

原发性青光眼合并早期垂体腺瘤的临床分析

陈 熙, 万迪玲, 匡 毅, 李慧丽

作者单位: (400015) 中国重庆市第八人民医院眼科 重庆雷纳广济眼科医院

作者简介: 陈熙, 男, 毕业于重庆医科大学, 主治医师。

通讯作者: 陈熙. cqbycx@163. com

收稿日期: 2010-06-01 修回日期: 2010-07-01

Clinical analysis of primary glaucoma with early pituitary adenoma

Xi Chen, Di-Ling Wan, Yi Kuang, Hui-Li Li

Department of Ophthalmology, the 8th People's Hospital of Chongqing, Chongqing Lasernet Guangji Eye Hospital, Chongqing 400015, China

Correspondence to: Xi Chen. Department of Ophthalmology, the 8th People's Hospital of Chongqing, Chongqing Lasernet Guangji Eye Hospital, Chongqing 400015, China. cqbycx@163. com

Received: 2010-06-01 Accepted: 2010-07-01

Abstract

• **AIM:** To diagnose early pituitary adenoma by analyzing central visual field, peripheral visual field and head iconography in glaucoma.

• **METHODS:** Seven cases of primary glaucoma with early pituitary adenoma, acute angle-closure glaucoma in 2 cases, chronic angle-closure glaucoma in 1 case and open angle glaucoma in 4 cases were retrospectively analyzed. Visual field of central and peripheral area, X-ray photograph of the head, computed tomography (CT) or magnetic resonance imaging (MRI) of the head were performed in all cases.

• **RESULTS:** Beyond glaucomatous scotoma, supratemporal quadrant visual field defect was found in all cases and pituitary adenoma was revealed by the head iconography.

• **CONCLUSION:** Visual field impairment may occur in both glaucoma and pituitary adenoma. At the early stage, the impairment locates at central area in the former while at peripheral area in the latter. The visual field on central and peripheral area should be checked in glaucoma patient to avoid the missed diagnosis or misdiagnosis of pituitary adenoma.

• **KEYWORDS:** primary glaucoma; pituitary adenoma; diagnosis

Chen X, Wan DL, Kuang Y, et al. Clinical analysis of primary glaucoma with early pituitary adenoma. *Int J Ophthalmol (Guoji Yanke Zazhi)* 2010; 10(8): 1607-1608

摘要

目的:通过分析青光眼的中心视野、周边视野以及头颅影像学检查结果, 诊断早期垂体腺瘤。

方法:回顾分析7例原发性青光眼合并早期垂体腺瘤的临床资料。原发性青光眼中, 2例为急性闭角型, 1例为慢性闭角型, 4例为开角型。患者均行中心及周边视野、头颅X射线平片、电子计算机X射线断层扫描(CT)或者核磁共振成像(MRI)检查。

结果:除了青光眼性视野改变, 所有患者均有颞上象限不同程度的视野缺损, 进而做头颅影像学检查, 发现了垂体腺瘤。

结论:青光眼与垂体腺瘤均可有视野的损害, 前者的改变早期位于中心, 而后者可以位于周边。建议对青光眼患者的视野检查范围应包括中心及周边, 如果周边视野有象限性缺损, 须行头颅X射线平片、CT或者MRI检查, 以防漏诊、误诊垂体腺瘤。

关键词:原发性青光眼; 垂体腺瘤; 诊断

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-5123. 2010. 08. 059

陈熙, 万迪玲, 匡毅, 等. 原发性青光眼合并早期垂体腺瘤的临床分析. *国际眼科杂志* 2010; 10(8): 1607-1608

0 引言

青光眼主要是病理性眼压增高超过视网膜视神经的耐受限度, 导致视神经乳头凹陷性萎缩, 出现视野缺损。早期垂体腺瘤引起视交叉的血液供给不足, 也可出现视野缺损。当两种疾病同时存在并且后者处于早期、全身症状与视野缺损不典型甚至缺如时, 垂体腺瘤极易被漏诊、误诊。现将我们诊断的原发性青光眼合并早期垂体腺瘤患者的临床资料报道如下, 以期引起眼科同道的重视。

1 对象和方法

1.1 对象 收集2002-03/2008-06在重庆市第八人民医院眼科(重庆雷纳广济眼科医院)诊断为原发性青光眼合并早期垂体腺瘤的连续7例病例, 对其临床资料进行回顾性分析。其中, 男3例, 女4例; 年龄62~85(平均74.2)岁。主诉中3例反复双眼胀痛, 2例反复双眼胀, 1例左眼视力下降, 1例右眼视物模糊。7例患者均无全身症状, 2例有原发性高血压, 1例有糖尿病, 其余无全身病。

1.2 方法 所有患者均进行了视力、眼前节、眼底、眼压、视野(60°视野)、前房角(经前房角镜和超声生物显微镜检查)、图形视觉诱发电位(P-VEP)、图形视网膜电图(P-ERG)等眼科检查以及头颅的X射线平片、电子计算机X射线断层扫描(CT)或核磁共振成像(MRI)检查。

2 结果

7例14眼的裸眼远视力0.3~1.5, 最佳矫正视力0.8~1.5。眼压17~34mmHg(1mmHg=0.133kPa)。眼前节: 3例虹膜膨隆, 4例虹膜平坦。眼底: 杯/盘比(C/D)为0.3有8眼, 0.5有3眼, 0.6有2眼, 0.7有1眼。前房角: 3例6眼为不同程度的窄角但开放, 4例8眼为宽角。P-VEP: 2眼视神经功能低下, 12眼正常。P-ERG: 5眼视网膜功能低下, 9眼正常。

视野: 2例双眼生理盲点扩大、双眼部分颞上象限缺

损,1例右眼生理盲点扩大、右眼部分颞上象限缺损,1例左眼生理盲点扩大、双眼部分颞上象限缺损,1例双眼旁中心暗点、右眼颞上象限缺损,1例双眼弓形暗点、双眼部分颞上象限缺损,1例右眼弓形暗点、左眼部分颞上象限缺损。

头颅X射线平片:4例蝶鞍扩大,1例蝶鞍前床突底部骨质破坏,2例未见异常。头颅CT:7例提示垂体腺瘤。头颅MRI:5例提示垂体腺瘤,2例放弃此检查。

诊断:2例原发性急性闭角型青光眼(1例双眼先兆期,1例右眼临床前期、左眼先兆期),1例原发性慢性闭角型青光眼(虹膜膨隆型),4例原发性开角型青光眼。7例均为垂体腺瘤。

在治疗青光眼的过程中,全部经神经外科手术切除,术后病理诊断为垂体腺瘤(5例嫌色细胞瘤,2例嗜酸细胞瘤)。复查视野,7例青光眼性缺损无变化,5例颞上象限缺损消失,2例象限缺损缩小。

3 讨论

青光眼与颅内占位性病变均可有视神经及视野的损害,前者的视野改变早期位于中心,而后者可以位于周边。我院对青光眼患者的视野检查均采用60°视野,发现了本文颞侧不同程度的视野缺损,据此有的放矢对蝶鞍区进行检查,从而获得垂体腺瘤的临床诊断。北京协和医院眼科视野组在1978/1984年检查各类患者10300人次,其中因蝶鞍区病变影响视交叉功能者有2400人次,占颅内视路疾病的首位^[1]。居蝶鞍区占位性病变首位的是垂体肿瘤,该肿瘤病理学上分为垂体腺瘤、颅咽管瘤、垂体腺癌,其中腺瘤的发病率占视交叉病变病因的50%,颅咽管瘤次之,占20%^[2],腺癌的发病率很低。垂体肿瘤的临床表现与肿瘤的性质有密切的关系。垂体腺瘤中的嫌色细胞瘤占75%,表现为垂体功能低下,多种激素分泌不足导致的性功能减退、甲状腺功能低下和肾上腺皮质功能不全等或者性征改变;嗜酸细胞瘤表现为因生长激素分泌过多而出现的巨人症或肢端肥大症;嗜碱细胞瘤少见,表现为皮质类固醇增多的内分泌症状,即Cushing综合征。颅咽管瘤除了内分泌异常,还可有颅内压增高的表现。垂体腺瘤可有或无分泌激素的功能,向周围组织侵犯时要考虑此病。本文7例均无垂体腺瘤所致的内分泌异常等全身表现。

垂体腺瘤的眼部表现主要是它对视交叉不同部位的压迫所造成的不同类型的视野改变。视交叉前部病变以引起同侧视野缺损为主,视交叉部以双颞侧偏盲为主,而视交叉后部以双眼同侧偏盲为主。垂体腺瘤患者X线照片可显示蝶鞍扩大,应该注意的是,视交叉与其下方的鞍隔并未接触,二者之间相距约5~10mm,故垂体肿瘤的增长在一定时间内可不压迫视交叉,在鞍隔被肿瘤突破以前

视野常出现双眼颞上象限缺损,此与视交叉腹面中央区血液供给不足有关^[3],而一旦出现典型双颞侧偏盲,提示肿瘤已相当大^[4],因而早期患者对视野缺损不敏感,首诊时可能无视野缺损的主诉,如本文7例。

临床上典型的垂体腺瘤不难诊断,但其早期内分泌异常并非上述典型甚至缺如,并且由于肿瘤的生长不一定对称,视野缺损也可不对称,变化繁多,而非教科书上那样绘制的标准,可能先表现在单眼的周边部缺损,以后再逐渐扩大呈象限性缺损比如双眼颞侧偏盲。而现今眼科需作视野检查的主要对象是青光眼患者^[2],很多单位只注意30°中心视野的检查而忽略了周边视野,加上部分眼科医生缺乏对蝶鞍区疾病的认识,对颅内占位性病变引起的视野损害警惕性不高,满足于眼科疾病的诊断,极易造成颅内肿瘤特别是垂体腺瘤的漏诊或误诊。童绎曾对神经眼科视力障碍误诊原因进行临床分析及文献综述,其中不少鞍区占位病例因视力障碍而被误诊为球后视神经炎等,近年仍有散在的临床误诊报道^[1]。对视力下降患者按球后视神经炎等眼底病给予血管扩张剂、糖皮质激素治疗后,由于视神经水肿减轻、血液循环增加,病情得到暂时改善,医生误以为处理得当而延误治疗。在早期,垂体腺瘤对视功能的影响是可逆的,此时手术可以有效解除肿瘤对视交叉和视神经的压迫,改善血液供应,恢复视功能。在此,建议对青光眼患者的视野检查范围应包括中心及周边的全视野,避免只查30°中心视野造成的对周边视野异常所提示的疾病比如垂体腺瘤的漏诊、误诊,同时避免医疗纠纷。对有任何细微的视野改变不要遗漏分析,如果有象限性视野缺损尤其非典型者,须作头颅X射线平片,了解蝶鞍有无扩大(鞍底下陷,鞍背变薄向后竖起,鞍结节变尖向前上移,前床突相对延长),鞍底鞍背骨质有无破坏。当怀疑垂体腺瘤时,即便头颅X射线平片结果为阴性,也应作蝶鞍区而非常规的头颅CT或MRI检查,再结合其他的检查结果综合分析,以防漏诊。

值得注意的是,本研究中的青光眼均为原发性,无继发性,垂体肿瘤仅为腺瘤,无颅咽管瘤和垂体腺癌,原发性青光眼和垂体腺瘤之间是否有内在联系,有待于更深入的研究。

参考文献

- 1 谢立科,童绎,唐由之. 视神经萎缩诊断与治疗. 北京:人民军医出版社 2007:125-126
- 2 施殿雄. 实用眼科诊断. 第1版. 上海:上海科学技术出版社 2005:61,95
- 3 王鸿启. 现代神经眼科学. 第1版. 北京:人民卫生出版社 2005:141
- 4 袁援生,陈晓明. 现代临床视野检测. 第1版. 北京:人民卫生出版社 1999:207