

颅内生殖细胞瘤 CT 与临床表现的关系及其 CT 检查

辜虎臣¹ 周义成²

摘要 目的:本文报道了 16 例颅内生殖细胞瘤,着重探讨其 CT 表现与临床表现的关系,合理使用 CT 检查。**资料与方法**:16 例颅内生殖细胞瘤,分别行脑 CT 平扫和增强扫描,还采用冠状位及轴位扫描,轴位扫描层厚为 10mm,冠状位扫描层厚 3mm。**结果**:8 例肿瘤位于松果体区,4 例肿瘤同时位于鞍区和松果体区,1 例位于松果体区和胼胝体膝部,2 例位于鞍区,1 例位于基底节区。16 例有强化,其中 12 例为均匀强化;14 例有阻塞性脑积水,2 例有室管膜转移。**结论**:在疑有颅内高压以及鞍区肿瘤时,除常规按鞍区肿瘤行冠状位 CT 直接增强扫描外,还要常规行轴位 CT 扫描,这样可同时发现鞍区与松果体区或基底节区并存的肿瘤,此不仅可防漏诊,而且对生殖细胞瘤的定性诊断也极有帮助。

关键词 脑 生殖细胞瘤 CT

Correlating CT scan to Clinical Findings in the intracranial Germinoma Gu Hucheng, Zhou Yicheng. Department of Radiology, Tongji Hospital, Tongji Medical University, Wuhan 430030

Purpose: 16 cases of intracranial Germinoma are reported in this paper, it's important to correlating CT scan to clinical manifestations. **Materials and Methods**: Preenhancement CT scan and enhancement CT scan were performed in both axial and coronary in this series. **Results**: The lesions were located at pineal region in 8 cases, sella Turcica and pineal region in 4, pineal and corpus callosum in 1, sella Turcica in 2, basal ganglia and pineal region in 1. **Conclusion**: It's routine to scan in both coronary and axial sections for being suspected of mass in sella Turcica region or hydrocephalus. It can be founded coexisting lesions in sella and pineal regions or in basal ganglia region in this way, so that it can be avoid mixdiagnosing.

Key words Brain Germinoma CT

颅内生殖细胞瘤大多有特定的发病部位,结合临床表现,正确应用 CT 检查方法,绝大多数肿瘤在术前可确诊。

资料与方法

本组病例均经手术病理及临床证实,16 例中,男 13 例,女 3 例,年龄 10~37 岁,平均 18 岁。临床主要表现为头痛、呕吐等颅内压增高征象 14 例,多饮多尿 6 例,视力下降 5 例,闭经泌乳 1 例。16 例分别行平扫和增强扫描,轴位扫描层厚 10mm,冠状位扫描层厚 3mm,造影剂为 60% 泛影葡胺 100ml。

结果

16 例中高密度灶占 12 例,等密度灶 3 例,其中 5 例瘤内见大小不等的坏死低密度区。8 例并存钙斑,其中 1 例为大钙斑并存薄壁囊,均位于松果体区。病灶 CT 值介于 28.8~56.3HU 之间,平均 40.5 HU;增强后 CT 值为 50.6~87.5 HU,平均 CT 值为 59.5 HU。肿瘤呈圆形或类圆形 10 例、分叶状 3 例、不规则形 3 例。病灶直径在 1.1~4.3cm 之间,平均 2.5cm,肿瘤均有强化,其中 12 例为均匀强化。并发阻塞性脑积水 14 例,侧脑室室管膜转移 2 例。

肿瘤位于松果体区 8 例,均为男性,临床

¹ 433000 湖北省,仙桃市人民医院放射科;
² 430030 同济医科大学附属同济医院放射科

上均有头痛、呕吐、视乳突水肿及视力下降等表现。CT均表现有脑室扩大积水。

鞍区生殖细胞瘤 2 例,全为女性。以多饮多尿为首发症状,并伴有视力下降。CT 表现为典型的鞍区肿瘤。

松果体区和鞍区生殖细胞瘤并存 4 例,男性 3 例,女性 1 例。临床表现既有颅内压增高症状,又有下丘脑加垂体功能紊乱及视力障碍。CT 发现松果体及鞍区均有病灶,并有脑积水。松果体区加胼胝体膝部和右侧基底节区病灶各 1 例,临床上有颅内压增高和下丘脑受损的表现。

讨 论

1. 颅内生殖细胞瘤的临床表现主要取决于肿瘤的部位和大小,可能出现四种类型的临床表现:①松果体区病变,以男性占绝大多数,主要临床表现为头痛、呕吐、视乳头水肿等颅内压增高症状,CT 表现^[1]为松果体区有高密度病灶,大多呈均匀强化,常并存钙化,此钙化可能是原来松果体钙化或为肿瘤钙化。以往报道占 20%^[2],本组占 38%。肿瘤常压迫导水管,较早出现脑积水。②若病灶出现在鞍区,则以女性占绝大多数,往往出现视力和下丘脑功能障碍,CT 扫描发现肿瘤一般较小,位于鞍上或下丘脑,呈高密度,均匀强化。③当肿瘤并存于鞍区和松果体区时,则可出现上述两种类型的临床表现。CT 在鞍上和松果体区同时发现有肿瘤,平扫呈稍高密度,增强后大多呈均匀强化,可并存脑积水。④病变呈多发灶,可同时累及松果体、下丘、基底节区或出现沿 CSF 种植转移灶,此类临床表现较复杂,仍依肿瘤主要部位而定,CT 可同时发现多个病灶及室管膜转移灶。从上述四种类型临床表现来看,都可能出现鞍区病变的表现,而被临床疑为鞍区或垂体肿瘤,如按 CT 常规扫描,鞍区或垂体肿瘤采用直接增强冠状位扫描方法,这对发现

鞍内小肿瘤是 CT 轴位扫描不能比拟的,但如遇生殖细胞瘤,可能出现两种情况:①发现鞍区病灶,而定性困难。②遗漏松果体区或其它区病变。故如遇上述四种类型的临床表现,除冠状位直接增强扫描外,还要行轴位扫描,此不仅可减少漏诊,发现种植转移,而且还有利于定性诊断,因为同时出现鞍上与松果体区或/和基底节区肿瘤,则以生殖细胞瘤的可能性较大,而同时发现此两处的转移病例则少见。

2. 单纯鞍区生殖细胞瘤,需与垂体瘤、脑膜瘤、颅咽管瘤、下丘胶质瘤等相鉴别^[1]。垂体瘤一般位于鞍内,并可向鞍上、鞍旁延伸,典型者呈“雪人征”,不见正常的垂体。而生殖细胞瘤,一般位于鞍上,即出现垂体柄和/或下丘增粗或结节状增大,通常可见正常或受压移位之垂体,且临床上患者多在 10 岁左右,多为男性,对诊断亦有帮助,但本组 2 例均为女性,值得引起注意。鞍上脑膜瘤多位于鞍结节处,常有骨质改变。鞍区颅咽管瘤多有比较典型的 CT 表现,即钙化、囊性病和实质结节并存有助于鉴别。下丘胶质瘤,表现为下丘、垂体柄增粗、增大,平扫呈低、等、高密度、尽管一般增强不及生殖细胞瘤明显,但鉴别诊断有一定困难。如遇病变仅位于松果体区,肿瘤通常位于中线,常为男性,较早出现脑积水,平扫呈高密度、边清,增强后有明显均匀强化,此并非生殖细胞瘤的独有特征,需与松果体细胞、松果体母细胞瘤、脉络膜瘤、内胚窦肿瘤、脑膜瘤等相鉴别^[1-3]。

参考文献

- 1 Lee SH, Rao KCVG, Zimmerman R. Cranial MRI and CT. 3rd ed. New York, McGrawHill, 1992, 354-355.
- 2 Hasso AN, Shakudo M, Chadrycki E. MRI of the brain III neoplastic disease. 1st ed. New York, Raven press, 1991, 132-133.
- 3 罗世琪,李德泽,董京飞. 儿童鞍上生殖细胞瘤. 中华神经外科杂志, 1991, 7: 165.

(1997-01-30 收稿)