

四肢骨良性纤维组织细胞瘤 9 例的诊治体会

叶志扬,黄哲元,刘好源 [厦门大学附属成功医院(解放军第174医院) 骨科,福建 厦门 361003]

摘要:目的 总结四肢骨良性纤维组织细胞瘤的诊治经验。方法 收集本院收治的9例经病理证实为骨良性纤维组织细胞瘤的病例,对其临床特点、影像学表现、病理特点、鉴别诊断、治疗方法、随访结果及预后进行回顾性分析。结果 9例均行局部病灶刮除+植骨术,失访2例,随访7例,病灶均骨性愈合,无复发。结论 骨良性纤维组织细胞瘤是具有局部侵袭性的良性肿瘤,局部病灶刮除+植骨术是治疗该病的有效方法。

关键词:骨;良性纤维组织细胞瘤;手术;治疗

中图分类号:R 738.1 文献标志码:B doi: 10.3969/j.issn.1671-3826.2013.08.36 文章编号:1671-3826(2013)08-0853-02

骨良性纤维组织细胞瘤(BFH)是一种少见的纤维细胞和组织细胞增生所形成的良性骨肿瘤,我科自2004—2011年共收治9例,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组9例,其中男5例,女4例,年龄21~54岁,均为单发病灶,其中胫骨近端2例,腓骨远端1例,股骨远端2例,股骨近端4例,平均病史8(0.5~18)个月,3例外伤后始出现局部酸痛,6例为长时间慢性局部酸痛,查体局部压痛,无软组织红肿等,9例均行X线检查,5例行CT检查,3例行MRI检查,均无病理性骨折或软组织受累。

1.2 手术方法及手术所见 所有病例术前均考虑良性肿瘤,均行局部病灶刮除+植骨术,3例同时行钢板内固定术。术中见病灶为黄白色豆腐渣或细沙状,边缘骨质硬化,边界清楚但呈岩壁样凹凸不平,刮匙刮除病灶或磨钻打磨直至硬化壁下正常骨质均匀渗鲜血,95%乙醇烧灼骨质创面,生理盐水冲洗干净后植骨(其中4例为自体髂骨,3例为自体髂骨与同种异体骨混合,2例为同种异体骨,同种异体骨为北京鑫康辰生物技术有限公司提供)。术后病理诊断均为骨良性纤维组织细胞瘤(图1)。

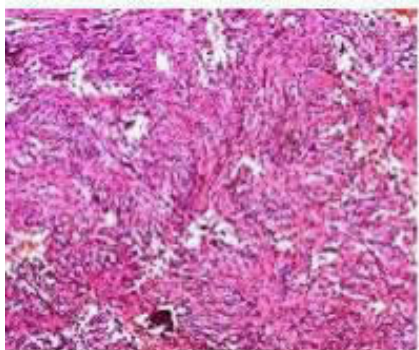


图1 梭形纤维母细胞排列成旋涡状或车辐状结构,散在多核巨细胞及淋巴细胞,间杂成堆泡沫细胞(HE ×100)

2 结果

本组失访2例,7例获得随访,随访时间6~24个月,随访病例复查X线或CT片示植骨均获得骨性愈合,未见肿瘤复发或软组织受累等(图2)。



图2-1 术后7个月CT



图2-2 术后1个月X线片



图2-3 术后8个月X线片

图2 术后复查均示病灶植骨愈合良好,局部未见复发

作者简介:叶志扬(1982-),男,福建厦门人,主治医师,医学硕士
通信作者:刘好源 主任医师,E-mail: liuhaoyuan@medmail.com.cn

3 讨论

BFH 最初被认为来源于组织细胞,目前认为起源于纤维母细胞^[1]。28岁以上成人多见,好发于胫骨、股骨、腓骨的骨干、干骺端或骨端^[2],一般表现为患部疼痛,常为夜间痛或隐痛,劳累后加重,可合并功能障碍,其病理性质尚未明确,有学者认为是成人型非骨化性纤维瘤的成熟类型,还有学者认为来自巨细胞瘤的退化。其病理组织学基本特征是梭形纤维母细胞排列成旋涡状或车辐状结构(即 Storiform 结构),其间散在或成簇片状分布较小的破骨样多核巨细胞和泡沫细胞,可伴淋巴细胞为主的炎细胞浸润及含铁血黄素沉着,可有核分裂,但一般无病理性核分裂。肿瘤细胞一般不形成骨样组织^[2-3]。免疫标记物方面,其 Vimentin 弥漫阳性,组织细胞及泡沫细胞 CD68 阳性常见。影像学上多呈类圆形或椭圆形骨质破坏区,可有轻度膨胀性改变。X 线片上病灶密度较均匀,境界清楚,常伴硬化环,无钙化、骨化或骨膜反应;CT 显示骨质破坏区呈软组织样密度,可见残存骨嵴、骨间隔及硬化环不连续、骨皮质破坏缺损,被认为是骨质破坏不完全所致^[4],其 CT 值的高低取决于肿瘤内纤维结缔组织的含量^[3];MRI 表现上,当组织细胞所占比例较高时,病变在 T₁WI 上呈低信号,在 T₂WI 呈高信号;当纤维细胞所占比例较高时,病变在 T₁WI 及 T₂WI 上均呈低信号;增强扫描呈轻中度强化^[5]。若合并病理性骨折,病变周围软组织改变明显,于 T₁WI 呈中高混杂信号,T₂WI 呈明显不均匀高信号,可能与外伤后出血及软组织损伤有关,是容易误诊的主要原因^[6]。目前普遍认为骨 BFH 的影像学特征是病灶界限清楚、边缘有硬化环和无骨膜反应及软组织肿块^[7]。

该病需注意与以下疾病相鉴别:(1)干骺端纤维缺损/非骨化性纤维瘤:形态学上三者相似,但临床及影像学表现不同,多数学者认为干骺端纤维缺损/非骨化性纤维瘤是与创伤或骨化障碍有关的瘤样病变,而骨 BFH 是真性肿瘤。有学者把病灶较小且局限于干骺端骨皮质内的轻度缺损称为干骺端纤维缺损,当病灶较大而突入髓腔时则称为非骨化性纤维瘤,并认为非骨化性纤维瘤可能是从干骺端纤维缺损发展而来^[8]。但也有学者^[9]认为三者发生在骨关节不常见的位置或不常见的年龄段且有症状出现时,统一诊断为骨 BFH 是最恰当的。在临床及影像学鉴别方面,前两者常见于 20 岁以下患者,如无创伤或病理性骨折,一般无症状,病变主要位于长骨干骺端,可累及骨骺,除非病灶较大需切除,多能自愈;后者多见于 20 岁以上患者,常有局部疼痛,可发生于任何骨且不局限于干骺端;X 线上骨 BFH 部分边缘模糊,硬化环不连续,而前两者边缘光滑清楚,常紧靠骨皮质内侧或部分位于皮质内,一般不会跨越骨骼横径^[4]。总之,骨 BFH 表现为更多的侵袭性。(2)骨巨细胞瘤:常见于骺板闭合者,几乎均发生在骨骺端,偏心性、膨胀性生长明显,部分病例横径几乎等于纵径的长度甚至超过,很少破坏骨皮质,一般无硬化环,梭形细胞增生

活跃,破骨样多核巨细胞体积大,核数目一般 10~30 个;骨 BFH 梭形细胞较小,常排列成 storiform 结构,破骨样多核巨细胞较小,核数一般 3~10 个,且泡沫细胞较前者更常见。(3)骨恶性纤维组织细胞瘤:当骨恶性纤维组织细胞瘤分化较好时,可类似骨 BFH,但其常有边界不清的骨皮质中断、缺损,无膨胀性改变及硬化环并有软组织侵犯,瘤细胞有多形性及病理性核分裂^[10]。

目前普遍认为骨 BFH 是良性肿瘤,但有一定侵袭性^[4]。治疗上常采用对肿瘤病灶的广泛切除或刮除,预后较好,少数可局部复发,出现进展性骨破坏,但很少出现远处转移或恶变^[11];多次复发并有软组织累及者建议采取截肢治疗。国外曾报道^[12]33 例骨 BFH 患者,其中 6 例术后复发,这 6 例中有 4 例最终截肢。我们认为手术的关键在于彻底刮除病灶,特别是凹凸不平的岩壁样硬化壁应该彻底刮除,以免肿瘤细胞残存于硬壁上,导致复发。本组随访 7 例均获得愈合,术后早期无复发,但远期疗效尚有待进一步观察。

参考文献:

- [1] 蒋智铭,张惠箴,郑莉,等.骨关节病理学图谱[M].北京:人民军医出版社,2008:138-139.
- [2] 王卓才,冯晓冬,李菊根,等.骨原发性良性纤维组织细胞瘤临床与病理特征分析[J].广东医学,2007,28(4):573-575.
- [3] Heo MS, Cho HJ, Kwon KJ, et al. Benign fibrous histiocytoma in the mandible[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2004, 97(2):276-280.
- [4] 陈思浩,陈萍,黄陈恕,等.骨良性纤维组织细胞瘤的临床及影像学表现[J].放射学实践,2009,24(10):1143-1147.
- [5] 黄旭芳,王毅,邓晓娟,等.骨良性纤维组织细胞瘤的影像学表现[J].现代肿瘤医学,2010,18(2):357-360.
- [6] 程雪平,王毅,张靖,等.1例右肱骨纤维黄色瘤 MRI 表现[J].第三军医大学学报,2009,31(1):1628-1632.
- [7] 王立兴,于永慧,陈明祥,等.骨良性纤维组织细胞瘤的影像表现[J].医学影像学杂志,2011,21(1):117-119.
- [8] 丘钜世,黄兆民,韩士英,等.骨关节肿瘤学病理与临床影像三结合[M].北京:北京科学技术文献出版社,2006:269-272.
- [9] Fletcher CDM. 回允中主译.肿瘤组织病理学诊断[M].第3版.北京:北京大学医学出版社,2009:1630.
- [10] 徐永波.腹部恶性纤维组织细胞瘤的诊断(附3例报告并文献复习)[J].临床军医杂志,2007,35(3):480-481.
- [11] Peicha G, Seibert FJ, Bratschitsch G, et al. Pathologic Odontoid Fracture and Benign Fibrous Histiocytoma of Bone[J]. Eur Spine J, 1999, 8(2):161-163.
- [12] Santakumar S, Rajagopalan N, Mallikarjunaswamy B, et al. Benign fibrous histiocytoma of distal radius with congenital dislocation of the radial head: A case report[J]. J Orthop Surg, 2005, 13(1):83-87.

(收稿日期:2013-02-05)