

## ЗАМІТКИ З ПРАКТИКИ

УДК 616.316.5+616-006.61+616.284-002.258

*Багрій М.М., Попович В.І., Титар І.І., Кривенський Т.П., Гриньовська М.Б.***Плоскоклітинний рак привушної слинної залози під маскою холестеатоми**

Кафедра патоморфології та судової медицини (зав. каф. – проф. Михайлюк І.О.)

Кафедра оториноларингології з курсом хірургії голови та шиї (зав. каф. – проф. Попович В.І.)

Кафедра стоматології факультету післядипломної освіти (зав. каф. – Заслужений діяч науки і техніки України, проф. Рожко М.М.)

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії (зав. каф. – проф. Тітов І.І.)

Івано-Франківського національного медичного університету

**Резюме.** Плоскоклітинний рак слинних залоз складає 0,7% від всіх пухлин даної локалізації та 4,4% серед злоякісних. Гістогенетичні дослідження показують, що плоскоклітинні раки виникають як первинні пухлини внаслідок плоскоклітинної метаблазії епітелію, що вистилає слинні протоки. Наводимо випадок рідкісного спостереження.

Хвора Т., 63 роки, була госпіталізована чотири рази за короткий проміжок часу. Вперше – з діагнозом «Лівобічний гострий дифузний зовнішній отит». Вдруге – «Лівобічний хронічний середній отит. Лівобічний мастоїдит» із проведенням радикальної операції на лівому вусі з розкриттям нагноєної клітковини білявушної ділянки. Інтраопераційний діагноз – холестеатома. Результати патогістологічного дослідження – безструктурні маси кератину та некротично змінені різного розміру з пікнотичними ядрами епітеліоцити, дистрофічно-некротичні зміни кісткової тканини й явища гнійного запалення. Втретє та вчетверте – зі скаргами на болі в білявушній ділянці зліва, виділення з післяопераційної рани, затруднене відкривання рота, асиметрію обличчя. За даними ультразвукового дослідження, ознаки змішаної пухлини привушної залози, привушний і піднижньощелепний лімфаденіт. Проведено оперативне втручання – субтотальна резекція привушної слинної залози зі збереженням гілок лицевого нерва, з резекцією деструктивно зміненої скроневої кістки. Результат патогістологічного дослідження – привушна залоза з середками плоскоклітинного ороговіваючого раку; некротично змінена кісткова тканина з інвазивним ростом плоскоклітинного раку. Подальше лікування тривало у відділенні променевої терапії обласного клінічного онкологічного диспансеру.

Таким чином, описаний рідкісний випадок первинного плоскоклітинного раку слинної залози з інвазією та деструкцією скроневої кістки, клінікою хронічного середнього отиту, що патоморфологічно симулювало холестеатому.

**Ключові слова:** привушна слинна залоза, рак слинної залози, плоскоклітинний рак, холестеатома.

На пухлини слинних залоз припадає 1-3% усіх новоутворів і близько 6% усіх пухлин голови та шиї [4]. У 80% хворих вони уражують привушну залозу, у 10-15% – підщелепну, а решта – під'язикову та малі слинні залози. Приблизно у 80% випадків пухлини привушної залози є доброякісними, питома вага злоякісних утворів збільшується у малих слинних залозах. Злоякісні пухлини зазвичай проявляються після 60 років, в той час як доброякісні – після 40 років. Останні частіше зустрічаються у жінок, а злоякісні мають рівний розподіл за статтю [6]. 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 розподілені на сполучнотканинні й епідермальні, з переважанням останніх (90-95%). Окрему групу становлять мукоепідермоїдні утвори [2, 5].

Плоскоклітинний рак слинних залоз, за даними різних авторів, складає 0,7% від всіх пухлин слинних залоз і 4,4% серед злоякісних. У великих слинних залозах 80% випадків плоскоклітинного раку припадає на привушну слинну залозу, 20% – на піднижньощелепну. Для під'язикової слинної залози виникнення даної пухлини не характерно. Плоскоклітинну карциному слинних залоз часто пов'язують з опроміненням в анамнезі, за 10-15 років до виникнення пухлини. Вона виявляється у осіб різного віку, частіше 60-65 річного. Описано декілька випадків захворювання, навіть у дітей, хоча вважа-

ється, що плоскоклітинний рак слинної залози у край рідко буває у людей молодших 20 років. Чоловіки хворіють частіше, співвідношення чоловіків і жінок – 2:1 [3].

Гістогенетичні дослідження показують, що плоскоклітинні раки виникають як первинні пухлини внаслідок плоскоклітинної метаблазії епітелію, що вистилає слинні протоки. Рідше вони можуть розвиватись на фоні існуючої раніше пухлини, зазвичай мукоепідермоїдної, її плоскоклітинного компонента [3].

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. Пальпаторно практично неможливо диференціювати доброякісну пухлину від злоякісної, отже вирішальну роль у диференційній діагностиці відіграє комп'ютерна томографія [1]. Проте, найефективніший метод – морфологічний (виконання біопсії). Деякі науковці рекомендували в усіх сумнівних випадках використовувати відкриту біопсію з гістологічним дослідженням, проте згодом відмовились. У зв'язку з локалізацією пухлин слинних залоз у такій складній ділянці як шия, будь-яке оперативне втручання пов'язане з технічними труднощами, небезпекою й ускладненнями, тому відкрита біопсія була відкинута. Питання про вибір адекватного методу діагностики та лікування для кожного пацієнта залишається відкритим [4].

Порівняна рідкість плоскоклітинного раку привушної залози, значні труднощі у клініко-морфологічній діагностиці, а також швидкий ріст пухлини спонукали нас поділитися спостереженням атипичного перебігу цього захворювання.

Хвора Т., 63 роки була госпіталізована до Івано-Франківської обласної клінічної лікарні чотири рази за короткий проміжок часу. Перший раз (11.08.2011-23.08.2011) – з діагнозом «Лівобічний гострий дифузний зовнішній отит». В анамнезі у 1959 р. – операція на лівому вусі.

Повторна госпіталізація (медична карта стаціонарного хворого №19452/11) – 18.10.2011 (до 17.11.2011) зі скаргами на наявність болю у лівому вусі пульсуючого характеру, біль при відкриванні рота, болочість і припухлість у привушній ділянці зліва, зниження слуху. Отоскопічно в лівому зовнішньому слуховому ході велика кількість виділень із запахом; зовнішній слуховий хід звужений за рахунок гіперплазованої тканини передньої стінки; спостерігається припухлість і болочість при пальпації привушної залози зліва. УЗД м'яких тканин привушної ділянки – абсцедування м'яких тканин привушної ділянки спереду. Комп'ютерна томографія – лівобічний хронічний отит середнього вуха, мастоїдит зліва, ускладнений набряком м'яких тканин. Також було проведено обстеження з боку інших систем та органів, отримані результати: цукровий діабет II типу, середньої тяжкості, стадія субкомпенсації; аутоімунний тиреоїдит; дифузний вузловий зоб ІВ стадія. Проведено радикальну операцію на лівому вусі з розкриттям нагноєної клітковини білявушної ділянки. Інтраопераційний діагноз – холестеатома. Отриманий під час операції матеріал підлягав патогістологічному дослідженню. Результати від 01.11.2011 р.: №31013 – холестеатома, №31014 – холестеатомні маси з дистрофічно-некротичними змінами кісткової тканини й явищами гнійного запалення.

Післяопераційний період без ускладнень.

Втретє пацієнтка госпіталізована 18.11.2011 року (медична карта стаціонарного хворого № 21672/11) зі скаргами на болі в білявушній ділянці зліва, виділення з післяопераційної рани, затруднене відкривання рота, асиметрію обличчя. Візуально у завушній ділянці післяопераційна порожнина не повністю епітелізована, гранулює, виділення слизові. В нижньому куті післяопераційної рани наявна норича, з якої виділяється слиноподібний вміст. У стаціонарі провели ряд досліджень. За результатами УЗД м'яких тканин привушної ділянки зліва, виявлено наявність гіпоехогенного вогнища на глибині 0,8-1,5 см діаметром до 1,3 см, а на глибині 1,5-2,5 см – ділянка гіпоехогенності до 2,1 см з чіткими контурами, неоднорідної структури за рахунок дрібних гіперехогенних структур (залишені явища абсцедування). За даними КТ-дослідження скроневих кісток – стан після оперативного втручання, остеомієліт лівої скроневої кістки. На момент виписки, 06.02.2011 року, стан пацієнтки задовільний, спостерігались незначні виділення та набряк тканин білявушної ділянки.

Вчетверте госпіталізована 16.01.2012 року (медична карта стаціонарного хворого №889/12) зі скаргами на болі у лівій половині обличчя, білявушній ділянці, виділення із вуха. При об'єктивному обстеженні спостерігалася асиметрія обличчя за рахунок ущільнення, пастозності білявушної ділянки зліва, парезу n. facialis зліва. Шкіра в ділянці мочки вуха, слухового ходу мацерована, ділянка кровоточива. Пальпаторно різка болючість в даній ділянці. Проведено УЗД білявушної слинної залози: у привушній ділянці зліва в нижньолатеральному полюсі привушної залози гіпоехогенне вогнище 40,0x32,0 мм з чіткими неправильними контурами, однорідної структури, кровопостачання практично не візуалізується. Привушні лімфатичні вузли (передня і нижня групи) діаметром до 15,0 мм, а піднижньощелепні – до 17,0 мм. Висновок УЗД – ознаки змішаної пухлини привушної залози, привушний і піднижньощелепний лімфаденіт. Проведено оперативне втручання – субтотальна резекція привушної слинної залози зі збереженням гілок лицевого нерва (18.01.2012): під загальним інтубаційним наркозом виконано розріз шкіри попереду слухового ходу з переходом на завушну ділянку. Тупим і частково гострим шляхом відсепаровано м'які тканини, знайдено капсулу привушної слинної залози та стовбур лицевого нерва. Залоза некротично змінена з казеозним вмістом, проведено її ектомію. Під час ревізії післяопераційної порожнини виявлено, що скронева кістка також деструктивно змінена, тому її видалено для патогістоло-

гічного дослідження. Операція пройшла без ускладнень. Результат патогістологічного дослідження від 27.01.2012 року №1469-89/12, 1746-65/12: №1 (1469-80) – тканина залози із явищами вираженого дифузного ліпоматозу й осередками плоскоклітинного ороговіваючого раку (рис. 1); №2 (1481-84, м'які тканини) – дрібні фрагменти шкіри з інвазивним ростом плоскоклітинного ороговіваючого раку у дермі; №3 (1485-89, декальцинована кісткова тканина) – некротично змінена кісткова тканина з інвазивним ростом плоскоклітинного раку. Проведений повторний перегляд гістопрепаратів від 01.11.2011 р. (№31013 і №31014) – виявлено безструктурні маси кератину та некротично змінені різного розміру з пікнотичними ядрами епітеліоцити; дана патогістологічна картина могла би відповідати як елементам високодиференційованого плоскоклітинного раку, так і елементам холестеатоми.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Рана загоїлася первинним натягом. Пацієнтку виписано у задовільному стані. Подальше лікування тривало у відділенні променевої терапії обласного клінічного онкологічного диспансеру.

### Висновок

Описаний рідкісний випадок первинного плоскоклітинного раку слинної залози з інвазією та деструкцією скроневої кістки, клінікою хронічного середнього отиту, що патоморфологічно симулювало холестеатому.

### Література

1. Колесов А.А. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков / А.А. Колесов, Ю.И. Воробьев, Н.Н. Каспарова. – М.: Медицина, 1989. – 286 с.
2. Отоларингология і хірургія голови та шиї / [Алі Маджид, Артур С. Хенджер, Брайн Дж. В'ятрак та ін.]; за ред. К.Дж.Лі. – К.: Здоров'я, 1995. – Т.1. – 400 с.
3. Пачес А.И. Опухоли слюнных желез / А.И. Пачес, Т.Д. Таболинская. – М.: Практическая медицина, 2009. – 470 с.
4. Рідкісний рак підщелепної слинної залози / І.С. Тихоліз, Р.М. Спужак, О.А. Радченко [та ін.] // Укр. радіологічний журнал. – 2009. – Т. 17, вип. 2. – С. 182-185.
5. Солцев А.М. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта / А.М. Солцев, В.С. Колесов. – К.: Здоров'я. – 1985. – 150 с.
6. Management of advanced parotid cancer. A systematic review / JP Jeannon, F Calman, M Gleeson [et al.] // Eur J Surg Oncol. – 2009. – Vol. 35(9). – P. 908-915.

Багрий Н.Н., Попович В.И., Тутар И.И., Кривенький Т.П., Гриневская М.Б.

### Плоскоклеточный рак околоушной слюнной железы

**Резюме.** Плоскоклеточный рак слюнных желез составляет 0,7% от всех опухолей данной локализации и 4,4% среди злокачественных. Гистогенетические исследования показывают, что плоскоклеточные раки возникают как первичные опухоли вследствие плоскоклеточной метаплазии эпителия, выстилающего слюнные протоки. Приводим случай редкого наблюдения.

Большая Т., 63 года, была госпитализирована четыре раза за короткий промежуток времени. Впервые – с диагнозом «Левосторонний острый диффузный наружный отит». Второй раз – «Левосторонний хронический средний отит. Левосторонний мастоидит» с проведением радикальной операции на левом ухе с раскрытием нагноившейся клетчатки околоушной области. Интраоперационный диагноз – «Холестеатома». Результаты патогістологического исследования – бесструктурные массы кератина и некротически измененные разного размера с пікнотическими ядрами епітеліоцити, дистрофически-некротические изменения костной ткани и явления гнойного воспаления. Третий и четвертый – с жалобами на боли в околоушной области слева, выделения из послеоперационной раны, затруднение открывание рта, асимметрию лица. По данным ультразвукового исследования, признаки смешанной опухоли околоушной железы, околоушной и поднижнечелюстной лимфаденит. Проведено оперативное вмешательство – субтотальная резекция околоушной слюнной железы с сохранением ветвей лицевого нерва, с резекцией деструктивно измененной

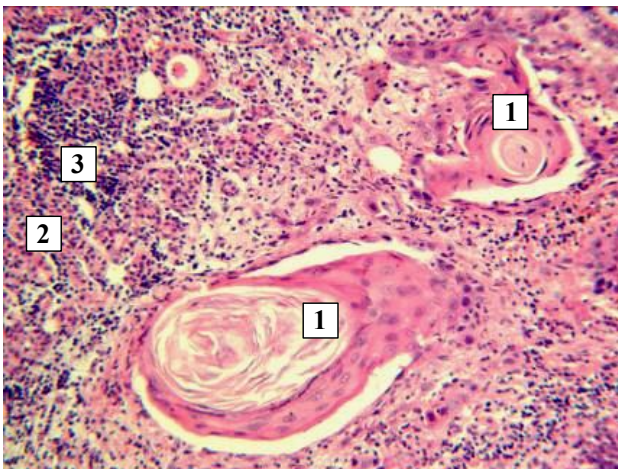


Рис. 1. Инвазивный рост плоскоклітинного ороговіваючого раку (1) у привушній слинній залозі (2) з реактивною лімфоцитарною інфільтрацією (3). Забарвлення: гематоксилін та еозин. Зб.: ок.10, об.20

височной кости. Результат патогистологического исследования – околоушная железа с участками плоскоклеточного ороговевающего рака; некротически измененная костная ткань с инвазивным ростом плоскоклеточного рака. Дальнейшее лечение продолжалось в отделении лучевой терапии областного клинического онкологического диспансера.

Таким образом, описанный редкий случай первичного плоскоклеточного рака слюнной железы с инвазией и деструкцией височной кости, клиникой хронического среднего отита, что патоморфологически симулировало холестеатому.

**Ключевые слова:** околоушная слюнная железа, рак слюнной железы, плоскоклеточный рак, холестеатома.

*M.M. Bahrii, V.I. Popovych, I.I. Tytar, T.P. Kryvenkyi,  
M.B. Hrynovska*

#### **Squamous Cell Carcinoma of the Parotid Salivary Gland**

**Abstract.** Squamous cell carcinoma of the salivary glands is 0.7% of all salivary gland tumors and 4.4 % of the malignant ones. Hystogenetic studies suggest that squamous cell cancers arise as primary tumors as a result of squamous metaplasia of the epithelium lining the salivary duct. Here is a case of a rare observation.

Patient T., 63 years old, was hospitalized four times in a short period. For the first time with a diagnosis of “Left-sided acute diffuse otitis external”. The second time with “Left-sided chronic otitis media.

Left-sided mastoiditis” with radical surgery on the left ear with the opening of suppuration fiber parotid site. Intraoperative diagnosis “Holesteatoma”. The results of histopathological studies – structureless mass of keratin and necrotic change different sizes of pycnotic epithelial nuclei, degenerative, necrotic bone changes and effects of purulent inflammation. Third and fourth times with complaints of pain in the left parotid area, discharge from the wound, difficult mouth opening, and facial asymmetry. According to the ultrasound, there were present signs of mixed tumor of the parotid gland, parotid and submandibular lymphadenitis. A surgery was performed: subtotal resection of the parotid salivary gland with preservation of the branches of the facial nerve resection destructively altered the temporal bone. Result of histopathological study – parotid squamous keratinizing centers with cancer, necrotic bone changed with the growth of invasive squamous cell carcinoma. Further treatment continued in the department of radiotherapy Regional Clinical Oncology Center.

Thus, there was described a rare case of primary squamous cell carcinoma of salivary gland with invasion and destruction of the temporal bone, clinic chronic otitis media that simulated cholesteatomapathologically.

**Keywords:** parotid gland, salivary gland carcinoma, squamous cell carcinoma, cholesteatoma.

Надійшла 23.03.2014 року.