外科手术组。但存在过深分期或过浅分期,过深分期使患者放弃内镜治疗,选择外科手术,引起过度医疗行为;过浅分期使治疗不彻底,残留癌灶,增加复发率和转移;同时,过深或过浅分期也是影响是否选择内镜治疗的关键因素,也是部分学者和患者对内镜治疗效果产生疑问的症结所在。如何进一步提高黏膜内癌和黏膜下癌的鉴别率,是我们面临的急需解决的课题。

参考文献:

[1] Ogata T, Takagi M, Osaka Y, *et al*. Endoscopic submucosal dissection of early esophageal cancer (key to success an en-bloc resection) [J]. Gastrointest Endosc, 2007, 65(5): AB152.
[2] Fujishiro M. Endoscopic submucosal dissection for stomach neoplasms [J]. World J Gastroenterol, 2006, 12(32): 5108 - 5112.
[3] Higuchi K, Tanabe S, Koizumi W, *et al*. Expansion of the indications for endoscopic mucosal resection in patients with superficial esophageal carcinoma[J]. Endoscopy, 2007, 39 (1): 36 - 40.
[4] Ishikawa S, Togashi A, Inoue M, *et al*. Indications for EMR/ESD in cases of early gastric cancer: relationship between histological type, depth of wall invasion, and lymph node metastasis[J]. Gastric Cancer, 2007, 10(1): 35 - 38.
[5] 彭贵勇, 冯晓峰, 姜晓燕, 等. 鉴别食管早期癌浸润深度的内镜分型初探[J]. 中华消化内镜杂志, 2008, 25(9): 462 - 465.
[6] Kunisaki C, Akiyama H, Nomura M, *et al*. Significance of long-term follow-up of early gastric cancer[J]. Ann Surg Oncol, 2006, 13(3): 363 - 369.
[7] Oka S, Tanaka S, Kaneko I, *et al*. Advantage of endoscopic submucosal dissection compared with EMR for early gastric cancer[J]. Gastrointest Endosc, 2006, 64(6), 877 - 883.
[8] 武育卫,彭贵勇, 龙庆林, 等.卢戈液-美蓝双重染色联合超声小探头诊断食管早期癌及癌前病变的临床研究[J].第三军医大学学报, 2009, 31(3): 261 - 264.
[9] Rampado S, Bocus P, Battaglia G, *et al*. Endoscopic ultrasound: accuracy in staging superficial carcinomas of the esophagus[J]. Ann Thorac Surg, 2008, 85(1): 251 - 256.
[10] Kawano T, Ohshima M, Iwai T. Early esophageal carcinoma: endoscopic ultrasonography using the Sonoprobe[J]. Abdom Imaging, 2003, 28(4): 477 - 485.
[11] 施 宏, 陈素玉, 谢招飞, 等. 超声内镜及CT检查对食管癌术前TN分期的价值[J]. 中华消化内镜杂志, 2008, 25(5): 233 - 235.

(编辑 龙 亮)

个案与短篇

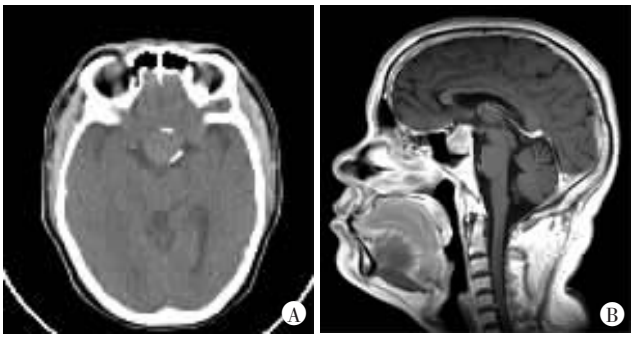
文章编号:1000-5404(2009)16-1538-01

垂体瘤伴钙化1例

文传志,赖召攀,高伯元 (第三军医大学西南医院神经外科,全军神经系统疾病微创诊治专科中心,重庆 400038)

1 临床资料与方法

患者,男性,44岁,因"间断性左眼视物模糊4个月"入院。查体:右眼0.9,左眼0.6。眼底检查:未见异常。视野检查:双眼视野颞侧偏盲。头颅CT示:鞍区可见一略高密度结节影,肿瘤包膜见浅弧形钙化(图1A)。头颅MRI增强提示:鞍区可见一等T_1等T_2圆形异常信号影,可见环状增强(图1B)。激素检查:生长激素(GH) 1.98 ng/ml,血促黄体生成素(LH) 5.36 mIU/ml,血促卵泡素(FSH)6.22 mIU/ml,血泌乳素(PRL) 9.98 mIU/ml,血雌二醇(E_2) 15.92 pg/ml,血孕酮(P) 0.17 ng/ml,血睾酮(T)1.56 ng/ml ,游离甲状腺素(FT_4) 11.51 pmol/L,甲状腺素(T_4) 55.75 nmol/L,游离三碘甲状腺原氨酸(FT_3) 33.75 pmol/L,三碘甲状腺原氨酸(T_3) 1.26 nmol/L。术前诊断考虑"鞍区脑膜瘤"。完善术前检查后在全麻下经颅入路行肿瘤切除术。术中见肿瘤呈暗红色,与周围黏连重。术中先采取囊内分块切除,囊内肿瘤切除减压后,因囊壁骨化,囊壁不塌陷,电烧包膜后先游离骨片,并取出,再切除囊壁,达肿瘤次全切除。术后光镜下见:瘤细胞较小,呈圆形,核呈圆形、卵圆形,细胞质较少,淡染,瘤细胞呈小团状或弥漫分布,间质血管丰富,并有灶性出血(图2)。免疫组化染色:CgA(+),Syn(+),EMA(-),CK(+)。病理诊断:垂体腺瘤。



A:CT扫描见鞍区稍高密度影并有环形钙化灶; B:MRI增强扫描见鞍区明显增强占位病变

图1 垂体瘤伴钙化患者术前头颅影像学表现

作者简介:文传志, 男, 重庆市万州区人,主治医师,现在重庆市万州区中西医结合医院神经外科工作。E-mail: wcz120@163.com

收稿日期:2008-12-29;**修回日期**:2009-02-07

(下转1544页)

有可能是老年患者的免疫反应性下降,或者是老年患者的发病机制与青年患者不同,有待进一步研究。本组资料中只有1例28岁患者伴有关节的肠外表现,低于国外文献的报道。

本组资料显示内镜下表现两组并无明显不同,都表现为黏膜粗糙、充血、水肿、糜烂和溃疡等病变。国内有学者报道老年溃疡性结肠炎患者较非老年患者更多累及直肠和直乙状结肠,而较少累及全结肠[8],本组资料显示老年组的病变累及范围依次为直乙状结肠、直肠、左半结肠、全结肠和广泛结肠,但和非老年组相比分布比例并无显著性差异。

在病理学方面,老年组的腺体上皮异型增生发生率为8.8%(轻度5例,中度1例)显著高于非老年组的2.8%(轻度8例),而且老年组有1例发生癌变,提示老年患者的异型增生发生率高于非老年患者,这可能与老年患者病程较长有关。溃疡性结肠炎患者发生结肠癌变的危险性与结肠炎的病程相关[9],对于病程10年以上的患者,结肠癌的危险性每年增加0.5%~1%,因此这些患者需每年1~2次结肠镜检查,并做多块组织活检,如果活检证实有重度异型增生或扁平黏膜发现有低度异型增生,需要手术切除[10]。最近有报道放大色素内镜可提高溃疡性结肠炎癌变的检出率[11]。

综上所述,老年溃疡性结肠炎患者的病情相对较轻,但异型增生的发生率较高,应加以重视。

参考文献:

[1] 项 平,保志军,徐富星,等. 溃疡性结肠炎的内镜特点和临床分析[J]. 中华消化杂志,2003,23(4):217-219.

[2] 中国炎症性肠病协作组. 3100例溃疡性结肠炎住院病例回顾分析[J]. 中华消化杂志,2006,26(6):368-372.

[3] Rodriguez-D'Jesus A, Casellas F, Malagelada J R. Epidemiology of inflammatory bowel disease in the elderly[J]. Gastroenterol Hepatol, 2008, 31(5): 269-273.

[4] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见[J]. 胃肠病学,2007,12(8):488-495.

[5] Wiercinska-Drapalo A, Jaroszewicz J, Flisiak R, *et al*. Epidemiological characteristics of inflammatory bowel disease in North-Eastern Poland[J]. World J Gastroenterol, 2005, 11(17): 2630-2633.

[6] Greth J, Torok H P, Koenig A, *et al*. Comparison of inflammatory bowel disease at younger and older age[J]. Eur J Med Res, 2004, 9(12): 552-554.

[7] 李 瑾,夏 冰,罗和生. 16例老年溃疡性结肠炎患者的临床特点[J]. 中华老年医学杂志,2003,22(8):471-473.

[8] 王晓娣,吴铁镛,韩春莉. 老年溃疡性结肠炎的临床、内镜及病理特点[J]. 中日友好医院学报,2007,21(5):276-278,282.

[9] Collins P D, Mpofu C, Watson A J, *et al*. Strategies for detecting colon cancer and/or dysplasia in patients with inflammatory bowel disease[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2006, 2: CD000279.

[10] Kornbluth A, Sachar D B. Ulcerative colitis practice guidelines in adults (update): American College of Gastroenterology, Practice Parameters Committee[J]. Am J Gastroenterol, 2004, 99(7): 1371-1385.

[11] Marion J F, Waye J D, Present D H, *et al*. Chromoendoscopy-targeted biopsies are superior to standard colonoscopic surveillance for detecting dysplasia in inflammatory bowel disease patients: a prospective endoscopic trial[J]. Am J Gastroenterol, 2008, 103(9): 2342-2349.

(编辑 龙 亮)

(上接1538页)

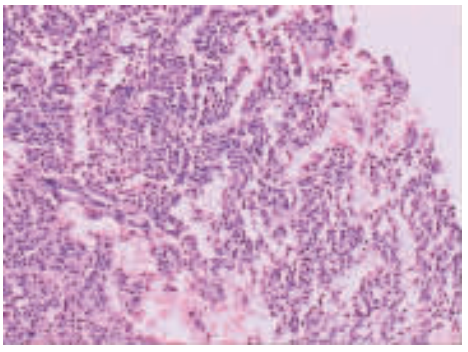


图2 垂体瘤伴钙化的组织病理学观察 (HE×200)

2 讨论

鞍区肿瘤多见于垂体腺瘤、颅咽管瘤、脑膜瘤等常见肿瘤,影像资料伴有钙化的肿瘤临床以颅咽管瘤及脑膜瘤为主[1]。有作者认为部分具有分泌催乳素功能的垂体瘤可以钙化,钙化由局部缺血及钙离子、碱性磷酸盐沉积引起。本例无激素分泌功能垂体瘤钙化实属罕见,术前诊断困难,一般在术后病理诊断才能确诊。本例提醒我们对鞍区占位病变,特别是钙化的实性占位,不能单纯考虑颅咽管瘤、脑膜瘤等常见肿瘤,还要考虑垂体瘤的可能。除作头颅MR外,头颅CTA可以弥补磁共振无法了解的钙化、骨化病灶,也可以排除鞍区巨大动脉瘤。随着现代神经外科的发展,鞍区肿瘤绝大多数经鼻蝶窦手术[2];而对于鞍区伴有钙化的肿瘤,术前不宜选择经鼻蝶窦入路切除肿瘤,术中因有钙化斑,瘤壁不易塌陷;同时术野狭小,切除钙化斑有困难,斑块与邻近重要结构不清,术中切除斑块时易伤及颈内动脉及视神经。因此术前全面影像学的了解对手术入路及术中操作具有十分重要的作用。如果本例患者采取常规经鼻蝶窦手术入路,很难切除鞍区肿瘤,达不到视神经减压的目的,必然增加手术操作困难,或导致并发症,甚至强行操作造成颈内动脉损伤而危及生命。

关键词:垂体瘤;钙化
中图法分类号:R736.4 **文献标识码**:B

参考文献:

[1] 李增跃,艾立明,赵广军,等. 鞍区肿瘤CT分析与鉴别诊断(附53例报告[J]. 遵义医学院学报,2005,28(2):172-173.

[2] 王 淮,朱 成. 内窥镜辅助下单鼻孔经蝶窦入路垂体瘤显微切除术[J]. 实用全科医学,2008,6(6):571-572.

(编辑 张 维)