

DOI:10.3724/SP.J.1008.2013.01042

• 病例报告 •

距骨骨样骨瘤 1 例报告

王宝华, 许松云

济南军区青岛第二疗养院医学影像科, 青岛 266071

[关键词] 距骨; 骨样骨瘤; 诊断; 治疗

[中图分类号] R 738.1

[文献标志码] B

[文章编号] 0258-879X(2013)09-1042-02

Osteoid osteoma of talus: a case report

WANG Bao-hua, XU Song-yun

Department of Radiology, the Second Sanatorium of Qingdao, PLA Jinan Military Area Command, Qingdao 266071, Shandong, China

[Key words] talus; osteoid osteoma; diagnosis; therapy

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2013, 34(9):1042-1043]

1 病例资料 患者,男,40岁,以“右踝关节外伤疼痛不适2年余”于2013年2月18日入院。患者于2年前运动时扭伤右踝关节,当时疼痛不适,外踝肿胀,右踝关节正侧位X线片未见骨折、脱位征象,未做特殊治疗。此后,右踝关节疼痛持续存在,曾去多家医院就诊,以慢性软组织损伤、创伤性关节炎等治疗,疗效不佳。近半年来疼痛加重,尤以活动量大时和夜间明显。查体:右外踝下方肿胀,腓骨肌腱、跟距外侧韧带处压痛明显,局部无皮温增高,右踝背屈、外翻稍受限,行走无异常。实验室检查无异常。

CT轴位扫描及多平面重组示:距骨体部后外侧缘近后跟关节面处见类圆形密度减低影,直径1.2cm轻度膨胀,外周有完整环状硬化带包绕。病灶内有多发斑点状钙化影,边缘清楚。病灶周围距骨骨质未见异常,后跟关节面光整(图1)。CT诊断:右距骨骨样骨瘤。

手术及病理所见:右跟距关节滑膜增生、肥厚,距骨体部后外侧缘近后跟关节面处距骨膨隆,局部皮质变薄,易于切开,可见一圆形巢穴,直径约1.2cm,内为脆软紫红色肉芽组织,当即行病灶彻底刮除,乙醇浸泡、清洗。切除的病灶送病理检查及细菌培养,细菌培养(-)。病理诊断:右距骨骨样骨瘤。术后10d痊愈出院,疼痛症状消失。

2 讨论 骨样骨瘤(osteoid osteoma)是一种较少见的良性成骨细胞性肿瘤,约占良性骨肿瘤的1.66%^[1-2],国内较国外发病率低。骨样骨瘤首先由Jaffe在1935年报道,将其定义为原发性良性成骨性肿瘤,并根据它的主要组织成分是成骨细胞及其产生的骨样组织而命

名为骨样骨瘤。该病病因不明,可能由于成骨细胞只形成骨样组织而无足够的碱性磷酸酶产生,不能进行正常骨化所致^[3]。



图1 右足CT轴位扫描及多平面重组图

距骨体部后外侧缘近后跟关节面处见类圆形密度减低影,轻度膨胀,有完整环状硬化带,病灶内有多发斑点状钙化影

骨样骨瘤好发于10~30岁,男性多见,男女发病比例为2:1。该病以疼痛为主要症状,开始轻微,且呈间断性^[1-2]。以后疼痛加重,变成持续性并有较远部位的放射痛。疼痛的性质常为钝痛或刺痛,疼痛的特点是夜间剧烈,可影响睡眠,多数可用水杨酸类药物止痛,临床上常以此作为诊断依据之一。但并非所有骨样骨瘤都具有典型的临床表现,尤其是位于关节内的骨样骨瘤,症状常不典型^[4]。发生于踝关节周围的骨

[收稿日期] 2013-07-04

[接受日期] 2013-08-10

[作者简介] 王宝华,副主任医师。E-mail: wbh163911@163.com

样骨瘤,从出现踝关节疼痛到确诊的时间平均时间为2.5年。若病损位于软组织少的表浅部位,可伴有局部软组织肿胀或压痛,或局部可出现软组织肿块、水肿甚至温度增高,局部肥厚感,压痛明显;发生于下肢骨可引起肌萎缩、跛行;发生于关节附近可出现关节炎症状,影响关节功能。

骨样骨瘤可发生于任何骨骼,发生于长管状骨者占71%,发生于下肢胫、腓骨骨干者占50%~60%,手和足部发病率为20%^[1-2]。发生于足部者多位于距骨和跟骨。骨样骨瘤的病理特征是一个圆形或卵圆的瘤巢(偶见多发),瘤巢较小,直径多在0.5~1.5 cm,很少超过2 cm,被反应性增生硬化骨质包绕,它不持续性生长。发展过程分3个阶段:即初期、中期、晚期(成熟期)。初期:以成骨纤维及骨母细胞为主,伴有丰富的毛细血管,但骨质形成稀少,瘤巢体积较小,仅可在CT薄层扫描显示;中期:形成较多骨样组织,伴有不同程度的钙盐沉积,瘤巢中心出现钙化斑点影,此为典型表现,本例即属此期;晚期:以编织骨为主要成分,表现为高密度骨化影^[2-3]。

影像学表现:瘤巢的发现是诊断骨样骨瘤的关键,瘤巢一般位于病变中心,表现为圆形或卵圆形密度减低影,常为单个瘤巢,偶见2个以上的瘤巢,半数以上巢内发生钙化或骨化,呈“鸟蛋”样,形成“靶征”。瘤巢周围的反应性硬化随发病部位而异^[3-4]。根据瘤巢的部位,影像学上将骨样骨瘤分为骨皮质型、松质骨型、骨膜下型、髓内型^[5]。皮质型:常见于长骨骨干皮质内,瘤巢周围骨质硬化广泛,以瘤巢所在处为中心呈梭形硬化,硬化明显者甚至遮蔽瘤巢;松质骨型:常见于不规则骨及骨骺端松质骨内,瘤巢周围骨质增生硬化少或无,无论是影像学表现还是临床症状均与发生于长骨骨干者不同^[6]。骨膜下型:可发生于骨膜下或骨膜外,可被膜化骨壳包绕,邻近骨皮质可见凹陷,呈“扇贝”样改变,局部骨质硬化及软组织肿胀。髓内型:瘤巢位于骨干中央的髓腔,骨内膜明显增生,髓腔变窄。高分辨率数字化X线片仍是诊断骨样骨瘤的基本检查方法,长管状骨骨皮质的骨样骨瘤多可明确诊断。CT是显示骨样骨瘤病理结构最有价值的检查方法,比X线片、MRI更能准确显示瘤巢^[7],尤其适用于较小的瘤巢、骨明显致密硬化中的瘤巢、发生在解剖结构复杂的不规则骨中的瘤巢及骨膜下型瘤巢的显示,清晰显示瘤巢内钙化。CT增强扫描由于受容积效应的影响明显,对明确诊断帮助不大。MRI对病灶显示不及CT,对滑膜增厚、关节囊积液、骨髓水肿及软组织水肿敏感。核素骨扫描对骨样骨瘤的检出敏感,可见双密度征,即瘤巢中心摄取核素多,而周围硬化骨质摄取少,

这一征象对骨样骨瘤的诊断较有帮助。

本病需与以下疾病鉴别,(1)良性骨母细胞瘤:两者关系密切,组织学上也难以区别,但临床、影像学表现及预后上均有不同。骨样骨瘤临床上发展缓慢,疼痛剧烈,瘤巢直径小于2 cm,周围骨质硬化明显。而良性骨母细胞瘤发展较快,疼痛较轻,病灶多大于2 cm,呈囊状破坏透亮区,内有钙化或骨化,发展较快,皮质膨胀明显,周围骨质硬化轻微,多无骨膜反应。(2)应力性骨折:有特殊劳损史,骨折发生于劳损特定部位,如发现骨折线即可区别,MRI多方向观察有一定优势。(3)骨皮质脓肿:好发于长骨干骺端,有红、肿、热、痛等炎症表现和反复发作的病史,无骨样骨瘤规律性疼痛。骨膜新生骨较骨样骨瘤少而不规整,破坏区不及骨样骨瘤规整,内无钙化或骨化,CT、MRI增强检查脓肿中心部分强化不明显,周围呈环状强化。(4)硬化性骨髓炎:双侧骨皮质对称性增厚硬化,表面光滑,无透亮的瘤巢。疼痛常呈间歇性,服用水杨酸类药物无效。(5)单发性内生软骨瘤:为圆形密度减低区,周围仅有薄层硬化,无骨样骨瘤的特殊性疼痛和压痛。

3 利益冲突

所有作者声明本文不涉及任何利益冲突。

[参考文献]

- [1] 王云钊. 中华影像医学(骨肌系统卷)[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:487-488.
- [2] Garcia R A, Inwards C Y, Unni K K. Benign bone tumors: recent developments[J]. Semin Diagn Pathol, 2011,28:73-75.
- [3] 曹来宾. 实用骨关节影像诊断学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2001,340-342.
- [4] Chai J W, Hong S H, Choi J Y, Koh Y H, Lee J W, Choi J A, et al. Radiologic diagnosis of osteoid osteoma: from simple to challenging findings[J]. Radiographics, 2010, 30:737-749.
- [5] Kayser F, Restrick D, Haghighi P, Pereira Edo R, Greenway G, Schweitzer M, et al. Evidence of the subperiosteal origin of osteoid osteomas in tubular bones: analysis by CT and MR imaging[J]. AJR, 1998, 170: 609-614.
- [6] 曾湘穗,冯宗权,陈显辉. 骨样骨瘤7例报告[J]. 实用骨科杂志,2002,8:100-102.
- [7] 曾泳瀚,程晓光,栾贻新,顾翔,李江涛. 股骨颈关节囊内骨样骨瘤的临床及影像特点[J]. 中华放射学杂志, 2012,46:1006-1009.

[本文编辑] 贾泽军