

脂肪瘤继发肠套叠 2 例

田建军¹, 倪海燕²

(1. 昆明肛泰肛肠医院 内科, 云南 昆明 650021; 2. 昆明医科大学 附属延安医院 病理科, 云南 昆明 650051)

摘要:成人继发肠套叠属少见病例, 临床表现缺乏特异性, 术前诊断较为困难. 内镜下所见肠套叠多表现为口唇或舌样, 腊肠样肿物表面黏膜呈“螺旋弹簧”改变. 结直肠脂肪瘤多无蒂、呈半球型, 表面光滑或有溃疡形成、色泽微黄, 质地柔软, Cushing 征阳性. 如瘤体较大引起黏膜脱垂则表现为腊肠样外观, 可随压力在肠腔内滑动. 内镜对肠套叠的定位及定性诊断具有一定价值, 但通过内镜下活检明确肿瘤性质较为困难.

关键词:回肠肿瘤; 乙结肠肿瘤; 脂肪瘤; 肠套叠; 结肠镜检查

中图分类号:R735.35 **文献标识码:**A **文章编号:**1674-5639(2014)06-0084-03

Two Cases of Intussusceptions Due to Lipoma

TIAN Jian-jun¹, NI Hai-yan²

(1. Department of Internal Medicine, Kunming Anorectal Disease Hospital, Yunnan Kunming 650021, China;

2. Department of Pathology, The Affiliated Yan'an Hospital, Kunming Medical University, Yunnan Kunming 650051, China)

Abstract: Secondary intussusception in adults is a rare case. There is no specific manifestation and preoperative diagnosis is difficult. The features of intussusception in colonoscopy are like lips or tongue and the mucosal surface of the sausage-like masse is like 'helical spring'. Most of colorectal lipomas are sessile or subpedunculated, with smooth or ulceration yellowish surface, whose textures are soft, and the Cushing's sign of the lipomas are positive. If the tumor is large and causes mucosal prolapsed, the intussusception would have a sausage-like appearance and slide in the colon cavity due to the pressure. The colonoscopy for qualitative and locating diagnosis of intussusception has a certain value, but it is difficult to define lipoma's properties by endoscopic biopsy.

Key words: ileal tumors; sigmoid colon neoplasms; lipoma; intussusception; colonoscopy

1 病例 1

患者男性, 47 岁, 因下腹痛伴间断呕吐、腹泻, 10 d 入院. 自诉饮食不当后出现脐周及下腹部阵发性绞痛, 伴腹胀, 间断呕吐胃内容物数次. 每日解黄褐色及红色水样便 10 余次, 便后腹痛有所缓解. 无发热、里急后重及肛门坠胀感. 体重(体质量)下降约 3 kg.

查体: 腹平软, 脐周、左右下腹压痛, 未扪及肿块; 无肌卫、反跳痛, 肠鸣音 6 次/min; 血象正常; 肿瘤标志物正常; 大便常规检查可见少量红细胞, 潜血试验阳性.

结肠镜检查: 至升结肠可见一长柱状肿物, 游离、阻塞肠腔, 镜身尚可通过, 继续进镜至回盲部见肿物根部; 肿物长约 10 cm, 表面充血, 触之质硬, 顶端充血糜烂; 阑尾开口未见异常, 未见回盲瓣, 如下图 1 和图 2 所示. 内镜下自肿物顶端取材, 病理显示黏膜中度慢性炎伴坏死, 复合溃疡病变, 未见肿瘤.

CT 检查: 回盲瓣结构显示不清, 盲肠及升结肠呈“靶征”样表现, 其内可见软组织及脂肪组织密度影像, 增强扫描, 软组织部分未见明显强化, 脂肪组织密度灶内可见血管影像; 回肠远段扩张积液; 腹腔淋巴结未见增大, 未见腹水; 多考虑肠套叠, 如下图 3 所示. 手术见腹腔淡血性渗液 300 mL, 回肠末端形成回一回及回一盲肠的套叠, 且有不全性肠梗阻存在; 复位后见回肠距末端 20 cm 处可见有一腔内生生长肿物, 约 4 cm × 3.5 cm × 3.5 cm 大小, 质稍硬, 形状不规则, 不活动; 相应肠系膜有增厚、僵硬, 表面高低不平呈团块样改变, 并见众多肿大淋巴结(直径 1.5 cm); 大网膜远段还可见一 7 cm × 6 cm × 4 cm 大小紫色中等质地肿物(似血管瘤改变); 术中切除范围包括回肠肿物、相应病变改变的肠系膜及多枚肿大淋巴结在内的回肠末段 40 cm、盲肠、升结肠、大网膜肿物.

术后病理: 回肠末段血管平滑肌脂肪瘤伴细胞增生活跃, 表面溃疡形成; 大网膜脉管及脂肪组织呈瘤样增生; 小肠系膜 6 枚肿大淋巴结呈反应性增生; 慢性阑尾炎. 如下图 4 所示, 光镜下(HE

收稿日期: 2014-10-31

作者简介: 田建军(1976—), 男, 山东济南人, 主治医师, 硕士, 主要从事内科消化系病及内镜诊疗研究; 倪海燕(1976—), 女, 江苏靖江人, 主治医师, 硕士, 主要从事临床病理诊断研究.

染色 10×10)可见肿瘤由成熟脂肪组织、厚壁的不规则的血管和平滑肌组成. 确诊回肠血管平滑肌脂肪瘤并不完全小肠梗阻,回肠—回肠—结肠型肠套叠.

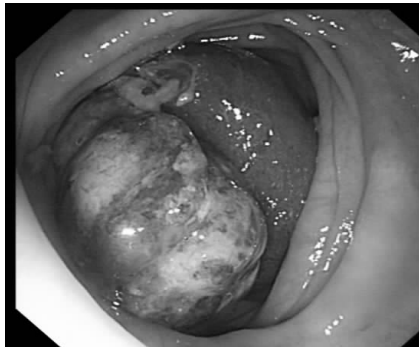


图1 结肠镜示升结肠肿物远端



图2 结肠镜示升结肠肿物近端



图3 腹部CT横断面扫描示升结肠“靶形征”

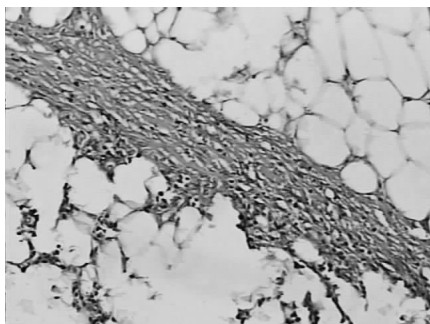


图4 血管平滑肌脂肪瘤光镜所见

2 病例 2

患者女性,59 岁,因反复左侧腹痛伴腹泻 1 月余入院. 每日解稀水样便 3~4 次,间断粘液、脓血便,伴里急后重,门诊治疗无缓解.

结肠镜(如下图 5 所示)于乙状结肠远端可见一长柱状肿物,游离、阻塞肠腔,镜身不能通过;肿物长约 5 cm,表面无明显充血,远端附着粪便及分泌物,触之质韧,注气后肿物可退入乙结肠近端. 考虑乙状结肠肿物并肠套叠.

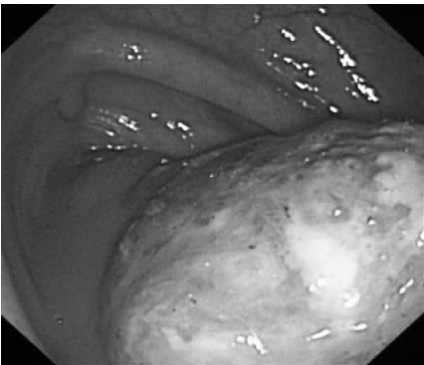


图5 结肠镜下所见乙结肠肿物

内镜下病理示:黏膜慢性炎伴坏死,符合溃疡病变,未见肿瘤.

半月后患者再次来诊. 查体:腹平软,左下腹可扪及 10 cm 梭形质韧包块,固定,边界不清,压痛明显,无反跳痛,肠鸣音 8~10 次/min. 大便为淡红色粘液便,红细胞 1-3/HP,白细胞 4-8/HP,潜血试验阳性,血象正常,肿瘤标志物正常.

CT 检查:结肠内肠管扩张,积气明显,乙状结肠部分肠管壁增厚,未见确切肿块影. 手术见乙结肠、直肠明显充血水肿,乙状结肠约 25 cm 套入直肠内,复位困难;切除乙、直肠约 40 cm,于乙结肠距脾曲 30 cm 处的肠腔内触及 6 cm \times 5 cm 包块. 如下图 6 所示,剖开的肿瘤组织中可见黏膜下层的脂肪组织. HE 染色病理切片如下图 7 所示,肿瘤位于黏膜下方,由成熟的脂肪细胞组成;肿瘤之间可见炎性细胞浸润,表面溃疡形成. 确诊乙状结肠脂肪瘤并不完全性结肠梗阻,结肠—结肠型肠套叠.



图6 乙状结肠脂肪瘤剖面

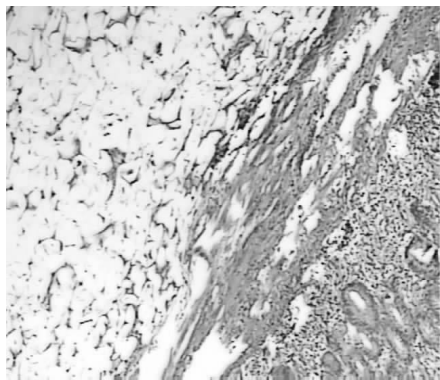


图7 脂肪瘤光镜所见

3 讨论

在所有肠套叠病人中,成人占 5%,其中约 1%~5% 发生肠梗阻^[1].成人肠套叠约 90% 为继发性,多数原因为癌肿、息肉、Meckel 憩室、结肠憩室、结构性异常或良性肿瘤^[2].成人肠套叠的临床表现多为非特异性,缺乏儿童肠套叠典型的“三联征”,术前诊断较为困难.

文献[3]报道,结肠镜对肠套叠的定位及定性诊断具有一定价值,既可发现套叠肠管又可明确套叠的原因,术前及术中内镜检查可以为手术决策提供依据.常见的回肠—结肠型和结肠—结肠型套叠,内镜下可见套入的肠管呈唇口或舌样改变,腊肠样肿物表面肠壁黏膜的“螺旋弹簧”表现,据此表现能明确套入肠管的形态、长度、表面及根部情况.部分病例套入部呈环状,表面光滑,充血水肿,似“宫颈样”改变^[4].若能见到起“铅坠”作用的新生物,多表现为凸入腔内的类圆形肿块,表面黏膜完整光滑、淡黄色或黏膜充血糜烂,有时与恶性肿瘤难以鉴别^[5].在见到确切肿瘤时,可以取材送检,但在不能区分可疑肿块和套入肠管的情况下,活检应慎重,以免误取

套入的肠管加重肠壁的损伤.如能明确肠套叠的原因是阑尾炎症、息肉,则可避免不必要的外科手术.此外,内镜下考虑肠套叠诊断时,尚可尝试内镜复位套叠肠管,避免手术之苦.

对于非黏膜层病变,如淋巴瘤、脂肪瘤等,结肠镜检查不能获得病理学诊断,有一定的局限性.临床医生应综合超声内镜、影像学等综合考虑患者病情作出判断.本文 2 例均为脂肪瘤导致肠套叠.国外的尸检资料显示,结肠脂肪瘤的发病率只有 0.2%,较为少见^[2].脂肪瘤来自肠壁内的脂肪结缔组织,生长在黏膜层以下,向腔内突出,瘤体一般不大,约 2/3 有蒂^[5].文献[6]报道,内镜下结肠脂肪瘤多无蒂、呈半球型,表面光滑或有溃疡形成、色泽微黄,质地柔软,Cushing 征阳性.如瘤体较大引起黏膜脱垂则表现为腊肠样外观,可随压力在肠腔内滑动.本文患者发病时间长,导致局部血液循环障碍,因肠壁水肿、粘膜坏死未能正确诊断套叠前端的肿物性质.

[参考文献]

- [1] GAL R, KOLKOW Z, NOBEL M. Adenomyomatous hamartoma of the small intestine; a rare cause of intussusceptions in an adult[J]. Am J Gastroenterol, 1986, 12: 1209-1211.
- [2] MARINIS A, YIALLOUROU A, SAMANIDES L, et al. Intussusception of the bowel in adults; a review[J]. World J Gastroenterol, 2009, 15: 407-411.
- [3] 杨浩昇, 车筑平, 徐艳. 少见原因所致成人肠套叠 2 例[J]. 广东医学, 2013, 34(4): 659-659.
- [4] 刘海峰, 左楚清, 卞红强, 等. 大肠镜在小儿肠套叠诊治中的应用[J]. 中华消化内镜杂志, 2007, 24(5): 331-334.
- [5] 吴阶平, 裘法祖. 黄家驷外科学: 上册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1992: 1220-1230.
- [6] 陈巍峰, 姚礼庆, 周平红, 等. 结直肠脂肪瘤 20 例诊治分析[J]. 中国临床医学, 2010, 17(6): 835-835.

