

《请您诊断》病例 5:误诊 10 年的肺硬化性血管瘤一例

邱乾德

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2001)05-0779-01

病例资料 患者,女,68 岁。10 年前出现咳嗽、咳痰、痰中带血丝、微热,在外院就诊。CT 平扫发现右上肺斑片状影,病变内有空洞样改变,空洞内下壁见结节状突起,CT 诊断为空洞型肺结核伴曲霉菌感染。临床抗结核、抗感染、抗真菌治疗 1 年余,体征和症状无明显好转。8 年前去外地就诊,CT 平扫显示右上肺病变范围、空洞内结节大小和形态与 2 年前相似,临床、CT 诊断为空洞型肺结核合并真菌感染。返回本地继续间断性抗结核、抗感染、抗真菌治疗 7 年,体征和症状仍无明显好转,即来我院行手术治疗。

CT 平扫显示右上肺斑片状阴影,密度不均,外缘界限较清,其内有空洞样改变,内见 2.5 cm×3.0 cm 大小的球形结节,结节边缘不光整,外前缘与斑片状影相连(图 1、2),增强扫描示结节无明显强化(图 3)。与外院片比较,仅见结节略有增大,其它病变无明显变化。

术中见右侧胸腔广泛粘连,右上叶后段见实质性肿块,大小约 2.5 cm×3.0 cm×3.0 cm,周围有 3.0 cm×4.0 cm×5.0 cm 范围浸润,部分肺组织不张呈萎缩状态,中叶部分肺组织受累,右上叶支气管旁和腔静脉旁淋巴结肿大,但质较软,术中考虑感染性病变。术后肿块标本行免疫组化检查显示:Vimentin(图 4)和 CD₃₄ 血管内皮染色阳性、CK 低分子染色阴性,病理诊断为肺硬化性血管瘤。

讨论 肺硬化性血管瘤发病年龄多为青壮年,以女性多见,占 93.3%。主要临床表现为咳嗽、咳痰、痰中带血、发热、胸痛等,均为非特异性症状,多数患者可无症状而经体检发现。

1. 影像学表现

本病具有一般肺部良性肿瘤的特点,呈圆形或类圆形肺内实质性肿块,可略有分叶,肿块大小多数为 3.0~4.0 cm;密度均匀,可有点状或小条状钙化;病变边缘清楚,极少数病例在肿块周围有斑片状浸润性病变;增强扫描病灶呈均匀强化;有少数病例出现囊变或空气新月征,表现为肿块周围出现新月形或半月形无肺纹理的透亮区。关于这种空气新月征出现的机制,Bahk 等^[1]认为是由于未分化的肺泡间质细胞不断增生和透明样变,包绕支气管导致远断空气腔隙的扩大,以及包膜与肿瘤以不同的速度收缩的结果,特别是当肿瘤高度分化和出血时。Nam 等^[2]认为该征象出现有助于与其它良性肿瘤鉴别。

本例误诊为结核伴曲霉菌感染,其误诊原因是该例影像表现较为特殊,由于肿块周围有片状浸润,病灶内确有环形透亮带,具有空洞型肺结核的征象;环形透亮带内有球形结节,结节增强后无明显强化,而误认为曲菌球;对肺硬化性血管瘤特殊表现缺乏认识,尤其是环形空气新月征。

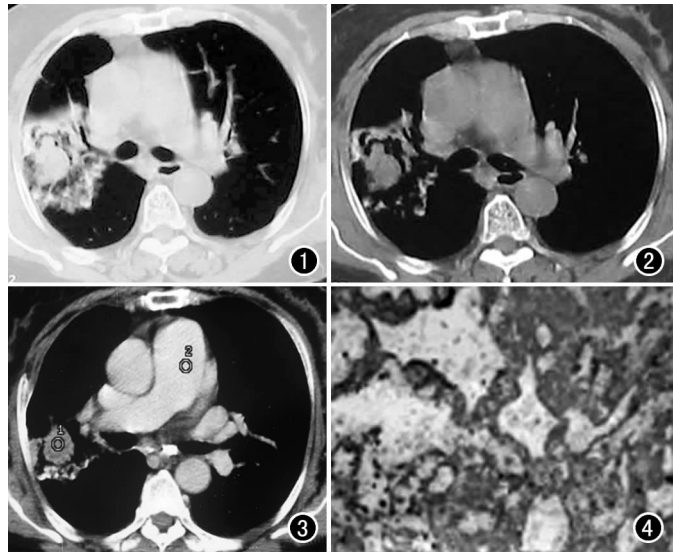


图 1 肺窗图像示右上肺斑片状影内有环形透亮带,其内见球形结节。图 2 纵隔窗图像示球形结节更明确,仅见其外上部与片状影相连,结节密度均匀。图 3 增强扫描示斑片状影有轻度强化,其内结节无明显强化。图 4 Vimentin 免疫组化染色示肿瘤细胞染色阳性。

2. 病理特征

肺硬化性血管瘤是一种少见肺部良性肿瘤,早期对其缺乏足够认识,曾推测为血管、间皮甚至神经内分泌来源。现经组织学及免疫组织化学方法研究表明,肺硬化性血管瘤形态学主要为表面细胞和圆形细胞两种肿瘤细胞成分,90%以上均表达甲状腺转录因子-1(TTF-1)及上皮细胞膜抗原(EMA),内皮源性、血管源性、神经内分泌源性和肌上皮源性抗体在两种肿瘤细胞中均呈阴性染色,表明肺硬化性血管瘤实际上是来源于肺泡上皮的良性肿瘤,应称为良性肺泡上皮细胞瘤。本瘤大体病理学观察,肿瘤位于肺实质内,边界清楚,呈圆形或卵圆形,无包膜。其组织学形态多种多样,主要有实性圆形细胞区、血管瘤样改变或出血、乳头状突起、硬化,往往按不同的比例相互移行混合存在。

参考文献:

- [1] Bahk YW, Shinn KS, Choi BS, et al. The Air Meiscus Sign in Sclerosing Hemangioma of the Lung[J]. Radiology, 1978, 128(1): 27-29.
- [2] Nam JE, Ryu YH, Cho SH, et al. Airttrapping Zone Surrounding Sclerosing Hemangioma of the Lung[J]. J Comput Assist Tomogr, 2002, 26(3): 358-361.

作者单位: 325000 浙江,温州市第三人民医院影像科

作者简介: 邱乾德(1949-),男,浙江温州人,主任医师,主要从事影像诊断工作。

(收稿日期: 2006-11-15)

专家点评

肺硬化性血管瘤是一种肺良性肺泡细胞瘤,并非上皮腺瘤。临床上多发生在青壮年,女性稍多;于影像学上常显示肺内圆形或卵圆形结块,大多数密度均匀、极少数有钙化,少数出现肺空气“半月征”,尤在结块外侧或内侧缘出现此征象,对本病诊断有其重要帮助。本病从结块上看易与肺内良、恶性肿瘤或肿瘤样病变相混淆;按空气“半

月征”讲,与肺结核瘤、肺包虫囊肿、曲菌球甚难区别,常致误诊。本病例由于病变影像奇特:即在斑片影像中出现环形透亮带,在环形圆内又出现球形灶,酷似肺结核室洞并曲菌球。因而导致该病例稍误诊达 10 年之久,后经手术病理才获确诊。其主要原因,还是本病的临床与影像后表现无特异性,故最终确诊仍依赖于病理。

(同济医院放射科 周燕发)

· 病例报道 ·

鼻神经胶质瘤一例

曹震, 吴仁华

【中图分类号】R814.42 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2007)07-0780-01

病例资料 患者,男,15 岁。因鼻塞、呼吸不畅、头痛入院。查体:双侧颈部未触及肿大淋巴结。无明确鼻腔出血病史。CT 平扫示左侧筛窦和左侧中、上鼻道内有一软组织密度影,其内密度均匀,平均 CT 值 33.2~48.1 HU,局部颅底骨板缺如,肿块与颅底额叶脑回紧密相连,双侧上颌窦内未见异常密度灶,右侧下鼻甲肥厚(图 1~3)。经病理活证实为鼻神经胶质瘤。

讨论 鼻神经胶质瘤是一种罕见良性肿瘤,与颅内神经胶质瘤不同,其本质是先天性畸形,为神经外胚层的脑组织异位。鼻神经胶质瘤可分为 3 型:鼻外型、鼻内型和介于两型间的混合型^[1,2]。肿瘤多发生于鼻腔右侧,10%~30%表现为与颅前窝额叶紧密相连的有蒂肿块。主要临床表现为自出生就存在的鼻腔内异常软组织灶,以与大脑发育水平相一致的速率缓慢增长,早期不产生任何鼻腔畸形的症状,随着病灶增大,逐渐出现鼻塞和鼻出血,少数还有脑脊液鼻漏。

鼻神经胶质瘤在平扫 CT 上表现为与脑实质呈密度的软组织灶;在 MRI T₁WI 上表现为与灰质呈等信号的软组织灶,在 T₂WI 及质子像上表现为高信号灶,增强扫描示病灶不强化。肿瘤主体多位于鼻前庭上部及筛窦内,对周围的骨质破坏不明显,CT 冠状面和 MRI 多方位扫描示软组织灶与颅前窝额叶紧密相连,局部颅骨缺失。影像表现结合病史(自幼肿块就存在于患者鼻腔上部并且逐渐增大)以及做瓦尔萨尔瓦动作肿块不增大排除脑膨出后,通常可对鼻神经胶质瘤确诊。

鼻神经胶质瘤主要与脑膨出、嗅神经母细胞瘤^[3]、鼻腔巨大息肉、筛窦癌和内翻性乳头状瘤相鉴别。脑膨出在婴幼儿啼



图 1 CT 平扫示左侧额部颅底骨板局限性缺如,可见一长条型软组织灶经缺损处向下延伸至左侧中上鼻道内,鼻中隔受压向右侧轻度偏移。图 2 CT 平扫示软组织位于左侧中上鼻道内,其右侧鼻中隔未见明显骨质破坏。图 3 CT 平扫示软组织灶位于左侧筛窦内,邻近左侧上颌窦壁,未见明显异常灶,右下鼻甲肥厚。

哭或用力时可见软组织灶增大,鞘内注射对比剂可见与脑膨出相连的蛛网膜下腔,脑池造影术对两者的鉴别亦有作用;嗅神经母细胞瘤的发生部位与本病相似,但主要发生于 12 岁以上的青年人和成年人,婴幼儿罕见,男性多于女性,肿瘤较大时中央常有小点状钙化和骨化灶,增强扫描时肿块均强化明显;筛窦癌发病年龄比较大,多见于中老年人,严重破坏筛窦窦壁,晚期可有转移,CT 增强示病灶强化;与鼻腔巨大息肉的鉴别点在于息肉患者除鼻腔病灶外,通常可以看到各鼻窦内有炎症,各副鼻窦骨壁未见明显破坏,双侧下鼻甲肥厚,增强扫描息肉无强化;内翻性乳头状瘤发病年龄较高,多在 40 岁以上,男性多于女性,发病部位在鼻腔外侧壁或鼻旁窦,宽基底或有蒂,呈多中心弥漫浸润,肿块内可见钙化灶,易破坏周围组织和骨质。

参考文献:

- [1] Lowe LH, Booth TN, Joglar JM, et al. Midface Anomalies in Children[J]. RadioGraphics, 2000, 20(3): 907-922.
- [2] Jamieson KC. Nasal Glioma[J]. Pediatrics, 1965, 35(4): 342-344.
- [3] Rosengren JE, Jing BS, Wallace S, et al. Radiographic Features of Olfactory Neuroblastoma[J]. AJR, 1979, 132(6): 945-948.

(收稿日期:2006-12-26)

作者单位:515041 广东,汕头市汕头大学医学院第二附属医院影像科

作者简介:曹震(1979—),男,广东韶关人,硕士研究生,住院医师,主要从事核磁共振谱工作。