DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.06.027
第24卷第6期 第三军医大学学报 Vol. 24, No. 6
2002年6月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Jun. 2002

文章编号:1000-5404(2002)06-0693-03

论著

腮腺区病变的CT诊断

陆 明[1],巫北海[2] ([1]第四军医大学西京医院放射科,西安 710032;[2]第三军医大学附属西南医院放射科,重庆 400038)

提 要:目的 评价CT对腮腺区病变的诊断价值。方法 回顾性分析经手术病理证实的56例腮腺病变的CT表现。结果 先天性病变12例,良性肿瘤32例,恶性肿瘤9例,脓肿3例,CT均能准确定位。多数病变CT能准确定性,对低度恶性肿瘤和良性肿瘤难以鉴别。结论 CT对腮腺病变的定位、定性有重要价值。

关键词:腮腺;体层摄影术;X线计算机
中图法分类号:R739.87;R814.42 文献标识码:A

CT in diagnosis of parotid diseases

LU Ming, WU Bei-hai (Department of Radiology, Xijing Hospital, Fourth Military Medical University, Xi'an 710032, China)

Abstract: Objective To evaluate the CT value in the diagnosis of parotid diseases. Methods CT findings of 56 cases of parotid diseases proved by operation and pathology were retrospectively reviewed. Results Twelve cases were congenital lesions, 32 benign tumors, 9 malignant tumors and 3 abscesses. All of them were localized and most of them were qualified by CT scanning. It was difficult to differentiate low-grade malignant tumors from benign tumors with CT. Conclusion CT has significant value in localizing and qualifying diagnosis in parotid diseases.

Key words: parotid gland; tomography; X-ray computed

腮腺是人体内最大的唾液腺,腮腺区及周围间隙结构复杂。本研究对56例腮腺区病变的CT表现结合病理进行回顾性分析,探讨CT对腮腺区病变的诊断价值。

1 材料和方法

1.1 一般资料

选择1998-2001年间我院经病理证实且术前进行了CT检查的腮腺区病变56例,其中男性25例,女性31例,年龄15~78岁,平均约42岁。临床最多的表现为腮腺区无痛性包块,有的伴有面瘫,病史最长8年,最短1周。病变全部发生在单侧,其中左侧31例,右侧25例。

1.2 检查方法

使用Siemens SOMATOM ART和Plus 4螺旋CT扫描机,层厚3~5 mm,无间隔。一般行横断位扫描,部分再加扫冠状位。56例患者有18例行了增强扫描(高压注射器注射约70 ml非离子型对比剂后即刻行CT扫描)。

2 结果

56例腮腺区病变CT定位准确率100%。其中良性混合瘤(多形性腺瘤)26例,腮腺淋巴瘤6例,鳃裂囊肿7例,血管瘤5例(海绵状3例,毛细血管性2例),恶性肿瘤9例,腮腺脓肿3例。

鳃裂囊肿7例,6/7例CT表现为圆形囊状低密度影,边缘清楚锐利,增强后无强化,见图1。1/7例因感染而边界不清,囊壁也不规则。

血管瘤5例,直径1~3 cm大小,CT上无法区分海绵状和毛细血管状血管瘤。增强的3例中2例明显强化,但1例强化并不明显,见图2、3。病变较均匀,边缘也较清楚。

良性混合瘤26例,直径2~7 cm大小,位于腮腺浅叶15例,深叶11例。CT上表现为腮腺内圆形、卵圆形或分叶状软组织密度肿块,边界清楚,密度均匀,见图4。有10例较大的肿块中心密度较低,轮廓也不规整。增强后呈较均匀强化。较大肿块推压周围间隙,但肿块周围脂肪间隙清楚。其中4例术前误诊为恶性肿瘤。

腺淋巴瘤6例,直径1.5~3 cm大小,呈囊状或软组织样密度,边界清楚,密度均匀。增强后呈较均匀强化。

恶性肿瘤共9例,其中粘液表皮样癌5例,恶性混合瘤2例,腺样囊性癌和基底细胞癌各1例。直径3~6 cm大小。病变中心6例在浅叶,3例在深叶,同时受累的有2例。6例表现为分叶状或不规则形的软组织肿块影,边缘欠规则,2例同时侵犯邻近间隙并导致咀嚼肌、下颌骨等结构破坏,见图5。肿块密度不均匀,中心呈稍低或低密度,但有3例密度均匀,边缘也较清楚,与良性肿瘤不能鉴别。增强后呈不均匀或均匀强化。

腮腺脓肿3例,直径3~5 cm大小,肿块呈囊状较均匀的低密度,周边有均匀或不均匀的环,与周边组织界限清楚或不清楚,见图6。

作者简介:陆 明(1966-),男,河北省沧州人,博士研究生,副主任医师,副教授,主要从事CT、MRI方面的研究,发表论文10余篇。电话:(023)68754424

收稿日期:2002-03-25;修回日期:2002-05-20

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

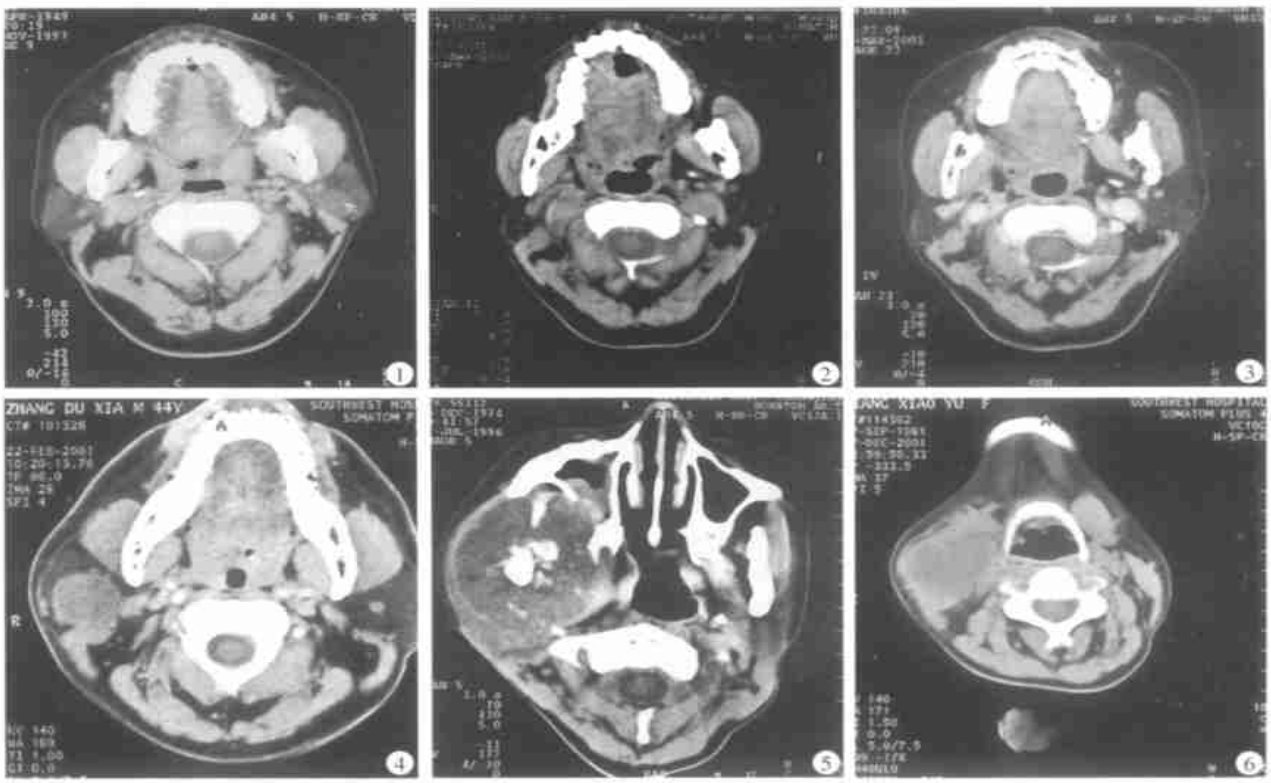


图 1 鳃裂囊肿: 左侧腮腺内圆形囊状低密度影, 密度均匀, 边界清楚

Fig 1 CT scan of branchial cleft cyst showing a round, cystic mass with low density, homogeneous and well-defined border within the left parotid gland

图 2 海绵状血管瘤: CT 平扫显示右侧腮腺后方圆形低密度影, 密度均匀, 边界清楚

Fig 2 Plain CT scan of cavernous hemangioma depicting a homogeneous, round low density mass with well-defined border within the right parotid gland

图 3 同图 2 同一病例: CT 增强显示病灶轻度强化

Fig 3 Contrast enhanced CT scan of the patient in Fig 2 showing the mild enhancement

图 4 良性混合瘤: 右侧腮腺内圆形肿块, 中央密度略不均, 边界清楚

Fig 4 CT scan of a benign mixed tumor disclosing a round, well-margined mass with central inhomogeneity within right parotid gland

图 5 恶性混合瘤: 右侧腮腺内巨大肿块, 下颌骨、咀嚼肌等破坏

Fig 5 CT scan of a malignant mixed tumor indicating a giant mass within right parotid gland, and destroyed mandible and masticator muscles

图 6 脓肿: 右侧腮腺内不规则低密度区, 壁不规则, 与胸锁乳突肌界限不清

Fig 6 CT scan of an abscess delineating an irregular, low density mass with irregular wall and poor bound with sternocleidomastoid muscle within right parotid gland

3 讨论

3.1 腮腺区病变检查方法的选择

超声、同位素、腮腺造影、CT 和 MRI 等多种影像手段均可应用于腮腺疾病的诊断, 在诸多检查方法中 CT 应为首选[1], 而在新生儿或小儿由于腮腺内脂肪含量少减低了自然对比, 病变可能不易识别, 此时应以 MR 为首选[2]。腮腺内的颈外动脉较小且靠内, 下颌静脉较大且靠外, 而面神经在下颌静脉的外侧。CT 不能直接显示面神经, 但通过血管强化可间接显示病变与面神经的关系, 这对手术治疗有指导意义。因此, 腮腺内病变应首选 CT 平扫加增强。Choi 等[3] 报道双期 CT 检查对腮腺病变的鉴别有重要价值。

3.2 腮腺区病变的 CT 定位

本组所有病例术前 CT 定位与手术结果一致, 不仅如此, CT 还能准确显示病变与周围组织、血管的关系[4]。确定病变位于腮腺组织内可依据: ①较小的病变应完全位于腮腺组织内, 与腮腺组织无脂肪界面存在。而腮腺外病变推压腮腺, 二者之间有脂肪带存在。②较大的病变脂肪带受压消失, 此时可根据茎突受压移位的情况来判断, 腮腺深叶病变常使茎突内移, 而腺外病变常使茎突后移。③病变中心或最大径位于腮腺内者多起源于腮腺。④腮腺深叶病变向内侧推移咽旁间隙, 向后内侧推移二腹肌后腹和颈动脉间隙。

3.3 腮腺区病变的 CT 定性

良恶性病变有各自不同的生长方式, CT 能显示这些病变的特征。同时 CT 还可以通过评价病变周围组织、血管等的改变来确定病变的良恶性。茎突也是一个很好的标志, 一般急性炎症或恶性病变常破坏茎突, 而缓慢生长的良性肿瘤或炎症则推移茎突[5]。但有时区分二者也非常困难, 尤其是生长缓慢的恶性肿瘤与良性肿瘤鉴别相当困难。本组有 4 例良性混合瘤误诊

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

为恶性肿瘤, 其共同的特点为中心密度低, 轮廓不规则、不锐利。另有 1 例腮腺脓肿与周围组织界限不清, 术前误诊为恶性肿瘤, 见图 6。另外对诸多恶性肿瘤 CT 不能确定其组织学类型。

3.4　腮腺区病变的 CT 鉴别诊断

3.4.1　先天病变　　主要为第一鳃裂囊肿, 淋巴管瘤(囊状水瘤)和血管瘤。其中第一鳃裂囊肿最常见, 多见于中年妇女。表现为囊性圆形低密度影, 增强后无强化。囊肿常发生感染, 此时与脓肿不易鉴别。淋巴管瘤常见于儿童, 表现为多房性囊性肿块, 诊断不难。血管瘤分为毛细血管性和海绵状, 二者 CT 上不能区别。常见于儿童, CT 增强有助于诊断。

3.4.2　良性肿瘤　　良性混合瘤最多见, 本组占腮腺肿瘤的 46.4%, 占良性肿瘤的 66.7%。CT 上表现为圆、卵圆形或分叶状肿块, 密度均匀。大的肿块可因坏死或局灶性粘液基质其中心密度不均匀。增强后表现均匀或不均匀强化。腺淋巴瘤(Warthin 瘤)占良性肿瘤的第二位, 由于其它唾液腺内不含淋巴结, 故此瘤仅见于腮腺内。典型的见于 50 岁以上的男性, 表现为缓慢生长的肿块, 常多发, 单发则与良性混合瘤不易鉴别。其它少见的良性肿瘤有脂肪瘤, 神经鞘瘤等。

3.4.3　恶性肿瘤　　以粘液表皮样癌最常见, 临床上表现为腮腺区质硬的肿块。恶性程度低的与良性混合瘤不易鉴别, 恶性程度高的表现为境界不清和浸润性生长。腺样囊性癌占恶性肿瘤的第二位, 很少呈良性表现, 与粘液表皮样癌在 CT 上不能鉴别。二者均可沿面神经蔓延生长[6]。其它恶性肿瘤还有恶性淋巴瘤, 腺泡细胞癌, 恶性混合瘤, 转移性肿瘤等。

3.4.4　炎性病变　　其中自身免疫性疾病常见于风湿性关节炎或其它胶原性血管病的患者。典型的表现为双侧腮腺增大, CT 上腺体相对密度高, 不均匀强化。腮腺感染常继发于腮腺导管内结石, 可表现为蜂窝织炎或脓肿, CT 常不能鉴别脓肿和恶性病变, 临床表现最为重要。反应性淋巴结增生与淋巴瘤鉴别困难[7]。

总之, CT 扫描对腮腺病变能准确定位, 对大多数病变能作出定性诊断。但 CT 不能直接显示面神经, 对许多良恶性肿瘤还不能确定其组织学类型。

参考文献:

[1] Mcgahan J P, Walter J P, Bernstein L. Evaluation of the parotid gland Comparison of sialographys, non-contrast computed tomography, and CT sialography[J]. Radiology, 1984, 152(2): 453－458.

[2] Camacho A E, Goodman M L, Eavey R D. Pathologic correlation of the unknown solid parotid mass in children[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1989, 101(3): 566－571.

[3] Choi D S, Na D G, Byun H S, *et al*. Salivary gland tumors: evaluation with two-phase helical CT[J]. Radiology, 2000, 214(1): 231－236.

[4] 王　琦, 柏根基. 腮腺区肿瘤的 CT 和 MRI 诊断及病理联系[J]. 镇江医学院学报, 2001, 11(3): 333－334.

[5] Teresi L M, Lufkin R B, Wortham D G, *et al*. Parotid masses: MR imaging[J]. Radiology, 1987, 163(3): 405－409.

[6] Broderick J P, Auger R G, DeSanto L W. Facial paralysis and occult parotid cancer: A characteristic syndrome[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1988, 114(2): 195－197.

[7] Saluk P H, Swartz J D, Korsvik H, *et al*. High-resolution computed tomography of the major salivary glands: Current status[J]. J Comput Assist Tomogr, 1985, 9(1): 39－50.

(编辑　郭建秀)

(上接 692 页)

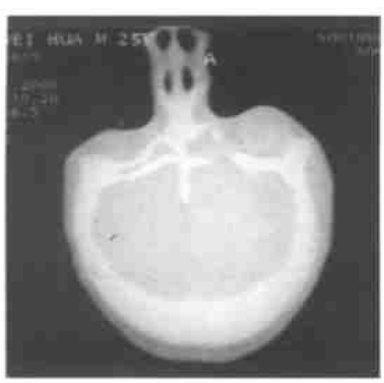


图 2　冠状位薄层 CT 扫描显示漏口直径近 1 cm

关于手术技巧: 脑脊液鼻漏的修补手术传统上有两种入路, 一种为硬膜外入路, 一种为硬膜内入路。近年来有人主张经鼻内窥镜入路, 此入路除对术者要求较高外, 且需严格选择手术适应证, 若具备条件不妨一试[5]。本组除 2 例经硬膜外入路外, 其余 12 例均采用硬膜内入路。我们体会硬膜内入路较硬膜外入路优越, 可避免硬膜破裂、漏口扩大, 术野显露较好, 操作较为方便, 不易引起颅内感染; 缺点是可能致额叶组织挫伤, 但可通过轻柔操作予以避免。一般认为硬膜漏口需修补缝合, 但此处缝合修补硬膜较为困难, 我们通过前述以肌片、颞肌筋膜、骨膜、明胶海绵及生物胶"夹心饼干"式多层贴附后, 一般不需缝合硬膜漏口, 即可达到封闭漏口的目的, 治愈率 100%, 较近年 Gassner[6] 所报道的 95 例脑脊液鼻漏以不同手术方法修补的治愈率(91.6%)高, 说明我们的修补方法是有效的, 但由于病例数较少, 需进一步观察。

关键词: 脑脊液鼻漏; 手术治疗

中图法分类号: R765.24　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 高立达. 脑脊液漏[A]. 见: 王忠诚 主编. 神经外科学[M]. 武汉: 湖北科学技术出版社, 1998. 358－360.

[2] 赵崇智. 脑脊液鼻漏和耳漏修补术[A]. 段国升, 朱　诚 主编. 手术学全集-神经外科卷[M]. 北京: 人民军医出版社, 1994. 103－105.

[3] Wax M K, Ramadan H H, Ortiz O, *et al*. Contemporary management of cerebrospinal fluid rhinorrhea[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 1997, 116(4): 442－449.

[4] Sakas D E, Beale D J, Ameen A A, *et al*. Compound anterior cranial base fractures: classification using computerized tomography scanning as a basis for selection of patients for dural repair[J]. J Neurosurg, 1998, 88(3): 471－477.

[5] Ng M, Maceri D R, Levy M M, *et al*. Extracranial repair of pediatric traumatic cerebrospinal fluid rhinorrhea[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1998, 124(10): 1 125－1 1230.

[6] Gassner H G, Ponikau J U, Sherris D A, *et al*. CSF rhinorrhea: 95 consecutive surgical cases with long term follow-up at the Mayo Clinic[J]. Am J Rhinol, 1999, 13(6): 439－447.

(编辑　潘式文)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net