

## 病例报告

## 1例直肠脂肪瘤病例报告及文献回顾

刘金龙, 张书信<sup>△</sup>, 荆涛, 孙蕾, 刘子号, 尹毓章, 杨恒

北京中医药大学东直门医院肛肠科 北京 100700

DOI:10.19668/j.cnki.issn1674-0491.2022.05.018

脂肪瘤是常见于体表的良性肿瘤, 多为质地柔软、活动性好的皮下包块, 常无特殊不适, 小的单发脂肪瘤可不处理, 多发的、体积较大的或体积明显增大的脂肪瘤可予切除。结直肠脂肪瘤罕见, 患者可在接受腹部CT检查或结肠镜检查时发现病变。该病可无特异性临床表现, 瘤体生长过大时可有腹痛、便秘等症状<sup>[1]</sup>, 故临床诊断该病难度大, 也易误诊、漏诊。本文报告1例误诊为混合痔、直肠黏膜内脱垂的直肠脂肪瘤病例的诊治过程, 结合文献资料与同道进行临床诊疗交流。

## 1 临床资料

## 1.1 病例介绍

患者女性, 71岁, 因“反复肛门胀痛10年, 加重伴肛内肿物脱出3月”来诊。患者诉10年前无明显诱因下出现肛门胀痛, 未予特殊处理, 其后肛门胀痛反复出现, 期间自行以“痔疮膏”(具体不详)外涂、“痔疮栓”(具体不详)纳肛、高锰酸钾溶液泡洗后无明显效果, 未予其余特殊处理。近3个月来, 肛门胀痛较前加重, 伴肛内肿物脱出, 需以手法还纳, 每日排便1次, 粪便质软、成形, 无腹痛、腹泻、便血, 无黑便、脓血便及黏液便, 无排便不尽感。近3个月来, 患者精神、食欲、睡眠尚可, 大便如前述, 小便正常, 无明显体重减轻。患者既往有右膝关节置换术手术史, 否认其余既往病史, 否认家族成员肿瘤病史。门诊以“混合痔”收入院。

专科检查(左侧卧位): (视诊)肛周皮肤无破损、潮湿及色素沉着, 肛缘12点位(截石位记录法)可见皮赘增生。(触诊)肛门括约肌稍紧张、无痉挛, 肛门收缩运动及舒张运动功能可, 进指6cm, 无触痛, 可触及松弛直肠黏膜, 未触及明显肿物, 退指至齿状线处, 可触及柔软隆起物和细小质韧肿物, 退指指套无脓血染。直肠镜检查进镜6cm, 可见直肠黏膜松弛脱垂, 肠腔消失, 齿状线处3点、7

点、11点位(截石位记录法)可见黏膜隆起充血, 3点位(截石位记录法)见米粒大小赘生物。

辅助检查: 血常规、血生化、凝血功能、免疫四项、肿瘤标志物、心电图等检查未见明显异常。

术前专科诊断: 1.混合痔; 2.直肠黏膜内脱垂。

## 1.2 诊治经过

患者入院后排除手术禁忌证, 完善术前准备, 拟当日行RPH治疗。患者取左侧卧位, 采用局麻方式, 常规消毒铺巾, 经阴道、肛门联合指诊, 于直肠前壁距肛门6cm处触及一肿物, 质韧, 活动度良好。直肠镜进镜见一红黄相间的鹌鹑蛋大小的圆形肿物, 有包膜, 膜上见数条毛细血管走行, 使用艾丽斯钳钳夹肿物, 将其拖出肛外(图1)。

患者改行经肛门直肠肿物切除术, 取左侧卧位, 使用弯钳钳夹肿物基底黏膜, 7号丝线将黏膜“8”字缝扎, 行黏膜下切除, 再次直肠镜进镜观察, 结扎点未见明显出血, 肠腔显露良好, 直肠黏膜松弛不明显。检查肿物标本, 有完整包膜, 约4.2cm×4.2cm×4.0cm大小, 广基, 基底约1.0cm×1.0cm大小, 解剖标本见黄色脂肪组织(图2)。肛缘12点位(截石位记录法)行混合痔外剥内扎术, 齿状线处3点、7点、11点位(截石位记录法)行痔上黏膜RPH。术毕, 患者安返病房, 标本送病理检查。

术后予抗生素预防性抗感染3d, 每日清洁换药1次, 嘱患者低渣高蛋白饮食, 予少量乳果糖软化粪便。术后第1天, 患者排便排气正常。术后第3天, 患者诉排便时肛门坠胀疼痛, 查看创面未见明显异常, 予观察并继续清洁换药处理。术后第6天, 患者诉前述疼痛减轻, 患者一般情况良好, 予办理出院。出院时术后病理结果待回报, 出院诊断: 1.直肠脂肪瘤; 2.混合痔。

术后第30天, 患者复诊, 诉近2日排便时肛门稍有坠胀疼痛, 予化痔栓纳肛以镇痛(每次1粒, 每

△通信作者, E-mail: 13661027611@126.com

日1次,门诊开具处方药量为2盒)。术后第60天,医师电话随访,患者诉无特殊不适,饮食运动如常。随访时建议患者完善结肠镜检查以明确结肠其他部位是否存在类似瘤灶,但患者由于经济原因未行结肠镜检查。

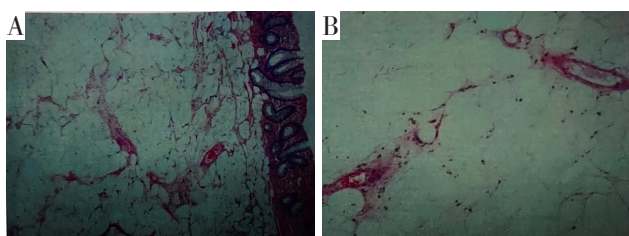
术后病理回报(图3):(直肠)大肠黏膜下纤维血管脂肪瘤。



图1 术中将肿物拖出肛外



图2 解剖手术标本



A.×4; B.×10。

图3 术后病理所见(苏木精—伊红染色)

## 2 讨论

本例患者病理结果报告“纤维血管脂肪瘤”,其来源于间叶组织,以纤维细胞构成间隔,内部主要为脂肪组织,又含有少量血管组织,故称之为<sup>[2]</sup>,可视为特殊类型的脂肪瘤<sup>[3-4]</sup>。结直肠脂肪瘤罕见,有国外文献报道称结肠脂肪瘤占结直肠息肉样病变的比例不超过4.4%<sup>[5]</sup>,国内有学者报道了31例肠脂肪瘤病例资料分析结果,其中经结肠镜检查明确的瘤灶位于直肠的仅2枚<sup>[6]</sup>。脂肪瘤发生在直肠可无症状,或症状无特异性,临床较难发现病灶,术中临床诊断很重要,但病理诊断依靠组织学评价<sup>[7]</sup>。

结直肠脂肪瘤多在结肠镜检查 and (或) 影像学检查中偶然发现。在结肠镜下,脂肪瘤容易识别,外观为包膜完整的黄色类圆形肿物,可见血管走行,活动度良好。借助活检钳可见<sup>[8]</sup>:①垫状征(cushion sign)——轻压肿物,其表面凹陷,回撤即恢复;②帐篷效应(tenting effect)——钳夹肿物表面黏膜,内部脂肪可随之提起;③裸脂征(naked fat sign)——取活检后其内部脂肪受挤压自破口溢出。若肿物表面或基底周围黏膜见溃疡和红斑,笔

者团队认为应取病理并完善相关检查以排除恶变可能<sup>[9]</sup>。CT检查可清晰显示结直肠脂肪瘤的大小和位置,表现为均匀的低密度团块,增强扫描无强化<sup>[10]</sup>。若伴发肠道炎症,淋巴结肿大,影像学检查可见病变周围淋巴结影,此时易与直肠癌混淆<sup>[11]</sup>。但是,80%的直肠癌可通过直肠指诊筛查<sup>[12]</sup>,直肠癌的指诊结果特点为肿物质硬,活动度较差,易出血,肿物多不局限于黏膜下层。当直肠脂肪瘤患者伴发直肠黏膜溃疡甚至坏死,可导致出血<sup>[6]</sup>,此时患者可出现排便习惯改变和(或)粪便性状改变,专科检查也易与直肠癌混淆,若为直肠癌患者,可借助肿瘤标志物(如,癌胚抗原、CA199或CA724水平升高)及结肠镜检查(见表面糜烂、质脆易出血的肿物)等临床诊断。

结直肠脂肪瘤可出现肠梗阻、肠套叠并发症<sup>[13]</sup>。直肠因活动度较小,发生肠套叠的可能性相对较小。但是,结直肠肿物伴腹胀、腹痛、呕吐、便秘、肛门排气明显减少或消失等均应考虑是否出现前述并发症。CT检查对肠套叠、肠梗阻的诊断价值较高,且能明确病变的具体位置<sup>[14-17]</sup>,故认为,腹部CT检查也适用于疑诊肠套叠、肠梗阻的结直肠脂肪瘤患者。

本例直肠脂肪瘤症状不典型,患者年龄较大,结合病史及术前检查结果,误诊为混合痔、直肠黏膜内脱垂,而直肠黏膜内脱垂多见于老年人,且女性多于男性<sup>[18]</sup>。直肠黏膜内脱垂患者的主诉多是排便功能紊乱、肛门坠胀,查体可见会阴下降,直肠指诊多见排便运动无力,直肠镜检查可见直肠黏膜松弛呈子宫颈状<sup>[19]</sup>。笔者团队对本例患者的诊治经过进行分析后认为,直肠脂肪瘤患者起初无排便功能异常,可伴肛内肿物脱出,若肿瘤进一步增大可能出现排便困难,又因其活动性良好,常规直肠指诊不易触及,直肠镜检查时瘤体推挤黏膜,也可见直肠黏膜子宫颈样外观,临床诊查时不易触及、不易观察到肿物,故易误诊为直肠黏膜内脱垂。

本例直肠脂肪瘤于混合痔手术术前诊查过程中发现,这也提示局麻下肛肠科专科诊查的重要性。本例患者的脂肪瘤瘤体较大,位置较高,手术空间较小,为保证肿物切除的完整性,降低黏膜出血的风险,保护正常组织,故选用黏膜下缝扎切除。回顾本例患者的病历资料及诊治经过,笔者团队认为存在两个值得思考的问题:(1)患者诉肛内肿物脱出,但专科检查时未见肿物脱出;(2)患者未诉存

在排便障碍, 直肠指诊未见盆底肌活动异常, 但直肠镜检查见直肠黏膜松弛。本例患者在局麻条件下, 肛周局部肌肉松弛后再行专科诊查发现瘤体, 术中临床诊断考虑脂肪瘤。由此认为, 肛内肿物脱出不应过多局限在混合痔的临床诊断考虑范畴。对于此类就诊主诉与体格检查所见不一致的患者, 可考虑局麻下进行肛肠科专科诊查, 以进一步了解是否存在直肠肿物并对肿物性质进行初步判断, 或行结肠镜检查辅以明确诊断。与影像学检查和结肠镜检查相比, 局麻下进行肛肠科专科诊查具有一些应用优势: ①时间、地点的制约少, 无需肠道清洁、禁食水等前期准备; ②可初步判断直肠肿物的类型, 比如直肠癌、直肠息肉、直肠脂肪瘤; ③减轻患者经济负担。本例患者的脂肪瘤瘤体的基底大小约1.0 cm×1.0 cm, 手术结扎点脱线后黏膜修复需要较长的时间, 考虑这是患者术后第30天复诊时诉排便时有肛门坠胀疼痛的原因。笔者团队查阅相关文献后发现, 贾彦超等<sup>[20]</sup>以康复新液50 mL保留灌肠的

干预方法治疗结直肠息肉黏膜下切除术后患者, 术后14 d时缺损长度约为对照组(采用常规抗感染、止血等干预方法)的1/4。由此推断, 若本例直肠脂肪瘤患者术后换药也采用康复新液保留灌肠, 或也可缩短黏膜修复时间, 减轻不适。

直肠脂肪瘤是肛肠科罕见病, 其症状隐匿或无特异性, 术前诊断难度大, 存在恶变风险, 早期诊治具有重要的临床意义。当肛肠科患者就诊主诉与体格检查所见不一致时, 应考虑完善进一步的诊查, 包括局麻下肛肠科专科诊查、CT检查、结肠镜检查等, 以获取更多的临床信息并指导临床治疗决策的制定。当并发急腹症时, 腹部CT检查具有良好的辅助诊断价值, 对于明确原发病诊断及并发症诊断均具有重要的意义。若符合结肠镜诊疗指征, 亦可考虑在结肠镜下进行相关处理, 并将标本送病理检查以明确疾病诊断。

**利益冲突声明** 全体作者均声明不存在与本文相关的利益冲突。

## 参考文献

- [1] GERACI G, PISELLO F, ARNONE E, et al. Endoscopic resection of a large colonic lipoma: case report and review of literature[J]. Case Rep Gastroenterol, 2010, 4(1): 6-11.
- [2] 白希清. 病理学: 上[M]. 2版. 北京: 科学出版社, 1992.
- [3] 熊华花, 李泉水, 许晓华, 等. 浅表血管脂肪瘤的超声影像特征及病理成像基础研究[J]. 中国超声医学杂志, 2012, 28(4): 341-344.
- [4] 杜伟, 秦建武. 咽后间隙巨大纤维血管脂肪瘤1例[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2012, 19(7): 397.
- [5] SAPALIDIS K, LASKOU S, KOSMIDIS C, et al. Symptomatic colonic lipomas: report of two cases and a review of the literature[J]. SAGE Open Med Case Rep, 2019, 7: 2050313X19830477.
- [6] 丛春莉, 苏秉忠. 肠脂肪瘤31例诊治分析[J]. 现代消化及介入诊疗, 2014, 19(2): 128-129.
- [7] HANG Y, ZHU C Q. Angiolipoma of the colon: a case report and literature review[J]. Dig Dis, 2014, 15(3): 154-157.
- [8] FARFOUR A N, ABUOMAR N A, ALSOHAIBANI F I. Large lipoma of the ascending colon: a case report and review of literature[J]. Surg Case Rep, 2020, 2020(9): rjaa354.
- [9] AN H H, DUONG T T, VAN TRUONG N, et al. A large lipoma of the descending colon: a rare case report [J]. Radiol Case Rep, 2021, 16(11): 3396-3399.
- [10] 李金贵, 董孟林. CT对肠道脂肪瘤的诊断[J]. 天津医药, 2004, 32(3): 179-180.
- [11] 刘玉新. 横结肠脂肪瘤误诊结肠癌1例[J]. 河北医科大学学报, 2011, 32(4): 419.
- [12] 胡伟明, 韩方海, 张肇达. 经肛门指诊对直肠癌术前评估的价值[J]. 华西医学, 2002, 17(3): 299-300.
- [13] 韦金鼎, 王荣品, 杨维新, 等. 升结肠脂肪瘤致肠套叠及远心端肠梗阻1例[J]. 中国介入影像与治疗学, 2020, 17(12): 768.
- [14] FLOEMER F, BISSIG H, OERTLI D, et al. Multislice CT in adult colocolic intussusception: case report and review of the literature[J]. Emerg Radiol, 2008, 15(5): 361-366.
- [15] AZAR T, BERGER D L. Adult intussusception[J]. Ann Surg, 1997, 226(2): 134-138.
- [16] 潘春球, 武钢, 周望梅, 等. 超声、腹部X线平片、双源CT诊断结肠肿瘤性肠梗阻的临床价值比较[J]. 南方医科大学学报, 2013, 33(8): 1221-1224.
- [17] 苏芬莲, 陈小勋, 莫旭林, 等. 超声、CT和X线诊断肠梗阻的临床价值比较[J]. 实用医学杂志, 2013, 29(14): 2333-2335.
- [18] 吴至久, 唐学贵, 何德才. 补中益气汤加味治疗直肠黏膜内脱30例临床观察[J]. 川北医学院学报, 2004, 19(4): 102-103.
- [19] 张胜本. 直肠内脱垂的诊断与治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(12): 714-716.
- [20] 贾彦超, 冀春丽, 程帅, 等. 康复新液直肠滴入治疗对结直肠息肉黏膜下切除术后肠道恢复情况及复发的影响[J]. 现代中医药, 2020, 40(5): 67-69.

[收稿日期: 2022-01-17]

本文引用信息: 刘金龙, 张书信, 荆涛, 等. 1例直肠脂肪瘤病例报告及文献回顾[J]. 结直肠肛门外科, 2022, 28(5): 495-497.