

CT diagnosis and differential diagnosis of primary pulmonary carcinoid (analysis of 10 cases)

CT 诊断及鉴别诊断原发性肺类癌(附 10 例分析)

李小雪^{1,2}, 蒲红^{2*}(1. 川北医学院医学影像学系, 四川 南充 637000; 2. 四川省医学科学院
四川省人民医院放射科, 四川 成都 610000)

[Keywords] carcinoid tumor; tomography, X-ray computed; diagnosis, differential

[关键词] 类癌瘤; 体层摄影术, X 线计算机; 诊断, 鉴别

DOI: 10.13929/j.issn.1003-3289.2020.01.039

[中图分类号] R734.2; R445.3 [文献标识码] B [文章编号] 1003-3289(2020)01-0142-02

原发性肺类癌(pulmonary carcinoid, PC)是起源于支气管肺黏膜上皮嗜银细胞(Kultchitsky cell)的低度恶性神经内分泌肿瘤,临床少见。病理学上,PC分为典型类癌(typical carcinoid, TC)和不典型类癌(atypical carcinoid, AC)^[1]。TC相对多见,多为中央型,一般局限于支气管壁内生长,预后较好;AC较少见,仅占PC的11%~24%,多为周围型,具有侵袭性,预后差。类癌具有内分泌功能,部分患者仅表现阵发性皮肤潮红、腹泻、心动过速等类癌综合征或异位ACTH综合征。本文分析10例经手术或穿刺病理证实的原发性PC的CT表现。

1 资料与方法

1.1 临床资料 回顾性分析2016年1月—2018年6月10例经我院病理证实的原发性PC的临床及CT资料,其中男6例,女4例,年龄29~76岁,中位年龄64.5岁。入院时临床表现为3例咳嗽、咳痰,1例胸痛,1例背部疼痛,1例手臂疼痛;另4例无明显症状而经体检发现。10例中,9例接受CT平扫加增强扫描,1例仅接受CT平扫检查。

1.2 仪器与方法 采用Siemens SOMATOM Definition 64排螺旋CT及GE Light Speed 64排螺旋CT,扫描范围从肺尖至肺底,参数为管电压130 kV,管电流43~420 mAs,重建层厚1.00~

2.00 mm,层间距1.00 mm;采用静脉团注法注射对比剂碘海醇(浓度300 g/L),剂量80~100 ml,速率2.5~3.0 ml/s,注入对比剂40 s后进行增强扫描。

1.3 图像分析 由2位具有10年及以上胸部影像学诊断经验的副主任医师观察病灶部位、大小、形态、密度、与周围结构的关系以及阻塞性改变、强化特点及转移情况,意见不一致时与上级医师共同商讨确定。

2 结果

经病理证实,10例中7例TC,3例AC。CT诊断5例中央型PC,1例周围型PC,1例误诊为肺腺癌,1例误诊为硬化性肺泡细胞瘤,2例漏诊。CT可见6例病灶位于右肺,4例位于左肺;病灶形态各异,直径0.70~4.00 cm,平均(2.02±1.17)cm。10例中4例病灶边界清楚,其中3例表现为支气管腔内小结节和支气管外较大肿块同时存在,呈典型“冰山征”(图1),1例位于支气管腔内,伴远端肺组织阻塞性不张(图2);3例表现为边界尚清的浅分叶结节;2例仅表现为片状磨玻璃影(图3);1例伴有毛刺、血管束征及胸膜凹陷征(图4)。10例病灶大多密度均匀,仅1例中央液化坏死呈密度不均。增强后7例TC不同程度强化,CT值平均增加约60.40 HU;3例AC中,2例中度强化,CT值平均增加约33.80 HU;TC平均强化程度高于AC。所有病例均未出现远处转移,仅1例伴支

[基金项目] 四川省干部保健科研课题(川干研2016-212)。

[第一作者] 李小雪(1993—),女,四川内江人,在读硕士,医师。研究方向:心胸影像学。E-mail: 1290912201@qq.com

[通信作者] 蒲红,四川省医学科学院 四川省人民医院放射科,610000。E-mail: ph196787@163.com

[收稿日期] 2019-05-06 [修回日期] 2019-09-13

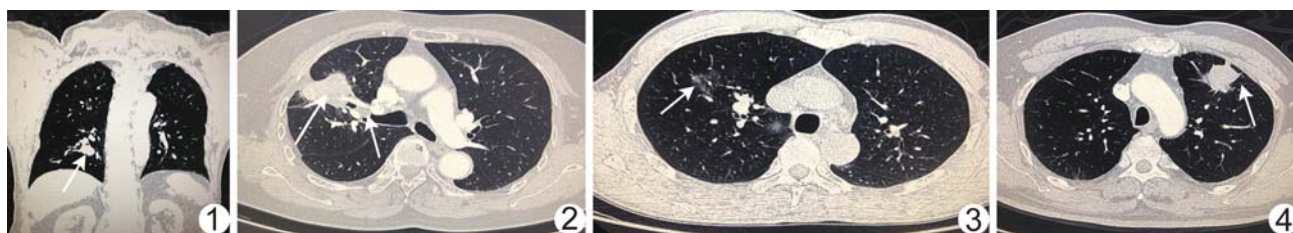


图 1 患者男,74 岁,右肺下叶支气管典型类癌 CT 肺窗图像示右肺下叶支气管内肿块(箭),向腔内外生长,呈现腔内小结节、腔外大肿块的典型“冰山征” 图 2 患者女,76 岁,右肺上叶支气管典型类癌 CT 肺窗图像示右肺上叶支气管腔内结节(短箭),远端肺组织不张(长箭) 图 3 患者男,44 岁,右肺上叶支气管典型类癌 CT 肺窗图像示右肺上叶片状磨玻璃影,边界不清(箭) 图 4 患者男,62 岁,左肺上叶支气管不典型类癌合并高分化肺腺癌 CT 肺窗图像示左肺上叶浅分叶肿块(箭),边缘毛糙,可见血管集束征、胸膜凹陷征

气管旁淋巴结转移。

3 讨论

3.1 CT 表现 TC 多为中央型,为支气管内边界清楚的球形肿块影伴支气管壁增厚、管腔狭窄致阻塞性改变,肿块由支气管黏膜下向支气管腔内外不均匀生长,常表现为支气管腔外病灶大于腔内病灶,呈典型的“冰山征”^[2];增强扫描病灶多呈明显强化,少见转移。AC 多为周围型,表现为边缘较规整、密度均匀的圆形或椭圆形孤立肿块,可伴钙化,少数见点状坏死;增强后病灶中度强化,可伴肺门、纵隔淋巴结或远处转移。本组肺类癌增强扫描病灶大多呈中度以上强化,与文献^[3]相符。本组 3 例 AC 中,1 例出现液化坏死征象,未见明显钙化;1 例出现支气管旁淋巴结转移。值得注意的是,本组 2 例 TC 仅表现为片状磨玻璃影,此前未见相关文献报道。

3.2 鉴别诊断 ①原发性肺癌:肺鳞癌表现多为支气管壁不规则增厚、截断,远端可有阻塞性改变;肺腺癌病灶边缘多不光滑,常见深分叶及毛刺征,增强扫描病灶多呈不均匀强化,转移发生率较类癌高。小细胞肺癌多为中央型,肿瘤与支气管长轴平行,晚期发生支气管闭塞或阻塞性肺不张,常伴纵隔淋巴结肿大,大血管受侵犯;类癌早期即可发生阻塞性炎性病变或肺不张,

少数伴肺门纵隔淋巴结增大^[4]。②硬化性肺泡细胞瘤:CT 多表现为肺内单发软组织结节或肿块影,直径多小于 3 cm,边界较光整,增强后小病灶明显均匀强化,大病灶不均匀强化。③支气管内膜结核:CT 表现为主或叶支气管狭窄或阻塞,致肺气肿或肺不张,狭窄处多无腔外肿块。④炎性假瘤:典型 CT 表现多为非典型性结节,呈“桃尖征”、“方形征”,密度较均匀,边缘光滑无毛刺;增强扫描病灶明显强化,呈速升速降表现。

原发性 PC 缺乏特殊临床表现,但其 CT 表现具有一定特征性,呈磨玻璃影、合并肺腺癌等不典型表现的 PC 诊断难度较大,需要依靠病理明确诊断。

[参考文献]

- [1] 徐嵩,李雄飞,陈军.原发性肺类癌的治疗进展与展望[J].中国肿瘤临床,2018,45(1):47-52.
- [2] 杨燕,孟炯,黄信源,等.原发性支气管肺类癌 MSCT 诊断(附 7 例报告)[J].影像诊断与介入放射学,2017,26(5):388-392.
- [3] 王成林,李雅琴,陆普选,等.原发性支气管肺类癌的临床、X 线及 CT 诊断[J].中国医学影像技术,2003,19(12):1624-1626.
- [4] 韦文桦,何启辉,陈乾.小细胞肺癌的 CT 征象、诊断和鉴别诊断[J].中国现代医生,2013,51(4):86,88.