

动脉瘤样骨囊肿 28 例

附属第二医院骨科 夏贤良

动脉瘤样骨囊肿国外有较多病例报道,被认为并非罕见的独立病变。国内除邹仲等(1979)⁽¹⁾综合报道9所医院共46例外,文献中仅有少数病例报告。本文收集本院18年来所见28例,多数系近几年来所遇到的,特报道如下并提出几点意见,供同道们参考。

临 床 资 料

一、性别、年龄:本组28例中男16例,女12例,男女无明显差别。发病年龄最小9岁,最大47岁,平均25.1岁,较国外文献稍高。其中1例9岁,10~19岁8例,20~29岁11例,30~39岁6例,40岁以上2例。10~29岁共19例,占69%,高峰为20~29岁,与国内报道一致,但与国外报道高峰在10~19岁有所不同。

二、部位:多见于长管状骨,共18例,计股骨10例,胫骨6例,肱骨2例。其中发病位于干骺部者14例,有8例波及骨髓,此8例均已成年,较难判断究竟起始于干骺部或骨髓;位于骨干和在骨髓内各2例,后2例较为特殊,骺板未愈合,病变完全限于骨髓中,邹氏等⁽¹⁾亦有1例,国外文献未见有类似情况。见于短骨(掌骨)2例,均在骨干。见于跟骨3例,跗骨2例,距骨、胸骨、颈椎棘突各1例。本病好发于长管状骨,这一点意见较一致,但国外文献认为发于脊椎亦颇多见,本组仅见1例。近年来对脊椎病变特别加以注意,仍未再发现。邹氏等46例中发生于跟骨者有8例⁽¹⁾,本组3例,可能跟骨仅次于长管状骨。

三、临床表现:病者多因局部疼痛及肿块就诊。疼痛常轻微,不影响日常生活及一

般劳动。本组4例疼痛严重,其中2例证实伴随恶性肿瘤。肿块常坚硬,压痛不明显,4例有肿块而不感疼痛。多数病例无明显关节活动障碍,5例病变邻近关节,有轻度关节活动受限或跛行。3例因病理性骨折就诊。自发病至就诊时间最短1个月,最长5年,平均10.3月。

诊 断

本病病程长,进展缓慢,临床上常无特殊表现可提供诊断线索。X线所见:显示局限性透明区,境界清晰,边缘常有狭窄的骨硬化带,其中有粗或细的不规则小梁分隔,成蜂窝状,骨质明显扩张,呈所谓“气球吹胀”状,皮质变薄或部份缺损。典型病例诊断较易确定,但许多病例表现常有变异。本组有4例病变与正常骨交界处无骨硬化带,6例透明区无房隔,3例骨皮质无明显膨胀。位于松质骨内的病变不典型者较多。仅根据临床表现及X线所见,确诊有时困难,应与一些良性骨肿瘤及骨肿瘤样病变加以鉴别。本组病例病变多见于长管状骨干骺部,14例中8例已成年,病变均累及骨髓,并达关节软骨下,且为偏心性,其X线片表现酷似骨巨细胞瘤。但骨巨细胞瘤病程进展较快,局部具有压痛、轻度肿胀与皮肤温度增高等表现,关节功能障碍往往较明显。X线片上二者虽相似,但细察有时仍可区别:即动脉瘤样骨囊肿常更偏心而向一侧明显膨出,病变与正常骨质间不但境界清晰,且往往有一硬化的边缘。14例干骺部病例中,10例见近骨干侧有骨膜反应,呈平行分层状,常止于非薄膨起之骨壳,略似Codman三角

样,而骨膜反应在骨巨细胞瘤(如无病理性骨折)极为罕见,此亦有助于鉴别(附图)。孤立性骨囊肿很少有局部表现,X线片上亦有境界清晰和硬化边缘的透明区,有时也可见分隔状,需与中心型动脉瘤样骨囊肿鉴别。但后者趋于向骨干发展,骨皮质之膨胀不太显著,一般无骨膜反应等可供区别。此外,本病尚需与软骨粘液样纤维瘤、非骨化性纤维瘤、骨母细胞瘤等较少见的病变鉴别。

手术中显露病变后诊断较易明确,常见充满血液之囊状空腔,血液色暗红,不断涌出,囊腔内有数量不等的纤维肉芽组织,将之分隔成大小不等小房。国外有报道囊腔内容为淡黄色液体,按发病机理来考虑难以理解,本组未见类似情况。

伴随病变及其意义

近年来许多文献指出,本病可伴发于其他良性骨肿瘤或肿瘤样病变,甚至可以与恶性肿瘤并存,因而将本病划分为原发与继发两类。Biesecker等⁽²⁾报道66例,其中21例(32%)伴随其他病变。Aegerter等提到本病常伴发于骨肉瘤,Levy等⁽³⁾收集57例继发性动脉瘤样骨囊肿,18例伴随孤立性骨囊肿,14例为骨巨细胞瘤,12例骨肉瘤,其他为非骨化性纤维瘤、骨母细胞瘤、血管内皮瘤及骨血管瘤等。本组28例中9例伴随有其他病变,7例为良性疾病,计骨母细胞瘤3例,骨巨细胞瘤、骨纤维结构不良、神经鞘瘤、纤维黄色瘤各1例。2例与恶性肿瘤并存。这些病例手术时均发现有典型的动脉瘤样骨囊肿特征,囊状血窦几乎占据全部病变,只有极少量实质性组织。经多处取材作病理检查,方确定有伴随病变的证据。

Buraczewski等⁽⁴⁾曾报告,本病可完全占据或消除伴随病变的痕迹。从本组7例伴有良性骨肿瘤病例来看,发展完善的动脉瘤样骨囊肿,伴随病变往往只有极少一点残留组织,如不加处理,任其自然发展,不能排除本病病变完全取代伴随病变组织的可能

性,组织学检查就很难找到伴随病变之病理依据,这时候则只能将其诊断为原发性动脉瘤样骨囊肿。关于本病之发病机理,曾有很多争论,现在仍未统一。近年来多数同意Lichtenstein的意见,认为本病系由于静脉血栓形成或动、静脉交通,局部血液动力学改变,静脉压持续增高,血管床扩张所致。如果此理论正确,本病之发生必需存在一个原发的病理基础,它可以是肿瘤或肿瘤样病变,也可以是其他。这样,那些继发性动脉瘤样骨囊肿实际上可以把它看成为类似某些肿瘤组织中发生的出血、囊变等继发改变,就严格的意义来说,它不能被视为一种独立病变。而那些所谓原发性动脉瘤样骨囊肿,既然它的发生必需有一个原发的病理基础,是否可以设想,它们只不过是一些已经将原发病变完全消除了的继发性动脉瘤样骨囊肿。这种想法可能过于武断,但至少尚无法完全否定。此外,在临床工作中,检查某些良性骨肿瘤病理组织时,可偶而见到一些切片中有类似动脉瘤样骨囊肿的改变,由于范围很局限,当然不能据此诊断存在本病,但考虑到本病之发病机理,不能不使人想到,这种现象会不会可能即为本病之萌芽状态,如果没有受到手术干扰,亦不能排除它会发展成典型的动脉瘤样骨囊肿。

本组有2例与恶性肿瘤同时存在,1例为股骨颈及粗隆部病变,术前X线片见局部囊状透明,境界清晰,术中大体检查为蜂窝状血窦,组织学所见为典型之动脉瘤样骨囊肿,作了刮除及植骨术。不久,病变复发,症状加重,X线片见骨质明显破坏,临床亦有明显恶性肿瘤表现。此时复阅病理切片仍不能否定原诊断,经重作切片才肯定为恶性肿瘤,病者不久死亡。此例已作报道⁽⁵⁾。另1例为28岁女性,右上臂酸痛1年,近月加剧,且发现局部肿胀。体检:右上臂肿胀,能扪及境界不清之肿块,有压痛,质中等有弹性感。X线片见肱骨中上段囊样透明,骨皮质膨胀变薄,日见不规则分隔状。术中见

骨皮质菲薄,有些部位残缺不全。切开病变见囊样空腔,内含暗红血液,有少量纤维组织及坏死样组织,病变周围软组织水肿较明显。病理切片检查证实为动脉瘤样骨囊肿。鉴于局部软组织水肿及骨质破坏,恶性肿瘤可能颇大,决定行瘤段切除。切除标本病理检查,大部组织符合动脉瘤样骨囊肿,部份组织为脂肪肉瘤。术后半年余肿瘤复发,约1年病者死于肺转移。此2例由于病变主要部份表现为典型的动脉瘤样骨囊肿,本文将它列为本病伴随恶性肿瘤,文献上亦有不少病例报道可以伴随骨肉瘤,但笔者却感到有所不妥,值得探讨。因为它只能被视为骨的恶性肿瘤在发展较缓慢阶段部份组织内血运动力学改变,静脉压持续增高,压迫邻近组织而成。它必然只是一种暂时的现象,随着恶性肿瘤生长占优势,此等组织最终仍将被破坏取代。

认识本病可伴随其他病变是有其重要意义的。本病为一非赘生性疾病,本身的临床后果常不十分严重,但在诊断与治疗中如只注意本病而忽略伴随病变,其结果则可能是不堪设想的。本组2例恶性肿瘤即为教训,第1例股骨粗隆部病变,X线片及病理均符合本病,术前及术中均未曾考虑到恶性肿瘤可能,故仅作搔刮与植骨,致使病者肿瘤迅速扩展而死亡,如果该例能在手术时发现伴随病变,作较彻底治疗,结果或许有所不同。第2例肱骨病变,虽经病理诊断为本病,因临床上及手术所见可疑而行瘤段切除,但治疗仍是不够彻底的,因而结果不良。所以,在确诊本病时,病理标本必须广泛取材,仔细检阅,以免遗漏伴随病变之可能,特别是当病者在临床,X线片及手术所见有异常表现,如病情进展迅速、疼痛严重,X线片上病变境界不清,术中有较多实质性组织、骨质有破坏缺损、病变周围软组织明显水肿等均应当更加注意。

治 疗

本病虽危害不大,但应如何正确处理可以避免复发,存在着不同意见。一般主张彻底切除较好,但由于病变多数位于负重骨的主要部份,切除后广泛骨质缺损,影响肢体或关节功能,故大部病例仅能作彻底刮除后植骨。此法最简单,但有报告其复发率较高。Lichtenstein于1957年报道4例搔刮后复发。Clough等⁽⁶⁾收集59例,刮除病变后17例复发,占28.8%。本组除2例伴恶性肿瘤外,26例中作彻底切除6例,截肢1例,骨端切除异体半关节移植1例,随访超过2年无复发;刮除后植骨11例,随访2年以上10例,其中1例术后约1年半局部复发,再次刮除植骨,2年末再复发;1例仅作活检,失访。

有些作者提出本病对放射治疗敏感,放疗后复发率低,一般治疗总量约2,000 rad。考虑放疗有导致生长障碍及后期恶变的可能性,如手术刮除后再配合放疗,对此等良性病变似无必要;若仅凭临床及X线片诊断后即作放疗又失之盲目。本组无使用放疗病例,但放疗对某些特殊情况,如病变部位难以进行手术、病变过大或因部位关系无法彻底刮除或经其他治疗后屡次复发者有其一定地位。

本组早年病例刮除后复发率不高,但鉴于不少病例伴随有其他病变,诊断时虽认真排除其存在的可能性,但有时难以被发现,因此,采取较刮除植骨更为彻底的治疗较为妥当。近年来我院采用刮除、冷冻(液氮)然后植骨的方法治疗本病,Biesecker等及Clough等均认为此法颇合理,可以破坏异常的动静脉交通^(3,6)。本组6例使用此法,5例随访未滿2年,是否复发,由于观察时间不长,尚难以论定。

小 结

本文报道28例动脉瘤样骨囊肿的临床资料,提出在临床与X线片检查特别需与骨巨细胞瘤等鉴别,本病常伴随(下转第241页)

胸腺瘤的X线诊断

(附31例报告)

(正文见第239页)

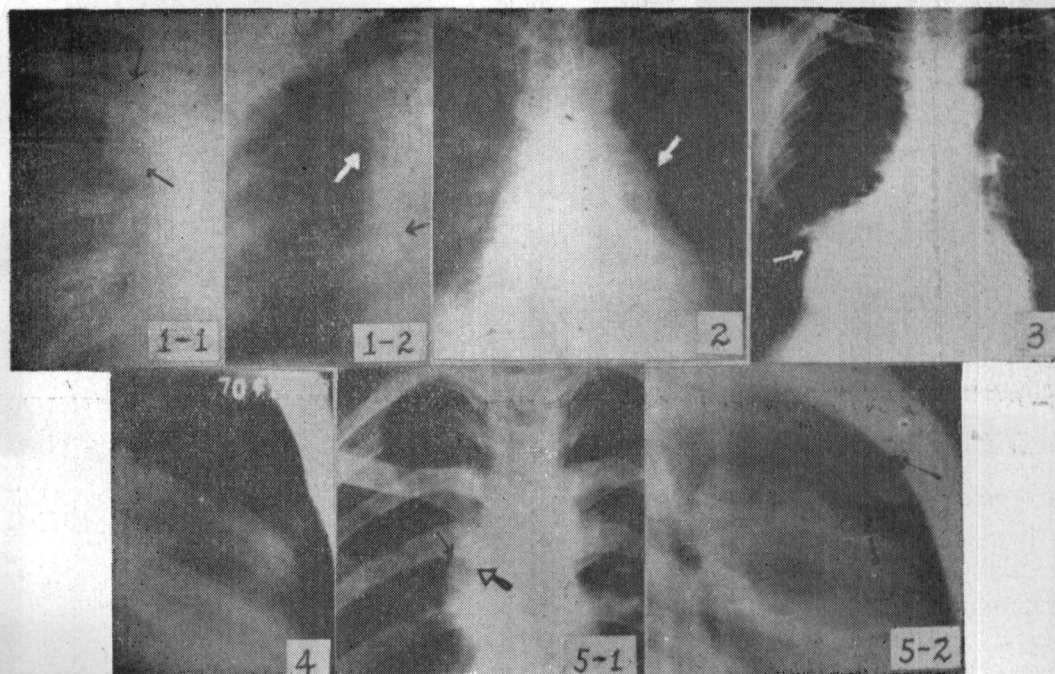


图1~5示 不典型胸腺瘤的X线所见

- 图1-1 右上块影，侧位位于中纵隔，曾误为纵隔淋巴结结核
 图1-2 一年后左前斜位随诊片：发展成二个块影。上块影“人鼻状”及下块影圆形（↑所示）
 图2 左中微小块影大部为左心缘所隐蔽（↑所示）
 图3 右下与右心缘不可分之较大块影，侧位与心影互重，术前误为心包囊肿，外缘浅而大的“轻分叶征”可见（↑所示）
 图4 前纵隔中下部块影：薄片状，分叶弧度大而数量少，边缘光滑
 图5-1,2 右上扁长块影与主动脉混淆，经正位“加深”片5-1及侧位“减低”片5-2显示。☆示主动脉边缘；↑示块影。侧位块影边界不清，密度浅，几乎不可见

动脉瘤样骨囊肿28例

(正文见第二四二页)



附图 左肱骨上端偏心透明病变，累及关节软骨下骨，内有不规则分隔。但病变向一侧膨出明显，边缘有狭窄骨硬化带。近骨干处有骨膜反应。病理证实为动脉瘤样骨囊肿伴纤维黄色瘤

于前纵隔、主动脉弓平面以下,不易与胸腺瘤鉴别(中华放射学杂志4:91,1956)。但其形态较胸腺瘤更为规整。胸腺瘤的“轻分叶征”,及其较为淡薄、外形部分不清等(常见于侧位片),有助识别。对心包囊肿的鉴别,也是如此。

纵隔淋巴结结核:本文例1曾诊断为右上纵隔淋巴结结核。近年来又遇见2例术前诊断为胸腺瘤,而术后病理诊断为纵隔淋巴结结核。此2例中1例块影位于右上,X线征象与本文例1相似。复阅X线片并作详细对比发现:胸腺的块影,呈圆弧形,较光整,凸出度较大(图1-1),侧位亦见团块影,其后缘亦作弧形凸出,部位偏前;淋巴结结核的块影,较扁而长,略呈梭形,侧位片阴影模糊不清,位气管旁,较胸腺瘤偏后。这是因为胸腺位于前纵隔的最前部⁽⁸⁾,且不紧附于相邻器官,故向外凸出度较大;纵隔淋巴结结核因淋巴结密切地附于气管旁,常易数个于酪化淋巴结融合、粘连,故其向外凸出度较小,且外形较模糊而不整。

心血管病变:胸腺瘤与心脏、大血管密切靠近,须与主动脉、肺动脉段凸出或动脉瘤相鉴别。点片可显示块影边缘的成角内收现象,及其与心血管的互重关系可资鉴别,一般无需心血管造影。复阅误诊的肺动脉段凸出的1例,其与心血管阴影的成角内收现象,于点片中已有显示,只因当时未加重视,以致误诊。

肺癌:鉴别时须注意观察附近肺的解剖⁽⁷⁾。本组1例术前误诊为肺癌,就是因为未注意到肿块非依肺叶或段分布,附近肺纹理亦属正常。胸腺瘤肿块的“轻分叶征”,分叶少,且弧度大而浅,轮廓较光滑清楚;侧位片中呈“薄片状”(图4),均与肺癌不同。

纵隔包裹性胸膜炎:大的胸腺瘤易误诊为纵隔包裹性胸膜炎。本组误诊2例。胸腺瘤块影呈轻度分叶,且无纵隔移位,可资鉴别。

五、胸腺瘤可与多种其他疾病并存⁽¹⁾,

其中以甲状腺病变最常见(如本组例2)。警惕及此,有助于诊断。

六、结合临床不够亦是误诊原因之一。本文例1由于临床有长期低热病史,对肿块X线征未作仔细推敲,以致误诊为结核。肿瘤患者亦可有低热症状,若重视X线征表现,有可能及早诊断。胸腺瘤伴重症肌无力据刘氏报道占10.4%⁽²⁾,本组有4例,大致相仿。在X线征有胸腺瘤可疑时,须追查此症,必要时可行新斯的明试验以助诊断。

(图1~5见插页第17页)

参 考 文 献

1. Dennis P, LeGovan, et al: Thymomas. Cancer 39: 2142~2157, 1977
2. 刘玉清等: 胸腺瘤和囊肿及其X线诊断(71例分析). 中华放射学杂志 12: 71, 1978
3. Brown LR: AJR 134(6): 1181, 1980
4. Kemp HarprRA, et al: The radiological features of thymic tumors. A review of sixty-five cases. Clin Radiol 16: 97~105, 1965
5. Talma Rosenthal, et al: Thymoma; Clinical and additional radiol signs Chest 65: 428, 1974
6. Ellis K, Gregg HG: Thymomas-Roentgen considerations, Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med 91: 105~119, 1964
7. 加藤富三等: 纵隔のレントゲン診断, 診断と治療 59: 14~20, 1971
8. 铃木千贺志: 纵隔の外科的局 部解剖, 診断と治療 59: 3, 1971

(紧接第244页)于其他病变,就其发病机理来考虑,倾向于把它看成为一种继发性改变,故处理上宜采取比单纯刮除植骨更彻底的方法,冷冻为较合理的治疗。

(附图见插页第17页)

参 考 文 献

1. 邹伸等: 动脉瘤样骨囊肿的X线诊断. 中华放射学杂志 13: 203, 1979
2. Biesecker J L, et al: Aneurysmal bone cysts. Cancer 26: 615, 1970
3. Levy WM, et al: Aneurysmal bone cyst secondary to other osseous lesions, Am J Clin Path 63: 1, 1975
4. Buraczewski J, et al: Pathogenesis of aneurysmal bone cyst, Cancer 28: 597, 1971
5. 夏贤良等: 动脉瘤样骨囊肿. 天津医药骨科附刊 13: 8, 1980
6. Clough J R, et al: Aneurysmal bone cyst, Clin Orthop 97: 53, 1973