

І.С. Тихоліз,
Р.М. Спузяк,
О.А. Радченко,
О.В. Панов

Рідкісний рак підщелепної слинної залози

ДУ Інститут медичної
радіології ім. С.П. Григор'єва
АМН України, Харків

A rare cancer of submaxillary salivary glands

На пухлини слинних залоз припадає 1–3 % усіх новоутворів і близько 6 % — пухлин голови та шиї. У 88–90 % випадків новоутвори виникають у великих і в 10–12 % у малих слинних залозах. Приблизно у 90 % хворих вони уражують привушну залозу, у 9 % — підщелепну й у 1 % — малі слинні залози. Пухлини слинних залоз зустрічаються в будь-якому віці частіше, в 40–60 років, здебільшого у жінок. Новоутвори великих слинних залоз однаково часто розташовуються праворуч і ліворуч, як поверхнево, так і в глибині паренхіми залози, частіше локалізуються з одного боку. За гістологічною структурою пухлини слинних залоз розподіляються на сполучнотканинні й епітеліальні з переважанням останніх (90–95 %). Серед них подекуди зустрічаються мукоепідермоїдні утвори [1, 2], які, з погляду авторів, мають своєрідну гістологічну структуру, на відміну від інших епітеліальних новоутворів слинних залоз, отже їх краще виділити в самостійну групу. Існує уявлення, що мукоепідермоїдні пухлини розвиваються з епітелію вивідних проток слинних залоз. За даними літератури, серед епітеліальних новоутворів слинних залоз на мукоепідермоїдні припадає дещо більше 5 % [3].

Мукоепідермоїдні пухлини слинних залоз уперше описані в 1945 році Стюартом, Футом, Беккером. В деяких випадках їх перебіг доброякісний, в інших — злоякісний. Тому одні автори відносять їх до доброякісних, інші — до злоякісних або «напівзлаякісних» приграничних новоутворів [4]. Такі пухлини розвиваються повільно, зазвичай не досягаючи великих розмірів, і в більшості позбавлені, а інколи мають слабо виражену капсулу. За біологічними характеристиками цим пухлинам властивий до-

сить високий ступінь диференціювання, мала схильність до рецидивування і метастазування. Незважаючи на те, що ці новоутвори можуть вважатися потенційно злоякісними, тільки їх невелика частина врешті-решт дійсно метастазує, та лише в деяких випадках інвазивність досягає значних розмірів [2, 4].

З огляду на те, що пухлини слинних залоз належать до зовнішніх локалізацій, слід очікувати, що їх розпізнавання може бути досить швидким і точним. Насправді період від появи перших симптомів до початку лікування становить від 6 місяців до кількох років. Водночас багато авторів наводять дані, що свідчать про значну агресивність мукоепідермоїдних пухлин слинних залоз. П'ятирічна виживаність при найактивнішому лікуванні складає 50 %, що є наслідком пізнього виявлення цих новоутворів. Пальпаторно практично неможливо диференціювати доброякісну пухлину від злоякісної, отже вирішальну роль у диференціальній діагностиці відіграє комп'ютерна томографія [4].

Найефективнішим у діагностиці є морфологічний метод, який має бути основним для призначення адекватного лікування. Виконання біопсії — відповідальна процедура, що потребує індивідуального підходу. Техніка біопсії має відповідати вимогам абластики.

Заключний діагноз часто затверджують тільки при дослідженні видаленої слинної залози. Цитологічне дослідження мукоепідермоїдних пухлин слинних залоз у 34 % випадків дає помилкові результати. Розбіжність клінічного і гістологічного діагнозів складає 28,3 % [6].

Недостатня інформативність клінічних та інструментальних методів діагностики дозволяє висловити думку, що диференціальна діаг-

ностика мукоепідермоїдних пухлин слинних залоз має бути комплексною. Деякі науковці рекомендували в усіх сумнівних випадках застосовувати відкриту біопсію з гістологічним дослідженням, однак потім відмовилися. Внаслідок локалізації пухлин слинних залоз у такій складній ділянці тіла людини, як шия і щелепно-лицьова ділянка, будь-яке оперативне втручання пов'язане з технічними труднощами, небезпекою й ускладненнями, тому відкрита біопсія, особливо з огляду на відносно невеликі розміри слинних залоз, може перетворитися на спробу радикальної операції. Легко може порушитися принцип комплексного лікування. Операцію тільки тоді можна вважати радикальною, коли вона виконана на високому професійному рівні та відповідає ступеню ураження залози й навколишніх тканин. Пухлину необхідно висікати широко в єдиному блоці з регіонарними лімфатичними вузлами ший. При пухлинах підщелепних слинних залоз можливе залучення в процес крайової гілки лицьового та під'язичного і язичного нервів. Прогноз залежить від локалізації і поширеності процесу [5]. Втім питання про вибір адекватного методу лікування для кожного пацієнта залишається відкритим [4].

Макроскопічно мукоепідермоїдні пухлини мають круглясту чи овальну форму, гладеньку або злегка горбисту поверхню, діаметр від 20—40 до 50—70 мм. На розрізі мукоепідермоїдні пухлини позбавлені часточкової структури, мають біло-сіруватий, іноді, ділянками, — сіро-рожевий колір. Визначаються кісти різного розміру і порожнини розпаду, заповнені в'язкою рідиною або, частіше, гноем [2, 3].

Мукоепідермоїдна пухлина характеризується наявністю в основному двох груп епітеліальних клітин: слизуватих і епідермоїдних. Їх співвідношення може бути різним. Звичайно строма пухлини представлена у вигляді аморфної маси, пронизаної лейкоцитами. У стромі визначаються обривки тканини з великою кількістю рогових лусочок і фігур плоского епітелію, ділянки крововиливів [6].

При використанні сучасних методів терапії виліковується 80—90 % мукоепідермоїдних пухлин [3].

Порівняльна рідкісність таких пухлин підщелепних слинних залоз, великі розміри, значні

труднощі у клініко-морфологічній діагностиці і швидкий ріст пухлин спонукали нас поділитися спостереженням.

Хвора К., 64 роки (історія хвороби № 63363), була госпіталізована до ДУ Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва АМНУ 21.05.2008 р. зі скаргами на наявність спотворюючої безболісної пухлини в ділянці правої половини ший з поширенням під нижню щелепу. Почалося захворювання 6 місяців тому, коли хвора помітила маленький новоутвір у даній ділянці розміром з квасолю. Утвір повільно збільшувався. Бурхливе зростання, що спричинило теперішні розміри, сталося за останні 2 місяці, це змусило пацієнтку звернутися по допомогу. Як пояснює хвора, таке прогресування пов'язане з автокатастрофою, внаслідок якої вона одержала перелом шийки стегна і важку психотравму.

У стаціонарі було проведено обстеження: з боку інших органів і систем патологічних змін не виявлено, як і видимих парезів і паралічів черепно-мозкових нервів (крайової гілки лицьового, під'язичного і язикового нервів). Болісності за ходом шийного і плечового сплетінь не відзначено.

Візуально на ший праворуч визначається пухлина зі злегка горбистою поверхнею і чіткими нерівними контурами, завбільшки з кулак, вкрита розтягнутою незапальною шкірою. Пальпаторно новоутвір тужавоеластичної консистенції, рухливість у вертикальному напрямку обмежена, верхній полюс щільно фіксований до підщелепної слинної залози, що утруднює визначення верхньої межі (рис. 1). Лімфатичні вузли ший не збільшені.

Зроблено пункційну біопсію. Результат цитологічного дослідження від 06.05.2008 р. № 2306 — плеоморфна аденома. На СКТ (рис. 2) від 24.04.2008 р. № 28679 у передньобічних відділах ший спереду від судинного трикутника, відтискуючи дозад і деформуючи грудино-ключично-сосцеподібний м'яз, прилягаючи до інфрагіоїдних м'язів і зміщуючи вліво анатомічні структури вісцерального простору ший, визначається м'якотканинний утвір розмірами 57 × 45 × 106 мм із чіткими нерівними контурами, неоднорідної структури з наявністю кістоподібних фрагментів і нечисленних



Рис. 1. Фото хворої К. до операції: тужавоеластична пухлина підщелепної ділянки та шиї праворуч

Fig. 1. Patient K. before the surgery: elastic tumor of the submaxillary area and the neck on the right

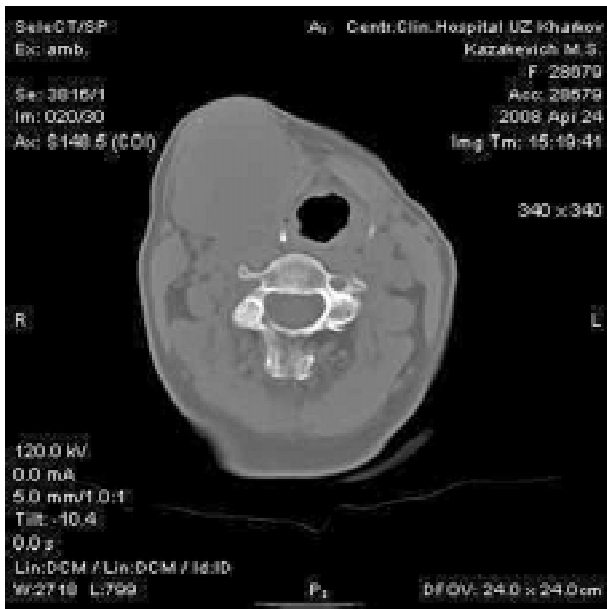


Рис. 2. СКТ хворої: новоутвір правої підщелепної слинної залози з чіткими контурами

Fig. 2. SCT of the patient: a neoplasm of the right submaxillary salivary gland with distinct outlines

кальцинатів. Верхній полюс утвору в ділянці підщелепної залози щільно прилягає до її медіальної поверхні, місцями без чіткого обмеження, нижній полюс — на рівні надключичної ділянки.

Таким чином, на підставі клінічних (швидке зростання пухлини, фіксація верхнього полюса, обмежена рухливість у вертикальному напрямку) і томографічних даних виникла підозра на злоякісну пухлину підщелепної слинної залози.



Рис. 3. Вилучений мікропрепарат: тужавий вузол розміром 60 × 98 мм зі злегка горбистою поверхнею і капсулою

Fig. 3. Removed microspecimen: a dense node measuring 60 × 98 mm with slightly tuberous surface and capsule



Рис. 4. Вузол на розрізі сіро-рожевий із дрібними і великими кістами, заповненими в'язкою рідиною

Fig. 4. On incision the node is gray-pink with small and large cysts filled with viscous liquid

Операцію зроблено 22.05.2008 р. Під загальним інтубаційним наркозом виконано розріз шкіри паралельно внутрішньому краю грудно-ключично-сосцеподібного м'яза від кута нижньої щелепи до ключиці, довжиною близь-



Рис. 5. Гістологічний препарат мукоепідермоїдної пухлини, забарвленої гематоксилін-еозином, х 400. Скупчення епідермоїдних, слизосекреторних клітин, кісти

Fig. 5. Histology specimen of mucoepidermoid tumor stained with hematoxylin-eosin, x 400. Accumulation of epidermoid, mucous secreting cells, cysts



Рис. 6. Фото хворої в день виписки: на шкірі підщелепної ділянки та шії праворуч післяопераційний рубець

Fig. 6. The patient on the day of discharge: on the skin of the submaxillary area and neck on the right there is a post-operative scar

ко 130—150 мм, пухлину оголено і тупим та частково гострим шляхом відокремлено від навколишніх тканин і вилучено з капсулою. Верхній полюс пухлини був спаяний з медіальною поверхнею підщелепної залози. Макроскопічно видалена пухлина — це вузол овальної форми розміром 60 × 98 мм із злегка горбистою поверхнею і капсулою (рис. 3). Новоутвір на розрізі сіро-рожевий, із дрібними та великими кістами, заповненими в'язкою слизуватою речовиною (рис. 4, 5).

Післяопераційний перебіг неускладнений. Рана загоїлася первинним натягненням, пацієнтку виписано додому в задовільному стані (рис. 6). Подальше лікування тривало у відділенні променевої терапії.

Таким чином, описаний випадок свідчить, що такі новоутвори слід оперувати на ранніх стадіях. Хірургічне видалення мукоепідермоїдної пухлини зі збереженням нервових структур — кращий метод лікування, що збігається з даними інших дослідників [5].

З огляду на відносну складність хірургічного лікування, хворих із велетенськими мукоепідермоїдними пухлинами підщелепних слинних залоз слід госпіталізувати до спеціальних лікувальних установ. Після відповідного лікування вони мають перебувати під постійним наглядом отоларинголога-онколога [3].

Наведені дані дозволяють вважати, що удосконалення методів діагностики мукоепідермоїдних пухлин слинних залоз і розробка діагностичної тактики при цих захворюваннях є актуальними.

Література

1. Солнцев А.М., Колесов В.С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. — К.: Здоров'я, 1985. — С. 150.
2. К. Дж. Лі (США). Отоларингологія і хірургія голови та ший. — К.: Здоров'я, 1995. — Т. 1. — С. 335.
3. Білинський Б.Т., Стернюк Ю.М., Шпарик Я.В. Онкологія. — К.: Здоров'я, 2004. — С. 225.
4. Колесов А.А., Вороб'єв Ю.И., Каспарова Н.Н. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков. — М.: Медицина, 1989. — С. 286.
5. Петерсен Б.Е., Чиссов В.И., Пачес А.И. Атлас онкологических операций. — М.: Медицина, 1987. — С. 530.
6. Блохин Н.Н., Петерсен Б.Е. Клиническая онкология. — М.: Медицина, 1979. — Т. 1. — С. 695.

Надходження до редакції 27.03.2009.

Прийнято 30.03.2009.

Адреса для листування:
Тихоліз Ігор Степанович,
ДУ Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва АМНУ,
вул. Пушкінська, 82, Харків, 61024, Україна