

· 个案报告 ·

## 左侧肩胛骨内巨大腱鞘囊肿 1 例报告

姚青双, 何力, 敖俊\*

(遵义医科大学附属医院骨科, 贵州遵义 563000)

关键词: 肩胛骨, 巨大, 腱鞘囊肿

中图分类号: R738.1 文献标志码: C 文章编号: 1005-8478 (2023) 08-0766-03

骨内腱鞘囊肿 (intraosseous ganglion cyst, IGC) 又称邻关节骨囊肿、关节旁骨囊肿等, 是一种纤维组织构成的多房性伴广泛粘液样变的非肿瘤性溶骨性病变, 是引起肩胛骨疼痛较为罕见的病因<sup>[1, 2]</sup>。现报道 1 例左侧肩胛骨巨大 IGC, 并对其治疗方案进行讨论。

### 1 病例资料

患者, 女, 40 岁, 因“左肩部疼痛 3 个月”入院, 3 个月前无明显诱因出现左肩部持续性隐痛, 尤以左肩胛部受撞击或挤压后明显, 无外伤史。行左肩关节 X 线片见肩胛骨及关节盂斑片状骨质破坏, 周围骨骼硬化, 边界清晰, 无骨膜反应 (图 1a)。CT 显示肩胛骨骨质破坏伴边缘硬化, 内见多发分隔并少量骨内气囊 (图 1b), 三维重建见肩胛骨及关节盂多发膨胀性骨质破坏 (图 1c) (最大径约 31 mm×22 mm)。门诊以“左肩胛骨溶骨性病变: 骨囊肿、骨巨细胞瘤待排除”收入院。入院体查: 双肩平齐, 轮廓正常, 无肌肉萎缩及畸形, 左肩部轻微肿胀, 局部皮肤无破损, 无皮下结节及水肿, 弹性良好, 受累左肩活动范围为主动前屈 180°, 后伸 50°, 外展 90°, 外旋 60°, 与健侧活动水平相同, 此外, Neer 征、Hawkins 征、Belly-press 试验、O'Brien 试验、Jobe 试验等其他肩袖试验均为阴性, 且左上肢活动自如, 肌力 V 级, 肢端末梢血运及感觉正常, 无任何神经症状, 仅在左肩胛部近肩胛盂处有局限性压痛。

患者左侧肩胛骨持续性隐痛, 影响日常生活, 具备手术指征, 需手术切除病灶以改善症状及恢复功能。结合左肩关节 X 线及 CT 检查考虑到病灶位于关

节盂内, 为多房性, 且性质不清, 同时为降低病灶残留及复发风险, 达到更好的减压效果, 在传统开放性囊肿刮除术及关节镜辅助微创技术中选择了前者, 并于 2020 年 9 月 18 日行“左肩胛骨病灶刮除活检术”。手术在全身麻醉下, 取右侧卧位, 在左肩胛区做长约 10 cm 纵行切口, 术中注意保护肩胛上神经及肩胛上动脉, 于肩胛骨近肩胛盂处开 1.0 cm×1.5 cm 矩形骨窗, 见骨窗内有淡黄色胶冻状液体, 且有囊壁组织, 囊腔为多房性, 将液体完全清除, 并将囊腔内病变组织及囊壁组织完全刮除, 直至囊腔无病变组织残留。由于囊腔骨缺损面积大, 遂于囊腔内填充碳酸三钙生物陶瓷, 并用锁定金属接骨板固定, 术毕留置引流管 1 根。术中囊液冰冻切片检查及术后囊液组织活检检查均见结缔组织黏液变性, 囊壁由纤维组织组成, 缺乏上皮及滑膜衬里 (图 1d, 1e), 最终诊断: 左侧肩胛骨巨大 IGC。术后左肩胛骨疼痛症状明显缓解。术后半年及 1 年随访症状完全消失, 且影像学检查见左侧肩胛骨骨缺损愈合良好, 内固定在位, 无局部复发表现 (图 1f)。

### 2 讨论

IGC 于 1972 年由 WHO 统一命名, 其发病机制不详, 目前认为可能由邻近软组织或骨膜腱鞘囊肿侵入骨内导致, 根据 Schajowicz 分型可分为特发型和穿透型, 穿透型较少见, 特发型病变仅见于骨内, 无邻近软组织腱鞘囊肿形成<sup>[3]</sup>。IGC 好发生于 30 岁以上中青年男性, 与女性好发的软组织的腱鞘囊肿有所差异, 多发生于胫骨内踝或胫骨远端内踝及手腕、足腕、尺骨<sup>[4]</sup>, 发生于肩胛骨罕见。

DOI:10.3977/j.issn.1005-8478.2023.08.22

作者简介: 姚青双, 硕士研究生在读, 研究方向: 运动医学, (电话)15985090328, (电子信箱)849104069@qq.com

\* 通信作者: 敖俊, (电话)13984989345, (电子信箱)Ao00jun@163.com

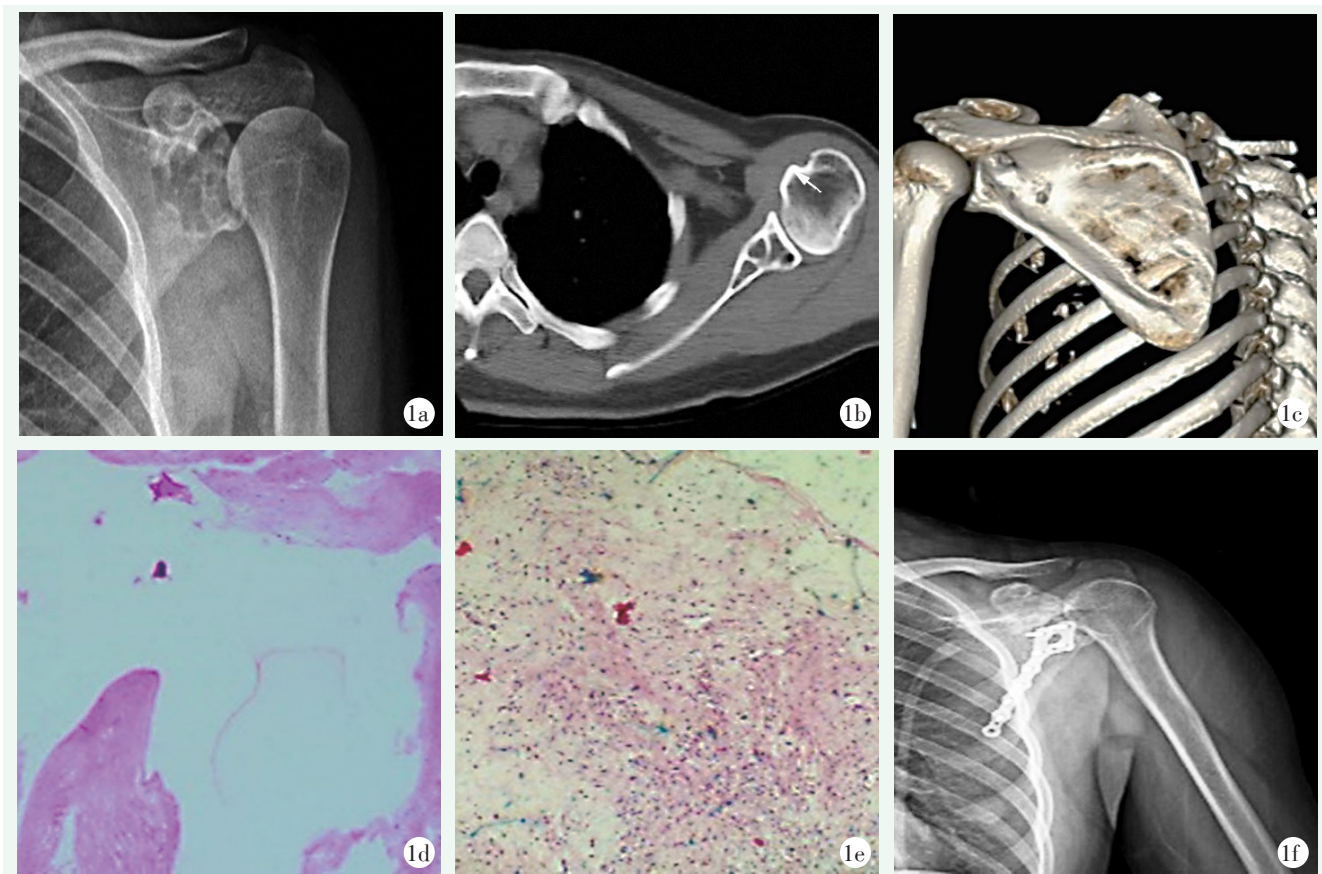


图 1 本例患者, 女, 40 岁, 左侧肩胛骨巨大 IGC 1a: 术前 X 线片示肩胛骨及关节盂斑片状骨质破坏, 周围骨骼硬化, 边界清晰, 无骨膜反应 1b: 术前 CT 横断面见肩胛骨骨质破坏伴边缘硬化, 内见多发分隔并少量骨内气囊 1c: 术前 CT 3D 重建示肩胛骨及关节盂多发膨胀性骨质破坏 1d, 1e: 病灶冰冻及镜下病理示结缔组织黏液变性, 囊壁由纤维组织组成, 缺乏上皮及滑膜衬里 (HE 染色,  $\times 100$ ) 1f: 术后 1 年 X 线片示左侧肩胛骨骨缺损愈合良好, 内固定在位, 无局部复发表现

肩胛骨 IGC 主要因疼痛或肿物或 X 线检查偶然发现, 其初步诊断基于 X 线片, 表现为圆形或椭圆形边界清楚的放射状透明病变, 呈膨胀性、溶骨性生长, 并伴边缘硬化<sup>[5]</sup>, 本例患者 X 线片符合此影像学表现。之前的案例报道中发现位于关节盂下后方的 IGC 常导致冈下肌萎缩及功能障碍, 肌电图及神经传导检查确认伴发了肩胛上神经卡压, 且 MRI 检查均表现出肌肉水肿这一去神经支配的典型特征<sup>[2, 6, 7]</sup>。棘突切迹是肩胛上神经走行路径中的潜在受压区, 随着疾病进展, 不能排除本例患者病灶继续发展导致肩胛上神经卡压的可能, 因此早诊断、早治疗的意义更加明显。

伴有明显症状的 IGC 首选手术治疗, 通常采用传统开放性囊肿刮除术 (加或不加自体骨移植) 或关节镜辅助微创技术, 然而 IGC 通常是多房性的, 单纯使用关节镜针吸术后可出现复发<sup>[8]</sup>。本例患者骨缺损面积大, 局部强度降低容易出现骨折, 且死腔存在可能导致积液及感染, 不利于骨愈合。目前治疗大面

积骨缺损的金标准仍是自体骨移植, 考虑到有限的骨移植量, 自体骨移植术中术后感染, 供骨区疼痛等自体骨移植相关并发症, 本例采用了碳酸三钙生物陶瓷填充并外加钢板固定增强局部骨组织强度及促进骨愈合。术后 1 年随访症状完全消失, 影像学检查未见复发, 同时骨缺损愈合良好, 所以, 术中彻底刮除病灶及大面积骨缺损填充是预防复发并达到良好骨缺损愈合的关键。

肩胛骨巨大 IGC 罕见, 其术前诊断存在较大困难, 此外大面积骨缺损的治疗存在较大难度, 因此需临床医师充分评估病情特点后提供更精准的诊疗以达到良好预后。

#### 参考文献

- [1] Sakamoto A, Oda Y, Iwamoto Y. Intraosseous ganglia: a series of 17 treated cases [J]. *Bio Med Res Int*, 2013, 2013: 462730.
- [2] Yi JW, Cho NS, Rhee YG. Intraosseous ganglion of the glenoid causing suprascapular nerve entrapment syndrome: a case report [J]. *J Shoulder Elbow Surg*, 2009, 18 (3) : 25-27.

- [3] Schajowicz F, Clavel Sainz M, Slullitel JA. Juxta-articular bone cysts (intra-osseous ganglia): A clinicopathological study of eighty-eight cases [J]. *J Bone Joint Surg Br*, 1979, 61 (1): 107-116.
- [4] 魏梅新, 肖文华, 张伟, 等. 骨内腱鞘囊肿 (附8例报告) [J]. *中国矫形外科杂志*, 1998, 5 (3): 231-232.
- [5] Ticker JB, Djurasovic M, Strauch RJ, et al. The incidence of ganglion cysts and other variations in anatomy along the course of the suprascapular nerve [J]. *J Shoulder Elbow Surg*, 1998, 7 (5): 472-478.
- [6] Ishimaru D, Nagano A, Terabayashi N, et al. Suprascapular nerve entrapment caused by protrusion of an intraosseous ganglion of the glenoid into the spinoglenoid notch: A rare cause of posterior shoulder pain [J]. *Case Rep Orthop*, 2017, 2017: 1704697.
- [7] Kim JR, Wang SI. Suprascapular nerve entrapment caused by an intraosseous ganglion of the scapula: a case report [J]. *Medicine*, 2017, 96 (24): e7167.
- [8] Urayama M, Itoi E, Watanabe H, et al. Intraosseous ganglion of the glenoid [J]. *Orthopedics*, 1999, 22 (7): 705-706.
- (收稿:2022-07-12 修回:2023-02-16)  
(同行评议专家: 祁伟 瓦庆德 杨震)  
(本文编辑: 郭秀婷)

## 读者·作者·编者

### 本刊关于投稿时附加相关文件的通知

为了保证学术期刊的严肃性和科学性,维护学术诚信,杜绝学术不端,落实合理医疗及相关医疗规章制度;同时,也为了提高本刊来稿审评效率,缩短审稿周期,使优质稿件尽快发表。自即日起,凡向本刊投稿者,除上传稿件、图片文件外,所有来稿必须在本刊投稿系统中上传以下2个基本附加文件:

(1) 单位介绍信:证明稿件内容是真实的,为本单位人员撰写,作者署名无争议,无一稿两投,单位介绍信需加盖单位公章。

(2) 学术诚信承诺书:由第一作者或通讯作者撰写,承诺稿件内容为自己的工作,并由本人撰写,不存在由第三方代写、代投行为;无剽窃、抄袭他人学术成果;无伪造、篡改实验数据;无编造数据资料等其他学术不端行为,无不当署名等情况;承诺研究数据及结果真实、可靠,为作者原创。

此外,以下情况还需补充相关文件。

(1) 导师推荐信:研究生工作期间撰写的稿件必需附导师推荐信,并由导师任通讯作者。简要介绍学生和稿件撰写情况,以及推荐理由。推荐人亲笔签名,并注明单位、职称、联系方式。

(2) 上级医师推荐信:医师、主治医师撰写涉及上一级资质的手术或其他诊疗内容,必须附上上级医生推荐信,并由上级医生任通讯作者。推荐信说明资料的真实性和推荐理由。推荐人亲笔签名,并注明单位、职称、联系方式。

(3) 基金证明:凡文稿内容有基金资助的,包括国际、国家、省、市、县,以及系统、企业、本单位的各类科研基金,除在文稿首页下脚注明基金项目名称和编号外,请务必上传能够证明基金的批准证书或文件复印件。

(4) 同行专家推荐信:如文稿附加2名同行专家推荐信,可显著加快稿件处理进程。专家需具备副高以上职称,推荐信对文稿内容的科学性、创新性、实用性、可读性做出评价。推荐人亲笔签名,并注明单位、职称、联系方式。

以上文件的参考样式请前往本刊远程投稿系统 (<http://jxwk.ijournal.cn>) 首页下载专区下载。需制成 JPG 或 PDF 文件,上传至本刊投稿系统,或将原件快递至本刊编辑部。必备文件齐全后,本刊方对稿件进行处理。

中国矫形外科杂志编辑部

2021年5月11日