

骶骨肿瘤误诊漏诊分析

Misdiagnosis and Missed Diagnosis of Sacral Tumor

HUANG Hai-tao, SUN Wei, XI Wen-yan, et al.

黄海涛¹, 孙威², 席文雁¹, 史连胜¹, 潘春光¹

(1.解放军 22 医院, 青海 格尔木 816000;

2.任丘市人民医院, 河北 任丘 062500)

摘要: 骶骨肿瘤临床上发病率低, 极易误诊漏诊。现本文回顾性分析 32 例首次就诊时误诊为腰椎间盘突出及一般腰腿痛的病例, 分析其误诊漏诊原因, 并探讨避免误诊漏诊的方法。

关键词: 骶骨肿瘤; 误诊

中图分类号: R738.1 **文献标识码:** B

文章编号: 1671-170X(2012)11-0879-02

骶骨肿瘤临床上相对罕见, 白人发病率较高, 亚洲及环太平洋岛国地区发病率相对低^[1,2]。大多数患者发病早期症状轻, 腰骶段及骶骨周围解剖结构复杂, 普通平片确诊较为困难, 加之接诊医师经验不足而导致漏诊误诊并不鲜见。治疗原发性骶骨肿瘤, 目前手术仍是首选, 尤其是良性和低度恶性肿瘤的疗效满意。即使有些肿瘤达不到根治目的, 但也可延长寿命, 减轻痛苦, 并为其他辅助治疗创造条件^[3,4]。但临床上漏诊误诊病例在确诊时肿瘤病灶已经相当巨大, 手术治疗预后不佳。因此, 总结漏诊误诊病例, 吸取教训, 对进一步提高骶骨肿瘤诊治水平十分重要。自 1998 年 1 月至 2010 年 7 月解放军 22 医院外科共收治 101 例骶部肿瘤患者, 首次就诊时共误诊漏诊 32 例。现本文对该 32 例误诊漏诊患者进行回顾性研究, 总结报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组误诊漏诊病例共 32 例(31.7%), 其中男性 23 例, 女性 9 例; 年龄 23~59 岁, 平均(40.5±7.2)岁, 自首次在我院或外院误诊漏诊到确诊为止, 病程 3 个月~1.5 年不等, 平均 8.2 个月。其中误诊为腰椎间盘突出 25 例(78.1%), 一般腰腿痛 5 例(15.6%), 下肢深静脉血栓形成 1 例(3.1%), 肠炎 1 例(3.1%)。2 例(6.2%)由于腰椎间盘突出进行手术后症状不缓解, 甚至加重; 其余患者(30 例, 93.8%)行保守治疗后疗效不佳, 多次就诊。

1.2 临床表现

32 例患者中, 24 例(75.0%)患者腰骶部、骶尾部或臀部麻木不适、疼痛、压痛, 20 例(62.5%)患者伴有单侧或双侧下肢放射痛, 12 例(37.5%)患者直腿抬高试验阳性, 4 例(12.5%)患者直腿抬高试验阴性而加强试验阳性。16 例

(50.0%)患者出现夜间痛, 6 例(18.8%)患者马鞍区感觉减退, 2 例(6.2%)患者出现便秘、排尿困难。所有患者均诉卧床休息后不适症状无缓解。32 例误诊漏诊患者术后切除病理类型: 脊索瘤 12 例(37.5%), 骨巨细胞瘤 7 例(21.9%), 神经源性肿瘤 5 例(15.6%), 血管源性肿瘤 3 例(9.4%), 转移性肿瘤 2 例(6.2%), 软骨肉瘤 1 例(3.1%), 骨肉瘤 1 例(3.1%), 来源不明肿瘤 1 例(3.1%)。肿瘤病理类型与临床症状并无直接联系。仅有 1 例(3.1%)患者肌力改变与坐骨神经分布关系相符, 26 例(82.3%)患者首诊时腰椎 CT 检查均提示不同程度的腰椎间盘突出征象。

2 讨论

2.1 误诊原因分析

2.1.1 诊断意识较差

因为骶骨肿瘤比较少见, 发病率较低, 包括原发性骶骨良性肿瘤、恶性肿瘤及转移癌^[5], 所以在临床工作中, 接诊医生对骶骨肿瘤常缺乏足够的认识。本组 93.7%的误诊患者在初次就诊时, 被诊断为腰椎间盘突出或一般腰腿痛等常见病。

2.1.2 临床症状不典型

骶骨肿瘤发生部位较深, 发展缓慢, 早期症状多不典型^[6]。大部分患者最初临床表现仅为不典型的骶尾部疼痛, 程度往往不剧烈。由于骶骨肿瘤患者也可以并发腰椎间盘突出, 因此单纯解除椎间盘压迫不能缓解神经根痛。

2.1.3 影像学检查易受干扰

骶骨位于盆腔深处, 普通骨盆 X 线片上, 受到两侧髂骨的遮挡及肠祥内气、粪等伪影干扰, 且形成的是重叠图像, 分辨率低^[7]。因此, 单纯依赖 X 平片检查极易误诊。

2.2 早期正确诊断骶骨肿瘤

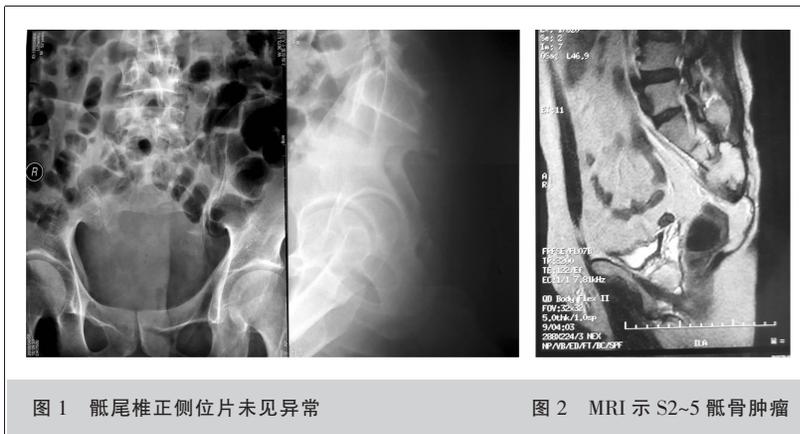
骶骨肿瘤发生部位较深, 进展缓慢, 往往在肿瘤体积非常大的时候才会出现鞍区感觉明显减退及大小便障碍。这时, 手术难度加大, 术中出血、术后并发症非常棘手, 因此早期诊断是提高骶骨肿瘤预后的关键。

2.2.1 克服惯性思维的麻痹

慢性腰腿痛是骨科常见而复杂的症候群, 原发病又以腰

收稿日期: 2012-07-12; 修回日期: 2012-08-05

椎间盘突出最为多见。门诊医生应该在常见病诊治的基础上拓宽思路,发现常见病所不能解释的症状和体征应当有意考虑少见病种。本组典型病例:李xx,男性,52岁,主诉因“反复发作性腰部疼痛3个月”入院,外院骨盆平片未见异常(图1),诊断为“腰腿痛”,3个月后进行MRI检查后发现:S2~5骶骨肿瘤。见图2。



2.2.2 完善病史采集

骶骨肿瘤早期症状主要以腰部或臀部酸胀痛和持续性疼痛为主^[8],主要是由于肿瘤局部形成压迫和免疫反应引起,可以较轻而不典型。另外由于骨盆结构的掩盖,也不可能形成外观上的肿块。随着肿瘤体积的增大,当腰骶部神经根被压迫或直接受肿瘤侵蚀时,则会表现出单/双侧臀部、大腿后侧、外生殖器、会阴部放射痛。肿瘤体积进一步增大可使神经根受到更加严重的压迫,同时神经根水肿,患者可能出现根性感觉异常,如果这一病程不被及时终止,则会进展为根性运动异常。骶骨肿瘤导致大小便和/或性功能障碍等自主神经系统病变的表现形式多种多样,可以只有单个功能障碍(如小便失禁),也可以是多功能障碍的任意组合形式。

骶骨肿瘤侵袭的脊髓神经节段不同,其临床表现各异。L5/S1神经根受侵袭的神经系统临床表现与常见的椎间盘变性突出症状很难鉴别,直腿抬高试验亦可阳性。其鉴别要点如下:

①疼痛性质:腰椎间盘突出症患者多有反复发作的坐骨神经痛,常与体位有关,劳累后加重,卧床休息后减轻。由于脊神经根背侧支受累,椎旁病变间隙常有深压痛。咳嗽、喷嚏等腹压增高时可诱发或加重疼痛。骶骨肿瘤常局限于骶部,常伴有“夜间痛”,疼痛与体位无关,休息后不缓解,Valsalva动作时加重。如果疼痛呈持续性就应该高度怀疑骶骨肿瘤^[9]。

②外周神经系统症状:95%的腰椎间盘突出症发生在L4/L5或L5/S1椎间盘,而肿瘤常常不仅仅侵犯L5/S1两个节段,而且会出现其他节段的定位体征。S2神经根受侵犯可表现为大腿后侧以及睾丸/阴唇的疼痛和感觉减退;S3神经根受侵犯可表现为肛周外圈及阴茎/阴唇疼痛和感觉减退;S4、

S5神经根受侵犯可表现为肛周内圈的疼痛和感觉减退。

③神经系统体格检查:踝反射异常提示S1/S2神经根受累;球海绵状体/阴道括约肌反射异常提示S3/S4神经根受累;肛门反射异常提示S4/S5和马尾神经受累。

④骶骨肿瘤特有症状:骶骨肿瘤特有症状是相对于腰椎间盘突出症而言的,是肿瘤侵犯到周围脏器而产生的症状:

肿瘤累及骶髂关节,会导致局部关节周围的疼痛,站立加重;肿瘤向前压迫直肠、膀胱、子宫会导致严重便秘、尿潴留甚至难产;肿瘤侵袭臀大肌、梨状肌起点处会导致局部疼痛以及髋关节的外展、外旋功能障碍等。

2.2.3 合理选用和正确判断影像学检查结果

X平片质量不佳的患者,应申请CT或MRI检查。还有学者推荐使用灌肠后X线平片或DSA检查等,但均不如CT或MRI实用。CT提示腰椎间盘突出症的患者,应分析突出的位置和神经根受压的程度;判断可能的症状体征并和实际进行对照。对于不能用椎间盘突出解释的临床表现应考虑到骶骨肿瘤的诊断。

以下几点高度提示骶骨肿瘤的诊断:

①进行性加重的骶部疼痛及腰腿痛,其他原因不能解释的;②括约肌功能紊乱,早期有小便困难、便秘等。另外,长期腰腿痛的患者应常规进行肛门指诊,必要时腰骶部CT或MRI对于诊断有重要意义。

总之,早期诊断骶骨肿瘤有赖于系统分析临床表现,详细进行体格检查,正确判读影像资料以及认真完善病例随访。

参考文献:

- [1] Fournay DR, Rhines LD, Hentschel SJ, et al. En bloc resection of primary sacral tumors: classification of surgical approaches and outcome[J]. J Neurosurg Spine, 2005, 3(2):111-122.
- [2] Jawad MU, Scully SP. Surgery significantly improves survival in patients with chordoma[J]. Spine(Phila Pa 1976), 2010, 35(1):117-123.
- [3] 宋飞, 马庆军, 刘忠军, 等. 原发性骶骨肿瘤的手术治疗[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2010, 20(8):630.
- [4] 李世德, 尹文军. 骶骨肿瘤术中4种控制出血方案[J]. 实用肿瘤杂志, 2011, 26(5):526-529.
- [5] 肖建如, 贾连顺, 陈华江, 等. 高位骶骨肿瘤切除与重建方式探讨[J]. 中华外科杂志, 2003, 41(8):575-577.
- [6] 娄路馨, 程晓光, 白荣杰, 等. 骶骨肿瘤侵犯骶髂关节的CT及MRI表现[J]. 中国医学影像学技术, 2011, 27(6):1268-1271.
- [7] 谢景运, 石永新, 羊明智, 等. 骶骨肿瘤多层螺旋CT动脉造影对术前评估的意义[J]. 中国矫形外科杂志, 2010, 18(11):947-949.
- [8] 刘琼. 骶骨肿瘤的诊断与治疗[J]. 沈阳医学院学报, 2011, 13(3):182.
- [9] Canale ST. 坎贝尔骨科手术学(第10版)中文版[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2006. 1915.