

· 短篇报道 ·

颞颌关节镜诊治滑膜软骨瘤病附一例报道

杨 驰 邱蔚六 哈 琪

多数学者¹认为滑膜软骨瘤病是一种滑膜化生,多见于大关节,通常单侧患病,其中膝关节患病率最高,其次分别为肘、腕、肩及髋关节^{1,2}。TMJ患此病罕见¹。以往的术前诊断依靠关节片、CT和MRI,但如果软骨体过小,且无钙化现象,则不易被检出²⁻⁴。本文介绍对关节腔灌洗出的软骨样游离体行病理检查以明确术前诊断的方法,及一例经关节镜手术治疗滑膜软骨瘤病的经验,并进行讨论。

1 病例报道

患者女,44岁,自1993年9月感左耳前区疼痛,进食时加剧,并向颞区放射,颌运动中左颞颌关节区有连续摩擦音。曾经针灸、药物等治疗,无效,现症状渐加剧,于1994年10月来我院诊治。检查:左颞颌关节区及左外耳道前壁压痛明显,但无明显肿胀,张口度3.3cm,张口型偏左侧,左侧向运动度8mm,右侧向运动度5mm,前伸6mm。颌运动过程中,左颞颌关节区可扪及连续摩擦音。肌检查及牙、颈检查未见异常。经颞侧位X线片及关节造影片均未见骨质改变、间隙改变、盘移位、穿孔、钙化点等。给予关节上腔封闭、扩张及理疗等非手术治疗,无效。于1994年12月行关节上腔灌洗,冲洗出约50余颗直径0.5~1.5mm的半透明软骨样游离体,病理检查证实为左TMJ滑膜软骨瘤病。灌洗后疼痛缓解,摩擦音减弱,张口度3.3cm。于1995年1月局麻下行颞颌关节镜手术,关节镜检示上腔内尚有大量漂动的各种形态的软骨游离体,关节盘后区滑膜充血,表面有大量微小原纤维形成,滑膜轻度增生,无关节盘移位、粘连,未见软骨样碎片系于滑膜,关节窝及关节结节表面光滑。抽出关节镜,行双套管高压灌洗,冲出约50余颗软骨游离体,直径1~2.5mm;反复用关节镜彻底检查关节腔,并灌洗冲出残余游离体。

随访期16月,仅有轻微的关节区牵拉感,经术后关节上腔扩张后缓解,无关节杂音,张口度3.6cm,无痛,进普食及语言等颌功能运动自如。半年后再经上腔灌洗,灌洗出的液体清,无软骨样碎片

2 讨 论

滑膜软骨瘤病通常被认为是一种良性、慢性和进行性病,似乎无自愈现象。在大关节中,男性发病率比女性高2倍,平均发病年龄50岁;而TMJ的情况相反,男性

= 1 4,好发于右侧,右 左= 4 1, Raibley报道的发病年龄组为16~67岁,中位40岁¹。

滑膜软骨瘤病也被称为¹:滑膜软骨生成、骨软骨瘤病、滑膜软骨化生、关节软骨瘤、关节囊多发性内生软骨瘤、关节软骨生成、疏松体或关节鼠。其病因尚不明了,但多数学者认为与损伤及炎症有关¹⁻³。

该病的常见症状有耳前区肿胀、疼痛,并随颌运动而加剧,运动受限,摩擦音,颌运动时下颌偏于患侧,关节区压痛等。但这些症状并无特异性,仅提示是关节内病变。常规X线检查可见上腔间隙增宽,运动受限,关节面不规则,有钙化的疏松体,关节窝及髁突硬化性骨肥大。X线检查的诊断主要依据滑膜内钙化的软骨体,以及关节腔内钙化的软骨游离体。调查显示仅有60%的病例有异常的X线检查表现,有些病例,虽在关节内有大量的软骨体,但由于没有钙化,仍没有X线诊断依据^{1,4},本例患者即是如此。故作者推荐用关节腔灌洗出的软骨游离体进行病理检查的诊断方法,尤其是对那些X线检查结果阴性的早期病变,不但可以明确诊断,也有助于缓解疼痛及摩擦音等症状,并指导手术方案的制定^{4,6,7}。当然,进一步的手术治疗仍必要。

典型的病理表现:软骨体可位于滑膜被膜下,或滑膜表面,或系于滑膜,或进入关节腔成为游离体,有时软骨体可钙化或骨化¹⁻⁹。关节内钙化游离体也见于骨软骨炎病损、囊内骨折、缺血性坏死、剥脱性骨关节炎、结核性或化脓性关节炎、类风湿关节炎和神经萎缩性关节炎。软骨瘤病的特异性诊断要点是除软骨体外尚有滑膜化生¹⁻⁴。

治疗该病传统的方法是关节开放性手术,彻底清除关节内游离软骨和受累滑膜,任何残留的受累滑膜都可能成为产生新瘤体的根源。如滑膜无任何软骨性改变,只需将关节内游离软骨体摘除,不需切除滑膜^{1,2}。

截至1996年,作者仅查见4篇有关文章^{1,4,8,9}报道用关节镜手术治疗滑膜软骨瘤病的病例,随访期均在1年以上,疗效满意,无复发迹象。可见关节镜手术为治疗滑膜软骨瘤病提供了一条新的途径,对仅有关节腔内游离体的病例尤为适用。由于关节镜手术创伤小,这类病例宜首选关节镜治疗。如关节腔内软骨体过大,超过关节镜套管内径,或

(下转第81页)

进一步的研究。

(本文图见中心插页 4)

4 参考文献

1 Khayat B, Byers M, Taylor P, et al Responses of nerves fibers to pupal inflammation and periapical lesions in rat mo-

lars demonstrated by calcitonin gene_ related peptide immunocytochemistry. J Endod, 1988, 14: 577

2 李琼英, 全毅, 肖邦良 EDTA 脱钙法在硬组织酶组织化学中的应用 华西口腔医学杂志, 1988, 6(1): 68 (1996- 07- 04 收稿)

(上接第 79 页)

关节囊、关节盘等组织内被波及时应选用常规的关节开放性手术治疗。

3 参考文献

1 Wise DP, Ruskin JD. Arthroscopic diagnosis and treatment of temporomandibular joint synovial chondromatosis: report of a case. J Oral Maxillofac Surg, 1994, 52(1): 90
 2 过邦辅, 凌励立, 葛宝丰编著. 骨关节肿瘤. 上海: 上海科学技术出版社, 1980: 199~ 202
 3 刘子君主编. 骨关节病理学. 北京: 人民卫生出版社, 1992: 432~ 435
 4 Carls FR, von-Hochstetter A, Engelke W, et al Loose bodies in the temporomandibular joint: The advantages of arthroscopy. J Craniomaxillofac Surg, 1995, 23(4): 215
 5 Holmlund A, Reinholdt F, Beigstedt H. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint. Report of a case. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1992, 73(3): 266

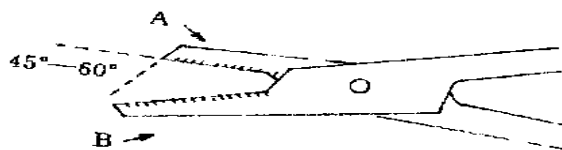
6 Carls FR, von-Hochstetter A, Makek M, et al Diagnostic accuracy of TMJ arthroscopy in correlation to histological findings. J Craniomaxillofac Surg, 1995, 23(2): 75
 7 Moses JJ, Hosaka H. Arthroscopic punch for definitive diagnosis of synovial chondromatosis of the temporomandibular joint. Case report and pathology review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1993, 75(1): 12
 8 Mendonca-Caridad JJ, Schwartz HC. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint: arthroscopic diagnosis and treatment of a case. J Oral Maxillofac Surg, 1994, 52(6): 624
 9 McCain JP, de-la-Rua H. Arthroscopic observation and treatment of synovial chondromatosis of the temporomandibular joint. Report of a case and review of the literature. Int J Oral Maxillofac Surg, 1989, 18(4): 233 (1996- 07- 11 收稿)

自制托槽去除器

王学侠

笔者自制一种固定矫治器托槽去除器, 经临床使用效果良好, 现介绍如下。

取旧中号持针器 1 把, 用磨头将其一端头部磨去 3~ 4 mm (A 头), 成一斜面, 夹角 45°~ 60°(附图), 另一头 (B 头) 可套一橡皮管以缓冲压力。去除托槽时, 将 A 头置于托槽龈方, B 头置于牙齿切缘或𪙇面, 与牙体长轴垂直, 顺牙体长轴方向施力, 即可顺利将托槽完整取下。亦可应用此去除器去除带环。



附图 自制托槽去除器示意图

(1996- 04- 01 收稿)