

· 病例报告 ·

锁骨旁脂肪瘤骨化误诊为骨软骨瘤 1 例

聂鹏飞, 郭剑, 贺振年, 张斌, 徐远林, 戴波, 韩明远, 白延军, 肖维华

(浙江大学附属第一医院北仑分院骨科, 浙江 宁波 315800)

关键词 脂肪瘤; 骨化, 病理性; 锁骨; 骨软骨瘤

DOI: 10.3969/j.issn.1003-0034.2017.07.019

Ossifying parosteal lipoma beside the clavicle misdiagnosed as osteochondroma: a case report NIE Peng-fei, GUO Jian, HE Zhen-nian, ZHANG Bin, XU Yuan-lin, DAI Bo, HAN Ming-yuan, BAI Yan-jun, and XIAO Wei-hua. Department of Orthopaedics, Beilun Branch of the First Affiliate Hospital of Zhejiang University, Ningbo 315800, Zhejiang, China

KEYWORDS Lipoma; Ossification, heterotopic; Clavicle; Osteochondroma

Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2017, 30(7): 672-674 www.zggszz.com

患者, 男, 40 岁, 右锁骨区肿块 20 余年来院就诊。患者 20 多年前无意间触及右锁骨区有一蚕豆大小的肿块, 质软, 无明显疼痛, 活动颈部亦无明显疼痛, 无右上肢麻木不适, 无头痛头晕, 无胸闷气促, 无畏寒发热, 皮肤完整, 未发现局部肿胀及溃疡, 无明显疼痛不适。因未向皮肤表面凸起, 故 20 年来未曾就诊, 肿块缓慢增大, 无其他明显不适, 约桃核大小, 且肿块向皮肤表面凸起明显, 影响美观, 故来院就诊, 明确诊断。专科查体: 右锁骨区中外 1/3 处可触及一直径约 2 cm 大小的肿块, 局部皮肤完整, 无静脉曲张表现, 质软, 界清, 局部无压痛, 固定, 不能移动, 皮温正常, 右肩关节活动可, 右手感觉、活动及血供均可。右尺桡动脉搏动有力。锁骨正位 X 线片(图 1a) 示右锁骨中外 1/3 处可见一向外突起的不规则骨样密度影, 皮质与正常骨皮质相连, 周围软组织稍肿胀, 未见骨膜反应, 考虑骨软骨瘤。MRI(图 1b, 1c) 示右锁骨中外 1/3 处上方可见一团片状异常信号灶, 与锁骨分界欠清, 横段位较大层面约 2.4 cm × 1.3 cm, T1WI 呈高信号, 其内可见少许斑片状低信号, T2WI 抑脂系列呈不均匀低信号, 考虑右锁骨良性肿瘤性病变, 骨软骨瘤可能。结合临床表现及影像学检查临床诊断为“骨软骨瘤”。患者手术意愿强烈, 排除手术禁忌后, 予以手术切除肿块。

在臂丛麻醉下行“右锁骨软骨瘤”切除术, 麻醉成功后取沙滩位, 右肩区垫高, 常规消毒铺巾, 触摸肿块后, 以肿块为中心, 沿锁骨走行取约 6 cm 长的切口, 逐层分离皮下组织及筋膜, 术区充分止血, 右锁骨中外 1/3 处筋膜下可见一类半球形的黄色肿

块, 约蛋黄大小, 质地软, 与周围组织分界清楚, 完整透明纤维包膜包裹, 沿包膜钝性分离肿块直至锁骨表面, 见肿块呈半球形, 宽基底, 且基底与锁骨上表面融合, 固定, 周边未见粗大的滋养动脉, 骨刀凿开锁骨皮质, 取下肿块, 未侵蚀骨髓腔, 骨蜡止血; 纵向切开肿块, 见肿块外层为淡黄及灰黄色组织, 内层为坚硬骨组织, 连接锁骨皮质(图 1d)。冲洗术区, 缝合筋膜及皮肤关闭切口, 术毕, 标本送病理检查。肿块标本予脱钙, 切片, 镜下(HE×40)见肿块表面纤维性包膜, 其下由成熟脂肪细胞构成, 可见纤维组织分隔, 基底侧肿瘤包裹的骨样组织, 骨样组织表面见增厚的纤维性骨膜组织, 其下为板层骨组成, 骨皮质未见明显破骨细胞反应, 板层骨下见髓腔组织, 髓腔组织分化成熟(图 1e)。肿块未见软骨帽结构存在, 不符合骨软骨瘤诊断。故该病修正诊断为右锁骨旁脂肪瘤骨化。

本例予以彻底手术切除锁骨区肿块, 未清扫锁骨周围淋巴结, 以及术后未进行任何放疗及化疗等, 术前 X 线片未见明显异常。术后 21 个月后复查, 右锁骨区无疼痛、麻木及肿胀等, 右肩活动正常。右锁骨 X 线提示未见明显异常病灶, 且右锁骨病变区未发生复发、转移及恶变等(图 1f)。

讨论

骨旁脂肪瘤骨化流行病学特点: 骨旁脂肪瘤骨化是一类紧邻骨皮质, 并与其相连续的脂肪瘤, 是一类良性肿瘤^[1]。其病程长, 生长缓慢, 无特异性临床表现, 局部压迫神经可出现麻木表现。病因不明确, 可能因脂肪瘤刺激骨膜引起骨膜成骨^[2]。本例患者无局部神经压迫, 故无特异性症状出现, 无意中发现骨性肿块来院就诊。该病好发于中年, 男女比例均等, 发病率很低, 是一类罕见的疾病^[1], 国内外仅有

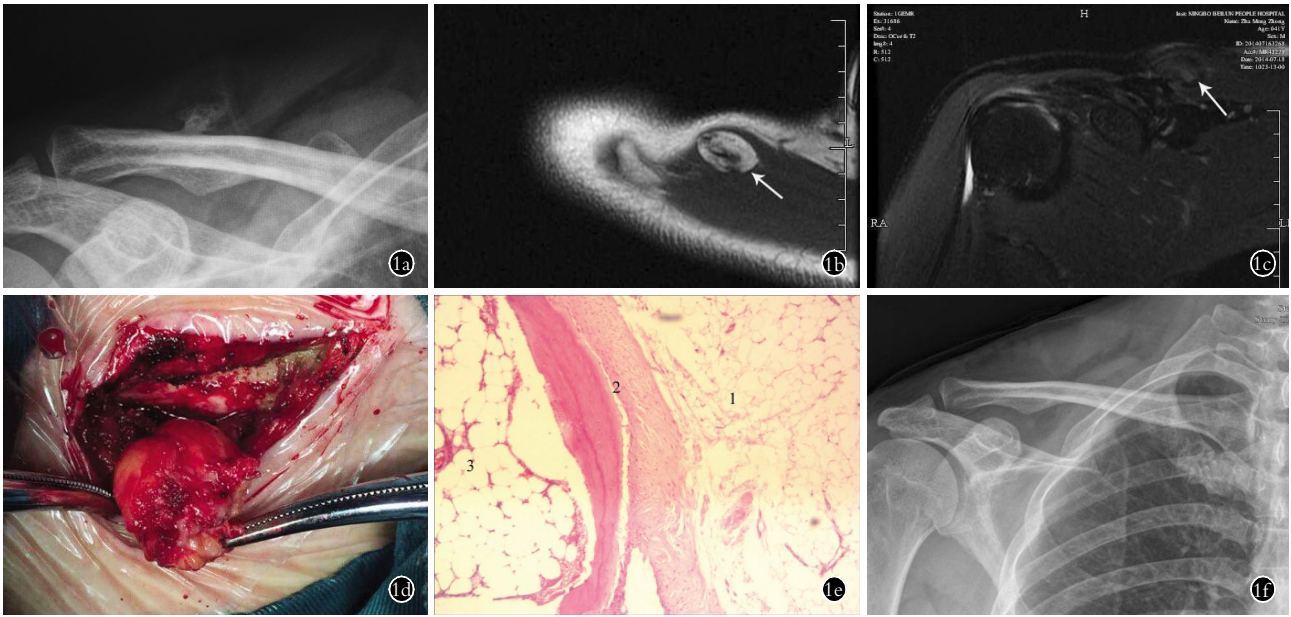


图 1 患者,男,40 岁,右锁骨旁脂肪瘤骨化 **1a**. 术前 3 d 右锁骨正位 X 线示右锁骨远段上方软组织内见一椭圆形低密度影,边缘光整,内密度不均匀,其内下部可见不规则块状高密度影,其带蒂与锁骨上缘相连接 **1b, 1c**. 术前 2 d MRI 示 T1WI 高信号为主,内可见斑块状低信号影, T2WI 大部分为低信号影,内可见少许斑片状稍高信号影,病灶大小约为 24 mm×13 mm,边界清晰,病灶局部与锁骨上缘皮质相连接,相邻斜方肌受压,稍移位 **1d**. 术中在右锁骨远端可见一半球形的黄色肿块,大小约 25 mm×20 mm×12 mm,可见纤维透明包膜,宽基底,基底面粗糙,与锁骨紧密相连 **1e**. 术后 10 d 病理结果示(HE×40)肿块表面见包膜,其下由成熟脂肪细胞构成,可见纤维组织分隔,一侧肿瘤包裹的骨样组织,骨样组织表面见增厚的纤维性骨膜组织,其下为板层骨组成的骨皮质未见明显破骨细胞反应,髓腔组织分化成熟 **1f**. 术后 21 个月右锁骨正位 X 线片示术区皮下软组织密度欠均匀,锁骨远段上缘皮质光整

Fig.1 A 40-year-old male patient with parosteal ossifying lipoma beside the right clavicle **1a**. At 3 days before operation, AP X-ray of the right clavicle showed right clavicle distal above the soft tissue with an oval low density, smooth edge, uneven density in the lower part, irregular high density, density close to the cancellous bone, which is connected with the upper edge of the pedicle of clavicle **1b, 1c**. At 2 days before operation, MRI showed high signal on T1WI, patchy low signal, T2WI low signal intensity on fat suppressed like most, there is little patchy hyperintensity, lesion size is about 24 mm×13 mm, the boundary is clear, the lesion and supraclavicular edge cortex connected, the adjacent trapezius muscle is compressed and displaced slightly **1d**. There was a hemispheric yellow mass at the distal end of the right clavicle. The size was about 25 mm×20 mm×12 mm, with a transparent capsule, a broad base, a rough base and a tight junction with the clavicle **1e**. At 10 days after operation, the pathological findings showed (HE×40) the surface of the mass is enveloped and consists of mature adipocytes, osteoid tissue is separated by fibrous tissue and wrapped by one side of the tumor, the fibrous tissue on the surface of osteoid tissue was thickened and the bony cortex composed of lamellar bone had no obvious osteoclast reaction, and the differentiation of medullary cavity tissue was mature **1f**. At 21 months after the operation, AP X-ray of the right clavicle showed the density of subcutaneous soft tissue in the operation area was not uniform, and the cortex of the upper segment of clavicle was light up

少量文献报道。Larousserie 等^[3]报道 1 例 34 岁女性因发现上臂肿块多年来院就诊,诊断为肱骨旁脂肪瘤骨化,肿块直径约 10 cm,呈椭圆形,肩关节活动正常,无疼痛及麻木等临床表现。且这类疾病肿块大小不定,发生部位不定,目前仅发现颅骨、颈椎、下颌骨、肱骨、股骨及腓骨等骨旁脂肪瘤可发生骨化^[1-8],但锁骨旁脂肪瘤骨化国内外未曾报道,故本文予详细介绍。

鉴别诊断: 锁骨旁脂肪瘤骨化与锁骨软骨瘤均无特异性临床表现,且病程长,均因无意中触及肿块来就诊,肿块质地中等,固定,界清,双上肢感觉、运动及血运正常。临床表现极其相似,故从临床表现上难以鉴别。从 X 线片特点来看,两者皆表现出外生性骨疣,且锁骨旁脂肪瘤骨化带蒂骨疣与骨软骨瘤

密度接近,故也很难区别两者。这也是造成本例患者误诊的主要原因。目前主要是从 MRI 特点与病理特征上来区别两者,锁骨旁脂肪瘤骨化在 T1WI 上呈高信号,其内可见少许斑片状低信号, T2WI 抑脂像上呈低信号影,内可见少许斑片状稍高信号影;锁骨软骨瘤在 T1WI 上呈低信号,其内可见少许稍高信号, T2WI 抑脂像上呈高信号影,内可见少许低信号影,并具有典型的软骨帽结构^[9]。从病理组织学特点上看,锁骨旁脂肪瘤骨化有 3 层结构:纤维被膜,脂肪组织,骨样组织。脂肪组织被纤维组织分隔,呈团状分布,骨样组织由纤维性骨膜、板层骨及髓腔组织组成。然而锁骨软骨瘤镜下有典型的 3 层结构,分别为纤维被膜、软骨帽、病变的骨小梁。软骨帽由软骨细胞及其周围基质组成。病变的骨小梁排列紊乱,夹

杂着纤维组织,这是两者重要的鉴别点。本例患者因肿块小,存在骨化,与锁骨紧密连接,不易行术前病理活检,也是造成本例误诊原因之一。不足之处是本例患者未行右锁骨肿块的 CT 扫描,孙英彩等^[2]报道骨旁脂肪瘤骨化 CT 表现为紧邻骨皮质的透亮肿块。除与骨相邻的部位外,病变与周围软组织界线清楚。其内主要为脂肪成分,CT 值在 40~120 HU,可有厚薄不均匀的纤维间隔,增强扫描间隔可有强化。骨软骨瘤的 CT 扫描表现为与骨皮质相连的骨性突起,以蒂、宽或窄的基底连于骨皮质,局部骨皮质可增厚,密度不均匀,可见软骨帽低密度影,无骨质破坏、骨膜反应及软组织肿块。两者 CT 表现相近,不易鉴别,增强 CT 扫描骨旁脂肪瘤骨化的骨化部分无强化,而纤维间隔有强化,这或许会对其鉴别有帮助。骨软骨瘤的皮质和髓腔与下方的骨皮质连续,而骨旁脂肪瘤骨化的皮质和髓腔与下方骨质缺乏连续性,这一点有助于鉴别^[2]。

治疗与预后:骨旁脂肪瘤骨化的主要治疗方式是手术切除^[1,3-4,6-7]。因国内外均未报道锁骨旁脂肪瘤骨化病例,本例锁骨旁脂肪瘤骨化治疗采用手术切除,考虑为良性病变,未清扫淋巴结,术后未进行放疗与化疗。术后右肩关节功能无异常,右上肢感觉、运动及血供良好,右锁骨术区无肿胀及麻木表现。术后随访 21 个月,右锁骨术区无明显肿胀,未触及肿块和肿大的淋巴结,右肩关节感觉及活动正常,行右锁骨正位片检查,右锁骨术区骨皮质边界清晰,局部未见明显复发,转移及恶变,其远期疗效尚待观察。

参考文献

[1] Myint ZW,Chow RD,Wang L,et al. Ossifying parosteal lipoma of the thoracic spine;a case report and review of literature[J]. J Community Hosp Intern Med Perspect,2015,5(1):26013.

[2] 孙英彩,崔建岭,石俊岭,等. 骨旁脂肪瘤伴有骨质异常的 CT 表现[J]. 中华放射学杂志,2009,43:275-279.

SUN YC,CUI JL,SHI JL,et al. The characteristics of parosteal lipomas with hyperostosis on CT images[J]. Zhonghua Fang She Xue Za Zhi,2009,43:275-279. Chinese.

[3] Larousserie F,Chen X,Ding Y,et al. Parosteal osteoliposarcoma;a new bone tumor (from imaging to immunophenotype)[J]. Eur J Radiol,2013,82(12):2149-2153.

[4] Hashmi AA,Malik B,Edhi MM,et al. A large parosteal ossifying lipoma of lower limb encircling the femur[J]. Int Arch Med,2014,7(1):5.

[5] Diom ES,Ndiaye IC,Ndiaye M,et al. Osteolipoma;an unusual tumor of the parotid region[J]. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis,2011,128(1):34-36.

[6] Saksobhavit N,Jaovisidha S,Sirikulchayanonta V,et al. Parosteal ossifying lipoma of the fibula;a case report with contrast-enhanced MR study and a review of the literature[J]. Singapore Med J,2012,53(8):e172-175.

[7] Sun Z,Sun L,Zhang Z,et al. Ossifying parosteal lipoma of the mandible;a case report and review of the literature[J]. Dentomaxillofac Radiol,2013,42(1):57852073.

[8] Moschopoulos M,Becheanu G,Stamm B. Hypothalamic osteolipoma of the tuber cinereum[J]. J Cell Med,2006,10(1):240-242.

[9] 彭旭红,吴元魁,陈斌,等. 骨软骨瘤的 3.0T MRI 特征[J]. 临床放射学杂志,2010,29:221-224.

PENG XH,WU YK,CHEN B,et al. The characteristic of osteochondroma on 3.0T MRI[J]. Lin Chuang Fang She Xue Za Zhi,2010,29:221-224. Chinese.

(收稿日期:2016-08-17 本文编辑:李宜)

·读者·作者·编者·

本刊关于一稿两投和一稿两用等现象的处理声明

文稿的一稿两投、一稿两用、抄袭、假署名、弄虚作假等现象属于科技领域的不正之风,我刊历来对此加以谴责和制止。为防止类似现象的发生,我刊一直严把投稿时的审核关,要求每篇文章必须经作者单位主管学术的机构审核,附单位推荐信(并注明资料属实、无一稿两投等事项)。希望引起广大作者的重视。为维护我刊的声誉和广大读者的利益,凡核实属于一稿两投和一稿两用等现象者,我刊将择期在杂志上提出批评,刊出其作者姓名和单位,并对该文的第一作者所撰写的一切文稿 2 年内拒绝在本刊发表,同时通知相关杂志。欢迎广大读者监督。

《中国骨伤》杂志社