

腮腺病变的 CT 和 MRI 诊断

夏建东 江新青 彭国晖 梁志伟 郑力强

【摘要】 目的 探讨腮腺病变的 CT 及 MRI 表现,旨在提高对腮腺病变的诊断水平。方法 回顾性分析经临床或病理证实的 85 例腮腺病变的 CT 或 MRI 的表现。结果 85 例腮腺病变中,良性肿瘤 63 例(63/85,74.1%),大部分(38/63,60.9%)表现为位于腮腺浅叶的圆形、椭圆形软组织肿块,边缘光整,密度/信号均匀;恶性肿瘤 12 例(12/85,14.1%),大部分(9/12,75.0%)位于腮腺深叶或跨叶,表现为不规则形软组织肿块,边缘不清,密度/信号不均匀,侵犯周围组织并伴淋巴结转移;炎性及其他瘤样病变 10 例(10/85,11.8%)。结论 CT 和 MRI 检查均能对腮腺区病变进行有效定位,并对定性诊断具有重要价值,有利于临床治疗方案的制定。

【关键词】 腮腺病变;诊断;体层摄影术;X 线计算机;磁共振成像

CT and MRI Diagnosis of Parotid Diseases

【Abstract】 Objective To analysis the CT and MRI appearances of parotid diseases, and improve the cognition parotid diseases. **Methods** The clinical and CT/MRI findings of in 85 cases with parotid diseases were analyzed retrospectively. **Results** Among 85 cases, there were 63 (63/85, 74.1%) benign tumors, 12 (12/85, 14.1%) malignant tumors, 10 (10/85, 11.8%) parotitis and other tumor-like lesions. On CT and MRI, most benign tumors (38/63, 60.9%) were located in the shallow lobe, round or oval in shape, well-defined, homogeneous or heterogeneous soft tissue mass; and most of malignant tumor (9/12, 75.0%) were located in the deep lobe or deep-shallow lobe, irregular in shape, ill-defined, heterogeneous soft tissue mass, infiltration of adjacent structure and lymph node metastasis. **Conclusion** CT and MRI both can well demonstrate the size, number and location of parotid diseases, and they is still helpful for the diagnosis, differentiation and therapeutic decision.

【Key words】 Parotid Disease; Diagnosis; Tomography; X-ray computed; Magnetic resonance imaging

腮腺病变种类繁多,临床表现类似,CT 和 MRI 检查是临床重要无创性检查方法,对治疗方法的选择具有重要价值。本文回顾性分析了本院 3 年来经临床、细针穿刺活检或手术病理证实的 85 例腮腺病变的 CT 及 MRI 资料,以期提高对腮腺病变的诊断水平。

1 资料与方法

1.1 一般资料 搜集本院 2005~2008 年经病理证实且资料完整的腮腺病变 85 例,其中男 52 例,女 33 例,年龄 19~82 岁,平均 45 岁。主要临床表现为耳前肿块,伴疼痛 45 例,有肿块时大时小的消长史 26 例,面神经麻痹 18 例,发热 10 例。

1.2 检查方法 85 例患者中,其中 45 例行 CT 检查,40 例行 MR 检查。CT 扫描采用 Toshiba 公司 16 层螺旋 CT 扫描机,平扫与增强均采用轴位扫描,层厚、层间距均为 5 mm,增强采用非离子型对比剂优维显(300 mg I/ml),剂量 2 ml/kg 体质量,以 2~3 ml/s 流率经肘静脉推注,注射开始后 18~22 s 启

动扫描,其中 10 例 2~3 min 后加做延迟扫描。MRI 平扫及增强扫描采用 Philips 1.0T (Gyrosan) 或 1.5T (Achieva Nova Dual) 超导扫描仪,相控阵头部线圈,层厚为 5~6 mm,层间距 0.5~0.6 mm,FOV 280~300 mm,矩阵 205-226x256; MRI 扫描序列包括:轴位 T1W/SE 及 T2W/TSE,冠状位频谱饱和反转恢复法脂肪抑制术(spectral saturation inversion recovery, SPIR),经肘静脉快速注射对比剂钆喷替酸葡甲胺(Gd-DTPA),剂量 0.01 mmol/kg 体质量。

2 结果

2.1 病理结果 85 例腮腺病变中,肿瘤性病变 75 例,其中良性肿瘤 63 例(63/85,74.1%),恶性肿瘤 12 例(12/85,14.1%),良恶性肿瘤比例为(63:12)5.3:1;炎性及其他瘤样病变 10 例(10/85,11.8%)。85 例腮腺占位病变的详细病理结果见表 1。

表 1 85 例腮腺病变的病理结果

良性肿瘤	例数	恶性肿瘤	例数	炎性及其他瘤样病变	例数
多形性腺瘤(混合瘤)	26	黏液表皮样癌	4	腮裂囊肿	3
腮腺腺淋巴瘤	30	腺样囊性癌	3	慢性腮腺炎	3
淋巴管瘤	3	恶性混合瘤各	3	木村病	2
血管瘤	3	淋巴上皮样癌	1	腮腺淋巴结淀粉样变性	1
脂肪瘤	1	鳞癌	1	腮腺结核	1
总数	63		12		

2.2 影像学表现 63 例良性肿瘤中大部分(38/63,60.9%)表现为位于腮腺浅叶的圆形、椭圆形软组织肿块,边缘光整,

密度/信号均匀;12 例恶性肿瘤中大部分(9/12,75.0%)位于腮腺深叶或跨叶,表现为不规则形软组织肿块,边缘不清,密度/信号不均匀。85 例腮腺病变主要 CT 及 MRI 表现见表 2。

表 2 85 例腮腺病变的主要 CT/MRI 表现

	位置			边缘		均匀性		增强程度	
	浅叶	深叶	跨叶	清	不清	均匀	不均匀	无或轻度	中度及以上
良性肿瘤	38	10	15	52	11	33	30	38	25
恶性肿瘤	3	3	6	4	8	5	7	4	8
炎性及其他	3	2	5	6	4	3	7	3	7
瘤样病变									
合计	44	15	26	62	23	41	44	45	40

2.2.1 良性肿瘤 26 例多形性腺瘤(混合瘤)中,22 例表现为腮腺内圆形或类圆形软组织肿块,边缘清,部分病灶内可见钙化、囊变、坏死及出血,3 例行延迟增强的混合瘤可见较明显结节状或环形延迟性强化;5 例进行 MRI 检查患者,在 T2WI 均呈明显均匀或不均匀高信号(图 1)。30 例腮腺淋巴瘤中 16 例表现为腮腺内多发结节(图 2),肿块大部位于腮腺浅叶后下方,呈类圆形及椭圆形软组织肿块,边缘清晰,其中可见囊变或坏死区,增强后肿瘤实性部分呈轻度-中度强化,囊变区无明显强化。3 例淋巴瘤增强后均无明显强化(图 3)。3 例血管瘤中 2 例位于腮腺浅叶,增强后呈渐进性、明显团块样强化;1 例可见明显流空血管。

2.2.2 恶性肿瘤 9 例腮腺恶性肿瘤表现为不规则分叶状软组织肿块,边缘不清,周围间隙及结构受侵(图 4),其中一例右腮腺腺中分化鳞状细胞癌伴明显条状钙化(图 5)。3 例低度恶性肿瘤表现为形态规则、边缘较清的结节(图 6)。

2.3 炎性及其他瘤样病变 3 例腮裂囊肿均表现为边缘光滑的圆形或类圆形囊状肿物,增强扫描无明显强化(图 7)。3 例慢性腮腺炎均表现为单侧腮腺弥漫性肿大,其中一例伴脓肿形成,经抗感染治疗吸收好转。1 例木村病表现为双侧腮腺弥漫性肿大,腮腺内见多发结节样肿块,腮腺周围可见多发肿大淋巴结(图 8)。1 例腮腺结核表现为腮腺浅叶边缘不清肿块,增强扫描呈轻度不均匀强化(图 9)。

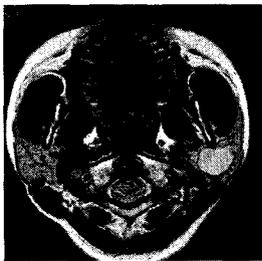


图 1



图 2

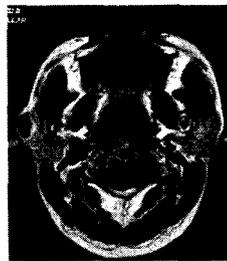


图 3



图 4

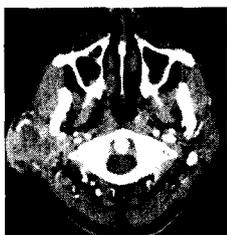


图 5

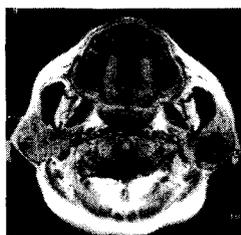


图 6



图 7

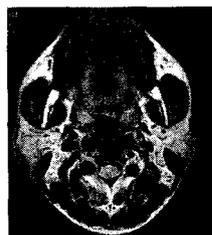


图 8

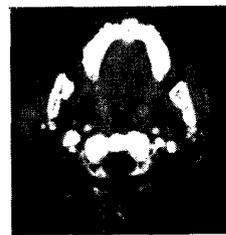


图 9

“腮腺病变的 CT 和 MRI 诊断”附图及注释:

图 1 左腮腺混合瘤 T2WI(女,72 岁),左侧腮腺跨叶类圆形结节样肿块,边缘清,呈不均匀较高信号,下颌后静脉受压显示不清

图 2 双侧腮腺多发腮腺淋巴瘤 CT 增强(男,58 岁),双侧腮腺内多发圆形或类圆形结节样肿块,边缘清,多位于浅叶后下象限

图 3 右腮腺淋巴瘤增强 MRI(男,39 岁),右侧腮腺浅叶囊性无明显强化肿块,边缘光滑锐利

图 4 右腮腺恶性混合瘤增强 CT(男,44 岁),右腮腺跨叶明显不均匀强化肿块,边缘不清

图 5 右腮腺腺中分化鳞状细胞癌伴钙化增强 CT(男,82 岁),右侧腮腺内跨叶不均匀强化肿物,边缘不清晰,前部见条状钙化影

图 6 左腮腺低度恶性腺样囊性癌平扫 T1WI(女,67 岁),左腮腺类椭圆形低信号肿块,边缘尚清晰

图 7 左腮腺腮裂囊肿增强 CT(男,63 岁),左侧腮腺浅叶后下象限无明显强化囊性肿块,边缘光滑锐利

图 8 木村病 T2WI(男,30 岁),双侧腮腺弥漫性肿大,周围可见多发肿大淋巴结

图 9 右腮腺结核增强 CT(女,65 岁),右腮腺浅叶前部轻度不均匀强化肿物,边缘不清,下颌后静脉受压向内后移位

3 讨论

腮腺病变主要包括腮腺肿瘤、炎性病变及瘤样病变,张辉等^[1]报道 120 例腮腺区肿块中,腮腺肿瘤 92 例(76.67%),炎性病变及瘤样病变共 28 例(23.33%)。本组 85 病例中肿瘤病变 75 例(88.2%),炎性及其他瘤样病变 10 例(11.8%)。腮腺病变行 CT 及 MRI 检查主要有两个目的,一是通过 CT 和 MRI 确定病变的位置、范围及其与周围组织的解剖关系(定位);二是对病变进行诊断及鉴别诊断(定性)。

3.1 腮腺病变的定位诊断 正常腮腺富含脂肪,与周围组织及器官在 CT/MRI 上均有良好的密度/信号对比,以周围肌肉

为参照,CT 平扫时为较低密度,而在 MRI 的 T1WI 及 T2WI 均为较高信号,压脂成像上则为低信号。定位诊断包括:①病变位于腮腺内或外:一般腮腺内的病变中心位于腮腺内,而腮腺外的病变中心通常位于腮腺外,腮腺受压、移位,与腮腺间通常可见移位的脂肪带;②病变位于腮腺浅或深叶:影像学上一般将下颌后静脉作为分别腮腺浅、深叶的标志,通常以下颌后静脉的移位方向作为肿瘤部位定位标志,如肿块从后方显著推移下颌后静脉,使其向前外侧移位,提示肿瘤位于或累及深叶^[2]。本组 85 病例,CT/MRI 图像在上述定位方面,均能满足临床要求。

3.2 腮腺病变的诊断及鉴别诊断要点 ①腮腺良性肿瘤:腮腺肿瘤以良性肿瘤为主,本组病例良恶性肿瘤比例为 63:12 即 5.3:1,与文献报道类似^[1],常见良性肿瘤包括多形性腺瘤(混合瘤)和腺淋巴瘤,少见良性肿瘤包括淋巴管瘤、血管瘤和脂肪瘤等。良性肿瘤^[3,4]一般位于腮腺浅叶,形态多为椭圆形、圆形,无侵袭性,边界清晰,部分肿瘤内可伴有部分囊变、钙化,仅部分肿瘤伴感染时边缘可模糊,周围常具有完整包膜。本组 63 例良性肿瘤中,大部分(38/63, 60.9%)符合上述表现;②腮腺恶性肿瘤:相对少见,其中以黏液表皮样癌样癌最多见,此外还包括恶性混合瘤、腺样囊性癌、鳞癌等。大部恶性肿瘤^[5,6]表现为边缘不清的不规则软组织肿块,可侵犯腮腺内及其周围组织;肿瘤内可见坏死灶;若腮腺周围间隙见肿大淋巴结或不伴结内坏死灶,有较大诊断价值。但由于腮腺恶性肿瘤的临床及影像学表现均缺乏特征性,单凭 CT 和 MRI 表现,不能鉴别腮腺病变的良恶性,本组 3 例低度恶性肿瘤表现为边缘清晰小结节;③炎症及其他病变:除了上述腮腺肿瘤性病变外,腮腺还可发生炎症、结核、腮裂囊肿、木村病、腮腺淋巴结淀粉样变性等多种病变。急性腮腺区炎症一般无需检查,而慢性炎性肿块(包括脓肿或结核)可表现为边缘不清的肿块,且可伴周围淋巴结慢性增生增大。发生于腮腺的腮裂囊肿起源于第一腮裂的残留的胚胎痕迹,也称腮腺淋巴上皮囊肿,增强扫描无强化;但囊肿伴发感染时囊内容物密度增高或信号改变,且增强后可见增厚囊壁的环形强化,有

时可合并耳前区和腮腺上极反复感染和瘻道,本组 3 例未出现耳痒表现,考虑为发现较早。木村病又名嗜酸淋巴肉芽肿,是一种罕见的慢性进行性免疫炎性疾病,血清 IgE 及嗜酸性粒细胞增高具有一定特异性,CT 及 MRI 表现为腮腺内肿块及周围多发肿大淋巴结,但一般无周围骨质破坏^[7]。

综上,CT 和 MRI 检查均能对腮腺区病变进行有效定位,并对多数病变进行定性诊断。

参 考 文 献

[1] 张辉,丁越,孙晓菊,等. 腮腺区肿块临床分析与文献复习. 中国实用美容整形外科杂志,2006,17(3):193-195.
 [2] JoeVQ, Westesson PL. Tumours of parotid gland: MR imaging characteristics of histologic types. AJR, 1994, 163:433-438.
 [3] 罗德红,石木兰. 腮腺多形性腺瘤的 CT 表现. 临床放射学杂志, 2002,21(2):106-108.
 [4] 陈祖望,周任务,姚渭土,等. 腮腺腺淋巴瘤的 CT、MRI 诊断. 放射学实践,2007,22(1):31-33.
 [5] 戴慧,漆剑频,王承缘,等. 腮腺良恶性肿瘤的 CT 鉴别诊断. 放射学实践,2007,22(7):702-704.
 [6] 黄书峰,顾雅佳,吴斌,等. 腮腺恶性肿瘤的 CT 表现. 临床放射学杂志,2005,24(11):967-971.
 [7] 杨智云,赖英荣,冯崇锦,等. 颌面区 Kimura 病 CT 和 MR 诊断. 临床放射学杂志,2006,25(11):1016-1018.

直肠癌术后复发的预防性治疗分析

林鹤飞 夏晓惠

【摘要】 目的 探讨放射治疗结合化疗预防性治疗直肠癌术后复发的疗效。**方法** 回顾分析 120 例采用 Mile's 和 Dixon 术式的结直肠癌患者,随机分为观察组 60 例和对照组 60 例,分别给予化疗联合放疗与单纯化疗,观察临床疗效、不良反应发生情况与复发率。**结果** 观察组 60 例 1/2、1 年的局部复发率为 1.67%、3.33%;对照组为 8.33%、15%。两组 1/2 年局部复发率的差异无统计学意义,1 年局部复发率的差异具有统计学意义。**结论** 应用氟尿嘧啶化疗结合放疗的预防性治疗对防治直肠癌术后复发有积极的临床意义。

【关键词】 直肠癌;预防性治疗;术后复发

Clinical observation of the precautional therapy for rectal cancer of postoperative recurrence

【Abstract】 Objective To evaluate the effects of radiotherapy combined with chemotherapy for rectal cancer of postoperative recurrence. **Methods** One hundred rectal cancer patients with Mile's and Dixon were divided randomly into two groups: 60 cases (observation group) received CRT plus chemotherapy, 60 cases (comparison group) received conventional chemotherapy. **Results** The follow-up data were completely collected from 100 cases. The 1/2, 1 year local recurrence of observation group and comparison group were 1.67%, 8.33% and 8.33%, 15% respectively. **Conclusion** Radiotherapy combined with chemotherapy as precautional therapy can be considered as an effective and feasible approach to rectal cancer patients of postoperative local recurrence.

【Key words】 Rectal cancer; Precautional therapy; Postoperative recurrence

直肠癌是我国常见的消化道恶性肿瘤之一,手术为首选的治疗方法^[1]。但直肠癌单纯手术治疗后有较高的复发率,据报道直肠癌Ⅱ期患者局部复发率为 20%~40%,Ⅲ期患者则高达 40%~70%,多在两年内发生,且常发生在肝和其他部位转移之前,是影响 5 年生存率的主要因素^[2]。而复发的

部位以术后吻合口、会阴部复发较为常见^[3]。近 10 年来,直肠癌外科治疗取得了长足的进步,但直肠癌术后局部复发仍是死亡的一个重要因素^[4]。为了降低直肠癌手术后局部复发率和提高生存率,近 5 年来所收治的 120 例直肠癌随机分为观察组(术后放疗+化疗组)和对照组(单纯化疗组),观察临床疗效、近期与远期的局部复发率等。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 回顾 120 例直肠癌术后患者,其中男 64 例,

作者单位:642450 四川省威远县人民医院普外科(林鹤飞),妇产科(夏晓惠)