

Pareza ličnoga živca kao prvi simptom adenoid cističnoga karcinoma zaušne žlijezde

Stjepan Grabovac

Djelatnost za bolesti uha, nosa i grla, Opća bolnica Bjelovar

Jasna Begić

Djelatnost za patologiju s citologijom, Opća bolnica Bjelovar

Stručni članak

UDK 616.316-006:616.833.17

Prispjelo: 14. veljače 2006.

Adenoid cistični karcinom javlja se u manje od 1% slučajeva tumora glave i vrata i čini otprilike 10% svih tumora žlijezda slinovnica. Ima dug klinički tijek, sporo raste te pokazuje sklonost multiplim recidivima i kasnim metastazama. Ipak preživljenje je dugo. U radu je prikazan slučaj bolesnice s adenoid cističnim karcinomom lijeve parotide kod koje je prvi simptom tumora bila pareza ličnoga živca što se javila dvije godine prije postavljanja konačne dijagnoze.

Cljučne riječi: adenoid cistični karcinom, pareza ličnoga živca

UVOD

Tumori žlijezda slinovnica čine raznoliku skupinu neoplazmi čije se biološke i kliničke karakteristike značajno razlikuju od sluzničkih skvamoznih karcinoma glave i vrata (1,2). Jedan je od podtipova zloćudnih neoplazmi žlijezda slinovnica i adenoid cistični karcinom koji se najčešće javlja u ljudi pedesetih godina, dok je u djece rijedak. Kod odraslih češće se nalazi u submandibularnoj i malim žlijezdama slinovnicama dok je kod djece češći u parotidi (3). Osim tih lokalizacija opisani su i adenoid cistični karcinomi čeljusnoga sinusa i jezika (4). Lokalizacija adenoid cističnoga karcinoma u malim slinovnicama prema nekim autorima ima goru prognozu, dok drugi tome ne pridaju važnost, već lošu prognozu vežu uz sklonost perineuralnoj i perivaskularnoj invaziji. Najvažnije su značajke adenoid cističnoga karcinoma mioepitelna diferencijacija, sklonost neuralnom, hematogenom, čak i limfogenom širenju te recidivima i kasnim metastazama. Unatoč tome taj tumor ima dug klinički tijek (5).

Prema histološkoj slici Svjetska zdravstvena organizacija svrstava te karcinome u sljedeće tipove:

1. kribriformni ili glandularni tip (60%)
2. tubularni tip (30%)
3. solidni tip (10%).

Histološka diferencijacija važna je i zbog prognoze koja je najlošija kod solidnog tipa adenoid cističnoga karcinoma (5,6).

Liječenje je uglavnom kirurško uz poštivanje svih onkoloških načela što uključuje i žrtvovanje ličnoga živca. Adenoid cistični karcinom radiosenzibilan je i kemorezistentan tumor (7,8).

PRIKAZ SLUČAJA

Prikazali smo bolesnicu staru 74 godine, kod koje se dvije godine prije javljanja u otorinolaringološku ambulantu razvila paraliza ličnoga živca po perifernom tipu. Liječena je konzervativno kao Bellova paraliza, a zbog ptoze donje vjede učinjena

joj je tarzorafija. Bitnijih promjena koje bi upućivale na tumor parotide nije bilo, već je bolesnica sama primijetila da joj se koža ispred lijeve uške nabire. Drugih tegoba bolesnica nije navodila, a do tada nije teže bolovala. Klinički bila je izražena potpuna paraliza lijeve strane lica, a koža ispred tragusa u arealu 2 cm bila je naborana, fiksirana za podlogu ali bez jasno palpabilnoga tumora (slika 1.). Vrat je klinički bio slobodan, a ultrazvučno se u lijevoj parotidi našao čvor promjera 15 mm koji je citološki bio adenom bazalnih stanica. Kod bolesnice nije rađena elektromiografija već smo na osnovi kliničke slike posumnjali u infiltraciju živca tumorom. Iako citološka analiza to nije potvrdila, pretpostavili smo da se radi o zloćudnom tumoru parotide koji invadira lični živac te smo učinili totalnu parotidektomiju uz žrtvovanje toga živca. Histološki ispod pravilnoga epidermisa našlo se tumorsko tkivo građeno od atipičnih epitelnih stanica koje pretežno oblažu tubularne tvorbe i tvore tračke, a mjestimice oblikuju i kribriformne strukture. Također se nalaze brojna područja perineuralne i perivaskularne invazije (slika 2.). Imunohistokemijski se pomoću proliferativnoga markera Ki-67 odredila proliferacijska aktivnost koja iznosi do 20%. Na temelju kliničkoga nalaza, histološkoga izgleda i imunohistokemijske analize zaključeno je da se radi o primarnom adenoid cističnom karcinomu parotidne žlijezde pretežno tubularnoga tipa.

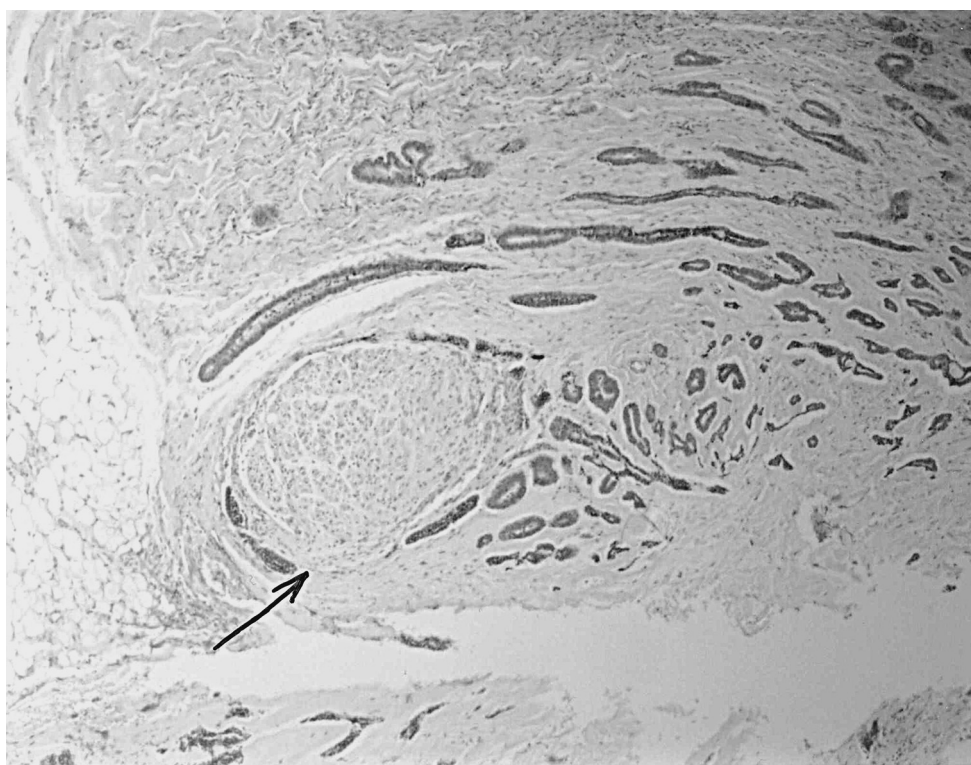
Poslijeoperacijski tijek protekao je uredno, a godinu dana nakon operacije nema znaka recidiva bolesti.

RASPRAVA

Adenoid cistični karcinom javlja se češće u podčeljusnoj žlijezdi i malim slinovnicama, dok je u parotidi rijedak. U literaturi postoji rasprava između dužine trajanja simptoma i prognoze bolesti, koja se ipak veže uz invaziju tumora u okolno tkivo. Mnogi članci daju značenje histološkom tipu tumora pri čemu solidni tip ima lošiju prognozu s ranim recidivima i metastazama (5,6,7). Postoje studije koje koreliraju nalaze citološke punkcije s konačnom patohistološkom dijagnozom. Lee spominje poglavito razliku od pleomorfna adenoma pri čemu ističe plazmoci-



SLIKA 1.
Naborana koža ispred lijeve uške
FIGURE 1.
Wrinkled skin in front of the left external ear



SLIKA 2.
Strelica pokazuje perineuralnu invaziju tumora
FIGURE 2.
The arrow shows the perineural tumour invasion

toidnu pojavu kod pojedinih tumorskih stanica s obilnom citoplazmom, koja je pouzdan nalaz kod pleomorfna adenoma (9). Viguer u retrospektivnoj studiji od 212 citološki pleomorfnih adenoma nalazi 6 lažno pozitivnih u konačnoj patohistološkoj dijagnozi, dok Kapadia nalazi samo dva lažno pozitivna (10,11). Citološko razlikovanje adenoid cističnoga karcinoma od pleomorfna adenoma nije uvijek lako jer se miksoidni acelularni materijal može javljati u oba slučaja.

Naravno konačna diferencijacija važna je zbog različitoga terapijskoga pristupa ovim tumorima. Incidencija metastaza u regionalne limfne čvorove u adenoid cističnoga karcinoma niska je, a češće se nalazi kod solidnog tipa koji je lošije diferenciran. Huang govori o 8,3% metastaza kod 91 pacijenta. Ipak elektivna se disekcija vrata u tih tumora ne preporučuje (7,8,9,10,11,12).

Kod naše bolesnice radilo se o miješanom tubularno-kribriformnom tipu tumora, koji bi trebao imati bolju prognozu, ali koji ipak infiltrira lični živac, što mu povećava malignost.

Radikalnost operacijskoga zahvata bila je na osnovi kliničkoga, a ne citološkoga nalaza koji se nije podudara s konačnom patohistološkom dijagnozom.

ZAKLJUČAK

Adenoid cistični karcinom rjeđe se javlja u parotidnoj žlijezdi odraslih ljudi. Za potvrdu dijagnoze i prognozu bolesti nužna je patohistološka analiza koja ne mora biti u skladu s prijeoperacijskim nalazom citološke punkcije. Liječenje je kirurško, poštujući onkološka načela a ukoliko se tumor proširio, moguća je i radioterapija.

Zbog sklonosti recidivima i kasnim metastazama nužne su češće i dugotrajne kontrole.

FACIAL NERVE PARESIS AS THE FIRST SYMPTOM OF ADENOID CYSTIC CARCINOMA OF THE PAROTID GLAND

Stjepan Grabovac

Department of Otorhinolaryngology, General Hospital Bjelovar

Jasna Begić

Department of Pathology with Cytology, General Hospital Bjelovar

ABSTRACT

Adenoid cystic carcinoma appears in less than 1% of all head and neck tumour cases and makes up 10% of all salivary gland tumours. It develops and grows slowly, it is likely to occur again and form metastases in the end. However, one can live with it for quite a long time. The article deals with a patient suffering from adenoid cystic carcinoma of the left parotid. The first symptom was paresis of facial nerve, which appeared two years before final diagnosis could be made.

Key words: adenoid cystic carcinoma, paresis of facial nerve

LITERATURA

1. Frierson HF Jr., El-Naggar AK, Welsh JB, Sapinoso LM, Su AI, Cheng J, i sur. Large scale molecular analysis identifies genes with altered expression in salivary adenoid cystic carcinoma. *Am J Pathol.* 2002;161:1315-23.
2. Takata T, Kudo Y, Zhao M, Ogawa I, Miyauchi M, Sato S, i sur. Reduced expression of p 27(Kip 1) protein in relation to salivary adenoid cystic carcinoma metastasis. *Cancer.* 1999;86:928-35.
3. Baker SR, Malone B. Salivary gland malignancies in children. *Cancer.* 1985;55:1730-6.
4. Ustundag E, Iseri M, Aydin O, Dal H, Almac A, Paksoy N. Adenoid cystic carcinoma of the tongue. *J Laryngol Otol.* 2000;114:477-80.
5. Szanto PA, Luna MA, Torteledo E, White RA. Histologic grading of adenoid cystic carcinoma of the salivary glands. *Cancer.* 1984;54:1062-9.
6. Batsakis JG, Luna MA, El-Naggar A. Histopathologic grading of salivary gland neoplasms, III: adenoid cystic carcinomas. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1990;99:1007-9.
7. Kim KH, Sung MW, Chung PS, Rhee CS. Adenoid cystic carcinoma of head and neck. *Arch Otolaryngol.* 1994;120:721-6.
8. Maso MD, Lippi L. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck: a clinical study of 37 cases. *Laryngoscope.* 1985;95:177-81.
9. Lee SS, Cho KJ, Jang JJ, Ham EK. Differential diagnosis of adenoid cystic carcinoma from pleomorphic adenoma of the salivary gland on fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol.* 1996;40:1246-52.
10. Viguer JM, Vicandi B, Jimenez-Hefferman JA, Lopez-Ferrer P, Limeres MA. Fine needle aspiration cytology of pleomorphic adenoma. An analysis of 212 cases. *Acta Cytol.* 1997;41:786-94.
11. Perzin KH, Gullane P, Clairmont AC. Adenoid cystic carcinomas arising in salivary glands: a correlation of histologic features and clinical course. *Cancer.* 1978;42:265-82.
12. Matsuba HM, Spector GJ, Thawley SE, Simpson JR, Mauney M, Pikul FJ. Adenoid cystic salivary gland carcinoma: a histopathologic review of treatment failure patterns. *Cancer.* 1986;67:519-24.

