



项型纤维瘤的CT和MRI诊断

梁德志, 靳仓正

Imaging Diagnosis of Nuchal-type Fibroma

LIANG Dezhi and JIN Cangzheng

在线阅读 View online: <https://doi.org/10.15953/j.ctta.2022.048>

您可能感兴趣的其他文章

Articles you may be interested in

韧带样纤维瘤的CT和MRI诊断

CT and MRI Diagnosis of Desmoid Type Fibromatoses

CT理论与应用研究. 2020, 29(6): 733–741

腹内型侵袭性纤维瘤病与间质瘤的CT鉴别诊断

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

CT理论与应用研究. 2019, 28(2): 255–262

软骨黏液样纤维瘤的影像分析

Imaging Analysis of Chondromyxoid Fibroma

CT理论与应用研究. 2020, 29(1): 103–110

卵巢卵泡膜纤维瘤的CT表现

CT Findings of Ovarian Thecoma-fibroma

CT理论与应用研究. 2019, 28(3): 355–362

软骨母细胞型骨肉瘤的影像诊断

Imaging Diagnosis of Chondroblastic Osteosarcoma

CT理论与应用研究. 2021, 30(3): 379–386

多层螺旋CT和MRI在额骨内板增生症诊断中的应用价值

Application Value of Multi-detector CT and MRI in the Diagnosis of Hyperostosis Frontalis Interna

CT理论与应用研究. 2021, 30(5): 645–652



关注微信公众号, 获得更多资讯信息

梁德志, 靳仓正. 项型纤维瘤的 CT 和 MRI 诊断[J]. CT 理论与应用研究, 2023, 32(2): 249–255. DOI:10.15953/j.ctta.2022.048.
LIANG D Z, JIN C Z. Imaging Diagnosis of Nuchal-type Fibroma[J]. CT Theory and Applications, 2023, 32(2): 249–255. DOI:10.15953/j.ctta.2022.048. (in Chinese).

项型纤维瘤的 CT 和 MRI 诊断

梁德志[✉], 靳仓正

华南理工大学附属第六医院放射科, 广东 佛山 528200

摘要: 目的: 探讨项型纤维瘤的 CT 和 MRI 特征。方法: 回顾性分析 8 例 NTF 的影像学表现, 病变均经外科切除和病理证实, 其中 2 例行 CT 平扫检查, 6 例行 MRI 扫描, 2 例同时行 MRI 增强扫描, 分析 NTF 的临床表现和 CT、MRI 征象。结果: 8 例肿物位于骶尾部皮下, 质韧; CT 和 MRI 显示病灶局部皮肤增厚, 皮下脂肪内见片状、条索状影; CT 呈稍高密度, T1WI 呈低信号, T1WI 压脂呈低-等信号, T2WI 压脂呈低信号, DWI 呈等信号, 内见交错脂肪样密度或信号影; 形态不规则, 边界不清, 无明确包膜。2 例行增强扫描, 均呈轻度强化。结论: 项型纤维瘤的 MRI 和 CT 表现具有特征性, 结合病史、症状及体征, 有助于项型纤维瘤的诊断。

关键词: X 线计算机; 磁共振成像; 项型纤维瘤

DOI:10.15953/j.ctta.2022.048 中图分类号: R 814; R 445 文献标识码: A

项型纤维瘤 (nuchal-type fibroma, NTF) 是一种少见的良性纤维增殖性肿瘤性病变, 1988 年 Enzinger 和 Weiss 首先对该病进行了描述^[1]。NTF 多发生于肩胛间区、脊柱旁皮下软组织; 各年龄均可发病, 多见于男性; 多表现为皮下软组织肿块, 病灶质韧; 进行性缓慢增大, 病程可持续数年; 发病原因不明。本病发病率低, 病灶表浅故临床忽视 CT 及 MRI 检查, 早期研究多以个案报道为主, 影像医师工作中因认识不足容易造成误诊。

本文回顾性分析经病理确诊的 NTF 8 例, 研究其 CT 和 MRI 影像资料, 希望加深对本病的认识。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集本院 2015 年 8 月到 2022 年 1 月行外科切除并病理确诊 8 例 NTF 的临床资料, 均为男性患者, 年龄 15~22 岁, 平均 (19.13 ± 2.36) 岁, 中位年龄 20 岁, 病程 10 天至 10 年; 症状与体征相似, 可触及骶尾部中央或偏臀部侧皮下结节或肿块, 质地韧实, 病灶无痛感, 并进行性缓慢增大, 病灶大小范围 2~6 cm。术前 2 例患者已进行 CT 扫描, 其余 6 例患者已行 MRI 扫描。

1.2 检查方法

CT 扫描检查使用 GE LightSpeed 64 排螺旋 CT 扫描机, 对其中 2 例患者均行骶尾部扫描。扫描参数: 层距 5 mm, 层厚 5 mm, 重建层厚 1.25 mm, 管电流 345 mA, 管电压 120 kV。

MR 平扫及增强检查使用 GE Signa Infinity Echospeed Plus 1.5 T 超导型磁共振扫描仪。对其余 6 例患者行骶尾部扫描。扫描序列包括: 轴位 T2WI (TR 2400 ms, TE 65 ms), 常规使用化学位移饱和和脂肪抑制; 轴位 T1WI (TR 450 ms, TE 11 ms); DWI 扩散敏感系数 b 值为 0 和 800 s/mm^2 ; 增强扫描对比剂使用钆喷替酸葡甲胺 (Gd-DTPA) 注射液, 剂量为 0.1 mmol/kg , 对比剂注射后扫描冠状位、矢状位和轴位 T1WI 图像; 各序列视野 $380 \text{ mm} \times 380 \text{ mm}$, 矩阵 200×320 , 层距 7.2 mm, 层厚 6 mm。

收稿日期: 2022-03-17。

1.3 图像分析

由两位主治以上医师分别对图像进行独立分析及记录工作，若意见不一致，经商量讨论后决定。分析病灶的位置、数量、大小、边界、形态、生长方式（膨胀性/浸润性）、周围结构关系（是否累及邻近肌肉及骨质）、密度或信号、对比增强后表现等。

以周围正常肌肉作为对照，病灶信号或密度按照低、略低、等信号、略高、高分为 5 个等级。T1WI 对比增强将 MR 信号分为：无、轻度、中度和显著强化。

1.4 病理及免疫组化

8 例患者病灶均经手术切除，标本常规石蜡切片行 HE 染色并病理学检查，其中 2 例行免疫组织化学检查。

2 结果

2.1 影像表现

8 例 NTF 中 3 例病灶位于骶尾部中央皮下，5 例位于骶尾部偏臀侧皮下（右侧 3 例，左侧 2 例），均为单一病灶，病灶最大径范围从 2~6 cm 不等。所有病灶呈不规则形，边界不清，无明显包膜，病灶沿周围皮下脂肪浸润性生长，其中 6 例包绕尾骨，无邻近骨质及肌肉破坏，所有病灶局部皮肤增厚。

CT 平扫 2 例表现。1 例呈等密度，CT 值为 42~48 HU，密度均匀，局部皮肤呈结节状突起；略低密度 1 例，CT 值约 30~40 HU，密度略欠均匀，内见夹杂岛状脂肪样密度，局部皮肤呈宽基底样膨隆（图 1）；2 例病灶内未见坏死、钙化、出血（表 1）。



注：（a）骶尾部偏左侧臀部皮下肿块（箭头），大小约 4.3 cm×3.6 cm，边界不清，形态不规则，CT 值 30~40 HU，密度略欠均匀，内见夹杂岛状脂肪样密度，局部皮肤增厚并呈宽基底样膨隆；（b）大体标本带皮瓣；（c）镜下见粗大的胶原纤维条束杂乱排列，散在少许纤维母细胞，局灶胶原条束间见神经束。

图 1 男，17 岁，项型纤维瘤 CT 及病理表现

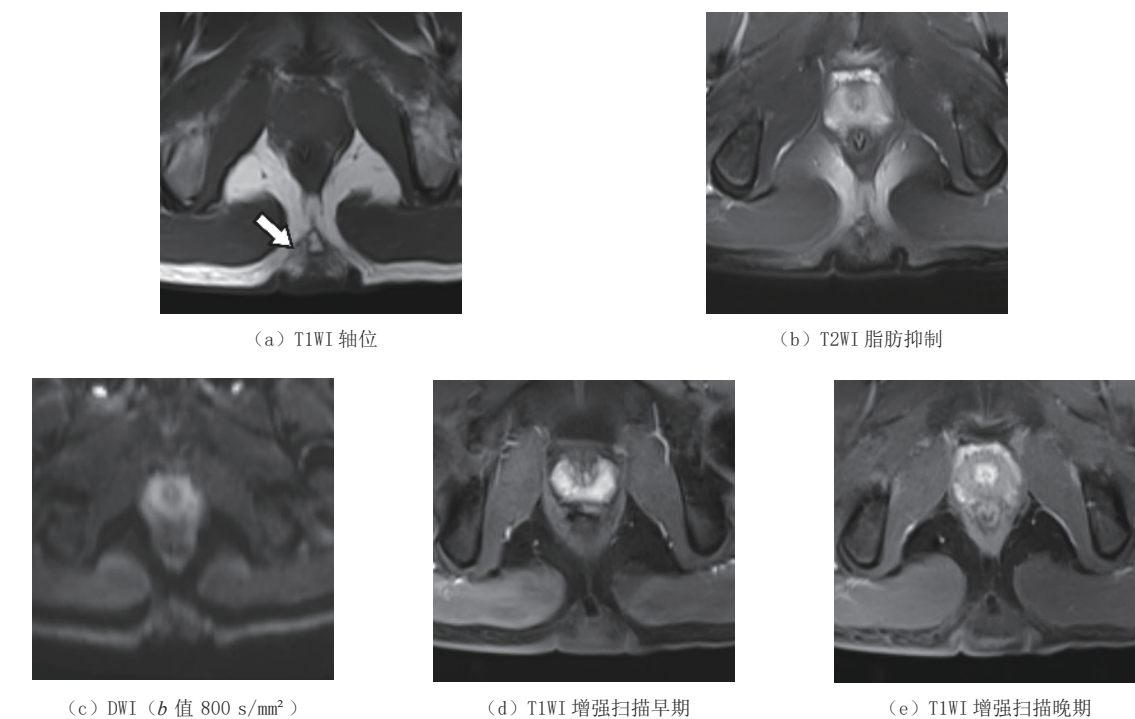
Fig.1 CT and pathological findings of NTF in a 17-year-old male

表 1 2 例 NTF 的 CT 表现
Table 1 CT findings of two NTFs

编号	年龄/岁	部位	大小/cm	边缘	形态	皮肤改变	邻近结构关系	坏死、囊变、出血、变性	脂肪密度	病灶密度/HU
1	17	骶尾部偏左臀	3.9	模糊	不规则	宽基底膨隆	包绕尾骨	无	有	30~40
2	19	骶尾部中央	3.2	模糊	不规则	结节状突起	包绕尾骨	无	无	42~48

MR 平扫 6 例表现。T1WI 均呈略欠均匀高信号，内见条纹状等信号，T1WI 及 T2WI 脂肪抑制序列均呈均匀等信号，DWI（*b* 值为 0 和 800 s/mm²）呈均匀等信号，其中 2 例同时行 MR III 期增强检查，

均呈渐进性不均匀轻度强化（图 2）。2 例位于骶尾部中央，局部皮肤呈结节状突起；4 例位于骶尾部偏臀侧，局部皮肤呈宽基底样膨隆；6 例均无坏死、囊变、出血（表 2）。



注：（a）（b）骶尾部中央皮下病灶（箭头），大小约 $3.6\text{ cm} \times 3.0\text{ cm}$ ，T1WI 呈略欠均匀高信号，内见条纹状等信号，T2WI 脂肪抑制序列呈均匀等信号，形态不规则，边界不清，病灶部分包绕尾骨，未见骨质破坏；（c）肿块与骨骼肌对比呈等信号；（d）（e）增强扫描可见病灶部分条片状渐进性轻度强化灶。

图 2 男，18 岁，项型纤维瘤 MRI 表现

Fig.2 MRI findings of NTF in an 18-year-old male

表 2 6 例 NTF 的 MRI 表现

Table 2 MRI findings of six NTFs

编号	年龄/岁	部位	大小/cm	边缘	形态	皮肤改变	邻近结构关系	坏死、囊变、出血、变性	脂肪密度	强化方式
3	15	骶尾部中央	3.3	模糊	不规则	结节状突起	包绕尾骨	无	有	渐进轻度强化
4	18	骶尾部偏右臀	6.0	模糊	不规则	宽基底膨隆	包绕尾骨	无	有	渐进轻度强化
5	20	骶尾部偏右臀	4.2	模糊	不规则	宽基底膨隆	包绕尾骨	无	有	
6	21	骶尾部偏右臀	2.0	模糊	不规则	宽基底膨隆	无包绕侵犯	无	有	
7	22	骶尾部偏左臀	3.5	模糊	不规则	宽基底膨隆	包绕尾骨	无	有	
8	21	骶尾部中央	3.7	模糊	不规则	结节状突起	无包绕侵犯	无	有	

影像诊断。8 例病灶中，4 例诊断为纤维增殖性病变，1 例诊断为良性间叶源性肿瘤，2 例误诊为炎症，1 例误诊为皮脂腺瘤。

2.2 病理表现

大体上 8 例送检组织带皮瓣，为边界不清、坚韧的黄白色肿块，无包膜。镜下显示密集的、随机排列的胶原纤维和一些分散的纤维母细胞，与脂肪细胞混合，部分区域显示出模糊的小叶结构；3 例可见胶原纤维包围皮肤附属器，2 例内可见包围神经纤维束；细胞核小而均匀，未见异型性细胞。2 例免疫组化显示 CD34 阳性。

3 讨论

3.1 概述

NTF 是一种少见的、良性、非侵袭性、无包膜的纤维性肿瘤,在 2020 年 WHO 软组织和骨肿瘤分类中属于成纤维细胞/肌纤维细胞肿瘤^[2]。颈项区是常见的发病部位,其他相对多见的发病部位有背部(特别是肩胛间区)、肩部、面部、骶尾部,另有个案报道前臂、膝关节、踝关节也可发生。

由于以往该病主要见于颈部后方,因此提出了“项型纤维瘤”这一术语,实际上颈项区的 NTF 与颈项外 NTF 在组织学上难以区分,并非颈项部特有病变。查询本院近 20 年经病理确诊 NTF 33 例的发病部位,其中颈项部 7 例,颈项部外(包括枕部、肩部、背部、骶尾部、臀部、大腿)26 例,颈项部外病变或更为多见。由于病变发病部位常较表浅,临床医生多不进行本病 CT 或 MRI 检查,故本研究仅选取有影像资料的 8 例进行探讨。各年龄均可发病,但以中青年多见,多见于男性^[3],男女比例约为 4:1。本文所收集病例均为青年男性,与文献相符。

3.2 病因及临床表现

NTF 的发病机制尚不清楚,但已有研究发现与 Gardner 综合征(占 18.7%)、糖尿病(占 5.6%)、硬肿症、慢性钝性创伤^[4](占 5.6%)相关,大部分病例无相关病史^[5],本研究患者的临床及实验室检查也无相关证据支持这些诊断。

临床表现多为孤立性、质地韧实、生长缓慢的无痛性皮下肿块,病程可达数 10 年^[6],本组病例最长病程达 10 年。当出现症状时,病变部位疼痛是常见的主诉。偶见多发病灶的报道,其中 50% 病例合并 Gardner 综合征且均为男性^[5]。大部分病例病灶直径约 2~8 cm,与本研究相符,但也有报道可达 20 cm^[6]。

手术切除是必要且根治性的治疗方法,但由于病变与周围结构分界不清,有时较难完全切除,导致潜在的复发性;另外触发病变发展的因素持续存在,如重复性创伤等,也可导致复发。本研究收集病例至目前未见肿瘤复发。目前尚未见 NTF 远处转移的报道。

3.3 病理特点

活体组织检查发现大体病变与正常结构混杂,边界欠清晰,质地坚韧,呈黄色和/或白色,分别对应脂肪和纤维组织区域。组织学检查发现不同发病部位的病变表现大致相同,可见细胞稀少,散在纤维母细胞,无细胞异型性,由粗大不规则排列的胶原纤维组成,内见弹性纤维、脂肪组织和肌束;病变中央可见胶原纤维相交而具有模糊的小叶结构^[7]。

病变发生于真皮或皮下,可浸润、包埋皮下脂肪组织、骨骼肌、深筋膜、骨膜,大多数 NTF 内见岛状的脂肪组织,周围神经纤维也可被包绕,有时表现为类似创伤性神经瘤的外观^[8]。免疫组化显示 CD34 阳性, SMA、S100 阴性,部分病例 CD99 阳性^[5]。

3.4 CT 和 MRI 表现

NTF 少见且常发病部位表浅,故影像资料不多,相关国内外文献大多数为个案报道。通过总结有关文献和本院 8 例 NTF 的 CT、MRI 征象,本文归纳出以下影像学表现。

(1) 本病以颈背部、骶尾部发病率较高,多为单一病灶,生长较表浅,可表现为局灶性皮肤增厚和/或皮下肿块。

(2) 边界不清,无包膜,形态多不规则,与浸润性生长特点有关,部分病例可呈片状、絮状模糊影,与炎性病变相似,本研究 2 例因病程较短且呈渗出样病变影像表现而误诊为炎症,故尚需结合红、肿、热、痛等炎症症状进行鉴别。

(3) 病灶纤维成分丰富,CT 上病灶密度与骨骼肌相似,呈皮下脂肪内相对高密度肿块。MRI 上病灶信号也与骨骼肌相似,T1WI 呈低或等信号、T2WI 呈低信号,病灶内细胞数量相对稀少而组织间

成分较多, 故 DWI 及 ADC 呈等信号, 本研究所有病灶均符合此征象。另外由于 MRI 具有优越的软组织分辨率故较 CT 更为适合本病诊断。Prem 等^[9]指出病灶较大时, 由于脂肪组织被包埋, 可见条纹状高 T1、高 T2 信号夹杂在低信号区内, 本研究 7 例显示病灶内存在脂肪成分, 呈散在斑点状、条纹状脂肪样密度或信号, 考虑是由于病变常发生于皮下脂肪层且呈良性浸润性生长所致, 为该病的特征性影像表现。据报道本病还可发生少见的粘液样变性, T2WI 可呈高信号^[6], 本研究未观察到此征象。由于 NTF 可浸润包埋邻近组织, 故病灶内还可夹杂肌肉、骨骼等信号^[10]。

(4) 增强扫描多呈轻-中度延迟强化或无强化, 结合病理结果考虑是由于病灶内缺乏丰富的血管增生且纤维成分丰富所致; 强化方式多样, 可呈均匀或不均匀强化, 与病灶内细胞和胶原纤维比例相关, 也与包埋的组织成分相关^[3,9]。

(5) 病理揭示本病为良性纤维增殖性病变, 故无出血、钙化、囊变、坏死, 无邻近软组织及骨质破坏, 本研究观察到 6 例病灶包绕尾骨, 但均未见明确骨质侵蚀。

3.5 鉴别诊断

NTF 需与下列疾病鉴别。

(1) 恶性实性肿瘤性病变 (恶性纤维组织细胞瘤、纤维肉瘤、脂肪肉瘤) 血管密度较 NTF 高导致强化相对 NTF 明显, 且生长较快伴有侵袭性, 可有坏死、出血、囊变, 易于鉴别^[11-12]。

(2) 皮下蜂窝组织炎也表现为皮下片絮状模糊影, 但多伴有热、痛、红、肿的炎性表现, NTF 一般不具有此类症状。

(3) Gardner 纤维瘤与项型纤维瘤的发病部位有重叠, 且组织学形态相似, 但 Gardner 纤维瘤男女发病相当, 多见于婴幼儿及青少年, 更容易多发病变, 也可发生于深部软组织。有文献认为婴幼儿的儿童类 NTF 病变应考虑为 Gardner 纤维瘤^[13]。

(4) 韧带样纤维瘤多见于女性, 可发生于腹部外、腹壁或腹内, 沿肌筋膜生长而与肌肉长轴一致, 膨胀性浸润性生长, 组织学为良性肿瘤但具有强侵袭性, 常破坏间室屏障, 此特点与 NTF 不同, 肿瘤内部纤维母细胞、粘多糖等成分相对丰富, T2WI 压脂序列信号可较 NTF 高, 增强扫描呈渐进性延迟强化, 由于毛细血管网丰富, 强化程度可较 NTF 显著^[14]。

(5) 腱鞘纤维瘤多见于四肢远端腱鞘旁, 发病部位可资鉴别。

(6) 弹力纤维瘤多见于中老年女性, 随年龄增加发病率升高, 有别于 NTF, 病变常发生于肩胛下区前锯肌、背阔肌、菱形肌的深部与肋骨之间, 发病部位不同于 NTF, 另外弹力纤维瘤多为双侧发病^[15]。

综上所述, 发生于男性颈背部或骶尾部皮下无痛性肿块, 病程较长, 影像上病变边界不清, 密度或信号不均, 无出血、囊变、坏死, 应考虑到 NTF 的可能。较大的 NTF 内由于包埋有脂肪成分, 而表现出特征性的影像表现, 这是与其他类型纤维瘤的鉴别点; 较小的 NTF 由于缺乏特征性表现, 还需结合活检样本的组织学分析。手术切除肿瘤可以治愈, 但需要定期随访复查, 以确定潜在的病变复发。

参考文献

- [1] SHIN J B, SON S W, KIM I H. Nuchal-type fibroma of the coccyx[J]. *Annals of Dermatology*, 2008, 20(1): 41-44. DOI:10.5021/ad.2008.20.1.41.
- [2] ABHINAV B, SURBHI G, ANKUR G, et al. WHO classification of soft tissue tumours 2020: An update and simplified approach for radiologists[J]. *European Journal of Radiology*, 2021, 143: 109937. DOI:10.1016/j.ejrad.2021.109937.
- [3] GYUNG K L, KYUNG J S, SUNG M L, et al. Nuchal-type fibroma of the buttock: Magnetic resonance imaging findings[J]. *Japanese Journal of Radiology*, 2010, 28(7): 538-541. DOI:10.1007/s11604-010-0459-4.
- [4] LEE C C, LAI C S, LIN C H, et al. Extra nuchal-type fibroma associated with repetitive blunt trauma during religious activities[J]. *Trauma Case Reports*, 2016, 31(4): 16-20. DOI:10.1016/j.tcr.2016.05.007.

- [5] Kostakis I D, Feretis T, Damaskos C, et al. Nuchal-type fibroma: Single-center experience and systematic literature review[J]. *In Vivo (Athens, Greece)*, 2020, 34(5): 2217-2223. DOI:10.21873/invivo.12032.
- [6] GONG Y B, ZHAO X Y, WU D, et al. Nuchal-type fibroma of the shoulder: A case report and review of the literature[J]. *Oncology Letters*, 2016, 11(6): 4152-4154. DOI:10.3892/ol.2016.4530.
- [7] LEE J S, MUN J H. Asymptomatic solitary mass on the sacral region[J]. *Clinical and Experimental Dermatology*, 2019, 44(5): 535-539. DOI:10.1111/ced.13760.
- [8] 李娅娜, 司亮, 王强. 项型纤维瘤 7 例临床病理分析[J]. *临床与实验病理学杂志*, 2018, 34(12): 1372-1374. DOI:10.13315/j.cnki.cjcep.2018.12.020.
- LI Y N, SI L, WANG Q. Clinicopathological analysis of 7 cases of nuchal-type fibroma[J]. *Chinese Journal of Clinical and Experimental Pathology*, 2018, 34(12): 1372-1374. DOI:10.13315/j.cnki.cjcep.2018.12.020. (in Chinese).
- [9] PREM R J, JOHN W, HAMZAH L, et al. Repetitive trauma-induced extra-nuchal-type fibroma[J]. *Skeletal Radiology*, 2022, 51(3): 681-685. DOI:10.1007/s00256-021-03912-7.
- [10] 王肖, 宋伟, 谭德力. 骶尾部项型纤维瘤的 MRI 诊断价值[J]. *医学影像学杂志*, 2020, 30(6): 1126-1128.
- WANG X, SONG W, TAN D L. The diagnostic value of magnetic resonance imaging in the nuchal-type fibroma[J]. *Journal of Medical Imaging*, 2020, 30(6): 1126-1128. (in Chinese).
- [11] 冯元春, 李晶英, 玉波, 等. 不同分化类型的腹膜后脂肪肉瘤病理及影像学特征分析[J]. *基因组学与应用生物学*, 2018, 37(9): 4124-4131. DOI:10.13417/j.gab.037.004124.
- FENG Y C, LI J Y, WANG B, et al. Analysis of pathological and radiological characteristics of retrograde retroperitoneal liposarcoma of different differentiation types[J]. *Genomics and Applied Biology*, 2018, 37(9): 4124-4131. DOI:10.13417/j.gab.037.004124. (in Chinese).
- [12] 梁海燕, 胡新娥, 徐万里, 等. 软组织恶性纤维组织细胞瘤的超声及 MRI 影像表现[J]. *中国骨伤*, 2019, 32(8): 736-741. DOI:10.3969/j.issn.1003-0034.2019.08.012.
- LIANG H Y, HU X E, XU W L, et al. Ultrasound and MRI features of malignant fibrous histiocytoma of soft tissue[J]. *China Journal of Orthopaedics and Traumatology*, 2019, 32(8): 736-741. DOI:10.3969/j.issn.1003-0034.2019.08.012. (in Chinese).
- [13] 王强, 李娅娜, 周志强. Gardner 纤维瘤 3 例临床病理观察[J]. *诊断病理学杂志*, 2015, 22(11): 684-687. DOI:10.3969/j.issn.1007-8096.2015.11.008.
- WANG Q, LI Y N, ZHOU Z Q. Gardner fibroma: A clinicopathological observation of three cases[J]. *Chinese Journal of Diagnostic Pathology*, 2015, 22(11): 684-687. DOI:10.3969/j.issn.1007-8096.2015.11.008. (in Chinese).
- [14] 高志翔, 周旭峰, 何莎莎. 腹壁韧带样型纤维瘤病 CT 和 MR 表现及病理分析[J]. *中国 CT 和 MRI 杂志*, 2018, 16(2): 44-47. DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2018.02.014.
- GAO Z X, ZHOU X F, HE S S. CT and MR findings of abdominal desmoid-type fibromatoses with pathological analysis[J]. *Chinese Journal of CT and MRI*, 2018, 16(2): 44-47. DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2018.02.014. (in Chinese).
- [15] 邢桂荣, 乔卓阳, 乔鹏飞. 背部弹力纤维瘤的比较影像学诊断[J]. *中国 CT 和 MRI 杂志*, 2017, 15(8): 134-136. DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2017.08.040.
- XING G R, QIAO Z Y, QIAO P F. The comparative imaging diagnosis of elastofibroma dorsi[J]. *Chinese Journal of CT and MRI*, 2017, 15(8): 134-136. DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2017.08.040. (in Chinese).

Imaging Diagnosis of Nuchal-type Fibroma

LIANG Dezhi[✉], JIN Cangzheng

Department of Radiology, the Sixth Affiliated Hospital, South China
University of Technology, Foshan 528200, China

Abstract: Objective: To study the CT and MRI findings of nuchal-type fibromas. Methods: Eight cases of surgically resected and pathologically confirmed nuchal-type fibroma were retrospectively analyzed. Results: All lesions were firm and located in the subcutaneous tissue of the sacrococcygeal region. Upon CT and MRI, local skin thickening was observed. The lesions were ill-defined and had irregular morphology. Moreover, the lesions showed slightly high density on CT, low signal intensity on T1WI and T2WI, and isosignal on DWI. Enhancement scanning was performed in two patients, with one mild and one moderate enhancement. Conclusion: The CT and MRI findings of nuchal-type fibromas have some characteristic features. Combined with medical history and clinical manifestations, these can assist in diagnosis

Keywords: CT; MRI; nuchal-type fibroma



作者简介: 梁德志[✉], 男, 华南理工大学附属第六医院主治医师, 主要从事骨骼肌肉系统影像诊断与研究, E-mail: gdfsldz@163.com。