

色素沉着绒毛结节性滑膜炎的诊断与治疗

—附17例报告

林道贤 刘尚礼 宋耿铨

(孙逸仙纪念医院骨科)

色素沉着绒毛结节性滑膜炎是关节滑膜的瘤样病交,早在1852年(hassaignac^[1])便首次报告,至1941年 Jaffe 等^[2]才确定其为一种独立疾病。由于本病比较少见,临床上并无独特的征象,故常被误诊,而未能给予适当的治疗。1968年至1985年我们收治了17例,现报告如下:

临床资料 男性8例,女性9例,年龄范围8~49岁。发病部位在膝关节者15例,腕关节及踝关节各1例。病程14个月至12年不等。临床表现为关节肿胀及隐痛,多引起不同程度的功能障碍。

14例经关节腔穿刺,吸出了陈旧血性粘液9例,清色浆液4例,新鲜血样液1例。

X线平片检查发现,关节周围软组织肿胀而骨质无改变者12例,5例骨质呈现边缘性破坏。关节空气造影,显示滑膜结节状阴影2例。术前仅有2例确诊,其余15例分别误诊为慢性非特异性关节滑膜炎7例,膝关节滑膜结核、膝后腱鞘巨细胞瘤、膝部血管瘤、膝关节滑膜软骨病、多发性腱鞘囊肿、腕关节类风湿、腮窝肿物、一过性滑膜炎各1例。

17例皆经手术切开关节行滑膜次全切除术,其中13例有滑膜纤维化增厚,12例有黄棕至黑褐色、长0.3~0.5厘米的绒毛增殖;4例有粟粒样至2厘米直径的结节;5例关节面被血管翳侵蚀,有大小不等的鼠咬状破坏区;3例累及髌骨;4例半月板被破坏。合并髌骨切除者1例;半月板切除及部份切除各2例。术后3例尚辅以放射治疗。

病理报告,可见滑膜增厚,呈绒毛结节状改变,伴纤维组织增生,血管亦增多,伴有大量内含血黄素细胞和多核巨细胞。

随访6个月至15年,2例术后1~2年复发,再行电视下关节镜滑膜切除,术后1年疗效尚好。1例因关节僵直需行膝关节松解术,重建膝功能。4例失

访,其余10例均伴有不同程度的功能障碍,但尚能接近正常的生活和工作。

讨论 诊断问题 根据病理所具有的色素、绒毛、结节的特征诊断并不困难,但本组术前误诊率高达81%; Chung^[3]报告8例只有1例能在术前确诊;张佰勋等^[4]19例亦有8例误诊。由于本病起病缓慢病程长,且临床症状与体征无特异性,故常被忽略,至出现滑膜大量结节及至侵犯骨质始手术,其时关节功能已无法完全恢复。故此我们认为如患者有不明原因的关节慢性肿痛,尤其是发生在膝关节,则应考虑到有本病的可能性,并应进行关节腔穿刺,见到血性或褐色液体,便可初步诊断为本病。但需注意约有12%的囊上囊与关节腔互不相通,穿刺抽液部位应以肿胀明显处入针,如吸出清黄色液体,可加空气造影以提高确诊率。行关节镜术检查,如直接看到棕黑色的绒毛及大小不一的结节,诊断为本病多无疑问。当然,最后确诊仍决定于病理组织学检查。

治疗与预后 本病治疗以手术为主,一般为滑膜切除术,亦有术后辅以放射治疗,近年来已开始应用电视下关节镜病灶清除术。滑膜切除术如滑膜切除不够彻底,其复发率高达20~50%,但复发后再次手术效果仍佳。本组复发相对较少,仅占2例(2/19),可能是滑膜切除比较彻底,其中5例分别采用膝关节前双侧切口,或前后切口入路。但术后关节功能障碍则是较难解决的问题,因此,如能术后早期进行关节的物理治疗及功能锻炼,或可减轻关节粘连、有利于关节功能的恢复。有作者于关节腔内手术后置入硅胶以防止关节粘连,据称取得良好效果。

关节镜术,有其独特的优越性,不但能即时作出诊断,并同时可作滑膜切除,以电刨刀切除关节各部位的滑膜,对有软骨被侵蚀者,可同时以软骨刨刀作病灶清除。由于病灶清除比较彻底、损伤少、术后可早期功能锻炼,康复快因而疗效佳。本组对2例术后复发者行关节镜术,术后第5天已能下地活动,近期疗效满意。但对滑膜已高度增厚及有大量结节,

或伴有较广泛的骨质破坏者，仍应作切开手术为宜。

对有骨质破坏者，因其复发率高，术后关节功能障碍严重，且本病具有恶性变的可能，故有人主张行关节切除术，但关节切除虽能根治本病却使关节完全失去功能，难于为患者接受。本组对髌骨及半月板有严重破坏者予以切除，但对股骨及胫骨关节面的破坏，仅作尽可能彻底的刮除或刨削，以求最大限度的保留关节功能。本组有5例合并骨质破坏者，术后均能保留不同程度的关节功能，病者感到满意。

术后辅以放射治疗，乃为 Greenfield 和 Wallace 于1950年^[5]所推荐，以后 Byers^[1]亦采用，据说疗效不错，但本组病例尚少，难以作出评价。

参 考 文 献

[1] Byer P D, et al. The diagnosis and treatment

of pigmented villonodular synovitis. J Bone Joint Surg (Br) 1960; 50:290.

[2] Jaffe H L, et al. Pigmented villonodular synovitis bursitis and tenosynovitis. Arch Path 1941; 3:731.

[3] Chung S M K and James J M. Diffuse pigmented villonodular synovitis of the hip joint. J Bone Joint Surg (Am) 1965; 47:293.

[4] 张伯勋, 等。色素沉着绒毛结节性滑膜炎19例报告。中华外科杂志 1982; 20:698.

[5] Greenfield M M and Wallace K M. Pigmented villonodular synovitis Radiology 1950; 54:350.

Diagnosis and treatment of Pigmented Villonodular Synovitis (A Report of Seventeen Cases)

Lin Daoxian Liu Shangli Song Gengquan
(Division of Orthopaedics, Memorial Hospital)

Abstract

Seventeen cases of pigmented villonodular synovitis were reported. Among them eight cases were male and nine female. The age ranged from 8 to 49 years old. The knee joints were involved in 15 cases and the wrist and ankle was in one respectively. Basing on a review of these cases, the main question of the affection was its diagnosis because a mistaken diagnosis happened in 15 cases of this group.

The authors suggested a possible diagnosis would be made if a chronic painful and swelling joint appeared and it would be confirmed if a positive blood fluid was detected by an aspiration of the joint cavity and shadows of villi and nodi were found by an arthropneumography. The authors emphasized that an arthroscopy helped to make a true diagnosis although the final one still relied upon pathological examination.

The authors considered synovectomy in the affected joint appeared to be good for some cases. Therefore, the authors also suggested that a better result be expected if the synovectomy was performed under arthroscope and an early functional exercise was done.