

## 临床研究

## 腮腺多形性腺瘤腺体切除范围的病理依据

温玉明 陈润良 王昌美

**【摘要】** 目的 为腮腺多形性腺瘤腺体切除范围提供病理学依据。方法 通过显微镜对 25 例原发腮腺多形性腺瘤连续病理切片的观察,尤其是重点观察和测量腺瘤包膜外浸润、出芽生长情况,并探讨有无原发多中心分布。结果 包膜外浸润及出芽生长的具体扩展范围为:0.09~0.29 mm,远小于腺体部分切除的安全边界(5~10 mm)。原发多中心分布 2 例,但具有分散程度小、有统一融合包膜的特点。结论 腮腺多形性腺瘤腺体外 5~10 mm 的腺体部分切除,可以达到根治的效果。

**【关键词】** 腮腺多形性腺瘤; 腺体部分切除术; 病理学

### The Pathologic Basis of Partial Parotidectomy in Parotid Pleomorphic Adenoma Treatment

WEN Yuming, CHEN Runliang, WANG Changmei. (Department of Oral and Maxillofacial Surgery, West China College of Stomatology, Sichuan University, Chengdu 610041, China)

**【Abstract】 Objective** The purpose of this study was to offer pathological reasons for partial parotidectomy adopted in parotid pleomorphic adenoma treatment. **Methods** Continuous slices from 25 cases of primary parotid pleomorphic adenoma were carefully examined and the extra-envelope infiltration, the budding and the primary multi-center were measured and recorded. **Results** The range of extra-envelope infiltration and budding was limited in 0.09~0.285 mm out of tumor capsules, which was far less than the safe boundary(1 cm) of the partial parotidectomy. Two cases with multi-centers were found, but all the centers were aggregated together and encapsulated in a united envelope. **Conclusion** Partial parotid parotidectomy is a safe method and can remove the tumor completely in parotid pleomorphic adenoma treatment.

**【Key words】** pleomorphic adenoma; partial parotidectomy; pathology

多形性腺瘤是最常见的唾液腺肿瘤,占腮腺肿瘤的 60%~70%<sup>1~3</sup>,手术是唯一有效的治疗方法。该瘤的手术方式经历了肿瘤挖除术、包膜外摘除术及腺体切除加面神经解剖术的发展过程,近期提出肿瘤及部分腮腺切除术<sup>4~6</sup>。虽然该术式具有较多的优点,但由于缺乏基础理论方面的支持,尤其是与临床密切相关的病理方面的研究较少,故影响其推广。本研究通过对腮腺多形性腺瘤连续切片的全面观察,尤其是对有无包膜外浸润、出芽生长情况及包膜外扩展深度的了解,探索多形性腺瘤包膜浸润及包膜外扩展距离,为临床上腺瘤包膜外腮腺部分切除范围提供病理学依据。

## 1 材料和方法

### 1.1 研究对象

选择 1999~2000 年在四川大学华西口腔医院颌面外科手术切除原发腮腺多形性腺瘤的 25 例患者为研究对象。其中男性 5 例,女性 20 例;年龄 3~66 岁,平均年龄 37.1 岁。将切

除的并续连有足够周围正常腺体的 25 例完整瘤体标本,常规 10%福尔马林液固定 3 d。同时切取 3 cm 长的正常腺体,经 10%福尔马林液固定 3 d 后测量其长度,计算组织经 10%福尔马林液固定的收缩率,用作切片上计算标本距离的换算标准。

### 1.2 方法

直径小于 2 cm 的瘤体,直接从其最大径处向两侧连续切取连同肿瘤边缘外 1.5 cm 正常腺体组织的约 0.5 cm 厚的组织片。直径大于 2 cm 的瘤体,先将其于正中对剖,再将两剖面 4 等份,从而将一个瘤体等分为 8 块。尔后按直径小于 2 cm 的瘤体的方法连续取材,组织片经过脱水、包埋、切片、常规 HE 染色后,于显微镜下观察其包膜状况,重点寻找包膜外浸润、出芽生长及多中心性分布,一旦发现上述情况,即对相应的蜡块增加切片数,尽量详细地观察并测量它们的具体深度。最后再将该深度换算成活体组织上的距离。

## 2 结果

### 2.1 包膜状况

25 例原发腮腺多形性腺瘤中,包膜完整无浸润的 5 例,占总数的 20%;有包膜内浸润的 6 例,占总数的 24%;包膜不完整的 9 例,占总数的 36%;包膜外浸润的 2 例,占总数的 8%,其浸润深度分别为 0.17

mm 和 0.26 mm; 出芽生长的 3 例, 占总数的 12%, 其出芽长度分别为 0.09 mm, 0.15 mm 和 0.29 mm。

## 2.2 多中心性分布状况

25 例原发腮腺多形性腺瘤中, 有多中心性分布的 2 例, 占总数的 8%。

## 2.3 腮腺组织经常规制片后的收缩率

腮腺组织经常规制片后的收缩率为 2.2 3。

## 3 讨 论

有关腮腺多形性腺瘤手术切除后, 其包膜状况与复发关系的报道虽不统一, 但大多数学者<sup>7,8</sup>认为, 包膜状况, 尤其是包膜的完整性、有无包膜外浸润、有无出芽生长等与复发密切相关。同时, 关于原发腮腺多形性腺瘤是否有多中心性分布及其发生率的报道则更不统一<sup>9</sup>。而同是多中心性分布, 腺瘤的原发与复发有无本质区别也未见相关报道。采用连续切片的方法观察腮腺多形性腺瘤的包膜状况, 重点观察包膜外浸润、出芽生长的发生率及具体的深度; 同时寻找有无多中心分布。本研究 25 例腮腺多形性腺瘤的包膜浸润及包膜不完整的发生率为 68%, 高于以往的 62% 的报道; 包膜外浸润 (8%), 出芽生长 (12%), 也均较以往的报道为高; 包膜外浸润最大深度 (经换算为活体组织后) 为 0.26 mm; 出芽生长的最大长度 (经换算成活体组织后) 为 0.29 mm。本研究 25 例腮腺多形性腺瘤无论包膜外浸润还是出芽生长, 最大深度和长度均小于 1 mm。所以笔者认为腮腺多形性腺瘤部分腺体切除术以瘤体外 1 cm 为安全边界是足够的, 不必担心切除不彻底。需要强调的是当肿瘤位于腺体边缘, 肿瘤的包膜与腺体的鞘膜融为一体, 而且与腺体周围的组织非常接近时, 考虑肿瘤有浸润生长的特性, 该侧可能出现肿瘤组织残留, 故该区域应包括腺体外部分周围组织一并切除, 这样才能获得足够的安全边界, 避免肿瘤复发。

腮腺多形性腺瘤是否为原发多中心的观点一直未能统一, 早期 Delarue, Redon 等认为该瘤的多中心分布是建立在多中心起源学说上的。以后随着多中心起源学说被否定, 人们开始怀疑原发多中心分布的真实性。Patey 通过对连续切片的观察后认为, 该瘤没有真正的原发多中心分布, 散在的瘤结节无一不和母瘤相连。其后通过对该瘤生长方式的研究认为, 该瘤有两种生长方式: 肿瘤膨胀性生长, 压迫包膜, 使之变薄并逐渐消失; 肿瘤进入腺小叶中并与之融合最终将其取代。肿瘤先穿入包膜, 浸润到包膜内或穿破到包膜外, 于该处形成瘤结节。肿瘤以第 2 种生长

方式为主。另有学者指出: 当瘤芽生长突出, 在二维切片上与母瘤间有分隔时即可认为是多中心分布, 这种情况高达 47.5%。本研究 25 例腮腺多形性腺瘤中仅 2 例有多中心分布, 且瘤结节均在母瘤边缘生长并与之融合形成单一的结节状肿瘤, 其外周均有一大的互相粘连在一起的包膜包绕。因此笔者认为, 所谓原发多中心分布, 实际是受二维不同层面观察方法的限制而未能真实反映三维瘤体形态的缘故。

笔者近年来对腮腺多形性腺瘤实施包膜外 1 cm 腺体切除患者的随访结果和相关区域切除资料报道, 均证实多形性腺瘤采取瘤周局部腺体切除术式的可行性。该术式不影响手术的彻底性, 未增加肿瘤术后复发率, 却可简化手术并保存残留正常腺体功能, 减轻腮腺大块切除后的面部畸形和避免术后面部味觉性出汗综合征等并发症的发生, 值得临床推广应用。但由于本术式应用时间仅有 10 年左右, 有关远期效果有待进一步观察证实。此外, 有关多形性腺瘤包膜外部分腺体切除术的命名, 目前尚未统一, 曾有区域性切除和局部切除术的提法。为了与腮腺全切术、腮腺浅叶 (或深叶) 切除术概念一致, 笔者认为本术式以腮腺浅叶 (或深叶) 部分切除术命名更恰当。

## 参考文献

- 1 Buenting JE, Smith TL, Holmes DK. Giant pleomorphic adenoma of the parotid gland: case report and review of the literature. *Ear Nose Throat J*. 1998, 77 (8): 634, 637-638, 640
- 2 Klijanienko J, Servois V, Jammet P, et al. Pleomorphic adenoma. *Am J Surg Pathol*, 1998, 22 (6): 772-773
- 3 Palacios E, Valvassori G. Parotid mass: pleomorphic adenoma (mixed tumor). *Ear Nose Throat J*, 1999, 78 (10): 746-747
- 4 Myssiorek D. Removal of the inferior half of the superficial lobe is sufficient to treat pleomorphic adenoma in the tail of the parotid gland. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1999, 125 (10): 1164-1165
- 5 徐明, 董飞君, 吴伟. 保留腮腺主导管腮腺浅叶切除术的临床应用. *口腔颌面外科杂志*, 2000, 10 (3): 209-210
- 6 宋萌, 潘劲松. 96 例腮腺混合瘤部分腮腺切除的临床回顾分析. *口腔颌面外科杂志*, 1998, 8 (2): 134-136
- 7 陆蔚人, 方云鹤, 平金良, 等. 腮腺多形性腺瘤的包膜状况与临床的关系. *口腔医学*, 1999, 19 (1): 41-42
- 8 Yasumoto M, Sunaba K, Shibuya H, et al. Recurrent pleomorphic adenoma of the head and neck. *Neuroradiology*, 1999, 41 (4): 300-304
- 9 Junquera L, Alonso D, Sampedro A, et al. Pleomorphic adenoma of the salivary glands: prospective clinicopathologic and flow cytometric study. *Head Neck*, 1999, 21 (7): 652-656

(2001-11-15 收稿, 2002-10-16 修回)

(本文编辑 邓本姿)