

· 个案报告 ·

全髋置换术中髋臼血管瘤 1 例报告

黄花顺, 谢学文*, 管明强, 曾扬

(广州中医药大学附属第八临床医学院骨科, 广东佛山 528000)

关键词: 全髋关节置换术, 血管瘤, 髋臼

中图分类号: R687.4

文献标志码: C

文章编号: 1005-8478 (2023) 11-1054-03

人工髋关节置换术是各种髋关节病变终末期的终极治疗方法。国内外每年开展的髋关节置换数量也在迅速增加。尽管髋关节置换术已经非常成熟, 在多种因素的影响下, 仍然有可能会引起十分严重的手术并发症^[1]。现对 1 例髋臼附近海绵状血管瘤, 引起人工全髋关节置换术中大出血的患者进行报道, 希望引起骨科同行警惕, 尽量避免类似危险的发生。该研究已通过佛山市中医院伦理委员会审批。

1 病例资料

患者, 男, 26 岁, 因“右髋反复疼痛伴活动受限、跛行 2 年”由门诊以“右髋疼痛查因”收治入院。既往史: 有轻度贫血, 否认有消化道出血病史, 否认地中海贫血史, 否认服用激素及酗酒史, 否认髋部外伤史及感染史。查体: 右下肢较健侧短缩约 3 cm, 跛行, 骨盆明显倾斜, 右髋无明显肿胀, 活动痛(+), 腹股沟压痛(+). 辅助检查: 白细胞: $7.1 \times 10^9/L$; 中性粒细胞: $3.1 \times 10^9/L$; CRP: 1.7 mg/L; 血红蛋白: 107 g/L; 凝血八项: 纤维蛋白原: 1.8 g/L; D-二聚体: 4.7 $\mu g/ml$; 纤维蛋白原降解产物: 14.1 $\mu g/ml$; 余实验室检查未见明显异常。入院时影像学检查: 拍摄骨盆正位 X 线片(图 1a), 完善术前相关检查, 排除常见病因后, 拟“右髋关节骨性关节炎”择期行人工全髋关节置换术。

手术方法: 在硬膜外麻醉满意后, 选择常规髋关节后外侧(Langenbeck-Kocher)入路, 依次切开皮肤、皮下组织、筋膜, 止血。钝性分离臀大肌, 切断部分外旋短肌群, Hohman 拉钩牵开, 切除关节囊, 充分暴露髋关节。探查见关节间隙变窄、股骨头变

形。下肢极度内旋, 保留股骨矩约 1 cm, 与股骨干呈 50°截断股骨颈, 在取出股骨头后, 可见髋臼横韧带下方持续性渗血, 当时考虑闭孔动脉损伤出血, 行电凝、结扎及压迫等常规止血处理后仍可见持续渗血。术中出血量约 2 500 ml, 患者出现休克, 终止手术, 予输血、补液、去甲肾上腺素等抢救, 患者生命体征恢复平稳。予无菌黄油纱填充压迫止血, 仍有持续少量渗血, 放置引流管, 逐层缝合关闭切口。术后行经皮下肢动脉造影+栓塞术: 未发现明显出血动脉(图 1b)。进一步完善髋关节 MRI 检查: 见右侧髋臼前下方, 右侧骨盆壁, 双侧大腿上段、臀肌、左侧竖脊肌较多大小、形态不一异常信号影, 考虑为多发肌内海绵状血管瘤(图 1c)。术后予抗感染、输血等对症支持治疗, 生命体征平稳, 为避免术口感染及重建患肢功能, 经多学科会诊评估病情后同意再次行手术治疗。4 d 后于气管插管全麻下再次手术, 术前行气管插管时喉镜下可见咽后壁迂曲扩张的静脉团(图 1d)。再次打开术口未见明显渗血, 用髋臼锉依次清除髋臼软骨, 至软骨下骨面均匀渗血, 选用生物型髋臼, 白杯呈外展约 45°, 前倾约 15°打入髋臼, 检查髋臼固定牢固, 再次检查未见明显渗血, 安装内衬。将下肢内旋、屈曲、内收, 用扩髓定位器开孔后用髓腔扩大器依次扩大髓腔, 选用股骨生物型假体柄, 套入股骨头, 手法复位人工关节。检查人工关节, 屈髋 90°、伸直 0°、内外旋 45°关节均无脱位。充分止血, 冲洗伤口, 留置引流管, 关闭切口。

术后及随访: 术后予以输血、预防感染、抗凝、镇痛等对症治疗。术后第 1 d, 在康复师及家属协助下加强下肢肌肉及关节活动锻炼; 术后第 2 d 拔除引流管, 在助行器辅助下可下地轻负重行走, 逐渐增加

DOI:10.3977/j.issn.1005-8478.2023.11.21

作者简介: 黄花顺, 在读硕士研究生, 研究方向: 中医骨伤科, (电话)19801205594, (电子信箱)2426191966@qq.com

* 通信作者: 谢学文, (电话)18823293000, (电子信箱)fstem@139.com

负重；术后 1 周出院时髋关节疼痛较前明显减轻，活动度较前明显改善，无明显跛行。术后 1 个月复查，

疼痛症状基本缓解，切口愈合良好，骨盆正位 X 线片显示假体位置无明显异常（图 1e）。

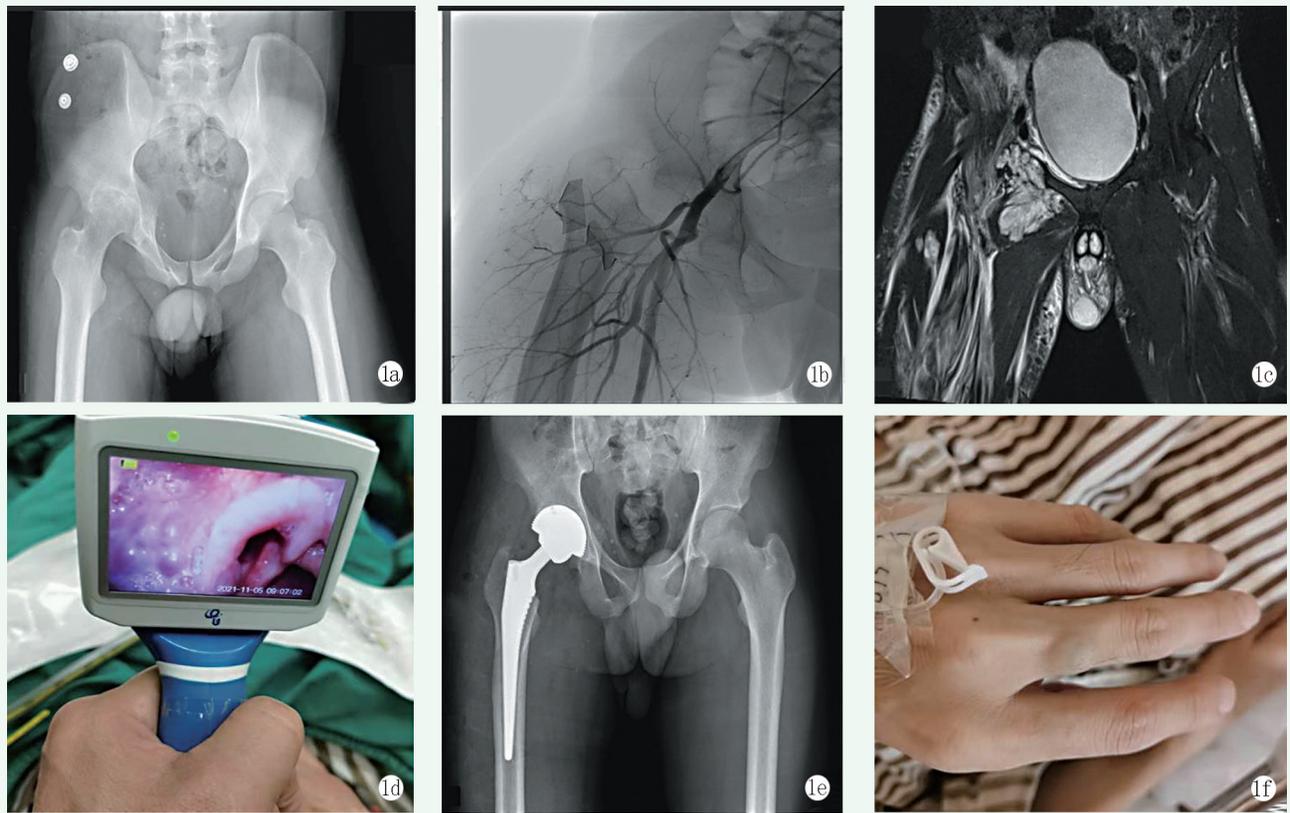


图 1 本例患者，男，26 岁 右髋关节骨性关节炎 1a: 骨盆正位 X 线片示右髋关节骨性关节炎，盆腔以及右侧大腿上段可见大量类圆形高密度“静脉石”影 1b: 下肢动脉造影+栓塞术：未见明显的动脉出血 1c: 双髋关节 MRI 增强可见右侧髋臼前方、大腿上段较大、形态不一异常信号影 1d: 行气管插管时可见咽后壁迂曲扩张的淡紫色血管团 1e: 术后复查髋关节正位 X 线片示假体位置良好 1f: 右手中指近节指骨背侧一椭圆形淡紫色包块

2 讨论

肌内海绵状血管瘤（intramuscular cavernous hemangioma, IMH）以肌肉组织内的血管异常增生为病理特征。以单一肌肉受累为主，呈弥漫性生长，邻近的肌肉及组织也可累及，几乎不累及神经。患者常以无痛性肿块或肿块压迫周围组织引起的疼痛、活动受限等症状和体征就诊，疼痛常在运动及劳累后加重，甚至是体检意外发现。该病占血管瘤的比例不到 1%^[2]，30 岁以下最多见，下肢大腿部最常见约占 36%^[3, 4]。贫血是血管瘤的并发症之一^[5]，具体发病机制尚不清楚。

X 线及 MRI 等辅助检查对于 IMH 的诊断有重要作用，最具特征的是部分患者 X 线片可见钙化影或者静脉石^[6]。MRI 在诊断关节部位的 IMH 具有高灵敏度^[7]，所有血管瘤在 T2 加权图像上均呈高信号^[8]，因此 MRI 可以作为术前排查血管瘤和评估血

管瘤累及范围的首选方式^[9]。IMH 术前的正确诊断率只有 8%~19%，临床上对于深部肌内血管瘤的诊断仍较为困难^[3]。建议 X 线和 MRI 检查相结合，降低漏诊及误诊^[8]。

目前肌内血管瘤的保守或手术治疗的适应证尚无共识，需要根据患者意愿以及病情等多方面综合考虑^[4, 10]。Léauté-Labrèze 等^[11]发现普萘洛尔可抑制血管瘤生长并诱导其凋亡来治疗血管瘤，为不能行手术切除的患者提供更多选择。

教训与反思：（1）每一位计划进行人工髋关节置换手术的患者，都要进行详细的体格检查。如果在患者体表发现浅表血管瘤，要考虑患者同时合并深部 IMH 的可能；（2）普通 X 线片上的静脉石，对肌内血管瘤的存在具有重要提示意义，本患者入院 X 线片上可见多发静脉石，由于对 IMH 认识不足，未予以足够重视；（3）患者有长期轻度贫血病史，在排除了引起贫血的内科疾病以及常见出血性外科疾病后，要考虑到存在深部 IMH 的可能；（4）一旦怀疑患者

存在深部IMH的可能,推荐行X线和MRI进行综合评估,做IMH的排除或确诊,确保人工髋关节置换的手术安全;(5)青年髋关节骨性关节炎患者,如髋关节发育正常,同时无长期大量激素服用史及酗酒史,建议常规进行MRI检查。在排除血管瘤等病因之前,不建议盲目进行人工髋关节置换术^[11]。

参考文献

- [1] 宣勇, 吴迪, 金鞞, 等. 全髋关节置换术中动脉损伤1例报告[J]. 中国矫形外科杂志, 2021, 29(12): 1148-1149.
- [2] Koltisidopoulos P, Tsea M, Kafki S, et al. Intramuscular haemangioma of the levator anguli oris: a rare case [J]. Acta Otorhinolaryngol Ital, 2013, 33(5): 350-352.
- [3] Shallow TA, Eger SA, Wagner FB. Primary hemangiomas of skeletal muscle [J]. Ann Surg, 1944, 119(5): 700-740.
- [4] Wierzbicki JM, Henderson JH, Scarborough MT, et al. Intramuscular hemangiomas [J]. Sports Health, 2013, 5(5): 448-454.
- [5] Cheng J, Slavin RE, Gallagher JA, et al. Expression of vascular endothelial growth factor and receptor flk-1 in colon cancer liver metastases [J]. J Hepatobil Panc Surg, 2004, 11(3): 164-170.
- [6] Zengin AZDP, Celenk PDP, Sumer APDP. Intramuscular hemangioma presenting with multiple phleboliths: a case report [J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, 2013, 115(1): e32-e36.
- [7] Buetow PC, Kransdorf MJ, Moser JRP, et al. Radiologic appearance of intramuscular hemangioma with emphasis on MR imaging [J]. Am J Roentgenol, 1990, 154(3): 563.
- [8] Suh JS, Hwang G, Hahn SB. Soft tissue hemangiomas: MR manifestations in 23 patients [J]. Skeletal Radiol, 1994, 23(8): 621-625.
- [9] Greenspan A, McGahan JP, Vogelsang P, et al. Imaging strategies in the evaluation of soft-tissue hemangiomas of the extremities: correlation of the findings of plain radiography, angiography, CT, MRI, and ultrasonography in 12 histologically proven cases [J]. Skeletal Radiol, 1992, 21(1): 11-18.
- [10] Scott JE. Haemangiomas in skeletal muscle [J]. Br J Surg, 1957, 44(187): 496-501.
- [11] Léauté-Labrèze CD. Propranolol for severe hemangiomas of infancy [J]. New Engl J Med, 2008, 358(24): 2649-2651.
- (收稿:2022-07-08 修回:2022-12-27)
(同行评议专家: 秦宏敏 刘克敏)
(本文编辑: 郭秀婷)

(上接 1053 页)

- [2] 张杨, 李秀兰, 王学谦, 等. 甲基泼尼松龙冲击疗法引发骨坏死及骨质疏松的血清学研究 [J]. 中华骨科杂志, 2010, 30(1): 79-83.
- [3] 黄鑫, 孟国林, 刘建. 免疫因素与骨质疏松 [J]. 中国骨质疏松杂志, 2010, 16(3): 225-228.
- [4] Tritos Nicholas A. Unreplaced sex steroid deficiency, corticotropin deficiency, and lower IGF-I are associated with lower bone mineral density in adults with growth hormone deficiency: a KIMS database analysis [J]. J Clin Endocrinol Metab, 2011, 96(5): 1516-1523.
- [5] Jaswal Jasbir, Crook Juanita. The role of intermittent androgen deprivation therapy in the management of biochemically recurrent or metastatic prostate cancer [J]. Curr Urol Rep, 2015, 16(3): 11.
- [6] 张大鹏, 毛克亚, 强晓军, 等. 椎体增强术后骨水泥分布形态分型及其临床意义 [J]. 中华创伤杂志, 2018, 34(2): 130-137.
- [7] 李海东, 蒋雷生, 戴力扬. 雌激素在骨关节炎及骨质疏松中的作用研究 [J]. 中国矫形外科杂志, 2010, 18(6): 474-478.
- [8] 余佩沅, 任辉, 沈耿杨, 等. 激素性骨质疏松症发病机制的研究进展 [J]. 中国骨质疏松杂志, 2018, 24(7): 975-980.
- [9] Kenkre JS, Bassett J. The bone remodelling cycle [J]. Ann Clin Biochem, 2018, 55(3): 308-327.
- [10] 邱贵兴, 裴福兴, 胡侦明, 等. 中国骨质疏松性骨折诊疗指南(骨质疏松性骨折诊断及治疗原则) [J]. 中华骨与关节外科杂志, 2015, 5(5): 371-374.
- [11] 刘明明, 程建, 黄桂成, 等. 唑来膦酸与 PKP 治疗骨质疏松性椎体压缩骨折 [J]. 中国矫形外科杂志, 2015, 23(22): 2017-2020.
- (收稿:2022-05-13 修回:2022-11-11)
(同行评议专家: 杨建东 鲁延亭 王献印)
(本文编辑: 闫承杰)