

# 颈深部脂肪瘤1例

王守一 张东升

(山东大学附属省立医院 口腔颌面外科, 山东 济南 250021)

[摘要] 脂肪瘤是一种常见的来源于间叶组织的良性肿瘤,但临床上极少发生于颈部深层组织内。本文报道1例累及硬膜外隙的颈深部脂肪瘤,并结合文献对其发病情况、组织来源、诊断及治疗等进行讨论。

[关键词] 脂肪瘤; 颈深部; 硬膜外隙

[中图分类号] R 739.81 [文献标志码] B [doi] 10.3969/j.issn.1000-1182.2010.05.029

**Lipoma in deep neck: A case report** WANG Shou-yi, ZHANG Dong-sheng. (Dept. of Oral and Maxillofacial Surgery, Provincial Hospital Affiliated to Shandong University, Jinan 250021, China)

[Abstract] Lipoma is one of the most common benign tumors derived from mesenchymal tissues. However, it is seldom to be found in deep neck. A case of lipoma in deep neck involving the epidural space was reported. The incidence, histopathology, diagnosis and treatment of this kind of disease were discussed.

[Key words] lipoma; deep neck; epidural space

脂肪瘤(lipoma)是一种常见的来源于间叶组织的良性肿瘤,其发病率约为2.1%<sup>[1]</sup>,多见于40~60岁的成年人,且一般多发生于皮下,好发于肩、背、臀部及大腿内侧等富含脂肪组织的部位<sup>[2-3]</sup>。单发于颈部的脂肪瘤少见,约占脂肪瘤总病例数的4.25%<sup>[4]</sup>,位于颈深部者更是鲜有报道。山东大学附属省立医院口腔颌面外科收治1例累及硬膜外隙的颈深部脂肪瘤患者,现报告如下。

## 1 病例报告

### 1.1 病史及临床表现

患者女性,36岁,2009年8月因右颈部无痛性肿物发现3年入院。现病史:患者3年前发现其右颈上部有一肿物,栗子大小,无疼痛。曾就诊于当地医院,B超检查报告为:符合脂肪瘤表现,大小为2.9 cm×2.3 cm×1.5 cm,与颈内动静脉关系密切。当时未予治疗。患者后来自觉肿物缓慢生长,体积较大,特来就诊。门诊以“右颈部肿物”收入院。专科检查:面型左右基本对称,口腔颌面部皮肤未见明显异常,面颈部未触及肿大淋巴结,右侧颈部上方胸锁乳突肌前缘及深面可查及一肿物,体表可触面积约3 cm×5 cm大小,表面皮肤略隆起;肿物表面光滑,边界清,质稍韧,活动度可,未触及波动感

及搏动感,无压痛(图1)。



图1 肿物位于右颈部胸锁乳突肌深面

Fig 1 The tumor was behind the right sternocleidomastoid

开口度开口型可,咬合关系可。口腔内未见其他明显异常,面神经及颌面部感觉神经功能检查无异常。右颈部B超示:1)右颈部肌层内实性团块;2)双侧颈部淋巴结肿大。MRI示:C2~4椎体水平右侧异常信号灶,呈分叶状,横断面为“三叶草”形,其中一小部分肿瘤通过椎间孔进入椎管内,信号特点符合脂肪瘤表现(图2左)。颈部CT:肿物分别进入C2/3、C3/4、C4/5椎间孔,C3/4椎间孔扩大,C4右侧椎体部分呈压迫性吸收(图2右)。入院诊断:右颈部肿物。

### 1.2 治疗

患者病情复杂,病变累及多个重要解剖结构。为制定科学的治疗方案,最大限度保证患者安全及手术效果,在术前组织了全院会诊,邀请包括神经

[收稿日期] 2009-12-23; [修回日期] 2010-03-23

[作者简介] 王守一(1984—),男,山东人,硕士

[通讯作者] 张东升, Tel: 0531-85186950

外科、骨肿瘤科、脊柱外科及放射科等多位专家参与会商。讨论认为：患者罹患颈深部与脊髓高度相关的良性肿瘤，支持脂肪性肿瘤的诊断；患者虽尚未发生神经功能障碍等症状，但肿物呈进行性生长态势，若不手术，将来病情会更为复杂，神经压迫等症状迟早会发生，决定由口腔颌面外科与神经外科医师联合手术。术前向患者告知可能的手术并发症，如臂丛、颈丛及膈神经损伤导致感觉、运动及呼吸功能障碍等。

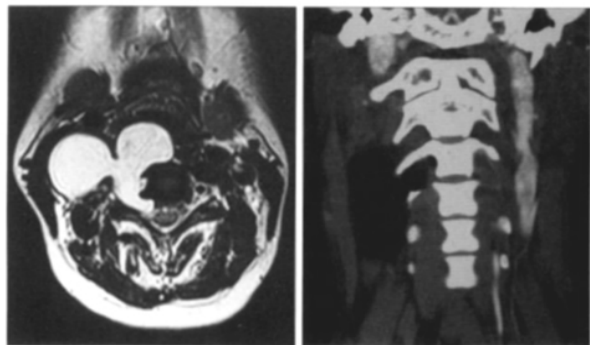


图2 肿瘤的MRI(左)和CT(右)影像学表现  
Fig 2 The MRI(left) and CT(right) imaging of tumor

在完善各项检查、排除禁忌证的情况下，患者于全麻下行右颈部肿物切除术。手术采用右侧颈中上部皮纹处横行切口，长约7 cm，切开皮肤、皮下组织、颈阔肌，分离颈外静脉并予以保护，在右侧胸锁乳突肌前缘分离颈前肌肉组织。术中见肿物位于胸锁乳突肌及椎前筋膜深面，在右侧颈长肌与前、中斜角肌之间膨出于椎前筋膜下。受其压迫，颈内静脉等颈鞘内容物向前外侧移位。打开肿物前面肌筋膜组织后可见其呈分叶状脂肪样外观，质软，包膜完整，外侧两叶瘤体约4 cm×3 cm×3 cm及3 cm×3 cm×3 cm大小（图3），在肿物包膜外进行分离；肿物有蒂延伸至颈椎C3/4节间的椎间孔内，该椎间孔明显扩大。将肿物分离至距颈椎约2 cm时切开肿物包膜，充分行瘤内切除。最后小心地将椎间孔内的剩余肿瘤及包膜与硬脊膜剥离。

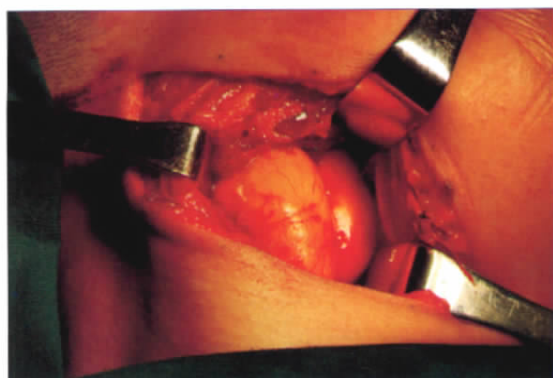
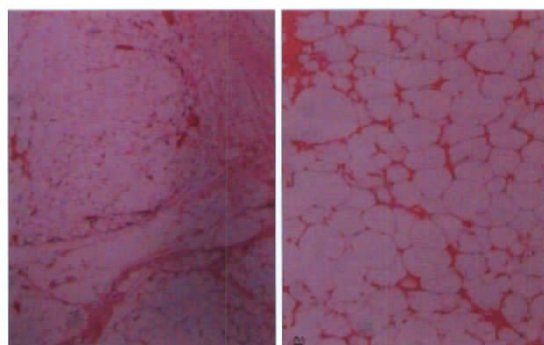


图3 术中见肿瘤呈分叶状脂肪样外观  
Fig 3 The lobular fatty tumor was showed in operation

### 1.3 术后病理

肉眼观：肿物约5 cm×6 cm×3 cm大小，分叶状，淡黄色，质软，包膜完整。镜下观：肿物内含分化良好的脂肪细胞（图4）。病理诊断：（右颈部）脂肪瘤。



左：HE ×100；右：HE ×400。  
图4 肿物内分化良好的脂肪细胞呈小叶状分布  
Fig 4 Lobular patterns composed of well differentiated lipocytes in tumor

### 1.4 预后

术后随访3个月，未发生与手术有关的神经功能障碍等并发症，B超检查无复发迹象。

## 2 讨论

### 2.1 发病情况

脂肪瘤是人体最为常见的良性肿瘤之一，除肌肉内脂肪瘤外，罕有恶变的可能<sup>[1]</sup>。脂肪瘤多发生于皮下脂肪组织，可影响容貌外形；除此之外，患者症状多与肿瘤对周围组织的压迫有关。颈深部的脂肪瘤由于周围组织的挤压，可表现为缓慢生长的并不柔软的肿块<sup>[5]</sup>，其生长速度或与患者体内脂肪蓄积、体重增加相关<sup>[6]</sup>。若累及椎管，多可表现出脊髓或脊神经根的受压症状，如：肢体麻木，肌力下降，腱反射亢进或减弱，肌肉萎缩，巴彬斯基征阳性，甚至会有大小便失禁等<sup>[7-8]</sup>。本例患者就诊时尚无明显自觉症状，这可能与其肿瘤倾向于外生性生长且体积还未增大至对脊神经根产生明显压迫有关。随病情进一步发展，肿瘤对颈椎产生破坏，颈丛、臂丛及膈神经的受累症状将会陆续发生。

### 2.2 组织来源及发生机制

根据本文患者的影像学表现，此肿瘤应起源于椎管内对应C3/4椎间孔的硬膜外隙。在此处，肿瘤向外生长的阻力小于在椎管内平行于脊髓延展的阻力，而通常情况下，硬膜外隙为脂肪组织和静脉丛所占据，因此脂肪瘤会在此处出现<sup>[9]</sup>。脂肪瘤的发生，目前被认为与染色体变异有关。大约60%的脂肪瘤被检出存在染色体变异的细胞，而其变异细胞的比例可为30%~100%，其中最常见到12q13~q15处

发生染色体异位和重排的核型<sup>[10]</sup>。

### 2.3 诊断与鉴别诊断

发生于浅表的脂肪瘤一般境界清楚，呈分叶状，质软，可有假囊性感，无痛<sup>[11]</sup>。根据上述表现，便可得出初步诊断。对于深部脂肪瘤，必须借助B超、CT与MRI等手段对其性质、所处位置及解剖层次进行更明确的界定，从而制定出安全的手术计划<sup>[12]</sup>。MRI对脂肪瘤的诊断有独特的优势：脂肪瘤在T1加权像上呈现高信号，在T2加权像上呈现略高信号，而在短时反转恢复序列(short time inversion recovery, STIR)上则呈现极低信号<sup>[13]</sup>；脂肪瘤在MRI序列中的图像变化与皮下脂肪有着相同的规律<sup>[14]</sup>，而这些几乎就是确定性的表现<sup>[15]</sup>。与之相比，B超与CT在脂肪瘤诊断的特异性上与MRI差距明显，但是作为相对廉价的检查项目，其在疾病初筛以及病灶的定位上可发挥积极的作用<sup>[12]</sup>。

在鉴别诊断方面，颈深部脂肪瘤需要与其他一些发生在颈部质地稍韧的疾病进行比较，如：淋巴结病变、鳃裂囊肿、颌下腺炎或肿瘤、颈动脉体瘤、神经鞘瘤、皮样或表皮样囊肿、甲状舌管囊肿、血管平滑肌瘤以及异位甲状腺等<sup>[16]</sup>。仔细分析体格检查及辅助检查的结果，不难对其进行鉴别。

### 2.4 治疗与预后

脂肪瘤的治疗以外科手术为主，也可采用吸脂疗法<sup>[17]</sup>。作为微创手术模式，吸脂辅助囊壁外科抽除术(liposuction-assisted surgical capsular extraction)近年来开始推广。利用这种方法可以有效地消除深部中等至较大的脂肪瘤或脂肪性病变，获得较好的美容效果，并且避免了单纯吸脂带来的肿瘤复发<sup>[18]</sup>。对于本例患者，由于肿瘤累及硬膜外隙，与脊髓关系密切，手术中参照神经外科的常用方法，在近椎间孔处采取了瘤内切除的方式<sup>[19]</sup>，从而最大限度地避免了对脊髓及其神经根的损伤。单发脂肪瘤行手术彻底切除后预后良好。该患者在术后3个月的随访中，未发生与手术有关的神经功能障碍等并发症，B超检查无复发迹象。

### 【参考文献】

- [1] Rydholm A, Berg NO. Size, site and clinical incidence of lipoma. Factors in the differential diagnosis of lipoma and sarcoma[J]. Acta Orthop Scand, 1983, 54(6) 929-934.
- [2] 谢逸瑞. 腮腺巨大脂肪瘤二例[J/CD]. 中华口腔医学研究杂志：电子版, 2008, 2(5) 535-536.  
XIE Yi-rui. Two cases of enormous parotid gland lipoma[J/CD]. Chin J Stomatol Res : Electronic Version, 2008, 2(5) 535-536.
- [3] 徐金玉, 赵东林, 周必定. 口底粘膜下脂肪瘤一例[J]. 华西口腔医学杂志, 2000, 18(1) :11.

- XU Jin-yu, ZHAO Dong-lin, ZHOU Bi-ding. One case of sub-mucosal lipoma in the floor of mouth[J]. West China J Stomatol, 2000, 18(1) :11.
- [4] 凤存安, 袁芝霞. 329例脂肪瘤发生部位的统计[J]. 华西口腔医学杂志, 1983, 1(1) 22.  
FENG Cun-an, YUAN Zhi-xia. Occur sites statistics on 329 cases of lipoma[J]. West China J Stomatol, 1983, 1(1) 22.
- [5] Davis C Jr, Gruhn JG. Giant lipoma of the thigh[J]. Arch Surg, 1967, 95(1) :151-156.
- [6] Yamashita K, Yonekawa Y, Kawano T, et al. High cervical intradural lipoma-case report[J]. Neurol Med Chir(Tokyo), 1992, 32(5) 285-288.
- [7] Moghaddam AM, Tanriöver N, Ulu MO, et al. Cervical intradural lipoma with associated hemivertebra formation at C6 level : A case report[J]. Turk Neurosurg, 2008, 18(2) :187-190.
- [8] 梁玉敏, 杨中坚, 朱诚, 等. 椎管内脂肪瘤(附8例报告)[J]. 解放军医学杂志, 1993, 18(4) 281-283.  
LIANG Yu-min, YANG Zhong-jian, ZHU Cheng, et al. Intraspinal lipomas : A report of 8 cases[J]. Medical J Chinese People's Liberation Army, 1993, 18(4) 281-283.
- [9] Urculo E, Samprón N, Alfaro R, et al. Spinal cord compression due to a epidural lipoma[J]. Neurocirugia(Astur), 2008, 19(2) : 156-160.
- [10] Sandberg AA. Updates on the cytogenetics and molecular genetics of bone and soft tissue tumors : Lipoma[J]. Cancer Genet Cyto-genet, 2004, 150(2) 93-115.
- [11] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 6版. 北京：人民卫生出版社, 2005 : 232.  
WU Zai-de, WU Zhao-han. Surgery[M]. 6th ed. Beijing : People's Medical Publishing House, 2005 232.
- [12] Onestia MG, Marucciaa M, Malpassinib F, et al. A case of sub-fascial lipoma in the lateral space of neck : US and CT findings [J]. J Ultrasound, 2009, 12(4) :160-162.
- [13] Chagla AS, Balasubramaniam S, Goel AH. A massive cervicomedullary intramedullary spinal cord lipoma[J]. J Clin Neurosci, 2008, 15(7) 817-820.
- [14] Cottrell DA, Norris LH, Doku HC. Orofacial lipomas diagnosed by CT and MRI[J]. J Am Dent Assoc, 1993, 124(3) :110-115.
- [15] Eckel HE, Jungehülsing M. Lipoma of the hypopharynx : Pre-operative diagnosis and transoral resection[J]. J Laryngol Otol, 1994, 108(2) :174-177.
- [16] Leonidas JR. Lipoma of neck mimicking thyroid nodule[J]. Lancet, 1979, 1(8127) :1195.
- [17] de Jong AL, Park A, Taylor G, et al. Lipomas of the head and neck in children[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol, 1998, 43(1) : 53-60.
- [18] Al-basti HA, El-Khatib HA. The use of suction-assisted surgical extraction of moderate and large lipomas : Long-term follow-up [J]. Aesthetic Plast Surg, 2002, 26(2) :114-117.
- [19] 朱卫, 张晓彪, 胡凡, 等. 脊髓肿瘤的显微手术治疗[J]. 中国临床医学, 2006, 13(1) 55-57.  
ZHU Wei, ZHANG Xiao-biao, HU Fan, et al. Microsurgical management in spinal cord tumors[J]. Clinical Medical J China, 2006, 13(1) 55-57.

(本文编辑 李彩)