

DOI:10.12025/j.issn.1008-6358.2016.20160561

应用 ROI-C 治疗食管型颈椎病 1 例报告并文献回顾

李 国¹, 吕碧涛², 黄稳定¹, 吴建峰¹

1. 中国人民解放军第 411 医院骨科, 上海 200081

2. 第二军医大学长征医院脊柱三科, 上海 200003

[关键词] 食管型颈椎病; 呼吸困难; ROI-C; 手术治疗

[中图分类号] R 681.5 [文献标志码] B

Application of ROI-C system on Forestier disease: case report and literature review

LI Guo¹, LÜ Bi-tao², HUANG Wen-ding¹, WU Jian-feng¹

1. Department of Orthopedics, No. 411 Hospital of PLA, Shanghai 200081, China

2. Department of Spine Surgery III, Changzheng Hospital, Second Military Medical University, Shanghai 200003, China

[Key Words] cervical spondylosis esophagopathy; dyspnea; ROI-C; surgical treatment

食管型颈椎病是一种以吞咽障碍为主要临床症状的特殊类型颈椎病。1950 年, Forestier 等^[1]首次报道此类疾病并以“Forestier 病”命名。1985 年, 国内学者赵定麟等^[2]以“食管压迫型颈椎病”首次描述类似疾病。1992 年中国首届颈椎外科研讨会将颈椎退变引起吞咽困难的颈椎疾病定义为食管型颈椎病。该病罕见, 缺乏大宗病例报道, 至今对其发病机制、诊断治疗还有待进一步研究。我科于 2012 年 11 月采用零切迹自稳椎间融合器(ROI-C)治疗 1 例伴呼吸困难食管型颈椎病, 术后随访 3 年, 疗效良好, 现报告如下。

1 临床资料

患者, 男性, 85 岁, 退休干部, 因“进行性吞咽障碍 5 年、呼吸困难 3 个月”就诊。入院前 5 年逐渐出现吞咽不适, 予口服抗炎药物治疗, 症状缓解不明显。后吞咽不适症状逐渐加重, 只能进食软食或流食。入院前 3 个月患者逐渐出现呼吸不畅、气促。患者既往无糖尿病史, 无颈部疼痛, 无四肢麻木无力。查体: 颈椎活动范围略减小, 颈部过伸位咽喉不适加重。颈椎棘突和椎旁无压痛。躯干、四肢感觉及四肢肌力、肌张力正常。生理反射对称, 病理征未引出。实验室及辅助检查: 血清学检查示 HLA-B₂₇ 阴性; 颈椎正侧位片提示颈椎前纵韧带广泛骨化, 颈 4/5 椎间盘及相邻椎体前缘骨赘增生明显; CT 检查提示骨赘突出最大矢状径约 12 mm; MRI 检查提示: 颈 4/5 椎间盘水平

食管受压, 颈髓未见明显压迫。食管钡餐造影提示颈段食管呈外源性压迫改变, 略左侧偏移, 柔软度尚可, 黏膜完整。行气管推移训练 5 d 后手术治疗。全身麻醉, 仰卧位, 取颈部右侧斜切口。术中见颈 4、5 椎体前方巨大增生骨赘, 并与周围组织粘连, 仔细分离后予以切除增生骨赘, 使用骨蜡均匀薄层涂抹椎前切除骨赘创面止血。找寻并 C 臂机透视定位颈 4、5 椎间隙, 切除椎间盘, 注意保留后纵韧带完整, 安置 ROI-C 行椎间植骨固定。生理盐水冲洗, 置负压引流管, 逐层缝合切口。术后应用抗生素预防感染, 术后 2 d 拔除引流管。患者术后第 2 天自觉吞咽困难和呼吸困难症状明显好转, 术后 1 个月复查诉呼吸困难症状完全消失, 术后 1 年复查 X 线提示椎节融合, ROI-C 位置良好, 未见颈 4、5 前缘骨赘增生复发(图 1)。

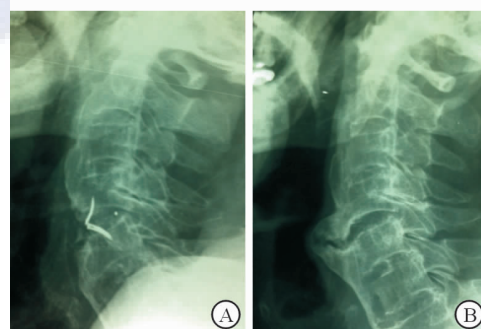


图 1 患者手术前后影像学资料

A: 颈椎侧位片可见颈椎前纵韧带广泛骨化, 颈 4、5 椎间盘水平骨赘增生明显; B: 术后 1 年复查颈椎侧位片提示颈 4、5 椎节融合, ROI-C 位置良好, 未见颈 4、5 前缘骨赘增生复发

[收稿日期] 2016-03-09

[接受日期] 2016-05-31

[作者简介] 李 国, 博士, 主治医师. E-mail: liland411@163.com

2 讨论

2.1 食管型颈椎病的病因和临床特点 颈椎椎体前方的骨赘形成可见于20%~30%的老年人,且绝大多数并不出现临床症状^[3]。有研究^[4]显示:在60岁以上退伍老兵中,有10.6%的人罹患椎体前方骨赘增生并导致吞咽困难,同时指出这种情况可能被低估。食管型颈椎病的病因主要源于颈部椎体间稳定性降低,继发椎体前缘骨唇增生,直接压迫和炎性刺激食管后壁^[5-6]。当骨唇增生位于环状软骨或隔膜部的食管附着相对固定处时,更易引起临床症状^[7-6]。食管型颈椎病伴发的上呼吸道症状多由于椎前骨赘压迫或损伤支配声带的周围神经使声带麻痹固定所致^[9],而非直接压迫咽喉部和气管所导致^[10],其症状可表现为气短、喘鸣、呼吸困难等症状;骨赘压迫或刺激喉返神经能引起声音嘶哑;也可累及其他邻近组织出现相应的症状。因此,食管型颈椎病的临床表现具有多样性。国外文献^[11]报道食管型颈椎病伴发的上呼吸道症状可急性加重需行气管切开紧急处理。本例食管型颈椎病为DISH病在颈椎的局部表现,影像学显示颈4/5椎间盘尚未完全骨化融合,颈4、颈5椎体前方骨桥不连续,说明骨质增生处于进展期。

2.2 食管型颈椎病的诊断 食管型颈椎病的诊断主要依靠临床症状、颈椎X线片和钡餐食管摄片,并除外其他引起吞咽障碍的病因。颈椎侧位X线片显示椎体前方巨大鸟嘴样骨赘是诊断食管型颈椎病的重要线索和直接依据。而食管型颈椎病大多没有颈痛症状,多以吞咽不适、呼吸困难和构音障碍等为主要症状,首先在耳鼻喉科和内科就诊。食管钡餐造影是诊断食管型颈椎病必需的检查手段。食管型颈椎病典型的食管造影表现为边缘光整的弧形或波浪状压迹,可造成局部食管的狭窄,但压迹局部及邻近食管黏膜清晰、规则、连续,无中断及破坏征像,食管壁柔软,腔壁线光整,食管扩张不受影响。CT扫描能够显示椎体前方软组织增厚的情况和食管受压变形的程度,矢状位三维重建可清晰地观察骨赘的形态和位置,但CT无法分辨食管黏膜的功能状态。颈部MRI检查可以更好地了解椎前骨赘周围的软组织情况,还可评估脊髓和神经根的功能状态。食管本身及周围组织的器质性病变,如食管癌、食管炎、食管憩室、咽喉炎和贲门痉挛,都可引起吞咽不适。瘰疬也可以出现类似症状。需要指出的是,应尽量避免行食管和气管内

镜检查,因为两者受后方骨赘压迫管腔变形容易损伤,甚至穿孔^[11]。

2.3 食管型颈椎病的治疗及预后 治疗食管型颈椎病应首先选择保守治疗,主要包括抗炎药物治疗、调整饮食习惯和物理治疗等方法^[12]。如效果不佳,症状进行性加重伴有体质量下降应采取手术治疗。手术治疗主要有两种方式:单纯切除食管致压物和切除食管致压物联合椎节固定融合两种术式。考虑到切除骨赘后重建椎节稳定性是防止骨赘复发的重要手段,更多的脊柱外科医生将后者作为首选的术式。既往临床上普遍采用前路植骨钛板固定重建颈椎稳定性,但是植入钛板需要额外剥离椎前组织,加重椎体周围组织器官的损伤,增加术后粘连。另外钢板本身可能是术后吞咽困难潜在的诱因^[13]。最近新型零切迹双嵌片自稳型椎间融合器(ROI-C)应用于临床后已得到许多学者的认可^[14]。迄今尚未有椎前骨赘切除联合ROI-C植骨固定融合椎节治疗食管型颈椎病的文献报道。ROI-C治疗CSE有以下优势:(1)ROI-C零切迹自身稳定的设计减少了对椎前组织的干扰,术后吞咽困难等并发症少;(2)与前路钛板固定植骨融合术相比,ROI-C植骨固定操作简便,牵拉食管气管的时间短;(3)ROI-C弹性模量与人体骨相当,应力遮挡小有利于植骨融合。本例食管型颈椎病患者采用ROI-C手术治疗后症状完全缓解,椎节间植骨获得融合,术后随访未见骨赘增生复发,说明应用ROI-C可能是手术治疗食管型颈椎病的理想方法。

综上所述,食管型颈椎病多发于老年人,是源于颈椎前方骨赘压迫和刺激食管气管等组织造成的良性病变,临床表现具有多样性。临床上,在患者出现吞咽不适、呼吸困难时,排除常见病因后应该考虑食管型颈椎病的可能。对于吞咽困难进行性加重或合并上呼吸道症状的食管型颈椎病应行骨赘切除联合椎体间植骨融合手术治疗。采用新型零切迹自稳椎间融合器治疗食管型颈椎病具有独特的优势,能够取得满意的临床疗效。

参考文献

- [1] Forestier J, Rotes-Querol J. Senile ankylosing hyperostosis of the spine[J]. Ann Rheum Dis, 1950,9(4):321-330.
- [2] 赵定麟,张文明. 食管压迫型颈椎病[J]. 中华骨科杂志, 1985,5(3):138.
- [3] Kumaresan S, Yoganandan N, Pintar FA, et al. Contribution of disc degeneration to osteophyte formation in the cervical spine: a biomechanical investigation[J]. J Orthop

Res, 2001,19(5):977-984.

[4] Granville LJ, Musson N, Altman R, et al. Anterior cervical osteophytes as a cause of pharyngeal stage dysphagia[J]. J Am Geriatr Soc, 1998,46(8):1003-1007.

[5] Zhang C, Ruan D, He Q, et al. Progressive dysphagia and neck pain due to diffuse idiopathic skeletal hyperostosis of the cervical spine: a case report and literature review[J]. Clin Interv Aging, 2014,9:553-557.

[6] Hwang JS, Chough CK, Joo WI. Giant anterior cervical osteophyte leading to Dysphagia[J]. Korean J Spine, 2013, 10(3):200-202.

[7] Song AR, Yang HS, Byun E, et al. Surgical treatments on patients with anterior cervical hyperostosis-derived Dysphagia [J]. Ann Rehabil Med, 2012,36(5):729-734.

[8] Miyamoto K, Sugiyama S, Hosoe H, et al. Postsurgical recurrence of osteophytes causing dysphagia in patients with diffuse idiopathic skeletal hyperostosis[J]. Eur Spine J, 2009,18(11):1652-1658.

[9] Giger R, Dulguerov P, Payer M. Anterior cervical osteophytes causing dysphagia and dyspnea: an uncommon entity revisited[J]. Dysphagia, 2006,21(4):259-263.

[10] Matan AJ, Hsu J, Fredrickson BA. Management of respiratory compromise caused by cervical osteophytes: a case report and review of the literature[J]. Spine J, 2002,2(6): 456-459.

[11] Maiuri F, Stella L, Sardo L, et al. Dysphagia and dyspnea due to an anterior cervical osteophyte [J]. Arch Orthop Trauma Surg, 2002,122(4):245-247.

[12] Aydin E, Akdogan V, Akkuzu B, et al. Six cases of Forestier syndrome, a rare cause of dysphagia [J]. Acta Otolaryngol, 2006,126(7):775-778.

[13] Chin KR, Eiszner JR, Adams SB Jr. Role of plate thickness as a cause of dysphagia after anterior cervical fusion [J]. Spine (Phila Pa 1976), 2007,32(23):2585-2590.

[14] Grasso G, Giambartino F, Tomasello G, et al. Anterior cervical discectomy and fusion with ROI-C peek cage: cervical alignment and patient outcomes[J]. Eur Spine J, 2014,23 Suppl (6):650-657.

[本文编辑] 廖晓瑜, 贾泽军

DOI:10.12025/j.issn.1008-6358.2016.20160641

· 短篇报道 ·

原发性巨大下输尿管息肉 1 例报告并文献回顾

蔡运林, 张宗平*, 岳小峰

川北医学院附属第二临床医学院泌尿外科,南充 637000

[关键词] 原发性巨大下输尿管息肉;输尿管镜;手术

[中图分类号] R 693 [文献标志码] B

Giant primary lower ureteral polyp: case report and literature review

CAI Yun-lin, ZHANG Zong-ping*, YUE Xiao-feng

Department of Urology, the Second Affiliated Hospital, North Sichuan Medical College, Nanchong 637000, Sichuan, China

[Key Words] giant primary lower ureteral polyp; ureteroscopy; surgery

原发性输尿管息肉是一种输尿管良性肿瘤,临床少见,发病率占输尿管肿瘤的 1% 以下^[1]。原发性输尿管息肉因缺乏典型的临床表现,而影像学表现又与输尿管移行上皮细胞癌相似,容易误诊。由于原发性输尿管息肉罕见,目前尚无统一的治疗方案。我院近年来收治 1 例原发性巨大下输尿管息肉

患者,现将其诊疗过程报告如下,并通过文献复习探讨输尿管息肉的诊断及治疗方案。

1 病例资料

患者女性,53 岁,以无痛性全程肉眼血尿 2 年、尿频 1 个月于 2015 年 3 月入住我院。入院前 3 d

[收稿日期] 2016-05-30

[接受日期] 2016-07-18

[作者简介] 蔡运林, 硕士生, 副主任医师. E-mail: 419993729@qq.com

* 通信作者(Corresponding author). Tel: 0817-2258814, E-mail: zhangzp120@163.com