

垂体脓肿伴尿崩症、低促性腺激素及高泌乳素血症

1 例诊治随访*

余玉清^{1*} 陈萍¹ 祝群² 李然¹ 吴姝¹ 徐媛媛¹ 陆娟¹ 胡爱平¹ 徐亚南²

¹江苏省人民医院浦口分院内分泌科,南京 211899

²南京医科大学第二附属医院内分泌科,南京 210011

关键词 垂体脓肿;尿崩症
中图分类号 R584.3 文献标识码 D DOI 10.11768/nkjwzzzz20220424

垂体脓肿在临床上较为罕见,发病率低,占垂体疾病的1%以下^[1]。垂体脓肿临床症状及影像学表现均不典型,易与其他垂体疾病混淆,临床诊治困难^[2]。本文报告1例罕见的垂体脓肿伴内分泌紊乱的病例。

病例资料

患者女性,50岁。因“间歇热6个月伴多饮多尿3个月”入院。患者3年前出现恶心、呕吐、听力下降等症状,在当地医院诊断为“慢性化脓性中耳炎”,3年来不定期在当地医院使用抗生素治疗。现因间歇性发热6个月伴烦渴、多饮、多尿3个月入江苏省人民医院,热度介于37.5~39℃之间,无规律性,伴有间断性头痛。每日饮水量约在15000mL左右,每日尿量约在10000mL左右,近2个月来逐渐感到双眼视物模糊,双侧乳房发胀,有少量白色乳汁溢出。入院前3个月曾在当地行蝶鞍X线摄片及头颅MR检查均无异常发现,既往除“慢性化脓性中耳炎”外无其它疾病史。绝经1年。无特殊药物服用史。

体格检查:T38.0℃,P70次/min,R16次/min,BP118/70mmHg,慢性病容。全身浅表淋巴结无肿大。巩膜无黄染。乳突部位无肿胀、轻度压痛。颈

软,甲状腺无肿大、无血管杂音。双侧乳房无红肿或包块,挤压两侧乳房有少量白色乳汁溢出。双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音及哮鸣音。心率70次/min,律齐,无病理性杂音。腹平软,无压痛及反跳痛,无包块,肝脾未扪及。四肢及神经系统无阳性发现。耳科检查:右耳鼓膜内陷穿孔,外耳道有少量分泌物。

辅助检查:血常规、肝肾功能以及水电解质均正常。空腹血糖:5.1mmol/L,糖化血红蛋白5.2%。血、尿培养及肥达氏反应均阴性。血清游离三碘甲腺原氨酸3.8pmol/L、游离甲状腺素13.6pmol/L、促甲状腺素1.2mIU/L、甲状腺球蛋白抗体、甲状腺过氧化物酶抗体、促甲状腺素受体抗体(均正常)。卵泡刺激素(FSH):0.8(绝经期参考值23~116)IU/L。黄体生成素(LH):1.2(绝经期参考值15.9~54)IU/L。催乳素(PRL):98(参考值1.8~20.3)ng/mL。生长激素:2.761(参考值0.010~3.607)μg/mL。促肾上腺皮质激素(ACTH):8am19.40,4pm17.10,11pm10.40(参考值0~46)pg/mL。血皮质醇:8am16.4pm12.11pm7(参考值am4.26~24.85,pm2.9~17.3)μg/dL。24h尿量10200mL,尿比重1.002~1.004,禁饮加压素试验示垂体性尿崩症,见表1。

表1 禁水-肌注加压素试验(早8:30注射5U垂体后叶素)

时间	体重(kg)	血压(mmHg)	尿量(mL)	尿比重	尿渗透压(mOsmol/kg)	血渗透压(mOsmol/kg)
10:00 pm	59.0	110/70	350	<1.005	85	285
6:00 am	57.8	107/72	600	1.001	142	-
7:00 am	57.7	101/62	350	1.001	148	-
8:00 am	57.0	115/78	280	1.000	142	297
9:30 am	57.5	103/69	55	1.014	424	298
10:30 am	57.3	101/65	50	1.015	472	303

*基金项目:江苏卫生健康职业学院自然科学项目(No:JKFY201815)
*通信作者:余玉清,E-mail:susan710316@163.com,江苏省南京市浦口区上河街166号

胸片及头颅片无异常。视野及眼底无明显异常。外耳分泌物培养为变形杆菌,见图 1。

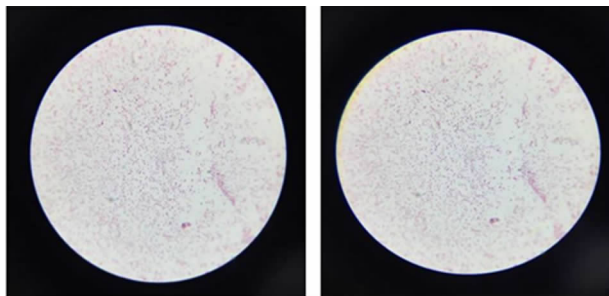


图 1 外耳分泌物培养结果

治疗经过,入院拟诊断为感染性发热、中枢性尿崩症及高泌乳素血症原因待查。先后给予甲硝唑、哌拉西林钠、他唑巴坦钠抗感染,体温有所下降,但不能完全恢复正常,介于 37.5 ~ 38℃ 之间。外院对尿崩症先后给予双克、卡马西平治疗,无明显效果。入住本院后给予弥凝口服,能满意控制病情,同时服溴隐亭 5 ~ 7.5 mg/d。查蝶鞍 MRI 提示鞍内占位病变,见小囊状长 T1 长 T2 信号影,大小约为 14.6 mm × 11.2 mm(冠状位测量),增强扫描未见明确异常强化。垂体组织形态不规则,垂体柄显示不清,矢状位示垂体柄尚可。蝶鞍未见扩大,前、后床突未见骨质破坏,鞍底未见塌陷。视交叉受压上抬、两侧海绵窦未见异常。附见:左侧蝶窦黏膜增厚。MRI 印象:垂体脓肿可能,垂体瘤卒中待除外。左侧蝶窦炎症,见图 2。

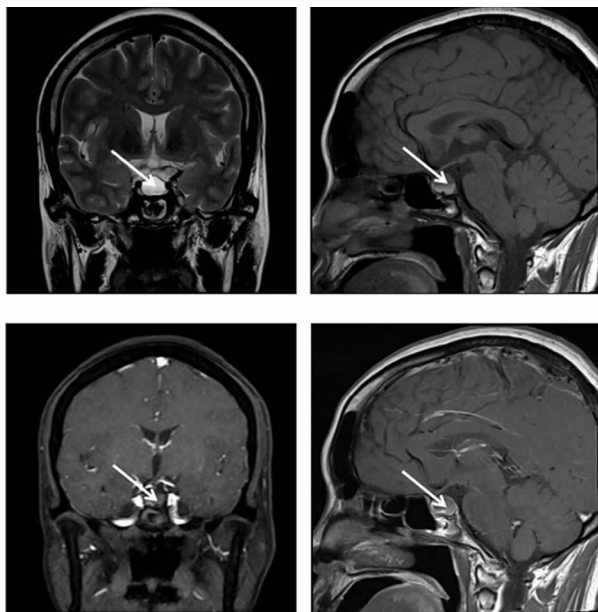


图 2 垂体区 MRI

视野检查示双颞侧偏盲,即转脑外科行经蝶窦

显微手术,术中经垂体穿刺抽出灰绿色脓汁,将脓汁抽尽,并用庆大霉素盐水冲洗,未做垂体摘除手术。脓汁培养为变形杆菌,见图 3。

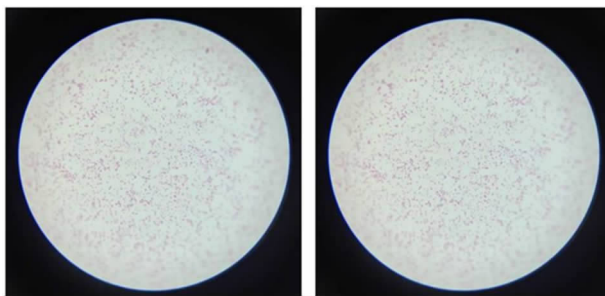


图 3 垂体脓汁培养结果

术后继续静脉滴注甲硝唑、哌拉西林钠、他唑巴坦钠,6 d 后体温恢复正常,头痛消失,视野恢复,但尿崩症仍存在。

出院后随访 3 年,患者仍须口服弥凝,并逐渐减为维持量,弥凝 0.1 mg,3 次/d,效果良好,尿量由原来的 10 750 mL/d 减少至 3 000 mL/d。

多次复查性激素示 LH、FSH 低于正常范围;PRL 高于正常范围数倍,长期服用溴隐亭,后溴隐亭逐步减量至 1.25 mg/d,可使血 PRL 保持正常,溢乳停止。查甲状腺激素、ACTH、皮质醇在正常范围。

垂体脓肿术后 3 年(2020 年 11 月)随访复查垂体 MRI,垂体区见小囊状长 T1 长 T2 信号影,大小约为 0.75 mm × 0.5 mm(冠状位测量),蝶鞍扩大,前、后床突未见骨质破坏和鞍底塌陷。视交叉受压上抬,两侧海绵窦未见异常。MRI 印象:垂体脓肿术后,鞍区囊性占位伴陈旧性出血,见图 4。

讨 论

垂体脓肿是一种罕见的鞍内感染性疾病,临床症状主要有头痛、发热、视力和/或视野受损伴部分或全垂体功能低下,且病情进展迅速。本例垂体脓肿患者除了头痛、发热、视力及视野损害外,还特别表现为中枢性尿崩症、低促性腺激素合并高泌乳素血症。垂体脓肿导致的内分泌紊乱中尿崩症并不少见,许多临床研究表明约半数垂体脓肿患者会出现尿崩症^[3,4],其原因为:①炎症及脓肿破坏垂体后叶或垂体柄;②脓肿压迫垂体柄,因而抗利尿激素不能至垂体后叶^[5,6]。本例患者在脓肿消除后尿崩症未消失,故考虑系前一机制所致。垂体脓肿由于炎症破坏垂体前叶多导致部分或全部垂体前叶激素缺乏,而本例患者中枢性尿崩症、低促性腺激素、高泌乳素血症合并存在,3 年随访中患者仍需服用溴隐

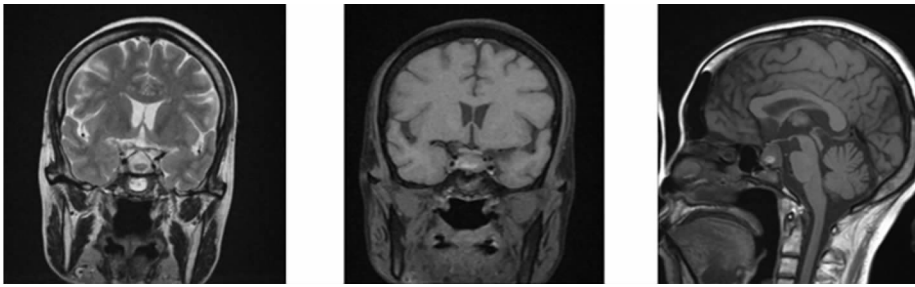


图4 垂体脓肿术后

亭以控制增高的血泌乳素,既往尚未见报道。垂体脓肿引起高泌乳素血症较为少见,可能与脓肿压迫破坏垂体柄,PRL 抑制素不能至垂体有关^[7]。本例患者既往有慢性化脓性中耳炎,经垂体穿刺证实垂体脓汁细菌培养与耳内分泌物细菌培养一致,故垂体脓肿应由中耳化脓性病灶经局部血管血流扩散途径波及垂体。垂体脓肿从病因上可分为两类:①主要由副鼻窦炎等直接蔓延侵入鞍内或血行途径感染引起,约占垂体脓肿的 70%;②继发于原有垂体疾病如垂体腺瘤或颅咽管瘤等出血、坏死,以及继发于鞍区手术后的垂体脓肿约占 30%^[7]。垂体脓肿源于中耳炎者甚为少见,易误诊,更需引起重视。随访 3 年,患者仍然表现为尿崩症、低促性腺激素、高泌乳素血症,提示垂体脓肿引起的垂体残留病变可能长久导致垂体激素分泌紊乱。脓肿造成的 MRI 异常,可以永久存在,对病灶残留改变无需怀疑是脓肿尚未治愈。Ning 等^[8]报道 1 例慢性蝶窦炎引起的垂体脓肿也表现出头痛、恶心呕吐、多饮多尿等临床症状,合并中枢性尿崩症及垂体功能减退,但患者并无发热、视野受损、泌乳等症状,亦无高泌乳素血症,需长期激素替代治疗改善垂体功能。

垂体脓肿多数病例症状不典型、无明显特异性的临床表现,而临床标本较难获取,故术前明确诊断极为困难。早期 X 线摄片及 CT 检查不一定有阳性发现,有时可见垂体低密度区,但易被忽略,误诊漏诊率高^[1]。本例患者入院前 6 个月出现不定期发热,入院前 3 个月开始出现明显多饮多尿症状,但当地医院未检查相关垂体激素,而查头颅 MRI 检查并无异常发现,可能与脓肿尚未形成有关,以致未及及时明确诊断。因此,临床医生应重视患者临床症状体征及相关内分泌检查,以提供诊断线索,对头颅 MRI 检查正常患者,应定期复查垂体 MRI。待脓肿逐渐扩大后又易误诊为垂体占位病变,故最后确诊需依靠手术和病理。对临床高度怀疑垂体脓肿的病例,

可先尝试内科给予抗生素治疗,最终经蝶窦显微手术穿刺引流清除脓汁十分重要,对垂体功能紊乱应给予相应的治疗措施。垂体脓肿是一种罕见的潜在致命性疾病,病死率约 28%,而合并脑膜炎者则高达 46%^[7]。脓肿对垂体会产生压迫,而且炎性损害往往不可逆,故脓肿所致的视力、视野障碍多恢复不理想,并可能遗留持久性垂体功能紊乱^[9]。因此,早期诊断、及时手术和足量合理的抗生素治疗,对改善预后以及提高存活率至关重要^[10]。

参考文献

- 1 高路,郭晓鹏,田蕊,等.基于国内单中心和网络数据库数据的垂体脓肿临床分析[J].中华神经外科杂志.2017,33(2):149-153.
- 2 Nordjoe YE,Igombe S,Laamrani FZ,et al. Pituitary abscess; two case reports[J]. Journal of Medical Case Reports,2019,13(1):342-348.
- 3 林国中,杨军,王振宇,等.垂体脓肿的临床特点及其手术疗效分析[J].中华神经外科杂志.2020,36(7):717-721.
- 4 Gao L,Guo X,Tian R,et al. Pituitary abscess: clinical manifestations, diagnosis and treatment of 66 cases from a large pituitary center over 23 years[J]. Pituitary,2017,20(2):189-194.
- 5 Zhu H,Gu XM,Hong J,et al. Successful treatment of pituitary abscess with intravenous antibiotics: a case report and literature review [J]. Genet Mol Res,2014,13(4):10523-10528.
- 6 St-Pierre GH,de Ribaupierre S,Rotenberg BW,et al. Pituitary abscess: review and highlight of a case mimicking pituitary apoplexy [J]. Can J Neurol Sci. 2013,40(5):743-745.
- 7 Carpinteri R,Patelli I,Casanueva FF,et al. pituitary tumours: inflammatory and granulomatous expansive lesions of the pituitary [J]. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2009,23(5):639-650.
- 8 Ning Y,Chai S,Sun J,et al. A pituitary abscess with one year follow-up after conservative treatment: A case report [J]. Neuro Endocrinol Lett. 2018,38(8):532-536.
- 9 Jin WS,Xu WG,Yin ZN,et al. Endocrine dysfunction and follow-up outcomes in patients with pituitary abscess [J]. Endocr Pract. 2015,21(4):339-347.
- 10 杜晓娟,林伟,蔡梁椿,等.垂体脓肿三例报道[J].中华内分泌代谢杂志,2020,36(4):337-341.

(2020-12-24 收稿 2022-02-28 修回)