

硬膜外脊膜瘤 3 例报告

Epidura meningioma: 3 cases report

李振东, 王振宇, 孙建军, 张 嘉, 林国中

(北京大学第三医院神经外科 100191 北京市)

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2012.08.18

中图分类号: R739.4 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2012)-08-0757-03

脊膜瘤占椎管内肿瘤的 10%~30%^[1]。85% 的肿瘤位于髓外硬脊膜下^[2]。我们在临床碰到 3 例硬膜外脊膜瘤, 有酷似恶性肿瘤一样的发展趋势, 采用多种方法综合治疗, 取得了满意效果, 报道如下。

病例 1 女, 21 岁。2008 年 1 月发现左颈部较右侧隆起, 左颈部胀痛感, 行颈部 MRI 检查发现枢椎水平椎管内不规则团块状等 T1、等 T2 信号影, 边界尚清晰, 增强扫描病变明显强化。考虑神经源性肿瘤可能性大, 于 2008 年 1 月 22 日入院行手术治疗。行颈部后正中入路肿瘤切除术。术中发现肿瘤质地坚韧, 血运丰富, 与硬膜关系密切。因肿瘤较大, 范围弥散, 分块切除椎管内外的肿瘤, 最后达到肿瘤大部分切除。术后病理诊断: (左颈肿物) 脊膜瘤, 侵及周围横纹肌组织及神经组织。免疫组化: 上皮细胞膜抗原 (EMA)(+), S-100 (-), 胶原纤维醇性蛋白 (GFAP)(+), 嗜铬素 (CgA)(+), 突触素 (Syn)(-), 波形蛋白 (Vim)(+)。术后左颈部胀痛感消失。术后 3 个月 MRI 可见部分肿瘤残留, 行 γ -刀治疗, 3 个月后复查颈部 MRI, 残余肿瘤未见生长, 有部分中心坏死。术后 33 个月再次出现左颈部明显隆起, 颈部胀痛感, 并伴左肩部疼痛向左上肢放射。再次行颈部 MRI 检查寰椎水平椎管内硬膜外可见肿瘤影, 邻近颈部肌肉及血管结构受推压; CT 检查显示 C1~C2 椎管扩大, 左侧后方可见不规则软组织密度影, 跨椎管内外, 椎管内肿瘤较小, 向下蔓延至 C3 椎弓内侧, 向上达枕骨髁水平; 椎管外肿瘤较大, 边界不清, 向下蔓延至 C4 椎体水平, 向前推移颈动脉鞘, 向后达皮下肌层。于 2010 年 11 月经旁正中切口, 再次行肿瘤切除手术, 肿瘤大部分切除。术后症状消失, 复查颈部 MRI 显示肿瘤较术前明显变小, 但仍可见不规则软组织影残留, 残留软组织影主要位于 C1~C2 左侧椎间孔及其周围、C2~C4 左侧椎弓内外。考虑手术和 γ -刀治疗都不能有效控制肿瘤生长, 二次术后行放射治疗。放疗后半年随访并复查 MRI, 未见肿瘤复发(图 1)。

病例 2 女性, 53 岁。2002 年(47 岁)因左颈部胀痛

感行左颈部 B 超检查发现左后外侧实性包块, 在外院行左颈部椎管外肿瘤切除术, 术后胀痛感消失, 病理报告为“左颈部脊膜瘤”。2008 年底, 再次感觉左颈部不适, 左侧卧位时胀痛感加重; MRI 检查显示左颈部 C3~C7 椎管外不规则等 T1、稍长 T2 信号, 病变沿横突孔向外延伸, 左颈部肌间隙可见不规则等 T1、等 T2 信号, 颈部肌肉和血管结构受压, 强化后病变明显均匀增强, 5×3×2.9cm 大, 结合病史考虑为左颈部脊膜瘤复发。2009 年 2 月在我院再手术行肿瘤大部分切除, 术后病理报告“脊膜瘤”。术后左颈部不适、左侧卧位时胀痛感消失。第二次手术后 1 个月开始放射治疗 4 周, 术后半年复查 MRI 未见肿瘤生长; 术后 1 年电话随访患者, 二次手术后无新的症状出现, 未查 MRI, 现失访。

病例 3 男性, 47 岁, 因“后背部疼痛半年余, 加重伴双下肢无力 1 个月”于 2010 年 2 月入院。查体: 双侧 T2 平面以下痛觉减退, 左侧 L3 平面以下痛觉消失, 双下肢位置觉、两点辨别觉障碍; 双下肢股四头肌肌力 5 级, 余为 0 级; 跟、膝腱反射亢进, 双侧病理征阳性。MRI 显示左侧 T4~T6 椎旁有一分叶状肿块, 边界模糊, 向周围和椎管内浸润, 增强扫描后肿瘤强化明显, 不能除外恶性肿瘤的可能性。于 2010 年 2 月 10 日在全麻下行后正中入路胸椎管内外肿瘤切除术, 肿瘤大部分切除。术后病理报告为浸润性外周脊膜瘤。术后症状好转, 行放射治疗 1 月余控制肿瘤生长。术后 7 个月复查 MRI, 在左侧 T5~T6 水平可见软组织肿块, 深入到椎管内, 肿瘤形态不规则, 中-高度强化, 最大截面积 3.1×1.8cm, 行 γ -刀治疗, 3 个月后复查 MRI 未见肿瘤再生长。术后 1 年电话随访, 患者症状无复发。

讨论 脊膜瘤起源于蛛网膜内皮细胞或硬脊膜的纤维细胞, 是一种良性肿瘤。主要发生于 40~70 岁的女性, 最高峰为 50~60 岁^[1-3]。胸段好发^[2,4-5]。瘤体小而质地硬, 具有完整的包膜, 血运丰富。多数为单发、良性, 少数可多发或恶性变, 瘤内可有钙化^[6]。但肿瘤生长在硬膜外和椎管外者少见, 约占脊膜瘤的 10%~15%^[5,6]。肿瘤向椎间孔和肌肉之间穿行生长, 一般瘤体都比较大, 考虑神经鞘瘤或神经纤维瘤的可能性大^[7,8]。由于大部分的脊膜瘤是生长在脊髓外硬膜下, 生长在硬膜外的脊膜瘤比较少见, 所以给术前诊

第一作者简介: 男(1949-), 副主任医师, 研究方向: 脊髓损伤和脊髓肿瘤

电话: (010)82267350 E-mail: liye0207@sina.com

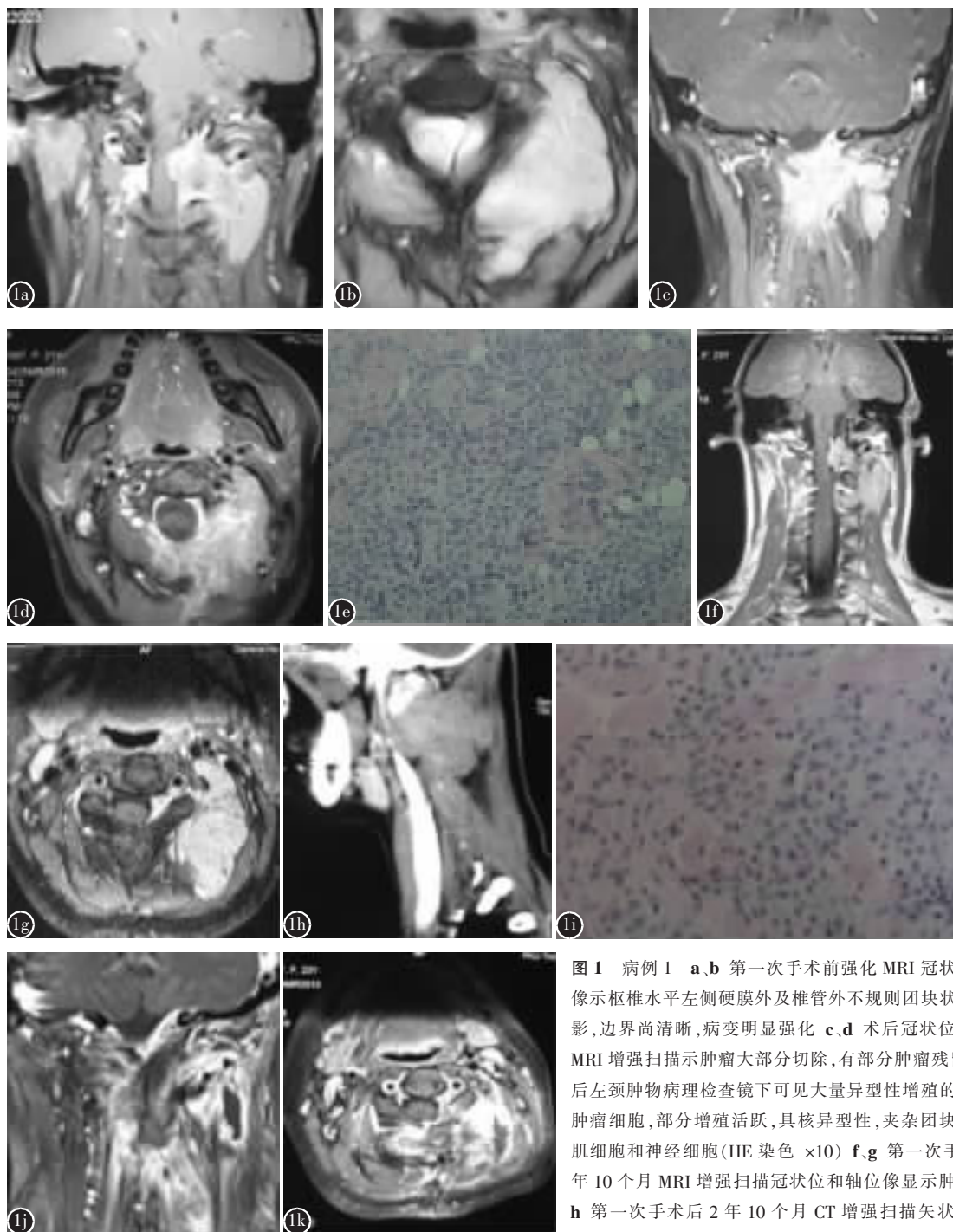


图 1 病例 1 a、b 第一次手术前强化 MRI 冠状和轴位像示枢椎水平左侧硬膜外及椎管外不规则团块状高信号影,边界尚清晰,病变明显强化 c、d 术后冠状位及轴位 MRI 增强扫描示肿瘤大部分切除,有部分肿瘤残留 e 术后左颈肿物病理检查镜下可见大量异型性增殖的内皮样肿瘤细胞,部分增殖活跃,具核异型性,夹杂团块状横纹肌细胞和神经细胞(HE 染色 $\times 10$) f、g 第一次手术后 2 年 10 个月 MRI 增强扫描冠状位和轴位像显示肿瘤复发 h 第一次手术后 2 年 10 个月 CT 增强扫描矢状位像显示肿瘤复发并压迫硬膜囊 i 第二次术后病理检查(枕大

孔区、椎管外颈部肿瘤)镜下可见大量异型性增殖的内皮样肿瘤细胞,部分增殖活跃,侵及横纹肌间,可见核分裂像 1-2/10HPF(HE 染色 $\times 10$) j、k 第二次手术后行放射治疗后 6 个月 MRI 强化扫描冠状位与轴位像未见肿瘤生长

断带来一定的难度。本组第 1 例术前考虑神经源性肿瘤,第 2 例有外院第 1 次术后诊断而考虑为脊膜瘤复发,第 3 例病情发展快,术前考虑到恶性肿瘤但很少想到恶性脊膜瘤的可能性,3 例均是通过病理检查明确诊断。

肿瘤除了本身血运比较丰富,加上向周围大的神经血管和周围组织穿行生长,手术完整切除难度大。肿瘤切

除不彻底,复发的几率大大增加。本组第 1 例和第 2 例都是手术后复发而行二次手术。由于肿瘤复发需要多次手术或其他方法治疗,给患者带来一定心理压力。而硬膜外的脊膜瘤早期症状不具有特征性,也不明显,多为相应部位不适感,和/或非持续性的轻微疼痛,不足以引起重视,一般给予对症处理也可缓解,从而延误治疗^[9,10]。当肿瘤弥漫

性生长并浸润到周围的神经血管,临床症状明显加重,此时要想完整彻底切除肿瘤很困难。

总之,硬膜外脊膜瘤早期症状不具有特征性,根据相应部位不适感和(或)非持续性的轻微疼痛,临床要想到脊膜瘤的可能性,早期进行 CT 或 MRI 检查,可为早期发现肿瘤提供放射学依据。治疗方面主要以手术完全切除肿瘤为目标。一旦肿瘤广泛生长,全切肿瘤有困难,必要时采取综合治疗措施,也许会得到明显的效果。本组 3 例患者第一次手术时,肿瘤已广泛浸润,为保护周围神经和血管不受损伤或少受损伤,只能做到肿瘤大部分切除。虽然大多数硬膜外肿瘤为良性肿瘤,但肿瘤生长的广泛性和浸润性,术后复发的机会大大增加。本组病例随访时间不够长,还需要观察。

参考文献

1. Koeller KK, Rosenblum RS, Morrison AL. Neoplasms of the spinal cord and filum terminale[J]. Radiographics, 2000, 20(6): 1721-1749.
 2. Buetow MP, Buetow PC, Smirniotopoulos JG. A typical and misleading features in meningiomas[J]. Radiographics, 1991, 11(6): 1087-1106.
 3. 杜玉清, 周为中, 孔祥泉. 椎旁原始神经外胚层瘤 CT 和 MRI 诊断[J]. 放射学实践, 2005, 20(9): 765-767.
 4. 夏军, 王仁法. 单椎骨病变 MRI 诊断的探讨[J]. 临床放射学杂志, 2000, 19(7): 439.
 5. 王忠诚. 神经外科学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 2005. 964-965.
 6. John WW, Stephen JK, Kahn SC. Paraspinal synovial sarcoma [J]. AJR, 2000, 174(2): 410.
 7. Cherqui A, Kim DH, Kim SH, et al. Surgical approaches to paraspinal nerve sheath tumors[J]. Neurosurg Focus, 2007, 22 (6): E9.
 8. Austin LS, Christopher MC, To-Nao W, et al. Anatomic classification system for surgical management of paraspinal tumors[J]. Arch Surg, 2004, 139(3): 262-269.
 9. Lucy A, Christopherson DA, Finelli JW, et al. Ectopic extraspinal meningioma: CT and MR appearance [J]. AJNR, 1977, 18(8): 1335-1337.
 10. 史峰军, 焉树林. 原发性脊椎旁肿瘤 7 例报告[J]. 中华外科杂志, 1996, 34(7): 448.
- (收稿日期: 2011-08-10 修回日期: 2012-03-26)
(本文编辑 李伟霞)

消息

第三届同济大学附属第十人民医院脊柱微创学习班会议通知

为了进一步推广和规范化各种脊柱微创治疗技术, 同济大学附属第十人民医院脊柱微创中心将于 2012 年 9 月 20~23 日在上海举办“第三届同济大学附属第十人民医院脊柱微创学习班”。学习班将邀请国内著名脊柱微创专家做专题报告, 同时依托“同济十院-中国冠龙脊柱微创培训及研发中心”进行新鲜解剖标本上的脊柱微创实践操作培训。

学习班内容

(1) 理论授课: 微创介入消融技术、经皮穿刺椎体成形技术、脊柱内窥镜(MED 及椎间孔镜)技术、微创扩张通道下减压及椎间融合技术、经皮椎弓根螺钉内固定技术等。

(2) 操作培训: 在新鲜解剖标本上分组进行微创介入消融、脊柱内窥镜(MED、椎间孔镜)、经皮椎体成形、微创通道减压及融合、经皮椎弓根螺钉内固定操作练习。

联系方式

(1) 上海市闸北区延长中路 301 号同济大学附属第十人民医院骨科 沈毅文、张海龙、顾昕、顾广飞, 邮编: 200072; 电话及传真: 021-66307046, 13918408527(张海龙), 13764131302(顾昕), 13611757174(顾广飞); E-mail: hss7418@sohu.com。

(2) 山东济南高新区舜华路 109 号科汇大厦 6 楼 C 区山东冠龙医疗用品有限公司 孙瑞霞, 邮编: 250101; 电话: 0531-81217110, 18653139903, 传真: 0531-81217299, E-mail: guanlong668@163.com。

学习班报名截止日期: 2012 年 8 月 31 日。为了保证学习效果, 学习班名额限定 60 人, 其中参加解剖操作实践培训学员 30 人; 学习班费用 800 元/人, 解剖实践操作培训费 1000 元/人。

更多详细情况请访问同济大学附属第十人民医院脊柱外科/脊柱微创中心网站: www.tongjispine.com, 骨科网站: www.tjsyjk.com, 山东冠龙医疗用品有限公司网站: www.cnzjp.com。