

. 个案报告 .

妊娠期并发 T1~T7 椎管内巨大脊髓脂肪瘤 1 例

王邦向 孙冠男 秦德芳 霍泳林 展洪星 赵敏清 魏志鹏 马 丁 张泽舜

【关键词】 脊髓脂肪瘤;妊娠;显微手术

【文章编号】 1009-153X(2022)11-0956-01 【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

26 岁女性,因进行性双下肢麻木、乏力 6 个月入院。因发病时处于妊娠期,产科考虑妊娠反应未予重视。足月剖宫产一女婴,胎龄 40+3 周,G1P1,体重 4160 g,身长 51 cm,Apgar 评分 9/10/10 分,羊水、胎盘、脐带正常,胎膜无早破,新生儿体格检查未见明显异常。产后双下肢麻木、乏力未缓解,遂入院,体格检查:颈软,双上肢肌力 5 级,双下肢肌力 4 级,双侧胸骨角即 T2 以下躯体感觉减退(右侧明显),T8 平面以下双侧感觉减退基本一致,双下肢深感觉及浅感觉均减退,腹壁反射未引出,脑膜刺激征阴性,双侧巴氏征阴性。胸椎 MRI 平扫+增强(图 1A~C)显示:T1~T7 椎管内占位性病变,考虑脂肪瘤。排除手术禁忌证,在神经电生理监测下行 T1~T7 椎管内占位切除术。术中见病变部位脊髓组织脂肪化,肿瘤呈脂肪样变,与脊髓分界不清,行肿瘤次全切除,保留部分病变组织。术后病理示(椎管内肿瘤)脂肪瘤。术后给予甲强龙(1 g/d)、鼠神经生长因子(15 000 U/d)、头孢曲松(2 g/d)治疗;术后 2 d,症状开始好转;逐渐减少甲强龙剂量,直至停止;术后 7 d,在颈胸腰支具下下地行走;术后 10 d,症状明显好转出院。术后 2 个月随访恢复良好。

2 讨论

脊髓脂肪瘤是一种先天性良性肿瘤,占椎管内肿瘤的 1%,多位于腰骶部,胸段椎管内脂肪瘤较罕见。脊髓脂肪瘤多无症状,MRI 是目前公认的诊断椎管内脂肪瘤的最佳方式。本文病例因妊娠而掩盖病情,未予重视,产后下肢乏力症状仍持续加重而行胸椎 MRI 检查发现。

关于脊髓脂肪瘤的治疗,目前认为,有症状者及时手术;无症状者的治疗尚存争议:①术后可能再发,同时手术可导致神经功能损害,所以无症状者不应手术;②高达 70% 的出现症状者手术后症状仍不可恢复,C7~T4 椎管内可代偿空间

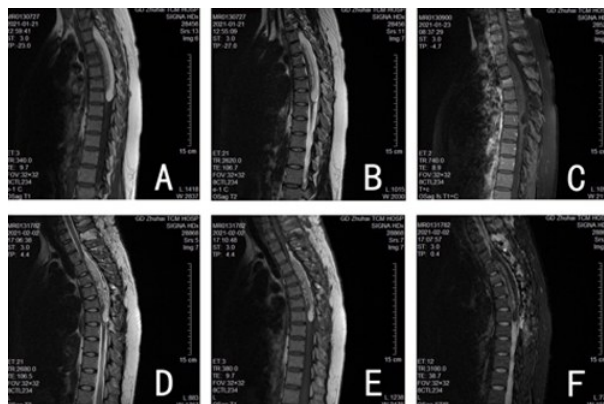


图 1 椎管内脂肪瘤手术前后影像

A~C. 术前 MRI 显示 T1~T7 椎管内长条状肿块影,T₁WI 呈高信号,T₂WI 呈高信号,增强扫描未见明显强化;D~F. 术后 MRI 显示术后改变,可见片状 STIR 模糊高信号影,T1~T7 椎管内长条状肿块影,T₁WI 呈高信号,T₂WI 呈高信号,压脂序列信号减低

小,易于产生临床症状,所以无症状者应尽早手术。本文病例肿瘤位于 T1~T7 椎管内,位于脊髓髓内,呈浸润型生长,症状明显,手术适应证明确。由于肿瘤位于胸段高位,脊髓受压纤细,且肿瘤呈现浸润性生长,手术难度较大,要求有充足的准备:①术中电生理联合显微镜确保尽可能多地切除肿瘤解除压迫,而又尽量保留神经功能;②脊髓与脂肪瘤分界明显时尽量全切除,当呈浸润脊髓组织生长时,为保留正常脊髓功能可行部分切除减压治疗;③术中当逐层切除,不可过多的大块切除,以免损伤脊髓;④保持椎体稳定性及精细调节,稳固的椎板螺钉固定后肌肉尽量解剖复位;⑤术后应用激素抗应激治疗;⑥术后快速康复治疗。我们术中发现,脊髓受压呈扁平状,症状为脊髓受压所致,有效的椎管减压可减轻其症状,其次肿瘤与正常脊髓呈混合性生长,强行全切除,可能导致高位截瘫,所以选择部分切除,以神经管减压为主要目的。本文病例术后 1 周进行床上功能锻炼,术后 10 d 在支具保护下下床活动出院,术后 2 个月随访恢复良好。

总之,高位椎管内浸润型脂肪瘤术后恢复一般较差,手术的精细程度对肿瘤切除率及症状缓解极其重要。所以术者应当具有缜密的术前准备,精细的术中操作,全面的术后康复管理,这样才能使病人得到最大获益。

(2021-02-18 收稿,2021-05-28 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2022.11.026

作者单位:519000 广东珠海,广东省中医院珠海医院神经外科(王邦向、张泽舜、秦德芳、霍泳林、展洪星、赵敏清、马 丁);519000 广东,珠海市妇女儿童医院新生儿科(孙冠男);514000 广东,梅州市人民医院神经外科(魏志鹏)

通讯作者:张泽舜,E-mail:zcfmyhol@126.com