

- 1987, 69(7):960-969.
4. 阮狄克, 何京力, 丁宇, 等. PLF 与 PLIF 手术治疗腰椎滑脱症的疗效比较[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2004, 14(3): 156-160.
 5. Cloward RB. Posterior lumbar interbody fusion updated[J]. Clin Orthop, 1985, 193: 16-19.
 6. Lin PM, Cautelli RA, Joyee MF. Posterior lumbar interbody fusion[J]. Clin Orthop, 1985, 180: 154-168.
 7. Steffee AD, Sitkowski DJ. Posterior lumbar interbody fusion and plates[J]. Clin Orthop, 1988, 227: 99-102.
 8. Dennis S, Watkins R, Landaker S, et al. Comparison of disc space heights after anterior lumbar interbody fusion[J]. Spine, 1989, 14(7): 876-878.
 9. Brantigan JW, McAfee PC, Cunningham BW, et al. Interbody lumbar fusion using a carbon fiber cage implant versus allograft bone: an investigational study in the Spanish goat [J]. Spine, 1994, 19(13): 1436-1444.
 10. Whitecloud TS. Modern alternative and techniques for one level discectomy and fusion[J]. Clin Orthop, 1999, 359: 67-76.
 11. Bagby GW. Arthrodesis by the distractive-compression method using a stainless steel implant [J]. Orthop, 1988, 11 (4): 931-934.
 12. Brantigan JW, Steffee AD, Geiger JM. A carbon fiber implant to aid interbody lumbar fusion: mechanical testing [J]. Spine, 1991, 16(Suppl 6): 277-282.
 13. 昌耘冰, 徐达传, 尹庆水. 椎间融合器的研究进展[J]. 中国临床解剖学杂志, 2003, 21(5): 528-530.
- (收稿日期: 2004-08-19 修回日期: 2004-12-28)
(英文编审 郭万首)
(本文编辑 彭向峰)

个案报道

颈 7~胸 1 脊膜黑色素细胞瘤 1 例报告

李战友, 潘 兵, 许文根, 卢一生

(解放军 117 医院骨科 310013 浙江省杭州市)

中图分类号: R739.4 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2005)-08-0470-02

颈脊膜黑色素细胞瘤临床非常罕见, 我院于 2004 年 12 月收治 1 例, 成功施行了摘除手术, 现报告如下。

患者男性, 65 岁。因“四肢麻痛乏力伴双下肢行走不稳 3 个月, 进行性加重 1 个月”就诊。查体: 颈肩部脊旁两侧压痛(+), 叩击痛(+), 无放射痛, 叩顶试验(±), 旋颈试验(-), 双臂丛神经牵拉试验(+), 双霍夫曼氏征(++), 四肢生理反射均亢进, 双上肢肌力 4 级, 双下肢肌力 3~4 级, 四肢肌张力正常, 脐水平以下皮肤浅感觉减弱, 双巴氏征(+), 双踝阵挛(-)。MRI 检查显示: C7 上缘至 T1 下缘平面椎管内椭圆形 T1WI 等信号, T2WI 混杂信号病灶, 增强后扫描显示病灶轻度强化, 位于硬膜囊内偏左侧; C3~C4 椎体平面脊髓可见长 T1、T2 信号, 脊髓中央管扩张, 椎体边缘轻度骨质增生, 椎旁结构正常(图 1)。诊断为 C7~T1 髓外硬膜内占位性病变。全麻下手术, 切除 C7、T1 棘突, 咬除相应椎板暴露硬脊膜, 见 C7~T1 硬脊膜全层黑染, 硬脊膜搏动消失。正中切开硬脊膜、软脊膜及蛛网膜, 见发黑的硬脊膜严重增生肥厚, 约 1.5mm, 软脊膜及蛛网膜均发黑, 左侧蛛网膜下颈髓左后方平 C7~T1 有一质软, 稍可移动, 约 5×2×2cm 大小的包膜不清的黑色胶冻样肿物, 其前缘与脊髓明显粘连, 脊髓组织受压变扁, 集中于椎管的右前方。沿肿瘤组织周缘依次给予分离, 将肿瘤组织予以分块切除后逐层缝合。病理诊断: 脊膜黑色素细胞瘤(图 2、3, 后插页 II)。术后患者原有症状基本缓解, 恢复良好, 2 周后伤口拆线



图 1 术前 MRI 示 C7~T1 椎体平面髓外膜内占位性病变

出院。3 个月后门诊复查神经症状缓解, 四肢感觉、运动、肌力、肌张力、腱反射均正常。

讨论 脑脊膜黑色素细胞瘤属中枢神经系统罕见的良性肿瘤, 其发病率占中枢神经系统肿瘤的 0.06%~1%, 迄今国内外文献报道此瘤仅 60 例^[1]。中枢神经系统的黑色素细胞来源于早期胚胎形成过程中的神经嵴, 这些细胞在延髓和高颈段脊髓的腹侧面的软脑脊膜多见。由于黑色素细胞的特殊分布, 黑色素细胞瘤好发于后颅凹和脊髓的软脑脊膜。肿瘤呈膨胀性缓慢生长, 因压迫周围脑脊髓组织或邻近的神经而产生神经系统症状, 有时可阻塞脑脊液流出

(下转第 474 页)

减压术。

在我们尝试的这 9 个病例中, 因为出血的原因, 完成减压术的只有 7 例。这是因为此入路要经过椎动脉所在的横突孔, 需将椎动脉游离并妥善保护, 在这个过程中椎动脉容易受损而出血汹涌, 控制出血比较困难。与后正中入路和经口咽入路相比, 侧方入路对血管结构的干扰较多。

在完成减压术的 7 例中, 有 6 例术中认为减压已充分, 但术后影像检查显示减压范围不够。原因在于切除了这一侧的齿状突或枢椎椎体骨质后, 硬膜膨起遮盖了对侧的骨质, 容易误认为减压已经充分而结束手术。而且, 即使认识到了这种假象, 要做到充分减压, 则需要推拨硬膜甚至脊髓才能将对侧骨质显露, 这种对高位颈脊髓的推拉动作是非常危险的, 是不应该轻易尝试的。鉴于上述两个原因, 我们认为从此入路行脊髓腹侧减压不是一种简单有效的方法。

另外, 本术式需要切除部分寰椎侧块, 势必破坏寰枢和寰枕关节的稳定性, 需要在术前或术后做枕颈融合术。这样就牺牲了在颈屈伸运动中起重要作用的寰枕关节。

本组最终有效果的病例(病例 4、6)可能得益于后续的融合术, 虽然压迫没有完全解除, 但融合术增加了稳定性, 减少了脊髓因不稳定而受到的刺激, 脊髓功能得以改善。

近年来, 对难复性寰枢脱位我们采用前路松解复位后路内固定的方法已取得了很好疗效^[5, 6]。但在既往探索过程中, 经颈侧方入路行脊髓腹侧减压术是一种不尽人意的治疗方法, 作为失败教训供同道们参考。

4 参考文献

1. Jain VK, Behari S, Banerji D, et al. Transoral decompression for craniocervical osseous anomalies: perioperative management dilemmas[J]. Neurol India, 1999; 47(3): 188-195.
2. Shucart WA, Borden JA. Lateral approaches to the cervical spine. In: Dickman CA, Spetzler RF, Sonntag VKH. Surgery of the Craniovertebral Junction[M]. New York: Thieme, 1998: 535-544.
3. Kratimenos GP, Crockard HA. The far lateral approach for ventrally placed foramen magnum and upper cervical spine tumours[J]. Brit J Neurosurg, 1993; 7: 129-140.
4. Matsuno A, Nakashima M, Murakami M, et al. Microsurgical excision of a retro-odontoid disc hernia via a far-lateral approach: successful treatment of a rare cause of myelopathy: case report[J]. Neurosurg, 2004; 54(4): 1015-1018.
5. 王超, 闫明, 周海涛, 等. 前路松解复位后路内固定治疗难复性寰枢关节脱位[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2003; 13(10): 583-586.
6. 王超, 闫明, 周海涛, 等. 难复性寰枢关节脱位的手术治疗[J]. 中华骨科杂志, 2004; 24(5): 290-294.

(收稿日期: 2005-02-07)

(英文编审 郭万首)

(本文编辑 卢庆霞)

(上接第 470 页)

通道造成脑积水^[2]。一般术前很难对本瘤作出正确诊断, 术后病理可证实。黑色素细胞瘤的诊断依据有: ①有较长的病史, 排除身体其它部位有黑色素病变; ②CT 及 MRI 形态与脑膜瘤和神经鞘瘤相似; ③有相对完整的包膜; ④瘤细胞无异形, 核分裂象无或偶见(0~1 个/HP), 无出血坏死(胞质内黑色素颗粒常多至无法看清细胞数目, 需用高锰酸钾氧化、草酸漂白褪色黑色素后 HE 染色, 上述细胞内形态改变才可能清晰可见); ⑤免疫表型 H MB45、S-100 蛋白阳性, EMA、Leu-7 阴性, 网状纤维围绕瘤细胞巢团周围及单个瘤细胞周围; ⑥电镜下见瘤细胞胞质内含有黑色素小体或前黑色素小体, 瘤细胞间连接少, 瘤细胞周围无广泛基膜样物质围绕。免疫组化和电镜检查对诊断本瘤有很大帮助。

虽然本瘤在临床起病和组织形态上都提示为一个良性肿瘤, 但由于肿瘤易与周围脑脊髓等重要组织粘连, 造

成肿瘤无法切除干净而易复发。术后放疗对控制复发无意义, 一般不发生远处转移。治疗上唯有尽可能早期、完整地手术切除肿瘤, 才能有望治愈或减少复发。尽管绝大多数作者认为本瘤是一相对良性的肿瘤, 但仍有少数肿瘤局灶性浸润的报告^[3], 因此术后要注意密切随访, 嘱患者定期复查。

参考文献

1. 赵燕, 李云南, 周晓军, 等. 脑脊膜黑色素细胞瘤的临床病理分析[J]. 临床与实验病理学杂志, 2002; 18(1): 46-49.
2. Steinberg JM, Gillespie JJ, Mackay B, et al. Meningeal melanocytoma with invasion of the thoracic spinal cord [J]. J Neurosurg, 1978; 48(5): 818-824.
3. Brat D, Giannini C, Scheithauer B, et al. Primary melanocytic neoplasms of the central neural nervous system [J]. Am J Surg Pathol, 1999; 23(7): 745-754.

(收稿日期: 2005-02-03 修回日期: 2005-04-12)

(本文编辑 卢庆霞)