

腮腺肿瘤的MSCT诊断

杨义军 翟跃杰 王志芳

[摘要] 目的 通过回顾性分析肿瘤形状、边界、密度的均匀性、增强效果等形态学征象,总结腮腺肿瘤的MSCT表现,探讨腮腺肿瘤的诊断与鉴别诊断价值。**方法** 收集经手术证实的24例腮腺肿瘤的MSCT资料,与病理改变进行对照分析。MSCT同时行平扫和增强扫描。**结果** 腮腺肿瘤大多位于腮腺浅叶(14/24),良性肿瘤以多形性腺瘤居多(13/19),MSCT表现为境界清楚、密度均匀的肿块。恶性肿瘤以粘液表皮样癌较多(4/5),MSCT多显示为境界不清、密度不均匀的肿块。转移癌以鼻咽部来源多见(1/5)。**结论** 腮腺肿瘤在MSCT表现上有其各自特点,对绝大多数病例进行定性诊断是可能的。

[关键词] 多排螺旋CT; 诊断; 腮腺肿瘤

[Abstract] Objective To investigate the value of MSCT in diagnosis and differential diagnosis of parotid tumour. Methods In all 24 cases of parotid tumours proved by surgery were enrolled. MSCT manifestations were comparatively studied with pathological findings. Plain and enhanced CT scan were performed in all cases. Results Most tumours of parotid gland were located in the shallow leaves(14/24). Most benign tumors were mixed tumor(13/19) which manifested as masses with clear borders and even dense in MSCT; Mucoepidermoid carcinomas constituted the majority in malignant tumors of parotid gland, which showed as masses with obscure boundaries and various dense. Most metastases originated from nasopharyngeal carcinoma. Conclusion There are certain characteristics of parotid tumors on MSCT images, and these are helpful in determining the histological nature of the tumor.

[Key words] MSCT; Diagnosis; Parotid gland tumor

腮腺肿瘤在涎腺肿瘤里最多见,如何早期明确腮腺肿块的良好恶性对合理的制定手术方案是至关重要的^[1]。随着MSCT应用于腮腺肿瘤的检查以来,由于MSCT多方位后处理成像,为术前明确诊断提供了可靠的依据。本文主要探讨MSCT对腮腺区肿瘤的诊断与鉴别诊断价值。

1 资料与方法

1.1 临床资料

收集近一年来我院经手术和病理证实且资料完整的腮腺区肿瘤24例,其中男15例,女9例;年龄12~72岁,平均43岁。24例中,原发肿瘤23例(其中良性肿瘤19例,恶性肿瘤4例),转移癌1例。

1.2 检查方法

24例腮腺肿瘤中全部行MSCT检查,20例同时行平扫+增强扫描。GE Lightspeed 16螺旋CT扫描仪,CT扫描条件为120~150kV,180mA,层厚5mm,螺距1.0,采用高压注射器由肘部静脉注入欧乃派克-300mg/mL,80~100mL,速率2.5mL/s。扫描范围从听眦线向下至下颌骨颈部。先平扫,然后进行增强扫描。

2 结果

2.1 手术病理结果

良性肿瘤19例,其中多形性腺瘤13例(图1,4)、腺淋巴瘤4例(图5,6)、脂肪瘤1例、淋巴管瘤(囊状水瘤)1例(图7,8)。同时累及浅叶和深叶1例,位于左侧12例,右侧10例,两侧同时2例。术中所见良性肿瘤包膜完整,与周围组织无粘连。恶性肿瘤5例,黏液表皮样癌2例,腺泡细胞癌1例,转移癌1例。位于

浅叶3例,深叶1例,同时累及浅叶和深叶1例。术中所见恶性肿瘤均无包膜(部分有包膜,但不完整)与周围结构境界不清,与面神经比邻者将面神经包绕其中。转移癌1例,原发癌来源于鼻咽癌。

2.2 MSCT表现

多形性腺瘤表现为腮腺区圆形、椭圆形境界清晰的稍高密度,为散在砂砾样高信号,增强扫描为显著强化。

腺淋巴瘤呈等和低密度影,密度不均匀,境界不清;增强扫描为中等不均匀强化。

淋巴管瘤呈低密度影,密度均匀,增强扫描为不强化。

脂肪瘤1例,为一老年女性,右侧腮腺区多个大小不等的类圆形低密度,增强扫描为轻度强化。

恶性肿瘤也表现为腮腺区的不均匀稍高密度,边缘不清,形态不规则。增强扫描为中等或显著强化。

3 讨论

腮腺是唾液腺中体积最大的一对腺体,位于面部,通常以下颌后静脉作为腮腺深浅叶的分界标志。浅叶占80%,主要位于下颌升支及咀嚼肌表面,深叶占20%,其前方伸至下颌升支和翼内肌内侧,可达咽旁间隙。腮腺为脂性腺体组织,在CT平扫上均呈低密度,下颌后静脉为点状高密度小结节。面神经位于下颌后静脉外侧,呈中等密度,但难与腺内导管及纤维间隔区别^[2-4]。来自腮腺深叶的肿瘤约3/4为良性,其中最常见的是良性多形性腺瘤,而恶性肿瘤中以黏液表皮样癌、腺癌、恶性多形性腺瘤、鳞癌等较多见。腮腺深叶肿瘤与腮腺相连而无脂肪间隙,颈动脉鞘无或向后、外方稍移位。良性者境界多清楚、有包膜,而恶性者,形态多不规则,包膜不清,常侵犯周围结构。

腮腺肿瘤的定性诊断对于制定手术方案、保留面神经及判断预后均有极为重要的意义。因为活检造成腮腺包膜的破裂,

作者单位: 457001 濮阳市油田总医院放射科 (杨义军 翟跃杰 王志芳)

当代医学 | Clinical Medicine

易导致种植性转移和复发,一般不予提倡。影像学检查因而具有十分重要的地位。在现有影像学检查手段中,MSCT由于良好的软组织分辨率及多参数的应用可获得丰富的诊断资料,成为目前腮腺肿瘤诊断中最理想的检查手段。

常见腮腺良性肿瘤/病变的MSCT诊断。在腮腺良性肿瘤中,上皮性肿瘤与非上皮性肿瘤表现不同。上皮性肿瘤以形状规则、边界清楚为特征,多有或厚或薄的包膜;密度和增强扫描后信号强度的改变在不同类型间表现不同,是对其进行定性

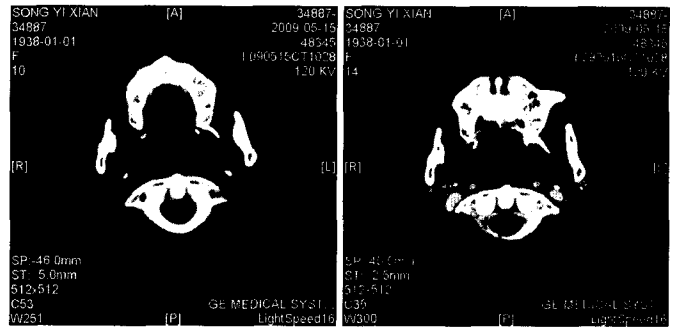


图9-10 右侧腮腺淋巴管瘤

诊断的依据。超过一半的腺淋巴瘤表现为等或稍高密度,其余良性肿瘤均表现为高密度。多数上皮性肿瘤密度不均匀,这既可是肿瘤坏死、囊变所致,也可由组成细胞的多样性所引起。多形性腺瘤发病较轻,多<40岁,腺淋巴瘤好发于老年男性,有长期吸烟史。

腺淋巴瘤约一半是不均匀的,多发是其特征性,而多形性腺瘤大多是均匀的、单发;另一方面是表现的特点不同,腺淋巴瘤多数是较大片低密度影,多由相对较大的腺腔或坏死腔形成,而多形性腺瘤更多见的是分布广泛的细小斑点,如沙砾状,是由其复杂的组织成分所造成。肿瘤增强扫描后,腺淋巴瘤均呈轻度增强,病灶内包绕血管或病灶边缘可见血管征,其他良性肿瘤均呈中等或显著强化,多形性腺瘤渐进性强化,持续时间长,不包绕血管。

血管瘤及淋巴管瘤常见于儿童。淋巴管瘤源于淋巴组织,分为3型:毛细管状淋巴管瘤、蔓状淋巴管瘤和囊状水瘤,临床以囊状水瘤多见,可出现于颈后间隙、下颌下间隙及腮腺间隙。65%的淋巴管瘤出现于出生时,90%出现于3岁内,成人可因外伤等原因出现此病。病变呈明显囊状低密度影,常有多房现象,增强后壁及分隔可有轻度强化。

其他易与肿瘤混淆的肿块样病变包括囊肿和慢性炎症。囊肿以水样内容物为特征,水样低密度,增强扫描后仅囊肿壁强化,使之容易做出诊断;慢性炎症的诊断有时不易做出,其形状不规则,边界不清楚,易与恶性肿瘤混淆,腮腺筋膜增厚及既往的炎症病史均是诊断的重要依据。

由此可见,通过对MSCT征象进行全面分析,结合患者性别、年龄,对大多数病例进行定性诊断是可能的。

参考文献

[1] 尉文华.腮腺肿瘤影像学检查的进展[J].医学影像学杂志,2003,13(6):427-428.
 [2] 施增儒,王中秋,吴树春.五官CT和MRI[M].南京:南京大学出版社,1997:538.
 [3] 程琦,叶慧义,刘伟,等.腮腺肿瘤的CT诊断[J].实用放射学杂志,1999,15(5):276-278.
 [4] Silvers AR, Som PM.Salivary glands[J].Radiol Clin North Am,1998,36(5):941.

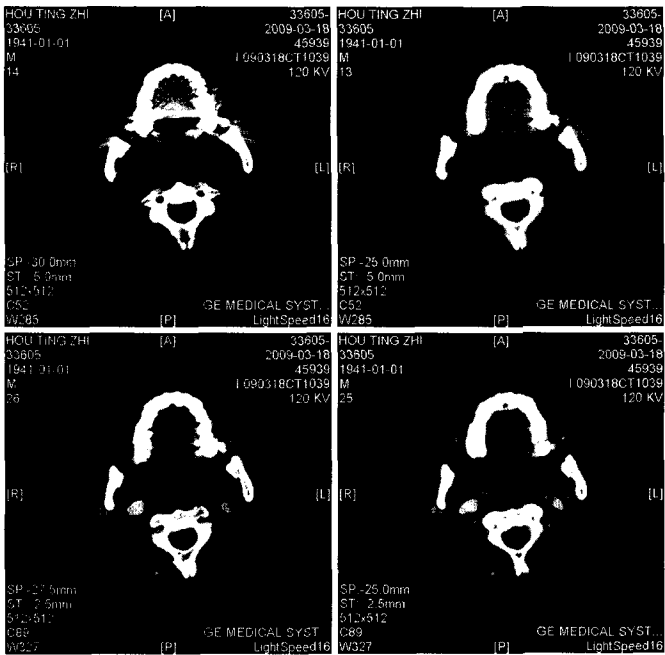


图1-4 左侧腮腺浅叶多形性腺瘤

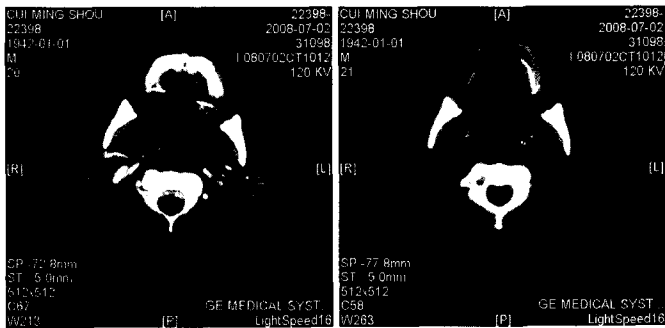


图5-6 双侧腮腺浅叶腺淋巴瘤

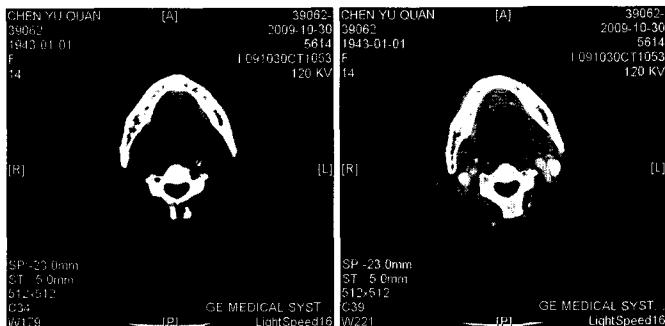


图7-8 右侧腮腺囊性淋巴管瘤