

本文引用格式:汤海涛,李英芝,卢俊,等.原发腰椎血管瘤1例CT及MRI表现[J].安徽医学,2023,44(8):

1010-1011.DOI:10.3969/j.issn.1000-0399.2023.08.030

原发腰椎血管瘤1例CT及MRI表现

汤海涛 李英芝 卢俊 程晓丽

[关键词] 血管瘤;腰椎;体层摄影术, X线计算机;磁共振成像

doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2023.08.030

1 病例资料

患者,男性,66岁,因“劳累后出现腰背部疼痛伴右下肢麻木不适2周”入院。实验室检查结果未见明显异常。体格检查:竖脊肌紧张,腰椎过屈过伸活动疼痛受限,L₂₋₃、L₃₋₄水平棘突压痛、叩击痛剧烈,向臀部放射,双下肢肌力正常,大腿外侧皮肤感觉减退。影像学检查:CT平扫示腰2椎体右后部及右侧附件呈溶骨性骨质破坏,边缘无硬化边,突破骨皮质形成软组织肿块并延伸至椎管内,大小约3.8 cm×3.3 cm×4.1 cm,增强扫描呈向心性延迟强化(图1);MRI平扫示腰2椎体右后部及右侧附件病

灶T₁WI上呈等及略低信号,其内可见条索状高信号,压脂T₂WI上呈高信号,其内可见条索状更高信号(图2)。诊断为腰椎恶性病变可能大。为明确诊断行CT引导下腰椎肿物穿刺活检术,于病变内取两条灰白条索状组织,病理结果:肿瘤细胞呈巢状弥漫性排列,瘤细胞团中可见大小不等血管间隙(图3);免疫组织化学结果:Vimentin(+)、CD31(+)、CD34(+)、ERG(+)、Factor VIII(+)、Ki-67(+,50%~55%)。诊断为原发性血管瘤(angiosarcoma, AS)。转外院行腰椎肿瘤根治性切除术,病理结果证实为血管瘤。



注:A,CT平扫骨窗,示腰2椎体右后部及右侧附件溶骨性骨质破坏,边缘无硬化边(箭头示);B,CT平扫软组织窗,示肿瘤突破骨皮质形成软组织肿块并伸入椎管;C,CT增强扫描静脉期。

图1 腰椎血管瘤CT图像

2 讨论

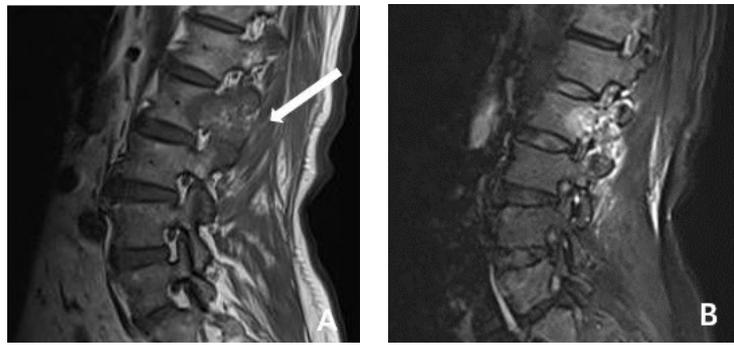
骨血管瘤罕见,约占骨原发性恶性肿瘤的1%不到。肿瘤多为单发,且好发于四肢骨的长管状骨,其次是骨盆,约10%发生于脊椎^[1],其中颈胸椎多见^[2-3],发生于腰椎者极为罕见^[4]。约1/3病例为多发,同一解剖区域多个部位的骨常受累^[5]。该病可发生在任何年龄段人群,男性多于女性。其发病原因可能与长期放射接触、慢性感染、某些化学物质接触、外伤等因素有关^[6]。脊柱血管瘤的临床表现无明显特异性,起病缓慢,主要表现为

神经根受压迫症状^[2]。本例患者为老年男性,因腰背部疼痛伴右下肢麻木不适就诊。

综合文献^[2-4,7-8]报道及结合本例患者情况,脊柱血管瘤的CT典型表现是骨皮质和(或)髓腔的溶骨性骨质破坏,低级别肿瘤常界限清楚且周围伴有反应性成骨,高级别肿瘤侵蚀骨小梁更彻底,则表现为边界不清且不伴反应性成骨的特点,肿瘤突破骨皮质形成软组织肿块,骨膜反应少见;当残存的骨小梁较少且来不及发生反应性成骨,不足以起到支撑作用时,病变椎体则容易发生病理性压缩骨折。本例患者病变位于腰2椎体右后部及

作者单位:257034 山东东营 胜利油田中心医院外科(汤海涛,李英芝),影像科(卢俊,程晓丽)

通信作者:卢俊, lujun_dongying@163.com



注:A为MRI平扫T₁WI矢状位,示肿瘤内部信号混杂(箭头示);B为MRI平扫压脂T₂WI矢状位,示肿瘤内部信号混杂。

图2 腰椎血管肉瘤MRI图像

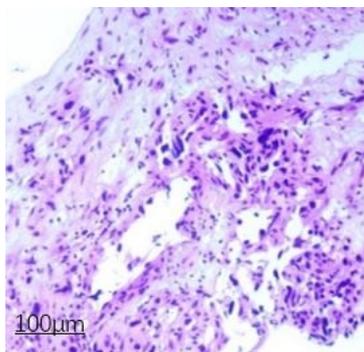


图3 肿瘤活检病理(HE)

右侧附件,虽然骨小梁破坏比较彻底,但腰2椎体仍有足够的残存骨支撑,故未发生压缩骨折。MRI肿瘤多表现为混杂长T₁长T₂信号,其原因可能与肿瘤生长迅速,极易发生囊变坏死及出血有关。CT及MRI增强扫描呈不均匀强化,较大的软组织肿块可表现为向心性或边缘强化^[9]。本例MRI表现为T₁WI及T₂WI均呈混杂信号,考虑与肿瘤内出血有关。本病恶性程度高,早期即发生转移,预后差,治疗以手术根治性切除为主,术后辅以化疗。

腰椎原发性血管肉瘤需要与以下疾病相鉴别:①转移瘤,多发生于中老年,有原发肿瘤史,血清钙、磷升高,溶骨型骨转移瘤T₁WI上呈不均匀低信号,T₂WI上呈不均匀高信号,残存骨棘少见^[10]。②骨髓瘤:亦好发于中老年,血清单链免疫球蛋白升高,肿瘤T₁WI上呈等或略低信号,T₂WI上呈等或略高信号,少见坏死,增强扫描中度均匀强化^[11]。③血管瘤:良性肿瘤,常呈短T₁长T₂信号,典型者呈“栅栏样”改变,由于残存骨量多而很少发生压缩骨折^[12]。总之,腰椎原发血管肉瘤比较罕见,但其影像学表现具有一定的特点,若病灶表现为溶骨性骨质破坏并形成软组织肿块,T₁WI及T₂WI上信号混杂,CT及MRI增强扫描呈向心性或边缘强化,需考虑血管肉瘤的可能性,最终诊断需结合病理及免疫组化结果。

参考文献

- [1] 燕太强,李晓,沈丹华,等.骨血管源性恶性肿瘤的临床分析[J].中华骨科杂志,2009,29(8):723-727.
- [2] 张立华,袁慧书.脊柱恶性血管源性肿瘤的影像表现及鉴别诊断[J].放射学实践,2015,30(4):373-377.
- [3] 李俊,陈瑞莹,杨怡,等.骨血管肉瘤的CT、MRI征象分析[J].临床放射学杂志,2019,38(3):508-511.
- [4] 时光丽,刘影,杨中杰,等.原发性骨血管肉瘤的影像学表现分析[J].医学影像学杂志,2021,31(12):2118-2121.
- [5] 林晓燕,李迅庚,潘晓华,等.骨肿瘤病理与影像对照[M].北京:中国医药科技出版社,2013:203-207.
- [6] PENEL N, MARRÉAUD S, ROBIN Y M, et al. Angiosarcoma: state of the art and perspectives [J]. Crit Rev Oncol Hematol, 2011, 80(2): 257-263.
- [7] YILMAZ S, ATALAY İ B, ÖZTÜRK R. Primary angiosarcomas of the bone: an evaluation of 4 cases[J]. J Ayub Med Coll Abbottabad, 2021, 33(1):150-154.
- [8] 黄文鹏,朱丽娜,李莉明,等.原发性胸椎血管肉瘤影像学表现1例[J].肿瘤影像学,2021,30(6):550-552.
- [9] LIU Z H, LEE S T, JUNG S M, et al. Primary spinal angiosarcoma[J]. J Clin Neurosci, 2010, 17(3):387-389.
- [10] 吴宗山,罗玲,彭传勇,等.脊柱转移瘤的MRI诊断和鉴别诊断[J].安徽医学,2006,27(6):512-513.
- [11] 邢晓颖,张家慧,陈永晔,等.寰枢椎转移瘤和骨髓瘤的影像学鉴别诊断[J].中国医学影像学杂志,2021,29(2):158-162,167.
- [12] 王龙胜.椎体不典型血管瘤的影像表现——2022年读片窗(2)[J].安徽医学,2022,43(2):250-251.

(2022-09-28收稿)

(本文编辑:张迪,刘菲)