



· 病例报告 ·

影像学表现与隐源性机化性肺炎及肺泡微石症相似的肺腺癌2例合并文献复习

史经纬¹, 杨如松², 邵 丰²

1. 东南大学医学院, 江苏 南京 210009;

2. 东南大学医学院附属南京胸科医院胸外科, 江苏 南京 210029

[关键词] 肺腺癌; 影像学表现; 隐源性机化性肺炎; 肺泡微石症

DOI: 10.19732/j.cnki.1008-617X.2018.04.021

中图分类号: R734.2 文献标志码: A 文章编号: 1008-617X(2018)04-0342-03

1 资料

相关数据显示, 肺癌已成为我国发病率及死亡率均居首位的恶性肿瘤^[1], 其中肺腺癌所占比例越来越高, 而且肺腺癌的影像学表现也呈现多样性。近期东南大学医学院附属南京胸科医院诊治2例影像学表现为隐源性机化性肺炎 (cryptogenic organizing pneumonia, COP) 及肺泡微石症 (pulmonary alveolar microlithiasis, PAM) 的肺部弥漫性疾病, 经单孔电视辅助胸腔镜手术 (video-assisted thoracoscopic surgery, VATS) 肺活检病理证实均为肺腺癌, 现报告如下。

病例1: 患者男性, 76岁, 退休门卫, 吸烟史40年, 约400年支, 因“反复咳嗽1年”于2016年6月入院。2015年6月无明显诱因下开始出现咳嗽, 咳少量白色痰, 胸部CT示“双肺散在感染灶”, 给予抗感染等治疗后症状有所好转, 但易反复。2016年3月和2016年5月患者受凉后均出现咳嗽加重, 性质同前, 伴活动后气促, 乏力, 胸部CT示“双肺散在渗出、实变”, 给予抗感染治疗后咳嗽症状稍有减轻。2016年6月复查胸部CT (图1A), 双肺病灶较前相比有所进展。入院查体叩诊双肺清音, 听诊双肺呼吸音粗, 可闻及两下肺局限性湿啰音。胸部增强CT示: 两肺见多发斑片状高密度影, 以边缘、肺后部为多,

大部分病灶周围见磨玻璃密度改变, 所示气管支气管影通畅, 纵隔内未见异常肿大的淋巴结, 纵隔内血管影正常, 两侧胸腔未见明显积液。病变呈双边性、多形性, 较前有游走性的变化, 考虑COP可能, 请结合肺活检。血培养5 d未见需氧和厌氧菌生长。行左肺经皮肺穿刺活检术, 病理学检查结果显示: 支气管黏膜组织慢性炎症, 另见肺泡上皮异型增生, 腺癌不能完全排除。患者病灶为两肺散在, 靠近外周, 从影像学表现上不符合腺癌, 但病理回示见肺泡上皮异型增生, 建议活检, 明确病情。排除手术禁忌后行单孔VATS左下肺病灶活检术, 术中左肺上下叶均可见病灶, 周围型, 伴有胸膜凹陷, 切除左下肺背段部分病灶送快速病理检查, 结果示恶性肿瘤。术后病理 (图1B) 示: 腺癌, 腺泡型为主, 肿瘤侵犯脉管壁, 侵犯脏层胸膜但未突破, 肺切缘未见癌组织累及。肿瘤EGFR基因检查均为野生型。患者术后恢复良好, 后行全身化疗等综合抗肿瘤治疗措施。

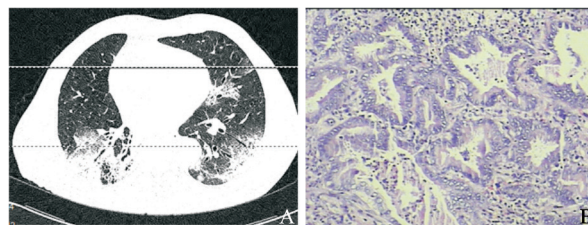


图1 病例1患者CT诊断 (A) 及术后病理诊断结果 (B)

病例2: 患者女性, 53岁, 护士, 因“体检发现肺部多发小结节1 d”入院。胸部CT示: 两肺弥漫性粟粒样小结节, 考虑粟粒型肺结核(II型)可能。患者近半年来时有干咳, 常感乏力。有高血压病史10年, 自服药物控制平稳。入院查胸部增强CT示(图2A): 两肺见弥漫性分布微小结节影, 密度均匀, 散在分布, 边界较清晰, 肺尖至肺底均有, 纵隔窗可见结节密度增高影, 两侧胸腔未见积液。结核分枝杆菌抗体、干扰素及T-SPOT检查结果均在正常范围, 结核证据不足, 考虑为PAM。PAM为常染色体隐性遗传疾病, 明确诊断需要病理活检。排除禁忌后行单孔VATS右肺病灶活检术, 术中见右肺布满病灶, 呈结节状改变, 触之易出血, 探查后选择右下叶背段处切除部分病肺活检, 取出病灶后触及病肺内多发结节。术后病理(图2B)示: 低分化腺癌, 肺内及胸膜下见弥漫小结节, 最大直径0.3~0.5 cm, 脉管内见癌栓。*EGFR*检测提示21外显子突变。患者术后恢复良好出院休养, 后行进一步抗肿瘤综合治疗。

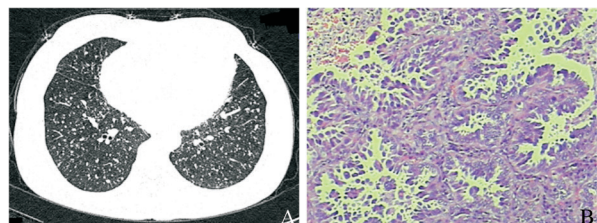


图2 病例2患者CT诊断(A)及术后病理诊断结果(B)

2 讨论

COP是以机化性肺炎为病理特征的特发性间质性肺炎的一种亚型, 无明显病因或临床伴随疾病(如感染、结缔组织疾病)^[2-4]。临床表现差异大, 多数亚急性起病, 常伴有不同程度的咳嗽、发热、活动后气促、乏力及体质量下降等, 听诊时可闻及湿啰音和爆裂音, 肺功能提示限制性通气功能障碍和弥散功能下降, 实验室检查通常有红细胞沉降率(erythrocyte sedimentation rate, ESR)及C反应蛋白(C-reactive protein, CRP)增高^[5-6]。因其临床表现缺乏特异性, 容易误诊、漏诊而导致延误治疗。COP的胸部CT特征^[7-8]表现为实变影或磨玻璃样影, 偶见“反晕

征”, 胸膜下及沿支气管血管束周围分布为主, 大多数文献认可“五多一少”的特点, 即多态性、多发性、多双肺受累、多变性、多复发性和蜂窝肺少见。本组病例两肺多发、多形病灶, 且以沿胸膜下或支气管束分布为主的斑片状实变影和(或)磨玻璃结节相对多见, 还有其他一些非特异性临床表现, 均与文献一致。

PAM是一种以肺泡内弥漫的磷酸钙盐微小结节沉积和继发间质纤维化改变为特征的罕见肺病^[9-11]。病程进展缓慢, 早期可无任何症状, 呈慢性渐进性发展, 晚期可出现干咳、胸痛、劳力性气促及乏力等非特异性临床症状^[12-14]。胸部CT可显示^[15-16]: 两肺弥漫性对称性分布的小结节状钙化影, 从上到下逐渐增多, 中下肺野肺外带病灶密集。病灶直径一般在1 mm以下, 密度高, 边缘清楚, 但形状不规则, 呈弥漫性, 类似“暴风沙样”。心缘及膈面可被掩盖, 出现“心膈消失征”。钙化可在胸膜下密集呈“白描征”、“火焰征”。晚期常并发肺间质纤维化、肺气肿、自发性气胸、肺动脉高压及肺源性心脏病等。PAM的临床表现缺乏特异性, 易漏诊、误诊, 部分患者影像学表现不典型, 确诊仍需借助病理组织学检查。本组病例临床症状呈非特异性, 胸部CT见两肺弥漫分布小结节, 直径一般小于1 mm, 纵隔窗病灶密度增高, 与文献报道一致。

本组2例患者影像学表现为肺部弥漫性病变, 临床表现呈非特异性, 诊断存在困难。目前, 虽有多种途径可进一步明确诊断, 如经支气管镜、经皮肺穿刺、胸腔镜和开胸活检等, 但经支气管镜和经皮肺穿刺有获取病理组织少、组织断裂等缺点, 假阴性率高; 开胸肺活检创伤大, 亦不利于患者的预后。近年来VATS因创伤小等优势, 已逐渐常规应用于胸外科手术, 单孔VATS技术也日趋完善^[17]。单孔VATS下活检具有可经直视下多点、多量取样的优点。故笔者推荐, 对于影像学表现为肺部弥漫性病变的病例, 如未明确病理诊断, 一定不要忽视手术活检的必要性, 以避免误诊、漏诊, 延误病情, 可行单孔VATS下活检进一步明确诊断, 指导治疗。

[参考文献]

- [1] CHEN W, ZHENG R, BAADE P D, et al. Cancer statistics in China, 2015 [J] . CA Cancer J Clin, 2016, 66(2): 115-132.
- [2] NISHINO M, MATHAI S K, SCHOENFELD D, et al. Clinicopathologic features associated with relapse in cryptogenic organizing pneumonia [J] . Hum Pathol, 2014, 45(2): 342-351.
- [3] ONISHI Y, KAWAMURA T, NAKAHARA Y, et al. Factors associated with the relapse of cryptogenic and secondary organizing pneumonia [J] . Respir Investig, 2017, 55(1): 10-15.
- [4] 李艳利, 韩锋锋. 隐源性机化性肺炎的发病机制及治疗进展 [J] . 临床肺科杂志, 2014, 19(9): 1701-1704.
- [5] 应海平, 黄小萍. 隐源性机化性肺炎11例临床分析 [J] . 浙江医学, 2014, (10): 896-898.
- [6] 万丽娟, 刘超, 方向群. 隐源性机化性肺炎18例临床分析 [J] . 国际呼吸杂志, 2014, 34(24): 1841-1845.
- [7] 李晓军, 刘玉波, 陈海荣. 隐源性机化性肺炎的临床和影像学特征 [J] . 中国中西医结合影像学杂志, 2015, 13(1): 63-65.
- [8] 沈威, 李慧, 代静泓, 等. 隐源性机化性肺炎及结缔组织病相关性机化性肺炎的临床及影像特点分析 [J] . 中华结核和呼吸杂志, 2015, 38(9): 669-674.
- [9] WALTERS G, TROTTER S, MCGRATH E E, et al. Pulmonary alveolar microlithiasis [J] . Ann Thorac Surg, 2013, 96(2): 702.
- [10] MAHMOOD K, UBAID M, MAHMOOD A, et al. Pulmonary microlithiasis—A case report [J] . Respir Med Case Rep, 2016, 19: 112-114.
- [11] 黄文娟, 汪慧英. 肺泡微结石症的诊治进展 [J] . 中华临床医师杂志 (电子版), 2016, 10(10): 1480-1483.
- [12] 赵琪, 程京华, 丁晶晶, 等. 肺泡微石症3例临床分析 [J] . 中华实用诊断与治疗杂志, 2015, 29(2): 144-145.
- [13] 汤立建, 孙家兴, 任敦强, 等. 肺泡微石症一例 [J] . 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(2): 148-149.
- [14] 赵军, 张挪富, 陈莉延. 肺泡微石症一例病例报告并文献复习 [J] . 中国医师进修杂志, 2015, 38(11): 850-851.
- [15] 李忠学, 黄春龙, 汤永中, 等. 肺泡微石症的多层螺旋CT表现(附6例分析) [J] . 微创医学, 2014, 9(5): 661-662.
- [16] 张定, 黎建蓉, 牟奇猛. 肺泡微石症多排螺旋CT表现 [J] . 中华实用诊断与治疗杂志, 2014, 28(10): 1022-1023.
- [17] HARRIS C G, JAMES R S, TIAN D H, et al. Systematic review and meta-analysis of uniportal versus multiportal video-assisted thoracoscopic lobectomy for lung cancer [J] . Ann Cardiothorac Surg, 2016, 5(2): 76-84.

(收稿日期: 2018-01-07 修回日期: 2018-03-12)