表现[6]。但是恶性肿瘤淋巴结转移时 CT 表现亦为多发结节影,有时也可融合,轻度均匀强化,很难与胆总管结核区分[7]。

因此我们认为在临床症状与体征和影像学很难区分良恶性病变时,又存在明显的胆道梗阻表现,应及早剖腹探查以明确诊断,术中快速冰冻切片病理检查对决定手术方案很有帮助。本组患者确诊均依赖术中组织病理诊断资料。手术的目的是解决结核相关并发症和胆道及胃肠道梗阻,术后正规抗结核治疗,一般效果较好。

关键词:胆总管;结核
中图法分类号:R525　　**文献标识码**:B

参考文献:

[1] 李建水, 张肇达, 唐　勇. 1 例肝门胆管结核及临床分析[J]. 消化外科, 2005, 4(4): 249, 264.
[2] Apaydin B, Paksoy M, Bilir M, *et al*. Value of diagnostic laparoscopy in tuberculous peritonitis[J]. Eur J Surg, 1999, 165(2): 158 - 163.
[3] 赵龙凤,张缭云. 结核病的现代诊断与治疗[M]. 北京:中国医药科学技术出版社, 2001: 422.
[4] Peyre C G, Wakim M, Mateo R, *et al*. Unusual cases of jaundice secondary to non-neoplastic bile duct obstruction[J]. Am Surg, 2004, 70(7): 620 - 624.
[5] 漆　军, 朱晓华, 刘巧俐, 等. 腹内淋巴结结核的 CT 表现:附五例报告[J]. 中华放射学杂志, 1996,30(7): 488 - 489.
[6] 余日胜, 殷君大, 魏　芳, 等. 腹内淋巴结结核的影像学诊断[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2000,23(12): 715 - 717.
[7] Inal M, Aksungur E, Akgul E, *et al*. Biliary tuberculosis mimicking cholangiocarcinoma: treatment with metallic biliary endoprothesis[J]. Am J Gastroenterol, 2000, 95(4): 1069 - 1071.

(编辑　王　红)

文章编号:1000-5404(2008)08-0769-02

经验交流

儿童假性垂体瘤 MRI 及临床表现

黄显龙,李必强,胡源浩,杨　华,陈修燕　(重庆市第三人民医院放射科,重庆 400014)

儿童假性垂体瘤并非真正肿瘤,它是由于不同原因引起甲状腺激素缺乏后,反馈作用至垂体前叶,使之过渡分泌增生所致[1],临床上少见。现将我院 2001 年 1 月至 2006 年 12 月收集的 6 例病例,结合文献加以讨论,以提高对该病的认识和诊断水平。

1　临床资料

1.1　一般资料

本组病例中,男性 2 例,女性 4 例,年龄 3 ~ 14 岁,平均 8 岁,6 例全部作了 MRI 检查,其中 5 例经治疗后,先后复查了 MRI,1 例作了手术。6 例病例均表现为身材矮小,智力较同龄儿差,其中 4 例少言,表情淡漠,2 例出现溢乳,2 例行走困难,1 例行走时呈鸭状步态。

1.2　影像学检查

应用 Siemens Magnetom Impact 1.0T 全身 MR 扫描仪,使用头颅线圈,常规 SE 序列 T1WI(TR 400 ~ 500 ms、TE 15 ms) 横轴、矢状、冠状面扫描;TurboSE 序列 T2WI(TR 5 000 ms、TE 90 ms)横轴、矢状、冠状面扫描。静脉注射钆喷替酸葡甲胺(Gd-DTPA)0.1 mmol/kg 后,行 T1WI 矢状、冠状面扫描。6 例均作了颅脑 MRI 平扫及增强检查,其中 4 例于首次检查后 1 ~ 3 个月复查了 MRI。

2　结果

2.1　MRI 表现

垂体体积明显增大,以前叶增大明显,上下径 1.3 ~ 2.2 cm,上缘呈半球状突出或瘤样增大,境界清楚,轮廓分明,垂体后叶高信号受压推移,垂体前叶 T1WI 和 T2WI 均与正常脑组织呈等信号。矢状面显示:蝶鞍扩大,鞍底下移,视交叉受压上抬,2 例合并鞍背骨质吸收, 4 例合并蝶窦发育差或无气化;冠状面上有 2 例垂体柄偏向一侧, 1 例增大的垂体与海绵窦血管紧贴。增强扫描增大垂体显著强化且较均匀(图 1A)。

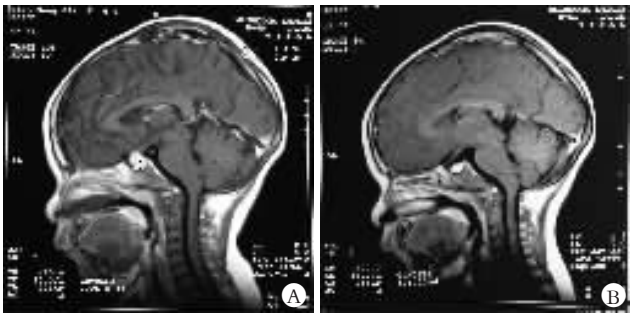
2.2　甲状腺功能检查

5 例 MRI 复查前进行甲状腺功能检查,均显示甲状腺摄碘率低于正常呈扁平线,血清总 T4 测定降低,为 0.6 ~ 1.2 μg/dl,远低于正常值(4 ~ 12 μg/dl);血清总 T3 测定降低,为 30 ~ 55 ng/dl,远低于正常值(100 ~ 150 ng/dl);血清 TSH 为 40 ~ 75 μU/ml,远高于正常值(多小于 10 μU/ml);血清 PRL 平均 684 mIU/L,高于正常值(300 ~ 400 mIU/L)。

2.3　MRI 复查

经口服甲状腺素片 1 ~ 3 个月后复查 MRI,5 例患儿垂体体积均明显缩小,其中 3 例垂体大小在正常范围(图 1B)。临床症状不同程度减轻。

作者简介:黄显龙,男,四川省南充市人,副主任医师,主要从事 CT,磁共振影像学诊断方面的研究,电话:(023)66776581
收稿日期:2007-09-03;**修回日期**:2007-12-10



A：治疗前；B：治疗后

图1 儿童假性垂体瘤矢状位增强垂体 MRI 表现

3 讨论

3.1 发病病因

假性垂体瘤发病病因主要是甲状腺病变，包括甲状腺缺乏性疾病和甲状腺肿性疾病。前者常见原因有：放射性碘破坏或手术切除甲状腺所致、先天性甲状腺生长发育缺陷、特发性，可能由于自身免疫疾病引起；后者常见原因有：慢性淋巴细胞性甲状腺炎、缺碘，如地方性“呆小病”伴甲状腺肿、药物性，如摄入过量抗甲状腺药物、过多的有机物和无机碘化物等、妊娠母亲服用碘化物，抗甲状腺药物通过胎盘传送至胎儿，影响其甲状腺发育和分泌功能。本组患儿中，有 1 例甲状腺先天性缺如，3 例甲状腺发育不良，2 例因母亲在妊娠期间服用过量抗甲状腺药物影响其甲状腺发育。由于患儿甲状腺组织缺如，发育不良，不能产生足量的甲状腺素，临床上出现 T3、T4 水平降低。

3.2 影像特点与临床关系

由于下丘脑垂体甲状腺轴之间存在着反馈调节机制，任何一种原因致甲状腺功能减弱（T3、T4 水平降低）时，下丘脑的促甲状腺激素释放激素（thyrotropin hormone releasing hormone，TRH）分泌增加或作用增强，导致垂体前叶细胞代偿性增生。而下丘脑 TRH 分泌增多，它不仅刺激垂体促甲状腺激素（thyroid stimulating hormone，TSH）细胞增生，也刺激泌乳素（prolactinoma，PRL）细胞增生，使 TSH、PRL 分泌增多[2]。本组患儿 TSH、PRL 值均远高于正常，其中 2 例出现溢乳，多与血 PRL 水平增高有关，TSH 细胞的大量增生，细胞数量增多，体积增大，使垂体前叶的形态大小发生异常改变，在 MRI 影像上表现为垂体前叶体积增大，垂体后叶高信号受压，蝶鞍扩大，鞍底下移，视交叉受压上抬，增强后增大的垂体显著均匀强化。

3.3 鉴别诊断

需要与本病鉴别的儿童鞍内病变，主要有以下几种：①垂体腺瘤：它发生于垂体前叶，其发病部位、病变形态、MRI 平扫信号表现，以及蝶鞍、鞍背改变，垂体柄视交叉移位情况等，与本组病例表现相似，难以区别。MRI 增强扫描，是鉴别的关键点。肿瘤的强化比正常垂体组织为迟[3]。注入 Gd-DTPA 后，在快速扫描早期，瘤体呈相对低信号，边界清楚，而垂体组织强化明显，数分钟后变为等信号。假性垂体瘤在注入造影剂后无相对低信号表现，与垂体组织同等度强化。笔者认为，快速动态增强扫描，对鉴别二者较重要，同时要结合临床表现，及血内分泌检查，有助于鉴别。②鞍结节脑膜瘤：单凭信号和强化表现，难与假性垂体瘤鉴别，前者可部分突入鞍内，使蝶鞍上部扩大，假性垂体瘤可使蝶鞍普遍扩大。矢状位、冠状位上，前者主要位于鞍上，二者易于鉴别。③颅咽管瘤（鞍内型）：多见于小儿和青少年，主要临床症状是肿瘤压迫垂体，致生长发育障碍，就发病年龄及临床症状，难与本组病例区别，但颅咽管瘤多为囊性或部分囊性，80% ~90% 病例有壳状钙化[4]，增强扫描，囊壁环形强化，实性部分中等度均匀、不均匀强化，而本组病例未见囊变表现，增强扫描，强化显著且较均匀，二者易于鉴别。

3.4 发病及诊治情况

原发性甲状腺功能减退症发病率较低，继发于该病所引起的垂体瘤样肿大发生率更低。据报道，每 5 000 个新生儿中，有 1 例发生该病[5]。笔者认为不管原发性甲状腺功能减退症原因如何，早期诊断早期治疗对于预防脑部损伤很重要。应该给予足够的 T4 来维持 TSH 在正常范围，以维持正常生理功能。本组病例中除 1 例误诊手术外，其他 5 例均口服甲状腺素片 1 ~3 个月后复查 MRI，垂体体积显著缩小，其形态大小恢复至正常范围，临床症状得到明显改善。

综上所述，根据患儿共有的临床表现：身材矮小，智力差。一旦神经影像 MRI 检查，发现垂体呈肿瘤样增大改变时，临床检验（T3、T4、TSH）必不可少，应高度警惕原发性甲低存在，以除外真性垂体腺瘤，指导临床选择正确的治疗方案，避免误诊所导致的有创性损伤（如手术、伽玛刀等）实现准确诊断，正确治疗，达到满意疗效。

关键词：儿童；假性；垂体瘤；MRI；临床

中图法分类号：R725.81 **文献标识码**：B

参考文献：

[1] 刘新民. 实用内分泌学[M]. 北京：人民军医出版社，2004：295.

[2] 周辅昔. 颅脑综合征的 CT、MRI 诊断[M]. 北京：人民军医出版社，2004：178.

[3] Wu W，Thomas R A. Pituitary microadenoma. MR appearance and correlation with CT[J]. Acta Radiol，1995，36(5)：529－535.

[4] 许达生. 临床 CT 诊断学[M]. 广州：广东科学技术出版社，1998：34.

[5] Turner H E，Wass J A. 牛津临床内分泌手册[M]. 纪立农，洪天配，高燕明，译. 北京：人民卫生出版社，2006：54.

（编辑 邓强庭）