

论 著

腮腺肿瘤的MSCT诊断及误诊分析

广州中医药大学第一附属医院影像科 (广东 广州 510405)

李高峰 黄学武 黄耀华

【摘要】目的 探讨腮腺肿瘤的MSCT表现, 分析误诊原因, 提高诊断水平。方法 回顾性分析手术病理证实的83例腮腺肿瘤患者CT资料, 探讨其MSCT表现并分析误诊原因。结果 良性61例, 恶性22例; 良性肿瘤多位于浅叶, 边界多清晰光滑, 持续或渐进性强化多见, 腺淋巴瘤早期明显强化; 混合瘤、血管瘤可见钙化, 腺淋巴瘤囊变多见。恶性肿瘤多位于深叶, 具恶性肿瘤一般特点。CT误诊9例: 2例腺淋巴瘤、1例良性肌上皮瘤及1例海绵状血管瘤误诊为混合瘤, 1例混合瘤误诊为血管瘤, 1例基底细胞腺瘤误判为恶性, 3例边界清楚长径小于2.5cm的恶性肿瘤误判为良性。结论 腮腺肿瘤MSCT能准确定位并判定良恶性, 大部分可术前明确诊断; 部分表现不典型或互有重叠, 拘泥于好发部位、性别年龄等均可成为误诊原因。

【关键词】腮腺; 肿瘤; 体层摄影术; X线计算机; 诊断

【中图分类号】R781.7+3

【文献标识码】A

DOI: 10.3969/j.issn.1672-5131.2018.09.027

通讯作者: 李高峰

MSCT Diagnosis and Misdiagnosis Analysis of Parotid Tumors

LI Gao-feng, HUANG Xue-wu, HUANG Yao-hua. Department of Radiology, The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510405, Guangdong Province, China

[Abstract] **Objective** To investigate the MSCT features of parotid tumors and to analyze the causes of misdiagnosis and improve the diagnostic level. **Methods** The MSCT findings of 83 patients with parotid tumors proved by surgery and pathology were analyzed retrospectively. The MSCT findings and the causes of misdiagnosis were analyzed. **Results** 61 cases were benign, and the other was malignant in 22 cases. Benign tumors were located in the superficial lobe, and the border was clear and smooth, persistent or progressive intensification, adenolymphoma was enhanced obviously in the early phase, calcification could be found in pleomorphic adenoma and hemangioma, most adenolymphomas were with cystic change. Most malignant tumors of parotid were located in the deep lobe, with the general characteristics of malignant tumors. CT misdiagnosis in 9 cases: 2 case of adenolymphoma, 2 case of myoepithelioma and 1 case hemangioma were misdiagnosed as pleomorphic adenoma, 1 case pleomorphic adenoma was misdiagnosed as hemangioma, 1 case basal cell adenoma was misdiagnosed as malignant tumor, 3 cases of malignant tumors with clear boundary length of less than 2.5cm misdiagnosed as benign. **Conclusion** MSCT can accurately locate and determine the benign and malignant tumors of parotid gland, most of them can be diagnosed before operation, some of them are not typical, and over-dependence on predilection sites, gender, age, etc will lead to misdiagnosis.

[Key words] Parotid Gland; Tumor; Tomography; X-ray Computed; Diagnosis

腮腺肿瘤种类繁多, 临床表现缺乏特异性。术前准确定位及判定良恶性对治疗和预后尤为重要。穿刺活检虽为术前诊断金标准, 但受肿瘤位置及取材限制, 且易引起种植播散。CT可确定肿瘤的位置、大小、数目、周围结构、淋巴结及骨质情况, 对临床诊断及指导手术均有重要价值。但因腮腺肿瘤病理分型复杂, 部分影像表现可不典型或互有重叠, 术前误诊仍时有发生。现搜集分析我院2010年1月~2017年2月经手术病理证实的83例腮腺肿瘤患者的CT资料, 探讨其CT表现并分析误诊原因, 以期提高诊断水平。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2010年10月~2017年2月在本院进行多层螺旋CT扫描、其后经手术病理证实的腮腺肿瘤患者83例。其中, 男14例, 女9例; 年龄20~79岁。临床主要症状为发现耳后包块, 个别伴疼痛及张口受限, 时间3个月4年不等。

1.2 检查方法 采用Toshiba aquilion 64排螺旋CT扫描, 常规横断面扫描, 扫描范围自下颌骨下缘至耳屏上缘, 以1.25mm的层厚连续扫描, 管电压120kV, 管电流250~300mA, 所有患者均采用双期扫描, 分别在注射后25s、60s行动脉期, 静脉期扫描。增强扫描时, 经肘静脉注入对比剂优维显(30 mgI/mL) 70~80mL, 速率3.5mL/s。

1.3 图像分析 所有图像均由两位高年资放射科医生共同阅片并达成一致意见, 分析内容包括病灶分布部位、数量、形态、大小、密度、边缘情况、囊变坏死或钙化、强化程度、邻近结构侵犯、淋巴结

转移及骨质破坏。平扫密度高于正常腮腺实质定为高密度,反之为低密度;强化程度以增强后CT值增加 $<20\text{Hu}$ 为轻度强化,介于 $20\sim40\text{Hu}$ 为中等强化, $>40\text{Hu}$ 为明显强化。淋巴结转移以单个淋巴结短径 $\geq 1.0\text{cm}$ 、或多个淋巴结融合且出现坏死,则认为存在淋巴结转移。

2 结 果

2.1 病理 83例中良性61例、占73.5%:良性混合瘤38例,腺淋巴瘤16例,基底细胞腺瘤3例,良性肌上皮瘤1例,海绵状血管瘤3例。恶性22例、占26.5%:粘液表皮样癌11例、腺样囊性癌5例、腮腺鳞癌2例、基底细胞癌2例、涎腺导管癌1例、腮腺非霍奇金淋巴瘤1例。

2.2 部位、数目 单侧82例,双侧1例,多发病灶2例。1例腺淋巴瘤为双侧多发病灶,1例非霍奇金淋巴瘤为单侧多发病灶,其余均为单发病灶。良性肿瘤44例位于浅叶、占72.1%(44/61),12例位于深浅叶交界,4例位于深叶,1例混合瘤位于浅叶表面与皮肤间。恶性肿瘤11例位于深叶、占50%(11/22),2例位于浅叶,5例跨叶,4例呈弥漫浸润生长。

2.3 CT表现 良性肿瘤51例边缘清楚光整,9例边缘毛糙。恶性肿瘤18例呈不规则分叶状肿块,4例呈弥漫浸润改变,5例边界毛糙不清,3例边界清楚,6例伴周围浸润改变,3例伴颈部淋巴结肿大。良性肿瘤密度多呈高密度、大部分密度较均匀,其中7例腺淋巴瘤平扫呈等低密度;8例混合瘤和5例腺淋巴瘤见囊变,3例混合瘤和1例海绵状血管瘤可见钙化。增强扫描混合瘤缓慢渐进性强化(图1-8),腺淋巴瘤早期明显

强化(图9-11),基底细胞腺瘤持续性明显强化,部分可见裂隙状低密度影(图12-14),良性肌上皮瘤渐进性明显强化(图15-17),血管瘤缓升持续性强化、部分可见点条状血管影。恶性肿瘤密度多不均匀,渐进性或不均匀延迟强化,5例粘液表皮样癌、1例鳞癌出现大片坏死。

2.4 CT误诊 1例混合瘤位于腮腺浅叶表面与皮肤间,增强扫描明显延迟强化,部分CT值达 201Hu ,边缘见迂曲小血管影(图4-8),术前误诊为血管瘤。2例腺淋巴瘤、1例海绵状血管瘤术前误诊为混合瘤,患者均为中年女性,且发生在浅叶前上部,平扫均可见斑点状钙化、增强缓慢中度强化。1例良性肌上皮瘤(图15-17)误诊为混合瘤。1例基底细胞腺瘤位于深叶且边缘毛糙,术前误诊为恶性肿瘤。1例粘液表皮样癌(图18-20)、1例基底细胞癌及1例涎腺导管癌均因肿块位于浅叶、边界清楚,且 $<2.5\text{cm}$,密度及强化尚均匀而误判为良性肿瘤。

3 讨 论

3.1 临床及影像学表现 腮腺为最大的涎腺,位置表浅。腮腺肿瘤若为恶性或侵犯面神经而出现症状时,较易被临床发现。但大部分腮腺肿瘤为良性,生长缓慢,常为无意中发现。且腮腺肿瘤种类繁多,临床缺乏典型症状,其良恶性鉴别常困扰临床、却又对治疗与预后至关重要。MSCT因腮腺富含脂肪组织,与周围组织有着良好的密度差且可双侧对比,对腮腺肿瘤有着极佳的显示,已成该疾病的首选检查手段。

3.1.1 良性腮腺肿瘤: 腮腺

肿瘤约75%~80%为良性肿瘤^[1-2],且以混合瘤和腺淋巴瘤最多见。本组研究中良性肿瘤占73.5%,其中混合瘤和腺淋巴瘤又分别占62.3%和26.2%,与文献报道吻合。解剖上腮腺以面神经和下颌后静脉为界分为浅叶和深叶。面神经在CT图像上难以显示,故CT上常以下颌后静脉作为浅深叶分界的解剖学标志^[3]。本研究亦采用此标志。良性肿瘤多位于腮腺浅叶,且多数边缘光滑清晰。

混合瘤,亦称多形性腺瘤,好发于中年女性,40岁左右最多见,肿瘤具有完整包膜,组织结构具多形性,由腺上皮组成的腺管、肌上皮形成的瘤细胞团、粘液组织、软骨或骨样组织等构成。生长缓慢,常表现为局部无痛性肿块,若突然生长加快或出现疼痛应考虑恶变倾向。CT表现为边界清楚的圆形或类圆形肿块,少数可呈分叶状或不规则形,多位于浅叶,密度均匀或不均匀。密度不均匀者常与肿瘤内含软骨及粘液软骨样区有关,可见囊变及钙化。增强动脉期肿瘤常轻度强化,静脉期进一步强化,呈缓慢渐进性强化,或与肿瘤细胞之间血管数量较少有关^[4]。

腺淋巴瘤,又称淋巴乳头状瘤、Warthin瘤。好发于有嗜烟史的老年男性,可实性或囊实性,腮腺浅叶后下极为其好发部位,与腮腺内淋巴结的分布有关。约5%病例可双侧腮腺先后或同时发生^[5]。CT表现为边缘清楚,平扫较腮腺实质呈高密度,可见多发小囊变,增强后动脉期明显强化,静脉期强化程度减低,廖平等认为,腺淋巴瘤周围可见包绕血管及血管贴边征,可视为其特征性的CT表现^[6]。

基底细胞腺瘤,较少见,占

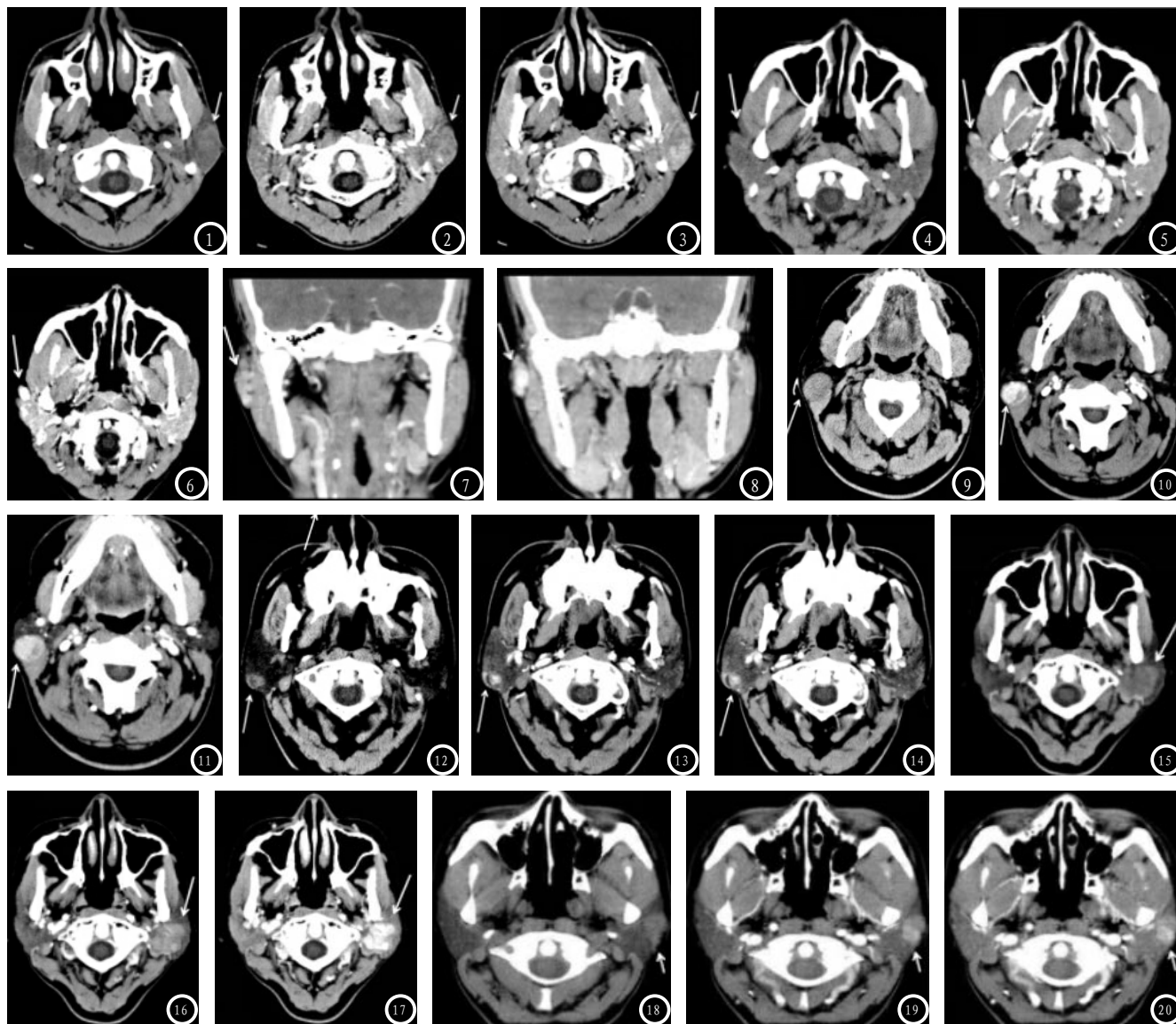


图1-3 左腮腺混合瘤，男，32岁，左侧腮腺浅叶椭圆形结节，边缘光滑，平扫呈不均匀稍高密度（图1）、增强扫描呈轻中度渐进性强化（图2-3）。图4-8 右腮腺混合瘤。女，42岁，右腮腺浅叶与皮肤间分叶状结节，平扫呈等密度（图4），增强扫描（图5-8，图7、图8为冠状位）呈渐进性明显强化，部分CT值达201Hu，边界清楚，周围见点、条状小血管影（图5、图6）。术前误诊为血管瘤。图9-11 右腮腺浅叶腺淋巴瘤，男，40岁，位于浅叶后下极，平扫呈高密度（图9），增强扫描动脉期明显强化（图10），静脉期强化减退，可见囊变区（图11）。图12-14 右腮腺基底细胞瘤腺瘤：男，58岁，右腮腺浅叶后部高密度结节，密度不均（图12），增强扫描明显不均匀强化，内见裂隙状低密度影（图13-14）。图15-17 左腮腺良性肌上皮瘤：女性，47岁，左侧腮腺不规则高密度肿块，跨叶生长，分叶状（图15），增强扫描显著渐进性强化，内见条状低密度区（图16-17）。术前误诊为混合瘤。图18-20 左腮腺粘液表皮样癌：女性，51岁，左侧腮腺浅叶结节，边缘清楚、不光滑，轻度分叶状，平扫呈高密度（图18），增强扫描呈中度持续性强化（图19-20）。术前误诊为良性混合瘤。

腮腺肿瘤1%~7%，多发生于60岁以上的老年女性^[7]，有文献报道本病可为实性或囊实性，实性者明显强化，内可见裂隙或小片状低密度影，系肿瘤血供丰富、且包膜的胶原纤维组织深入肿瘤内部所致^[8]。

海绵状血管瘤，发生于腮腺者少见，边缘清楚、可呈分叶状，平扫呈稍高密度，增强扫描显著持续性强化。

肌上皮瘤，少见，约占涎腺

肿瘤的1%~1.5%^[9]，绝大部分由上皮细胞组成，影像表现无特异性^[10]，可侵袭性生长，部分可恶变为肌上皮癌。发病率男女无明显差别，青壮年多见。曾被认为是混合瘤的一个亚型。影像表现为实性或囊实性肿块，缺乏特异性。此外，腮腺良性肿瘤尚有脂肪瘤、血管内皮瘤、良性纤维组织细胞瘤等，更为少见。脂肪瘤诊断较容易，血管内皮瘤表现为与血管强化程度相仿的边清肿

块，良性纤维组织细胞瘤具有纤维类肿瘤的一般表现。

3.1.2 腮腺恶性肿瘤：相对少见，但种类繁多，以粘液表皮样癌和腺样囊性癌多见，本组分别占50% (11/22) 和22.7% (5/22)。病程短、进展快，部分可为某些良性肿瘤短期内突然增大恶变所致。CT表现缺乏特异性，且相互间鉴别困难，但具有恶性肿瘤的一般特点。

（下转第98页）