

· 短篇 ·

肺内神经鞘瘤1例

徐婧梅 孙雅娟 张义*

陆军军医大学第二附属医院放射科(重庆 400000)

第一作者: 徐婧梅, 女, 初级医师, 主要研究方向: 胸部影像。E-mail: 787803331@qq.com

通讯作者: 张义, 男, 中级医师, 主要研究方向: 胸部影像。E-mail: 49045920@qq.com

【关键词】肺内神经鞘瘤; 神经鞘瘤; 病例报道

【中图分类号】R322.8

【文献标识码】D

DOI:10.3969/j.issn.1672-5131.2026.02.058

Pulmonary Schwannoma: a Case Report

XU Jing-mei, SUN Ya-juan, ZHANG Yi*.

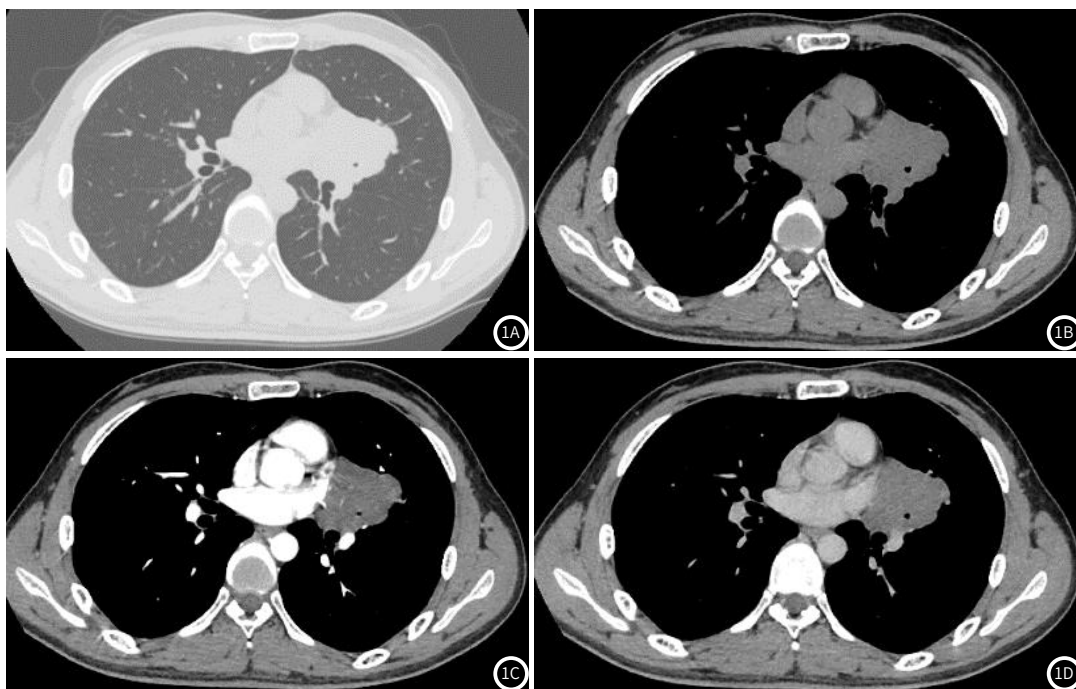
Department of Radiology, the Second Affiliated Hospital of AMU, Chongqing 400000, China

Keywords: Pulmonary Schwannoma; Schwannoma; Case Report

病例资料: 患者男, 25岁, 入院前12年, 患者出现间断左侧胸痛, 体位变化时感阵发性牵扯痛, 疼痛时不敢呼吸, 每次持续时间约十几秒后可自行缓解, 上述症状每1~2个月发作1次; 于当地医院查胸片提示: 左肺占位, 未治疗; 11年前, 患者于外院行胸部MRI检查, 左肺上叶团片影, 良性病变可能, 请结合CT检查; 完善PET-CT检查: 左肺上叶及肺门占位(4.0cm×2.3cm), FDG无明显摄取, 考虑良性病变、炎症可能; 1年余前, 患者于外院查胸部CT增强: 左肺门肿块(3.2cm×4.5cm×6.5cm), 轻度强化, 考虑为支气管囊肿伴粘液潴留或肺囊性腺瘤样畸形等病变, 建议纤支镜检查, 因患者自身原因, 拒绝行纤支镜检查。

2天前, 患者于我院门诊查胸部CT平扫加增强, CT显示: 左肺门及左肺上叶舌段见团状高密度影, 范围约5.8cm×4.7cm×7.1cm, 平扫CT值约27.2HU, 形态欠规则、边缘欠清, 病灶沿支气管长轴生长, 伴左肺上叶舌段支气管远端截断, 增强扫描动脉期CT值约38.1HU, 静脉期CT值约63.6HU, 呈轻-中度欠均匀强化, 病灶内较多肺动、静脉分支血管显示。

行纤支镜钳取术, 术后病理: 检查参数: 灰白色小组织数粒, 直径均0.1cm, 全送; 免疫组化: S-100(+)、SOX-10(+)、EMA(上皮+)、CD34(+)、Ki-67(5%+)、Syn(+). 病理诊断: 梭形细胞增生性病变, 形态学及免疫组化支持神经鞘瘤。



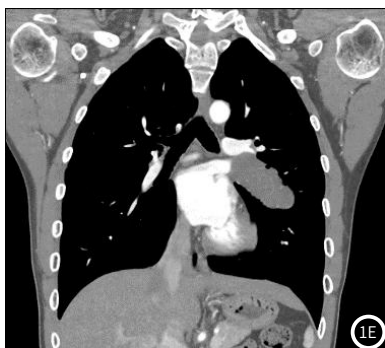


图1 肺内神经鞘瘤。

1A~1B: 左肺门及左肺上叶舌段团状高密度影, 形态欠规则、边缘欠清。1C~1D: 增强扫描呈轻-中度欠均匀强化, 病灶内较多肺动、静脉分支血管。1E: 冠状位重建示病灶沿支气管长轴生长, 伴左肺上叶舌段支气管远端截断。

讨论: 神经鞘瘤是一种起源于施旺细胞的肿瘤, 大多为良性肿瘤、生长缓慢, 恶变可能性低; 各年龄阶段均可发病、以中青年多见, 性别无明显差异, 神经鞘瘤可出现在体内神经走行的任何部位、多单发, 最常见于颈部、桥小脑角区、腹膜后及后纵膈, 约占所有肿瘤的5%, 发生于肺内的神经鞘瘤罕见, 约占肺部肿瘤的0.2%^[1], 文献报道少。

大多数神经鞘瘤为缓慢增大的无痛性肿块、多无症状, 为体检时意外发现, 部分患者临床症状与肿瘤内支气管阻塞情况及肿瘤大小相关, 肿瘤较大时可产生症状, 以发热、咳嗽、咯血、呼吸困难和阻塞性肺炎最常见^[2]。本例患者有长达12年病史, 可见临床进展极缓, 良性可能大, 且因肿块较大、出现不间断胸痛, 符合该神经鞘瘤临床改变。

肺内神经鞘瘤可分为3型: ①肿块呈哑铃状向腔内外生长; ②肿块沿支气管长轴生长, 较多见; ③肿瘤带蒂呈息肉样向管腔内生长。影像学特征: CT上多呈圆形或分叶状肿块, 病灶沿支气管长轴生长, 相应支气管腔狭窄, 发生黏液变性坏死, 病灶密度减低、部分可呈水样密度, 增强扫描强化方式不一, 多呈轻或中度强化, 病灶周边肺动脉、肺静脉紧贴病灶边缘绕行, 呈“贴边血管征”, 少见纵膈和肺门淋巴结转移^[3]。¹⁸F-FDG-PET/CT可以帮助区分肿瘤良恶性, 由于细胞程度、微血管密度或血管通透性等影响, 其FDG-PET/CT最大标准化摄取值不同, 大部分神经鞘瘤无明显摄取, 但有时也可能表现出异常的FDG积累^[4-5], 因此, 尽管神经鞘瘤是一种良性肿瘤, PET-CT仍很难完全将其与恶性肿瘤区分开来。

本例肺内神经鞘瘤主要与以下鉴别: ①神经纤维瘤: 边缘清晰光滑或分叶状软组织密度肿块, 其内可见不规则低密度区, 增强扫描呈均匀强化、可能出现早期中央强化, 钙化较神经鞘瘤多见; ②肺内支气管囊肿: 囊内呈均一液性或软组织密度、合并出血可更高, 增强扫描一般无强化, 囊壁较厚时可有轻度强化,

合并感染时强化明显, 如合并有支气管粘液潴留、其内无明显强化; ③先天性肺囊性腺瘤样畸形: III型多表现为实性软组织密度影, 伴或不伴小囊肿, 可有纵膈移位等不同程度占位效应, 增强后轻度强化; ④中央型肺癌: 肺门区肿块伴支气管狭窄、阻塞或中断, 合并有阻塞性肺炎或肺不张, 增强扫描强化不均。

肺内神经鞘瘤确诊以病理检查及免疫表型为金标准, 手术切除通常被认为是治疗颅外有症状神经鞘瘤的首选方式, 术后需长期随访, 但对于不适合手术或肿瘤复发的患者, 通常采用放射治疗^[6], 术前影像诊断对于治疗方案的选择有一定帮助。

参考文献

- [1] Mora Pinilla J, Garcia García A, Matesanz López C, et al. Intrapulmonary schwannoma: a case report [J]. Arch Bronconeumol, 2023, 59 (10): 664-665.
- [2] 李雯, 曾庆思. 肺内神经鞘瘤1例 [J]. 中国CT和MRI杂志, 2012, 10 (6): 111-112.
- [3] 王艳, 杜祥颖, 姚新宇, 等. 儿童肺内神经鞘瘤CT表现1例 [J]. 中国介入影像与治疗学, 2022, 19 (8): 526.
- [4] Aoyama Y, Miyamoto A, Fujii T, et al. Primary bronchial schwannoma: a case report [J]. Medicine, 2022, 101: 40 (e31062).
- [5] Watanabe K, Shinkai M, Shinoda M, et al. Intrapulmonary schwannoma diagnosed with endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration: case report [J]. Arch Bronconeumol, 2014, 50 (11): 490-492.
- [6] Zarei S, Popa A, Moghadam B, et al. Oversized primary intrapulmonary schwannoma: A case report and a review of the literature [J]. Surg Neurol Int, 2020, 11: 234.

(收稿日期: 2024-12-15)
(校对编辑: 韩敏求)