

## 颈椎转移性恶性黑色素瘤一例

白雪琴, 胡喜斌, 孙新海, 魏君臣, 李娴, 李美芹, 徐洁

【中图分类号】R814.42; R445.2; R739.5 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2007)10-1125-01

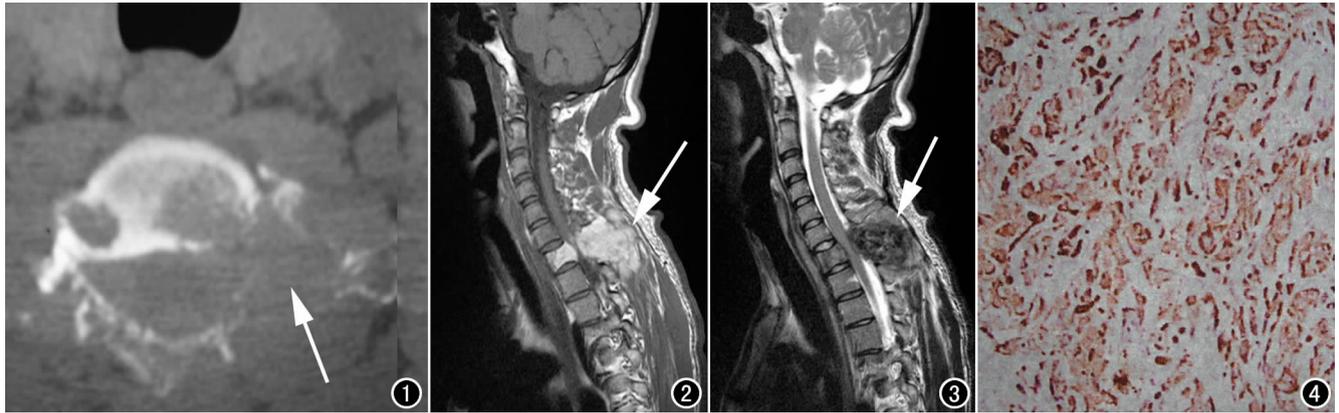


图 1 CT 示颈<sub>7</sub> 椎体骨质破坏,以左侧椎弓根明显,内未见斑点状钙化。图 2 MRI T<sub>1</sub>WI 示颈<sub>7</sub> 椎体及椎弓根、棘突正常骨髓信号消失呈短 T<sub>1</sub> 高信号。图 3 T<sub>2</sub>WI 呈短 T<sub>2</sub> 低信号,相应椎管脊髓受压。图 4 HE 染色显示肿瘤形态多样化,大小不等,有明显异形性,胞质丰富红染,界限不清,细胞内外可见不规则黑色素颗粒。

**病例资料** 患者,男,27 岁,因颈部不适并双上肢麻木半年入院,既往曾有结核病史。查体:患者体温 37.5°,消瘦,全身浅表淋巴结无肿大,左侧肩部皮肤可见 4.0 cm×3.0 cm 黑色痣,无隆起,表面无破溃。颈<sub>7</sub>、胸<sub>1</sub> 棘突处局部略膨隆,压痛、扣痛,表皮温度不高,表面未见异常扩张血管,胸<sub>2</sub> 平面以下感觉渐退,双侧肢体活动可,双上肢感觉渐退,双上、下肢肌力无明显异常。

X 线示颈<sub>7</sub> 椎体形态正常,棘突缺如局部骨质破坏。CT 及 MRI 显示如图说。ECT 示颈<sub>7</sub> 椎体异常核素浓聚,考虑肿瘤。诊断:颈<sub>7</sub> 椎体附件区骨质破坏,疑不典型结核(干酪样坏死),但不除外原发性恶性肿瘤(图 1~3)。

术中诊断及病理学资料:入院后行后路椎管减压并肿瘤切除,术中见颈<sub>7</sub> 椎体及附件呈墨汁黑色质软组织,间杂混有不规则颗粒状和块状死骨,局部脊髓受压,术中诊断恶性肿瘤破坏骨质。病理切片示肿瘤形态多样化,大小不等,有明显异形性,胞质丰富红染,界限不清,细胞内外可见不规则黑色素颗粒,考虑转移性黑色素瘤(图 4),建议检查全身皮肤及其他黏膜。免疫组化:瘤细胞 CK、S-100、HMB-45 阳性。

**讨论** 恶性黑色素瘤起源于胚胎时期神经嵴细胞的高度恶性肿瘤,多见于皮肤和黏膜,发生骨转移临床较为少见,一般多先累及局部淋巴结后由血行转移到肝脏、肺、皮肤、脑、骨等,转移至椎体多以病理性骨折为首发症状<sup>[1]</sup>。

发生于椎体的黑色素瘤可分为原发性及转移性,当患者合并有皮肤或黏膜恶性黑色素瘤,椎体也发生黑色素瘤者多为转

移性,当椎体椎管存在恶性黑色素瘤但皮肤黏膜没有病变多为原发性<sup>[2]</sup>。黑色素瘤转移到椎体少见,常见于扁骨或松质骨,其病变多而广泛,伴有软组织肿胀,呈溶骨性或混合型,易合并病理性骨折。X 线表现为椎弓根破坏或溶骨性改变以及椎体骨质疏松。CT 上表现为骨质广泛性破坏,破坏区内无骨硬化性边缘以及砂粒状死骨,可累及椎体附件并导致周围软组织肿胀。仅依据 X 线或 CT 与其他发生于椎体的骨质破坏型病变如椎体结核和转移瘤不易鉴别。但 MRI 诊断黑色素瘤有特点,表现为 T<sub>1</sub>WI 高信号,T<sub>2</sub>WI 低信号,基本原理是由于肿瘤内含有足量的黑色素和含铁血黄素,而黑色素缩短 T<sub>1</sub> 和 T<sub>2</sub> 时间表现从而出现特有的 MRI 征象<sup>[3]</sup>,根据 MRI 可将黑色素瘤与其他椎体破坏性病变鉴别开来。当 MRI 影像诊断怀疑黑色素瘤椎体转移后应详细询问病史并体格检查,特别注意隐蔽部位如鼻咽肛门等处的黑痣。本例患者因以前有结核病史,从而导致误诊而没有考虑典型的黑色素瘤表现,回顾性分析典型 MRI 表现并结合临床检查术前应考虑到黑色素瘤的可能。

**参考文献:**

- [1] 成志明. 以病理性骨折为首发症状的转移性恶性黑色素瘤一例[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2002, 18(3): 285.
- [2] 王建民, 张景贵. 椎体黑色素瘤误诊为椎体结核一例[J]. 中国医学影像技术杂志, 2003, 19(5): 573.
- [3] 沈天真, 陈星荣. 神经影像学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2003. 768-769.

(收稿日期: 2006-12-25)