

游离型椎间盘突出症误诊为椎管内肿瘤 1 例

石 亮, 夏 虹, 王建华, 陈育岳

(广州军区广州总医院 510010 广东省广州市)

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2011.12.18

中图分类号: R681.5 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2011)-12-1037-02

患者男, 42 岁, 因“右下肢疼痛 2 年, 腰扭伤致下肢疼痛加重 1 月余”于 2011 年 1 月 5 日入院。患者于 2008 年 8 月无明显原因开始出现右下肢放射痛, 活动后加重, 休息后稍减轻, 未引起特别注意及诊治, 2010 年 11 月下旬因腰部意外扭伤出现右侧小腿胀痛、踝部刺痛、足底末端感觉麻木, 有轻微脚踩棉花感觉, 患者右腿胀痛难忍, 不能行走、久立, 平躺时稍有缓解, 无间歇性跛行, 无发热、盗汗、乏力、食欲不振, 无胸腰部束带感等; 发病后患者在外院诊断为“腰椎间盘突出症”, 行康复理疗、推拿按摩、牵引、中药调理等保守治疗, 效果不佳, 患者为求进一步诊治入院。

患者自发病以来, 大小便正常, 保持平常体力体重。查体: 自主体位, 脊柱生理弯曲存在, 无明显压痛及叩击痛, 直腿抬高试验右侧 40°(+), 左侧(-); 左侧下肢肌力肌张力正常, 右侧髂腰肌、股二头肌、股四头肌肌力 5 级, 胫前肌肌力 4 级, 胫后肌肌力 4 级; 双侧膝腱反射及跟腱反射正常, 右侧足底末端感觉减弱, 患者鞍区感觉正常, 肛周感觉正常, 双侧下肢 Babinski(-)。既往患者无明显腰痛或下肢麻木病史。

入院后腰椎 X 线片示 L4/5 椎间隙变窄, 椎体边缘不同程度骨质增生骨赘形成(图 1、2); MRI 平扫及增强示腰椎椎体边缘不同程度骨质增生骨赘形成; L4/5~L5/S1 椎间隙水平椎管可见一大小约 3×1.5×3cm 椭圆形占位病变, 其影偏右, 内部信号不均匀, 增强有较明显花环状强化(图 3~5); 术前肿瘤标志物 AFP、CEA、CA50 均阴性, 血沉、C 反应蛋白均阴性, 结合病史可排除转移瘤、感染等, 经讨论后初步诊断为腰椎内占位性病变, 神经鞘膜瘤可能性大, 遂在脊柱外科行手术治疗。

术中探查发现硬膜外有团块样状游离病变组织块, 可见其被红色肉芽样块状组织包裹, 周围毛细血管增生, 硬膜囊被块状物挤压变扁, 用神经剥离离子分离组织块, 并用髓核钳小心钳夹出, 测量体积大小约 3×2.5×1cm。将病变组织清理干净后, 硬膜囊及神经根压迫解除。病变组织送病理检查, 病理报告证实块状组织为脱出的髓核组织(图 6、7)。患者术后症状改善明显, 右侧小腿胀痛、右侧踝

部刺痛感觉完全消失, 右侧足底末端感觉麻木感仍存在, 术后起床活动患者脚踩棉花感消失; 术后 3 个月复查患者症状无复发, 无疼痛, 无无力感, 患者足底麻木感较术后稍有改善, 正常生活; 术后 3 个月 X 线、MRI 复查提示: 患者内固定位置良好, 内固定未见移位, 椎间骨性融合, 硬脊膜及神经根、侧隐窝未见狭窄压迫(图 8~11)。

讨论 腰椎间盘突出症和椎管内肿瘤是两类完全不同的性质的疾病。两者无论在临床特点还是在影像学表现上都有极大差异, 一般不易误诊。腰椎间盘突出症根据椎间盘突出程度一般可分为膨出型、突出型和游离型三种^[1]。其中游离型椎间盘突出是指退变的椎间盘髓核自纤维环的破口被完全挤出并脱入椎管内。这类患者一般有较长时间的腰腿痛伴急性发作的病史, 发作前常有劳累、扭伤等诱因。由于起病急、症状常变化较快, 可表现为单侧或双侧肢体麻木、疼痛突然加剧, 甚至单侧或双侧肢体的瘫痪。严重的出现马尾神经受压表现为急性大小便功能障碍^[2-3]。而腰椎管内肿瘤起病隐匿, 由于肿瘤生长缓慢, 患者在早期仅表现为夜间腰痛等不典型症状。待肿瘤长大至一定程度压迫硬膜及神经后可表现一侧或双侧的肢体麻木疼痛等症状。症状发展缓慢, 不像椎间盘突出那么严重。所以一般根据临床症状, 两者容易鉴别。

影像学上腰椎间盘突出与椎管内肿瘤一般不易混淆。椎管内肿瘤表现在 MRI 图像上, 一般可见到圆形或类圆形、边缘清晰的占位性病变; 增强后可见异常肿瘤边缘或内部有强化现象^[4-5], 这和腰椎间盘突出特点有一定差异性^[6], 并且肿瘤占位平面对应的椎间隙椎间盘信号及椎间盘高度一般正常。而腰椎间盘突出患者其腰椎 MRI 则可见相应椎间隙明显变窄, 椎间盘变黑, 脱入椎管内组织多呈泪滴状, 尾部常与椎间隙相延续^[7]。做增强扫描后, 一般不会出现边缘强化现象。因此游离型椎间盘突出和椎管内肿瘤一般不易误诊。

而本例患者的影像学表现却具有较大的特殊性, 这也是为什么出现误诊的原因: (1) 因脱入椎管内的组织完全游离, 与椎间隙无关系, 其形状呈椭圆形, 体积较大, 与肿瘤的形态较为相似; (2) 做造影增强后其可见周围明显强化。以上两点直接导致 MRI 室误诊为“腰椎管内肿瘤”, 加之术前我们对于 MRI 影像学检查过分依赖, 没有认真分析患者的既往病史, 只是单纯的根据患者的症状、体征、

第一作者简介: 男(1985-), 医学硕士, 研究方向: 脊柱外科

电话: (020)36653536 E-mail: cocolia-221@163.com

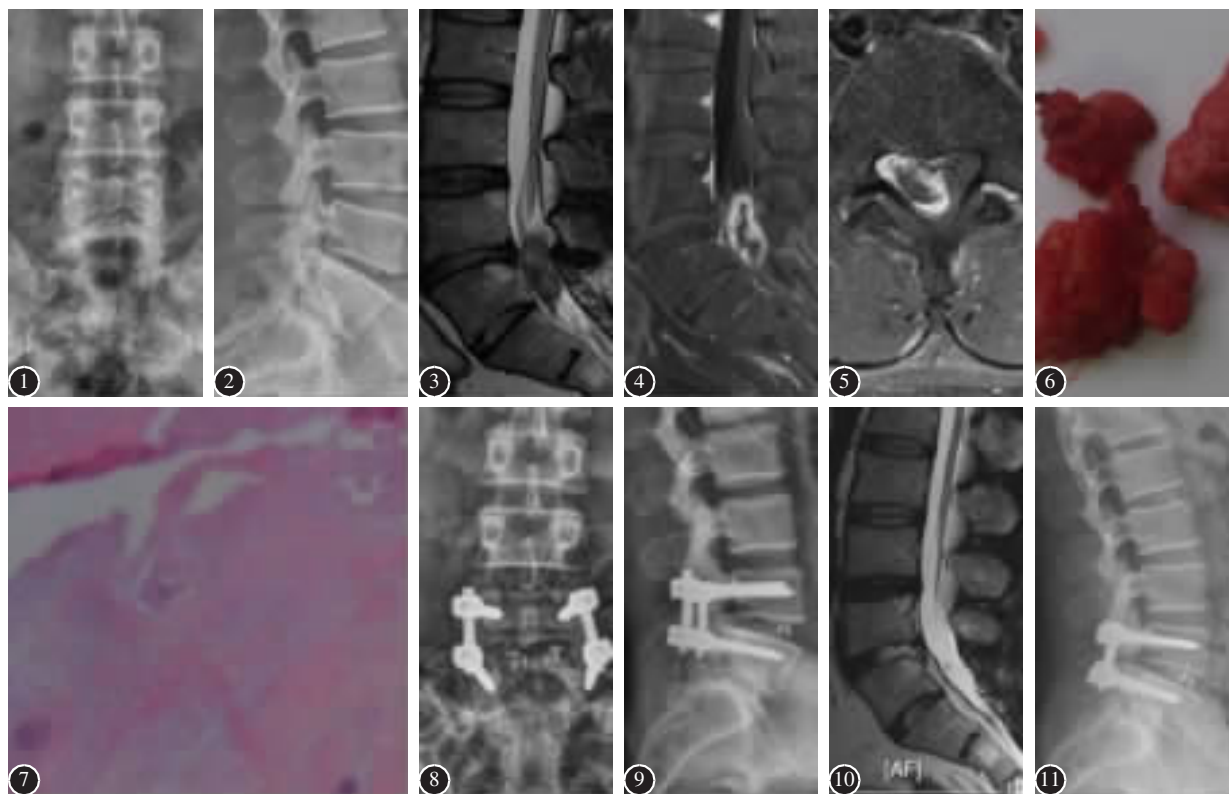


图 1、2 腰椎 X 线正侧位示 L4/5 椎间隙变窄 图 3、4 腰椎 MRI 平扫 T1WI, T2WI 示 L4/5~L5/S1 椎间隙水平椎管可见椭圆形占位病变, 其内部信号不均匀 图 5 腰椎 MRI 增强矢状位及轴位显示有较明显花环状强化, 其内信号不均匀 图 6 手术后摘除的椎管内的髓核组织约 3×1.5×3cm 图 7 病理 HE 染色图片示椎间盘髓核组织 图 8、9 术后腰椎 X 线正侧位显示内固定位置良好, L4/5 椎间隙融合器位置良好 图 10 术后 3 个月复查 MRI 示 L4/5~L5/S1 椎间隙水平椎管内无占位、硬膜囊充盈良好, 神经根管及侧隐窝未见狭窄, 内固定尾影明显 图 11 X 线片示 L4/L5 椎间隙可见内固定影, 位置良好, 可见融合影

X 线及 MRI 影像学检查下诊断为“腰椎管内占位性质待查(肿瘤可能性大)”, 忽略了患者的既往病史, 从而出现了术前误诊的情况。而手术后及术后病理报告却证实为脱出的椎间盘髓核组织。

其实回顾性分析患者的发病过程, 临床症状以及仔细观察患者 MRI 影像学特点, 不难发现, 其诊断为“游离型腰椎间盘突出症”的特点还是充分的: (1) 患者有 2 年多的腰腿痛病史; (2) 病情在一次腰部意外扭伤后急剧加重; (3) 腰椎 MRI 可见椎管游离体及存在椎间隙明显变窄情况, 提示有椎间盘脱出现象。由于脱入椎管内的髓核组织较大且时间较长, 造成其周围形成肉芽及血管生长, 导致 MRI 增强后可见“肿块”, 周围边缘强化现象。以上是导致其误诊的一个重要原因。

综上所述, 腰椎间盘突出症和椎管内肿瘤是两类性质完全不同的疾病。临床上通过仔细分析其临床特点和影像学特征, 包括患者病史特点、患者临床症状及查体所见体征, 结合影像学资料综合诊断, 甚至对于有些不能明确诊断, 或者对诊断存在疑惑的情况, 通过手术直视下观察或者 CT 引导下取病变组织行病理组织学检查以明确诊断, 从而避免误诊的情况发生, 以指导正确的治疗, 只有这样, 患者才能获得相对良好的预后效果。在临床工作中, 我

们也应不断地总结经验, 不断提高诊断水平, 减少该类病例的误诊率。

参考文献

1. 景成伟, 许晓军, 付勤. 游离型腰椎间盘突出症的临床特点和治疗[J]. 实用骨科杂志, 2009, 15(11): 807-808.
2. 张海波, 张培勋, 白美玲, 等. 椎管内游离型腰椎间盘突出症的诊断及术式探讨[J]. 骨与关节损伤杂志, 2004, 19(5): 297-299.
3. Cayi SR, Kocak A, Alkan A, et al. Is there a clinical correlate to the histological and radiological evidence of inflammation in trans-ligamentous extruded and sequestered lumbar disc herniation [J]. Br J Neurosurg, 2004, 18(6): 576-583.
4. 于永林, 信效堂, 孙秋茹, 等. 椎管内肿瘤的临床表现与 MRI 表现特点分析[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2008, 15(9): 713-714.
5. Khong PL, Goh WH, Wong VC, et al. MR imaging of spinal tumors in children with neurofibromatosis [J]. AJR Am J Roentgenol, 2003, 180(2): 413-417.
6. 徐向东, 邱立勇, 张艳, 等. 腰椎间盘突出症影像学分析[J]. 中国矫形外科杂志, 2008, 16(5): 388-390.
7. Mitha AP, Hsu FD, Scott JN, et al. Sequestered intradural lumbar disc[J]. Can J Neurol Sci, 2009, 36(6): 776-778.

(收稿日期: 2011-04-14 修回日期: 2011-08-08)

(本文编辑 彭向峰)