

## 椎管内硬膜外血管脂肪瘤的诊治(附 2 例报告)

颜 艾,周 跃,闫仁福,王建华

(浙江省湖州市中心医院神经外科 313000)

中图分类号:R739.42 文献标识码:B 文章编号:1004-406X(2007)-02-0157-02

椎管内硬膜外血管脂肪瘤是一种罕见的肿瘤, 占有椎管内肿瘤的 0.14%~0.8%, 占硬膜外肿瘤的 2%~2.2%<sup>[1]</sup>。本院近 5 年收治 2 例患者, 报告如下。

**临床资料** 病例 1, 患者男, 50 岁。因双下肢麻木 6 个月余, 加重伴行走不便 2 个月, 于 2005 年 5 月入院。查体: 剑突平面以下痛、温和触觉明显减退, 胸部有明显的束带状感, 双下肢肌力 3 级, 双侧膝、踝反射亢进。胸椎 X 线平片检查未见明显异常, CT 检查见肿瘤中央部平面的椎管轻度扩大; MRI 检查示 T4~T7 椎管内、硬脊膜囊外梭形肿块, 蛛网膜下腔变窄, 脊髓受压移位, T1 像为中等偏高信号, 较硬膜外的脂肪信号低, T2 像亦为高信号(图 1~3), 注射马根维显注射液后肿块明显增强, 但未发现血流空影。诊断为硬脊膜外脂肪瘤。在全麻下后正中入路, 切除椎板后见硬脊膜外有大量的脂肪样组织, 与硬脊膜有粘连, 但较易分离, 完整切除肿块。术后病理诊断为血管脂肪瘤(图 4, 封三)。术后 3d 患者胸部束带感消失, 经理疗、针灸和高压氧等治疗 3 个月后肌力恢复至正常。随访 1 年症状无复发。

病例 2, 患者男, 40 岁。因左侧胸背部疼痛伴双下肢乏力 3 个月于 2000 年 2 月入院。查体: T8 平面以下深、浅感觉均消失, 双下肢肌力 2 级, 双侧膝、踝反射均未引出。上、中腹壁反射(+), 下腹壁反射(-), 提睾反射(-)。胸椎 X 线平片和 CT 检查未见明显异常; MRI 检查见 T7~T9 硬脊膜广泛增生, 呈梭形改变, 脊髓受压, T1、T2 像均为高信号, 注射马根维显注射液后硬脊膜组织明显增强, 似肿瘤

组织, 但未见血流空影。拟诊为椎管外肿块, 性质待查。在全麻下取后正中入路, 切除椎板后见硬脊膜外有大量的脂肪组织, 与硬脊膜有轻度粘连, 完整分离后切除。术后病理检查证实为血管脂肪瘤。术后 1 周内深浅感觉恢复, 后经理疗、针灸和高压氧等综合治疗, 1 年后双侧下肢肌力恢复至 4 级, T8 以下感觉略迟钝。随访 5 年, 无肿瘤复发症状。

**讨论** 1890 年 Berenbruch 首次报道了椎管内血管脂肪瘤。至 2002 年, 文献<sup>[2]</sup>中记载的经病理证实的椎管内血管脂肪瘤国外为 82 例; 在国内 1994 年首次报告, 至 2000 年国内共报道 12 例。椎管内硬膜外血管脂肪瘤的病因而尚未明了, 一度认为它是脂肪瘤的一个亚型, 但 Haddad 等明确提出椎管内硬膜外血管脂肪瘤为一单独病种。多数学者认为它是多能多极间质细胞分化为脂肪或血管组织而形成<sup>[3]</sup>。好发于中年人, 无性别差异<sup>[4]</sup>, 但亦有文献认为其好发于绝经期前后的女性<sup>[5,6]</sup>。最多见于胸段, 其次为腰段。根据 Preul 等<sup>[9]</sup>对患者临床症状的分析, 往往以双下肢感觉异常起病, 持续数月后发展到下肢无力及僵直, 晚期会出现括约肌功能障碍; 38% 的患者以背部疼痛为首发症状, 不合并放射痛、双下肢麻木或感觉障碍等。肿块 90% 位于硬膜外后方<sup>[7]</sup>, 通过纤维组织与硬膜粘连, 在椎管内呈纵行生长, 其中央部膨大, 使肿块呈梭形。病情轻重、进展快慢取决于肿瘤的生长速度和对脊髓的压迫程度, 从症状出现到诊断间隔时间平均 28 个月<sup>[8]</sup>。

椎管内血管脂肪瘤在 X 线平片上常无异常发现, CT

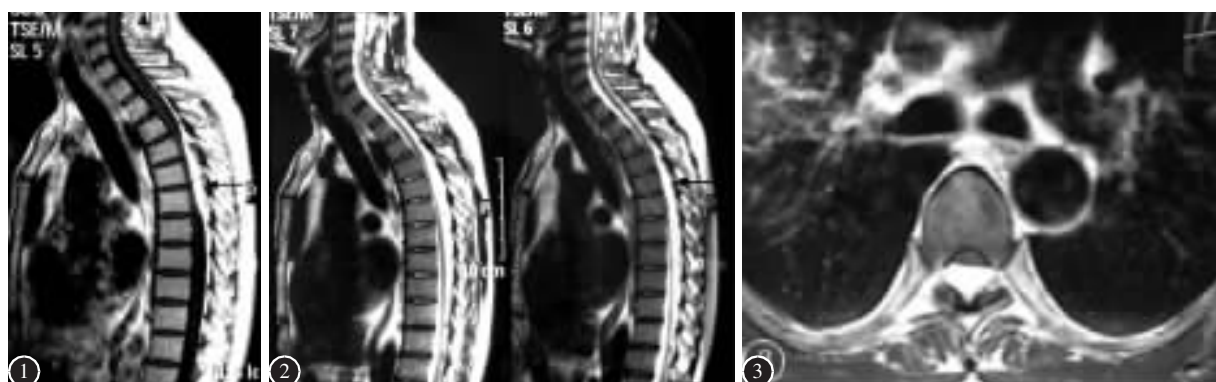


图 1 MRI T1 像示 T4~T7 硬脊膜外略低于皮肤脂肪高信号的肿瘤组织(箭头所示) 图 2 MRI T2 像示 T4~T7 硬脊膜外高信号肿瘤组织, 脊髓受压明显(箭头所示) 图 3 MRI T1 像示椎管内有高信号的肿块, 脊髓受压明显

检查在多数情况下无异常可见,典型的椎管内血管脂肪瘤可见肿瘤中央部平面的椎管轻度扩大。因此 X 线和 CT 检查对此病的诊断价值不大。MRI 是目前评估椎管内病变的最好方法,椎管内血管脂肪瘤在 MRI 矢状面上呈梭形,依附于硬膜,两端尖细,呈钢笔尖样;在 T2 像上肿瘤与脊髓之间可见裂隙状低信号,为韧带及硬脊膜影;患侧蛛网膜下腔变窄,脊髓受压移位。肿瘤的 MRI 信号由脂肪和血管两部分构成,脂肪组织在 T1 和 T2 像为高信号,脂肪抑制像呈低信号,血管成分在 T1 像呈低信号,T2 像呈高信号,注射马根维显注射液后明显增强。由于瘤体内很少见发育良好的小动脉,故 MRI 一般难见血管流空影<sup>[9]</sup>。本组 2 例均未见血管流空影表现。常在椎管内上下延伸 3~4 个椎体长度,多不累及邻近组织,但亦可侵犯邻近椎体、椎弓根,偶有经椎间孔蔓延至椎管外。Kujas 等<sup>[10]</sup>报道 62 例血管脂肪瘤病例中有 14 例肿瘤侵袭了周围骨质,表现为恶性肿瘤的征象,此点应引起重视。

椎管内血管脂肪瘤的临床表现特异性不明显,与其他椎管内占位病变体征无明显区别,故术前的诊断准确率较低。它是一种独立的临床和病理实体,不同于硬脊膜外脂肪瘤。硬脊膜外脂肪瘤患者多伴有先天性脊柱异常,且发病部位多见于腰骶部,MRI 检查时采用脂肪抑制成像技术可识别肿瘤内是否含有血管成分。海绵状血管瘤和神经源性肿瘤的 MRI 表现为瘤体与脂肪组织之间有明显且光滑的界限,而血管脂肪瘤的血管和脂肪组织之间境界模糊且欠规则,可借此鉴别。当肿瘤破坏周围脊椎骨时,需与硬膜外转移瘤鉴别。

椎管内血管脂肪瘤一旦临床诊断成立,应尽早手术切除,术中将肿瘤组织的上下端完整暴露,肿瘤与硬膜囊只是轻度粘连,很少有浸润性生长,完整切除并不困难,故

预后较好。本组 2 例患者术中完整切除肿瘤,术后双侧肢体运动和感觉功能均获得了较好的恢复。对不能完全切除肿瘤的病例可辅助放疗<sup>[9]</sup>。手术治疗后神经功能的恢复与脊髓受压时间、压迫程度及手术切除是否彻底有关。

#### 参考文献

1. Turgut M. Spinal angioliomas: report of a case and review of the cases published since the discovery of the tumor in 1890 [J]. Br J Neurosurg, 1999, (1): 30-40.
2. 侯黎升, 阮狄克. 椎管内血管脂肪瘤 [J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2002, 12(3): 148-149.
3. Rao GP, Bhaskar G, Hemarntam A, et al. Spinal extradural angioliomas report of three cases [J]. Neurol India, 1997, 45(3): 182-184.
4. do Souto AA, Domingues FS, Chimelli L, et al. Lumbosacral angiolioma: case report [J]. Arq Neuro-Psiquiatr, 2003, 61(2A): 269.
5. Preul MC, Leblanc R, Tampieri D, et al. Spinal angioliomas: report of three cases [J]. J Neurosurg, 1993, 78(2): 280-286.
6. Choi JY, Goo JM, Chung MJ, et al. Angiolioma of the posterior mediastinum with extension into the spinal canal: a case report [J]. Korean Journal of Radiol, 2000, 12(2): 212-213.
7. Klish J, Spreer J, Bloss HG, et al. Radiological and histological finding in spinal intramedullary angiolioma [J]. Neuroradiol, 1999, 41(8): 584-587.
8. Kujas M, Lopes M, Lalam TF, et al. Infiltrating extradural spinal angiolioma [J]. Clin Neuropathol, 1999, 18(2): 93-98.
9. Trabulo A, Cerqueira L, Monteiro J, et al. Spinal angioliomas revisited: two case reports [J]. Acta Neurochir, 1996, 138(11): 1311-1319.

(收稿日期: 2006-04-17 修回日期: 2006-10-11)

(本文编辑 李伟霞)

## 消息

## 书 讯

由张光铂、吴启秋、关骅、王自立等 40 余位全国专家撰写的《脊柱结核病学》已由人民军医出版社出版。全书共分 16 章,该书重点阐述了脊柱结核的诊断与鉴别诊断、脊柱结核的化学药物治疗、非手术治疗、术前准备及各种手术治疗(包括微创手术治疗)、手术后管理、术后未愈合及复发原因和处理等,并对近年来脊柱结核研究和临床新进展进行了探讨。

本书是我国自上世纪 70 年代以来最详细和最全面介绍脊柱结核诊治的工具书和参考书,它体现了目前脊柱结核诊治的最新水平。全书 70 万余字,配图 500 余幅,图文并茂,集科学性与实用性为一体,可供骨科、脊柱外科临床医师、辅助科室、教学或科研人员参考。

邮购地址:北京市复兴路 22 号甲 3 号人民军医出版社,邮政编码:100842;联系人:黄建松;电话:(010)51927293。

