

УДК 61

АДЕНОКИСТОЗНАЯ КАРЦИНОМА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Светицкий П.В., Аединова И.В., Мещеряков П.Н.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, Ростов-на-Дону, e-mail: svetitskiy.p@gmail.com

Опухоли слюнных желез составляют 1–5% всех новообразований тела человека. Наиболее часто (до 60–80%) опухоли возникают в околоушных слюнных железах. Определенные сложности возникают при лечении злокачественных новообразований, особенно при их рецидиве. Представлен клинический случай. Больная А., 42 лет находится под наблюдением врачей в течение 19 лет с диагнозом аденокистозная карцинома левой околоушной слюнной железы. В Северо-Кавказской республиканской клинической больнице с 1995 по 2000 г., по поводу аденокистозной карциномы и последующих рецидивов, была три раза прооперирована с последующим протезированием резецированной нижней челюсти. Из-за вновь возникшего рецидива была направлена в РНИОИ, где пациентке была предложена операция, от которой она отказалась. Получила лучевую терапию на первичный очаг и зоны регионарных лимфатических узлов на шею в суммарной дозе 60 Гр. Через 5 лет после облучения (2011), возник рецидив. В отделении опухолей головы и шеи РНИОИ была прооперирована: удалена рецидивная опухоль околоушной слюнной железы вместе с имплантатом, резекцией скулового отростка и стенок верхнечелюстной пазухи. В послеоперационном периоде получила химиотерапию (цисплатин и фторурацил). В начале 2014 г., т. е. через 19 лет после впервые установленного диагноза вновь обратилась в РНИОИ с метастазом в шейные лимфатические узлы слева. Первичный очаг без признаков рецидива. Была осуществлена шейная лимфодиссекция в объеме III уровня. Патогистологическое заключение «метастаз аденокистозной карциномы». Проведено полное обследование, при котором регионарные и отдаленные метастазы не были выявлены. Находится под наблюдением.

Ключевые слова: околоушная слюнная железа, аденокистозная карцинома

ADENOKISTOZNAYA CARCINOMA PAROTID GLAND

Svetitskiy P.V., Aedinova I.V., Mesherykov P.N.

Rostov Research Oncologic Institute of Ministry of Health the Russian Federation, Rostov-on-Don, e-mail: svetitskiy.p@gmail.com

Salivary gland tumors amount to 1–5% of all human neoplasms. Parotid gland tumors are the most frequent (up to 60–80%). A clinical case is presented. Patient A., aged 42, has been observed for 19 years with diagnosis of adenoid cystic carcinoma of the parotid gland. Resection of a parotid gland tumor was made in the Department of Maxillofacial Surgery of North Caucasian Republican Clinical Hospital in 1995. Histopathological diagnosis showed adenoid cystic carcinoma. The patient was operated on again 3 time in the same with prosthesis of the lower jaw with autograft (rib autograft). 5 years later (in 2006) the patient was referred to RROI where biopsy showed adenoid cystic carcinoma recurrence. The patient refused the surgery and received radiotherapy at the primary focus and the zone of regional lymph nodes with the total dose of 60 Gy. Recurrence occurred again 5 years and the patient consented to surgery. The tumor was removed with the implant, resection of the zygomatic process and the maxillary sinus walls. Chemotherapy (cisplatin and fluorouracil) was received in the postoperative period. The patient came to the hospital in early 2014 (i.e. 19 years after first diagnosis) with neck metastasis. The primary focus did not show recurrence signs. Neck dissection of level III was performed. Histopathological diagnosis showed adenoid cystic carcinoma metastasis. Full examination did not reveal regional and distant metastases. The patient has been observed for over 9 months without recurrence signs.

Keywords: parotid gland, adenoid cystic carcinoma

Опухоли слюнных желез составляют 1–5% всех новообразований тела человека [4]. Несмотря на сравнительно небольшой процент заболеваемости, вопросы, связанные с данной патологией, являются разделом клинической онкологии, где остается много нерешенных вопросов. Это не до конца выясненные этиологические факторы, разнообразный морфогенез, где только эпителиального генеза, выявлено около двух десятков форм опухолей [2]. Большие сложности возникают при лечении злокачественных новообразований. Для данной патологии характерна высокая частота продолженного роста и рецидивов. Все это определяет актуальность рассматриваемой проблемы.

Наиболее часто (до 60–80%) опухоли возникают в околоушных слюнных железах [4]. При этом до 80% они бывают доброкачественными, где самая распространенная гистологическая форма представлена плеоморфной аденомой, которая в ряде случаев может перерождаться в рак [1, 2, 3].

Основными гистологическими формами злокачественных опухолей слюнных желез являются аденокистозная карцинома (цилиндрома) и мукоэпидермоидный рак [4]. Представляем клиническое наблюдение аденокистозной карциномы.

Клиническое наблюдение

Больная А., 42 лет. (ист. бол. №С-4313/г), поступила в отделение опухолей головы

и шеи РНИОИ с диагнозом «метастаз рака левой околоушной слюнной железы в лимфатические узлы шеи слева».

При осмотре в средней трети шеи слева в проекции сонного треугольника определяется безболезненный опухолевой узел до 2,5 см., ограниченно подвижный, каменистой плотности. Лицо асимметрично за счет дефекта мягких тканей левой околоушной области и отсутствия левой половины нижней челюсти. Имеется паралич левой глазничной ветви лицевого нерва.

Считает себя больной в течение 19 лет. В 1995 г. в отделении челюстно-лицевой хирургии Северо-Кавказской республиканской клинической больницы была выполнена операция в объеме резекции левой околоушной слюнной железы с удалением ОП. Патогистологическое заключение №38444 – аденокистозная карцинома.

Через 4 года, из – за рецидива, подтвержденного гистологически, в той же больнице, была произведено удаление опухоли с экзартикуляцией височно-нижнечелюстного сустава вместе с фрагментом нижней челюсти. Клинически послеоперационный период протекал спокойно, в связи с чем, в той же больнице, через 3 мес. пациентке было выполнено протезирование нижней челюсти аутотрансплантатом (ауторебром).

Спустя 5 лет (2006 г.) появилось опухолевидное образование по линии рубца в проекции околоушной слюнной железы и асимметрия лица. Был заподозрен рецидив. Больная была направлена в РНИОИ, где открытая биопсия выявила рецидив аденокистозной карциномы. Больная от предложенной операции отказалась. Была назначена стандартная дистанционная лучевая терапия на первичный очаг и зоны регионарных лимфатических узлов на шею в суммарной дозе 60 Гр.

Ремиссия длилась 4 года. Спустя 5 лет после облучения (2011), вновь возник рецидив. Обратилась в РНИОИ. При поступлении асимметрия лица за счет ОП инфильтрации лев околоушной области, дефект тела и угла нижней челюсти (рис. 1). Данные компьютерной томографии свидетельствовали о наличии в подвисочной ямке слева объемного солидно – кистозного образования в околоушной слюнной железе с разрушением задней и латеральной стенок верхнечелюстной пазухи (рис. 2).

Больная дала согласие на операцию, которая была выполнена в объеме удаления ОП вместе с имплантатом, резекцией скулового отростка и стенок верхнечелюстной пазухи (рис. 3, 4, 5).



Рис. 1. Рак околоушной слюнной железы. Состояние после трех операций с резекцией и протезирования нижней челюсти. Асимметрия лица за счет опухолевой инфильтрации лев околоушной области, дефект тела и угла нижней челюсти

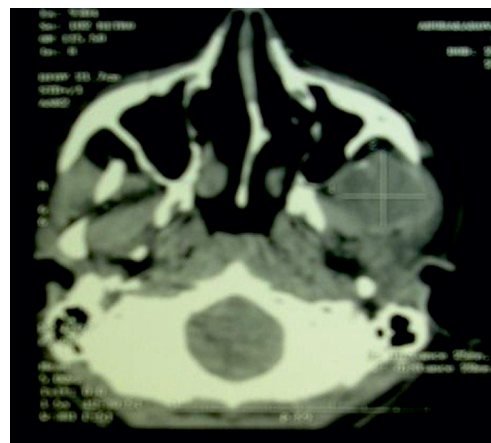


Рис. 2. КТ черепа. Слева рецидив опухоли околоушной слюнной железы с прорастанием в височную ямку и верхнечелюстную пазуху с разрушением передней, нижней и латеральной стенок верхнечелюстной пазухи

В послеоперационном периоде получила 5 курсов химиотерапии (цисплатин 100 мг. и фторурацил 500 мг. м²).

В начале 2014 г., т.е. через 19 лет после впервые установленного диагноза «аденокистозная карцинома», обратилась в РНИОИ с метастазами в лимфатические узлы шеи слева в проекции сонного треугольника. Первичный очаг без признаков рецидива. Проведен курс неoadьювантной химиотерапии (цисплатин по 100 мг/м² и карбоплатин по 400 мг.) с последующей шейной лимфодиссекцией в объеме III уровня. Патогистологическое заключение № 32250-54

«Метастаз аденокистозной карциномы». Проведено полное обследование, при котором поражение других регионарных и отдаленных метастазов не было выявлено.

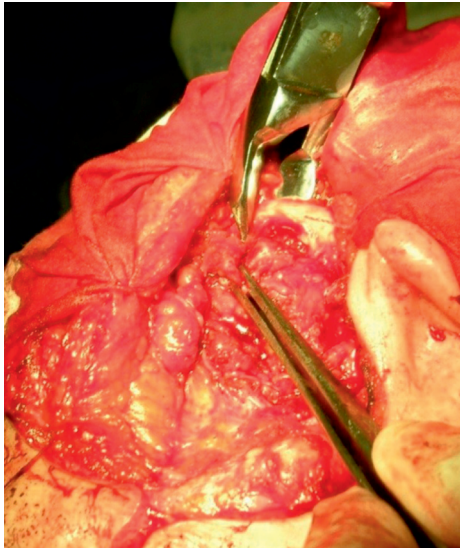


Рис. 3. Этап операции: для визуализации височной ямки и радикального удаления рецидивной опухоли, резецирован скуловой отросток верхней челюсти



Рис. 4. Этап операции: проведение паротидэктомии с сохранением ветвей лицевого нерва (после 3-х предшествующих операций)

Выписана в удовлетворительном состоянии домой с рекомендацией проведения адъювантной химиотерапии препаратами платины. Находится под наблюдением без признаков рецидива более 9 мес.

Околоушная слюнная железа является самой большой из всех слюнных желез. Ее основная часть располагается в околоушно-жевательной области лица, меньшая – в позадищелюстной ямке. Вверху доходит до скуловой дуги, внизу – до угла нижней челюсти, а сзади – до сосцевидного отростка височной кости и переднего края кивательной мышцы. Своей глубокой частью железа прилежит к шиловидному отростку височной кости [5].



Рис. 5. Опухоль удалена вместе с костными фрагментами верхнечелюстной пазухи и имплантатом нижней челюсти (аутореброром)

Большая распространенность, при наличии большого количества хорошо развитых выводных протоков, при определенных неблагоприятных ситуациях, способствует возникновению в отдельных её частях опухолей. Этиологические факторы их возникновения до настоящего времени остаются не выясненными. Предполагается определенное влияние на возникновение изменений в железе воспалительного характера, алиментарных факторов, гормональных нарушений [2]. В то же время, интимная связь железы с соседними органами, при выраженной кожно-жировой ткани, способствует скрытому начальному течению заболевания.

Аденокистозная карцинома околоушной слюнной железы является одной из самых распространенных и составляет до 10 – 14% [1, 2]. Вначале её клиническая картина, не вызывая дискомфорт, мало чем отличается от доброкачественных опухолей. Однако по мере её роста, она приобретает четкие контуры, что заставляет обратиться к врачу.

Метастазирование в регионарные лимфатические узлы, по данным авторов, раз-

личное: в пределах 6 – 50% [1, 2]. При этом, характерно отдаленное гематогенное метастазирование в кости и легкие, которое наблюдается до 45% [1]. Частота рецидивов достигает 50% [2].

Общепринятая методика лечения заключается в комбинированном воздействии: операции и последующего облучения [5].

Заключение

Аденокистозная карцинома околоушной слюнной железы характеризуется выраженной агрессивностью и частыми рецидивами. Лечение должно быть комбинированным и включать радикальную операцию и лучевую терапию. У обсуждаемой больной с самого начала болезни была применена только хирургическая тактика без лучевой терапии. При этом повторная операция и последующая пластическая операция с протезированием проводились при уже выявленном рецидиве карциномы. Отказ пациентки от предложенной в РНАОИ операции, при установленном

рецидиве и проведение, по её требованию, только лучевой терапии, не могло обеспечить эффективность проводимого противоопухолевого лечения. В представленном клиническом случае не был использован весь арсенал лечебных пособий, а принципы лечения с самого начала были нарушены. Имея более чем 9 мес. ремиссию, пациентка находится под постоянным нашим наблюдением.

Список литературы

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – М., 2000. – С. 364–369.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: «Медицина». – С. 220–228.
3. Светицкий П.В., Енгибарян М.А., Гусарева М.А., Донская А.К. Плеоморфные аденомы глоточного отростка околоушной слюнной железы. // HEAD NECK. russian journal. Голова и шея. – 2014. – № 3. – С. 25–28.
4. URL: <http://radiomed.ru/publications/onkologiya-opukholi-slyunnykh-zhelez>.
5. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Околоушная_слюнная_железа_человек.
6. URL: www.nedug.ru/library/карцинома_аденокистозная/Цилиндрома_1.