

. 个案报告 .

胸椎软骨黏液样纤维瘤 1 例

崔德秋 彭 磊 陈 旭 刘 藏 王月平

【关键词】 脊柱肿瘤; 软骨粘液样纤维瘤; 显微手术

【文章编号】 1009-153X(2021)01-0061-02 【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

17 岁女性, 因背部肿物渐进性增大半年余入院。半年前发现背部正中隆起肿物, 质韧, 约“花生米”大小, 肿物渐进性增大。入院体格检查: 背部胸 6~7 椎体水平可触及肿物, 大小约 6 cm×4 cm, 质韧, 边界尚清楚, 与后方胸椎黏连, 活动度差, 触之无压痛, 无皮肤红肿; 四肢肌力 5 级, 肌张力正常。入院后行胸椎增强 MRI 检查示胸 6~7 椎体水平左侧背部竖脊肌及局部椎管内可见异常信号团块影, T₁ 像、T₂ 像以等信号、低信号为主, 其内散在高信号影, 胸 7 椎体左侧椎板骨质破坏; 增强扫描肿物呈明显不均匀边缘强化, 椎管内部分呈明显强化, 并沿左侧硬膜外间隙向前侵犯胸 7 椎体左后缘, 椎体内见结节样强化影; 病变大小约 6.20 cm×3.50 cm×5.40 cm, 病变节段脊髓受压, 髓内未见明显异常信号(图 1A~C)。全麻下行椎管占位切除术。取肿物表面直切口, 可见肿物完整包膜, 切开包膜后, 可见肿物质地韧, 血供中等, 包膜内顿性及锐性分离。肿物向内侧侵犯棘突, 咬除部分棘突。肿物于深方沿椎间孔向椎管内生长, 并破坏部分椎体, 扩大椎间孔切除椎管内硬膜外肿物, 并咬除破坏椎体。镜下全切除肿物。术后恢复顺利, 无肢体活动或感觉异常。术后复查 MRI 示肿瘤全切除(图 1D)。术后病理示间叶源性肿瘤, 结合临床符合软骨粘液样纤维瘤。术后随访 15 个月, 无不适, 无肿瘤复发或脊柱不稳表现。

2 讨论

软骨粘液样纤维瘤是一种少见的良性骨肿瘤, 占有骨肿瘤的比例不到 0.5%, 而起源于脊柱的比例相对更少。此类病变的最常见脊柱节段为胸椎, 其次为颈椎和腰椎。发病高峰年龄 20~50 岁, 女性相对男性更加多见。临床表现取决于病变的侵及范围。当病变破坏椎体、棘突或椎板, 压迫椎管内脊髓时, 可产生神经功能障碍, 导致肢体运动或感觉异常等。当病变的侵犯范围局限时, 亦可无不适, 或仅有局部疼痛。本文病例术前 MRI 示病变通过椎间孔压迫脊髓, 但病变

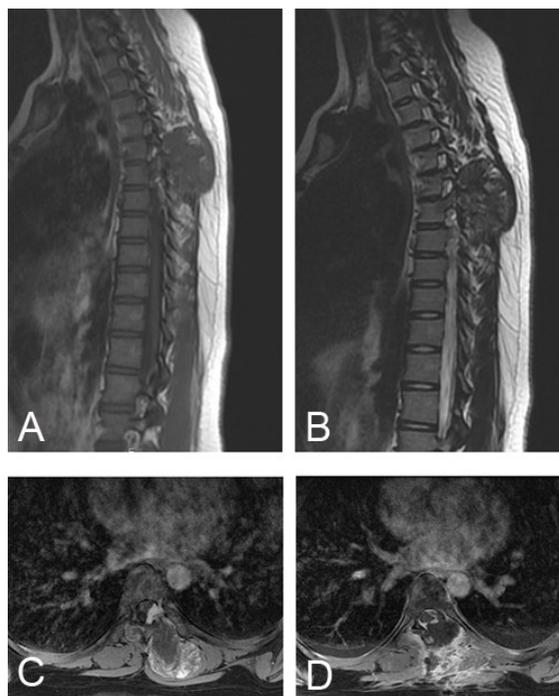


图 1 胸段椎管内软骨黏液样纤维瘤手术前后 MRI
A~C. 术前 MRI 示胸 6~7 椎体水平肿块, T₁ 像、T₂ 像以等信号、低信号为主, 其内散在高信号影, 胸 7 椎体左侧椎板骨质破坏, 肿物呈明显不均匀边缘强化, 椎管内部分呈明显强化; D. 术后增强 MRI 轴位像示肿瘤全切除

亦向皮肤表面突出, 且增长较快, 导致病程较短, 发现及时, 未出现神经功能障碍或局灶性疼痛等。

软骨粘液样纤维瘤典型的影像学特点: 有明确的、硬化的边界, 均质结构, 缺乏骨膜反应, 钙化的部分均匀分布。X 线检查示病变为偏心性、边界清楚类圆形溶骨样骨折破坏, 骨皮质膨胀变薄, 偶见骨皮质破坏。CT 较 X 线检查更能清楚地显示病变范围及内部结构。由于病变内含软骨、粘液基质, 且伴出血或钙化, 故 MRI 多为混杂信号影; 但 MRI 显示肿瘤范围及临近组织关系方面具有优势。本文病例术前 MRI 示 T₁ 像、T₂ 像以等信号、低信号为主, 胸 7 椎体左侧椎板骨质破坏; 肿物呈明显不均匀边缘强化。结合病人临床表现, 术前考虑为恶性肿瘤的可能性大, 很难想到软骨粘液样纤维瘤的可能, 应进一步行胸椎 CT 评估骨质破坏情况以助鉴别。

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2021.01.023

作者单位: 100050 北京, 首都医科大学附属北京友谊医院神经外科 (崔德秋、彭 磊、陈 旭、刘 藏、王月平)

通讯作者: 王月平, E-mail: wangyueping_2004@126.com