

Gruczolak podstawnokomórkowy ślinianki przyusznej

Parotid gland basal cell adenoma

OLAF ŻAGÓLSKI, JAN KULISIEWICZ

Oddział Chirurgii Jednego Dnia S.C.D.Z. Medicina, ul. Barska 12, 30-307 Kraków

Autorzy omawiają przypadek chorej z gruczolakiem podstawnokomórkowym ślinianki przyusznej. W badaniu usg trudności sprawiało różnicowanie guza z torbielą. Chora po operacji z powodu guza pozostaje w obserwacji 10 miesięcy bez nawrotu. Na tle przeglądu światowego piśmiennictwa przedstawiono częstotliwość występowania tego rzadkiego guza, trudności diagnostyki różnicowej oraz leczenie.

Otorinolaryngologia, 2002, 1(3), 190-192

Słowa kluczowe: gruczolak podstawnokomórkowy, ślinianka przyuszna

The authors present a rare case of basal cell adenoma of the parotid gland. Its differential ultrasonography diagnosis with a parotid cyst was troublesome. The patient has been free of the recurrence for 10 months after surgery. Frequency, pathologic and differential diagnosis, and treatment of this rare tumour are discussed. The review of literature is presented.

Otorinolaryngologia, 2002, 1(3), 190-192

Key words: basal cell adenoma, parotid gland

Gruczolak podstawnokomórkowy gruczołów ślinowych jest histologicznie łagodnym gruczolakiem jedno-postaciowym, najczęściej występującym w śliniance przyusznej [1,2]. Jest bardzo rzadki, stanowi mniej niż 1% wszystkich guzów ślinianek, występuje nieco częściej u kobiet [3,4]. Guz może powstawać wielogniskowo, ale zmiany obustronne należą do rzadkości. Podkreśla się współwystępowanie *adenoma basocellulare* gruczołów ślinowych z obłakami skóry głowy i szyi [5,6]. Na podstawie badań histogenetycznych potwierdzono, iż istnieje cała gama odmian guza o różnym stopniu ekspansywności i skłonności do nawrotów [7]. Do wyjątkowych rzadkości należy postać wrodzona [1]. O rozpoznaniu przesądza najczęściej badanie histopatologiczne preparatu operacyjnego, gdyż biopsja cienkoigłowa jest rzadko stosowana w diagnostyce łagodnych guzów gruczołów ślinowych [3,5,8]. Na obraz drobnowidowy gruczolaka podstawnokomórkowego składają się wzory zwarte, beleczkowate lub kanalikowate. W niektórych przestrzeniach torbielowatych struktur stwierdza się substancje PAS-dodatnie. Guz cechuje obecność brzeźnych, palisadowych oraz gniazdowatych układów komórek i cytoplazmy ubogiej w organella komórkowe [9]. W badaniu immunohistochemicznym jasne komórki kanalikowe wykazują obecność kreatyn komórkowych 3, 5, 6, 7, 13 i 19. Niektóre spośród izomorficznych komórek podstawnych litych i beleczkowatych skupisk komórkowych zawierają keratynę komórkową. Na zewnątrz litych skupisk komórkowych znajdują się wydłużone komórki pseu-

do-mioepitelialne, które wykazują zawartość keratyny komórkowej 14 i vimentyny. Nie stwierdza się obecności keratyn komórkowych 1, 2, 4 i 18 [1]. Badania guza w mikroskopie elektronowym potwierdzają jego pochodzenie z jednej linii komórkowej - surowicznych komórek zrazików gruczołowych i wtrąconych elementów przewodów wydzielniczych [10]. Abiko i wsp. [11] na podstawie obrazu w mikroskopie elektronowym wyróżniają trzy rodzaje komórek wchodzących w skład guza: komórki przewodowe, mioepitelialne oraz nabłonkowe płaskie. Komórki przewodowe, w kształcie poligonalne lub sześciennie, formują niekiedy odrębne światło przewodu. W cytoplazmie tych komórek stwierdza się obecność glikogenu. Komórki mioepitelialne jawią się jako plazmocytoidalne, z obfitą zawartością mikrofilamentów. Komórki nabłonkowe płaskie cechuje obecność dobrze rozwiniętych tonofilamentów i desmosomów. Typ i histogeneza komórek gruczolaka podstawnokomórkowego są analogiczne jak w przypadku gruczolaka wielopostaciowego i jasnokomórkowego [10,11]. Jao i wsp. [12] wyróżniają dodatkowo zlokalizowane przypodstawnie komórki wydzielnicze, zawierające liczne wakuole. Takie komórki stwierdza się także w raku gruczołowo-torbielowatym ślinianek, co może sugerować wspólne pochodzenie komórkowe tych guzów [12]. Skupiska komórek nowotworowych są otoczone licznymi błonami podstawnymi z obecnością mikrofibryli w szparach międzykomórkowych [12]. Najmniej zaawansowane guzy charakteryzuje hyperplazja komórek podstawnych prążkowanych

przewodów wydzielniczych. Ciągła proliferacja komórek tworzących przewody prowadzi z kolei do powstania mikrogruczolaków. Badania Yu i wsp. wskazują, że proliferujące komórki podstawne tych przewodów biorą udział i odgrywają znaczącą rolę w histogenezie gruczolaków podstawnokomórkowych w śliniankach [13].

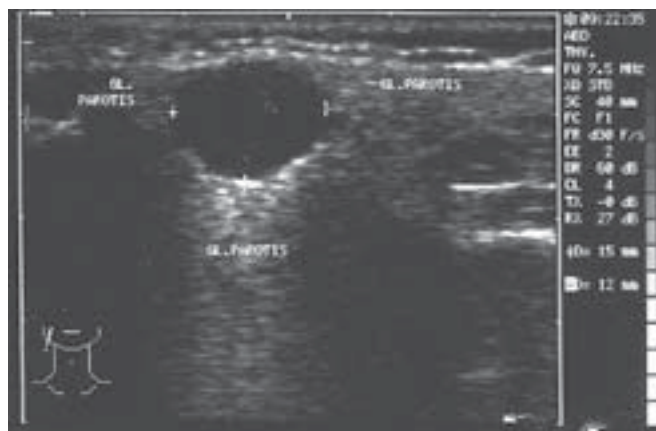
Diagnostyka różnicowa gruczolaka podstawnokomórkowego wymaga odróżnienia go w badaniu histopatologicznym od gruczolakoraka podstawnokomórkowego, litego podtypu raka gruczołowato-torbielowatego oraz raka płaskonabłonkowego podstawnokomórkowego (*basaloid squamous cell carcinoma*) [6,14,15]. Należy też brać pod uwagę inne rodzaje wrodzonych guzów gruczołów ślinowych, jak *sialoblastoma*, *embryoma*, *hamartoma* oraz *teratoma* [1]. Szczególnie ważne jest różnicowanie z gruczolakorakiem podstawnokomórkowym, wykazującym znaczną złośliwość. O rozpoznaniu złośliwego guza decyduje aktywność proliferacyjna komórek, w tym również liczba podziałów mitotycznych (więcej niż 4 na 10 pól) oraz indeks apoptotyczny, które są znacznie wyższe w przypadku *adenocarcinoma* [16].

Leczenie guza jest chirurgiczne, a polega na jego usunięciu wraz z odpowiednio szerokim marginesem tkanek zdrowych w celu uzyskania radykalności zabiegu oraz zapobiegnięcia nawrotom [2,4,6]. Znaczące ryzyko złośliwienia guza oraz nawrotu wskazuje na konieczność prowadzenia dokładnej, systematycznej kontroli operowanych chorych [5,6].

Opis przypadku

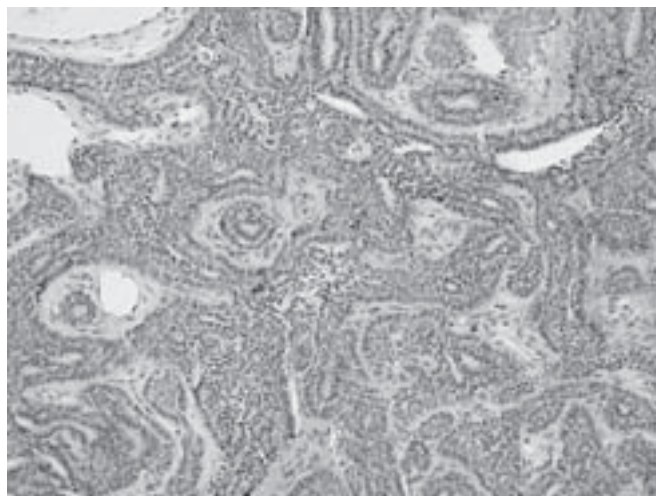
Chora D.J., lat 50, numer historii choroby 2199/02/B, została skierowana do tutejszego oddziału w celu operacyjnego leczenia guza prawej ślinianki przyusznej, zlokalizowanego w tylnej części jej mięszu, do tyłu od kąta żuchwy. Choroba rozpoczęła się bez uchwytnych przyczyn sześć miesięcy wcześniej. Guz, który w okresie od jego stwierdzenia do operacji nieznacznie powiększył się, nie dawał żadnych dolegliwości. Badana nie cierpiała i nie leczyła się z powodu innych chorób. W ocenie palpacyjnej prawej okolicy przyusznej stwierdzono obecność niebolesnego guza o średnicy ok. 20 mm zlokalizowanego w obrębie mięszu prawej przyusznicy, miękkiego, przesuwalnego względem gałęzi żuchwy. Okoliczne węzły chłonne były niezmiennione. W badaniu ultrasonograficznym w obrębie mięszu prawej ślinianki przyusznej, tuż za kątem żuchwy, stwierdzono obecność owalnej cienkościennej przestrzeni płynowej o wymiarach 15×12 mm oraz znajdującej się powyżej zmiany ogniskowej o wymiarach 16×6 mm, odpowiadającej zmienionemu odczynowo węzłowi chłonnemu.

Zmianę, która śródoperacyjnie okazała się otoczonym torebką guzem, usunięto w znieczuleniu ogólnym, wypreparowując guz wraz z otaczającym mięszem gruczołu do boku od pnia nerwu twarzowego. W otrzymanym wyniku badania histopatologicznego (CD/5162/02),



Ryc. 1. W przedoperacyjnym badaniu ultrasonograficznym guz sprawiał wrażenie owalnej, cienkościennej, ostro zarysowanej przestrzeni płynowej

stwierdzono: *adenoma basocellulare*. Chora pozostaje przez 10 miesięcy pod obserwacją bez objawów nawrotu choroby i bez dolegliwości.



Ryc. 2. Gruczolak podstawnokomórkowy. Barwienie HE. Powiększenie 100×

Dyskusja

Wielu autorów nie zaleca stosowania biopsji cienkoigłowej w przedoperacyjnej diagnostyce klinicznie łagodnych guzów dużych gruczołów ślinowych ze względu na znaczące prawdopodobieństwo uzyskania błędnego wyniku spowodowanego częstą wielopostaciowością tych guzów [3,5,8]. Również diagnostyka obrazowa (TK) nie pozwala na jednoznaczne określenie charakteru guza i w przypadku niewielkich rozmiarów zmiany nie wnosi istotnych danych klinicznych. Małe, klinicznie niezłośliwe guzy ślinianek, ocenia się najczęściej za pomocą ultrasonografii, głównie w celu różnicowania z torbielami. W omawianym przypadku wynik badania usg sugerował obecność płynu w obrębie guza, co nie znalazło potwierdzenia w czasie zabiegu.

Charakter gruczolaka podstawnokomórkowego, a zwłaszcza możliwość współistnienia wielu jego ognisk oraz typ wzrostu – palczaste wrastanie w otaczający mięsz

ślinianki i w związku z tym skłonność do dawania wznowy miejscowej w przypadku nieradykalnego usunięcia - sugerują konieczność wykonywania poszerzonej resekcji. Optymalnym sposobem postępowania jest usunięcie części mięszu bocznie od pnia nerwu twarzowego, czyli wykonanie powierzchownej parotidektomii (por. 4). Z tych samych powodów choroby po zabiegu wymagają uważnej kontroli, podobnie jak w gruczolakach wielopostaciowych.

Reasumując, diagnostyka przedoperacyjna i histopatologiczna gruczolaka podstawnokomórkowego może sprawiać trudności. Obraz ultrasonograficzny guza niekiedy sugeruje obecność torbieli. Leczenie guza jest operacyjne ze wskazaniem rozległości zabiegu i metodyki operacyjnej jak w przypadku guza mieszanego.

Piśmiennictwo

1. Seifert G, Donath K. The congenital basal cell adenoma of salivary glands. Contribution to the differential diagnosis of congenital salivary gland tumours. *Virchows Arch* 1997; 430(4): 311-9.
2. Alvarez Alvarez I, Rodrigo Tapia JP, Alonso Orcajo N, Diaz Villarig JL, Casas Rubio C. Basal cell parotid adenoma. Report of an unusual case and review of literature. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1998; 49(4): 329-31.
3. Tawfik O, Tsue T, Pantazis C, Nuckols D, Younes S, Webb P. Salivary gland neoplasms with basaloid cell features: report of two cases diagnosed by fine-needle aspiration cytology. *Diagn Cytopathol* 1999; 21(1): 46-50.
4. Garbaccio CG, Elliott RA Jr, Hoehn JG. Basal cell adenoma of the parotid gland. *Ann Plast Surg* 1978; 1(6): 617-8.
5. Issing PR. Bilateral basal cell adenoma of the parotid gland and multiple cylindromas of the skin is there a syndromal coincidence? *Laryngorhinootologie* 1999; 78(3): 155-9.
6. Yu GY, Ubmuller J, Donath K. Membranous basal cell adenoma of the salivary gland: a clinicopathologic study of 12 cases. *Acta Otolaryngol* 1998; 118(4): 588-93.
7. Strauss M, Abt A, Mahataphongse VP, Conner GH. Basal cell adenoma of the major salivary glands. Report of a case with facial nerve encroachment. *Arch Otolaryngol* 1981; 107(2): 120-4.
8. Lopez JI, Ballestin C. Fine-needle aspiration cytology of a membranous basal cell adenoma arising in an intraparotid lymph node. *Diagn Cytopathol* 1993; 9(6): 668-72.
9. Klima M, Wolfe K, Johnson PE. Basal cell tumors of the parotid gland. *Arch Otolaryngol* 1978; 104(2): 111-6.
10. Luna MA, Mackay B. Basal cell adenoma of the parotid gland. Case report with ultrastructural observations. *Cancer* 1976; 37(3): 1615-21.
11. Abiko Y, Shimono M, Hashimoto S, Hamano H, Katayanagi T, Osada K, Takagi T, Noma H. Ultrastructure of basal cell adenoma in the parotid gland. *Bull Tokyo Dent Coll* 1989; 30(3): 145-53.
12. Jao W, Keh PC, Swerdlow MA. Ultrastructure of the basal cell adenoma of parotid gland. *Cancer* 1976; 37(3): 1322-33.
13. Yu GY, Ussmueller J, Donath K. Histogenesis and development of membranous basal cell adenoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86(4): 446-51.
14. De Vicente Rodriguez JC, Lopez Arranz JS, Junquera Gutierrez LM, Alvarez Alvarez I, Garcia-Pola Vallejo MJ. Adenoid cystic carcinoma and basal cell adenoma of the parotid gland: a compromised differential diagnosis. *Rev Eur Odontostomatol* 1991; 3(5): 333-6.
15. Stanley MW, Horwitz CA, Henry MJ, Burton LG, Lowhagen T. Basal-cell adenoma of the salivary gland: a benign adenoma that cytologically mimics adenoid cystic carcinoma. *Diagn Cytopathol* 1988; 4(4): 342-6.
16. Nagao T, Sugano I, Ishida Y, Hasegawa M, Matsuzaki O, Konno A, Kondo Y, Nagao K. Basal cell adenocarcinoma of the salivary glands: comparison with basal cell adenoma through assessment of cell proliferation, apoptosis, and expression of p53 and bcl-2. *Cancer* 1998; 82(3): 439-47.