

УДК 616.316.5-006.6-033.2: 617.511-006.36]-089

**АТИПИЧНОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПРИ РАКЕ
ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ****Светицкий П.В., Аединова И.В., Волкова В.Л.***ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России,
Ростов-на-Дону, e-mail: svetitskiy.p@gmail.com*

Опухоли слюнных желез составляют 1–5% всех опухолей человека. Аденокарцинома слюнных желез является разновидностью злокачественной опухоли, имеющей железистую и папиллярную структуру, составляя 5,9% всех эпителиальных новообразований. Для неё характерно лимфогенное метастазирование в регионарные шейные лимфатические узлы. При гематогенном метастазировании поражаются легкие и костная ткань. Представлен клинический случай нетипичного метастазирования аденокарциномы околоушной слюнной железы в мягкие ткани теменно-височной области. Больной К., 18 лет поступил в отделение опухолей головы и шеи РНИОИ для хирургического лечения по поводу рака левой околоушной слюнной железы с метастазами в мягкие ткани левой теменно-височной области (T4N2M0) – IV ст. Состояние после лучевого лечения (ДГТ на первичный очаг, теменно-височную область и зоны регионарных лимфатических узлов, СОД-40 Гр.). Болен больше года, когда заметил опухоль в левой околоушной области. К врачу не обращался. В связи с ростом образования в околоушной и левой теменно-височной областях обратился в РНИОИ. При поступлении лицо симметричное. В левой околоушной и теменно-височной областях определяются опухоли. Пункционная биопсия выявила аденокарциному с метастазом в теменно-височную область. После предоперационной лучевой терапии проведена радикальная операция в объеме паротидэктомии с сохранением ветвей лицевого нерва и удалением опухоли теменно-височной области. Патогистологическое заключение установило «Низкодифференцированную аденокарциному и метастаз». При комплексном обследовании отдаленных метастазов не выявлено. В послеоперационном периоде получил химиотерапию. Находится под наблюдением без продолженного роста опухоли более 1-го года.

Ключевые слова: околоушная слюнная железа, аденокарцинома, метастаз**ATYPICAL OF METASTASIS IN CANCER PAROTID GLAND****Svetitsky P.V., Aedinova I.V., Volkova V.L.***FGBI «Rostov Cancer Research Institute», the Ministry of Health of Russia, Rostov-on-Don,
e-mail: svetitskiy.p@gmail.com*

Sialadenoncus constitute 1–5% of all human tumors. Adenocarcinoma salivary glands is a kind of a malignant tumor, and papillary having glandular structure, constituting 5,9% of epithelial tumors. It is characterized by lymphogenous metastasis to regional cervical lymph nodes. When hematogenous metastasis affects the lungs and bone. A clinical case of atypical metastatic adenocarcinoma of the parotid gland in the soft tissue of the temporal-parietal region. Patient K., 18 years old enrolled in the department of head and neck tumors RNIIOI for surgical treatment for cancer of the left parotid gland with metastases in the soft tissues of the left parietal-temporal region (T4N2M0) – IV Art. Condition after radiation therapy (EBRT at the primary site, parietal-temporal area and the area of regional lymph nodes, SOD-40 gr.). Bohlen more than a year when he noticed a tumor in the left parotid region. To the doctor did not address. Due to the growth of education in the parotid and left parietal-temporal areas addressed in RNIIOI. When a symmetrical face. In the left parotid and temporal-parietal areas defined tumor. Needle biopsy revealed adenocarcinoma with metastasis to the parietal-temporal region. After preoperative radiotherapy carried out radical surgery in the amount parotidectomy preserving facial nerve branches and the removal of the tumor parietotemporal area. Histopathological conclusion set «poorly differentiated adenocarcinoma and metastases» When complex examination of distant metastases were found. Postoperatively he received chemotherapy. Located under the supervision without the continued growth of the tumor more than 1 year.

Keywords: parotid salivary gland adenocarcinoma, metastasis

Околоушная слюнная железа (ОСЖ) – наиболее крупная слюнная железа. Верхняя граница железы располагается на уровне основания черепа (подвисочная ямка), нижняя граница – по фасции дна полости рта. Наружная граница – кожа, внутренняя граница в глотке, где расположен глоточный отросток околоушной слюнной железы. В толще ОСЖ проходит наружная сонная артерия со своими ответвлениями, позади-челюстная вена и лицевой нерв [1].

Опухоли (ОП) ОСЖ составляют около 1–5% всех ОП человека [10]. Риск развития ОСЖ в настоящее время связывают с воспа-

лительными изменениями, гормональными и генетическими факторами. Курение, облучение (частые рентгенологические обследования или облучение в детском возрасте), вирусные инфекции также имеют значение в развитии как доброкачественных, так и злокачественных ОП. Алиментарные факторы (высокое содержание холестерина, низкое содержание витаминов и т.д.) также способствуют возникновению ОП в слюнных железах [10].

ОСЖ в 60–80% бывают доброкачественными, где самая распространенная гистологическая форма представлена плео-

морфной аденомой. Длительно существующие плеоморфные аденомы нередко озлокачествляются [2, 9, 11].

Злокачественные ОП чаще всего поражают слюнную железу с одной стороны. В то же время, они встречаются одинаково часто как в правой, так и левой слюнных железах. При этом до 20% приходится на её глоточный отросток [4]. ОП развивается поэтапно. Медленный рост может ускоряться, принимая агрессивное течение. Длительность анамнеза у больных варьирует от 1 месяца до 25 лет, в большинстве случаев составляя 2-4 года [13].

Среди злокачественных ОП ОСЖ наиболее распространены карциномы, которые в большинстве случаев представлены ацинозноклеточной, мукоэпидермоидной, аденокистозной формами и аденокарциномой [2, 5, 9].

Степень злокачественности и клиническое течение злокачественных ОП слюнных желез крайне варьируют и зависят в значительной мере от своего сложного гистологического строения [2].

Аденокарцинома слюнных желез – это разновидность злокачественной ОП составляющей 5,9% всех эпителиальных новообразований [3]. Заболеванию подвергаются взрослые и дети от 10 лет. Как правило, заболевание не носит наследственный характер. На ранних стадиях опухоль практически не проявляет себя, так как болевые ощущения не развиваются. В дальнейшем происходит уплотнение структуры ОП. Новообразование не имеет четких границ, ОП неподвижна, при дальнейшем росте присоединяется болезненность, поражение жевательных мышц, парез лицевого нерва, метастазирование в регионарные лимфатические узлы [12]. По данным

онкологического центра М.Д. Андерсона (США), метастазы возникают у 14% больных. При этом метастазирование происходит лимфогенным путем, в основном в шейные лимфатические узлы [7]. При гематогенном метастазировании, как правило, поражаются легкие и костная ткань [11].

Лечение аденокарциномы ОСЖ хирургическое: осуществляется паротидэктомия с возможным сохранением лицевого нерва и лимфодиссекция. Обязательно проводится лучевая терапия, преимущественно – предоперационная.

Представляем клиническое наблюдение. Больной К., 18 лет (ист. бол. № С-15854/Д), поступил в отделение опухолей головы и шеи РНИОИ для хирургического лечения с диагнозом рак левой околоушной слюнной железы с метастазами в мягкие ткани левой теменно-височной области (St.IV; T4N2M0), состояние после лучевого лечения.

Считает себя больным около года, когда в проекции левой ОСЖ появилась опухолевидное образование диаметром до 1,0 см. К врачу не обращался. В последние 2 мес. был отмечен рост ОП, появилось опухолевидное образования в теменно-височной области с этой же стороны, которое прогрессировало в росте. Обратился в РНИОИ.

При осмотре лицо симметрично, пареза ветвей лицевого нерва нет. Лимфатические узлы шеи не увеличены. Слева в левой околоушной области, в проекции выхода ствола лицевого нерва опухолевидное образование до 5,0 см. в диаметре. В теменно-височной области под кожей определяется ОП округлой формы, диаметром до 7,0 см. При пальпации оба новообразования плотно – эластической консистенции, неподвижные, безболезненные.



а)



б)

Рис. 1. Внешний вид больного (фас и профиль) после предоперационной лучевой терапии проведенной по поводу аденокарциномы околоушной слюнной железы с метастазами в теменно-височную область. В результате лечения опухоли сократились в 2 раза. Сплошной линией ограничена зона инфильтрации, заштрихована площадь пальпируемых опухолей

Проведена пункционная биопсия обеих ОП. Цитологическое заключение ОП околоушной области «Аденокарцинома с обилием муцина», а теменно-височной области «Метастаз аденокарциномы» (№ 292-93/15).

Была проведена дистанционная предоперационная гамма-терапия на первичный очаг, область метастаза и зоны регионарных лимфатических узлов на шее (СОД-40 Гр).

В результате лучевой терапии опухоли в слюнной железе и теменно-височной области сократились почти в 2 раза (рис. 1, а, б). Проведено КТ исследование, которое не выявило интракраниального распространения процесса (рис. 2).



Рис. 2. По данным КТ в проекции левой околоушной слюнной железы определяется опухоль неоднородной структуры диаметром до 2,5х2,0 см. без прорастания в окружающие ткани. В мягких тканях левой теменно-височной области определяется выраженная опухолевая инфильтрация диаметром до 7,0 см. без признаков деструкции костных структур

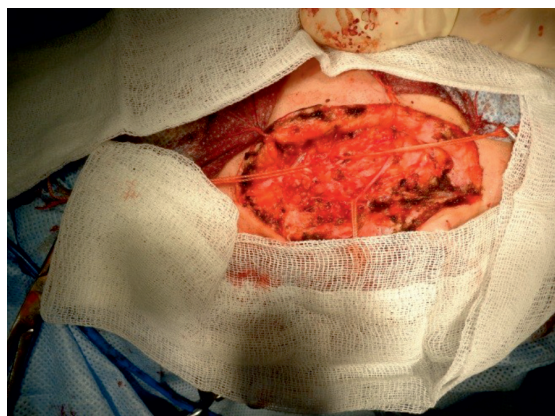


Рис. 3. Операция – паротидэктомия с сохранением ветвей лицевого нерва

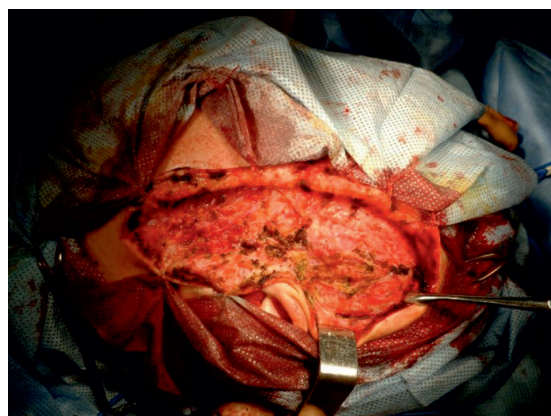


Рис. 4. После отсепаровки кожи в теменно-височной области обнажено опухолевидное образование, спаянное с надкостницей

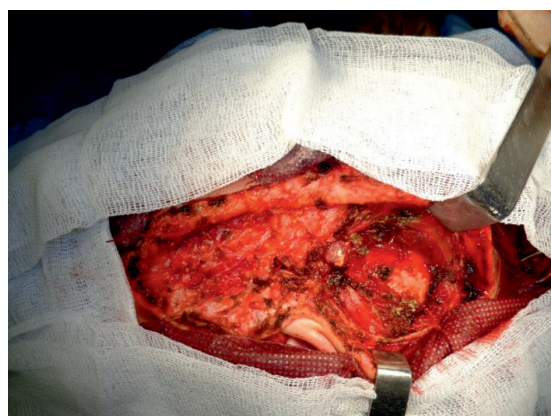


Рис. 5. Метастаз радикально удален вместе с надкостницей височной кости



Рис. 6. Удаленные макропрепараты: околоушная слюнная железа и теменно-височный метастаз

Проведенное обследование не выявило противопоказаний к операции. Операция была осуществлена радикально в объеме паротидэктомия с сохранением ветвей лицевого нерва (рис. 3) и удаление

до надкостницы опухоли теменно-височной области (рис. 4 и 5). Удаленные макропрепараты подтвердили радикальность операции (рис. 6). Наложен косметический шов (рис. 7). Патогистологическое заключение ОП ОСЖ «Низкодифференцированная аденокарцинома» № 76247-48/15 и «Теменно-височный метастаз низкодифференцированной аденокарциномы» № 76249-50.



Рис. 7. Послеоперационная рана уха и теменнo-височной области закрыта косметическим швом

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. По месту жительства проведена химиотерапия. Находится под наблюдением без продолженного ОП роста более 1-го года.

Заключение

Аденокарцинома околоушной слюнной железы отличается от других злокачественных ОП слюнных желез особенностями формирования железистых и папиллярных структур [3]. Неоднородность аденокарциномы объясняется разнообразием типов клеток, составляющих ОП и их структурных взаимоотношений [12].

По механизму развития и течения болезни (быстрый рост ОП и агрессивное метастазирование) аденокарциному сравнивают с протоковым раком молочной железы.

Для аденокарциномы характерно лимфогенное метастазирование в регионарные шейные лимфатические узлы одноименной стороны, реже наблюдаются двусторонние

метастазы [6, 8]. Однако возможно и гематогенное метастазирование. При этом интенсивность метастазирования и зона его распространения неодинакова [14]. В представленном наблюдении злокачественной опухоли околоушной слюнной железы, отсутствовали характерные метастазы в шейные и подчелюстные лимфатические узлы. Метастазирование произошло в мягкие ткани теменно-височной области. В литературе и по нашему клиническому опыту, превышающим более чем 45 летний период, мы не встречали аналогичную ситуацию. Можно думать, что данное нетипичное метастазирование произошло гематогенным путем через проходящие в околоушной слюнной железе ветви наружной сонной артерии: поверхностную височную и/или затылочную, т.е. артерии, питающие теменно-височную область. Не исключается и роль морфологических особенностей аденокарциномы отличающей её от других злокачественных опухолей околоушных слюнных желез.

Список литературы

1. Лойт А.А., Каюков А.В. Хирургическая анатомия головы и шеи «ПИТЕР» Санкт 3. Петербург, Москва, Харьков, Минск. 2002. – С. 118.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: «Медицина», 2000. – С. 220–223.
3. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: «Медицина», 2000. – С. 228.
4. Светицкий П.В., Енгибарян М.А., Гусарева М.А., Донская А.К. Рецидивная плеоморфная аденома глоточного отростка околоушной слюнной железы. – Стоматология. – 2014. – № 6. – С. 49–51.
5. Светицкий П.В., Аединова И.В., Мещеряков П.Н. Аденокистозная карцинома околоушной слюнной железы. – Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 10. – С. 491–494.
6. Onkolezni.ru/rak-slunnoi-zhelezy/.
7. <Thyroid-cancer.ru>. Другие опухоли головы и шеи.
8. www.e-reading.club/.../Bashtan_-_Onkologiya._Metodicheskoe_posobie.
9. <http://online-diagnos.ru/illness/d/zlokachestvennoe-novoobrazovanie-okoloushnoy-slunnoy-zhelezy>.
10. http://vmde.org/sait/?id=Onkologiya_velt_2009&menu=Onkologiya...&page=23.
11. https://ru.wikipedia.org/wiki/Опухоли_слюнных_желез.
12. <http://rak.hvatit-bolet.ru/vid/adenokarcinoma/adenokarcinoma-sljunyh-zhelez.html>.
13. <http://surgeryzone.net/info/informaciya-po-onkologii/rak-okoloushnoj-slunnoj-zhelezy.html>.
14. <http://www.blackpantera.ru/stomatologiya/33510/ba>.