

· 短篇 ·

咽后壁钙化性纤维性肿瘤1例

Calcifying Fibrous Tumor of the Posterior Pharyngeal Wall: a Case Report

张 臣¹ 徐 雯² 陈 辉^{2,*}

1. 武汉科技大学襄阳市中心医院研究生培养基地 (湖北 武汉 430081)

2. 襄阳市中心医院放射影像科 (湖北 襄阳 441021)

第一作者: 张 臣, 男, 硕士研究生、住院医师, 主要研究方向: 耳鼻咽喉、心血管影像。E-mail: 15072228883@163.com

通讯作者: 陈 辉, 男, 主任医师, 主要研究方向: 中枢神经系统、乳腺、腹盆腔疾病的影像诊断及PET/CT诊断。E-mail: ch2xf@163.com

【关键词】钙化性纤维性肿瘤(CFT); 咽后壁; 计算机断层成像; 磁共振成像

【中图分类号】R445.2

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2026.03.056

病例资料: 患者, 女, 54岁, 因“咽部异物感1月”就诊入院, 体检: 颈部浅表淋巴结无肿大, 专科检查: 咽部粘膜无充血, 下咽后壁偏左侧可见蚕豆大小、暗红色隆起, 质硬, 活动度差, 周围边界清晰, 间接喉镜检查见会厌谷、梨状窝光滑, 双侧声带光滑, 运动良好。CT平扫示平颈2-4椎体水平咽后壁见丘样高密度肿块影, 大小约3.1cm×1.4cm×3.9cm, 边界清, 密度不均, 咽腔明显受压变窄(图1A)。MR平扫示咽后壁边界清晰T1WI低信号(图1E)、T2WI低信号(图1D)影。临床拟诊: 咽后壁肿块,

考虑良性病变, 异位骨化? 软骨来源肿瘤?

经口咽后壁肿物切除术, 术中探查见肿瘤突出于咽后壁正中, 上起扁桃体下极, 下至会厌软骨水平, 大小约3.5 cm×2.5 cm, 质硬, 边界清楚, 咽后壁淋巴滤泡少许增生。病理检查提示: (咽后壁)胶原化的纤维组织及其间少量梭形细胞构成, 伴广泛玻璃样变性及钙盐沉积(图1G)。诊断为钙化性纤维性肿瘤 (calcifying fibrous tumor, CFT)。

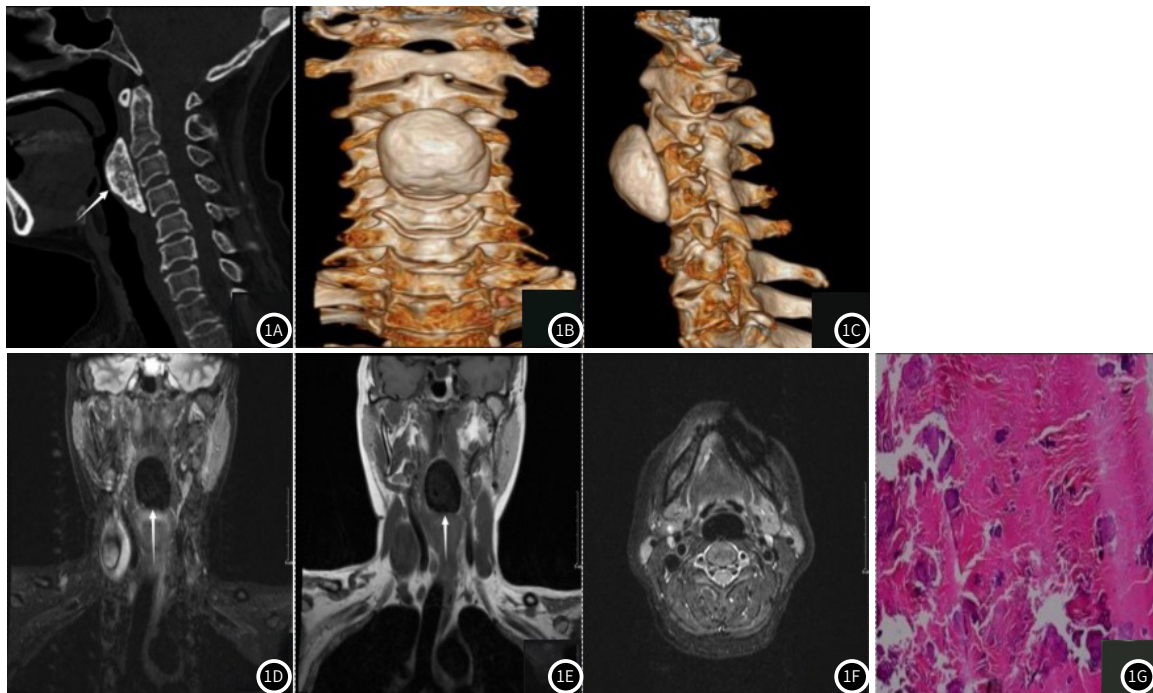


图1 钙化性纤维性肿瘤患者, 女, 54岁。图1A: CT平扫示平颈2-4椎体水平咽后壁见丘样高密度肿块影(箭), 边界清, 密度不均, 咽腔明显受压变窄; 图1B~1C: CT平扫冠状位及矢状位VR图; 图1D: T2WI冠状位示病灶呈均匀低信号(箭); 图1E: T1WI冠状位示病灶呈均匀低信号(箭); 图1F: T2WI轴位示病灶呈均匀低信号, 边界清晰; 图1G: 镜下见胶原化的纤维组织及其间少量梭形细胞构成, 伴广泛玻璃样变性及钙盐沉积。

讨论: 钙化性纤维性肿瘤是一种罕见的良性软组织肿瘤, 国内外报道不超过200例。最早于1988年由Rosenthal和Abdul Karim^[1]发现并命名为“伴有沙砾体的儿童纤维性肿瘤”, 随后Fetch^[2]更名为“钙化性纤维性假瘤”, 2002年WHO正式将此病命名为“钙化纤维性肿瘤”, 并将其列入最新公布的成纤维细胞性/肌成纤维细胞性肿瘤分类中^[3], 虽然在2020年WHO软组织肿

瘤分类中未将其列入, 但是钙化性纤维性肿瘤依旧沿用至今。CFT女性略多见, 好发于儿童和青壮年^[4], 肿瘤大部分为单发病灶, 偶见多发^[5]; CFT无特异性分布范围, 胃肠道较为多见, 另外颈部、肠系膜、胸膜、腹膜、肾上腺、背部、精囊腺等也有报道^[4,6]。不同部位的CFT表现出的临床症状也不相同, 常为体检发现, 但也可压迫脏器而引起临床症状。

病理CFT镜下界限清楚,由稀疏的纤维母细胞和显著玻璃样变的胶原纤维构成,其间夹杂慢性炎性细胞及大小不一的沙砾体和/或营养不良性钙化。有报道称CFT可能与IgG4相关疾病有关^[7],但是并非所有CFT患者IgG:IgG4比值都升高,而且无法提供CFT与IgG4 RD关系的直接证据^[8],这一结论需要更多数据验证。所以CFT与IgG4相关疾病的关系需要更多数据验证。另外,因为在组织学上部分CFT与炎性肌纤维母细胞瘤存在重叠,所以最初CFT被认为是晚期的炎性肌纤维母细胞瘤^[9-10]。CT上多表现为边界清晰的伴有特征性钙化肿块影;磁共振成像T1WI信号强度等于周围肌肉信号强度,并伴有T1信号较低的区域,而T2WI由于纤维及钙化而表现为低信号,增强由于纤维成分的存在而表现为轻度强化^[11]。本例咽后壁CFT需与异位骨化、孤立性纤维瘤、淋巴结钙化鉴别。异位骨化多有相应部位烧伤、手术或创伤等诱因,并且多发生在关节附近;孤立性纤维瘤成分复杂,影像学表现与胶原纤维含量、细胞密集程度、肿瘤大小、肿瘤坏死囊变、变性密切相关。肿瘤较小时呈等密度或呈等信号,较大时密度或信号混杂,可见分支样钙化, SFT在T1WI呈低信号或等信号,而纤维成分在T2WI呈低信号,黏液、囊变坏死部分呈高信号,增强表现为局灶性、斑片状或弥漫性中度到明显强化;淋巴结钙化位于淋巴结分布区域,病变多较小,可见淋巴结轮廓。

本例病例报告了CFT的综合影像学特征,包括CT和MRI表现。总之,CFT是一种分布范围广泛的罕见的良性肿瘤,预后良好,更容易发生于胃肠道。本例因咽部异物感而就诊,行咽后壁肿物切除术后预后良好,2年内未见肿瘤复发及转移。在临床工作中,影像学检查发现比较清晰钙化肿块影,应考虑到CFT。确诊仍依赖于病理学及免疫组织化学检查。

参考文献

- [1] Rosenthal N S, Abdul-Karim F W. Childhood fibrous tumor with psammoma bodies. Clinicopathologic features in two cases [J]. Arch Pathol Lab Med, 1988, 112 (8): 798-800.
- [2] Fetsch J F, Montgomery E A, Meis J M. Calcifying fibrous pseudotumor [J]. Am J Surg Pathol, 1993, 17 (5): 502-508.
- [3] Fletcher C, Unni K K, Mertens F. WHO classification of soft tissue tumours [J]. 2002.
- [4] Chorti A, Papavramidis T S, Michalopoulos A. Calcifying fibrous tumor: review of 157 patients reported in international literature [J]. Medicine (Baltimore), 2016, 95 (20): e3690.
- [5] Chen K T. Familial peritoneal multifocal calcifying fibrous tumor [J]. Am J Clin Pathol, 2003, 119 (6): 811-815.
- [6] Turbiville D, Zhang X. Calcifying fibrous tumor of the gastrointestinal tract: a clinicopathologic review and update [J]. World J Gastroenterol, 2020, 26 (37): 5597-5605.
- [7] Larson B K, Balzer B, Goldwasser J, et al. Calcifying fibrous tumor: an unrecognized IgG4-related disease? [J]. Apmis, 2015, 123 (1): 72-76.
- [8] Larson B K, Dhali D. Calcifying fibrous tumor of the gastrointestinal tract [J]. Arch Pathol Lab Med, 2015, 139 (7): 943-947.
- [9] Nascimento A F, Ruiz R, Hornick J L, et al. Calcifying fibrous 'pseudotumor': clinicopathologic study of 15 cases and analysis of its relationship to inflammatory myofibroblastic tumor [J]. Int J Surg Pathol, 2002, 10 (3): 189-196.
- [10] Sigel J E, Smith T A, Reith J D, et al. Immunohistochemical analysis of anaplastic lymphoma kinase expression in deep soft tissue calcifying fibrous pseudotumor: evidence of a late sclerosing stage of inflammatory myofibroblastic tumor? [J]. Ann Diagn Pathol, 2001, 5 (1): 10-14.
- [11] Bharadwaj U U, Akkaya Z, Horvai A E, et al. Calcifying fibrous tumor: a rare case in the foot [J]. Skeletal Radiology, 2023, 52 (8): 1619-1623.

(收稿日期: 2024-10-28) (校对: 韩敏求 排版: 张鸿藻)

· 短篇 ·

联影1.5T磁共振诊断左心室憩室1例 A Case of Left Ventricular Diverticulum Diagnosed by United Imaging 1.5T Magnetic Resonance Imaging

陈泽鑫 李淑文 陆振营 李向东*

中国人民解放军南部战区总医院放射诊断科 (广东广州 510010)

第一作者: 陈泽鑫, 女, 初级技师, 主要研究方向: 心脏磁共振。E-mail: 1549578177@qq.com

通讯作者: 李向东, 男, 主任医师, 主要研究方向: 心脏磁共振。E-mail: 903870332@qq.com

【关键词】磁共振; 心脏憩室, 心室憩室

【中图分类号】R445.2

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2026.03.057

病例资料: 患者, 男, 34岁。以“胸闷3月余”为主诉入院。外院心脏彩超提示心包有积液, 略增厚, 心包内无回声。治疗效果欠佳, 为进一步治疗遂至我院就诊。心电图提示窦性心律, 不完全性右束支传导阻滞, V2~V4导联T波低平。心脏彩超显示: 少量心包积液; 左室心尖部脏层心包处低回声, 可疑脂肪瘤; 左室舒张功能减低, 收缩功能正常。其余检查未见明显异

常。为进一步诊断行心脏磁共振增强扫描, 提示心包内见弧形积液。心尖部可见8.6mm×8.4mm囊袋状突出, 与左心室窄颈相通, 颈部直径为3.0mm, 壁较前相应心腔薄, 收缩期囊腔可见轻度扩张。影像诊断结果考虑为心尖部心室憩室, 随后患者转至心外科行憩室缝合术, 术中所见左心室前壁处心包纤维增生, 可触及憩室收缩期向外搏动, 诊断为心尖部心室憩室。