

病率而且中老年人中患病随年龄的增加而升高,我国 13 亿人口如以 2% 推算至少有 2600 万患者。该病严重影响人们的寿命,临床统计显示,未经治疗的 OSAHS 患者 5 年病死率达 11% ~ 13%, AHI > 20 者 8 年病死率为 37%, 全球每天约有 3 000 人的死亡与 OSAHS 有关。因此,该病是一种可以影响全身各器官的疾病,包括心血管、呼吸、血液、泌尿、生殖、消化、神经、内分泌系统等。大量研究发现 OSAHS 是引起高血压、冠心病、脑血管、老年痴呆等重要心脑血管疾病的一种独立危险因素,是引起中老年人丧失劳动力和致死的重要原因之一。OSAHS 引起日间嗜睡,生活质量下降,是交通事故和心脑血管疾病的危险因素。调查结果表明,在庞大的 OSAHS 人群中存在着严重的诊断和治疗不足,约有 93% 女性和 82% 男性 OSAHS 没有得到诊断和治疗。因此,急需增强相关学科医生有关 OSAHS 知识和诊断能力,提高诊断率与规范的治疗。由于产生 OSAHS 的解剖部位与耳鼻咽喉科关系密切,病人往往首先就诊于耳鼻咽喉科疾病。临床病因主要是上呼吸道狭窄或堵塞,所以,上呼吸道任何解剖部位的狭窄或堵塞,都可导致阻塞性睡眠呼吸暂停低通气。常见的是鼻和鼻咽、口咽和软腭以及舌根部^[1],此外,还有肥胖、内分泌紊乱、老年期组织松弛,肌张力减退等因素。目前针对 OSAHS 病人治疗方法有:(1)非手术疗法,包括行为疗法,如睡姿改变、减肥和运动,忌烟酒和镇静药等;药物治疗如某些西药和中药,有一定疗效;机械装置,如持续正压通气

(CPAP)治疗,口腔舌体矫治器等。(2)手术疗法。主要是针对上呼吸道的手术治疗,如鼻部手术、扁桃体手术,腺样体刮除术,UPPP 术、激光舌体切除或成型术、上呼吸道肿瘤切除术、下颌前移术等^[2]。本组病例 68 例,均为第一类手术,除 12 例伴有鼻息肉,5 例伴有小下颌畸形,5 例伴中、下鼻甲肥大者外,其余均为双侧扁桃体肿大,双侧索肥厚,悬雍垂过长,病变部位在鼻和鼻咽、口咽和软腭,因此,治疗组 44 例均采用低温等离子消融术,观察组 24 例行 UPPP 术,治疗组和观察组治愈率分别为 93.18%, 91.67%,说明低温等离子消融术以及 UPPP 术都有良好的疗效。等离子低温消融术的优点是作用机制与激光、微波等高温热效应不同,能在局麻下进行,时间短、出血少、术后反应轻、能在门诊小手术室进行,方便病人就治;但对严重 OSAHS 病人(指先需要气管切开后 II 期行 UPPP 术者)不宜采用。本组 68 例,术后均使用抗生素抗炎,无一例感染,均 I 期愈合。本组病例虽然随访半年,但时间不够长,真正远期效果仍有待继续观察。

参考文献

- 1 田勇泉,孙爱华.耳鼻咽喉科学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2002:155.
 - 2 王荣光,杨伟炎.睡眠病态呼吸的认识及其诊断治疗问题[J].临床耳鼻咽喉科杂志,2003,17(8):505-508.
- [收稿日期 2009-06-29][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

经验交流

鞍区占位 10 例的 MRI 分析

郑建刚, 梅 莉, 许建兴, 顾勇坚

作者单位: 213002 江苏常州, 江苏大学附属武进医院影像科

作者简介: 郑建刚(1967-),男,本科,学士,副主任医师,研究方向:放射诊断。E-mail:zhengky2008@163.com

【摘要】 目的 回顾性分析 10 例鞍区占位磁共振成像(MRI)的表现,探讨鞍区占位的 MRI 诊断价值。
方法 10 例鞍区占位均行 MRI 平扫和增强扫描,诊断结果 9 例经病理证实,1 例经治疗回访证实;对鞍区占位 MRI 的表现特点进行分析。
结果 MRI 鞍区占位定位诊断正确率 100%,直观显示占位的大小、形态、空间定位及周围情况。
结论 MRI 对鞍区占位的定位定性诊断有重要价值。

【关键词】 鞍区占位; 磁共振成像; 病理

【中图分类号】 R 445.2 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2009)12-1297-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.12.28

Analysis of MRI of space-occupying lesion in sellar region: Report of 10 cases ZHENG Jian-gang, MEI Li, XU Jian-xing, et al. Department of Image, Wujin Hospital Affiliated to Jiangsu University, Jiangsu 213002, China

【Abstract】 **Objective** Retrospective analysis of MRI of 10 cases of space-occupying lesion in sellar region were performed to explore the value of the MRI in diagnosis of space-occupying lesion in sellar region. **Methods** Ten cases of space-occupying lesion in sellar received line plain and enhanced MRI scans. Of them 9 cases were con-

firmed by pathology; another one case was confirmed during return visit after treatment. Their characteristic of MRI were analysed. **Results** The accuracy rate of MRI in the diagnosis of space-occupying lesion in sellar region was 100% with visual display of space-occupying lesion. **Conclusion** MRI in the localization and qualitative diagnosis of space-occupying lesion in sellar region has important value.

[Key words] Space-occupying lesion in sellar region; Magnetic resonance imaging; Pathology

鞍区占位的定性诊断是影像学的难点,笔者发现尽管鞍区病变的磁共振成像(MRI)定性较难,但分类病变在MRI上仍具有一定的特征性,本文分析10例鞍区占位的MRI影像学特点,以提高中低场强MRI诊断鞍区占位的认识。

1 资料和方法

1.1 临床资料 选择10例临床怀疑鞍区占位患者行MRI检查,男7例,女3例,年龄12~55岁,平均年龄41岁。患者临床表现有头疼、视力下降、发育迟缓等。其中9例MRI诊断结果经病理证实,1例经临床资料和随访证实。

1.2 成像方法 检查采用 Resonex 0.38T 常导磁共振扫描仪及正交头线圈。扫描方法包括:横断和冠状面常规自旋回波(SE)T1WI,TR 600 ms,TE 20 ms,层厚 10 mm 和 TR 700 ms,TE 20 ms,层厚 5 mm;T2WI,TR 2000 ms,TE 80 ms,层厚 5~10 mm;矢状面自旋回波(SE)T1WI,TR 600 ms,TE 20 ms,层厚 5 mm;增强后横断面、冠状面 T1WI,必要时加扫 STIR 序列 TR 800 ms,TE 20 ms,TI 100 ms,层厚 5 mm。

2 结果

2.1 病灶大致形态信号 (1)大小:病灶最大径约 3.2 cm,最小径 1.0 cm,平均 2.3 cm。(2)形态:病灶呈不规则形态 5 个,圆形或类圆形 5 个。(3)边界:2 个病灶边界不清,8 个病灶边界清楚。(4)信号改变:信号均匀一致 6 个,不均匀有 4 个,均匀者在 T1WI 加权像均呈等或略低信号,T2WI 加权像上呈高信号;不均匀者 T1WI 和 T2WI 加权像上均呈等低或高、等低混杂信号。

2.2 病灶周围水肿及骨质改变 (1)水肿:2 例病灶周围脑组织见水肿。(2)骨质改变:病灶局限在鞍旁 5 个,涉及斜坡等 1 个,中颅窝底的骨质破坏 1 例。

2.3 鞍旁结构改变 相应部位虹吸被包绕推移者 2 例,累及海绵窦 2 例,表现为海绵窦被浸润包绕。

2.4 增强 MRI 表现 10 例均作增强扫描,均匀强化者 4 例,不均匀强化 4 例,轻微强化 1 例,无强化 1 例。

2.5 MRI 诊断结果 脑膜瘤 2 例,神经源性肿瘤 2 例,转移瘤 1 例,表皮样囊肿 1 例,炎性肉芽肿 1 例,视神经胶质瘤 1 例,淋巴细胞性垂体炎 1 例,畸胎瘤 1 例。

3 讨论

鞍区占位的诊断是影像诊断的难题,由于多层 CT 的出现,鞍区占位的诊断在很大程度上得到改善,但定位和组织结构显示还欠清晰,而 MRI 三维成像和组织结构显示特性,使鞍区占位的诊断得到根本改观。综合本组 10 例病例 MRI 的影像学特点分析如下:

3.1 鞍区脑膜瘤 本组 2 例鞍旁脑膜瘤,部分长入鞍内,垂体受压推移,分界不清,且肿瘤信号不均,在 T1WI 上呈等低

混合信号,Gd-DTPA 增强后呈不均匀强化,其内可见不强化囊变坏死区,由于肿瘤在 MRI 上表现不典型,1 例曾误诊为垂体瘤。典型的鞍旁脑膜瘤与颅内多数脑膜瘤的 MRI 表现相同,其信号与脑灰质相似,Gd-DTPA 增强后多呈均匀一致的明显强化,造影后出现“脑膜尾征”,则有助于与其他占位鉴别。另外仔细观察垂体的残留信号及周围骨质情况,亦有助于鉴别^[1,2]。见图 1。

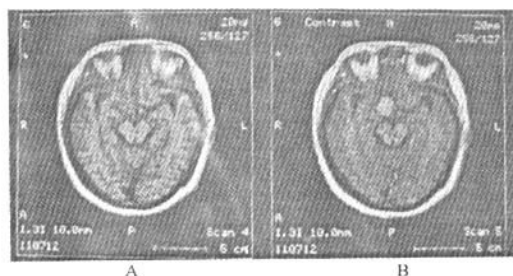


图 1 鞍结节脑膜瘤

A:T1WI 平扫见鞍结节等信号占位,B:同一层面 T1WI 增强后病灶异常强化。

3.2 神经源性肿瘤 本组的 2 例鞍旁神经鞘瘤,形态规则呈类圆形,信号颇具特征,在 T1WI 呈等平或略低信号,T2WI 呈高信号,Gd-DTPA 增强后呈均匀一致强化,由于肿瘤较小,且信号均匀,无坏死囊变,表现与脑膜瘤相似,易误诊为脑膜瘤。神经鞘瘤 T2WI 信号随回波增加较脑膜瘤信号要高,并且有其一定的分布特点。

3.3 转移瘤 本组 1 例鞍旁转移瘤呈局部不规则形态,边界清楚,T1WI 呈等信号,T2WI 呈略高信号,由于海绵窦被包绕,故病灶内混有低信号,Gd-DTPA 增强后呈不甚均匀的强化。由于肿瘤信号比较均匀,边界清楚,患者既往无恶性肿瘤病史,较易误诊为脑膜瘤。颅底转移瘤多侵犯硬膜,常呈一局限性块物,也可呈弥漫性、宽基底与脑膜接触。在 MRI 上其信号可以是均匀,也可以是不均匀,Gd-DTPA 增强后依肿瘤来源不同而强化程度不一,其对脑实质的浸润和水肿常常较脑膜瘤为重,临床上常有原发灶可寻。

3.4 表皮样囊肿 又称胆脂瘤。本组 1 例表皮样囊肿表现较有特征,呈不规则形态,信号不甚均匀,在 T1WI 呈高、等、低混合信号,T2WI 呈高低混合信号。Gd-DTPA 增强后无强化。由于肿瘤较小,T1WI 上有出血之高信号,故未作肯定诊断。通常表皮样囊肿发生在鞍旁者常沿脑池、脑裂或脑沟延伸生长,故多呈不规则,其典型的信号改变为在 T1WI 上呈略低信号,T2WI 呈高信号,Gd-DTPA 增强后无强化,水抑制(FLAIR)和弥散加权成像(DWI)有助鉴别。

3.5 炎性肉芽肿 本组 1 例炎性肉芽肿在 MRI 上呈不规则形态,T1WI 上略低信号,T2WI 呈高信号,由于病灶涉及左侧斜坡,且有斜坡骨质改变,故术前还考虑骨源性肿瘤。通常硬膜外脓肿进入慢性期,局部可形成肉芽组织,周围粘连使病变局限,鞍旁的肉芽肿多为不规则形,在 T1WI 呈略低信号,T2WI 呈略高信号,Gd-DTPA 增强后多见强化,且临床患者多有感染史。

3.6 视神经胶质瘤 本组 1 例,在 MRI 上呈类圆形形态,较大,占据大部分鞍上池区,T1WI 呈略低信号,T2WI 呈高信号,增强后呈异常强化,视神经鞍上池区段未见明显显示,垂体柄及垂体受压。通常视神经胶质瘤因发生于视神经,故可追溯与视神经的关系,并且儿童多发,T2WI 上较脑膜瘤信号常要高,增强后则强化相对要弱,常少与鞍区骨质有关联^[3,4]。见图 2。

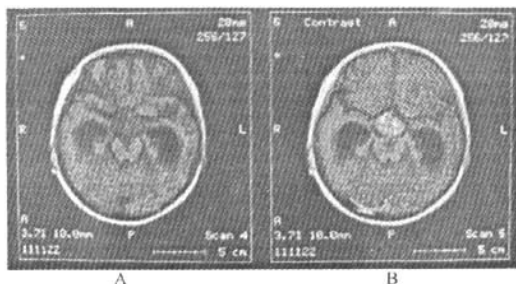


图 2 视神经胶质瘤

A:T1WI 鞍上池类圆形低等信号占位,B:同一层面 T1WI 增强后病灶异常强化稍欠均。

3.7 淋巴细胞性垂体炎 本组 1 例,鞍上及内见直径约 2.8 cm 大小病灶,T1WI 呈中等信号,T2WI 呈较高信号,垂体柄略粗,向后偏,增强后病灶较均匀异常强化。本病是一种少见的感染性疾病,最常见于围产期妇女,亦可见于甲状腺功能异常者。垂体被成熟淋巴细胞和浆细胞浸润,可能与自身免疫疾病有关,临床症状常包括尿崩、泌乳、闭经、垂体机能减退、头痛或视力减退。增强后示强化,垂体柄增粗、明显强化,因多发于前叶,故垂体柄常后偏,并居中,再加上相应的

临床症状可资鉴别。本例为儿童,经药物治疗随访,已基本恢复。

3.8 畸胎瘤 本组 1 例,右侧鞍旁见一约 2.0 cm×3.0 cm 大小肿块,在 T1WI 呈略低和高信号,T2WI 上呈略高、等、低混杂信号,增强后异常强化,小片无强化。本瘤好发于中线,T1WI 常呈等、低、高混杂信号,增强后明显强化。脂肪、牙齿、骨骼等为其信号特征,发生在鞍上时,肿瘤常累及下丘脑,漏斗或第三脑室前部^[5]。见图 3。

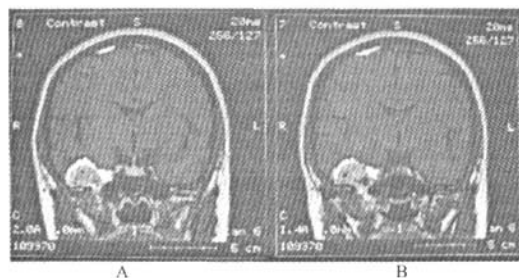


图 3 鞍旁畸胎瘤

A,B:T1WI 增强见右侧鞍旁见欠规则异常强化占位,部分无强化区,周围见高信号脂肪组织,另右顶部脑表面见少量脂肪信号。

参考文献

- 1 沈天真,陈星荣.中枢神经系统计算机体层摄影(CT)和磁共振成像(MRI)[M].上海:上海医科大学出版社,1996:234.
- 2 李恩春,刘敏.成人正常鞍区脑膜的 MRI[J].现代医药卫生,2004,20(22):2355-2357.
- 3 Wolfsberger S,Ba-Salamah A,Pinker K,et al. Application of three-tlesla magnetic resonance imaging for diagnosis and surgery of sellar lesions[J].Neurosurgery,2004,100(2):278.
- 4 钱银锋,余长亮,王万勤,等.鞍区胶质瘤的 MRI 诊断[J].中国 CT 和 MRI 杂志,2008,6(2):4-6.
- 5 唐肇普,白人驹.鞍区生殖细胞瘤 CT 和 MRI 表现[J].中国医学影像技术,2005,21(4):548-550.

[收稿日期 2009-09-09][本文编辑 韦挥德 黄晓红]

《中国临床新医学》杂志读者、作者联系卡

(本表复印填写后寄回本刊)

姓 名		性 别		出生年月		职 务	
职 称		学 位		专 业			
单 位			地 址				
电 话		E-mail				邮 编	