

## 腮腺病变的 CT 征象探讨

沈宣文

(南京医科大学附属苏州医院 CT 室, 苏州市立医院北区 215008)

**【摘要】** 目的 总结 50 例腮腺病变的 CT 表现, 以期进一步提高对腮腺病变的认识。方法 对我院手术病理证实的腮腺肿瘤 50 例, 其中炎性病变 6 例(包括结核 2 例); 恶性肿瘤 18 例, 良性肿瘤 26 例, 均经增强前后 CT 扫描。结果 腮腺良恶性病变的 CT 影像学表现各有特点, 良性病变边界清, 可伴钙化, 恶性病变呈浸润性生长, 可伴骨质破坏。CT 扫描可显示病变形态、大小、位置, 同时也可显示周围结构的继发改变。结论 CT 检查在腮腺病变诊断中具有重要价值。

**【关键词】** 腮腺; 肿瘤; 炎症; 体层摄影术, X-线计算机

**【中图分类号】**R814.42; R781.7 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1009-6817(2007)06-0352-03

**Research into the CT signs of parotid lesions** Shen Xuanwen. CT Division, Suzhou Hospital Affiliated to Nanjing Medical University, Suzhou 215008, China

**【Abstract】** **Objective** To elevate the cognition of parotid lesions by summarizing their CT findings. **Methods** Fifty patients with surgically and pathologically proved parotid lesions which comprised 6 cases of inflammatory lesions(2 tuberculosis), 18 cases of malignant tumors and 26 cases of benign tumors underwent CT scans of the head and neck without and with contrast enhancement. **Results** The study demonstrated that, the CT findings of benign and malignant parotid lesions were obviously different, for example, most benign lesions had clear border or associated with calcification, whereas most malignant lesions appeared as infiltrating growth or associated with bony destruction. CT scanning could reveal the shape, size and site of varied parotid lesions as well as the changes of surrounding structures. **Conclusion** CT examination has important value in the diagnosis of parotid lesions.

**【Key words】** Parotid; Tumor; Inflammation; Tomography, X-ray computed

腮腺区周围结构复杂, 病变既可源于腮腺, 也能来自腮腺周围组织。急性炎症临床容易诊断, 往往不需作 CT 检查。慢性炎症形成肿块以及占位性病变常需借助 CT 诊断。本文收集经病理证实的 6 例炎性病变、18 例恶性肿瘤、26 例良性肿瘤, 对其 CT 征象进行回顾性分析, 期待进一步提高对各种腮腺病变的认识。

### 1 资料与方法

6 例炎性病变, 年龄 16~34 岁, 临床表现为腮腺反复肿胀, 局部疼痛, 2 例挤压腺体导管口见脓液溢出证实, 4 例经穿刺细胞学检查和临床随访证实, 其中, 2 例为结核性。18 例恶性肿瘤中黏液表皮样癌 11 例, 腺样囊性癌 4 例, 腺癌和腺泡细胞癌及腮腺转移癌各 1 例; 年龄 25~79 岁, 其中 50~70 岁 13 例, 约占 72%, 男 10 例, 女 8 例。26 例良性肿瘤中,

腮腺混合瘤 18 例, 腺淋巴瘤 4 例, 脂肪瘤 2 例, 神经鞘瘤及血管瘤各 1 例, 年龄 21~71 岁, 男 8 例, 女 18 例。腮腺肿瘤的临床表现主要是耳后无痛性肿块, 渐进性增大。有 2 例肿块表现为时大时小, 6 例有不同程度的面部麻木, 同侧眼不能完全闭合, 口角歪斜。

使用 GE Lightspeed ultra 螺旋 CT 机, 常规横断面扫描, 以听眶线为基线, 上包括颅底, 下扫至胸骨上切迹; 扫描参数为层厚 5.0 mm, 螺距 1.25~1.50, 重建间隔为 2.0 mm。50 例均行 CT 平扫, 其中, 36 例作了平扫加增强。以高压注射器自肘静脉注入优维显 80 mL, 延迟时间为 25 s, 注射速率为 2.5 mL/s。

### 2 结果

病灶位于右侧腮腺者 32 例, 位于左侧腮腺者 24 例, 两侧多发 6 例。36 例病变位于浅叶, 10 例同时累及深、浅叶, 仅 4 例病灶位于深叶。50 例中除 4 例炎性病变表现为腮腺区密度增高, 病变范围较弥漫, 没有明确的边界, 2 例腮腺体积略缩小, 密度增高, 见局部淋巴结肿大外, 其余 44 例均见腮腺区

肿块影,病灶最大径为 5.5 cm,最小径 0.8 cm,其中,大于 3.0 cm 者 17 例,小于 3.0 cm 者 27 例。

CT 表现:炎性病变 6 例。其中,4 例表现为双侧腮腺弥漫性肿大,密度均匀增高,2 例腺体体积缩小,密度增高,呈轻度强化;2 例腮腺结核中,1 例 CT 表现为腮腺区密度不均匀性增高,边界不清,且见散在的斑点状钙化影,增强后强化不明显;另 1 例 CT 表现为腮腺浅叶结节状密度增高块影,增强后呈环行强化,部分边界清楚;恶性肿瘤 18 例,CT 平扫 13 例呈混杂密度包块,形态不规则,呈浸润性生长,与周围组织分界不清,病灶呈明显不均匀强化,增强前后 CT 值差值大于 50 HU。2 例病灶密度较均匀,形态也较规则,邻近结构显示较清,曾误诊为混合瘤。3 例临床表现为患侧面面部刺痛、麻木,1 例面瘫,4 例颈部见肿大的淋巴结影,2 例局部咬肌萎缩,茎突及下颌骨骨质吸收破坏各 1 例;腺混合瘤 18 例,浅叶 12 例,深叶 2 例,深浅叶都累及 4 例,双

侧多发 3 例,其中,左侧 1 例既多发又深浅叶同时累及。15 例 CT 平扫表现为腮腺内圆形、类圆形软组织样密度,CT 值 35~50 HU,边界清楚。12 例增强后显示为病灶呈均匀性强化,CT 值 75~90 HU;4 例肿块呈分叶状混杂密度,病灶中央密度偏低,且见散在的高密度钙化影,增强后见病灶实质部分强化,坏死、囊变区不强化;3 例病变位于深浅叶,呈哑铃状改变(见图 1,2),密度均匀,茎突向后移位,增强后呈明显均匀强化,周围边界显示清楚,邻近组织受推挤、变形,脂肪间隙显示仍然清楚;腺淋巴瘤 4 例,位于浅叶后下极 3 例,单侧多发 2 例,双侧多发 2 例。CT 平扫表现为圆形略低密度影,密度均匀,边界清晰,有 1 例呈分叶状,密度不均匀,中央密度较低,增强后呈环行强化(见图 3,4),壁厚薄不一;脂肪瘤 2 例,均位于腮腺浅叶,形态规则,密度均匀呈脂肪性负值,CT 值 -50~-100 HU(见图 5,6),与周围组织结构界限清晰,增强后未见强化。

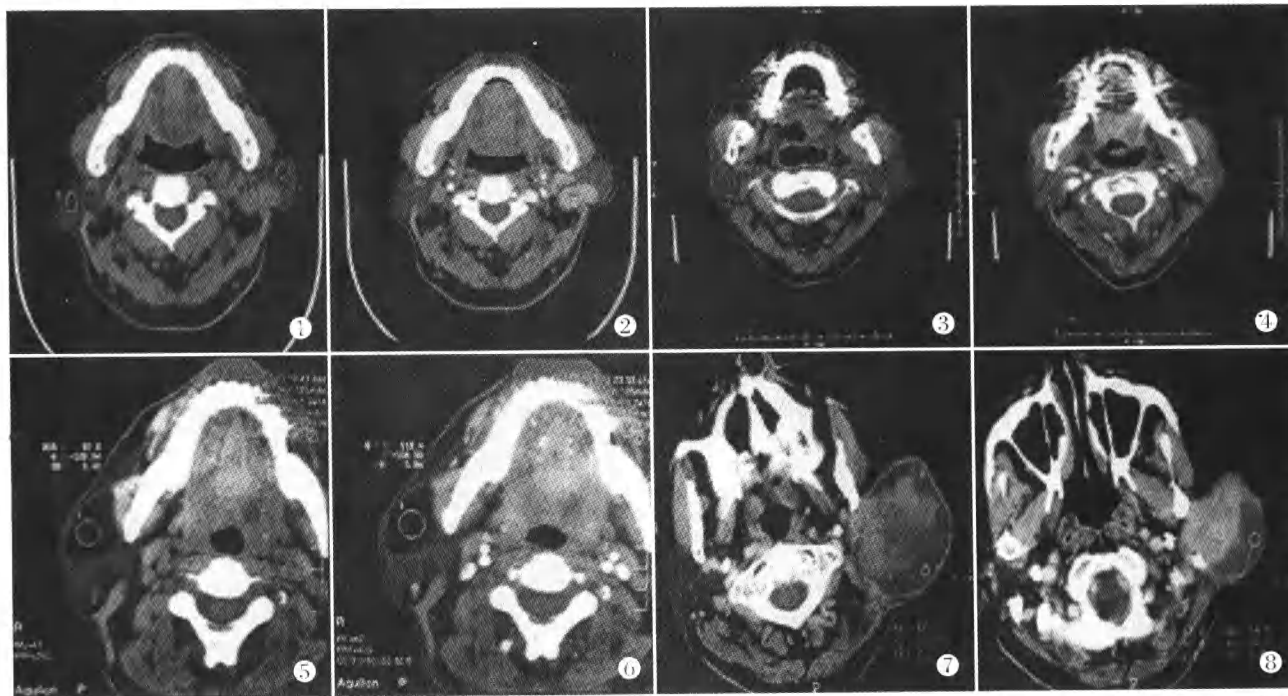


图 1,2 腮腺混合瘤,强化均匀,累及深浅叶呈哑铃状 图 3,4 腺淋巴瘤呈环行强化 图 5,6 腮腺脂肪瘤 图 7,8 黏液表皮样癌,强化不均,囊变坏死明显,部分边界不清

### 3 讨论

腮腺是涎腺中体积最大的腺体,含有多种不同组织成分,因此,有很多不同来源的肿瘤。

#### 3.1 CT 扫描的优势

CT 在肿块性病变的定位、良恶性肿瘤的区分、肿块与面神经和血管的关系显示等方面可提供较多的信息和帮助。腮腺是脂肪性腺体组织,密度低于周围的肌肉,与腮腺病变之间有良好的天然对

比,CT 具有优越的密度分辨率,通常 CT 平扫即可显示病变的存在,增强扫描能进一步了解病变的形态、轮廓、内部密度变化特征,有无周围结构侵蚀、淋巴结受累,尤其是周围动静脉受压移位及与肿块的关系等。国内外文献<sup>[1,2]</sup>根据 CT 表现将肿瘤分为 3 类:a) 边界清楚,有包膜的肿块,呈圆形、椭圆形,多见于良性、炎性病变;b) 有包膜的分叶状肿块,多见于具有局部浸蚀性良性肿瘤和生长较缓慢的低

度恶性肿瘤；c) 浸润性肿瘤，边界不清，弥漫不规则，多为恶性。本组病例基本符合上述规律。

### 3.2 各种腮腺病变的 CT 表现

a) 黏液表皮样癌是最常见的腮腺恶性肿瘤，本组 11 例，右侧 7 例，左侧 4 例。临床表现为腮腺区质硬的肿块，有面神经受浸润的症状，4 例表现为面部刺痛、麻木。本病由腺体或导管组织发生，根据瘤细胞的分化程度及生物学行为不同分为低度恶性、中度恶性和高度恶性。CT、临床表现与组织分级具有相关性，低度恶性者其 CT、临床表现与混合瘤相似，表现为缓慢生长的无痛性肿块，呈圆形、分叶状，边界清楚，密度均匀。中度恶性者病灶较大呈分叶状，边界欠清，密度不均（见第 353 页图 7, 8），而高度恶性者常表现为病灶边缘不规则模糊，密度不均匀，呈浸润性生长，CT 增强扫描表现为不均匀强化，咽旁间隙消失，翼内、外肌受累，临床症状明显，本组 5 例有面神经受侵表现，肿块区域沿着面神经行程有疼痛、刺痛。病变进展迅速，并有 1 例茎突骨质侵蚀破坏、颈部淋巴结肿大转移。

b) 腺样囊性癌：发病率仅次于黏液表皮样癌，肿瘤无包膜且侵袭性强，具有嗜神经生长的特点<sup>[3]</sup>。本组 4 例中 2 例临床早期即有面部麻木、面瘫，咬肌萎缩，下颌骨受侵、骨皮质缺损吸收，CT 表现为腮腺区等密度块影，边界不清，轻度强化，脂肪间隙消失。

c) 腮腺腺癌、腺泡细胞癌：均表现为浸润性生长，密度不均，形态不规则，境界不清，CT 表现相似很难鉴别。

d) 腮腺转移癌：1 例，为鼻咽癌患者，颈部多处淋巴结肿大并互相融合成团，腮腺内的病灶表现为低密度的腮腺组织内多个结节状等密度块影，边界清楚，增强后呈结节状不均匀性强化。

e) 腮腺混合瘤：占腮腺良性肿瘤的 70% ~ 90%，本组 18 例，占 69%。可发生于任何年龄，以 40 岁左右的女性多见，多发生在腮腺浅叶，肿瘤含有黏液样组织、角化物、软骨及钙化等成分，常有坏死、囊变区，具有多形性和混合性。CT 平扫呈等密度或稍高密度，CT 值为 35 ~ 50 HU，有时可见钙化，形态为多样性，可为圆形或类圆形，位置表浅，边界清楚，增强后呈均匀一致性强化，CT 值 50 ~ 90 HU，与周围组织境界清楚，肿瘤较大者显示为中心密度减低，病理显示为该区囊变坏死，轮廓欠规整，呈分叶状或哑铃状，部分边界不清，不清部分均在病灶的内侧缘，多向深部生长。增强后周边强化明显，为

瘤体的实质部分强化，囊变坏死低密度区无强化，肿瘤境界显示更清楚，周围组织受推挤移位，尤其是周围动静脉受压移位更易分辨。

f) 腮腺淋巴瘤：为腮腺良性肿瘤的第二位，占全部腮腺肿瘤的 6% ~ 10%<sup>[4]</sup>。由于腮腺胚胎发育特点，腮腺内可有淋巴结，邻近的淋巴结内有时也可有腮腺组织，因此，良性的腺淋巴瘤有时也可发生在邻近的淋巴结内。大部分腺淋巴瘤患者为无意中在发现耳垂下无痛性、渐进性增大的肿物来就诊。有消长史是本病的最突出的临床特点之一，多见于 50 ~ 70 岁的男性。Choi 等<sup>[5]</sup>指出双期螺旋 CT 扫描，腺淋巴瘤早期明显强化，延迟后密度逐渐降低，无延迟廓清现象。仅从 CT 表现与混合瘤鉴别困难，需根据年龄、性别、强化程度及病变数目来鉴别。一般认为以下特征支持腺淋巴瘤的诊断：a) 多发，最大径一般小于 3.0 cm，尤以 1.5 ~ 2.0 cm 病灶为多见，常见有小于 1.0 cm 的小灶；b) 有人认为腺淋巴瘤起源于腮腺内的淋巴结，是由其内异位起源的上皮及淋巴组织发生<sup>[6]</sup>，由于腮腺内淋巴结位置常在浅叶后下方，所以腺淋巴瘤也好发于此部位；c) 病灶血供较丰富，增强前后 CT 值差值平均为 35 HU。

CT 平扫对腮腺病变能准确定位，增强扫描对显示病灶与大血管的关系帮助较大，特别是对确定病灶与面神经、颈血管鞘的关系有实际的意义。同时 CT 还可以通过评价病变周围组织、血管、骨质等的改变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] Yu GY, Zou ZJ, Wang YS, et al. Computed tomography of parotid masses [J]. Chinese Medical Journal, 1989, 102(3): 243 - 250.
- [2] 俞光岩. 涎腺疾病[M]. 北京: 北京医科大学, 中国协和医科大学联合出版社出版, 1994: 34, 139 - 146.
- [3] 施增儒. 五官 CT 和 MRI 诊断学[M]. 南京: 南京大学出版社, 1997: 578 - 580.
- [4] 李果珍. 临床 CT 诊断学[M]. 北京: 中国科学技术出版社, 1994: 219.
- [5] Choi DS, Na DG, Byun HS, et al. Salivary gland tumors: evaluation with two-phase helical CT [J]. Radiol, 2000, 214(1): 231 - 236.
- [6] 沈山, 张国志. 腺淋巴瘤发病因素与机制研究的新进展(综述)[J]. 口腔颌面外科杂志, 2002, 12(3): 226 - 228.