

文章编号]1672-3244(2012)01-0062-06

副腮腺病变 32 例临床分析

刘莹, 杨筱, 季彤, 钟来平, 张陈平, 张志愿

(上海交通大学医学院附属第九人民医院·口腔医学院 口腔颌面外科,
上海市口腔医学重点实验室, 上海 200011)

[摘要] 目的 :副腮腺病变在临床上并不多见,本研究旨在探讨副腮腺病变的临床表现、治疗和预后。方法 :回顾性分析 1999 年 4 月—2008 年 11 月收治的 32 例副腮腺病变患者的临床资料,包括性别、年龄、病程、症状、体格检查、影像学检查、治疗方案、术后病理检查和随访结果。结果 :32 例患者中,男 8 例,女 24 例,就诊年龄 19~69 岁,平均 45 岁。患者通常无明显症状和体征,病变质地中等或偏硬,活动度良好,界限清楚。所有患者均接受手术治疗,术后病理诊断 24 例为良性病变(多形性腺瘤 19 例,良性淋巴上皮癌 3 例,基底细胞腺瘤和慢性炎症各 1 例),8 例为恶性病变(腺泡细胞癌和淋巴上皮癌各 2 例,乳头状囊腺癌、基底细胞癌、上皮-肌上皮癌和黏液表皮样癌各 1 例),恶性肿瘤患者术后追加放疗。随访 12~128 个月,平均 36 个月,预后良好,未见肿瘤复发。结论 :副腮腺病变临床少见,其临床表现与良性肿瘤类似,治疗以手术为主,恶性肿瘤可追加术后放疗,预后较好。

[关键词] 副腮腺;肿瘤;诊断;治疗;预后

[中图分类号] R739.9

[文献标志码] A

Clinical analysis of masses arising from the accessory parotid gland: report of 32 cases LIU Ying, YANG Xiao, JI Tong, ZHONG Lai-ping, ZHANG Chen-ping, ZHANG Zhi-yuan. (*Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Ninth People's Hospital, College of Stomatology, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine; Shanghai Key Laboratory of Stomatology. Shanghai 200011, China*)

[Abstract] **PURPOSE:** To analyze accessory parotid lesions in terms of clinical appearance, clinical differential diagnosis, treatment and prognosis. **METHODS:** From April 1999 to November 2008, 32 patients with accessory parotid lesions was treated. The patients' general condition, clinical symptoms and signs, preoperative examinations, surgical treatment, and prognosis were recorded and analyzed. **RESULTS:** Among the 32 patients, there were 8 males and 24 females with an average age of 45 years. The patients always presented without obvious symptoms, and the masses were moderate to hard in hardness without tenderness, mobile with clear boundary. The pathological diagnosis was 24 benign lesions and 8 malignant lesions, including 19 pleomorphic adenomas, 3 benign lymphoepithelial lesions, 1 basal cell adenoma, and 1 chronic inflammation among benign lesions, while 2 acinic cell carcinomas, 2 lymphoepithelial carcinomas, 1 papillary cystadenocarcinoma, 1 basal cell adenocarcinoma, 1 myoepithelial carcinoma, and 1 mucoepidermoid carcinoma among malignant lesions. Surgery and surgery plus radiotherapy were performed in patients with benign and malignant lesions respectively with good prognosis. **CONCLUSIONS:** Accessory parotid lesions are rare and the clinical manifestations are similar to benign tumors. Surgical resection and surgical resection plus radiotherapy are the primary treatment for benign and malignant lesions, respectively. The prognosis is always good.

[Key words] Accessory parotid gland; Tumor; Diagnosis; Treatment; Prognosis

China J Oral Maxillofac Surg, 2012, 10(1): 62-67.

副腮腺的出现率为 21%~56%^[1-2], 位于腮腺前

缘,腮腺导管和咬肌上方,面神经颞支下方,其排泄管汇入腮腺导管^[2]。副腮腺病变临床上比较少见,在所有腮腺肿瘤中,副腮腺肿瘤仅占 1%~8%;而在所有副腮腺肿瘤中,恶性肿瘤占 26%~50%^[3-4]。国内外文献迄今共报道 171 例发生于副腮腺的病变,其中

[收稿日期] 2011-05-23; [修回日期] 2011-08-27

[作者简介] 刘莹(1988-),女,硕士研究生,E-mail:allyliuying@gmail.com

[通信作者] 钟来平,Tel:021-23271699-5160,E-mail:zhonglaiping@163.com

©2012 年版权归《中国口腔颌面外科杂志》编辑部所有

恶性肿瘤 60 例, 良性肿瘤 87 例, 非肿瘤性病变 24 例^[3-40]。本文回顾分析 32 例副腮腺病变, 并结合文献对其临床表现、诊断、治疗及预后进行讨论。

1 病例与方法

32 例副腮腺病变患者为 1999 年 4 月—2008 年 11 月在上海交通大学医学院附属第九人民医院口腔颌面外科接受治疗的患者, 均经病理检查确诊。回顾性临床资料包括性别、年龄、部位、病程、症状、检查方法、治疗方法、病理检查和随访结果等(表 1)。

2 结果

2.1 一般情况

32 例患者中, 男 8 例, 女 24 例; 年龄 19~69 岁, 平均 45 岁。72% 的患者年龄在 30~60 岁之间。病变

位于左侧副腮腺 15 例, 右侧 17 例。

2.2 病程与症状

患者的平均病程为 28 个月(1~248 个月)。良性病变的平均病程为 36 个月(1~248 个月), 恶性病变的平均病程为 12 个月(1~84 个月)。所有患者的病变均呈局限性缓慢增长, 无痛且无其他明显症状。仅 1 例患者右侧副腮腺肿块有轻微疼痛, 术后诊断为腺泡细胞癌。

2.3 体格检查

副腮腺肿块的平均大小为 2.0cm×1.5cm(1.0cm×0.5cm~4.0cm×3.0cm), 84% 的肿块不超过 3.0cm×2.0cm, 59% 的肿块不超过 2.0cm×2.0cm。肿块质地中等或偏硬, 活动度良好, 边界清晰(图 1A), 肿块大小不随体位变化而改变。无面瘫、腮腺导管阻塞情况, 导管无特殊分泌物排出。临床可疑恶性肿瘤的患者

表 1. 32 例副腮腺病变的临床资料

Table 1. Summary of 32 patients with accessory parotid lesions

病例	性别	年龄(岁)	诊断	手术	放疗	状况	随访(月)
1	女	19	PA	ERM+PFN+PSD	无	健康	108
2	女	47	PA	ERM+PFN+PSD	无	死亡(肺癌)	84
3	女	39	PA	ERM+PFN+LSD	-	失访	-
4	女	32	PA	ERM+PFN+PSD	无	健康	72
5	女	45	PA	ERM+PFN+PSD	无	健康	69
6	女	30	PA	ERM+PFN+PSD	无	健康	54
7	女	53	PA	ERM+PFN+PSD	无	健康	44
8	女	54	PA	ERM+PFN+PSD	无	健康	39
9	男	36	PA	ERM+PFN+LSD	无	健康	38
10	女	59	PA	ERM+PFN+PSD	无	健康	33
11	女	40	PA	ERM+PFN+PSD	-	失访	-
12	男	38	PA	ERM+PFN+PSD	无	健康	26
13	女	56	PA	ERM+PFN+PSD	无	健康	23
14	男	29	PA	ERM+PFN+PSD	无	健康	21
15	女	46	PA	ERM+PFN+PSD	无	健康	16
16	女	47	PA	ERM+PFN+PSD	无	健康	13
17	男	27	PA	ERM+PFN+PSD	无	健康	13
18	女	21	PA	ERM+PFN+PSD	无	健康	12
19	女	33	PA	ERM+PFN+PSD	无	健康	12
20	女	68	BCA	ERM+PFN+PSD	无	健康	21
21	男	41	BLEL	ERM+PFN+PSD	无	健康	128
22	女	29	BLEL	ERM+PFN+PSD	无	健康	36
23	男	60	BLEL	ERM+PFN+PSD	无	健康	25
24	男	69	CI	ERM+PFN+PSD	无	健康	47
25	女	59	ACC-w	ERM+PSP+PFN+PSD	60Gy	健康	47
26	女	56	ACC-m	ERM+PSP+PFN+PSD	60Gy	健康	14
27	女	52	PCC-w	ERM+PSP+PFN+PSD	-	失访	-
28	女	64	BCAC-w	SP+PFN+LSD	无	健康	86
29	女	44	MyEC-w	ERM+PFN+PSD	无	健康	80
30	女	56	LEC-w	ERM+PSP+PFN+LSD	60Gy	健康	50
31	女	59	LEC-p	ERM+PFN+LSD	60Gy	健康	25
32	男	42	MEC-m	SP+PFN+LSD+SOND	60Gy	健康	15

注: PA-多形性腺瘤; BCA-基底细胞腺瘤; BLEL-良性淋巴上皮病变; CI-慢性炎症; ACC-腺泡细胞癌; PCC-乳头状囊腺癌; BCAC-基底细胞腺癌; MyEC-肌上皮癌; LEC-淋巴上皮癌; MEC-黏液表皮样癌; -w-高分化; -m-中分化; -p-低分化; SP-腮腺浅叶切除术; PSP-腮腺浅叶部分切除术; PFN-面神经保留术; ERM-肿块扩大切除术; LSD-腮腺导管吻合术; PSD-腮腺导管保留术; SOND-肩胛舌骨上颈淋巴清扫术

中,颈部淋巴结未及明显肿大。

2.4 辅助检查

所有患者的实验室检查未见明显异常。影像学检查中,23例患者行超声检查,9例患者行CT检查,3例患者行MRI检查。大多数病变影像学显示为良性病变(图2);当病变浸润邻近组织时考虑为恶性病变(图3)。5例患者接受了术前细针穿吸细胞学检查(fine needle aspiration cytology, FNAC),其中诊断为多形性腺瘤2例,淋巴细胞增生症、腺泡细胞癌和黏液表皮样癌各1例,与术后病理检查结果一致。

2.5 治疗

所有患者均接受手术治疗,切口基本上采用标准的“S”形腮腺手术切口(图1B),术中冷冻病理切片检查提示为良性病变者,保留面神经颊支和腮腺导管(图1C),若腮腺导管断裂,行导管吻合术;2例患者因导管长度过短而行导管结扎术。当术中冷冻病理切片提示为恶性病变时,则扩大切除范围,仅3例患者保留了面神经和腮腺导管,其中1例为上皮-肌上皮癌,部分腮腺被切除,1例为基底细胞癌,腮腺浅叶被切除;另1例为黏液表皮样癌,行腮腺浅叶切除及肩胛舌骨肌上颈淋巴清扫术。病变切除后的伤口均严密缝合。当缺损较大时,采用颊脂垫或邻近皮瓣进行充填或修复。术后伤口均一期愈合,无涎漏、面瘫、开口受限等并发症。对照术后病理诊断,术中冷冻切片的诊断正确率为94%。24例良性病变中,诊断正确率为96%,1例术后病理诊断为多形性腺瘤,而术中冷冻切片为报告黏液表皮样癌(高分化);8例恶性病变中,诊断正确率为88%,1例术后病理诊断为乳头状囊腺癌(高分化),而术中冷冻切片报告为腺样囊性癌(高分化)。

2.6 术后病理诊断

术后病理检查确认24例良性病变和8例恶性病变。24例良性病变中,多形性腺瘤19例、良性淋巴上皮病变3例、基底细胞腺瘤1例、慢性炎症1例。8例恶性病变中,腺泡细胞癌2例、淋巴上皮癌2例、乳头状囊腺癌1例、基底细胞癌1例、上皮肌上皮癌1例、黏液表皮样癌1例。

2.7 术后放疗

8例恶性肿瘤患者(6例临床分期为T1N0M0和2例临床分期T2N0M0)均建议术后放疗,其中5例患者接受了60Gy的术后放疗,2例患者拒绝术后放疗,1例患者出院后失访。放疗期间无严重并发症。



图1. 典型病例。A. 左侧副腮腺肿块术前正面观;B. 标准的“S”形腮腺手术切口;C. 术中保护面神经颊支和腮腺导管,颊脂垫用于充填肿块切除后的缺损;D. 术后1年面神经功能良好

Figure 1. Typical case. A. Preoperative front view of a patient with a mass in her left accessory parotid region; B. Standard parotidectomy incision; C. The buccal branches of facial nerve and the Stensen's duct were persevered with complete resection of the mass, and the buccal fat pad was used to fill the defect; D. Frontal view of the patient without facial palsy (whistling) one year after surgery

2.8 随访与预后

32例患者中失访3例,其余随访时间为12~128个月,平均36个月。随访过程中,良性病变患者术后唾液腺功能良好、面神经功能正常且颜面对称。恶性病变患者中,尽管放疗后有口腔干燥症状,但患者可以接受,其中3例接受腮腺浅叶或部分浅叶切除的患者,出现暂时性面瘫,但服用神经营养药物6个月后恢复。在随访期间,面神经功能良好(图1D)。随访期间,无复发病例,预后良好,仅1例多形性腺瘤患者因肺癌死亡。

3 讨论

本组病例中,75%副腮腺病变为良性病变,25%为恶性病变。多形性腺瘤是最常见的良性肿瘤,良性淋巴上皮病变是最常见的非肿瘤病变,腺泡细胞癌和淋巴上皮癌是最常见的恶性病变。结合之前的171例患者,加上本文共计203例(表2),68例为恶性肿瘤(33.5%),107例为良性肿瘤(52.7%),28例



图 2. 副腮腺病变的影像学表现。A. 副腮腺多形性腺瘤的 B 超表现为椭圆形、边界清楚、包膜完整的低回声影像；B. 副腮腺良性淋巴上皮病变的 CT 表现为边界清楚和密度均匀的肿块；C. 副腮腺多形性腺瘤的 MRI 表现为 T1、T2 加权均为密度均匀的肿块，造影后信号增强

Figure 2. Imaging findings of accessory parotid gland lesions. A. Ultrasonography of pleomorphic adenoma showing a mass with oval shape, clear boundary with intact envelope, low level echo with non-uniform density; B. Computed tomography of benign lymphoepithelial lesion showing a mass with clear boundary from its neighbor structures, and the density of the mass was uniform; C. Magnetic resonance imaging of pleomorphic adenoma showing a mass with uniform signal at T1WI and T2WI stage, the signal was obviously strengthened when infused with Gd-DTPA through vein

为非肿瘤病变 (13.8%), 其中最常见良性肿瘤、非肿瘤病变和恶性肿瘤分别是多形性腺瘤、慢性炎症和黏液表皮样癌。

副腮腺病变常表现为无明显症状的、颊部无痛性肿块。体格检查可发现肿块质地中等或偏硬, 无压痛、可活动、界限清楚。这有助于区别脂肪源性和脉

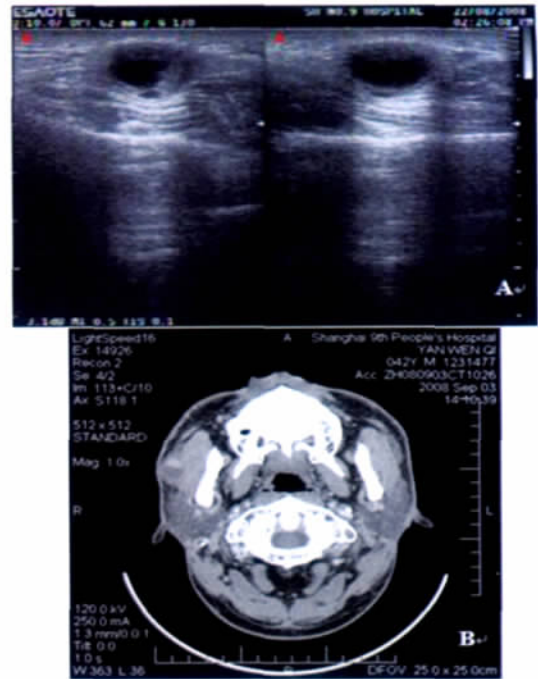


图 3. 副腮腺黏液表皮样癌的影像学表现。A. 副腮腺黏液表皮样癌的 B 超表现为椭圆形、边界清楚的肿块, 内部为混合性回声; B. 副腮腺黏液表皮样癌的 CT 表现为边界不清、密度不均的肿块, 可见肿块对周围组织有侵袭

Figure 3. Imaging findings of mucoepidermoid carcinoma from accessory parotid gland. Ultrasonography of mucoepidermoid carcinoma showing a mass with oval shape, clear boundary with intact envelope, mixed level echo with fluid content; B. Computed tomography of mucoepidermoid carcinoma showing a mass with unclear boundary, the density of the mass was non-uniform, and infiltration of the mass to the masseter muscle could be observed

管源性等质地偏软的病变, 同时起源于神经、纤维、淋巴结、皮肤附属器等肿瘤也应列入鉴别诊断中。辅助检查有助于鉴别诊断, 如涎腺造影术、B 超、CT、MRI、PET-CT 和 FNAC。国外常采用 FNAC 进行术前病理诊断, 并指导治疗方案的选择。本组病例中, 仅 5 例患者进行 FNAC 检查, 同时接受了术中冷冻切片检查, 两者的结果均与术后病理诊断相同。本组 27 例患者接受术中冷冻切片检查, 并根据病理结果调整手术方案, 冷冻切片检查的正确率为 94%。在副腮腺病变的检查中, 涎腺造影已不常做, 只有在确定腮腺导管和副腮腺肿块的关系时才进行此检查。副腮腺 B 超检查经济而无创, 具有一定的优势。副腮腺良性病变的 B 超影像学表现通常为卵圆形外观, 界限清晰, 外有完整包膜, 低回声^[13-14, 27, 41]。而恶性病变的外观因其病理分型而表现不同: 黏液表皮样癌多表现为卵圆形、界限清晰, 被覆完整包膜, 内部回声因内部含液性内容物而变得混杂; 基底细胞癌

表 2. 203 例副腮腺病变的类型及构成比
Table 2. Type and proportion of 203 accessory parotid gland lesions

类型	数量	%
恶性肿瘤	68	
黏液表皮样癌	34	50
腺泡细胞癌	8	12
恶性多形性腺瘤	4	6
单纯性腺癌	4	6
腺样囊性癌	3	4
淋巴瘤	3	4
淋巴上皮癌	3	4
鳞状细胞癌	2	3
乳头状囊腺癌	2	3
基底细胞腺癌	2	3
肌上皮癌	2	3
未分化癌	1	1
良性肿瘤	107	
多形性腺瘤	96	90
肌上皮瘤	6	6
基底细胞腺瘤	2	2
单行性腺瘤	2	2
乳头状囊性瘤	1	1
非肿瘤性病变	28	
慢性炎症	12	43
良性淋巴上皮病变	8	29
囊肿	4	14
纤维瘤	2	7
脓肿	1	4
纤维化	1	4

和乳头状囊腺癌的 B 超表现类似于良性病变,主要原因是肿瘤密度较一致。CT 和 MRI 由于可以清晰地显现病变的部位、形状以及与邻近解剖结构的关系,如腮腺导管、腮腺和咬肌等。PET-CT 常被用来检测复发或转移的恶性肿瘤^[23,26]。

副腮腺病变的常用治疗方法是手术切除,尤其是良性病变,手术彻底切除是首选治疗。手术切口包括颊部切口、口内切口、标准腮腺切除切口、改良腮腺切除切口等。根据本组患者的治疗经验,我们推荐使用标准腮腺切除切口,除了可以充分暴露病变外,还可保护面神经。颊部切口和口内切口具有面神经和腮腺导管损伤的潜在风险^[5],应严格掌握适应证,如直径小于 3cm 的单个病变、位于副腮腺内的多形性腺瘤、患者的意愿等^[19,22]。改良腮腺切除切口是从标准腮腺切除切口改进而来,切口比较隐蔽是其优势,但病变的充分暴露会因切口翻瓣不足而产生困难。

手术过程中,应尽量保护面神经分支和腮腺导管。对于良性病变,当病变与腮腺导管无关时,保护腮腺导管比较简便;当腮腺导管需要部分切除时,若长度合适,需行腮腺导管吻合术,若长度明显不足,

可行导管结扎术。有时为了重建导管或减少损伤,还可将细导管缝合于缺损处,以保持导管通畅。在恶性病变中,腮腺导管被肿瘤侵犯或手术安全缘需要时,可行导管切除,其他情况下可予以保留,同时进行放疗。术中需注意保护面神经,特别是颊支和颞支,它们常位于副腮腺和腮腺导管旁,当面神经分支因肿瘤侵犯而被切除时,可行神经移植术,耳大神经是首选的移植神经。

副腮腺良性病变手术切除预后良好^[8,15-18,21,27]。恶性病变中,肿块通常较小,处于 T1 和 T2 期,淋巴结转移和远处转移少见。除手术彻底切除外,可以辅助术后放疗或化疗,与腮腺恶性肿瘤的处理类似,放疗剂量在 60~68Gy 之间,对黏液表皮样癌、鳞状细胞癌、恶性多形性腺瘤、基底细胞腺癌及未分化癌等均有较好的疗效^[11-12,19,23,27],仅有 1 例报道肿瘤复发^[26]。另外,也有报道副腮腺恶性肿瘤仅进行手术治疗,而未接受术后放疗或化疗,且没有肿瘤复发^[12-13]。本组能够随访到的 7 例副腮腺恶性肿瘤患者中,5 例接受了 60Gy 的术后放疗,预后较好,无肿瘤复发和远处转移。而其他 2 例未接受放疗的患者,也未发生肿瘤复发和转移。因此,有必要进行大样本随机对照临床试验,明确副腮腺恶性肿瘤患者是否需要接受术后放疗,以提高肿瘤的局部控制率和生存率。

利益冲突声明:无。

[参考文献]

- [1] Frommer J. The human accessory parotid gland: its incidence, nature, and significance[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1977, 43(5): 671-676.
- [2] Toh H, Kodama J, Fukuda J, et al. Incidence and histology of human accessory parotid glands[J]. Anat Rec, 1993, 236(3): 586-590.
- [3] Perzik SL, White IL. Surgical management of preauricular tumors of the accessory parotid apparatus[J]. Am J Surg, 1966, 112(4): 498-503.
- [4] Ferguson MM, Macdonald DG. Persistent sialadenitis in an accessory parotid gland[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1978, 45(5): 696-700.
- [5] Johnson FE, Spiro RH. Tumors arising in accessory parotid tissue[J]. Am J Surg, 1979, 138(4): 576-578.
- [6] Polayes JM, Rankow RC. Cysts, masses, and tumors of the accessory parotid gland[J]. Plast Reconstr Surg, 1979, 64(1): 17-23.
- [7] Richards AT, Chait LA, Skudowitz RB. Tumours of accessory parotid glands[J]. S Afr Med J, 1984, 65(24): 971-972.

- [8] Afify SE, Maynard JD. Tumours of the accessory lobe of the parotid gland[J]. *Postgrad Med J*, 1992, 68(800): 461-462.
- [9] Slater LJ, Edwards RC, Faircloth WJ Jr, et al. Lymphoepithelial lesion of accessory parotid presenting as a buccal space mass[J]. *J Oral Maxillofac Surg*, 1992, 50(10): 1131-1135.
- [10] Rodino W, Shaha AR. Surgical management of accessory parotid tumors[J]. *J Surg Oncol*, 1993, 54(3): 153-156.
- [11] Sakurai K, Urade M, Kishimoto H, et al. Primary squamous cell carcinoma of accessory parotid gland duct epithelium: report of a case[J]. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 1998, 85(4): 447-451.
- [12] Yoshihara T, Suzuki S, Nagao K. Mucoepidermoid carcinoma arising in the accessory parotid gland[J]. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 1999, 48(1): 47-52.
- [13] Lewkowicz A, Levy Y, Zeltser R, et al. Accessory parotid gland masses[J]. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2000, 89(5): 610-612.
- [14] Kawashima Y, Kobayashi D, Ishikawa N, et al. A case of myoepithelioma arising in an accessory parotid gland[J]. *J Laryngol Otol*, 2002, 116(6): 474-476.
- [15] Klotz DA, Coniglio JU. Prudent management of the mid-cheek mass: revisiting the accessory parotid gland tumor[J]. *Laryngoscope*, 2000, 110(10): 1627-1632.
- [16] Lin DT, Coppit GL, Burkey BB, et al. Tumors of the accessory lobe of the parotid gland: a 10-year experience[J]. *Laryngoscope*, 2004, 114(9): 1652-1655.
- [17] Isogai R, Kawada A, Ueno K, et al. Myoepithelioma possibly originating from the accessory parotid gland[J]. *Dermatology*, 2004, 208(1): 74-78.
- [18] Osborne RF, Purohit MR, Hamilton JS. Pleomorphic adenoma of the accessory parotid gland[J]. *Ear Nose Throat J*, 2005, 84(5): 274-275.
- [19] Hamano T, Okami K, Sekine M, et al. A case of accessory parotid gland tumor[J]. *Tokai J Exp Clin Med*, 2004, 29(3): 131-133.
- [20] Currarino G, Votteler TP. Lesions of the accessory parotid gland in children[J]. *Pediatr Radiol*, 2006, 36(1): 1-7.
- [21] Ferri E, Pavon I, Armato E, et al. Myoepithelioma of a minor salivary gland of the cheek: case report[J]. *Acta Otorhinolaryngol Ital*, 2006, 26(1): 43-46.
- [22] Schmutzhard J, Schwentner IM, Andrlé J, et al. Resection of accessory parotid gland tumors through a peroral approach with facial nerve monitoring[J]. *J Craniofac Surg*, 2007, 18(6): 1419-1421.
- [23] Osborne RF. Squamous cell carcinoma of the accessory parotid gland[J]. *Ear Nose Throat J*, 2007, 86(10): 602,604.
- [24] Breeze J, Ramesar K, Williams MD, et al. Pleomorphic adenoma arising from accessory parotid tissue presenting as dysphonia[J]. *JR Army Med Corps*, 2008, 154(1): 57-59.
- [25] Stenner M, Preuss SF, Hüttenbrink KB, et al. Accessory parotid gland lesions: case report and review of literature[J]. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2008, 265(9): 1135-1138.
- [26] Gomes M, Pepe G, Bomanji J, et al. High-grade mucoepidermoid carcinoma of the accessory parotid gland with distant metastases identified by 18F-FDG PET-CT[J]. *Pediatr Blood Cancer*, 2008, 50(2): 395-397.
- [27] Sun G, Hu Q, Tang E, et al. Diagnosis and treatment of accessory parotid-gland tumors[J]. *J Oral Maxillofac Surg*, 2009, 67(7): 1520-1523.
- [28] Tamiolakis D, Chimona TS, Georgiou G, et al. Accessory parotid gland carcinoma ex pleomorphic adenoma. Case study diagnosed by fine needle aspiration[J]. *Stomatologija*, 2009, 11(1): 37-40.
- [29] 高华珊, 胡建道, 金国荣. 1 例右侧副腮腺巨大结石误诊为腮腺多形性腺瘤[J]. *口腔颌面外科杂志*, 2003, 13(1):30.
- [30] 蒋灿华, 翦新春, 姚志刚, 等. 副腮腺肿瘤 5 例报道[J]. *口腔颌面外科杂志*, 2002, 12(2):181-182.
- [31] 李运良, 段红明. 副腮腺肿瘤五例报告[J]. *湖南医学*, 1996, 13(5):297.
- [32] 华福龙, 裴慧君. 眶下区副腮腺混合瘤伴出血 1 例报告[J]. *口腔医学*, 1989, 9(1):40.
- [33] 刘世杰. 副腮腺多形性腺瘤诊治体会(附 6 例报告)[J]. *实用口腔医学杂志*, 2004, 20(4):410.
- [34] 俞辉明, 傅成扬. 副腮腺多形性腺瘤 4 例[J]. *罕少疾病杂志*, 2003, 10(1):22-24.
- [35] 许坚, 李淑兰. 副腮腺混合瘤 1 例报告[J]. *肿瘤防治研究*, 1989, 16(1):28.
- [36] 羊辅湘, 李铮. 副腮腺混合瘤 (附 4 例报告)[J]. *医学科技*, 1985, 13(1):90-92.
- [37] 邓小华. 副腮腺淋巴上皮成分恶变 1 例报告[J]. *实用癌症杂志*, 1991, 6(3):212.
- [38] 王沙彬, 梁利荣, 周岐, 等. 副腮腺涎石病[J]. *临床口腔医学杂志*, 2007, 23(6):355-356.
- [39] 叶茂昌, 王来平, 朱祖武, 等. 副腮腺肿瘤(附 17 例报告)[J]. *临床口腔医学杂志*, 1996, 12(1):33-34.
- [40] 汪海燕, 杨宏宇, 杨辉俊, 等. 涎腺黏液表皮样癌诊断与治疗[J]. *临床口腔医学杂志*, 2010, 26(8):477-479.
- [41] 周辉红, 徐秋华, 燕山. 副腮腺及其病变的超声研究[J]. *中国超声医学杂志*, 2005, 21(9):659-661.