

· 病例报告 ·

颌下腺导管癌超声表现1例及文献复习

时兆婷, 王 芬, 常 才

复旦大学附属肿瘤医院超声诊断科, 复旦大学上海医学院肿瘤学系, 上海 200032

【关键词】 颌下腺导管癌; 超声; 手术

中图分类号: R445.2 文献标志码: A 文章编号: 1008-617X(2016)04-0370-03

涎腺导管癌(salivary duct carcinoma, SDC)是一种较少见、具有侵袭性、发生于唾液腺的高度恶性肿瘤,由Kleinsasser等^[1]于1968年首先报道,其组织学表现与乳腺导管癌类似。国内有文献报道SDC发生于腮腺、颌下腺及腭腺的比例为4.5:2.5:1^[2]。本文报道1例经超声检查的颌下腺导管癌。

资料

患者,男性,51岁。因“右侧颌下区肿块3月余”入院就诊。患者于3个月前在无明显诱因下发现右颌下有一包块,无疼痛不适。当时外院检查考虑血管瘤可能,未行特殊治疗。近期复查考虑恶性可能,来本院就诊。专科检查:右侧颌下区触及约3.5 cm×4 cm大小肿块,边界不清,质地偏硬,活动度一般;右侧颌下区及右侧颈部触及肿大淋巴结。颈部MRI检查:右颌下腺体积增大,约29 mm×26 mm, T1WI不均匀低信号, T2WI高信号,增强后明显不均匀强化;右侧咬肌表面至腮腺内见多枚结节呈条状分布,增强后明显不均匀强化,边界不清;右颌下区及右颈部有数枚肿大淋巴结(图1)。检查印象:右颌下腺占位,右侧咬肌表面至腮腺内多发结节,考虑恶性肿瘤。右颌下区及右颈部肿大淋巴结。CT检查示:右侧颌下腺不规则团块影,范围约45 mm×39 mm,边界不清,明显强化,内见增粗扭曲血管影;邻近右侧颈静脉内充盈缺损,双颈部多发淋巴结(图2)。检查印象:右侧颌下腺不规则团块影伴增粗扭曲血管,恶性肿瘤可能;邻近右侧颈静脉内栓子形成。超声声像图示:右颌下腺区未见正常腺体组织,但探及片状低回声

区,范围约49 mm×19 mm×40 mm,边界不清,形态不规则,内见管状无回声;彩色多普勒血流成像(color Doppler flow imaging, CDFI)显示内部血流信号充盈,其中一支动脉血流流速曲线阻力指数(resistance index, RI)为0.77(图3)。右侧颌下区另见低回声,边界尚清,形态较饱满;其中一枚大小21 mm×12 mm×14 mm,内见稀疏血流信号。超声诊断:右侧颌下区不均质性病变,富血供(恶性肿瘤待排,亦可能为炎症改变,请结合临床)伴右侧颌下区肿大淋巴结。

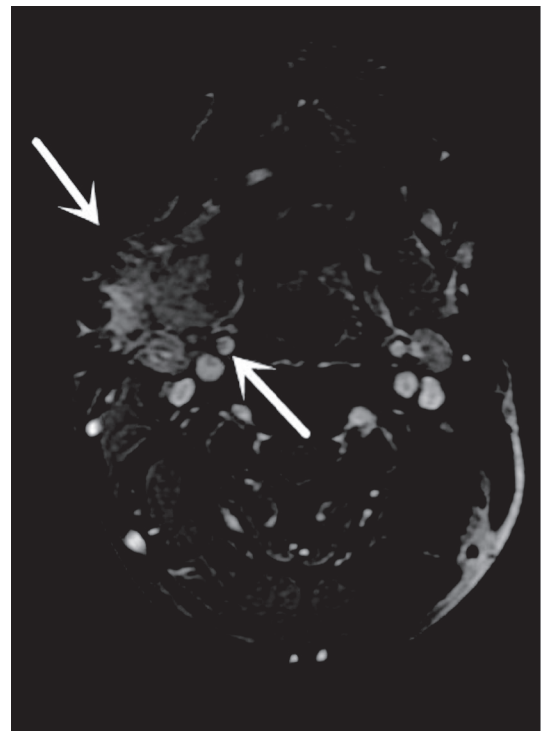


图1 颌下腺导管癌的MRI表现

T1WI示右侧颌下腺不均匀低信号,增强后明显不均匀强化



图2 颌下腺导管癌CT表现

右侧颌下腺不规则团块影，边界不清，明显强化，内见增粗扭曲血管影

患者行右侧全腮腺切除+右侧颌下三角清扫+颌下淋巴结清扫+右侧上颈部淋巴结清扫术。术中大体见：右侧面颈部(腮腺及颌下腺)弥漫性肿块，约7 cm×6 cm大小，边界不清，侵犯右侧咬肌、面神经，右侧颈内静脉内见癌栓。术后病理：右侧腮腺+右侧颌下腺+右侧颌下淋巴结结合HE形态及免疫组化结果，符合颌下腺导管癌，肿瘤大小为2.5 cm×2.5 cm×2 cm，浸润周围横纹肌组织，脉管及神经亦受侵犯。癌细胞AE1/AE3(+), AR(+), CK5/6(部分+), CK7(+), Ki-67(+25%), P63(-), P40(-); PAS染色(-)。

讨论

SDC发病以50岁以上男性较常见，发病时间短，进展速度快。本例患者术后病理可见神经及脉管侵犯，与国内外报道相似，表明该病具有易侵犯神经的特点^[3]。Toyoda等^[4]报道SDC局部淋巴结转移率为66%。本例患者入院时影像检

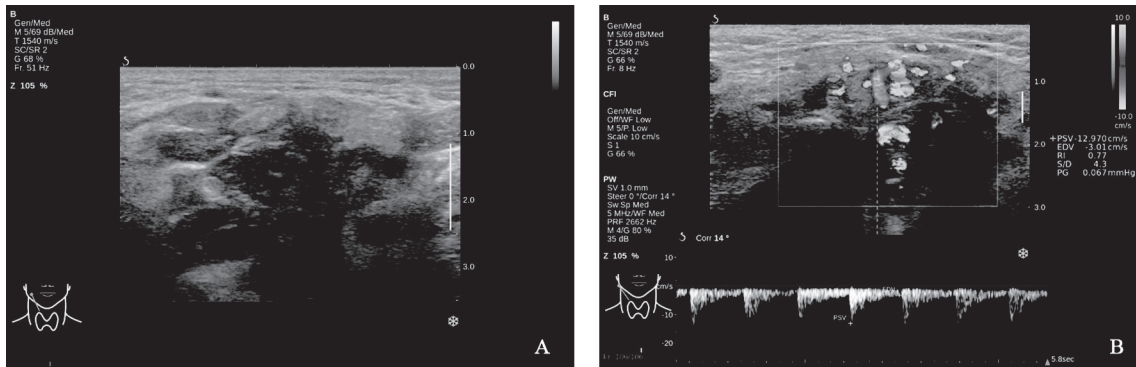


图3 颌下腺导管癌超声表现

A：二维超声示右侧颌下腺内片状低回声，边界不清，形态不规则；B：超声彩色多普勒显示肿块内部血流信号充盈，其中一支动脉血流流速曲线RI=0.77

查提示颈部淋巴结肿大，术后病理证实右颈部淋巴结见癌转移。SDC易发生远处转移，文献报道转移率高达48%，其中有30%发生于肺部，也可发生于肝、脑、肾、皮肤和骨等处，表明SDC远处转移以血行为主^[5]。该患者全身检查未见脏器转移。

SDC常表现为快速进行性肿大，临床初步易误诊为多形性腺瘤或腺样囊腺癌。本例外院误诊

为血管瘤，考虑与其富血供有关。因此，SDC往往需经病理诊断明确，CT和MRI影像学检查有一定帮助^[6]，但国内外未见文献报道超声下SDC的声像图特征。本文就该例患者并结合相应案例报道，将颌下腺导管癌的超声声像图描述如下：
 ① 实性不均质低回声，肿块较大时可见液化坏死，出现囊性成分；
 ② 边界尚清晰或不清，形态不规则；
 ③ 瘤体内部血流信号丰富，脉冲多

普勒(pulsed wave Doppler, PW)检测多为高速动脉血流流速曲线;④一般伴同侧颈上部淋巴结转移。如上述:颌下腺导管癌的超声声像图特异性较差,主要表现为涎腺恶性肿瘤的共有声像图特征。颌下腺导管癌需与其他颌下腺恶性肿瘤及颌下腺慢性炎症相鉴别。①颌下腺恶性肿瘤以黏液表皮样癌居首位,其次为腺样囊性癌,两者肿块生长相对较缓慢;而导管癌可在短期内迅速增大。导管癌少见且无超声及其他影像学特征性征象,与其他颌下腺恶性肿瘤单纯从影像上较难达到组织学上的鉴别诊断。②部分颌下腺慢性炎症与周围组织粘连严重,临床上很难将炎症粘连与恶性肿瘤浸润区分开,声像图表现与颌下腺导管癌相似,无特异性。但颌下腺炎一般有急、慢性炎症病史^[7]。因此,两者鉴别需结合临床病史及病理诊断结果。

治疗以手术为主。由于SDC患者就诊时多已有淋巴结受侵或转移,应同时行功能性或根治性颈淋巴结清扫;SDC易侵犯神经及发生远处转移,术后需加辅助放疗或化疗。早诊断、早治疗、广泛彻底切除肿瘤是提高SDC患者生存率的

关键。本例患者侵犯面神经,术后1个月给予放疗。随访至今,患者全身情况良好,未见复发和转移。

参考文献

- [1] KLEINSASSER O, KLEIN H J, HÜBNER G. Salivary duct carcinoma. A group of salivary gland tumors analogous to mammary duct carcinoma [J]. Arch Klin Exp Ohren Nasen Kehlkopfheilkd, 1968, 192(1): 100-105.
 - [2] 陈勇,唐恩溢,徐明耀,等.涎腺导管癌9例报道及文献复习[J].口腔医学研究,2007,23(3):306-308.
 - [3] 王洁,钟鸣,王兆元,等.涎腺导管癌4例临床病理分析并文献复习[J].口腔病理研究,2008,1(12):736-737.
 - [4] TOYODA H, Y AMAGUCHI K, MIURA K, et al. Salivary duct carcinoma in the submandibular region [J]. Int J Oral Maxillofac Surg, 2003, 32(4): 427-429.
 - [5] JAEHNEM, ROESER K, JAEKELT, et al. Clinical and immunohistologic typing of salivary duct carcinoma: a report of 50 cases [J]. Cancer, 2005, 103(12): 2526-2533.
 - [6] 汤富强,唐少虎,苏兰芳,等.颌下腺导管癌多层螺旋CT诊断价值[J].中国热带医学,2011,11(8):1006-1007.
 - [7] 张刘超,马卫东.颌下腺导管癌误诊的临床分析[J].大连市口腔医学颌面外科,2004,14(4):380.
- (收稿日期:2016-02-11 修回日期:2016-03-11)