DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.04.036

主动脉经破裂口与肿块相通(图1)。梯度回波(GRE)示肿块有狭颈与腹主动脉相连,动态观察见主动脉经破裂口向肿块内喷射高信号血流(图2)。

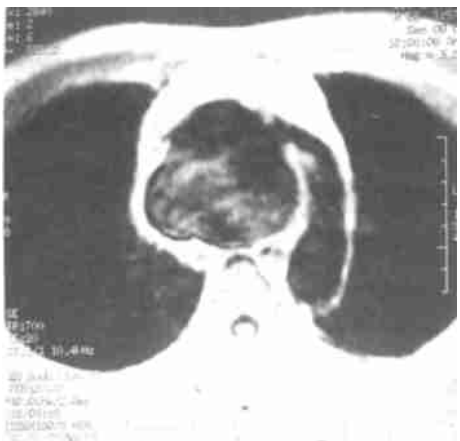


图1 主动脉弓右侧假性动脉瘤经破口与主动脉弓相通



图2 GRE示腹主动脉经破裂口向瘤内喷射高信号血流

3 讨论

假性动脉瘤为多种原因导致血管壁缓慢撕裂,在血管周围形成局限性血肿,其瘤壁仅由纤维结缔组织构成,而不具有正常的动脉壁结构[1,2],瘤内血流通过破裂口与母血管相通,中央部分在高压血流冲击下逐渐腔化,发展成破口小腔大的囊性肿块。

假性动脉瘤临床表现无特异性,诊断主要依据影像学检查。超声、CT、MRI、DSA的应用,均能较客观的反映肿瘤的位置、形状及比邻关系,明显提高本病的发现率和诊断正确率。动脉壁破裂口彩超显示率为66.67%[3],本组3例彩超检查,其中2例显示动脉壁破口。CT平扫、增强及血管造影各1例次未见破裂口,平片和CT平扫对肿瘤定性价值不大。破口小,瘤体大压迫临近血管,引起裂口变窄,是CT和血管造影未显示破裂口主要原因,故术前诊断为动脉瘤。4例MRI检查破裂口显示率100%,GRE电影动态观察清楚显示经狭颈破口向瘤腔内喷射的血流信号[4],同时主动脉旁巨大肿块,内可见不均质的流空信号,均提示假性动脉瘤。因此,对于主动脉假性动脉瘤的影像定性诊断,MRI、B超优于CT或动脉造影,并可避免碘过敏和有创检查的风险,MRI是主动脉假性动脉瘤的无创的有效检查方法。

总之,对于疑难者应与动脉瘤或夹层动脉瘤鉴别。动脉瘤多沿动脉纵向分布,呈梭形扩张,无破裂口。而夹层动脉瘤,可见内膜片内移但无动脉旁肿块。后者多数有主动脉旁肿块和破裂口有助于鉴别。

关键词:主动脉假瘤;影像诊断;MRI
中图法分类号:R732.210.4 文献标识码:B

参考文献:

[1] Origuchi N, Shigematsu H, Nunokawa M, *et al*. Grossly punched-out lesion in the aorto-iliac region can be histologically classified as false, pseudo-false, or disguised aneurysm[J]. Int Angiol, 1997, 16(3): 180-184.
[2] 刘庆伟,崔允峰,韩庆森,等.腹部假性动脉瘤的CT和造影对照研究[J].山东医科大学学报,2001,39(2):158-160.
[3] 李建初,蔡 胜,姜玉新,等.假性动脉瘤的彩色多普勒超声征象及其临床意义[J].中华超声影像学杂志,2001,10(8):473-475.
[4] 李坤成,常 沙,杨小平,等.胸主动脉瘤的MRI诊断[J].中国医学影像技术,2001,17(2):150-152.

(编辑 陈聪连)

文章编号:1000-5404(2004)04-0365-02

经验交流

脉络膜黑色素瘤的影像学评价

Evaluation of imaging techniques for the diagnosis of choroidal melanoma

秦 伟,阴正勤,孟晓红 (第三军医大学西南医院全军眼科中心,重庆 400038)

现代医学影像学的发展非常迅速,新技术不断涌现。就脉络膜黑素瘤的影像学诊断而言,吲哚青绿血管造影(indocyanine green angiography, ICGA)、彩色多普勒血流成像(colour Doppler flood imaging, CDFI)、计算机体层成像(computed tomography, CT)和磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)等的临床应用已引起重视[1~3]。但是,面对诸多影像学方法,怎样合

作者简介:秦 伟(1967-),男,河南省社旗县人,博士,主治医师,主要从事眼部疾病影像诊断和弱视发病机制等方面的研究,发表论文10余篇。电话:(023)65428009
收稿日期:2001-05-10;修回日期:2002-08-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

理选择呢？这就要对它们的影像学表现，以及诊断和鉴别诊断价值进行综合评价。本研究旨在对经病理证实的11例脉络膜黑色素瘤的影像学资料作初步的回顾性分析，以期评价不同影像学方法对该病的诊断价值。

1 材料和方法

本组11例，均为单眼。其中，男5例，女6例。年龄22～69岁，平均42岁。影像学检查情况：ICGA 5例；B超检查10例，其中5例有CDFI资料；CT平扫9例，其中3例还做了增强扫描；MRI检查1例。

2 结果

ICGA：始终为荧光遮蔽3例；晚期呈弱荧光者1例、片状较强荧光者1例；2例不同程度地见肿瘤血管。B超：肿块呈类圆形和蘑菇状8例，其中1例肿块前缘条状极强回声，诊断为肿瘤前缘钙化，而CT显示无钙化；扁平形2例，其中一例资料显示肿块与球壁有部分隔离，而对应的CT片却无此表现。CDFI：肿块内记录到波动性血流频谱、且阻抗指数(RI)＞0.6者3例，其中两例呈扁平状；点状血流信号者1例；无血流信号1例。CT：肿块内均未见钙化影，形态和范围同B超检查所见基本一致，呈均匀密度增高表现，无眼外侵犯。3例增强CT中1例明显强化；2例轻度强化，其中一例白内障术前超声诊断为视网膜脱离和玻璃体机化，而增强CT诊断为眼内恶性肿瘤。MRI：1例，呈短T1高信号，短T2低信号，描述的病灶大小、形态与超声所见相近。诊断为眼内恶性肿瘤：B超和CT分别为7和6例；诊断为脉络膜源性肿瘤：ICGA、B超和CT分别为3、1和1例；与病理诊断完全吻合：ICGA、CT和MRI分别为2、1和1例。

3 讨论

3.1 评价肿瘤血供情况

脉络膜黑色素瘤是一种恶性程度极高的眼内肿瘤。按照以往的认识，肿瘤恶性程度愈高，血管愈丰富。本组5例CDFI资料中，4例记录到血流信号，3例的RI大于0.6，这些脉络膜黑色素瘤的血供丰富，血管发育较为成熟，因为RI反应血管壁弹力纤维是否丰富，这种较高RI值可能与扁平型的病理特点有关。值得关注的是，ICGA有时可见肿瘤血管，本组2/5例可见肿瘤血管，这对诊断肿瘤的组织学来源帮助很大，有人认为是诊断脉络膜黑色素瘤的特征之一[2]。增强CT或MRI均可一定程度上反映肿瘤的血供情况，但是，对于血供相对不很丰富但恶性程度较高的恶性肿瘤，同样可以显示较为明显的强化，因为不成熟的血管壁是肿瘤强化的基础之一。本组3例增强CT均有不同程度强化，其中一例在白内障术前超声误诊为视网膜脱离，而术后增强CT见强化表现，为正确诊断提供了有价值的资料。不过仅靠增强CT定性诊断通常有难度，它不能与其它血供较丰富的良性肿块鉴别，不像ICGA那样可以直接反映有肿瘤特点的血供情况。

3.2 评价肿瘤的钙化

脉络膜肿瘤通常无钙化表现，那么，准确显示肿瘤的钙化与否对鉴别诊断有意义，因为，脉络膜骨瘤和视网膜母细胞瘤多可显示较为特征的骨化、钙化[3]。本组1例超声发现肿块前缘条状极强回声，误认为钙化表现，而CT显示为软组织密度。玻璃体机化等改变在超声检查可显示类似钙化的影像。超声虽然有一些假阳性表现，但又较MRI有优势，在T1和T2加权像上钙化灶均为无信号，缺乏特异性[4]。所以，CT对于判断钙化与否最有优势，当需要与有钙化表现的肿瘤鉴别时，CT扫描是最佳选择。

3.3 评价肿瘤的形态、大小和组织学特征

ICGA可以直观地观察肿瘤大小和形态，但不能多层面和多角度地评价，更主要的是，它不能显示肿瘤的眼外生长情况。Scott等[1]的临床研究认为，B超诊断眼外侵犯的价值最大，其次为MRI。超声检查可以通过改变探头的角度，多方位显示病灶的情况，但在保留影像资料时应选择典型层面。本组1例的超声图片上，扁平的病灶后缘与眼球有一低回声带，相应的报告以及手术记录中未对此进行描述，可能为探头方向与肿块边缘部相切所致。而CT为连续的断面成像，反映病灶的特征较为准确，但其局限性为只能分辨组织密度，对色素细胞等成分无特异性表现。黑色素具有顺磁性效应，MRI可呈特征性的短T1高信号和短T2低信号[4]。

3.4 不同方法的诊断作用

B超和CT诊断为眼内恶性肿瘤分别为7和6例，而定位至脉络膜源性各1例，与病理诊断完全吻合仅CT 1例。说明B超和CT在描述病灶的大小、形态等可初步区分良恶性的表现方面具有一定价值，其中增强CT的价值较大，但对肿瘤起源自视网膜或脉络膜缺少有价值的征象，更不能显示出黑色素与其他组织的区别。尽管如此，B超以其价格低廉和能够较好地显示病灶的范围，尤其是较好地描述病灶的眼外侵犯，仍应作为屈光间质混浊病人的首选检查。5例ICGA定位诊断正确3例，定性诊断正确2例，是脉络膜黑色素瘤的有价值的诊断手段，但是，屈光间质混浊时限制其应用，而且需要描述肿瘤大小、形态和眼球壁以外情况时，仍离不开诸如B超等影像学手段的帮助。MRI是目前显示有色素的脉络膜黑色素瘤最具组织学特征的手段，本组1例呈特征性短T1、短T2信号，籍此获得正确的诊断，但对于无色素的黑色素瘤，定性诊断较为困难，综合多种方法进行评价有助于诊断。总之，诸多的影像学方法各有优势和不足，可相互补充。

关键词：脉络膜黑色素瘤；影像；诊断
中图法分类号：R445；R739.5 文献标识码：B

参考文献：

[1] Scott I U, Murray T G, Hunghes J R. Evaluation of imaging techniques for detection of extraocular extension of choroidal melanoma[J]. Arch Ophthalmol, 1998, 116(7): 897－899.
[2] 王光路，张 风，孟淑敏，等. 脉络膜黑色素瘤的吲哚青绿和荧光素眼底血管造影[J]. 中华眼底病杂志，2000，16(2)：3－5.
[3] Starzycka M, Szpakowicz U, Slomska J. Diagnostic problems in intraocular melanoma[J]. Klin Oczna, 1999, 101(1): 11－17.
[4] 隋邦森，吴恩惠，陈雁冰. 磁共振诊断学[M]. 北京：人民卫生出版社，1994. 179，585.

（编辑 陈聪连）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net