

## 结肠脂肪瘤6例

田新社, 张慧松

田新社, 张慧松, 襄阳市铁路中心医院消化内科 湖北省襄阳市 441003

田新社, 主任医师, 主要从事消化内科临床及内镜的研究.

作者贡献分布: 田新社与张慧松对此文所作贡献均等, 共同搜集材料、撰写论文.

通讯作者: 田新社, 主任医师, 441003, 湖北省襄阳市樊城区中原路1号, 襄阳市铁路中心医院消化内科. tianxs@xftlyy.cn

电话: 0710-3021457

收稿日期: 2011-12-21 修回日期: 2012-01-19

接受日期: 2012-03-10 在线出版日期: 2012-03-18

### Colonic lipoma: an analysis of six cases

Xin-She Tian, Hui-Song Zhang

Xin-She Tian, Hui-Song Zhang, Department of Internal Medicine, Xiangyang Tielu Central Hospital, Xiangyang 441003, Hubei Province, China

Correspondence to: Xin-She Tian, Chief Physician, Department of Internal Medicine, Xiangyang Tielu Central Hospital, Xiangyang 441003, Hubei Province, China. tianxs@xftlyy.cn

Received: 2011-12-21 Revised: 2012-01-19

Accepted: 2012-03-10 Published online: 2012-03-18

### Abstract

**AIM:** To summarize the clinical features of colonic lipoma and to analyze reasons for misdiagnosis of this disease.

**METHODS:** The clinical data for six patients with colonic lipoma who underwent treatment at our hospital from 1995 to 2010 were reviewed retrospectively to analyze the iconographic and clinicopathologic characteristics of the disease and the reasons for misdiagnosis.

**RESULTS:** Three patients initially diagnosed with colonic carcinoma at barium enema examination revealed a radiolucent spherical filling defect with well-defined margins. One patient was initially diagnosed with colonic polyposis by abdominal CT scanning. In all patients, colonoscopy revealed a lump located in the submucosa of the colon. Of six patients, one was diagnosed with colonic lipoma, three were misdiagnosed with colonic carcinoma, and two were misdiagnosed with colonic polyposis. Only one case was accurately diagnosed before hemicolectomy, and

the misdiagnosis rate was 83.3%. The reasons for misdiagnosis included rarity, unspecific clinical manifestations, absence of typical endoscopic findings because of inflammation and erosion of tumor surface, and doctor's insufficient knowledge of colonic lipoma.

**CONCLUSION:** Correct diagnosis of colonic lipoma can be achieved by multiple endoscopic biopsies. Endoscopic electroresection or local intestinal resection can be selected in patients with colonic lipoma.

**Key Words:** Symptomatic colonic lipoma; Diagnosis; Therapy

Tian XS, Zhang HS. Colonic lipoma: an analysis of six cases. *Shijie Huaren Xiaohua Zazhi* 2012; 20(8): 699-702

### 摘要

**目的:** 探讨结肠脂肪瘤的临床特点及误诊原因, 以提高诊断率.

**方法:** 调阅病历、结肠镜、腹部CT、结肠钡剂造影图像、结肠镜活检病理切片、手术切除标本病例切片等资料. 对我院1995-2010年病理确诊的6例结肠脂肪瘤病例的临床、内镜下、影像学表现、病理图片及误诊原因进行回顾性分析.

**结果:** 3例行结肠钡剂造影, 见结肠充盈缺损, 诊断结肠癌; 1例行腹部CT检查, 诊断结肠息肉; 6例均行结肠镜检查, 均发现结肠黏膜下肿块; 诊断结肠癌3例、结肠息肉2例、结肠脂肪瘤1例. 6例患者中, 仅1例术前获确诊. 误诊率83.3%(5/6). 误诊原因主要有: 该病发病少, 临床少见; 临床表现无特异性; 瘤体表面因炎症、糜烂等, 失去内镜下典型表现而酷似结肠癌; 医生对本病认识不足.

**结论:** 内镜检查时结肠脂肪瘤瘤体同一部位多次深挖活检应可做出正确诊断. 治疗可根据情况行内镜下高频电切除或行手术作肠段切除术.

**关键词:** 结肠脂肪瘤; 诊断; 治疗

### ■背景资料

结肠脂肪瘤是消化系统良性肿瘤, 临床少见. 易误诊为结肠息肉、结肠癌等. 有些病例甚至进行了结肠癌根治手术.

### ■同行评议者

王正康, 教授, 北京中日友好医院普通外科

## ■相关报道

李智宇等对结肠脂肪瘤内镜下典型表现进行了较详细描述。黄笛鸣等介绍了B超、CT、MRI等影像学检查在本病诊断中的意义。

田新社, 张慧松. 结肠脂肪瘤6例. 世界华人消化杂志 2012; 20(8): 699-702

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/20/699.asp>

## 0 引言

结肠脂肪瘤为消化系良性肿瘤, 90%患者脂肪瘤体位于结肠黏膜下层, 少数可位于肌层和浆膜下层。75%患者能出现腹痛, 大便性状及排便习惯改变等临床表现, 仅有25%患者可出现肠梗阻和肠套叠严重并发症<sup>[1]</sup>; 瘤体因炎症、糜烂及溃疡在内镜下与结肠癌极其相似, 而活检时亦难以取到特异性脂肪组织, 给内镜下活检定性带来了困难。因结肠脂肪瘤缺乏特异性临床表现及辅助检查, 所以诊断困难且易于误诊。现对1995-2010年我院病理确诊6例结肠脂肪瘤进行回顾分析。

## 1 材料和方法

1.1 材料 本组结肠脂肪瘤6例, 均来至1995-2010年在本院就诊的病例。其中男4例, 女2例, 年龄43-64岁, 平均57岁。

### 1.2 方法

1.2.1 体格检查: 右中腹、左下腹压痛各2例; 右中腹、左下腹可触及肠管各1例, 均未扪及腹部包块; 腹部无阳性体征2例。

1.2.2 影像学检查: 3例行钡剂灌肠检查, 分别于升结肠、结肠肝曲、乙状结肠见长径1.0-3.0 cm椭圆形充盈缺损。诊断考虑: 结肠占位病变, 结肠癌可能。1例行腹部CT检查, 见结肠肝曲肠腔内直径2.0 cm之类椭圆形低密度块影, 边缘光滑, CT值-101HU, 密度均匀, 增强扫描无强化。诊断考虑结肠息肉。

1.2.3 结肠镜检查: 6例均行结肠镜检查: 均见肠腔肿块, 肿块长径1.0-4.0 cm。位于升结肠、结肠肝曲各2例, 乙状结肠、直肠各1例。其中肿块表面糜烂、破溃并肠腔狭窄3例, 诊断结肠癌可能。2例肿块表面充血, 呈草莓色, 诊断为结肠息肉。1例肿块为亚蒂, 表面呈黄色, 诊断结肠脂肪瘤。

1.2.4 结肠镜活检病理检查: 黏膜慢性炎症及少量坏死组织5例; 细胞异型增生2例; 脂肪瘤1例。均未见癌细胞。

1.2.5 实验室检查: 血、尿、便常规均正常; CEA等肿瘤标志物轻度升高2例, 正常4例; 大便潜血试验(++)3例, (+)1例。

## 2 结果

2.1 主要临床表现 出现症状2-24 mo。慢性腹痛4

例, 大便次数增多3例, 便血1例。无症状2例(因痔疮术前常规结肠镜检查发现)。

2.2 钡剂结肠造影 3例行钡剂结肠造影检查, 诊断结肠癌。

2.3 腹部CT检查 1例行腹部CT检查, 诊断结肠息肉。

2.4 结肠镜检查 均发现结肠有肿块。其中肿块表面破溃、糜烂并肠腔变窄3例; 肿块表面充血2例; 亚蒂肿块表面呈黄色1例。诊断结肠癌3例, 结肠息肉2例, 结肠脂肪瘤1例。瘤体位于升结肠、乙状结肠各2例, 肝曲、直肠各1例。肿块长径1-4 cm(图1)。

2.5 切除标本病理检查 均为结肠黏膜下脂肪瘤(图2)。

2.6 治疗 5例行开腹手术肠段切除, 1例行内镜下电凝电切术。切除标本病理检查: 均为黏膜下脂肪瘤。6例均治愈出院, 无并发症。住院时间8-18 d。

2.7 误诊情况 6例结肠脂肪瘤, 仅1例术前确诊, 误诊为结肠癌3例, 结肠息肉2例, 误诊率83.3%(5/6)。

## 3 讨论

结肠脂肪瘤的发病机制尚未阐明。可能与炎症刺激致结缔组织变性, 组织内纤维小梁的腺管周围浸润或由于组织的淋巴供应和血液循环障碍导致脂肪组织沉积有关<sup>[2]</sup>, 也可能与全身脂肪代谢缺陷和Whipple病及肠营养不良有关<sup>[3]</sup>。

结肠脂肪瘤分为6型: (1)腔内型: 肿瘤突入肠腔内生长, 组织学为黏膜下脂肪瘤, 其表面糜烂、溃疡可反复出血, 甚至出现梗阻、肠套叠等相应的临床征象; (2)腔外型: 肿瘤向腹腔突出生长, 即组织学为浆膜下脂肪瘤, 但临床多无症状, 瘤体较大者腹部可触及光滑、活动的包块; (3)腔内外型: 肿瘤既向肠腔内、也向肠腔外同时生长; (4)肠壁间型: 肿瘤局限于肠壁间生长; (5)腔内外及肠壁间型; (6)环行生长型: 肿瘤环绕肠管生长<sup>[4]</sup>。以上各型分别占82.5%、3.6%、6.2%、6.2%、1%和0.5%。本组6例均为黏膜下脂肪瘤。

结肠镜是诊断结肠脂肪瘤的重要手段<sup>[5]</sup>。结肠脂肪瘤典型内镜表现为淡黄色球形肿块, 有时被黏膜血管颜色掩盖, 在对肿块表面施压时可呈现脂肪瘤特异性的淡黄色<sup>[6]</sup>。因脂肪瘤质地松软, 活检钳推压后其表面局部凹陷, 放开后迅速恢复原状, 称为“枕垫征”(pillow or cushion sign); 活检钳掀起其表面黏膜, 其内部脂肪组



图1 结肠脂肪瘤内镜下表现.

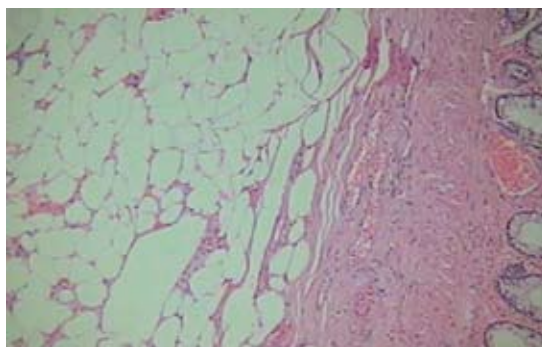


图2 结肠脂肪瘤病理改变.

## ■创新盘点

本文从内镜医师的视角提出: 结肠镜检查时对瘤体同一部位多次深挖取材活检可助诊断.

组织可随之隆起<sup>[7]</sup>, 称为“帐篷征”(tent sign); 对瘤体同一部位反复取活检, 其下方脂肪组织可以从黏膜破损处突出, 称为“裸脂征”(naked sign)<sup>[3]</sup>. 但有时因肿瘤表面慢性炎症、增生变硬、变厚而没有以上典型征象, 且活检难于取到深部组织送病检, 往往术前结肠镜检查未能明确诊断. 此外, 钡剂灌肠造影CT、MRI、B超等检查对结肠脂肪瘤的诊断有重要意义<sup>[3,8]</sup>. 而超声内镜检查确诊率为93.8%<sup>[9]</sup>, 并可明确脂肪瘤的类型.

结肠脂肪瘤术前诊断较为困难, 易误诊为结肠息肉、结肠癌等. 误诊原因与以下因素有关: (1)发病少、临床少见. 国外报道发生率为0.035%-4.4%<sup>[10,11]</sup>; (2)临床症状、体征缺乏特异性. 一般瘤体达到2-3 cm以上才会出现症状, 主要表现为腹痛、腹块、大便次数增多、肠梗阻等<sup>[1]</sup>. 与结肠炎、结肠癌、肠梗阻等症状相似. 本组6例, 4例有慢性腹痛, 3例有大便次数增多; (3)结肠镜下往往因瘤体表面炎症、糜烂、溃疡, 失去典型脂肪瘤内镜下表现而酷似结肠癌. 且由于反复糜烂修复, 表面黏膜增厚, 内镜活检时不易取到特征性脂肪组织; (4)临床医生, 尤其是内镜医生对本病认识不足, 仅满足于较常见的结肠癌、结肠息肉等诊断, 活检时未能深部取材而导致漏诊、误诊. 在行结肠镜时, 若医生对结肠脂肪瘤的内镜下特征有充分认识, 直视下深部取材活检应能取到瘤体脂肪组织而作出正确诊断. 本组1例采用瘤体同一部位多次深挖取材而确诊.

结肠脂肪瘤术前确诊, 关键在于与结肠癌的鉴别. 其临床意义在于: 避免行不必要的结肠癌根治术, 从而减轻患者痛苦, 降低手术风险, 减少治疗费用.

结肠脂肪瘤的治疗应根据其类型、瘤体大小、有无肠梗阻等并发症而有所选择. 脂肪瘤很

少癌变, 直径<2 cm, 无临床症状者可不予处理, 定时内镜随访; 蒂较长的腔内型脂肪瘤, 只要结肠镜圈套器能完整横断蒂部、横断部位距肠壁2-3 mm且瘤体可悬于肠腔者, 则可行内镜下电凝电切治疗. 因脂肪为不良导体, 电凝时瘤体中心脂肪组织不易凝固, 易导致出血或深部损伤, 要严格掌握适应症, 并仔细操作. 本组1例行高频电圈套切除, 未出现出血、穿孔等并发症.

非腔内型脂肪瘤及并发肠梗阻、肠套叠等并发症者, 则采用手术治疗, 作肠段切除<sup>[12,13]</sup>. 结肠脂肪瘤可伴消化系恶性肿瘤<sup>[14]</sup>. 因此术中应送快速冰冻切片, 并仔细检查结肠, 以避免遗漏另外的病灶<sup>[15]</sup>.

## 4 参考文献

- 1 Bahadursingh AM, Robbins PL, Longo WE. Giant submucosal sigmoid colon lipoma. *Am J Surg* 2003; 186: 81-82
- 2 陈志平, 潘群雄, 庄建良. 结肠脂肪瘤7例分析. *中国误诊学杂志* 2002; 2: 137
- 3 李智宇, 覃建章, 汪建平. 结肠脂肪瘤的诊断和治疗. *中华胃肠外科杂志* 2002; 5: 269-271
- 4 孙淑明, 刘婉秀, 徐新, 吴丽娥, 吴利标. 结肠脂肪瘤6例临床分析. *中国综合临床* 2005; 21: 58-59
- 5 Mason R, Bristol JB, Petersen V, Lyburn ID. Education and imaging. Gastrointestinal: lipoma induced intussusception of the transverse colon. *J Gastroenterol Hepatol* 2010; 25: 1177
- 6 Santhanam AN, Sillar RW, Roberts-Thomson IC. Education and imaging. Gastrointestinal: gastrointestinal lipomas. *J Gastroenterol Hepatol* 2006; 21: 1628
- 7 Du L, Shah TR, Zenilman ME. Image of the month--quiz case. Intussuscepted transverse colonic lipoma. *Arch Surg* 2007; 142: 1221
- 8 黄笛鸣, 谢文彪. 结肠脂肪瘤诊断与治疗(附2例报告). *南华大学学报医学版* 2008; 36: 121-123
- 9 张铁群, 姚礼庆, 秦新裕, 周平红, 徐美东, 侯英勇. 胃肠道脂肪瘤的诊断与治疗. *中华胃肠外科杂志* 2007; 10: 512-514
- 10 翟建文, 胡基刚, 徐岩. 结肠脂肪瘤误诊分析. *中国综合临床* 2002; 18: 447
- 11 Martin P, Sklow B, Adler DG. Large colonic lipoma mimicking colon cancer and causing colonic intussusception. *Dig Dis Sci* 2008; 53: 2826-2827
- 12 Paškauskas S, Latkauskas T, Valeikaitė G, Paršeliūnas

## ■同行评价

结肠脂肪瘤少见,术前确诊有一定困难,若能术前即确定诊断,常可避免不必要的手术,本文有一定参考价值。

- A, Svagždys S, Saladžinskas Z, Tamelis A, Pavalkis D. Colonic intussusception caused by colonic lipoma: a case report. *Medicina (Kaunas)* 2010; 46: 477-481
- 13 Jiang L, Jiang LS, Li FY, Ye H, Li N, Cheng NS, Zhou Y. Giant submucosal lipoma located in the descending colon: a case report and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 5664-5667
- 14 徐庆, 陈锦先, 崔喆, 王争, 王平治. 肠道脂肪瘤的诊断和治疗. *胃肠病学* 2004; 9: 158-160
- 15 张思宇. 大肠脂肪瘤15例报告. *中国普通外科杂志* 2003; 12: 274-275

编辑 张姗姗 电编 鲁亚静

ISSN 1009-3079 (print) ISSN 2219-2859 (online) CN 14-1260/R 2012年版权归世界华人消化杂志

## • 消息 •

## 中国科技信息研究所发布《世界华人消化杂志》 影响因子 0.694

本刊讯 2011-12-02, 一年一度的中国科技论文统计结果由中国科技信息研究所(简称中信所)在北京发布。《中国科技期刊引证报告(核心版)》统计显示, 2010年《世界华人消化杂志》总被引频次3458次, 影响因子0.694, 综合评价总分60.6分, 分别位居内科学类49种期刊的第5位、第7位、第6位, 分别位居1998种中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)的第79位、第320位、第190位; 其他指标: 他引率0.83, 被引半衰期4.9, 来源文献量712, 文献选出率0.90, 参考文献量17963, 平均引文数25.23, 平均作者数4.35, 地区分布数29, 机构分布数349, 基金论文比0.45, 海外论文比0.01。(编辑部主任: 李军亮 2012-01-01)