

. 个案报告 .

胸椎管内脊膜瘤伴神经鞘瘤 1 例

韩芸峰 王振宇 刘翠苓 陈晓东

【关键词】脊膜瘤;神经鞘瘤;胸椎管;显微手术

【文章编号】1009-153X(2016)07-0448-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 739.9; R 651.1*1

1 病例资料

患者,女性,61岁,因左胸背部疼痛1年入院。1周前外院查胸椎MRI平扫示胸椎管内占位。为进一步手术治疗,转入我院。入院时体格检查:左侧胸₆₋₉水平条带状区域针刺觉减退;神经功能Frankel评级E级。入院后复查胸椎MRI平扫+增强示:胸₇₋₉水平椎管髓外硬膜下可见两个占位性病变(图1A)。入院诊断:胸椎管内多发脊膜瘤?在全麻下行后正中入路胸椎管肿瘤切除术,术中探查见胸₇水平肿瘤位于椎管左侧髓外硬膜下,灰红色,大小约1.5 cm×1.5 cm,基底与椎管左侧硬脊膜粘连紧密,靠近硬脊膜处有钙化,余肿瘤部分质地较脆,先瘤内减体积后再完整切除肿瘤;胸₈₋₉水平肿瘤位于椎管右侧髓外硬膜下,大小约1.0 cm×1.0 cm,黄白色,葫芦状,与神经根粘连紧密,无法游离载瘤神经,故将载瘤神经及肿瘤一并切除(图1B)。术后1周,患者左侧季肋部及左后背灼烧样疼痛基本消失,右下肢肌力恢复至IV⁺,能自主下床活动,伤口愈合良好,复查胸椎MRI平扫+增强示两个肿瘤均全切(图1C)。术后1月随访,双下肢肌力基本对称,能自主行走、活动及负重,左侧季肋部及左背部烧灼感基本消失。术后病理结果:胸₇水平病灶为脑膜皮细胞型脑膜瘤(WHO I级)(图1D);胸₈₋₉水病灶为神经鞘瘤(图1E)。

2 讨论

脊膜瘤和神经鞘瘤是椎管内髓外硬膜下的常见肿瘤,但这两种肿瘤同时发生却非常少见,多为2型神经纤维瘤病(neurofibromatosis type 2, NF2)合并椎管内脊膜瘤和神经鞘瘤。NF2是常染色体显性遗传病,致病基因定位于22q12.2,主要为听神经瘤(尤其是双侧)和中枢神经系统其它肿瘤如脑膜瘤、神经纤维瘤、神经鞘瘤或胶质瘤。然而根据目前美国NIH诊断标准,我们报道的这例不符合NF2的诊断标准,

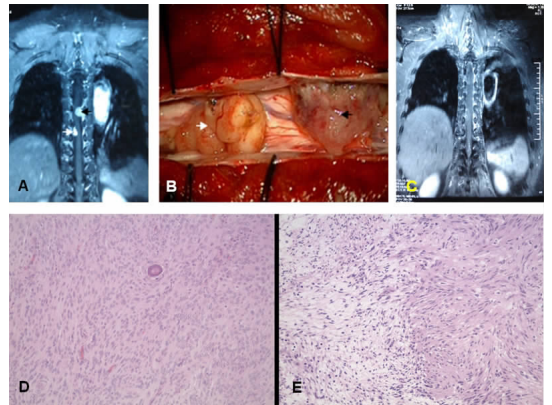


图1 胸椎管脊膜瘤合并神经鞘瘤手术前后影像、术中显微镜下表现及术后病理表现

A. 术前T₁WI增强冠状位,T₇水平髓外硬膜下占位,位于脊髓左侧,均匀强化伴“硬膜尾”征(黑色箭头),T₈₋₉水平髓外硬膜下占位,位于脊髓右侧,均匀强化(白色箭头);B. 术中发现,T₇水平肿瘤(黑色箭头),T₈₋₉水平肿瘤(白色箭头);C. 术后T₁WI增强冠状位,肿瘤切除满意,无残留;D. T₇水平肿瘤病理(HE,×200),示脑膜皮细胞型脑膜瘤(WHO I级);E. T₈₋₉水平肿瘤病理(HE,×200),示神经鞘瘤

且未发现直系亲属中有NF病可疑患者,基本可排除NF2的诊断,故我们考虑该患者为原发性可能性大。

该患者临床表现为椎管内肿瘤的一般特点,无特殊性,这给术前诊断带来困难。MRI平扫+增强扫描能清晰地反映肿瘤的数量、大小、部位、强化特点,为术前诊断的最佳检查。手术切除仍为的最佳治疗方法。手术切除过程中,由于肿瘤分别位于脊髓的左侧和右侧,脊髓受压已很严重,加之胸₇水平脊膜瘤基底有钙化,切除过程中不可避免对脊髓有刺激和牵拉,导致术后出现一过性右下肢肌力减退,故此型肿瘤切除时应尽量注意保护脊髓和神经,可按“先易后难”原则,先处理容易切除的肿瘤,并结合瘤内减压、分块切除等办法尽量减少脊髓和神经骚扰。术后注意神经功能变化,必要时应用激素冲击、神经营养药物。

(2014-06-18收稿,2014-07-03修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2016.07.023

作者单位:100191北京,北京大学第三医院神经外科(韩芸峰、王振宇、陈晓东);100191北京,北京大学第三医院病理科(刘翠苓)