

laparoscopic cholecystectomy: incidence, complications, and management [J]. Surgical Endoscopy, 2004, 18 (8): 1200-1207.

[8] 郑恩双, 薛蕴菁, 孙斌, 等. 单次屏气3D-SPACE序列MR胰胆管成像技术的可行性初探 [J]. 中华放射学杂志, 2020, 54 (8): 799-803.

[9] Lin Y, Tan ET, Campbell G, et al. Improved 3D DESS MR neurography of the lumbosacral plexus with deep learning and geometric image combination reconstruction [J]. Skeletal Radiology, 2024, 53 (8): 1529-1539.

[10] Maki Y, Takayama M, Okawa T, et al. Diffusion tensor imaging combined with the dual-echo steady-state (DESS) protocol for the evaluation of the median nerve in the carpal tunnel: a preliminary study [J]. Surgical Neurology International, 2024, 15: 110.

[11] Li X, Huang W, Holmes JH. Dynamic contrast-enhanced (DCE) MRI [J]. Magnetic Resonance Imaging Clinics of North America, 2024, 32 (1): 47-61.

[12] Osawa I, Mitsufuji T, Nagawa K, et al. Comparing 2-dimensional versus 3-dimensional MR myelography for cerebrospinal fluid leak detection [J]. European Journal of Radiology Open, 2024, 12: 100565.

[13] Chen L, Wu H, Hu X, et al. Acquired tonsillar herniation related to spontaneous intracranial hypotension: case reports [J]. Frontiers in Neurology, 2024, 15: 1309718.

(收稿日期: 2024-11-15) (校对: 韩敏求 排版: 张鸿燊)

· 短篇 ·

1例表现为帕金森症状的脊髓肿瘤* One Case of Spinal Cord Tumor Presenting with Parkinson's Symptoms*

路 阳¹ 陆敏艳^{2,*}

1.南京医科大学附属江苏盛泽医院放射科
2.南京医科大学附属江苏盛泽医院神经内科 (江苏 苏州 215228)

第一作者: 路 阳, 男, 副主任医师, 主要研究方向: 颅脑影像。E-mail: 379940876@qq.com
通讯作者: 陆敏艳, 女, 副主任医师, 主要研究方向: 神经病学。E-mail: 441997542@qq.com

【关键词】帕金森病; 脊髓肿瘤; 神经鞘瘤
【中图分类号】R739.42
【文献标识码】D
【基金项目】苏州市科技计划项目(SLT2023028)
DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2026.03.061

病例资料: 患者女性, 54岁, 已婚。因“行走缓慢6年, 加重伴双下肢疼痛麻木1月”于2024年08月23日入院。

患者6年前无明显诱因开始出现行动迟缓, 起身、坐下、行走等动作都变得不灵活, 迈步困难, 下肢动作缓慢、笨拙明显, 有小碎步、慌张步态, 日常生活影响, 曾行头颅MR未见明显异常, 诊断考虑帕金森病, 先后予“美多芭、泰舒达”对症治疗, 患者症状稍有改善, 但改善程度不大, 1月前患者诉双下肢麻木明显, 考虑“泰舒达”不良反应, 予停用“泰舒达”, 但患者双下肢麻木无明显改善, 双下肢牵拉样疼痛, 右下肢明显, 伴肛门

胀痛, 小便失禁, 收住入院。查体: 双下肢肌张力高, 双下肢痛觉过敏, 双下肢腱反射减退。

入院完善检查: (1)腰椎MR: 胸腰段脊髓末端占位性病变, 考虑神经源性肿瘤可能, 建议进一步检查; (2)胸腰段MR增强: T11-L1水平椎管内占位, 考虑粘液乳头状室管膜瘤可能, 椎管狭窄, 建议进一步检查。肌筋膜炎。

患者至上级医院手术治疗, 术后病理: 神经鞘瘤。影像资料, 见图1~6。

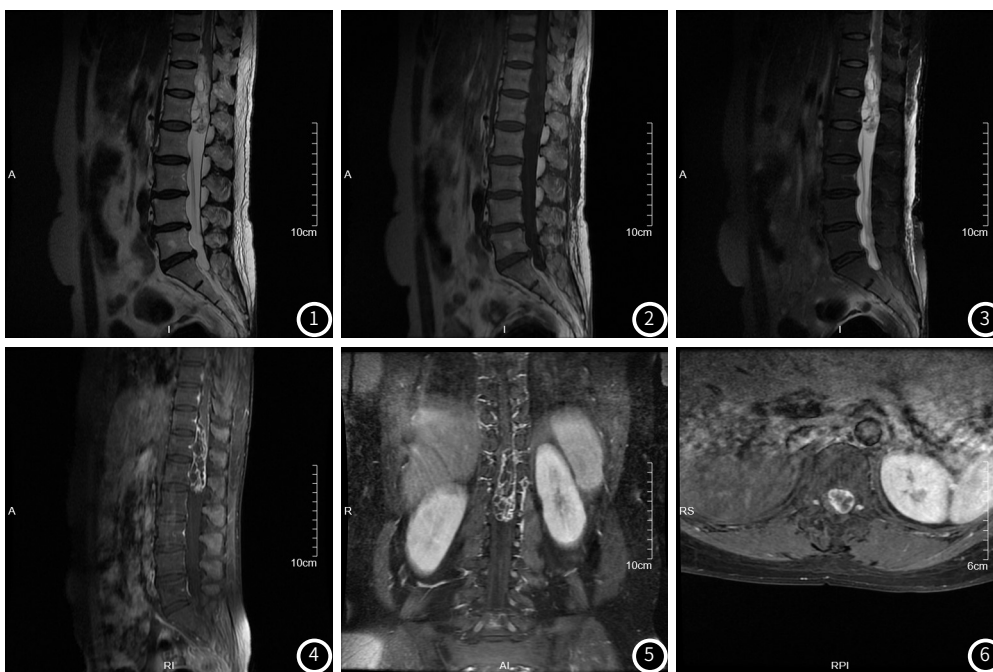


图1 T2WI。图2 T1WI。图3 T2压脂。
图4 增强扫描矢状位, 强化改变。图5 增强扫描冠状位, 强化改变。图6 增强扫描横断位, 强化改变。

讨论：脊柱神经鞘瘤是最常见的原发脊柱肿瘤之一，发病率为0.2~0.4/10万^[1]，最常见的年龄在40~70岁^[2]。早期症状包括疼痛和感觉异常，可发展为神经压迫、瘫痪和脊髓病^[3]。该患者发病6年后才出现疼痛和感觉异常，较少见。

椎管内肿瘤可通过X线、CT和MRI影像来辅助诊断，MRI确诊率最高，是诊断脊髓肿瘤最有效方法^[4]。早期诊断要重视脊髓肿瘤发病初期不典型征象及首发症状，及时行MRI检查，可使椎管内肿瘤诊断更加便捷与准确，早期诊断椎管内肿瘤，必须仔细分析影像学资料，紧密结合临床才能做出正确诊断^[5]。70%~80%脊髓肿瘤属于良性病变，手术是脊髓肿瘤唯一切实有效的治疗方法，可解除脊髓压迫，恢复神经功能^[6]。位于髓外硬脊膜下的神经鞘瘤，即使不全切或症状较重时才手术，也可能恢复脊髓功能，所以椎管内肿瘤一旦确诊，应积极采取手术治疗^[7]。

本例患者胸腰段脊髓肿瘤在表现出症状长达6年后被发现，主要原因包括：(1)患者起病形式为帕金森症状，症状进行性加重，表现为行动迟缓，迈步困难，头颅影像学排除颅内器质性病变，根据帕金森病诊断标准，习惯性诊断为帕金森病，直到患者出现双下肢麻木疼痛、肛门胀痛、小便失禁才考虑脊髓病变，延误了诊治。(2)患者早期药物治疗有部分疗效，临床上更支持了帕金森病诊断，后期出现肢体麻木，考虑药物副作用，停用后症状不改善，才进行脊髓的检查。患者临床表现和治疗均支持诊

断，但回顾性分析，本例患者下肢症状为主，无明显静止性震颤，查体双下肢肌张力高，上肢症状不明显，发病年龄偏轻，在初步诊断对病情缺少深入分析，因此，临床医师在诊断时，应详细询问病史和查体，尤其是中年患者症状进行性加重，需排除脊髓疾病。

参考文献

- [1] Singh A, Fletcher-Sandersjö A, El-Hajj VG, et al. Long-term functional outcomes following surgical treatment of spinal schwannomas: a population-based cohort study[J]. *Cancers (Basel)*, 2024, 16(3).
- [2] Alvarez-Crespo D J, Conlon M, Kazim S F, et al. Clinical characteristics and surgical outcomes of 2542 patients with spinal schwannomas: a systematic review and meta-analysis[J]. *World Neurosurgery*, 182: 165-183.
- [3] Takahashi T, Hirai T, Yoshii T, et al. Risk factors for recurrence and regrowth of spinal schwannoma[J]. *J Orthop Sci*, 2023, 28(3): 554-559.
- [4] 朱双芳, 黄学良, 林雨聪, 等. 230例椎管内肿瘤的诊断及手术治疗经验[J]. *中国矫形外科杂志*, 2019, 27(3): 230-234.
- [5] 徐广辉, 陈汉章, 满毅, 等. 经后路椎板减压脊柱椎管内肿瘤手术切除的临床分析[J]. *齐齐哈尔医学院学报*, 2013, 34(8): 1095-1097.
- [6] Sandalcioglu IE, Gasser T, Asgari S, et al. Functional outcome after surgical treatment of intramedullary spinal cord tumors: experience with 78 patients[J]. *Spinal Cord*, 2005, 43(1): 34-41.
- [7] 凌国锋, 赵二勤, 卜俊辉. 椎管内髓外硬膜下肿瘤28例临床分析[J]. *肿瘤基础与临床*, 2013, 26(2): 150-151.

(收稿日期: 2024-10-07) (校对: 韩敏求 排版: 张鸿燊)

· 短篇 ·

I型神经纤维瘤病合并右前臂低度恶性肌纤维母细胞肉瘤1例 Neurofibromatosis Type 1 with Low-grade Malignant Myofibroblastic Sarcoma of the Right Forearm: One Case Report

巫江东 易志军*

郴州市第四人民医院(湖南 郴州423000)

第一作者: 巫江东, 男, 主治医师, 主要研究方向: 影像诊断。E-mail: 342090941@qq.com

通讯作者: 易志军, 男, 副主任医师, 主要研究方向: 影像诊断。E-mail: 702151326@qq.com

【关键词】神经纤维瘤病I型; 低度恶性肌纤维母细胞肉瘤; 右前臂; 磁共振成像

【中图分类号】R445.2

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2026.03.062

病例资料：患者，男，26岁，右前臂近端背侧见一大小约8cm×10cm包块，局部皮肤菲薄，可见少量曲张静脉。患者面部、四肢及躯干皮下多发大小不一的结节，四肢躯干可见多发牛奶咖啡斑。肿瘤标志物未查，余实验室检查无特殊。

影像学检查：右肘关节X线：右前臂背侧软组织内见巨大团块状高密度影，右侧肘关节诸骨未见骨质破坏征象(图4)。右前臂、颈椎、腰骶椎MR平扫及增强：右前臂上段可见一巨大软组织肿块影，边界较清，T1WI呈等信号(图5)，T2WI呈高信号(图6)，信号不均匀，其内可见斑片状囊变坏死区，局部可见T1WI高信号、T2WI稍高信号出血影，肿块大小约60mm×80mm×124mm，邻近骨质未见破坏，增强扫描肿块实性部分强化明显(图7)，可见斑片状无强化/弱强化囊变坏死区及出血区。颈部、双侧锁骨上下区、脊柱旁多发长条状、梭形

T1WI低信号、T2WI高信号病灶沿神经走行(图2~3)，病灶边界清晰，增强扫描呈轻度强化。胸部CT增强：双侧锁骨上下区、纵隔、腹膜后、腹股沟、脊柱旁多发长条状、梭形低密度影，呈轻度强化；皮肤、皮下、胸壁多发低密度结节及肿块(图1)，呈轻度强化。影像诊断：考虑右前臂神经鞘瘤(局部囊变、出血)；I型神经纤维瘤病。手术与病理：右前臂肿块行CT定位引导下穿刺活检术，予活检枪取标本涂片及留取送检。病理镜下见梭形肿瘤细胞呈束状排列伴坏死。免疫组化：瘤细胞Vim(+)、Desmin(+)、MyoD1(-)、Myogenin(-)、S100(局灶+)、MSA(+)、SMA(-)、CD34(+)、CD31(+)、Calponin(-)、Ki67(+，<1%)。病理结论：(右前臂)结合免疫组化结果，病变考虑为低度恶性肌纤维母细胞肉瘤(low-grade myofibroblastic sarcoma, LGMS)，见图8。术后随访1年，患者肺部、胸膜多发转移。