

MRI 诊断神经白塞病脑损害一例

祝玉芬, 陶冉, 催进国, 杜昱平, 于江, 王建爽, 冯连元

【中图分类号】R445.2 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2005)07-0657-01

病例资料 患者,男,38岁。因头痛2周,加重伴语言不流畅10余天入院。6年前因反复口腔、生殖器溃疡诊断为白塞病。一直自服中药,病情稳定。查体:语言欠流畅。右侧面部痛觉减弱,鼻唇沟左侧变浅,示齿口角右偏,伸舌偏右,右侧听觉下降,右下肢针刺痛觉减弱,右侧夏道克氏征阳性,颈抵抗,颈胸距一指。脑脊液检查未见异常。

头颅CT平扫未见异常。MRI示双侧大脑半球对称,中线结构居中,左侧基底区见腔隙状长 T_1 、长 T_2 信号,无占位效应。脑桥明显增粗,表现为不均匀长 T_1 、长 T_2 信号(图1), T_2 /FLAIR序列见脑桥腹侧一直径0.5cm低信号影,周围不均匀高信号,扩散加权成像(diffusion weighted imaging, DWI)选用b为零或1000 s/mm²两个不同扩散敏感系数各扫描1次,示脑桥腹侧片状稍低信号影(图2),ADC值1163,周围不均匀等高信号。MRI增强显示脑桥增粗、肥大(图3),脑桥腹侧上下方向椭圆形环状强化,其周围散在点状强化,外周脑桥组织未见强化。左侧基底节区腔隙状异常信号无强化。

治疗:经抗感染及皮质激素治疗23d后,症状减轻。复查MRI示病变明显缩小,强化扫描仅见点状强化(图4)。扩散加权成像示脑桥信号基本正常。

讨论 白塞综合征是以复发性口腔及生殖器溃疡为特征的病变。其病因不十分明确,可能与遗传及免疫有关。本病是以口腔溃疡及生殖器溃疡反复缓解、复发为特征的疾病^[1]。神经白塞病是在白塞病的基础上出现神经系统损害,文献报道其病理改变早期为颅内小血管炎,晚期为灶性坏死、局部脱髓鞘及脑膜增生和纤维化,其发生率为5%~35%,男女比例4:1,发病年龄7~66岁,中青年为发病高峰。

神经白塞病可累及中枢和周围神经的各个部位,出现多样的定位体征。有文献报道根据临床定位的方法依次为脑干型、小脑型、半球型、脊髓型、脑膜炎型及周围神经型^[1,2]。本例病变为脑干损害型,其MRI表现为脑桥肿胀、增粗, T_1 低信号, T_2 高信号, T_2 /FLAIR序列高低不等信号,DWI为等、低信号,有

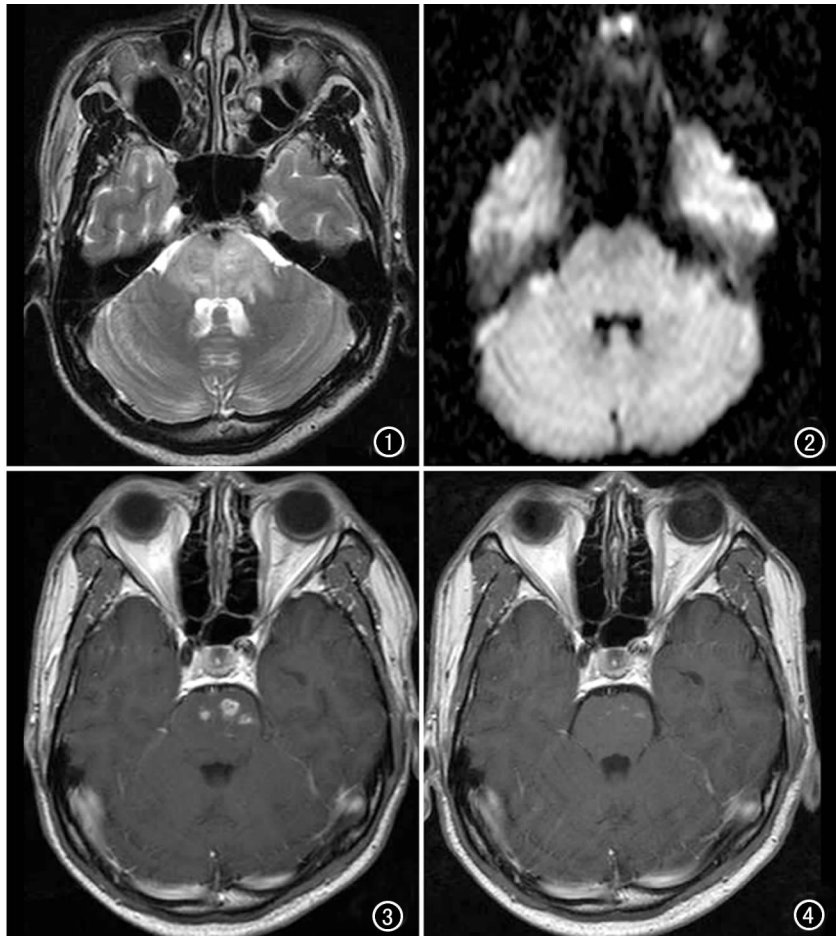


图1 T_2 WI示脑干增粗,其内不均匀高信号。图2 DWI示脑干增粗,其内不均匀低信号。图3 增强 T_1 W示脑干增粗,散在小环状强化影。

图4 治疗后MR增强扫描示脑干形态正常,其内轻度小点状强化影。

明显的强化效应。用激素治疗症状缓解后,片状 T_2 高信号影缩小,增强效应缩小。 T_2 高信号影说明病变部位为水肿,而DWI为等、低信号说明水肿区主要为细胞外水肿。强化扫描增强则反映了血脑屏障在病变过程中受损。治疗后水肿消失,DWI信号和ADC值基本正常。将DWI用于本病检查,并测量ADC值,有助于诊断。

参考文献:

- [1] 周中和,何祥.神经白塞氏病临窗研究进展[J].临床神经病学杂志,2004,17(1):71.
- [2] 贾洪顺,梁文.白塞氏病脑损害MR表现2例[J].影像诊断与介入放射学,2002,11(1):10.

(收稿日期:2004-12-02)

作者单位:050082 石家庄,国际和平医院放射科(祝玉芬、陶冉、催进国、杜昱平、于江、王建爽),神经内科(冯连元)

作者简介:祝玉芬(1962-),女,石家庄人,副主任医师,硕士研究生,主要从事CT、MRI诊断工作。