

短 篇

椎管硬膜内毛细血管瘤1例并文献复习

中国人民解放军第三医院医学影像科 (陕西 宝鸡 721004)

侯秋萍 戴 捷 曹俊华
张士文

【关键词】椎管内; 毛细血管瘤

【中图分类号】R445.3; R739.42

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5131.2015.10.038

通讯作者: 侯秋萍

毛细血管瘤是血管性肿瘤的一个常见类型,多认为起自胚胎早期发育异常,多见于头颈部体表与软组织,原发于椎管内毛细血管瘤罕见^[1],易误诊为其它性质肿瘤,现将我院近期经病理证实椎管内髓外硬膜内毛细血管瘤1例报告如下,并结合相关文献复习,旨在进一步提高对本病的认识。

1 病例资料

患者,男,43岁。无诱因腰背部疼痛伴左下肢麻痛半年,加重3月入院。专科查体:左小腿外侧及足背外侧皮肤深浅感觉减弱,双侧Hoffman征阳性,左下肢肌力较对侧减弱。

1.1 影像学检查 MRI平扫示:胸10-11平面脊髓背侧见一椭圆形等T1稍长T2信号占位,水平段脊髓受压向前向前推移,瘤体上下部脊髓水肿呈稍长T1长T2信号改变,边界不清(图1,2)。注入Gd-DTPA15ml后增强扫描示:胸10-11平面椎管内脊髓背侧见一椭圆形大小约为1.2cm×1.4cm×1.9cm显著均一强化瘤体,边界清晰,右侧缘与脊髓紧贴紧贴,局部脊髓受压向右前方移位(图3,4)。考虑:胸10-11平面椎管内髓外硬膜内良性占位,局部脊髓受压并水肿,脊膜瘤或神经源性肿瘤。

1.2 手术所见 肿瘤位于胸11椎体后,呈椭圆形,约1.5cm×1.5cm×2.0cm,包膜完整,被脊髓包绕紧密,且有数根神经自肿瘤中心穿过,因肿瘤与脊髓粘连过于紧密,为防止过度牵拉及损伤脊髓,故未将肿瘤完全切除干净。

1.3 病理诊断 胸10-11平面椎管硬膜内毛细血管瘤。免疫组化:CD34(+++),VIW(++),Actin(+),S-100(-),EMA(-),见图5-6。

2 讨 论

椎管肿瘤在临床中属于比较常见疾病,按照肿瘤发生的部位,临床将其分为髓内、髓外硬膜内和髓外硬膜外三种,以髓外硬膜内肿瘤为最多见,髓外硬膜内肿瘤又以神经源性肿瘤及脊膜瘤多见,椎管内毛细血管瘤少见,目前文献报道不多,有的作者称其为真性血管瘤或增生性血管瘤。血管瘤可发生于脑、脊髓、软脑膜,以后者多见。毛细血管瘤的外观呈暗红色肿块,外包以致密结缔组织形成的包膜,组织病理学由一团紧密结合在一起的成熟毛细血管构成,毛细血管壁有平滑肌,内衬扁平上皮、间有少量结缔组织^[2]。椎管内毛细血管瘤,绝大多数见于中年,多出现在下胸段,脊髓圆锥和马尾,多位于脊髓后侧或后外侧,根据部位分为髓外硬膜外、髓外硬膜内(包括髓内)两种,以后者多见。Shin^[3]等认为肿瘤跨髓内外生长的原因是肿瘤起源于脊髓后动脉的软脊膜穿支血管。硬膜内毛细血管瘤可起源于马尾神经、硬脊膜或软脊膜的血管。椎管内毛细血管瘤的症状与该部位其它肿瘤引起的症状无显著差异,肿瘤压迫脊髓神经根引起各种神经功能障碍,长期压迫脊髓造成脊髓水肿,变性坏死,引起不同程度的脊髓压迫综合征,早期症状中以神经根痛最为常见,其次是运动障碍,如肢体肌肉萎缩,肌力减退及感觉障碍,肿瘤如合并出血,常表现为突发剧烈疼痛,继而双下肢或四肢瘫,故早期正确诊断及治疗非常重要。影像学表现:血管造影示:供血

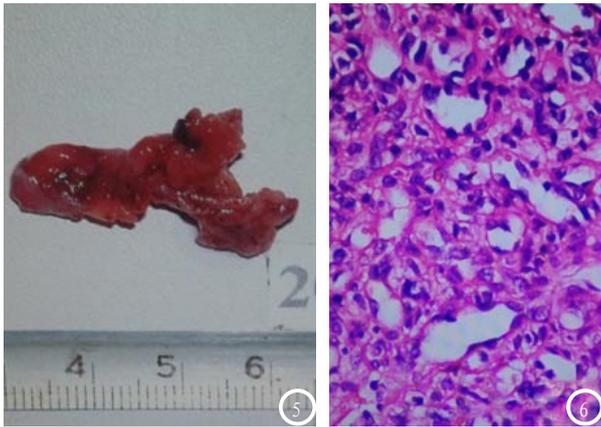


图1 T2WI胸10-11平面椎管内脊髓背侧见椭圆形稍长T2信号灶，显示段脊髓水肿。图2 T1WI肿瘤呈等信号，与脊髓信号一致，脊髓后缘受压，瘤体上下脊髓蛛网膜下腔增宽。图3-4 注入Gd-DTPA15ml后 瘤体呈显著尚均一强化，冠状位显示瘤体右侧缘与脊髓粘连紧密。图5 灰红色不整形组织，体积2.5cm×1.5cm×1.0cm，切面灰白色质脆。图6 毛细血管和腔壁内皮细胞聚集，并见少许间质。

动脉为单根或多根，引流静脉增粗早显，毛细血管期肿瘤呈浓密染色，该方法目前被认为是诊断本病的最佳方法。CT：呈圆形或类圆形边界清楚的高密度病灶，一般密度均匀，不伴有钙化，增强CT血管瘤呈明显均匀强化。MRI：肿瘤T1WI呈等信号，T2WI呈高信号，增强扫描后显著均匀强化，瘤周无水肿，此征象无可靠定性特征，有时见肿瘤的粗大供血动脉和引流静脉呈条状低信号，为流空效应。MRI无创、无骨伪影干扰、具有软组织分辨率高，平扫就能显示瘤体内流空血管，加之顺磁性造影剂的应用，可清楚显示肿瘤的轮廓及血供，肿瘤与脊髓关系，这方面其它影像学检查远不如MRI，故MRI常作为椎管内病变的首选检查方法，毛细血管瘤MRI表现缺乏特征性，易误诊为椎管内其它良性肿瘤，正确诊断较为困难^[1,2]。本例椎管内毛细血管瘤发生部位及MR信号与文献报告一致，MR显示肿瘤边

界清晰，其内侧缘与脊髓关系密切，肿瘤强化显著，水平段脊髓水肿，提示肿瘤富血供，瘤体与脊髓关系密切，术中显示肿瘤被脊髓紧密包绕，且见神经跟穿过瘤体，这与MR所见一致，本例MR表现未见流空血管影，考虑与瘤体小及设备场强低，分辨率有限有一定关系。鉴别，与椎管内脊膜瘤鉴别，(1)脊膜瘤临床多见于中年女性，常见于胸段及枕大孔附近，矢状位肿瘤呈椭圆形，肿瘤一般T1WI及T2WI均呈等信号，钙化率高为其显著特点。(2)与椎管内神经源性肿瘤鉴别，神经纤维瘤常多发，呈梭形，无包膜，肿瘤囊变、坏死少见；神经鞘瘤多单发，腰段常见，瘤体可有囊变、坏死，若肿瘤大，则沿椎间孔突出到椎旁，呈哑铃状，椎间孔扩大是特征性改变。(3)与椎管内硬膜下血管畸形区别，硬膜下血管畸形即动静脉直接短路，其间无异常血管团，T1WI及T2WI均呈血管流空低信号，此征象容易观察，故易于鉴别^[3]。总之椎管内毛细血管瘤临床表现与相应部位其它性质肿瘤表现无显著差异，

MR检查首选，当胸段椎管内出现等或稍长T1稍长T2信号肿块，强化显著，瘤体内及周缘见到流空血管时，要高度怀疑毛细血管瘤的可能。椎管内毛细血管瘤治疗主要靠手术切除，有作者认为，因该血管性疾病术中出血往往凶猛，可先行供血血管栓塞术，再行手术切除，瘤体不能全切者术后应放射治疗^[1]。

参考文献

[1] 王文献, 岳恒志, 范辉等. 椎管内毛细血管瘤的MRI表现[J]. 中国临床医学影像杂志, 2006, 17(4): 298-299.
 [2] 沈天真, 陈星荣, 吴恩惠等. 神经影像学[M]. 上海: 科学技术出版社, 2004. 444.
 [3] Shin JH, LeeHK Jeon SR, et al. Spinal intradural capillary hemangioma MR findings, ANR, 2000, 21(5): 954.
 [4] 鱼博浪. 中枢神经系统CT 和MR鉴别诊断[M]. 陕西: 科学技术出版社, 2005, 5: 638-639, 657.

(本文编辑: 汪兵)

【收稿日期】2015-09-01