

胸椎管哑铃形神经鞘瘤切除后复发 1 例报告

陈 志¹, 冯 华¹, 林江凯¹, 朱 刚¹, 杨 柳², 许建中², 王宪荣¹

(1 第三军医大学西南医院神经外科; 2 骨科 400038 重庆市)

中图分类号: R739.4 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2005)-02-0127-02

患者女, 18 岁。因骶髂部及双下肢进行性疼痛 8 个月, 加重伴双下肢乏力 3d 于 2001 年 4 月入院。查体: 意识清楚, 双下肢肌力 2 级, 双侧膝腱反射消失, 跟腱反射活跃, 双下肢 L1 平面以下痛觉减退, 双侧踝阵挛阳性, 双侧病理征阴性, 无括约肌功能障碍。MRI 示 T11~T12 椎管内等 T1、不均质较长 T2 信号不规则肿物, 约 6×5×4cm, 向右侧经椎间孔延伸至椎旁, 肿块内侧压迫脊髓, 增强后肿块明显强化, T12 椎体有强化征象(图 1)。CT 示 T12 椎体及附件虫蚀样骨质破坏, 以右侧为重(图 2)。局麻下行 CT 引导经皮肿物穿刺活检术, 病理报告为神经鞘瘤。

全麻下手术。取左侧卧位, 右前外侧入路, 分离并切除第 11、12 肋骨后暴露 T11、T12 椎体右侧面及前外侧, 探查见肿瘤组织呈灰白色, 血供不丰富, 界限清楚, 生长于硬脊膜外, 未向硬膜内侵蚀, 与壁层胸膜有少许粘连, 侵蚀 T12 右侧半椎体及右侧椎板。遂分块完全切除肿瘤, 并切除受侵蚀的 T12 右半椎体、附件及其上下椎间盘, 取自体髂骨及切除之肋骨植入后, 以 Z-plate 钛合金钢板内固定。术后病理检查证实为神经鞘瘤, 复查 MRI 提示脊髓受压解除, 未见明显肿瘤残余, X 线片显示胸椎钢板固定可靠(图 3), 术后 3 周出院时患者双下肢肌力 4 级, 痛觉基本正常, 随访期间患者日常活动行走正常。

2002 年 5 月患者因再次出现骶髂部疼痛及右下肢麻木无力入院。查体: 双下肢肌力 2~3 级, 双下肢 L1 平面以下痛觉减退。MRI 示 T11 椎体后方硬膜囊内 2×1.5cm 长 T1、长 T2 信号病变, 脊髓受压; T12 椎体后方硬膜囊外 1.5cm 长 T1、长 T2 信号改变(图 4)。考虑神经鞘瘤术后复发。二次手术取后正中入路, 分离并切除 T11 棘突、部分椎板及 T12 部分棘突后显露硬膜, 见 T11 节段硬脊膜膨隆, 切开硬膜即暴露其下灰褐色肿物, 约 3×2×1.5cm 大小, 血

供丰富, 与硬膜紧密粘连, 并侵蚀 T11 椎体及右侧椎板, 将脊髓向左推挤。分块切除肿瘤及受累硬脊膜, 肿瘤全切后探查脑脊液循环通畅, 硬膜扩容缝合。再将椎管外肿瘤及 T11 受侵蚀椎板切除, 取自体髂骨植入并采用 TSRH(Texas Scottish Rite Hospital Instrumentation)系统内固定。术后病理报告仍为神经鞘瘤, 复查 X 线片显示内固定位置满意(图 5), 2 个月后出院时右下肢肌力 4 级, 左下肢肌力 5 级, 术后 1 年半复查 X 线片及 MRI, 提示内固定位置好, 无肿瘤复发征象, 患者可从事轻体力活动。

讨论 神经鞘瘤是最常见的椎管内肿瘤, 通常好发于髓外硬膜下, 多见于脊神经后根及脊髓的侧面, 部分肿瘤可经椎间孔向椎旁组织伸展, 或突入胸腔、腹腔及盆腔而成为哑铃形肿瘤。由于哑铃形肿瘤体积常较大, 与周围结构粘连、关系复杂, 手术易造成神经功能或邻近脏器损伤。肿瘤还可累及多节段椎体及椎间关节, 因此在彻底切除肿瘤的同时必须考虑脊柱的稳定性及有效重建。近年来, 由于显微神经外科技术手段的进步, 在胸科、骨科等协同下, 常能对以往难于全切或需分次手术的患者行一期全切并重建脊柱稳定性。

哑铃形神经鞘瘤侵犯脊椎, 多节段受累的情况也并不少见, 有时可因其生长迅速及侵袭骨组织而在术前误以其为恶性^[1], 但如能彻底切除肿瘤及周围受累结构有望获得治愈^[2,3]。本例患者第一次手术彻底切除了硬脊膜外肿瘤和受累的 T12 右半椎体、附件及其上下椎间盘, 术后 1 年发现肿瘤复发, 且局限于 T11 节段硬脊膜内外, 并侵袭 T11 椎体及椎板, 分析原因可能为前次手术肿瘤已侵袭 T11 节段硬脊膜, 术中分离肿瘤与硬脊膜粘连后见硬脊膜外观基本正常而未作处理, 从而导致肿瘤残留复发。二次手术时将受累硬膜完全切除, 术后随访 2 年余无复发征象。

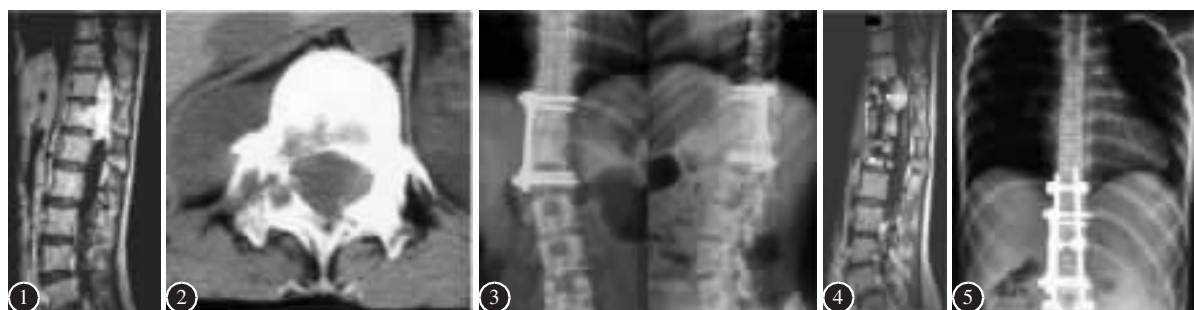


图 1、2 第 1 次术前 MRI 增强扫描示 T11~T12 椎管内肿瘤明显强化, T12 椎体有强化征象; CT 示 T12 椎体及附件骨质破坏 图 3 第 1 次术后 X 线片示钢板固定可靠 图 4、5 第二次术前 MRI 示 T11~T12 硬脊膜内、外信号改变, 脊髓受压; 术后 X 线片示 TSRH 固定可靠

既往由于担心彻底切除巨大神经鞘瘤会影响患者脊柱稳定性而采取部分切除或放弃手术,极大影响了患者预后。这部分患者目前只要通过可靠的植骨融合及坚强的内固定,可以达到满意的脊柱稳定性。脊柱的稳定性重建方式主要取决于手术入路、脊椎切除范围和失稳的程度。本例两次手术分别采用植骨联合前路内固定和后路内固定,内固定置入物分别为 Z-plate 钢板和 TSRH 系统,取得了满意的效果。

参考文献

1. Casadei GP, Scheithauer BW, Hirose T, et al. Cellular schwannoma: a clinicopathologic, DNA flow cytometric, and proliferat-

tion maker study of 70 patients [J]. Cancer, 1995, 75: 1109 - 1119.

2. Kitamura J, Hida K, Seki T, Giant, et al. Invasive sacral schwannoma extending to the 4th lumbar spine [J]. No Shinkei Geka, 2002, 30(11): 1203-1208.
3. Ortolan EG, Sola CA, Gruenberg MF, et al. Giant sacral schwannoma: a case report [J]. Spine, 1996, 21(4): 522-526.
4. 阮狄克, 何勃, 丁宇, 等. 脊柱肿瘤切除术后稳定性重建 [J]. 中国矫形外科杂志, 2002, 10(9): 843-846.

(收稿日期: 2004-07-14 修回日期: 2004-10-08)

(本文编辑 卢庆霞)

短篇论著

颈椎损伤漏诊 4 例报告

侯黎升¹, 阮狄克¹, 李超¹, 何勃¹, 魏更生², 胡永胜³

(1 海军总医院骨科 100037 北京市; 2 北京市海淀区医院骨科 100080; 3 新疆乌鲁木齐建工医院 830002 乌鲁木齐)

中图分类号: R683.2 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2005)-02-0128-02

颈椎损伤合并其它部位损伤较为常见^[1], 如不能及时确诊, 将有可能导致颈椎或脊髓原有损伤加重。本文报告 4 例颈椎损伤漏诊患者, 对其漏诊原因进行分析。

临床资料 例 1, 男, 54 岁。被门板自身后砸到头颈部致昏迷, 苏醒后发现四肢不能动。40min 后四肢运动逐渐恢复, 但不灵便。在当地医院行卧位颈椎正侧位摄片示 C1~C6 颈椎未见异常(图 1)。诊断为“脑震荡、颈髓休克”, 给予脱水、神经营养药物治疗。次日仍感颈部剧痛, 僵硬。行 MRI 检查示 C6 前脱位并交锁, 行站立位颈椎侧位片复查, 助手牵拉患者双手向下, 显露出脱位颈椎(图 2)。

例 2, 男, 38 岁。驾驶农用四轮车时被后方的车辆“追尾”, 身体抛出, 俯卧位摔至路面昏迷。2h 后苏醒, 四肢不能自主运动。在当地医院行胸片检查示右侧肋骨多发骨折, 血胸。头颅及颈椎 CT 检查未见异常。经脱水、神经营养药物治疗, 四肢肌力恢复至 2 级后停滞。伤后 72h 转来我院。查体: 头顶部皮肤裂伤, 伤口已缝合, C6 以下痛觉减退, T5 以下痛温觉消失, 双上肢肌力 2 级、左下肢肌力 3

级, 右下肢肌力 2 级, 肌张力高, 双侧霍夫曼氏(+), 巴彬斯基征(+). 行颈胸椎 X 线片检查未见异常, 进一步行 MRI 检查, 发现 C5/6 椎间盘外源性突出, 前纵韧带断裂(图 3)。

例 3, 男, 26 岁。驾摩托行进途中被车辆自侧方撞倒, 昏迷 30min 后苏醒, 发现右小腿畸形并骨质外露, 疼痛剧烈, 同时感右上肢疼痛无力。在当地拍片示右桡骨双骨折, 转来我院。查体: 头顶一长约 3cm 皮肤裂口, 肩颈部旋转时疼痛明显。右肩背部肿胀, 皮肤青紫, 三角肌区痛觉减退, 触觉麻木, 右三角肌和肱二、三头肌肌力 4 级, 前臂及手指肌力 3 级。疑“右肩胛骨或肱骨骨折”, 拍片后未见骨折。以“右侧桡骨双骨折, 右臂丛神经损伤?”收入院。急诊行右桡骨骨折开放复位钢板固定术。术后患者诉右上肢及颈肩部仍痛且较前剧烈。进一步仔细查体发现患者 C4、C5 椎体明显压痛, C4、C5 棘突压痛。伤后 10h 行颈椎 X 线片检查示 C4 屈曲压缩骨折, 进一步 CT 检查示 C4、C5 椎体前后结构均有骨折, C3 椎体前下缘骨折(图 4)。

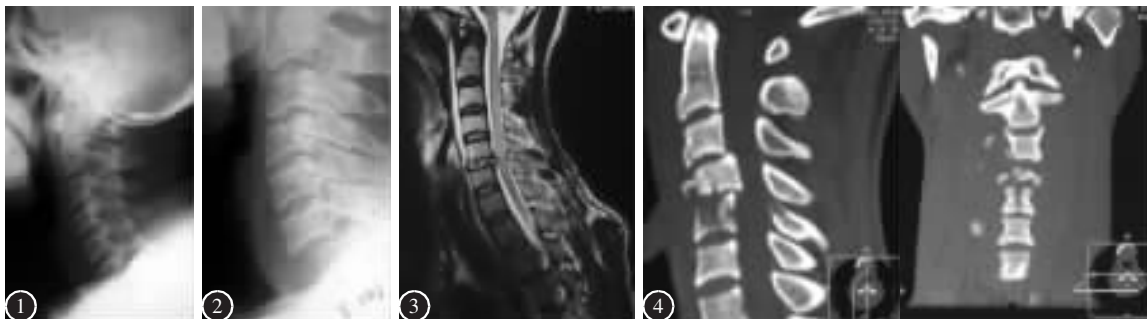


图 1 颈椎侧位片示露下颈椎不满意 图 2 显示满意的颈椎侧位 X 线片示 C6 脱位 图 3 MRI 显示 C5/6 椎间盘突出并前纵韧带断裂, 但椎前软组织阴影正常 图 4 颈椎 CT 扫描发现 C3~C5 脊椎骨折