

· 感兴趣病例分享 ·

肺类风湿结节¹⁸F-FDG PET/CT 显像 1 例

梁昌平¹ 孙江铭¹ 李祥玉¹ 司晓凤² 徐生洋¹ 何涛¹

¹攀枝花市中心医院核医学科,攀枝花 617000;²攀枝花市中心医院病理科,攀枝花 617000

通信作者:何涛, Email: runnerht@126.com

DOI:10.3760/cma.j.cn321828-20230711-00192

患者女,73 岁,因“四肢多关节疼痛,左腕关节及右膝关节肿胀 5 个月”就诊。类风湿因子 28.8[正常参考值范围(下同):0~14.0] kU/L,超敏 C 反应蛋白 76.1(0~5.0) mg/L,抗环瓜氨酸肽抗体>500(<17) kU/L;左手正斜位片提示左手掌指骨骨质密度稍降低。诊断为类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)。予“羟氯喹 0.2 g,2 次/d;醋氯芬酸 0.1 g,2 次/d;来氟米特 10 mg,1 次/d”治疗 2 个月,但患者未规律服药,上述症状反复发作。为进一步治疗收入院,肺部 CT(图 1A)提示双肺多发结节,转移瘤可能。肿瘤标志物全套:铁蛋白 231(12~135) μg/L,余均正常。为寻找原发灶行¹⁸F-FDG PET/CT(德国 Siemens Biograph mCT 20 Excel)显像,结果见图 1B~1D。后行 CT 引导下经皮右

肺上叶肺结节穿刺病理检查(图 2),诊断为肺类风湿结节(pulmonary rheumatoid nodules, PRN)。继续抗 RA 治疗,半年后肺部 CT 复查示少数结节稍缩小,大部分结节稍增大,但进展不明显(图 3)。本例¹⁸F-FDG PET/CT 显像表现有助于 PRN 与其他肺部多发结节性疾病的鉴别,如肺癌、肺转移瘤、肺结核等。对于 RA 患者,若 FDG PET/CT 显像发现肺部多发、FDG 摄取轻中度增高的实性结节^[1],边界光滑,以中上肺及胸膜下分布为主,可与胸膜粘连,伴空泡征或空洞者,应考虑到 PRN 可能。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

作者贡献声明 梁昌平:研究实施,论文撰写;孙江铭、李祥玉、司晓凤:技术支持;徐生洋:数据采集;何涛:论文修改

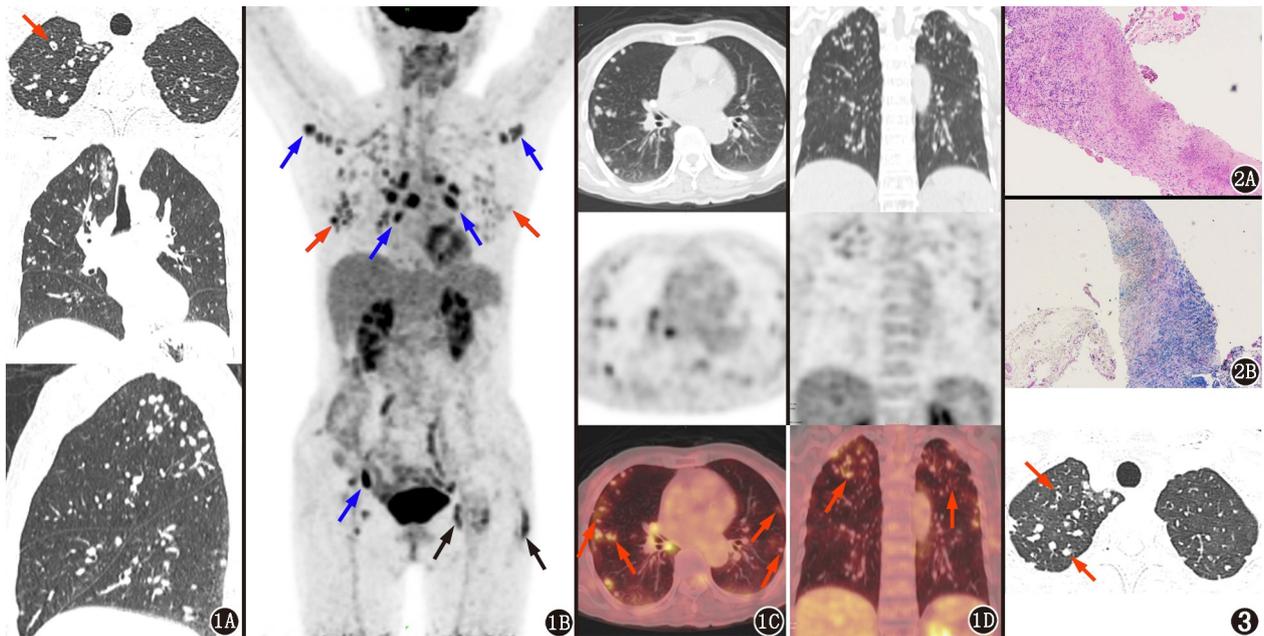


图 1 肺类风湿结节(PRN)患者(女,73 岁)影像学检查图。1A.横断位、冠状位及矢状位肺部 CT 图示双肺多发大小不等实性结节,空泡征(箭头示),胸膜下分布为主,部分与胸膜粘连;1B. PET 最大密度投影图示胸部及盆部多处 FDG 摄取不均匀异常增高影,双侧腋下、纵隔、双肺门、右侧腋血管旁及右侧腹股沟多枚淋巴结(蓝箭头示),部分增大伴钙化密度影,SUV_{max}为 8.3~10.2,双肺多枚大小不等的实性结节(红箭头示),SUV_{max}为 0.9~4.1,左侧髌关节周围滑膜增厚(黑箭头示),SUV_{max}为 4.8;1C,1D.横断位、冠状位 PET/CT 图像示双肺多枚大小不等的实性结节(箭头示),部分见空泡征,伴卫星灶,以中上肺及胸膜下分布为主,部分与胸膜粘连,FDG 摄取轻中度增高 **图 2** 同一患者肺结节穿刺病理图。2A.肺组织见坏死,急慢性炎性细胞浸润(HE ×100);2B.特殊染色示抗酸染色阴性(×100) **图 3** 同一患者治疗后半年复查肺部 CT 图。右肺上叶尖段结节较前稍缩小(箭头示),余结节均较前稍增大,部分融合,与胸膜粘连

参 考 文 献

[1] Koslow M, Young JR, Yi ES, et al. Rheumatoid pulmonary nodules: clinical and imaging features compared with malignancy[J]. Eur Radiol, 2019, 29(4): 1684-1692. DOI:10.1007/s00330-018-5755-x. (收稿日期:2023-07-11)