

腰椎管内支气管源性囊肿合并畸胎瘤 1 例

赵倩 季庆 孙清 李鹤松 焦德让 曹雅静

【关键词】脊髓肿瘤;支气管源性囊肿;显微手术

【文章编号】1009-153X(2021)06-0487-02

【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

35 岁男性,因突发腰部钝痛 6 d 入院。自诉双下肢疼痛伴乏力,尚可行走,但剧烈运动自觉下肢力量减弱,无大小便失禁、及下肢麻木感。入院神经系统检查:自主体位,合作,双上肢正常,双下肢肌力 V 级,疼痛可放射致双下肢后侧;双膝腱反射(+),双跟腱反射(-),双巴氏征(-);脊柱发育正常,生理弯曲度存在,腰骶部皮毛窦。腰椎 MRI 检查显示腰 3 椎体水平脊髓右后方髓外可见一椭圆形软组织肿物,大小约 1.1 cm×2.4 cm(图 1A、1B)。住院期间,腰部疼痛突然消失,双下肢疼痛及无力好转。复查 MRI 示腰 3 水平硬脊膜下、马尾神经神经背侧变小,呈梭形,轮廓模糊,肿物信号强弱不一致,呈短 T₁、稍长 T₂ 信号;肿物边缘部分似短 T₁、稍长 T₂ 信号;肿物与邻近马尾神经分界不清,相邻马尾受挤压有移位,圆锥在 L3 水平(图 1C、1D),考虑存在脊髓拴系及 L4 以下蛛网膜明显增宽;增强后肿物边界模糊,其内未见明显强化影,邻近部分马尾走形区可见线性强化影,肿物邻近硬脊膜未见强化(图 1E、1F)。骶尾部 CT 可见腰 5~骶 3 隐性脊柱裂,骶管囊肿(图 1I、1J)。在 C 型臂定位下(L3 棘突),采用后正中切口,暴露 L2~L3 椎板,将上下椎板各磨除约 1 cm 后,自中线切开硬脊膜,可见硬膜下透明米色肿物,包膜不完整,可用镊子将其夹出,其内容物已突入蛛网膜下,但与囊壁有粘连,提起肿物后剪除,下方为扩张的蛛网膜下腔。切除肿物后,下方可见另一肿物,呈黄白色脂肪状,质韧,边界清,与终丝粘连,约 2.5 cm×1.5 cm 大小,仔细分离与脊髓粘连的病变并切除肿瘤,但脊髓内残留少许,终丝较正常粗,圆锥向下移位。术后病理学诊断为支气管源性囊肿与畸胎瘤。术后双下肢麻胀感,无新发神经功能障碍,术后随访 3 个月,未再有腰痛等,双下肢肌力、感觉正常,大小便正常,复查腰椎 MRI 示肿瘤全切除,腰 4~骶 4 椎体水平蛛网膜下腔增宽(图 1G、1H)。

2 讨论

椎管内支气管源性囊肿(spinal bronchogenic cysts, SBC)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2021.06.027
作者单位:300121,天津市人民医院神经外科(赵倩、季庆、孙清、李鹤松、焦德让),病理科(曹雅静)
通讯作者:焦德让, E-mail:DeRangJiao@163.com

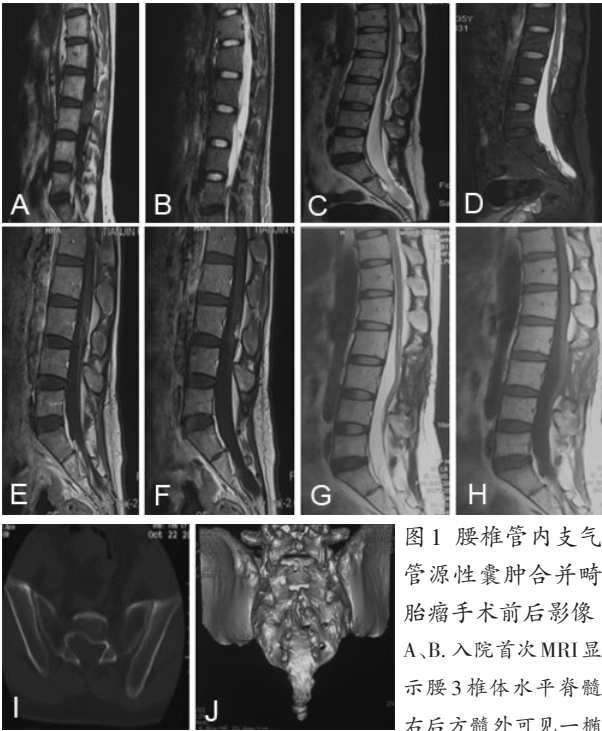


图 1 腰椎管内支气管源性囊肿合并畸胎瘤手术前后影像
A、B. 入院首次 MRI 显示腰 3 椎体水平脊髓右后方髓外可见一椭圆形软组织肿物,大小约 1.1 cm×2.4 cm;C、D. 症状改善复查 MRI 示腰 3 水平硬脊膜下、马尾神经神经背侧可见梭形肿物影,轮廓模糊,肿物信号强弱不一致(短 T₁、稍长 T₂ 信号),肿物边缘部分似短 T₁、稍长 T₂ 信号;肿物与邻近马尾神经分界不清,相邻马尾受挤压有移位,末端圆锥在 L3 水平,肿物形态及大小有所减小;E、F. 术前 MRI 增强显示肿物边界模糊,其内未见明显强化影,邻近部分马尾走形区可见线性强化影,肿物邻近硬脊膜未见强化;G、H. 术后复查腰椎 MRI 可见肿瘤全切除,腰 4~骶 4 椎体水平蛛网膜下腔增宽;I、J. 术前骶尾部 CT 可见腰 5~骶 3 隐性脊柱裂,骶管囊肿

是一种由于胚胎发育异常引起的先天性疾病,形成机制仍未明确,目前有三种假说:①脊索裂综合征理论,脊索发育缺陷形成痿管,进一步分化为不同类型囊性病变;②分离不全假说,在胚胎期,上、下胚层分离不全或异常分离,形成先天性疾病;③潜能分化假说,胚胎第 3 周形成的外胚层结构具有分化成其他胚层组织结构的潜能。还要异常分化假说,认为 SBC 来源于气管支气管树的异常分化。

椎管内先天性囊肿少见,不到 3%,大致可以分为三种类型:①上皮型,包括内胚层来源(如神经管原肠囊肿、肠源性