

枢椎骨巨细胞瘤继发动脉瘤样骨囊肿 1 例报告

王大林, 曾逸文, 王黎明

(南京医科大学附属南京第一医院脊柱外科中心 210006)

doi:10.3969/j.issn.1004-406X.2009.02.21

中图分类号: R738.1, R730.262 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2009)-02-0159-02

患者女, 30 岁。于 2008 年 6 月因“颈部不适 6 个月加重 3 个月”来我院就诊。6 个月前无明显诱因出现颈部不适, 在当地医院按“落枕”行理疗, 无明显好转。3 个月前颈部酸胀不适加重, 遂来我院就诊。既往体健, 无低热、寒战、盗汗, 否认外伤史。

局部检查: 枕颈部后正中可扪及质韧包块, 境界欠清, 有轻压痛, 局部皮温无增高, 无浅表静脉怒张, 颈椎前屈略受限, 四肢感觉、活动可, 生理反射对称存在, 双侧 Hoffmann 征、踝阵挛、Babinski 征均未引出。辅助检查: 颈椎侧位 X 线片示 C2 棘突后方椭圆形高密度影(图 1)。颈椎薄层 CT 扫描及三维重建示枢椎椎板及椎弓破坏消失,

C2 后方可见 $2.0 \times 3.4 \times 3.5 \text{cm}$ 大小软组织密度影, CT 值约 39.64HU, 其内密度不均, 有多个小囊样低密度影(液-液平面), 边缘可见散在高密度影(图 2, 3), MRI 平扫及增强扫描在 C2 附件区见等长 T1、等长 T2 信号为主的肿块影, 肿块呈膨胀性破坏, C2 两侧椎板、椎弓及棘突骨质吸收破坏, 增强后肿块实性部分轻度强化, 颈脊髓未见异常信号(图 4)。诊断为 C2 附件区囊实性占位性病变, 骨母细胞瘤或骨巨细胞瘤可能性大。MRA 示双侧椎动脉无明显增粗及狭窄, ECT 检查示 C2 椎体异常放射性浓聚影(图 5)。临床初步诊断: C2 附件区囊实性占位, 骨巨细胞瘤? 骨母细胞瘤?

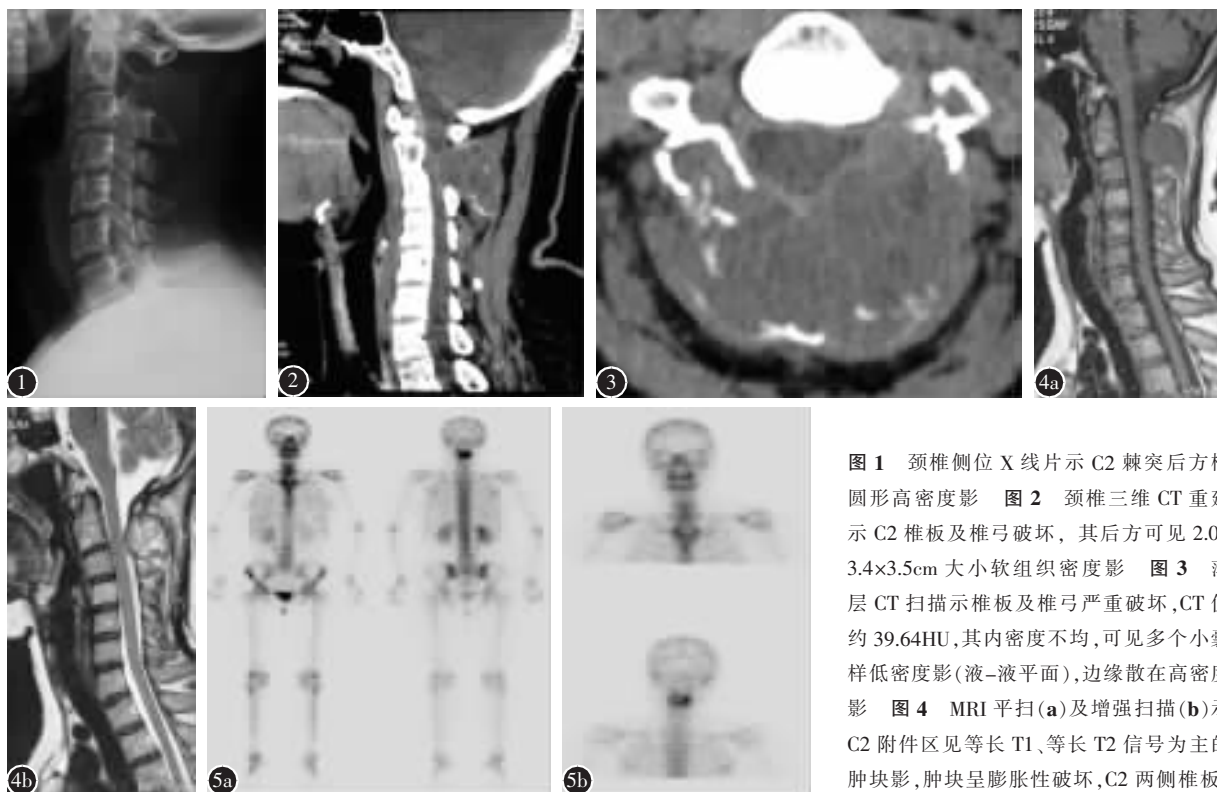


图 1 颈椎侧位 X 线片示 C2 棘突后方椭圆形高密度影 图 2 颈椎三维 CT 重建示 C2 椎板及椎弓破坏, 其后方可见 $2.0 \times 3.4 \times 3.5 \text{cm}$ 大小软组织密度影 图 3 薄层 CT 扫描示椎板及椎弓严重破坏, CT 值约 39.64HU, 其内密度不均, 可见多个小囊样低密度影(液-液平面), 边缘散在的高密度影 图 4 MRI 平扫(a)及增强扫描(b)示 C2 附件区见等长 T1、等长 T2 信号为主的肿块影, 肿块呈膨胀性破坏, C2 两侧椎板、椎弓及棘突骨质破坏, 增强后肿块实性部分轻度强化, 颈髓信号未见异常 图 5 a、b ECT 检查全身骨骼显影清晰、对比度好, 第 2 颈椎见异常放射性浓聚区, 其他部位未见明显异常放射性浓聚或稀疏区

第一作者简介: 男(1978-)主治医师, 医学硕士, 研究方向: 脊柱外科

电话: (025)52271040 E-mail: wangdarling@163.com

通讯作者: 曾逸文 E-mail: zenyiwen@163.com

分轻度强化, 颈髓信号未见异常 图 5 a、b ECT 检查全身骨骼显影清晰、对比度好, 第 2 颈椎见异常放射性浓聚区, 其他部位未见明显异常放射性浓聚或稀疏区

在全身麻醉下行颈后路肿瘤切除、C1、C3、C4 椎弓根固定及后外侧髂骨植骨融合术。术中见 C1 后弓与 C3 棘突之间有直径约 4cm 包块,质软,有假包膜,C2 棘突、两侧椎板、椎弓破坏,剥离包块中央部见假包膜与硬脊膜粘连明显,小心剥离粘连后完整膜外切除肿瘤,轻柔牵开并保护神经根,髓核钳“蚕食”咬除两侧椎弓骨质,小心去除椎弓及横突孔后方骨质,显露椎动脉后方,见其搏动良好,椎弓周围静脉丛怒张,出血较多,用双极电凝结合脑棉片压迫止血。探查见 C1“椎弓根”直径小于 3mm,采用 C1 部分椎弓根(后弓)固定,C3、C4 椎弓根固定,后外侧髂骨植

骨融合。手术顺利,术后无脊髓神经功能障碍。剖开肿瘤见内呈囊实性,有多个大小不等的含血囊腔。病理检查报告:镜下见较多核巨细胞和短梭形间质细胞,可见少数核分裂像,部分区域血窦内形成纤维性组织伴新骨形成和灶性出血(图 6,后插页 II)。经本院及江苏省人民医院、上海复旦大学附属肿瘤医院等多家病理科专家会诊,结合临床影像学诊断为枢椎骨巨细胞瘤继发动脉瘤样骨囊肿。术后常规抗感染、脱水等治疗,颈胸外固定支具固定,术后 1 周常规摄 X 线片,示内固定位置良好(图 7)。术后 3 个月行 CT 检查示肿瘤无复发,椎弓根螺钉位置良好(图 8)。

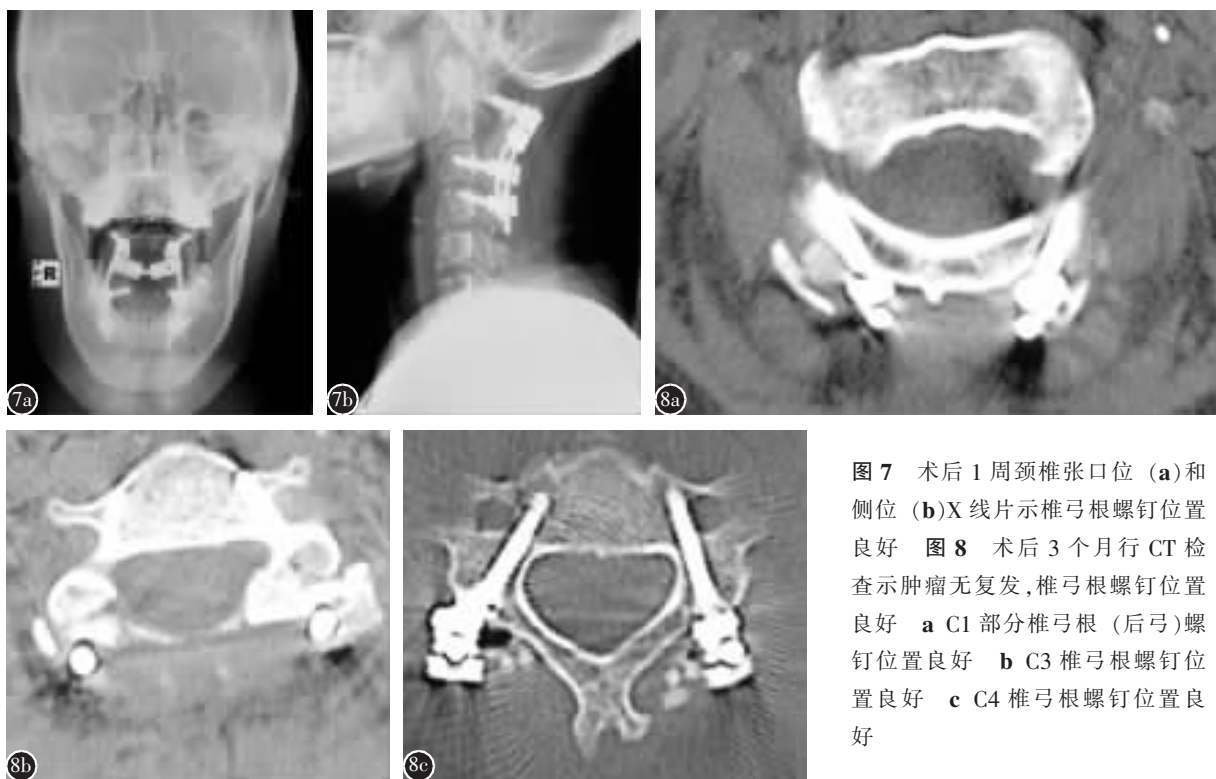


图 7 术后 1 周颈椎张口位 (a) 和侧位 (b) X 线片示椎弓根螺钉位置良好 图 8 术后 3 个月行 CT 检查示肿瘤无复发,椎弓根螺钉位置良好 a C1 部分椎弓根(后弓)螺钉位置良好 b C3 椎弓根螺钉位置良好 c C4 椎弓根螺钉位置良好

讨论 在我国骨巨细胞瘤占骨肿瘤的 10%~15%^[1],动脉瘤样骨囊肿约占骨瘤样病变的 13.7%^[2],病理学表现为骨内偏心性膨胀性骨病变,病灶由多个充满血性液体的囊腔组成,可分为原发性和继发性。继发性动脉瘤样骨囊肿发生在先前有病灶存在的基础上,其形成与肿瘤侵犯血管引发血管破裂或动静脉短路以及肿瘤诱发血管生成等因素有关。常发生在血运丰富的肿瘤,最常见的是骨巨细胞瘤^[3,4]。脊柱骨巨细胞瘤典型的 X 线片表现为偏心性、膨胀性溶骨性破坏,多数无硬化边缘和骨膜反应,病变多侵犯椎体,侵犯附件者少。颈椎骨巨细胞继发动脉瘤样骨囊肿较少见,而动脉瘤样骨囊肿具有鉴别诊断意义的是病灶内 CT 密度不均,常出现液-液平面征和钙化或骨化,故在 CT 或 MRI 上表现为囊实性肿块合并多发液-液平面和钙化,不应单独诊断为骨巨细胞瘤或动脉瘤样骨囊肿,而应

考虑到骨巨细胞瘤继发动脉瘤样骨囊肿的可能。当然,病理检查才能最终确诊是继发动脉瘤样骨囊肿样改变,其典型表现是纤维性组织伴新骨形成。

参考文献

1. 马庆军,党耕町.骨巨细胞瘤的诊断与研究现状[J].中华外科杂志,2005,43(12):810-821.
2. 刘子君.骨关节病理学[M].北京:人民卫生出版社,1992.333-336.
3. Mattei TA, Mattei JA, Ramina R, et al. Fibrous dysplasia in combination with anettrysmal bone cyst presenting as a sub-arachnoid haemorrhage[J].Neurol Sci,2005,26(3):178-181.
4. 陈建宇,刘庆余,沈君,等.骨巨细胞瘤继发动脉瘤样骨囊肿的影像诊断[J].中华放射学杂志,2007,43(12):1309-1313.

(收稿日期:2008-11-10 修回日期:2008-12-10)

(本文编辑 卢庆霞)