

- 398.
5. Ogino H, Tado K, Okado K, et al. Canal diameter, anteroposterior compression ratio, and spondylotic myelopathy of the cervical spine[J]. Spine, 1983, 8(1): 1-15.
 6. Fukushima T. Magnetic resonance imaging study on spinal cord plasticity in patients with cervical compression myelopathy[J]. Spine, 1991, 16(Suppl): S534-S538.
 7. Panjabi M, White A 3rd. Biomechanics of non-acute cervical spinal cord trauma[J]. Spine, 1988, 13(7): 838-842.
 8. Cusick JF. Monitoring of cervical spondylotic myelopathy[J]. Spine, 1988, 13(7): 877-880.
 9. 刘智, 孙天胜, 胥少汀, 等. 颈椎病手术致脊髓损伤的处置及分析[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 1998, 8(5): 294.
 10. 徐建广, 陈国瑞. 脊髓型颈椎病前路手术疗效及影响因素分析[J]. 骨与关节损伤杂志, 1999, 14(3): 149-151.
- (收稿日期: 2005-07-07 修回日期: 2005-09-19)
(英文编审 蒋欣)
(本文编辑 彭向峰)

个案报道

头颈部恶性黑色素瘤骶椎管及椎体转移 1 例报告

陈智能¹, 张朝春², 徐皓²

(1 浙江省杭州市萧山骨伤医院 311261; 2 南京军区福州总医院骨科 350025 福建省福州市)

中图分类号: R739.5 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2006)-02-0114-01

患者, 女性, 46 岁。1997 年 5 月因左唇周一米粒大小的黑痣(发病时间不详)就诊于当地医院, 局麻下行黑痣切除术, 术后病理报告为恶性黑色素瘤。术后患者因不能耐受化疗反应, 一个疗程后拒绝化疗(化疗方案不详)。2003 年 2 月因颈项部出现同样米粒大小黑痣、表面溃破, 在当地医院在全麻下行病灶切除, 术后未予特殊处理。2004 年 4 月在无明显诱因下出现腰疼, 伴会阴区及左下肢麻痛, 在当地医院就诊, CT 示 L4/5 椎间盘突出, 保守治疗 1 月余后腰腿痛好转。2004 年 8 月 1 日症状加剧, 伴大小便不能自控, 就诊于我院。检查: S2~S4 压痛(+), 会阴部及双侧大腿根部皮肤感觉减退, 肛周反射减退, 病理反射未引出, 全身浅表淋巴结未及肿大。腰椎 MRI 扫描示 S2~S4 椎体骨质破坏, 呈混杂略短 T1 短 T2 信号影, T1WI 脂肪抑制呈明显高信号, 病变范围约 10cm, 相应节段骶管受累(图 1)。考虑为黑色素瘤转移。于 2004 年 8 月 11 日在全麻下行 S2~S4 后路椎板切除探查术。术中见骶骨椎管广泛破坏, 骨质内为灰褐色组织, 实质性, 质脆, 累及 S3~S4 马尾神经, S2 神经根受压。分离松解未损伤的神经根, 解除根管压迫, 清除骶椎内广泛破坏、坏死区组织。病理检查: 转移性恶性黑色素瘤(图 2, 后插页 I)。术后腰痛及下肢麻痛症状缓解, 2 周后大小便能够控制, 仍有会阴区感觉减退, 术后未化疗。

讨论 恶性黑色素瘤是一种能产生黑色素的常见的皮肤恶性肿瘤, 头颈部占 20% 左右^[1]。可向中枢神经组织转移, 多发生于颅内, 以淋巴转移为主, 血液扩散出现较晚。一旦发生广泛转移, 预后不良。可见于颈椎椎管等邻近组织内, 转移至骶椎椎体及椎管侵犯骶神经者罕见。多数发生在 30 岁以上的成人, 40 岁左右为高峰, 青春期前很少发病。由于其临床表现和辅助检查均无特异性, 术前诊断较困难, 确诊需依赖病理诊断。原发病灶以手术切除, 清

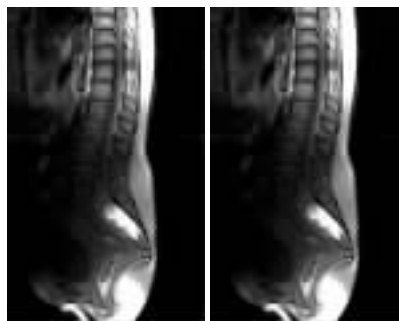


图 1 MRI 示 S2~S4 椎体骨质破坏, 呈混杂略短 T1 短 T2 信号影, T1WI 脂肪抑制呈明显高信号, 病变范围约 10cm, 相应节段骶管亦见受累, L4/5 椎间盘向后膨隆, 硬膜囊及神经根受压, L3/4、L4/5、L5/S1 椎间盘变性

扫周围淋巴结为主, 并辅以化疗、放疗及免疫疗法^[2,3]; 转移性病灶以手术切除肿瘤、姑息治疗为主, 并辅以放疗控制肿瘤的发展, 改善患者的生存质量。本例患者有恶性黑色素瘤病史, 伴骶尾部神经压迫症状, 考虑有骶尾转移可能。为减少脊髓神经的继发损伤应尽早解除对神经的压迫, 提高生活质量。有选择地分离受累神经根, 特别是双侧受累的应尽量保全一侧神经根的完整性, 以保留大小便功能。

参考文献

1. 李正江, 徐志坚, 唐平章. 头颈恶性黑色素瘤的治疗[J]. 国外医学·耳鼻喉科学分册, 1998, 22(1): 22-24.
2. 杨安奎, 郭翔. 头颈部粘膜恶性黑色素瘤临床分析[J]. 肿瘤防治研究, 2000, 27(4): 309-310.
3. 景元明, 周士福. 皮肤恶性黑色素瘤治疗进展[J]. 淮海医药, 2004, 22(3): 257-260.

(收稿日期: 2005-08-31 修回日期: 2005-10-25)
(本文编辑 卢庆霞)