

空洞性肺转移瘤 1 例

Cavitary Pulmonary Metastasis: One Case Report
HE Cong, CHEN Qing-yong

何 聪^{1,2}, 陈清勇²

(1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053;

2. 中国人民解放军第 117 医院, 浙江 杭州 310004)

主题词: 肺肿瘤; 肿瘤转移; 病例报告

中图分类号: 734.2 文献标识码: B

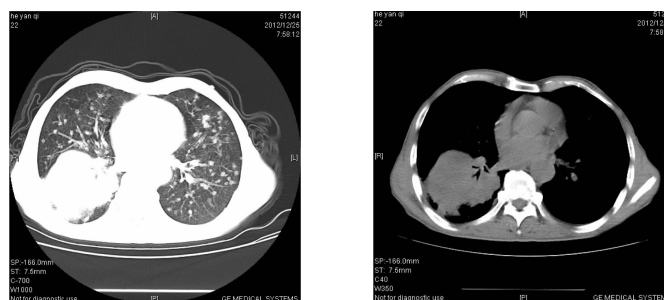
文章编号: 1671-170X(2013)09-0743-02

doi:10.11735/j.issn.1671-170X.2013.09.B019

1 资料

患者男性, 66 岁, 2012 年 11 月 24 日无明显诱因出现咳嗽, 咳少量白痰, 痰不易咳出, 伴食欲不佳, 活动后胸闷气急, 于 2012 年 12 月 16 日到某市人民医院就诊, 查胸部 CT 示: 右肺下叶见团块状, 余两肺野密布大量小结节灶。12 月 20 日行气管镜检查示: 右肺下叶开口唇形狭窄, 背段开口明显狭窄, 触之易出血, 未见新生物。黏膜充血, 粗糙, 呈浸润样改变, 该处刷片, 病理活检示: 找到可疑癌细胞。查肿瘤标志物示: 铁蛋白浓度 499ng/ml, 鳞状细胞癌相关抗原 2.3ng/ml, 糖类抗原 125 152.6U/ml, 糖类抗原 153 58.9U/ml, 糖类抗原 724 22.5IU/ml, 细胞角蛋白 19 片段 39.433ng/ml, 神经元特异性烯醇化酶 10.027ng/ml, 建议转来我院就诊。2012 年 12 月 24 日入住我院呼吸科, 入院查体: 双肺呼吸音粗, 右下肺呼吸音低, 未闻及干湿性啰音, 未闻及胸膜摩擦音; 血常规: 白细胞 $11.46 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞比例 84.5%、血红蛋白 98.0g/L, 超敏 C 反应蛋白 46.3mg/L, 血凝全套: 部分凝血酶原时间 40.20s、纤维蛋白酶原 4.668g/L、血浆 D-二聚体 2.20mg/L, 胸部 CT (Figure 1): 右肺下叶见团片状软组织密度影, 最大截面大小约 7.0cm×10.2cm, 内见少许空泡影, 右下肺可见支气管闭塞受累, 边界不规则, 两肺野可见多发小结节影, 结节内部可见小空洞形成。肺门结构清晰, 纵隔内见多发肿大淋巴结影, 主支气管及各叶、段支气管开口处未见明显狭窄。右侧胸腔内可见少量积液影。大、小便常规、肝肾功能、电解质、乙肝三系、心电图、腹部 B 超无明显异常。入科后予以乳酸环丙沙星注射液 (悉复欢) 400mg 静滴

2 次/d 抗感染; 盐酸氨溴索注射液 30mg 静滴 2 次/d 化痰; 注射用多索茶碱 0.2g 静滴 2 次/d 解痉等对症治疗, 上述症状明显好转。气管镜检查: 右下支气管内可见较多白色泡沫样分泌物, 黏膜粗糙, 水肿充血明显, 管腔轻度狭窄, 右下背段开口见血凝块, 其余肺叶及段、亚支气管未见明显异常, 并于右下支气管狭窄处取病理活检 (Figure 2): 低分化腺癌; 刷片: 找到癌细胞。诊断: 右下肺腺癌伴肺内多发空洞性肺转移瘤。

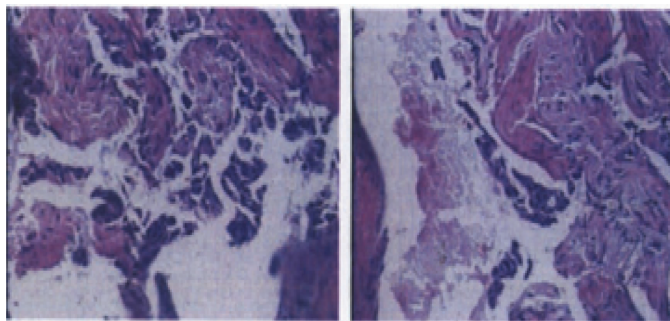


A

B

Inferior lobe of right lung shows flaky soft tissue density, with the maximum cross-sectional size about 7.0cm×10.2cm, with little air bubbles, right lower lung with bronchiolitis obliterans, lungs in Figure 1A show multiple small nodules with small cavities inside.

Figure 1 CT images



Cancer cell atypia is not obvious, partially in form of tubular glands, infiltrative growth, consider to be poorly differentiated adenocarcinoma.

Figure 2 Pathologic images

通讯作者: 陈清勇, 科主任, 硕士生导师, 博士; 中国人民解放军 117 医院呼吸内科, 浙江省杭州市江干区机场路 40 号 (310004); E-mail: cqy117@163.com

收稿日期: 2013-03-04; 修回日期: 2013-04-25

2 讨论

肺是恶性肿瘤最常见的转移部位之一,尸检发现因恶性肿瘤死亡的患者中约 30%有肺转移,约 15%~25%只有肺转移而无身体其他部位转移^[1]。

2.1 临床表现

由于肺转移瘤常常发生在肺外周实质内,因而约 2/3 患者无症状,多在体检或治疗原发肿瘤的随访中被发现。初期多较轻微,随着范围扩大逐渐加重,可有咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、胸闷气急、发热,少数可出现自发性气胸,极少数患者可有肺性肥大性股关节病。此外,部分恶性肿瘤转移可合并其他脏器的转移,如脑、骨、肝等,因此可出现头痛、眩晕、呕吐、骨痛、肝大、黄疸等症状。本病例患者咳嗽,咳少量白痰,活动后有胸闷气急症状,并反复发热,符合肺转移瘤临床表现。

2.2 CT 表现

以多发多见,多为圆形或类圆形、无分叶和毛刺,基本保留了转移瘤的形态特点。壁薄、光滑均匀,壁厚在 5~8mm 左右。也可以表现为厚薄不一,肺门侧的壁较厚,外侧的壁薄;也可出现 20mm 左右的厚壁空洞。空洞性病变更倾向于分布在胸膜下或叶间裂下,越靠近胸膜,空洞越小。直径较大的空洞多分布在肺的中带。空洞性转移灶均与肺内多发实性瘤灶共存,而后者往往远多于前者。当病情好转或恶化时,空洞性转移灶与实性瘤灶同时缩小或增大,说明两者呈同步变化。同样的洞腔变化既可见于病情好转时,也可见于病情恶化时,特别是同一种病例可同时出现两种相反的洞腔变化,说明洞腔变化具有非恒定性。一般认为壁薄而均匀者多为良性空洞,而癌性空洞的壁多较厚或厚薄不均。Woodring 等^[2]认为洞壁厚度 4mm 以下者 92%为良性,15mm 以上者 95%为恶性,4~15mm 者良恶性各半。蒋瑾等^[3]发现 83%的原发空洞型肺癌的壁厚度超过 15mm。以上表述的空洞形态不同于肺良性空洞及原发癌性空洞,具有其独特性。根据肿瘤的生物学特性,空洞性肺转移瘤的 CT 表现应与其病理类型有关,于小平等^[4]发现:鳞癌空洞中壁厚度均匀者较多,腺癌与此相反,这一差异具有显著性,这可能是由于鳞癌中壁薄而均匀的囊样及小环形空洞较多。囊样空洞仅见于鳞癌,不见于腺癌,而且在鳞癌中所占比例最高,说明囊样空洞是鳞癌区别于腺癌的独特类型。本例空洞性肺转移瘤的形成机制可能是腺癌黏液样退变后黏液排空,以及低分化肿瘤生长速度快,所需血供也相对较多等多种机制共同作用的结果。

2.3 组织病理学特点

几乎所有类型的肺转移瘤均可形成空洞,但文献报道以鳞癌与腺癌最多,常见的组织学来源有鳞状细胞癌、黑色素瘤、肉瘤、胚细胞瘤和移行细胞癌等。男性多为头颈部恶性肿瘤,女性多为泌尿生殖道肿瘤。腺癌发生空洞型肺转移多来自消化系统的恶性肿瘤,如胰腺、结肠和胆囊等^[5],以往认为鳞癌最易发生空洞性转移,最近研究认为腺癌与鳞癌发生空洞性转移的概率

差异几乎无显著性^[6],本例患者为腺癌,符合空洞性肺转移瘤的组织病理学特点。

2.4 诊断依据及鉴别诊断

空洞性肺转移瘤患者的临床症状较为隐匿,多在原发肿瘤症状出现后的检查或在体检中发现,其诊断主要依靠患者的病史、体征、影像学检查、肿瘤标志物、气管镜检查等。对任何有原发肿瘤病史的肺野孤立性病灶均应引起足够重视,并扩大检查范围,如增加脑 CT、腹部 CT 或 B 超、磁共振成像(MRI)、正电子发射计算机断层成像(PET)等检查。气管镜检查对有气管支气管转移或侵犯的患者意义重大,可获取阳性病理结果,但最终确诊还有赖于组织病理活检,主要方法除上述的气管镜活检外,还有经皮穿刺活检、胸腔镜、痰细胞学检查、开胸检查等。

空洞性肺转移瘤需要与空洞为主型继发性肺结核、继发性化脓性肺炎、肺真菌感染、嗜酸性肉芽肿等作鉴别诊断。根据患者病史、症状、体征及影像学、气管镜、肿瘤标志物等相关实验室检查可相鉴别,必要时进行病理活检。

2.5 治疗及预后

空洞性肺转移瘤治疗上需要手术、放化疗、靶向药物及免疫治疗等多学科结合,预后取决于原发肿瘤、转移情况、放化疗敏感程度及全身状况等多因素。本例患者目前病情稳定,复查胸部 CT 无明显进展。

参考文献:

- [1] Martini N, McCormack PM. Evolution of the surgical management of pulmonary metastases [J]. Chest Surg Clin N Am, 1998, 8(1):13-27.
- [2] Woodring JH, Fried AM, Chuang VP. Solitary cavities of the lung: diagnostic implications of cavity wall thickness [J]. AJR, 1980, 135(6):1269-1271.
- [3] Jiang J, Zhou H, Xu G, et al. The relationship between appearances of cancerous cavity and lung cancer types and grading [J]. Chinese Journal of Medical Imaging, 2000, 8(2): 95-97. [蒋瑾, 周翰, 徐刚. 肺癌类型及分化程度与癌性空洞表现的关系 [J]. 中国医学影像学杂志, 2000, 8(2):95-97.]
- [4] Xiong YS, Yu XP, Tang L. Comparative CT study on cavitary pulmonary metastases from squamous cell carcinoma and adenocarcinoma [J]. Journal of Diagnostic Imaging & Interventional Radiology, 2007, 16(4):158-161. [熊永胜, 于小平, 唐黎. 鳞癌与腺癌源性空洞型肺转移瘤的 CT 征象分析 [J]. 影像诊断与介入放射学, 2007, 16(4):158-161.]
- [5] Guo YM, Du HW, Tang AQ, et al. Pulmonary metastasis of adenocarcinoma: CT and HRCT diagnosis [J]. Journal of Practical Radiology, 1998, 14(1):8-10. [郭佑民, 杜红文, 唐安琪, 等. 腺癌肺转移的 CT 和 HRCT 诊断 [J]. 实用放射学杂志, 1998, 14(1):8-10.]
- [6] Seo JU, Im JG, Goo JM, et al. Atypical pulmonary metastases: spectrum of radiologic finding [J]. Radio Graphics, 2001, 21(2):403-417.