

描病变轻度强化,与文献报道中的典型表现稍有差异,分析其原因如下:①节细胞胶质瘤病理上主要由肿瘤性神经节细胞及胶质细胞组成<sup>[9]</sup>,本例的影像学表现不典型可能与两种细胞成分不均分布相关;②病灶体积较小对影像特征的获取有一定影响。

本例脊髓节细胞胶质瘤需与以下脊髓内病变相鉴别:①室管膜瘤:是成人最常见的髓内肿瘤,易发生于腰骶段、脊髓圆锥及终丝<sup>[9]</sup>,多位于脊髓中央管,T<sub>1</sub>WI多呈较为均匀等或低信号,T<sub>2</sub>WI多呈稍高信号,若有囊变出血,肿瘤信号可不均匀,肿瘤上下缘出现含铁血黄素沉积所致的“帽征”,肿瘤实性成分明显强化。本例因发生于脊髓圆锥,信号特点不典型,易误诊为室管膜瘤,与其鉴别困难;②星形细胞瘤:儿童多见,颈胸脊髓最多见,可呈偏心生长,T<sub>1</sub>WI信号低于脊髓,T<sub>2</sub>WI信号高于脊髓,增强扫描轻度不均匀强化,其强化方式与本病有相似之处,但好发位置不同,可作为鉴别要点;③血管母细胞瘤:好发年龄为20~30岁,常表现为长条带状或椭圆形混杂T<sub>1</sub>中高T<sub>2</sub>信号影,周围可有血管流空信号,肿瘤主体多位于脊髓背侧或背外侧,强化程度可接近血管<sup>[9]</sup>,可与本病鉴别。

综上所述,当临床诊疗过程中MRI发现脊髓圆锥信号均

匀的占位、增强扫描轻度强化且脊髓表面条片状强化时,需要考虑节细胞胶质瘤的可能。

#### [参考文献]

- [1]Louis DN, Perry A, Wesseling P, 等. 2021年WHO中枢神经系统肿瘤分类概述[J]. 放射学实践, 2021, 36(7): 818-831.
- [2]Bahrami E, Taheri M, Ebrahimiya F. Cervicomedullary Ganglioglioma in a Child—A Case Report [J]. Prague Med Rep, 2018, 119(2-3): 122-127.
- [3]Deora H, Sumitra S, Nandeesh BN, et al. Spinal Intramedullary Ganglioglioma in Children: An Unusual Location of a Common Pediatric Tumor[J]. Pediatr Neurosurg, 2019, 54(4): 245-252.
- [4]唐文英, 曾珍, 宋赣军, 等. 椎管内少见肿瘤及肿瘤样病变MRI诊断与鉴别[J]. 实用放射学杂志, 2021, 37(8): 1238-1241.
- [5]Dang H, Khan AB, Gadgil N, et al. Primary spinal intramedullary anaplastic ganglioglioma in a pediatric patient[J]. Surg Neurol Int, 2023, 14(55): 1-6.
- [6]孙婕, 张天资, 冯平勇. 节细胞胶质瘤误诊室管膜瘤1例[J]. 中国临床医学影像杂志, 2021, 32(2): 144-145.
- [7]李金禄, 黄聪, 赵梓霖, 等. 单发脊髓血管母细胞瘤MRI表现及误诊分析[J]. 临床误诊误治, 2022, 35(9): 22-25.

## 白塞病合并头臂干假性动脉瘤和胸壁静脉曲张1例

### Behcet's disease associated with pseudoaneurysm of the brachiocephalic trunk and varicose veins of the chest wall: report of one case

任丽臣, 李 军, 张永高(郑州大学第一附属医院放射科, 河南 郑州 450052)

REN Li-chen, LI Jun, ZHANG Yong-gao

(Department of Radiology, the First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou 450052, China)

[关键词] 贝赫切特综合征; 动脉瘤, 假性; 静脉曲张; 体层摄影术, X线计算机

[中图分类号] R543; R814.42

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-1062(2024)07-0531-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.07.024

**病例** 女, 36岁, 主诉胸闷伴呼吸困难12h, 加重3h。患者12h前夜间休息时突发胸闷, 伴呼吸困难、咳嗽、咳痰, 以黄色黏液痰为主, 继之出现晕厥、意识不清1次, 持续时间约20min。胸部DR示升主动脉瘤可能, 胸部CT示升主动脉异常, 夹层可能性大, 心包少量积液。3h前上述症状再发。6月前因反复性口腔溃疡就诊于当地医院, 诊断为“白塞病”。无高血压病史, 无糖尿病、脑血管疾病病史。查体无异常。心电图正常。检验结果显示: D2聚体、纤维蛋白原降解产物升高。因外院CT检查提示升主动脉夹层可能, 于我院完善CT血管造影检查, 影像(图1~8)显示头臂干起始处局部管腔见破口

影, 破口直径约6.9mm, 破口以远见巨大动脉瘤影, 局部压迫升主动脉(图1, 5)。三维容积再现成像显示上腔静脉受压, 导致胸壁静脉曲张(图2, 6)。气管受压、变窄(图3, 7)。瘤腔强化较慢, 周围可见低密度影环绕(图4, 8)。最终的综合诊断为白塞病合并头臂干假性动脉瘤, 局部压迫上腔静脉, 胸壁静脉曲张。

**讨论** 白塞病是一种病因不明的多系统复杂血管炎, 皮肤黏膜、眼部、血管、关节、胃肠道和中枢神经系统均可受累。白塞病临床表现多样, 但主要的临床特征是复发性口腔溃疡、外阴溃疡、葡萄膜炎或视网膜血管炎的三重症状复合体。

[收稿日期] 2023-10-24; [修回日期] 2023-11-16

[作者简介] 任丽臣(1998-), 女, 河南济源人, 在读硕士研究生。E-mail: renlichen0524@163.com

[通信作者] 张永高, 郑州大学第一附属医院放射科, 450052。E-mail: zyg01578@126.com

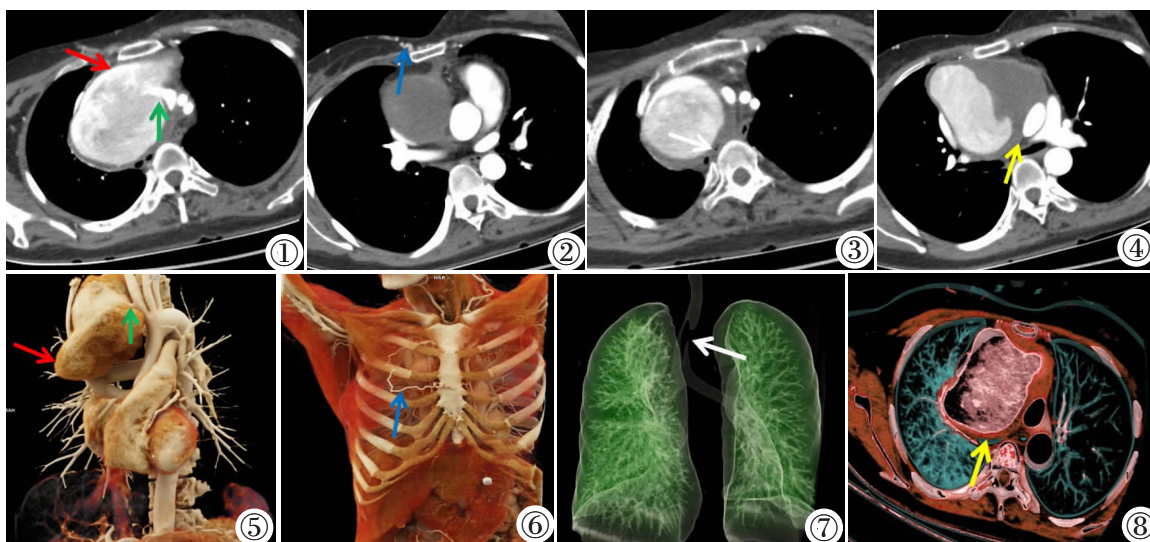


图 1-8 女,36 岁,白塞病合并头臂干假性动脉瘤。CT 血管造影横断位图像与容积再现图像可清晰显示瘤腔内情况及与邻近血管、器官之间的关系。头臂干假性动脉瘤(红色箭头;图 1,5),头臂干起始处可见破口影(绿色箭头;图 1,5),以远瘤腔大,形态不规则。上腔静脉受压,胸壁静脉扩张迂曲(蓝色箭头;图 2,6)。瘤腔压迫气管,右侧支气管受压变窄(白色箭头;图 3,7)。瘤腔强化较慢,周围可见低密度影环绕,提示假性动脉瘤瘤腔内血栓形成(黄色箭头;图 4,8)。

与其他系统性血管炎不同,白塞病的特点是可同时累及各种大、小动脉和静脉<sup>[1]</sup>。白塞病患者的血管疾病发病率高达40%,男性发病率较高<sup>[2]</sup>,通常为疾病早期表现<sup>[3]</sup>。静脉受累明显多于动脉疾病,下肢深静脉血栓形成是白塞病最常见的静脉表现。动脉受累虽然远不如静脉疾病常见,但被认为是白塞病一种特殊的血管特征,有多种不同的临床表现,取决于受影响的血管和损伤类型。动脉瘤较为常见,占动脉病变的60%~70%,并被认为是白塞病的一种独特的血管特征<sup>[4]</sup>。动脉受累患者常伴有静脉血栓形成。血管受累对白塞病的发病率和长期死亡率有重大影响,并已被确定为这些患者的主要死亡原因<sup>[5-6]</sup>,因此有必要采取快速和积极的治疗措施。

本例中假性动脉瘤位于头臂干,瘤体较大,局部压迫升主动脉,与其分界不清,容易误诊为升主动脉瘤或升主动脉夹层并血栓形成。本例通过 CT 血管造影检查发现清楚判定病灶位于头臂干起始处,局部管腔可见破口影,以远瘤体与之相连;三维容积重建图像可见上腔静脉受压,导致胸壁静脉扩张;邻近气管受压变窄。结合患者胸闷伴呼吸困难、心包积液的临床表现,可诊断是由于头臂干假性动脉瘤形成,气管受压所致。

假性动脉瘤需与以下病变进行鉴别诊断:①真性动脉瘤:真性动脉瘤动脉壁结构完整,CT 上可见动脉管腔局限性扩大,呈梭状或囊状与主动脉管腔相连续,无明确瘤颈与内膜片<sup>[7]</sup>。可伴有动脉瘤管壁钙化,动脉瘤管腔内常合并附壁血栓,形态不规则。②主动脉夹层:CT 平扫可见钙斑内移;增强

扫描可见真腔、假腔及撕裂的内膜片,累计范围较广。

总之,结合患者的白塞病临床病史及 CT 血管造影影像信息,应想到假性动脉瘤可能,进一步仔细分析图像信息,判断周围血管及器官受累情况,给临床治疗以提示。

#### [参考文献]

- [1]Becatti M, Emmi G, Bettiol A, et al. Behcet's syndrome as a tool to dissect the mechanisms of thrombo-inflammation: clinical and pathogenetic aspects [J]. Clin Exp Immunol, 2019, 195(3): 322-333.
- [2]Jo YG, Ortiz-Fernández L, Coit P, et al. Sex-specific analysis in Behcet's disease reveals higher genetic risk in male patients[J]. J Autoimmun, 2022, 132: 102882.
- [3]Seyahi E. Phenotypes in Behcet's syndrome [J]. Intern Emerg Med, 2019, 14: 677.
- [4]Tazi Mezalek Z, Khibri H, Chadli S, et al. Vascular complications of Behcet disease[J]. Minerva Med, 2021, 112(6): 767-778.
- [5]Lee S, Kang S, Eun Y, et al. Clinical characteristics and radiographic outcomes of vascular Behcet's disease involving the aorta or its major branches [J]. Clin Rheumatol, 2022, 41 (6): 1769-1777.
- [6]Bettiol A, Prisco D, Emmi G. Behcet: the syndrome [J]. Rheumatology(Oxford), 2020, 59(Suppl 3): iii101-iii107.
- [7]朱佳丽,李燕,王小峰. 超声诊断颅外段颈内动脉真性动脉瘤 1 例 [J]. 中国临床医学影像杂志,2023,34(12):597-598.