·病例报告·

颈椎椎板骨软骨瘤 1 例

王毅[1], 韦兴[2], 李南[2]
(1.河北省藁城市人民医院骨科, 河北　藁城　052160; 2.解放军总医院第一附属医院骨科骨肿瘤中心, 北京 100048)

关键词　颈椎;　椎板;　骨软骨瘤;　病例报告
DOI: 10.3969/j.issn.1003-0034.2015.08.016

Osteochondroma of cervical lamellar bone: a case report　*WANG Yi, WEI Xing*, and LI Nan. Bone Neoplasms Center of Orthopaedics, the First Affiliated Hospital of PLA General Hospital, Beijing* 100048, *China.*

KEYWORDS　Cervical vertebrae;　Lamina of vertebra;　Osteochondroma;　Case reports
Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2015, 28(8): 747-748　www.zggszz.com

患者, 男, 44 岁, 7 年前无明显诱因出现行走后双下肢无力, 走路不稳伴踩棉花感, 就诊于当地医院, 行颈椎 MRI 检查后, 诊断为颈椎骨质增生, 给予口服药物治疗(药物不详)后症状好转。4 年前无明显诱因下双下肢无力症状加重, 不能行走, 于当地医院就诊, CT 示颈椎管内占位, 给予静脉输液后(药物不详)症状好转。近 2 个月患者颈部疼痛伴有左上肢放射痛、麻木, 走路不稳, 为进一步治疗来我院就诊, 门诊以"颈椎管内占位病变待查"收入院。辅助检查: (1) 颈椎 DR 正侧位示: C_5、C_6 椎体棘突之间可见不规则密度影。(2)颈椎 CT 示: C_5 双侧椎板骨质膨胀性改变, 其内密度不均匀, 边缘锐利, 局部突入椎管内压迫硬膜囊呈弧形压迹, 椎管内不规则密度增高影(图 1a, 1b)。(3)颈椎 MRI 示: C_5 双侧椎板骨质膨胀性改变, 呈等 T1 稍长 T2 混杂信号, 边缘光滑, 局部突入椎管内压迫硬膜囊呈弧形压迹, 同水平脊髓受压向右前方移位, 其内见斑片状稍长 T2 信号(图 1c, 1d)。治疗: 患者慢性发病, 结合临床 CT、MRI 示颈椎管内占位与左上肢疼痛、麻木, 双下肢无力症状相符, 考虑良性骨肿瘤可能性大, 因患者临床症状较重, 行手术治疗。采用全身麻醉, 头架, 俯卧位, 后正中切口, 行 C_4-C_6 椎弓根螺钉系统内固定, C_5-C_6 全椎板减压。术中可见 C_5 左侧椎板向椎管内突出骨性肿物, 大小约 1 cm×2 cm×0.5 cm, 质硬, 顶端可见软骨帽, 基底较宽, 边界清楚, 邻近硬膜囊脊髓受压变窄, 与硬膜囊轻度粘连, 神经剥离器完整剔除肿瘤, 减压后可见硬膜膨隆。取椎板及病变组织送病理。术后病理示: (C_5 椎板病变) 符合骨软骨瘤改变 (图 1e)。术后左上肢疼痛、麻木消失, 随访 6 个月, 局部愈合好, 颈部活动功能恢复满意, 左上肢疼痛、麻木, 双下肢无力症状缓解满意, 肿瘤无局部复发(图 1f)。

讨论

骨软骨瘤由异常移位的骺板发生软骨下骨化所致, 占良性骨肿瘤的 45%, 占骨肿瘤的 12%, 发生恶变少于 1%, 男多于女, 10~20 岁最多见[1], 多发于股骨下端、胫骨与肱骨上端的干骺部[2]。脊柱骨软骨瘤的发病率很低, 占全部骨软骨瘤的 3%~4%[3], 好发于椎板部位。据 Carrera 等[4]报道, 长入椎管内的骨软骨瘤仅占骨软骨瘤 2%, 在颈椎发病相对偏高[5]。颈椎是脊柱中活动度最大的部分, 集中于此的应力较大, 对骺软骨产生微小损伤, 这种微小损伤累积可致骺软骨错构而产生骨软骨瘤。本例发生于 C_5 椎板下半部, 向椎管内生长, 造成对硬膜囊和左侧 C_6 神经根压迫, 产生典型根性刺激症状, 临床上较少见[6]。术中发现肿瘤起源于椎板, 行椎板切除, 达到了边缘性切除肿瘤的目的。

X 线片由于影像重叠, 诊断价值有限, CT 和 MRI 是发现本病的首选检查方法[7]。CT 可显示肿瘤的软骨和骨化部分, 评价骨软骨瘤的延伸范围及附着区域, 对于诊断和手术定位意义较大[8]。MRI 可明确肿块的大小和边界, 特别是 T2WI 可清楚地分辨骨质、软骨及脊髓。本例患者 CT 及 MRI 表现较典型, 符合文献报道的骨软骨瘤的特征性影像表现。

椎管内骨软骨瘤虽然是良性骨肿瘤, 但易压迫脊髓及神经根导致严重后果。与四肢骨软骨瘤不同, 临床诊断后就应尽早手术, 以免导致或加重脊髓及神经损伤[9]。手术一般采取后路切除椎板, 连同瘤体完整切除, 术中应特别注意完整切除肿瘤表面的软骨帽及纤维膜, 以预防复发。沿脊柱纵轴生长的体积

通讯作者: 韦兴　E-mail: wxing304@hotmail.com
Corresponding author: Wei Xing　E-mail: wxing304@hotmail.com

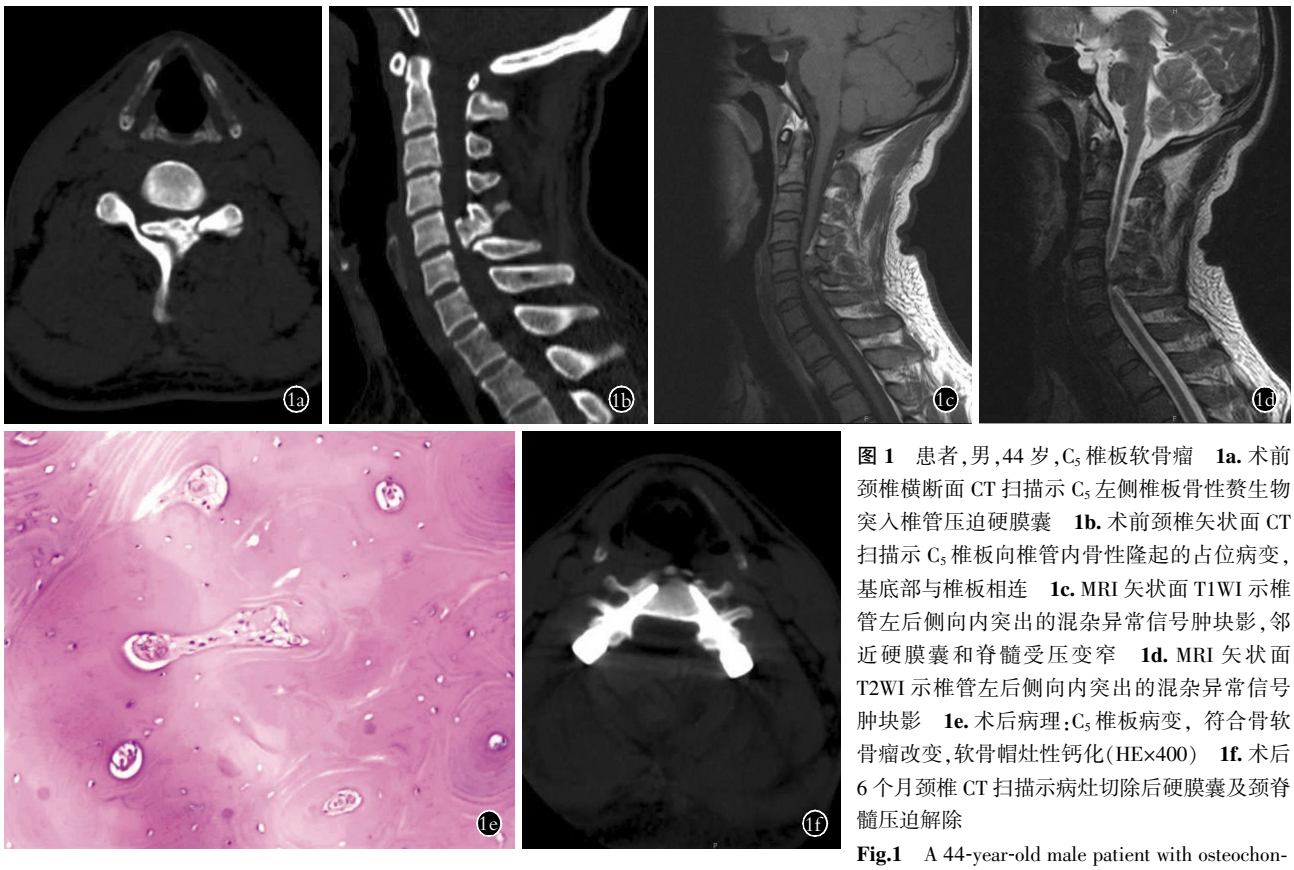

图 1　患者，男，44 岁，C_5 椎板软骨瘤　**1a.** 术前颈椎横断面 CT 扫描示 C_5 左侧椎板骨性赘生物突入椎管压迫硬膜囊　**1b.** 术前颈椎矢状面 CT 扫描示 C_5 椎板向椎管内骨性隆起的占位病变，基底部与椎板相连　**1c.** MRI 矢状面 T1WI 示椎管左后侧向内突出的混杂异常信号肿块影，邻近硬膜囊和脊髓受压变窄　**1d.** MRI 矢状面 T2WI 示椎管左后侧向内突出的混杂异常信号肿块影　**1e.** 术后病理：C_5 椎板病变，符合骨软骨瘤改变，软骨帽灶性钙化（HE×400）　**1f.** 术后 6 个月颈椎 CT 扫描示病灶切除后硬膜囊及颈脊髓压迫解除

Fig.1　A 44-year-old male patient with osteochondroma on lamellar bone of C_5　**1a.** Preoperative CT of cross section showed the cervical dural sac was compressed due to the compression of left lamellar bone of C_5　**1b.** Preoperative sagittal CT showed a laminar bony protuberance of C_5 to vertebral canal. The root of the bony protuberance continued to vertebral plate　**1c.** Sagittal MRI T1WI showed a bulk mixture abnormal signal. The nearby cervical dural sac and spinal cord was narrowed due to the compression　**1d.** Sagittal MRI T2WI showed a bulk mixture abnormal signal break out into the left vertebral canal　**1e.** Postoperative pathology demonstrated the diagnosis of osteochondroma. Calcification could be seen in cartilage cap（HE×400）　**1f.** Cervical CT scan showed cervical dural sac and spinal cord were released after resection of tumor（6 months after operation）

较大的骨软骨瘤尤应彻底清除，否则肿瘤远期可能发生恶变。手术主要困难在于去除肿瘤骨硬质部分时，可能需用较硬较重的器械靠近脊髓或神经等结构，任何可能增加脊髓受压的动作，如摇动肿瘤组织或者将咬骨钳插入椎板下等操作应尽量避免。术中要注意对脊髓、神经及硬脊膜的保护，以免损伤。

参考文献

[1] 李政明，张富军. 少见部位骨软骨瘤 2 例报告[J]. 中国骨伤，2009，22(11)：872.
Li ZM, Zhang FJ. Rare site osteochondroma: a report of 2 cases[J]. Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2009, 22(11): 872. Chinese.

[2] 张功林，章鸣，王干峰，等. L_4 椎管内骨软骨瘤致神经根受压 1 例报告[J]. 中国骨伤，2008，21(11)：872.
Zhang GL, Zhang M, Wang GF, et al. Osteochondroma in L_4 lumbar canal with radicular compression: a case report[J]. Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2008, 21(11): 872. Chinese.

[3] Mudumba V, Mamindla RK. Cervical osteochondroma presenting with acute quadriplegia[J]. Asian J Neurosurg, 2012, 7(2): 101-102.

[4] Carrera JE, Castillo PA, Molina OM. Lumbar osteochondroma and radicular compression. A case report[J]. Acta Orthop Mex, 2007, 21(5): 261-266.

[5] Tahasildar N, Sudesh P, Goni V, et al. Giant osteochondroma of axis in a child with multiple hereditary exostoses: case report and review of literature[J]. J Pediatr Orthop B, 2012, 21(3): 280-205.

[6] Ofluoglu AE, Abdallah A, Gokcedag A. Solitary osteochondroma arising from cervical spina bifida occulta[J]. Case Rep Orthop, 2013, 2013: 509745.

[7] 朱海东，姜怀洲，程广和. 颈椎内骨软骨瘤 1 例[J]. 放射学实践，2011，26(1)：113.
Zhu HD, Jiang HZ, Cheng GH. Cervical osteochondroma: a case report[J]. Fang She Xue Shi Jian, 2011, 26(1): 113. Chinese.

[8] 姜亮，崔岩，刘晓光，等. 脊柱骨软骨瘤的诊断与外科治疗[J]. 中国脊柱脊髓杂志，2011，21(2)：103-107.
Jiang L, Cui Y, Liu XG. Diagnosis and surgical treatment of spinal osteochondroma[J]. Zhonguo Ji Zhu Ji Sui Za Zhi, 2011, 21(2): 103-107. Chinese.

[9] Sekharappa V, Amritanand R, Krishnan V, et al. Symptomatic solitary osteochondroma of the subaxial cervical spine in a 52-year-old patient[J]. Asian Spine J, 2014, 8(1): 84-88.

（收稿日期：2014-06-20　本文编辑：王玉蔓）