

trachomatis infection. Zhonghua Pi Fu Ke Za Zhi, 2014, 47:365-372.[中国疾病预防控制中心性病控制中心; 中华医学会皮肤性病学会性病学组; 中国医师协会皮肤科医师分会性病亚

专业委员会. 梅毒、淋病、生殖器疱疹、生殖道沙眼衣原体感染诊疗指南. 中华皮肤科杂志, 2014, 47:365-372.]

(收稿日期: 2016-06-13)

· 临床医学图像 ·

鞍上脑膜瘤

doi: 10.3969/j.issn.1672-6731.2016.07.015

Suprasellar meningioma

HAN Tong

Department of Neuroradiology, Tianjin Huanhu Hospital, Tianjin 300350, China (Email: mrbold@163.com)

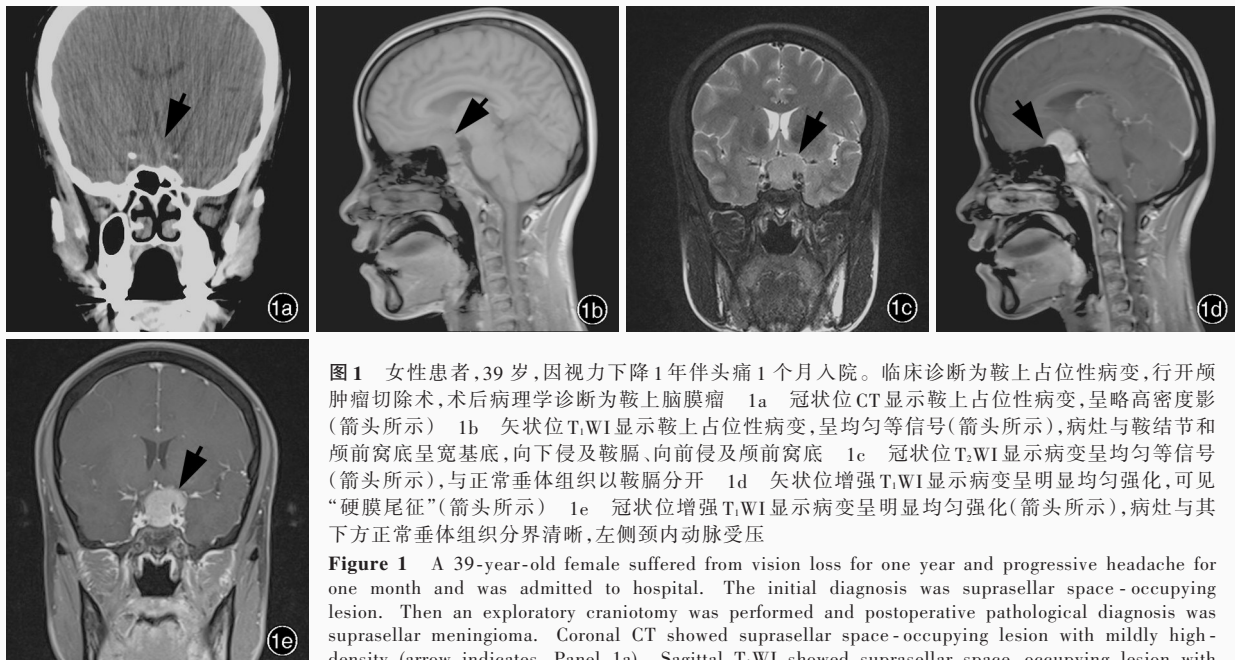


图 1 女性患者, 39 岁, 因视力下降 1 年伴头痛 1 个月入院。临床诊断为鞍上占位性病变, 行开颅肿瘤切除术, 术后病理学诊断为鞍上脑膜瘤 1a 冠状位 CT 显示鞍上占位性病变, 呈略高密度影 (箭头所示) 1b 矢状位 T₁WI 显示鞍上占位性病变, 呈均匀等信号 (箭头所示), 病灶与鞍结节和鞍前窝底呈宽基底, 向下侵及鞍膈、向前侵及鞍前窝底 1c 冠状位 T₂WI 显示病变呈均匀等信号 (箭头所示), 与正常垂体组织以鞍膈分开 1d 矢状位增强 T₁WI 显示病变呈明显均匀强化, 可见“硬膜尾征”(箭头所示) 1e 冠状位增强 T₁WI 显示病变呈明显均匀强化 (箭头所示), 病灶与其下方正常垂体组织分界清晰, 左侧颈内动脉受压

Figure 1 A 39-year-old female suffered from vision loss for one year and progressive headache for one month and was admitted to hospital. The initial diagnosis was suprasellar space-occupying lesion. Then an exploratory craniotomy was performed and postoperative pathological diagnosis was suprasellar meningioma. Coronal CT showed suprasellar space-occupying lesion with mildly high-density (arrow indicates, Panel 1a). Sagittal T₁WI showed suprasellar space-occupying lesion with even isointense (arrow indicates, Panel 1b). Coronal T₂WI showed even isointense of lesion (arrow indicates), which was separated by diaphragma sellae from normal pituitary (Panel 1c). Sagittal enhanced T₁WI showed markedly even enhancement and "dural tail sign" (arrow indicates, Panel 1d). Coronal enhanced T₁WI showed markedly even enhancement (arrow indicates). The boundary between the lesion and pituitary below was clear, and left internal carotid artery was compressed (Panel 1e).

脑膜瘤起源于蛛网膜帽状细胞, 多数呈良性 (WHO I 级)、少数预后不良, 好发于中老年人群, 男女比例约 1:2, 主要位于大脑凸面 (大脑镰或静脉窦旁), 其次依次位于嗅沟、蝶骨嵴、鞍区、视神经管、岩嵴、小脑幕和颅后窝。发生于鞍区者 (10%~20%) 主要位于鞍旁、海绵窦、蝶骨嵴, 也可位于鞍上, 如鞍结节、前床突、鞍膈, 少数位于鞍内。鞍上脑膜瘤多毗邻视交叉, 以鞍结节、前床突和鞍膈为中心, 呈宽基底向周围浸润, 向前侵及鞍前窝底、向后挤压视交叉, 临床以视力障碍为主且多为双侧。头部 CT 显示病变呈等或稍高均匀或混杂密度影, 钙化较少见 (图 1a), 冠状位 CT 扫描有助于定位病变侵袭范围、观察肿瘤附着点骨质硬化情况。头部 MRI 呈 T₁WI 等或略低信号 (图 1b), T₂WI 均匀等或略高信号, 边界锐利 (图 1c); 随着肿瘤增大, 可向下侵袭蝶鞍, 病变后下方常有正常垂体组织, 与肿瘤分界清晰 (图 1b, 1c)。肿瘤基底位于鞍结节, 鞍膈无扩大是鞍上脑膜瘤与垂体瘤相鉴别的重要征象。少数脑膜瘤可侵及鞍内, 致垂体移位或包绕。MRI 增强扫描病灶呈明显强化, 肿瘤边缘可见“硬膜尾征” (图 1d), 即肿瘤边缘硬脑膜增厚, 呈细线样强化, 代表肿瘤侵袭临近硬脑膜或硬脑膜反应性纤维血管增生, 但该征象不具组织特异性, 少数垂体瘤侵袭硬脑膜时也可出现。此外, 鞍区脑膜瘤膨胀性生长时可对鞍上池的 Willis 环挤压、包绕, 表现为肿瘤边缘连续性线样血管流空影 (图 1c, 1e)。鞍上脑膜瘤应与其他鞍区肿瘤相鉴别, 如源于蝶鞍内的垂体瘤, 鞍区颅咽管瘤、突入鞍区的大动脉瘤、源于视神经的胶质瘤、位于鞍区的异位生殖细胞瘤和位于鞍内和 (或) 延伸至鞍上的 Rathke 裂囊肿等。

(天津市环湖医院神经放射科韩彤供稿)