

肺结节病误诊为肺癌 1 例

Pulmonary Sarcoidosis Misdiagnosed as Lung Cancer: One Case Report

WANG De-wen, GAO Hong

汪德文, 高 宏

(靖江市人民医院, 江苏 靖江 214500)

关键词: 肺结节病; 肺肿瘤; 误诊; 病例报告
中图分类号: R563 文献标识码: B
文章编号: 1671-170X(2013)08-0662-02
doi: 10.11735/j.issn.1671-170X.2013.08.B018

1 资 料

患者, 女性, 55 岁。因阵发性干咳半年、加重伴气喘半个月于 2004 年 3 月 12 日门诊以肺癌晚期收入院。患者入院前半年无明显诱因出现阵发性干咳, 不发热, 无盗汗, 无午后潮热, 当地卫生室予抗感染治疗, 症状无好转、渐加重。最近半个月来症状明显加重, 伴气喘, 活动时明显。门诊胸部 CT 增强扫描见右肺尖、上叶前段和右肺尖后段, 上舌段、下叶内前基底段见散在分布多个类圆形小结节影, 最大直径约 1.0cm; 右肺中叶外侧段见斑片状病灶影; 纵隔内腔静脉后气管前、主动脉弓左、隆突前、隆突下、双侧肺门见多个肿大淋巴结, 最大直径约 2.0cm; 左锁骨区见 1 枚直径约 1.0cm 的淋巴结; 考虑为肺癌肺内广泛转移、纵隔淋巴结转移。入院后检查: 肝、肾功能正常; 血沉正常; 血常规: 血红蛋白 132g/L、红细胞 $4.14 \times 10^{12}/L$ 、白细胞 $13.2 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞 74.5%、嗜酸性粒细胞 0.1%、淋巴细胞 12.9%、血小板 $253 \times 10^9/L$; 大小便常规检查正常; 上消化道钡餐、腹部 B 超检查均未见异常; 患者本人及其家属拒绝做纤维支气管镜检查。入院诊断: 肺癌合并肺内、纵隔淋巴结多发性转移、肺部感染。

应患者本人及其家属要求, 予西门子医用加速器 6MV X 线前后二野姑息外照射纵隔淋巴结, 以期减轻呼吸困难症状。当放疗 D_T 10Gy/5 次 5d 时, 患者因洗澡将体表标记洗净, 在模拟机下重新定位时, 发现肺内结节比一周前明显增多, 遂停放疗, 重新检查、诊断。去南通市肿瘤医院行左锁骨区淋巴结穿刺活检, 示“肉芽肿性炎”; 本院 C 反应蛋白 33.60mg/L 高于正常, 补体 C3、C4 均正常, 结核抗体阴性, 血清铁蛋白、甲

胎蛋白、癌胚抗原均正常, IgG 21.7g/L、IgA 6.15g/L、IgM 5.28g/L 均高于正常, 痰找抗酸杆菌 3 次阴性, 痰找脱落细胞 3 次阴性。诊断考虑为肺结节病, 肺癌不排除。取得患者本人及家属谅解, 治疗方案改为: 生理盐水 250ml+头孢他啶 2.0g+地塞米松 10mg 静脉滴注, 每日 1 次, 同时静脉滴注西米替丁 0.6g 每日 1 次; 连用 1 周后, 患者气急症状明显减轻, 复查胸部 CT 提示肺内结节减少、纵隔淋巴结缩小。诊断为肺结节病, 肺癌不完全排除。上述治疗方案中地塞米松减为 5mg/d, 其他药物不变, 再用 1 周; 改为西米替丁 0.2g tid、强的松 30mg/d 顿服, 连用 1 周后复查 IgA、IgG、IgM 及外周血白细胞均正常, 复查胸部 CT 提示肺内结节明显减少、纵隔淋巴结明显减少, 确诊为肺结节病, 予出院。

嘱出院后继续口服强的松 30mg qd $\times$ 20 次, 然后减为强的松 20mg qd $\times$ 60 次再减为强的松 10mg qd $\times$ 60 次, 再减为强的松 5mg qd $\times$ 60 次, 同时口服西米替丁 0.2g tid。并嘱其每 2 个月复查 1 次胸部 CT。

随访 2 年后患者胸部 CT 检查提示肺内结节、纵隔淋巴结全部消失; 以后每半年至 1 年复查胸部 CT 1 次 (Figure 1), 均无异常, 患者至今健在。

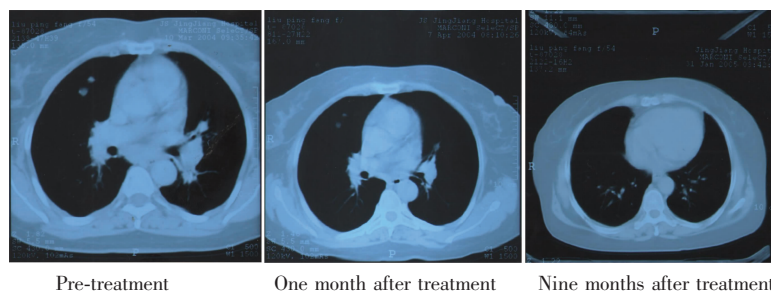


Figure 1 CT images

2 讨 论

结节病是一种病因不明的系统性疾病, 表现为多器官的非干酪坏死细胞构成的肉芽肿, 以肺内结节病最为常见, 约占 90% 以上, 常累及纵隔及肺组织, 呼吸道症状明显, 临床表现不典型且无特异性^[1], 发病率低, 易误诊为肺癌。就本例患

通讯作者: 汪德文, 副主任, 副主任医师, 学士; 靖江市人民医院肿瘤放疗治疗科, 江苏省靖江市中州路 98 号 (214500); E-mail: jsjjwdw@163.com
收稿日期: 2013-02-06; 修回日期: 2013-03-19

者,医生根据 CT 表现初步诊断为肺癌晚期,入院诊断也为肺癌晚期。误诊原因有:①结节病发病率相对较低,医生对此病认识不足;②患者本人及家属均认同肺癌晚期,无积极检查、治疗要求;③患者入院时及入院后有气急症状,医生不愿冒风险作支气管镜检查;④本地区无纵隔镜、超声气管镜、PET/CT 检查;⑤医生未积极行 CT 引导下肺肿瘤穿刺检查;⑥已发现患者左锁骨区有小淋巴结,但未做活检。其中最根本的误诊原因在于医生消极诊治、过分依赖影像学检查、违背医疗诊治原则、未取得病理诊断即草率诊治,极易引发医疗事故。肺结节病临床诊断主要依据^[2]:胸部 X 线或 CT 示两侧肺部及纵隔对称性淋巴结肿大(偶见单侧)伴有或不伴有肺内网状、结节状、片状阴影;组织活检符合结节病;Kveim 试验阳性反应。重要参考指标有:血清血管紧张素转换酶(SACE)活性升高;结核菌素试验(PPD)为阴性或弱阳性;高血钙、尿钙症、碱性磷酸酶增高、血浆免疫球蛋白增高;病理诊断主要为结节内非干酪样坏死性上皮细胞肉芽肿,同时排外其他肉芽肿疾病。就诊断而言,胸部 CT 的影像学诊断是不能确诊肺部恶性肿瘤的,即使是患者本人及其家属拒绝做纤支镜检查,也不能作为肺癌行放、化疗的依据。所以临床医师要仔细体格检查和相关实验室及器械检查,取得病理诊断,再行治疗。

千万不能认为患者是恶性肿瘤晚期,生存期不长,又有患者本人及家属签字,在无病理诊断的情况下就草率诊治。本例患者已放疗 D_T 10Gy/5 次,及时停放疗,没有造成不良后果,医生积极和患者及家属沟通,避免了严重医疗纠纷,教训深刻。因此,对于肺内诊断不清的结节状肿块,影像科及临床医师除了考虑肺癌、肺结核、淋巴瘤等常见病外,必须要考虑到结节病。临床医师更要遵循诊疗规范,取得病理诊断再行治疗,避免医疗差错。

参考文献:

- [1] Zhang J, Wang CL. A report of seven cases with pulmonary sarcoidosis misdiagnosed as lung cancer[J]. Modern Oncology, 2009, 17(5):860-861. [张捷, 王长利. 肺结节病误诊为肺癌 7 例报告[J]. 现代肿瘤医学, 2009, 17(5):860-861.]
- [2] Zhong YH, Zhou YJ, Huang G. Analysis on the misdiagnosis reason of pulmonary sarcoidosis[J]. Journal of Clinical Pulmonary Medicine, 2011, 16(5):799. [钟亚花, 周燕娟, 黄刚. 肺结节病误诊原因分析[J]. 临床肺科杂志, 2011, 16(5):799.]

第五届国际癌症控制大会通知

The 5th International Cancer Control Congress(ICCC5)

“第五届国际癌症控制大会”将于 2013 年 11 月 3~6 日在秘鲁首都利马威斯汀酒店举行。此次会议由国际癌症控制协会和秘鲁国家癌症研究所共同主办,世界卫生组织协办。在前四次的基础上,本次会议将继续努力提升公众对肿瘤/慢性非传染性疾病的防控意识,促进前沿科技的转化,加强相关人力物力的建设,改善政府机构和社会组织的合作。除此之外,会议还将重点关注肿瘤/慢性感染的防控、卫生系统各部门的整合及协作等内容。

本次会议预计将吸引来自全球各国 500 余名临床及公共卫生相关研究领域的专家学者,并将通过多种形式分享来自各国最新的科研成果、肿瘤防控的策略和经验以及成功的实践案例。

详细征稿范围和注册指南请登陆会议官方网站 www.iccc5.com 参阅相关信息。如有会议注册问题,可发送邮件至 iccc2013-registration@icsevents.com。