

# T<sub>4</sub> 右侧椎板骨样骨瘤 1 例

黄若景<sup>1</sup>, 唐镇江<sup>2</sup>, 黄信源<sup>2</sup>

(1. 云南中医学院 2008 级硕士研究生, 云南 昆明 650021;

2. 云南省中医医院, 云南 昆明 650021)

**关键词** 骨肿瘤 胸椎 骨样骨瘤

在人类的各种肿瘤中, 骨的原发性肿瘤相对少见, 据美国大宗病例报道, 骨肿瘤只占全部肿瘤的 2%<sup>[1]</sup>, 而骨样骨瘤仅占所有原发骨肿瘤的 10% ~ 12%。骨样骨瘤多发生在下肢长骨干的皮质内, 累及脊柱者较少, 而发生在胸椎的病例更为少见<sup>[2-4]</sup>。2010 年 6 月, 笔者收治了 1 例 T<sub>4</sub> 右侧椎板骨样骨瘤患者, 现将诊疗情况报告如下。

患者, 男, 25 岁。反复肩背部疼痛 4 年, 每日凌晨 1 ~ 2 点钟定时疼痛加重, 必需服用去痛片疼痛才能缓解入睡。4 年中患者先后就诊于国内多家大医院, 进行了多项相关检查。胸椎 MRI 平扫 + 增强示: T<sub>4</sub> 椎体及 T<sub>4</sub> ~ T<sub>5</sub> 右侧附件、右侧竖脊肌信号改变。核素骨扫描示: T<sub>5</sub> 棘突偏右见点状不规则异常放射性核素浓聚灶, 提示上述局部骨代谢异常活跃。反复多次行血沉、C 反应蛋白、类风湿因子分型、HLA - B27 等检查均未见明显异常。外院诊断为肩背部疼痛原因待查、肩背肌筋膜炎等。患者先后进行口服非甾体类抗炎药(non - steroidal anti - inflammatory drugs, NSAIDs)、中药、针灸推拿、理疗等对症处理, 自觉疼痛稍缓解, 但夜间仍需服用去痛片才能入睡。2010 年 6 月 25 日来我院骨科门诊就诊, 行以 T<sub>4</sub> 为中心的薄层 CT 平扫, 诊断为 T<sub>4</sub> 右侧附件骨肿瘤(图 1)。

入院 3 d 后, 在全身麻醉下手术。C 形臂 X 线机透视体表定位病变椎体, 以 T<sub>4</sub> 棘突为中心, 取后正中切口, 显露 T<sub>3</sub> ~ T<sub>5</sub> 右侧的棘突、椎板及关节突。术中见 T<sub>4</sub> 右侧椎板表面凹凸不平, 骨质硬化。用 Kerrison 咬骨钳咬除 T<sub>4</sub> 右侧椎板及部分横突、棘突, 切除的 T<sub>4</sub> 椎板病变处呈红色卵圆形, 充填少量白色黏液样炎性物质。术中所取病灶处骨质(图 2), 酒精固定后送病检, 术后常规对症支持治疗。病检结果示: 病灶由骨组织和骨样组织混合而成, 富于血管性支持组织, 成骨细胞占优势, 增生活跃, 紧密排列在富于血管的基

质中; 部分骨母细胞肥大, 未见核分裂, 符合骨样骨瘤形态(图 3)。术后第 2 天患者即感夜间疼痛减轻, 术后 1 周出院时夜间疼痛完全消失。术后 1 个月随访, 患者肩背部疼痛消失, 恢复正常工作生活。

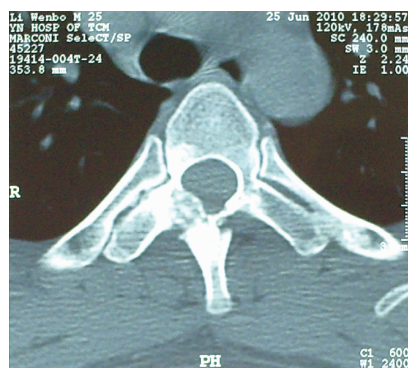


图 1 T<sub>4</sub> 薄层 CT 扫描

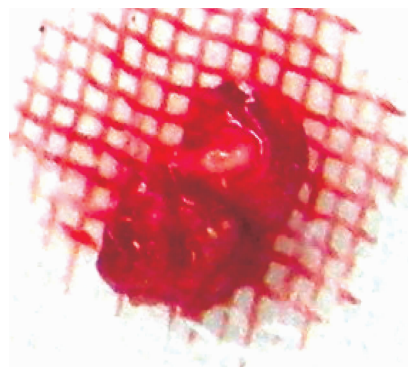


图 2 术中取出的肿瘤组织

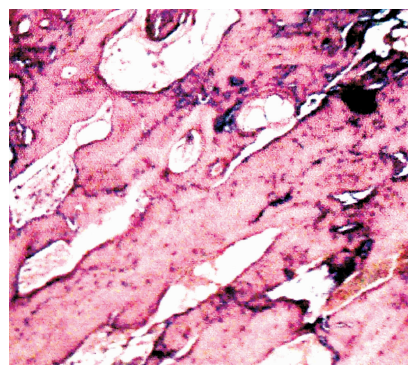


图 3 病灶区组织 HE 染色切片 (×400)

## 讨 论

骨样骨瘤于 1935 年由 Jaffe 首次报告<sup>[5]</sup>,是一种良性成骨性骨肿瘤,具有界限清晰的局灶性病灶,一般瘤体直径小于 1.0 cm,周围可有较大的骨反应区。本病因尚未完全确定,Jaffe 认为是原发性良性肿瘤;另有学者认为是炎症,而可能与病毒感染有关,还有学者认为是血管来源或与动静脉发育异常有关,或为代偿过程<sup>[6-7]</sup>。

该病的诊断依据为典型临床表现及薄层 CT 扫描结果。其临床表现为疼痛明显,夜间加重,服用水杨酸盐或 NSAIDs 可以减轻。疼痛多局限,软组织可肿胀,但受累区很少。疼痛是由肿瘤产生的高浓度的前列腺素 E2 所致。水杨酸盐和 NSAIDs 可以抑制前列腺素的合成,故可以迅速缓解疼痛,这种特点对本病诊断很有帮助。发生于脊柱的骨样骨瘤常可引起痛性代偿性脊柱侧凸,病灶常位于侧凸顶椎的凹侧,可能与病灶侧肌肉受刺激挛缩有关。病灶切除后多数脊柱侧凸可逐渐消失<sup>[6]</sup>。薄层 CT 扫描可清晰地显示出瘤巢的大小、位置和中心的钙化。骨样骨瘤 X 线表现为由致密骨包绕的小病灶,中央密度较小的透亮区为瘤巢,整个病灶呈“鸟眼样”,可由于重叠而不易发现。MRI 检查中,瘤巢在 T1 加权像上呈低到中等信号;在 T2 加权像上呈低中等或高信号,内部钙化或骨化明显者则大部分为低信号。病理检查时,镜下瘤巢中央为不定型的、杂乱无序的骨样组织,有大量的深染的骨母细胞陷入其间,瘤巢边缘为增生的纤维血管组织。根据病史若怀疑为该病,根据 MRI 或放射性核素扫描与体格检查定位病变部位,以病变部位为

中心,做 CT 薄层扫描,一般均可明确诊断。

通过手术完整准确地切除包含瘤巢在内的全部患骨,是治疗骨样骨瘤最有效的方法。也有报道采用经皮瘤巢去除术和微波治疗等微创方法治疗该病<sup>[7]</sup>。对症状较轻、手术较困难或术后可能发生严重并发症的患者,可行非手术治疗,即口服水杨酸盐或 NSAIDs 对症治疗<sup>[8]</sup>。采用手术治疗时,术前要利用放射性核素扫描或薄层 CT 扫描对瘤巢进行精确定位,保证完整地切除全部病变组织。

## 参考文献

- [1] 邱贵兴,戴尅戎.骨科手术学[M].3版.北京:人民卫生出版社,2007:1491-1492.
- [2] Dofman HD,Czerniak B. Bone Tumors[M]. St. Louis: Mosby,1998:85-103.
- [3] Zileli M,Cagli S,Basdemir G,et al. Osteoid osteomas and osteoblastomas of the spine[J]. Neurosurg Focus,2003,15(5):E5.
- [4] Raskas DS,Graziano GP,Herzenberg JE,et al. Osteoid osteoma and osteoblastoma of the spine[J]. J Spinal Disord,1992,5(2):204-211.
- [5] Jaffe HL. Osteoid osteoma;a benign osteoblastic tumor composed of osteoid and a typical bone[J]. Archives of Surgery,1935,31:709-728.
- [6] Piper JG,Menezes AH. Management strategies for tumors of the axis vertebra[J]. J Neurosurg,1996,84(4):543-551.
- [7] 纪经涛,胡永成. 骨样骨瘤的微创治疗[J]. 中华骨科杂志,2008,28(2):163-165.
- [8] 乔军,邱勇,孙旭,等. 齿状突骨样骨瘤 1 例报告[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2009,19(10):724-725.

(2010-08-04 收稿 2010-10-28 修回)

(上接第 31 页)部切除;表现为滑膜炎者应行滑膜切除。病例 1 早期有滑膜炎表现,经对症治疗后症状消失。虽无交锁等关节机械紊乱症状,但病人屈伸膝关节时有明显的包块,这可能和肿瘤与髌前脂肪垫连接的蒂较短,以及肿瘤位于髌股前间隙有关。局部切除后,考虑早期有滑膜炎症状,又以刨刀处理蒂部与髌前脂肪垫相连处。病例 2 兼有机机械紊乱和滑膜炎两种表现,故进行局部切除和滑膜清理。

关节镜下切除肿瘤虽有创伤小、恢复快的优点,但应注意以下几点:①术前必须行 CT 或 MRI 检查,了解肿物的边界和大小;②关节镜下见肿物界限清楚、活动度良好,方能行关节镜下手术;③严格掌握关节镜手术的适应证。

## 参考文献

- [1] 倪磊,吕厚山,杜莉茹. 膝关节内肿物的关节镜检查 and 手术[J]. 中华骨科杂志,2001,21(10):601-604.
- [2] Dandy DJ,Rao NS. Benign synovioma causing internal derangement of the knee. A report of nine cases[J]. J Bone Joint Surg Br,1990,72(4):641-642.
- [3] Juhl M,Krebs B. Arthroscopy and synovial hemangioma or giant cell tumour of the knee[J]. Arch Orthop Trauma Surg,1989,108(4):250-252.
- [4] Kim SJ,Choi NH,Lee SC. Tenosynovial giant-cell tumor in the knee joint[J]. Arthroscopy,1995,11(2):213-215.
- [5] 陆裕朴,胥少汀,葛宝丰,等. 实用骨科学[M]. 北京:人民军医出版社,1991:1538.

(2010-03-27 收稿 2010-08-02 修回)