

引用本文:李贝贝,邹欣欣,付青松,等.腰椎管内神经鞘瘤误诊为腰椎间盘突出症1例[J].安徽医药,2022,26(3):514-516.DOI:10.3969/j.issn.1009-6469.2022.03.021.



◇临床医学◇

腰椎管内神经鞘瘤误诊为腰椎间盘突出症1例

李贝贝,邹欣欣,付青松,崔西龙,于海洋

作者单位:安徽医科大学阜阳临床学院(阜阳市人民医院)骨科,安徽 阜阳 236000

通信作者:于海洋,男,主任医师,硕士生导师,研究方向为骨科脊柱方向,Email:fy.yhy@163.com

基金项目:安徽省科技厅2017年重点研究与开发计划立项项目(1704a0802159)

摘要: 目的 总结1例腰椎管内神经鞘瘤被误诊为腰椎间盘突出症病人的诊疗过程,积累该类病人的临床诊疗经验。方法 回顾性分析2019年10月阜阳市人民医院脊柱病区收治的1例腰椎管内神经鞘瘤易被误诊为腰椎间盘突出症病人诊疗的临床资料,探讨其疾病特点及易被误诊原因。结果 病人主诉腰痛伴左下肢麻木、疼痛1年,加重2周。入院诊断:腰椎间盘突出症L4/5。后进行增强磁共振成像(MRI)检查,提示L5椎管及L5/S1左侧椎间孔肿瘤。对该病人进行手术治疗,术后预防感染,术后第2天病人临床症状较术前明显缓解,手术效果佳。结论 腰椎管内神经鞘瘤少见,临床缺乏特异性,应尽早与其他相关疾病进行鉴别,避免误诊误治。

关键词: 神经鞘瘤; 误诊; 腰椎间盘突出症

Lumbar spinal neurilemmoma misdiagnosed as lumbar disc herniation: A report of 1 case

LI Beibei, ZOU Xinxin, FU Qingsong, CUI Xilong, YU Haiyang

Author Affiliation: Department of Orthopaedics, Fuyang People's Hospital, Fuyang Clinical College of Anhui Medical University, Fuyang, Anhui 236000, China

Abstract: **Objective** To summarize the diagnosis and treatment of one case of lumbar spinal neurilemmoma misdiagnosed as lumbar disc herniation, and to gain experience of clinical practice of such patients. **Methods** The clinical data of one case of lumbar spinal neurilemmoma likely to be misdiagnosed as lumbar disc herniation treated in Fuyang People's Hospital in October 2019 were analyzed retrospectively, and the disease characteristics and causes of misdiagnosis were discussed. **Results** The patient complained of low back pain accompanied by numbness and pain in the left lower limb for 1 year and aggravation for 2 weeks. Admission diagnosis was lumbar disc herniation L4/5. Later, enhanced MRI revealed tumors in the spinal canal of L5 and left intervertebral foramen of L5/S1. The patient underwent operation and measures were taken to prevent postoperative infection. The clinical symptoms of the patients were significantly relieved on the second day after operation, and the operation effect was good. **Conclusions** Lumbar spinal neurilemmoma is rare and lack of specificity in clinic practice. It is necessary to differentiate it from other related diseases as early as possible so as to avoid misdiagnosis and therapeutic error.

Key words: Neurilemmoma; Misdiagnosis; Lumbar disc herniation

腰椎管内神经鞘瘤与腰椎间盘突出症症状和体征之间有很多相似之处,常难以鉴别,易被误诊,延误治疗,磁共振成像(MRI)是诊断脊柱疾病的金标准^[1],能检测出在少数病例中和腰椎间盘突出症表现相似的神经鞘瘤^[2],本研究总结该病的诊疗经验和教训,为临床提供参考,现将临床中1例病例报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 女,46岁,农民,因腰痛伴左下肢麻木、疼痛1年,加重2周,于2019年10月19日住院,询问病史,诉自2018年无明显诱因下感腰痛伴左下肢放射性疼痛、麻木,呈持续性酸胀痛,无明显缓解

体位,症状以直立为甚,活动明显受限。近2周反复发作且逐渐加重,经卧床休息、脱水消肿及镇痛等保守治疗,效果欠佳。入院后查体:脊柱无侧弯畸形,L4/5椎间隙压痛和叩击痛,并向左大腿、左小腿后外侧及左足背放射,双下肢肌肉无萎缩,肌力V级,鞍区无麻木,左侧直腿抬高试验30°(+),加强试验(+),膝踝反射无减退,左侧拇趾背伸肌力减退,双侧巴氏征(-)。腰椎MRI检查,提示:L4/5椎间盘向左下方突出,突出髓核达L5椎体下终板水平,硬膜囊及左侧神经根受压,诊断为L4/5椎间盘突出症,后进行增强MRI检查,提示:L5椎管及L5/S1左侧椎间孔肿瘤(性质待查)。本研究符合《世界医学

协会赫尔辛基宣言》相关要求,同时取得病人近亲属的知情同意。

1.2 诊疗经过 完善相关检查,排除手术禁忌证后,于2019年10月25日在全麻下行椎管内病损切除术+脊髓神经根粘连的松解术+腰椎椎体间融合术,后入路+椎弓根内固定术,术中保留L4棘突,切除L4左侧下关节突,行左侧半椎板切除减压,探查L5神经根自发出处增粗膨大,小心分离神经根外膜,自神经根腋下将瘤体自神经根分离,可见瘤体位于L5椎管内,大小约1.0 cm×1.3 cm×2.5 cm,呈圆柱形,与神经根界限尚清楚,有完整包膜,质硬,淡黄色,半透明状,将瘤体完整摘除送病检。

2 结果

对该病人进行手术治疗,手术顺利,术后予以预防感染、补液对症支持等治疗,术后第2天腰痛及左下肢疼痛麻木症状较术前明显缓解,手术效果佳。病理诊断:“腰椎管内”梭形细胞肿瘤,倾向神经鞘瘤。

3 讨论

腰椎管内神经鞘瘤又名雪旺细胞瘤,约占硬膜内椎管肿瘤的25%,是一种少见的软组织肿瘤,起源于神经根的鞘膜,大部分位于髓外硬膜下间隙^[3],粘连1~2个神经根,一般为椭圆形,有包膜,每年发病率为0.3例/10万~0.4例/10万^[4],多见于40~60岁,进展缓慢,渐加重,虽常为良性肿瘤,但严重影响病人神经感觉运动功能。该肿瘤起病隐匿,缺乏特异性的临床症状和体征,早期常易被误诊为其他疾病,对化疗不敏感,手术治疗是目前最有效的治疗方式^[5],一旦确诊,应尽早手术,以减少对脊髓及神经根的损伤^[6]。

3.1 鉴别诊断 腰椎管内神经鞘瘤有以下特点:①以神经根性疼痛症状为主,感觉和运动障碍从远端开始,休息后无明显缓解;②腰痛伴一侧下肢放射性痛,严重时伴双下肢痛,偶发会阴部疼痛,夜间较重;③病程进展缓慢,保守治疗效果不佳,症状有加重趋势。常与相关疾病进行鉴别:①腰椎间盘突出症:临床表现主要为腰痛伴下肢放射性疼痛麻木,坐骨神经痛及马尾综合征,多发于20~50岁,男性多见,直腿抬高试验阳性。②脊膜瘤:生长于蛛网膜及软脊膜,少数生长于神经根,多位于脊髓的前方或后方,少数位于侧方,肿瘤有完整的包膜,血供来自脊髓,可见脊髓血供增粗。症状以脊髓压迫为主,根性疼痛少见。③脂肪瘤:占椎管内肿瘤的1%~2%,可见于硬膜内或硬膜外,纵向生长,有时可长达近十节脊椎,多发于胸段,可并发其他先天性畸形,好发年龄为20~30岁,生长缓慢,症状以脊髓

压迫为主,无根性疼痛,MRI检查T1像为低信号,T2像为高信号。④血管脂肪瘤:好发于胸椎硬膜外,40~60岁,女性多见,症状与脂肪瘤相同,不同之处在于脂肪瘤有血管组织,脂肪组织与脂肪瘤相同,但比例不同,脂肪成分多时,肉眼下为黄色,血管组织多时,呈暗红色。⑤皮样囊肿和畸胎瘤:为椎管内良性肿瘤,男女比例约为2:1,年轻人为主,胸腰段表现为下腰痛,腰骶段则为下肢无力,排尿困难者约占50%,排便困难者约占25%,压迫马尾时,膝、跟腱反射减弱或消失,足肌力减弱。

3.2 易被误诊原因分析 本例病人临床症状和体征单纯由神经鞘瘤椎管内占位并压迫神经根所致,初期考虑为腰椎间盘突出症,后进行增强MRI检查,明确了诊断,并采取了规范的治疗措施,术后疗效满意。对造成该疾病易被误诊的原因分析如下:①对腰椎管内神经鞘瘤和腰椎间盘突出症的认识不足,未进行全面的临床分析及鉴别诊断,且两种疾病临床表现极为相似,难以明确区别,同时未注意病人夜间症状重而站立位或行走时症状减轻的特点^[7];②病人未及时做增强MRI检查或其他更合理的检查而延误了诊断。据文献报道,磁共振神经根水成像能在术前更加真实准确地诊断脊柱椎管内病变,较常规MRI具有能完整显示椎间孔外整根神经、全面反映神经根及毗邻结构形态学特点的优势^[8]。

该病例中,病人经增强MRI检查,并术前在科室病例讨论中予以确认,手术过程顺利,术后相关症状和体征消失,效果良好,病理结果证实了诊疗的正确性。腰椎管内神经鞘瘤和腰椎间盘突出症的手术治疗不同,前者的手术方式已逐渐成熟,其中经皮椎间孔镜等微创技术因具有创伤小、安全性高、恢复快、并发症少的优势而备受青睐^[9-10],后者术中应尽量完整切除肿瘤,避免牵拉损伤脊髓神经,稳定脊柱,有学者为了保留部分椎板的血运,采用带肌蒂的单开门椎板成形入路切除肿瘤,避免了椎板坏死和吸收,缩短愈合时间,术后恢复佳^[11]。此次研究对该领域医生日后在腰椎管内肿瘤的诊断、鉴别和治疗中具有一定的借鉴意义。

综上所述,腰椎管内神经鞘瘤少见,临床缺乏特异性,全面了解腰椎管内神经鞘瘤的特点是必要的,尽早与其他相关疾病进行鉴别,避免误诊误治,增加病人负担。

参考文献

- [1] LI K, LI Z, GENG W, et al. Postdural disc herniation at L5/S1 level mimicking an extradural spinal tumor [J]. Eur Spine J, 2016, 25 Suppl 1: 80-83. DOI: 10.1007/s00586-015-4125-5.

- [2] SHARMA MS, MORRIS JM, PICHELMANN MA, et al. L5-S1 extraforaminal intraneural disc herniation mimicking a malignant peripheral nerve sheath tumor[J/OL]. Spine J, 2012, 12(12):e7-e12. DOI: 10.1016/j.spinee.2012.10.033.
- [3] 邵元栋,于益民.腰椎椎管内可活动性神经鞘瘤1例报道[J].中国矫形外科杂志,2019,27(15):1437-1439.
- [4] EMEL E, ABDALLAH A, SOFUOGLU OE, et al. Long-term surgical outcomes of spinal schwannomas: retrospective analysis of 49 consecutive cases [J]. Turk Neurosurg, 2017, 27 (2) : 217-225.
- [5] 宣然,曹先东.腹膜后神经鞘瘤29例诊治研究[J].安徽医药,2018,22(7):1339-1342.
- [6] 阙顺利,胡炜,江泽华,等.肿瘤显微切除术与脊柱内固定术联合应用治疗腰椎椎管内神经鞘瘤30例[J].山东医药,2019,59(15):49-51.
- [7] 刘宇,李振.55例腰椎管内神经鞘瘤导致体位性神经根性疼痛的原因分析[J].现代肿瘤医学,2019,27(8):1380-1382.
- [8] 丁睿,刘诗琛,熊茜,等.磁共振神经根水成像鉴别类肿瘤样椎间盘突出症与神经鞘瘤2例[J].中国脊柱脊髓杂志,2018,28(9):861-864.
- [9] 蔡进奎,李章华,方卫军,等.经皮椎间孔镜技术治疗腰椎间盘突出症的临床疗效分析[J].安徽医药,2018,22(1):46-49.
- [10] 何春军,陈浩樑,赖以毅,等.经皮椎间孔镜技术治疗腰椎间盘突出症的临床疗效[J].实用医学杂志,2013,29(17):2863-2865.
- [11] 郑修军,刘小臻,寇建强,等.经带肌带的单开门椎板成形入路切除腰椎管内神经鞘瘤[J].中华医学杂志,2019,99(38):3000-3004.

(收稿日期:2020-04-11,修回日期:2020-05-26)

引用本文:李飞,赵柯,王翔.右侧完整结肠系膜切除术对右半结肠癌病人远期预后的影响[J].安徽医药,2022,26(3):516-519.DOI:10.3969/j.issn.1009-6469.2022.03.022.

◇临床医学◇



右侧完整结肠系膜切除术对右半结肠癌病人远期预后的影响

李飞,赵柯,王翔

作者单位:句容市人民医院普外科,江苏 镇江 212400

基金项目:江苏省卫生计生委2015年度面上科研课题(H201502)

摘要: **目的** 探讨右侧完整结肠系膜切除术(CME)对右半结肠癌病人远期预后的影响。**方法** 选择2010年1月至2013年9月在句容市人民医院同一组医师实施手术治疗的右侧结肠癌病人213例进行回顾性分析,其中CME病人101例,传统手术切除112例。查阅病人病历,记录病人性别、年龄、病理类型等基线资料;记录病人术后腹泻、慢性疼痛等症状,查阅病人随访记录;计算病人5年生存率和5年无瘤生存率。**结果** CME和传统手术组病人性别、年龄、体质量指数、美国麻醉医师协会(ASA)分级、新辅助化疗、辅助化疗、肿瘤部位、T分期、N分期、国际抗癌联盟(UICC)分期等临床基线资料相比较均差异无统计学意义($P>0.05$)。传统切除术和CME组病人腹腔镜手术比例、引流管拔除时间、排气时间、住院时间等相比较均差异无统计学意义($P>0.05$)。CME组淋巴结清扫数量[(39.2±4.8)个]高于传统手术组[(23.6±6.2)个]($P<0.05$)。传统切除术和CME组病人吻合口瘘、不完全肠梗阻、切口裂开、切口感染等近期并发症发生率相比较均差异无统计学意义($P>0.05$)。CME组病人≥4次腹泻/天发生率17.82%(18/101)高于传统手术8.04%(9/112)($P<0.05$)。两组远期结肠相关慢性疼痛发生率差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 右侧CME可获得最大化淋巴结清扫,改善病人的5年生存率和5年无瘤生存率,但有增加远期腹泻发生率的风险,术中应注重对神经丛的保护,以降低远期腹泻的发生率。

关键词: 结肠肿瘤; 结肠切除术; 肠系膜; 淋巴结切除术; 完整结肠系膜切除术; 预后

Effect of right complete mesocolic excision on long-term prognosis of patients with right colon cancer

LI Fei,ZHAO Ke,WANG Xiang

Author Affiliation:Department of General Surgery, Jurong People's Hospital, Zhenjiang, Jiangsu 212400, China

Abstract: **Objective** To investigate the effect of right complete mesocolic excision (CME) on the long-term prognosis of right colon cancer patients.**Methods** Two hundred and thirteen patients with right colon cancer who were operated by the same group of doctors in Jurong People's Hospital from January 2010 to September 2013 were selected for retrospective analysis. Among the patients, 101 cases were CME patients, 112 cases were traditional surgical resection. Patient medical records was checked, gender, age, pathological type and other baseline data of patient were recorded. The symptoms of postoperative diarrhea and chronic pain were recorded. The pa-