

· 头颈疾病 ·

腮腺淋巴上皮囊肿影像表现*

北京大学深圳医院放射科 (广东 深圳 518036)

邱立城 石 桥

【摘要】目的 探讨腮腺淋巴上皮囊肿的影像表现特点。**方法** 回顾性分析经手术和病理证实的5例腮腺淋巴上皮囊肿病例CT、MR检查资料,与病理结果对照,分析其影像特点并复习总结相关文献。**结果** 本组病例CT主要表现为腮腺区类圆形低或高密度占位,边缘光整,边界清楚,可见低密度囊壁,增强扫描囊壁中度强化,中心囊性部分无强化。MR主要表现为边缘清晰的类圆形长T1长T2信号影,囊壁呈低信号,部分病灶内可见稍短T1信号。**结论** 腮腺淋巴上皮囊肿CT及MRI影像表现具有一定的特征性,最终确诊需依靠病理。

【关键词】 腮腺; 淋巴上皮囊肿; 计算机断层成像; 磁共振成像

【中图分类号】 R654.7

【文献标识码】 A

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2017.04.008

Imaging Features of Lymphoepithelial Cyst of the Parotid Gland

QIU Li-cheng, SHI qiao. Department of Radiology, Peking University Shenzhen Hospital, Shenzhen 518036, Guangdong Province, China

[Abstract] Objective To study the CT and MRI image features of lymphoepithelial cyst (LEC) of the parotid gland. **Methods** Five cases of LEC were confirmed by surgery and pathology. The findings in the clinical, pathology, CT and MRI were retrospectively analyzed and the related reference were review. **Results** CT scan shows that LEC appeared mainly as a round lesion with low or high density, smooth edge, clear boundary and visible low density cystic wall, contrast enhanced CT show moderate enhancement of the cystic wall, while the cystic center without enhancement. MRI mainly appeared as a cystic mass with long T1 and long T2 signal with low signal cystic wall, and short T1 signal maybe seen in part of the lesions. **Conclusion** LEC of parotid gland has some characteristic features, but image only is not sufficient for a definite diagnosis, which still relies on biopsy.

[Key words] MRI; CT; Lymphoepithelial Cyst; LEC; Parotid Gland

腮腺囊肿是较为少见的涎腺瘤样病变,其中淋巴上皮囊肿更为罕见,目前国内相关文献报道大多为个案报道。临床易误诊,最终明确诊断需要依靠病理检查。本文回顾性分析我院2012~2016年间收治的5例LEC病例,结合以往文献分析该病的影像特点。

1 材料与方 法

1.1 一般资料 本组LEC患者中,男2例,女3例,发病年龄在33~62岁,中位年龄40岁。主诉均为发现腮腺区触及无痛性包块,不伴红肿热痛等其它临床症状。临床查体均见腮腺光滑结节,质地软,边界清楚,活动度可,与周围组织无粘连。术前2例行CT平扫+增强扫描,3例行MR平扫。本组5例术前HIV检查均为阴性。

1.2 检查方法 1)CT检查采用双源CT机(德国, Siemens Definition FLASH),管电压120Kv,管电流200mA,矩阵512×512,层厚5mm。先平扫然后做

增强扫描,使用非离子型对比剂,经肘静脉快速团注,流速3.0ml/s,注射总量80~100ml,动脉期延迟25~30s,静脉期延迟55~60s。2)MR检查采用Spectral 3.0T MR扫描仪(德国, Siemens),头颅线圈,扫描序列包括:横轴位T1WI、T2WI、T2WI压脂相及冠状位T2WI压脂相。T1WI, TR 195ms、TE 4.76ms、层厚5mm、矩阵512×512; T2WI, TR4000mm、TE 90mm、层厚 5mm、矩阵768×768; T2压脂相, TR 4000mm、TE 40mm、层厚5mm、矩阵512×512。

2 结 果

2.1 术中所见 手术均行肿物及部分腮腺组织切除,术中见肿物与周围组织分界清,无明显粘连,肿物切面呈灰白或灰红色,内部呈囊性或囊实性,囊壁薄,部分囊内容物粘稠者,呈胶冻样。

2.2 影像表现 2例行CT平扫+增强扫描,病灶均

呈单发单房囊性病灶，边缘可见低密度囊壁，1例呈低密度，CT值约22HU，1例呈高密度，CT值约56HU，增强扫描均见囊壁明显强化，中心无强化(图1-2)；3例MR扫描均见腮腺内单发类圆形占位，边界清晰，边缘光整，见短T2信号囊壁，2例呈长T1长T2信号(图3-4)，1例病灶内见稍短T1信号。其中4例病灶均位于腮腺后极，1例位于腮腺前部。

2.3 病理特点 巨检：4例肿物呈灰红色或暗红色，切面呈囊性或囊实性；1例肿物呈灰白色，切面呈囊实性，囊壁薄，内含灰白胶冻样物。镜下：囊壁组织内见多量淋巴组织，表面衬覆复层上皮，考虑淋巴上皮囊肿(图5-6)。

3 讨论

3.1 临床表现 腮腺囊肿是发生于腮腺被膜内的囊肿，文献报道腮腺淋巴上皮囊肿多发生于青壮年，男性多于女性，本组为女性3例，男性2例，大多单侧发病，好发于腮腺后下极，也有报道双侧发病，病灶一般呈缓慢无痛性生长，主要表现为局部肿块的压迫感，部分病人可有疼痛，主要以腮腺区无痛性质软包块就诊，合并感染时可出现红肿热痛表现。

3.2 组织病理与影像 CT及MRI检查均可见病灶边缘薄壁，呈低密度或低信号，组织学检查可见囊壁由纤维结缔组织构成，内衬多层扁平上皮，上皮组织周围可见大量淋巴样间质，其中有淋巴滤泡形成，病理与影像一致。影像所见囊变区，组织学检查见囊腔内为含浆液性的分泌物，其中可有脱落的上皮、淋巴

细胞、浆细胞及组织细胞，与淋巴液类似。当囊内脱落上皮含量丰富，囊液液体粘稠时，CT可表现为高密度，MR上可出现短T1信号影，本组CT检查1例出现平扫呈高密度，MR检查1例出现短T1信号。腮腺淋巴上皮囊肿组织来源尚不明确，大多数学者认为LEC形成的组织学基础是在颈部淋巴结开始发生的胚胎期，腮腺始基亦迅速发展分化，腮腺上皮组织迷走生长入淋巴组织内^[1]。有研究显示在HIV阳性的患者中，不但可检测到HIV抗原存在于腮腺LEC滤泡中心细胞中，而且可以在囊液中发现大量的HIV病毒^[2]。本组5例病例HIV检查均为阴性，中位年龄位40岁，而且均表现为单侧囊性肿块，与报道一致。

3.3 影像诊断 本组病例均呈单房囊状病变；有报道HIV相关性腮腺淋巴上皮囊肿呈双侧多发、多房状改变。囊内有时可呈高密度，主要为囊内脱落上皮含量丰富致囊内液体粘稠，本组1例呈高密度，CT值约56HU。本病MR表现为类圆形占位，呈长T1长T2信号，部分病灶内可见短T1信号，增强扫描囊内容物无强化，囊壁有中度以上强化。当出现短T1信号时，可提示本病。病灶与周围组织分界清楚，邻近组织呈受压改变，无肿大淋巴结。

3.4 治疗 目前LEC的治疗以手术切除为主，可辅助穿刺、放疗及硬化治疗，文献报道部分淋巴上皮囊肿可通过穿刺抽吸消除，但容易复发^[3]，而硬化治疗适用范围有限，一般仅用于囊液可抽吸者，而淋巴上皮囊肿囊液多较为粘稠，抽吸困难^[4]。虽然淋巴上皮囊肿是良性病变，但有文献报道^[5]单纯囊肿摘除容易复发，因此目前多采用手术扩大切除，同时切除肿物及周围部分组织，以防止术后复发。与穿刺、放疗和硬化相比，淋巴上皮囊肿的最佳治疗方法是手术切除。

综上所述，腮腺淋巴上皮囊肿临床上多以腮腺区无痛性质软肿块就诊，预后较好，一般无复发。CT及MR能清楚显示病变的部位、大小及周围情况，但影像表现缺乏特异性。对腮腺内单发囊性高密度占位或HIV感染者合并双侧腮腺囊性病变时，应考虑到本病的可能。

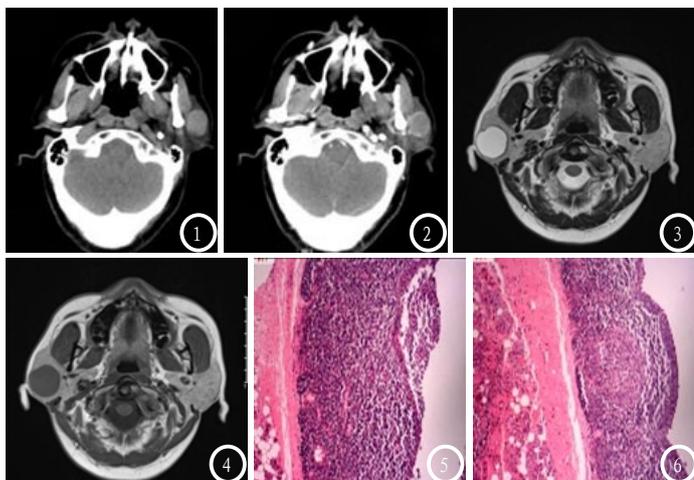


图1-2 女，62岁，图1CT平扫示左侧腮腺类圆形高密度占位，边界清；图2增强扫描壁明显强化，囊性部分无强化。图3-4 男，40岁，图3T2WI示右侧腮腺后部类圆形占位，边缘光整，呈长T2信号并见短T2信号薄壁。图4 T1WI示病灶呈长T1信号。图5-6 囊壁组织内见多量淋巴组织，表面衬覆复层上皮，考虑淋巴上皮囊肿。