



颞下颌关节区多形性腺瘤 1 例报告

Pleomorphic adenoma in an atypical location near the temporomandibular joint: A case report

Wenko Smolka, MD, DMD/Nicole Eggensperger, MD, DMD/Edouard Jean Stauffer-Brauch, MD/

Ferdinand von Bredow, MD/Tateyuki Iizuka, MD, DDS, PhD

原载 Quintessence Int 2007;38(5):417~421(英文)

梁成译

摘要

多形性腺瘤主要发生在大涎腺,其中以腮腺最为常见,好发部位为腮腺浅叶的下极。本文报告 1 例发生于非常见部位——颞下颌关节区的多形性腺瘤。肿瘤为单发,位于腮腺上方,紧密附着于颞下颌关节的关节囊,边界清楚。临床检查肿瘤可疑为关节来源。磁共振成像检查显示为附着于关节的良性肿瘤。本病例报告提示关节囊病变,应考虑多形性腺瘤的可能性。

关键词

鉴别诊断;磁共振成像;多形性腺瘤;涎腺肿瘤;颞下颌关节

多形性腺瘤(良性混合瘤)是大涎腺最常见的肿物,“多形性”一词表示此类肿瘤在胚胎学上来源于上皮组织和结缔组织,组织学表现多种多样,包括上皮组织、肌上皮组织以及间叶组织。

面颈部混合瘤大约 92.5% 发生于大涎腺,其中的 80% 位于腮腺,8% 发生在颌下腺。小涎腺混合瘤仅占 6.5%。而发生于面颈部其他位置的多形性腺瘤非常少见,文献中仅见个案报告。

腮腺多形性腺瘤 90% 发生于面神经浅面的腮腺浅叶,主要位于腮腺下极。另外,10% 可发生于腮腺深叶,并可通过下颌角与乳突之间的间隙突入口内,表现为口内扁桃体及咽侧壁肿胀并向中线移位。

本文报告 1 例发生于关节囊侧方的单发的多形性腺瘤。邻近的腮腺未见病变。根据临床表现,肿物来源于关节。

病例报告

患者男性,35 岁,就诊于瑞士伯尔尼大学医学院院颌面外科。主诉为右侧关节区无痛性肿块 5 年,前 4 年无明显变化。

一年前耳鼻喉科医师为其进行细针吸取活检,未发现恶性细胞,但未能做出进一步的明确诊断。由于考虑病变为良性,医师建议观察,暂不手术。过去 9 个月中肿物出现缓慢的生长。既往无感染及外伤史。

临床检查可见右侧关节区无肿胀,触诊可及 10mm × 15mm 肿块。患者无面神经功能损害。开口运动时肿物随髁突移动并消失于关节窝内。开口度正常,开口无偏斜。临床未见关节紊乱症状。曲面体层片显示:关节未见病变(图 1)。

MRI 检查可见边界清楚的实性病变,与关节囊无明显界限(图 2)。T2 加权像显示病变区为高信号

译者 北京大学口腔医学院颌面外科
北京海淀区中关村南大街 22 号 100081

影像。肿物位于腮腺上方外耳道前方，与两者界限清楚（图3）。病变在全麻下切除，手术采取耳前切口，暴露右侧关节及周围区域。术中显示肿物与关节囊粘连，与腮腺无关系。

肉眼观察，手术标本为灰褐色结节样，大小为 $1.8\text{cm} \times 1.5\text{cm} \times 1\text{cm}$ ，无囊性区域及退行性变。

组织学检查：肿瘤包膜完整，由一层薄的假膜、致密的结缔组织以及脂肪组织构成。肿瘤由两部分

组成，各占50%。一侧为上皮与肌上皮区，有腺管样结构、实性结构以及管状分化的细胞团块。另一侧为间叶组织区，细胞呈星形或梭形，可见粘液带。未见异常核分裂。病理诊断为多形性腺瘤（经典亚型），未见恶变征象（图4）。未做免疫组织化学染色。

术后患者恢复良好，经12个月复查未见肿瘤复发。



图1 曲面体层片显示颞下颌关节结构正常

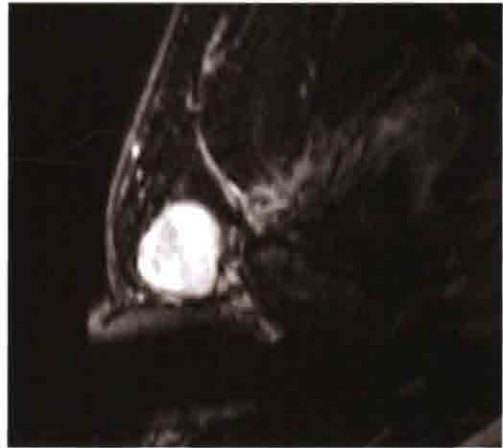


图2 颞下颌关节区MRI T2加权像 (1.5T, 梯度回波序列, TR 259ms, TE 9ms) 水平图像显示肿块为实性高信号病变 (直径15mm), 位于右髁突侧方, 与关节囊界限不清

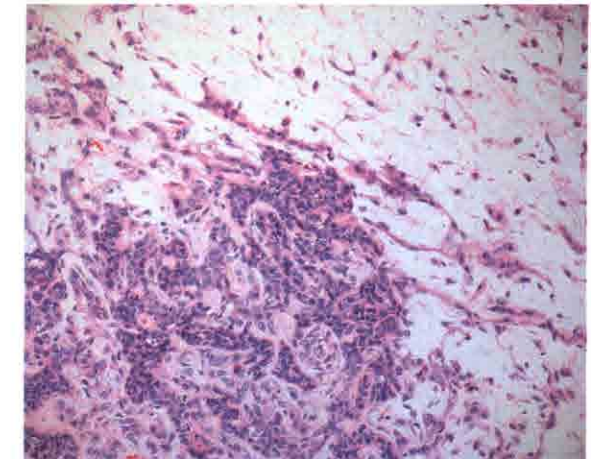


图3 (左) MRI T1加权像 (1.5T, 梯度回波序列, TR 259ms, TE 9ms) 矢状图像显示肿物位于外耳道前方腮腺上方, 与两者界限清楚。病变的信号强度与肌肉组织相似。

图4 (上) 多形性腺瘤的典型组织学表现: 上皮与肌上皮组织区为腺管样结构和实性结构, 间叶组织区细胞呈星形或梭形, 可见黏液带。

讨论

关节区可发生多种肿瘤,其中恶性肿瘤可为来源于腮腺区的黏液表皮样癌、浆液细胞癌或腺样囊性癌,以及外耳道周围结构的恶性肿瘤。由于肿瘤的破坏性生长,临床上常表现为功能障碍,如面神经功能减弱和(或)颞下颌关节功能紊乱。X线片观察常见病变边界不清。

此区域也可见多种来源于关节周围结构的良性肿瘤,其中包括腮腺区的肿物,如沃辛(Warthin)瘤、单形性腺瘤和多形性腺瘤,以及面神经神经纤维瘤、脂肪瘤、血管瘤。此外,还可见囊性病变如腮腺囊肿或表皮样囊肿,以及关节囊的滑膜囊肿或腱鞘囊肿。这些囊性病变多无临床症状,偶尔可出现肿胀和疼痛。影像学检查可见边界清楚的囊性病变。

本文所报告的病例在术前临床检查中显示为关节病变。由于曲面体层片上未见关节病变,因此有必要行MRI以便进一步明确术前诊断。MRI显示病变边界清楚,考虑为良性,无囊性变。T1加权像显示病变区信号强度与肌肉相似,所以脂肪瘤被排除。由于病变位于颅部,面神经神经纤维瘤可能性

也不大。其余可能诊断包括炎症性淋巴结、血管瘤或发生在非典型部位的涎腺良性肿瘤。患者无感染病史,所以排除炎症性淋巴结可能性。

组织学检查对明确诊断是必要的。但细针吸取活检的诊断价值仍存有争议,细胞学诊断并不十分可靠,尤其是在病变较小的情况下。肿瘤切除活检是获得最终诊断的最佳途径。

文献报道,多形性腺瘤可发生于小涎腺、副腺体或异位腺体等非典型部位。异位腺瘤的发生是由于涎腺组织出现了异位,这些部位包括下颌骨、颈部皮肤、脑下垂体、乳突、扁桃体区域、颈淋巴结、喉以及中耳。本病例报告的这例多形性腺瘤瘤体位于腮腺上极的上方,术中见肿瘤边界清楚,与腮腺无关。鉴于腮腺多形性腺瘤90%发生于腮腺浅叶,且主要在腮腺下极,此例多形性腺瘤发生部位属于罕见。

颞下颌关节区无痛性包块的鉴别诊断有多种可能性。曲面体层片仅能反映骨组织的病变,不足以做出明确诊断。此情况下MRI可作为首选辅助检查手段。多形性腺瘤可发生于头颈部其他非好发部位,这一点对于头颈部肿瘤的鉴别诊断是非常重要的。



编读往来

王编辑:

您好!

2008年第1期的《中国口腔医学继续教育杂志》,果然有很大的变化。响应“致读者信”,问几个问题:

1.“直立或倾斜种植体支持的全口无牙颌即刻固定修复:多中心临床研究”一文,有个概念可否进一步明确:

“即刻固定修复”是否区分“即刻临时固定修复”与“即刻永久固定修复”?通常固定修复给人的感觉是永久性的。文章的内容是提到了“临时义齿”(48H)与“终义齿”(2个月后)二个步骤。

2.“全牙列漂白后个别牙冠修复:病例报告”一文中分别用到“双上中切牙”与“双上1”,不知是否为相同的含意,还是有特殊的含意?

3.“全牙列漂白后个别牙冠修复:病例报告”一文中的“视杆细胞”是指什么?

4.“全牙列漂白后个别牙冠修复:病例报告”一文中“微观美学特征”的“微观”是否恰当?通常用细节或局部。

致编安!

北京读者 王勇

周泽渊博士(第四军医大学口腔医院牙体科)解答:

第一题:前牙种植后一般需要进行临时义齿修复,也就是即刻义齿修复,以恢复发音和美观功能等等。即刻义齿可以分为即刻活动义齿和即刻固定义齿。无论是即刻固定义齿还是即刻活动义齿都是过渡性的,是一种临时义齿。以后还需进行永久性修复,也就是终义齿修复。

第二题:“双上中切牙”与“双上1”实际上两者是同一概念。用1~8数字来表示不同的牙,是国际上一种对牙齿的描述方法。

第三题:视杆细胞是视网膜中的一种感光细胞,主要用来辨别明暗。而另外一种感光细胞是视锥细胞,视锥细胞可分辨物体的颜色和细节。所以文章这里用视锥细胞可能更合适。

第四题:微观美学特征是指在牙齿美容修复过程中,需要注意牙齿一些细节方面的美容特征,而把所有这些美学特征统称为微观美学特征。