

- Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2015, 28(2):97-100. Chinese.
- [31] 许国军, 吴国林, 陈旭宏, 等. 弹性髓内钉治疗大龄儿童锁骨骨折的临床疗效[J]. 中国骨伤, 2015, 28(2):101-105.
- Xu GJ, Wu GL, Chen XH, et al. Therapeutic effects of titanium elastic nails for the treatment of clavicular fractures in elder children[J]. Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2015, 28(2):101-105. Chinese with abstract in English.
- [32] 徐红伟, 胡隽宇, 贾少华, 等. 钛弹性髓内钉治疗锁骨干骨折的临床应用[J]. 中国骨伤, 2015, 28(2):106-111.
- Xu HW, Hu JY, Jia SH, et al. AO elastic intramedullary nailing for the treatment of clavicle fractures[J]. Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2015, 28(2):106-111. Chinese with abstract in English.
- [33] 高志洋, 马云森, 孙叶超, 等. 解剖锁定钢板结合喙锁韧带重建与锁骨钩钢板治疗锁骨远端 Neer II b 型骨折的病例对照研究[J]. 中国骨伤, 2015, 28(2):112-116.
- Gao ZY, Ma YM, Sun YC, et al. Comparison the effects between anatomical locked plate in combination with coracoclavicular ligament reconstruction and clavicular hook plate for the treatment of Neer II b distal clavicle fractures[J]. Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2015, 28(2):112-116. Chinese with abstract in English

(收稿日期:2015-03-20 本文编辑:王玉蔓)

·病例报告·

股骨小转子单发巨大骨软骨瘤 1 例

王重阳, 吴伟乾, 李明娴

(吉林大学第一医院呼吸科, 吉林 长春 130021)

关键词 股骨; 转子; 骨软骨瘤

DOI:10.3969/j.issn.1003-0034.2015.05.016

Solitary giant osteochondroma of femur lesser trochanter: a case report WANG Chong-yang, WU Wei-qian, and LI Ming-xian. Department of Respiration, the First Hospital Of Jilin University, Changchun 130021, Jilin, China

KEYWORDS Femur; Trochanter; Osteochondroma

Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2015, 28(5):461-463 www.zggszz.com

患者,男,21岁,走路姿势不适5年,发现右臀部肿物逐渐增大3年入院。患者5年前走路时出现姿势不适,未特殊处理。3年前发现右臀部有一隆起的肿物,3年来肿物逐渐增大,期间因家境贫寒未就诊,现因担心肿物性质就诊于我院。查体:双下肢等长,右股骨近端后内侧可触及一肿物,质硬,无压痛,无活动度,边界清楚,大小约8 cm×8 cm。左髋关节活动受限,屈曲约80°,内旋、外旋均受限。右下肢无放射痛,末梢血运、肌力、浅感觉正常。骨盆平片示右侧股骨小转子可见一菜花样新生物,和骨密度相似,大小约8.5 cm×8.2 cm(图1a)。髋关节CT及三维重建(图1b)示右侧股骨小转子见一骨性肿物,肿物骨皮质与股骨颈基底部相连。初步诊断:右股骨小转子骨肿瘤,骨软骨瘤可能性大。

入院后完善术前检查,排除手术相关禁忌证后,于全麻下行右股骨小转子骨肿瘤刮除术。全麻生效

后,气管插管,留置导尿管。患者取左侧卧位,体位架固定,术区常规强力碘消毒右下肢至平脐,铺无菌单,包足,穿无菌腿套,贴抗菌贴膜。取右股骨近端后外侧切口,切口长约18 cm,逐层切开皮肤、皮下组织及臀肌筋膜,电凝止血,切口上端沿臀大肌纤维走行,钝性分离臀大肌,在切口下端,沿髂胫束的纤维方向从上而下切开髂胫束达大粗隆下方,自动牵开器向两侧牵开臀大肌和髂胫束,右下肢屈膝内旋,显露小转子骨肿物,保护外旋肌群及坐骨神经,术中见肿物的根部与小转子相连,肿瘤上层覆盖白色软骨帽,从根部将肿物切除,仔细剥离肿物周围软组织,小心取出肿物,肿物为菜花样,质硬,大小约8 cm×8 cm,送病理,术中透视见肿物全部切除。冲洗切口,检查无活动性出血,留置引流管1枚,清点纱布、器械无误后逐层缝合切口,术毕。手术过程顺利,术中失血500 ml,尿量400 ml,血压平稳,术中输液2 800 ml。术后清醒状态下拔管,各足趾感觉正常、活动良好。术后常规口服抗生素预防感染,给予镇痛等对症支持治疗。术后骨盆正位片(图1c)示右股骨小转子肿

通讯作者:李明娴 E-mail: 18243081837@163.com

Corresponding author: LI Ming-xian E-mail: 18243081837@163.com

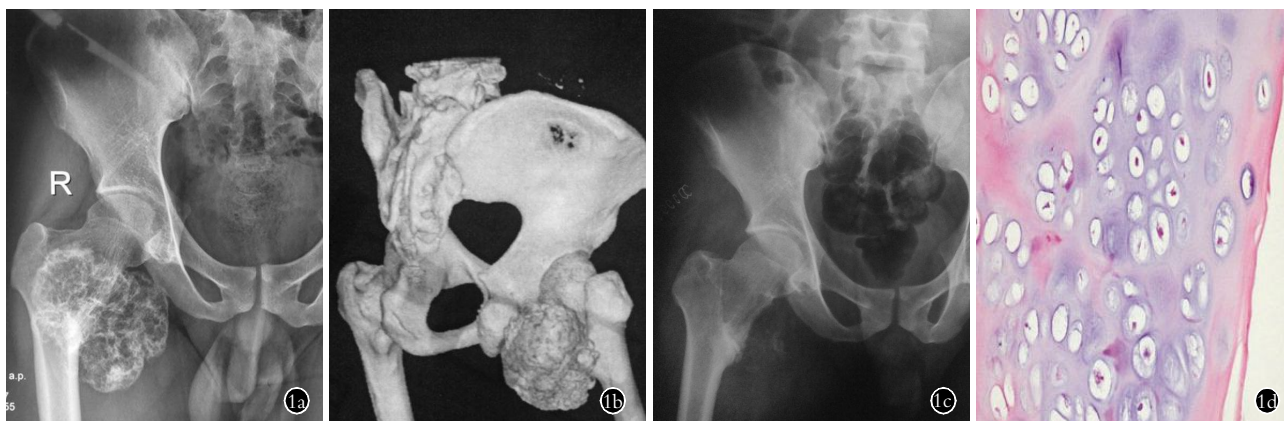


图 1 患者,男,21 岁,右股骨小转子单发巨大骨软骨瘤 **1a.** 术前骨盆正位 X 线片示右侧股骨小转子可见一菜花样高密度影,面积 8.5 cm×8.2 cm **1b.** 术前髋关节三维 CT 重建示右侧股骨小转子见一骨肿物,骨皮质与股骨颈基底部相连,边界清晰 **1c.** 术后骨盆正位 X 线片示肿瘤已被完整切除 **1d.** 术后病理示软骨细胞生长活跃(HE× 200)

Fig.1 A 21-year-old male patient with a solitary giant osteochondroma of right femur lesser trochanter **1a.** Preoperative AP X-ray of pelvis showed a cauliflower-like high density shadow on the right side of femur lesser trochanter, the size was about 8.5 cm×8.2 cm **1b.** Preoperative three-dimensional reconstruction CT of hip joints showed a bony lesions on the right side of femur lesser trochanter, bone cortex was connected with the base of collum froris with sharpness of border **1c.** Postoperative AP X-ray of pelvis showed tumor was completely resected **1d.** Postoperative pathological results showed chondrocyte grew actively(HE× 200)

瘤已完整切除。术后常规病理回报:符合骨软骨瘤,未见软骨细胞异形改变(图 1d)。

讨论

骨软骨瘤是最常见的良性骨肿瘤,分单发和多发,临床以单发多见,单发骨软骨瘤又称外生性骨疣,多见于儿童或青少年,其发病原因尚不明确。有学者认为单发性骨软骨瘤是在发育期间的骨骺软骨分离,向骨外横向生长而形成肿瘤;也有认为是骨膜发育异常、移位的软骨巢继续生长,是发育性骨骺生长缺欠而致^[1]。所以当骨骺闭合后骨软骨瘤一般停止生长。骨软骨瘤最常发生于长管状骨的干骺端,尤以股骨下端、胫骨上端多见,而像本案例中发生于股骨小转子的单发性巨大骨软骨瘤罕见。

单发骨软骨瘤临床症状取决于肿瘤的位置及生长速度,多无压痛或自觉疼痛症状,常见的临床表现为局部的疼痛或者肿胀,当瘤体增大时可能压迫临近的组织而产生相应的临床表现。巨大骨软骨瘤多数由于早期无特异症状,肿瘤发生部位特殊,又很难在体表触摸到,因此难以早期发现,常因肿瘤过大时压迫邻近肌腱、神经、血管等而出现相应的临床症状而就诊,局部可扪及不活动的硬性肿块。本例由于瘤体位置偏于后内侧,不易扪及,虽然肿瘤增长到一定大小时开始压迫周围组织导致走路时出现姿势不适,但也未能引起患者重视,直至瘤体隆起于体表继续进一步增大时引发患者担忧而不得不就诊。本例患者出现了明显的右髋关节活动受限,可能和肿瘤巨大压迫周围软组织且靠近髋关节囊有关。

病理上骨软骨瘤由瘤体、透明软骨帽、纤维包膜

3 种组织构成,瘤体中的骨质是由松质骨和薄的皮质构成,与母体骨的骨质相连续。透明软骨帽通过钙化和骨化而产生瘤体的骨质,而透明软骨在 X 线上不显影。

骨软骨瘤临床诊断主要根据临床症状和影像学资料,金标准依靠术后病理。X 线片表现可分为带蒂和广基两种类型,两者共同的特点为附着于干骺端的骨性突起,并与骨干相连续^[2]。带蒂者多为结节状、圆锥状;无蒂者多为椭圆形、菜花状。位于长骨的骨软骨瘤的生长方向常于邻近肌肉牵引方向一致。X 线片虽能诊断,但因肿瘤生长部位特殊,处理不慎可影响关节功能,为明确病变的性质及其与相邻骨骼、组织的关系,必要时须行 CT 检查^[3]。CT 可清楚显示肿瘤的松质骨与母体骨相连,从而明确诊断。这一特殊表现可与骨瘤的骨性骨块、皮质旁骨肉瘤、软组织骨肉瘤和皮质旁骨化性肌炎相鉴别^[2]。本例患者骨盆正位 X 线片提示骨软骨瘤,但由于显影重叠未能发现蒂部所在,因此行髋关节 CT 及三维重建进一步明确诊断及对肿瘤蒂部定位。

对于处在骨骼生长期或无症状的单发性骨软骨瘤患者,可定期随访,出现临床症状或生长较快时应考虑手术切除。手术指征:肿瘤影响美观;肿瘤生长过快,导致疼痛或者影响关节活动功能者;有恶变可能;压迫邻近的神经、血管而出现相应的临床症状^[4]。切除时应从肿瘤基底部四周部分正常骨组织开始,为避免复发,术中将软骨帽和基质一并切除直到暴露正常骨质为止。若骨软骨瘤位于关节囊内,可采用关节镜治疗^[5],必要时切开凿除。肿瘤巨大或者

位置特殊,一次难以切除时可分次切除,术中用纱布包裹周围防止碎小的骨块残留。对于切除后的骨缺损可采取自体骨和异体骨重建^[6]。本例患者右髋关节活动严重受限,临床症状明显,并且肿瘤巨大可能存在癌变,符合手术指征。根据瘤体的部位选择右股骨近端后外侧手术入路。临床上单发骨软骨瘤骨手术切除效果明显^[7],术后定期随访防止复发或恶变。

骨软骨瘤手术切除后复发少见,多和术后残留有很大关系^[8]。对于复发的案例,要考虑骨软骨瘤恶变的可能。单发性骨软骨瘤的恶变率很低,一般不超过 1%^[9-10],多发性骨软骨瘤部分病例有家族史,恶变率相对较高,文献报道 1%~20%不等^[10]。郑莉等^[11]分析了骨软骨瘤肉瘤变的临床病理特征:肉瘤变大多发生于男性多发性骨软骨瘤,女性或孤立性骨软骨瘤恶变率较低;肉瘤变病例年龄较大,病程长,临床表现为长期存在的骨旁肿块,近期内明显增大并出现疼痛;影像学呈周围型软骨肉瘤表现,有明显云雾状或环状钙化,边界不清,浸润周围软组织。肿瘤附着部骨皮质常有缺损;软骨帽的厚度和生长方式是病理鉴别骨软骨瘤是否有肉瘤变的重要依据。一般认为,良性骨软骨瘤软骨帽的厚度不超过 1 cm,如果超过 1 cm 应怀疑肉瘤变,超过 3 cm 则肯定为肉瘤变。因此,对软骨帽厚度在 1~3 cm 之间的病例应综合其他指标来判断其是否有肉瘤变。如肿瘤生长快或在骨骼停止发育后仍继续增大;软骨帽呈结节性生长伴坏死、基质黏液变性;软骨结节穿透纤维膜浸润软组织等,均有助于肉瘤变的诊断;部分病例软骨肉瘤细胞免疫组织化学标志 p53 阳性。本例术后常规病理回报软骨细胞生长活跃,但并未能进一步报告软骨帽的厚度,因此术后应积极随访,警惕恶变。

参考文献

[1] 徐万鹏,冯传汉.骨科肿瘤学[M].北京:人民军医出版社,

2001:199-200.

Xu WP, Feng CH. The Orthopaedic Oncology[M]. Beijing: People's Military Medical Publishing House, 2001: 199-200. Chinese.

[2] 段承祥,王晨光,李健丁.骨肿瘤影像学[M].北京:科学出版社,2004:164-172.

Duan CX, Wang CG, Li JD. Bone Tumor Imaging[M]. Beijing: Science Publishing House, 2004: 164-172. Chinese.

[3] 李开华,于秀淳.骨软骨瘤致骨关节畸形 7 例诊治分析[J].中国矫形外科杂志,2003,11(19):1418-1419.

Li KH, Yu XC. Seven cases of analysis of diagnosis and treatment of osteochondroma secondary to joint deformity[J]. Zhongguo Jiao Xing Wai Ke Za Zhi, 2003, 11(19): 1418-1419. Chinese.

[4] Muzaffar N, Bashir N, Baba A, et al. Isolated osteochondroma of the femoral neck presenting as hip and leg pain. A case study[J]. Orthop Traumatol Rehabil, 2012, 14(2): 183-189.

[5] Feeley BT, Kelly BT. Arthroscopic management of an intraarticular osteochondroma of the hip[J]. Orthop Rev (Pavia), 2009, 1(1): e2.

[6] Gebhart M, Vadoud Seyedi J, Lejeune F. Giant solitary osteochondroma of the proximal humerus treated by resection and fibular autograft reconstruction [J]. Acta Orthop Belg, 1991, 57(4): 447-451.

[7] Bottner F, Rodl R, Kordish I, et al. Surgical treatment of symptomatic osteochondroma. A three-to eight-year follow-up study[J]. J Bone Joint Surg Br, 2003, 85(8): 1161-1165.

[8] Tubbs RS, Maddox GE, Grabb PA, et al. Cervical osteochondroma with postoperative recurrence: case report and review of the literature[J]. Childs Nerv Syst, 2010, 26(1): 101-104.

[9] Gille O, Pointillart V, Vital JM. Course of spinal solitary osteochondromas[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2005, 30(1): E13-19.

[10] Porter DE, Simpson AH. The neoplastic pathogenesis of solitary and multiple osteochondromas[J]. J Pathol, 1999, 188(2): 119-125.

[11] 郑莉,张惠箴,黄瑾,等.骨软骨瘤继发肉瘤变临床病理分析[J].中华病理学杂志,2009,38(9):609-613.

Zheng L, Zhang HZ, Huang J, et al. Clinical pathological analysis of osteochondroma secondary to sarcoma[J]. Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi, 2009, 38(9): 609-613. Chinese.

(收稿日期:2015-02-10 本文编辑:李宜)

·读者·作者·编者·

本刊关于“通讯作者”有关事宜的声明

本刊要求集体署名的文章必须明确通讯作者。凡文章内注明通讯作者的稿件,与该稿件相关的一切事宜均与通讯作者联系。如文内未注明通讯作者的文章,按国际惯例,有关稿件的一切事宜均与第一作者联系,特此声明!

《中国骨伤》杂志社