

A Case of Patient Who Had an Alveolar Carcinoma with Recurrent Pneumothorax Was Misdiagnosed as Pulmonary Tuberculosis

Gaiqiong Yuan, Qiaolu Yan*, Minhua He

The Clinical Medical of Dali University, Dali Yunnan
Email: *490549939@qq.com

Received: Feb. 18th, 2020; accepted: Mar. 4th, 2020; published: Mar. 11th, 2020

Abstract

A case of recurrent pneumothorax treated in our hospital, misdiagnosed as pulmonary tuberculosis, and finally diagnosed as alveolar cancer was reported, and the literature review was conducted to improve clinicians' understanding of the disease, reduce clinical misdiagnosis, so that patients can get early diagnosis and treatment.

Keywords

Alveolar Carcinoma, Pulmonary Tuberculosis, Misdiagnosis

反复发作气胸的肺泡癌误诊为肺结核1例报告

袁改琼, 严桥路, 何敏华

大理大学临床医学院, 云南 大理
Email: *490549939@qq.com

收稿日期: 2020年2月18日; 录用日期: 2020年3月4日; 发布日期: 2020年3月11日

摘 要

通过对我院以反复发作性气胸就诊, 误诊为肺结核, 最后确诊为肺泡癌的1病例进行报道, 并进行文献*通讯作者。

复习提高临床医生对该病的认识,降低临床误诊,使患者得到早期诊断和治疗。

关键词

肺泡癌,肺结核,误诊

Copyright © 2020 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

肺泡癌临床表现及影像学具有多样性,早期诊断较困难,往往易误诊为多种疾病,如肺炎、肺结核、肺脓肿、支气管扩张等,其中以误诊为肺结核较常见[1],肺泡癌与肺结核在临床表现、X线胸片上具有许多相似之处,但肺泡癌与肺结核是病因、病理、治疗、预后方面完全不同的两种疾病,临床上有时难以鉴别,易误诊而影响治疗。以下所有病例资料及病例报道均已告知患者并经患者及家属同意,现报告1例反复气胸发作的肺泡癌误诊为肺结核病例的诊治过程。

2. 病例资料

患者,男,46岁,农民,反复胸痛、胸闷、气促2月,再发加重4天,患者2月前无诱因突然出现胸痛,胸痛呈阵发性隐痛,休息后可减轻,伴胸闷、活动性气促,休息后可缓解,无发热、畏寒、寒战、咳嗽、咳痰、咯血、低热、盗汗,于当地医院就诊,行胸片示“左侧气胸(具体量不详)”,行胸腔闭式引流术后好转,考虑“肺结核、结核性胸膜炎”,予以抗结核治疗,症状好转出院,出院后上述症状反复,于2018年09月24日至我院就诊,完善相关,诊断为“1、左侧气胸;2、II型肺结核,初治,菌阴;3、肺部感染”,予吸氧、抗感染、抗结核、胸腔闭式引流术等治疗,患者病情好转后出院,院外规律服用抗结核药物治疗。4天前患者无明显诱因再次出现胸痛、胸闷、气促,性质同前,2018年10月15日再次住院。既往有“高血压”病史10余年,最高血压190/130 mmHg,否认糖尿病、冠心病等慢性病史,无药物、食物过敏史,有30余年吸烟史,约40支/天,已戒烟1年,无酗酒史、吸毒史。

诊治经过:2018年09月24日我科住院胸片示:1、左侧大量气胸,肺压缩约60%。左肺下叶部分肺段肺实变,左肺上叶结节影;2、双肺粟粒状结节影,血行播散型肺结核可能,尘肺待排,结核感染T细胞检测结果阳性(+);肿瘤标记物:CEA 298 ng/ml, CA125 92.03 U/ml;肝肾功能、血沉、CRP、血糖、粪常规、尿常规、凝血功能、甲功八项未见异常;痰细菌培养未检出致病菌;痰找细菌、真菌、抗酸杆菌结果均为阴性;入院后予以左侧胸腔闭式引流术后复查胸部CT:1、左侧气胸治疗后,肺组织复张可。2、双肺下叶渗出,部分实变。3、左肺上叶结节影同前。纵隔肿大淋巴结同前。双肺粟粒状结节影。4、心包积液。5、双侧胸腔少量积液CT(见图1)。气管镜检查:官腔通畅,病理检测未见异常。继续予以抗结核治疗,2018年10月15日患者再次出现胸痛、胸闷、气促加重后返院就诊,肝功能示:ALT 137 U/L(正常值范围7~40 U/L),AST 76 U/L(正常值范围1.7~13.5 U/L),GGT 225 U/L(正常值范围7~45 U/L),UA 1038 umol/L(正常值范围42~104 umol/L);肿瘤标记物:CEA 342.8 ng/ml, CA125 134.5 U/ml;结核抗体(AnTi-TB)弱阳性(±);CRP 23.05 mg/L;门诊胸片示:左侧气胸,压缩50%,入院后立即行左侧胸腔闭式引流术后复查胸部CT:1)双肺感染,左肺上叶团片影,综合亚急性粟粒性肺结核与其他待鉴别,左侧气胸外引流后改变。2)左侧胸壁气肿。3)心影增大,心包积液。

4) 骨性胸廓多发骨质团片状破坏, 转移性病变可能, (图 2)为明确病因再次行支气管镜检查: 支气管管腔未见明显异常; 病检: [纤支镜刷片]查见癌细胞, 倾向腺癌, 抗酸染色(-)(图 3)。[肺泡灌洗液]查见癌细胞, 倾向腺癌, 抗酸染色(-)(图 4)。患者病理检查见腺癌细胞, 结合患者临床表现、病理检查结果、肿瘤标记物异常增高及胸部 CT 肺部弥漫性病变, 骨性胸廓转移表现, 确定诊断肺泡细胞癌(细支气管腺癌)TxNxM1b IV 期; 予以“奈达铂 + 培美曲塞”化疗, 患者不愿规律化疗, 未行基因检测。自行服用“吉非替尼”治疗, 2019 年 02 月 08 日再发气胸, 胸部 CT 见(图 5)予以胸腔闭式引流, 未行化疗, 2019 年 08 月 05 日复查胸部 CT 示: 肺部病变增加(图 6)。2020 年 01 月 09 日再次复查胸部 CT 示: 左侧肺部实变, 胸椎、肋骨多处损毁, 考虑转移灶(图 7a、图 7b)。患者全身多处转移, 目前只能卧床, 不能活动。从患者的病程来看, 本病转移较早、较快, 预后较差。目前对于该病化疗及分子靶向治疗是本病唯一有效的治疗方案。

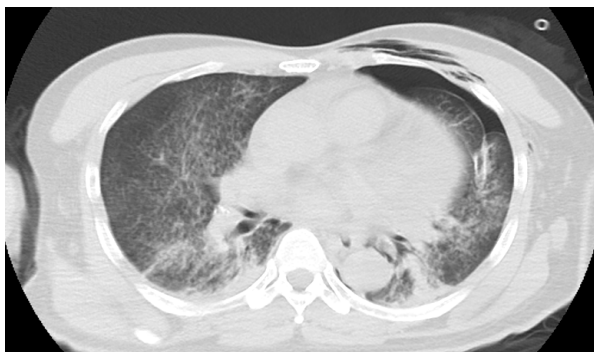


Figure 1. Chest CT on September 24, 2018. 1) After left pneumothorax treatment, the lung tissue is re-stretched. 2) The lower lobe of both lungs exudes out, and some parts are consolidated. 3) The image of left upper lobe nodule is the same as the before. Mediastinal nodal enlargement is as before. Double lungs show millet-seed sized nodules

图 1. 2018 年 09 月 24 日胸部 CT: 1) 左侧气胸治疗后, 肺组织复张可。2) 双肺下叶渗出, 部分实变。3) 左肺上叶结节影同前。纵隔肿大淋巴结同前。双肺粟粒状结节影

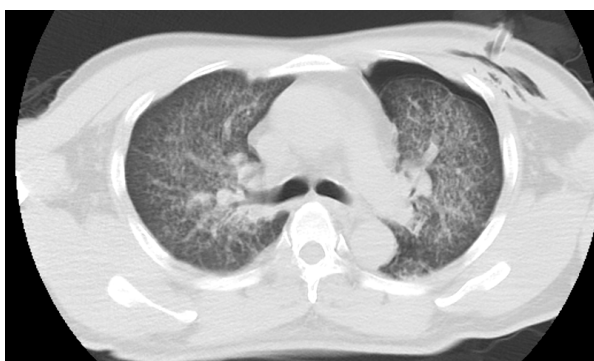


Figure 2. Chest CT on October 15, 2018. 1) Bilateral lung infection, mass of upper lobe of left lung, change after drainage of left pneumothorax. 2) Left chest wall emphysema. 3) Multiple bone destruction of bony thorax, metastatic lesions are possible

图 2. 2018 年 10 月 15 日胸部 CT: 1) 双肺感染, 左肺上叶团片影, 左侧气胸外引流后改变。2) 左侧胸壁气肿。3) 骨性胸廓多发骨质团片状破坏, 转移性病变可能

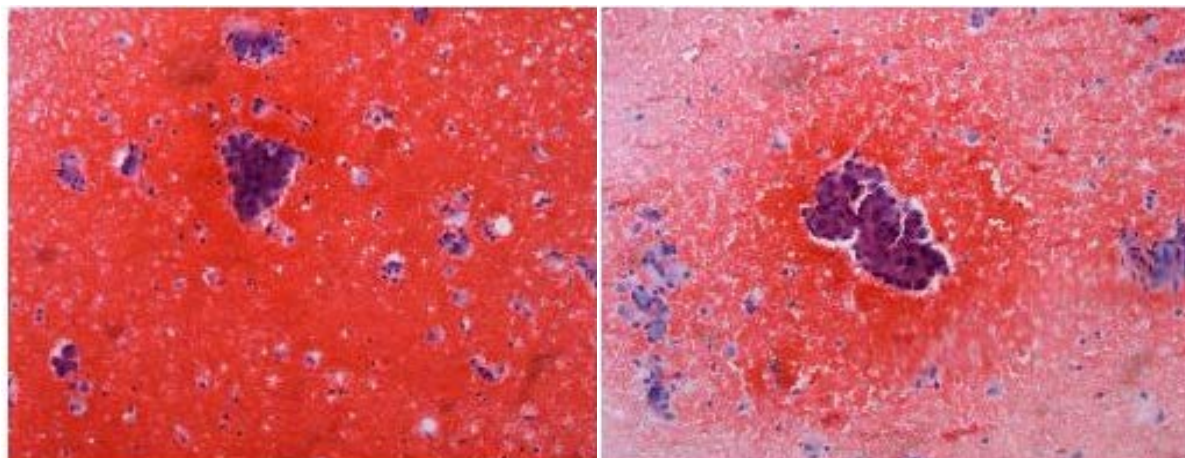


Figure 3. Bronchoscope brush indicated: adenocarcinoma cells were found, with acid-fast staining (-)
图 3. 纤支镜刷片提示：查见腺癌细胞，抗酸染色(-)

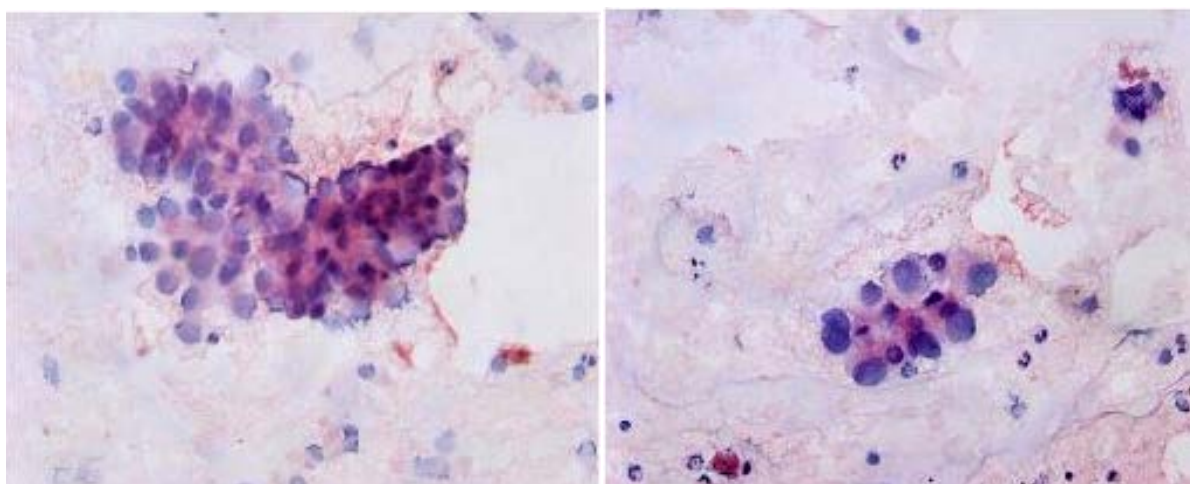


Figure 4. Alveolar lavage fluid suggested: adenocarcinoma cells were found, with acid-fast staining (-)
图 4. 肺泡灌洗液提示：查见腺癌细胞，抗酸染色(-)



Figure 5. Pneumothorax was re-developed on February 8, 2019. As shown in the chest CT image, the left lung was compressed by more than half
图 5. 2019 年 02 月 08 日再发气胸，胸部 CT 影像学如图所见，左肺压缩一半以上

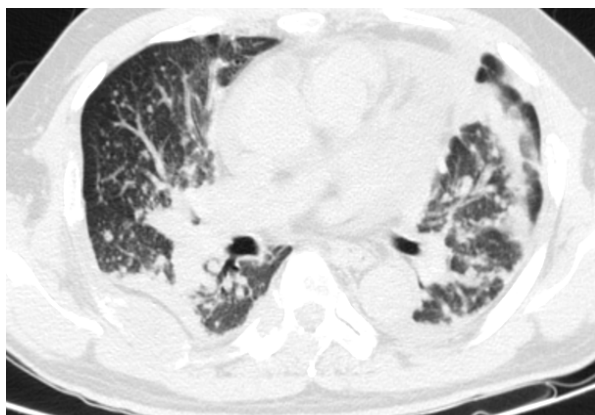


Figure 6. Chest CT reexamination on August 5, 2019 showed increased lung lesions

图 6. 2019 年 08 月 05 日复查胸部 CT 影像学示：肺部病变增加

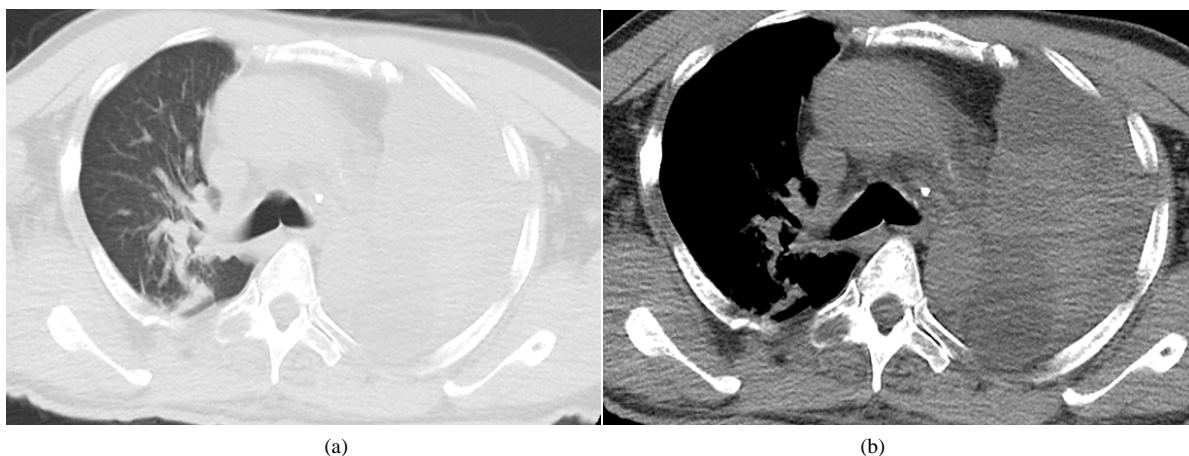


Figure 7. Chest CT on January 9, 2020, Left lung becomes consolidation, multiply injuries shown on thoracic vertebra and costa, metastasis is possible

图 7. 2020 年 01 月 09 日胸部 CT 影像学示：左侧肺部实变，胸椎、肋骨多处损毁，考虑转移灶

3. 讨论

目前，我国肺癌与肺结核的发病率均处于较高水平，随着肺结核病人逐渐增多，加之肺癌的发病年龄越来越年轻化，肺结核与肺癌发病年龄相重叠，且这两种疾病的临床症状相似，胸部 X 线早期缺乏特异性以及胸部 CT 检查表现在许多方面有重叠现象，即“异病同影” [2] [3]。肺泡细胞癌是肺部恶性肿瘤中较为少见的类型之一 [4]，起病较为隐匿，预后差，早期及时诊疗对患者预后有着显著影响，因早期临床症状缺乏特异性 [5]，即早期临床症状较轻微，咳嗽、咳少量痰，痰中带血、胸痛、低热等症状，对于刺激性呛咳、呼吸困难等晚期典型症状较少表现出来，以及缺乏特异性检查手段，早期往往容易误诊。对于中青年患者的警惕性更是不足，本例中青年患者，给予抗结核治疗 2 月，治疗后气胸反复发作，肺部病变未见改善，仍只考虑肺结核、左侧气胸加重、肺部感染而未行进一步检查；其次受到一元论诊断思维的影响，我们忽视了肺癌的危险因素和肺结核并存肺癌的可能性，如有长期大量吸烟史、结核病史、肺癌家族史以及其他肺部慢性病史的患者，因而导致未采取进一步积极检查。

4. 结论

总之对于首次发现肺内有弥漫性浸润病灶的患者，不应轻率作出肺结核诊断，以免造成误诊继而延

误最佳治疗时机，避免误诊的主要措施有：反复进行纤维支气管镜活检、刷片、灌洗液以及痰检、淋巴结或胸膜活检、经皮肺穿刺活检等，临床与影像结合，增强对早期肺癌的足够认识，提高早期诊断率，对患者早期治疗及预后是十分重要的。此例患者若用多元论认真分析 9 月份 CT 片应考虑肺癌的可能，进而可能做出早期诊断，进行早期治疗，遗憾的是该患者未行基因检测，是否有靶向药耐药及能否使用新的靶向药无从判断。

参考文献

- [1] 于世安, 孙新. 肺癌 106 例误诊肺结核临床分析[J]. 当代医学, 2014, 20(23): 58.
- [2] 唐洁神, 高文. 临床结核病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 371.
- [3] 王晋舜. 不典型肺癌肺结核 15 例分析[J]. 临床肺科杂志, 2009(5): 608.
- [4] 金星. 多次误诊酷似肺炎的肺泡细胞癌 1 例[J]. 临床肺科杂志, 2018, 23(3): 561-562.
- [5] 牛海军. 肺癌误诊为肺结核 37 例原因分析[J]. 河南医学研究, 2015, 24(6): 95-96.