

◁病例报告▷

儿童腮腺导管内乳头状瘤 1 例

Intraductal papilloma of the parotid gland in a child: report of one case

朱凯博, 薛彩强, 王海升, 邓靓娜, 刘建强, 雒攀, 周俊林

(兰州大学第二医院放射科, 兰州大学第二临床医学院, 甘肃省医学影像重点实验室,

医学影像人工智能甘肃省国际科技合作基地, 甘肃 兰州 730030)

ZHU Kai-bo, XUE Cai-qiang, WANG Hai-sheng, DENG Liang-na, LIU Jian-qiang, LUO Pan, ZHOU Jun-lin

(Department of Radiology, Lanzhou University Second Hospital, the Second Clinical Medical School, Lanzhou University,

Key Laboratory of Medical Imaging of Gansu Province, Gansu International Scientific and

Technological Cooperation Base of Medical Imaging Artificial Intelligence, Lanzhou 730030, China)

[关键词] 腮腺肿瘤; 乳头状瘤; 儿童; 超声检查, 多普勒, 彩色

[中图分类号] R739.87; R445.1

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-1062(2024)11-0823-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.11.014

病例 男, 11 岁。因“偶然发现右侧耳后肿块半年余, 近期逐渐增大”就诊。体格检查: 右腮腺区可扪及一 2.5 cm×1.5 cm 大小软组织肿物, 无压痛及触痛, 活动度良好。

彩色多普勒超声检查: 右侧耳后探及一大小约 2.8 cm×1.8 cm 的囊实性病灶, 形态欠规整, 边界清, 内透性差, 可见密集点状高回声漂浮; 实性成分约 1.4 cm×1.2 cm, 其内可探及血流信号(图 1)。颈部 CT 平扫: 右腮腺区见类圆形囊实性肿块影, 大小约 2.5 cm×2.1 cm×3.2 cm。囊变区呈低密度影, 中心实性成分和囊壁呈稍高密度影(图 2); 增强扫描: 囊变区不强化, 中心实质部分和囊壁渐进性显著强化, 其内可见穿行的血管影(图 3-5)。影像学诊断为右侧腮腺占位, 多考虑偏良性病变。

手术及病理: 行腮腺病损切除术, 术中见肿物位于右侧腮腺浅叶下极, 肿物呈囊实性, 包膜完整, 质地中等。术中标本见灰红色不整形组织一块, 大小约 4.4 cm×3.5 cm×1.5 cm。镜检示腮腺组织结构破坏, 可见坏死, 腮腺组织内可见囊腔,

囊内可见上皮增生形成的乳头, 乳头细小多分支, 核中度异形, 核分裂象少见(图 6)。

免疫组化: CK 高(+), CK19(+), Galectin-3(弱+), p63(-), S-100(-), TTF-1(-), Ki67(5%+)。病理诊断: 右侧腮腺导管内乳头状瘤。术后随访患者恢复良好, 无复发。

讨论 涎腺导管内乳头状瘤是导管乳头状瘤的一种亚型, 通常起源于涎腺导管上皮细胞, 向腔内呈乳头状生长的罕见孤立性良性肿瘤。多见于中老年, 在儿童极少见, 与性别无显著差异^[1]。本例患者为 11 岁儿童, 为国内少见儿童腮腺导管内乳头状瘤病例报道。以唇和颊黏膜等处的小唾液腺多见, 次见于腮腺和舌下腺等大唾液腺, 本例患者发生于右侧腮腺区。临床表现为头、颈部或口腔内边界规整的无痛性肿块, 生长缓慢, 病程常几周至数年不等。多数呈单个完整的囊性肿块, 具体病因不明确, 可能与阻塞唾液管有关^[2-3]。

CT 检查能够定位及观察腮腺肿瘤的形态, 增强扫描可以了解病理性特征。本例儿童患者 CT 平扫为右腮腺区类圆

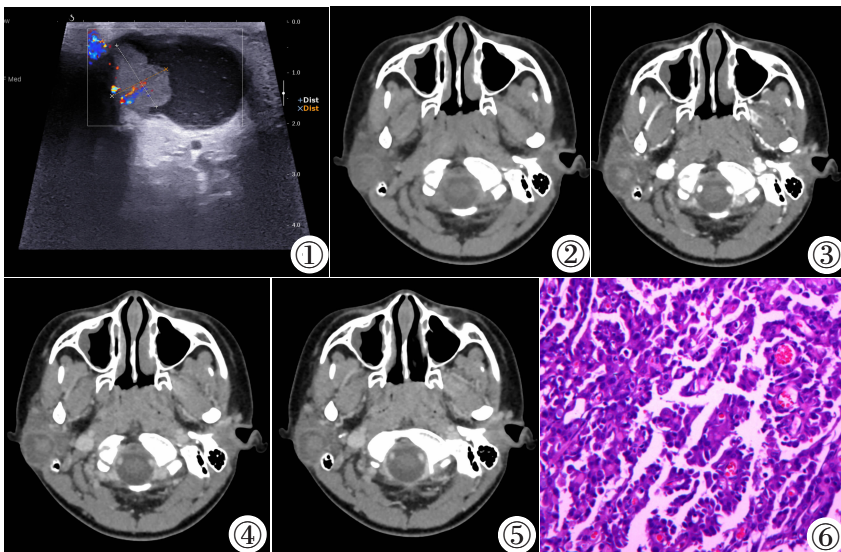


图 1 儿童腮腺导管内乳突状瘤患者彩色多普勒超声图。右侧耳后探及囊实性肿物, 中心实性成分内见血管影。图 2-5 儿童腮腺导管内乳突状瘤患者 CT 图。图 2 为 CT 平扫, 右侧腮腺区囊实性病灶, 囊变区呈低密度影, 实性成分和囊壁呈稍高密度影。图 3 为 CT 增强动脉期。图 4, 5 为 CT 增强静脉期, 囊变区不强化, 实性部分和囊壁渐进性显著强化, 其内可见穿行的血管影。图 6 儿童腮腺导管内乳突状瘤患者病理图。腮腺组织内可见囊腔, 囊内可见上皮增生形成的乳头, 乳头细小多分支, 腮腺组织结构破坏, 周围大量淋巴细胞及组织细胞浸润(HE)。

[收稿日期] 2024-01-24

[作者简介] 朱凯博(1998-), 男, 甘肃会宁人, 住院医师。E-mail: 18835359804@163.com

[通信作者] 周俊林, 兰州大学第二医院放射科, 兰州大学第二临床医学院, 甘肃省医学影像重点实验室, 医学影像人工智能甘肃省国际科技合作基地, 730030。E-mail: ery_zhoujl@lzu.edu.cn

形肿物呈囊实性,囊变区呈低密度影,中心实性成分及囊壁呈稍高密度影;增强扫描囊变区不强化,中心实质部分和囊壁强化明显,呈不均匀渐进性强化,基本符合腮腺良性肿瘤的影像学特征。MRI 是诊断导管内乳头状瘤较为可靠的影像学方法,通常表现为囊实性病灶,囊变区 T₁WI 低信号、T₂WI 呈高或稍高信号,增强后无强化;囊壁及囊内实性成分 T₁WI 等信号、T₂WI 呈低信号,增强后呈中度强化。但本例患者无 MRI 检查。

此外,腮腺导管内乳头状瘤还需要与腮腺多形性腺瘤及淋巴乳头状囊腺瘤(Warthin 瘤)相鉴别^[4]。①腮腺多形性腺瘤多见于双侧腮腺浅叶的中上部,以中青年女性居多。常无触及腮腺区圆形或者椭圆形边界规整的无痛性肿块;CT 增强以轻中度强化为主,呈渐进性强化特点,少见囊变坏死。② Warthin 瘤好发于双侧腮腺浅叶后下象限,以长期吸烟史的中老年男性居多。CT 增强表现为“快进快出”特点,可见贴边血管征。

总之,腮腺导管内乳头状瘤为良性肿瘤,确诊需要依靠病理学和免疫组织化学检查。手术切除通常是腮腺导管内乳头状瘤首选治疗方法,但腮腺导管内乳头状瘤也有恶变的倾

向^[5]。因此当颈部影像检查提示边界不清软组织肿块,呈侵袭性生长;增强示不均质强化,常伴有骨质破坏、颈部淋巴结肿大及远处转移的患者,应建议临床随访。

[参考文献]

- [1]Leon B, Johnw E, Peter R, et al. 世界卫生组织肿瘤分类:头颈部肿瘤病理学和遗传学[M]. 刘红刚,高岩,译. 北京:人民卫生出版社,2006.
- [2]Noseri H, Erden T, Toros S, et al. Intraductal papilloma of the parotid gland in a child[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2007, 264(11): 1385-1386.
- [3]刘争进,殷平,陈春成,等. 腮腺导管内乳头状瘤一例[J]. 中华口腔医学杂志,2012,47(12):769-770.
- [4]盛茂,王嗣伟,晋丹丹,等. 腮腺多形性腺瘤与腺淋巴瘤的 CT 影像特征及对比分析[J]. 实用放射学杂志,2017,32(1):28-30.
- [5]Nagao T, Sugano I, Matsuzaki O, et al. Intraductal papillary tumors of the major salivary glands: case reports of benign and malignant variants[J]. Arch Pathol Lab Med, 2000, 124(2): 291-295.

侧脑室孤立性纤维性肿瘤影像学表现 1 例

Imaging characteristics of solitary fibrous tumor of lateral ventricle: report of one case

余悦¹,贾晓峰²,张国平²,廖欣¹

(1. 贵州医科大学附属医院影像科,贵州 贵阳 550004;2. 贵阳市第二人民医院影像科,贵州 贵阳 550023)

YU Yue¹, JIA Xiao-feng², ZHANG Guo-ping², LIAO Xin¹

(1. Department of Radiology, the Affiliated Hospital of Guizhou Medical University, Guizhou 550004, China;

2. Department of Radiology, the Second People's Hospital of Guiyang, Guiyang 550023, China)

[关键词] 侧脑室;脑肿瘤;磁共振成像;体层摄影术,X 线计算机

[中图分类号] R739.41;R814.42;R445.2

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-1062(2024)11-0824-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.11.015

病例 女,46岁,因“发现右侧肢体无力3月”就诊。患者3月前无明显诱因出现右侧肢体无力,行走跛行,持物不稳,于外院行头颅 MRI 后考虑左侧侧脑室三角区占位并梗阻性脑积水,考虑室管膜瘤可能。为进一步明确诊治转诊我院。既往无特殊。家族史无特殊。体格检查患者不能配合查体。CT 平扫示:左侧侧脑室见一大小约 63 mm×50 mm×52 mm 不规则稍高密度影,其内见片状低密度影,边界尚清(图 1)。MRI 平扫+增强示:左侧侧脑室见一大小约 66 mm×51 mm×52 mm 分叶状肿块影,呈 T₁WI 等低、T₂WI 混杂信号,其内见片状 T₁WI 低、T₂WI 高信号影(图 2,3)。增强扫描肿块呈不均匀明显强化,中心见小片状无强化区,T₂WI 稍低信号区增强扫描后明显强化(图 4,5)。影像诊断:左侧侧脑室占位,考虑脑膜瘤可能。行左侧三角区入路侧脑室内病变切除,术中所见:皮

层下约 3 cm 侧脑室房部见病变组织,呈红褐色,表面包膜完整。术后病理检查:大体呈灰白灰褐色,质中。镜下:瘤细胞呈长梭形,束状排列,可见细胞疏松区与密集区(图 5)。免疫组化:VIM+、STAT6+、CD34+、CD99+、Bcl-2+。病理诊断:左侧侧脑室“孤立性纤维性肿瘤(SFT)(WHO II 级)”。

讨论 SFT 是一种罕见的间叶组织起源的梭形细胞肿瘤,可发生于全身各部位,最常见于胸膜^[1],发生于颅内的 SFT 较为少见,约占中枢神经系统肿瘤的 1%^[2],而发生于侧脑室的更为罕见。目前 SFT 发病病因尚不明确,因组织学特点与免疫表型与血管外皮细胞瘤(HPC)类似,且与 HPC 都具有 12q13 易位,NAB2 和 STAT6 融合引起 STAT6 在核内表达^[3],2016 年 WHO 将 SFT 和 HPC 归类为一个实体,并命名为 SFT/HPC。但在 2021 年最新的 WHO 神经系统肿瘤分类中将其修

[收稿日期] 2023-12-29;[修回日期] 2024-02-08

[作者简介] 余悦(1998-),女,贵州遵义人,在读硕士研究生。E-mail:923742903@qq.com

[通信作者] 廖欣,贵州医科大学附属医院影像科,550004。E-mail:1066413835@qq.com