



图2 CT (骨窗)

(4) 磁共振【MRI 影像所见】: 右侧顶叶区颅骨内板下见不规则形液性信号, 边界清晰测大小约 1.8cmX0.5cm。蝶鞍区见软组织团块, 邻近骨质破坏, 海绵窦受累, 病变与垂体分界不清。双侧脑室对称, 局部脑沟裂稍宽, 脑中线结构居中。

影像学检查示: 1) 右侧顶叶区不规则液性信号, 考虑蛛网膜囊肿; 2) 蝶鞍区病变, 考虑癌; 建议结合临床及相关检查

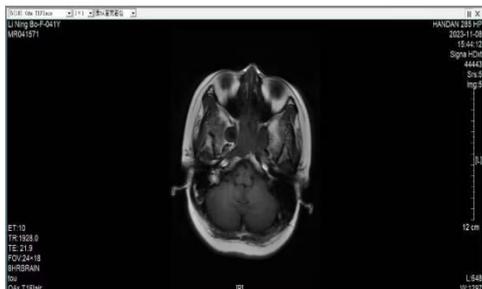


图3 核磁 (T1 序列)

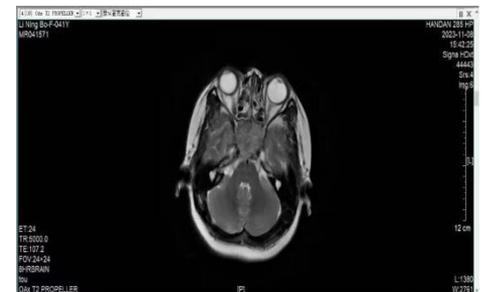


图4 核磁 (T2 序列)

(5) 临床医师取左、右侧鼻咽部肿物取活检送:

大体可见: ①灰白灰红色不整形组织 4 块, 直径 1.0—1.5cm, 切面灰白灰红色, 实性, 质中等。②灰白灰褐色不整形组织 2 块, 直径 1.0—1.3cm, 切面灰白灰红色, 实性, 质中等。六、镜下可见: 瘤组织出血、坏死及炎性渗出, 呈片状及巢团状排列, 细胞核中等大小, 瘤细胞轻度异型性, 胞浆透亮, 红染, 偶见核分裂像。

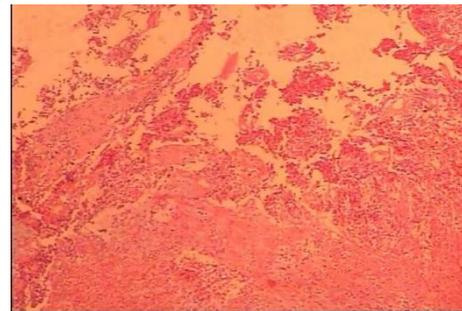


图5 4X10HPF

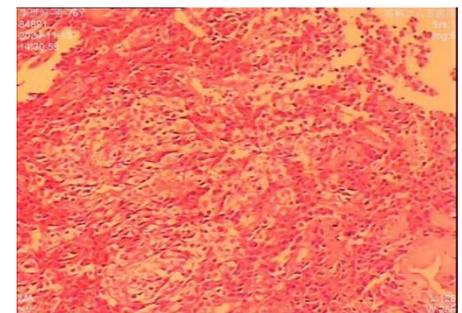


图6 10X10HPF

图5 瘤组织出血、坏死及炎性渗出, 呈片状及巢团状排列, 细胞核中等大小

图6 瘤细胞轻度异型性, 胞浆透亮, 红染, 偶见核分裂像
病理诊断:

(左、右侧鼻咽部) 恶性肿瘤, 考虑神经内分泌肿瘤, 伴局部出血、炎性渗出坏死; 待除外垂体细胞瘤, 请结合临床及影像, 建议免疫组化辅助明确。

经外院会诊: 病理诊断: 送检瘤组织出血、坏死及炎性渗出, 呈片状及巢团状排列, 瘤细胞轻度异型性, 胞浆透亮, 偶见核分裂像, 结合免疫组化结果符合神经内分泌肿瘤, 倾向于副神经节瘤, 结合临床及影像考虑垂体来源肿瘤。

免疫组化结果: CK(pan)(+), CK5/6(-), P63(-), CD56(+), Syn(+), Vimentin(+), GFAP(灶性+), TTF-1(+), CgA(-), Ki-67(+约 3%), CK7(-), LCA(-), HMB45(-), P40(-)。

2 讨论

根据 2016 年修订的世界卫生组织肿瘤分类标准, 垂体细胞瘤被归类为一种生长缓慢、边界相对清晰的神经胶质肿瘤。该肿瘤通常呈现实体性生长模式, 其组织学特征表现为由束状或层状排列的梭形双极细胞构成, 在病理分级中被认定为 WHO I 级^[1]。从临床流行病学角度来看, 这种起源于垂体后叶或垂体柄区域的神经胶质肿瘤在临床上较为罕见, 现有文献记载的病例数不足百例。发病年龄主要集中在成年人群体, 男性发病率稍高于女性, 在 7 岁以下儿童中发生该肿瘤的情况极为少见^[2]。

鉴于垂体细胞瘤的确诊过程更侧重于免疫表型和分子

病理学特征, 本研究对该病例实施了全面的免疫组化检测。结果显示: 肿瘤细胞核呈现 TTF-1 的弥漫性强阳性反应, Vimentin 呈广泛强阳性表达, GFAP 显示局灶性胞质弱阳性反应。神经内分泌标志物检测结果为阳性, Ki-67 标记指数维持在 3% 的低水平。这些特征充分证实肿瘤起源于基底前脑区域, 完全符合垂体细胞瘤的病理诊断要求, 其免疫表型特征与既往研究报道高度吻合^[3-5]。现有循证医学资料显示, 此类肿瘤 Ki-67 指数峰值不超过 4%^[4], 多数研究结果与本研究的 3% 以下数据相符, 表明其具有惰性生物学特性。临床观察未发现肿瘤体积、患者年龄、性别等因素与复发风险存在显著关联。由于某些标志物缺乏诊断特异性, 本研究未进行相关检测, 但笔者认为这些指标可作为鉴别诊断的辅助参考。综合各项检测结果, 本病例的病理特征与现有诊断标准及文献记载完全一致。

3 鉴别诊断

①垂体腺瘤作为鞍区最高发的肿瘤类型, 其病理基础源于腺垂体实质细胞的异常增殖, 既可局限于鞍内, 亦可向鞍外及鼻咽部扩展。临床表现以激素分泌亢进为主征, 体积较大的肿瘤可产生占位效应相关症状, MRI 增强扫描呈现延迟性强化的特征性表现。组织学上可见圆形、多角形或梭形肿瘤细胞密集分布, 细胞核呈圆形, 胞质染色特性呈现嗜碱、嗜酸或嫌色性变异, 排列方式包括弥漫性分布、条索状、假腺样及乳头状结构, 肿瘤间质以富含血管的纤维组织为特征。免疫组化检测显示部分垂体激素阳性, Syn 呈普遍阳性反应, CgA 在部分病例中呈阳性表达。②纤维型脑膜瘤在鞍区病变中具有女性好发倾向, 其组织学表现与垂体细胞瘤存在相似性。该肿瘤由梭形细胞构成, 细胞排列呈现束状平行、交错或席纹状特征, 间质成分以丰富的网状纤维和胶原纤维为特点, 偶见砂砾体形成。免疫表型方面, 虽然两者均表达 EMA, 但脑膜瘤表现为细胞膜连续性阳性, 而垂体细胞瘤呈现胞质内斑片状阳性模式。此外, 脑膜瘤 PR 阳性表达, 垂体细胞瘤 GFAP 呈局灶性阳性, 这些差异为鉴别诊断提供重要依据。③鞍区神经鞘瘤属于罕见的梭形细胞肿瘤, 其病理特征表现为典型的 Antoni A 型致密区和 Antoni B 型疏松区交替分布的组织结构。免疫组化检测 S-100 蛋白呈强阳性表达, 这一

特征使其与其他鞍区肿瘤的鉴别相对明确。④毛细胞星形细胞瘤在组织学上呈现致密纤维区与疏松微囊区交替排列的特征性结构, 其梭形细胞形态更为纤细, 常伴有 Rosenthal 纤维和嗜酸性颗粒小体的形成。免疫表型表现为 GFAP 和 Olig-2 阳性, 而 TTF-1 呈阴性反应^[6]。

4 治疗和预后

垂体细胞瘤属于低级别神经内分泌肿瘤, 其生物学行为表现为生长速度缓慢且具有局部侵袭性特征。目前临床实践中, 外科手术切除被公认为最有效的治疗方案。在手术策略选择上, 肿瘤的完全切除是临床医师优先考虑且强烈推荐的治疗方式。这类肿瘤在大多数情况下具有清晰的边界特征, 使得外科医师能够实现病灶的完整切除。术后随访数据显示患者预后情况普遍良好, 在规范治疗下鲜有复发或转移的病例报道。

[参考文献]

- [1] 杨虹, 等. 18 例垂体细胞瘤的临床病理特点分析[J]. 大连医科大学学报, 2021, 43(3): 228-234.
- [2] 宋征, 李青, 等. 垂体细胞瘤 7 例临床病理分析[J]. 临床与实验病理学杂志, 2021, 19(10): 1231-1233.
- [3] El Hussein S, Vincentelli C. Pituicytoma: review of commonalities and distinguishing features among TTF-1 positive tumors of the central nervous system[J]. Ann Diagn Pathol, 2017, 29: 57-61.
- [4] 吴燕妮, 何燕, 李南云, 等. 鞍区垂体细胞瘤 10 例临床病理分析[J]. 临床与实验病理学杂志, 2015, 31(6): 662-665.
- [5] Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD, et al. WHO classification of tumors of the central nervous system. 4th edition. IARC: Lyon, 2016: 329-333.
- [6] 徐艳华, 王红莉. 垂体细胞瘤 1 例并文献复习[J]. 诊断病理学杂志, 2022, 29(1): 41-48.

作者简介:

王丽萍 (1975-), 女, 汉族, 河北省邯郸市, 本科学历, 邯郸二八五医院, 副主任技师, 主治医师, 研究方向: 消化道, 乳腺, 头颈部及肺部肿瘤病理的免疫组织化学及分子病理的诊断及鉴别诊断。