

理[J]. 中国微创外科杂志, 2003, 3(2): 126-127.

[2] 侯玲, 时吉庆, 管留建, 等. 胆囊切除术后胆汁反流性胃炎分析[J]. 中国内镜杂志, 2003, 9(2): 77-78.

[3] 舒越. 保胆取石术治疗胆囊结石的临床应用[J]. 医学研究生学报, 2004, 17(1): 33-34.

[4] 施维镜. “切胆”与“保胆”之争的我见[J]. 肝胆胰外科杂志, 2010, 22(5): 360-362.

[5] 褚延魁, 鲁建国, 高德名. 微创保胆取石手术应思考的几个问题[J]. 中国普通外科杂志, 2010, 19(2): 184-186.

[6] 王坚, 王昊陆, 李可为. 胆囊结石治疗策略的争论与选择: 胆囊切除还是保胆取石[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31

(1): 44-46.

[7] 张宝善. 腹腔镜微创保胆取石新思维的讨论[J]. 腹腔镜外科杂志, 2009, 14(4): 241-243.

[8] 谷昊, 曹峻, 赵晋明, 等. 国内保胆取石荟萃分析[J]. 中国现代医学杂志, 2008, 18(22): 3355-3357.

[9] 胡海, 所广军, 黄安华, 等. 腹腔镜联合胆道镜微创保胆取石术 68 例报告[J]. 腹腔镜外科杂志, 2010, 15(2): 135-137.

(收稿日期: 2014-02-08 修回日期: 2014-04-22)

• 短篇及病例报道 • doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2014. 22. 057

踝关节镜下关节内骨样骨瘤的诊断和治疗

秦晓平, 段小军, 杨柳[△], 陈光兴, 郭林, 王征, 程着, 陈凯宁, 赖超超
(第三军医大学西南医院关节外科中心, 重庆 400038)

中图分类号: R684

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2014)22-2973-03

骨样骨瘤是一种比较常见的良性骨肿瘤, 约占良性骨肿瘤的 1.66%~10.00%^[1-2], 好发于 7~25 岁, 男女发病之比为 3:1。临床上常表现为疼痛, 以夜间钝痛或刺痛为主, 服用非甾体消炎药 (nonsteroidal antiinflammatory drugs, NSAIDs) 类药物疼痛可好转。好发于长管状骨骨干, 特别是下肢。其次见于手部的指骨、掌骨、腕骨, 足部的距骨、跟骨和脊柱附件。典型影像学表现为骨皮质内有一放射性透明阴影, 伴有周围骨质硬化并骨皮质增厚, 俗称“牛眼征”。骨骺及关节内骨样骨瘤罕见, 且缺乏影像学特征性表现, 易误诊、误治。本中心 2010 年 6 月至 2013 年 1 月共收治 3 例踝关节内骨样骨瘤患者, 利用踝关节镜对病灶进行探查并治疗, 取得满意疗效 (附图为病史最长者资料)。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2010 年 6 月至 2013 年 1 月本院收治 3 例踝关节患者, 男 2 例, 女 1 例, 年龄分别为 10、15、18 岁; 病程分别为 13、22、48 个月。3 例患者均表现为踝关节疼痛, 起初疼痛呈间断性, 2 例夜间钝痛明显, 以为与体育锻炼有关, 予减少活动、口服 NSAIDs 类药物处理后疼痛好转, 以后疼痛转为持续性, 伴有关节肿胀, 以滑膜炎、风湿病等治疗不见好转, 其中 1 例来诊时踝关节肿胀明显, 活动受限。3 例患者均否认家族中有骨肿瘤病史及类似病史, 经踝关节 X、CT 检查未见明显“牛眼征”, CT 断层扫描示胫骨远端骨骺处骨质破坏灶, 周围骨质无硬化, 病灶中间现“死骨样”组织, 局部骨质疏松 (图 1), MRI 检查关节积液明显, 关节面软骨局部破坏, 病灶与关节相通 (图 2)。



A: CT 三维重建见病灶位于胫骨远端前外侧, 与关节腔相通, 局限且单一; B: 矢状面见前踝局部虫蚀样破坏; C: 横断面见胫骨远端前外侧规则病灶, 边界清晰并突破前侧皮质。

图 1 CT 断层扫描影像表现

1.2 手术方法

1.2.1 术前准备 (1) 血常规、红细胞沉降率 (ESR)、C 反应蛋白 (CRP), 术前关节部位 X 线、CT、MRI 检查; (2) 踝关节穿刺: 关节液培养并行药敏试验, TB 抗酸染色, 多聚酶链式反应检测人型结核菌 DNA (PCR-TB-DNA)。 (3) 鉴别结核性滑膜

炎的实验室检查: 结核 T 细胞检测, 结核 γ 干扰素释放试验; (4) 鉴别类风湿性关节炎的实验室检查: 风湿三项、CCK。结果为 2 例 ESR、CRP 升高, 余 (-)。

1.2.2 手术操作 腰丛坐骨神经阻滞或硬腰联合麻醉下进行, 患者平卧位, 患肢大腿内侧扎气囊止血带, 标记足背动脉、

内外踝骨性边缘,被动屈伸踝关节标记踝线,患侧臀部垫高,使患肢标准中立位,腿架支撑固定,采用踝关节无菌软性牵引装置牵引踝关节,牵引强度不宜过大,以通道内轻松进入关节间隙为宜,避免引起血管、神经、皮肤等医源性损伤。

1.2.2.1 入路 本组采用标准的前内、前外侧入路。前内侧入路位于关节线水平或偏上,从胫骨前肌内侧进入,注意勿损伤大隐静脉和隐神经。前外侧入路同样位于关节线水平或偏上,外踝和趾伸肌腱之间,此处易损伤腓浅神经和小隐静脉,对于暴露困难,病灶位于后踝、下胫腓联合后侧部位者,采用后外、后内入路或联合前侧入路。

1.2.2.2 关节内探查及镜下处理 探查:关节镜进入后,先观察关节液颜色,是清亮、浑浊,是血性、脓性,以前内→后内→后外→前外逆时针探查顺序,观察滑膜有无水肿、充血、肥大,观

察关节软骨损伤情况,病变部位。本组 3 例,关节镜下观察关节液清亮,病灶位于胫骨远端,2 例穿破软骨面,1 例未穿破,但对应关节软骨发红、毛糙,周围滑膜充血,探查病灶大小约 0.5 cm×1.5 cm,灰白色,骨质稍硬,触之非豆腐渣样(图 3),用刨刀适当清理增生滑膜,蓝钳、髓核钳将病灶清除、刮除周围反应骨质,直至骨质发红或发黄、软腻,病灶组织送病理检查,对于刮除后空腔较大者,髂骨取骨植骨(1 例),以防关节面塌陷,减少骨性关节炎发生。

1.2.2.3 术后处理 术后常规置负压引流管 24~48 h,对于植骨、非植骨者术后均石膏制动 6 周后复查 X 线片,期间无负重活动足趾,促进血液循环,拆除后逐步负重锻炼。

1.3 疗效评估 术前及术后对比,症状、体征,踝关节功能恢复情况,观察有无血管、神经、肌腱、皮肤损伤等情况。

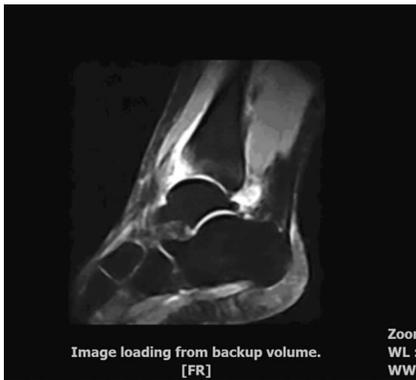


图 2 MRI 检查示踝关节内大量液体

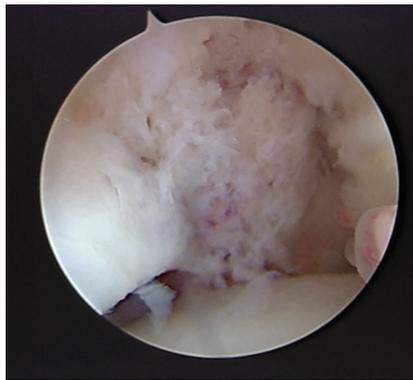


图 3 关节镜下病灶影像学表现



图 4 术后 6 个月 X 线片示空腔消失,关节面平整

2 结 果

3 例病理检查均证实骨样骨瘤。分别随访 1.5 年、3 年和 5 个月。术后 3 d,患者踝部疼痛明显缓解,无夜间钝痛或刺痛。6 周后疼痛完全消失,踝关节自主活动无受限。3 个月后才能参加小运动量的体育运动。6 个月后复查空腔明显变小,甚至消失(如图 4)。未见神经、血管、感染、皮肤坏死并发症发生。

3 讨 论

骨样骨瘤于 1935 年由 Jaffe 首先报道,是一种良性成骨性疾患,至今病因未明,以长管状骨骨皮质内局灶骨质破坏并外周骨质硬化为主要表现。关节内骨样骨瘤临床少见,可以发生于各个关节内,以髋关节好发。临床表现多为疼痛,尤以夜间为甚,口服 NSAIDs 类药物后可缓解,无疼痛者诊断需谨慎。X 线、CT 扫描典型“牛眼征”作为特异性诊断依据,而关节内骨样骨瘤由于关节内骨缺乏造骨能力的骨膜而使周围的骨质变轻或无骨膜反应,所以临床及影像学表现不典型。由于关节内骨样骨瘤常伴有明显的关节积液而表现为关节炎症状,极易误诊为感染性滑膜炎^[1]。本组 3 例中,患者病史较长,最长者达 48 个月,去过多家医院就诊,X 线检查骨质未见异常,诊断:关节炎,曾予激素治疗,对疾病相关临床表现有所掩盖;再者病灶与关节相通,关节积液并肿痛,CT 片示病灶中心“死骨块样”明显存在,与关节结核感染有一定的相似性。而目前结核病有死灰复燃之势,Malaviya 等^[3-4]研究发现近年关节结核的发病率较以前明显增加,加之关节结核临床表现不典型,对于结核 PCR、T 细胞染色和新近推出的特异性相对较高的结核干扰素释放试验,均存在假阴性问题,进而同样不能排除关节结核。张晓星等^[5]对 23 例膝关节结核研究发现,术前确诊率

仅 35%。这也是 3 例患者术前未能确诊关节内骨样骨瘤并且不能排除结核杆菌感染的原因。以往手术方式的选择,受医疗条件、技术水平的限制,往往采用开放手术刮除病灶甚至植骨的方法,对病灶周围组织破坏大,软组织感染、坏死几率高,甚至出现肿瘤种植性转移的情况。但骨样骨瘤去除不彻底极易复发,所以手术尽可能地刮除肉眼观察到的异样骨质,而此时就体现出关节镜放大病灶的优势。关节镜手术作为一种典型的微创技术,在关节内疾患探查和治疗中发挥着重要作用。应用关节镜技术进行踝关节手术具有明显优越性,首先具有诊断价值,能够直视下对病变进行鉴别,并可取样进行病理检查,对原因不明的踝关节肿痛尤为合适^[6]。但踝关节镜技术学习曲线陡峭,临床未广泛使用^[7-8],需先对膝关节镜熟练掌握基础上逐步开展。总之,尽管关节内骨样骨瘤临床少见,但通过关节镜手术探查,能够对诊断做出进一步明确和治疗,且关节镜技术具有创伤小、恢复快、并发症少的优点,值得临床推广。

参考文献:

- [1] 丁建平,李彦格,王漆. 骨样骨瘤的 X 线诊断:附 16 例分析[J]. 中华放射学杂志,1993,27(6):396-398.
- [2] Ebrahim FS, Jacobson J, Lin J, et al. Intraarticular osteoid osteoma sonographic findings in three patients with radiographic, CT, and MR imaging correlation[J]. AJR, 2001, 177(6):1391-1395.
- [3] Malaviya AN, Kotwal PP. Arthritis associated with tuberculosis[J]. Best Pract Res Clin Rheumatol, 2003, 17(2): 319-343.
- [4] Marmor M, Parnes N, Dekel S. Tuberculosis infection compli-

cating total knee arthroplasty; report of 3 cases and review of the literature[J]. J Arthroplasty, 2004, 19(3):397-400.

[5] 张晓星, 杨柳, 刘云鹏, 等. 利用关节镜治疗膝关节结核 23 例疗效分析[J]. 重庆医学, 2006, 35(13):1161-1162.

[6] Keblish DJ. Ankle arthroscopy[J]. Oper Techn Sports Med, 2005, 13(4):241-246.

[7] Hedley D, Geary NPJ, Meda P. Ankle arthroscopy: a new

technique for non-invasive ankle distraction[J]. Foot Ankle Surg, 2001, 7(3):137-139.

[8] Kashuk KB, Harmelin E, Holcombe R, et al. Arthroscopy of the ankle and subtalar joint[J]. Clin Podiatr Med Surg, 2000, 17(1):55-79.

(收稿日期:2014-01-14 修回日期:2014-04-06)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.22.058

双侧卵巢巨大 Krukenberg 瘤伴畸胎瘤 1 例并文献复习

文亦磊¹, 黄克强¹, 陈玲¹, 罗琪译²

(广西中医药大学第一附属医院:1. 病理科;2. 放射科, 南宁 530023)

中图分类号:R737.31

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)22-2975-02

大肠癌是消化道常见的恶性肿瘤之一,其主要的发病年龄集中在 50~60 岁,青少年大肠癌相对少见,仅占大肠癌比例的 11.26%^[1]。本例患者年龄 26 岁,刚入院检查时因为年龄因素,临床上忽视了肠癌的可能。卵巢转移性肿瘤来源的部位众多,但临床上常把来源于胃肠道的卵巢转移性肿瘤宽泛地归为 Krukenberg 瘤^[2]。畸胎瘤是来源于生殖细胞的肿瘤,具有向不同胚层分化的能力。青少年发生大肠癌的概率低,而大肠癌转移形成双侧卵巢巨大 Krukenberg 瘤同时伴畸胎瘤则更为罕见,现将本院收治 1 例结合其临床病理特征及相关文献报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例资料 患者,女,26 岁,因腹胀不适 1 d 就诊。入院后体检发现右侧腹部可触及一巨大肿物,横径长约 15 cm,肿物质软,边界清,活动度可,表面光滑无压痛,左下腹可触及一横径约 16 cm 的肿物,质中,边界清,活动度可。血常规:白细胞 $7.6 \times 10^9/L$,血小板 $501 \times 10^9/L$,红细胞 $2.79 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 45.0 g/L。肿瘤标记物:AFP 2.55 ng/mL, CA125 147.61 U/mL, CA153 18.67 U/mL, CA199 537.27 U/mL, CEA 9.75 ng/mL。彩超:腹、盆腔巨大混合性包块,性质待定,卵巢肿瘤?腹部 CT:腹、盆腔多发囊实性占位性病变,囊性癌?盆腔占位,考虑畸胎瘤。腹部 MRI:腹、盆腔多发恶性肿瘤,并腹水(图 1);升结肠恶性肿瘤。电子肠镜:升结肠癌?临床诊断:(1)腹、盆腔肿瘤;(2)升结肠肿瘤;(3)盆腔左侧畸胎瘤。于 2013 年 4 月 2 日行剖腹探查术,术中见腹腔内血性腹水约 2 000 mL,距回盲部约 7 cm 升结肠处见一肿瘤,大小约 10 cm×6 cm,浸润浆膜层周围淋巴结肿大。左卵巢见一大小为 18 cm×15 cm×5 cm 肿物,右卵巢见一大小为 22 cm×18 cm×6 cm 肿物,包膜均完整,表面各见一破溃口,可见胶冻状组织及

血性液体渗出;大网膜、盆腔壁层及骶前可见数个结节。

1.2 方法 手术切除标本经 4% 甲醛固定,常规切片。行组织学法(HE)及免疫组织化学(SP)法 CK7、CK20、CDX2、Villin、ER、PR 染色。鼠抗人单克隆抗体 CK7、CK20、CDX2、Villin、ER、PR 均购自福州迈新公司。ER、PR、CDX2 阳性定位于细胞核,CK7、CK20、Villin 阳性定位于细胞质。免疫组织化学检验结果判读采用半定量法^[3]。

2 结果

2.1 大体所见 右卵巢剔除物,囊实性肿物 1 个,大小约 19 cm×17 cm×7 cm,包膜完整,可见一破裂口,肿物内为胶冻样物;左卵巢剔除物,囊实性肿物 1 个,大小约 16 cm×8 cm×8 cm,包膜完整,可见一破裂口,肿物内为黏液及胶冻样物,切开后发现内部有一直径 8 cm 的囊腔,囊内有毛发、皮脂样物(图 2)。升结肠见一溃疡型肿物,大小约 10 cm×5 cm×4 cm,环绕肠管一周,浸润肠壁全层,切面灰白、胶冻样。

2.2 镜下所见及免疫组织化学染色 左、右侧卵巢剔除物,镜下见癌组织呈腺样结构,50%以上区域由黏液组成并形成大片黏液湖,部分癌细胞呈印戒样;免疫组织化学试验显示 CK20、CDX2、Villin 阳性(图 3~5),而 ER、PR、CK7 阴性。左卵巢剔除物中直径 8 cm 的囊腔,镜下主要为鳞状上皮、皮脂腺、汗腺等(图 6)。升结肠肿物,镜下癌组织亦呈腺样结构,绝大部分区域形成黏液湖,癌组织浸润肠壁全层及肠壁周围脂肪组织,可见淋巴结转移及癌结节形成;免疫组织化学试验亦为 CK20、CDX2、Villin 阳性而 ER、PR、CK7 阴性。

2.3 病理诊断 (1)升结肠溃疡型黏液腺癌,浸润肠壁全层及周围脂肪组织,可见 1 枚淋巴结转移(1/15)及癌结节形成;(2)双侧卵巢转移性黏液腺癌,左卵巢囊性成熟型畸胎瘤。

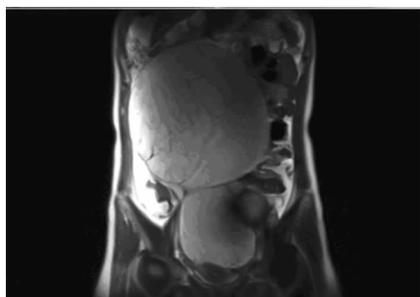


图 1 MRI T2WI 冠状位扫描



图 2 左侧卵巢肿物及畸胎瘤

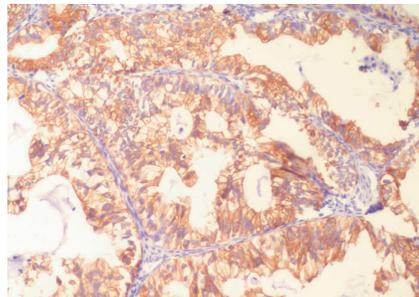


图 3 卵巢肿物 CK20 阳性(×100)