

个案报道

枢椎脊索瘤 1 例报告

刘航涛, 林智军, 王万明

(南京军区福州总医院骨二科 350025 福州)

中图分类号: R738.1 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2007)-06-0480-02

患者女性, 69 岁。因“颈部不适 1 年半, 咽后壁发现肿块、呼吸困难 1 月余”入院。患者于 1 年半前无明显诱因出现颈部僵硬不适, 在当地卫生所诊治, 未明确诊断, 行药物治疗(具体不详)后症状缓解; 1 个月前无明显诱因出现呼吸困难, 在当地医院检查发现咽后壁肿物, 约 0.5×1.0cm。发病以来无潮热、盗汗、低热、消瘦等不适, 经抗炎、消肿等药物治疗无效, 遂来我院求治。

查体: 颈椎生理弯曲存在, 无侧凸畸形, 颈椎各方向活动可, 各棘突无明显压痛; 右侧咽后壁见约 0.5×1.0cm 大小淡红色肿块, 表面红润, 无静脉曲张, 探触质软, 活动度差, 无明显压痛, 与周围组织分界不甚清楚。颈椎 X 线正位片示枢椎齿状突右侧有骨密度减低区, 齿状突与两侧块间距不等, 右侧明显大于左侧, 侧位片示枢椎前方有软组织肿胀影, 椎体前部有骨密度减低区(图 1); 颈椎 CT 及 MRI 示枢椎右侧及椎前占位并枢椎椎体右侧部分骨质破坏, 肿物向口咽及鼻咽部突出, 经 C2/3 右侧椎间孔突入椎管, C2 右侧椎弓破坏(图 2、3); 颈椎多层螺旋 CT 三维血管成像(MSCTA)示寰、枢椎椎体骨质破坏伴椎体周围低密度影, 考虑颈椎结核伴椎旁脓肿形成(图 4)。血沉 42mm/h, 行咽后壁肿物活检未发现异常。经口行咽后壁肿物穿刺未抽出液性物质。入院诊断: 枢椎椎体占位性病变待查(肿瘤? 结核?)。

因病变部位的特殊性, 如发生病理性骨折, 会造成生

命危险, 故予以手术治疗。辅助检查提示枢椎椎体破坏及前方软组织肿块, 单纯前路或后路均无法同时解决病灶清除和固定问题, 遂行高位颈前后路联合手术: 分别取右侧高位颈前路斜行切口及枕颈后路正中切口, 前路见枢椎前方巨大肿块, 包膜界限清楚, 沿肿块包膜分离至枢椎椎体, 见椎体前部浸润破坏, 于椎体前方分离后将肿瘤分块切除, 送冰冻切片检查示恶性肿瘤, 行枢椎前方巨大肿瘤切除及大部病变椎体的清除; 后路见枢椎右侧附件破坏, 硬膜内无肿瘤组织, 脊髓无受压, 予以病灶清除及枕颈植骨融合内固定术, 重建枕颈部稳定性。患者术后症状缓解, 病理检查结果示枢椎脊索瘤(图 5)。予 γ 刀放射治疗 2 个疗程后出院, 随访半年, 枕颈部坚强融合, 肿瘤未复发(图 6)。

讨论 脊索瘤不常见, 约占原发性骨肿瘤的 4%^[1], 是一种生长缓慢、低度恶性肿瘤。主要起源于残余的胚胎脊索, 55% 发生在骶骨, 35% 在枕骨斜坡, 发生于枢椎者临床较少见。可发于任何年龄, 但以 40~60 岁较常见, 男女发病率约 2:1。肿瘤多向椎体前方扩展, 形成椎前软组织肿块, 其软组织肿块多呈分叶状, 因有假包膜, 边界比较清楚。发展缓慢, 晚期可出现转移。本例为老年患者, 起病隐匿, 因椎前软组织肿块影响呼吸而就诊。椎前软组织肿块易被误诊为结核咽后壁脓肿, 应与椎体结核鉴别。椎体结核常继发于肺结核, 出现潮热、盗汗、低热、消瘦等症状, 而肿瘤早

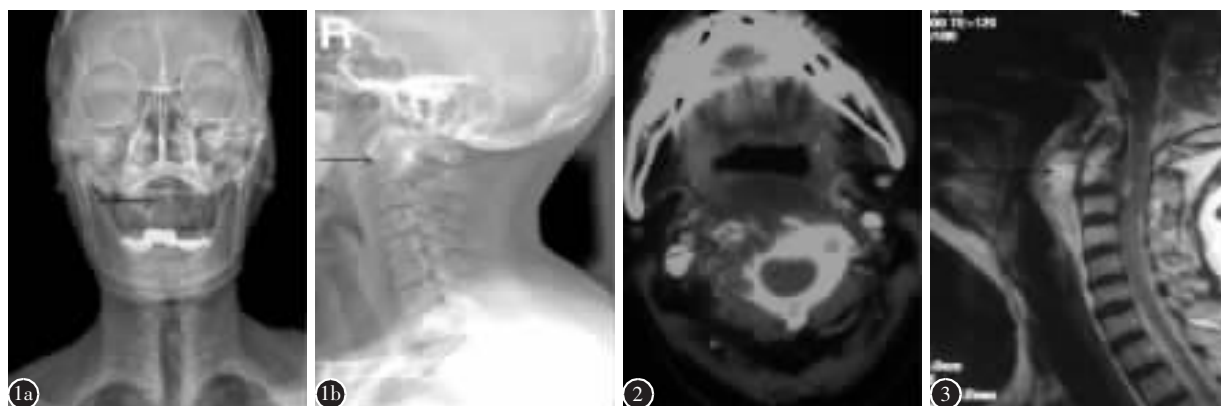


图 1 术前颈椎 X 线正位片示枢椎齿状突右侧骨质密度减低区, 齿状突与两侧块间距不等, 右侧明显大于左侧(a); 侧位片示枢椎前方软组织肿胀影, 椎体前部可见骨质密度减低区(b) 图 2 颈椎 CT 示枢椎右侧及椎前占位并枢椎椎体右侧部分骨质破坏, 肿物向口咽及鼻咽部突出, 肿物经 C2/3 右侧椎间孔突入椎管, C2 右侧椎弓破坏 图 3 颈椎 MRI T2 加权像示枢椎椎前 0.8cm×1.0cm 高信号区, 周围信号强度稍低, 枢椎椎体前部约 0.5cm×1.0cm 信号强度增高区

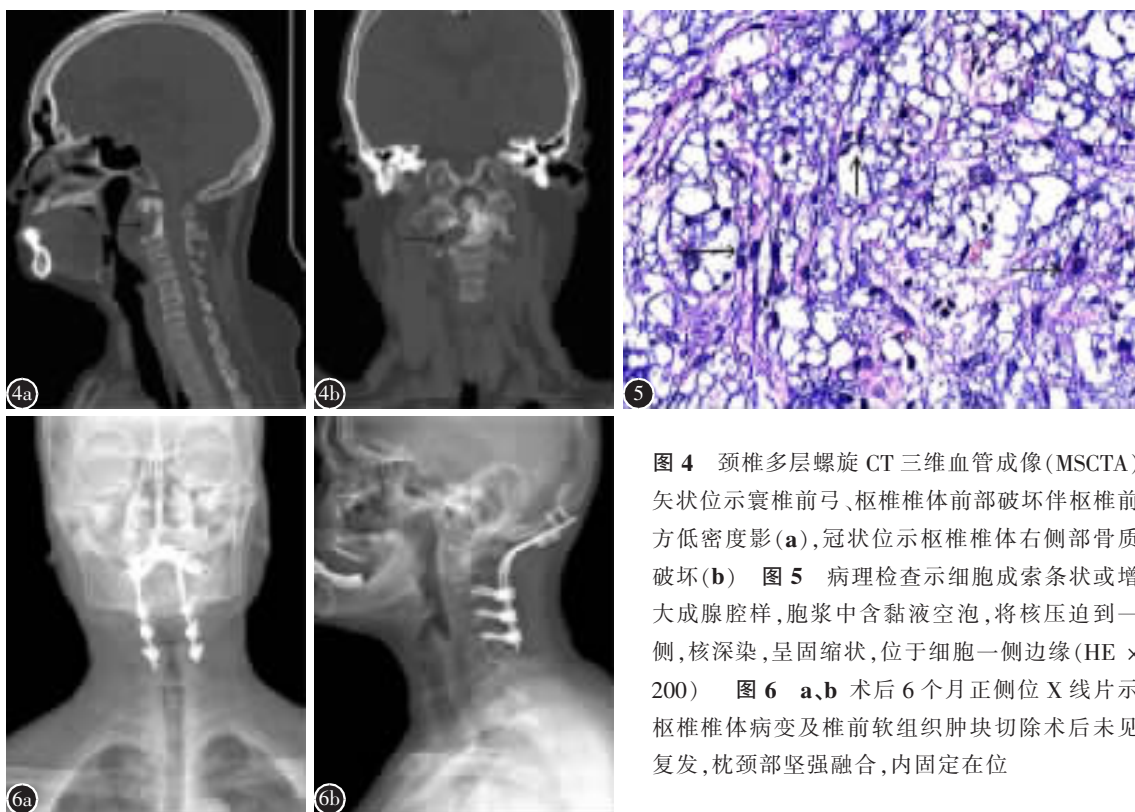


图 4 颈椎多层螺旋 CT 三维血管成像(MSCTA)矢状位示寰椎前弓、枢椎椎体前部破坏伴枢椎前方低密度影(a),冠状位示枢椎椎体右侧部骨质破坏(b) 图 5 病理检查示细胞成索条状或增大成腺腔样,胞浆中含黏液空泡,将核压迫到一侧,核深染,呈固缩状,位于细胞一侧边缘(HE × 200) 图 6 a、b 术后 6 个月正侧位 X 线片示枢椎椎体病变及椎前软组织肿块切除术后未见复发,枕颈部坚强融合,内固定在位

期则无;椎体结核有其典型的影像特性,如多节段椎体骨破坏、椎间盘破坏、椎间隙狭窄或消失、椎旁脓肿形成等;结核脓肿影多呈梭形,超过 2 个或 2 个以上椎体,而肿瘤软组织影多呈半球形,很少超过 2 个椎体^[2];穿刺活检也可帮助鉴别,结核脓肿多为液性病灶,肿瘤多为实性,但应排除血管性肿瘤及肿瘤在晚期时可能出现的血性渗出类液性病灶。脊索瘤最有效的治疗方法是手术切除,但脊索瘤的复发性强,应尽量于肿瘤的边界外切除以减少复发几率。放疗对脊索瘤有明显疗效,手术结合放疗可以提高脊索瘤的 5 年生存率^[3]。本例患者因其软组织肿胀明显影响了患者呼吸,因其位置特殊,手术存在很大风险,无法将病

变椎体完全清除,仅行肿瘤大部清除内固定并结合放疗,取得了良好治疗效果。

参考文献

1. 王小林,王学建,魏玉清,等.实用中枢神经影像诊断学[M].贵阳:贵州科技出版社,1999.213-214.
2. 张会刚. 脊柱肿瘤误诊为脊柱结核临床分析[J].中国社区医师,2005,7(23):81.
3. 侯树勋.脊柱外科学[M].北京:人民军医出版社,2005.1229-1230.

(收稿日期:2007-02-12 修回日期:2007-03-16)

(本文编辑 卢庆霞)