

. 个案报告 .

脊索瘤合并垂体腺瘤 1 例

王齐齐 陈 俊 王焕明 胡 飞

【关键词】 颅内混合瘤;脊索瘤;垂体腺瘤;手术

【文章编号】 1009-153X(2015)07-0448-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 739.41; R 651.1*1

1 病例资料

患者,女性,50岁,因双眼视力下降15年伴头痛、呕吐12 d入院。入院时体格检查:右眼睑下垂,右眼球运动受限;右侧瞳孔直径约5 mm,左侧约4 mm,右瞳孔直接及间接对光反射均消失,左瞳孔直接及间接对光反射均灵敏;右眼视力0.25,左眼视力无光感;右侧视野向心性缩小;右侧颜面部温痛觉减退,伸舌略右偏;四肢肌力5级。血清学检查表示内分泌激素各指标基本正常。增强MRI(图1A、1B)示:右颞病变不均匀强化,可见散在坏死灶,且侵蚀颅底,右颞叶明显受压并变形,中线结构左移;鞍区病变明显均匀强化,突破鞍隔向鞍上生长,视交叉受压上抬,海绵窦受侵犯,且可见局部脑膜尾征。CT平扫(图1C、1D)示:右颞可见稍低密度肿块影,CT值为26 HU,大小约4.8 cm×5.2 cm,其内可见散在点状高密度影,且右侧岩骨骨质破坏;鞍区可见一等密度肿块影,大小约2.3 cm×2.0 cm,局部可见高密度影。行扩大翼点入路右颞开颅肿瘤切除术,术中可见硬脑膜张力较高,打开右颞叶皮层,可见一巨大肿瘤,约5 cm×5 cm大小,质软,有包膜,边界尚清,血供丰富,呈胶冻状,侵蚀中颅窝底,予全切除,取1号标本;分离外侧裂并暴露鞍区,可见鞍区一肿瘤,大小约2 cm×2 cm,有包膜,边界尚清,血供丰富,呈鱼肉样,行大部切除,取2号标本。术后病理结果:1号标本是脊索瘤(图1E),2号标本是垂体腺瘤(图1F)。

2 讨论

混合瘤占中枢神经系统肿瘤的0.24%,颅内混合瘤最常见的是胶质瘤和脑膜瘤并发,且既往有脑膜瘤与垂体瘤的报道,但脊索瘤合并垂体零细胞腺瘤却鲜有报道。脊索瘤是一种罕见的、生长缓慢的起源于胚胎脊索残余组织的骨性肿瘤,呈侵袭性生长,颅底及骶尾部多见,占颅内肿瘤的0.1%~

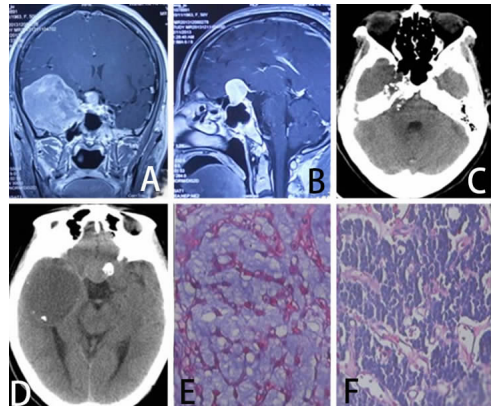


图1 1例脊索瘤合并垂体腺瘤患者术前影像及术后病理图
A、B. 术前增强MRI;C、D. 术前CT平扫;E. 术后病理示脊索瘤(HE,200×);F. 术后病理示垂体腺瘤(HE,200×)

0.2%。而垂体腺瘤占颅内肿瘤的10%左右,其中侵袭性垂体腺瘤占垂体腺瘤的43%。该患者术前CT、MRI提示右颞及鞍区病变无明显联系,可以判断是两个病变。CT可见右侧岩骨骨质破坏严重,此征象符合脊索瘤的生长特点,但并非脊索瘤多发部位。此外,因脑膜瘤骨质增生多见,故右颞脑膜瘤暂不考虑。MRI显示鞍区病变突破鞍隔向鞍上生长,且病变与垂体关系密切,结合患者眼部体征和内分泌各激素指标均基本正常的特点,首先考虑无功能垂体腺瘤,但CT可见鞍区病变局部钙化灶,故颅咽管瘤不能排除,同时,MRI可见局部脑膜尾征,所以鞍区脑膜瘤亦有可能。此外,MRI显示斜坡基本完整,鞍区脊索瘤暂不考虑。因此,术前患者临床表现、血清学检查及其影像学资料具有诊断参考价值,但确诊需行手术切除肿瘤病理证实。该患者肿瘤标本提示两种不同类型的肿瘤细胞,且部位不同,此种不同部位且异源性多发肿瘤实属罕见,因此,对临床及影像学表现不能用单一病变解释时,要警惕多发不同类型肿瘤的可能。至于颅内混合瘤的发病机制,有学者认为是先天性基因编码错误所致,也有学者认为幼稚细胞在再生过程中出现反向分化而形成混合瘤。因此,颅内混合瘤的发病机制仍需进一步研究。

(2014-01-22收稿,2014-03-14修回)