

骨的韧带样纤维瘤

附属第二医院骨科 夏贤良 杨迪生

内容提要 本文报道13例骨的韧带样纤维瘤。手术切除后2例复发,另1例获恶性结局而未有明显局部复发征象。由于本病发病率极低,且缺乏特征性放射学表现,术前甚少获正确诊断。组织学上它与骨外硬纤维瘤有相同表现。要区别骨的韧带样纤维瘤与低度恶性纤维肉瘤甚难,有时甚至不可能。治疗上宜广泛切除,否则应在彻底刮除后给以辅助措施如冷冻治疗等,以确保较好治疗效果。

关键词 骨肿瘤;纤维瘤

国外文献认为骨的韧带样纤维瘤系极少见的骨肿瘤。1958年Jaffe报道5例并命名以来,截至1985年,欧美共报告约80例^[1],日本不过20多例^[2]。但1986年刘子君等^[3]收集国内6个城市9个单位12404例骨肿瘤中却有本病72例,占6010例良性骨肿瘤的1.2%。本院20年经治13例,现报告如下。

1 临床资料

本组男10例,女3例。年龄11~50岁,平均31.3岁,较国外文献偏高^[4,5]。部位以股骨最多,计6例,其中股骨粗隆部或股骨颈占4例;胫骨、肱骨、尺骨、掌骨、肋骨、髂骨、坐骨各1例。自出现症状至就医最长7年,最短半月,平均2年。首显症状为局部酸痛(8例)、肿块(2例)、病理骨折(2例)或偶然发现(1例)。

1.1 X线所见 本病的X线表现为骨内境界清楚的透明病变,形态不规则,边缘有不同程度骨硬化,病变内无钙化阴影,较细小的小梁分隔成假多房状。骨轮廓全部或部分扩张,皮质菲薄。本组8例甚符合上述表现,但小梁分隔可粗可细,有的甚至不很清晰,几乎呈单房透明区(附图)。此外有3例X线片上病变呈斑片状密度降低,境界不清,局部骨轮廓膨大,1例位于肱骨,2例发生在股

骨颈。另坐骨1例呈巨大溶骨区,边界不清,骨皮质广泛缺损。又1例股骨颈不规则破坏伴病理骨折,巨大软组织肿块,小粗隆部甚至见光芒状骨膜反应,表现完全类似恶性肿瘤。由上可见,本病的X线片表现多样化,并无特异性,较难提供明确诊断线索。13例中4例曾病理骨折,骨折后的反应及修复或多或少地改变了原来的图象。



附图 右股骨粗隆部囊样透明病变,边界清楚

1.2 病理表现 除1例有巨大软组织肿块仅作活检外,其余病例手术中肿瘤主要限于骨内,局部骨皮质菲薄如蛋壳状,病变组织

大体观呈灰白色,质坚韧有弹性。5例如文献所述,边缘圆钝易自骨壳中剔出,但去除肿瘤主体后骨壳内面仍残留少许白色纤维组织。其余病例的肿瘤与正常骨组织间无明显分界,肿瘤组织穿插于骨小梁间不易剔出。

1例坐骨病变骨内部份的表现基本属后者,其突入软组织中的肿块有假包膜形成。有3例肿瘤中见继发囊性变,囊内容为淡褐或黄色液体。镜下肿瘤组织富于波浪样粗大成束的胶原,纤维母细胞稀少、成熟,所见完全与骨外硬纤维瘤相同。但在不同病例或同一病例的不同镜野下,细胞数及形态可以有相当程度的差异。

治疗及结果

3例作刮除或刮除植骨;3例刮除后辅以灭活措施;4例病变部位容许作较彻底手术,手术范围符合边缘或广泛截除;2例骨盆病变因紧靠髋关节或其它重要组织,仅行边缘切除加部分刮除;另1例未行治疗。总的来说,由于术前诊断不明,且病变骨多为负重骨,为顾虑术后影响骨强度及愈合问题等,手术常不彻底。

本组手术治疗病例中,2例分别于术后1年半及半年余复发,1例属边缘切除,1例属部份边缘切除、部份刮除。另1例股骨颈病变刮除并植骨,4个月骨愈合并恢复工作,4年后又感局部酸痛,3个月内逐渐加重以致难以忍受,腹股沟淋巴结肿大如鸽蛋,质硬、有压痛,不能移动,又2个月后又出现咳血,胸片发现右肺斑片状阴影,但髋部反复摄片骨与关节保持愈合后情况,未见明显改变,病人不久死亡。

未作治疗的1例股骨颈病变,于出现症状后2年半在他院作活检确诊为本病,但未治疗。又半年余,症状加重,肿块明显增大,表面静脉怒张,温度增高。X线片显示似恶性肿瘤伴病理骨折。入院再次作活检,仍为明显良性组织学表现。患者拒绝接受手术而未作治疗。

3 讨论

本组病例术前均被误诊,诊为骨纤维结构不良、骨囊肿、动脉瘤样骨囊肿、骨巨细胞瘤或恶性肿瘤等。可见其术前诊断不易,其原因是:①本病在临床表现方面缺乏特征;②X线片上图像多样化,常仅表现为骨内进展颇缓慢的病变,与许多良性骨肿瘤或瘤样病变相似,有时甚至近似恶性肿瘤;③本病相当罕见。术中则较易依据其大体观提示正确诊断。

一般认为本病不会发生转移,唯Dahlin描述1例下颌病变复发成为Ⅱ级纤维肉瘤及肺转移^[1]。本组1例股骨颈病变治疗后4年余,区域淋巴结肿大,肺部出现斑片状阴影后不久死亡,似类同于Dahlin介绍的情况,但股骨颈局部反复摄片,始终未见骨质变化,而患者又拒作活检,因此尚不能排除累及淋巴结及肺部的其它疾病。

关于骨的韧带样纤维瘤与低度恶性纤维肉瘤的关系争论颇多。一些学者认为二者的组织学,无论在胶原束的粗细、排列,细胞的多少、大小和形态、有丝分裂相的多寡等方面均有差异。Mirra^[5]认为本病生长极缓慢,虽可复发,但在1~2年内不致在临床上有很明显表现,假如在6个月内即形成一个颇大肿块,本病的原始诊断就极可疑,很可能是纤维肉瘤。有人在电镜下观察到本病比纤维肉瘤有较多的肌纤维母细胞^[4,6],但此亦仅是量的差别,并无明确标准。依靠目前的检测手段,要区分二者尚十分困难,只有在治疗后经长期观察,始见分晓。因此另一些学者如Bertoni等提出,二者区分只是相对的,并不十分明确,而从治疗角度出发,宜把它们看成是同类病变为妥^[6]。Lichtenstein更明确提出,韧带样纤维瘤只不过是一种分化良好的纤维肉瘤^[2]。作者等倾向于后一看法。

本组病例中复发者并非手术最不彻底

者,单纯刮除并植骨者亦有数例没有复发。其不同的结果可能是由于骨韧带样纤维瘤亦具有骨肉细胞瘤的类似特性,即肿瘤本身具有不同程度的侵袭性所致。这一结果也支持我们的前述观点。本组病例单从病理形态学来看,难以判断其生物学行为的差异,但复发病例及有恶性结局者,在X线片上多表现为缺少清晰的边界,提示X线片表现较组织学所见更能反映其所具侵袭性的程度。

手术为目前治疗本病的唯一手段。鉴于不同病例可有不同的生物学行为,部份病例有较大的侵袭性,故宜行瘤体广泛切除、至少边缘切除为上策。倘因部位限制无法采用此等手术,彻底刮除后应辅以某些措施如冷冻等,以保证局部灭活、提高治愈机会。单纯刮除显然是不可取的。

参 考 文 献

1. Gebhardt MC, et al. J Bone Joint Surg (Am) 1985; 67A (5): 732
 2. 俞国梁等, 中华整形外科 1981; 32 (2): 167
 3. 刘子君, 等. 中华骨科杂志 1986; 6 (3): 162
 4. Thirupathi RG, et al. Clin Orthop 1983; 179: 231
 5. Mirra JM, et al. Bone Tumors, 1st ed, Philadelphia: Toronto Lippincott, 1980: 270~275
 6. Bertoni F, et al. J Bone Joint Surg (Br) 1984; 66B (2): 265
 7. 夏贤良, 苏咏元. 中华外科杂志 1985; 23 (2): 97
 8. 杨迪生, 夏贤良. 中华骨科杂志 1983; 3 (4): 252
- (1989年1月18日收稿, 同年7月20日修回)

胆系蛔虫症超声检查动态观察一例

附属第一医院外科实习生 余 红 易 斌

1 病例摘要

患者女, 26岁, 右上腹阵发性疼痛伴恶心、呕吐9天, 巩膜黄染2天, 于1986年2月4日入院。曾有排蛔史。体检: 急病容, $T36.8^{\circ}\text{C}$, $P80$, $R16$, $BP14.63/10.64\text{ kPa}$ 。巩膜轻度黄染, 心肺(-), 腹平软, 肝脾未及, 右上腹及剑突下压痛(+), 无反跳痛与肌紧张。实验室检查: 血 $WBC 13.5 \times 10^9/L$, $N0.83$, $L0.14$, $M0.15$, B超提示: “胆囊蛔虫”(活动性), “胆管蛔虫”(胆总管, 左右肝管) 初诊, “胆道蛔虫伴感染”。以阿托品、氨苄青霉素、庆大霉素、灭滴灵、胆酸钠等解痉、利胆、抗炎治疗。5天后, 腹痛缓解, 黄染消失。B

超复查: “胆囊无蛔虫”, “左肝管蛔虫”(未见蠕动)。改用先锋Ⅵ10天。腹部压痛消失, 血象正常。B超复查: “胆道系统无蛔虫。”次日出院。

2 讨 论

胆道蛔虫症占胆道疾病的15~20%, 以肝外胆管多见, 胆囊内少见。蛔虫自肝内胆管或胆囊退出则更为罕见, 本例属于后者。由于胆囊管内有螺旋状的 Heister 粘膜瓣, 蛔虫不易进入胆囊, 退出尤难。但是在个别情况下, 由于内环境改变, 如胆道内 pH 值改变, 配合使用解痉、利胆、抗炎等治疗, 则有可能使蛔虫退出或死亡后排出。

(1989年5月10日收稿)