

骨肿瘤,起源于胚胎残余脊索组织,多发于脊柱中轴骨,占原发性恶性骨肿瘤的 1%~4%。脊索瘤多见于骶骨(40%~50%)、颅底(35%~40%)和椎体(15%~20%)。骶骨脊索瘤多见于 50~70 岁病人,以男性为主。由于骶骨脊索瘤早期临床表现无特异性,所以确诊时通常肿瘤较大。CT 和 MRI 有助于诊断,但确诊依赖于病理检查,因此,穿刺活检术是肿瘤切除前首选的诊断方法。由于骶骨脊索瘤对放疗和化疗的敏感性差,目前最重要的治疗手段是彻底切除肿瘤。由于骶前筋膜的限制,肿瘤很少侵犯直肠或泌尿生殖器官,在尽量彻底切除骶骨脊索瘤的情况下,要想保留大小便功能,就要尽可能多地保留骶神经,至少保留至双侧骶 1、骶 2 及一侧骶 3 神经根,术后配合适当的功能锻炼及康复训练,以最大限度地恢复病人肛门直肠和膀胱功能,提高病人的生存质量。本文病例骶骨脊索瘤巨大,伴有直肠管状腺瘤,肿瘤侵蚀至 S2 整个

椎体,因 S3 神经被肿瘤完全侵蚀,术中仅保留至双侧 S2 神经,术后大小便功能部分减退,但对病人生活质量影响较小,且骨盆环完整未行内固定,二期行内镜下直肠腺瘤切除术,术后效果良好。

总之,骶骨脊索瘤起病缓慢,早期临床表现往往不典型,容易漏诊和误诊,从而延误治疗。彻底切除脊索瘤可减少复发,双侧髂内动脉球囊置入分时阻断可以减少术中出血,有利于术后康复。本文病例肿瘤侵蚀破坏 S3 神经,术中仅保留至双侧 S2 神经,术后大小便功能部分减退但未影响病人的正常生活。这提示保留至双侧 S2 神经,可先观察术后大小便功能,无需一期造瘘。但仍建议保留至双侧 S2 神经及一侧 S3 神经,以便更好地保留大小便功能。

(2021-07-18 收稿,2021-10-20 修回)

## 椎管内毛细血管瘤术后复发 1 例

殷洪伟 王明磊

【关键词】椎管内肿瘤;毛细血管瘤;术后复发

【文章编号】1009-153X(2022)03-0234-02 【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

51 岁男性,2019 年 1 月因渐进性双下肢乏力 3 个月加重 1 周在当地医院就诊。体格检查见双下肢肌力 I 级。胸椎(髓)增强 MRI 检查示胸 10 水平髓外硬膜下占位。行手术治疗,术后病理为毛细血管瘤。术后双下肢肌力明显好转,IV 级。术后 3 d 复查胸椎(髓)MRI 显示肿瘤切除满意,无明显残留。2019 年 4 月,复查 MRI 示术区异常信号,肢体肌力 V 级,继续随访。2019 年 7 月,自诉双下肢肌力轻微下降,体格检查见双下肢肌力 V 级,再次复查 MRI 示术区异常较前增大,考虑肿瘤复发。2019 年 7 月,因胸 10 毛细血管瘤术后 6 个月复发在我院手术治疗。术中见肿瘤位于髓外硬膜下,边界清楚,与周围组织轻微粘连,呈分叶状、灰白色,血供一般。术中镜下全切除肿瘤。术后病理示毛细血管瘤。术后肢体肌力同术前,复查 MRI 未见肿瘤残留。随访 6 个月,双下肢肌力恢复正常。

### 2 讨论

血管瘤可分为毛细血管瘤、海绵状血管瘤或混合型血管瘤。毛细血管瘤多为灰白色分叶状、哑铃状,显微镜下由紧

密排列的毛细血管大小的血管和单层内皮细胞构成,表现为低的有丝分裂活性,CD31 和 CD34 阳性表达,S100 和上皮膜抗原阴性,不难与其他血管瘤分开。

毛细血管瘤多因胚胎早期发育异常,可单发、多发于体表及软组织,椎管内毛细血管瘤罕见。本文病例为胸段髓外硬膜下毛细血管瘤。椎管内毛细血管瘤是少见的椎管内良性肿瘤,以胸腰段多见,偶可发生于颈段椎管。该肿瘤可位于髓内、髓外硬膜下、硬膜外,以髓外硬膜下多见,髓内相对更少见;但其对脊髓的压迫及影响相对较大,更易出现变性、水肿、空洞。其临床表现因发生节段及部位不同各有差异,可出现相应节段的叩击痛、肿瘤肿块效应及神经根刺激性疼痛及肢体麻木的症状缓慢进展、渐进性加重。有毛细血管瘤卒中症状急性加重的报道,而海绵状血管瘤一般表现为与瘤内出血相关的急性征象。椎管内毛细血管瘤由于肿块效应和神经根刺激而呈慢性进行性发展,肿瘤合并卒中时,病情急、临床症状重,可出现双下肢瘫痪甚至四肢截瘫。本文病例最初肢体乏力,渐进性加重,术后肢体肌力恢复,后因肿瘤复发肢体肌力再次下降,行二次手术后症状完全缓解。

椎管内毛细血管瘤影像学无明显特异性,影像学常误认为脊膜瘤或神经源性肿瘤。多数椎管内毛细血管瘤 T<sub>1</sub>WI 为稍低或等信号,T<sub>2</sub>WI 呈稍高信号,一般无明显水肿,增强后大多表现为均匀强化。部分病灶表面及上下方可见迂曲增粗的供血动脉和引流静脉,呈条状低信号,为流空效应。选择性脊髓血管造影,一般表现供血动脉为单根或多根,引流静脉增粗早显,毛细血管瘤期显影明显。因此,MRI 可作为最简

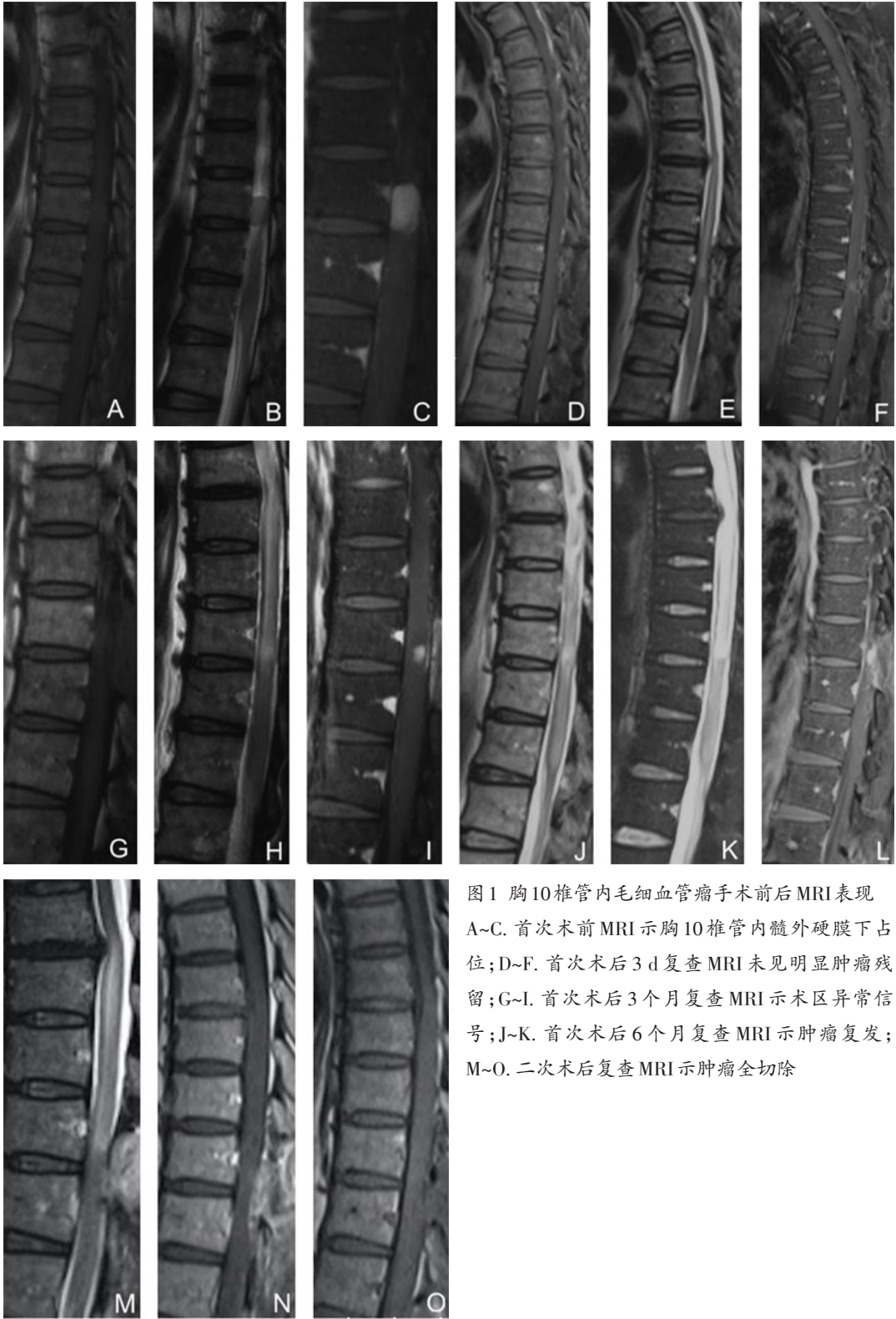


图 1 胸 10 椎管内毛细血管瘤手术前后 MRI 表现  
A~C. 首次术前 MRI 示胸 10 椎管内髓外硬膜下占位；D~F. 首次术后 3 d 复查 MRI 未见明显肿瘤残留；G~I. 首次术后 3 个月复查 MRI 示术区异常信号；J~K. 首次术后 6 个月复查 MRI 示肿瘤复发；M~O. 二次术后复查 MRI 示肿瘤全切除

便有效的检查,选择性脊髓血管造影更能明确肿瘤供血及引流情况,尤其伴有急性出血的病例,完善造影必要时可先行栓塞治疗。

手术治疗是椎管内毛细血管瘤的首选治疗方法,放疗和单纯栓塞治疗临床应用较少。肿瘤完全切除,预后良好。术前栓塞可能有助于手术切除这些血管病变,减少术中出血风险。本文病例术后病理明确为毛细血管瘤,但短期复发,结

合术后临床表现及 MRI,复发原因可能是术中残留,因此术中尽可能完整全部切除。

总之,椎管内毛细血管瘤属于临床罕见的良性病变,其症状及影像学表现等术前评估无特殊性表现,鉴别诊断须要重视。该病首选手术治疗,一般预后良好。同时术后定期复查是必要的。

(2020-02-29 收稿,2020-03-23 修回)