

肝、骨多发转移。本病需与以下疾病相鉴别:①肺鳞癌,多呈厚壁偏心性空洞,实性病灶代谢明显增高,空洞坏死组织代谢缺损;②肺腺癌,肿块多可见短毛刺征,代谢明显增高,磨玻璃样及囊性病

灶代谢呈轻度增高;③淋巴瘤,多表现为全身淋巴结肿大,可相互融合,代谢明显增高,多合并脾大,脾脏代谢增高;④肺部慢性肉芽肿性炎,多发淋巴结肿大, SUV_{max} 值较高。

Chordoma involving multiple neuraxial bones: Case report 脊索瘤累及全脊柱节段 1 例

傅 璠, 卢 洁*

(首都医科大学宣武医院放射科, 北京 100053)

[Keywords] chordoma; spine; tomography, X-ray computed; magnetic resonance imaging

[关键词] 脊索瘤; 脊柱; 体层摄影术, X 线计算机; 磁共振成像

DOI:10.13929/j.issn.1003-3289.2020.09.048

[中图分类号] R739.41; R445 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2020)09-1428-01



图 1 脊索瘤累及全脊柱节段 A. 头颅 CT 平扫骨窗图像; B. 颈椎矢状位 T2WI; C. 胸椎矢状位增强 MRI; D. 腰椎矢状位增强 MRI; E. 病理图(HE, ×40)

患者男, 32 岁, 左肩疼痛 1 年余, 进行性加重 2 个月, 伴左腿协调能力下降, 按“颈椎病”治疗后未见好转。查体: 左上肢、左手触觉减退, 右胸乳头下至右腿温度觉减退。实验室检查未见明显异常。头颅 CT: 颅底斜坡见约 0.5 cm×0.6 cm 不规则小片状软组织密度影, 周围骨质破坏(图 1A)。脊柱 MRI: $C_2 \sim C_6$ 椎体水平硬膜外见 3.1 cm×1.6 cm 不规则 T2WI 高信号, 边界清晰, 部分椎板受累(图 1B), $T_2 \sim T_3$ 椎体水平硬膜外 0.3 cm×0.4 cm 条形异常信号, L_2 椎体内见两处片状异常信号, 分别为 0.3 cm×0.6 cm、0.4 cm×0.4 cm, 边界清晰, 上述病灶增强后均呈轻度强化(图 1C、1D)。综合影像学诊断考虑为脊索瘤累及全脊柱节段。于 $C_2 \sim C_6$ 椎体水平经后正中入路行椎管内肿瘤切除术, 术中见灰红色肿物位于硬脊膜左侧, 压迫脊髓使之右移; 其包膜与硬脊膜及 C_3 神经根粘连, 质地软韧不均, 血供丰富, 部分椎板受累。术后病理: 光镜下肿瘤细胞

排列松散, 细胞质内富含黏液, 呈空泡状(图 1E)。病理诊断: 典型脊索瘤。

讨论 脊索瘤起源于胚胎残留脊索组织, 为低度恶性肿瘤, 好发于骶尾部和颅内, 颅内脊索瘤多见于颅底斜坡, 以单发病变为主, 肿瘤内部多有钙化、出血、囊变或坏死, 多发脊索瘤临床罕见。脊索瘤 CT 平扫呈等密度或稍高密度, 常见斑片状或斑点状钙化, 伴斜坡、蝶鞍处骨质破坏; MR T1WI 呈低信号, T2WI 呈不均匀高信号, 增强呈不同程度强化且不均匀。本例脊索瘤累及颅底斜坡, 脊椎病变虽无病理学结果支持, 但影像学所见符合脊索瘤表现, 故诊断为多发脊索瘤。本病需与以下疾病相鉴别: ①转移瘤, 通常有原发病变, 多发病灶呈跳跃性分布, 易累及椎弓根; ②多发性骨髓瘤, 表现为多椎体溶骨性骨质破坏, 晚期可形成软组织肿块, 增强扫描呈明显强化。最终诊断依靠病理学检查。

[基金项目] 北京市自然科学基金(Z190014)、北京市医院管理局“登峰”计划专项经费资助项目(DFL20180802)。

[第一作者] 傅璠(1993—), 女, 山东烟台人, 在读博士, 医师。E-mail: 13263163377@163.com

[通信作者] 卢洁, 首都医科大学宣武医院放射科, 100053。E-mail: imaginglu@hotmail.com

[收稿日期] 2020-02-27 [修回日期] 2020-08-02