患者，男，65岁，主因头痛、头晕伴恶心、呕吐20余天，视物模糊1周于2015年5月5日入院。入院前，于当地医院行头颅磁共振成像(magnetic resonanceimaging, MRI)检查，示鞍区占位，垂体瘤可能。患者自发病以来，精神、食欲差，大小便正常。

患者自诉于2014年5月诊断食管癌，并行化疗。

**查体：**精神差，双眼视物模糊，眼前1m可见手指；无声音嘶哑及其他神经系统阳性体征。

入院后行**眼科检查**，示右眼视力0.6，左眼视力0.4；双眼颞侧视野缺损。

**电解质检查**结果示，血钠125.16 mmol/L，血氯90.42 mmol/L。

**甲状腺功能检查**结果示，游离T4 3.19 pmol/L，三碘甲状腺素0.75 nmol/L。

**垂体激素检查**结果示，卵泡刺激素0.83 mIU/ml，黄体生成素0.42 mIU/ml。

**影像学CT**检查示，鞍区可见一类圆形软组织密度影，鞍底及鞍背受压变薄，鞍上池受压。

**MRI**示，蝶鞍内及鞍上池可见大小约2.5 cm×2.1 cm×1.8 cm的T1、T2等信号肿块，注射造影剂后上述病灶呈明显不均匀异常强化，视交叉受压上抬。

**初步诊断：鞍区占位，垂体腺瘤。**

补液纠正电解质紊乱及完善术前相关检查后，于入院后第7天采用经鼻蝶手术入路，术中可见肿瘤组织侵蚀鞍底破损，蝶窦黏膜血肿丰富，细针穿刺未见出血；十字切开硬脑膜后，可见2.5 cm×2.1 cm×1.8 cm的肿瘤组织，呈黄色，质较韧，血供丰富。肿瘤近全切除，术中出血约100 ml。

**病理诊断为转移性鳞状细胞癌**。免疫组化：CK5和CK6(＋)，p40(＋)，p63(＋)。术后再次检测肿瘤标记物，血糖类抗原199(CA199)117.43 U/ml。

**讨论**

食管癌是全球常见的恶性肿瘤，5年生存率为20%～30%。食管癌经血道和远处转移至人体的各部位组织器官，多属于晚期，可以呈单发或多发病灶，可以同期或相继转移，或以转移瘤临床表现为首发。

本例患者颅内转移瘤可能为中段食管癌癌栓经奇静脉、半奇静脉进入上腔静脉系统，经过右心进入左心，经升主动脉、主动脉弓、颈内动脉到达垂体动脉，并在细胞黏附因子作用下着床和生长，形成转移瘤。**食管癌颅内转移多集中在血供丰富的大脑中动脉供血区的额叶和顶叶，而其他部位转移较少，垂体转移瘤发生率为1%～26.6%。**

**食管癌颅内转移已属于恶性肿瘤晚期，病程发展速度快，预后差，手术治疗的目的为改善患者颅内占位症状，提高生存质量和延长生命。**

**笔者认为，颅内转移瘤如出现以下情况应手术治疗：**

◆患者颅内占位效应明显，出现严重头痛、恶心呕吐等占位症状，短期内危及生命；

◆患者仅有颅内转移，无肝、肺等其他器官的全身转移；

◆患者预期生存期>6个月，且家属积极配合；

◆患者无严重心肺等其他器官疾病；

◆颅内多发转移瘤占位效应明显，可在允许切除的区域内切除较大的肿瘤，缓解颅内症状。

本例患者既往患有食管癌，未行手术治疗。本次入院以颅内占位性症状及体征就诊，且存在严重的电解质及相关激素紊乱，术前头颅MRI示，T1、T2肿瘤呈等信号，增强后呈现不均匀异常强化，且与垂体分界不清；患者的临床表现及影像学检查均难与垂体腺瘤鉴别，术前更倾向于垂体瘤可能，因此，未行术前肿瘤标记物检查而行手术治疗。

在术中切除肿瘤时，瘤体较韧、血供丰富，考虑垂体腺瘤可能性较小；术后复查肿瘤标记物提示CA199明显增高，考虑转移瘤的可能性较大，病理检查确诊转移瘤。CA199对食管癌的检测敏感性不高，但与鳞状细胞癌抗原、癌胚抗原、CA125和CA50联合检测，其特异性增高。

本研究显示，患者在临床表现、实验室检查和影像学诊断方面均与常见病颇为相似，往往会忽略既往存在的一些疾病可能会与该疾病有关，导致术前误诊。**虽然肿瘤标记物敏感性较低，但对于既往患有恶性肿瘤的患者，术前检查肿瘤标志物，往往可以提示对于该类疾病的诊断，减少误诊率。**