

# 腹膜后巨大脂肪肉瘤1例

肖正伟\* 樊世富 陈杰 袁明  
 德阳第五医院放射科(四川 德阳 618000)

【关键词】腹膜后脂肪肉瘤; 体层摄影技术; X线计算机

【中图分类号】R812

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1009-3257.2026.3.011

## Huge Retroperitoneal Liposarcoma: One Case of Report

XIAO Zheng-wei\*, FAN Shi-fu, CHEN Jie, YUAN Ming.

Department of Radiology, the Fifth Hospital of Deyang, Deyang 618000, Sichuan Province, China

**Keywords:** Retroperitoneal Liposarcoma; Tomography; X-ray Computed

### 1 病例资料

男, 71岁, 患者因反复腹胀伴纳差1+月入院。查体: 腹部膨隆, 未见异常蠕动波及肠型, 腹壁未见曲张静脉。腹部膨隆以下腹为重, 全腹软, 未扪及明显压痛。腹部可扪及一巨大包块, 长径从耻骨联合上方到剑突下方约30cm长, 宽达双侧锁骨中线约18cm, 包块柔软, 边界不清, 活动度尚可。包块无明显压痛。肠鸣音减弱, 未闻及气过水声及高调肠鸣音。彩超检查: 腹腔内稍高回声团、多发实性低弱回声团, 实性占位, 腹腔内囊性占位, 建议进一步检查。上下腹及盆腔CT平扫+增强扫描: 腹盆腔内广泛肿块占位, 中上腹以脂肪密度占位为主, 可见分隔, 下腹及盆腔以多枚混杂密度及囊实性肿块占位为主, 腹盆腔脏器明显受压推挤, 增强后混杂密度肿块内实性成分明显强化, 性质: 脂肪肉瘤? 畸胎瘤? 其它? 请结合临床及病理检查。术中所见及大体解剖情况: 术中探查盆腹腔多个包块, 上腹部约50cm×40cm×30cm大小包块, 中腹部见大小约10cm×9cm×6cm实性包块, 右下腹见8cm×7cm×6cm实性包块, 左下腹见大小约8cm×7cm×6cm实性包块及7cm×7cm×5cm囊性包块。腹腔器官及组织压迫明显, 包块与周围组织分界清, 活动度可, 部分包块冰冻示: 肠系膜间叶源性肿瘤, 倾向脂肪源性恶性肿瘤, 肿瘤均来源于距回盲部约1.9m处回肠系膜, 肿瘤侵犯部分回肠。术后病理提示: 高分化脂肪肉瘤。

### 2 讨论

腹膜后脂肪肉瘤(retroperitoneal liposarcoma, RPLS)约占全部腹膜后肿瘤的41%, 是起源于腹膜后间叶组织中最常见的恶性肿瘤<sup>[1]</sup>, 其中约35%来自肾周脂肪组织。2013年WHO软组织与骨肿瘤组织学新分类方法中, 将脂肪肉瘤分为: 交界性和恶性(黏液样脂肪肉瘤、去分化脂肪肉瘤、多形

性脂肪肉瘤、非特指性脂肪肉瘤)<sup>[2-3]</sup>。腹膜后脂肪肉瘤的预后和侵袭性由其病理分型决定。

临床表现: 脂肪肉瘤可能与外伤、血肿、病毒感染及放射治疗有一定关系, 由脂肪恶变而来者罕见。具体病因不明。多见于30~70岁患者, 50岁左右最高。一般无明显的症状, 起病比较隐匿, 多由于腹部异常膨隆或者发现包块就诊, 同时会伴有腹痛、腹胀、停止排气排便, 食欲下降等消化道非特异性症状。国外文献报道腹膜后发病者无性别差异<sup>[4]</sup>。

影像学表现: 腹膜后脂肪肉瘤体积通常较大, 直径在5~10cm, 呈分叶状, 边界清楚, 一般包膜完整, 病变内可有出血、坏死。肉瘤常穿越假包膜在肿瘤周围出现卫星结节。根据组织学类型不同CT及MRI表现各异, 密度及信号改变与其成分比例相关, 具体如下。

**2.1 高分化型脂肪肉瘤<sup>[5]</sup>** CT: 平扫显示为混杂密度的巨大肿块, 主要为脂肪成分, 其间有条索影, 部分病例瘤灶内可见少许实性成分。肿瘤生长缓慢, 周围组受压形成假包膜, 实性部分与周围脂肪组织分界清楚。增强后间隔或实性部分轻微强化。

MRI: T1WI和T2WI肿块以高信号为主, 压脂后呈低信号<sup>[6]</sup>。肿块内见等信号条状分隔或灶性小结节, 增强后无明显强化<sup>[7]</sup>。

**2.2 黏液样脂肪肉瘤** CT: 平扫为边界清楚的低密度肿块。其密度根据脂肪细胞分化程度、黏液基质及纤维组织成分的不同而各异。增强扫描病变轻度强化或絮状、网状明显强化。肿瘤的强化特征与瘤内的成分有关, 也有别于其他囊性肿瘤或恶性肿瘤的强化特征<sup>[8]</sup>。

MRI: 病变内除含脂肪成分外, 还可含有较厚的或呈结节状的纤维分隔和局灶性小结节(其他非脂肪结构), 纤维分隔在T1WI和T2WI均呈低信号, 局灶性小结节在T1WI呈低、等信号, 在T2WI呈高信号, 压脂后显示更清晰, 增强后可以出现黏液内无定型线条状强化或斑点状轻微强化。

【第一作者】肖正伟, 男, 副主任医师, 主要研究方向: CT及MRI诊断。E-mail: will1120xzw@163.com

【通讯作者】肖正伟

**2.3 去分化脂肪肉瘤<sup>[9]</sup>** CT: 平扫病变为含有或多或少脂肪成分的实性肿块, 增强实性部分明显强化。

MRI: T1WI通常无特征性信号。病变内可见散在线样、花环形或簇状的较高信号区, 为含脂肪母细胞局部团聚处; T2WI信号高于脂肪, 病变内可有簇状的脂肪组织和低信号的脂肪纤维分隔, 增强后无强化; 如病变内含有丰富的血管网, 增强后可见明显的网状强化。

**2.4 多形性脂肪肉瘤<sup>[10]</sup>** CT表现: 密度不均匀的实性软组织肿块, 增强扫描明显不均匀强化。

MRI表现: T1WI肿块为略低信号, T2WI呈稍高信号。瘤内可见局灶性T2WI高信号, 为肿瘤坏死<sup>[11]</sup>。部分肿瘤内可见团状或点状的低信号, 为钙化。增强扫描肿瘤不规则明显强化。

鉴别诊断: 腹膜后脂肪瘤、畸胎瘤、平滑肌肉瘤及肾脏血管平滑肌脂肪瘤、肾上腺髓样脂肪瘤等。

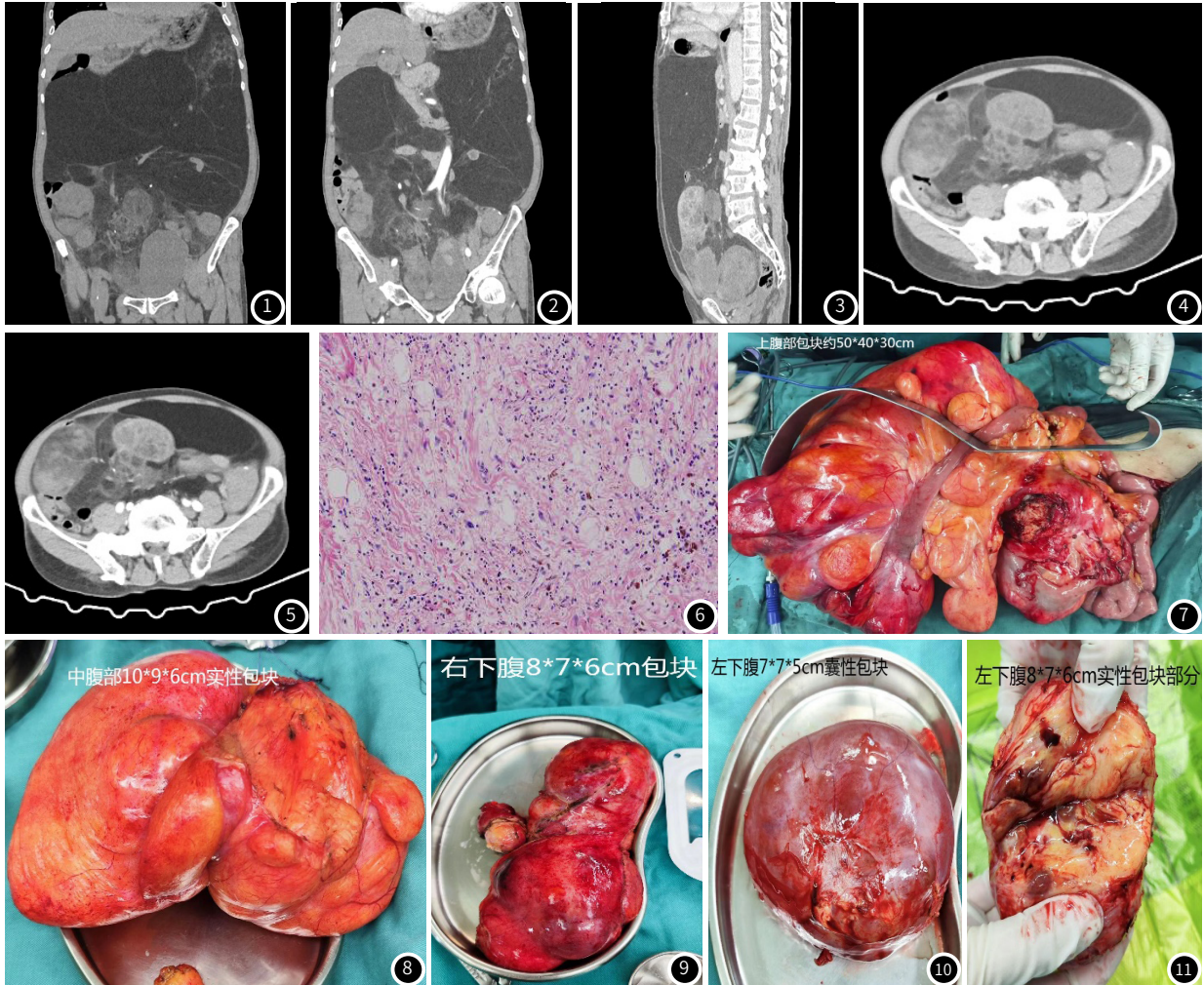


图1~图5 CT检查示腹腔巨大占位, 中上腹以脂肪密度为主, 下腹部及盆腔见软组织肿块及囊实性肿块, 相应腹部脏器受推挤, 脏器后下腹部及盆腔占位实性成分明显强化。图6 瘤细胞排列疏松, 局部密集排列, 细胞多形性明显, 见小花样多核巨细胞, 见较多淋巴细胞浸润, 间质可见较多胶原纤维。图7~图11 为术后切除病变的大体。

**参考文献**

[1] LA FERLITA A, SP N, GORYUNOVA M, et al. Small non-coding RNAs in soft-tissue sarcomas: state of the art and future directions[J]. Mol Cancer Res, 2023, 21: 511-524.  
 [2] CREYTENS D. What's new in adipocytic neoplasia[J]. Virchows Arch, 2020, 476: 29-39.  
 [3] 林翠君, 李丽红, 黄春榆, 等. 脂肪肉瘤的CT、MRI表现与病理学对照[J]. 中国CT和MRI杂志, 2015, 13(8): 108-111.  
 [4] Cpmpanacvi著, 张湘生, 张庆, 译. 骨与软组织肿瘤[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1997, 674.  
 [5] Craig WD, Fanburg-Smith JC, Henry LR, et al. Fat-containing lesions of the retroperitoneum: radiologic-pathologic correlation[J]. RadioGraphics, 2009, 29(1): 261-290.  
 [6] JOHNSON C N, HA A S, CHEN E, et al. Lipomatous soft-tissue tumors[J]. J Am Acad Orthop Surg, 2018, 26: 779-788.

[7] 卢竟, 宋英儒. 螺旋CT动态增强扫描在脂肪肉瘤诊断中的应用[J]. 中国CT和MRI杂志, 2017, 15(1): 144-147.  
 [8] 明兵, 朱晓华, 唐光才. 腹膜后脂肪肉瘤的CT表现(附5例报告)[J]. 中华放射学杂志, 1997, 31(12): 862-863.  
 [9] 徐耀杰, 常易航, 莫匹满, 等. 高分化/去分化脂肪肉瘤的疾病特征及免疫相关治疗的研究进展[J]. 实用肿瘤学杂志, 2024, 38(4): 278-282.  
 [10] Fletcher CDM 主编, 周庚寅, 刘洪琪, 张庆慧, 主译. 肿瘤病理组织学诊断[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001, 903.  
 [11] 张杰颖, 余小多, 宋艳, 等. 腹膜后去分化脂肪肉瘤的影像学表现及病理对照[J]. 中华肿瘤杂志, 2019, 41: 223-228.

(收稿日期: 2024-05-13)  
 (校对编辑: 韩敏求)  
 (排版编辑: 刘维嘉)