

论 著

孤立性纤维瘤CT表现

内蒙古包头医学院第三附属医院影像科 (内蒙古 包头 014030)

兰文杰 郝 巍

【摘要】目的 探讨孤立性纤维瘤(solitary fibrous tumors, SFT)CT表现及病理学特征。**方法** 通过回顾性分析我院2006年3月~2013年12月手术病理证实的8例孤立性纤维瘤CT表现并复习文献,总结其CT影像特征。**结果** MSCT上表现为孤立、边界清楚的单发肿块。CT平扫常表现为均匀的低密度肿块,增强多轻中度强化;肿瘤较大时,常因内部囊变、坏死呈不均匀低密度,强化多呈不均匀地图样强化。**结论** MSCT可清晰显示SFT病灶的形态、大小及其周围组织的关系,对SFT的诊断和鉴别诊断具有一定的帮助。

【关键词】 孤立性纤维瘤; 体层摄影术; X线计算机; 免疫组织化学

【中图分类号】 R730.262; R445.3; R446.6

【文献标识码】 A

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5131.2015.02.30

通讯作者: 兰文杰

Isolation Fibroma CT Performance

[Abstract] *Objective* To explore the solitary fibrous tumor (solitary fibrous tumors, SFT) CT manifestation and pathological features. *Methods* A retrospective analysis of our hospital from March 2006 to December 2013 menstrual operation and pathology confirmed 8 cases of solitary fibrous tumor CT expression and review of the literature, summarized the features of CT. *Results* MSCT showed solitary, boundary clear single mass. CT scan showed low density mass uniform, enhanced multiple mild to moderate enhancement; larger tumors, cystic degeneration, necrosis of not uniform in low density, the map like enhancement was not uniform. *Conclusion* MSCT can clearly show the relationship between the shape, size and surrounding tissues of SFT lesions, has certain help in the diagnosis and differential diagnosis of SFT.

[Key word] Solitary Fibrous Tumor; Tomography; X-ray Computer; Immunohistochemistry

孤立性纤维瘤(solitary fibrous tumors, SFT)属于纤维母细胞/肌纤维母细胞来源肿瘤的中间型^[1],是一种罕见的间叶源性软组织肿瘤,于1931年Klumperer和Rolin首次报道^[2]。SFT可发生于全身各个器官,由于发生于不同部位的肿瘤形态以及组织学改变的多样性,术前诊断准确率较低。结合我院2006年3月~2013年12月手术病理证实8例SFT的特征性CT表现,并对照病理检查进行分析,以提高影像医师对SFT的认识和术前确诊率。

1 资料与方法

1.1 临床资料 8例SFT中,男5例,女3例,年龄26~65岁,平均38.5岁。临床症状胸部疼痛2例;1例腹部不适;4例体检发现。1例左侧腋下肿物。8例术前均做肿瘤标记物癌胚抗原(CEA)、CA199、CA125、AFP及血常规检查,其中有1例白细胞偏高,余实验室检查均正常。

1.2 检查方法 采用Philips brilliance 64多层螺旋CT机采集数据。扫描层厚5mm,层距5mm,1mm薄层重建。8例均行增强扫描检查,于肘前静脉以2.5~3.3mL/s注射对比剂(Ultravist 370),剂量1.5~2.0mL/kg。动脉期对比剂注射后30s开始扫描,门脉期对比剂注射后60s开始扫描,延迟期对比剂注射180~300s开始扫描。图像数据上传至Extended Brilliance workspace工作站,分析病变的CT表现,包括病变部位、边缘、大小、密度、强化特点以及与周围结构的关系。

2 结 果

2.1 大小和形态 8例SFT肿块数量8个。来源于左侧后侧胸膜2例,左侧纵膈胸膜1例,右侧斜裂胸膜1例,水平裂胸膜1例,左侧胸壁1例,腹膜2例。肿瘤直径5~15cm,均值9cm。肿块形态多呈类圆形,边界清楚,边缘光滑,大多与胸膜或腹膜呈宽基底相连。

2.2 肿瘤密度及周围情况 2例CT平扫密度均匀,CT值约为28HU;

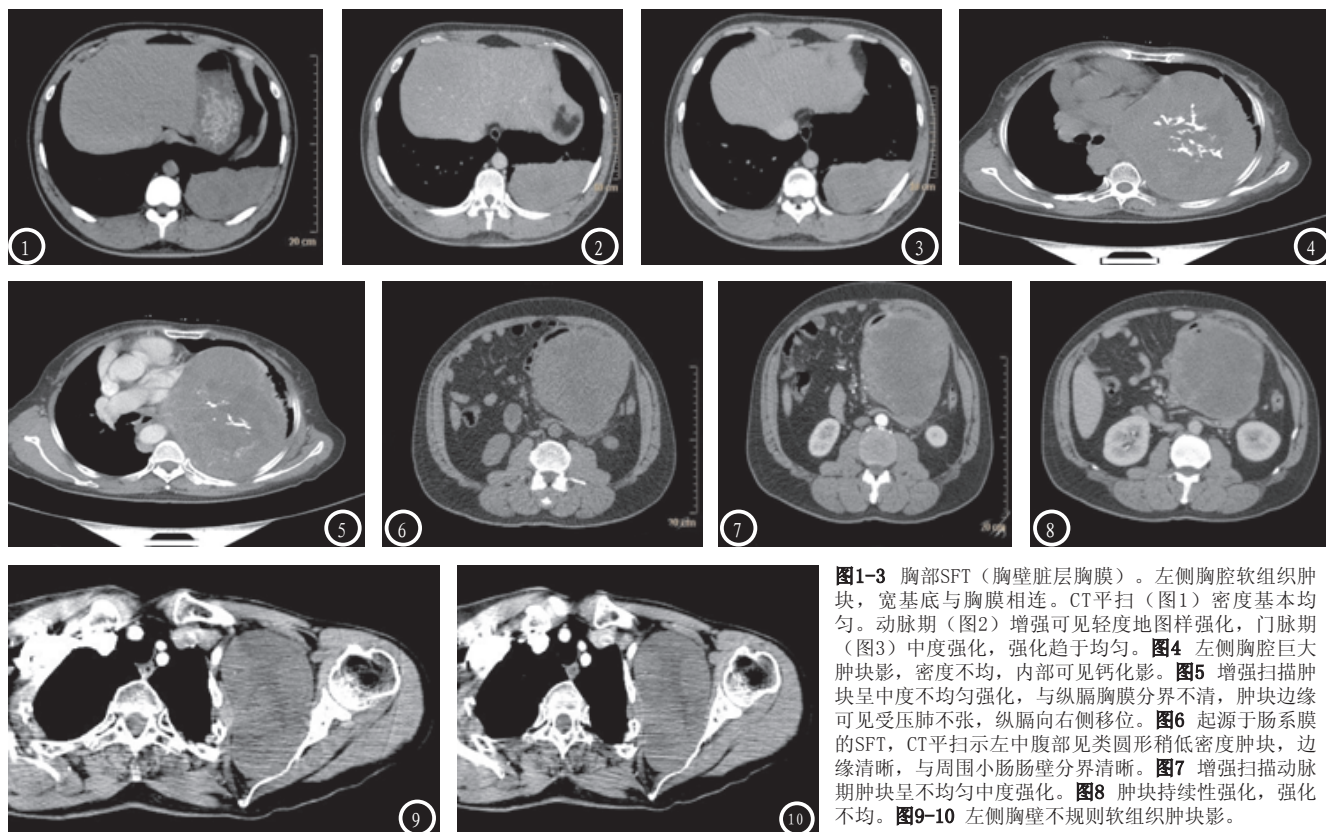


图1-3 胸部SFT（胸壁脏层胸膜）。左侧胸腔软组织肿块，宽基底与胸膜相连。CT平扫（图1）密度基本均匀。动脉期（图2）增强可见轻度地图样强化，门脉期（图3）中度强化，强化趋于均匀。图4 左侧胸腔巨大肿块影，密度不均，内部可见钙化影。图5 增强扫描肿块呈中度不均匀强化，与纵膈胸膜分界不清，肿块边缘可见受压肺不张，纵膈向右侧移位。图6 起源于肠系膜的SFT，CT平扫示左中腹部见类圆形稍低密度肿块，边缘清晰，与周围小肠肠壁分界清晰。图7 增强扫描动脉期肿块呈不均匀中度强化。图8 肿块持续性强化，强化不均。图9-10 左侧胸壁不规则软组织肿块影。

6例平扫密度不均，CT值约为21~38HU，其中1例内部可见纤维间隔，1例SFT内部可见斑片状钙化影（图4，5）。增强扫描，8例均呈不均匀强化，其中2例肿瘤动脉期轻度强化，CT值约为45~50HU，门脉期及延迟期逐渐强化，CT值约为70~76HU。6例动脉期CT值约为45~55HU，门脉期CT值约为69~79HU，延迟期CT值约为60~70HU。大部分肿瘤边界清楚，以宽基底与胸膜或腹膜相连，邻近组织可见受压。1例左侧胸壁病变，边缘光滑，周围组织受压移位，增强扫描不均匀中度强化。

2.3 病理表现 肿瘤呈圆形或椭圆形，5例包膜完整，3例可见纤维假包膜，切面呈灰白色或黄白色，质地坚韧，6例切面可见不同程度黏液样变性区，2例有灶性出血。镜检：SFT富含胶原纤维及索形肿瘤细胞。免疫组织化学染色：CD34+，CL2+，CD99+，SMA-。

3 讨论

3.1 SFT的病理和临床特点

SFT是由间充质细胞分化而来的间叶来源肿瘤^[3]，其成分由大量梭形细胞组成，这些细胞内部富含发育成熟的血管。SFT内除梭形细胞外，还存在成熟纤维胶原。多数学者认为SFT属于侵袭性肿瘤，部分患者具有潜在恶性，仅凭影像表现难以确定肿瘤的恶性程度，本组8例病例均为良性。CD99阳性表明SFT作为软组织肿瘤的特性，使其与上皮来源肿瘤加以区别^[4]。SFT多发生在胸膜，也可发生在胸膜以外的各部位，如颅内、颈部、会厌、甲状腺、肺部、肝脏、肾上腺、盆底等，多发生在6~70岁，无性别差异^[5]，本组8例SFT中，男5例，女3例，年龄26~65岁，平均38.5岁，与文献相近。SFT多数为良性，恶性占20%^[6]，本组8例均为良性，与文献报道有不符，可能与病例数较少有关。大多数SFT一般无临床

症状或症状轻微，多在体检或因其他疾病就诊时偶然发现，本组8例，4例体检发现，另外4例因肿瘤较大出现包块或产生压迫症状就诊。若肿瘤出现粘液样变性、出血、坏死、囊变，则提示为恶性，较大的肿瘤(>10cm)也提示为恶性^[7]。本组病例有1例大小约为15cm，内部可见坏死及钙化，增强后地图样不均匀强化，病理为良性。

3.2 SFT的CT表现 CT平扫为中等密度软组织肿块，可发生出血、坏死，钙化少见，本组1例肿瘤内部可见不均匀斑片状钙化；肿瘤大小差异较大，从数厘米到数十厘米，本组最大约为15cm，最小约为5cm。边界多清楚，本组8例边界清楚，增强扫描多表现中度或明显强化，并有延迟强化特点。无坏死或胶原成分的肿瘤多为均匀强化，而伴坏死及胶原成分不强化，呈典型地图样强化表现^[8]。

（下转第 102 页）