

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2016.14.030

文章编号: 1005-8982(2016)14-0141-02

# 肺炎性肌纤维母细胞瘤 CT 表现 1 例并文献复习

冉燕<sup>1</sup>, 刘衡<sup>2</sup>, 史军丽<sup>2</sup>

(遵义医学院附属医院 1.呼吸二科, 2.影像科, 贵州 遵义 563003)

**关键词:** 肺炎性肌纤维母细胞瘤; 肺; 诊断; CT 表现

**中图分类号:** R734.2

**文献标识码:** D

## 1 资料与方法

患者, 男, 58 岁, 因“咳嗽、咳痰半月”于遵义医学院附属医院住院治疗, 院外有发热及左侧胸痛, 最高体温达 39℃, 体查: 生命体征平稳, 神志清楚, 全身浅表淋巴结未触及肿大, 胸廓对称无畸形, 左下肺可闻及少许湿啰音。

## 2 结果

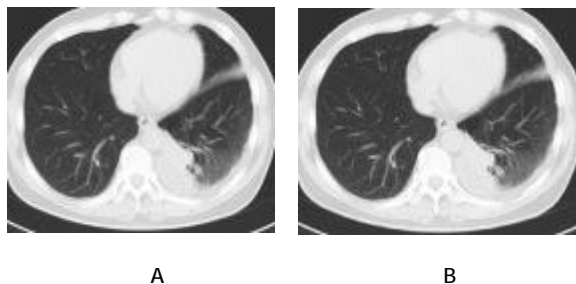
CT 检查: 平扫: 左下叶病变, 考虑肿瘤性病变或炎性肿块, 纵膈淋巴结增多, 双肺少量纤维化病灶, 双肺上叶肺大疱, 左侧胸膜增厚(见图 1)。增强扫

描: 考虑左肺下叶炎性病变, 双肺少量纤维化病变, 双肺上叶肺大疱, 左侧胸膜增厚(见图 2)。

支气管镜检查: 刷检物脱落细胞检查示找到重度核异质细胞。刷检物结核菌涂片示未找到抗酸杆菌。支气管肺泡灌洗液未找到癌细胞。

手术记录: 全身麻醉下行左下肺后基底段团块切除术。

病理结果: 送检肺组织内有较多纤维母细胞增生, 伴慢性炎症细胞浸润及出血, 局部大量纤维组织增生、玻变(见图 3、4)。免疫组织化学: SMA、Desmin 表达阳性(见图 5、6), 符合肺炎性肌纤维母细胞瘤。



A、B 显示肺窗及纵膈窗可见左下叶团块状软组织影, 周围见斑片状密度增高影

图 1 胸部 CT 平扫

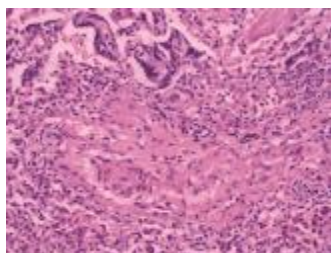
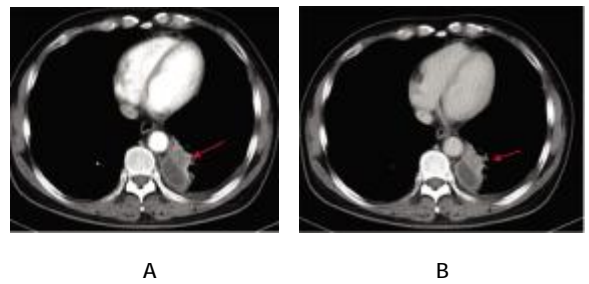


图 3 病理切片显示梭形纤维母细胞排列成束, 大量炎症细胞浸润, 纤维组织增生、玻变 (HE × 200)



A、B 显示动脉期及静脉期可见左肺下叶团块状密度软组织强化影, 中~重度不均匀强化, 箭头示“桃尖征”

图 2 胸部增强扫描

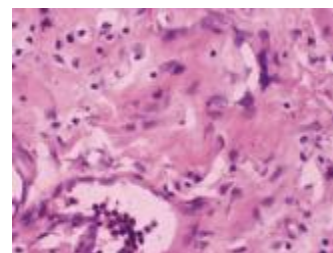


图 4 病理切片可见较多纤维母细胞增生, 间质内伴有炎症细胞浸润 (HE × 400)

收稿日期: 2016-01-02

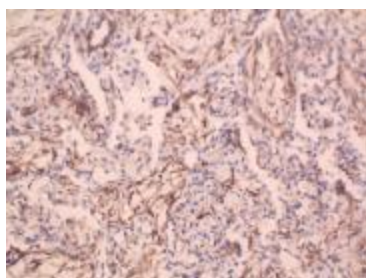


图 5 免疫组织化学显示 SMA 表达阳性 (×100)

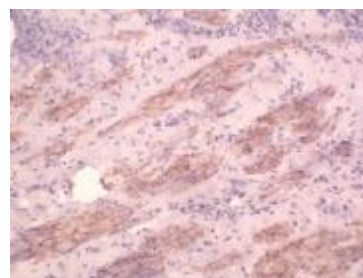


图 6 免疫组织化学显示 Desmin 表达阳性 (×200)

### 3 讨论

肺炎性肌纤维母细胞瘤 (inflammatory myofibroblastic tumor, IMT) 亦称肺炎性假瘤或浆细胞肉芽肿等,是一种少见的肺部间叶性肿瘤,约占肺部肿瘤的 0.7%。肺 IMT 发病年龄多 <40 岁,是儿童最常见的支气管内间叶性病变。肺 IMT 临床表现无特异性,部分患者可有咳嗽、咳痰、气促、胸痛及呼吸困难。肺 IMT 主要由增生梭形纤维母细胞或肌纤维母细胞组成,呈束状或漩涡状排列,间质内伴有大量炎症细胞浸润,免疫组织化学 vimentin、 $\alpha$ -SMA、MSA、及 desmin 表达阳性<sup>[1-4]</sup>。

肺 IMT 多表现为单发孤立性肿块,圆形或类圆形,常位于肺外周胸膜下,右侧多于左侧,下叶多于上叶。肺外周型病变表现为不规则肿物,可见粗长毛刺或棘状突起,病变某一层面可见一侧边缘平直呈刀切样改变,即“平直征”,肿块内侧缘由于牵拉可呈尖角样突起,即“桃尖征”。“平直征”和“桃尖征”被认为是肺 IMT 特征性影像表现。肺中央型病变边界较清楚,可伴肺不张,内部可见形态多样的钙化,尤以儿童患者更常见。CT 动态增强扫描多呈延迟性持续强化,均匀或不均匀强化<sup>[3-5]</sup>。本例患者发生于左肺下叶,靠近胸膜,可见“桃尖征”,CT 增强扫描呈中-重度不均匀强化,符合肺 IMT 影像学改变。

肺 IMT 需要与肺其他占位性病变鉴别:①周围型肺癌:直径一般 >3 cm,边界不清,密度不均匀,常有深分叶、毛刺和不规则的远侧厚壁偏心空洞,空洞外壁呈波浪状或分叶状。特征性表现有胸膜凹陷征、血管集束征、空泡征和支气管空气征。②肺结核球:常伴有结核中毒症状,如盗汗、乏力、低热及纳差。好发于上叶尖后段及下叶背段,病灶一般呈较规则的圆球形,多为单发,直径多 <3 cm,中央区有大片均

匀坏死,部分有近侧偏心空洞,壁薄且光滑,周围多有卫星病灶。CT 增强扫描呈环形强化,中央坏死液化区无强化。抗结核治疗有效。

肺 IMT 是一种交界性肿瘤,大部分为良性,少数为恶性或潜在恶性,多数患者通过手术切除可治愈,预后较好<sup>[6-8]</sup>。但无论良恶性,IMT 生物学行为具有不确定性。因此无论是否手术切除,对所有患者进行长期随访是必要的。本例患者术后随诊 1 年半,无复发或转移征象。

综上所述,肺 IMT 影像定性诊断困难。当胸部 CT 检查发现单发、椭圆形肿块,边缘清楚,平扫密度多不均匀,增强呈延迟性持续性强化,应考虑 IMT 的可能。但 IMT 临床少见,其影像表现亦具有多样性,因此术前常难以做出正确诊断,确诊有赖于病理组织学及免疫组织化学检查。

### 参 考 文 献:

- [1] 雷学斌,王亚蓉,白建军,等. 肺内炎性肌纤维母细胞瘤 1 例[J]. 实用放射学杂志, 2007, 23(6): 861.
- [2] 闫喆,赵滨,王春祥. 儿童腹膜后炎性肌纤维母细胞瘤 1 例 [J]. 实用放射学杂志, 2014, 30(1): 192-193.
- [3] 林乐,唐秉航. 肺炎性肌纤维母细胞瘤[J]. 放射学实践, 2015, 30(3): 299-300.
- [4] 张旭辉,陈晓荣,赵年,等. 肺炎性肌纤维母细胞瘤一例[J]. 放射学实践, 2012, 27(8): 927.
- [5] 蔡香然,刘斯润. 炎性肌纤维母细胞瘤的影像学特征[J]. 中国医学影像技术, 2010, 26(6): 1133-1135.
- [6] DHOUB A, BARRAZZONE C, REYERDIN A, et al. Inflammatory myofibroblastic tumor of the lung: a rare cause atelectasis in children[J]. *Pediatr Radiol*, 2013, 43(3): 381-384.
- [7] 周纯武. 肿瘤影像诊断图谱[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [8] 杜江,张林. 胸部炎性肌纤维母细胞瘤的临床特点及诊治分析[J]. 中国医科大学学报, 2014, 43(6): 570-573.

(张蕾 编辑)