

腮腺原发性鳞状细胞癌

湖北省肿瘤医院头颈外科 何家林

摘要 报道腮腺原发性鳞癌 14 例，男性 11 例，女性 3 例，年龄 20~66 岁（平均，52 岁）。Ⅰ期 3 例，Ⅱ期 4 例，Ⅲ期 7 例，均经病理证实，并排除转移性鳞癌和腮腺粘液表皮样癌可能。单纯手术或放疗各 2 例，手术+放疗 6 例，动脉化疗+放疗+手术 3 例，1 例仅行动脉化疗。3 年、5 年生存率分别为 38.5%，18.2%。初步探讨其临床病理特点。

关键词：腮腺肿瘤；鳞状细胞癌

腮腺原发性鳞癌很少见，且预后差，其诊断需排除转移性鳞癌和腮腺粘液表皮样癌。本文对 1978 年~1990 年我院收治的 14 例腮腺原发性鳞癌作一回顾性分析，并对其临床病理特点进行初步探讨。

临床资料

1978 年~1990 年我院共收治腮腺恶性肿瘤 270 例，其中腮腺原发性鳞癌 14 例，占 5.2%。14 例中，男 11 例，女 3 例，年龄 20~66 岁（平均 52 岁），50 岁以上 8 例（57%），左侧 9 例，右侧 5 例。患者均表现为腮腺区浸润性肿块，伴有疼痛 5 例（36%），面神经麻痹 3 例（21%），张口困难及局部皮肤潮红各 2 例。6 例可触及颈部肿大淋巴结（43%）。临床分期按 UICC 标准（1987）进行，Ⅰ期 3 例，Ⅱ期 4 例，Ⅲ期 7 例。

14 例均经手术或活检证实为鳞癌，并经全面体检及各项辅助检查，排除身体其它部位原发癌转移和腮腺粘液表皮样癌的可能，从而确诊为腮腺原发性鳞癌。

治疗方法：单纯手术、放疗各 2 例，手术+放疗 6 例，3 例先行动脉化疗+放疗，休息 3~4 周后手术，1 例依病人意愿仅行动脉化疗。

手术治疗的 11 例中，全腮腺切除术加面神经部分切除 5 例，腮腺浅叶+部分深叶切除术 4 例（其中 2 例切除面神经受累分支），腮腺浅叶切除术 2 例。放疗病人中，单纯放疗或术后放疗剂量 70~75GY，术前放疗 40~50GY；动脉化疗采有羟基喜树碱与 5-Fu 交替进行，前者 10mg/次，总量 30~40mg，后者 750mg/次，总量 4.5~6.0g。术前动脉化疗+放疗的 3 例，肿瘤均有不同程度缩小，其中 2 例达到 PR。

14 例手术和活检术中，均见肿瘤呈浸润性生长，质坚硬，7 例腺外邻近组织均有不同程度的受侵犯；8 例联合颈清扫术中，术后病检淋巴结阳性 4 例（50%）。

结果：本组无复发生存 2 例，均为Ⅰ期患者，失访 1 例（按死亡计算），3 年、5 年生存率分别为 38.5%（5/13），18.2%（2/11），一半以上的病人在治疗后三年内死亡（7/13）。在已知死因的 10 例中，死于局部复发 6 例，局部未控和区域复发 2 例，肝、肺转移各 1 例。

讨 论

1. 组织发生：一般认为^[1,2]，腮腺原发性鳞癌的组织发生有两种可能：(1) 来源于导管上皮的鳞状上皮化生或导管储备细胞之朝向鳞状上皮细胞分化，(2) 病程久长者，则有继发于“粘液表皮样癌”的鳞状上皮化生之可能。因此，其诊断需与之相鉴别，有时需借助于电镜，特殊染色法及其它组织学分析法才能病理确诊。

2. 临床生物学特性：腮腺原发性鳞癌很少见，其发生率占腮腺恶性肿瘤的 0.3~5.0%^[1,3]，本组为 5.2%，略高于文献报道。男性比女性多见，好发年龄 50~60 岁，本病的起病表现为腮腺区肿块，呈浸润性生长，进展快，质坚硬，界不清，有的伴有疼痛，肿块与周围组织紧密粘连，固定，甚至形成溃疡。约 20% 的病人伴有面瘫，其发生率仅次于未分化癌^[4]，本组 14 例中，有 3 例就诊时已有面神经麻痹，2 例张口困难，7 例术中发现有颌骨破坏，颞下窝及咽旁等邻近器官组织受累的表现，说明该肿瘤具有明显的浸润倾向，同时 8 例颈清扫术中，4 例淋巴结阳性，2 例术后 1 年内发生肝、肺转移，可见该肿瘤发生区域淋巴结转移及远处转移均较早，而且随诊发现有 2 例 2 年内死于局部和颈部广泛转移。

3. 病理学表现：与一般鳞状细胞癌相同^[2]。14 例手术或活检中，发现肿块均为实质性，无包膜，与周围组织分界不清，切面呈灰白色，无囊性变现象。镜下见团块状或条索状排列的异性鳞状上皮细胞，细胞中等

大小，缺少胞浆，核大小不一，核染色质粗，核分裂相多见，并可见病理性核分裂，胞外可见细胞间桥，分化好者还可见角化珠。而低分化粘液表皮样癌，切面可见散在小囊，囊腔内见粘液，镜下可见粘液细胞和表皮样细胞以及二者之间分化的过渡型—中间型细胞，罕见角化珠。几乎所有的腮腺原发性鳞癌病例均可见腺外侵犯的倾向。

4. 诊断问题：腮腺部位的肿块，经手术或活检，发现鳞癌细胞，诊断为腮腺鳞癌并不困难，但要确定肿瘤是否原发于腮腺就较难，需经详细地询问病史，全面的体检及必要的特殊检查，如胸片、喉、气管断层片、食道吞钡检查等，排除其它部位癌的转移才能确诊。Gaughan 等提出^[1]，腮腺原发性鳞癌的诊断应注意(1)发病前5年间同侧头皮、前额、眼睑、颊部或耳廓等部位无鳞癌患病史；(2)使用粘蛋白染色法及其它组织学分析法鉴别除外腮腺粘液表皮样癌及其它恶性肿瘤。同时，还应排除(1)腮腺病变有来自皮肤侵犯的征象，(2)鳞癌病变限于腮腺内淋巴结或随后发现有与腮腺转移癌相一致的头、颈部原发性肿瘤。作者认为，这一诊断标准有助于临床应用。

5. 治疗和预后：单纯手术，放疗或化疗，效果均不佳^[5,6]。本组单法治疗5例，3年生存2例，无一例生存5年，与Colney报告一组21例腮腺鳞癌单纯手术治疗，5年生存率为0结果一致。多数学者主张采取以手术为主的综合治疗模式，尤以手术+放疗值得推鉴。对

于腮腺鳞癌应尽早手术切除，并尽可能行根治术，即使对早期病变，颈部未触及淋巴结肿大，亦主张实施联合颈清扫术^[3,4]。原发灶切除范围要足够，面神经疑有侵犯者要切除。对局部晚期病变，术前可行动脉化疗+放疗，使肿瘤缩小，提高手术切除率。手术后或术后疑有残存病灶者，应给予足量放疗。

由于腮腺原发性鳞癌侵袭力强，进展快，易发生淋巴结和远处转移，治疗后易复发，多认为其预后不良^[1~6]，是腮腺恶性肿瘤中疗效最差之一，5年生存率不超过20~30%。局部复发和颈部转移是其主要死亡原因。此外，病期，治疗方式，性别，年龄及伴有面瘫，深部组织侵犯、疼痛等都是影响预后的重要因素。本组仅2例I期手术+放疗的病人生存5年以上。

参 考 文 献

- 李树玲编著. 头颈部肿瘤诊断，治疗和预后. 第1版. 天津：天津科学技术出版社，1983，141.
- 武汉医学院，等编著. 外科病理学. 第1版. 武汉：湖北人民出版社，1978，41.
- Gaughan R K, et al. Primary squamous cell carcinoma of the parotid gland. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1992, 118 : 798~801.
- Colney J, et al. Arch otolaryng, 1975, 101 : 39.
- Jackson, et al. Am J Surg, 1983, 146 (4) : 497.
- Marks M W, et al. plast and Reconstruct Surg, 1987, 79 (4) : 550.

Primary Squamous Cell Carcinoma of the Parotid Gland

He Jia-Lin

Hubei Cancer Hospital

We reviewed all cases of malignant tumour of the parotid gland treated in our hospital, From 1978 to 1990. 14 cases of primary squamous cell carcinoma of the parotid gland were identified. Of the 14 cases 11 were male and 3 female. The age at diagnosis ranged from 20 to 66 years (mean, 52 years). The clinical stage was as follows: I, 3 cases; II, 4 cases; III, 7 cases. 3 of these patients received planned intra-arterial chemotherapy, radiotherapy and surgery, 6 cases underwent surgery combined with radiotherapy, and the remaining 5 cases were treated with surgery, radiotherapy or intra-arterial chemotherapy alone. The overall survival at 3, 5 years was 38. 5% and 18. 2% respectively. The clinical-pathological features of disease and the factors influencing prognosis were discussed.

Key words: parotid gland neoplasm; squamous cell carcinoma