

· 病例报告 ·

髌部非典型骨膜软骨瘤 1 例

杨勇志, 刘凡, 张德宝, 谷贵山

(吉林大学白求恩第一医院, 吉林 长春 130000)

关键词 髌; 骨膜; 骨软骨瘤; 病例报告

DOI: 10.3969/j.issn.1003-0034.2018.09.018

Atypical periosteal chondroma of the hip: a case report YANG Yong-zhi, LIU Fan, ZHANG De-bao, and GU Gui-shan.

The First Bethune Hospital of Jilin University, Changchun 130000, Jilin, China

KEYWORDS Hip; Periosteum; Osteochondroma; Case report

Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2018, 31(9): 871-873 www.zggszz.com

患者,男,22岁,入院前7个月无明显诱因出现右侧髌部疼痛,行走时加重,休息可缓解。无发热、盗汗及夜间痛,无外伤史。前往当地医院拍片未见异常,未予处理。近40d来症状加重,并伴右侧髌部活动受限,遂来我院就诊。查体:右侧髌部无红肿,右侧腹股沟中点及右侧坐骨内侧压痛阳性,右髌后伸、外展受限。右髌Tomas征阳性,“4”字试验阳性。入院后检查:髌关节多排CT平扫加三维重建影像显示右侧闭孔外肌见3.5 cm×3.5 cm高密度肿块,CT990HU,边界较清。周围肌间隙清晰,邻近坐骨骨皮质密度略增高。余髌关节骨质未见破坏。磁共振髌关节平扫检查见:右侧闭孔外肌异常信号,大小约3.5 cm×3.5 cm, T1W1、T2W1呈低信号,内见点状稍高信号,病灶边缘清晰,周围见少许条状长T1长T2信号。实验室检查:血常规、CRP、ESR无异常,胆碱酯酶1266 IU/L。初步诊断:右侧髌部肿物(性质待查)。完善各项术前检查检验后,无明显手术禁忌证。全麻下行右侧髌部肿物切除术。术中可见肿物大小约3 cm×3 cm×4 cm,包膜完整,与周围骨皮质无明显连接。肿块的外层为坚硬外壳,切开后内部包含半透明的,易碎的软骨样结构。将肿物及其包膜彻底切除,术后病理回报:右髌部不典型骨膜骨软骨瘤,明确诊断。术后随访时间1年,未见肿物复发。

讨论

骨膜软骨瘤也称骨皮质旁软骨瘤,它是源于骨膜或骨膜下结缔组织的一种罕见的透明软骨良性肿瘤,最先在1952年由Lichtenstein和Hall^[1]描述。骨膜软骨瘤占有所有软骨瘤的2%以下,好发于长管状骨的干骺端,在骨膜下邻近皮质骨表面发育,生长期间

逐渐从干骺端移出,最大直径一般不超过6 cm^[2-3]。虽然各个年龄段均可发病,但主要以30岁以下男性居多。目前骨膜软骨瘤的发病机制和遗传背景仍不清楚。Buddingh等^[4]曾对良性软骨肿瘤的细胞遗传学做过相关研究,发现其发病可能与染色体片段6q,12q的异常有关。

deSantos等^[5]描述过骨膜软骨瘤的3个主要的X线影像学特征:(1)相邻的骨皮质呈扇形或重塑为其他形状。(2)软骨基质的出现,表现为小点和钙化小环。(3)周围软组织肿胀。骨膜软骨瘤生长过程中会压迫、侵蚀周围的骨质,但因生长缓慢,骨皮质有足够时间增生修复,所以会产生较为典型的伴有反应性硬化基底的半月形皮质凹陷。但并不是所有的骨膜软骨瘤都会有典型放射学表现,仅有50%的骨膜软骨瘤伴有基底部钙化^[6-7]。本文中提到的病例并没有典型的半月形凹陷和环状钙化,但确实存在骨皮质改变和小的钙化区域的特征。核磁共振上,Chandramohan等^[8]在文献综述中提到,大多数T1加权的MR图像显示单一的低信号或等信号,T2加权像表现为均匀的高信号,这也符合大部分良性软骨肿瘤中心部分的成像特点。Aoki等^[9]和Geirnaerd等^[10]也详细描述了良性软骨肿瘤的Gd-DTPA成像特点。注射Gd-DTPA后大多数良性软骨肿瘤在边缘呈环形和弧形增强,这是由于包裹肿瘤的纤维组织具有丰富的毛细血管。骨膜软骨瘤的Gd-DTPA增强程度与四周透明软骨或囊性黏液样组织的血管化程度呈正相关。

骨膜软骨瘤发病率低,临床中容易被误诊,应引起足够的重视。骨膜软骨瘤的临床症状没有特异性,可表现为可触及的肿块,肿胀和疼痛,也可以没有任何症状^[6]。最常见的生长部位是长管状骨,尤其是肱骨近端,其次是手部和脚部的小管状骨^[2,6,11],但生长

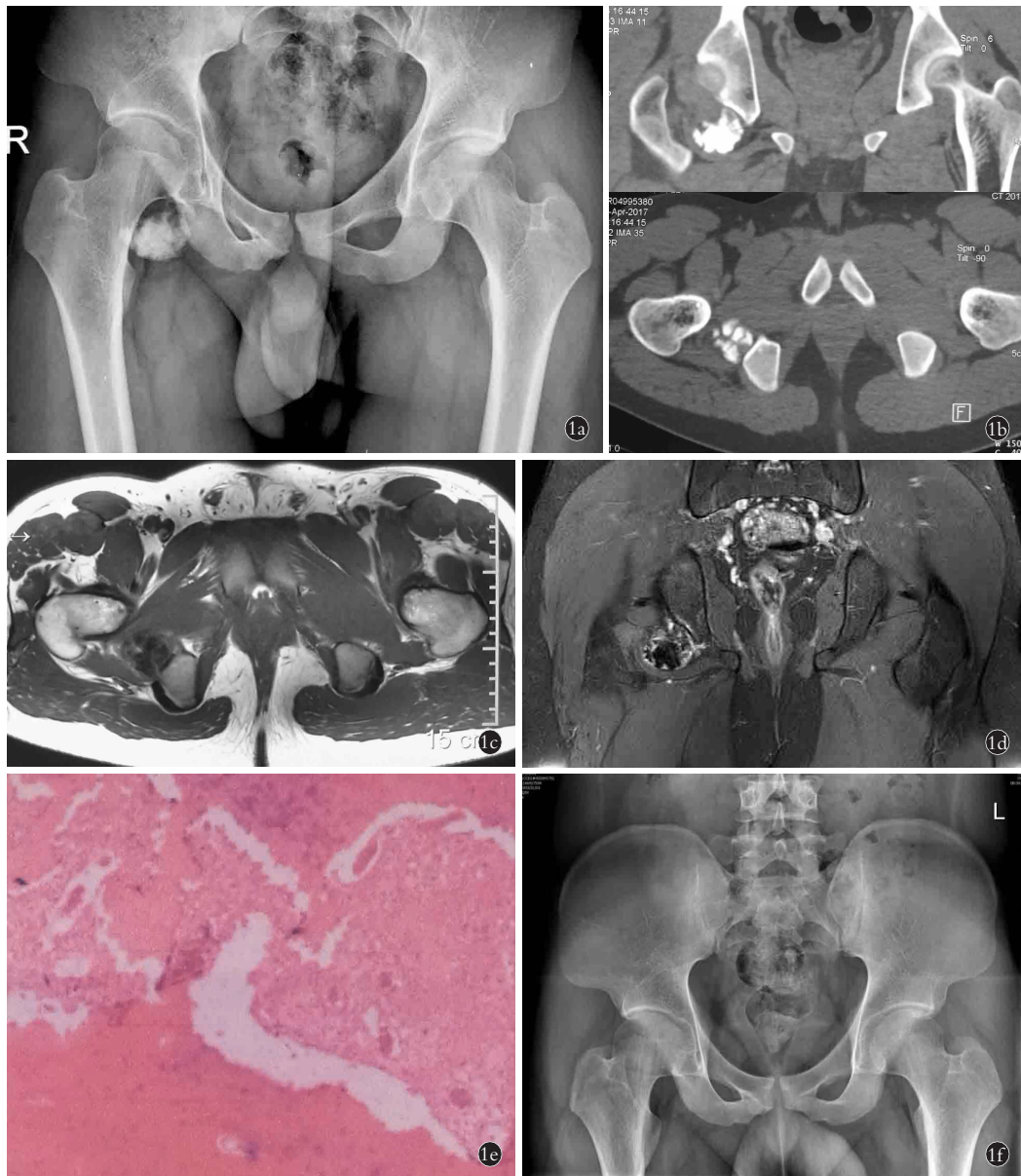


图 1 患者,男,22 岁,右髋部非典型骨膜软骨瘤 **1a.** 术前骨盆 X 线片示右侧坐骨旁高密度影 **1b.** 术前髋关节 CT 示右侧闭孔外肌占位,大小约 3.5 cm×3.5 cm,邻近坐骨骨皮质密度略增高 **1c.1d.** 术前髋关节 MRI 示右侧闭孔外肌占位,T1WI 呈稍低或等信号,T2WI 呈混杂高信号,其中可见块状极低信号;肿块相邻皮质表面略不规则 **1e.** 术后病理提示肿瘤表面呈分叶样、结节样向周边膨胀样生长。诊断为非典型骨膜骨软骨瘤 **1f.** 术后 1 年复查骨盆平片,未见肿物复发

Fig.1 A 22-year-old patient with atypical periosteal chondromas on right hip **1a.** Preoperative X-ray showed the high density mass on right hip **1b.** Preoperative CT of the hip showed the right obturator external muscle occupying a size of about 3.5 cm×3.5 cm. The density of cortical bone adjacent to the sciatic bone is slightly higher **1c,1d.** Preoperative hip joint MRI showed the right occult external muscle occupying position, the T1WI was slightly lower or equal signal, and the T2WI was mixed high signal, which showed the massive low signal; the adjacent cortical surface of the mass was slightly irregular **1e.** Postoperative pathology showed lobulated tumor surface was lobulated, nodular, expanding to the surrounding. Diagnosis is atypical periosteal osteochondroma **1f.** At 1 year after operation, the pelvic plain film was reviewed and the tumor did not recur

于髋部的还是非常少见的。骨膜软骨瘤极易与骨膜骨肉瘤相混淆。其鉴别诊断主要有^[12]:(1)前者为压迫性骨缺损,而后者多为侵袭性骨破坏。(2)前者单向生长,后者放射状生长。(3)放射性核素检查:明显浓集者为肉瘤。(4)病理活检:若诊断困难时,及时、准确的活检,不失为最简捷的鉴别方法。该肿瘤

还要注意与纤维皮质骨缺损、骨膜骨肉瘤、骨化性肌炎及腱鞘巨细胞瘤等相鉴别。本例患者非常容易被误诊为骨化性肌炎,但患者没有右髋部外伤史,有助于鉴别诊断。

骨膜软骨瘤最主要的治疗手段是手术切除。因其具有一定的恶变和复发倾向,所以发现后应尽早

手术。复发主要是由于切除不彻底,局部整体切除病灶,合理处理肿瘤边缘,能够最大程度的减少复发^[13]。对于肿瘤边缘的处理,一些学者认为刮除肿瘤下皮质骨能够降低复发概率^[14]。若肿物已经严重累及关节、影响功能者,则应考虑人工关节置换。

参考文献

- [1] Lichtenstein L, Hall CE. Periosteal chondroma; a distinctive benign cartilage tumor[J]. J Bone Joint Surg Am, 1952, 24(3): 691-697.
- [2] Brien EW, Mirra JM, Luck JV Jr. Benign and malignant cartilage tumors of bone and joint: their anatomic and theoretical basis with an emphasis on radiology, pathology and clinical biology. II. Juxtacortical cartilage tumors[J]. Skeletal Radiol, 1999, 28(1): 1-20.
- [3] Karabakhtsian R, Heller D, Hameed M, et al. Periosteal chondroma of the rib-report of a case and literature review[J]. J Pediatric Surg, 2005, 40(9): 1505-1507.
- [4] Buddingh EP, Naumann S, Nelson M, et al. Cytogenetic findings in benign cartilaginous neoplasms[J]. Cancer Genet Cytogenet, 2003, 141(2): 164-168.
- [5] deSantos LA, Spjut HR. Periosteal chondroma: a radiographic spectrum[J]. Skeletal Radiol, 1981, 6(1): 15-20.
- [6] Lorente Molto F, Bonete Lluch DJ, Marti Rerales V. Childhood periosteal chondroma[J]. Arch Orthop Trauma Surg, 2000, 120(10): 605-608.
- [7] Woertler K, Blasius S, Brinkschmidt C, et al. Periosteal chondroma: MR characteristics[J]. J Comput Assist Tomogr, 2001, 25(3): 425-430.
- [8] Chandramohan M, Thomas NB, Funk L, et al. MR appearance of mineralized extra skeletal chondroma: a case report and review of literature[J]. Clin Radiol, 2002, 57(5): 421-423.
- [9] Aoki J, Sone S, Fujioka F, et al. MR of enchondroma and chondrosarcoma: rings and arcs of Gd-DTPA enhancement[J]. J Comput Assist Tomogr, 1991, 15(6): 1011-1016.
- [10] Geirnaerd MJ, Bloem JL, Eulderink F, et al. Cartilaginous tumors: correlation of gadolinium-enhanced MR imaging and histopathologic findings[J]. Radiology, 1993, 186(3): 813-817.
- [11] Lewis MM, Kenan S, Yabut SM, et al. Periosteal chondroma. A report of ten cases and review of the literature[J]. Clin Orthop Relat Res, 1990, (256): 185-192.
- [12] Bauer TW, Dorfman HD, Latham JT Jr. Periosteal chondroma. A clinico-pathologic study of 23 cases[J]. Am J Surg Pathol, 1982, 6(7): 631-637.
- [13] 裴志强, 李克坤, 庞炜, 等. 右髋关节巨大骨膜软骨瘤 1 例报告[J]. 临床军医杂志, 2002, 30(4): 38.
- [14] PEI ZQ, LI KK, PANG W, et al. Giant periosteal chondroma of right hip joint: a case report[J]. Lin Chuang Jun Yi Za Zhi, 2002, 30(4): 38. Chinese.
- [14] Ogata T, Miyazaki T, Morino T, et al. A periosteal chondroma in the lumbar spinal canal. Case report[J]. J Neurosurg Spine, 2007, 7(4): 454-458.

(收稿日期: 2018-07-20 本文编辑: 王玉蔓)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊关于作者姓名排序的声明

凡投稿本刊的论文,其作者姓名及排序一旦在投稿时确定,在编排过程中不再作改动,特此告知。

《中国骨伤》杂志社