

肺部炎性假瘤 32 例 CT 征象分析

曾智萍, 徐晔

【摘要】 目的:通过对 32 例肺部炎性假瘤患者 CT 征象回顾性分析,着重探讨其特征性改变及鉴别诊断意义。**方法:**收集并分析 1993~2005 年期间 32 例炎性假瘤患者的临床资料及胸部 CT 扫描。**结果:**根据病灶特点,可分为圆形/类圆形(23/32)和不规则形(9/32)两种基本类型;病灶显示多种 CT 形态学表现,包括浅分叶征、“桃尖征”、“平直征”和钙化等。**结论:**肺部炎性假瘤具有多种 CT 表现,致其难以与其他肺部疾患(尤其是支气管肺癌)鉴别。但仍然存在部分征象,具有一定特异性。

【关键词】 炎性假瘤,肺; 体层摄影术,X 线计算机

【中图分类号】 R814.42; R734.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2006)08-0781-02

CT Features of 32 Patients with Pulmonary Inflammatory Pseudotumor ZENG Zhi-ping, XU Ye. Department of Radiology, the People's Hospital of Xindu district, Chengdu 610500, P. R. China

【Abstract】 Objective: To study CT features of 32 cases of pulmonary inflammatory pseudotumor (PIP) retrospectively and assess their value in differential diagnosis. **Methods:** CT findings of 32 cases of PIP were collected during 1993 to 2005 and were analyzed retrospectively. **Results:** The lesions were classified into two basic types according to their shape: round/round-like (23/32) and irregular (9/32). CT features included shallow-lobulation sign, “peach-tip” sign, “straightness” sign and calcification, etc. **Conclusion:** PIP exhibits variable features on CT which tend to be hardly differentiated from other pulmonary diseases, especially bronchiogenic carcinoma, but some of the features are helpful to the diagnosis of PIP.

【Key words】 Inflammatory pseudotumor, pulmonary; Tomography, X-ray computed

肺部炎性假瘤,是肺部非特异性炎症机化、修复而引起的局限性慢性增生性病变,周围肺组织可因受压或反应性改变形成假包膜。由于病灶多呈肿块状,临床与影像学表现常缺乏特异性,易误诊为肿瘤,故称其为“炎性假瘤”。本文重点讨论 CT 检查在炎性假瘤诊断中的重要意义。

材料与方法

本文搜集了 1993 年~2005 年资料完整的 32 例炎性假瘤,进行 CT 表现特点分析。男 29 例,女 3 例,年龄 31~72 岁,平均年龄 50.6 岁。主要临床表现:咳嗽 17 例,咳痰 13 例,咯血或痰中带血丝 13 例,发热 4 例,胸痛或胸闷不适 14 例,胸部扪及包块 1 例,无症状经体检发现 4 例,病程 1 个月~2 年。实验室检查:除 2 例血常规白细胞计数及中性分类升高外,其余均在正常范围。12 例患者曾作纤支镜刷片活检,均未查见肿瘤细胞及抗酸杆菌。本组病例中 1 例经抗炎治疗病灶基本吸收,31 例经手术病理得以证实。

采用德国西门子 Somatom Plus 4 及日本东芝

Xvision 做层厚、层距 10 mm 胸部常规扫描。15 例仅做平扫,13 例仅做增强扫描,4 例为平扫加增强扫描,11 例加做 1.5 mm 薄层 HRCT 扫描。

结 果

1. 病灶分布

右肺上叶 10 例,中叶 5 例,下叶 2 例;左肺上叶 1 例,下叶 7 例;肺门区肿块 7 例。28 例为单发孤立病灶,3 例为 2 个病灶,1 例为 3 个病灶。肿块直径约 2.0~7.0 cm,平扫时 CT 值为 20~45 HU,增强扫描 CT 值为 40~90 HU,均匀或不均匀强化,5 例发现气管旁、隆突下、门腔静脉间隙肿大淋巴结,直径约 1.5~2.5 cm。

2. 病灶形态

圆形或类圆形肿块 23 例,不规则形 9 例。前者边缘清晰,有浅分叶征(5 例),有粗大毛刺征(8 例),肿块周围有淡薄小片状(图 1)、网状或晕圈样改变(9 例)。肿块密度均匀(14 例),肿块内有小空洞或含气支气管影(9 例)。后者表现为楔形、类三角形高密度影,其中中心浓集成团块状,边缘部分模糊,近肺门侧有引流支气管影(7 例),外侧缘有少数较粗索条影,向外延伸呈“伪足征”(4 例),近胸膜处有胸膜增厚、粘连(6 例)。

本组病例中有“平直征”6例,“桃尖征”5例(图2),发现钙化灶7例。

讨 论

肺部炎性假瘤病理学按组织学成分将炎性假瘤分为纤维组织细胞型、硬化性血管瘤、浆细胞肉芽肿及假性淋巴瘤4种类型^[1]。其CT表现多样,国内一些学者根据炎性假瘤的影像表现将其分为浸润型和肿块型^[2]。浸润型是因肺炎实变不能完全吸收而出现的组织增生,病灶形态多不规则,中心呈团块状,周围纤维索条影增多,而且向外延伸,致病灶边缘模糊,与正常肺组织分界不清。肿块型大多数呈圆形或类圆形,包膜形成后边缘光滑锐利,其影像表现介于炎症与肿瘤之间,易误诊为肺癌。由于炎性假瘤的影像学表现与其病理分类间缺乏必然联系,有人认为影像学上的浸润型和肿块型实际上是炎性假瘤整个病理发展过程的阶段性表现,并非两种独立表现。本组病例中浸润型9例,病灶形态不规则,但相对稳定,可数月或数年不改变,其中除1例经抗炎治疗后病灶基本吸收外,其余8例未发现发展为肿块型。故笔者认为肺炎性假瘤可根据病灶特点,分为圆形/类圆形和不规则型两种。

值得强调的是本组23例肿块型病例中9例肿块周围有淡薄小片状、网状或晕圈样改变。笔者认为这种征象既有别于结核球周围卫星病灶,密度较浅淡,边缘模糊,又不同与周围型肺癌境界清晰,具有一定特征性。

肺炎性假瘤病灶包膜粘连、牵拉,致肿块边缘一尖角状突起,形似“桃尖”,它既不同于“长毛刺征”,基底宽,毛刺较短,又不同于“胸膜皱褶征”,起源于肿块的边缘,为良性肿瘤(尤其是炎性假瘤)所特有,具有较高的诊断价值;或肿块边缘部分平坦(常为单边),形如刀状,可能是炎性肿块与肺叶或肺段的边界,与病灶的炎

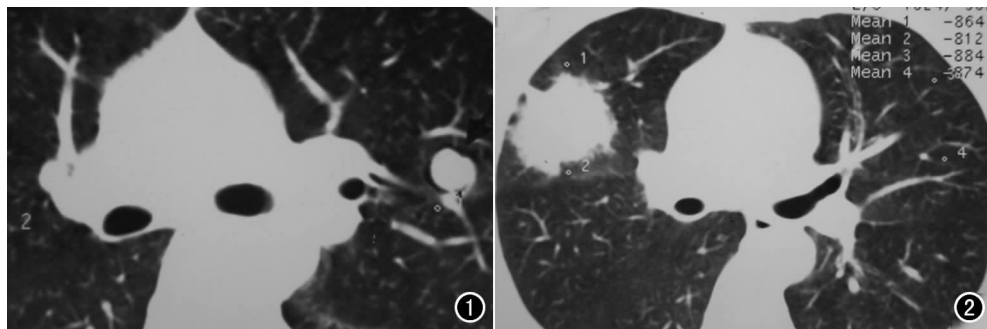


图1 左肺下叶密度均匀的结节,类圆形,周围有浅淡的小片,邻近小血管未见推挤移位。

图2 右肺中叶软组织密度肿块,密度均匀,类圆形,周围有浅淡的小片状、网状改变,邻近胸膜处有“桃尖征”(箭)。

性浸润特点相符,亦具有一定特性^[3]。本组病例中有“桃尖征”5例,“平直征”6例,笔者认为对诊断炎性假瘤均有一定特征性。

该病变钙化灶少见^[4],而本组病例有7例出现钙化灶(占22%),比Agran统计的15%略多。本组病例钙化灶呈点状、条状、桑椹样、斑片状等形状,钙化是本病的又一特征,肿块非边缘部分出现钙化时,排除错构瘤和结核球后,以本病最为可能。

综上所述,肺炎性假瘤系慢性增生性炎症,绝大部分因为产生耐药性,抗炎效果不理想,常易与其它肺内肿块性疾病混淆。CT扫描尤其是增强CT扫描,可获得更多有关病灶本身与邻近结构病理改变的细节,显示出一些提示慢性炎症的重要征象,如“桃尖征”、“平直征”等,结合患者其它临床资料,应想到本病的可能。

参考文献:

- [1] Agron GA, Rosado-de-Christense ML, Kirejczyk WM, et al. Pulmonary Inflammatory Pseudotumor: Radiologic Features [J]. Radiology, 1998, 206(5): 511.
- [2] 周永飞, 陈正英. 肺炎性假瘤的CT表现(附12例分析)[J]. 实用放射学杂志, 2001, 2(2): 140.
- [3] 崔永峰, 任德印, 武乐斌. 桃尖征: 对肺炎性假瘤X线诊断的价值[J]. 临床放射学杂志, 1998, 7(1): 10.
- [4] 王天君, 马述盛, 刘伟, 等. 肺炎性假瘤X线和CT的特征表现[J]. 中国医科大学学报, 1996, 25(2): 184.

(收稿日期: 2005-10-28 修回日期: 2005-11-30)