

个案报道

腰骶椎管内炎性假瘤 1 例报告

Lumbosacral intraspinal canal inflammatory pseudotumor: a case report

辛雪栋, 刘大鹏, 张永兴, 杨保凯

(中国人民解放军第 252 医院脊柱外科 071000 河北省保定市)

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2012.08.20

中图分类号: R739.4 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2012)-08-0762-02

椎管内炎性假瘤罕见,且易误诊误治。国外曾报道 1 例孕妇颈椎管内炎性假瘤病变因伴颈脊髓受压而被误诊为硬膜外血肿^[1]。我院于 2011 年 2 月 13 日收治 1 例腰骶椎管内炎性假瘤患者,报告如下。

患者女,62 岁,因“间断腰痛 5 年、加重伴右下肢放射痛 1 月余”入院。5 年前无诱因出现间断性腰痛,劳累或受凉后加重,每年发作 2~3 次,每次持续约 1~2 个月,休息可缓解。2 年前曾查腰椎 X 线片示腰椎骨质增生,考虑“慢性腰肌劳损”,保守治疗效果不理想。近 1 年腰痛频繁,持续时间长,以夜间疼痛为重。入院前 1 个月出现右下肢后外侧放射性疼痛,以大腿及小腿后外侧为重,伴右足背外侧及足趾麻木,行走受限,门诊以“腰椎间盘突出症”收入院。患者近期无发热、盗汗、体重减轻,大小便正常。既往体健。入院后查体:L5、S1 棘突正中及偏右侧深压痛,向右下肢后外侧放射;双下肢肌张力正常,右侧腓骨长肌肌力减退(4⁺级);右足外侧缘及外侧足 3 趾感觉障碍,痛温觉略减退;右直腿抬高试验阳性;右跟腱反射未引出;病理征均阴性。术前腰椎 X 线正侧位片示 L4 轻度前滑脱,腰椎骨质增生(图 1a、b)。术前腰椎 X 线动态位及双斜位片示 L4 轻度前滑脱,L5 椎体不稳,L5 峡部不连,腰椎骨质增生。腰椎 CT 示 L5/S1 椎间盘层面右侧椎管内哑铃状软组织肿物,S1 椎体骨质密度减低,L5 左侧峡部不连(图 1c)。腰椎 MRI 示 L4 轻度前滑脱,L5 椎体不稳;S1 椎体信号异常,考虑为骨质破坏;L5~S1 椎管右侧占位性病变(图 1d)。术前诊断:L5~S1 椎管内占位(神经鞘瘤?),S1 椎体占位,L4 椎体轻度滑脱,L5 椎体不稳,L5 左侧峡部不连。

在全麻下行腰骶椎后路肿物切除减压植骨融合椎弓根螺钉内固定术。患者俯卧位,于 L4、L5 及 S1 两侧椎弓根置入椎弓根螺钉,去除 L5 棘突及 S1 部分棘突,偏向右侧切除 L5 及 S1 部分椎板,同时去除 L5/S1 右侧关节突关节致椎间孔外侧。术中探查见肿物呈深青灰色,质软,附于硬膜外,界限清楚,与硬膜及周围软组织无明显粘连,大体附

于硬膜右侧、外侧及腹侧,上至 L5 上缘,下至 S1 椎体中段,内至椎管中线,外至椎间孔外侧椎弓根外缘水平,上下长约 4cm,大小约 2×2×4cm,肿物在 L5 上缘与硬膜有轻度粘连,蒂部予以小心分离,将肿物完整剥离剔除,留送病理检查。于 S1 椎体后方开槽至前缘皮质骨,肉眼见松质骨大致正常,骨小梁略稀疏,一并留送病理检查。最后清理关节突关节面及 L5 左侧峡部,于 L4/L5 右侧及 L4/L5/S1 左侧椎板、关节突间鱼鳞样植骨,于 L5/S1 左侧横突间植骨,安装纵杆并固定牢固,术毕缝合。

术后腰痛及下肢疼痛麻木症状消失,复查腰椎 X 线正侧位片示 L4 椎体滑脱已复位,相应椎板间及横突间可见植骨高密度影(图 1e、f)。术后病理检查结果:(1)镜下见大量小淋巴细胞浸润,伴泡沫样组织细胞;部分区域可见淋巴滤泡结构;局部可见胶原增生及散在成熟浆细胞(图 1g);(2)免疫组化检查:①白细胞共同抗原(LCA)阳性;②CD20 阳性;③CD45RO 阳性;④CD15 阴性。符合假性淋巴瘤型炎性假瘤改变。术后诊断:L5~S1 椎管内炎性假瘤,S1 椎体炎性假瘤,L4 椎体轻度滑脱,L5 椎体不稳,L5 左侧峡部不连。术后随访 1 年,腰痛及下肢疼痛、麻木症状无复发,患者异地,未能复查腰椎 MRI 及 CT。

讨论 炎性假瘤并非真正肿瘤,主要是因局部炎症后形成的一种肉芽肿样组织团块,其病变可发生于体内任何部位^[2]。其常见的病理分型:乳头状瘤型,纤维组织细胞瘤型,假性淋巴瘤型,浆细胞肉芽肿型,硬化性血管瘤型^[3]。腰骶椎管内发生炎性假瘤实属偶发,无显著特异性,在病理诊断之前临床上缺少明确诊断标准及依据,在影像学检查上亦无特异性表现,最终需病理免疫组化检查确诊。结合本例患者既往间断性腰部疼痛 5 年,期间时轻时重,劳累或受凉后加重,可能与腰椎无菌性炎症刺激反应后形成有关;不能排除本例患者发病与腰椎慢性感染性疾病所致局限性损害有关,但患者也缺乏腰椎间隙感染的客观表现及资料。

患者曾以“腰椎间盘突出症”收入院,这是因为在临床症状方面,由于神经根受压出现远端肢体麻木、放射痛、相应神经支配肌肉功能障碍等,容易与腰椎间盘突出症、马尾神经综合征相混淆。临床上椎体及椎管内占位性病变

第一作者简介:男(1979-),主治医师,研究生在读,研究方向:脊柱外科

电话:(0312)2058508 E-mail:xdb1123@tom.com

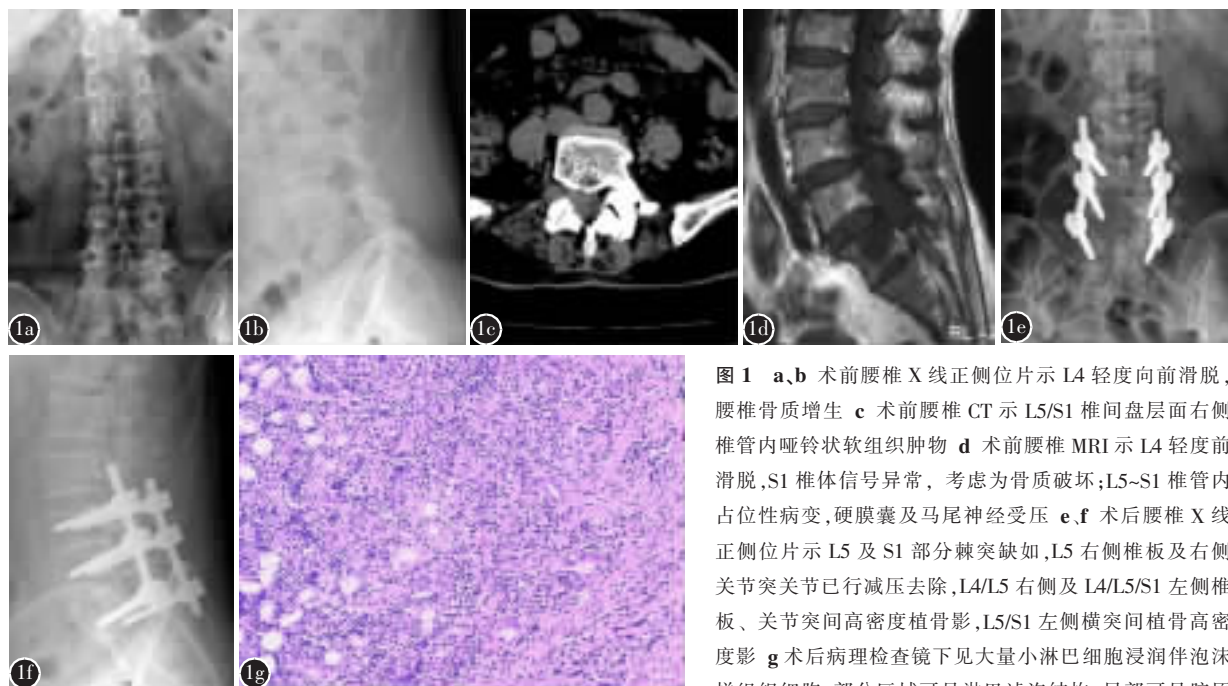


图 1 a、b 术前腰椎 X 线正侧位片示 L4 轻度向前滑脱, 腰椎骨质增生 c 术前腰椎 CT 示 L5/S1 椎间盘层面右侧椎管内哑铃状软组织肿物 d 术前腰椎 MRI 示 L4 轻度前滑脱, S1 椎体信号异常, 考虑为骨质破坏; L5-S1 椎管内占位性病变, 硬膜囊及马尾神经受压 e、f 术后腰椎 X 线正侧位片示 L5 及 S1 部分棘突缺失, L5 右侧椎板及右侧关节突关节已行减压去除, L4/L5 右侧及 L4/L5/S1 左侧椎板、关节突间高密度植骨影, L5/S1 左侧横突间植骨高密度影 g 术后病理检查镜下见大量小淋巴细胞浸润伴泡沫样组织细胞, 部分区域可见淋巴滤泡结构, 局部可见胶原

增生及散在成熟浆细胞(HE $\times 40$)

Figure 1 a, b The Preoperative lumbar spine X-ray films shows that L4 mild slippage before, hyperosteoecy c The Preoperative Lumbar CT shows that dumbbell-shaped soft tissue mass in the right side of L5-S1 d Lumbar MRI shows that L4 mild slippage before, unusual signal at S1 which consider for bone destruction, the space-occupying lesions in the spinal canal of L5 and S1, dural sac and cauda equina compression e, f The postoperative lumbar spine X-ray films showed: Part of spinous process of S1 and L5 is absent; The lamina and zygapophysiales joint on the right side of the 5 lumbar was resected; The position of bone guafing showed high density between the translaminar facet both in right L4-L5 and left side of the L4-L5-S1; The left side of the L5-S1 intertransverse showed high density of bone graft g The Postoperative pathological examination shows: lots of small lymphocytic infiltrates with foam sample organization cells, Lymphoid follicles structure in some areas, collagen hyperplasia with Scattered mature plasma cells in some areas(HE $\times 40$)

较多,如常见的椎间盘髓核脱出游离至椎管、硬膜外血肿、脊膜瘤、血管瘤、皮样囊肿、表皮样囊肿、脂肪瘤、畸胎瘤、胶质瘤、侵入瘤或转移性肿瘤。而有些椎管内肿瘤在影像学检查上具有明显特征性表现,如神经鞘瘤可使椎间孔扩大;慢性髓内病变使椎体后部破坏,椎弓根间距离增宽;且大多数神经鞘瘤是髓外硬膜下肿瘤,但也有 13% 的神经鞘瘤涉及硬膜内外,常称作哑铃形肿瘤,软组织常长出椎间孔并形成椎管前软组织肿块;有部分肿瘤侵犯椎体,在椎体内膨胀性生长^[4]。结合本例患者腰椎 CT 及 MRI 检查结果,术前诊断高度怀疑“腰骶椎管内神经鞘瘤”。但也有很多类似病患,如椎体前韦格纳肉芽肿^[5],因其发病在椎体前方,而未发生在椎管内,对脊髓神经未产生压迫,影像学检查与椎管内炎性假瘤尚可区分。对于本例患者,因伴有典型马尾神经受压症状,手术治疗仍为首选,术后病理检查证实腰骶椎管内占位性病变为炎性假瘤,且根据病理分型为假性淋巴瘤型。虽然腰骶椎管内发生炎性假瘤较为罕见,但根据近几年相关报道及治疗经验总结,结合本患者单纯手术切除后随访 1 年无复发,考虑椎管内炎性假瘤单

纯手术切除治疗效果确切,复发可能性不大。因其发病罕见,仍需相关临床治疗经验总结。

参考文献

1. Bouterbouch M, Arkha Y, Rifi L, et al. Intradural cervical inflammatory pseudotumor mimicking epidural hematoma in a pregnant woman: case report and review of the literature [J]. Surg Neurol, 2008, 69(3): 302-305.
2. 祁延芳, 王志业 编译, 张维新 审校. 炎性假瘤[J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2006, 4(3): 217-219.
3. 卢宝安, 杜云有. 肺部炎性假瘤 15 例[J]. 武警医学院报, 2010, 19(8): 656-657.
4. 肖建如, 袁文, 陈华江. 脊柱肿瘤外科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2004. 375.
5. Barreto P, Pagnoux C, Luca L, et al. Dorsal prevertebral lesions in Wegener granulomatosis: report on four cases[J]. Joint Bone Spine, 2011, 78(1): 88-91.

(收稿日期: 2012-02-27 修回日期: 2012-06-27)

(本文编辑 李伟霞)