

2 讨论

鼻甲气化也称泡性鼻甲, 主要与解剖学变异及邻近组织的病变有关, 常由于额隐窝气房、前筛气房及后筛气房的发育扩展进入鼻甲而形成。其中中鼻甲气化最常见, 其次是上鼻甲, 而下鼻甲气化非常罕见。Zinreich 等^[1]于1988年首先报道了下鼻甲气化, 此后国内外有少数学者报道^[2]。下鼻甲气化主要见于中年人, 无明显性别差异。下鼻甲气化不明显者一般无临床表现, 多于鼻窦CT检查偶然发现。气化明显者易造成下鼻甲肿大, 阻塞鼻腔, 使鼻腔、鼻窦引流不畅, 出现鼻塞、流脓涕等症状, 气化严重者甚至压迫鼻中隔, 导致鼻中隔向对侧偏曲, 从而影响对侧鼻腔通气。病史长者可并发炎症、息肉或囊肿等, 进一步加重症状。下鼻甲气化的诊断主要依靠高分辨率CT(HRCT), 不仅可清晰的显示下鼻甲骨情况, 而且可显示炎症、息肉或囊肿等并发病变^[3]。含气的鼻泪管及鼻泪管的变异(如副泪管等)需

与下鼻甲局限型泡状气化鉴别; 下鼻甲向外弯曲并靠近鼻腔外侧壁时, 冠状位CT易将两者围成的假气腔误认为下鼻甲气化; 有时筛漏斗的底部明显下陷, 甚至达下鼻甲的附着水平, 也常被误认为下鼻甲的体部气化。HRCT和多层面图像连续观察有助于与这些假性的下鼻甲气化鉴别。如下鼻甲气化程度较轻, 患者又无明确相关的临床表现, 可随访观察, 严重的下鼻甲气化或其内伴有炎症、息肉或囊肿等, 可行手术治疗。

参考文献:

[1] Zinreich SJ, Mattox DE, Kennedy DW. Concha bullosa: CT evaluation[J]. J Comput Assist Tomogr, 1988, 12(5): 778-784.
[2] 李宪华, 尤宝红. 下鼻甲粘膜下囊肿1例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2009, 15(5): 393.
[3] 杨本涛, 王振常, 刘莎, 等. 下鼻甲气化的高分辨率CT表现[J]. 中华放射学杂志, 2006, 40(8): 837-840.

(修回日期: 2013-08-20)

DOI:10.11798/j.issn.1007-1520.201402032

· 病案报道 ·

垂体结核1例

马文学¹, 官兵¹, 刘涛¹, 姜云惠²

(荆门市第二人民医院 1. 耳鼻咽喉头颈外科; 2. 病理科, 湖北 荆门 448000)

中图分类号: R529.3; R651.13 文献标识码: D 文章编号: 1007-1520(2014)02-0187-02

垂体结核临床上比较罕见, 曾有文献报道鞍区结核约占颅内占位性病变的0.15%^[1], 且多继发于结核的血行播散、结核性脑膜炎或鼻窦结核的直接蔓延^[2]。也有部分患者无结核感染及接触史, 我科曾收治1例, 报道如下。

1 病例报告

患者, 女, 40岁。因头痛伴视力下降1个月入院。患者近期月经紊乱, 无泌乳、恶心呕吐、多饮、多尿、发热及盗汗等临床表现, 体重无明显变化, 无结核病史; 查体: 神志清楚, 言语流利, 思维敏捷, 左眼视力0.8, 右眼视力0.6, 无视野缺损, 眼底检查正常。生理反射存在, 病理反射未引出; 激素水平检查提示垂体

作者简介: 马文学, 男, 主治医师。
通信作者: 马文学, Email: adam517@163.com

泌乳素(PRL)明显升高,其他指标正常。结核抗体(-)。胸片、心电图检查均正常。头部MRI增强提示鞍区病灶可见不均匀斑片状强化,大小约1.9 cm×1.7 cm,鞍底下陷,视神经受压上抬(图1)。临床诊断:鞍区占位性病变(垂体腺瘤)。经鼻-蝶窦入路垂体瘤切除术,术中见瘤体呈灰白色,周围组织较韧、中心脆,血供不丰富,予以大部切除。术后无高热、呕吐、尿崩及脑脊液漏。病理回报:考虑为垂体结核(图2)。术后结核菌素试验呈强阳性。出院时视力提高不明显,出院后到疾控中心行正规抗结核治疗,随访半年恢复良好。

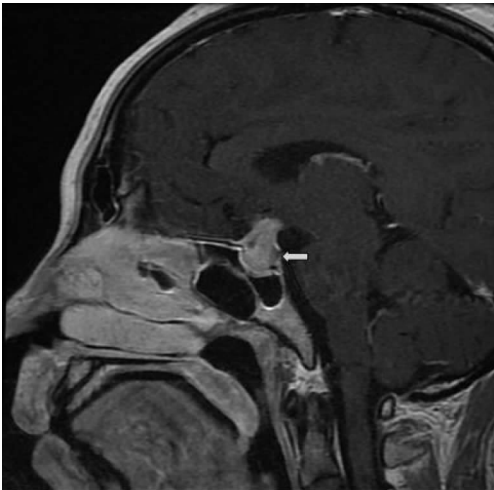


图 1 头部 MRI 增强扫描见鞍区病灶不均匀斑片状强化

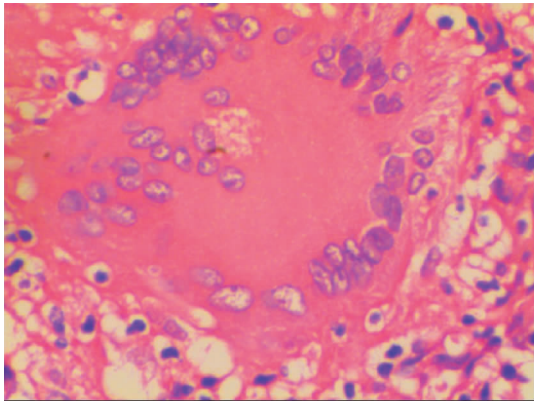


图 2 垂体结核镜下见肉芽肿形成,并可见多核巨细胞及干酪样坏死(HE×400)

2 讨论

垂体结核临床上以中青年女性多见,其临床表现常无特异性,与垂体无功能腺瘤引起的压迫症状相似,最常见的表现为头痛、视力下降及内分泌症状,如闭经、溢乳、月经紊乱、性功能减退等,也可以尿崩症及垂体卒中形式发^[3],内分泌检查多有部分或全部垂体功能低下,少数病人泌乳素(PRL)正常或升高。

垂体结核患者行MRI示T1为低信号或等信号,T2为高信号,可中等度强化^[1,3]。仅少数病变局限于鞍内,大多数垂体结核向鞍上扩展,约1/3患者有鞍底破坏向蝶窦内侵犯,甚至侵犯到斜坡区^[4]。垂体结核因临床表现、影像学及内分泌检查与垂体腺瘤难以鉴别,其诊断仍需依靠组织病理学检查。因此对于临床上不能排除本病的患者应尽量采用经鼻-蝶窦入路手术或活检,以避免术前盲目放疗造成永久性垂体功能低下、术后结核播散及结核性脑膜炎。术中切除程度应视病灶的质地和浸润范围而定,质地较软、界限清楚者应尽量切除干净,边界不清或有颈内动脉包裹等情况的不宜强行切除,可做部分切除起到减压作用即可^[4]。本病一旦确诊即应系统地进行抗结核治疗,一般采取三联或四联用药,选择容易透过血脑屏障的药物。本病大多预后良好。

参考文献:

[1] Sharma MC, Arora R, Mahapatra AK, et al. Intracellular tuberculoma - an enigmatic pituitary infection: a series of 18 cases [J]. Clin Neurol Neurosurg, 2000, 102(2): 72-77.

[2] Paramo C, de L, Nodar A, et al. Intracellular tuberculoma - a difficult diagnosis [J]. Infection, 2002, 30(1): 35-37.

[3] Ashkml K, Papadopoulos MC, Casey AT, et al. Sellar tuberculoma: report of two cases [J]. Acta Neurochir (Wien), 1997, 139(6): 523-525.

[4] 胡志强,董齐,杨孔宾,等.垂体结核2例报告[J].中国微侵袭神经外科杂志,2003,18(8):374-375.

(修回日期:2013-06-20)