

肺 Wegener 肉芽肿的 CT 表现

张定, 吴平

【摘要】 目的:总结肺部 Wegener 肉芽肿在 CT 上的形态学特征。**方法:**对 6 例病理证实的肺部 Wegener 肉芽肿病变进行 CT 扫描,分析病变的分布、形态、内部结构、肺血管、胸膜及支气管的改变。**结果:**6 例均为多发病灶,可见短毛刺及小空洞,其中 3 例(50%)出现磨玻璃征,2 例可见支气管壁增厚及扩张,1 例还可见支气管狭窄导致肺不张。**结论:**肺 Wegener 肉芽肿的 CT 扫描主要表现为多发的胸膜下结节、肿块及楔形实变,1 个病例中可多种表现并存。

【关键词】 韦格纳肉芽肿病; 体层摄影术, X 线计算机; 诊断; 肺疾病

【中图分类号】 R814.42; R563 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2006)04-0350-03

CT manifestations of pulmonary Wegener's granulomatosis ZHANG Ding, WU Ping. CT Room of Wanzhou Hospital Chongqing, Wanzhou 404000, P. R. China

【Abstract】 Objective: To analyze the CT findings of lung Wegener's granulomatosis. **Methods:** 6 cases of lung Wegener's granulomatosis proved pathologically underwent CT examinations. Analyses were made of their morphologic features, distributions and the changes of the lung vessels, pleura and bronchi. **Results:** 6 cases had multiple lesions with short spiculae and small cavity. Among them, 3 cases had ground glass opacity and 2 cases had bronchial ectasia, one case manifested pulmonary atelectasis due to narrowing of bronchus. **Conclusion:** The main CT manifestations of pulmonary Wegener's granulomatosis are multiple subpleural nodules, mass or wedge-shaped consolidation, many of which can be found in one case.

【Key words】 Wegener's granulomatosis; Tomography, X-ray computed; Diagnosis; Lung diseases

肺 Wegener 肉芽肿属罕见病,其病因不明确,病理上以小血管炎和结节状凝固性坏死性肉芽肿为其特征,其 CT 表现可呈多样性,多变性和多发性。临床误诊率很高。本文搜集 1997 年 1 月~2005 年 6 月经病理证实的 6 例肺 Wegener 肉芽肿,对其 CT 表现进行回顾性分析,总结其分布和形态特点,以提高对该病的认识,做出正确诊断。

材料与方法

6 例肺部 Wegener 肉芽肿,男 4 例,女 2 例,年龄 20~60 岁,平均 42 岁。4 例经支气管镜检证实,1 例经鼻窦活检证实,1 例经肾脏穿刺活检证实。临床表现均无特异性,一般表现为咳嗽、咳痰、咯血、发热、乏力、盗汗、胸痛、贫血等症状。其中 1 例合并鼻腔及鼻窦 Wegener 肉芽肿,1 例合并肾脏 Wegener 肉芽肿。实验室检查,6 例患者均有血清抗白细胞胞浆抗体(ANCA)升高及血清免疫球蛋白 IgG 升高,其中 4 例患者有轻度贫血。

采用 GE sytec1600i 型 CT 机,扫描范围从肺尖至膈顶。扫描参数为 120 kV、120~150 mA,层厚 10 mm、层间距 10 mm,必要时薄层扫描。矩阵 512×512、采用 WW1500 WL-500~-650,观察内容包括病变的分

布、形态,与血管、支气管的关系,胸膜及肺间质、支气管有无改变。同时用软组织窗观察有无钙化,肺门及纵隔有无淋巴结肿大。

结 果

6 例病变均为多发病灶,以两肺多发球形病灶为主,其中 2 例合并胸膜下楔形实变(图 1)。病灶大小 0.3~7.0 cm,以两下肺病灶居多,主要分布于胸膜下,小于 1.0 cm 的病灶多表现为圆形,可有分叶、边缘光滑的结节;1.0 cm 以上的结节外形可不规则,边缘可见短毛刺,部分病灶可有长毛刺与胸膜相连,或病灶周围带状或线样纤维索条,其中 3 例患者部分病灶周边呈磨玻璃样改变(图 2)。全部病例均可见部分病灶内空洞形成,无论病灶大小均可形成空洞,其中 1 例病灶内可见蜂窝状空洞,1 例可见支气管气像,其余 4 例均为小泡状空洞,有的伴有液平面;1 例部分结节病灶内可见钙化,边缘光滑,周围无卫星病灶(图 3)。2 例患者出现支气管扩张,其中 1 例于两下肺内带,结节及肿块周围可见增粗的肺动脉,并见伴行支气管扩张,壁轻度增厚。1 例可见两上肺病灶吸收后,局部纤维索条牵拉导致支气管扩张(图 4),1 例还可见右肺中叶支气管狭窄伴肺不张。全部病例均没有淋巴结肿大。

讨 论

Wegener 肉芽肿病是一种病因不明的疾病,现在

作者单位:404000 重庆,万州区人民医院 CT 室

作者简介:张定(1968-),女,重庆人,主治医师,主要从事医学影像学诊断工作。

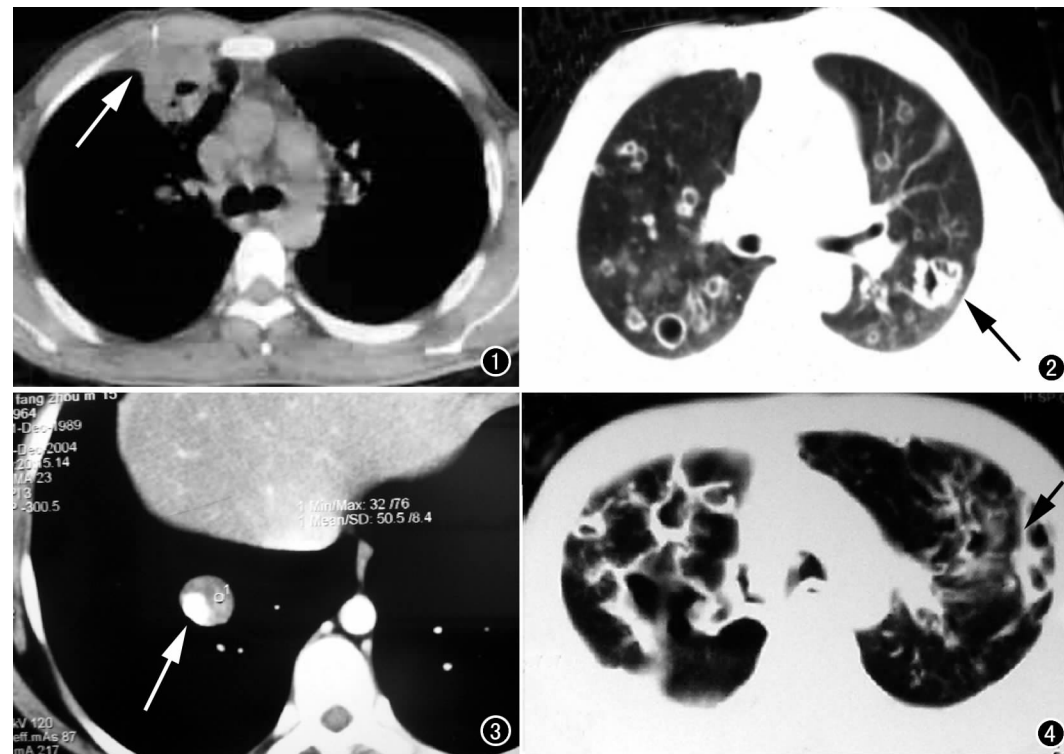


图 1 右上肺胸膜下病灶,伴厚壁空洞,邻近胸膜楔形增厚(箭)。图 2 双上肺多发结节病灶,周围伴有磨玻璃样密度增高,部分病灶可见薄壁或厚壁空洞(箭)。图 3 右下肺结节,病灶后部可见结节状钙化(箭),边缘光滑,周围无卫星病灶。图 4 双上肺纤维条索伴支气管扩张(箭),管壁增厚。

一般认为是一种对多种内部刺激的过敏反应。可累及全身所有器官和系统,但主要累及上下呼吸道、肾脏和皮肤,以肺 Wegener 肉芽肿最常见(94%),且病理变化最典型^[1]。肺 Wegener 肉芽肿的临床表现没有特征性,常见症状有发热、咳嗽、咯痰、咯血、盗汗、胸痛等,本组病例均有类似症状。实验室检查:①血清抗白细胞胞浆抗体(ANCA)升高,敏感性、特异性和准确性均较高,且其升降与疾病的恶化或缓解相关;②血清免疫球蛋白(IgG)升高;③贫血。本文所报道的 6 例,均有 ANCA 和 IgG 升高,其中 4 例有轻度贫血。Wegener 肉芽肿的临床特点是细胞毒性药物如环磷酰胺和类固醇制剂治疗,病变可迅速而明显的缓解。在病理上 Wegener 肉芽肿的主要表现也即其诊断标准为实质坏死,小血管炎,伴有炎性浸润的感染性肉芽肿,还有一些次要的表现如肺间质纤维化,肺泡出血,内源性脂质肺炎及各种支气管,细支气管性病变^[2]。因此肺 Wegener 肉芽肿的影像表现多变,和其他病变的鉴别也很复杂。

综合文献报道^[1-3]和本组 6 例所见,肺 Wegener 肉芽肿的常见 CT 表现包括:①双肺大小不等的多发结节或肿块,伴或不伴空洞,以两下肺胸膜下病灶较多。本组 6 例均可见类似表现。结节或肿块周围一般

都有较短毛刺,部分病灶有长毛刺与邻近的胸膜相连。本组病例不论病灶大小,空洞均较小,1 例部分病灶表现为多发蜂窝样空洞。本组 3 例部分病灶由于病灶周边出血或感染导致模糊,呈磨玻璃样改变;②胸膜下的楔形病变可以为单发或合并多发结节病灶,可以看到血管进入征象及胸膜的增厚,楔形病灶周围可见条索、带状阴影,从结节发出达邻近的胸膜面,其内可见小的空洞。本组中 2 例表现为胸膜下的楔形病灶且合并多发结节病灶;③气道壁增厚,管腔狭窄,尖

削,可并发肺不张;还可见支气管扩张及伴行动脉增粗,这可能与 Wegener 肉芽肿引起的细支气管炎有关。本组 1 例可见右肺中叶支气管狭窄致中叶不张;2 例见病灶周围支气管扩张,管壁增厚,并可见伴行动脉增粗;④肺 Wegener 肉芽肿还有一些少见的表现,如间质浸润,肺门、纵隔或锁骨下淋巴结肿大。还有的病灶内出现钙化,自发性气胸等^[4]。本组 1 例表现为部分病灶呈结节状钙化,边缘光滑,密度均匀,其余为软组织密度病灶,推测钙化可能为既往 Wegener 肉芽肿遗留的改变,但缺乏以往的影像和病理资料证实;⑤肺 Wegener 肉芽肿的实质和间质及胸膜改变在病变的不同时期即活动期,活动后期及恢复期出现的概率不同,结节、肿块(80.4%)或实变(67%)主要出现于急性期及急性后期,带状、条索状影及间隔增厚主要于病变后期(60%),胸膜不规则增厚见于急性期(56%)和恢复期,没有空洞的小结节可以出现在活动期,也可以是瘢痕性改变。因此 1 个病例在病变某一时期可以出现多种病变,根据以哪种病变为主可以大致判断病变所处的时期^[2]。

肺 Wegener 肉芽肿的鉴别诊断应包括转移性肿瘤、脓毒性肺栓塞、淋巴瘤样肉芽肿病、Churg-Strauss

综合征等肺血管炎伴有肉芽肿的疾病。前二者一般结合临床可诊断,而后者的鉴别颇为困难,即使病理检查,也不易区别,因为它们镜下表现相似,只是程度不同而已^[4]。

肺 Wegener 肉芽肿 CT 表现主要为靠近胸膜的多发结节、肿块或楔形实变,病变多可见短毛刺,磨玻璃征及小空洞,部分病变出现胸膜和支气管改变。同一时期可有多种病变同时出现。

多囊性肾瘤一例

闫慧敏, 黄信华, 陈卫国, 廖昕, 涂茜

【中图分类号】R737.1; R814.4 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)04-0352-01

病例资料 患者,女,22岁,于2年前无意中发现右上腹有一包块,约拳头大小,无疼痛不适。近来发现包块有所增大,同时感右上腹偶有隐痛,到我院就诊,血生化及肾功正常,B超示右肾多囊肾;左肾多发性囊肿。CT平扫示右肾向前突起占位病变,性质多考虑局灶型的黄色肉芽肿性肾盂肾炎,未排除肾癌可能。查体:右上腹稍隆,未见肠型及蠕动波,腹肌软,全腹无压痛,肝脾肋缘下未触及,右上腹肋下可触及一7cm×9cm大小包块,质韧,无活动,光滑,未扪及结节,无压痛,边界清楚,无移动性浊音,肠鸣音正常。双侧肋脊角无隆起及压痛,双侧肾区无叩击痛。

X线诊断:右肾盂肾盏扩张积水,输尿管未显影,建议逆行造影。CT诊断:右肾囊实性肿块,考虑囊性肾癌可能性大。病理诊断:(右肾)多囊性肾瘤。

讨论 多囊性肾瘤是一种较少见的由间叶组织发展而来的错构瘤^[1]。本瘤常呈单侧多发孤立性结节,境界清晰,不浸润周围组织。发病年龄、性别具有双相分布特点,即男性儿童和中年女性为两个发病高峰^[2]。成人多表现为腰、腹痛和血尿。小儿常表现无症状较大腹部包块^[3]。腹部X线片仅能发现肿块内钙化,静脉性肾盂造影(intravenous pyelography, IVP)一般表现为肾影明显增大,肾盂肾盏扩张积水,输尿管不显影。CT能看到平片不易见到的肿瘤钙化,多位于囊壁,可为直线、曲线、和点片、絮状等各种形态^[3]。多房囊性肾瘤表现为肾内界限清楚的多房囊性肿块,多见于肾下极常有包膜构成囊壁,囊内密度多接近于水,无强化,分割厚度不一,间隔与包膜常有增强^[4,5],大体病理肿瘤有包膜常为单侧偏心性孤立性结节,直径6~11cm,切面多房性,囊腔大小不等,多不相通,直径约1~3cm,内含清亮液。镜下示囊壁衬覆嗜酸性立方或鞋钉状上皮,囊壁由粘液样或胶原纤维组成,内可见无功能肾单位,在老年患者中见纤维性间质,但不见滤泡,中年患者肿瘤间质有更成熟的成纤维细胞^[6]。肿瘤累及整个肾脏甚少。因间隔中的

参考文献:

- [1] Staples CA. Pulmonary Angiitis and Granulomatosis[J]. Radiol Clin North Am, 1999, 29(8): 973-982.
- [2] 朱天照, 王仪生. 肺 Wegener 肉芽肿的 HRCT 表现[J]. 中国医学影像技术, 2004, 20(6): 8.
- [3] 薛雁山. 肺 Wegener 肉芽肿病的 CT 表现(附二例报告)[J]. 中华放射学杂志, 2000, 34(3): 215.

(收稿日期:2005-06-23 修回日期:2005-08-21)

• 病例报道 •

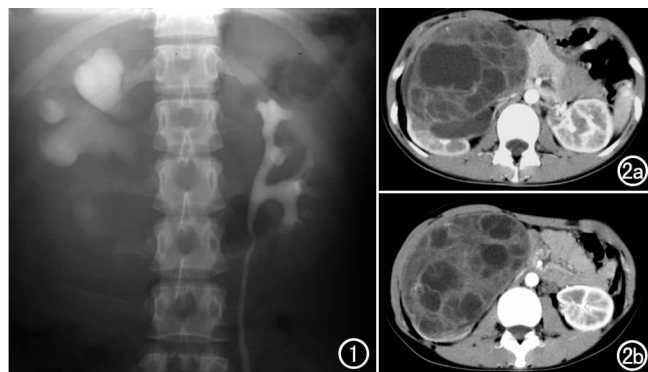


图1 IVP示右肾体积增大,右肾盂肾盏扩张积水,输尿管未显影;左肾盂、输尿管及膀胱显影良好。图2 a) CT示右肾向前方突出巨大多囊状囊实性肿块,大小约6.0cm×10.0cm,内有分隔,右侧肾盂受压及扩张,内见钙化影;b)增强后实性部分轻度强化。

基质可含有恶性成分或恶变,故有作者认为它是一种具有潜在恶性的肿瘤^[4,5]。此种肿瘤在增强扫描时可见其实性成分,因而不宜误诊,多房囊性肾瘤是一种血管成分较少的良性肿瘤,选择性肾动脉造影有助于鉴别诊断^[7]。

参考文献:

- [1] 刘同华. 诊断病理学[J]. 北京:人民卫生出版社,1994. 424.
- [2] 杨洁清, 周秀荣. 多囊性肾瘤一例[J]. 河南肿瘤杂志, 2002, 18(4): 248.
- [3] 孙洪政, 王仪生. 多囊性肾瘤影像学诊断价值(附2例报告)[J]. 中国影像技术, 1995, 11(6): 465-466.
- [4] 周康荣. 腹部CT[M]. 上海:上海医科大学出版社, 1993. 183.
- [5] Madell SM, Davis Jr. Multicystic Cystic Nephroma: a Radiographic Pathologic Correlation of 58 Patients[J]. Radiology, 1993, 146(2): 309.
- [6] 夏同礼. 现代泌尿病理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002. 177.
- [7] 李松年. 现代全身CT[M]. 北京:中国医药科技出版社, 1999. 866.

(收稿日期:2005-08-17 修回日期:2006-01-22)

作者单位:510515 广州,南方医科大学附属南方医院放射科

作者简介:闫慧敏(1978-),女,吉林蛟河人,医师,主要从事X线诊断工作。