DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.06.041

第三军医大学学报1991年第13卷第6期

颈椎脊索瘤一例报告

冯　华　王宪荣　（第三军医大学西南医院　神经外科）　630038

脊索瘤多发生于骶部及颅底，颈椎脊索瘤报告不多。我们曾收治1例，现报告于下：

患者，女，51岁。因左颈部包块8个月伴左上肢疼痛入口腔科。曾多次在院外活检，未明确诊断，包块迅速增大，疼痛加重。查体见包块约8 cm×5 cm，质硬，边界不清，动度差；左上臂外展困难，大鱼际肌萎缩。病后曾有多次室上性心动过速发作。颈椎片未见异常。CT示颈4椎体左侧3.2cm×3.0cm×5.6cm实质性包块，边界欠清晰，肿块内可见碎骨样结构，无明显增强效应。全麻下行肿瘤大部切除。术后1月复查CT仍见有2.3cm×4.2cm肿瘤，有少许肿瘤经扩大的椎间孔突入椎管。再次经颈切除残瘤。病理组织经多家医院会诊，诊断为脊索瘤。术后3月颈部又出现包块，伴有疼痛及左上肢麻木无力，随之双下肢、右上肢麻木无力，并逐渐加重，不能站立，大便困难。术后6月CT示颈4、5椎体左侧5.1cm×3.1cm肿瘤，突入椎管内压迫脊髓。以脊髓压迫症收入神经外科。胸片示左膈肌麻痹。双侧正中神经体感诱发电位异常。MR示颈4椎体左侧3.6cm×4.6cm肿瘤，少部突入椎管内压迫脊髓，颈4椎体T_1信号强度减弱。动脉法数字减影示颈4左侧一异常血管团，瘤染时间约4 min，主要由甲颈干供血，椎动脉受压移位。第3次手术先行椎管探查，将突入椎管内之肿瘤全部切除，再切除椎旁肿瘤，与椎体粘连之肿瘤基底也一并切除。术后恢复顺利，第20天可行走。行加速器放疗，瘤区60Gy，脊髓30Gy。术后近3年随访，神经功能缺失已基本恢复，但近5月左颈部又出现2.0cm×1.5cm包块，质硬。

讨　论

脊索瘤占原发性恶性骨肿瘤的1.8%～4.3%[1][2]。国内共216例，发生于脊柱者仅22例[2]。裘明德等[3]复习文献中脊索瘤790例，发生于颈段者共60例，大多表现为局部包块，仅有少数伴有脊髓压迫症，且预后不良。本例除伴有脊髓压迫外，尚伴有室上性心动过速，也许与颈部植物神经受压有关。文献中认为骨质破坏是脊索瘤的诊断要点之一[1][3][4]，本例平片虽未见到骨质破坏，但MR显示颈4椎体T_1信号减弱，说明骨质已存在普通X线片难以发现的改变。由于脊索瘤少见，发生于颈椎者更少，故临床早期诊断困难。我们认为中轴区软组织包块，有周围组织压迫症状及骨质破坏时应考虑此病。早期彻底切除肿瘤，解除对周围组织的压迫是较为可靠的治疗；证实侵入椎管内时，应先行椎管内肿瘤切除。本例结果支持Amendoal等[4]的肿瘤切除加放疗对延长病人生命有肯定作用的观点。

关键词：脊索瘤；颈椎；放射治疗

参 考 文 献

1. 王家珊　徐维邦　许新复。骶椎脊索瘤。第三军医大学学报　1986；8：178
2. 刘子君　李瑞宗　刘昌茂，等。骨肿瘤与骨瘤样病12404例病理统计分析。中华骨科杂志　1986；6：162
3. 裘明德　刘子良。中轴脊索瘤的诊断与治疗。中华外科杂志　1980；18：316
4. Amendola BE, Amendola MA, Oliver E, et al. Chordoma: Role of radiation therpy. Radiology　1986；158：33

（收稿：1991-03-20；修回1991-07-197）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net