

## · 病例报告 ·

## 胸椎旁巨大软骨肉瘤一例

李东哲 胡建中

患者男,37岁,20余年前发现背部肿块,因无不适感且肿块无明显增大一直未行诊治。近6个月来患者自觉肿块明显增大并逐渐出现背部疼痛,疼痛与休息、昼夜等无关联,服用止痛药物后无明显好转。查体:右侧肩胛间区可触及约10 cm × 10 cm × 5 cm大小肿块,质硬,无明显压痛,固定不能推动,边界不清,无波动感,与皮肤无黏连。患者双下肢肌力、肌张力及感觉均正常,膝踝反射正常,病理征未引出。入院后查胸椎X线片示:T2~6附件溶骨样破坏,软组织密度肿块并多发钙化,软骨类肿瘤可能性大。MRI示:T2~6右侧软组织肿块影,部分侵犯椎管(图1~4)。于患者T2~7行横“T”形切口,术中见病变组织呈白色软骨样,质硬而脆,固定不能推动,表面有薄膜及屈曲扩张血管,其内有数块钙化灶。肿瘤向前侵犯右侧第3、4肋,进入椎管并使T4椎体部分破坏,上极至T2棘突,向下至T6棘突,向左跨越后正中线。T2~4右侧附件因肿瘤挤压破坏,沿肿块边界完整切除。因肿瘤破坏正常脊柱稳定结构,切除瘤体后于T2~6行椎弓根内固定并于脊柱后外侧行植骨融合术(图5,6)。切除标本约2 kg。术后病理示:骨软骨瘤,其内恶变,为高分化软骨肉瘤。

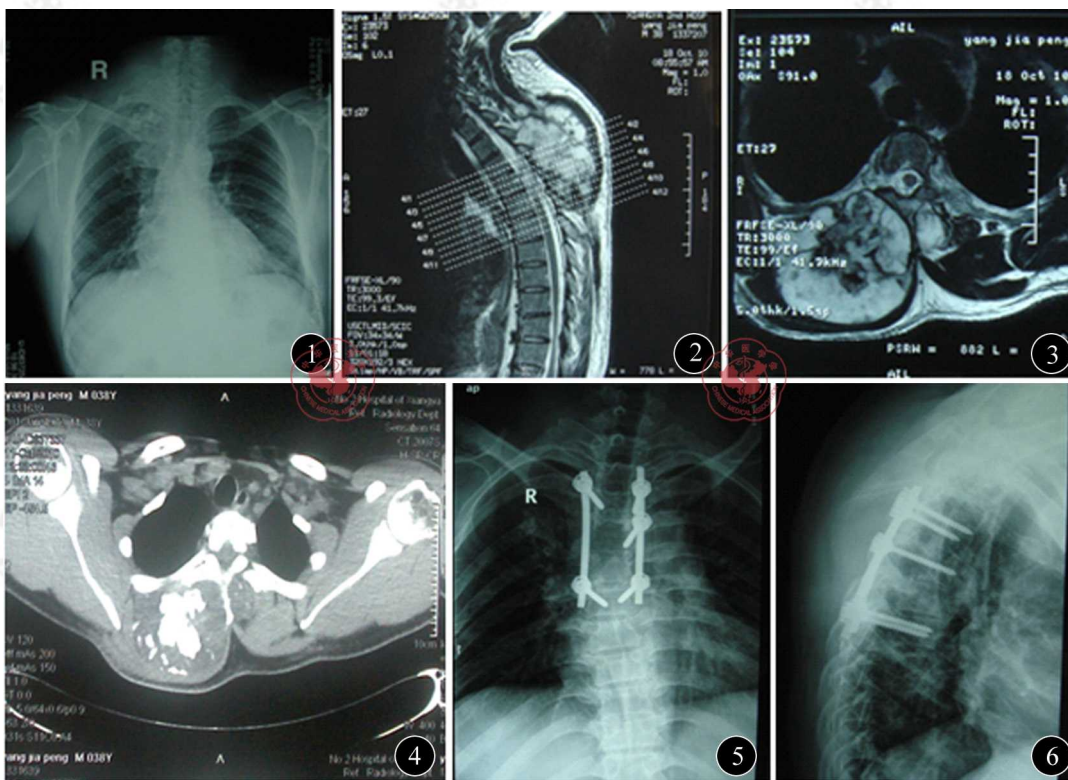


图1 患者术前胸部正位X线片 图2 患者术前胸椎MRI(矢状) 图3 患者术前胸椎MRI(水平) 图4 患者术前胸椎CT(水平) 图5 术后胸椎正位X线片 图6 术后胸椎侧位X线片

**讨论** 脊柱骨软骨肉瘤发生率很低,仅占骨软骨瘤的1.3%~4.1%;占脊柱骨肿瘤的3.9%,占椎管内肿瘤的0.4%<sup>[1]</sup>;病变复发或突然快速增长为恶变的前兆,恶变率在单发者为1%、多发者为10%<sup>[2]</sup>。软骨肉瘤是发生在软骨细胞的骨恶性肿瘤,位于骨肉瘤、尤文瘤之后列第三位。继发于软骨瘤者可形成较大、分叶状的软组织肿块,其内常有棉絮状或不规则钙化影,可侵犯邻近骨质。继发于骨软骨瘤以多发性恶变常见,单发者恶变不到1%。恶变多在原骨软骨瘤基础上出现软骨帽的增厚变大,内有不规则、模糊的钙化。其外形形成界限不清的软组织肿块。肿瘤基底部的骨质可有不同程度的破坏。在良性的软骨肿瘤的处理时,应注意到这种恶变的可能性,手术应将肿瘤彻底切除<sup>[3]</sup>。多数学者支持沿肿瘤组织边界进

行整块切除的方法以提供更好的生存率和降低复发率,刮除术时即使辅以药物化疗或放疗仍有较高的复发率。近年来脊柱内固定的普及,使整块彻底切除后仍能提供脊柱的稳定性。本例因侵犯椎管并破坏脊柱原有稳定性,故辅以椎弓根螺钉内固定,该病例有待长期随访。

### 参 考 文 献

- [1] 蒋智铭,张惠箴. 软骨肉瘤的鉴别诊断和特殊组织学类型. 临床与实验病理学杂志,2007,23(5):517-519.
- [2] Max Aebi, Vincent Arlet, John K Webb. 陈仲强,袁文,主译. AO 脊柱手册-原理与技巧. 济南:山东科学技术出版社,2010:140-150.
- [3] 李晓,郭卫,杨荣利,等. 脊柱原发性软骨肉瘤的外科治疗. 中国脊柱脊髓杂志,2007,17(7):507-511.

(收稿日期:2010-12-01)

(本文编辑:郝锐)

李东哲,胡建中. 胸椎旁巨大软骨肉瘤一例[J/CD]. 中华临床医师杂志:电子版,2011,5(4):1222-1223.