

2005, 12(4):253-256.

- [2] 钱海蓉. 原发性中枢神经系统淋巴瘤[J]. 中国神经免疫学和神经病学杂志, 2002, 9(4):218.
- [3] 于同刚, 戴嘉中. 原发性中枢神经系统淋巴瘤的 MRI 及¹H-MRS 特点[J]. 临床放射学杂志, 2005, 24(8):668-672.
- [4] 陆虹, 马林. 原发性中枢神经系统淋巴瘤的 MRI 表现[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2006, 12(2):73-76.
- [5] 张艳华. 原发性中枢神经系统淋巴瘤[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2006, 9(6):87-88.

(收稿日期:2007-08-20)

专家点评

典型 PCNSL 不难诊断, 表现为单发或多发大脑深部脑干或大脑表浅处肿块, 呈稍长 T₁、等或稍长 T₂ 信号, 增强扫描呈“握拳样”或“团块状”显著均匀强化。对于较少见的 MRI 征象也需要有所认识, 否则易误诊。①肿瘤沿血管周围浸润生长, 可产生数根线条样强化的征象; ②沿脑脊液播散, 形成肿瘤性脑膜炎或室管膜炎; ③PCNSL 为乏血供肿瘤, 呈低灌注状态, 病理下血管内皮增生较少见, 其增强扫描呈显著均匀强化, 与血脑屏障的破坏有关系; ④¹H-MRS 检查淋巴瘤实体部分除 Cho 峰升高外, Lip 峰亦较高, 具有较高的特异性; ⑤激素治疗可以有效, 使得其早期易与多发性硬化混淆。

(同济医院放射科 朱文珍)

咽旁间隙脂肪瘤一例

· 病例报道 ·

王明亮, 董光, 全世杰, 王现亮, 孟凡莲

【中图分类号】R814.42; R445.2; R730.262 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2007)10-1128-01

病例资料 患者, 女, 60 岁。睡眠打鼾, 伴憋醒, 白天喘气粗 2 年余, 时常咳嗽伴声嘶, 痰多, 呈白色, 咽喉部无疼痛, 饮食无影响。查体发现左侧咽部可触及一肿物, 质中等, 界限清, 有鸡蛋大小, 越过中线。颈部肿物穿刺, 未抽出液体。

CT 检查示咽腔受压变窄。病变与咽旁肌肉、血管界限清楚。颈椎骨质未见异常改变(图 1)。MRI 检查示肿物位于左侧咽旁间隙, 上达鼻咽水平(图 2)。手术所见: 肿块有光整薄包膜, 质地柔软, 切面呈淡黄色。病理报告脂肪瘤(图 3)。

讨论 大约 13% 的脂肪瘤发生于头颈部, 大多数位于颈后皮下^[1]。咽旁间隙脂肪瘤少见。茎突及其茎突咽肌和茎突舌肌将间隙分前、后两部^[2]。发生在此间隙的脂肪瘤在茎突前间隙多见, 在茎突后间隙则相对少见。本例即发生于茎突前间隙。

脂肪瘤由成熟的脂肪细胞构成, 常发生在背、肩、颈及四肢近端的皮下组织, 生长缓慢, 多为良性^[3]。一般不易和其他肿瘤混淆。CT 和 MRI 检查能较好的显示肿瘤的部位、大小和形态,

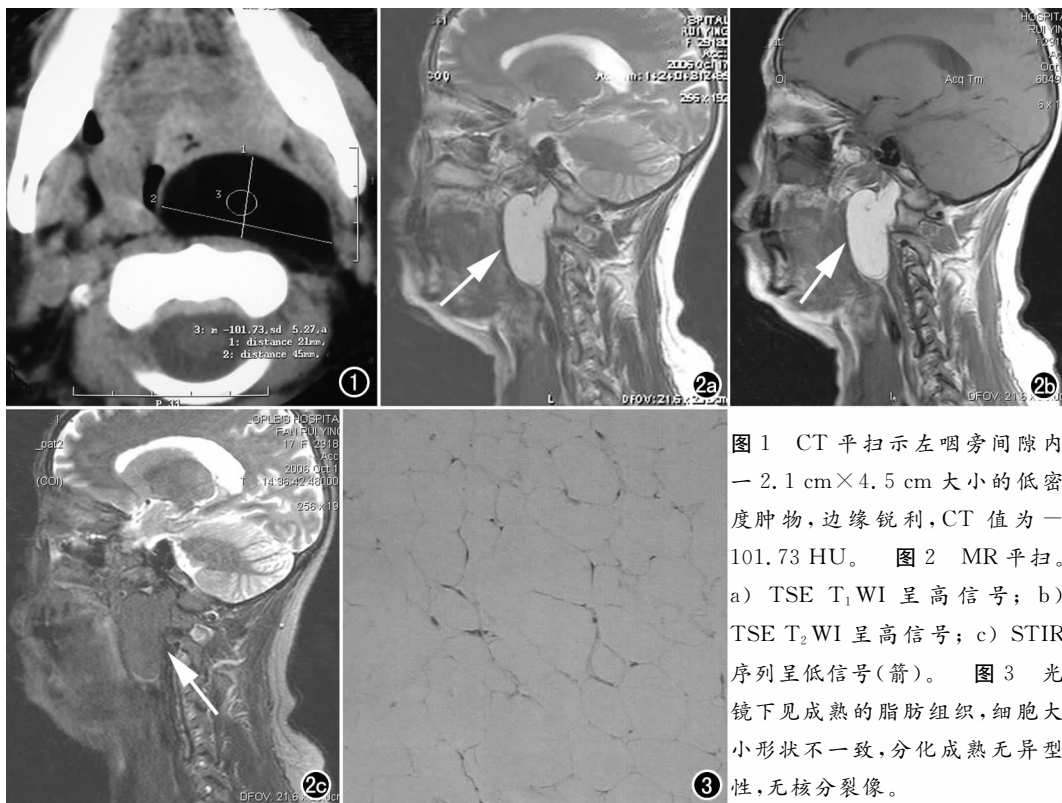


图 1 CT 平扫示左咽旁间隙内一 2.1 cm×4.5 cm 大小的低密度肿物, 边缘锐利, CT 值为 -101.73 HU。图 2 MR 平扫。a) TSE T₁WI 呈高信号; b) TSE T₂WI 呈高信号; c) STIR 序列呈低信号(箭)。图 3 光镜下见成熟的脂肪组织, 细胞大小形状不一致, 分化成熟无异型性, 无核分裂像。

肿瘤边缘是否光滑及其与周围组织的关系。典型影像学表现为 CT 平扫呈低密度肿块, CT 值为 -120~-40 HU, 强化不明显; MR T₁WI 和 T₂WI 均呈高信号, 脂肪抑制序列上信号被抑制, 对诊断脂肪瘤具有特殊的意义。

参考文献:

- [1] Kakani RS, Bahadur S, Kumar S, et al. Parapharyngeal Space Lipoma[J]. J Laryng Otol, 1992, 106(3):279-281.
- [2] 兰宝森. 中华影像医学(头颈部卷)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 195.
- [3] 杨光华. 病理学(第 5 版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 101.

(收稿日期:2006-11-13)

作者单位: 261041 山东, 潍坊医学院(王明亮); 261041 山东, 潍坊市人民医院放射科(董光、全世杰、王现亮、孟凡莲)

作者简介: 王明亮(1982-), 男, 山东潍坊人, 硕士研究生, 主要从事头颈部影像诊断工作。