

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,T<sub>1</sub>像、T<sub>2</sub>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犯范围。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

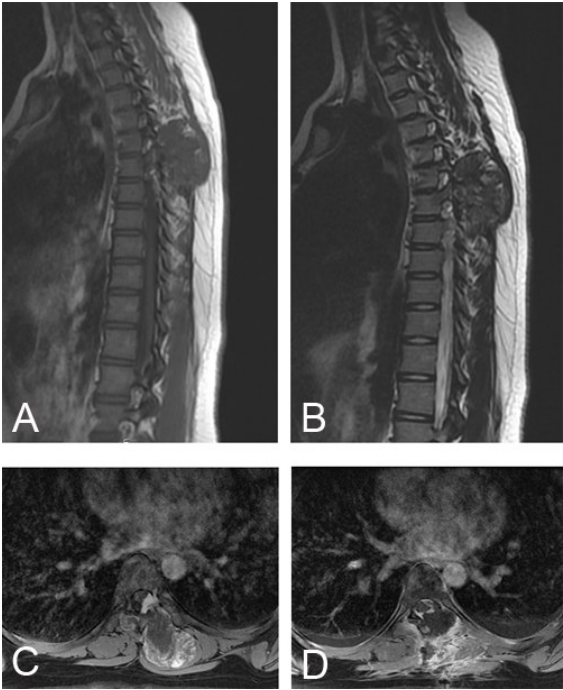


图1 胸段椎管内软骨黏液样纤维瘤手术前后MRI  
A~C. 术前MRI示胸6~7椎体水平肿块,T<sub>1</sub>像、T<sub>2</sub>像以等信号、低信号为主,其内散在高信号影,胸7椎体左侧椎板骨质破坏,肿物呈明显不均匀边缘强化,椎管内部分呈明显强化;D. 术后增强MRI轴位像示肿瘤全切除

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、边界清楚的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T<sub>1</sub>像、T<sub>2</sub>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