

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 T<sub>1</sub>、长 T<sub>2</sub> 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

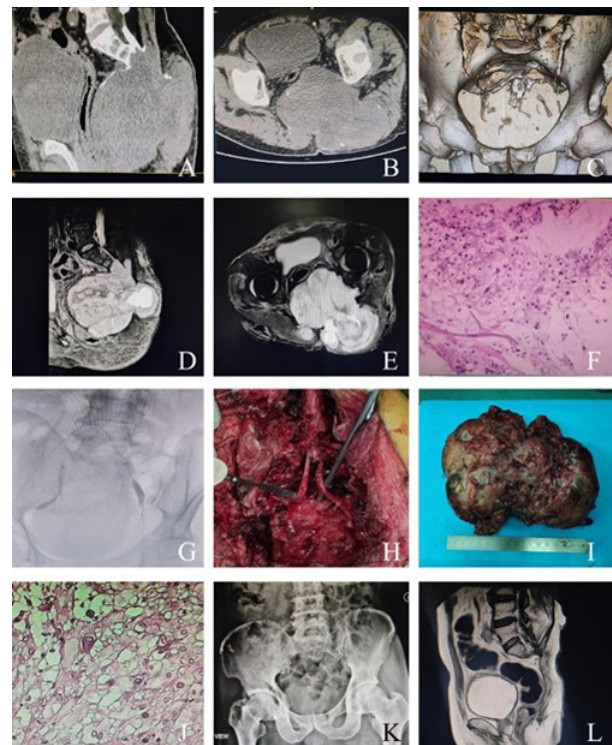


图1 骶骨巨大脊索瘤复合手术治疗前后影像表现、术中观察及术后病理表现  
A. 术前骶尾部 CT 矢状位显示骶尾部一巨大肿块影, 膀胱直肠受压向前移位; B. 术前骶尾部 CT 轴位显示肿块内密度不均, 伴不规则硬化边; C. 术前骶尾部 CT 三维重建显示 S1 和 S2 交界以下骶骨骨质破坏明显; D. 术前骶尾部 MRI 增强矢状位显示骶尾骨区巨大占位, 侵犯骶尾椎; E. 术前骶尾部 MRI 增强轴位显示肿块明显不均匀强化, 终丝神经受包绕, 与骶丛神经分界不清; F. 穿刺活检术病理检查(HE 染色, ×400); G. 双侧髂内动脉球囊置入术后造影; H. 术中完整保留的双侧 S2 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。