

. 个案报告 .

胸神经根脊神经节细胞瘤 1 例

姜合平 马鹏飞 翟乃池 王 闯

【关键词】椎管内肿瘤;神经节细胞瘤;显微手术

【文章编号】1009-153X(2023)02-0142-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】R 739.42; R 651.1*1

1 病例资料

59 岁女性,因腰痛伴左下肢疼痛 1 年、加重 1 个月入院。1 年前,出现腰痛,可耐受;1 个月前,疼痛症状明显加重,遂用消炎药和止痛药治疗(具体不详)2 周,效果良好,之后产生耐药性,出现左下肢不敢活动伴麻木不适。入院体格检查:脊柱居中,左侧胸腰部叩痛(+),视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)评分 6 分,左侧肢体活动受限,左侧拇趾屈、伸正常,左下肢直腿抬高试验 30°(+). 入院后腰椎 MRI 示胸 12/腰 1 水平左侧椎间孔异常信号,横截面约 0.9 cm×0.6 cm(图 1A)。手术计划为后入路肿瘤切除术,考虑病灶位于胸腰交界区,建议内固定重塑稳定性。完善术前准备后,全麻下经后入路行肿瘤切除术。取俯卧位,C 臂定位胸 12 棘突;后正中纵行直切口,分离椎旁肌肉,暴露胸 12、腰 1 双侧小关节;切除胸 12 棘突及椎板,显露硬脊膜;切除胸 12 左侧下关节突及腰 1 上关节突,扩大暴露神经根管,可见粗大静脉迂曲,压迫神经根,神经根肩上可见约 2 cm×1 cm 的占位,肿物自硬脊膜向神经根孔延伸,质韧,来源于后根;电凝迂曲静脉丛,肿瘤的远端电凝后切断,于硬脊膜连接处电凝后切除肿瘤,局部无脑脊液流出,肿瘤完整切除;给予钉棒系统固定。术后左侧腰腿部疼痛消失, VAS 评分 2 分。术后病理检查示神经节细胞瘤。术后随访 2 个月,未见肿瘤复发(图 1B~E)。

2 讨论

神经节细胞瘤是周围神经母细胞瘤成熟的形式,即交感神经系统的胚胎肿瘤,常发生于青少年和青壮年,不到中枢神经系统肿瘤的 0.5%,最常见的部位为颞叶、大脑半球。脊髓神经节细胞瘤较为罕见。神经节细胞瘤生长位置不同,其临床表现各异。即使肿瘤侵犯椎管,通常也无症状,而便秘或背痛等又容易被忽视,常被随意诊断。本文病例肿瘤位于神经根管,肿瘤占位导致神经根膜内压力增高,神经根水肿,产生剧烈的疼痛。肿瘤切除后,神经根膜内压力下降,疼痛

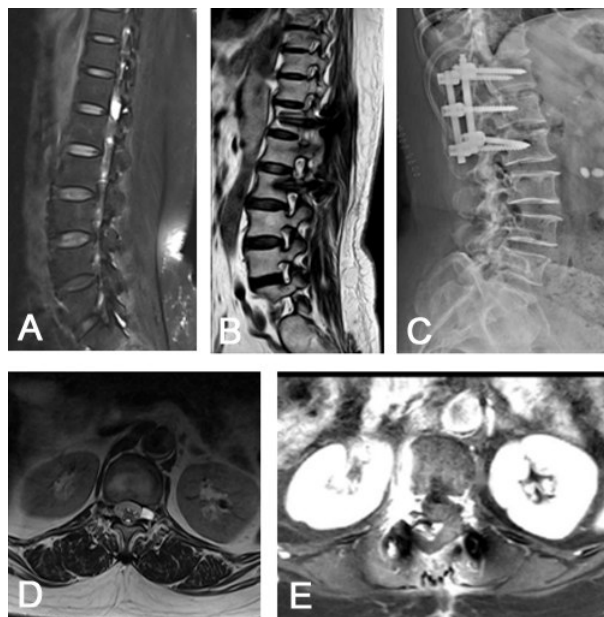


图 1 胸神经根脊神经节细胞瘤手术前后影像

A、D. 术前腰椎 MRI 矢状位、轴位,显示胸 12/腰 1 左侧神经根区见囊状长 T₂ 信号,最大截面约 0.9 cm×0.6 cm;B、D、E. 术后 2 个月腰椎 MRI 矢状位、轴位显示胸 12 左侧椎间孔无明显异常强化;C. 术后 X 线检查显示胸 12~腰 2 椎体可见内固定,位置及形态良好

缓解,甚至消失。肿瘤次全切也可治疗神经节细胞瘤,既可以缓解压迫症状,也可保留神经根的功能。如若只是单纯减压,而不切除肿瘤,也可以达到缓解压迫症状的目的。当然这存在一个恶变的可能。有报道显示神经节细胞瘤恶性转化为神经母细胞瘤,周围神经鞘瘤和横纹肌肉瘤发展为神经节细胞瘤,因此次全切除或者单纯减压都有复发或者恶变的可能。神经节细胞瘤对放疗或化疗均不敏感;因此,完全切除是避免恶性事件和复发的首选手术方法,以优化长期结局。关于内固定,由于本文病例肿瘤位于胸腰交界区,并且在切除肿瘤过程中扩大了神经根管,骨性结构被部分切除,为避免后期后凸畸形,遂行内固定术。

总之,脊柱神经节细胞瘤是起源于神经母细胞的良性肿瘤,临床症状主要由于压迫造成,并且对放、化疗不敏感,全切除是首选的治疗方式。

(2022-07-04 收稿, 2022-09-23 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2023.02.028

作者单位:261053 山东潍坊,潍坊医学院临床医学院(姜合平、王闯);255000 山东,淄博市中心医院神经外科(姜合平、马鹏飞、翟乃池)

通讯作者:马鹏飞, E-mail:mapengfei1227@163.com