

短篇

小细胞肺癌脊髓圆锥转移误诊一例

张希军* 赵胜祥

北京北亚骨科医院放射科 (北京 102445)

【关键词】小细胞肺癌；脊髓圆锥；磁共振成像

【中图分类号】R734.2；R445.2

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2022.02.059

A Case of Misdiagnosis of Conus Myeloid Metastasis of Small Cell Lung Cancer

ZHANG Xi-jun*, ZHAO Sheng-xiang.

Department of Radiology, North Suborthopaedic Hospital, Beijing 102445, China

1 病例资料

患者，男，59岁，已婚，2020年1月8日就诊于我院脊柱外科。患者无明显诱因出现双下肢无力伴走路不稳，双踝及双足麻木，休息后症状未见缓解，就诊前一天二便障碍、臀部感觉减退。有结核病史，已治愈。专科检查：双下肢肌力右侧3级、左侧2级，肌肉未见明显萎缩，肌张力增高。双侧踝关节以下针刺觉减退，味知觉与温度觉正常。双膝反射、跟腱反射减退。肛门反射消失，肛门括约肌肌力明显减退。影像学检查：胸腰椎MRI检查示腰1椎体水平脊髓圆锥增粗，内见椭圆形T₁WI等信号、T₂WI稍高信号病变，边缘部分T₂WI高信号，下段胸髓T₂WI呈高信号(图1~图2)；注入钆喷酸葡胺后扫描，病变明显强化，边界清楚，中心区强化程度稍弱于周边区域(图3~图5)，大小约0.9cm×0.9cm×1.8cm。诊断考虑：可能为腰1水平脊髓圆锥肿瘤，胶质瘤(室管膜瘤)，不能排除髓内神经源性肿瘤。胸部DR示双上肺陈旧性病变(图7)。术中所见：脊髓圆锥及马尾神经腹侧见质韧、实性肿物，大小约2cm×1cm，表面光滑，与脊髓圆锥及马尾神经粘连，剪开肿物外层包膜，见白色豆腐渣样肿瘤组织。术后双足麻木症状较术前明显缓解，二便障碍未恢复。病理结果：(脊髓内肿物)小细胞恶性肿瘤，结合免疫组化染色考虑小细胞肺癌转移可能性大(图6)。遂行胸部CT检查，胸部CT示左肺门区软组织肿块，纵隔内4区、7区淋巴结肿大、融合(图8)，患者拒绝胸部CT增强扫描。根据病理及胸部CT检查，诊断左肺门肺癌伴纵隔淋巴结转移、脊髓转移，转肿瘤科治疗。

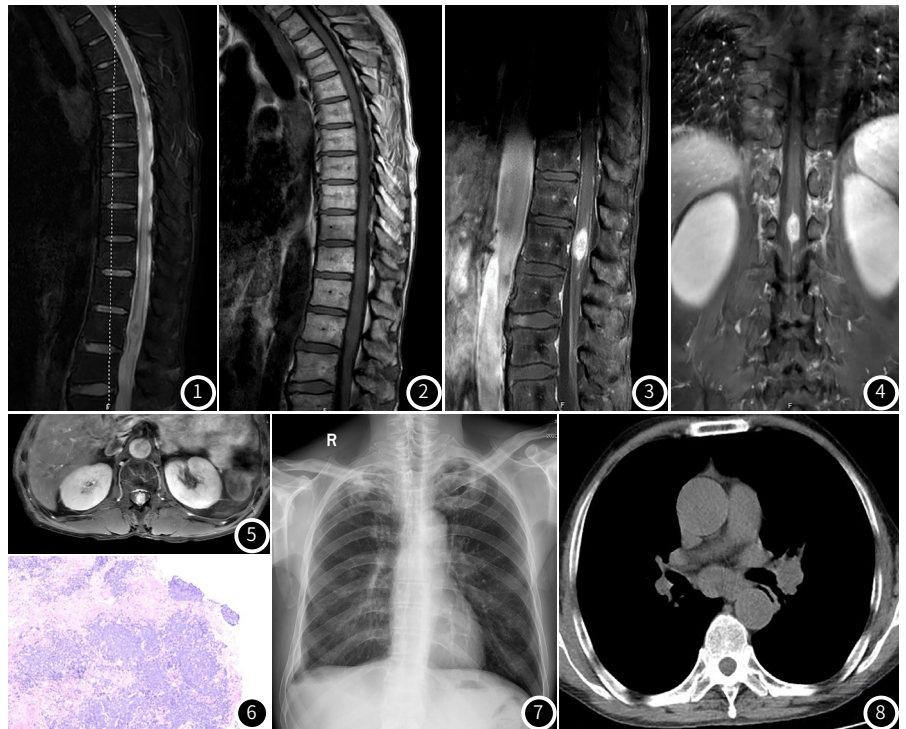


图1 矢状位T₁WI脂肪抑制脊髓增粗，脊髓圆锥肿块呈稍高信号，边缘部分呈高信号，胸髓高信号。
图2 矢状位T₁WI等信号，边缘部分呈稍高信号。图3~图5 肿块不均匀明显强化，中央区强化稍弱。
图6 病理诊断小细胞肺癌(HE×100)。图7 术前胸片示双上肺陈旧性病变，右侧胸膜肥厚粘连。图8 术后胸部CT显示左肺门肿块伴纵隔淋巴结肿大。

【第一作者】张希军，男，副主任医师，主要研究方向：中枢神经系统、骨关节影像诊断。E-mail: 729582293@qq.com

【通讯作者】张希军

2 讨论

脊髓转移瘤(intramedullary spinal cord metastasis, ISCM)临床非常少见,其发生率仅0.1%~0.4%^[1],是恶性肿瘤晚期经动静脉、软脑(脊)膜或直接侵犯而转移到脊髓实质的疾病。ISCM原发癌以肺癌、乳腺癌常见^[2],肺癌以小细胞肺癌最常见,且预后极差^[3]。ISCM临床表现有肢体无力、运动功能障碍、感觉减退、反射异常、括约肌功能障碍,约50%的ISCM患者表现为脊髓半切综合征^[4]。

ISCM的发生机制包括:(1)经动脉血行性播散,脊髓的动脉血供有3个主要来源,分别是脊髓前动脉、脊髓后动脉以及根动脉,其中胸段的根动脉来自于肋间动脉。肿瘤细胞经过动脉到达脊髓。(2)通过静脉系统播散,当胸腹腔压力增高或由于肿瘤细胞使局部血管闭塞时,肿瘤细胞经椎静脉丛交通支逆流到椎静脉造成脊髓内转移。(3)通过软脑(脊)膜侵入^[5]。以上转移途径以动脉血行转移为主。

ISCM影像表现:ICSM可表现为多发或单发病灶,脊髓各段均可发生,脊髓轻度或明显增粗,T₁WI呈等或低信号,T₂WI呈高信号,周围水肿呈高信号,增强后扫描常呈均质显著强化,边界清楚,也可因肿瘤中心坏死呈边缘强化,多发转移可表现为多发结节或斑点状强化,经软脊膜转移可出现脊膜线样或结节样强化,脊髓转移瘤周围水肿明显并且极少继发脊髓空洞。脊髓单发转移灶时需与其他原发髓内肿瘤相鉴别:(1)脊髓星形细胞瘤:病变发展缓慢,肿瘤边界欠清楚,常合并脊髓空洞,周围水肿较轻;而ISCM临床进展迅速,肿瘤体积小,边界清楚,周围水肿显著,呈小肿瘤大水肿,一般不合并脊髓空洞。(2)血管母细胞瘤:脊髓增粗范围长,但小结节强化病灶周围为囊变或空洞,而转移瘤周围为大范围水肿区。另外ISCM还需与髓内少见肿瘤如髓内淋巴瘤,神经节细胞瘤鉴别,而MR表现很难鉴别,往往依靠病理诊断^[6]。

本例术前未能做到正确诊断,分析原因:(1)对脊髓转移瘤影像认识不足,脊髓内单发肿瘤性病变,只考虑了原发肿瘤可能。(2)阅片不够仔细,影像细节疏漏,回顾性分析该病例,肿块上下方及脊髓表面脊膜线样强化,横断位增强扫描显示强化肿块边缘不光整,胸椎矢状位(图1~图2)隐约可以看到隆突下淋巴结,应提醒临床排除转移瘤。(3)患者首次就诊时仅有双下肢麻木、无力,排尿、排便障碍等脊髓损伤症状,无咳嗽、咳痰、咯血、呼吸困难等体征,术前仅做胸片常规检查,胸片难以显示左肺门占位及纵隔淋巴结的遗漏;(4)对患者临床症状分析不够充分,该患者临床症状进展迅速,有恶性病变的可能。这提醒以后遇到临床症状进展快的老年患者,要拓宽诊断思路,想到恶性肿瘤,尤其是转移瘤的可能,以便术前详细查体,发现原发病灶,以指导临床选择最佳治疗方案。

参考文献

- [1] 徐永冰,宋惠玲,杨俊杰,等.食管癌多发脑和脊髓转移1例[J].中国肿瘤临床,2019,46(5):265-266.
- [2] 张静,王培军,袁小东,等.脊髓髓内转移性肿瘤的MRI诊断及鉴别诊断[J].中国医学影像技术,2007,23(6):852-854.
- [3] 刘长虎,赵仁.小细胞肺癌脊髓内转移6例[J].实用医学杂志,2017,33(11):1898-1899.
- [4] 甄振华,申传厚,陶雄飞,等.厄洛替尼联合放疗治疗晚期肺癌脊髓转移1例报道[J].肿瘤基础与临床,2013,10(26):454-455.
- [5] 王琪,王滨,李军,等.脊髓内转移瘤的MRI图像分析[J].山东医药,2014,54(39):73-74.
- [6] 鱼博浪.中枢神经系统CT和MR鉴别诊断[M].第3版.西安:陕西科学技术出版社,2014:657-661.

(收稿日期:2020-04-03)