

31 例涎腺黏液表皮样癌的超声表现与病理分析

Analysis of Ultrasound and Pathological in 31 Patients with Mucoepidermoid Carcinoma

SHAO Qi, CHEN Li-yu, XU Dong, et al.

邵琦, 陈丽羽, 徐栋, 周玲燕
(浙江省肿瘤医院, 浙江 杭州 310022)

摘要: [目的] 探讨黏液表皮样癌的超声表现与病理学分析。[方法] 回顾性分析 31 例涎腺黏液表皮样癌的超声表现, 并结合病理分级分析不同恶性程度肿瘤的超声特征。[结果] 边界清晰 19 例 (61.3%), 形态不规则 22 例 (71.0%), 回声不均匀 25 例 (80.6%), 瘤体以低回声为主 24 例 (77.4%), 肿瘤内含无回声区 20 例 (64.5%), 肿瘤内伴钙化斑或钙化点 3 例 (9.7%), 血流信号 1~2 级 20 例 (64.5%), 3~4 级 11 例 (35.5%)。侵犯周围软组织或面神经 8 例 (25.8%), 根据病理恶性程度分为三级: 低分化、中分化和高分化, 高分化肿瘤主要表现边界清, 形态不规则, 血流信号 1~2 级; 低分化肿瘤边界不清, 血流信号 3~4 级; 中分化肿瘤介于两者之间。[结论] 涎腺黏液表皮样癌具有恶性肿瘤的超声表现, 也具有其特殊的超声特征。

关键词: 黏液表皮样癌; 超声

中图分类号: R445.1 **文献标识码:** B

文章编号: 1671-170X(2016)11-0969-03

doi: 10.11735/j.issn.1671-170X.2016.11.B020

黏液表皮样癌 (mucoepidermoid carcinoma, MEC) 是涎腺较常见的恶性肿瘤, 约占涎腺肿瘤的 3%~15%, 占涎腺恶性肿瘤的 12%~40%^[1,2]。腮腺的肿瘤不主张切取活检或穿刺细胞学检查^[3-5], 因此超声作为无创性检查在术前对肿瘤的诊断尤为重要。MEC 的病理分级对于临床诊治十分重要, 本文结合病理回顾性分析 MEC 的超声表现, 旨在提高其诊断准确率。

1 资料与方法

1.1 研究对象

回顾性分析我院 2003~2015 年 31 例涎腺 MEC 患者的术前超声资料, 腮腺或颌下腺区包块 31 枚, 其中男性 8 例, 女性 23 例, 患者年龄为 17~68 岁, 平均年龄 39.3 岁, 临床表现为腮腺或颌下腺区肿物。

1.2 仪器与方法

使用 Aloka SSD-1100 超声诊断仪 10MHZ5-7.5MHZ 高频线阵探头; LOGIQ E9 彩色多普勒超声诊断仪 L12-5 型高频线阵探头。患者取仰卧位, 充分暴露颈部及耳后部位, 常规扫描腮腺区及颈部, 重点观察肿物位置、大小、形态、内部回声、

边界情况、血流及与周围组织关系等。血流根据 Martinoli 分级标准分为 1~4 级: 1 级为内部及周边未见彩色血流信号; 2 级为只出现短暂的彩色血流信号或其中中心只见到一根血管; 3 级为出现多点彩色血流信号或有明显的血管穿过肿块; 4 级为肿块内见丰富血流信号。病理结果依据 Healey's System 分级法分为 3 级: 高分化、中分化和低分化。

2 结果

31 例患者中肿块最大 34mm×22mm, 最小 9mm×10mm, 发生在腮腺 26 例, 其中左侧 12 例, 右侧 14 例, 深叶 2 例, 浅叶 24 例, 发生在颌下腺 5 例, 左侧 1 例, 右侧 4 例。超声表现为边界清晰 19 例 (61.3%), 边界不清晰 12 例 (38.7%), 形态不规则 22 例 (71.0%), 规则 9 例 (29.0%), 回声均匀 6 例 (19.3%), 不均匀 25 例 (80.6%), 瘤体以低回声为主 24 例 (77.4%), 以等回声为主 7 例 (22.6%), 肿瘤内伴钙化斑或钙化点 3 例 (9.7%), 肿瘤内含无回声区 20 例 (64.5%), 血流信号 1~2 级 20 例 (64.5%), 3~4 级 11 例 (35.5%) (Figure 1)。

病理结果显示侵犯周围软组织或面神经 8 例 (25.8%)。病理结果中有病理分级的肿瘤 21 例: 高分化 13 例, 其中边界清晰 8 例 (61.5%), 形态不规则 10 例 (76.9%), 血流 1~2 级 10 例 (76.9%), 3~4 级 3 例 (23.1%), 侵犯面神经或周围脂肪、纤维组织 5 例 (38.5%); 中分化 7 例, 其中边界清楚 4 例 (57.1%), 形态不规则 6 例 (85.7%), 血流信号 3~4 级 3 例 (42.9%); 低分化 1 例, 边界不清, 形态不规则的低回声团, 血流信号 3~4 级 (Table 1)。大体病理: 肿瘤呈鱼肉样改变, 质中等偏硬, 部分肿瘤实质内可见坏死。镜下病理: 肿瘤主要由表皮样细胞、中间细胞和黏液细胞构成, 黏液细胞是主要成分。高分化肿瘤组织以囊性为主, 黏液细胞比例高于中、低分化组。肿瘤组织呈浸润性生长, 周围有较多淋巴细胞浸润 (Figure 2)。

3 讨论

MEC 是涎腺最常见的恶性肿瘤, 多见于女性^[6]。MEC 主要来源于腺管上皮细胞。临床表现为一侧面部包块, 活动度差, 大部分患者无疼痛, 少数患者有疼痛, 极少数患者有表面溃疡及神经功能障碍。MEC 的治疗以手术为主, 对肿瘤已侵

通讯作者: 陈丽羽, 副主任医师, 博士; 浙江省肿瘤医院超声科, 浙江省杭州市拱墅区半山东路 1 号 (310022); E-mail: chenliyu787@126.com

收稿日期: 2016-07-29; **修回日期:** 2016-09-15

Table 1 Ultrasonographic features of mucinous carcinoma of the salivary gland

Quantita- tive grading	About		Boundary		Form		Echoes		Cystic components		Blood flow		Invasion of surround- ing tissue		Gender		Transfer		Size(cm)	
	Left	Right	Clear	Unclear	Regular	Irregular	Homoge- nous	Inho- mogenous	Exis- tence	None	1~2	3~4	Exis- tence	None	Male	Female	Exis- tence	None	<2	>2
High	6	7	8	5	3	10	5	8	8	5	10	3	5	8	3	10	3	10	5	8
Middle	4	3	4	3	1	6	3	4	4	3	4	3	1	6	2	5	3	4	3	4
Low	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1
Total	10	11	12	9	4	17	8	13	12	9	14	7	7	14	5	16	7	14	8	13

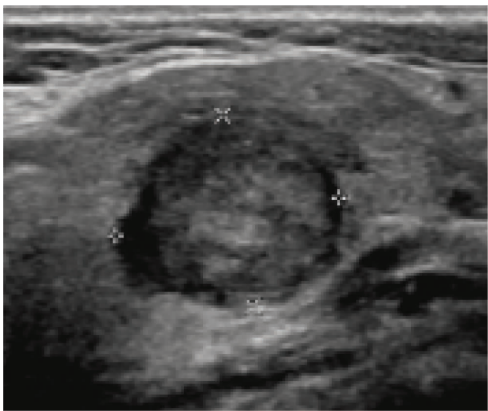


Figure 1 Ultrasound image of MEC

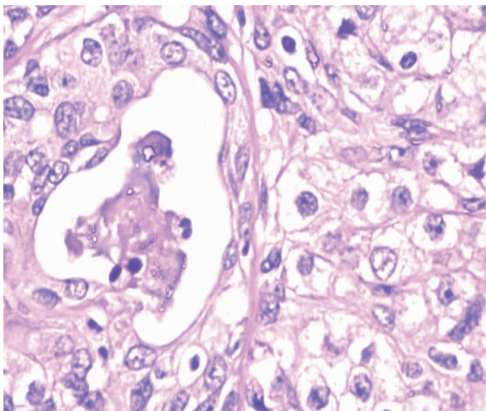


Figure 2 Pathologic image of MEC

犯周围组织不能彻底切除的,中、低分化的或有淋巴结转移的患者术后进行放疗^[7]。

本研究收集的病例中女性多于男性,低分化的少见,与报道的流行病学统计结果一致^[6,8]。据临床统计,MEC 发生部位主要在腮腺的浅叶及腮部小涎腺,其次发生在颌下腺^[9],本组资料中 26 例发生在腮腺(其中 24 例发生在浅叶,2 例发生在深叶),5 例发生于颌下腺,无腮部小涎腺的病例,因为腮部的肿瘤位于口腔内部,超声扫查受限,因此笔者认为涎腺的检查应结合其他影像学检查,以排除腮部小涎腺的病变。

MEC 的超声表现与病理对照分析发现,MEC 为形态不规则的低回声或等回声结节,边界清楚或不清,部分高分化肿瘤有较清楚的边界,但病理下见到肿瘤的包膜不完整,说明 MEC 的生长方式呈浸润性;部分结节内见无回声区,结节后方回声增强,瘤体内的无回声区考虑是肿瘤细胞形成的囊腔,内衬的黏液样细胞分泌大量无回声的黏液,本组资料中含囊性成分的肿瘤均是高、中分化的,与病理学统计结果中高、中度分化的黏液细胞明显高于低度分化的肿瘤^[10]相符;在血供方面以 3~4 级标准为富血供肿瘤,高分化的肿瘤中 23.1%为富血供,中分化肿瘤中 42.9%富血供,低分化肿瘤 100%富血供,表明恶性程度越高的肿瘤,血供丰富的比例越多,恶性程度与血流丰富程度呈正比,考虑低分化肿瘤增长速度更快,诱导周边的血管向其内部延伸,且肿瘤释放的促

血管生长因子使肿瘤内生长出较多结构异常的小血管网,而高分化肿瘤内无血供的囊性成分多,实性部分的血供主要靠周边血流滋养。

本研究收集的病例中 5 例高分化、1 例中度分化、1 例低分化的肿瘤不同程度的侵犯面神经或横纹肌及周围脂肪组织,高分化的肿瘤占多数,结果与国内相关报道^[7]的 MEC 部分高、中分化的肿瘤呈浸润性生长,侵犯周围组织,预后较差的结果一致,考虑 MEC 细胞分化是渐进的过程,人为的根据细胞形态界定分化程度主观性较大,且对于交界的病例易出现误差^[12]。7 例肿瘤中 1 例长径约 1.1cm,其余长径均是 2cm 以上较大的肿瘤,表明体积大的肿瘤更容易侵犯周围组织,预后较差,这一结果也证明了肿瘤大小是决定预后的关键性因素之一^[11]。

鉴别诊断:恶性肿瘤的超声图像常表现为边界不清,形态不规则,边缘可见“伪足征”,肿瘤内回声不均,可见点状钙化及坏死液化灶,肿瘤后方可见声衰减,肿瘤内血流较丰富且分布杂乱,频谱呈高速高阻的动脉血流,良性肿瘤边界较清楚,有的可见完整的包膜,血流较稀少,血流频谱多为低速低阻型。低分化的 MEC 超声图像多符合恶性肿瘤的特征,诊断符合率较高。肿瘤内较多囊性成分是 MEC 的特点,易与其他恶性肿瘤相鉴别。高分化的黏液表皮样癌恶性程度较低,边界较清楚,血流不丰富,超声表现类似于良性肿瘤,常误诊

为多形性腺瘤或腺淋巴瘤,鉴别诊断较困难,良性肿瘤的病史较长,多形性腺瘤多为男性及有吸烟史,询问病史有助于鉴别。而对于鉴别困难的肿瘤,如低分化 MEC 与其他伴坏死液化的恶性肿瘤鉴别,高分化 MEC 与病史不详的多形性腺瘤及腺淋巴瘤鉴别等,则需超声造影等新技术进一步研究。

本研究的不足是资料中低分化的病例少,对高度恶性肿瘤的超声表现描述也较少,有待在日后工作中继续搜集研究。MEC 由病理基础形成独特的超声表现,结合不同恶性分级的超声特征,可以提高超声医生对 MEC 诊断准确率,是术前较好的检查方法。

参考文献:

- [1] Spiro RH, Huvos AG, Berk R, et al. Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin: a clinicopathologic study of 367 cases[J]. AMJ Surg, 1978, 136(4): 461-468.
- [2] Nascimento AG, Amaral LP, et al. Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland: a clinicopathologic study of 46 cases[J]. Head Neck Surg, 1986, 8(6): 409-417.
- [3] Zhou J, Dong SZ, Jin Y, et al. Clinical and pathological analysis of salivary gland carcinoma[J]. Chinese Journal of Clinical and Experimental Pathology, 2002, 18(1): 54-56. [周峻, 董绍忠, 金岩, 等. 涎腺癌肉瘤临床及病理分析[J]. 临床与实验病理学杂志, 2002, 18(1): 54-56.]
- [4] Tian BM, Gu JQ, Liu WJ. Study of the influencing factors on the recurrence of salivary gland carcinoma after operation[J]. Journal of Practical Stomatology, 2004, 20(5): 643-644. [田宝民, 谷建琦, 刘文瑾. 影响涎腺粘液表皮样癌术后复发因素的探讨 [J]. 实用口腔医学杂志, 2004, 20(5): 643-644.]
- [5] Qiu WL. Oral and maxilla of facial surgery[M]. 6th edn. Beijing: People's Medical Publishing House, 2008. 13-14. [邱蔚六. 口腔颌面外科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008. 13-14.]
- [6] Derek KO, Boahene M, Kerry D, et al. Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland: the Mayo clinic experience [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2004, 130: 849-856.
- [7] Lu ZH, Yang AK, Chen ZX, et al. Prognostic factors of 116 cases with parotid gland mucinous carcinoma[J]. Chinese Journal of Cancer, 2007, 26(7): 752-755. [卢增红, 杨安奎, 陈志兴, 等. 116 例腮腺粘液表皮样癌患者的预后因素分析[J]. 癌症, 2007, 26(7): 752-755.]
- [8] Rahbar R, Grimmer FJ, Vargas SO, et al. Mucoepidermoid carcinoma of the parotid gland in children: a 10-year experience [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2006, 132: 375-380.
- [9] Yu SF. Oral histopathology[M]. 4th edn. Beijing: People's Medical Publishing House, 2000. 250-253. [于世凤. 口腔组织病理学[M]. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 250-253.]
- [10] Ellis GL. Tumor of salivary gland//atlas of tumor pathology [M]. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1996. 155-355.
- [11] McCurk M. Controversies in the management of salivary gland disease[M]. Oxford University Press, 2001. 143-150.
- [12] Ussmuller J, Donath K, Hartwein J. Histology of mucoepidermoid carcinoma. Analysis of 327 cases [J]. Laryngorhinootologie, 1994, 73(9): 482-487.

临床恶性肿瘤多学科综合诊断与鉴别诊断丛书出版启事



临床恶性肿瘤多学科综合诊断与鉴别诊断丛书(总主编毛伟敏、季加孚)的分册:《子宫内膜癌临床多学科综合诊断与鉴别诊断》(主编于爱军、吴梅娟)和《纵隔肿瘤临床多学科综合诊断与鉴别诊断》(陈骏、高虞舜),已由辽宁科学技术出版社出版。该丛书为“十二五”国家重点图书出版规划项目,并受浙江省胸部肿瘤(肺、食管)诊治技术研究重点实验室资助。