

· 论著 ·

肺炎型肺癌误诊的几点思考

解放军477医院放射科 (湖北 襄阳 441003)

黄科峰 伍晓刚 朱安平 宋君 王燕 邓辉 甘红波 吴宋军

【摘要】目的 探讨肺炎型肺癌的临床及影像特征,分析误诊原因,提出防范策略。方法 回顾分析10例经病理证实的肺炎型肺癌患者的临床症状体征、实验室检查及CT影像学表现。结果 10例患者病理均为腺癌,CT表现呈外周分布10例,单发病变4例,多发病变6例。病灶内见空气支气管征9例,支气管壁不规则、僵硬、扭曲2例,远端闭塞3例,“空泡征”7例,病灶周围沿肺纹理分布的小结节征3例,增强扫描病灶内见“血管征”6例,合并肺门淋巴结肿大1例。临床表现为咳嗽、咳痰10例,伴胸闷3例,伴胸痛2例,低热1例,无明显症状1例。10例患者均有吸烟史,烟龄20~40年,每天10支~60支。实验室检查肿瘤标志物均无升高,白细胞总数轻度升高4例,中性粒细胞升高6例。结论 肺炎型肺癌有一定特征,临床易误诊,当临床诊断为肺炎,抗炎治疗无效果时,应高度怀疑肺炎型肺癌的可能,积极安排影像学复查,获取肺部病变动态影像学变化,同时安排纤维支气管镜检查,进行病理学诊断。

【关键词】肺癌;误诊;肺炎;思考

【中图分类号】R563.1

【文献标识码】A

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2018.05.011

Some Thoughts on Lung Cancer of Type Pneumonia Misdiagnosed

HUANG Ke-feng, WU Xiao-gang, ZHU An-ping, et al., Department of Radiology, The People's Liberation Army 477 Hospital, Xiangyang 441003, Hubei Province, China

【Abstract】Objective To study the clinical and imaging features of pneumonia in lung cancer, and analyze the misdiagnosis reasons, put forward on the preventive strategy. Methods Retrospective analysis of 10 cases of pneumonia in patients with lung cancer, which was confirmed by pathology, clinical symptoms and signs, laboratory examination and CT imaging findings. Results 10 patients pathology were adenocarcinoma, 10 cases of CT manifestations in peripheral distribution, single lesions in 4 cases, 6 patients with multiple lesions. Air bronchogram see lesions in 9 cases, bronchial wall is irregular, stiff, and the distortion in 2 cases, distal occlusion in 3 cases, "bubble" in 7 cases, lesions around the texture distribution of nodules along the lung in 3 cases, enhanced scan lesions in see "blood vessels" in 6 cases, with pulmonary lymph node enlargement in 1 case. Clinical manifestations of 10 cases of cough, sputum, chest with 3 cases, 2 cases with chest pain, low thermal in 1 case, no obvious symptoms in 1 case. All of 10 patients have smoking history, smoking history 20-40 years, 10 to 60 cigarettes a day. Laboratory tests were no rise of tumor markers, moderately elevated white blood cell total 4 cases, 6 cases increased neutrophils. Conclusion Pneumonia, lung cancer has certain characteristics, clinical showing is often, when the preliminary clinical diagnosis is pneumonia and conventional anti-infective therapy effect is poor, the diagnosis of pneumonia should be questioned, type of lung cancer may be highly suspected pneumonia, should arrange active imaging review, get lung disease changes dynamic imaging, diagnostic difficulties, arrange fiber colonoscopy, pathology diagnosis, get early diagnosis and treatment.

【Key words】Lung Cancer; Pneumonia; The Misdiagnosis; Considering

肺炎型肺癌(pneumonic-type lung carcinoma, PTCL)是一种极易被误诊为肺炎的周围型肺癌,临床表现与实验室检查没有特异性,CT表现与肺炎极其相似,常误诊延误治疗,为提高该病诊断水平,我们收集10例经病理证实的PTLC,总结研究其特征,为临床减少误诊提供一些防范对策。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集2010年10月至2017年1月经病理证实的PTCL患者共10例,其中男性7例,女3例,年龄49~72岁,平均59岁。病程3月~1.5年,平均7个月。患者主要临床表现为咳嗽、咳痰10例,伴胸闷3例,伴胸痛2例,低热1例,体温37.5度,无明显症状1例,10例患者均有吸烟史,烟龄20~40年,每天10支~60支,1例戒烟7~8年。实验室检查肿瘤标志物均无升高,白细胞总数轻度升高4例,中性粒细胞升高

作者简介:黄科峰,男,影像医学与核医学专业,副主任医师,放射科主任,主要研究方向:CT、MRI诊断及介入诊断治疗等
通讯作者:黄科峰

6例。10例患者入院初步诊断肺炎8例,肺结核2例,全部患者均经临床抗炎、抗结核治疗,效果不明显,均进行胸部CT复查,1例临床症状减轻,但CT表现加重,9例临床症状及CT表现均加重。

1.2 方法 10例均采用GE Discovery CT750 HD(宝石能谱CT机),行胸部平扫及多期动态增强扫描,层厚0.625mm,图像传入AW4.6工作站进行后处理。采用双筒高压注射器,从右侧肘静脉以流速4~5ml/s注射非离子型造影剂(碘海醇350)80~100ml,并追加生理盐水40ml,行5期扫描,分别采集肺动脉期、主动脉其、平衡期及延迟3分钟、5分钟图像。10个病例均利用常规混合能量与单能量能谱技术分析其能谱曲线图、水基图、碘基图。

2 结果

10例患者5例经CT引导穿刺活检获得病理诊断,5例经手术切除获得病理诊断,10例病理诊断均为腺癌。CT表现呈外周分布10例,右肺4例,左肺6例,上叶3例,中叶3例,下叶4例,单发病变4例,多发病变6例。HRCT病灶内见空气支气管征9例,其中2例支气管走行僵硬且扭曲,远端闭塞3例。病灶内见“空泡征”7例,病灶周围沿肺纹理分布的小结节征3例,CT增强扫描病灶内见“血管征”6例。合并肺门淋巴结肿大1例。

3 讨论

肺炎型肺癌又称炎症型肺泡癌,分肺炎型、弥漫型及结节型,2007年WHO将其归类于肺腺癌^[1],腺癌具有匍匐状浸润的生长方式,形态极其似肺炎样影像学改变,临床常常遇见,但临床对该病认识不足,经常误诊,影像学与实验室检查也缺乏特异性。

通过本组病例诊治过程,分析肺炎型肺癌的影像学特点和思考,我们认为以下几点在诊断与鉴别诊断中务必重视:(1)常规抗炎治疗无效果,或暂时好转,反复发作,应质疑肺炎诊断,高度怀疑肺癌,本文9例中抗炎治疗后肺部病灶增大,自觉症状也加重(图1-2),仅1例抗炎治疗后自觉症状减轻,但病灶增大,密度更高更实(图4-5),此点与文献报道一致^[2-5]。(2)HRCT见病灶内空气支气管征,支气管走行不规则且扭曲,管壁僵硬,这点可能与癌细胞沿支气管壁转移有关^[6]。本文2例通过抗炎治疗无效,且病灶增大,密度变实,其内支气管走行不规则扭曲。(3)病灶内可见“空泡征”,其病理基础为癌细胞沿肺泡生长,但不破坏其基本结构,肺泡腔不同程度存在所形成的CT影像^[7],本文7例病灶中均可见此征。(4)沿肺纹理分布的小结节征,似“卫星灶”,是癌细胞沿支气管播散形成,此征需要与肺结核“卫星灶”鉴别,本文3例可见此征(图5)。(5)CT增强可见“血管征”,表现为实变区内清晰的强化血管影,其原因是血管树未被侵犯,实变的肺组织强化密度低于血管密度,此征多提示肿瘤,本文6例均出现此征(图3, 6)。(6)肺炎肺癌多外周分布,文献报道外周分布率达70%^[8],本文10例均外周分布,达100%,其中一例不仅形态发生变化,而且位置发生变化,动态影像学检查病变由外周移至中央(图1,

5),极其似肺炎形态改变。(7)实验室检查肺炎型肺癌白细胞无明显上升,白细胞分类和C反应蛋白不符合肺炎的实验室检查结果。本组病例白细胞总数轻度升高6例。(8)肺炎肺癌多发生在老年患者,多有吸烟史,一般病程较长,本文10例患者均有吸烟时,烟龄20~40年,每天10支~60支,1例戒烟7~8年。

总之当临床初步诊断为肺炎,常规抗感染治疗效果差时,应当质疑肺炎的诊断,高度怀疑肺炎型肺癌的可能,肺炎肺癌有一定特征,临床易误诊, (下转第34页)

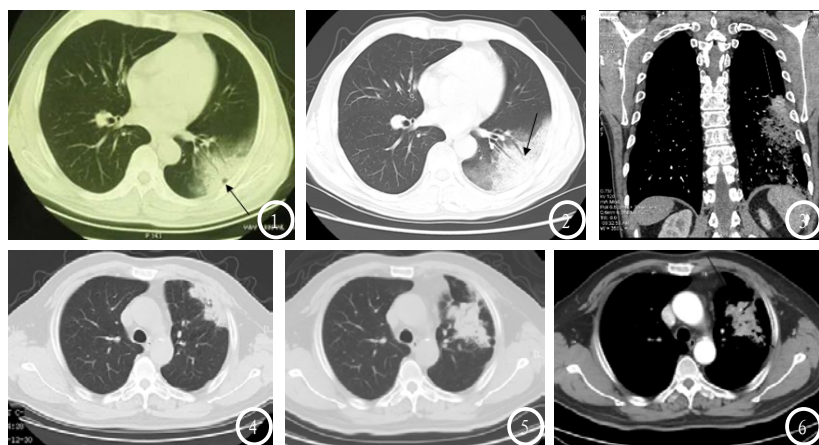


图1 左肺下叶大片状模糊影,边界不清,其内见空气支气管征和“空泡征”(箭头)。图2 3个月后复查左肺下叶病变明显范围增大,且变致密,远端支气管变细、闭塞(箭头)。图3 增强CT显示实变区内明显强化的“血管征”(长箭)。图4 左肺上叶胸膜下不规则片块影,边界较清晰。图5 11个月后复查,左肺上叶病灶移位,范围增大,密度变实,呈不规则肿块状,周围可见“卫星灶”。图6 病灶内见“血管征”(长箭)和“空泡征”(短箭),实质部分明显强化,其内支气管走行扭曲。