

. 个案报告 .

# 复发性椎管内外沟通性孤立性纤维肿瘤 1 例

段宗锐 唐晓平 冯 运 胡 超 彭 华

【关键词】椎管内外沟通瘤;孤立性纤维肿瘤;显微手术;术后复发

【文章编号】1009-153X(2023)09-0606-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】R 739.42; R 651.1<sup>†</sup>

## 1 病例资料

55 岁男性,因双下肢无力、胸后疼痛 3 个月入院。既往 5 年前因胸背部疼痛、双下肢麻木于外院手术治疗,术后病理检查示胸 4~5 孤立性纤维性肿瘤(solitary fibrous tumor, SFT)。入院体格检查:神志清楚;右下肢肌力 4 级,其余肢体肌力正常;病理反射未引出。胸部 CT 平扫示左后纵隔内软组织包块,似与胸 4~5 椎管层面相通。胸椎 MRI 示胸 4~5 椎体左侧团块异常信号影,大小约 5.4 cm×2.7 cm,并与椎管内病灶相连,T<sub>1</sub>WI 呈等低信号,T<sub>2</sub>WI 呈稍高信号;增强后病灶明显均匀强化(图 1),考虑肿瘤复发。完善术前准备,取右侧卧位,取胸 4 节段为中心,取原手术切口切开皮肤,由正中切开肌群,到达椎板,扩大之前咬除椎板,暴露硬脊膜,见病变位于胸 3~5 椎管水平,位于左侧椎管内硬脊膜外,由胸 4 椎间孔长入左侧胸腔,病变边界不清,质地韧,血供异常丰富,分块切除硬脊膜外病变,打开硬脊膜,硬脊膜下未见病变,术中联合胸外科取腋前线 4 肋间,腋中线 7 肋间,肩胛线 8 肋间为手术切口,术中见胸腔轻度粘连,左后纵隔主动脉弓平面可见大小约 6 cm×5 cm×5 cm 包块,表面血管充血丰富,边界清楚,质地较脆,完整切除包块。术后病理为 SFT 复发,且 Ki-67(+,阳性率约 10%)。请肿瘤科会诊后建议放疗。术后 3 个月复查 MRI 未见复发征象。

## 2 讨论

SFT 临床少见,多见于 50~60 岁人群,无明显性别差异,大多属良性,部分 SFT 具有一定的侵袭性,术后可复发。SFT 的临床进展非常缓慢,临床症状与其生长的解剖位置相关,多表现为无痛性肿物。SFT 的影像学特征有以下几点:①病灶边界清楚;②肿瘤 CT 为等密度,T<sub>1</sub>WI 表现为等信号,T<sub>2</sub>WI 为等或高信号;③肿瘤多呈“地图”样明显强化,形态不规则;④血供丰富。尽管 SFT 影像学表现有一定特征性,但确诊仍需病理组织检查。肉眼观察,SFT 多数为边界清晰,有包膜,切面多呈结节状,质地硬;显微镜下观察,SFT 由随机排列的

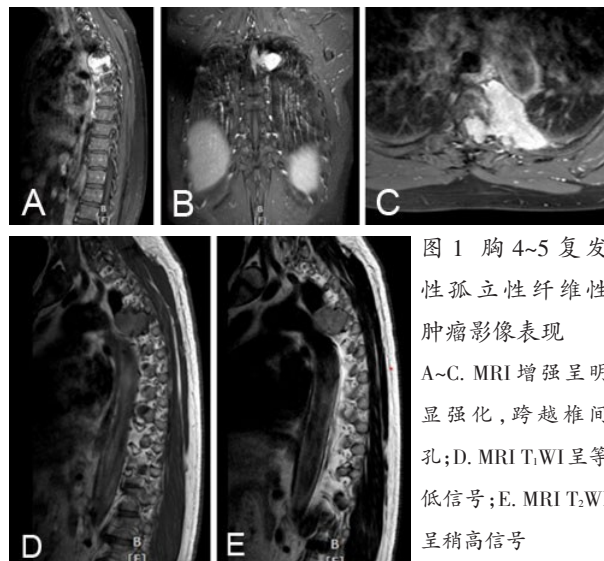


图 1 胸 4~5 复发性孤立性纤维性肿瘤影像表现  
A~C. MRI 增强呈明显强化,跨越椎间孔;D. MRI T<sub>1</sub>WI 呈等低信号;E. MRI T<sub>2</sub>WI 呈稍高信号

梭形或卵形细胞组成,位于胶原基质内,与具有特征性鹿角形的血管混合。SFT 的经典免疫表型为 Vim、CD34、Bcl-2、CD99 阳性,其中 CD34 是 SFT 的常见标志物之一,有很高阳性率,但缺乏特异性;STAT-6 的表达被认为是可以可靠地区分 SFT 与其他软组织肿瘤,约 98% 的病例有 STAT-6 的强核染色,且 STAT-6 强核染色具有一定特异性,被认为是肿瘤标志物。本文病例免疫组化示 CD34(-),STAT6(+),Ki-67(+,阳性率约 10%)。Ki-67 是预测 SFT 复发的有用参数。本文病例术后 6 年复发,考虑可能与 Ki-67 有相关性。

目前,手术是 SFT 的主要治疗方法。SFT 的手术切除类似于其他软组织肉瘤,广泛切除获得阴性切缘可明显地提高病人生存率、降低肿瘤复发率。术后辅以放疗可提高生存率。替莫唑胺和贝伐珠单抗联合治疗显示部分有效。由于 SFT 的易复发性及放化疗效果尚不完全明确,手术尽可能广泛切除仍是主要治疗手段,且术后长期随访仍是必要的。

总之,SFT 是一种少见的间叶来源的软组织肿瘤,多数为良性,易复发。病理组织学检查是诊断 SFT 的重要依据,强核染色的 STAT-6 是诊断 SFT 的标志物,Ki-67 阳性对 SFT 的复发有预测作用,手术完全切除仍是主要治疗手段,术后放化疗虽对病人有益,但仍需进一步研究。

(2021-11-26 收稿,2022-02-28 修回)

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2023.09.019

作者单位:637000 四川南充,川北医学院附属医院神经外科(段宗锐、唐晓平、冯 运、胡 超、彭 华)

通讯作者:唐晓平,E-mail:Txping1971@163.com