

论 著

腮腺腺淋巴瘤的
MSCT、MRI表现及临
床病理回顾性分析

1. 福建省永安市立医院影像科

(福建 永安 366000)

2. 福建省三明市第二医院病理科

(福建 三明 366099)

郭永强¹ 黄文瑜² 王成亮¹
杨帆¹ 傅良飞¹ 陈玉堂¹

【摘要】目的 探讨腮腺腺淋巴瘤的MSCT、MRI表现与临床病理的关系。**方法** 对经病理证实的48例腮腺腺淋巴瘤MSCT、MRI表现及临床病理进行回顾性分析。**结果** 48例腮腺腺淋巴瘤患者, 其中42例为单发病灶, 6例为多发病灶, 肿块位于腮腺浅叶后下方44/54(81.48%), 其中同时累及腮腺深叶的6个; 肿块边缘清楚52/54(96.30%), 包膜在MRI上表现为T1WI及T2WI上环状低信号; 肿块长轴与下颌骨升支平行者40/54(74.07%), 48例均行MSCT及MRI平扫, 15例行MSCT增强扫描, 16例行MRI增强扫描, MSCT及MRI平扫呈实性或不均匀性密度(信号)肿块, 增强扫描实性部分多呈明显强化, 囊性部分不强化或呈斑点、裂隙状、花斑状或豹纹状相对低密度(信号)灶, 肿块周围增大淋巴结18枚; 临床特点是43/48(89.58%)的病人有吸烟史, 48例中, 男44例, 女4例, 50岁以上者37/48(77.08%); 病理特点是肿块包膜完整, 切面可见囊腔, 镜下囊腔衬覆特征性嗜酸性双层上皮细胞, 上皮多呈乳头状排列, 间质为淋巴细胞, 送检发现22枚周围淋巴结呈反应性增生。**结论** 腮腺腺淋巴瘤患者的MSCT、MRI表现有一定特点, 其与病理也有一定的对应性, 体现在肿块包膜完整及内部囊变上, 再密切结合中老年男性、吸烟史进行分析可提高诊断准确性。

【关键词】 腮腺腺淋巴瘤; MSCT; MRI; 临床特点; 病理学

【中图分类号】 R739.91; R445.2; R445.3

【文献标识码】 A

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5131.2017.11.017

通讯作者: 郭永强

Retrospective Analysis on the MSCT and MRI Manifestations and Clinical Pathology of Parotid Gland Adenolymphoma

GUO Yong-qiang, HUANG Wen-yu, WANG Cheng-liang, et al., Department of Imaging, Yong'an Municipal Hospital, Yong'an 366000, Fujian Province, China

[Abstract] **Objective** To discuss the relationship between the MSCT and MRI manifestations and the clinical pathology of parotid gland adenolymphoma. **Methods** Retrospective analysis has been carried out on the MSCT and MRI manifestations and clinical pathology of 48 patients who are pathologically diagnosed with parotid gland adenolymphoma. **Results** Among the 48 patients with parotid gland adenolymphoma, 42 of them were with single focus and the other 6 were with multiple focuses. The proportion of patients with lump behind and underneath the superficial lobe of parotid gland was 44/54 (81.48%). Among them, 6 patients also had lesion on the deep lobe; the portion of lump with clear edge was 52/54 (96.30%), with the MRI capsule manifestations of low signal on T1WI and T2WI rims; the proportion of patients with the long axis of lump parallel with underjaw ascending limb is 40/54 (74.07%). For all 48 cases, MSCT and MRI plain scan have been carried out. 15 of them had MSCT enhancement scan; 16 of them had MRI enhancement scan. The MSCT and MRI plain scan results showed lumps with solid or nonhomogeneous density (signal). The parenchyma parts in enhancement scans were mostly obviously intensified. The cystic portions were not intensified or showed lesions with spots, fissures, piebald, or leopard with relatively low density(signal). 18 cases showed enlarged lymph nodes around the lumps. In terms of clinical features, 43/48(89.58%) of the patients have history of smoking. Among the 48 patients, 44 were male and 4 were female. 37/48(77.08%) were aged over 50. In terms of pathological features, the lumps have complete capsules. Cyst cavity could be seen from the section. The cyst cavity under the scope were lined by characterized acidophilic bistratified epithelial cells. The epithelium was in the papillary form and the interstitial substance was lymphocytes. 22 of the submitted samples of peripheral lymph nodes showed reactive hyperplasia. **Conclusion** There are certain features in the MSCT and MRI manifestations of parotid gland adenolymphoma patients, which is in accordance with its pathological features. These are manifested in the completeness of lump capsules and internal cystic lesions. In addition, if we consider the factors related to middle-aged and senior males and analyze their history of smoking, the accuracy of diagnosis can be improved.

[Key words] Parotid Gland Adenolymphoma; MSCT; MRI; Clinical Features; Pathology

腮腺腺淋巴瘤, 又称Warthin瘤或乳头状囊腺瘤, 其发病率仅次于多形性腺瘤。但术前MSCT及MRI易误诊为腮腺多形性腺瘤, 笔者回顾性分析经手术病理证实的48例腮腺腺淋巴瘤的MSCT及MRI表现、临床特点及病理特点, 旨在提高对本病MSCT和MRI的认识和诊断水平。

1 材料与方法

1.1 临床资料 本组48例, 男44例, 女4例, 年龄28~80岁, 平均58岁。其中50岁以上者37例。按WHO(1984)关于吸烟调查方法标准建议, 将平均每天吸烟一支以上, 持续吸烟一年以上者定为吸烟者, 有吸烟者43例, 吸烟史不祥者4例, 无吸烟史1例, 最长烟龄达60年, 患者均以耳前下方无痛性肿物就诊, 47例病程2天~3年, 平均20个月, 其中4例分别于术后7年、5年、5年、3年对侧再发肿瘤手术。48例均行

MSCT、MRI平扫, 15例行MSCT增强扫描, 16例行MRI增强扫描。

1.2 扫描方法及参数 CT扫描采用Siemens Emotion 16层螺旋CT机及GE Lightspeed 64层螺旋CT机。扫描参数: 120Kv, 80~160mAs, 视野25~28cm, 采集矩阵 512×512 , 重组层厚5mm; 增强对比剂为碘佛醇(300mgI/ml), 剂量1.5ml/Kg体重, 注射流率2.5ml/s, 注射25s开始扫描。MR检查采用Philips Achieva 1.5T和GE HDE 1.5T超导扫描仪, 层厚5mm, 层间距1mm, FOV 25~28cm。矩阵 512×512 , 采用横轴位SE T1WI、快速自旋回波(FSE)T2WI、脂肪信号抑制(SPAIR), 部分加扫SE T1WI冠状位或矢状位。增强对比剂为莫迪司(钆贝葡胺注射液), 剂量为1.5~2.0ml/kg, 注射速率2.5ml/s, 注射后行横断面、冠状面、矢状面SET1WI扫描。

2 结 果

2.1 临床特点 本组病例中, 男性占44/48(91.67%), 50岁以上占37/48(77.08%), 有吸烟史占43/48(89.58%), 烟龄最长达60年。单发者45例, 多发者3例。

2.2 MSCT及MRI表现特点 48例共54个病灶, 肿块位于腮腺浅叶后下方44/54(81.48%), 其中同时累及腮腺深叶的6个, 非腮腺浅叶后下方的10个; 肿块边缘清楚52/54(96.30%), 边界模糊2个, 包膜在MRI上表现为T1WI及T2WI上环状低信号(图1-2); 肿块长轴与下颌升支平行者40/54(74.07%)(图3-4); 34个病灶平扫密度或信号欠均匀, 实性成分信号在T1WI(相对正常肌肉)为等信号、T2WI稍高信号, 信号不均者在T1WI或T2WI上呈混杂信号, 31个

增强灶中有23个不均匀强化, 呈现不强化或斑点、裂隙状、花斑状或豹纹状相对低密度(信号)灶, 以CT平扫相、增强动脉期相及MRI观察易于显现(图4-6), 实质部分呈中度强化的4个(增强CT值上升20~40HU), 明显强化的27个增强CT值上升40HU以上, 肿块边缘见相对增粗的下颌后静脉22/31(70.97%)(图7-8); 肿块周围增大淋巴结18枚, 淋巴结增大以短径大于1cm为标准。

2.3 病理学特点 54枚肿物大体标本包膜完整, 表面光滑, 影像学肿块边缘模糊者肿块及其周围可见炎性细胞, 切面呈灰白灰褐色, 切面可见小囊, 偶见较大囊腔, 内容物为黏液、胶冻样物或干酪样物。镜下肿瘤组织由呈囊性的腺样结构构成, 囊腔衬覆特征性双层上皮, 多呈乳头状排列, 间质见含生发中心的密集淋巴样组织。送检发现22枚周围淋巴结呈反应性增生, 说明短径小于1cm的淋巴结也可出现反应性增生。总体上影像学表现与病理有一定的对应性, 体现在肿块包膜完整及内部囊变的一致性上, 见图9-10。

3 讨 论

腮腺腺淋巴瘤首次于1916年由Albrecht和Aazt报道。1929年Warthin详细描述其病理特征, 是一种缓慢生长的良性肿瘤。有关腮腺腺淋巴瘤的组织发生, 多数学者赞同淋巴结内迷走的涎腺组织异常增殖学说^[1], 即在胚胎发育时期, 腮腺和腮腺内淋巴组织同时发育, 淋巴结内只是聚集成团的细胞, 尚未形成淋巴结被膜, 因此腺体组织可迷走到淋巴组织中, 当淋巴结被膜形成后, 腺体组织包裹在淋巴结中, 迷走

涎腺组织的导管上皮增殖, 发生瘤变, 即为腮腺腺淋巴瘤。而吸烟与腮腺腺淋巴瘤存在着密切的关系, 有学者推测吸烟时产生的化学物质作用于口腔或口咽粘膜后, 通过淋巴引流到达或通过腮腺导管开口到达腺腮淋巴结中的迷走涎腺组织, 经过长期作用导致腺体及淋巴样组织增生而化生瘤变^[2]。由于患者多在成年后吸烟, 故临床腮腺腺淋巴瘤患者多为中老年人, 本组资料50岁以上占37/48(77.08%), 有吸烟史43/48(89.58%), 烟龄最长达60年, 支持吸烟与腮腺腺淋巴瘤关系密切的观点^[3]。由于腮腺腺淋巴瘤中淋巴与涎腺组织同时并存, 其中的淋巴组织可继发炎症, 因此临床上肿块可有消长史, 本组资料有消长史2例。肿块继发感染影像表现边界模糊, 本组资料2个肿块边界模糊, 病理在肿块及其周围可见炎性细胞。腮腺腺淋巴瘤的MSCT及MRI特点是: 1、肿块多位于腮腺浅叶后下方, 本组资料44/54(81.48%), 与文献报道的结果类似^[3]。好发于腮腺浅叶后下部, 多认为与腮腺浅叶后下方淋巴组织丰富有关^[4]; 2、肿块边界清楚多见, 本组52/54(96.30%), 包膜在MRI上表现为T1WI及T2WI上环状低信号, 边界不清少见, 病理显示肿块及其周围可见炎性细胞; 3、肿块单发多见, 本组45/48(93.75%), 可有多发, 本组有4例于术后3~7年对侧再发肿瘤手术, 可能也是腺淋巴瘤多发的一种表现形式, 应引起重视; 4、肿块平扫密度或信号欠均匀多见, 信号不均者在T1WI或T2WI上均呈混杂信号, 主要与囊内容物成分有关, 本组增强不均匀强化灶23/31(74.19%), 呈现不强化或斑点、裂隙状、花斑状或豹

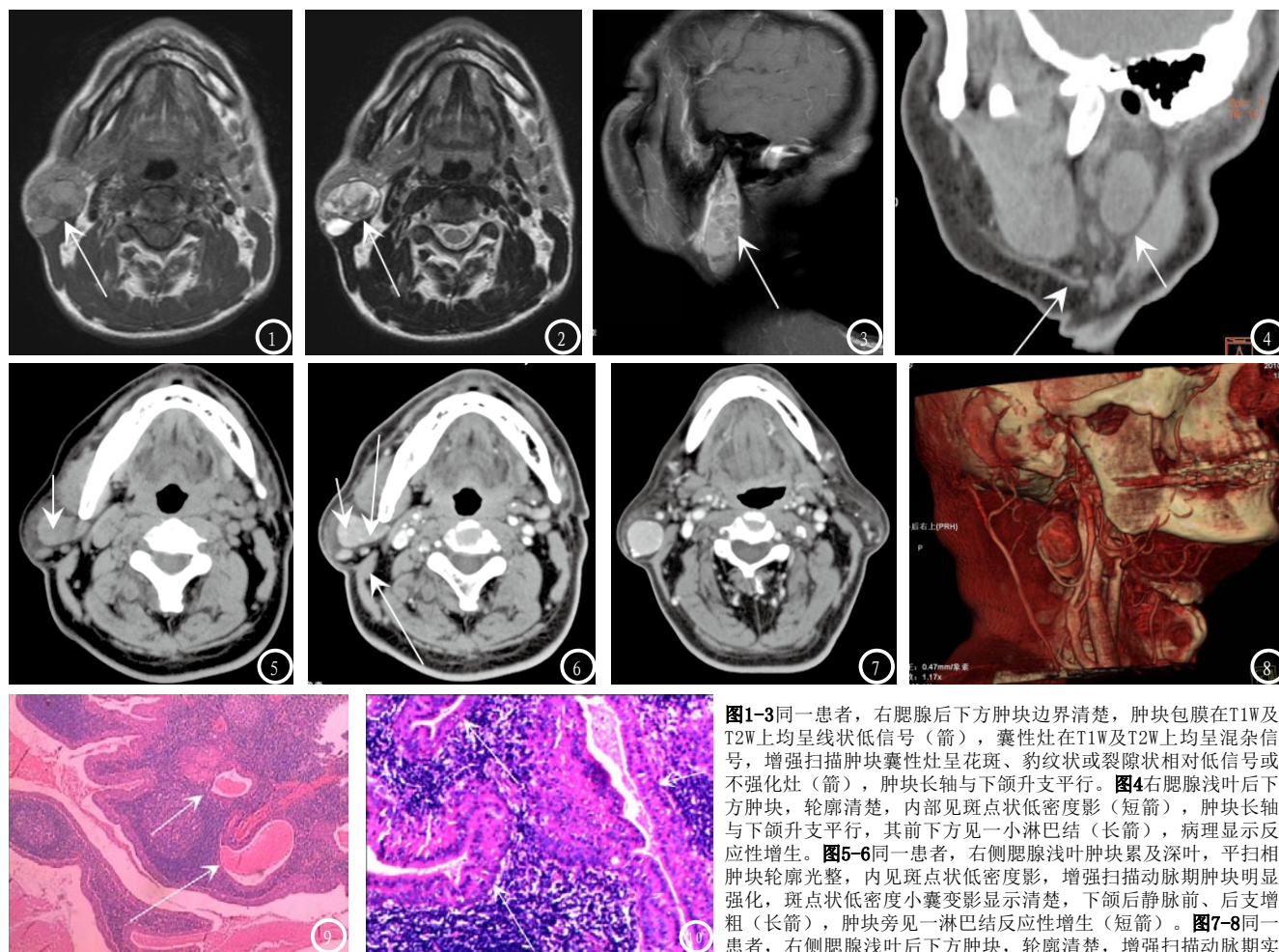


图1-3同一患者，右腮腺后下方肿块边界清楚，肿块包膜在T1W及T2W上均呈线状低信号（箭），囊性灶在T1W及T2W上均呈混杂信号，增强扫描肿块囊性灶呈花斑、豹纹状或裂隙状相对低信号或不强化灶（箭），肿块长轴与下颌升支平行。图4右腮腺浅叶后下方肿块，轮廓清楚，内部见斑点状低密度影（短箭），肿块长轴与下颌升支平行，其前方见一小淋巴结（长箭），病理显示反应性增生。图5-6同一患者，右侧腮腺浅叶肿块累及深叶，平扫肿块轮廓完整，内见斑点状低密度影，增强扫描动脉期肿块明显强化，斑点状低密度小囊变影显示清楚，下颌后静脉前、后支增粗（长箭），肿块旁见一淋巴结反应性增生（短箭）。图7-8同一患者，右侧腮腺浅叶后下方肿块，轮廓清楚，增强扫描动脉期实

性肿块明显强化，容积再现图像清楚显示下颌后静脉前、后支增粗，后支包绕肿块表面。图9-10 病理特点见囊性的腺样结构（箭），腺上皮及含有密集淋巴组织的间质、淋巴滤泡及生发中心（HE，×40），腺上皮形成乳头状突入管腔，嗜酸性双层上皮周围淋巴性间质包裹，内层上皮高柱状，外层细胞较小，呈立方或多边形（HE，×200）。

纹状相对低密度（信号）灶，均匀实性少见，实性成分明显强化多见27/31(87.10%)，笔者认为实性肿块密度均匀可能是假象，可能与囊腔太小，囊内成分复杂有关，所以在观察时以CT平扫相、增强动脉期相及MRI更易于显现。下颌后静脉分前后2支，肿块边缘见相对增粗的下颌后静脉22/31(70.97%)，也间接证实了肿块血流丰富；5、肿块大多表现长轴平行于下颌骨升支部^[5]，本组40/54(74.07%)，与文献报道一致。6、肿块周围淋巴结增大，本组以淋巴结增大以短径大于1cm为标准，发现18枚淋巴结增大。病理学上肿块包膜完整，内部多囊变，与MSCT及MRI显示边界清楚，密度或信号不均一致，肿块周围

淋巴结增大，病理学上显示为淋巴结反应性增生，可能是腺淋巴瘤患者常伴有周围淋巴结反应性增生的改变。送检发现22枚周围淋巴结呈反应性增生，说明短径小于1cm的淋巴结也可出现反应性增生。总体上影像学表现与病理有一定的对应性，体现在肿块包膜完整及内部囊变的一致性上。

鉴别诊断：(1)腮腺多形性腺瘤，是腮腺最常见的良性肿瘤，占腮腺良性肿瘤的60~80%，好发于中年女性，以40~50岁高发^[6]，其MSCT或MRI表现密度或信号均匀或不均匀，边界清楚，多形性腺瘤血管含量最少，强化程度低，CT增强扫描呈缓慢、持续强化至延迟期，在腮腺肿瘤中强化持续时间最长^[7]。(2)腮腺黏

液表皮样癌，少见，生长迅速，肿块质硬，形态不规则，边缘不清，易侵犯周围脂肪、肌肉、血管及神经等^[8]，该瘤含有大量黏液成分，T2WI信号可表现为高信号，实质强化通常较腺淋巴瘤明显。(3)腮腺基底细胞腺瘤，少见，多见于中老年女性，主要发生于腮腺浅叶，特别是邻近腮腺包膜的部位，为类圆形多发的结节，体积较小，易发生囊变，边缘清晰，因肿瘤内血管较丰富，呈现双期持续强化，而腺淋巴瘤呈现动脉期显著强化，延迟期快速下降^[9-10]。(4)腮腺感染性病变，临床表现类似于腺淋巴瘤感染，两者不易鉴别，若通过抗感染治疗后症状好转，但病变不能彻底消除，应根据影像特点及临

床特点,排除是否为腺淋巴瘤。

总之,腮腺腺淋巴瘤的MSCT、MRI表现有一定特点,肿块好发于腮腺浅叶后下方,边界清楚,单发、密度或信号欠均匀或囊变多见,可有多发,肿块长轴多与下颌骨升支部平行,与病理也有一定的对应性,表现为肿块包膜完整及内部囊变,诊断时应密切结合临床上多见于中老年男性,吸烟史等进行分析,可提高腮腺腺淋巴瘤影像诊断的准确性。

参考文献

- [1] Orlebeke J, Knol DL. Increase in child behavior problems

resulting from maternal smoking during pregnancy[J]. Archives of Environmental Health, 1997, 52(4): 317-321.

- [2] 朱文丽综述. 外环境烟雾吸入对儿童呼吸系统疾病的影响[J]. 国外医学医学地理学分册, 2002, 23(4): 185-187.
- [3] 刘其顺, 梁长虹, 黄飏. 等. 腮腺腺淋巴瘤的CT及MRI诊断[J]. 中华放射学杂志, 2005, 39(4): 406-409.
- [4] Freedman LS, Oberman B, Sadetzki S. Using time dependent covariate analysis to elucidate the relation of smoking history to Warthin's tumor risk[J]. Am J Epidemiol, 2009, 170(9): 1178-1185.
- [5] 吕良靓, 王中秋, 张建华, 等. 腮腺腺淋巴瘤MRI表现与病理亚型的相关性分析[J]. 中国CT和MRI杂志, 2014, 12(3): 21-25.

- [6] 胡高军, 张红琴. 腮腺多形性腺瘤

的MR诊断[J]. 中国医学影像学杂志, 2012, 20(12): 908-910.

- [7] 朱娟, 李葆青, 张宁. 64排螺旋CT双期增强扫描诊断腮腺肿瘤的影像病理分析[J]. 放射学实践, 2012, 27(10): 1073-1078.
- [8] 邱喜雄, 夏军, 雷益, 等. 腮腺病变的MRI诊断和鉴别诊断[J]. 中国CT和MRI杂志, 2009, 7(4): 34-36.
- [9] 李颖, 马林, 程流泉, 等. 腮腺基底细胞腺瘤CT和MRI特点[J]. 中国医学影像学杂志, 2012, 20(4): 252-254.
- [10] XU Z F, YONU F, YU T, et al. Different histological subtypes of paratid gland tumors: CT findings and diagnostic strategy[J]. World J Radiol, 2013, 5(8): 313-320.

(本文编辑: 刘龙平)

【收稿日期】2017-09-18

(上接第 37 页)

同时SWI对静脉血与出血灶区别有一定的难度,可能影响出血病灶数量统计,本研究尚未涉及到,为本研究不足。

综上所述,相比常规MRI检查,SWI在脑梗死出血性转化检测中有显著优势,能更早的发现继发出血发现,能清晰显示病灶周边微小血管,为疾病早期治疗方案制定提供重要依据。

参考文献

- [1] 段圣武, 李一辉. DWI及SWI在急性出血性脑梗死的临床应用[J]. 医学临床研究, 2016, 33(1): 150-152.
- [2] 陈莉, 秦新月. 磁敏感成像在检测缺血性脑卒中出血性转化中的应用[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(23): 6757-6758.
- [3] 朱丽, 王天乐, 龚沈初, 等. SWI对

急性缺血性脑卒中颅内动脉血栓的诊断价值[J]. 实用放射学杂志, 2015, 31(9): 1415-1419.

- [4] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 146-153.
- [5] 吴思惠, 戴建平, 张云亭. 中华影像学-中枢神经系统卷[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 4.
- [6] 上官建伟. CT与MRI对脑梗死的诊断价值分析[J]. 中国CT和MRI杂志, 2015, 13(10): 7-8, 18.
- [7] 宋波, 雷蕾, 张家伟, 等. 介入治疗缺血性脑血管疾病的中长期预后及安全性应用[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2015, 12(4): 90-92.
- [8] 魏晓辉, 杨小飞, 黄煜, 等. DWI在急性缺血性脑卒中中的临床应用[J]. 西部中医药, 2015, 28(6): 152-153.
- [9] Kesavadas C, Thomas B, Pendharakar H, et al. Susceptibility weighted imaging: does it give information similar to perfusion weighted imaging in acute stroke[J]. Journal of neurology, 2011, 258(5): 932-934.

[10] 骆嵩, 邓方, 张颖, 等. 磁敏感加权成像界定卒中急性期缺血半暗带及与灌注加权成像的对照研究[J]. 中华神经科杂志, 2014, 47(10): 711-715.

- [11] 安星宇, 赵燕凌, 于静红, 等. 磁共振磁敏感加权成像诊断颅内微出血的研究现状[J]. 山西医药杂志, 2015, 44(11): 1266-1269.
- [12] Rosso C, Belleville M, Pire C, et al. Clinical usefulness of the visibility of the transcerebral veins at 3T on T2*-weighted sequence in acute stroke patients[J]. Eur J Radio, 2012, 81(6): 1282-1287.
- [13] 董龙春, 文小检, 刘筠, 等. SWI在预测缺血性脑卒中出血性转化中的价值[J]. 实用放射学杂志, 2014, 30(4): 561-564.
- [14] 钱利萍, 韩志江, 徐犇, 等. SWI在急性缺血性脑卒中患者脑内微出血的诊断价值[J]. 影像诊断与介入放射学, 2012, 21(4): 243-246.

(本文编辑: 谢婷婷)

【收稿日期】2017-09-18