

. 个案报告 .

胸椎管内神经鞘瘤伴胸腰段椎管囊肿1例

王 明 陈铁戈 赵 鑫 张海鸿

【关键词】神经鞘瘤;椎管囊肿;胸椎;显微手术

【文章编号】1009-153X(2018)07-0510-01 【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

女, 53岁, 因腰背部疼痛2年、加重伴双下肢麻木无力3个月入院。入院时体格检查: 胸₁₂~腰₁水平压痛、叩击痛; 双下肢股四头肌肌力左侧Ⅳ级、右侧Ⅲ级, 胫前肌肌力左侧Ⅳ级、右侧Ⅳ级; 耻骨联合水平以下及双下肢内侧浅感觉障碍, 双侧膝腱反射亢进, 踝反射亢进。术前胸腰椎增强MRI示胸₈水平硬膜下占位病变, 局部沿左椎间孔蔓延, 脊髓受压; 胸₁₂~腰₁椎体平面髓内囊性占位(图1)。经科室讨论决定分期手术, 一期清除椎管囊肿, 二期切除椎管内神经鞘瘤。一期手术采用后正中入路, 在胸₁₂~腰₁水平, 切除胸₁₂下部分椎板及腰₁上部分椎板, 见硬脊膜膨出, 显微镜下切开硬脊膜, 见脊髓后方椭圆形占位, 呈囊性, 吸除囊性液体, 缝合硬脊膜, 胸₁₂、腰₁₋₂椎体共置入六枚椎弓根螺钉固定。术后第二天双下肢肌力降至Ⅰ级, 感觉障碍平面升至肋弓水平。急诊全麻下手术。采用后正中切口, 分离椎旁肌肉后显露胸₈双侧椎板, 全椎板切除后, 显微镜下切开硬脊膜发现肿瘤位于硬脊膜腹侧, 呈哑铃状, 沿椎管向外生长, 沿肿瘤与脊髓边缘仔细分离, 瘤内瘤外操作交替进行, 整块切除肿瘤, 严密缝合硬脊膜。术后双下肢麻木无力感觉消失, 肌力较术前明显改善。术后随访6个月, 双下肢肌力恢复Ⅳ级, 感觉平面消失; MRI复查示肿瘤全切。术后病理检查为神经鞘瘤(图2)。

2 讨论

神经鞘瘤是椎管内常见肿瘤之一, 常因肿瘤压迫脊髓和神经出现神经根痛、感觉异常和运动障碍等症状。本文病例肿瘤位于髓外硬膜内, 肿瘤沿穿出硬膜的神经根生长并经椎间孔向外延伸, 肿瘤生长呈哑铃状。椎管囊肿是一种较少见的椎管内占位性病变, 大多数位于中胸段或胸腰交界处背

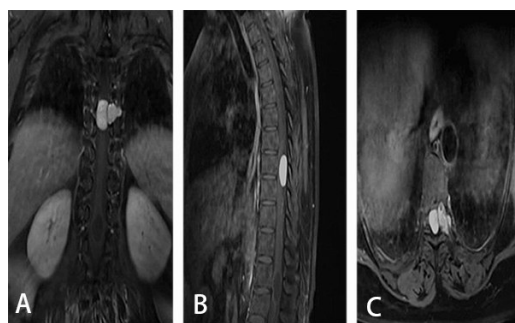


图1 胸椎神经鞘瘤伴胸腰段椎管囊肿术前MRI
胸₈椎体水平椎管内见一不规则强化影, 边界清楚, 部分沿相应椎体水平椎管内塑性生长, 脊髓受压推挤, 蛛网膜下腔间隙增宽; 胸₁₂~腰₁椎体水平脊髓圆锥处见一椭圆形低信号影

侧, 表现为痉挛性或弛缓性下肢轻瘫, 甚至全瘫。MRI是诊断椎管内神经鞘瘤和椎管囊肿的首选方法。神经鞘瘤T₁像呈较脑脊液低、略低或相等信号, T₂像呈高信号; 肿瘤实体呈显著强化, 信号改变常与内部结构密切相关。椎管囊肿信号强度与脑脊液信号相一致, T₁像呈低信号, T₂像呈高信号。

手术是椎管内肿瘤有效的治疗方法。显微手术可有效保护正常神经组织, 提高手术效果。后路全椎板或半椎板切除入路可完整暴露瘤体, 效果满意。椎管内囊肿手术目的是解除囊肿对脊髓及神经根的压迫, 以保留正常的功能; 同时, 封闭交通孔防止复发。本文病例交通孔较小可直接缝合。对交通孔较大不能缝合的病人, 可使用硬膜补片置入缝合。本文病例入院时主要症状为椎管囊肿所致以及一期手术两个病灶同时清除创伤较大, 所以考虑先后入路椎板切除显微镜下切除囊肿, 缝合硬脊膜, 但是术后第二天下肢肌力严重下降, 感觉障碍平面上升至肋弓, 出现胸₈节段神经鞘瘤压迫的症状, 当即决定急诊手术行后入路全椎板切除显微镜下切除神经鞘瘤, 术后下肢肌力及感觉障碍较术前均有所改善。对于第一次囊肿切除术后出现神经鞘瘤压迫症状加重的原因, 我们认为可能与脑脊液循环有关, 有待进一步研究。

(2017-09-27收稿, 2017-10-09修回)