

喉部肿瘤的CT诊断(附43例报告)

谢榜昆 宋振超

(孙逸仙纪念医院放射科)

关键词 喉部肿瘤; 电子计算机体层扫描诊断

中图分类号 R 767.04

喉部肿瘤以往的诊断主要依靠临床喉镜和常规放射学检查。近年来,对于显示病变、确定肿瘤病变侵犯范围,肿瘤分期及有否转移,CT显示了较大优越性^[1-5]。

本文报告我院从1989年6月到1992年2月,对43例喉部肿瘤患者作CT检查,情况如下。

对象与方法

检查对象 在43例喉部肿瘤中,男41例,女2例。年龄最小35岁,最大74岁,平均年龄54岁。40例肿瘤起源于喉内,1例口咽恶性肿瘤侵犯到喉部,2例手术后复发。38例手术治疗,5例放射治疗。全部均经病理证实,其中鳞癌40例,疣状癌1例,圆柱瘤1例,乳头状瘤癌变1例。术前分期是按1987年

造影,影响显像效果。

上腔双重造影直立位体层片的优点

体层摄影是应用特殊装置,在投影时使X线管与胶片作反方向移动,被检层则位于两者间移动的轴心上,结果使被检查层因位置固定而清晰显影,其它层次结构则因不断移动而模糊不清,故体层片不存在明显叠影。1979年Westesson首次在尸体上做出TMJ双重造影体层片标本^[4],对关节盘和关节腔的观察比平片清晰。平片仅能显示关节凹。髁状突骨质改变及间隙比例改变,而关节双重造影则能进一步了解关节盘及其附着的改变等。

本组研究将关节上腔双重造影与体层摄影相结合,且改平卧位为直立位,使注入之空气位于关节间隙较上方,周边被造影剂包围,形成强烈的反差,清晰度大增,比用薛氏位拍片等传统方法更能清楚准确地反映关节结构的改变。因此,对于关节盘穿孔或移位,关节盘或关节囊的附着松弛等尤以该法为适合。经本法检查诊断为关节病变者均与后来手术治疗中所见相吻合。可见该方法对颞下颌关节紊乱综合征的诊

国际抗癌协会对喉癌分期的方法^[6]。Ⅰ期6例,Ⅱ期17例,Ⅲ期10例,Ⅳ期7例。

检查方法 43例均用美国GE—8800全身CT扫描机检查,取仰卧位,用20秒速度和320mA扫描,在扫描时避免吞咽或舌运动,用口平静呼吸,断层从环状软骨到舌骨间隙,层厚5mm扫描,部分病例作了增强扫描。全部病例作了咽喉纤维镜检查,35例作了喉侧位或正位体层等常规放射检查。所有手术病例在术后均作X线、CT复查,并与手术所见作对照观察。

结果与分析

喉内软组织肿块影 39例均显示不规则肿瘤软组织肿块。19例Ⅰ、Ⅱ期真假声带肿瘤,CT显示肿瘤

断治疗及预后判断等有很大的帮助。

(本研究得到任材年教授的指导,并承广铁中心医院放射科协作,在此衷心致谢)

(本文图见插页3)

参考文献

1. 张震康. 颞下颌关节疾病. 见: 上海第二医学院主编. 口腔颌面外科学. 北京: 人民卫生出版社, 1980:532
2. 马绪臣. 颞下颌关节紊乱综合征的X线检查和诊断. 见: 张震康、傅民魁主编. 颞下颌关节病. 北京: 人民卫生出版社, 1987:149
3. 马绪臣, 等. 正常成人颞下颌关节上腔造影观察. 中华口腔医学杂志 1985;20(1):4
4. Irby WB. Current advances in oral surgery. Vol. Ⅱ St. Louis: Mosby 1980:207
5. Lott CW, et al. Temporomandibular joint arthrography—Dynamic study by videorecording. Clin Radiol 1988;39(1):73

(1992-05-26收稿 1992-10-26修回)

引起一侧真假声带软组织不对称增厚和局部突出密度稍高的软组织块影(图1)。手术时发现肿瘤呈菜花状在真假声带处浸润,伴周围组织红肿。

喉周围间隙及会厌前间隙受侵犯 17例Ⅲ、Ⅳ期肿瘤中,CT显示5例会厌肿瘤和2例假声带肿瘤扩展侵入会厌前间隙(图2),同时3例侵入梨状窝。手术发现肿瘤组织已侵犯会厌根、会厌披裂和会厌前间隙及梨状窝喉侧。

喉软骨破坏及移位 CT显示6例引起软骨改变。4例甲状软骨钙化、中断破坏,其中1例疑肿瘤已侵入甲状腺(图3),2例肿瘤扩展使杓状软骨移位(图4)。手术见2例肿瘤自环甲膜向外侵及甲状软骨。2例声带前联合肿瘤见喉粘膜下与甲状软骨膜面肿物浸润、侵犯甲软骨。

颈内淋巴结转移 2例CT表现颈动脉和颈静脉周围正常低密度间隙消失。手术见右颈动脉区淋巴结肿大,约2cm×2.5cm,病理为转移癌。

其他 本组2例喉癌切除手术后复发及1例口腔咽部恶性肿瘤侵犯喉,2例假声带肿瘤侵犯会厌、会厌前间隙,沿着杓会厌皱襞扩展,占据梨状窝。因肿瘤大、范围广而未能手术,采取放射治疗。

讨 论

CT对确定喉部肿瘤位置,侵犯范围有很大价值。本组19例Ⅰ、Ⅱ期肿瘤,虽小且局限。但在CT检查中,由于肿瘤密度高且和周围气体形成对比,可清楚显示肿瘤软组织肿块影及受侵界限。同时CT横断面扫描可观察到喉结构相关横向表现,使两侧有正确比较。另外易发现肿瘤在前或后联合跨中线扩散。本组有6例跨中线声带肿瘤。喉部肿瘤向粘膜下和深部喉间隙侵犯时,喉镜和表浅活检可提供假阴性结果,如肿瘤过大致气道阻塞,难以观察其范围。而CT可提供确诊信息。本组7例肿瘤侵入会厌前间隙,3例侵占梨状窝。由于这些空隙的纤维脂肪CT是低密影^[2],因此,肿瘤侵入可使间隙充满低密影的脂肪消失,代之肿瘤软组织密影。肿瘤侵犯喉软骨是晚期表现,CT显示软骨受侵标准是肿瘤邻近软骨边缘破坏,亦有呈缺损者。另一征象软骨髓腔内出现异常软组织阴影^[5]。本组4例CT见软骨破坏,手术发现自前联合、环甲膜附着处肿瘤侵犯甲状软骨,主要是该区域缺乏对肿瘤防御天然屏障软骨膜。值得注意的是软骨钙化

极不规则,有时难以和破坏相区别,易误诊^[4,6]。另外文报道^[5],CT显示喉癌颈内淋巴结转移准确率49%~93%,在颈动静脉与周围结构密度对比下,文献和本组2例表明,肿大淋巴结在2cm以上才显示。

CT检查对估计肿瘤能否手术切除及手术方式选择有很大帮助。以往喉癌手术范围大,确定肿瘤范围不大重要。现可行部分喉切除,保持发音和吞咽功能。因此,术前确定肿瘤范围和分期就十分重要^[1-4]。本组23例CT显示Ⅰ、Ⅱ期喉癌,仅作喉全切除。15例侵犯广泛、累及喉外结构Ⅲ、Ⅳ期肿瘤作了全喉切除。3例有颈内淋巴结转移患者作了颈淋巴清除术。文献报道^[2]影响手术部分喉切除的CT特征是①会厌前间隙受累,②甲环状软骨破坏及杓状软骨移位,③侵入邻近结构,④声门下侵犯,本组5例作放射治疗。除2例全喉切除后复发外,3例CT发现肿瘤已侵犯双真假声带、会厌、会厌前间隙、舌根及梨状窝。故仅作气管切开,而作放疗。

CT检查喉部肿瘤仍有不足,本组2例生长在声带和声门下表面粘膜上,CT未能发现。另据Parsous报道^[2],2例CT检查为假阳性,主要是唾液充满梨状窝和会厌豁,其密度和邻近软组织密度一样而误诊为肿瘤。另一例活检后软组织水肿而误诊为肿瘤。因此,活检后48小时内不能行CT检查。

(本文图见插页4)

参 考 文 献

1. Sagel SS, et al. High resolution computed tomography in the staging of carcinoma of the larynx. *Laryngoscope* 1981;91:292
2. Parsous CA, et al. The role of computed tomography in tumours of the larynx. *Clinical Radiology* 1980;31:520
3. Mancuso AA, et al. The role of computed tomography in the management of cancer of the larynx. *Radiology* 1977;124:243
4. 陈自谦,等. X线和CT对喉癌的对比如分析. *影像医学* 1991;4:43
5. 柳端今. 喉癌CT扫描. 国外医学《耳鼻咽喉科学分册》1988;12(1):20
6. 黄选兆主编. 耳鼻咽喉科学第3版,北京:人民卫生出版社,1990:166

(1992-04-08收稿 1992-10-26修回)

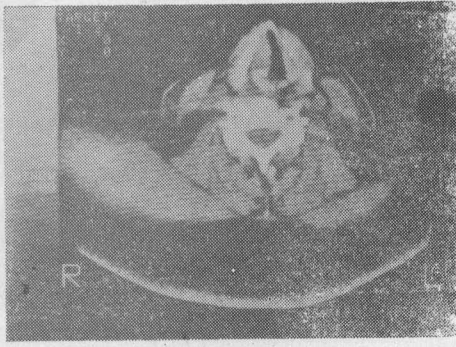


图1 右侧喉癌

示肿瘤致右侧真声带软组织不规则增厚,内缘凹凸不平

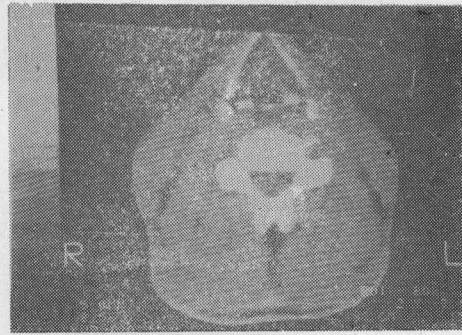


图2 会厌癌肿

示肿瘤已侵入会厌前间隙使低密度的会厌前面间隙被软组织肿块所侵占

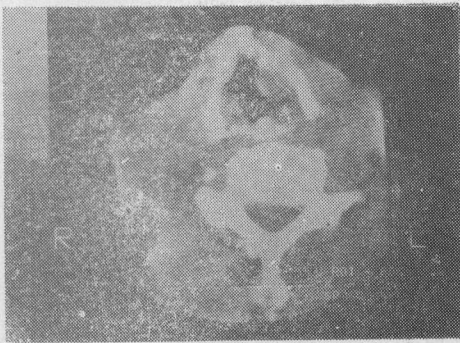


图3 左侧喉癌

示肿瘤左侧甲状软骨破坏、中断,疑肿瘤已侵入左甲状腺

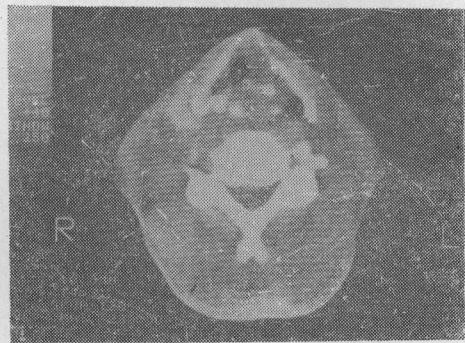


图4 右侧喉癌

示肿瘤向后扩展,使杓状软骨内移