

腓颈骨折笔者采用外侧缘直切口从小圆肌与冈下肌之间进入暴露肩腓颈外侧缘,用重建钢板固定。喙突骨折采用内侧缘暴露,可解剖复位,有效保护旋肩胛上动脉神经束,准确进行固定。对于肩胛盂骨折,早期采用三角肌胸大肌切口,较好暴露肩关节前方结构。从肩胛下肌上缘牵开,暴露肩胛盂骨折部,后用空心螺钉固定。后期考虑因肩关节囊、关节软骨盘的存在,肩胛盂骨折移位常不明显,采用固定喙突骨折的方法从内侧缘进入直视下用 1 枚螺钉通过喙突轴腔固定。C 形臂 X 线机透视如关节盂部骨折块分离较明显,则从锁骨肩峰端后缘靠喙突基底部分向外侧向下水平,闭合置中空螺钉固定。如骨折线基本闭合则不予固定。肩峰基底部骨折采用重建钢板固定,肩峰边缘骨折用小斜“T”形钢板固定。内固定顺序上先固定锁骨骨折、肩锁关节脱位、肩峰骨折,这样可以有效恢复肩胛带长度,再处理其他部分损伤。

参考文献

[1] Eyres KS, Brooks A, Stanley D. Fractures of the coracoid process

[J]. J Bone Joint Surg Br, 1995, 77(3):425-428.

[2] Ideberg R, Grevsten S, Larsson S. Epidemiology of scapular fractures. Incidence and classification of 338 fractures[J]. Acta Orthop Scand, 1995, 66(5):395-397.
 [3] 蒋协远,王大伟. 骨科临床疗效评价标准[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:67-69.
 Jiang XY, Wang DW. The standard of clinical evaluation of curative effect in orthopaedics[M]. Beijing:People's Health Publisher, 2005:67-69. Chinese.
 [4] Goss TP. Double disruptions of the superior shoulder suspensory complex[J]. J Orthop Trauma, 1993, 7(2):99-106.
 [5] Hardegger FH, Simpson LA, Weber BC. The operative treatment of scapular fractures[J]. J Bone Joint Surg Br, 1984, 66(5):725-731.
 [6] Nordqvist A, Petersson C. Fracture of the body, neck, or spine of the scapula. A long-term follow-up study[J]. Clin Orthop Relat Res, 1992, (283):139-144.
 [7] Gerber C, Teirrier F, Ganz R. The role of the coracoid process in the chronic impingement syndrome[J]. J Bone Joint Surg Br, 1985, 67(5):703-708.

(收稿日期:2011-07-10 本文编辑:连智华)

· 病例报告 ·

原发性骨淋巴瘤误诊 1 例

刘西纺, 孙银娣, 张平安, 许鹏, 郭玲
 (西安市红十字会医院中医骨科, 陕西 西安 710054)

关键词 淋巴瘤; 骨; 误诊; 病例报告

DOI: 10.3969/j.issn.1003-0034.2011.12.020

Misdiagnosis of primary lymphoma of bone: a case report LIU Xi-fang, SUN Yin-di, ZHANG Ping-an, XU Peng, GUO Ling. Department of Orthopaedics of TCM, Red Cross Hospital of Xi'an, Xi'an 710054, Shaanxi, China

KEYWORDS Lymphoma; Bones; Diagnostic errors; Case reports

Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2011, 24(12):1042-1043 www.zggszz.com

患者,男,16岁,左髋部疼痛、活动受限半年加重1个月,于2010年4月21日入院。半年前出现低热盗汗症状,随后感左髋部疼痛、活动受限,休息后不能缓解。就治于甘肃徽县中医医院,诊断:左髋化脓性关节炎,抗炎治疗效果不佳。4个月前就治于中国人民解放军第三中心医院,诊断为左髋关节结核,予以抗痨治疗1个月患者好转。近1个月上述症状加重,不能缓解。院外X线片及MRI示:左股骨头及颈骨质破坏,以“左髋关节结核”收住院。

既往否认有其他系统疾病史及肝炎、结核等传染病史,入院时查体:形体消瘦,呈贫血貌,推入病房,无皮肤出血点及皮疹,浅表淋巴结不肿大,巩膜无黄染,胸骨无压痛,心肺腹检查未见异常。左髋外侧可见5cm×6cm略突起肿块(图1a),局

部皮温稍高,肤色无改变,质软。左髋各方向主动活动均受限:屈伸80°~40°;左侧“4”字征阳性,托马斯征阳性。左侧足背浮肿,双下肢肌肉萎缩,未见明显浮肿。X线片(图1b)示:左股骨颈骨质呈溶骨性及虫蚀样破坏,大粗隆部骨质密度减低,股骨头及髋臼关节面未见明显破坏,关节间隙无明显改变。MRI示:左侧股骨头、颈及软组织信号异常。入院诊断:左髋关节结核。入院后检查血常规:HB 120 g/L, WBC 12×10⁹/L。肝功能:ALT 4.7 U/L, AST 13.9 U/L, ALP 105.1 U/L, TBTL 23.9 μmol/L, DBIL 12.4 μmol/L, CRP 39.53 mg/L, 血沉 41 mm/h; 肾功能正常。给予抗结核治疗2周,仍低热、盗汗,复查血沉、CRP等下降不显著,抗结核治疗效果欠佳。

于2010年5月12日行左髋关节结核病灶清除术,术中见滑膜增生明显,上附大量絮状病变组织,有少量脓液流出。吸净脓液,见股骨头下方骨质硬化,部分破坏,呈蘑菇状部分

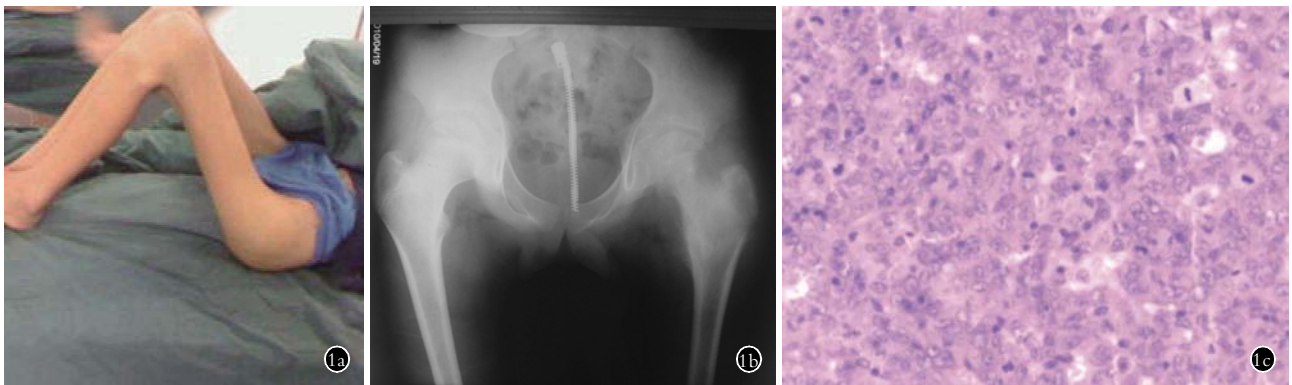


图 1 患者,男,16岁,原发性骨淋巴瘤 1a. 术前左下肢外观像,可见左下肢肌肉萎缩,左髋部外侧突起软组织肿块 1b. 术前 X 线片可见左股骨颈骨质呈溶骨性及虫蚀样破坏 1c. 瘤细胞呈圆形、卵圆形,大小不等,核仁可见,呈弥漫排列(HE×10)

Fig. 1 A 16-year-old male patient with primary lymphoma of bone 1a. Preoperative appearance of left lower limb showed atrophy of the limb and a soft tissue lump in the lateral hip 1b. Preoperative X-ray image showed osteolytic destruction and moth-eaten lesion of the neck of left femur 1c. Neoplastic cells appeared round, orbicular-ovate, inequality of size, and the entoblast was thus evident and arranged diffusely (HE×10)

凹陷,约 0.8 cm×0.5 cm×0.3 cm,但关节面及髋臼良好。股骨颈及大粗隆前外侧骨质破坏,有大量絮状病变组织,仅后侧皮质相连,残留约 1/3。清理关节腔,刮除股骨颈部及粗隆近端病灶,切除髋关节以双氧水、生理盐水冲洗关节腔,关节腔内注入异烟肼及链霉素。术中冰冻切片提示:左髋关节圆细胞恶性肿瘤,考虑恶性腱鞘巨细胞瘤、组织巨细胞瘤或淋巴瘤。病理活检光镜见瘤细胞呈圆形、卵圆形,大小不等,核仁可见,呈弥漫排列(图 1c),提示左髋关节圆细胞恶性肿瘤。免疫组化提示大细胞淋巴瘤,侵及股骨近端及周围肌组织,CD20- CD3-, CD68 个别细胞阳性,CD163 个别细胞阳性,K167 40%阳性, P53 30%阳性, Vim 阳性, LCA 阳性。病理诊断:左髋关节大细胞淋巴瘤。临床诊断:左股骨近端原发性骨淋巴瘤。经手术清除病灶后,立即停止抗结核治疗,给予抗炎营养支持治疗,术后 2 周患者精神状况明显好转,化疗 2 周。术后随访 9 个月,患者精神食欲良好,行走轻度跛行,左髋部无不适感。

讨论

原发性骨淋巴瘤(primary lymphoma of bone, PLB)是很少见的结外淋巴瘤,由于其多样性和异质性,缺乏特征性表现,造成早期诊断困难。在病检作出之前常常误诊,为加强对该病的认识,避免误诊误治,特将本病例总结分析如下。

临床表现:PLB 首发症状多为局部疼痛、肿块及病理性骨折。发病年龄 16~74 岁,发病部位全身骨骼均可受累,多发于四肢长骨,股骨占 20%,还可见于胫骨、肱骨、桡骨、肩胛骨等部位。本例患者首发症状为左髋部疼痛、活动受限,伴低热盗汗,局部见软组织肿块,皮温较高。曾就诊于 3 所医院,皆误诊为常见病:化脓性关节炎和结核。在诊断上笔者受院外诊断影响,有了先入为主的思想,其次对 PLB 的认识不足,在鉴别诊断时未考虑到本病,导致误诊误治。

影像学表现:PLB 影像学特点是软组织肿块明显而骨皮质破坏相对较轻。X 线表现为溶骨性破坏,多表现为骨皮质的虫蚀性和斑片状损害,但是骨周边反应和成骨性现象不明显。MRI 信号特点,T1WI 多表现为等信号(7/12)或低信号(4/12),T2WI 则表现为高信号(9/12)或等信号(3/12),在 PLB

中有一定特异性^[1]。本例影像表现符合 PLB 的影像学特点,结合本例术中所见左股骨头及髋臼软骨面未见破坏,并不符合髋关节结核表现。

病理学表现:PLB 在组织学多为大 B 细胞性淋巴瘤^[2],有其特征性的生长方式。低倍镜下,在正常的骨小梁和骨髓脂肪之间有瘤细胞浸润并取代正常的骨髓造血组织,肿瘤间的骨小梁可保持正常或增粗或排列结构不规则,骨小梁也可变细消失。瘤细胞形态多样,部分区域瘤细胞间可见较多纤维组织增生,瘤细胞也可梭形变。侵袭性强,常侵袭周围软组织,且往往是溶骨性破坏为主,病理切片可观察到瘤组织呈溶骨性浸润生长,瘤体中央部原有的骨小梁多已溶解消失,周围仍常见残留或较完整的骨小梁,肿瘤相邻的皮质内面多被不规则侵蚀,瘤细胞沿哈佛管浸润^[3]。

治疗:主要治疗手段为放疗和化疗,骨科手术目前用于诊断性活检和并发症的治疗,如骨折的修复、稳定和骨坏死的治疗。晚期病变以化疗为主,配合局部放疗。

总之,PLB 早期确诊困难,易发生误诊,其诊断主要根据临床、影像学 and 病理组织学结合的检查结果,最后诊断要依据病理组织形态学和免疫组化的结果。临床医师在诊断时应多加分析和鉴别,避免误诊误治。

参考文献

- [1] 陈群林,林征宇,孙辉红. 原发性骨淋巴瘤综合影像学分析[J]. 中国医学影像学杂志, 2010, 18(4): 815-817.
Chen QL, Lin ZY, Sun HH. Comprehensive imaging analysis of primary lymphoma of bone[J]. Zhongguo Yi Xue Ying Xiang Xue Za Zhi, 2010, 18(4): 815-817. Chinese.
- [2] Chang H, Hang YS, Lin TL, et al. Primary bone marrow diffuse large B cell lymphoma: a case series and review[J]. Ann Hematol, 2011, 90(7): 791-796.
- [3] 陈仕高,刘莉,刘都礼. 骨原发性淋巴瘤临床病理表现[J]. 华西医学, 2007, 22(3): 526-527.
Chen SG, Liu L, Liu DL. Clinical symptoms of primary lymphoma of bone[J]. Hua Xi Yi Xue, 2007, 22(3): 526-527. Chinese.

(收稿日期: 2011-03-25 本文编辑: 王玉曼)