

. 个案报告 .

椎管内毛细血管瘤 1 例

艾克拜尔·亚里坤 仲 毅 王继超 杨小朋

【关键词】椎管内肿瘤;毛细血管瘤;显微手术

【文章编号】1009-153X(2020)10-0736-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 739.41; R 651.1*1

2018 年 5 月新疆维吾尔自治区人民医院神经外科收治 1 例椎管内毛细血管瘤,现报道如下。

1 病例资料

33 岁男性,哈萨克族。因无明显诱因下出现骶尾部疼痛 1 年、加重 6 个月并逐渐出现双下肢麻木入院。无大小便功能障碍。入院体格检查:神志清楚,跛行步态,骶尾部压痛强阳性,双侧直腿抬高试验阴性,双下肢股四头肌、胫前肌、拇背伸肌肌力 4 级,肌张力正常,腱反射正常,双侧巴宾斯基征阴性,肠、膀胱功能及指直肠检查均正常。无家族遗传病史。腰椎 X 线检查示腰椎生理曲度变直。腰椎 MRI 显示 L4~5 水平椎管内结节状中等信号影,椎间盘信号减低,椎管内结节状中等信号影(图 1A、1B),增强扫描后病灶明显均匀强化(图 1C~E),软组织结节大小约 2.4 cm×1.0 cm,邻近蛛网膜下腔增宽。完善术前准备在全麻行椎管内肿瘤切除术。术中见肿瘤部位局部硬脊膜隆起,纵行切开硬脊膜并悬吊;肿瘤位于 L4~5 水平马尾神经内侧,呈紫红色、边界清晰、质软、血供异常丰富,供血动脉来源于骶神经及终丝较粗血管,被马尾神经完全包裹粘连明显;显微镜下完全切除肿瘤。术后病理示椎管内毛细血管瘤。术后复查腰椎 CT 及 MRI 示椎弓根内固定固定位置良好,未见肿瘤残留,但可见少量硬脊膜后方积液(图 1F~H)。术后骶尾部疼痛消失,双下肢肌力正常。

2 讨论

毛细血管瘤是一种常见于儿童全身皮肤或其他浅表软组织的良性肿瘤,常发生在头部和颈部的皮肤或粘膜,椎管内毛细血管瘤少见。临床上,血管瘤根据血管大小可分为毛细血管瘤和海绵状血管瘤。毛细血管瘤是由结缔组织间质隔开的紧密排列的薄壁毛细血管组成的良性肿瘤,多为胚胎早期发育异常,也有延迟创伤引起的毛细血管瘤。术前主要依靠影像学检查提供依据,MRI 大多显示为 T₁WI 低、等信号, T₂WI 呈等、高信号,增强后明显均匀强化。由于,毛细血管内

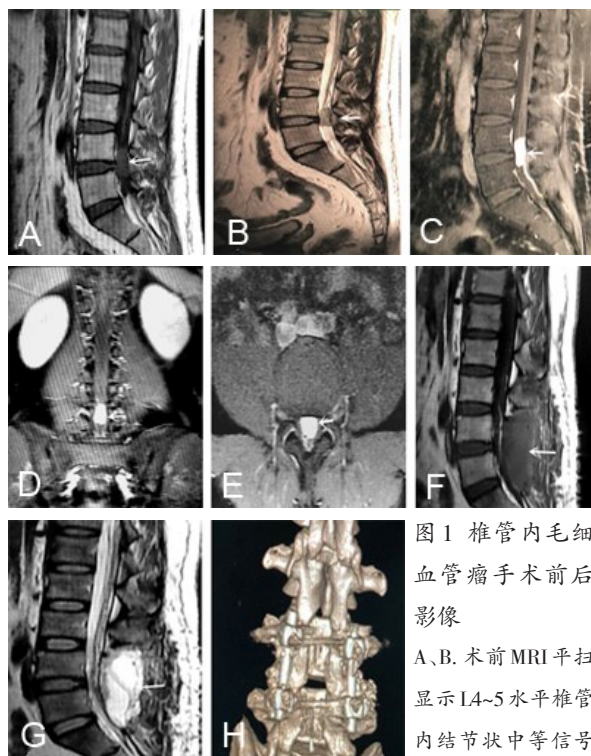


图 1 椎管内毛细血管瘤手术前后影像

A、B. 术前 MRI 平扫显示 L4~5 水平椎管内结节状中等信号影, T₁WI 呈等信号, T₂WI 椎间盘信号减低, 椎管内结节状中等信号影; C~E. MRI 增强后可见肿物明显均匀强化, 边界清晰; F、G. 术后复查 MRI 示 L4~5 椎体水平可见囊状不规则长 T₁、长 T₂ 信号影, 增强后边缘明显环形强化, 诊断为硬脊膜后方积液, 考虑术后拔除引流管较早有关; H. 术后 CT 三维重建示椎弓根内固定固定位置良好

血液丰富, MRI 增强后肿物可见管状及条状强化, 有一定诊断意义。椎管内毛细血管瘤需要与其它肿瘤相鉴别, 如神经鞘瘤。神经鞘瘤多单发, 有坏死及囊性病变, 腰段椎管常见, MRI 增强后明显强化, 但术前可通过毛细血管瘤供血或引流血管可鉴别。

目前, 椎管内毛细血管瘤治疗方式包括手术治疗、血管内栓塞及放疗等, 但最主要以手术为主。因与椎体内其他肿瘤临床表现及影像学无明显差异, 极易误诊, 造成术中一些困难, 我们认为术中出血的风险可能与肿瘤的性质有关, 因此术前了解病情、术中仔细操作可避免过多出血。

(2018-11-30 收稿, 2018-12-17 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2020.10.031

作者单位: 830000 乌鲁木齐, 新疆维吾尔自治区人民医院神经外科(艾克拜尔·亚里坤、王继超、杨小朋); 830000 乌鲁木齐 安徽医科大学新疆临床学院(仲 毅)

通讯作者: 杨小朋, E-mail: yxp9972@sina.com