

. 个案报告 .

垂体脓肿合并垂体腺瘤 1 例

屈晓东 赵 云 周 杰

【关键词】垂体腺瘤;垂体脓肿;手术

【文章编号】1009-153X(2017)05-0368-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1[†]

1 病例资料

病人,女,33岁,因泌乳4个月、闭经2个月伴突发头痛伴恶心、呕吐1 d入院。在当地医院行MRI检查示鞍区占位性病变,考虑垂体腺瘤。泌乳素也明显增高。但未予正规治疗。入院后体格检查:意识清楚;双侧瞳孔等大等圆,直径3 mm,对光反射灵敏;视力、视野正常;眼球运动无异常;双侧乳腺泌乳;四肢肌力、肌张力正常。入院后行头颅MRI检查示(图1):垂体增大,见大小约1.2 cm×2.2 cm等稍短T₁等、稍短T₂信号影,增强扫描未见明显强化;垂体柄尚居中;鞍上池诸结构及两侧海绵窦显示清晰。考虑垂体增大并异常信号影,多考虑垂体瘤并出血。泌乳素为134.4 μg/L。在全麻下行经鼻蝶入路鞍区肿瘤切除术,术中切开鞍底硬脑膜后,立即见黄色脓性液体流出,吸除脓液约5 ml,用刮勺刮除脓腔异常组织,双氧水及生理盐水冲洗脓腔至冲洗液清凉,取瘤钳切除少量肉眼可见固体组织留取标本;增加胸内压后未见异常组织溢出;术区彻底止血,观察未见明显活动性出血,用止血纱、明胶海绵及人工生物膜进行鞍底重建。术后泌乳素41.5 μg/L。术后病理结果:(垂体)结合免疫组化染色结果,考虑多激素垂体腺瘤,部分区域可见慢性炎细胞浸润。病人痊愈出院。

2 讨论

鞍区占位性病变是较为常见的颅内占位性病变,且病变性质复杂、发病部位较多,依据其发病部位可分鞍上、鞍旁和鞍内。最为常见的鞍区病变种类是颅咽管瘤和垂体腺瘤。垂体脓肿是一种十分罕见的潜在致命性疾病,发病率极低。垂体脓肿复杂多变、无明显特异性的临床表现,多数病例症状不典型,术前难以诊断。由于其少见,容易漏诊,常在外科

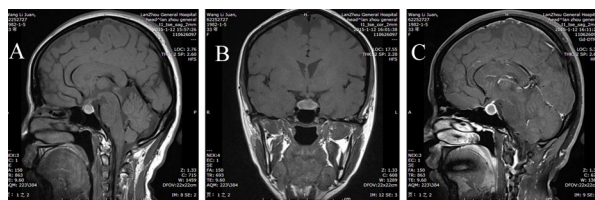


图1 垂体脓肿合并垂体腺瘤 MRI

A. 矢状位平扫;B. 冠状位平扫;C. 矢状位增强,见病变成环形强化

手术中才发现。本文病例术前诊断包括头颅MRI检查都发生漏诊。

垂体脓肿发病原因复杂。文献报道可有以下三方面因素:蝶窦周围结构炎症病灶直接蔓延扩散;继发于鞍区病变或鞍区病变术后的感染;由身体其它部位隐匿感染灶经血行途径引起垂体组织感染,但许多病例无法找到感染灶。垂体脓肿的致病菌与颅内其他部位脓肿相同,最常见的是链球菌、葡萄球菌、变形杆菌。垂体脓肿CT扫描并无特异性表现但MRI表现有很大差异,其与脓肿内容物成份组成有关,以MRI增强病灶壁环形强化对早期诊断最有意义。本文病例头颅MRI增强扫描病灶成环形强化。

虽然临床表现、激素水平检查、MRI检查对垂体脓肿的诊断有一定提示作用,但均缺乏特异性,因此术前诊断困难易误诊。对于有鞍区占位合并有垂体功能低下,且影像学增强扫描有环形强化,尤其对于病变较小,但垂体功能低下显著时,应考虑到垂体脓肿可能。

垂体脓肿的治疗主要是尽可能早期手术,彻底清除脓肿,取样送细菌学涂片及培养,可降低垂体受损的程度。对于垂体脓肿,手术方式首选经单鼻孔蝶窦入路手术。此入路一方面手术时间短创伤小,可彻底清除脓肿,既可避免正常垂体及垂体柄受损,也较少脓肿与蛛网膜下腔相通引起感染扩散至颅内可能性。

垂体脓肿发病率低,预后差,所以发现鞍区占位性病变时应考虑到垂体脓肿,以免发生漏诊误诊。

(2015-04-02收稿,2015-05-10修回)