

证实为阑尾黏液腺癌。因此,临床医生诊治此类患者时,需全面评估,结合血常规和影像学检查,以防止误诊。

参考文献

[1] Murphy EA, Farquharson SM, Moran BJ. Management of an unexpected appendiceal neoplasm[J]. Br J Surg, 2006, 93(7):783-792.
 [2] Tran T, Holloway RN. Metastatic appendiceal mucinous adenocarcinoma to well-differentiated diffuse mesothelioma of the peritoneal cavity: a mimicker of florid mesothelial hyperplasia in association with neoplasms[J]. Int J Gynecol Pathol, 2008, 27(4):526-530.
 [3] Charfi S, Sellami A, Affes A, et al. Histopathological findings in appendectomy specimens: a study of 24,697 cases [J]. Int J Colorectal Dis, 2014, 29(8):1009-1012.
 [4] Conte CC, Petrelli NJ, Stulc J, et al. Adenocarcinoma of the appendix[J]. Surg Gynecol Obstet, 1988, 166(5):451-453.
 [5] Gourgiotis S, Oikonomou C, Kollia P, et al. Persistent coughing as the first symptom of primary mucinous appendiceal adenocarcinoma[J]. J Clin Med Res, 2015, 7(8):649-652.
 [6] Austin F, Mavanur A, Sathaiah M, et al. Aggressive man-

agement of peritoneal carcinomatosis from mucinous appendiceal neoplasms[J]. Ann Surg Oncol, 2012, 19(5):1386-1393.
 [7] 高建军, 吕永柱, 罗逸潜, 等. 阑尾黏液腺癌的诊断与治疗[J]. 中华消化外科杂志, 2015, 14(9):771-772.
 [8] Misdraji J. Appendiceal mucinous neoplasms: controversial issues[J]. Arch Pathol Lab Med, 2010, 134(6):864-870.
 [9] Turaga KK, Pappas SG, Gamblin TC. Importance of histologic subtype in the staging of appendiceal tumors[J]. Ann Surg Oncol, 2012, 19(5):1379-1385.
 [10] Ito H, Osteen RT, Bleday R, et al. Appendiceal adenocarcinoma: long-term outcomes after surgical therapy[J]. Dis Colon Rectum, 2004, 47(4):474-480.
 [11] Shaib WL, Martin LK, Choi MA, et al. Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy following cytoreductive surgery improves outcome in patients with primary appendiceal mucinous adenocarcinoma: a pooled analysis from three tertiary care centers[J]. Oncologist, 2015, 20(8):907-914.

(收稿日期:2017-05-03 修回日期:2017-07-06)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.32.048

肱骨巨大骨旁脂肪瘤合并尺神经损害 1 例病例报道

陈文瑶, 李新志, 李 意, 阙祥勇

(三峡大学附属仁和医院骨科, 湖北宜昌 443001)

[中图分类号] R738.1

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2017)32-4607-02

骨旁脂肪瘤是一类少见的脂肪瘤,多发生于长骨的干骺端,瘤体刺激常导致骨膜发生异常反应,引起骨质改变。患者常表现为局部肿块和轻微的疼痛不适。自 1959 年 Kenin 等^[1]首次报道以来,相继有多篇关于骨旁脂肪瘤的报道,综合以上病例,以桡骨、腓骨、及股骨骨旁脂肪瘤多发。少部分病例表现为神经损害表现,最常被累及的神经是骨间背神经、腓总神经^[2]。本文现将 1 例巨大的肱骨骨旁脂肪瘤,并因压迫产生尺神经损害,报道如下。

1 临床资料

患者,男,44 岁,建筑工人,发现右上臂无痛性包块 20 余年,逐渐增大,于 5 个月前出现右小指及环指麻木。在进入本院前 1 周曾在外院行 MR 及 X 检查(图 1、2),MR 提示上臂内侧包块,信号均一,与皮下脂肪信号一致。取组织行切片病检,提示为骨旁脂肪瘤。体检提示:环绕右上臂前侧、内侧、后内侧部可见巨大椭圆形包块,范围从肩关节下 3 cm 至肘关节上约 10 cm 处。包块触之初,无明显压痛,活动度可。右侧肩、肘关节活动无障碍,右手肿胀,双侧桡动脉搏动对称,右环、小指触觉减弱,Froment 试验阳性。

入院后进行了右上肢的 CTA 检查,以明确瘤体与血管的关系(图 3),CT 成像显示骨质改变呈现珊瑚状增生,肱动脉压迫迂曲;矢状成像显示瘤体在骨质增生的基底上形成一瘤体,呈分叶状,类似“柏树”样增殖。瘤体 CT 值与皮下脂肪相近。入院 1 周后在全麻下进行了肿瘤切除,术中见瘤体呈黄色、包

膜完整,分叶状,位于肱二头肌与股三头肌外侧头之间,肱二头肌、三头肌、肱肌、肱动静脉、头静脉及正中、尺神经及桡神经均被肿瘤压迫移位,上臂内侧神经血管整被瘤体顶压,其中尺神经于上臂中段,桡神经位于其分叶状间隙内。

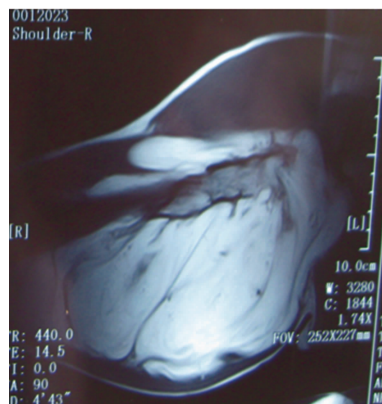
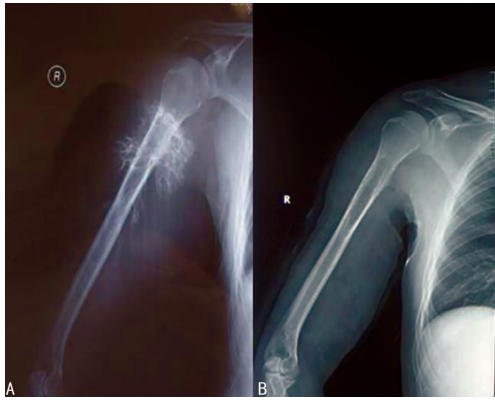


图 1 MR 检查

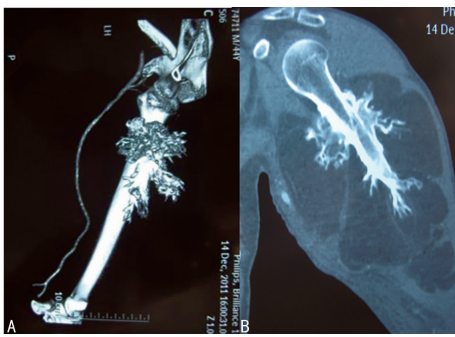
术中游离血管神经束加以保护,见肿块向上达肱骨大结节下缘,向下达肘上部约 7 cm,经肱二、三头肌间生长,基底部形成珊瑚状骨质增生,与肱骨干紧密相连。由于瘤体较大,为保护神经血管,经前后侧切口,术分两部分切除瘤体。术中、术后应用抗菌药物 24 h 预防感染,切口一期闭合。术后病检示骨旁脂肪瘤(图 4)。患者术后 14 d 出院,切口愈合良好。随访

18 个月, 肿胀无复发, 患者右肘功能良好, 环指及小指麻木、运动障碍于术后 4 个月完全恢复。



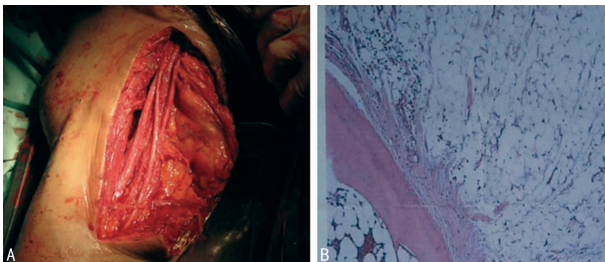
A: 术前肱骨侧位; B: 术后肱骨侧位

图 2 术前与术后 X 线片



A: 肱动脉及肿瘤三维成像; B: 瘤体矢状面成像

图 3 CT 成像



A: 术中瘤体与血管神经束; B: 病理图片 (HE×40)

图 4 术中瘤体形态与病理图像

2 讨论

骨脂肪瘤为源于骨髓腔、骨皮质或骨表面的良性骨及脂肪增生, 骨表面的脂肪瘤又分为骨旁脂肪瘤和骨膜内脂肪瘤, 骨脂肪瘤的报道至 2006 年也仅有 300 余例, 而骨旁脂肪瘤的报道更为少见, 仅有不到百例的病例报道^[2]。与骨内脂肪瘤相比, 骨旁脂肪瘤对骨质破坏较少, 骨干常较完整, 较少发生病理性骨折。骨旁脂肪瘤多见成人, 有的幼年起病, 病程缓慢, 最长可达 10 年。多表现为无痛性肿块, 部分包块生长产生神经损害或影响关节活动^[3-5]。Rohan 等^[6]报道了 1 例肱骨骨旁脂肪瘤, 发生部位与本例相似, 但不具备本例具有尺神经损害的表现。本例患者病史 20 余年, 瘤体巨大, 无明显疼痛, 患者因手指麻木, 活动障碍就诊。入院发现其前臂及手部静脉回流障碍, 局部肿胀明显。术中发现瘤体对尺神经、桡神经、正中神经及肱动脉、头静脉均存在压迫, 而尺神经于瘤体顶部呈现水肿表现。骨旁脂肪瘤合并神经损害有较多报道, 多为瘤体压迫性损害, 故损害的部位多为空间小, 神经可移动度小的部位, 如

骨间背神经及腓总神经^[7]。尺神经位于上臂部位时, 由于可缓冲空间较大, 较少发生压迫性损害。本病因肿瘤瘤体巨大, 压迫而产生损害。术中发现, 与上臂内侧的正中神经相比, 尺神经位正好位于瘤体膨胀最显著的部位, 而桡神经则位于瘤体分叶间隙内, 故产生尺神经损害而未危及正中神经及桡神经。切除瘤体后神经功能恢复也是压迫产生损害的证据。

骨旁脂肪瘤最典型的 X 线片表现是形成放射状骨增生改变, 局部骨皮质常有局限性增厚; CT 有助于观察骨质改变, 同时, 现代的 CT 成像技术也有助于观察瘤体形成及与周围组织的关系, CT 表现骨质改变既有增生, 也可能有缺损, CT 值上瘤体与皮下脂肪基本一致, 本例患者具有典型 CT 表现, 切面上呈分叶状排列, 骨质呈珊瑚状、多蒂增生, 其中每一增生的骨蒂上产生一分叶状的软组织瘤体, CT 冠状面上具有“柏树”样增生特征。MR 可多平面观察瘤体, 观察其结构、有无包膜及与周围组织的关系, T₁ 像上, 瘤体信号与皮下脂肪信号强度相似, 而在 T₂ 像上略低于皮下脂肪信号。本例患者符合以上改变。

骨旁脂肪瘤是一种涉及骨及脂肪组织的良性肿瘤, 需要与多种骨及脂肪恶性肿瘤鉴别, 最常见的一类恶性肿瘤是脂肪肉瘤, 尤其是高分化的脂肪肉瘤, 高分化脂肪肉瘤常有包膜存在, 很少刺激骨组织增生。另一类很难单纯通过影像学鉴别的恶性肿瘤是骨膜外骨肉瘤, 骨膜外骨肉瘤在 CT 和 MR 上均表现为骨旁的骨化信号和脂肪组织信号, 二者具有相似的遗传学特征, 即 12q14 染色体畸变, 很难通过影像学检查确诊^[8]。术前针刺活检或切片是诊断的必要步骤。

本病例的特点在于其发生肱骨干, 因瘤体巨大, 压迫导致尺神经损害, 未见相关报道; 影像表现尤其是 CT 特异性强, 具有骨旁脂肪瘤典型的影像学特征。

参考文献

- [1] Kenin A, Levine J, Spinner M. Parosteal lipoma [J]. J Bone Joint Surg, 1959, 41(6): 1122-1123.
- [2] Kapukaya A, Subasi M, Dabak N, et al. Osseous lipoma: eleven new cases and review of the literature [J]. Acta Orthop Belg, 2006, 72(5): 603-614.
- [3] Jang SM, Na W, Jun YJ, et al. Parosteal lipoma of the rib [J]. Ann Thorac Surg, 2009, 87(9): 316-318.
- [4] Das P, Safaya R. Ossifying parosteal lipoma of shoulder: diagnostic dilemma [J]. Indian J Pathol Microbiol, 2008, 51(7): 312-313.
- [5] Seki N, Okada K, Miyakoshi N, et al. Common peroneal nerve palsy caused by parosteal lipoma of the fibula [J]. J Orthop Sci, 2006, 11(1): 88-91.
- [6] Rohan JC, Vandana D, Chirag B, et al. Parosteal lipoma of humerus-A rare case [J]. Int J Surg Case Rep, 2013, 4(12): 1159-1162.
- [7] Lidor C, Lotem M, Hallel T. Parosteal lipoma of the proximal radius: a report of two cases [J]. J Hand Surg Am, 1992, 17(5): 109-117.
- [8] Larousserie F, Chen X, Ding Y, et al. Parosteal osteoliposarcoma: A new bone tumor (from imaging to immunophenotype) [J]. Eur J Radiol, 2013, 82(12): 2149-2153.