NÁDORY SLINNÝCH ŽLIAZ V AMBULANTNEJ PRAXI

Miloslav Cesnek[1], Pavel Hanzel[2]
[1]*Súkromná ORL ambulancia, Čadca*
[2]*Klinika ORL a ChHaK JLF UK a UN, Martin*

V práci je vyhodnotených 38 pacientov, ktorým bol ambulantne diagnostikovaný nádor slinnej žľazy na základe klinického a sonografického vyšetrenia. Sonografia je prvou v algoritme zobrazovacích metód, ktorá spravidla vedie k stanoveniu diagnózy. Je diskutovaná sonografická charakteristika najčastejšie sa vyskytujúcich nádorov slinných žliaz ako aj prehľad ďalších vyšetrovacích možností. Vzhľadom na skutočnosť, že sonograficky nemožno spoľahlivo odlíšiť benígny a malígny nádor, je zdôraznená potreba jeho chirurgického odstránenia a histologického vyšetrenia.
Kľúčové slová: slinné žľazy, nádory, ultrasonografia, chirurgická liečba

TUMORS OF THE SALIVARY GLANDS IN AN OUTDOOR DEPARTMENT PRACTICE
Based on the clinical and sonographic examination, the series of 38 patients with diagnose of the tumor of the salivary gland is presented. Sonography is the first in the algorithm of imagining methods that usually leads to the diagnostic result. Sonographic description of the most frequented tumors of the salivary glands is provided and also the list of alternative examination possibilities. However, sonography does not make it possible to definitely distinguish benign tumors from malignant ones. Therefore, the need of surgical removal and histological examination is emphasized.
Key words: salivary glands, tumors, ultrasonography, surgical treatment

Otorinolaryngol. chir. hlavy krku 2011; 5 (1): 10-12

Úvod

Nádory slinných žliaz tvoria menej ako 1 % všetkých neoplázií, avšak pre ich lokalizáciu sa s nimi otolaryngológ v ambulantnej praxi stretáva častejšie. Tumor slinnej žľazy sa obvykle javí ako hmatná ohraničená nebolestivá rezistencia v príušnej alebo podsánkovej oblasti. Benígny tumor v slinnej žľaze väčšinou rastie pomaly a pacientovi nespôsobuje ťažkosti. Bolesť a akcelerácia rastu môžu byť znakom malígneho zvratu. Povrchové uloženie veľkých slinných žliaz umožňuje ich dobré posúdenie vysoko rozlišovacou ultrasonografiou v reálnom čase. Ultrasonografia (USG) je dnes základným a často plne postačujúcim vyšetrením príušných, podsánkových a podjazykových žliaz.

Príušné žľazy sa vyšetrujú najprv v axiálnej rovine, v ktorej sa najlepšie zobrazia anatomické hranice žľazového parenchýmu. Žľaza sa zobrazuje ako triangulárna homogénne echogénna štruktúra uložená z väčšej časti vo fossa retromandibularis, smerom nahor dosahuje až k zygomatickému oblúku a vonkajšiemu zvukovodu. Povrchový lalok tvorí väčšiu časť žľazy, hlboký menšiu (asi 20 %) a je lokalizovaný mediálne od vetvenia tvárového nervu. USG možno vyšetriť zadnú časť hlbokého laloka, jeho predná časť je v akustickom tieni sánky. Hoci USG nedokáže spoľahlivo odlíšiť všetky procesy v hlbokom laloku príušnej žľazy práve pre akustický tieň sánky, táto nevýhoda je „kompenzovaná“ tým, že až 90 % nádorov príušnej žľazy sa vyskytuje v jej povrchovom laloku.

Podsánková žľaza je uložená v trigonum submandibulare mediálne od zadnej časti tela sánky. Má dve časti tvarom pripomínajúce dopredu otvorenú podkovu, ktorá sa stáča okolo zadného okraja m. mylohyoideus. Zriedkavo nachádzame parenchymatózne premostenie, ktorým sa spája s priušnou žľazou[(1)].

Podjazykové žľazy sú uložené na hornej ploche m. mylohyoideus pod sliznicou spodiny úst. Zobrazujú sa ako echogénne štruktúry po stranách jazyka. Ich normálna štruktúra je homogénna, jemne zrnitá a echogenita je porovnateľná so štítnou žľazou[(3)]. Nezväčšené lymfatické uzliny, nervus facialis a nedilatované vývody slinných žliaz nie je možné diferencovať.

Súbor pacientov a metodika

V rokoch 2003-2009 bolo v súkromnej ORL ambulancii v Čadci vyšetrených 38 pacientov s podozrením na tumor príušnej alebo podsánkovej žľazy vrátane pacientov, ktorí boli odoslaní z iných ambulancií za účelom doplnenia USG vyšetrenia. Vyšetrenie vykonával otolaryngológ s 20-ročnou praxou v USG ORL orgánov na prístroji Siemens Sonoline SL2. Používal sondu s frekvenciou 7,5 MHz. Pacient ležal na chrbte, hlavu mal rotovanú na nevyšetrovanú stranu (príušné žľazy) alebo mal miernu hyperextenziu krku (podsánkové a podjazykové žľazy). Hodnotila sa veľkosť, ohraničenie a echoštruktúra nádora ako aj stav krčných lymfatických uzlín (LU). Dopplerovské vyšetrenie ciev zásobujúcich nádor a ani punkčná aspiračná biopsia sa nerobili.

Výsledky

V súbore 38 pacientov 31 malo nádor príušnej (82 %) a u 7 bol zistený nádor podsánkovej žľazy (18 %). Mužov bolo 17, žien 21, priemerný vek 51,5 roka. Všetci chorí mali nebolestivú rezistenciu v oblasti slinnej žľazy, doba zdurenia bola od niekoľkých týždňov až po viac rokov.

Rast tumoru bol postupný, ani u jedného nebola zaznamenaná náhla zmena vo veľkosti. Nebola pozorovaná porucha funkcie tvárového nervu a ani zväčšené krčné LU. Všetkým pacientom bola odporučená konzultácia a chirurgická liečba na Klinike ORL a chirurgie hlavy a krku JLF UK a UN v Martine.

USG obraz bol vo väčšine prípadov uniformný - zistil sa ovoidný alebo okrúhly dobre ohraničený hypoechogénny útvar. U 21 pacientov bola kontúra tumoru laločnatá, čo poukazovalo na zmiešaný tumor (pleomorfný adenóm). U piatich bol odlišný USG nález. Mali zistenú septáciu a anechogénne oblasti, preto sa v rámci diferenciálnej diagnostiky uvažovalo o Warthinovom tumore (cystadenolymfóm).

Chirurgická liečba sa realizovala na Klinike ORL a ChHaK JLF UK a UNM, v rokoch 2004-2009 tu bolo operovaných 18 chorých zo súboru. Najčastejšou histopatologickou diagnózou bol pleomorfný adenóm, zistený u šiestich pacientov. Trikrát bola identifikovaná lymfatická uzlina, dvom chorým bol exstirpovaný lipóm. V jednom resekáte patológ diagnostikoval Warthinov tumor a jedenkrát bazocelulárny adenóm. U ďalších dvoch pacientov bol na iných pracoviskách zistený Warthinov tumor.

Piati chorí mali zistený malignóm, na ktorý bolo vyslovené podozrenie na základe USG vyšetrenia len u jedného pacienta. Išlo o 58-ročnú ženu, ktorá posledný rok pozorovala zväčšujúcu sa nebolestivú rezistenciu v ľavej príušnej krajine. Palpačne bolo maximum zdurenia v oblasti pod ušným lalokom a za ním. Pri USG vyšetrení sa zobrazila dobre ohraničená hyperechogénna area s veľkosťou 46x34 mm a viacpočetnými anechogénnymi oblasťami vo vnútri. Lymfadenopatiu na krku nemala. Nález uzatvorený ako obraz zmiešaného útvaru s podozrením na možný malignóm. Histologicky išlo o acinocelulárny karcinóm.

U ďalších štyroch pacientov USG nález nesvedčil o malignóme, aj keď opak bol pravdou. 85-ročný muž prišiel na vyšetrenie kvôli týždeň (?) trvajúcemu opuchu pod ušným lalokom vpravo. Palpačne išlo o tuhú ohraničenú nefixovanú a nebolestivú rezistenciu retromandibulárne do 2 cm, ľahko hrboľatého povrchu. Pri USG vyšetrení sa zobrazila okrúhla dobre ohraničená hypoechogénna area mierne laločnatej kontúry veľkosti 19x17 mm. Aj keď nález imponoval ako benígny tumor, išlo o metastázu (MTS) spinocelulárneho karcinómu.

37-ročná žena mala pol roka zväčšujúci sa nebolestivý opuch v príušnej krajine vpravo. Bol tuhý, fixovaný, lokalizovaný pred ušnicou a pod ňou, asi 3 cm veľký. Inervácia tvárového nervu bola správna. Pri USG vyšetrení sa zobrazila ovoidná dobre ohraničená area 35 x 30 mm hypoechogénnej echoštruktúry. Pri operácii bola zistená infiltrácia tvárového nervu a pri disekcii krčných LU jedna MTS. Bola urobená radikálna parotidektómia. Histologickým vyšetrením sa zistil bazocelulárny adenokarcinóm príušnej žľazy. Dve pacientky mali spinocelulárny karcinóm priušnej, resp. podsánkovej slinnej žľazy.

Diskusia

Chorých s nádormi slinných žliaz vzhľadom na ich lokalizáciu vyšetruje z lekárov špecialistov najčastejšie otolaryngológ. Približne 80 % nádorov slinných žliaz sa vyskytuje v príušnej žľaze, asi 10 % v podsánkovej, len 1 % sa zistí v podjazykovej žľaze a zvyšok v malých slinných žľazách. Kým 80 % nádorov príušných žliaz je benígnych, v podsánkových a malých slinných žľazách sa podľa Stárka[4] pozoruje až 50 % karcinómov. 90 % nádorov slinných žliaz má epitelárny pôvod. Zvyšok sú neepitelárne nádory - hemangiómy, lymfangiómy, malígne lymfómy a periglandulárne tumory. Platí, že pravdepodobnosť vzniku malignity je nepriamo úmerná veľkosti slinnej žľazy. Podozrenie na malígny tumor slinnej žľazy vzniká pri rýchlom raste, bolestivosti, fixácii tumoru, infiltrácii kože alebo sliznice a krčnej lymfadenopatii. Neskorým príznakom nádorov príušnej slinnej žľazy býva paralýza tvárového nervu, svedčiaca o jeho infiltrácii.

Obrázok 1. Pleomorfný adenóm podsánkovej slinnej žľazy sa javí ako ovoidná, homogénne hypoechogénna dobre ohraničená oblasť s mierne laločnatou kontúrou veľkosti 45 x 35 mm.

Obrázok 2. Warthinov tumor sa zobrazuje ako ovoidná dobre ohraničená area so zosilnením dorzálneho akustického signálu veľkosti 50 x 32 mm. Anechogénne zóny vo vnútri sú cystická zložka, septá a hypoechogénne oblasti sú solídna časť tumoru.

Najčastejším nádorom slinných žliaz je ***pleomorfný adenóm***. Predilekčne (80 %) rastie v povrchovom laloku príušnej žľazy aj niekoľko rokov. Je tuhý, nebolestivý, často nodulárny, funkcia tvárového nervu je zachovaná aj pri veľkých tumoroch. Sonograficky sa zobrazí ako hypoechogénny dobre ohraničený útvar často laločnatej kontúry so zosilnením za zadnou stenou **(obrázok 1)**.

Warthinov tumor (cystadenolymfóm) je druhým najčastejšie sa vyskytujúcim benígnym nádorom slinných žliaz. Až v 90 % je lokalizovaný povrchovo najčastejšie v kaudálnej časti príušnej žľazy blízko uhla sánky. Palpačne sa javí ako mäkký pružný útvar oválneho tvaru, čo je dané veľkým podielom cystických štruktúr vo vnútornej stavbe nádorového parenchýmu. Tomu zodpovedá aj sonografický obraz: ostré ohraničenie od okolia, menšia echogenita v porovnaní s pleomorfným adenómom, prítomnosť mnohopočetných anechogénnych cystických oblastí a homogénne echá v podobe septácií **(obrázok 2)**.

Z malígnych nádorov slinných žliaz je najčastejšie zistený adenocystický karcinóm (cylindróm). Zhubné nádory sa javia ako hypoechogénne útvary, časť z nich (20 %) má pre infiltratívny rast neostré a nepravidelné ohraničenie. Tumor z acinárnych buniek sa sonograficky podobá pleomorfnému adenómu, obraz mukoepidermoidného karcinómu je modifikovaný podľa zastúpenia solídnej epidermoidnej a hlienotvornej zložky[1]. Malígne lymfómy sú v ultrasonografickom obraze charakterizované nálezom konglomerátov hypoechogénnych uzlov. Okrem ich prejavov v slinných žľazách sa zistia zmeny aj v ďalších skupinách krčných LU. Metastázy do príušnej žľazy bývajú hypoechogénne, zle ohraničené a heterogénne.

USG má byť prvým vyšetrením pri podozrení na tumor slinnej žľazy. Jej význam závisí od skúseností vyšetrujúceho. Je plne postačujúcou zobrazovaciou metódou nádorov lokalizovaných v povrchovom laloku príušnej žľazy a pri diagnostike nádorov podsánkovej a podjazykovej žľazy[5]. Duplexná USG spája výhody dynamického dvojrozmerného zobrazenia s dopplerovským meraním parametrov prietokov krvi. Zvýšenie periférneho cievneho odporu a zvýšená maximálna systolická rýchlosť sú typické pre malígne nádory. Podľa mnohých autorov je však využitie duplexnej USG na stanovenie biologických vlastností nádorov slinných žliaz diskutabilné[6].

U chorých s nádormi hlbokého laloka príušnej žľazy, extraglandulárnom a parafaryngickom šírení je indikovaná magnetická rezonancia (MRI). Má lepšiu rozlišovaciu schopnosť mäkkých tkanív ako CT a umožňuje posúdiť aj perivaskulárne a perineurálne šírenie nádoru. CT je naopak výhodnejšia pri hodnotení nádorovej infiltrácie skeletu a MTS postihnutia krčných LU[5]. V minulosti často používaná sialografia v diagnostike nádorov slinných žliaz už stratila svoje opodstanenie.

Predikcia biologických vlastností nádorov slinných žliaz zo záveru USG vyšetrenia nie je možná. Väčšina nádorov slinných žliaz má pomerne uniformný USG obraz dobre ohraničeného hypoechogénneho ložiska spravidla oválneho alebo okrúhleho tvaru. Z vlastnej skúsenosti vieme, že takmer identický obraz sme zistili aj u štyroch chorých s karcinómom príušnej, resp. podsánkovej slinnej žľazy. Malignómy najmä s nízkym stupňom malignity sú sonograficky podobné benígnym adenómom. Ultrasonograficky sa preto nedá s určitosťou odlíšiť benígny nádor od malígneho[3]. Ťažkosti môže spôsobovať aj oddiferencovanie zväčšenej LU. Platí pravidlo, že každý nádor slinnej žľazy má byť chirurgicky odstránený a histologicky vyšetrený. Na zložitosť histopatologickej diagnostiky nádorov slinných žliaz poukázali vo svojej monografii Stárek, Černý a Simpson[4]. Z tohto dôvodu aj predoperačná aspiračná biopsia často neprináša jasnú informáciu o stavbe a druhu nádora[2].

Záver

Pri podozrení na nádor veľkých slinných žliaz patrí vo vyšetrovacom algoritme prvé miesto ultrasonografii. Je plne postačujúcou zobrazovacou metódou u nádorov uložených v povrchovom laloku príušnej žľazy a v diagnostike nádorov podsánkovej a podjazykovej žľazy. Sonograficky nie je možné spoľahlivo odlíšiť benígny nádor od malígneho, a preto každý nádor slinnej žľazy treba chirurgicky odstrániť a vyšetriť histologicky. Je potrebná efektívna spolupráca medzi vyšetrujúcim otolaryngológom a erudovaným zdravotníckym zariadením, ktoré zabezpečí operáciu a u chorých s malígnym nádorom aj následnú onkologickú liečbu.

Adresa pre korenšpondenciu:
MUDr. Miloslav Cesnek
Súkromná ORL ambulancia
Palárikova 2311, 022 01 Čadca
e-mail: cesnekm@mail.t-com.sk

Literatúra

1. Dietrich C.F. Ultraschall-kurs, Organbezogene Darstellung von Grund-Aufbau- und Absshlusskurs. Deutscher Arzte-Verlag, Koln, 2006, s.404.
2. Doležal P., Zdražil B., Štefanička P., Profant M., Barta T., Tedla M., Matulník P.: Úskalia diagnostiky a liečby zhubných nádorov slinných žliaz. Otorinolaryngol. chir. hlavy a krku, 3, 2009, č.2, s.76-80.
3. Charvát F., Markalous B. a kol.: Zobrazení hlavy. Triton Praha/Kroměříž, 2006, s.658.
4. Stárek I., Černý L., Simpson R.W.H.: Choroby slinných žláz. Grada Publishing, Praha, 2000, s.266.
5. Štrympl P., Komínek P., Stárek I., Kodaj M., Pniak T.: Duplexní ultrazvuk v předoperačním vyšetření nádoru velkých slinných žláz I (teoretický základ). Otorinolaryng. a Foniat. (Prague), 58, 2009, č.4, s.211-215.
6. Štrympl P., Komínek P., Kodaj M., Stárek I., Dvořáčková J., Pniak T.: Duplexní ultrazvuk v předoperačním vyšetření nádoru velkých slinných žláz II (výsledky). Otorinolaryng. a Foniat. (Prague), 58, 2009, č.4, s.216-220.