

上胸段椎管内血管脂肪瘤伴截瘫 1 例报告

Upper thoracic intra-spinal canal epidural angioliipoma with paraplegia: 1 case report

刘学光¹, 付强², 孙振中¹, 宋升¹, 谷晓川²

(1 江苏省无锡市第九人民医院(无锡市骨科医院) 脊柱外科 214064; 2 第二军医大学附属长海医院脊柱外科 200433)

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2017.07.15

中图分类号: R739.4 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2017)-07-0663-03

血管脂肪瘤是一种少见的包含成熟脂肪组织和异常血管成分的良性肿瘤, 通常出现在躯干或肢体的皮下、肾脏等部位, 发生于椎管内罕见; 其病程一般较长, 发展缓慢, 如症状突然加重, 一般考虑肿瘤血管破裂出血可能^[1]。我院收治 1 例, 5 年间症状多次出现, 未获明确诊断, 病情急剧恶化经手术后病理证实, 现报告如下。

患者女, 23 岁。因“突发双下肢感觉活动障碍 6d”于 2016 年 11 月 14 日来院。患者于 6d 前、二胎顺产后第四天突发胸背疼痛并双下肢感觉运动障碍, 于当地医院急诊观察室住院行激素冲击、营养神经等治疗, 症状无好转, 行 MRI 检查 T2~T4 水平椎管内硬膜外背侧可见“梭形异常信号”, 边界尚清楚, 其纵轴与脊髓走向一致, T1WI 为低信号, T2WI 为略低于脑脊液的高信号。患者为进一步诊治来我院就诊。追问病史, 患者 5 年前有两次胸背部疼痛伴双下肢感觉、运动障碍病史, 曾于骨科、神经内科住院治疗, 胸椎 MRI 平扫及增强未见明显异常(图 1、2), 考虑为脊髓血管畸形、脱髓鞘病变可能, 予激素冲击、营养神经等对症治疗症状逐渐消失。本次入院时查体: 乳头平面以下感觉消失(S0 级), 双下肢肌力 0 级, 肌张力不高, 肛门括约肌松弛, 肛门反射、腹壁反射、双侧膝反射、踝反射消失, 巴彬斯基征、奥本汉姆征未引出, 髌阵挛、踝阵挛试验阴性。患者入院后积极完善常规检查及肿瘤指标检测; MRI 平扫示 T2~T4 水平椎管内硬膜外长梭形占位, 增强扫描示不均匀强化(图 3~6), CT 示颈胸段椎管内均匀密度改变, 椎管未见明显骨质异常。排除手术禁忌证, 入院 2d 后在全麻下行 T1~T5 全椎板切除减压、肿瘤切除术, 术中见 T2~T4 硬膜外有一棕红色肿物伴凝血块形成, 肿瘤长约 3.5cm, 质软, 类似于脂肪组织, 血供丰富, 边界清楚, 与硬脊膜无明显粘连, 易于完整剥离, 相应节段硬膜及脊髓受压明显, 搏动性差。术中完整切除肿瘤组织, 标本送病理检查。术后病理检查报告: 血管脂肪瘤伴灶性出血(图 7)。术后 1 周, 患

者出院前双下肢感觉恢复至 S1 级, 双下肢肌力恢复至 1~2 级, 大小便失禁。至术后 2 个月复查时, 患者自觉症状较前明显好转, 麻木平面下移, 双下肢感觉减退, 肌力约 2 级。半年随访, 未见肿瘤复发(图 8、9)。

讨论 血管脂肪瘤为一种少见的良性肿瘤, 病因尚不明确。1860 年由 Berenbruch 首次报道, 1986 年 Howard 和 Helwig 首次将血管脂肪瘤归为一个独立的病种。国外文献中曾有很多名称如“纤维肌脂肪瘤”、“血管肌脂肪瘤”、“血管脂肪瘤”等, 国内学者多称之为血管脂肪瘤。因其病变组织含大量纤维组织, 刘宗霖等^[2]称之为“纤维血管脂肪瘤”。椎管内硬膜外血管脂肪瘤为一种单独病种, 更为罕见, 占椎管内肿瘤的 0.14%~1.2%, 占硬膜外肿瘤的 2%~3%^[3-4]。椎管内血管脂肪瘤以胸段最常见, 其次为颈段和腰段, 可发生于任何年龄, 以中年女性多见。近年来, 随着检查技术的进步及人们对该疾病认识的深入, 临床报道越来越多^[5-9], 但长时间内间歇性反复隐匿性发病者尚未见报道。

椎管内血管脂肪瘤病因及发病机理尚不明确, 多认为是由脂肪组织和血管上皮共同起源的原始多能间充质细胞畸形发育而来的错构瘤。Lin 等^[10]根据肿瘤是否向周围生长将椎管内血管脂肪瘤分为浸润性和非浸润性, 后者占绝大多数, 非浸润性瘤体多位于椎管背侧, 而浸润性多位于前方或前外侧。本例患者肿瘤位于椎管背侧, 没有向周围组织生长, 为非浸润型。MRI 是目前检查椎管内病变最好的方法, 为此病的检查提供了可靠依据, 肿瘤多呈纵行梭状生长, 长轴与椎管纵轴平行, 相应椎管内脊髓受压变窄。根据病灶内脂肪与血管两种成分所占的比例不同, MRI 表现为混杂不均信号影。当肿瘤以脂肪为主时, T1 像为高信号, 比硬膜外脂肪略低; 如果肿瘤以血管成分为主, 则 T1 像低信号区域增大, 可表现为斑驳影像或条块状低信号灶, 增强后同样呈现混杂不均一的信号。马建兵等^[11]认为 MRI 对椎管内血管脂肪瘤的定位及内部组织成分的鉴别具有重要价值, 是目前诊断椎管内硬膜外血管脂肪瘤的“金标准”, 但确诊仍依靠病理检查。

胡春洪等^[12]根据 MRI 表现将该病分为 3 种类型: I

第一作者简介: 男(1984-), 主治医师, 医学硕士, 研究方向: 脊柱外科、创伤骨科,

电话: (0510)85867999 E-mail: 117517363@qq.com

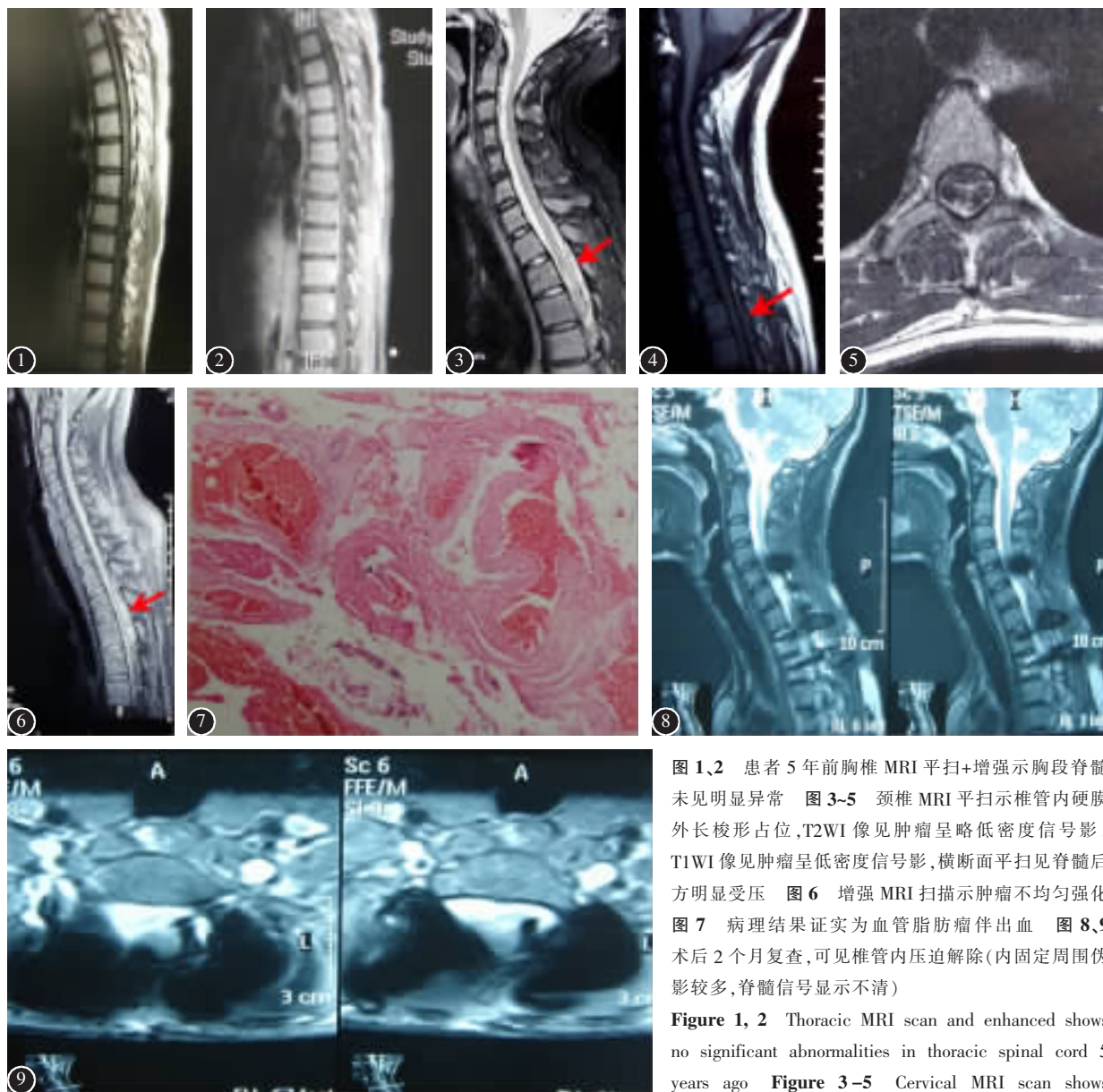


图 1、2 患者 5 年前胸椎 MRI 平扫+增强示胸段脊髓未见明显异常 图 3~5 颈椎 MRI 平扫示椎管内硬膜外长梭形占位, T2WI 像见肿瘤呈略低密度信号影, T1WI 像见肿瘤呈低密度信号影, 横断面平扫见脊髓后方明显受压 图 6 增强 MRI 扫描示肿瘤不均匀强化 图 7 病理结果证实为血管脂肪瘤伴出血 图 8、9 术后 2 个月复查, 可见椎管内压迫解除(内固定周围伪影较多, 脊髓信号显示不清)

Figure 1, 2 Thoracic MRI scan and enhanced shows no significant abnormalities in thoracic spinal cord 5 years ago Figure 3~5 Cervical MRI scan shows spinal epidural foreign fusiform mass, tumor showed

slightly low signal intensity in T2WI, and signal intensity (yellow arrow in the figure) in T1WI, plain to see behind the obvious spinal cord compression Figure 6 Enhancement of MRI shows uneven enhancement of tumor (shown in yellow arrow) Figure 7 Pathological findings proved that the lipoma was accompanied by bleeding Figure 8, 9 2 months postoperation, we can see the vertebral canal pressure is relieved

型, 肿瘤局限于椎管内, 瘤体以脂肪信号为主, 血管成分少; II 型, 肿瘤局限于椎管内, 血管成分占肿瘤体积的 1/2 以上, 呈团块状位于瘤体的中央, 脂肪成分围绕其周围; III 型, 肿瘤沿单侧或双侧椎间孔向椎管外生长, 呈哑铃状肿块。从 MRI 上看, 本例患者属于该分型中的 II 型。椎管内血管脂肪瘤的临床表现以脊髓受压症状即运动、感觉受累为主, 典型临床表现为神经根痛(背痛和双下肢的放射性痛), 可合并下肢麻木、腱反射亢进, 逐步加重, 出现括约肌功能障碍, 最终发展到截瘫。但临床症状缺乏特异性, 容易造成漏诊及误诊。一般病程较长, 病情轻重与进展快慢取

决于肿瘤的生长速度及其对脊髓的压迫程度, 可急性恶化, 急性恶化的原因可能是自发性出血、血栓形成以及妊娠等。本例患者病程长达 5 年之久, 5 年内多次隐匿发病, 因影像学未见明显椎管内病变, 未能明确诊治, 病情反复, 本次于产后 4d 突然发病, 迅速加重, 致高位截瘫, 可能是由于分娩时椎管内压力改变或者全身激素水平变化导致血管脂肪瘤的畸形血管突然破裂出血压迫脊髓导致病情急剧恶化。提示对于高危人群, 出现无明显诱因的背痛伴双下肢感觉活动障碍, 应考虑到本病可能, 定期复查 MRI。妊娠及分娩都是本病急剧恶化的高危因素, 期间应密切关

脊柱内固定术后手术部位感染并脊柱结核 1 例

Surgical site infection accompanied with spinal tuberculosis after spinal instrumentation: a case report

吴仁森^{1,2}, 孟晓源², 郭瑞², 李坤^{1,2}

(1 安徽医科大学新疆临床学院; 2 新疆维吾尔自治区人民医院脊柱外科 830001 乌鲁木齐市)

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2017.07.16

中图分类号: R619+.3 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2017)-07-0665-05

手术部位感染(surgical site infection, SSI)是脊柱内固定术后常见并发症之一,指在无内置物材料 30d 内或有内置物材料手术 12 个月内发生的与手术相关的感染^[1],包括表浅切口感染、切口深部感染及邻近器官和组织间隙的感染^[2]。临床上,脊柱术后感染病原菌以金黄色葡萄球菌多见(45.2%),其次是表皮葡萄球菌(31.4%),其他常见的致病菌还有肠球菌、大肠杆菌、消化链球菌等^[3]。笔者所在医院收治了 1 例脊柱内固定术后 SSI 合并脊柱结核患者,报

道如下。

患者女,60 岁,因“腰痛伴间歇性左下肢疼痛、麻木 4 个月”于 2016 年 2 月 29 日入院。患者平素体健,否认外伤史、手术史、传染病病史,预防接种不详。入院后脊柱全长 X 线片显示腰椎退行性变并退行性侧凸畸形(图 1);X 线胸片示两侧胸廓对称,无畸形,两侧肺野透亮度正常,肺纹理稍增多、增粗(图 2);腰椎 MRI 冠状位显示腰椎侧凸畸形、L3 椎体向左滑脱,矢状位及轴位显示 L3/4 与 L4/5 水平椎管狭窄及神经根受压(图 3)。入院后诊断:(1)腰椎椎管狭窄症(L3/4, L4/5);(2)腰椎退行性侧凸畸形。于 2016 年 3 月 5 日在全麻下行 L3/4 椎管减压、L3/4 与 L4/5 椎间

第一作者简介:男(1994-),在读硕士研究生,研究方向:脊柱外科
电话:(0991)8563592 E-mail:1454472073@qq.com
通讯作者:李坤 E-mail:likun1959@163.com

注病情变化。

无论是浸润型还是非浸润型的椎管内硬膜外血管脂肪瘤,手术切除都是最为行之有效的治疗方法。血管脂肪瘤生长缓慢,而且恶变情况较少,手术切除疗效确切,极少复发。非浸润型脂肪血管瘤通常位于脊髓背侧,边界清楚,与硬膜囊粘连不紧,易于完全切除。对于浸润型血管脂肪瘤即使无法完全切除,部分切除也可减轻患者症状^[13]。本例患者术中予以整块肿瘤完整切除,并尽量将脂肪组织及畸形血管清除干净,随访半年,未见肿瘤复发。

参考文献

1. 严宁,侯铁胜,曾绍林,等.椎管内血管脂肪瘤 9 例报告[J].中国矫形外科杂志,2008,16(23):1834-1836.
2. 刘宗霖,张志强,程新富,等.椎管内硬膜外非浸润型血管脂肪瘤的临床特点与手术体会[J].临床军医杂志,2014,42(1):26-27.
3. Turgut M. Spinal angiolipomas: report of a case and review of the cases published since the discovery of the tumour in 1890[J]. Br J Neurosurg, 1999, 13(1): 30-40.
4. Fournay DR, Tong KA, Macaulay RJ, et al. Spinal angiolipoma[J]. Can J Neurol Sci, 2001, 28(1): 82-88.
5. 黄娟,周诚.椎管内硬膜外血管脂肪瘤的 MRI 表现(附 2 例报道并文献复习)[J].中国医学影像学杂志,2015,23(6):432-

434.

6. 袁振超,黄保华.长节段胸椎管内硬膜外血管脂肪瘤一例报告[J].中国骨与关节杂志,2016,5(2):158-160.
7. 韩芸峰,王振宇,林国中,等.椎管内硬膜外侵袭型血管脂肪瘤 1 例报告及文献复习[J].中国脊柱脊髓杂志,2012,22(5):478-480.
8. 李朝晖,龙耀武,王肇炘,等.胸段椎管内血管脂肪瘤一例报告[J].中国骨肿瘤骨病,2010,9(1):93-94.
9. 祝新根,刘新军,郭华,等.椎管内硬膜外血管脂肪瘤一例[J].中华神经外科杂志,2007,23(2):145.
10. Lin JJ, Lin F. Two entities in angiolipoma: a study of 459 cases of lipoma with review of literature on infiltrating angiolipoma[J]. Cancer, 1974, 34(3): 720-727.
11. 马建兵,俞方荣,吴凡,等.腰椎管硬膜外血管脂肪瘤的 CT 与 MRI 表现[J].中国医学影像学杂志,2015,23(6):428-431.
12. 胡春洪,丁乙,王雪元.椎管内硬膜外血管脂肪瘤的 MRI 表现[J].中华放射学杂志,2004,38(11):1176-1179.
13. Preul MC, Leblanc R, Tampieri D, et al. Spinal angiolipomas: report of three cases[J]. Neurosurgery, 1993, 78(2): 280-286.

(收稿日期:2017-03-17 末次修回日期:2017-06-07)

(本文编辑 卢庆霞)