

脑垂体瘤出血伴发双眼急性闭角型青光眼 1 例

高晓芳, 黎艳珍, 范松涛

(大连医科大学附属第一医院 眼科, 辽宁 大连 116011)

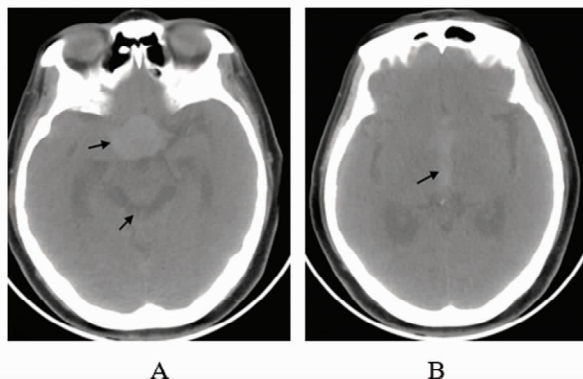
[关键词] 急性闭角型青光眼; 垂体瘤; 诊断

[中图分类号] R774.1 [文献标志码] B 文章编号: 1671-7295(2021)02-0191-02

1 临床资料

患者, 女, 73 岁。因头痛 2 d, 伴双眼视力下降、眶周疼痛及恶心呕吐 1 d 于 2019 年 1 月 1 日来大连医科大学附属第一医院急诊眼科就诊。患者高血压 20 年, 平日控制良好, 有青光眼家族遗传史。眼科检查: 视力: 右眼光感, 光定位不确切; 左眼无光感。眼压: 右眼 36 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 左眼 41 mmHg。裂隙灯检查: 双眼结膜充血, 角膜雾状混浊, 周边前房极浅, 深度约 1/3 CT, 瞳孔散大呈竖椭圆形, 直径约 5.5 mm, 直接及间接对光反射消失, 晶状体皮质混浊, 玻璃体及眼底视不清。当日以“急性青光眼”收入院。入院后给予甘露醇 250 mL 静脉输液, 醋甲唑胺口服, 毛果芸香碱频点、美开朗、派立明、阿法根点双眼降眼压治疗。次日眼压: 右眼 12 mmHg, 左眼 13 mmHg。患者头痛剧烈未缓解, 考虑患者头痛程度与眼压不符, 急行头部

CT 检查, 结果提示鞍区、鞍上池占位并出血, 破入第三、第四脑室系统(图 1)。急请神经外科会诊意见: 结合患者病史考虑垂体瘤卒中可能, 不排除颅内动脉瘤破裂出血。建议急查头 CT 血管造影(computed tomographic angiography, CTA)。头 CTA 检查结果提示鞍区及鞍上占位, 双侧颈内动脉虹吸部钙化(图 2)。遂立即转入神经外科, 神经外科查体: 患者肢体可活动, 肌张力正常, 问答合理, 无颈项强直及恶心、呕吐, 双侧 Babinski 征、脑膜刺激征(一)。实验室检查正常。诊断: 垂体瘤卒中伴双眼急性闭角型青光眼。急诊(入院次日)全麻下行经单鼻孔-蝶窦入路垂体瘤切除术及血肿清除术, 术后当夜昏迷未醒, 血压最低 63/42 mmHg, 给予多巴胺维持血压, 同时输红细胞 4 U 补充血容量, 血压改善至 144/76 mmHg。患者于夜间 3 点突发呼吸暂停, 抢救无效死亡。



A: 鞍区、鞍上池垂体瘤并出血(上箭头), 破入第四脑室(下箭头); B: 鞍区、鞍上池垂体瘤并出血破入第三脑室(箭头)

图 1 头部 CT

Fig. 1 Head CT



图 2 头部 CTA 示鞍区、鞍上池垂体瘤(箭头)

Fig. 2 Head CTA showed pituitary tumors in saddle area and suprasellar cistern (arrow)

2 讨论

垂体卒中(Pituitary apoplexy, PA)是垂体腺瘤生长过程中突发瘤内出血或坏死导致瘤体突然膨大引起的一系列并发症,多急性起病,故称“卒中”^[1],在临床上属于急症。垂体卒中的发病率为 2%~12%,男女发病率之比约 2:1^[2]。其发病机制尚未完全阐明,诱发因素包括非开放性脑外伤、心脏及其他手术、血管性因素、雌激素、多巴胺激动剂、各种动态功能检查等^[3]。临床主要表现为剧烈头痛、突发性鞍旁压迫综合征和脑膜刺激征及神经系统症状,甚至昏迷、死亡^[1]。眼部主要表现为视力下降,视野受损,眼肌麻痹、上睑下垂,瞳孔不等大等^[4]。眼部表现主要由于垂体瘤出血坏死造成鞍内内容物增加,从而压迫邻近组织如视神经、视交叉并常侵犯第三、IV、VI对颅神经出现视力下降及动眼神经损伤的症状^[4]。

本例患者以双眼胀痛伴头痛恶心呕吐首诊眼科,急诊查体双眼眼压高,角膜水肿,瞳孔散大竖椭圆形,符合急性闭角型青光眼急性发作期的典型临床表现^[5],诊断无误,给予甘露醇、尼目克司等降眼压治疗,治疗后眼压降低至正常,头痛无缓解,考虑头痛程度与眼压不一致,急诊行头 CT 提示鞍区、鞍上池占位并出血,破入第三、第四脑室。CTA 检查亦提示鞍区占位改变,诊断:垂体瘤卒中伴双眼急性闭角型青光眼。本例患者同时出现急性闭角型青光眼及脑垂体卒中,二者是否为两种病同时发生,或

是一种疾病由另一种诱发值得探讨。Goldey SH 等^[6]在 1992 年报道了 1 例脑垂体卒中诱发急性房角关闭的中年女性患者,临床表现为突然剧烈头痛,3 h 后出现复视及视力下降,左眼第 III、IV、VI 对颅神经完全麻痹,垂体术后出现了急性闭角型青光眼的表现,目前国内外相关报道比较罕见。

我们认为,本病例应为脑垂体卒中诱发双眼急性闭角型青光眼。分析可能原因如下:(1)患者有青光眼家族史,属于具有青光眼危险因素人群,在不良精神因素情况下易诱发急性闭角型青光眼发作;(2)脑垂体卒中发生时,大脑脚间窝处动眼神经或副交感神经受压,导致瞳孔散大,导致原本狭窄的前房角更窄,诱发急性闭角型青光眼的发生。患者术后昏迷,最终死亡,考虑可能与发生垂体危象、激素水平改变有关。此病例也提示临床眼科医师,在诊断眼科疾病的同时,亦不能忽视全身状况,以免漏诊造成不可挽回的结果。

参考文献:

- [1] Pyrgelis ES, Mavridis I, Meliou M. Presenting symptoms of pituitary apoplexy[J]. J Neurol Surg A Cent Eur Neurosurg, 2018, 79(1): 52-59. DOI:10.1055/s-0037-1599051.
- [2] Briet C, Salenave S, Bonneville JF, et al. Pituitary Apoplexy[J]. Endocr Rev, 2015, 36(6): 622-645.
- [3] Wildenberg LE, Glezer A, Bronstein MD, et al. Apoplexy in nonfunctioning pituitary adenomas[J]. Pituitary, 2018, 21(2): 138-144. DOI:10.1007/s11102-018-0870-x.
- [4] Glezer A, Bronstein MD. Pituitary apoplexy: pathophysiology, diagnosis and management[J]. Arch Endocrinol Metab, 2015, 59(3): 259-264. DOI:10.1590/2359-3997000000047.
- [5] Emanuel ME, Parrish RK, Gedde SJ. Evidence-based management of primary angle closure Glaucoma [J]. Curr Opin Ophthalmol, 2014, 25(2): 89-92. DOI:10.1097/icu.000000000000028.
- [6] Goldey SH, Hamed LM, Sherwood MB, et al. Pituitary apoplexy precipitating acute angle closure [J]. Arch Ophthalmol, 1992, 110(12): 1687-1688. DOI: 10.1001/archophth.1992.01080240025017.

(收稿日期:2020-01-14;修回日期:2021-03-23)