

## · 病例报告 ·

## 股骨颈部单发性骨软骨瘤 1 例报告

李军, 周云, 荆珏华

(安徽医科大学第二附属医院骨科, 安徽 合肥 230601)

关键词 股骨颈; 骨软骨瘤; 病例报告

DOI: 10.3969/j.issn.1003-0034.2014.02.018

**Solitary osteochondroma in the femoral neck: a case report** LI Jun, ZHOU Yun, and JING Jue-hua. Department of Orthopaedics, the Second Affiliated Hospital to Anhui Medical University, Hefei 230601, Anhui, China**KEYWORDS** Femur neck; Osteochondroma; Case reports

Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2014, 27(2): 165-166 www.zggszz.com

患者,男,33岁,左髋部疼痛伴活动受限2年入院。患者2年前体力劳动后出现左股骨疼痛,未予特殊处理,现为减轻疼痛就诊于我院。入院查体:左髋部未触及明显肿块畸形,压痛(+),左“4”字征(+),左髋关节活动稍受限,浅感觉、末梢血运、肌力基本正常。予骨盆平片示左股骨颈内侧可见一团块状新生物,与骨密度相似(图1a)。双髋关节CT及三维重建示左侧股骨颈部见一带蒂的骨性肿物,骨皮质与股骨颈基底部分相连,其内骨密度不均匀,周围软组织被推移(图1b)。初步诊断:左股骨颈部骨肿瘤,考虑骨软骨瘤(osteochondroma)。

入院后完善相关检查,排除手术禁忌症后,于全麻下行左股骨颈肿瘤切除加动力髋螺钉(dynamic hip screw, DHS)内固定术。全麻,气管插管成功后,留置导尿,患者取右侧卧位,骨盆固定架固定,术野常规消毒、铺巾、贴护皮膜。取左髋关节后外侧切口,以大转子为中心,自左髋后上棘至股骨大粗隆沿股骨干延伸,长约22cm,逐层切开皮肤、皮下组织、筋膜,钝性分离臀大肌纤维,显露大转子后方的外旋肌群及臀中小肌,将下肢屈膝内旋,股方肌显著萎缩,难以发现止点,显露部分短外旋肌群在大粗隆后方的止点,于其止点处切断并标记,钝性分离关节囊外的脂肪组织,显露股骨颈部肿瘤,见肿瘤为不规则形,大小约5cm×4cm×4cm,表面呈乳白色,光滑,呈多囊状。肿瘤累及股骨颈部和股骨头部关节囊,肿瘤周围可见滑膜增生,未见脓性分泌物。蒂部位于股骨颈基底部分,显露股骨近端外侧皮质,定位杆辅助下打入1枚定位导针,正位位于股骨颈中下1/3交界部位,侧位位于股骨颈内,测深为95mm,给予钻头打通股骨外侧皮质以及股骨颈内通道,改锥攻丝后拧入DHS的主钉,安装DHS钢板并确定钢板敷贴,给予3枚螺钉固定。透视内固定位置满意,安装尾钉;分离肿瘤组织,切除肿瘤周围滑膜切开部分髋关节关节囊,少量关节液渗出,未见颗粒状游离体,予骨刀凿断肿瘤基底部分,完整取下肿瘤瘤体送病理检查,探查关节囊,切除关节囊内另一游离的瘤体,大小约1.5cm×1.5cm×1cm,质硬,表面光滑,刮除肿瘤基底部分异常组织。大量生理盐水冲洗伤口,止血后,清点纱布器械无误,置负压引流管1根,缝合外旋肌群,缝合筋膜、伤口并

包扎;手术顺利,术中出血约600ml,输血400ml,未见明显输血反应。术后清醒拔管,足趾活动良好,给予“丁”字鞋外固定。术后常规使用抗生素预防感染,同时予消肿、镇痛等对症支持治疗,术后左髋关节正位片提示股骨颈部肿瘤已被切除,DHS内固定术后(图1)。病理检查结果提示骨组织与软骨组织排列紊乱,部分软骨细胞呈肿瘤细胞异形改变,考虑为骨软骨瘤。术后1个月随访,症状消失;术后12个月随访,未复发。

## 讨论

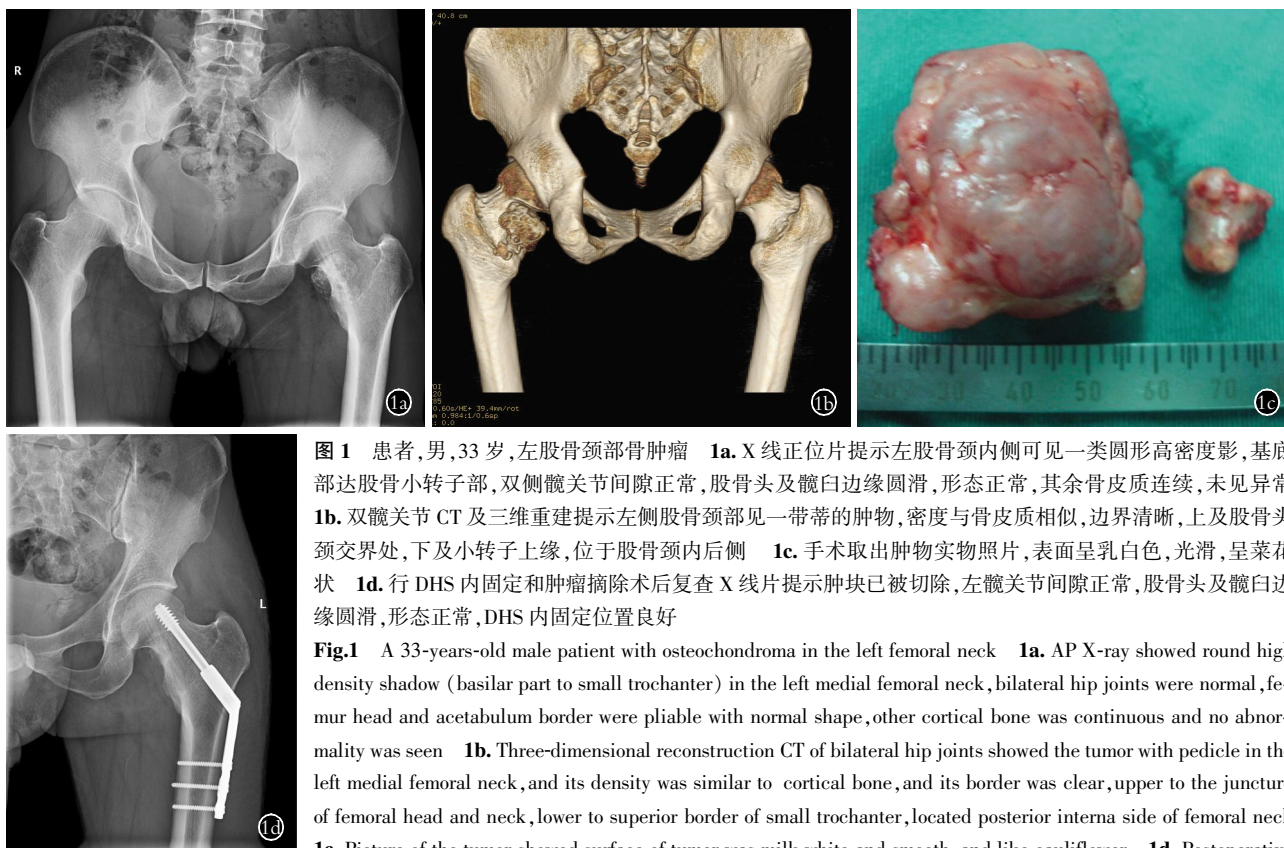
单发性骨软骨瘤又称外生性骨疣,是一种临床中较为常见的骨肿瘤,其具体病因尚不清楚。有人认为它是一种真性肿瘤,也有人认为它是发育性骨骺生长欠缺。骨软骨瘤多在儿童或青少年时期发现,好发于长管状骨生长快的部位,特别是在股骨(30%)、肱骨(20%)和胫骨(17%)最常发生,下肢发生率高于上肢,其比例约为2:1<sup>[1]</sup>。单发性骨软骨瘤发生于股骨颈部非常常见,且本例瘤体较大,并累及左髋关节囊。

临床表现:单发性骨软骨瘤的临床表现主要与瘤体的生长部位和生长速度有关,多无自觉疼痛症状,无压痛,但肿瘤过大时可能会因挤压邻居器官组织如肌腱、神经、血管等,而出现相应的临床症状。单发性骨软骨瘤常见的临床表现为疼痛或肿胀,本例患者出现了明显的左髋部疼痛伴活动受限,左髋部压痛(+)和左“4”字征(+),这可能与肿瘤体积过大,挤压邻近的软组织而造成的疼痛,且瘤体靠近髋关节囊,造成左侧髋关节活动受限。

诊断与治疗:骨软骨瘤主要根据临床症状和影像学资料来诊断。X线表现为骨性病损自干骺端突出,一般比临床所见的要小,因软骨帽和滑囊不显影,肿瘤的骨质影像与其所在部位干骺端的骨质结构完全相同,不易区别,位于长骨的肿瘤其生长方向与邻近肌肉牵引的方向一致,或很短粗呈广阔的基底,较大的肿瘤其顶端膨大如菜花,悬垂状骨性骨块,其尖端朝向邻近关节相反方向,其基底直接或有一细蒂与骨皮质相连续。瘤体表面的软骨帽虽然在X线上不显影,但常有钙化和骨化位于前臂、小腿的较大肿瘤可压迫邻近骨骼,产生压迫性骨缺损或畸形。CT检查能清晰地显示出肿瘤与受累骨皮质和松质骨相连,软骨帽部分呈软组织密度,有时可见不规则的钙化及骨化。本例患者的骨盆平片提示左股骨颈内侧可见一类圆形高密度影,基底部分与股骨颈相连,未见软骨帽。

通讯作者:荆珏华 E-mail:junliarmy@163.com

Corresponding author: JING Jue-hua E-mail:junliarmy@163.com



**图 1** 患者,男,33 岁,左股骨颈部骨肿瘤 **1a.** X 线正位片提示左股骨颈内侧可见一类圆形高密度影,基底底部达股骨小转子部,双侧髋关节间隙正常,股骨头及髋臼边缘圆滑,形态正常,其余骨皮质连续,未见异常 **1b.** 双髋关节 CT 及三维重建提示左侧股骨颈部见一带蒂的肿瘤,密度与骨皮质相似,边界清晰,上及股骨头颈交界处,下及小转子上缘,位于股骨颈内后侧 **1c.** 手术取出肿瘤实物照片,表面呈乳白色,光滑,呈菜花状 **1d.** 行 DHS 内固定和肿瘤摘除术后复查 X 线片提示肿块已被切除,左髋关节间隙正常,股骨头及髋臼边缘圆滑,形态正常,DHS 内固定位置良好

**Fig.1** A 33-years-old male patient with osteochondroma in the left femoral neck **1a.** AP X-ray showed round high density shadow (basilar part to small trochanter) in the left medial femoral neck, bilateral hip joints were normal, femur head and acetabulum border were pliable with normal shape, other cortical bone was continuous and no abnormality was seen **1b.** Three-dimensional reconstruction CT of bilateral hip joints showed the tumor with pedicle in the left medial femoral neck, and its density was similar to cortical bone, and its border was clear, upper to the juncture of femoral head and neck, lower to superior border of small trochanter, located posterior interna side of femoral neck **1c.** Picture of the tumor showed surface of tumor was milk white and smooth, and like cauliflower **1d.** Postoperative

AP X-ray of left hip showed the tumor has been remove, and left hip joint space was normal, the border of femoral head and acetabulum was pliable with normal shape, and location of dynamic hip screw was good

单发性骨软骨瘤一般不用治疗,若肿瘤过大,生长较快,或影响功能,应考虑作切除术,手术指征包括:压迫邻近血管神经,出现了临床症状<sup>[2-3]</sup>;引起邻近关节活动障碍;肿瘤较大影响美观;有恶变可能或位于中轴骨骼。而本例患者查体提示左髋部压痛(+)和左“4”字征(+)。对于这种存在明显临床症状,影响患者生活质量的病例,可采取手术治疗,根据肿瘤的具体位置和大小选择最佳手术入路。若肿瘤位于关节囊内,也可选择关节镜治疗<sup>[4]</sup>,手术治疗的疗效确切<sup>[5-6]</sup>。但对发育阶段的患儿,尽量避免直接手术干预,定期随访。

为避免复发,术中将软骨帽一定要切除干净,基底底部要切至暴露出正常骨质,切忌残留<sup>[6]</sup>。切除肿瘤时关节囊内填入纱布,以防止小碎骨屑落入关节囊内。本例肿瘤发生在股骨颈,瘤体范围较大,为防止肿瘤切除后发生股骨颈骨折,预防性使用动力髋螺钉 DHS 内固定后再切除肿瘤。

复发与恶变:手术切除骨软骨瘤后,复发少见。多数学者认为<sup>[7]</sup>,术后复发与瘤体或软骨帽残留有关,需彻底切除病灶,必要时可行肿瘤及相邻骨质的彻底切除。对于复发的病例,需鉴别骨软骨瘤恶变可能和低度软骨肉瘤可能。单发性骨软骨瘤恶变率很低,一般不超过 1%,骨软骨瘤病的恶变率较高,约为 15%<sup>[8]</sup>。当骨软骨瘤在成年后仍持续增长或出现明确的疼痛或软骨帽>1 cm,谨防恶变。骨软骨瘤恶变为软骨肉瘤,多见手术后肿瘤复发、瘤体较大并有较厚的软骨帽。

**参考文献**

[1] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].第3版.北京:人民

卫生出版社,2005:1457-1459.  
 Xu ST,Ge BF,Xu YK. Practical Orthopaedics and Traumatology [M]. 3rd Edition. Beijing:People's Medical Publishing House, 2005:1457-1459. Chinese.  
 [2] 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): 183-187.  
 [3] Yu K, Meehan JP, Fritz A, et al. Osteochondroma of the femoral neck: a rare cause of sciatic nerve compression[J]. Orthopedics, 2010, 33(8).  
 [4] Feeley BT, Kelly BT. Arthroscopic management of an intraarticular osteochondroma of the hip[J]. Orthop Rev (Pavia), 2009, 1(1): e2.  
 [5] 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.  
 [6] 郭东辉,石国君,李晓明,等.跟骨外侧骨软骨瘤 1 例[J]. 中国骨伤, 2012, 25(7): 609-610.  
 Guo DH, Shi GJ, Li XM, et al. A case report of osteochondroma in the lateral calcaneus[J]. Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2012, 25(7): 609-610. Chinese.  
 [7] 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.  
 [8] Gille O, Pointillart V, Vital JM. Course of spinal solitary osteochondromas[J]. Spine(Phila Pa 1976), 2004, 30(1): 13-19.

(收稿日期:2013-01-06 本文编辑:李宜)