

- [3] Thorsten RCJ, Konstantin N, Alexander B, et al. Dual-source CT for chest pain assessment[J]. Eur Radiol, 2008, 18(4): 773-780.
- [4] Hamir R, M. Sc, Christopher B, William E, et al. Early versus delayed invasive intervention in acute coronary syndromes[J]. NEJM, 2009, 360(21): 2165-2175.
- [5] Doss M, Balzer J, Martens S, et al. Surgical versus endovascular

treatment of acute thoracic aortic rupture: a single-center experience[J]. Ann Thorac Surg, 2003, 76(5): 1465-1469.

- [6] 荆全民, 王效增, 韩雅玲, 等. 主动脉夹层合并冠心病的联合介入治疗[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2008, 16(2): 66-69.

(收稿日期: 2011-08-22)

## 椎管内硬膜外血管母细胞瘤一例

· 病例报道 ·

黄亮, 翟昭华

【中图分类号】R445.2; R739.45 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2012)10-1148-01

**病例资料** 患者,女,21岁。因剖宫产术后28 h 双下肢感觉、运动突然消失21 h 入院,既往体健。查体:左上肢肌力3级,右上肢肌力4级;胸骨角平面以下感觉、运动、反射完全消失,循环存在。双下肢肌张力低下,病理征未引出。

颈椎MRI: C<sub>6</sub>-Th<sub>1</sub>水平椎管内硬膜外长条状异常信号,大小约4.0 cm×0.8 cm×1.6 cm,相应层面蛛网膜下腔受压,脊髓向前受压变窄伴信号异常,病灶T<sub>1</sub>WI呈等、稍低信号, T<sub>2</sub>WI呈稍高、低混杂信号, STIR序列上呈稍高、低混杂信号,增强后小的壁结节及边缘可见明显均匀强化,囊变区未见强化,椎体未见异常信号影(图1~4)。影像诊断: C<sub>6</sub>-Th<sub>1</sub>水平椎管内髓外硬膜外血肿可能,累及相应水平脊髓。

手术所见: 肿块位于C<sub>6</sub>-Th<sub>1</sub>椎管内硬膜外后方,长约6 cm的紫红色占位性病变,向前压迫硬脊膜,伴有少量黑色血凝块,边界清晰,病变血供丰富。

病理: (C<sub>6</sub>-Th<sub>1</sub>椎管内)送检物为血块、坏死物及纤维组织,灶性区域见较丰富的毛细血管,血管间见体积较大、胞浆空亮的细胞(图5)。免疫组化: Ⅷ因子(+), CD31(+), CD34(-), CK(-), GFAP(+), Ki-67阳性细胞率约5%(图6)。诊断: C<sub>6</sub>-Th<sub>1</sub>血管母细胞瘤。

**讨论** 血管母细胞瘤又称毛细血管性血管母细胞瘤、血管网状细胞瘤或毛细血管瘤内皮细胞瘤。是中枢神经系统较少见的良性肿瘤,起源于中胚叶细胞的胚胎残余组织,为真性血管性良性肿瘤,在2007年WHO分类中归于脑膜肿瘤类中与脑膜有关的其他肿瘤,由间质细胞和丰富的毛细血管所组成<sup>[1]</sup>。血管母细胞瘤多为单发(约占2/3),多发者则常见于von Hippel Lindau (VHL)综合征患者。可分为大囊小结节型及实质型,好发于后颅窝,在椎管肿瘤中血管母细胞瘤较少见,多发生于脊髓内,占脊髓原发肿瘤的1.6%~5.8%。本例发生于椎管内硬脊膜外是极罕见的,属于大囊小结节型,瘤周可见流空血管影,增强后壁结节明显强化,囊变区未见强化。本例患者为急性起病,考虑为肿瘤合并出血,压迫颈段脊髓,致患者双下肢感觉、运动突然消失,影像和术中证实为肿瘤伴出血。首选治疗方案是早期积

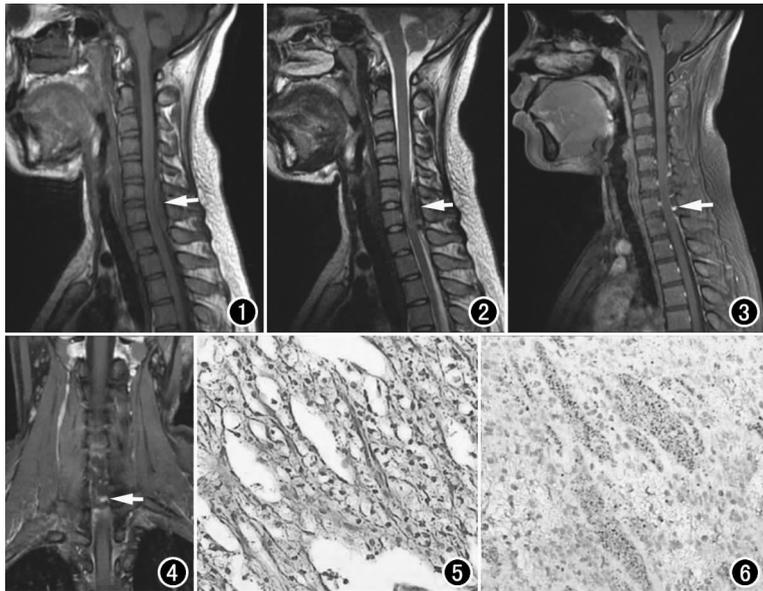


图1 矢状面T<sub>1</sub>WI示椎管内硬膜外肿块中心呈稍低信号(箭),外围呈等信号,病灶下极见流空血管影。图2 矢状面T<sub>2</sub>WI示病灶呈稍高、低混杂信号(箭),前方脊髓内见片状稍高信号。图3 矢状面增强扫描示病灶下部一小结节呈明显均匀强化(箭),周边部及分隔线呈明显线样强化,中心部未见强化。图4 冠状面增强扫描示壁结节明显均匀强化(箭)。图5 镜下示较丰富的毛细血管,血管间体积较大、胞浆空亮的细胞,考虑血管母细胞瘤可能(×400, HE)。图6 免疫组化示Ⅷ因子(+), CD31(+), CD34(-), CK(-), GFAP(+), Ki-67阳性细胞率约5%(×400)。

极的椎板切除减压,清除血肿,同时行病变切除。但因其病变血供极丰富,直接手术切除有一定困难。术前血管内介入治疗可有效将供血动脉栓塞,使瘤体缩小,减少术中出血,术中采用显微手术可达到全切的目的。

血管母细胞瘤需与其他椎管内硬膜外肿瘤鉴别,如转移瘤、淋巴瘤、恶性纤维组织细胞瘤、黑色素瘤等恶性肿瘤,其次为海绵状血管瘤、胆脂瘤、脊膜瘤、神经源性肿瘤、结核性肉芽肿等。

### 参考文献:

- [1] 钱银锋, 余永强. 2007年WHO中枢神经系统肿瘤分类及影像学[J]. 实用肿瘤学杂志, 2008, 22(2): 166-169.

(收稿日期: 2011-09-07)

作者单位: 637000 四川, 川北医学院附属医院放射科

作者简介: 黄亮(1981-), 男, 湖南安化人, 硕士研究生, 住院医师, 主要从事中枢神经系统和五官影像诊断工作。