



江苏省医学会核医学分会

影像学组线上读片讨论第68期

病例提供者：段钰

来源单位：苏北人民医院

发布时间：2025年10月13日

临床病史

基本信息：男，86岁

现病史：患者2月前无明显诱因下出现咳嗽、咳痰，痰中带血，伴有畏寒、发热，我院胸部增强CT(2024-11-09)示：右肺上叶肺门旁占位，考虑肺癌可能。双肺多发小结节。纵隔多发淋巴结，部分增大。两侧胸腔少量积液。肿瘤标志物（-）。

首次实验室及器械检查

项目名称	英文名称	检验结果	单位	参考区间
1. 糖链抗原125	CA125	16.20	U/ml	<=24
2. 甲胎蛋白	AFP	2.02	ng/ml	0-7
3. 癌胚抗原	CEA	1.32	ng/ml	<=5
4. 神经元特异性烯醇化物	NSE	6.42	ug/L	<17
5. 细胞角蛋白片段19	cyfra 21-1	1.74	ng/ML	0-3.3
6. 胃泌素前体释放肽	proGRP	41.70	Pg/ML	0-69.2

备 注:

采样时间: 2024-11-9 04:55

收样时间: 2024-11-9 07:49

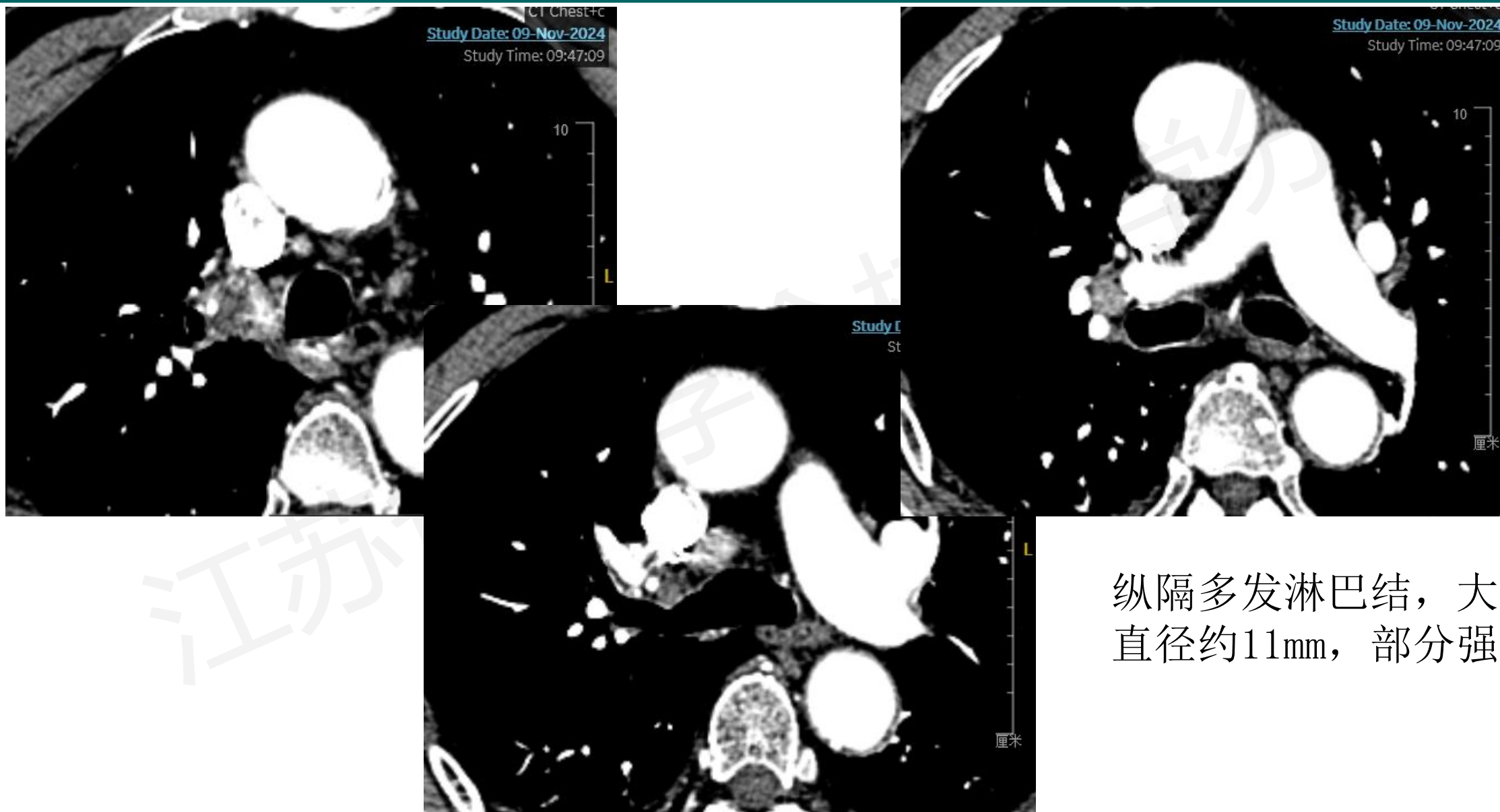
报告时间: 2024-11-9 10:13

影像学检查



右肺上叶肺门旁肿块，浅分叶征，边缘少许毛刺，最大横截面 $3.23 \times 4.42\text{cm}$ ，局部支气管分支变窄，增强后不均匀强化，远端肺组织散在条索影。

影像学检查



纵隔多发淋巴结，大者
直径约11mm，部分强化。

病理结果

2024-11-12行支气管镜检查:

镜下未见新生物, 肺泡灌洗液抗酸染色阴性;病理:(右肺上叶尖段灌洗)镜下见少量柱状上皮、鳞状上皮及淋巴细胞等炎细胞。

2024-11-14行CT引导下肺穿刺活检术:

(右肺)送检肺组织, 部分区见纤维组织明显增生, 有较多的淋巴细胞等炎细胞浸润。

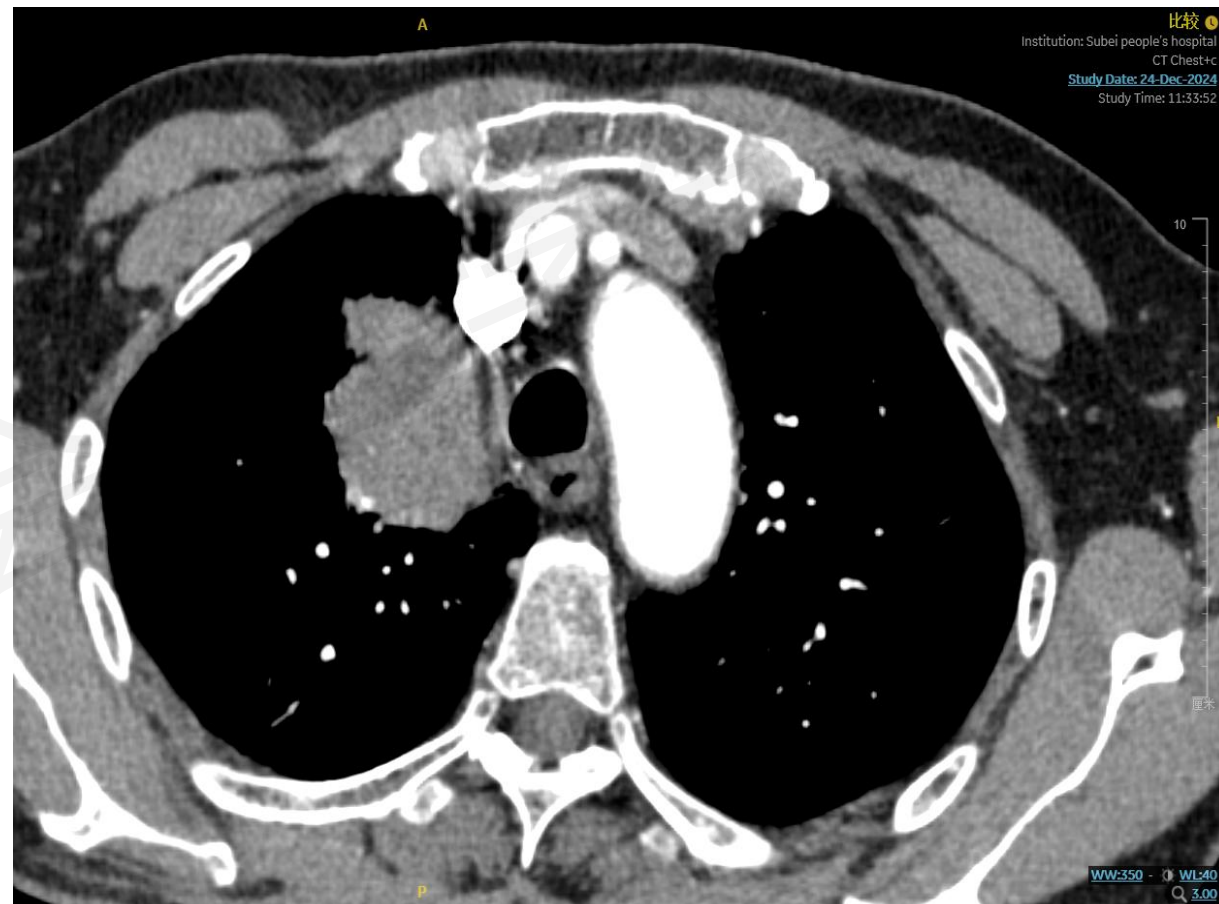
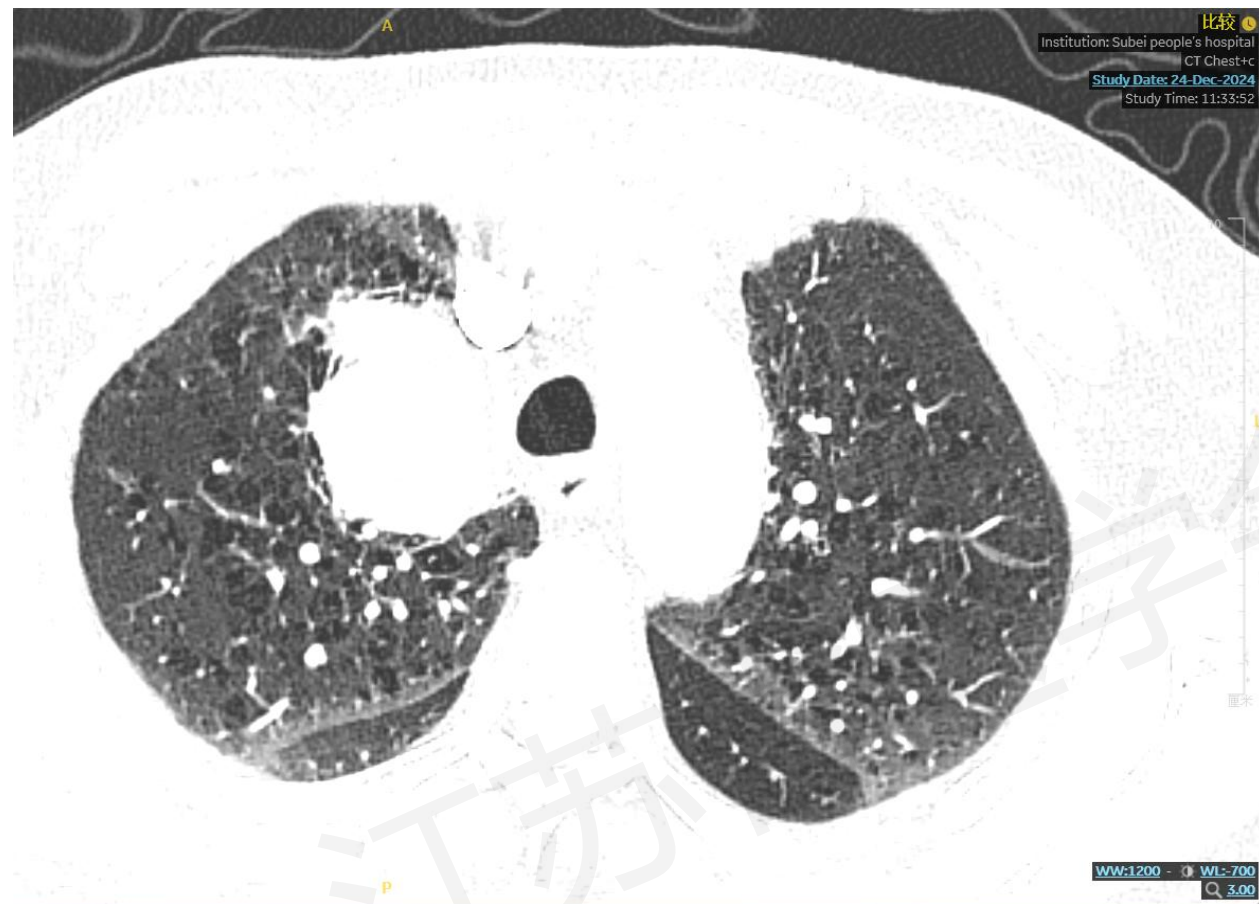
患者院外继续阿莫西林克拉维酸钾抗感染治疗1周余后, 症状无明显缓解。

二次实验室及器械检查

项目名称	英文名称	检验结果	单位	参考区间
1. 糖链抗原125	CA125	16.90	U/ml	<=24
2. 甲胎蛋白	AFP	1.86	ng/ml	0-7
3. 癌胚抗原	CEA	1.79	ng/ml	<=5
4. 神经元特异性烯醇化物	NSE	7.60	ng/ml	<17
5. 细胞角蛋白片段19	cyfra 21-1	1.29	ng/ML	0-3.3
6. 胃泌素前体释放肽	proGRP	54.00	Pg/ML	0-69.2

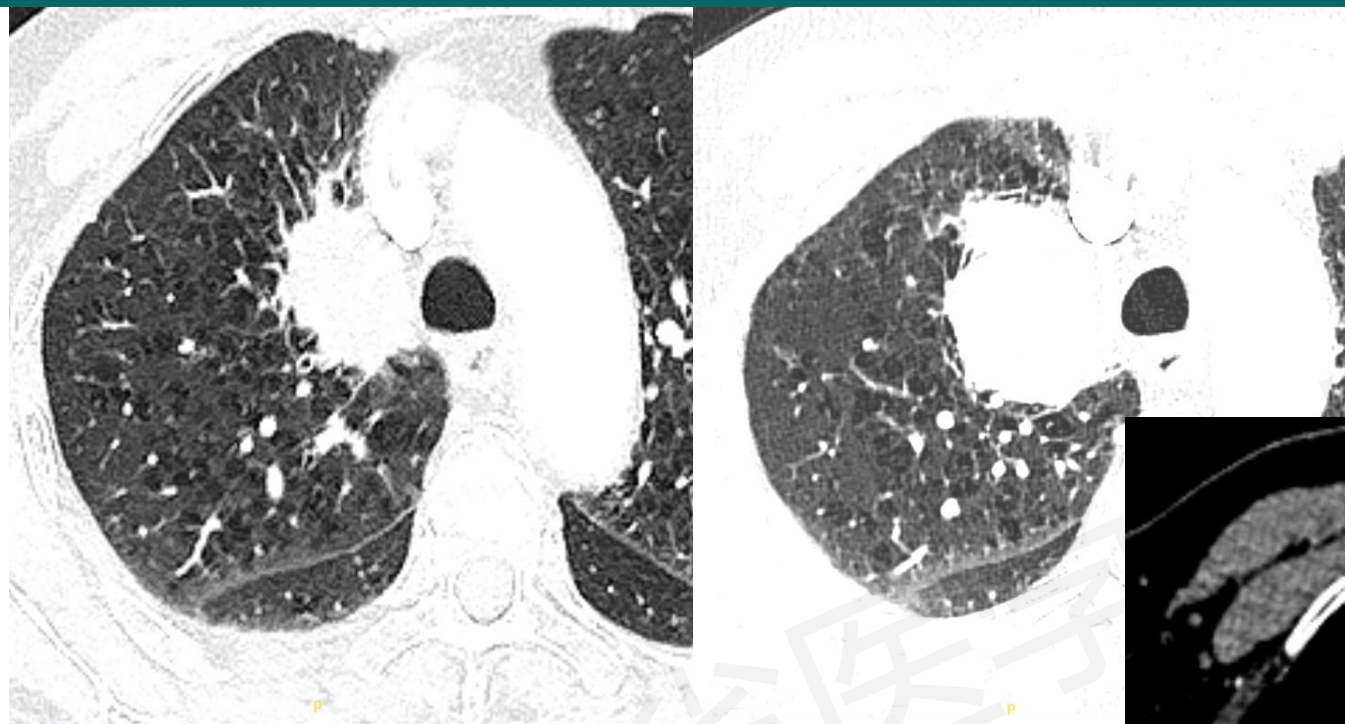
备 注：

影像学检查

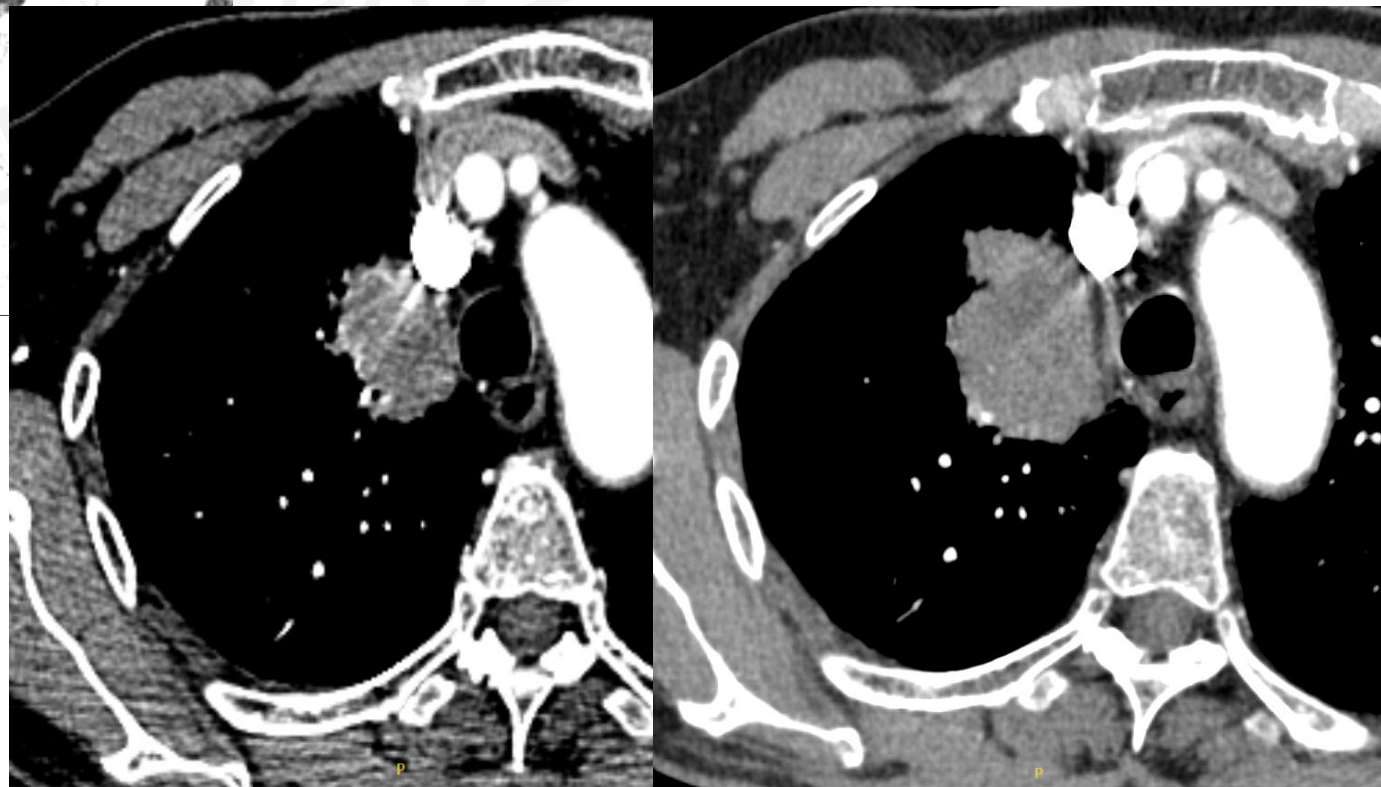


右肺上叶肺门旁软组织肿块，呈浅分叶征，边缘少许毛刺，最大横截面 $3.95 \times 5.50\text{cm}$ ，局部支气管分支变窄，增强后不均匀强化，远端肺组织散在条索影。

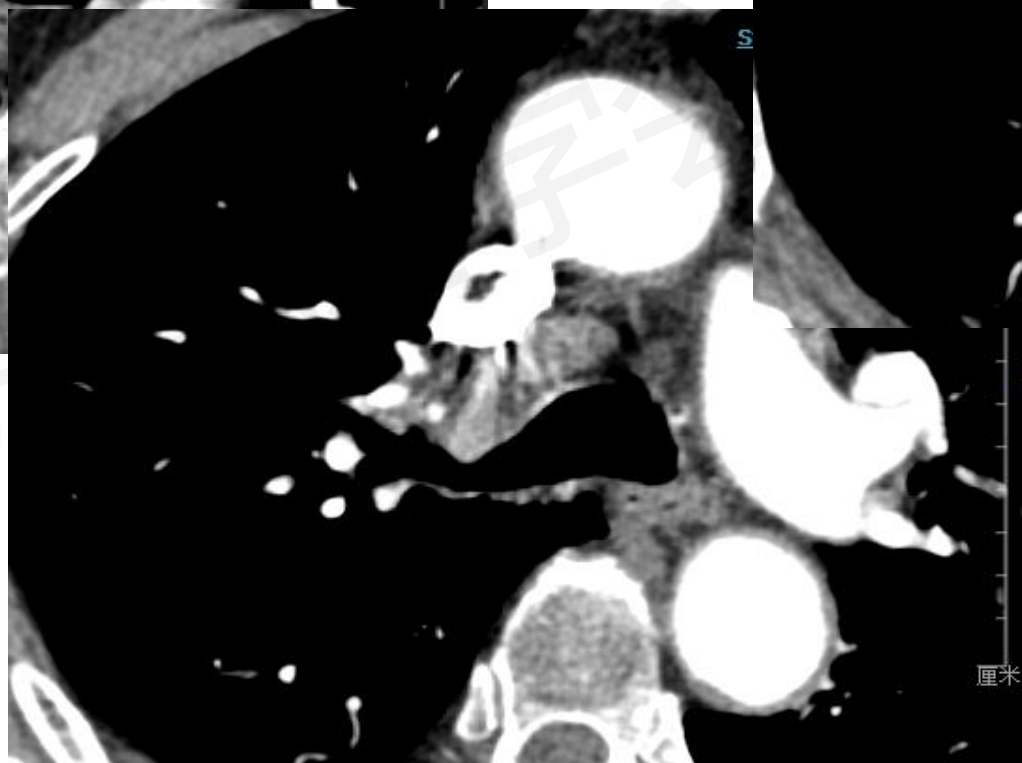
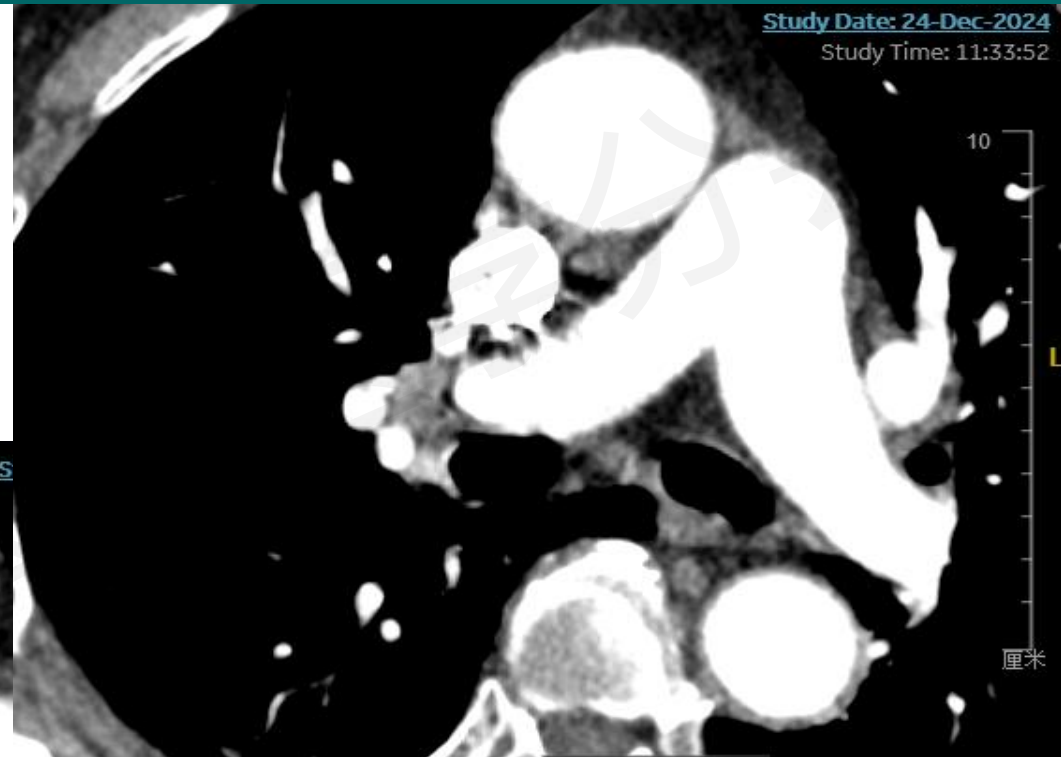
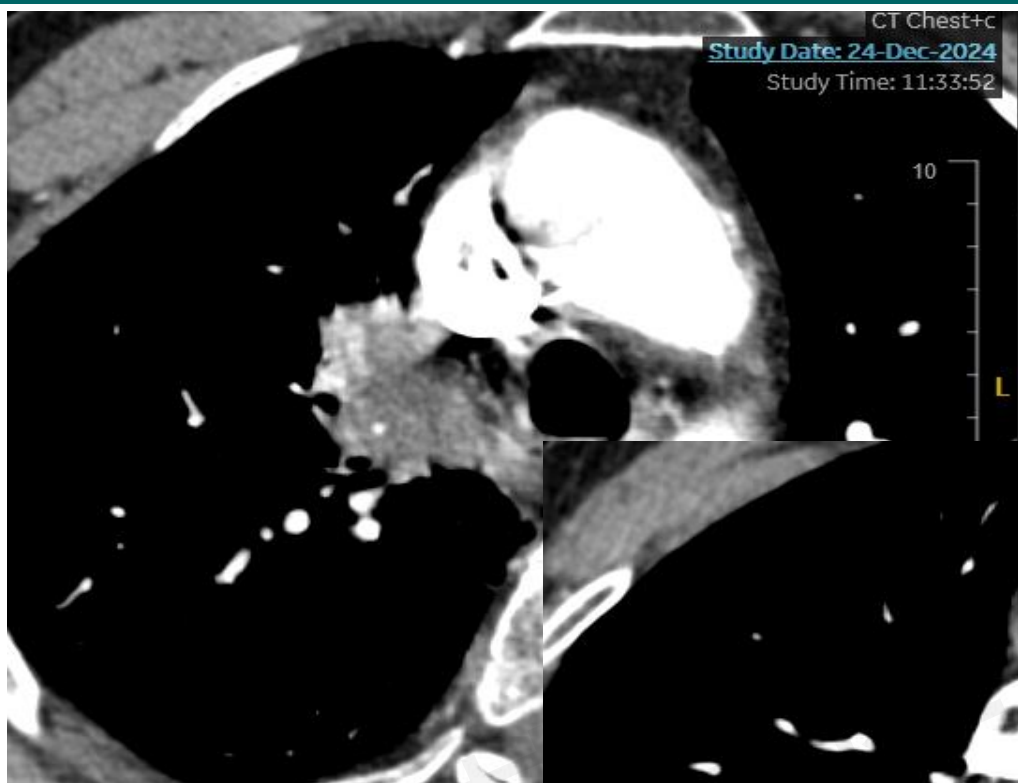
影像学检查



2024-12-09 胸部平扫CT：右肺病灶最大横截面 $3.23 \times 4.42\text{cm}$ ；
2024-12-23 胸部平扫CT：右肺病灶最大横截面 $3.95 \times 5.50\text{cm}$ 。

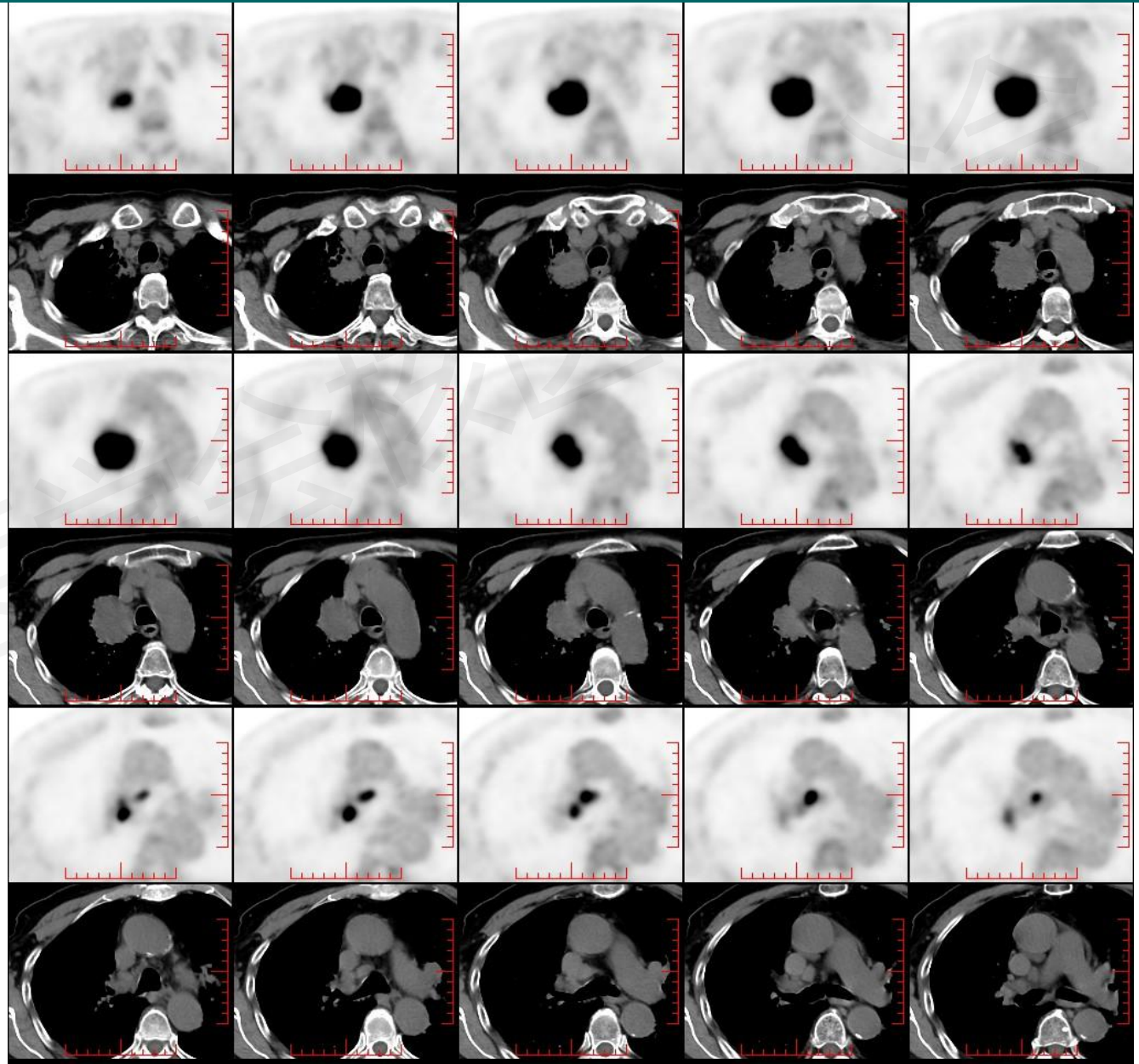


影像学检查



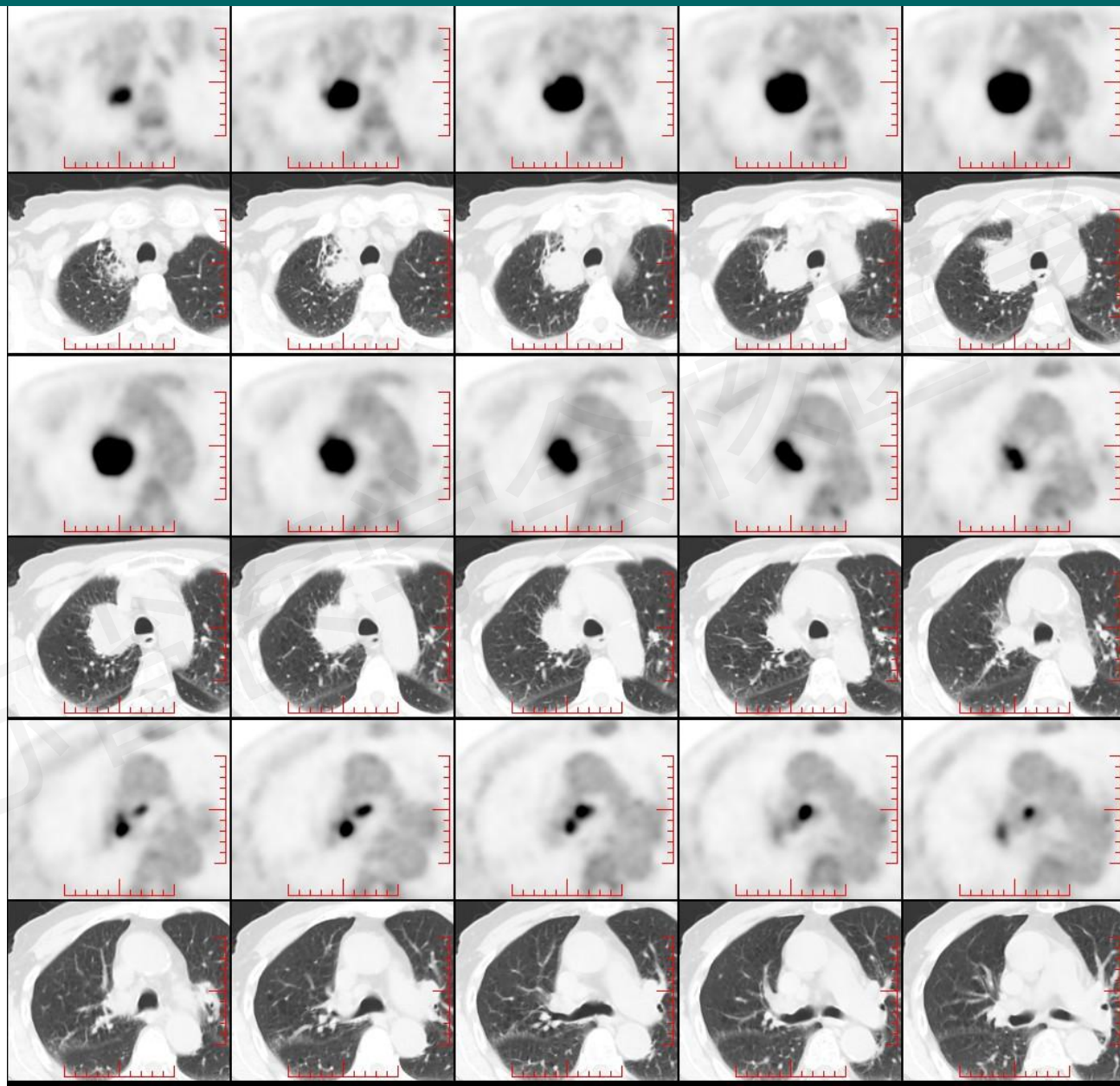
纵隔多发淋巴结，大者
直径约11mm，部分强化。

PET/CT



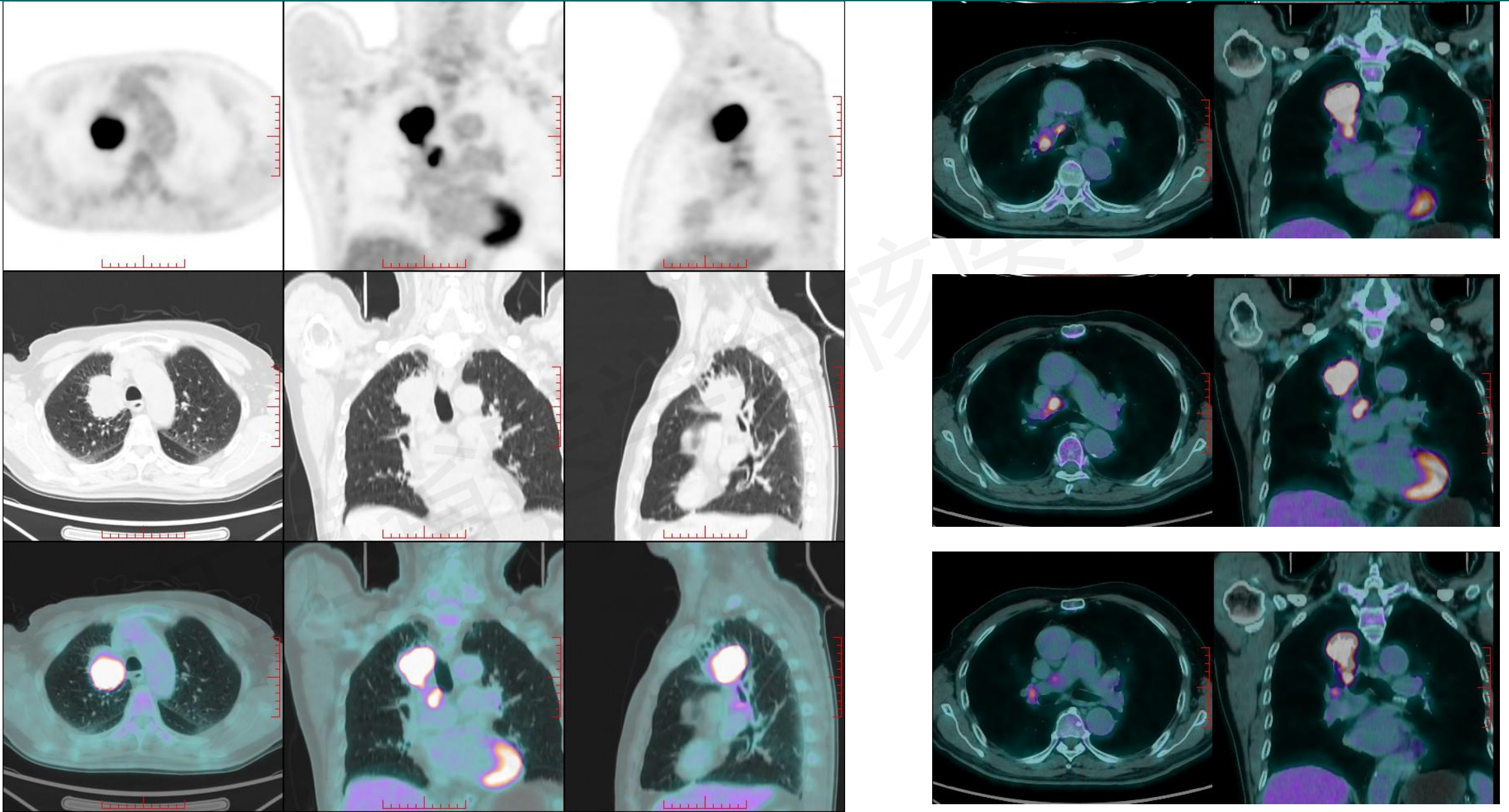
PET/CT

右肺上叶肿块
 $42.6 \times 35.9 \times 39.9\text{mm}$
 $\text{SUV}_{\text{max}} 15.89$;



右肺门及纵隔内淋巴结
 $16.2 \times 10.1\text{mm}$,
 SUV_{max} 为11.06。

PET/CT



病史简介

基本信息：男，86岁

现病史：患者2月前无明显诱因下出现咳嗽、咳痰，痰中带血，伴有畏寒、发热，我院胸部增强CT(2024-11-09)示：右肺上叶肺门旁占位，考虑肺癌可能。双肺多发小结节。纵隔多发淋巴结，部分增大。两侧胸腔少量积液。2024-11-12行支气管镜检查：镜下未见新生物，肺泡灌洗液抗酸染色阴性；病理：(右肺上叶尖段灌洗)镜下见少量柱状上皮、鳞状上皮及淋巴细胞等炎细胞。后于2024-11-14行CT引导下肺穿刺活检术，病理：(右肺)送检肺组织，部分区见纤维组织明显增生，有较多的淋巴细胞等炎细胞浸润。患者院外继续阿莫西林克拉维酸钾抗感染治疗1周余后，症状无明显缓解。再次至我院门诊复诊查胸部CT平扫(2024-12-23)：右肺上叶肺门旁占位，较前片2024-11-9有所增大，考虑肺癌可能。双肺多发小结节，较前相仿。纵隔数枚淋巴结，较前部分稍增大。

您的诊断？



病理结果

诊断：

肉眼所见：条索状组织4块：长0.8-1厘米，直径0.1厘米。镜下所见：HE：镜下见异型细胞弥散分布浸润性生长，细胞大小不一，部分为瘤巨细胞，灶区伴坏死。

免疫组化（I20248632）结果：CKpan（+），Vimentin（+），CK7（-），TTF-1（-），NapsinA（-），P63（-），P40（-），CK5/6（-），CgA（-），CD56（-），Syn（-），Ki67（约50%+），S100（-），SMA（-），CD34（-）。

结论：

（右上肺）恶性肿瘤，结合HE及免疫组化结果，考虑：肉瘤样癌。

鉴别诊断与总结

- 肺肉瘤样癌是一种罕见的肺部恶性肿瘤，占肺部恶性肿瘤的0.3%-3%，侵袭性高，易肺内、外转移及复发。常见于中老年吸烟男性。临床常见表现为咳嗽咳痰、咯血、气促及胸痛。
- 影像特点：CT好发于肺上叶，多为单发，以周围型多见，由于侵袭性强，肿瘤生长速度较快，发现时肿瘤常较大，最大径多>30mm。肿块边界一般较清楚，边缘可见分叶及毛刺。肿块常以宽基底与胸膜相连，易侵犯胸膜、胸壁及邻近组织。平扫密度不均匀、低密度区范围占比较大，增强多呈不均匀多房状强化或不规则环形强化。PET/CT显像：肿块均可见FDG 摄取异常增高，摄取因病灶大小及部位不同有异，体积小者代谢较为均匀，体积较大时内部可见液化坏死，多表现为不规则环形和混合型摄取，中央型病灶多表现为均匀结节形和均匀条片形，转移灶常伴有不同程度的FDG摄取增高。

鉴别诊断-肺结核病

- CT影像以小叶中心性、小叶性或小叶融合性阴影、小结节、肺炎样影、空洞、球形阴影、支气管肺动脉影肿大等为主要表现。
- 增强 CT 影像肺结核球多无明显强化，少数可广泛强化、边缘强化、不均匀强化或分隔状强化，并多发局限低密度区。
- 活动性结核球内有大量炎症细胞浸润，因而FDG 摄取增加，是造成FDG PET假阳性的常见原因。而经治疗或陈旧性结核PET显像表现为无明显摄取或轻中度摄取（ $SUV_{max} < 2.5$ ）。
- 因此对诊断不明的病例，抗结核治疗后复查其代谢情况也是鉴别方式之一。

鉴别诊断-炎性假瘤

- 炎性假瘤又称炎性肌纤维母细胞瘤，为肺部慢性非特异性炎性肉芽肿引起的肿瘤样病变。
- 多发发生于40岁以下男性，以上下叶多见，常有肺部感染史及呼吸道症状，病变形态可呈圆形、类圆形、哑铃状、倒雪人状或不规则形，大多光滑，部分因周围炎性浸润而毛糙，边缘呈浅分叶，桃尖征、平直征为其特征性表现，空洞少见，一般小而规则。强化方式包括均匀强化和边缘强化，其病理学特征包括组织充血，血管扩张，新生肉芽组织，因此造影剂分布丰富。陈旧性病灶内存在较明显的增生和纤维化，强化程度降低，但周围肉芽组织丰富而明显强化。
- FDG PET反映病变肺组织细胞葡萄糖代谢的改变。炎性肉芽组织内吞噬细胞的浸润会使FDG摄取增高，多表现为持续摄取FDG。