

韦格肉芽肿的影像诊断与鉴别

高庆丰

(阜新市中心医院影像科, 辽宁阜新 123000)

【摘要】目的 对韦格肉芽肿的临床影像诊断与鉴别进行观察。方法 X 线常规透视,发现病变后摄片检查。结果 为肺部大小不等,散在分部结节影,多数病灶中心区低密度透光,呈空洞样,内壁不整,耳鼻喉科会诊无异常。结论 韦格肉芽肿可发生在任何年龄,青壮年多发,本例为青少年既往健康,近日发热就诊,影像学表现鹤典型,无肾损害症状,耳鼻喉科会诊无异常所见,在排除其他疾病影像表现后认为符合韦格肉芽肿。

【关键词】 韦格肉芽肿;诊断

【中图分类号】 R445

【文献标识码】 C

【文章编号】 1673- 5552[2007]05- 68- 02

1 资料与方法

1.1 资料 患者男,17 岁,学生,近日发热,轻咳、深吸气时胸痛面就诊。

1.2 方法 常规胸透,发现病变后摄片检查。

2 结果

胸片示:双肺野散在分布约 1.0cm~2.0cm.圆形结节影,右多于左边界清晰,多数病灶中心区低密度透光,膈角略钝,积血像 WBC 略高,耳鼻喉科会诊无异常。

3 讨论

韦格肉芽肿(Wenger granuloun),又称韦氏肉芽肿,坏死性肉芽肿,恶性肉芽肿,因其与多发性结节动脉炎在组织形态学和细胞化学方面相似,所以也有学者认为,是多发结节动脉炎的一种类型,大多数学者认为是结蒂组织疾病,临床很少见,分标准型(典型),局限型两种。

本例患者为青少年,既往健康,近日发热,胸痛而就诊,X 线表现比较典型,双肺野多发散在结节,每个病灶均孤立存在,无卫星灶,病灶周围无炎性浸润,多数病灶呈空洞样表现,内壁不整,肺门影增大,下肺野纹理粗乱,膈角略钝,耳鼻喉科无阳性所见,血像正常。依临床表现、影像特征,无肾脏损害表现,可以任为符合局限性肉芽肿,因为本病临床很少发现,所以鉴别诊断就尤为重要,下面简单列举几种与之相关的疾病,以增加感性认识。

4 鉴别诊断

4.1 结核瘤 上叶尖后段、下叶背段多发,右多于左,单发,(2.0~3.0)CM,边界光整,可有引流支气管与肺门相连,密度

多不均匀,环状或多层状钙化为其特征,约 1/3 病灶可有透亮区,多为圆形,且多数病灶的透亮区偏向肺门,结核球病灶周围多数都有卫星灶。

4.2 霉菌病 结节灶可单发或多发,2.0MM~2.0CM 不等,可有空洞,霉菌球为其特征性表现,其空洞或空腔内有游离结节影,可随体位变化,结节与内壁间可见新月形间隙,称空气半月征。

4.3 外围型肺癌 小片样增高影,密度不均,边界不清,1.0~2.0CM 的结节边界较清,空洞以偏心,不规则,壁薄厚不均,少有液面为特征,洞可多发亦可薄壁。

4.4 肺转移瘤 单发或多发结节或肿块,1.0CM~数厘米不等,边界清晰,密度均匀,边界不清的似棉絮状,可形成薄壁或厚壁空洞。

4.5 多发结节性动脉炎 肺实质及血管周围片样密度增高影,边界不清,可融合成大片,可有梗塞,坏死,空洞。肺内变化比结核快,比过敏性肺炎慢,可有胸腔积液,肺门增大。

4.6 多发肺囊肿 肺野内带,肺门附近,心缘旁圆形致密影,边缘光滑锐利,随呼吸可见形态改变,囊壁无钙化,如与支气管相通,可见气液囊肿影,全部充气为含气囊肿。

4.7 金黄色葡萄球菌肺炎及链球菌肺炎 可液化,坏死,形成空洞,呈 1.0CM 左右薄壁空洞,短时间消失,也可残留数月。

4.8 肺脓肿 可单发或多发,大小不一,壁可薄可厚,内壁不规则,空洞外周可见炎性浸润灶,可有液平形成。

参考文献

[1]陈炽贤.坏死性肉芽肿.实用放射学[M].人民卫生出(下转 124 页)

输尿管狭窄好发于输尿管与肾盂衔接部和输尿管末端,后者少于前者,本组 12 例均为终端狭窄,其中 3 例合并上端狭窄。终端狭窄为不完全梗阻,使输尿管积液、扩张,管腔内壁平滑、光洁,腔内无任何异常,而腔外亦无外压性改变,病情逐渐加重,进而影响肾盂积水。所以此病除表现为输尿管梗阻水平以上扩张积水以外,患者早期常无其他任何症状。而肾盂与输尿管衔接部狭窄,则很快影响肾盂,积水进展较快,声像图所见只为严重的肾盂积水,而输尿管则无何发现。

输尿管肿瘤少见,单纯终端的肿瘤更为罕见,多蔓延突入膀胱,或与膀胱肿瘤合并存在。此种情况极易误为膀胱肿瘤漏诊或误诊。本组 5 例均有不同程度的输尿管积水,3 例输尿管肿瘤的瘤体突向膀胱内,只 1 例输尿管内可见肿瘤

的病变。对于只见输尿管轻度扩张,管壁及管腔均无异常发现者,则难以确定输尿管内肿瘤。因此对未找出梗阻原因的输尿管积水,要警惕输尿管肿瘤的可能,以免漏诊。对位于近输尿管开口处的膀胱肿瘤,如伴有输尿管积水,应考虑合并输尿管肿瘤的存在。

参考文献

[1]成会忠,主编.组织学[M].第二版.北京:人民卫生出版社,1993.1339.
[2]黄敏,李泉水,熊大遂,等.实时超声显像诊断输尿管囊肿[J].中国超声医学杂志,1995,11(4):310
[3]周平,杨燕,张云昆,等.输尿管膀胱壁段结石的超声诊断[J].中国超声医学杂志,1997,13(1):65-66.

2.5 胸膜改变 与胸膜相连的 16 例中 15 例有局部及周围胸膜增厚,病变两侧缘垂直于胸膜呈刀切样平直边缘,病灶呈方形,2 例非与胸膜相贴的病例中 1 例见胸膜侧索条影。未见明显胸膜腔积液征象。

2.6 其他 3 例病变非胸膜侧邻近肺内有浅淡小片状高密度影。所有病例纵隔及肺门未见明显肿大淋巴结。

3 讨论

3.1 球形肺炎基本病理变化包括炎性渗出、增生和实变,其形成机制目前尚无详细的解释。大多是由细菌感染引起的肺部一般炎症,在抗炎治疗不彻底、病灶局限化,并由纤维组织包绕形成,经抗感染治疗短期内明显吸收缩小或消失的肺炎。实质上是急、慢性非特异性肺炎的一种表现形式。这种肺炎因病程较长,其内细菌一般有耐药性,治疗较一般肺炎难度大,可更换较新型的抗菌素积极抗炎治疗。在其病变过程中肺结构通常没有造成损坏、坏死,有别于机化性肺炎、炎性假瘤和球形肺不张,区别在于球形肺炎经抗炎治疗可以完全吸收或基本吸收,仅遗留少许索条影,而后者抗炎治疗无效。球形肺炎病变常局限于某肺叶、肺段,呈山丘状类三角形、不规则类圆形或方形病灶,多发生于双肺上叶,但中叶、舌叶、下叶各肺段均可发病,常位于肺外围胸膜下,无钙化及肺门淋巴结肿大。病灶内、周围常出现具有鉴别诊断意义的征象,如方形征(楔形)、空气支气管征、局部充血征、晕征,甚至出现浸润性粗长毛刺。CT 密度较均匀,一般中央较周围密度稍高,CT 值稍低于软组织密度,增强后病灶中央可见规则、界面清晰的无强化区。

3.2 临床特点 球形肺炎的发病年龄偏大,炎性中毒症状不典型,又有痰中带血,临床症状缺乏特异性,且与肺癌有重叠,影像学表现团块状影,因此,初诊误诊率较高^[1-3],给临床施治造成困难。主要应与周围型肺癌、肺结核球、肺良性肿瘤鉴别,必要时经皮肺穿刺活检以明确诊断。

3.3 影像学特征 只有明确肺部病变基本形态,才能划出疑诊范围。X 线胸部平片能显示大部分病变,但对病变基本细节和周围结构(伴随改变)显示不如 CT。笔者回顾性分析认为球形肺炎的 CT 表现具有一定的特征,有助于诊断和鉴别诊断(1)病变形态:名曰球形肺炎,形态上虽大体呈球形、类球形,但较多为方形或不规则三角形,其中贴近胸膜的方形病灶具有特征性,而少见呈圆球形,周围型肺癌患者年龄偏大,临床上可有胸痛及咯血,病变形态呈较规整,方形少见,周围毛刺相对细短。(2)病变边缘:球形肺炎病灶边缘大多模糊,可伴有较多均匀分布的长且柔软的毛刺,有时可见晕征,其周围可见淡薄小片状影,反映了病变急性渗出性改变,周围型肺癌常因肿瘤浸润性生长,瘤间质反应形成不均匀分布的细短毛刺,可见有分叶,少见晕征,远断可见阻塞性肺炎表现。(3)胸膜增厚:球形肺炎以胸膜为基底的,绝大

多数有胸膜炎性反应性均匀增厚,无明显结节,胸膜增厚范围大于病灶直径,抗炎治疗后胸膜增厚消失,很少遗留有胸膜增厚,无明显胸膜腔积液亦是球形肺炎的特征之一。肺癌和肺结核往往有胸膜凹陷征及液体积聚^[4,5]。周围型肺癌直接侵犯的胸膜增厚,抗炎治疗后不消失,甚至范围增大,并往往伴有胸腔积液。(4)支气管改变:球形肺炎病变所属段及亚段支气管均匀性增厚,而无明显狭窄,同级支气管在 CT 上显示率明显强于非病变区支气管,纤维支气管镜检查有时可见到所属支气管黏膜充血、水肿。周围型肺癌若累及支气管,则表现为受累支气管的不规则狭窄,纤维支气管镜可见到受累支气管新生物^[6]。(5)纵隔和肺门淋巴结:球形肺炎为急性渗出性炎症,少有纵隔和肺门淋巴结肿大,周围型肺癌往往会有转移性纵隔和肺门淋巴结肿大。(6)病灶非胸膜侧浅淡小片状高密度影是支持肺炎性病变的征象,病灶近胸膜侧浅淡小片状高密度影是支持周围型肺癌的征象。(7)球形肺炎病灶密度,多表现病灶中心密度高,周围密度较低的晕圈样,但在肿瘤、结核等病变亦可见到,不能过分强调其鉴别诊断价值,如同病灶内可见到充气支气管一样,也是周围型肺癌的常见征象。(8)球形肺炎影像学大体表现类似于周围型肺癌,但抗炎治疗一旦出现病灶疏散的表现或明显缩小,可作为排除肺癌而支持肺炎诊断的征象。但是,也有不少病例有延迟吸收现象。(9)结核球多位于两肺上部,密度较高、不均匀,轮廓清楚,边缘光滑,直径多<5cm,球形阴影内常有钙化,周围常有卫星灶,经长时间随访观察,球形阴影的大小无明显改变。临床上患者无发热、胸痛、血痰等。上述特点可与球形肺炎比较容易鉴别。(10)良性肿瘤边缘清晰光整,多无毛刺、分叶或锯齿征,邻近胸膜无反应性增厚,病灶周围无血管纹理增多、增粗、扭曲等表现。长期观察良性肿瘤几乎无变化

以上球形肺炎的 CT 表现,大多不能在平片上充分显示,但是,如果初诊平片能发现病变,那么,质量良好的 X 线平片就不失作为经济、简便,能观察病变全貌的有效动态观察方法。

参考文献

- [1]唐秀贞,吴珂,张有军.球形肺炎的 CT 表现[J].实用放射学杂志,2000,16: 212-214.
- [2]李子江.CT 诊断球形肺炎[J].实用放射学杂志,2000,16: 215-217.
- [3]杨钧,马大庆.肺内炎性肿块与周围型肺癌的 CT 鉴别诊断[J].中华放射学杂志,2002,36: 235-239.
- [4]肖湘生.肺癌影像学进展[J].中国医学计算机成像杂志,2000,6: 1-3.
- [5]张志勇,周康荣.周围型肺癌胸膜凹陷的螺旋高分辨率 CT 表现[J].临床放射学杂志,1999,18: 18-21.

(上接 68 页) 版社,1998.10.233.

[2]刘康年.朱绍同.韦格内(Wegener)氏坏死性肉芽肿,X 线征象分析.人民卫生出版社,1985.9.528.

[3]夏廷琦.坏死性肉芽肿,实用放射学诊断词典.青岛出版社,1992.2.223.

[4]廉宗.坏死性肉芽行总,X 线诊断学基本功,天津科学技术出版社,1992.3.67.

[5]李铁一.韦氏肉芽肿,胸部疾病的 X 线影像及其病理基础.人民卫生出版社,1986.1.130.