

不难发现,大家对脊柱肿瘤外科治疗理念和方法的认识与体会虽有一定共鸣,但尚不尽一致。由此看来,国内在脊柱肿瘤研究和治疗领域需要走的路可能还会相对较长。实际上,与国外相比,国内脊柱肿瘤病例数量相对较多是很大优势,国内有关专家如果能通过研讨对脊柱肿瘤的治疗理念和技术达成共识,并利用病例数量庞大的优势有效进行多中心联合攻关,则有可能在脊柱肿瘤外科治疗领域进行大规模具有循证医学意义的深入研究,并取得突破。与此同时,我们也应当注重脊柱肿瘤外科领域的国际交流与合作,使国内脊柱肿瘤研究融入国际潮流。

(收稿日期:2010-07-19)

(本文编辑 彭向峰)

个案报道

骶骨神经鞘粘液瘤 1 例报告

童 杰,房佐忠,刘社庭

(湖南省郴州市第一人民医院脊柱外科 423000)

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2010.08.02

中图分类号:R739.4 文献标识码:B 文章编号:1004-406X(2010)-08-0619-02

神经鞘粘液瘤 (nerve sheath myxoma, neurothekeoma) 临床少见,好发部位在体表。我院收治 1 例,瘤体造成骶骨骨质破坏,经手术和病理检查证实,现报告如下。

患者女,38 岁,因“腰骶部疼痛 15 年,右下肢麻木 6 个月”于 2009 年 3 月 25 日入院。患者于 15 年前开始出现反复腰骶部疼痛,间歇性发作,程度较轻,休息可缓解,未诊治。近 6 个月来腰骶部疼痛明显加重,并间断出现右小腿、足背、足底麻木,遂来我院就诊。病后大小便正常。既往体健,无低热、消瘦,否认外伤史。查体:全身浅表淋巴结无肿大,L5 棘突、右侧骶髂关节压痛、叩击痛,双下肢肌力、浅感觉正常,右踝反射减弱,直腿抬高试验阴性,病理征阴性,鞍区浅感觉正常。实验室检查:血尿便常规、肝肾功能、凝血功能、电解质、血糖均正常,血沉 15mm/h。腰骶椎正位 X 线片示右侧骶骨翼骨质破坏(图 1)。CT 示右侧骶骨翼膨胀性骨质破坏,累及右侧骶髂关节及骶管右侧(S1~S3 水平),右侧第 1、2 骶孔扩大、变形(图 2、3)。MRI 示骶椎右侧约 S1~S3 水平骨质破坏,并形成巨大软组织肿块,形态不规则,边界尚清楚,呈分叶状,椎管受累及,T1WI 呈等信号为主,T2WI 呈不均匀稍高信号(图 4)。临床初步诊断:骶骨肿瘤(S1~S3),恶性神经鞘瘤?脊索瘤?

于 2009 年 3 月 30 日在全身麻醉下行肿瘤切除内固定术。经后正中入路,显露 L4、L5 棘突、双侧椎板、小关节、S1~S3 棘突至双侧髂后上棘,术中见肿瘤位于右侧 L5~S3 水平深筋膜层和骶骨内,约 8.0×7.5×5.5cm 大,无包膜、边界不清,呈灰白色鱼肉样,分叶状生长,局部可扪及瘤结

节,肿瘤血运较少,与 L5、S1、S2 神经根有粘连,部分骶骨骨质被破坏。彻底切除肿瘤组织后,行 L4、L5 双侧椎弓根螺钉及髂骨螺钉内固定,取少量正常髂骨组织行 L4~S2 左侧椎板间植骨。术后肿瘤标本病理检查显示在粘液样基质中可见丛状分布的瘤细胞,局部浆细胞浸润,区域瘤细胞增生活跃(图 5)。免疫组化检查结果:瘤细胞波形蛋白(Vimentin)(+),S100 蛋白(S-100)(+),髓鞘碱性蛋白(MBP)(+),上皮膜抗原(EMA)(+),癌胚抗原(CEA)(-),角蛋白(CK)(-),增殖指数 ki-67 阳性率 5%。诊断为骶骨神经鞘粘液瘤,术后患者腰骶部疼痛及右下肢麻木明显缓解,双下肢感觉、运动及大小便功能均正常。术后 3 个月、6 个月、1 年复查 X 线片示内固定位置良好,肿瘤无复发(图 6),患者无腰痛。

讨论 神经鞘粘液瘤为少见的良性间叶组织肿瘤,常表现为局部肿块形成,一般无自觉症状。患者多为青少年,女性较多见。头颈部和四肢为常见发病部位,主要位于真皮和皮下,少数发生于深部软组织^[1]。其起源尚不清楚,多数学者推测起源于外周神经鞘,也有人认为起源于平滑肌或肌纤维母细胞^[2]。根据组织学特点,可将其分为经典型、细胞型和混合型^[3]。经典型:肿瘤细胞呈丛状、小叶状分布,在丰富的粘液样基质中分布星形、梭形和上皮样细胞,细胞疏松或成群存在,常呈同心型漩涡状排列,粘液基质多而细胞少;免疫组化检查结果显示表达 S-100、Vimentin 和 EMA。细胞型:肿瘤呈小叶状分布,主要由梭形和上皮样细胞组成,细胞密度高,排列成束状、巢状,粘液成分较少;免疫组化检查结果显示不同程度表达 S-100、神经元特异性烯醇化酶(NSE)、雪旺细胞标记物 Leu-7。混合型:

(下转第 621 页)

第一作者简介:男(1980-),主治医师,医学硕士,研究方向:脊柱外科

电话:(0735)2343127 E-mail:richardtj@sina.com

采取更为审慎的态度。值得我们关注的问题如下:

(1) 其手术适应证的选择: “En bloc”切除技术的适应证主要用于脊柱良性侵袭性或恶性骨肿瘤、预计生存期较长的孤立性脊柱转移性肿瘤。国内手术适应证的扩大化倾向表现为: 对一些脊椎良性血管瘤、结核、外伤性骨折患者实施该技术, 人为造成手术时间延长, 手术创伤加大, 手术相关并发症增多。我们认为应该科学、理性地把握其手术适应证, 避免“En bloc”切除技术适应证扩大化。

(2) 对于生存期的影响: 就脊柱良性侵袭性或低度恶性肿瘤而言, “En bloc”切除方式是间室外切除, 能够减少肿瘤局部复发, 延长患者生存期。但有研究认为 “En bloc”切除对于近期内神经功能改善的作用明确的, 但是对于脊柱高度恶性或转移癌患者是否能延长其生存期则依然值得商榷。事实上, 目前报道的“En bloc”切除术的手术病例均相对较少, 尚难以得出一致的、有说服力的研究结论。

(收稿日期: 2010-07-19)

(本文编辑 彭向峰)

(上接第 619 页)

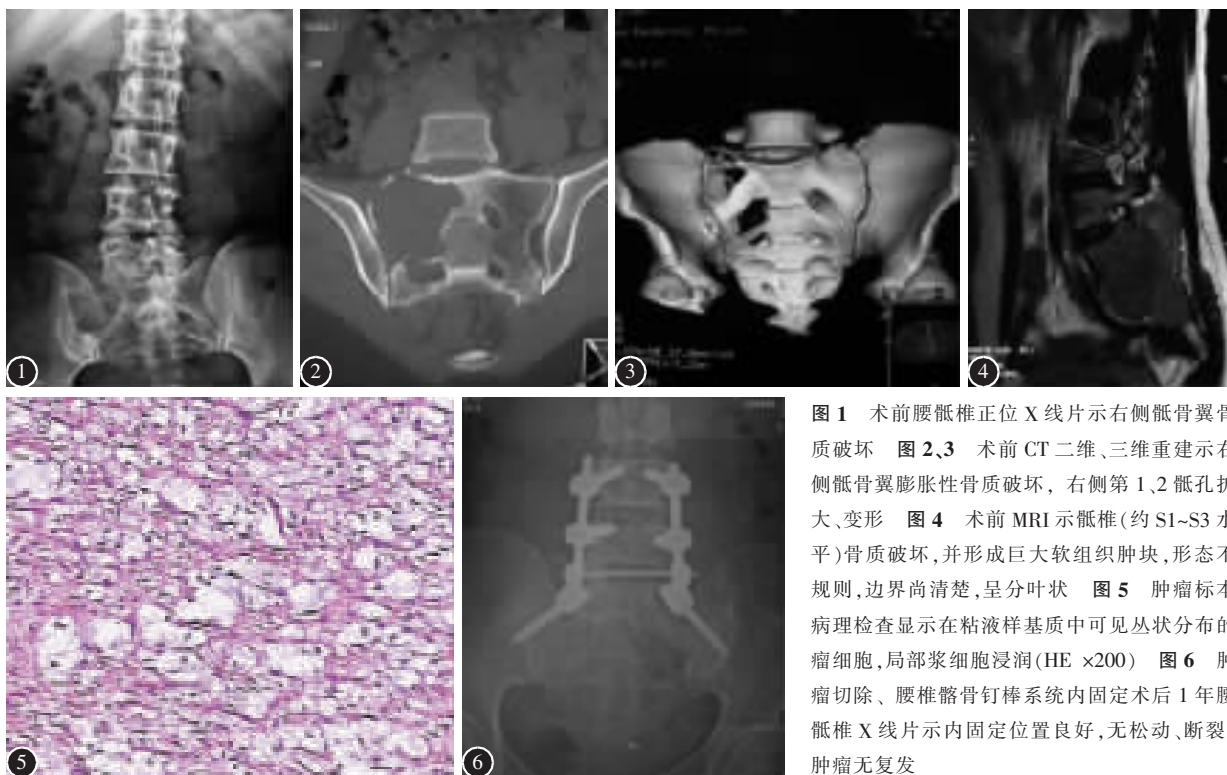


图1 术前腰椎正位X线片示右侧骶骨翼骨质破坏 图2、3 术前CT二维、三维重建示右侧骶骨翼膨胀性骨质破坏, 右侧第1、2骶孔扩大、变形 图4 术前MRI示骶椎(约S1~S3水平)骨质破坏, 并形成巨大软组织肿块, 形态不规则, 边界尚清楚, 呈分叶状 图5 肿瘤标本病理检查显示在粘液样基质中可见丛状分布的瘤细胞, 局部浆细胞浸润(HE ×200) 图6 肿瘤切除、腰椎髂骨钉棒系统内固定术后1年腰椎X线片示内固定位置良好, 无松动、断裂, 肿瘤无复发

细胞成分多样, 免疫组化检查结果同粘液型和细胞型。本病例属于经典型, 具有典型病理学改变和免疫组织化学特征, Vimentin、S-100、MBP、EMA 的表达支持其神经鞘起源。术前 CT 显示骶神经孔扩大, 术中亦发现肿瘤与 L5、S1、S2 神经根粘连紧密, 符合神经组织肿瘤特征。结合文献报道, 本例如此巨大神经鞘粘液瘤且侵犯骶骨十分罕见, 与患者病程长达 15 年有关, 肿瘤缓慢生长造成骶骨呈膨胀性破坏。腰骶部并非神经鞘粘液瘤的好发部位, 临床诊断比较困难, 较难与粘液性神经纤维瘤、软组织粘液瘤等鉴别, 最终确诊依赖病理学检查。治疗以手术切除为主, 彻底切除者复发较少。本例患者肿瘤已造成右侧骶髂关节骶骨面的广泛破坏, 我们采用腰椎椎弓根螺钉结合髂骨钉

棒系统重建骨盆稳定性。随访近 1 年, 目前无腰骶部疼痛及下肢感觉、运动功能障碍, 无大小便功能障碍, 已恢复正常工作生活, 影像学检查未见复发征象。

参考文献

1. 范钦和, Allen PW. 皮肤神经鞘粘液瘤[J]. 中华皮肤科杂志, 1996, 29(4): 232-233.
2. Barrett AW, Suhr M. Cellular neurothekeoma of the oral mucosa[J]. Oral Oncol, 2001, 37(8): 660-664.
3. Wong BY, Hui Y, Lam KY, et al. Neurothekeoma of the paranasal sinuses in a 3-year-old boy [J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 2002, 62(1): 69-73.

(收稿日期: 2010-03-15 修回日期: 2010-05-31)

(本文编辑 李伟霞)