

. 个案报告 .

# 以尿崩症为首发症状的垂体转移瘤 1 例

刘德财 张开鹏 于艺伟 岳勇 金澎

【关键词】垂体转移瘤;乳腺癌;尿崩症;显微手术

【文章编号】1009-153X(2018)10-0704-01

【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

女, 59 岁, 因口渴、多饮、多尿 2 个月入院。入院 6 年前行左侧乳腺癌根治术, 2 年前发现颅内转移瘤(具体部位不详), 后行伽玛刀治疗(具体不详)。2 个月前, 无明显诱因出现口渴、多饮、多尿, 当地医院颅脑 MRI 考虑垂体腺瘤可能性大。入院神经系统检查未见明显阳性体征。入院后尿量在 4000~6000 ml/24 h, 尿比重 1.004; 空腹血糖 3.35 mmol/L; TSH 0.480 μIU/mL, FT<sub>3</sub> 1.75 pmol/L, FT<sub>4</sub> 5.75 pmol/L, ACTH 1.42 pg/mL, CORT 10.62 nmol/L。垂体 MRI 平扫示垂体体积增大(图 1A), 大小约 18.8 mm×12.0 mm×14.4 mm, 边界较清, 垂体后叶高信号消失, 垂体柄增粗、前移; 增强扫描示垂体体积增大, 呈不均匀短 T<sub>1</sub> 强化(图 1B), 大小约 18.8 mm×12.0 mm×14.4 mm, 边界较清, 邻近脑膜略增厚、强化, 垂体后叶高信号消失, 垂体柄及丘脑下部呈相似强化信号影, 视交叉受压前移, 考虑神经垂体及丘脑下部病变(巨细胞肉芽肿性垂体炎?)可能性大。予以补充激素及控制尿崩等治疗后, 全麻下行经鼻蝶入路鞍区病变探查术, 术后病理示(垂体)增生的纤维组织内见低分化恶性肿瘤浸润, 免疫组化示: CK 广(+), CK7(+), GATA-3(+), Mammaglobin(+), ER(-), PR(-), EMA(-), Syn(-), Her-2(3+), CK5/6(-), P63(-), Ki67 阳性率约 50%。结合形态学、免疫组化结果及临床病史, 意见为转移性低分化癌, 源自乳腺。术后继续予以激素替代治疗及对症支持治疗后, 尿崩症状较前改善, 转入肿瘤科行进一步放、化疗。

## 2 讨论

垂体转移瘤发病率较低, 占颅内转移瘤的 0.875%, 原发癌灶以乳腺癌和肺癌最常见。垂体转移瘤常见临床表现是尿崩症, 其次是垂体前叶功能减退、视力下降、视野缺损、颅

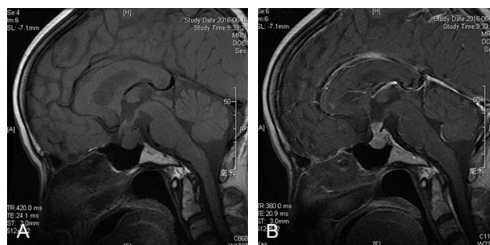


图 1 乳腺癌垂体转移 MRI

A. 平扫; B. 增强

神经麻痹、头痛等。本文病例以尿崩症起病。这与转移瘤多侵袭垂体后叶, 引起抗利尿激素释放减少有关。其次为高泌乳素血症, 为肿瘤压迫侵袭垂体柄所致。另一种观点认为是原发肿瘤本身有内分泌功能。

垂体转移瘤术前与垂体腺瘤、脊索瘤、颅咽管瘤难以鉴别。即使有颅外恶性肿瘤, 也不能诊断为垂体转移瘤。垂体转移瘤确诊依赖病理学检查, 免疫组织化学标志物不仅可明确肿瘤性质、来源等, 还可判断病人预后。乳腺癌病人 ER、PR、CK7、GCDPF-15、Herr-2 易出现过表达, TTF-1 阴性可排除甲状腺、肺部等疾病, CA125 阴性可排除卵巢疾病等。GCDPF-15 阳性表达可进一步证实其原发灶为乳腺。而 Mammaglobin 阳性是乳腺癌的特异性标志物。本文病例曾行乳腺癌切除术, 结合免疫组织化学证实为乳腺癌垂体转移。

垂体转移瘤的治疗应综合考虑病人发病时临床表现、肿瘤大小、身体状况、原发灶病情等多种因素。手术及放疗多为首选。已明确为垂体转移瘤、病灶范围局限、身体状况较好、视神经、视交叉受压明显, 或尚不明确是否为垂体转移瘤, 可首选手术治疗; 已明确为垂体转移瘤、病灶范围局限、身体状况较好、视神经、视交叉受压明显, 或尚不明确是否为垂体转移瘤, 可首选手术治疗; 已明确为垂体转移瘤、视神经、视交叉受压较轻, 可首选伽玛刀治疗; 对于不能耐受手术, 或颅内广泛转移的病人, 可首选头部放疗和针对原发肿瘤的内分泌治疗或化疗等。临床上, 对有症状的鞍区 MRI 尚不能明确诊断, 可行手术治疗, 以明确诊断, 决定后续治疗。

(2017-05-10 收稿, 2017-05-31 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2018.10.022

作者单位: 266000 山东青岛, 青岛大学附属医院神经外科(刘德财、张开鹏、岳勇、金澎), 青岛大学附属医院(于艺伟)

通讯作者: 金澎, E-mail: kjinpeng@163.com