

肺炎性假瘤 41 例 X 线和 CT 影像

刘振宽

【摘要】 目的 探讨肺炎性假瘤的放射学及临床表现。方法 对 41 例患者进行 X 线胸片及肺尖至肺底的螺旋 CT 容积扫描, 并进行结果分析。**结果** 肺炎性假瘤多位于肺的外围, 按 CT 形态可分为结节或肿块型、浸润型。其特征性表现: 桃尖征、平直征、灶周网点征和晕征及均匀强化等征象, 注意分析肺部阴影前的病史及症状对诊断本病有帮助。**结论** CT 影象对炎性假瘤的诊断具有重要价值。

【关键词】 肉芽肿, 浆细胞, 肺; 放射摄影术, 胸部; 体层摄影术, X 线计算机

【中图分类号】 R816.41 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1073-4114(2007)02-0128-02

X-ray and CT imaging diagnosis for 41 cases of pulmonary inflammatory pseudotumor

LIU Zhen-kuan

(Department of Breath, Tianjin the Fifth Centre Hospital, 300450 Tianjin, China)

【Abstract】 Objective Approach the radiology and clinical manifestation of pulmonary inflammatory pseudotumor. **Methods** Radiography and spiral volume scan for the lung of 41 patients. **Results** Many of the pulmonary inflammatory pseudotumor located in the surrounding of lung. According to the shape of CT, it included nodus (or lump) type and infiltrating type. The mark appearance included peach cusp sign, straight sign, net-spot sign, halo sign and uniform strengthen. It might be useful to the diagnosis when analyze the history and symptom before the shadow occurred in the lung. **Conclusion** CT imaging presented important value for the diagnosis of pulmonary inflammatory pseudotumor.

【Key words】 Granuloma, plasma cell, pulmonary; Radiography, thoracic; Tomography, X-ray computed

肺炎性假瘤是炎性肉芽肿形成的肺内慢性增生性肿瘤样变, 它的病理本质是增生性炎症, 增生的组织形成肿瘤样团块, 因而称为肺炎性假瘤。近年来, 抗生素的不规范应用使肺部炎性病灶局限化, 吸收延迟, 使其发病率增加^[1]。它常与肺癌、肺结核及其他肿瘤样变疾病在影像学上表现相似, 易误诊。本文研究应用 X 线片和螺旋 CT 诊断肺炎性假瘤 41 例, 结合国内外文献作回顾性分析, 旨在探讨本病的放射学诊断特点, 以进一步提高对本病的认识。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2002~2006 年在我科诊断为肺炎性假瘤患者 41 例, 男性 24 例、女性 17 例, 年龄 18~64 岁, 平均 45.5 岁。病程 2 个月~5 年。临床表现: 咳嗽咳痰 27 例, 咯血 5 例, 痰中带血 18 例; 胸痛 7

例, 发热 9 例, 有刺激性干咳无痰 3 例; 无自觉症状、体检发现 8 例。

1.2 检查方法

本组病例均使用日立 500 mA X 线机摄有胸正侧位片; 使用德国 SIEMENS AR、Star 螺旋 CT 机对所有病例自肺尖至肺底行螺旋容积扫描, 层厚 10mm, 螺距 1.5。病灶处行薄层高分辨率扫描, 层厚 1~2mm, 矩阵 512×512。增强扫描时注入碘普罗胺 (德国先灵公司) 100ml, 速率 2.5 ml/s, 延迟 18~20s 后扫描。

2 结果

2.1 X 线摄片表现

41 例均为单发病灶, 病变部位: 右肺 30 例, 其中上叶 4 例, 下叶 15 例, 中叶 11 例; 左肺 11 例, 其中上叶 2 例, 下叶 9 例。病灶大小和密度: 边缘假瘤灶最小者 1.2cm×1.0cm, 最大者占据整个右肺下叶, 达 18cm×10cm, 以直径 3cm~5cm 占最多, 有 28 例, 直径 9cm 以上者有 6 例, 平均直径

3.8cm。大部分病灶(28例)密度均匀,13例不均匀,其中7例病灶中有小点状钙化、4例见低密度区、2例还有小液平面。边缘征象:18例边缘模糊,16例边缘清楚光整,4例边缘毛糙不规则,3例周边有毛刺。特征性表现:5例呈分叶状,6例见到“桃尖征”,1例内下缘呈“扫帚征”。

2.2 CT表现

按病变形态分为结节或肿块型和浸润型两型,(1)结节或肿块型:29例,为直径1.5~5.0cm的圆状、类圆状软组织密度灶。密度均匀17例,密度不均匀12例,其内见斑点状钙化3例,病灶内见小空洞或小泡影6例,余3例显示病灶内有略低密度而不均匀。边缘光滑规整12例,9例内侧缘见尖角样突起,即所谓的“桃尖征”^[23],5例见粗短毛刺或呈锯齿样改变,3例见浅分叶。所有病例中有5例局限性胸膜肥厚粘连。(2)浸润型:12例,为直径>5.0cm的大团块影,形态不规整,边缘见细长毛刺,密度较均匀,病灶周见“网点状影”7例,出现“晕征”5例。3例出现空洞,其中2例洞内壁规则,1例内壁凹凸不整。6例病灶中间层面一侧边缘垂直于胸膜呈刀削样改变。8例见“血管聚集征”,病灶均位于肺周边部并与胸膜广泛粘连,胸膜下见低密度脂肪线影4例。本组病例未见胸腔积液征象,纵隔肺门淋巴结肿大4例。增强扫描12例,其中呈均匀强化9例,环状强化2例,不均匀强化1例。

3 讨论

肺炎性假瘤为细菌或病毒感染后形成的多种炎性细胞堆积的肉芽肿,病理上分为假乳头状瘤型、纤维组织细胞型、浆细胞肉芽肿型、假性淋巴瘤型^[4]。本病可发生于任何年龄,男性发病多于女性,本组病例中男女之比为1.41:1。

由于本病的临床大多表现为咳嗽、咳血痰、低热等而多疑诊为肺癌,影像学检查是发现和诊断本病的重要手段^[5,6]。肺炎性假瘤误诊的主要原因及鉴别诊断有:(1)肺炎性假瘤临床较少见,对其X线片表现及CT征象缺乏深刻的认识,一般是首先有急、慢性肺部感染史,而临床症状轻,X线检查变化不大是其重要特征^[7,8]。(2)肺炎性假瘤临床症状不

如结核和肿瘤明显,痰中结核菌和癌细胞检查为阴性时往往忽视了肺炎性假瘤的可能。(3)对这类患者不能过早下诊断,需随诊,炎性假瘤经抗感染治疗半个月复查肿块均有缩小或吸收,而肺癌无变化。(4)与肺癌的鉴别为:①肺炎性假瘤临床症状轻或无症状,而肺癌症状明显;②肺炎性假瘤边缘多模糊、有粗长毛刺、与周围的胸膜有粘连,而周围性肺癌边缘清楚、分叶明显、有细小毛刺^[9];③肺炎性假瘤生长缓慢或无生长,而肺癌生长快;④肺炎性假瘤支气管镜活检查不到癌细胞,肺炎性假瘤痰中带血很少见,这与肺癌是一个重要的鉴别点;⑤肺炎性假瘤很少淋巴结肿大,而肺癌多见;⑥肺炎性假瘤很少转移,而肺癌多转移。(5)与肺内良性肿瘤和结核球的鉴别:肺良性肿瘤形态多规则,边缘光滑,邻近胸膜和肺野无异常。结核球边缘清晰锐利,密度增高,多有钙化,邻近肺野有卫星灶或纤维条索状影。

参 考 文 献

- 1 崔云峰,任德印,吴乐斌.桃尖征:对肺炎性假瘤X线诊断的价值.临床放射学杂志,1998,7(1):10-11
- 2 Kobashi Y, Fukuda M, Nakata M, et al. Inflammatory pseudotumor of the lung: clinicopathological analysis in seven adult patients. Int J Clin Oncol, 2006, 11(6): 461-466.
- 3 Checrallah A, Riachi M, Slaba S. Inflammatory pseudotumors of the lung with spontaneous regression. J Med Liban, 2005, 53(4): 229-233.
- 4 黄卫春,苟晓光,赵宝平,等.肺炎性假瘤20例X线及CT影像分析.临床军医杂志,2006,34(5):648.
- 5 闫润生.肺炎性假瘤的放射学诊断.实用医技杂志,2006,13(13):2228-2229.
- 6 马智军,张素娟,刘晓妹,等.肺炎性假瘤的CT诊断(附38例报告).中国医师杂志,2006,8(9):1261-1262.
- 7 Ayadi-Kaddour A, Abid L, Braham E, et al. Pulmonary inflammatory pseudotumor: difficulties in diagnosis and prognosis. Tunis Med, 2006, 84(3): 205-208.
- 8 冯仕庭,陈境弟,孟梭非,等.肺癌、肺结核球和炎性假瘤螺旋CT动态增强扫描的影像特征(附44例分析报告).癌症,2006,25(3):348-351.
- 9 Diederich S, Theegarten D, Stamatis G, et al. Solitary pulmonary nodule with growth and contrast enhancement at CT: inflammatory pseudotumour as an unusual benign cause. Br J Radiol, 2006, 79(937): 76-78.

(收稿日期:2006-11-05)