

46例肺炎性假瘤CT误诊分析

周仲佑 郑朝晖 刁胜林

【摘要】 目的:探讨肺炎性假瘤的影像特点及其误诊原因。方法:回顾性分析46例经病理证实的肺炎性假瘤的CT表现。结果:40例误诊为肺癌(87%),6例误诊为结核球或良性肿瘤(13%)。结论:CT对肺炎性假瘤的诊断有一定的局限性;多发病灶或合并肺门纵隔淋巴结肿大者的诊断更为困难;没有活检,诊断时过分强调某个CT征象或临床症状,缺少综合分析是导致误诊的重要原因。

【关键词】 肺炎性假瘤 X线计算机 误诊

【中图分类号】 R734.2, R814.42 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2001)04-0265-02

Analysis of CT misdiagnosis in 46 cases of inflammatory pseudotumour of the lung ZHOU Zhongyou, ZHENG Zhaohui, DIAO Shenglin. Department of Radiology, Hospital of Guangdong Medical College, Guangdong 524001

【Abstract】 Objective: To investigate the CT findings of inflammatory pseudotumour and analyze the cause of misdiagnosis.

Methods: The CT features of 46 cases of inflammatory pseudotumours confirmed by operation and pathology were reviewed and analyzed.

Results: 40 of 46 cases were misdiagnosed as lung cancer (87%), and the remaining 6 ones misdiagnosed as tuberculoma or benign tumor (13%).

Conclusion: CT is limited to some extent in making a correct diagnosis involving pneumonic pseudotumour, especially with the enlargement of the hilar and mediastinal lymph node. Biopsy overemphasis on a certain CT feature or clinical symptom and paying little attention to comprehensive analysis are the main cause leading to misdiagnosis.

【Key words】 Lung Inflammatory pseudotumour Computed, X-ray Misdiagnosis

肺炎性假瘤是肺实质炎性增生性瘤样病变,结构较复杂,命名有硬化性血管瘤、黄色瘤、黄色肉芽肿、纤维黄色瘤、组织细胞瘤、孤立性肥大细胞肉芽肿、局限性间皮瘤和浆细胞瘤等^[1]。其CT表现缺少特征性,与肺癌、结核球等有很多相似之处,极易误诊误治。

材料与方法

就我院1989年至今经手术病理证实的46例患者资料进行回顾性分析。其中男26例,女20例。年龄32~68岁,平均48岁。46例中,44例有不同程度呼吸道感染症状,咯血或痰中带血15例,发热18例,胸痛9例,1例有膀胱腺癌切除术病史,1例有左颞基底细胞癌病史。

46例均做肺部CT扫描,30例摄胸部正侧位片,其中2例做分叉体层,13例摄倾斜体层及病灶体层。均采用Somatom CR型全身CT机全肺扫描,层厚8mm,层距11mm,44例仅作平扫,2例作平扫和增强扫描。

全组病例均做病灶切除术,并经病理证实为炎性假瘤。术前误诊为肺癌40例(87%),误诊为结核球或良性肿瘤6例(13%)。

结果

CT表现:①病变数目及部位:本组46例中,43例为单发。右上叶9例,右中叶7例,右下叶9例,左上叶13例,左下叶5

例。3例多发,其中2例各有两病灶,1例有3个病灶。②病灶形态与大小:33例呈类圆形,直径小于2cm的5例,2~4cm的20例,4~6cm的8例。13例呈椭圆形,2cm×3cm的6例,4cm×5cm的7例,有分叶的11例,约2.5cm×3.5cm~4cm×5cm。③病变边缘:26例边缘清楚,20例部分或全部边缘不清,其中12例外缘模糊,2例内缘模糊,4例下缘模糊,2例上缘模糊。④密度:36例为中等密度,密度均匀;10例密度不均匀,内有空洞或含气支气管影,其中1例病灶内有条状高密度影。⑤其它病变:3例可见胸膜粘连带,4例伴有肺不张(其中2例为右中叶,2例为左舌叶)。另有4例伴有纵隔或肺门淋巴结肿大。

手术所见:肿瘤质地中等到硬实,界限不清30例,16例清楚。纵隔肺门淋巴结肿大4例,胸膜粘连3例,1例有少量胸腔积液。

病理诊断:均为肺炎性假瘤。

讨论

肺炎性假瘤是良性病变之一,是不吸收或延迟吸收的肺炎。病因尚不清楚,推测与病人年龄、合并糖尿病或慢性支气管炎及滥用抗生素有关^[2]。

病理标本为孤立性结节状包块,位于肺周边部位,与肺组织多有明显境界,呈圆形或椭圆形,有时为不规则形,可有假包膜。直径2~4cm不等,呈实性。切面多呈灰白色或灰黄色,富血供者可呈暗红色。光镜下可见肺泡上皮明显增生,肺泡内炎性渗出物机化,纤维组织大量增生,血管增生,组织细胞及泡沫细胞大量聚集,偶见坏死及钙化^[3]。由于形似肿瘤,镜下结构复杂,且临床表现和CT影像缺乏特异性,极易误诊。

本组误诊为肺癌40例(87%),误诊为结核或良性肿瘤的6

作者单位:524001 广东省,广东医学院附属医院放射科(周仲佑、刁胜林);病理科(郑朝晖)
作者简介:周仲佑(1970~),男,广东人,学士,住院医师,从事胃结肠、肿瘤影像诊断。

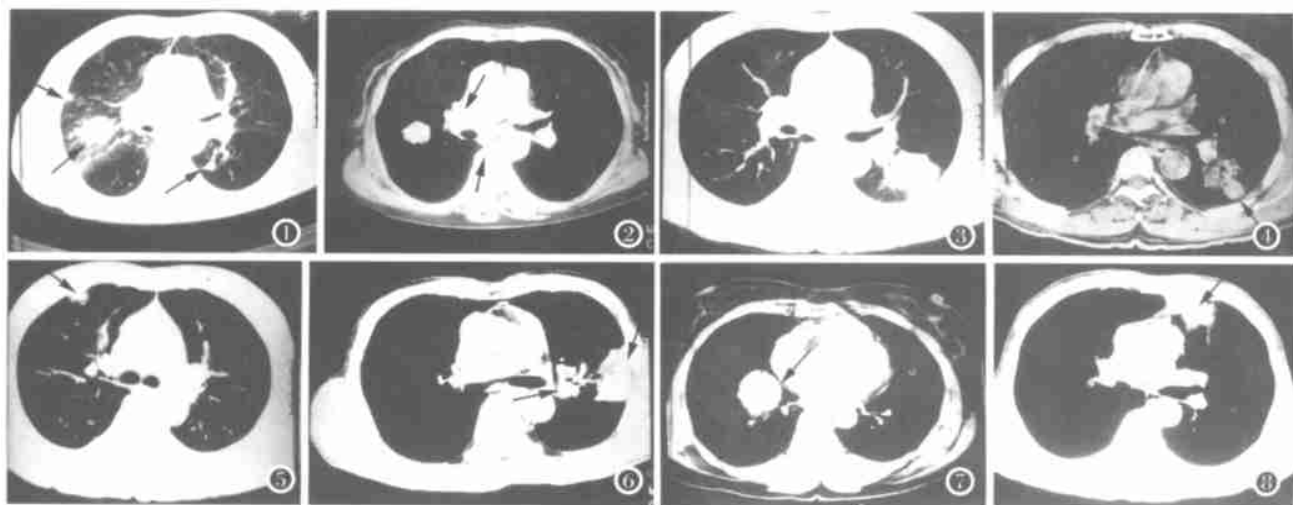


图 1 女, 65 岁, 右上叶后段及左下叶背段多发炎性假瘤。图 2 同图 1 病人纵隔窗, 膀胱癌术后右肺门、隆突下及食管旁淋巴结转移。图 3 男, 55 岁, 左下叶背段片状致密影, 呈炎性改变。图 4 同图 3 病人, 纵隔窗见肺野外带有结节影, 内侧有含气支气管影, 证实为炎性假瘤。图 5 同图 3 病人, 右上叶前段发现另一炎性结节。图 6 男, 68 岁, 左肺炎性假瘤并左肺门淋巴结反应性增生。图 7 女, 52 岁, 右下叶内侧段与右中叶交界处巨大炎性假瘤。图 8 男, 55 岁, 左上叶炎性假瘤, 呈深分叶改变。

例(13%)。

误诊的情况有: ①肺炎性假瘤多发。本组有 3 例, 以一较大病灶为主, 另外同侧或异侧发现直径约 0.5cm 的结节, 极易误诊为肺癌肺内转移, 这种情况不少见(图 1、5)。

②合并肺门淋巴结或纵隔淋巴结肿大。其中 3 例是淋巴结反应性增生(图 6), 1 例为膀胱癌术后肺门淋巴结转移(图 2)。现已有文献报道肺炎性假瘤可有肺门淋巴结肿大^[4,5]。但肺炎性假瘤所合并的淋巴结反应性增生, 大多在 CT 扫描时才能发现, 平片很少显示。另外, 曾有误诊为中央型肺癌并肺门淋巴结转移的肺和淋巴结结核病例。需要指出的是, 有恶性肿瘤手术史的病人, 术后发生肺门或纵隔淋巴结转移时, 并发肺炎性假瘤的诊断是十分困难的(图 2)。这说明肺门或纵隔淋巴结肿大对诊断肺癌只是相对的。

③肺内异物 1 例。右下叶后基底段发现约 5cm × 5cm × 5cm 之肿块, 病灶内有长条形高密度影, 病理证实为肺内异物并肉芽肿形成, 伴淋巴结反应性增生, 但异物史不明确。这种情况较少, 误诊率不高。

④术前未做穿刺活检。46 例中无一例做活检, 这也是误诊的主要原因。目前大多数医生对肺内肿块穿刺活检还未引起足够重视。其实, 经皮肺活检或纤支镜活检是安全、简便的方法, 能有效提高临床诊断的准确率, 并发症不多。当然, 病灶位置较深或靠近大血管则不主张活检, 但肺炎性假瘤的位置大多靠近外围, 活检机会较高。

⑤有文献认为结节直径 > 2cm 时多考虑恶性, < 2cm 良性

可能性大, 但恶性亦很可能, 特别是转移瘤^[6]。而本组中有 41 例病灶直径 > 2cm(图 7), 跟文献报道不一致, 本文认为这也是误诊的一个原因。

⑥过于强调某个 CT 征象或临床症状, 如边缘毛刺、分叶、胸膜凹陷、肺门淋巴结肿大和咯血等, 缺少综合分析, 是导致误诊的常见原因(图 8)。

CT 诊断肺炎性假瘤有一定局限, 即仅从影像上很难将其与肺癌、结核球及其它良性肿瘤鉴别出来, 特别是多发或合并肺门、纵隔淋巴结肿大者。因此, 系列平片或 CT 片的比较, 观察病灶的动态变化, 是很有价值和必要的; 鉴别困难时, 穿刺活检能对肺内结节作出准确诊断, 有利于掌握治疗时机, 改善预后。

参考文献

- 1 中国医学科学院肿瘤医院病理科. 肺炎性假瘤(附 41 例报告)[J]. 中华内科杂志, 1978, 17(1): 9.
- 2 潘纪成, 陈起航, 刘甫庚. 肺部高分辨率 CT[M]. 北京: 中国纺织出版社, 1995. 174.
- 3 刘彤华. 诊断病理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1994. 198-199.
- 4 Pearl M. Postinflammatory pseudotumor of the lung in children[J]. Radiology, 1972, 105(2): 391.
- 5 缪正鸣, 蔡墨华, 郭昌焱. 肺炎性假瘤 10 例诊断与治疗[J]. 苏州医学院学报, 1998, 18(7): 690.
- 6 Siegelman SS, Khouri NF, Scott WW Jr, et al. Computed tomography of the solitary pulmonary nodule[J]. Semin Roentgenol, 1984, 16(3): 165.

(2000-09-04 收稿)