

会议纪要

2009年欧洲脊柱年会纪要

刘忠军, 刘晓光, 姜 亮

(北京大学第三医院骨科 100191 北京市)

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2010.04.21

中图分类号: N21, R681.5 文献标识码: C 文章编号: 1004-406X(2010)-04-0348-03

2009年欧洲脊柱年会(EUROSPINE 2009)于10月21~24日在波兰首都华沙举行。共有88篇论文在大会发言(oral presentation), 50篇特殊壁报(special poster)交流, 127篇壁报交流。虽为欧洲的脊柱盛会, 投稿来自世界各地, 大会发言论文中来自美国6篇, 日本6篇, 中国4篇, 埃及4篇, 土耳其3篇, 韩国2篇; 中国还有2篇特殊壁报、11篇壁报。内容涵盖了脊柱疾患的各方面。

1 颈椎病

美国的 Darden B 等报告了前瞻性、多中心、随机对照研究的 Prodisc-C 人工颈椎间盘置换术 5 年随访情况, 209 例患者分为人工颈椎间盘置换术(cervical disc arthroplasty, CDA)组和前路椎间盘切除钛板固定融合(anterior discectomy and fusion, ACDF)组, 2 年随访时, 两组患者的 NDI、VAS、SF-36 结果相近; 5 年随访时 CDA 组优于 ACDF 组, 但无统计学差异; 5 年随访时, 84% 的人工椎间盘保留了 $\geq 4^\circ$ 的活动度; CDA 组再手术率为 0.2%, 而 ACDF 组为 8.8% (可能与手术技术有关)。捷克的 Elgawhary S 介绍了 65 例 Prodisc-C 人工颈椎间盘置换术的 4 年随访结果, 显示手术节段发生中、重度异位骨化率分别为 45% 和 19%。比利时的 Walraevens J 等报告了 71 例 Bryan 颈椎人工间盘置换术后 4~8 年的随访情况, 认为 CDA 可有效保留手术节段的活动范围(range of motion, ROM), 不会增加相邻节段的退变。Aghayev J 等报告了瑞士脊柱组织 2005~2008 年对全国 CDA 的统计随访情况, 共有 719 例患者实施了 825 个人工颈椎间盘置换。其中单节段置换 691 例, 术中发生并发症 4 例, 翻修 23 例; 双节段置换 117 例, 术中发生并发症 2 例, 翻修 6 例。作者认为 CDA 可有效缓解疼痛, 改善生活质量, 但双节段 CDA 的疗效不如单节段手术。美国圣路易斯的 Gornet 等回顾了 87 例行颈椎 CDA 的患者, 按照术前诊断将病例分为两组: 颈椎轴性疼痛组和神经根型颈椎病组。术后 2 年随访, 两组疗效相仿, NDI 评分平均改善 60%。作者认为 CDA 治疗颈椎轴性疼痛可取得较好疗效。

韩国的 Suk KS 等比较了三种颈前路的融合方式: 限制性内固定+自体骨植骨融合、半限制性内固定+自体骨植骨融合、单纯椎间融合器+脱钙骨基质(DBX)。作者认为三组的临床疗效和融合率相仿, 融合器组术后吞咽困难的发生率较低, 但终板塌陷的发生率稍高(考虑与骨质疏松相关)。土耳其的 Topuz K 等报告使用 PEEK 椎间融合器+DBX 混合自体血治疗双节段颈椎病 79 例, 融合率为 91.7%, 认为这种术式可有效维持颈椎前凸。日本的 Matsumoto M 等比较了 64 例 ACDF 与 201 例无症状志愿者的 10 年随访情况, 指出两组退变均有进展, ACDF 组更为显著。

2 腰椎退变性疾病

芬兰的 Klemetti E 报告了 95 例青少年腰痛及腰椎退变的观察结果, 8 岁时腰背痛发生率为 9%, 13 岁时为 14%, 19 岁时为 59%; 但仅 14% 的青少年因此就诊; 13 岁时 MRI 检查 1% 可见“黑间盘”, 19 岁时为 15%; 但青少年中 MRI 的异常与腰背痛症状之间无显著相关性。英国的 Popham M 等观察了 400 例健康中年女性双胞胎, 随访 10 年, 结果显示腰椎退变随年龄的增长而增加, 与腰背痛的发生无显著相关性。德国的 Hoff E 等在治疗单节段腰椎退变时使用了新型的腰椎前路椎间融合器(自带椎体螺钉固定), 并与标准的 360°融合固定(前路椎间融合器+后路椎弓根螺钉固定)进行了比较。结果显示两组的融合率相仿, 单纯前路融合固定组手术时间更短、并发症更少。在植骨融合率方面, 丹麦的 Andersen T 等发现 60 岁以上患者的腰椎融合率仅为 35%, 其高危因素是女性和吸烟, 直流电刺激不能改善融合率。比利时的 Sys J 等对 40 例患者进行了前瞻性的随机对照研究, 发现富含血小板的血浆可提高腰椎后外侧植骨的融合率, 但与对照组相比无显著性差异。

3 微创技术

荷兰的 Arts MP 等对比了常规的显微镜下椎间盘切除术(microdiscectomy)与管道法(tubular)微创椎间盘切除术。他们使用双盲随机对照, 观察了 325 例。结果显示, 微创组术后早期恢复较快, 术后 1 年时 70% 的病例恢复良好, 而显微镜下

手术组为 80%。作者认为需重新审视这种微创手术的实际临床意义。英国的 Vadhva M 等对比了化学溶核术与髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症的效果,共前瞻性、随机对照研究 100 例,其中 69 例随访 10~13 年,化学溶核组再手术率为 20%,髓核摘除组为 15%,临床疗效相仿,统计学上无显著性差异。比利时的 Van Meirhaeghe JK 等治疗急性椎体压缩骨折 (VCF) 300 例,随机对照研究了后凸成形术与保守治疗的效果,作者认为后凸成形术可有效缓解疼痛、改善生活质量。但与与会者认为其研究设计存在缺陷:保守组的治疗方法不统一,缺乏可比性,因而质疑其结论。还有人指出今年在新英格兰杂志上发表的两组随机对照研究均显示椎体成形术治疗 VCF 无效。但作者认为后凸成形术能更好地改善后凸,因而疗效较好。

4 脊柱创伤

对胸腰段骨折后路短节段固定术,西班牙的 Pellisé F 等介绍了在伤椎置入椎弓根螺钉固定的方法,随访 2 年,结果显示术后 0~6 个月后凸进展 2.9°,6~24 个月进展 1.5°;作者认为,与常规的 4 钉系统比较,这种 6 钉结构的早期复位效果更佳,在高度粉碎骨折的病例中矫形的术后丢失不大。德国的 Koller H 等报告了普通 X 线片诊断齿状突骨折的敏感性与 77%、特异性为 62%,建议重新审视以 X 线片判断齿状突骨折愈合情况的现状。但与与会者认为,临床意义不大,因为即使发现了,多数也只是临床观察,而非手术治疗。作者认为,高龄或合并症多的患者可行保守治疗,而年轻、活跃的患者应采用手术治疗。

5 矫形技术

欧美学者报告了脊柱矫形的满意度评价、术后肩部失平衡和上胸椎的后凸加重等问题。中国、土耳其、埃及的医师则介绍了重度畸形的矫形。埃及的 ElMiligui Y 报告了 Halo 头环重力牵引 3 期手术矫形治疗 21 例重度特发性脊柱侧凸的经验,同时也介绍了一期前后联合入路治疗重度先天性角状后凸。他指出应由患者决定术式的选择。土耳其的 A Alanay 介绍了后路脊椎节段切除 (PVCR) 治疗侧后凸。邱勇等介绍了使用 PVCR 治疗重度先天性后凸的经验,早期实践中,矫形后残留后凸较多,如残留 >40° 时需辅以椎体间支撑植骨;近来随着新的内置物的出现、手术技术的提高,后凸的残留越来越少。他还指出 PVCR 中确保平均动脉压高于 60mmHg 可有效降低术中电生理监测的假阳性率,SEP 中 N50 尤为重要。吕国华等介绍了直径 3.5mm 的椎弓根螺钉在治疗婴幼儿半椎体畸形中的作用。

6 康复治疗

瑞士的 Mannion AF 等的研究结果显示,腰椎减压术后 5 年时,不同康复方式的疗效相近。认为一般的术后康复指导即可,无需特殊康复培训、教育。荷兰的 Schimmel JJP 等研究发现一种新型的腰椎牵引装置 (Intervertebral Differential Dynamics Therapy) 对于腰背痛并无效果。

7 脊柱肿瘤

德国的 Disch A 报告了胸腰椎肿瘤多节段整块切除 (TES) 20 例 (原发肿瘤 15 例,转移瘤 5 例),切除脊椎节段 2~5 个,平均出血量 4600ml,平均手术时间 10h;根据术后病理检查结果,边缘性切除 13 例,广泛切除 7 例;平均随访 25 个月,局部复发率 5%。日本的 Kawahara 报告了下腰椎肿瘤整块切除 10 例,采用后路-前路-后路的手术技术,平均随访 57 个月,无局部复发。埃及的 ElMiligui Y 介绍了 9 例环形切除颈椎侵袭性骨肉瘤的临床经验。韩国和西班牙的医师分别报告脊柱转移瘤 Tokuhashi 评分在估计预后中的局限性。北京大学第三医院姜亮介绍了 30 例颈椎朗格罕氏组织细胞增生症 (嗜酸细胞肉芽肿) 的诊治,指出其不同于肿瘤,预后良好,应避免过度治疗。

8 不同的声音

本届 Eurospine 主席 Balagué F 在致辞中大段介绍了 Grandjean P 2008 年在 Epidemiology (19:158-162) 上的文章:流行病研究中的“七宗罪”。他指出在研究工作开始前,应先思量其真正的价值,我们的动机是什么?患者的真正需求是什么?他引用 Søren Kierkegaard 的话:“测量一个人的认知水平与他自愿实践之间的距离可以衡量他的能力。因为在理解与自愿之间往往阻隔有辩解与借口推诿”。如研究显示各种预防措施对青少年腰背痛没有预防作用,且这种腰背痛不影响生活质量,与成年后的退变关系不确定,但是市场上却充斥各种预防青少年腰背痛的产品,显示科学与伪科学的博弈。

瑞典的 Hansson T 等发现近年来腰椎管狭窄症 (中央管狭窄) 的手术内固定病例数大幅度增加。他统计了 412 例患者,从卫生经济学角度比较了 3 种常见术式:单纯减压组 (I)、减压+单纯后外侧融合组 (II) 与减压+融合+内固定组 (III)。作者发现三组的术前腰椎稳定性相近、术后疗效相当,但 III 组比 I 组的手术时间延长、出血量增加、住院花费增加 (均约 3 倍),且并发症也显著增多。在坐的手术医生解释了可能的原因。作者表示不否认内固定在特殊病例中的临床意义,但内置

物的泛用值得关注。

美国的 Arlet 等指出治疗青少年特发性脊柱侧凸时, 当今流行的全椎弓根螺钉固定与以往的钉钩混合固定的疗效相当, 将术后 X 线片的内置物部分遮挡后, 专业矫形外科医师和普通人均无法区分两种固定方式的疗效之间的区别。

9 Workshop 讲座

利用每天中午 2h 的午餐时间, 共组织了 4 次各种专题讲座(workshop)和各大厂家的 20 多场卫星会。我们关注了其中两场专题讲座。

在影像学专题中, 英国的 Smith F 介绍了开放 MRI 在脊柱退变性疾病中的作用, 展示了大量的无症状脊柱退变案例(例如关节突囊肿、髓核脱出)。他指出影像学快速发展, 临床医师容易过于依赖影像结果, 此时更需注意临床问诊及体格检查的重要性。比利时的 Parizel P 介绍, 对于严重脊柱外伤病例, 直接行 CT 检查的必要性。

在脊柱肿瘤专题中, 意大利的 Boriani S、西班牙的 Caceres E 和匈牙利的 Varga PP 分别介绍了脊柱原发肿瘤、转移瘤和骶骨肿瘤的治疗进展, 系统回顾了近年的文献。Boriani S 认为术前活检应使用套管针而非细针, 应经椎弓根活检而非椎板切除活检, 避免污染硬膜囊导致肿瘤播散种植。手术治疗及手术技术在原发脊柱肿瘤治疗中的作用肯定。手术边界决定了手术治疗是否有效, 边界决定了肿瘤的诊断与分级(staging), 恰当的肿瘤手术边界决定了肿瘤的局部复发率与预后。为了确保手术边界无瘤, 可能需要考虑牺牲重要血管、硬膜囊、神经根甚至脊髓, 但应由患者及家属决定是否做出这种牺牲, 而且这种解剖结构和功能的牺牲有一定前提和条件: 对于转移瘤和良性肿瘤(S1、S2)没有必要; 对于良性侵袭性的 S3 可考虑(planned transgression+adjuvant); 对于恶性的 I B 最适用; 恶性 II B 经全面化疗后也可考虑。反复的血管栓塞可以治愈动脉瘤样骨囊肿; 对于成骨肉瘤和尤文肉瘤, 整块切除及适当的放疗、化疗可获得最佳的疗效, 单纯的整块切除或经瘤切除+化疗的疗效均不佳; 对于脊索瘤和软骨肉瘤, 如手术不完整(有意或无意的), 术后放疗的有效剂量至少是 60~65Gy。Caceres E 指出脊柱转移瘤导致脊髓或马尾神经损害的发病率约为 5%。可从 4 个方面评价单发脊柱转移瘤的治疗效果: 局部复发、围手术期并发症(取决于手术技术和手术入路)、疼痛改善(生活质量)、神经功能改善(取决于术前情况及肿瘤分期)。他认为 Tokuhashi 脊柱转移瘤评分对于预测单发或非手术病例的生存期并不可靠, 尤其是 Tokuhashi 评分为 9~11 分时, 乳腺癌病例尤甚。他还认为 Tomita 评分不全面, 未考虑患者的疼痛、神经损害对手术方案的影响。他还指出, 对于硬膜外转移的患者, 常规放疗后疼痛缓解率为 50%~70%, 20%~60% 的患者可恢复行走功能, 局部控制率为 77%; 三维放疗(stereotactic)后疼痛缓解率为 85%~100%, 57%~92% 的患者可恢复行走功能, 局部控制率 90%。对于此类患者, 最佳的方法是手术减压和内固定。因文献较少, 难以说明整块切除技术在治疗单发脊柱转移瘤的意义; 一般认为整块切除不影响患者的生存期, 但可降低局部复发率。Varga PP 强调内固定在全骶骨切除术中的作用, 而 Boriani S 则展示了不使用内固定的疗效(需重建 L5-骶骨的韧带连接、卧床+支具保护 3 个月)。他们均建议脊柱肿瘤手术中使用自体血回输技术, 因为过滤装置可阻挡肿瘤细胞。

(收稿日期: 2009-10-27 修回日期: 2010-03-10)

(本文编辑 卢庆霞)

消息

第九届全国颈腰痛学术年会征文通知

第九届全国颈腰痛学术年会由《颈腰痛杂志》编辑部、安徽省康复医学会联合主办, 定于 2010 年 8 月 12 日~15 日, 在安徽省黄山市召开。

会议主题: 颈肩腰腿痛、脊柱脊髓损伤疾病的基础研究与临床及康复治疗的新进展、新方法、新信息。

征文要求: 颈肩腰腿痛、脊柱脊髓损伤疾病的基础研究与临床及康复治疗方面的论著、综述、新技术、新进展、传统医学(针灸、推拿、理疗、牵引、小针刀等)、典型病例报告。要求论文未公开发表, 全文字数原则上不宜超过 3000 字, 请将论文全文及结构式摘要(目的、方法、结果、结论, 论著要有英文摘要), 于 2010 年 6 月 30 日前寄至《颈腰痛杂志》编辑部。优秀论文在杂志上优先发表。

截稿日期: 2010 年 6 月 30 日(以邮戳为准), 来稿注明会议征文。会议具体时间和地点见第二轮通知。

会议注册费: 700 元/人, 食宿由大会统一安排, 费用自理(会务组提供正式票据)。

大会秘书处通讯地址: 安徽省合肥市长江西路 424 号 解放军第 105 医院内《颈腰痛杂志》编辑部, 邮编: 230031, 联系人: 吴成如, 赵伶俐; 电话: 0551-5136335, 2163079; 传真: 0551-5136335; E-mail: jiashou@mail.hf.ah.cn。