

不典型细支气管肺泡癌误诊为肺炎一例

宋光义, 孙桂芳, 邓亚敏

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2006)06-0645-01

病例资料 患者,女,40岁,咳嗽,咳黄色粘痰1个月,无发热、盗汗、消瘦、乏力、痰中带血等。体检:呼吸16次/分,脉搏80次/分,血压100/70 mmHg,体温36.6℃。实验室检查:WBC $5.8 \times 10^9/L$, NEU 0.6933, Hb 134.9 g/L。

CT检查:肺窗示右肺上叶前段一大小约4.0 cm×4.5 cm边缘清晰的云絮状高密度影,中央可见纤细肺纹理(图1);纵隔窗仅显示病灶前缘条状间质增生(图2a),增强扫描示中度强化(图2b),纵隔内未见肿大淋巴结和肿块影像,首诊为感染。经近2个月抗生素治疗后复查,病灶变化不大。

手术所见:肺裂完整,未见确切肿块。在右肺上叶水平裂面可观察到一大小约1.1 cm×3.2 cm颜色变灰白之肺面,质地较周围软组织韧。切除右肺上叶送检。

病理结果:右肺上叶细支气管肺泡癌,局部为乳头状腺癌(图3)。

讨论 细支气管肺泡癌(bronchioloalveolar carcinoma, BAC)来源于 clara 细胞、II 型肺泡上皮细胞和黏液细胞,国内发病率占肺癌的2%~5%,病理上可分为孤立结节型、弥漫结节型和肺炎浸润型三种类型^[1]。据孔平等报道肺炎浸润型的大体标本类似于大叶性肺炎的灰色肝变区,该型较少见,误诊率也非常高^[2,3],常常被误诊为肺结核和(或)肺炎^[4],误诊的原因主要是临床症状不典型,常表现为咳嗽、咳痰、呼吸困难等不典型症状,少有痰中带血。其次是影像学表现不典型,X线和CT表现与肺结核和肺炎极相似。有时在病变的基础上常继发感染和结核。肺炎浸润型 BAC 的 CT 表现可有下列几个基本征象^[5]。①蜂窝征:表现为累及肺叶或一侧肺野的大片状蜂窝样渗出灶,蜂窝呈大小不等的不规则形气腔,分布不均,腔壁厚薄不均,周围可见液性低密度区;②肺血管造影征:指强化时可观察到不增强的低密度黏液区内明显强化的树枝状血管影,形似肺血管造影表现;③支气管枯树枝征:在病变部位支气管分支减少,管壁僵硬、凹凸不平,管腔狭窄,形似枯树枝状;④磨玻璃征:指介于液体和软组织之间的模糊影,或近似水样密度的、细小网格状的模糊影。出现蜂窝征和肺血管造影征时,BAC 的诊断基本成立;肺血管造影征单独出现时应高度怀疑本病^[6]。该病例上述征象不甚典型,回顾性复习本例 CT 表现,具有肺炎浸润型 BAC 的一些表现,如支气管枯树枝征为走行僵直中央残余纤细支气管,肺血

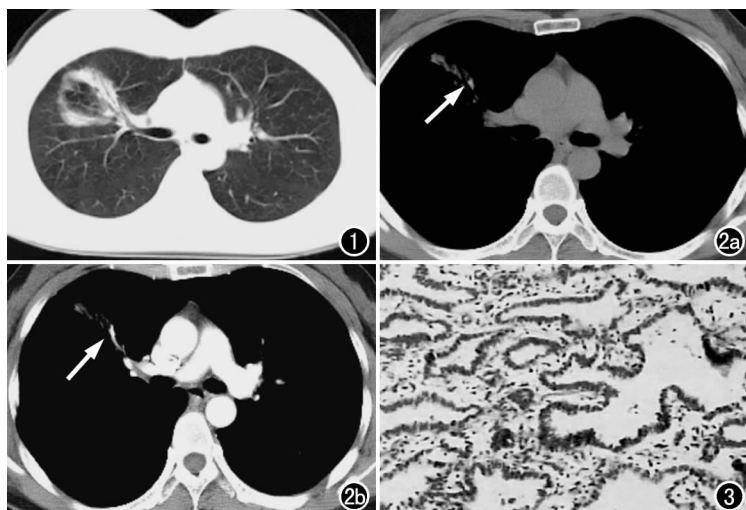


图1 CT肺窗平扫示右肺上叶前段团块状病灶,中央为透亮的肺实质,其内可见纤细肺纹理,周围较高密度病灶内可见支气管充气征。

图2 CT纵隔窗。a)平扫示病灶前缘条状稍高密度影(箭);b)增强后可见条状影明显强化(箭),考虑为串珠状肺间质增生。图3 病理片示沿肺泡壁生长的多个高分化立方,柱状上皮细胞,部分形成乳头向肺泡腔生长。

管造影征为明显强化的肺血管。且病灶位于右肺上叶前段贴近水平裂,边缘清晰,为肺泡浸润改变;灶内肺纹理变细,呈局限性肺气肿表现,为亚段性不完全性支气管堵塞所致。病灶边缘近肺门处可见串珠状肺间质增生,为癌性淋巴管炎。但是该患者临床症状不典型,加上影像医生对本病的认识不够或经验不足导致误诊。通过该病例体会是,遇到征象极似肺炎改变,但经抗生素治疗后,病灶形态变化不大时,应考虑到本病的可能。

参考文献:

- [1] 蔡超达. 细支气管肺泡癌的 X 线诊断[J]. 中国医学影像杂志, 1997, 5: 17.
- [2] 孙炳华, 王雅兰, 王松林, 等. 细支气管肺泡癌 46 例误诊讨论[J]. 临床误诊误治, 2005, 18(3): 167.
- [3] 邓美育, 张奎阳. 细支气管肺泡癌 25 例误诊分析[J]. 河南肿瘤学杂志, 2002, 12(1): 54-67.
- [4] 蔡祖龙, 曹丹庆, 郭晓东. 孤立型细支气管肺泡癌 CT 诊断[J]. 中华放射杂志, 1994, 28(1): 20.
- [5] 孔平, 王士信. 肺炎浸润型细支气管肺泡癌的 CT 诊断[J]. 山东医药, 2002, 42(14): 49.
- [6] 李尔曼, 胡安梅, 邵杰, 董志远. 细支气管肺泡癌误诊为肺炎一例[J]. 中国全科医学, 2005, 8(2): 134.