

股骨远端良性纤维组织细胞瘤 1 例报道

王经韬, 孙仕华

(甘肃省兰州市第二人民医院, 甘肃 兰州 730046)

1 临床资料

患者, 男性, 57 岁。左膝关节间歇性疼痛、酸困不适 8 个月, 渐加重 1 个月。体格检查: 左膝关节未见明显红肿, 未见包块及皮肤血管扩张, 局部皮温不高, 膝关节股骨内、外侧髁压痛, 尤以外侧明显, 关节活动自如。X 线片示: 左侧股骨远端偏心性骨质破坏, 境界清楚, 呈皂泡状, 骨皮质变薄, 周边骨质无硬化, 无骨膜反应(见图 1)。CT 平扫示: 左侧远端骨皮质偏心性变薄, 内见骨嵴及软组织密度肿块, 密度不均匀, 周围骨质未见明显硬化(见图 2)。



图 1 左膝关节正侧位 X 线片

手术所见: 股骨外髁骨皮质变薄但连续, 骨膜及皮质旁结缔组织正常。凿开骨皮质, 见皮质下受累呈皂泡状单房或多房, 病灶致密, 由胶冻状物质及较软的组织组成, 呈皮革样黄色或灰粉色, 有鲜亮黄色斑点, 病灶与周围骨界线清晰。刮除或凿除肿瘤, 瘤床用无水酒精灭活, 取髁骨植骨。病理诊断: 左侧股骨远端良性纤维组织细胞瘤(纤维黄色瘤), 免疫

组化: CD 68(+++), 见图 3~4。

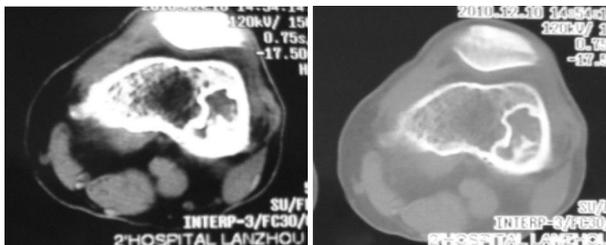


图 2 股骨远端 CT 示偏心样骨破坏, 可见骨嵴

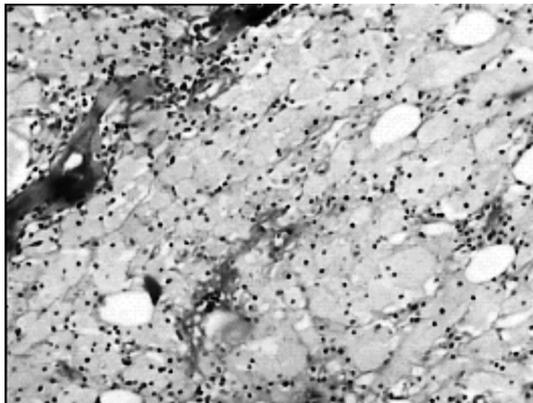


图 3 病理切片示左侧股骨远端良性纤维组织细胞瘤(HE, ×100)

2 讨论

骨良性纤维组织细胞瘤(Benign fibrous histiocytoma, BFH) 又称为骨纤维黄色瘤、黄色纤维瘤或黄色肉芽肿, 是临床上少见的骨原发性肿瘤, 属于 WHO 分类中纤维组织细胞

本例患者经上述方案治疗后, 体温正常, 患肢大、小腿周径同健侧无明显差异, 患肢疼痛、肿胀、皮肤色泽较治疗前明显缓解, 双下肢足背动脉搏动良好, 血常规提示血象趋于正常, 彩色多普勒检查提示髂股静脉再通。本例患者出现深静脉血栓考虑系高龄女性; 既往长期合并慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿、肺源性心脏病、高血压性心脏病等基础性疾病; 血液黏稠度明显增高, 血流速度缓慢以及长期卧床所致。出现急性蜂窝组织炎考虑系深静脉血栓容易导致组织充血、水肿, 静脉淤血、回流受阻, 大量细菌容易在血管内滞留所致。

参考文献:

[1] Laeroix H, Van Belle K, Nevelsteen A, et al. The ve-

nous thrombectomy: Obsolete or forgotten[J]. Acta Chit Belg, 1998, 98(1): 14-17.

[2] Plate G, Eiclpf B, Norgren L, et al. Venous thrombectomy (or iliofemoral Veinthrombosis 10-year results of a prospectice, domized study[J]. Eur J Vase Endovae Surg, 1997, 14(5): 367-374.

[3] 房溶娟, 何益平, 朱敏. 低分子量肝素的临床应用[J]. 中国实用内科杂志, 1999, 19(9): 564-565.

[4] 吴大伟, 耿志英. 肺血栓栓塞症的抗凝药物治疗[J]. 新医学, 2006, 37(9): 573.

[5] Hirsh J, Lee AY. How we diagnosce and treat deep vein throm bosis[J]. Blood, 2002, 99(9): 3102-3110.

收稿日期: 2011-08-03

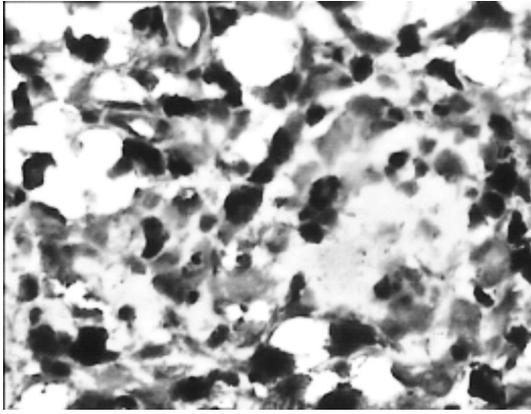


图4 免疫组化示CD68(+++)(免疫组化,×400)

瘤的一类^[1,2]。绝大多数BFH发生于皮肤真皮、肌肉、纤维组织和脂肪组织,原发于骨内者少见。发病年龄在6~66岁,以28岁以上成人多见,而国外文献报道以30岁以上发病较多^[3],男女发病比率相似,也有文献报道女性发病略高于男性。好发于股骨、胫骨、腓骨的骨干、干骺端及骨端^[4],也可见于肋骨、腕骨、指骨和椎体,此外颌骨、锁骨、肋骨、肱骨、腓骨、骶骨文献上也见报道^[5,6]。临床表现多为病变骨部位疼痛,常为夜间痛或隐痛,劳累后加重,病程几天至数年不等,少数有功能障碍或并发病理性骨折^[7]。X线片病灶一般表现为骨质溶解性破坏的透亮缺损,密度较均匀,呈单房或多房状,边界清楚,内可见骨性分隔,边缘多可见或薄或厚的硬化,一般无骨膜反应。有些病变呈膨胀性改变,骨皮质变薄,膨胀明显时皮质断裂,周围也可见软组织肿物。骨质破坏区内可有骨嵴及点片状钙化。CT可清楚显示骨BFH病灶内的分隔及骨嵴,有的骨嵴不完全,呈波浪状。病灶内为软组织密度,且密度一般较均匀,破坏区内有时可见囊性变及点片状钙化影,但比较少见。病灶边缘清楚,多数(约2/3)有边缘硬化。病变膨胀可致皮质变薄,皮质断裂,周围一般无骨膜反应及软组织肿块。CT对于发现病灶内的微小钙化、囊变、皮质断裂及周围软组织改变较平片清楚。MRI显示病变范围更清楚,根据纤维细胞和组织细胞所占的比例,其MRI表现不尽相同。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。T₁WI上有时信号不均匀,可见更低液性信号或夹杂斑点状低信号影。如有钙化时,T₁WI和T₂WI均显示为无信号区。本病例因其他原因未行MRI检查。

骨BFH的病理性质一直是被争论的问题,一些学者认为它是恶性纤维瘤的良性变异,一些学者认为是成人型非骨化性纤维瘤的成熟类型,还有学者则认为它是骨巨细胞瘤退化的一种形式^[8]。骨BFH是一种纤维细胞和组织细胞增生所

形成的良性骨肿瘤,起源于间充质细胞,病变与周围组织界限清楚,肿瘤细胞呈梭形,排列成车辐状、漩涡状或席纹状,并可见数目不等、小的多核破骨细胞样多核巨细胞、泡沫细胞和炎症细胞,但瘤细胞一般不形成骨样组织,伴骨折者可有骨样组织。肉眼形态上常有黄色瘤样外观,镜下除有交织状或席纹状排列的纤维组织外,并有成堆的泡沫样细胞、慢性炎细胞,病灶内可有出血及含铁血黄素沉着,核分裂象可以很明显,但没有病理性核分裂象。免疫组化示CD68(+++),CD68蛋白的表达有助于证实为骨BFH,但特异性较差,癌、黑色素瘤和其他形态的肿瘤也在一定程度上表达。

依据Matsuno等^[1]提出的诊断标准,骨BFH不难诊断,但应与骨巨细胞瘤、非骨化性纤维瘤、骨恶性纤维组织细胞瘤相鉴别。由于骨BFH具有一定的活跃性和侵袭性,生物学行为不良,按Enneking外科分期应属S₂(GoToMo)。手术切除不彻底容易复发,出现进展性骨破坏,但很少出现远处转移,极少数不典型病例可发生肺转移^[6,8,9],临床治疗上最好采用广泛局部切除手术或边缘切除加植骨术。如果采用肿瘤囊内刮除术,可用石炭酸、无水酒精涂抹瘤壁或用液氮冷冻处理再植骨^[10-12]。此病较罕见,因该肿瘤行普通病灶清除后有复发的可能,故正确诊断与治疗,扩大切除范围,根治此病,具有重要的临床意义。

参考文献:

- [1] Matsuno T. Benign fibrous histiocytoma involving the ends of long bone [J]. *Skeletal Radiol*, 1990, 19(8): 561-566.
- [2] 张如明,卫晓恩.骨肿瘤分类的演进——2002年WHO骨肿瘤分类介绍[J].*中华骨科杂志*,2006,26(4):282-285.
- [3] Grohs JG, Nicolakis M, Kainberger F, et al. Benign fibrous histiocytoma of bone: a report of ten cases and review of literaturum [J]. *Wien Klin Wochenschr*, 2002, 114(1-2): 56-63.
- [4] 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.
- [5] Mario. campanacci.骨与软组织肿瘤[M].张湘生,张庆译.长沙:湖南科学技术出版社,1999:76-79.
- [6] 中山医科大学病理学教研室,同济医科大学病理学教研室.外科病理学[M].武汉:湖北科技出版社,1999:937-938.
- [7] 李玉清,崔建玲,钟志伟,等.骨良性纤维组织细胞瘤临床及影像学分析[J].*实用放射学杂志*,2006,22(10):1241-1245.
- [8] 杜玉清,孔祥泉,李强.骨原发良性纤维组织细胞瘤三例[J].*中华放射学杂志*,2003,37(3):280-281.
- [9] 李玉清,杨建柱,刘杰,等.骨良性纤维组织细胞瘤多发病变一例[J].*临床放射学杂志*,2005,24(2):188-189.

双膝内侧盘状半月板 1 例

于庆巍, 王永琨, 常非, 李德新

(吉林大学中日联谊医院骨科, 吉林 长春 130033)

膝关节盘状半月板又称盘状软骨, 是解剖学上出现的一种异常症状, 多发生在外侧, 内侧少见, 而发生于双膝内侧更是极为罕见。主要治疗以关节镜手术为主。我院 2010 年 6 月收治 1 例双膝内侧盘状半月板, 行关节镜下盘状半月板成形术, 效果满意, 现报告如下。

1 资料与方法

患者, 男性, 37 岁。双膝关节疼痛近 10 年, 加重 1 个月, 于 2010 年 6 月 19 日入院。该患近 10 年前无明确诱因先后出现双膝关节疼痛, 左侧重于右侧, 未作系统治疗, 疼痛间歇性加重。10 年来症状无明显改善。1 个月前不慎扭伤右膝关节, 疼痛加重, 行走时疼痛剧烈, 左膝较以前有所加重。平素身体健康, 无外伤手术史。右膝肿胀, 内下方压痛阳性, 左膝无明显压痛。双膝活动 0 ~ 135°; 右膝内侧麦氏征阳性, 左膝内侧麦

氏征弱阳性。侧方应力试验, 抽屉试验均阴性。双膝关节 MRI 示: 右膝内侧盘状半月板, 后角及体部撕裂, 左膝内侧盘状半月板, 变性。术前诊断为: 双膝关节内侧盘状半月板损伤。于 2010 年 6 月 22 日在腰硬联合麻醉下行关节镜下双膝内侧盘状半月板部分切除, 半月板成形术。取膝下前外侧, 膝下前内侧入路。术中探查见右膝内侧半月板呈盘状, 内缘可达髁间区, 胫骨内髁关节面大部分被半月板覆盖, 后角撕裂反折。用篮钳将撕裂半月板作部分切除, 同法用刨刀修整半月板使之成形。探查左膝内侧也为盘状半月板, 刨刀修理半月板成形。术后 2 d 患肢直腿抬高练习, 1 周屈伸功能练习, 2 周下地活动, 1 个月复查症状好转, 疼痛消失。典型病例影像学资料见图 1~2。

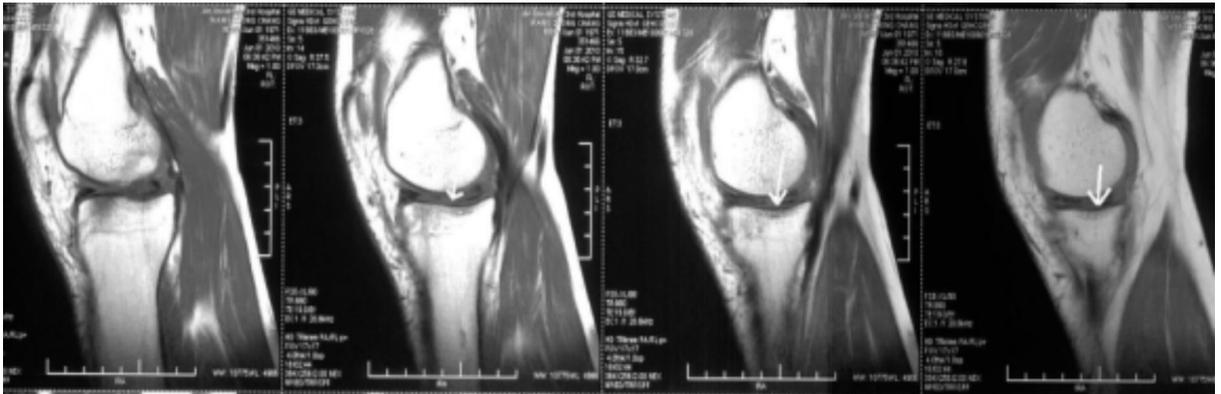


图 1 右侧膝关节 MRI 影像(箭头指向为内侧盘状半月板)

2 讨 论

盘状半月板是一种较为常见的膝关节异常, 外侧多见。据报告盘状外侧半月板的发生率在日本和韩国患者中为 26%, 而在其他国家的患者中不到 1%。Watson Jones 在 1930 年首次报道了膝关节内侧盘状半月板。内侧盘状半月板的发生率很低, Le Minor^[1]认为其发生率约为 0.009%。而双膝盘状半月板的发生更为罕见, 到目前为止, 英文文献报道的双

膝内侧盘状半月板总数也不超过 20 例^[2]。

目前对盘状半月板的发生原因有多种推断。1948 年, Smillie^[3]首先提出了盘状半月板先天发育停滞学说。他认为在胚胎早期, 半月板都是完整的盘状, 而到了胚胎发育后期, 在发育的半月板盘中央, 因股骨髁的压迫而逐渐吸收, 逐渐形成半月状。但后来的许多针对胚胎时期半月板形态的研究表明, 胚胎时期的半月板并非盘状^[4]。通过对 150 例 12~43

[10] 董志伟, 谷锐之. 临床肿瘤学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 1423-1428.

[11] Fletcher DM. 肿瘤组织病理诊断[M]. 周庚寅, 刘洪琪, 张庆慧译. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 973-

974.

[12] 顾雄华, 骨肿瘤. 华积德. 肿瘤外科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 1995: 25 10-25 21.

收稿日期: 2011-09-13