

要价值,但真正确诊尚需结合临床、实验室检查,特别是血清 VIP 测定有极高的价值。

参考文献:

[1] 吴阶平,裘法祖.黄家驷外科学(第6版)[M].北京:人民卫生出版

社,1999.1318.

[2] 许达生,陈君禄,黄兆民.临床CT诊断学[M].广州:广东科技出版社,1998.238.

(收稿日期:2005-03-04 修回日期:2005-05-31)

· 病例报道 ·

下丘脑原发性淋巴瘤一例

徐蓉,陈学强,张云枢

【中图分类号】R816.1 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2005)12-1112-01

病例资料 患者,男,40岁。双眼渐进性视物不清3周入院。既往无特殊病史。体检: T 36.8℃, P 72次/分, 血压 145/95 mmHg。血常规:白细胞 $12 \times 10^9/L$ 。神经系统体检无明显阳性体征。

MRI检查:平扫示下丘脑明显增大,见不规则形非均匀性稍长 T₁ 信号灶, T₂WI、FLAIR 序列呈高信号,边界清楚,灶周未见明显水肿,病变累及视交叉及乳头体,向下达鞍隔上。团注 Gd-DTPA 增强后扫描,病变示明显较均匀性异常强化。MRI 诊断:下丘脑胶质瘤可能性大。

手术记录:常规右侧翼点入路进颅,从内侧解剖外侧裂池,见视交叉前置,自视交叉向后膨隆,视束变粗,打开终板,于交叉后切除部分肿瘤,肿瘤大小约 2.0 cm × 2.0 cm × 2.5 cm,色乳白,质中,再分别联合视神经、颈内动脉间隙及视交叉前间隙完全切除肿瘤。术后病理诊断:B 细胞系淋巴瘤。

讨论 下丘脑原发性淋巴瘤属颅内原发性淋巴瘤的少见类型,影像学表现缺乏特异性,临床极易误诊。颅内原发性淋巴瘤具有以下特点:多见于 50~60 岁成年人,病变单发多见,也可多发。以幕上分布为主,多位于深部脑白质、基底节、丘脑区及胼胝体,呈不规则形、类圆形或分叶状,多数肿瘤边界清晰, T₁WI 呈稍低或低信号, T₂WI 呈等或稍高信号。增强扫描后病变明显均匀异常强化。本例下丘脑病变增强后有明显的异常强化,与黎萍报道相一致,此点可与低级别的胶质瘤相鉴别^[1]。而多发淋巴瘤还需与转移瘤鉴别,但转移瘤的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,且可找到原发病灶^[2]。

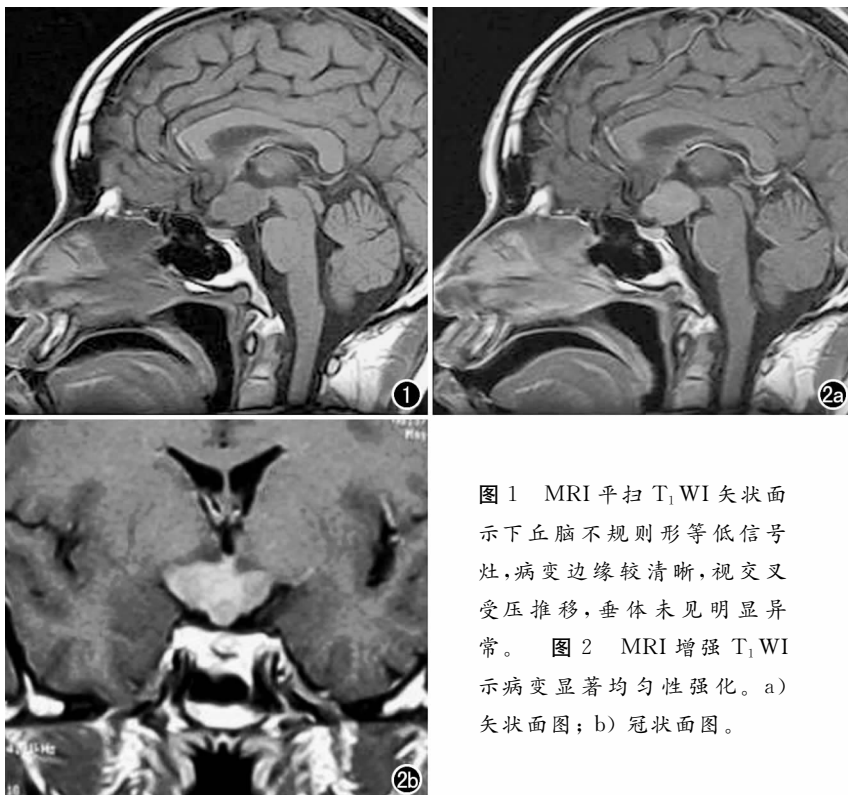


图1 MRI平扫 T₁WI 矢状面示下丘脑不规则形等低信号灶,病变边缘较清晰,视交叉受压推移,垂体未见明显异常。图2 MRI增强 T₁WI 示病变显著均匀性强化。a) 矢状面图; b) 冠状面图。

此外,颅内原发性淋巴瘤还需与脑膜瘤、髓母细胞瘤及脱髓鞘病变等相鉴别。近年淋巴瘤的发病率急剧上升,而下丘脑是颅内原发性淋巴瘤的少发部位,本例误诊为胶质瘤的原因是缺乏对淋巴瘤的认识,对其影像学特征分析不足。因此,在今后临床工作中,应当对该病引起足够重视,提高警惕,仔细分析其影像学特点,力争减少误诊的概率。

(注:1 mmHg=0.133 kPa)

参考文献:

[1] 黎萍,魏文洲,黎辉,等.原发性脑非霍奇金淋巴瘤临床及 MRI 诊断[J].放射学实践,2004,19(10):715-717.

[2] 黄胜,耿道颖,巴奇,等.脑内原发性淋巴瘤的 MRI 诊断[J].放射学实践,2004,19(1):23-25.

(收稿日期:2005-06-20 修回日期:2005-08-05)

作者单位:442000 湖北十堰,郧阳医学院附属太和医院医学影像中心磁共振室
作者简介:徐蓉(1979-),女,湖北宜昌人,助教,主要从事磁共振成像诊断工作。