

· 骨肌疾病 ·

儿童大腿根部树突状纤维黏液脂肪瘤一例

暨南大学附属第一医院影像科 (广东 广州 510630)

郭 珺 张 红

【关键词】树突状纤维黏液脂肪瘤; 磁共振成像

【中图分类号】R738.6; R445

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2016.01.020

1 病例介绍

患者女, 2岁, 因发现左侧大腿根部内侧肿块半月余入院。体格检查: 左侧大腿根部内侧可触及一大小约5cm×6cm肿块, 质地较硬, 边界清楚, 活动度可, 局部皮肤无红肿、发热、破溃。MRI检查示: 左侧大腿根部内侧肌间隙见分叶状软组织肿块影, T1WI序列以高信号为主, 内见类圆形混杂低信号影及条索状低信号分隔(图1); T1WI压脂序列呈不均匀低信号, T2WI压脂序列(图2)及DWI序列病灶以低信号为主, 内见类圆形混杂高信号影及条索状高信号分隔; T1WI压脂增强扫描部分病灶及分隔呈轻-中度强化(图3)。患者行肿块切除, 术中见弥漫性脂肪结节样肿物, 切面灰黄色, 部分呈胶冻样, 有包膜。镜下见肿瘤由小梭形细胞、星状细胞及成熟脂肪细胞组成, 间质呈黏液样, 并见丰富的毛细血管, 无核分裂和不成熟脂肪母细胞。免疫组化: CD34(+), Vimentin(+), S-100(-), Desmin(-)。术后病理: 树突状纤维黏液脂肪瘤(Dendritic Fibromyxolipoma, DFML)(图4)。

2 讨论

树突状纤维黏液脂肪瘤是一种罕见的良性软组织肿瘤, Suster等于1998年首次报道^[1], 好发中老年男

性, 年龄范围34~81岁, 平均年龄64岁, 好发于颈、胸、肩、背, 偶见于面部、小腿或足部的皮下组织及肌肉筋膜^[2]。在影像表现上, 只有少量文献报道提及该病在MRI上呈不均匀T1WI等信号、T2WI高信号影, 压脂相呈不均匀高信号, 形态不规则, 边界清晰^[3]。本例患者2岁, 位于大腿根部, 临床十分罕见, 与一般文献报道不相符, 且病灶范围较大, T1WI序列以高信号为主, T1WI及T2WI压脂序列及DWI序列以低信号为主, T1WI压脂增强扫描部分病灶及分隔呈轻-中度

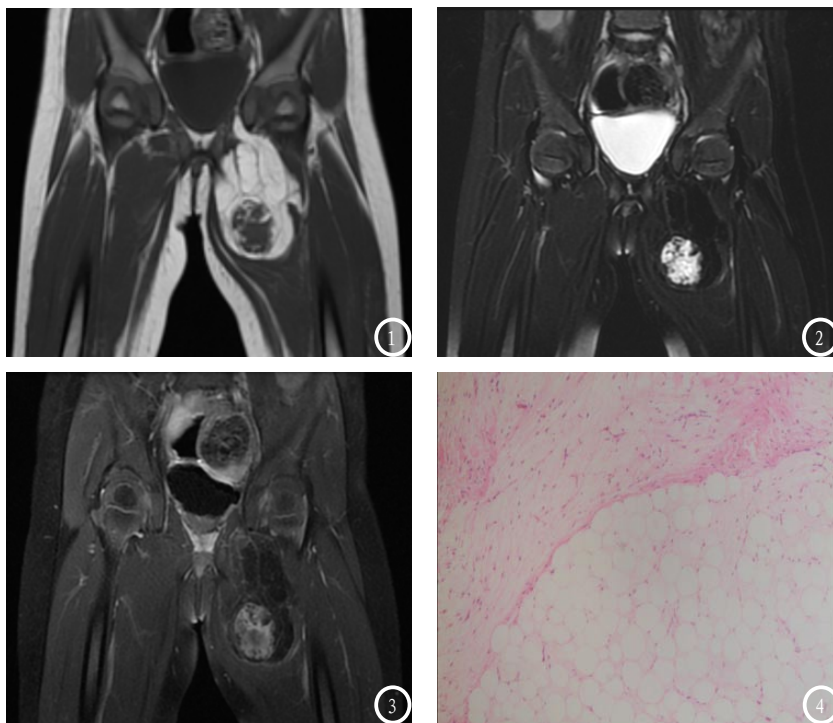


图1 T1WI左侧大腿根部内侧肌间隙见分叶状软组织肿块影, 边界清楚, 以高信号为主, 内见类圆形混杂低信号影及条索状低信号分隔。图2 T2WI病灶以低信号为主, 内见类圆形混杂高信号影及条索状高信号分隔。图3 T1WI压脂增强部分病灶及分隔呈轻-中度强化。图4 (常规HE染色, ×40) 示肿瘤由小梭形细胞、星状细胞及成熟脂肪细胞组成, 间质呈黏液样, 并见丰富的毛细血管, 无核分裂和不成熟脂肪母细胞。

作者简介: 郭 珺, 女, 影像医学与核医学专业, 在读研究生

通讯作者: 张 红

强化,与相关文献叙述亦不尽相同。笔者认为这与病灶内脂肪、粘液及实性成分的比例有关。本病应与以下肿瘤相鉴别:(1)黏液样脂肪肉瘤:好发于肢体近端深部,为无痛生长包块^[4]。MRI主要表现为肿瘤脂肪含量较少,黏液含量较多,部分甚至完全黏液样变,类似囊肿信号;增强扫描实质部分显著不均匀强化^[5]。(2)梭形细胞脂肪瘤:为发生于体表皮下的良性脂肪瘤的特殊亚型,发生于深部组织未见报告^[6]。MRI主要表现为境界清晰的T1WI低信号、T2WI高信号为主的混杂信号,压脂序列呈低信号,粘液成分无或少,增强扫描病灶呈部分明显强化^[7]。本病是少见病,且报道不多,为临床诊断带来一定困难。诊断时应与临床表现、病理及其他检查相结合。

参考文献

[1] Suster S, Fisher C, Moran CA. Dendritic fibromyxolipoma:cli

nicopathologic study of a distinctive benign soft tissue lesion that may be mistaken for a sarcoma[J]. Ann Diagn Pathol.1998, 2(2): 111-120.

[2] 乔海国,张昶,庄一林,等.树突状纤维黏液脂肪瘤10例临床病理分析[J].临床与实验病理学杂志.2012,28(12):1332-1335.

[3] 耿振宏,魏超,韩莹,等.树突状纤维黏液脂肪瘤[J].诊断病理学杂志.2014,21(8):502-528.

[4] 徐自强.足背粘液样脂肪肉瘤误诊为腱鞘囊肿1例报告[J].罕少疾病杂志.2002,9(1):57.

[5] 王辰果,曹军,朱斌伟.四肢软组织黏液样脂肪肉瘤的MRI表现[J].全科医学临床与教育.2013,11(2):193-195.

[6] 贺晓燕,杨勇,刘庆荣.复发的误诊为纤维瘤的高分化脂肪肉瘤1例报道[J].罕少疾病杂志.2010,17(2):58-59.

[7] 王林省,王皆欢.纵隔梭形细胞脂肪瘤1例[J].中国医学影像技术.2015,31(2):210.

【收稿日期】2016-01-15

(上接第45页)

肠壁会充血水肿、梗阻,从而导致患者水电解质平衡失调,最终造成肠管缺血且坏死,对患者造成严重的损害,甚至死亡。

据有关数据显示,腹部手术后的肠粘连已经是肠梗阻的首要病因,占肠梗阻病因的60%,约90%的粘连性肠梗阻实施保守治疗能够最后获得缓解^[5]。通常,临床上粘连性肠梗阻治疗方法有:保守治疗(非手术治疗)和手术治疗,两种治疗方式各有千秋,但是外科治疗术后的复发率较高^[6-7],因此,目前通常选择保守治疗,主要通过禁食、胃肠减压来减少肠道蠕动,抗炎药物来减少肠壁水肿、补液、营养支持来维持患者的水电解质以及酸碱平衡最终实现良好的临床效果。

总而言之,对术后粘连性肠梗阻患者,一方面给予积极非手术治疗,另一方面加强心理护理、营养支持、胃肠减压等,密切观察用药后反应,患者肠梗阻

得到了尽快缓解,值得临床推广和应用。

参考文献

[1] 彭世军,李靖,张家耀.重视粘连性肠梗阻的非手术治疗[J].湖北民族学院学报:医学版,2010,27(2):52-53.

[2] 胡孔旺,朱化刚,耿小平,等.粘连性肠梗阻手术指征多因素分析[J].中国普外基础与临床杂志,2010,17:939-943.

[3] 涂志强,杨海燕.奥曲肽治疗粘连性肠梗阻临床观察[J].中国医学创新,2011,8(10):72-73.

[4] 潘绍荣.粘连性肠梗阻非手术治疗的护理体会[J].吉林医学,2012,33(28):6253.

[5] 关旭,于东.奥曲肽在粘连性肠梗阻非手术治疗中的临床应用[J].宁夏医科大学学报,2012,34(3):293-294.

[6] Fevang BT, Fevang J, Lie SA, et al. Long-term prognosis after operation for adhesive small bowel obstruction[J]. Ann Surg. 2004, 240(2):193-201.

[7] 王英华.粘连性肠梗阻手术时机观察及护理[J].罕少疾病杂志,2014,2(4):343.

【收稿日期】2016-01-06