

## 短 篇

CT诊断中央型肺癌  
伴心脏转移一例

暨南大学第一附属医院医学影像中心(广东 广州 510630)

皮凤玲 赵莲萍 孙 尧  
贾天利 凌雪英 黄 力

【关键词】鳞状细胞癌; 心脏转移; 计算机体层成像

【中图分类号】R734.2

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5131.2015.07.037

通讯作者: 皮凤玲

## 1 病例介绍

患者,男,70岁。因咳嗽、咳痰、胸痛半年余伴气喘二十余天入院。既往有慢性咳嗽、咳痰史,PE:慢性病容,双肺呼吸音低,左肺闻及湿啰音,右肺闻及干啰音。N90.77%,ESR45mm/h,CRP35.8 g/L,高于正常,肿瘤标志物均正常,动脉血气分析示 $PO_2$ 69.7mmHg,肺功能呈混合型通气障碍,行胸腔穿刺引流出黄色胸水,细胞学检查未见癌细胞,查ADA、LDH、CEA正常,抗酸染色阴性;心电图提示缺血性ST-T改变及窦性心动过速、肺型P波及异常Q波;心脏彩超提示左室壁局部厚薄不均,心壁活动度降低;右室前壁与心包间见团块状低密度影。临床拟诊肺癌并骨转移,遂行胸部CT平扫加肋骨三维重建,见左下肺近肺门区团块影并厚壁空洞(图1);胸廓诸骨未见明显异常;心室壁厚薄不均,心包腔内见环形液体密度影(图2),增强扫描示纵隔内及左肺门区占位,左主支气管壁明显增厚,病灶呈中度不均匀强化,左心房、左心室壁增厚且不光整,心包腔内见多发环形强化结节及条带状液体密度影,心包膜亦明显增厚(图3、4);纤支镜示左主支气管壁团块状新生物,涂片可见癌细胞,活组织病理检查示低分化鳞状细胞癌(图5);免疫组化:CgA(-)、CD66(-)、CK(+)、CK5/6(+)、P63(+)、CK7(-)、TTF-1(-);考虑中央型肺癌伴心脏转移。

## 2 讨 论

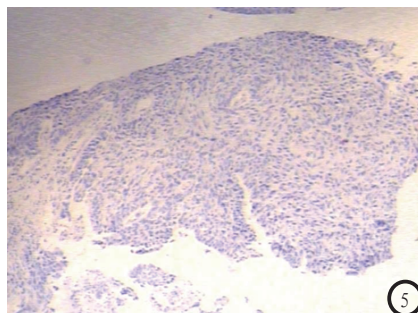
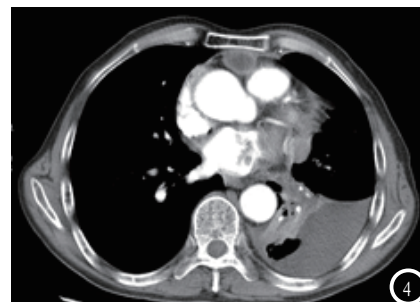
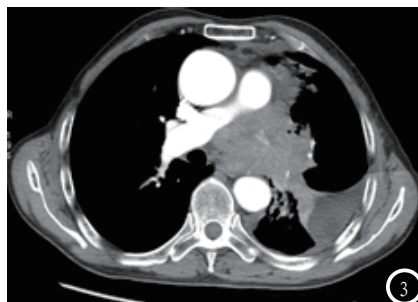
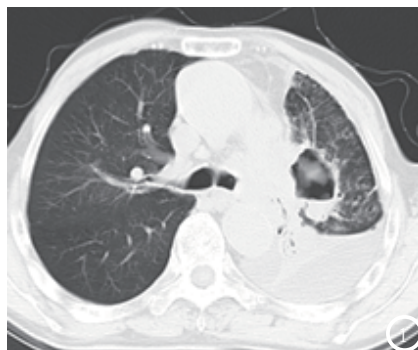


图1 CT平扫肺窗示左肺门团块及厚壁空洞;图2 纵隔窗示纵隔肿块、心室壁厚薄不均及心包腔内环形低密度影;图3、4 CT增强更清楚示纵隔与心包内多发团块影及结节影,以及左心房内壁不光整;图5 常规HE染色( $\times 40$ )示癌细胞排列紧密,呈巢片趋势,可见少量的桥粒

支气管肺癌是临床常见的恶性肿瘤,肺段及以上支气管上皮的癌症称中央型肺癌<sup>[1]</sup>,肿瘤细胞多伏壁生长导致管壁不规则增厚、狭窄、浸润形成肺门肿块,并转移形成淋巴结肿大,亦可向其他组织和器官浸润扩散,如肝脏、骨髓、脑、肾上腺,向心脏转移相对少见,最近报道约为0.22%<sup>[2]</sup>,心脏转移灶多呈浸润性生长,可侵入心肌、心腔或心外膜<sup>[2]</sup>;出现心律不齐、心力衰竭、原因不明的心包积液,尤其是血性或长期心包积液与胸腔积液共存时应警惕心脏转移<sup>[3]</sup>;转移的机制<sup>[3]</sup>为:①癌细胞直接通过原发灶或突破肺门淋巴结侵犯心包或心肌;②经支气管和肺血管周围的淋巴管侵入邻近的肺段或肺叶淋巴结,淋巴液自转移之

纵隔淋巴结逆流而导致心脏的淋巴道转移;③随血液循环侵入肺静脉,然后经冠状动脉进入心肌,种植到心包,导致心包膜增厚并渗液。

本例CT显示病灶沿管壁向管腔内、外生长,左主支气管腔部分阻塞及左肺下叶支气管全部阻塞,远端有癌性空洞,纤支镜活检低分化鳞癌明确;CT增强示心室壁增厚并不光整,心包腔多发结节及积液,心包膜增厚,心脏转移诊断可确立。由于其症状易被原发肿瘤的症状所掩盖,易漏诊,临床有明显症状者已是晚期<sup>[2、5]</sup>,CT作为无创性手段,可较早期发现心脏转移,从而及时治疗、改善患者生活质量,提高生存率<sup>[2]</sup>;且心脏转移病例大多数为大细胞类腺癌<sup>[4]</sup>,本例为鳞

癌,较少见,有一定参考价值。

## 参考文献

1. 刘洪涛. 中央型肺癌27例CT诊断[J]. 中国医药指南[J]. 2010, 35(8): 2298-2299.
2. 车国卫, 周清华. 肺癌心脏转移瘤的临床诊治现状[J]. 中国肿瘤临床, 2006, 12: 716-718.
3. 程瑞迎. 肺癌心脏转移瘤18例分析[J]. 山西医学院学报, 1994, 25(supl): 76-77.
4. 王猛, 韩玉刚, 侯志宏. 肺癌心脏转移治疗体会及文献复习[J]. 吉林医学, 2012, 28: 6271-6273.
5. Villa A, Eshja E, Dallavalle S, Bassi EM, Turco A. Cardiac metastases of melanoma as first manifestation of the disease. J Radiol Case Rep. 2014; 8(4): 8-15.

(本文编辑: 黎永滨)

【收稿日期】2015-06-10

(上接第 115 页)

## 参考文献

1. 李春生, 胡元明, 李新文等. 原发性中枢神经系统淋巴瘤MRI表现[J]. 中国CT和MRI杂志, 2013, 11(6): 14-16.
2. 耿承军, 陈君坤, 卢光明等. 原发性中枢神经系统淋巴瘤的CT、MRI表现与病理对照研究[J]. 中华放射学杂志, 2003, 37(7): 246-248.
3. 王继伟, 郑红伟, 邢佩红等. 原发性脑内淋巴瘤的影像学表现及病理对照[J]. 中国CT和MRI杂志, 2013, 11(4): 8-11.
4. 张明智, 李文才, 王瑞林(主编). 恶性淋巴瘤诊断与治疗学[M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2003: 145-146.
5. Gliemroth J, Kehler U, Gaebel C, et al. Neuroradiological findings in primary cerebral lymphomas of non-AIDS patients[J]. Clinical Neurology and Neurosurgery, 2003, 105(2): 78-86.
6. Coulon A, Lafitte F, Hoang-Xuan K, et al. Radiographic findings in 37 cases of primary CNS

lymphoma in immunocompetent patients[J]. European Radiology, 2001, 12(2): 329-340.

7. 胡裕效, 朱虹, 卢光明. 原发性中枢神经系统淋巴瘤影像学诊断进展[J]. 医学研究生学报, 2013, 26(6): 629-633.
8. 孟丽辉. 原发性脑淋巴瘤的影像诊断分析[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2013, 20(1): 37-38.
9. Thurnher MM, Rieger A, Kleibl-Popov C, et al. Primary central nervous system lymphoma in AIDS: a wider spectrum of CT and MRI findings[J]. Neuroradiology, 2001, 43(1): 29-35.
10. 花焱, 田树平, 王占宇, 等. 原发性中枢神经系统淋巴瘤15例MRI影像分析[J]. 人民军医. 2013, 56(5): 585-586.
11. 曹波, 陈自谦, 张俊祥, 等. 原发性中枢神经系统淋巴瘤多模态MRI与病理学对照分析[J]. 中国CT和MRI杂志, 2012, 10(6): 8-11.
12. Lapa C, L?hr M, Bluemel C, et al. Primary central nervous system lymphoma and meningioma in DOTATATE PET/CT[J]. Clin Nucl Med, 2013, 38(12): 994-995.

13. Jang SJ, Lee KH, Lee JY, et al. (11)C-methionine PET/CT and MRI of primary central nervous system diffuse large B-cell lymphoma before and after high-dose methotrexate[J]. Clin Nucl Med, 2012, 37(10): e241-244.
14. 吴珂. 原发性中枢神经系统淋巴瘤MRI与DWI及-1HRS表现[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2013, 17(4): 42-44.
15. 解磊, 杜尚云. 原发性脑淋巴瘤的MRI影像表现与诊断[J]. 海南医学, 2013, 24(23): 3488-3491.
16. Haldorsen IS, Kr?kenes J, Krossnes BK, et al. CT and MR imaging features of primary central nervous system lymphoma in Norway, 1989-2003[J]. AJNR Am J Neuroradiol, 2009, 30(4): 744-751.

(本文编辑: 汪兵)

【收稿日期】2015-05-29