

. 个案报告 .

复合手术治疗骶骨巨大脊索瘤 1 例

陈晓 杨泽城 邱玉金

【关键词】 脊柱肿瘤; 软骨样脊索瘤; 复合手术

【文章编号】 1009-153X(2022)03-0233-02 【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

72岁男性,因左侧臀部肿物渐进性增大伴双侧大腿疼痛8年入院。病人排便前伴肛门下坠不适,便意频繁,伴里急后重及排便不尽感,大便性状变细,多为不成形稀便,小便正常。入院体格检查:左侧臀部上方、骶尾部近骶髂关节投影处可扪及半球形质硬肿物,隆起高度约为5 cm,活动度差,轻压痛;双下肢肌张力正常、肌力5级;会阴部皮肤浅感觉、肛门反射减弱;胸膝位肛门检查显示,肛门括约肌张力正常,进指顺利;直肠指诊示进指约2 cm处直肠前壁可扪及一大约4 cm×3.5 cm带蒂质软肿物,活动度尚可,占据肠腔大部,退指指套染暗红色血迹。骶尾部CT示骶尾部一巨大肿块影,S1和S2交界以下骨质肿瘤性破坏,肿块内部密度不均匀,伴不规则硬化边缘,膀胱、直肠受压向前移位(图1A~C)。MRI增强示:盆腔后部及臀部见大小约15.1 cm×12.6 cm×12.1 cm、不均匀长T₁、长T₂信号巨大肿块;DWI明显增浓,终丝神经受包绕,与骶丛神经分界不清,左侧为著(图1D、1E)。穿刺活检病理检测确诊为骶骨脊索瘤(图1F)。经多学科会诊讨论后,先于导管室采用PTA前囊扩张导管置入双侧髂内动脉(图1G),抽空球囊,固定导管,后转入手术室;全身麻醉后,取俯卧位,取腰骶部Y型切口,探查见肿瘤包绕骶骨,部分瘤体位于L5椎板下缘,外形不规则,包膜较完整,质地较韧,活动度差,骶骨绝大部分、双侧骶髂关节、骶嵴后内侧骨质被肿瘤侵蚀,仅余少量骨质,S1以下神经根及硬膜囊被瘤体侵蚀包绕,破坏严重;部分瘤体位于骶骨前方,压迫肠道。从肿瘤组织中仔细分离出S1~2双侧神经根并予以保护后,将肿瘤、肿瘤周围部分正常的软组织及破坏的骨质给完整切除,将硬膜囊自S2以下切断,近端双层结扎(图1H)。术中双侧髂内动脉球囊采用多次分时阻断法,每次阻断时间30 min,间歇5 min。术中出血2 100 ml,瘤体整块完整切除(图1I)。术后病理诊断为软骨样脊索瘤(图1J)。因仅保留双侧S2神经,术后出现排尿功能、排便功能部分减弱,但未影响日常生活。术后脊柱结构稳定,愈合良好,顺利出院。术后4个月复查MRI

未见肿瘤复发(图1K、1L)。

2 讨论

脊索瘤是一种罕见的有局部侵袭性的低度恶性原发性

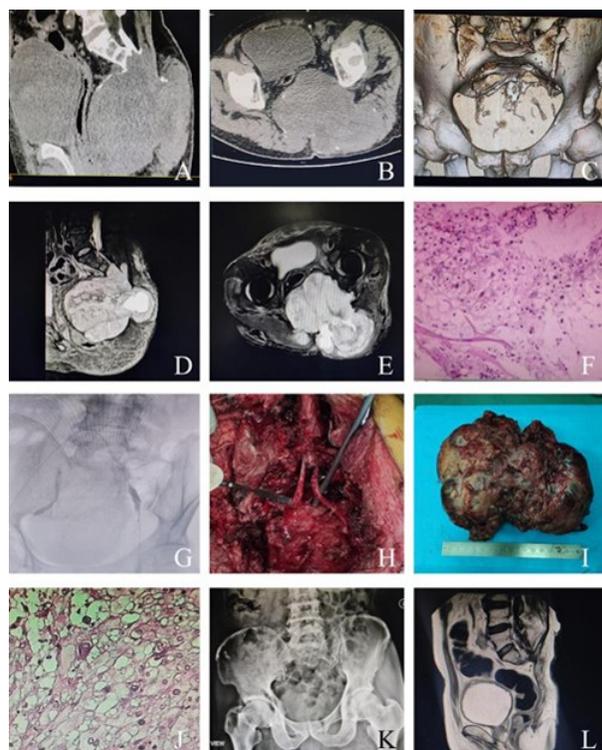


图1 骶骨巨大脊索瘤复合手术治疗前后影像表现、术中观察及术后病理表现

A. 术前骶尾部CT矢状位显示骶尾部一巨大肿块影,膀胱直肠受压向前移位;B. 术前骶尾部CT轴位显示肿块内密度不均,伴不规则硬化边;C. 术前骶尾部CT三维重建显示S1和S2交界以下骶骨骨质破坏明显;D. 术前骶尾部MRI增强矢状位显示骶尾骨区巨大占位,侵犯骶尾椎;E. 术前骶尾部MRI增强轴位显示肿块明显不均匀强化,终丝神经受包绕,与骶丛神经分界不清;F. 穿刺活检术病理检查(HE染色,×400);G. 双侧髂内动脉球囊置入术后造影;H. 术中完整保留的双侧S2神经;I. 术后肉眼观察肿瘤标本,灰白灰红肿物一块,体积18 cm×12 cm×10 cm,被覆包膜;J. 术后病理检查结果显示肿瘤细胞排列稀疏,体积较大,胞浆内有大量空泡(HE染色,×400);K. 术后骨盆X线检查正位像;L. 术后4个月复查MRI增强未见肿瘤复发。

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2022.03.028

作者单位:261000 山东潍坊,潍坊医学院临床医学院(陈晓、杨泽城);261000 山东潍坊,潍坊医学院附属医院脊柱外科(邱玉金)

通讯作者:邱玉金,E-mail: qiuwygk@163.com