**鼻咽癌**

**【简介】**：鼻咽癌( nasophanngral carcinomia )是我我国高发恶性肿糊之一,具有独持的地理理分布特征,流行病学调査资料显示,我国广东、广西、湖南南,福建、江西为世界鼻咽癞高发区。鼻咽癌最常发生于中年人,但也可见于儿童及青少年,男性较多见,.男、女比馔约为2.5:1。已知的发病因素有种族,遗传、 EB病毒( Epslein - Bar winus )感染及环境致癌因素素。早期症状较隐置,中晚期鼻鼻咽癌因肿物的侵犯范围不同面表现各异。患者在就诊时往往以颈部淋巴结肿大为首发症状,其他临床症状有:回缩性血沸、鼻塞、鼻出血等鼻部症状,晚期可有耳鸣,单侧听力减退或丧失等耳部症状。肿瘤侵犯述述走神经可引起声音嘶哑、吞咽困难等咽喉部症状,头痛、面麻、舌偏斜、眼脸下垂、复视等神经症状。鼻咽镜检查肿瘤中瘤呈紫红色,触之易出血；实验室检查 EB病毒抗体增高。

**【发病背景】**:分析1990-2019年中国鼻咽癌的发病和死亡变化，为制定相关防治策略提供数据支持。方法：从全球疾病负担数据库(GBD2019)获取中国鼻咽癌发病和死亡数据，利用Joinpoint回归分析1990-2019年中国发病和死亡的趋势变化，采用年龄-时期-队列模型和内生因子法估计鼻咽癌发病和死亡风险的年龄、时期和队列效应，并使用贝叶斯年龄时期队列模型分析2020-2035年中国鼻咽癌的标化发病率和标化死亡率。结果 2019年中国鼻咽癌发病率和标化发病率较1990年分别升高186.35%和70.69%,2019年死亡率和标化死亡率较1990年分别降低10.27%和50.69%,其中男性发病的相关指标均高于女性。中国鼻咽癌归因于行为危险因素占比最高，其次为酒精和吸烟。结论：1990-2019年中国鼻咽癌的标化发病率呈上升趋势，标化死亡率呈下降趋势，预测未来15年发病率仍将持续上升，根据我国人群鼻咽癌发病和死亡的相关特点，制定有针对性的措施，以期降低我国鼻咽癌造成的重大疾病负担[1]。

**【病理分类】：**鼻咽癌绝大多数起源于呼吸道柱状上皮，分为鳞癌、腺癌、泡状核细胞癌和未分化癌，东方人以未分化癌最为常见。本病好发于鼻咽隐窝和顶壁。鼻咽腔是一个解剖复杂的腔隙，与头面部各腔隙相通，与颈部重要间隙相邻，并有丰富的淋巴组织，因此鼻咽癌的蔓延途径有其独特的特点。鼻咽癌发展可分为上行型（向上侵及颅底骨质及脑神经）、下行型（有淋巴结转移）和上下行型（兼有颅底、脑神经侵犯和颈部淋巴结转移）。局限于鼻咽部者为局限型。鼻咽癌向前蔓延侵及鼻腔：经蝶腭孔侵犯翼腭窝；经眶下裂侵入眶尖；经眶上裂进入海绵窦。肿瘤向外侧蔓延主要侵犯咽旁间隙；向后外方蔓延至茎突后间隙并可使第 IX ~ XII 对脑神经受累；向后侵犯椎前肌肉及筋膜；肿瘤向下蔓延侵及口腔；肿瘤向上蔓延侵及颅底或经卵圆孔、破裂孔进入海绵窦，经颈静脉孔进入颅后窝。

**【影像学表现】**

1. **X线**

对鼻咽癌诊断价值不大，由于密度分辨力低、颅底与鼻咽结构重叠，不能显示深部软组织的浸润，也不能显示受累淋巴结，已被 CT 、 MRI 取代。 MRI 为首选检查方法，由于其组织分辨率高，显示肿瘤侵犯范围及病变沿神经和筋肉的播散情况要优于CT ，但显示颈部淋巴结转移情况逊色于CT 。

**2.CT**

* 咽隐窝变浅、消失：鼻咽癌最好发生于咽隐窝，早期在黏膜生长，可引起咽隐窝变浅、闭塞，失去正常的对称外观。
* 鼻咽侧壁增厚：肿瘤向黏膜下浸润生长致黏膜增厚，包括咽鼓管圆枕增厚、僵直、表面不光整，咽鼓管咽口狭窄或闭塞。
* 腔内软组织肿块：中、晚期可见明显软组织肿块，平扫多为等密度，以咽隐窝为中心突人鼻咽腔，致鼻咽腔不对称、狭窄或闭塞。肿物与颈部肌肉密度大致相仿，一般无钙化或囊变，多呈浸润性生长，与周围组织分界不清。
* 颅底骨质破坏：鼻咽癌可沿神经、血管周围间隙蔓延，致使颅底骨性孔、道扩大或破坏，好发于卵圆孔、破裂孔、颈动脉管、蝶骨大翼等，向后发展可破坏颈静脉孔，向顶部发展可破坏斜坡、蝶骨等。
* 颅内侵犯：常累及海绵窦、颗叶、桥小脑角等处。冠状面增强扫描显示较好。
* 增强扫描：肿块可见不同程度的强化，多为轻、中度强化，密度不均匀，可帮助与正常组织区分。
* 淋巴结转移：鼻咽癌早期即可有淋巴结转移，咽后淋巴结外组是首站转移淋巴结，其他常见转移部位为颈深及颈后三角区淋巴结等，多呈等密度，增强扫描轻、中度强化，内部密度多均匀，可有小低密度区。
* 继发症状：由于癌肿侵蚀咽鼓管咽口，使中耳腔压力降低，腔内积液，导致分泌性中耳炎；当癌肿导致鼻窦引流不畅时，可伴发鼻窦炎症或积液。

**3.MRI**

* 肿瘤的信号：肿瘤在T1WI 多呈低、中信号，T2WI呈中、高信号，增强扫描后病灶呈轻、中度强化。增强检查有利于显示病灶范围、侵犯程度及与周围组织结构的关系，有利于显示黏膜下肿瘤并有助于鉴别诊断。
* 颅底骨质破坏：表现为低信号的骨皮质不完整或髓质高信号脂肪消失。 MRI 显示茎突、翼板等小的骨结构破坏不及 CT ，但显示斜坡、岩骨尖等松质骨改变优于 CT 。
* 颅内侵犯：MRI 冠状面最易显示肿瘤自鼻咽部向颅内侵犯情况。增强扫描后颅内病灶强化较明显，更易显示颅内侵犯范围。
* 颈部淋巴结转移：在 T1 WI 为低或略低信号，T2WI为高信号，中央液化坏死信号更高， MRI 可显示 CT不能发现的咽后外侧淋巴结。
* MRI 对放疗后的评价：放射治疗是鼻咽癌行之有效的治疗方法。放疗早期（3个月内）常可见黏膜肿胀，咽隐窝消失、变平及鼻窦、乳突炎症，后期（半年后）由于纤维化、癫痕可出现萎缩征象，表现为鼻咽腔扩大，咽隐窝变深，肌肉萎缩、变性，黏膜萎缩。 MRI 对鉴别肿瘤复发有重要价值，正确率可达80％以上。肿瘤T2WI为高信号，而纤维化为低信号，增强扫描后前者呈轻至中度强化，而后者无强化。此外，MRI 检查对于了解鼻咽癌放疗后的脑损伤有很大帮助。
* 临床中遇有鼻咽部肿物的患者，多能经鼻咽镜下活检而获得明确的病理诊断。影像学检查的主要目的在于了解肿瘤向深部浸润的范围，明确肿瘤分期及协助制订治疗计划。由于鼻咽癌是最常见的鼻咽部肿瘤，影像检查发现咽部病变时应首先考虑鼻咽癌，此外还需与下述疾病鉴别：
* 【诊断与鉴别诊断】
* 1．鼻咽血管纤维瘤常见于男性青少年，有多次鼻出血病史，影像检查见鼻咽部软组织肿块，多伴有骨质改变，有时与鼻咽癌相似。但前者为压迫性骨吸收破坏，多有骨质变形；后者为侵蚀性骨质破坏、消失。增强扫描时，鼻咽纤维血管瘤明显强化，而鼻咽癌仅轻、中度强化。 MRI 扫描T2WI肿瘤呈高信号，内部可掺杂低信号，呈"椒盐征"，与鼻咽癌不同。
* 鼻咽部恶性淋巴瘤正常鼻咽部有淋巴组织，鼻咽部淋巴瘤是全身淋巴瘤的一部分，以青壮年多见。鼻咽癌和鼻咽部淋巴瘤单从肿瘤形态很难鉴别，但淋巴瘤侵犯范围广泛，常侵犯鼻腔及口咽，病变多为软组织弥漫性增厚，颅骨破坏少见。颈部淋巴结受侵区域同鼻咽癌相仿，但受侵淋巴结边缘多规则，内部密度较均匀，增强扫描多呈轻度强化。 MRI 扫描肿块信号较均匀，表现为 T1WI 等信号，T2WI等或稍高信号，增强扫描呈轻度强化。
* 腺样体肥大腺样体是位于鼻咽顶部的淋巴组织，腺样体肥大表现为鼻咽顶壁和后壁软组织对称性增厚，病变密度均匀，咽隐窝受压变窄，不累及下方肌肉，亦无骨质破坏。 CT 和 MRI 的 T 1WI 不能鉴别淋巴样组织及其下方肌肉，T2WI淋巴组织呈高信号，肌肉呈低信号，对比明显，易于鉴别。
* 腺样囊性癌小涎腺广泛分布在口咽腔，以硬腭最多见，也可见于舌、唇及颊黏膜，偶然可见咽旁间隙及鼻咽。鼻咽部的腺样囊性癌与鼻咽癌的影像学表现有时无法鉴别，但腺样囊性癌密度多不均匀，可有囊性低密度区，且有沿神经播散蔓延的倾向。
* 鼻咽邻近结构的肿瘤如鼻窦及鼻腔的恶性肿瘤、脊索瘤及咽旁间隙肿瘤等，明确肿瘤部位并了解相关肿瘤特点，诊断不难。

引用文献

梁冠盈,苗大壮,范宁宁,等.1990-2019年中国鼻咽癌发病和死亡年龄-时期-队列分析及预测