

是由于以血管周围间隙(V-R 间隙)为中心向外呈浸润性生长,破坏血脑屏障致对比剂漏出,故肿瘤均有明显强化^[6,7]。本组病例均有明显均匀强化,与文献结论一致。⑤可侵及室管膜、软脑膜,并可沿之播散。本组 6 例有此征象。⑥脑内原发淋巴瘤对放疗、化疗敏感,激素类药物可使破坏的血脑屏障修复,故本病放疗、化疗后病灶可明显缩小,甚至消失,且增强扫描后病灶无明显强化。本组 12 例放疗和化疗后 MRI 复查证实了这一点。

3. 鉴别诊断

脑内原发淋巴瘤的 MRI 表现需与以下肿瘤及肿瘤样病变鉴别:①转移瘤:可出现单一或多发强化灶,水肿和占位效应更明显,好发于大脑中动脉供血范围皮髓质交界区,可找到原发病灶;而脑内原发淋巴瘤一般水肿和占位效应轻。②高度恶性的胶质母细胞瘤:显示明显的边缘强化和/或不规则强化,周围浸润水肿区和占位效应明显。弥漫浸润型淋巴瘤可累及深部灰质核团和白质通道。T₁WI 上可显示桥脑、小脑、大脑白质、基底节广泛高信号,边界不清。此淋巴瘤病样表现与大脑胶质瘤难于区别。③脑膜瘤:有明显强化趋势,鉴别诊断要点为“白质移位征”和“脑膜尾征”。但需注意的是,恶性肿瘤如侵及脑膜也可出现“脑膜尾

征”。位于大脑凸面原发淋巴瘤若鉴别存在困难,血管造影有助于同脑膜瘤鉴别。④炎性肉芽肿:如不能提供病史则鉴别困难,抗炎治疗后复查有助于鉴别。笔者认为脑内原发淋巴瘤的 MRI 增强扫描形态、占位效应以及肿瘤的发生部位具有一定特征,在多数情况下可作出诊断并为临床方法的选择提供依据。

参考文献:

- [1] Jellinger KA, Paulus W. Primary central nervous system lymphomas——an update[J]. J Cancer Res Clin Oncol, 1992, 119(1): 7-27.
- [2] Johnson BA, Fram EK, Johnson PC, et al. The variable MR appearance of primary lymphoma of the central nervous system: comparison with histopathologic features[J]. AJNR, 1997, 18(3): 563-572.
- [3] Ruiz A, Post MJ, Bundschu C, et al. Primary central nervous system lymphoma in patients with AIDS[J]. Neuroimaging Clin N Am, 1997, 7(2): 281-296.
- [4] 徐庆云. 颅内淋巴瘤的 MRI 诊断[J]. 实用放射学杂志, 2001, 17(5): 375-377.
- [5] Socie G, Piprot chauffat C, Schlicger M, et al. Primary lymphoma of the central nervous system[J]. Cancer, 1990, 65(2): 322-326.
- [6] 刘斯柏, 黄力. 脑原发性淋巴瘤的 CT 诊断[J]. 实用放射学杂志, 1998, 16(1): 330.
- [7] 杨小平, 张念察, 李坤成, 等. 中枢神经系统原发性淋巴瘤——影像学病理对照分析[J]. 临床放射学杂志, 1997, 16(1): 12.

(收稿日期: 2003-06-16 修回日期: 2003-09-20)

双侧肾脏血管平滑肌脂肪瘤一例

• 病例报道 •

陈为军

【中图分类号】R814.42; R737.11 【文献标识码】D 【文章编号】1009-0313(2004)01-0025-01

病例资料 患者,男,58岁,因腰部不适就诊。既往无头痛史。CT 示双肾上极增大,肾实质呈混杂低密度,CT 值-59HU,可见软组织密度,肾周筋膜无增厚,左肾较右肾明显,左肾最大横断面为 7cm×5cm,分界清楚(图1)。CT 诊断:双侧肾脏血管平滑肌脂肪瘤。

左肾穿刺活组织检查可见血管成分、平滑肌及脂肪组织。病理诊断:左肾血管平滑肌脂肪瘤。

讨论 肾血管平滑肌脂肪瘤是肾良性肿瘤中最常见的肿瘤,由平滑肌、血管和脂肪三种成分构成,其比例差异较大,临床上常分 2 组。第一组:病灶较大,单侧单发为主,好发于 40~70 岁,女性多



图1 双肾上极混杂低密度肿块,低密度区 CT 值-59HU。

见,多数有症状,与急性出血有关,不伴结节硬化;第二组:伴结节硬化,常为多发,双侧发病,可发生于任何年龄和性别,一

般无临床症状。本例年龄大,双侧发病,不伴结节硬化,临床少见。CT 表现因其含脂肪成分的多少不同而表现各异。多脂肪者 CT 表现为多房、分隔状低密度肿块,CT 值为-120~-40HU,肿块位于肾实质内,分界清楚。增强扫描肿块内软组织强化,脂肪不强化,分界清楚。少脂肪者常规扫描常漏诊,高分辨率 CT 扫描检出率较高,低密度肿块 CT 值-10~-1HU,增强扫描肿块内软组织明显强化。

MRI 对本病诊断有特异性,采用自旋回波常规 T₁、T₂ 和 T₂ 脂肪抑制技术。肿块内脂肪成分呈长 T₁、长 T₂ 信号,T₂ 脂肪抑制序列,长 T₂ 信号被抑制。特别对小病灶,少脂肪肿块更有鉴别意义。

(收稿日期: 2003-06-10)

作者单位: 071000 河北,保定市解放军 252 医院放射科
作者简介: 陈为军(1964-),男,河北保定人,放射科主任,主要从事影像诊断和介入治疗工作。