

程庆红, 王嗣伟, 盛茂. 腹内型侵袭性纤维瘤病与间质瘤的 CT 鉴别诊断[J]. CT 理论与应用研究, 2019, 28(2): 255-262. doi:10.15953/j.1004-4140.2019.28.02.12.
CHENG Q H, WANG S W, SHENG M. CT differential diagnosis of intra-abdominal aggressive fibromatosis and stromal tumors[J]. CT Theory and Applications, 2019, 28(2): 255-262. doi:10.15953/j.1004-4140.2019.28.02.12. (in Chinese).

腹内型侵袭性纤维瘤病与间质瘤的 CT 鉴别诊断

程庆红, 王嗣伟[✉], 盛茂

(合肥市第二人民医院广德路院区放射科, 合肥 230011)

摘要: 目的: 腹内型侵袭性纤维瘤病和间质瘤在诊断上易于混淆, 通过对 CT 征象进行对比分析, 进而总结两者的鉴别诊断要点。方法: 收集 7 例腹内型侵袭性纤维瘤病和 9 例间质瘤患者的资料, 分析其平扫与三期增强的 CT 表现, 并对两者的 CT 征象进行统计分析。结果: 两者发生部位、囊变或坏死、强化时相、强化程度的 P 值均为 0.01, 差异具有显著性, 对两者的鉴别诊断有较高价值, 其中强化时相和程度有重要价值; 两者在病灶的大小、形态、边界和病灶内的血管、出血、气体、钙化情况上差异无显著性, 对鉴别诊断有一定价值。结论: 当病灶位于胃肠道外、无囊变或坏死、增强扫描呈轻度强化、时间密度曲线呈缓慢上升的直线型时多考虑腹内型侵袭性纤维瘤病, 可进一步结合 MRI 进行鉴别诊断; 当病灶位于胃肠道壁、有囊变或坏死、增强扫描呈中度至明显强化, 时间密度曲线呈速升缓降的抛物线型时多考虑间质瘤。

关键词: 侵袭性纤维瘤病; 间质瘤; 鉴别诊断; 计算机体层摄影

doi:10.15953/j.1004-4140.2019.28.02.12 中图分类号: R 816 文献标志码: A

侵袭性纤维瘤病又称硬纤维瘤或韧带样型纤维瘤, 是好发于肌肉、腱膜或深筋膜等结缔组织的软组织肿瘤, 生物学行为介于良性纤维母细胞瘤与纤维肉瘤之间, 具有无包膜、侵袭性生长、少见细胞核分裂、细胞间胶原纤维丰富、术后易复发但不转移等特征^[1-3]。根据发生部位可分为腹外型(约 50%~60%)、腹壁型(约 25%)和腹内型(约 15%)。腹内型侵袭性纤维瘤病(intra-abdominal aggressive fibromatosis, IAF)少见, 其临床表现无特异性^[4]。间质瘤是来源于胃肠道间质干细胞的间叶组织肿瘤, 按发生部位可分为胃肠道间质瘤和胃肠道外间质瘤, 以胃肠道最常见, 多数患者有消化道症状^[5-6]。两者在临床特征和影像表现有很多相似之处, 诊断上易于混淆, 且完全根治难度较大^[7]。

目前国内外分别对 IAF 和间质瘤的 CT 表现以及诊断进行了较多研究, 但缺乏对两者的 CT 表现进行系统性对照, 因此本研究对 7 例 IAF 和 9 例间质瘤的 CT 资料进行回顾性对比分析, 旨在探讨两者 CT 鉴别诊断的要点, 为临床治疗方案的选择提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本文收集 2012 年 12 月至 2017 年 10 月期间接受诊治的 16 例患者, 经手术病理证实为 7 例 IAF 和 9 例间质瘤。7 例 IAF 中男性 4 例, 女性 3 例, 年龄为 19~60 岁, 平均年龄

收稿日期: 2018-10-13。

(41.14 ± 17.05) 岁, 其中位于肠系膜 5 例, 盆腔及腹膜后各 1 例, 临床症状主要为腹部胀痛或发现腹部肿块。9 例间质瘤中男性 6 例, 女性 3 例, 年龄为 40~79 岁, 平均年龄 (64.89 ± 12.77) 岁, 其中位于小肠肠壁 6 例 (浆膜下 4 例, 粘膜下和肌层各 1 例), 胃肠道外 3 例 (小肠系膜、腹腔和盆腔各 1 例); 5 例间质瘤临床表现为腹部胀痛不适, 伴恶心、呕吐、黑便、纳差等, 其余 4 例为无意中发发现腹部包块。

1.2 检查方法

所有患者均行腹部 CT 平扫和三期动态增强扫描, 采用 GE Lightspeed 64 排螺旋 CT, 扫描前空腹口服温开水 800~1 000 mL, 扫描范围自膈顶至耻骨联合。扫描参数: 管电压 120 kV, 管电流 350 mAs, 螺距 0.984, 层厚及间隔均为 5 mm; 增强扫描采用高压注射器经肘正中静脉团注, 注射速率为 3.0 mL/s, 对比剂为 320 mgI/mL 非离子型碘佛醇, 剂量为 80~100 mL, 采用对比剂智能跟踪技术, ROI 置于腹主动脉, CT 值达到 100 HU 时触发动脉期扫描, 此后分别延迟 45 s 及 100 s 行静脉期及延迟期扫描。

1.3 图像分析

由两位高年资影像医师对 CT 图像进行分析, 意见不同时经讨论后达成一致, 计量数据均取 3 次测量的平均值, 图像分析内容包括: ① 病灶大小, 以最大径作为测量标准; ② 病灶位置、形态及边界通过 CT 平扫确定, 如病灶累及邻近结构无法明确其发生部位, 可通过多平面重建 (MPR) 进一步确定; ③ 病灶内囊变或坏死、出血、钙化及气体, 囊变或坏死表现为低密度且无强化, 出血的 CT 值为 60~80 HU, 钙化的 CT 值大于 90 HU, 气体的 CT 值为 -200~-1 000 HU; ④ 肿瘤血管情况; ⑤ 强化方式, 包括强化程度和强化时相, CT 值测量要求平扫和增强测量部位不变, ROI 值相当, 且避开病灶内部的囊变或坏死、出血、钙化及气体等, 低度强化为 CT 差值 10~20 HU, 中度强化为 CT 差值 20~40 HU, 明显强化为 CT 差值 40 HU 及以上^[8]。

1.4 统计方法

采用 SPSS 17.0 软件对 CT 征象进行分析, 其中计量数据采用方差分析, 计数数据采用 Fisher 精确检验, 以 $P < 0.05$ 为差异具有统计意义。

2 结果

2.1 平扫 CT 征象

位置: 7 例 IAF 病灶均位于胃肠道外, 其中位于肠系膜 5 例, 盆腔及腹膜后各 1 例。9 例间质瘤中 6 例病灶位于胃肠道壁, 其中位于浆膜下 4 例, 粘膜下和肌层各 1 例, 其余 3 例位于胃肠道外, 其中小肠系膜、腹腔和盆腔各 1 例。两者差异具有显著性 ($P < 0.05$)。

病灶大小: IAF 病灶最大径约 5.6~32 cm, 平均 (13.9 ± 9.1) cm, 最大 1 例几乎占据整个腹腔; 间质瘤病灶最大径约 3.1~21.5 cm, 平均 (11.0 ± 5.7) cm。两者差异无显著性 ($P > 0.05$)。

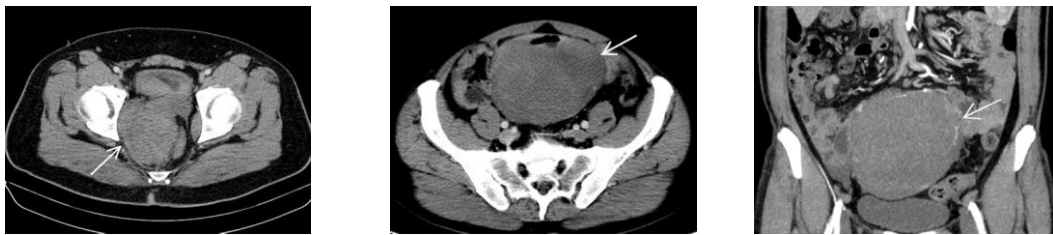
病灶形态: 7 例 IAF 中 5 例形态规则, 呈圆形, 无分叶, 其余 2 例形态不规则, 有明显分叶, 其中 1 例腹膜后病灶累及胰头、十二指肠、部分横结肠, 并与肠系膜、血管紧密粘

连，1 例盆腔病灶累及膀胱、前列腺、直肠及盆壁肌肉等（图 1 (a)）。9 例间质瘤中 3 例形态较规则，呈圆形或椭圆形，无分叶，其余 6 例形态不规则，可见分叶，其中 1 例位于盆腔者侵及回肠、子宫前壁、膀胱、乙状结肠及系膜，1 例位于腹腔者侵犯肝右后叶、膈肌、腹壁及右肾，3 例与邻近小肠壁或大网膜粘连。两者差异无显著性 ($P>0.05$)。

边界：7 例 IAF 中 5 例边缘光整，境界清楚，其余 2 例境界不清；9 例间质瘤中 4 例包膜完整，境界较清楚，其余 5 例境界不清。两者差异无显著性 ($P>0.05$)。

囊变或坏死情况：7 例 IAF 中 1 例平扫密度较均匀，其余 6 例密度不均，其中 1 例因伴有脓肿呈囊实性；9 例间质瘤中除 1 例低危险度者密度较均匀外，其余 8 例密度均不均匀，且均可见囊变或坏死。两者囊变或坏死情况差异具有显著性 ($P<0.05$)。

伴有出血、气体和钙化情况：7 例 IAF 中 1 例伴有出血，1 例位于肠系膜者因侵及肠腔粘膜面可见气体影（图 1 (b) 和图 1 (c)），所有病例均未见钙化；9 例间质瘤中 3 例伴有出血，4 例可见病灶与肠腔贯通而出现气体影（图 2 (a)），3 例见点状钙化。两者伴有出血、气体和钙化情况差异无显著性 ($P>0.05$)。IAF 和间质瘤平扫 CT 征象统计和检验情况见表 1。



(a) 男性，19 岁，盆腔侵袭性纤维瘤病。病灶呈侵袭性生长，累及右侧闭孔内肌、精囊、前列腺，且与直肠部分分界欠清

男性，45 岁，肠系膜侵袭性纤维瘤病。(b) 增强扫描静脉期；(c) 动脉期冠状位 MIP 重建，肿块（箭头）呈类圆形，增强扫描呈欠均匀轻度强化，因侵及肠壁全层病灶内可见气体影，MIP 重建像靠近肿块边缘可见肠系膜血管

图 1 IAF 典型病例

Fig.1 Typical cases of IAF



(a) 男性，63 岁，空肠浆膜面高危险度间质瘤。肿块内可见少量出血（箭头）、囊变坏死及积气

男性，62 岁，空肠中危险度间质瘤。(b) 增强扫描静脉期；(c) 动脉期冠状位 MIP 重建，肿块（箭头）呈分叶状，密度欠均匀，增强扫描呈不均匀较明显强化，MIP 重建图像可见丰富的肠系膜供血血管

图 2 间质瘤典型病例

Fig.2 Typical cases of stromal tumors

2.2 增强 CT 征象

强化时相：7 例 IAF 中 6 例在动脉期、静脉期和延迟期 CT 值缓慢上升，表现为渐进性

延迟强化, 时间密度曲线呈缓慢上升的直线型; 9 例间质瘤中除 1 例高危度者表现为延迟强化外, 其余 8 例 CT 值在动脉期和静脉期迅速上升, 于静脉期达强化峰值, 延迟期 CT 值降低, 时间密度曲线呈速升缓降的抛物线型。两者差异具有显著性 ($P < 0.05$)。

强化程度: 7 例 IAF 中仅 1 例位于腹膜后伴脓肿, 脓肿壁及分隔呈不均匀明显强化, 其余 6 例均呈不均匀轻度强化; 9 例间质瘤中仅 1 例低危险度者呈均匀明显强化, 其余 8 例呈不均匀中度至明显强化; 同时经对比发现, 来源于肠壁者强化程度相对较胃肠道外者高。两者差异具有显著性 ($P < 0.05$)。

表 1 IAF 与间质瘤 CT 征象统计对比表
Table 1 Comparative analysis the CT findings of IAF and stromal tumors

CT 征象		IAF ($n = 7$)	间质瘤 ($n = 9$)	P
位置	胃肠道壁	0	6	0.01
	胃肠道外	7	3	
病灶大小		13.9 ± 9.1	11.0 ± 5.7	0.45
病灶形态	圆形或椭圆形	5	3	0.16
	分叶状或不规则形	2	6	
病灶边界情况	清晰	5	4	0.29
	不清晰	2	5	
病灶内囊变或坏死情况	有	1	8	0.01
	无	6	1	
病灶内出血情况	有	1	3	0.39
	无	6	6	
病灶内气体情况	有	1	4	0.23
	无	6	5	
病灶内钙化情况	有	0	3	0.15
	无	7	6	
强化时相	直线上升型	6	1	0.01
	抛物线型	1	8	
强化程度	轻度	6	1	0.01
	中度~明显	1	8	
肿瘤血管情况	有	5	8	0.40
	无	2	1	

肿瘤血管情况: 7 例 IAF 中 5 例在动脉期可见血管影, 血管主要位于病灶边缘; 9 例间质瘤中 8 例中、高危度者在动脉期可见丰富的血管分支显影 (图 2 (b) 和 (c))。两者差异无显著性 ($P > 0.05$)。IAF 和间质瘤增强 CT 征象统计和检验情况见表 1。

3 讨论

IAF 是较为少见的软组织肿瘤, 间质瘤是来源于胃肠道间质干细胞的间叶组织肿瘤。两者的主要治疗手段均是手术切除, IAF 具有完全切除难、复发率高和损伤大等特征, 通常需结合放疗、内分泌治疗或全身化疗等辅助治疗; 间质瘤可辅以分子靶向药物治疗, 增加

完全切除的几率及进行巩固治疗^[9]。对于两者的鉴别诊断, 本研究发现病变位置、囊变坏死情况、强化时相和强化程度是二者鉴别诊断的关键, 此四种征象联合应用, 可明显提高 IAF 和间质瘤的正确诊断率; 病灶的大小、形态、边界和病灶内的血管、出血、气体、钙化情况对两者鉴别诊断有一定的价值。

本研究认为, 以下征象对于 IAF 和间质瘤的鉴别诊断有较高价值。

(1) 肿瘤位置。IAF 较为少见, 多发生于胃肠道外, 常发生于肠系膜和腹膜后, 也可位于盆腔, 以侵袭性生长为主, 本组病例均位于胃肠道外^[10]。间质瘤是最常见的胃肠道间叶源性肿瘤, 多见于胃肠壁, 可以向腔内、腔外生长或同时向腔内外生长, 少见胃肠道外; 本组病例中 6 例位于胃肠道壁, 另外 3 例分别位于小肠系膜、腹腔和盆腔。

(2) 囊变或坏死情况。IAF 主要由纤维母细胞、粘液基质、胶原纤维和细小血管等以不同比例组成, CT 平扫表现为腹腔内软组织密度肿块, 与邻近肌肉相比呈等或略低密度, 密度与病灶所含粘液成分和胶原纤维的比例有关, 病灶较小时密度较均匀, 较大时密度不均匀; 较少发生囊变或坏死, 当病灶继发感染形成脓肿时表现为囊实性^[11], 本组病例仅 1 例因伴有脓肿呈囊实性。间质瘤具有潜在恶性, 其危险度分级越高, 囊变或坏死出现的几率也越高; 低和极低危险度少见囊变或坏死, 密度均匀, 中、高危险度常见囊变或坏死, 密度不均; 本组病例中除 1 例低危险度者未见囊变或坏死, 其余 8 例中、高危险度者均见囊变或坏死。

(3) 强化方式。IAF 主要由增生的纤维母细胞、胶原纤维和细小的毛细血管组成, 病灶内少见粗大的动静脉, 导致对比剂进入病灶较慢, 增强扫描时病灶内部 CT 值升高不均匀且不明显, 三期 CT 值缓慢升高, 呈渐进性不均匀轻度强化, 强化峰值延迟, 时间密度曲线表现为缓慢上升的直线型; 本组病例三期增强扫描均强化不均匀, 85.7% 呈渐进性轻度强化, 基本与文献^[12]报道一致。间质瘤病灶实质部分多见增粗或增多的肿瘤血管, 对比剂多能快速进入病灶内部, 因此增强扫描多呈中度或明显强化, 其中低和极低危险度病灶多呈均匀强化, 中、高危险度因受病灶内囊变或坏死、出血、钙化、气体等影响, 多呈不均匀强化, 本组病例与文献^[15]所述一致; CT 值在动脉期及静脉期明显升高, 于静脉期达峰值, 延迟期强化程度减退, 时间密度曲线多呈速升缓降的抛物线型, 本组 8 例强化时相与文献^[13-15]相符, 仅 1 例高危险度者呈延迟强化。因此三期增强扫描呈渐进性轻度延迟强化者多考虑 IAF, 如呈中度或明显强化, 在静脉期达峰值, 多考虑间质瘤, 此点对 IAF 和间质瘤的鉴别诊断具有重要价值。

本研究认为, 以下征象对于 IAF 和间质瘤的鉴别诊断有一定价值。

(1) 病灶大小、形态和边界。IAF 形态相对较规则, 一般呈圆形或椭圆形, 也可见分叶或不规则形, 境界一般较清晰, 部分边缘可见蟹爪征或触须征^[16]。间质瘤中低和极低危险度病灶通常较小, 形态较规则, 境界较清楚; 中、高危险度病灶常较大, 形态多不规则, 分叶更常见, 境界不清。从本组病例统计情况来看, 认为病灶大小、形态和边界对两者的鉴别诊断的价值较小。

(2) 病灶内的血管情况。IAF 病灶内多为细小的毛细血管, 少见粗大的动静脉, 常见邻近血管受压移位或包埋其中, 其中肠系膜 IAF 可见肠系膜血管包绕病灶的特征性表现^[17]; 间质瘤病灶实质部分多见增粗或增多的肿瘤血管。从本组病例情况来看, 间质瘤病灶内增

粗血管相对较多,其中血管包绕对肠系膜 IAF 的鉴别诊断具有较高的价值。

(3) 病灶内出血、气体、钙化情况。一般来说,IAF 少见出血和钙化,当病灶包绕肠管或侵犯肠壁全层,并与肠腔贯通时,病灶内会出现气体;而间质瘤病灶危险度分级越高,越容易出现出血和钙化,且病灶易形成溃疡与肠腔贯通而出现气体。本组 7 例 IAF 病例中,14.3% 见出血和气体,且均未见钙化;9 例间质瘤病例中,33.3% 见出血和钙化,44.4% 见气体,从本组病例来看,间质瘤出现出血、气体、钙化的概率更大,此 3 个征象结合其他征象,对两者鉴别诊断有一定的价值。

本研究存在以下不足之处:本文为回顾性研究,由于 IAF 和间质瘤均较为少见,病例收集时间跨度大,且病例数较少,存在一定局限性。

综上所述,本研究将 IAF 和间质瘤的 CT 征象进行了系统研究发现,仅通过平扫 CT 征象很难对两者进行正确鉴别诊断,当结合增强 CT 征象,如强化方式和血管包绕情况等,可明显提高正确诊断率。鉴于 IAF 所含致密纤维在 MRI 各序列图像上表现为低信号的特征,可进一步结合 MRI 检查对两者进行鉴别诊断。

参考文献

- [1] 张雷,迟达,赵丹,等.侵袭性纤维瘤病的影像诊断价值[J].临床放射学杂志,2014,33(9):1400-1403.
ZHANG L, CHI D, ZHAO D, et al. The imaging diagnosis of aggressive fibromatosis[J]. Journal of Clinical Radiology, 2014, 33(9): 1400-1403. (in Chinese).
- [2] ZHU H, CHEN H, ZHANG S, et al. Intra-abdominal fibromatosis: Differentiation from gastrointestinal stromal tumour based on biphasic contrast-enhanced CT findings[J]. Clinical Radiology, 2013, 68(11): 1133-1139.
- [3] 郑晨,齐雪梅,梁长虎,等. CT 增强扫描在腹内型侵袭性纤维瘤病和胃肠道间质瘤鉴别诊断中的价值[J].医学影像学杂志,2017,27(6):1104-1108.
ZHENG C, QI X M, LIANG C H, et al. The value of CT contrast enhanced scan in the differential diagnosis of intra-abdominal fibromatosis and gastrointestinal stromal tumour[J]. Journal of Medical Imaging, 2017, 27(6): 1104-1108. (in Chinese).
- [4] 谢丽芬,梁长虹,李景雷.韧带样型纤维瘤病的 CT、MRI 表现[J].实用放射学杂志,2015,31(1):116-120.
XIE L F, LIANG C H, LI J L. CT and MRI findings of desmoid-type fibromatoses[J]. Journal of Practical Radiology, 2015, 31(1): 116-120. (in Chinese).
- [5] 李小力,寇文超,陈平有.腹膜后间质瘤的 MSCT 表现及诊断价值[J].CT 理论与应用研究,2012,21(1):73-80.
LI X L, KOU W C, CHEN P Y. MSCT manifestations analysis and diagnostic value of retroperitoneal stromal tumors[J]. CT Theory and Applications, 2012, 21(1): 73-80. (in Chinese).
- [6] 周岩冰.胃肠道间质瘤的诊断与治疗现状[J].中华普通外科杂志,2017,32(7):549-552.
- [7] NORIHITO O, HIDEAKI I, HIDEFUMI T, et al. An intra-abdominal desmoid tumor difficult to distinguish from a gastrointestinal stromal tumor: Report of two cases[J]. Surgery Today, 2014, 44: 2174-2179.
- [8] 刘克勤,全冠民,袁涛,等. CT 征象分析对原发性腹膜后肿瘤鉴别诊断的价值[J].放射学实践,2014,29(9):1067-1071.
LIU K Q, QUAN G M, YUAN T, et al. CT features in differential diagnosis of primary retroperitoneal tumors[J]. Radiologic Practice, 2014, 29(9): 1067-1071. (in Chinese).

- [9] 王世强, 张莉, 李斌, 等. 侵袭性纤维瘤病诊治进展[J]. 国际骨科学杂志, 2017, 38(1): 33-37.
- [10] 刘欢欢, 张欢, 庞丽芳, 等. 腹内硬纤维瘤的 CT 表现与病理对照研究[J]. CT 理论与应用研究, 2014, 23(1): 159-165.
LIU H H, ZHANG H, PANG L F, et al. The comparative study of CT and pathology in intra-abdominal desmoid tumors[J]. CT Theory and Applications, 2014, 23(1): 159-165. (in Chinese).
- [11] 罗振东, 陈卫国, 贾铭, 等. 侵袭性纤维瘤病 CT 表现及鉴别诊断[J]. 中国医学影像学杂志, 2012, 20(6): 405-408.
LUO Z D, CHEN W G, JIA M, et al. CT features and differential diagnosis of aggressive fibromatosis[J]. Chinese Journal of Medical Imaging, 2012, 20(6): 405-408. (in Chinese).
- [12] 董天发, 吴美仙, 刘祎, 等. 腹盆部韧带样纤维瘤的影像学表现与病理对照分析[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2016, 14(11): 82-102.
DONG T F, WU M X, LIU W, et al. The comparative analysis between the imaging findings and pathological result of abdominal and plevic desmoid fibromatosis[J]. Chinese Journal of CT and MRI, 2016, 14(11): 82-102. (in Chinese).
- [13] 陈东, 谢长农, 黄泽光. 胃肠道外间质瘤的多层螺旋 CT 诊断[J]. 实用放射学杂志, 2014, 30(6): 954-956.
CHEN D, XIE C N, HUANG Z G. Multi-slice spiral CT diagnosis of extra-gastrointestinal stromal tumors[J]. Journal of Practical Radiology, 2014, 30(6): 954-956. (in Chinese).
- [14] 李先浪, 王晓荣. MSCT 对胃间质瘤的诊断价值[J]. 放射学实践, 2014, 29(3): 314-317.
LI X L, WANG X R. Diagnostic value of MSCT in gastric stromal tumor[J]. Radiologic Practice, 2014, 29(3): 314-317. (in Chinese).
- [15] HE M Y, ZHANG R, PENG Z, et al. Differentiation between gas-trointestinal schwannomas and gasteintestinal stromal tumors by computed tomography[J]. Oncology Letters, 2017, 13(5): 3746-3752.
- [16] 梁汉欢, 张洪, 彭可雨. CT 动态增强扫描对腹部侵袭性纤维瘤病的诊断价值[J]. 中国临床医学影像杂志, 2014, 25(5): 357-360.
LIANG H H, ZHANG H, PENG K Y. Diagnostic value of dynamic contrast-enhanced CT in the diagnosis of abdominal aggressive fibromatosis[J]. Journal of China Clinic Medical Imaging, 2014, 25(5): 357-360. (in Chinese).
- [17] 徐玉芸, 何晓东, 钟建国, 等. 胃肠道间质瘤的 CT 表现与病变危险度分级的对照研究[J]. 医学影像学杂志, 2013, 23(2): 255-258.
XU Y Y, HE X D, ZHONG J G, et al. Comparative study of CT features and degrees of malignancy of gastrointestinal stromal tumors[J]. Journal of Medical Imaging, 2013, 23(2): 255-258. (in Chinese).

CT Differential Diagnosis of Intra-abdominal Aggressive Fibromatosis and Stromal Tumors

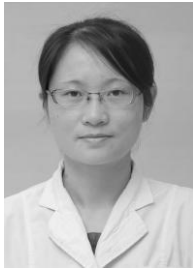
CHENG Qinghong, WANG Siwei[✉], SHENG Mao

(Department of Radiology, the Second People's Hospital of Hefei, Hefei 230011, China)

Abstract: Objective: Intra-abdominal aggressive fibromatosis and stromal tumors are easily confused in diagnosis, so comparative analysis the CT findings of both, to summary their key points of differential diagnosis. Methods: The difference of both in sites, cystic degeneration or necrosis, enhancement phase and enhancement degree were significant ($P = 0.01$), it has high value for differential diagnosis, among them, enhancement phase

and enhancement degree have important value. There was significant difference between both in the size, morphology and boundary of the lesion, as well as blood vessels, bleeding, gas and calcification in lesions, it has certain value for differential diagnosis. Conclusion: If the lesion is located outside the gastrointestinal, without cystic degeneration or necrosis, enhanced scan showed slight enhancement, and time-density curve showed slowly ascending linear type, we should consider intra-abdominal aggressive fibromatosis. If the lesion is located in the gastrointestinal wall, with cystic degeneration or necrosis, enhanced scan showed moderate to marked enhancement, and time-density curve showed parabola type, we should consider stromal tumors.

Keywords: aggressive fibromatosis; stromal tumors; differential diagnosis; computed tomography



作者简介: 程庆红 (1983—), 女, 硕士, 合肥市第二人民医院广德路院区放射科主治医师, 主要从事影像诊断工作, Tel: 0551-62965333, E-mail: cqhlove@126.com; 王嗣伟[✉] (1956—), 男, 合肥市第二人民医院广德路院区放射科主任医师, 主要从事影像诊断工作, Tel: 0551-62965333, E-mail: wsw573@126.com。