

DOI:10.16781/j.0258-879x.2016.03.0396

• 病例报告 •

## 腹腔内巨大脂肪瘤延伸至大腿肌肉间 1 例报告

杨小峰, 雷伟琦, 曹家庆\*

南昌大学第二附属医院胃肠外科, 南昌 330006

[关键词] 脂肪瘤; 腹腔; 治疗

[中图分类号] R 735 [文献标志码] B [文章编号] 0258-879X(2016)03-0396-02

### A giant abdominal lipoma extending to the thigh muscles: a case report

YANG Xiao-feng, LEI Wei-qi, CAO Jia-qing\*

Department of Gastrointestinal Surgery, The Second Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang 330006, Jiangxi, China

[Key words] lipoma; abdominal cavity; treatment

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2016, 37(3): 396-Inside back cover]

**1 病例资料** 患者, 女性, 28 岁, 因“体检发现腹腔肿物 2 年”于 2015 年 7 月 31 日入院。患者于 2013 年体检发现盆腔肿物, 无腹痛、腹胀, 无恶心、呕吐, 无尿频、尿急, 无行动异常, 当时未予重视, 未给予特殊处理, 后肿物逐渐增大, 遂于 2015 年 7 月 30 日在江西省妇幼保健院行下腹部 CT 检查, 结果提示: 盆腔占位, 考虑脂肪瘤, 结合手术史, 不排除脂肪肉瘤可能。患者曾于 2006 年因腹腔巨大脂肪瘤行手术切除, 当时切除标本大小约 20 cm×15 cm×8 cm(患者自诉, 未获得相关资料)。患者入我院后查体: 体温 36.0℃, 心率 71/min, 呼吸频率 20 次/min, 血压 97/53 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa); 神志清楚, 发育正常, 营养中等, 行动正常, 自动体位, 心肺未及明显异常, 左下腹局部膨隆, 未见肠型和胃肠蠕动波, 未见腹壁静脉曲张; 腹软, 左下腹可触及一直径约 15 cm 大小卵圆形肿块, 境界清楚、质地韧、不易移动; 无压痛、反跳痛, 无腹肌紧张, 肝脾肋下未及, 胆囊未触及, Murphy 征阴性。叩诊鼓音, 肝上界位于右锁骨中线第 5 肋间, 移动性浊音未及。肠鸣音弱; 未闻及血管杂音。入院检验肿瘤 4 项、凝血 4 项、血常规、肝肾功能等未见明显异常。入院复查下腹部 CT 增强扫描提示: 盆腔内左右侧各见一脂性团块, 左侧较大, 延伸至左侧大腿上中段肌间隙内, 左侧最大截面大小约 14.9 cm×9.8 cm, 右侧大小约 5.4 cm×4.1 cm, 内见分隔及点状钙化, 分隔不均匀, 轻度强化, 邻近组织受压、推移改变。子宫密度均匀强化, 未见明显增大, 双侧附件饱满, 附件区未见肿块。膀胱充盈可, 壁光整。直肠壁光整。盆腔未见明显肿大淋巴结, 盆腔未见明显积液(图 1)。诊断提示: 盆腔占位, 考虑脂肪瘤, 结合手术史, 不排除脂肪肉瘤可能, 请结合组

织学检查。入院诊断为: 腹腔、大腿肌间肿物(脂肪瘤?)。术前准备完善后于 2015 年 8 月 4 日在全麻下行腹腔肿瘤、大腿肌间肿瘤切除术, 术中于腹膜外将腹膜推向内侧, 部分腹膜与肿块粘连, 分离粘连, 见左侧腹膜后一巨大脂肪瘤, 肿瘤经腹股沟后方凸向左下肢约 10 cm, 充分显露腹膜后肿瘤, 见肿瘤表面多支神经束(图 2)。手术顺利, 标本完整, 大小约 10 cm×25 cm×40 cm, 重 3.4 kg(图 3)。术后标本病理检查提示: 瘤组织由大量成熟的脂肪细胞构成; 诊断提示: 不典型脂肪瘤(图 4)。术后患者恢复良好, 于 2015 年 8 月 18 日出院, 随诊至今, 未见复发。

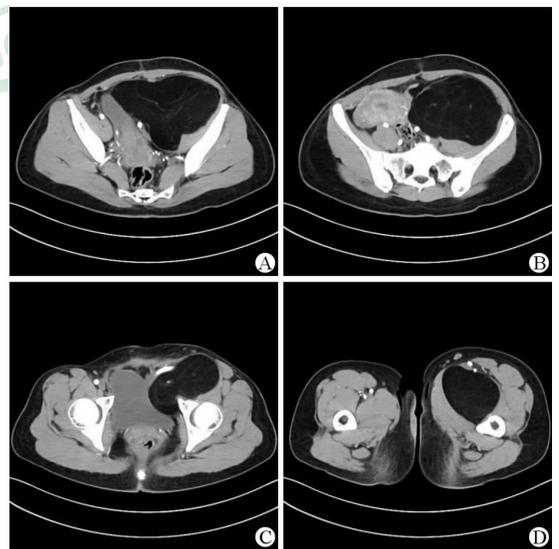


图 1 患者下腹部 CT 增强扫描结果

盆腔内左右侧各见一脂性团块, 左侧较大, 左侧最大截面大小约 14.9 cm×9.8 cm, 右侧大小约 5.4 cm×4.1 cm (A, B); 肿块延伸至左侧大腿上中段肌间隙内(C, D)

[收稿日期] 2015-10-19 [接受日期] 2015-11-11

[作者简介] 杨小峰, 硕士, 住院医师. E-mail: 874084559@qq.com

\* 通信作者 (Corresponding author). Tel: 0791-86298907, E-mail: cao.jiaqing@163.com

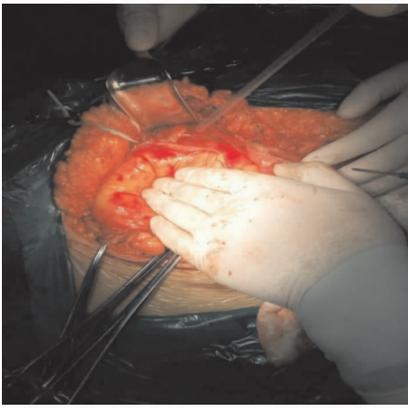


图2 术中肿瘤与周围组织关系

瘤体巨大,部分腹膜与肿块粘连,肿瘤表面多支神经束



图3 手术标本

完整瘤体,表面呈黄色,质软,包膜较完整,大小约10 cm×25 cm×40 cm,重3.4 kg

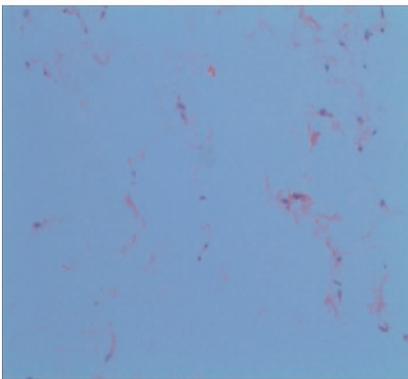


图4 手术标本病理检查结果

镜下见大量成熟的脂肪细胞。Original magnification: ×10

**2 讨论** 脂肪瘤是一种由成熟脂肪细胞所构成的常见良性肿瘤,来源于间叶组织;大多位于脂肪层,多境界清楚,呈分叶状,质软可有假囊性感、无痛;可于全身任何部位发病,但以四肢、躯干多见,其次为腹膜后及胃肠壁等处。腹内脂肪瘤可发生于胃肠道、大网膜、肠系膜和阑尾系膜,且一般无明显症状及体征,多在手术中偶然发现<sup>[1]</sup>。肿瘤较小时常无明显症状<sup>[2-3]</sup>,且生长缓慢,但可达巨大体积。本例患者无明显阳性

症状,脂肪瘤巨大且侵入腹腔并延伸至大腿肌间,多年生长,未得到及时诊治,较为罕见。

按成分比例不同,脂肪瘤可分为纤维脂肪瘤和血管脂肪瘤。当纤维组织增多达瘤体切面一半左右,即称纤维脂肪瘤。若血管成分增多达瘤体切面一半左右,则称血管脂肪瘤。目前脂肪瘤多依靠B超、CT、MRI诊断,脂肪瘤在CT中多表现为卵圆形或不规则形脂肪性低密度肿块影,CT值一般在-60~-120 HU之间,包膜可完整或不完整,边缘光整或不光整,境界一般较清楚,其内密度均匀或不均匀<sup>[4]</sup>。本病主要需与分化良好的脂肪肉瘤、血管瘤、淋巴瘤及神经纤维瘤等相鉴别。

脂肪瘤传统的治疗方法是手术切除<sup>[5]</sup>,且位于深部的脂肪瘤多无包膜,呈伪足状向四周蔓延浸润,有恶变可能<sup>[3]</sup>,应及时切除。本例患者系深部巨大脂肪瘤,须及时行手术治疗并尽量完整切除。手术切除对有包膜者较易,多能完整切除,达到治愈的目的;而对于无包膜者,由于边界不清,则难以彻底切除<sup>[3,6]</sup>,术后可能复发,且复发多为不典型性脂肪瘤。本例患者病理结果提示为不典型性脂肪瘤,但因未能获得患者既往(2006年)手术资料,目前尚不能确定此次病变是原发还是复发,仍需密切随诊。目前关于脂肪瘤的治疗方式仍在不断更新,有研究表明吸脂术在脂肪瘤,特别是多发性脂肪瘤的治疗中具有比较理想的效果<sup>[7]</sup>。微创甚至无创的治疗方式将被越来越多地应用于脂肪瘤的治疗中。

#### [参考文献]

- [1] Barut I, Tarhan O R, Cerci C, Ciris M, Tasliyir E. Lipoma of the parietal peritoneum; an unusual cause of abdominal pain[J]. Ann Saudi Med, 2006, 26: 388-390.
- [2] Bunker D L, Ilie V G, Halder T K. Torsion of an abdominal-wall pedunculated lipoma; a rare differential diagnosis for right iliac fossa pain[J]. Case Rep Surg, 2013, 2013: 587380.
- [3] 吴孟超,吴在德.黄家骊外科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:774.
- [4] 刘玉珂,郭会利,张敏,张斌青,陈亚玲,杨静.肌肉内脂肪瘤的CT与MRI诊断[J].实用放射学杂志,2012,28:1251-1254.
- [5] Bolivar de Souza Pinto E, Erazo I P J, Prado Filho F S, Muniz A C, Salazar G H. Superficial liposuction [J]. Aesthetic Plast Surg, 1996, 20: 111-122.
- [6] Môle B. [Assisted liposuction of lipomas][J]. Ann Chir Plast Esthet, 2000, 45: 522-525.
- [7] 童艳梅,郭宗科.吸脂术在脂肪瘤治疗中的应用[J].中国校医,2007,21:323-324.