

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2019.01.024

文章编号: 1005-8982(2019)01-0125-02

病例报告

超声、MRI 辅诊右耳鳞状细胞癌累及腮腺、咬肌 1 例*

安鹏, 王瑜, 王启然, 袁伟, 蔡兰兰, 许金枝, 王秋阳

(湖北省医药医学院附属襄阳市第一人民医院 超声影像科, 湖北 襄阳 441000)

关键词: 超声检查; 磁共振成像; 肿瘤, 鳞状细胞

中图分类号: R739.6

文献标识码: D

1 临床资料

患者, 女性, 69岁, 主诉右耳前肿块破溃出血1年余, 有高血压20年、糖尿病6年、脑卒中2年病史, 否认遗传病史及传染病史。

自述1年前赴缅甸东枝市旅游遭蚊虫叮咬耳前部抓挠后出血形成肿块, 血糖控制欠佳, 肿块渐长感染出血加重, 低烧3d, 回国后自行去社区医院静脉消炎治疗3d无效, 后1年自行敷中药瘙痒不止, 肿块不断破溃出血不止, 局部增大, 耳道粘连。

查体: T 39.1℃, 嗜睡, 面部及伸舌动作良好, 心肺部听诊正常, 胸片及心电图正常, 右耳前褐色肿块局部破溃脓液且听力欠佳。专科检查: 右耳前扁椭圆形占位, 范围约5.3 cm × 4.5 cm, 质软, 活动度欠佳, 外耳道狭窄, 鼓膜未见明显异常, 额镜检查未见穿孔。超声辅检并完善血常规、纯音筛查。超声检查: 颈部两侧可见多个肿大淋巴结样回声, 较大者大小为1.5 cm × 0.6 cm(左), 1.7 cm × 0.7 cm(右)。右耳皮下距体表0.2 cm处可见一大小约5.9 cm × 4.4 cm × 5.3 cm低回声团块, 边界欠清晰, 周边可见毛刺样改变, 局部侵入腮腺组织; 低回声团块内可见一范围约3.2 cm × 1.8 cm稍强回声团, 边界欠清晰。CDFI: 上述低回声内可见丰富血流信号, RI: 0.49。超声印象: ①颈部双侧淋巴结肿大; ②右耳皮下混合型占位性病变, 局部浸润供血丰富, 考虑Ca? (见图1)。MRI: 右耳前见一形态不规则异常软组织信号影, 边界欠

清, 大小4.1 cm × 5.1 cm × 5.1 cm, 其内信号欠均匀, 呈长T₁、混杂T₂异常信号影, 右外耳道欠通畅、周围软组织肿胀。右耳前占位, 考虑恶性肿瘤性病变, 侵犯外耳道、腮腺、咬肌(见图2)。血常规: NEU 11.33 × 10⁹个/L, WBC 12.21 × 10⁹个/L。纯音听阈示:

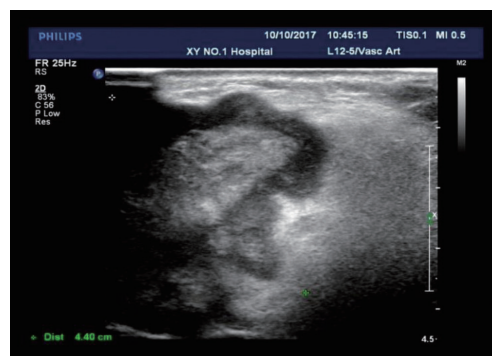


图1 浅表超声提示右耳皮下肿块形成, 边界模糊, 局部浸润

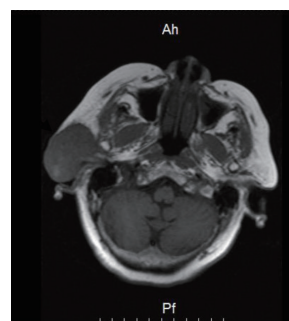


图2 MRI 横断面 T₁WI 提示右耳前恶性肿瘤变, 侵犯外耳道、腮腺、咬肌

收稿日期: 2018-03-28

* 基金项目: 湖北省卫健委指导性科研项目 (No: WJ2019F096)

[通信作者] 王瑜, E-mail: 287383672@qq.com

右耳轻度感音神经耳聋,考虑肿瘤致听神经传导阻碍。

入院 2 d 后全身麻醉下行右耳前占位扩大切除术+腮腺切除术+面神经松解术+胸锁乳突肌转移修复术+外耳道成形术。术后取组织(右耳前肿块)病检:高-中分化鳞状细胞癌伴出血,坏死囊性变;神经束侵犯,未见血管癌栓。免疫组织化学:腺样区 CK7, CK20, CK5/6⁺, CKH⁺, Ki-67LI 高增殖。肿瘤分期:T₃。见图 3。

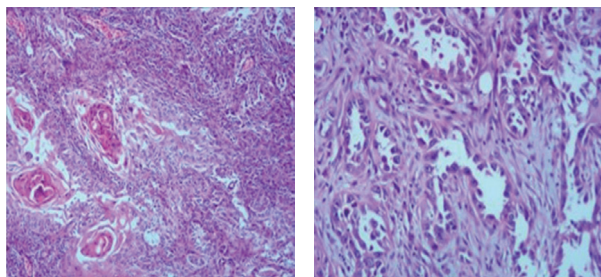


图 3 病理切片图 (HE × 100)

2 讨论

外耳道恶性肿瘤罕见,发病率 1/10 万^[1],1990 年 ARRIAGA 等^[2]做出了耳廓肿瘤的影像学详细报道并制定肿瘤分期方案。该患者考虑蚊虫叮咬、糖尿病加重感染、长期的慢性炎症刺激或长期抓挠表皮组织机化继发恶变有关^[3]。首诊耳廓肿物时可应用浅表超声观察其范围、大小、形态、浸润度及淋巴结肿大情况,CDFI 可显示肿物血供分布及 RI;若发现耳廓耳道边界不清肿块或者淋巴结肿大且血流丰富,RI ≤ 0.7,应警惕耳道肿瘤可能。此外,还可采用弹性成像技术分析耳肿物的弹性值及硬度做出超声分级,深部肿物可采用超声造影方法分析,超声引导下病检是金标准。MRI 可清晰显示肿瘤是否侵蚀颞骨、颧骨或颅内组织,增强 MRI 对隐匿性耳肿瘤诊断及侵蚀范围判读效果佳。

鉴别诊断:早期主要与炎症肿块鉴别;炎症肿块超声常呈均质低回声团块,边界清晰,肿块周边可见椭圆形炎症淋巴结肿大,超声造影对耳肿瘤诊断敏感^[4]。手术治疗可参考 stell 制定的耳肿瘤影像学分型。T₁: 原发肿瘤位置局限,患者无面瘫症状,影像学检查未明确侵蚀周边肌骨组织。T₂: 肿瘤侵蚀面部周边肌组织,致患者面瘫,超声、MRI、CT 提示的深部肌骨组织浸润,但未迁延颞骨及其周边。T₃: 患者存在严重临床症状,阻碍面部肌肉运动表情运动失调,超声、MRI、CT 影像学提示颞颌关节、涎腺、颅内等浸润。TX: 无法明确诊断分型及临床分期。外耳道肿瘤初期与皮肤疣、表皮痣、不完全脓肿及叮咬疮等难以鉴别,曾有误诊后转皮肤激光科表皮切除的病例,浅表超声扫查具有重要意义^[5-6]。

综上所述,首诊医师误诊及患者忽视致外耳道肿瘤及时准确诊断仍存在困难,超声联合 MRI 是辅诊的关键,病理诊断是金标准。

参考文献:

- [1] MORTON R P, STELL P M, DERRICK P P. Epidemiology of cancer of the middle ear cleft[J]. *Cancer*, 1984, 53(7): 1612-1617.
- [2] ARRIAGA M, CURTIN H, TAKAHASHI H, et al. Staging proposal for external auditory meatus carcinoma based on preoperative clinical examination and computed tomography findings[J]. *Annals of Otolaryngology & Laryngology*, 1990, 99(1): 714-721.
- [3] 王方园,吴南,侯昭晖,等. 外耳道罕见恶性肿瘤的诊疗分析[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2015(16): 1438-1442.
- [4] 肖跃明,戴径捷,孟雅君,等. 超声诊断中耳疾病的探讨及临床应用研究[J]. *中国超声医学杂志*, 2000, 16(7): 491-494.
- [5] 郭洁,范崇盛,张杨,等. 耳甲腔成形术在Ⅲ期外耳道胆脂瘤手术中的应用[J]. *中国现代医学杂志*, 2017, 27(14): 127-128.
- [6] 辛颖,严森,宋为明,等. 外耳及中耳恶性肿瘤 39 例临床分析[J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2015(14): 1260-1263.

(张西倩 编辑)