

hip-knee-ankle angle on the unilateral lower limb X-rays using deep learning[J]. Phys Eng Sci Med, 2021, 44(1): 53-62.

[15] 林奕军, 杨光耀, 蒋耀先, 等. 基于深度学习测量 X 线片髋关节外侧中心边缘角和 Sharp 角评估髋关节发育不良[J]. 中国医学影

像技术, 2022, 38(11): 1710-1714.

[16] 张子健, 马剑雄, 柏豪豪, 等. 基于深度学习构建模型识别下肢全长正位 X 线片中的下肢力线关键点及自动测量关键角度[J]. 中国医学影像技术, 2022, 38(6): 901-906.

Ultrasonic diagnosis of intra- and extra-spinal communicating neurinoma with degeneration of right C1—C2: Case report 超声诊断椎管内外沟通型右侧 C1~C2 神经鞘瘤伴变性 1 例

刘春花, 李 芳

(重庆大学附属肿瘤医院超声医学科, 重庆 400000)

[Keywords] neurilemmoma; spinal canal; cervical vertebrae; ultrasonography

[关键词] 神经鞘瘤; 椎管; 颈椎; 超声检查

DOI: 10. 13929/j. issn. 1003-3289. 2023. 10. 026

[中图分类号] R739. 4; R445. 1 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2023)10-1565-01

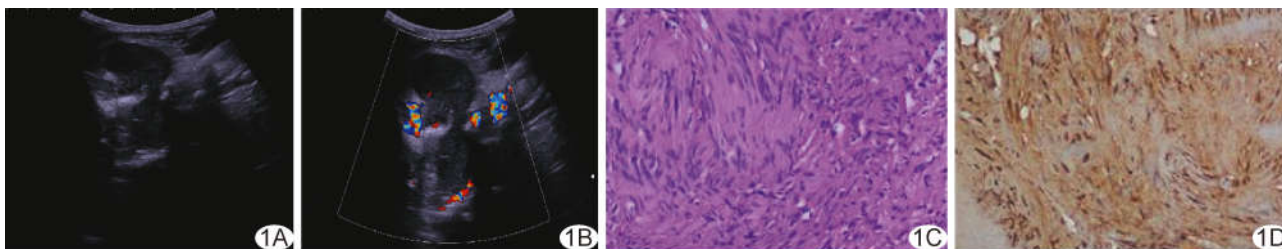


图 1 右侧 C1~C2 椎管内外沟通型神经鞘瘤伴变性 A. 二维超声声像图; B. CDFI; C. 病理图(HE, ×100); D. 免疫组织化学染色图(ELPS, ×100)

患者男, 53 岁, 右上肢麻木 1 年余; 既往体健。查体: 右手大鱼际皮肤浅感觉减弱。实验室检查未见明显异常。超声: 颈部偏右侧肌肉层深面及椎管内 3.3 cm×5.3 cm 哑铃状低回声, 边界尚清, 部分有包膜, 内部回声不均, 可见条状高回声分隔呈网状及少许低-无回声区(图 1A), CDFI 于内部探及 I 级血流信号(图 1B); 邻近椎间孔增大, 病灶向椎管内延伸, 与椎动脉分界尚清; 诊断: 神经源性肿瘤可能。颈部 MRI: 颈椎右侧 5.2 cm×2.6 cm 占位向椎管内生长, 考虑神经源性肿瘤。行“显微镜下椎管内硬脊膜下肿瘤切除术+硬脊膜外黄韧带增厚切除术+脊髓和神经根粘连松解术+椎管减压术+右颈神经瘤切除术”, 术中见颈阔肌深面至 C2 硬膜外右侧区域灰白色病变, 较大处直径约 4 cm, 边界较清, 血供不丰富, 质地韧, 与 C2 脊神经根明显粘连。术后病理: 光镜下见长梭形肿瘤细胞, 细胞质丰富、红染, 细胞核呈椭圆形, 核仁不明显, 未见异型细胞, 肿瘤细胞疏密相间, 部分区域呈旋涡状排列, 可见微囊(图 1C); 免疫组织化学: Vim(+), CK

(-), SMA(-), Des(-), S-100(+), CD34 血管(+), Bcl-2(+), Ki-67(3%+), CD68(-), CD163(-), PR(-), D2-40(部分+), GFAP(-), SOX10(+), CD117(-)(图 1D)。病理诊断: (椎管内外沟通型右侧 C1~C2) 神经鞘瘤伴变性。

讨论 神经鞘瘤是椎管内最常见肿瘤, 多起源于脊神经后根背侧面, 可发生于任何节段, 以颈胸段多见, 好发于 20~60 岁男性, 常因肿瘤压迫神经根和脊髓而引起根性痛、肌力减退和肢体麻木等; 影像学主要根据 MRI 诊断神经鞘瘤, 多可见囊变, 少见钙化。本例超声显示由椎管向外呈膨胀性生长、边界清晰的哑铃状病灶, 可见包膜, 内部见囊性变, 为神经鞘瘤典型表现。鉴别诊断: ①脊膜瘤, 好发于中年女性胸段脊椎, 极少跨椎体生长, 囊变少见而多见不规则钙化; ②神经纤维瘤, 多见于颈段和上胸段, 常累及颜面部、躯干等部位而形成神经纤维瘤病, 无包膜, 少见囊变坏死, MRI 呈特征性“靶征”。最终确诊需依靠病理学检查。

[第一作者] 刘春花(1988—), 女, 重庆人, 硕士, 主治医师。E-mail: 583931636@qq.com

[收稿日期] 2023-04-17 [修回日期] 2023-09-15