

个案报道

C6 椎板软骨母细胞瘤伴动脉瘤样骨囊肿 1 例

齐月宾¹, 鄂晓强², 王凯夫¹

(1 哈尔滨医科大学附属第一临床医学院创伤外科 150001; 2 哈尔滨市第一医院骨科 150000)

中图分类号: R738.3

文献标识码: B

文章编号: 1004-406X(2007)-11-0880-01

患者,男,17岁。因颈部不适、隐痛2周,玩耍时不慎扭伤颈部,出现颈部疼痛加重,双侧前臂感觉麻木,双上肢活动轻度受限5h入院。查体:颈部压痛明显,无叩击痛。双前臂尺侧半及双手皮肤感觉麻木,肱二头肌肌力4级,肱三头肌肌力4级,双手握力4级,双上肢肌张力正常,双侧肱二头肌腱、肱三头肌腱、桡骨膜反射正常,Hoffmann征(-)。双下肢皮肤感觉正常,髂腰肌肌力4级,股四头肌肌力4级,股二头肌肌力4级,双踝及足趾活动正常,双下肢肌张力正常,膝腱反射稍活跃,跟腱反射正常,Babinski征(-)。腹壁反射存在。颈椎CT示C6双侧椎板、棘突膨胀性破坏,破坏区密度减低不均匀,其中可见散在颗粒状钙化影,椎板前侧无骨性包壳,外侧可见一层较薄的骨包壳,双侧椎弓根亦见破坏(图1)。颈椎MRI示C6椎板及棘突膨胀性改变,T1和T2像均呈不均匀高信号;相应水平脊髓受压变扁,脊髓内T2像似有片状高信号(图2)。入院后诊断为C6椎板肿瘤。

入院后完善术前检查,于气管插管全麻、患者俯卧位下行病灶切除术。术中见C6棘突及椎板宽大,颜色暗红,两侧椎板皮质均有折断碎裂,显露过程中出血较多,切除C6棘突及椎板,见骨质破坏,并有灰白色组织混于其中,而且发现组织中有散在的砂粒状黄色钙化灶,此组织也易出血,彻底切除病变组织直至健康组织(包括C6椎板、C5椎板下部及C7椎板上部各约1/4),取切除病变组织送病理检查。彻底止血后逐层缝合切口。术后给予颈托外固定,未给予放疗和化疗。病理检查可见圆形和卵圆形有清楚细

胞浆边缘的软骨母细胞,胞浆嗜酸性染色并且致密,核仁无明显异常及核分裂;有大小不等的血性囊腔,囊壁是圆形细胞和巨细胞,囊腔内见大量的红细胞(图3,后插页I)。病理诊断:C6椎板软骨母细胞瘤伴动脉瘤样骨囊肿。

结果 术后患者颈部疼痛消失,双侧前臂及双手感觉恢复正常,四肢肌力恢复至5级,出院后继续上学。随访至今16个月,未再出现不良感觉及颈部不适症状。

讨论 软骨母细胞瘤是在1923年首先被Ewing确认,他命名为钙化巨细胞瘤,其后多次被改名,1942年Jaffe和Lichterstein命名这种肿瘤为软骨母细胞瘤,以强调它与巨细胞瘤不同^[1]。这一名称目前已为国内外学者所接受。其发病率不及骨肿瘤总数的1%,多发生于青少年,其中发生在5~25岁之间者占90%,男性较女性为多。软骨母细胞瘤常发生在长管状骨的骨骺部位或骨骺突起部位。原发在干骺端或骨干部位者少见。股骨(33%)、肱骨(20%)和胫骨(18%)为最好发部位。在肱骨及胫骨最常见是在近侧端,而股骨远近侧端发病相同,下肢发病较上肢多。其他长管状骨发病者不多见。在手、足上发病的软骨母细胞瘤约占10%,特别是距骨及跟骨。骨骼其余部位少见。Ilaslan等报道856例软骨母细胞瘤仅有9例发生在椎体,发生率为1.4%;胸椎5例,腰椎1例,颈椎2例,骶椎1例^[2]。本例发生在颈椎,且同时合并动脉瘤样骨囊肿,实属罕见。李胜水等^[3]于1998年报道了1例骶骨的软骨母细胞瘤伴动脉瘤样骨囊肿。本病诊断后应采用手术治疗,彻底切除肿瘤组织,术后也可进行放疗或化疗,但疗效如何还尚待评估。

由于软骨母细胞瘤具有侵袭性生长的特点,即使形态学上属于“良性”表现,也可能复发,其复发率为5%~10%或更高,伴有动脉瘤样骨囊肿者复发率可高达38%^[4]。因此应要求患者定期复查,医生加强随访。因本例随访时间较短,目前未见有复发的迹象。

参考文献

1. 胥少汀,葛宝丰,徐印坎,等.实用骨科学[M].北京:人民军医出版社,2003.1318.
2. Ilaslan H, Sundaram M, Unni KK. Vertebral chondroblastoma[J]. Skeletal Radiol, 2003, 32(2):66-71.
3. 李胜水,于翠珍,王瑞林.骶骨软骨母细胞瘤伴动脉瘤样骨囊肿一例[J]. J Practical Oncology, 1998, 13(3):180.

(收稿日期:2007-03-23 修回日期:2007-05-08)

(本文编辑 彭向峰)

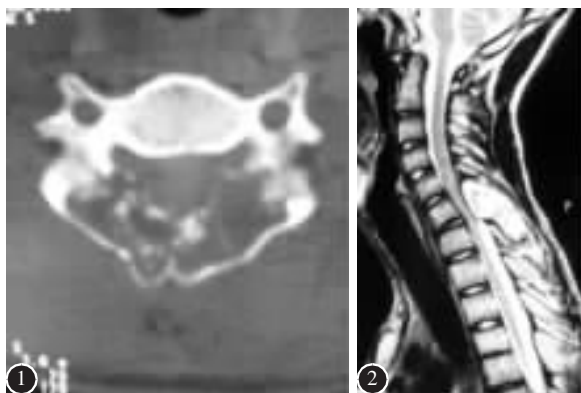


图1 C6椎板、棘突、椎弓根膨胀性破坏,密度减低、不均,可见散在颗粒状钙化影 图2 C6椎板、棘突膨胀性改变,T2加权像呈不均匀高信号;相应水平脊髓受压变扁