

个案报道

椎管内髓外硬膜下蔓状血管瘤 1 例

李新军, 夏祥国, 董劲虎

(四川省自贡市第四人民医院神经外科 643000)

中图分类号: R739.42 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2008)-02-0160-01

蔓状血管瘤多发生在浅表组织, 以颌面部及眼眶周围较多, 其他浅表部位如腹股沟、外阴、睾丸、鼻、小腿、前臂等以及深部组织如胆囊、大脑等也有报道。发生在椎管内者罕见, 我们收治 1 例, 报告如下。

患者男, 23 岁。腰背部间歇性胀痛伴小便不畅 1 年, 症状加重半年, 于 2006 年 5 月 22 日入院。1 年前患者无明显诱因感腰背部间歇性胀痛, 放射至双侧大腿内侧, 未予重视。半年前开始加重, 在我院就诊, 以“前列腺炎”治疗, 症状无明显好转。1d 前在我科门诊就诊, 行 CT 检查, 发现胸腰段椎管内占位性病变。查体: 右侧下肢感觉过敏, 疼痛明显, 足部重于大腿。双下肢肌力 4 级, 肌张力正常, 无自主活动。MRI 检查示 T11~L2 椎管内髓外硬膜下长条形异常信号影, 部分病灶位于髓内, 呈等及稍长 T1、稍

长 T2 异常信号, 短 T 反转回复(STIR)呈稍高信号, 边界清楚, 大小约 5.8×1.6×1.4cm。静脉注入造影剂后见病灶中度以上不均匀强化, 病灶右侧下部蛛网膜下腔杯口状扩大, 上部脊髓中央管扩大, 脊髓圆锥及马尾神经受压前移(图 1~3)。诊断为 T11~L2 椎管内髓外硬膜下占位性病变, 神经源性肿瘤(神经鞘膜瘤)或室管膜瘤。手术采用侧卧位, T10~L3 后正中切口, 半椎板切除, 切开硬脊膜, 见 T11~L2 椎管内髓外硬膜下肿物, 质地较脆, 包膜完整, 血供丰富, 暗红色, 约 6.0×1.5×1.5cm 大小, 与马尾神经和脊髓圆锥粘连明显, 依次剥离切除肿物并送病理检查, 术后严密缝合硬脊膜后关闭切口。病理诊断: 椎管内髓外硬膜下蔓状血管瘤。术后 1 周患者症状基本消失, 出院。1 个月后随访患者腰背疼痛消失, 小便通畅, 未诉不适。



图 1 MRI 示 T11~L2 椎管内髓外硬膜下长条形异常信号影, 部分病灶位于髓内, 边界清楚, 大小约 5.8×1.6×1.4cm 图 2 MRI T2 加权像示病灶侧下部蛛网膜下腔杯口状扩大, 上部脊髓中央管扩大 图 3 MRI 增强扫描示病灶呈长条形贴敷于脊髓圆锥和马尾, 脊髓受压变形, 病灶中度以上不均匀强化

讨论 蔓状血管瘤是一种由小动脉和小静脉异常交通所形成的良性血管瘤, 多发生于青年人头颈部及四肢深部。有较大的动静脉分流时可见血管扭曲缠绕, 类似蚯蚓, 触及有搏动感, 血管壁增厚。显微镜下可见动脉和静脉紧靠在一起, 静脉内膜增厚, 有些区域伴有毛细血管瘤和海绵状血管瘤。椎管内髓外硬膜下蔓状血管瘤罕见, 相关影像学表现的文献报道少见, 且因其血流速度缓慢, MRI 上血流流空效应不明显^[1], 术前影像定性诊断较困难。主要与神经鞘膜瘤鉴别, 神经鞘膜瘤可发生在硬脊膜内或硬脊膜外, 常呈等 T1 等 T2 或稍长信号, 多位于髓外硬膜下, 可导致脊髓蛛网膜下腔增宽及对脊髓的压迫, 增强检查肿瘤实体部分呈均一强化, 边界清楚。上述表现即为术前首先考

虑为神经鞘膜瘤的主要原因, 但神经鞘膜瘤可经椎间孔向椎管外延伸, 形成哑铃形, 并有邻近椎体骨质破坏、椎管和椎间孔扩大等表现。本例患者病灶术前未考虑到血管瘤的原因是其无葡萄生长的形态以及血供不丰富的特点。对于蔓状血管瘤的诊断有待日后的资料收集及进一步总结, 以便能做出较准确的术前诊断。

参考文献

1. 杨贞振, 李晓东, 赵斌等. 椎管内血管畸形的 MRI 诊断(附 25 例分析)[J]. 医学影像杂志, 1999, 9(2): 80-82.

(收稿日期: 2007-08-29 修回日期: 2007-09-20)

(本文编辑 卢庆霞)