

• 病例报告 •

胸骨浆细胞肉芽肿 1 例报告

盛敏,张燕,于双妮,金征宇  
(中国医学科学院北京协和医院,北京 100730)

关键词 浆细胞肉芽肿; 胸骨; 体层摄影术; X 线计算机

A case report of plasma cell granuloma in the sternum SHENG Min,ZHANG Yan,YU Shuang-ni,JIN Zheng-yu.  
Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730, China

Key words Plasma cell granuloma; Sternum; Tomography; X-ray computer

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma,2008,21(5):374-375 www.zggszz.com

浆细胞肉芽肿临床较少见,常发生于肺、眼眶及消化道等部位,发生于骨则罕见。大部分骨的浆细胞肉芽肿发生于颞骨,发生于胸骨者尚少见报道。现将我院胸骨浆细胞肉芽肿 1 例报告如下。

患者,男,50 岁,2007 年 3 月无明显诱因出现畏寒、发热,体温最高可达 39℃,至我院就诊。查体时发现患者胸骨中段膨隆,压痛明显。实验室检查:ESR 69 mm/h,CRP 36.1 mg/L; PPD 试验:红晕 3.0 cm×3.5 cm,硬结 2.0 cm×1.7 cm。行胸骨 CT 检查可见胸骨柄上段骨质破坏,边缘清晰锐利,未见明显硬化缘,软组织内可见肿块影(见图 1)。

患者自发病以来,体重下降约 9 kg。入院后,考虑患者为结核可能性大,给予异烟肼、利福喷丁、乙胺丁醇、利复星实验

性抗痨治疗,症状有所改善。并行手术切除,术后病理示浆细胞肉芽肿(见图 2、3)。免疫组化:CD3(+),CD20(+),CD68(+),CD79α(-),CD138(-),PC(-),CD1α(-)。

讨论

(1)发病原因:浆细胞肉芽肿的发病原因不明,一般认为与感染(包括 EB 病毒感染)、创伤、手术相关,是人体对损伤的异常或过度反应<sup>[1]</sup>。1973 年,Bahadori 和 Liebow 第一次报道浆细胞肉芽肿<sup>[2]</sup>,该病的名称很多,又可称为炎症性肌纤维母细胞瘤、炎症假瘤、纤维黄色瘤等。1997 年,Sciort 报道 2 例发生于骨的浆细胞肉芽肿,均发生于股骨下段。Sciort 认为发生于骨的浆细胞肉芽肿与克隆染色体异常改变有关<sup>[3]</sup>。本例患者血沉增快,C 反应蛋白升高,PPD 阳性,考虑本病的发生可能与感染相关。

(2)病理表现:为炎性细胞浸润背景下丰富的胶原纤维组织及类成肌纤维细胞聚集<sup>[3]</sup>。瘤细胞呈梭形,胞浆淡红色,可见核仁。其间可见大量炎性细胞浸润,多为淋巴细胞、浆细胞、组织细胞及嗜酸性细胞。部分区域细胞稀少,间质硬化。此瘤病理上可分为三型:黏液型,梭形细胞密集型及纤维型。

(3)影像学表现:各报道均表现为溶骨性破坏,部分可见钙化灶,可有轻微骨膜反应,有或无软组织肿块<sup>[3-4]</sup>。大部分浆细胞肉芽肿在 MRI 中表现为边界清晰、密度均匀的肿块,信号强度与病变所含细胞多少相关。当病变中纤维成分较多,缺少自由水时,T2WI 上呈低信号,反之,当病变处于细胞浸润的亚急性期时,纤维成分较少,T2WI 上呈高信号<sup>[4]</sup>。本例患者 CT 显示为胸骨柄上段溶骨性骨质破坏,无骨膜反应,边缘清晰,未见明显硬化及钙化灶,软组织内见肿块影。本病需与恶性纤维组织细胞瘤和骨纤维肉瘤相鉴别,两者临床与影像学表现与本病相似,均为局部疼痛和肿胀,好发于长骨,表现为溶骨性破坏,易

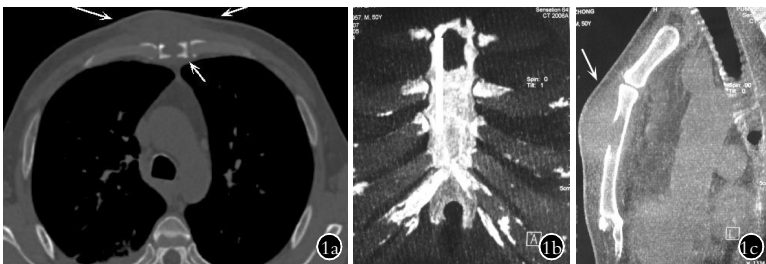


图 1 CT 横断位(1a)、冠状位(1b)及矢状位(1c)分别显示胸骨柄上段溶骨性骨质破坏,边缘锐利,周围软组织肿胀 1a.CT 横断位图像 1b.CT 冠状位图像 1c.CT 矢状位图像

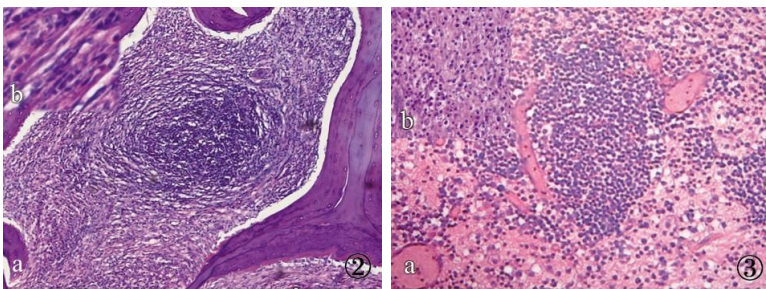


图 2 术后病理:a 为骨组织旁大量炎性细胞浸润,可见纤维组织显著增生(HE×40); b 为大量梭形细胞(HE×400) 图 3 术后病理:a 为大量炎性细胞浸润(HE×150); b 为其中可见大量浆细胞(HE×600)

• 临床研究 •

# V-Y-S 旋转皮瓣修复头皮缺损

张功林<sup>1</sup>, 章鸣<sup>1</sup>, 荆浩<sup>2</sup>, 郭翱<sup>1</sup>, 凌爱军<sup>1</sup>, 蔡国荣<sup>1</sup>

(1. 温岭市骨伤科医院, 浙江 温岭 317500; 2. 无锡市第三人民医院骨科)

**【摘要】** 目的: 报告 V-Y-S 旋转皮瓣修复头皮缺损的临床结果。方法: 应用 V-Y-S 旋转皮瓣技术修复 5 例头皮缺损, 其中, 男 4 例, 女 1 例; 年龄 26~52 岁, 平均 32 岁。缺损范围: 3 cm×3.5 cm~4 cm×5 cm。1 例用单侧皮瓣修复, 4 例用双侧皮瓣修复。结果: 所有的缺损均修复成功, 皮瓣全部成活, 术后随访 10~42 个月(平均 28 个月), 修复后的外形满意, 皮瓣上头发生长正常, 局部没有瘢痕形成, 没有出现与切口有关的并发症。结论: 用 V-Y-S 旋转皮瓣修复头皮缺损, 不需行游离植皮, 操作简单, 手术时间短, 成功率高。

**【关键词】** 头皮; 修补手术, 外科; 创伤和损伤; 皮肤移植

**Repair of scalp defect using V-Y-S rotation flap** ZHANG Gong-lin\*, ZHANG Ming, JING Hao, GUO Ao, LING Ai-jun, CAI Guo-rong. \*Orthopaedics Hospital of Wenling City, Wenling 317500, Zhejiang, China

**ABSTRACT Objective:** To report the clinical results of scalp defect using V-Y-S rotation flap. **Methods:** From March 2003 to October 2005, 5 cases scalp defect (4 male, 1 female) were reconstructed with the technique. The age ranged from 26 to 52 years (mean 32 years). The scalp defect ranged from 3 cm×3.5 cm to 4 cm×5 cm. Four cases were reconstructed with bilateral flap and one case was reconstructed with unilateral flaps. **Results:** All patients were followed-up from 10 to 42 months (mean, 28 months). All the flaps survived completely and showed good hair growth and had satisfactory clinical results. **conclusion:** Repair of scalp defect using V-Y-S rotation flap technique is simple with no need for a skin graft and can be performed quickly, there is minimal morbidity and the outcome is highly successful.

**Key words** Scalp; Revision, surgical; Wounds and injuries; Skin transplantation

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2008, 21(5):375-376 www.zggszz.com

头皮缺损多见于创伤、肿瘤的切除, 烧伤或感染等, 由于头皮为生发结构, 无类似的组织可替代, 因而, 当缺损难以直接愈合时, 比身体其他部位的缺损更难修复<sup>[1]</sup>。2003 年 3 月至 2005 年 10 月, 应用 Demir 等<sup>[2]</sup>介绍的 V-Y-S 皮瓣旋转方法治疗, 取得满意效果, 现报告如下。

## 1 临床资料

本组 5 例, 男 4 例, 女 1 例; 年龄 26~52 岁, 平均 32 岁。

通讯作者: 张功林 Tel: 0576-86193574 E-mail: 668zgl@163.com

均为全厚头皮缺损, 深度达骨面。头皮缺损原因: 皮肤癌切除 1 例, 头皮烧伤性坏死 1 例, 创伤性缺损 3 例。头皮缺损范围: 3 cm×3.5 cm~4 cm×5 cm。缺损部位: 左枕后 1 例, 右枕后与头顶部各 2 例。手术时机: 缺损界线清楚的 3 例行 1 期修复, 另 2 例待局部坏死界线清楚, 于伤后 6~8 d 择期手术修复。

## 2 手术方法

本组均在局部麻醉下手术, 先行局部清创术, 去除坏死皮缘。然后行皮瓣设计, 纵行设计 V 形三角皮瓣, 三角皮瓣的底与缺损等宽, 三角皮瓣的长度稍大于底边的宽度, 三角的一侧

穿破骨皮质形成软组织肿块, 较少出现骨膜反应。但两者骨质破坏发生较快, 易发生远处转移。此外, 仍需与组织细胞病及结核相鉴别, 其鉴别主要依靠病理学检查。

(4) 治疗: 该病治疗上以手术切除为主, 对于无法手术的患者可采用局部放疗, 但效果并不确定<sup>[5]</sup>。目前, 此病恶性性仍存在争议, 大多数预后良好, 最新 WHO 把本病归为恶性潜能未定的肿瘤。本例患者术后恢复良好, 随诊至今, 未有复发及转移病灶。

## 参考文献

1 Arber DA, Onsi WK, Van de Rijn M, et al. Frequent presence of the Epstein-Barr virus in inflammatory pseudotumor. Hum Pathol, 1995,

26(10):1093-1098.  
2 Bahadori M, Liebow AA. Plasma cell granulomas of the lung. Cancer, 1973, 31(1):191-208.  
3 Sciot R, Dal Cin P, Fletcher CD, et al. Inflammatory myofibroblastic tumor of bone: report of two cases with evidence of clonal chromosomal changes. Am J Surg Pathol, 1997, 21(10):1166-1172.  
4 Watanabe A, Ishii R, Okamura H, et al. Magnetic resonance imaging of non-specific inflammatory granulation involving the skull base-two case reports. Neurol Med Chir (Tokyo), 1998, 38(2):104-106.  
5 Dwarakanath S, Jaiswal AK, Ralte AM, et al. Primary plasma cell granuloma of petrous bone. J Clin Neurosci, 2004, 11(5):552-555.

(收稿日期: 2008-01-03 本文编辑: 李为农)