

临床研究

DOI: 10.13406/j.cnki.cyx.000209

细支气管肺泡细胞癌 32 例临床分析

余纪会¹, 郭述良², 敖敏²

(重庆医科大学附属第一医院 1. 健康体检部; 2. 呼吸内科, 重庆 400016)

【摘要】目的:分析、总结细支气管肺泡细胞癌(bronchioloalveolar carcinoma, BAC)的临床特点、影像学特点、诊断及鉴别诊断要点,以提高临床医师对 BAC 的认识和诊治水平。**方法:**回顾性分析我院呼吸科和胸外科 2010 年 5 月至 2013 年 9 月诊治的 32 例 BAC 患者的临床资料,包括临床表现、胸部影像学检查、实验室检查、病理学检查等资料,并进行分析、总结。**结果:**BAC 临床特点为咳嗽、咳痰、痰中带血、进行性加重的呼吸困难,咳大量白色泡沫痰是 BAC 的显著特点,但并不是 BAC 的常见表现。胸部影像学表现分为孤立结节或肿块型、突变型(肺炎型)、弥漫型 3 种类型,各型均有其典型影像学表现。32 例患者均经病理学或细胞学检查确诊为 BAC。**结论:**熟练掌握 BAC 的临床特点、影像学特征、诊断及鉴别诊断要点,早期行肺活检病理学检查,有助于 BAC 的早期诊断,可明显减少其误诊、误治率。

【关键词】细支气管肺泡细胞癌;临床特点;影像学特征;肺活检

【中图分类号】R734.1

【文献标志码】A

【收稿日期】2014-01-26

Clinical analysis of bronchioloalveolar carcinoma in 32 cases

Yu Jihui¹, Guo Shuliang², Ao Min²

(1. Department of Health Examination; 2. Department of Respiratory, The First Affiliated Hospital of Chongqing Medical University)

【Abstract】Objective: To study and to summarize the clinical feature, imaging feature, key points for diagnosis and differential diagnosis of bronchioloalveolar carcinoma (BAC) so as to improve the clinicians' understanding, diagnosis and treatment of BAC. **Methods:** Clinical data of 32 patients with BAC in the department of respiratory and department of thoracic surgery in our hospital from May 2010 to September 2013 were studied retrospectively, including clinical manifestation, thoracic image, laboratory test and pathological examination, etc. **Results:** Clinical features of BAC were cough, expectoration, blood in sputum, progressive dyspnea; a lot of white frothy sputum was the remarkable characteristic of BAC, but not the common performance. The imaging of BAC was of 3 types: solitary nodular type, pneumonia type and diffusing type, each type had its typical imaging findings. Thirty-two patients were diagnosed as BAC by pathological or cytological examination. **Conclusions:** Mastering the clinical feature, imaging feature, key points for diagnosis and differential diagnosis of BAC and performing early lung biopsy are contribute to diagnosing BAC at early stage and reducing the rate of misdiagnosis and mistreatment significantly.

【Key words】 bronchioloalveolar carcinoma; clinical feature; imaging feature; lung biopsy

细支气管肺泡细胞癌(bronchioloalveolar carcinoma, BAC)是源于细支气管黏膜上皮及肺泡上皮的一种特殊类型的肺癌,是肺腺癌的重要亚型,其发病率约占肺腺癌的 4.1%^[1],由于其临床表现及胸部影像学表现复杂多样,临床上容易误诊误治,本文回顾性研究重庆医科大学附属第一医院呼吸科和胸外科 2010 年 5 月至 2013 年 9 月诊治的 32 例 BAC 患者的临床资料,总结其临床特点、胸部影像学特点、

鉴别诊断要点,以提高临床医师对 BAC 的认识和诊治水平,减少误诊、误治率。

1 对象与方法

1.1 对象

收集重庆医科大学附属第一医院呼吸科和胸外科 2010 年 5 月至 2013 年 9 月通过病理学或细胞学确诊的 32 例 BAC 病例,其中男性 15 例,女性 17 例,年龄 40~76 岁,平均年龄 56 岁。

1.2 方法

对 32 例 BAC 患者的临床资料进行回顾性分析,包括临

作者简介:余纪会, yujihui77@163.com,

研究方向:弥漫性肺浸润。

优先出版: <http://www.cnki.net/kcms/doi/10.13406/j.cnki.cyx.000209.html>

床表现、影像学检查、实验室检查、病理学检查等资料,总结 BAC 患者的临床特点、胸部影像学特点、诊断及鉴别诊断要点。

1.3 统计学处理

数据统计均在 SPSS 11.5 软件下进行,计量资料数据用百分比来表示。

2 结果

2.1 病史

有慢性阻塞性肺病病史 8 例(25.0%),肺结核病史 3 例(9.4%),矽肺病史 3 例(9.4%);有吸烟史 4 例(12.5%);有肺癌家族史 5 例(15.6%);无特殊病史者 9 例(28.1%)。

2.2 症状与体征

咳嗽、咳痰、痰中带血、进行性加重的呼吸困难是最常见的症状,其中咳大量白色泡沫痰 3 例(9.4%),见表 1。

表 1 32 例 BAC 患者的症状、体征及其发生概率
Tab.1 Symptoms, signs and occurrence probability
of 32 cases of BAC

症状	例数	比例 (%)
咳嗽	29	90.6
咳少量白色黏痰	15	46.9
咳大量白色泡沫痰	3	9.4
痰中带血	16	50.0
呼吸困难	15	46.9
体质量减轻	14	43.8
胸痛	8	25.0
发热	2	6.3
湿啰音	5	15.6
局部呼吸音低	6	18.8
锁骨上淋巴结肿大	3	9.4
杵状指	4	12.5

2.3 胸部影像学表现

32 例患者均行胸部 CT 检查,胸部影像学表现分为 3 型:(1)孤立结节或肿块型 10 例(31.3%),结节或肿块边缘不规则,有分叶者 5 例,有毛刺者 7 例,胸膜凹陷征 7 例,空泡征 4 例,纵膈淋巴结肿大 2 例。(2)实变型(肺炎型)9 例(28.1%),单叶(段)实变 1 例,多叶(段)实变 8 例,其中有支气管充气征 5 例,磨玻璃影 2 例,小叶间隔增厚 3 例。(3)弥漫型 13 例(40.6%),均表现为双肺中下野大小不等粟粒样结节影,部分病灶有融合趋势,空泡征 3 例,纵膈淋巴结肿大 3 例,胸腔积液 2 例。

2.4 实验室检查

32 例患者中,癌胚抗原升高 23 例(71.9%),细胞角蛋白片段升高 8 例(25.0%),神经元烯醇化酶(neuron-specific enolase, NSE)升高 5 例(15.6%)。血气分析示低氧血症 11 例(34.4%),I 型呼吸衰竭 4 例(12.5%)。

2.5 肺功能检查

32 例患者中 16 例作了肺功能检查,限制性通气功能障碍 7 例(43.8%),混合性肺通气功能障碍 9 例(56.3%),弥散

功能障碍 5 例(31.3%)。

2.6 诊断

32 例患者均经病理学或细胞学检查获得确诊,其中 CT 引导下经皮肺穿刺活检确诊 13 例(20.0%),经支气管镜刷片、活检或经肺泡灌洗检查确诊 7 例,电视辅助胸腔镜肺活检确诊 8 例,经锁骨上淋巴结活检确诊 2 例,经胸水脱落细胞学检查确诊 2 例(20.0%)。

2.7 院外误诊情况

院外共误诊 20 例(62.5%),院外误诊时间在 1~3 月之间,最长误诊时间达 3 月,误诊为肺炎 9 例(28.1%),肺结核 10 例(31.3%),肺泡蛋白沉着症 1 例(3.1%)。

2.8 典型的影像学表现展示

各类型 BAC 的胸部 CT 表现见图 1。

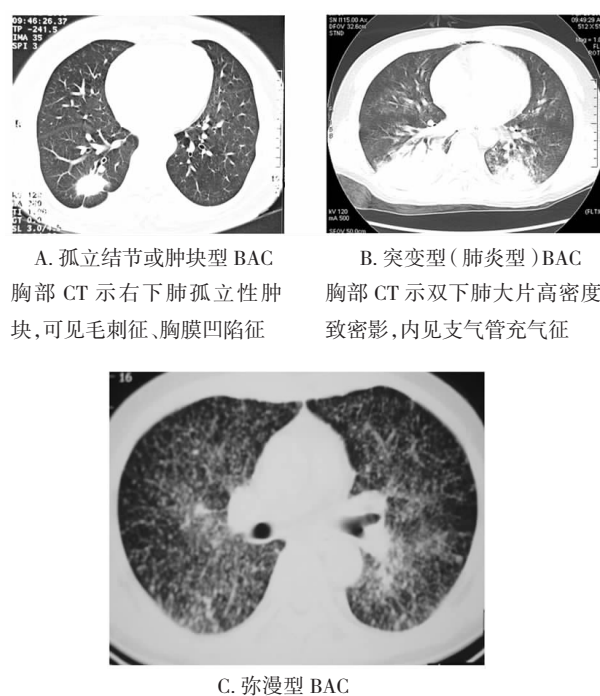


图 1 BAC 的胸部 CT 表现

Fig.1 CT performance of BAC

3 讨论

目前 BAC 的病因尚不明确,Goodwin 等^[2]认为 BAC 的发生可能与慢性炎症、环境因素、遗传等因素有关,本组患者有慢性阻塞性肺病病史 8 例(25%),肺结核病史 3 例(9.4%),矽肺病史 3 例(9.4%),有肺癌家族史 5 例(15.6%),提示 BAC 的发生可能与上述因素有关,本组患者仅 4 例(12.5%)有吸烟史,提示吸烟与 BAC 的发生不如吸烟与肺鳞癌的相关性明显。

BAC 的临床症状主要表现为咳嗽、咯痰、痰中带血、进行性加重的呼吸困难,咳大量白色泡沫痰

曾被认为是 BAC 的显著特点之一,但临床中出现这一典型表现者并不多见,本组 32 例患者中仅 3 例 (9.4%) 出现该表现,提示咳大量白色泡沫痰并不是 BAC 的常见表现,与文献报道一致^[3],但临床中出现大量白色泡沫痰这一特征性表现时应高度警惕 BAC 可能。

BAC 的影像学表现复杂多样,可分为 3 种类型^[4]: (1) 孤立结节或肿块型; (2) 实变型 (肺炎型); (3) 弥漫型。孤立结节或肿块型常有分叶、毛刺征、空泡征、胸膜凹陷征等影像学特征,空泡征是 BAC 早期较为特征性的影像学表现,其病理学基础是由于癌细胞沿着肺泡壁生长,癌组织尚未侵占肺泡腔而形成的中央低密度透亮区^[5]。本组 10 例孤立结节或肿块型患者中,空泡征 4 例,毛刺征 7 例,胸膜凹陷征 7 例,因孤立结节或肿块型具有上述影像学特征,容易引起医生重视,较早进行肺活检病理学检查,临床上漏诊较少见。实变型 (肺炎型) 表现为肺部一叶 (段) 或多叶 (段) 实变影,支气管充气征为其重要影像学特征,类似大叶肺炎,临床上容易误诊,故又称肺炎型^[6]。本组 9 例肺炎型 BAC 患者在院外均误诊为肺炎,其中出现单叶 (段) 实变影 1 例,多叶 (段) 实变影 8 例,出现支气管充气征 5 例。但大叶性肺炎经正规抗感染治疗后病灶吸收明显,而肺炎型 BAC 经正规抗感染治疗病灶无明显吸收,甚至病灶增多,故在临床中诊断为大叶性肺炎的病例,经正规抗感染治疗效果差的患者应想到 BAC 的可能,应早期作肺活检病理学检查明确诊断。弥漫型常表现为双肺弥漫分布大小不等的粟粒样结节影,以双中下肺野明显,结节常不对称分布,部分可以融合成较大的结节或肿块^[7]。充分认识并掌握 BAC 的典型影像学特征,结合患者的临床表现,有助于 BAC 的早期诊断。

由于较多临床医师对 BAC 的影像学特征认识不足,未重视一些疾病与 BAC 的鉴别诊断要点,不重视肺活检病理学检查的重要性,BAC 的临床误诊误治率高,甚至高达 60.0%~80.0%^[8],本组 32 例患者中院外误诊为肺炎、肺结核、肺泡蛋白沉着症等疾病共 20 例,误诊率为 62.5%,与文献^[8]报道一致。实变型 (肺炎型) BAC 要注意与大叶性肺炎相鉴别,大叶性肺炎往往好发于青壮年,常有受凉史,具有寒颤、高热、咳铁锈色痰等典型临床表现,血象常常增高,经正规抗感染治疗后病灶明显吸收,而实变型 (肺炎型) BAC 无该典型临床表现,血象常常不增高,经正规抗感染治疗病灶无明显吸收,可与之鉴别。弥漫型 BAC 应注意与转移性肺肿瘤、血行播散型肺结核等疾病鉴别,转移性肺肿瘤常可找到原发

肿瘤病灶,血行播散型肺结核常有潮热、盗汗等结核中毒症状且抗结核治疗有效,可与 BAC 相鉴别。孤立结节或肿块型 BAC 要注意与非 BAC 腺癌相鉴别,但鉴别较困难,因两者影像学表现非常相似,故应早期行肺活检病理学检查明确诊断。

血清癌胚抗原增高对 BAC 起重要的提示诊断价值,本组 32 例患者中,血清 CEA 增高达 23 例 (71.9%),故作者认为影像学上有 BAC 特征性表现,血清 CEA 增高且已排除消化道肿瘤时,应高度怀疑 BAC 可能,但需尽早作肺活检病理学检查明确诊断。BAC 的确诊方法^[9]主要有: (1) CT 引导下经皮肺穿刺活检; (2) 支气管镜检查; (3) 外科肺活检; (4) 浅表淋巴结活检; (5) 胸水脱落细胞学检查。对孤立结节或肿块型、实变型 (肺炎型) 早期行 CT 引导下经皮肺穿刺活检或外科肺活检,对弥漫型早期行支气管镜或外科肺活检,对有浅表淋巴结肿大者,应早期行淋巴结活检,对有胸腔积液者早期行胸腔积液脱落细胞学检查。

因此,熟练掌握 BAC 的临床特点、影像学特征、诊断及鉴别诊断要点,有助于疾病的早期诊断,确诊靠病理学检查。医生应重视肺活检病理学检查在 BAC 诊断中的重要性,争取早期行肺活检病理学检查以明确诊断,减少误诊、误治率。

参 考 文 献

- [1] 韩宝惠. 美国胸腔协会年会纪要 (肺癌部分) [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2008 (12): 954-955.
- [2] Goodwin LO, Mason JM, Hajdu SI. Gene expression patterns of paired bronchioloalveolar carcinoma and benign lung tissue [J]. Annals of Clinical and Laboratory Science, 2001, 31 (4): 369-375.
- [3] 葛楠, 李龙芸, 缪若羽. 细支气管肺泡癌 184 例临床分析 [J]. 癌症进展, 2008, 6 (3): 269-277.
- [4] 任 峥, 汪国文, 杨晓松. 细支气管肺泡细胞癌的 CT 表现及诊断 [J]. 中国基层医药, 2013, 20 (5): 755-756.
- [5] 卞绍亚, 左涛生, 王 金. 肺泡细胞癌的 X 线平片和 CT 表现 [J]. 中国医药指南, 2013, 11 (6): 460-462.
- [6] Travis WD, Garg K, Franklin WA, et al. Evolving concepts in the pathology and computed tomography imaging of lung adenocarcinoma and bronchioloalveolar carcinoma [J]. Journal of Clinical Oncology, 2005, 23 (14): 3279-3287.
- [7] 朱 萍, 梁长生. 细支气管肺泡细胞癌影像学诊断与鉴别诊断 [J]. 现代医药卫生, 2009, 25 (2): 180-182.
- [8] 陶仲为. 细支气管肺泡细胞癌 [J]. 中国医师进修杂志, 2010, 33 (10): 1-2.
- [9] Sadohara J, Fujimoto K, Terasaki H, et al. Bronchioloalveolar carcinoma with fluctuating extent of consolidation on chest radiography [J]. Journal of Thoracic Imaging, 2004, 19 (1): 63-66.

(责任编辑: 唐宗顺)