

Ацинозноклеточная карцинома малых слюнных желез. Случай из практики

О.А. Саприна, М.А. Кропотов, Т.Т. Кондратьева

НИИ клинической онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва

Контакты: Оксана Александровна Саприна isabekian@mail.ru

Ацинозноклеточные карциномы (АКК) составляют от 5 до 11 % всех случаев рака слюнных желез. АКК развиваются из резервных клеток-предшественников терминальных и вставочных протоков желез. Опухоль возникает как результат неопластической пролиферации и aberrантной дифференцировки резервных плюрипотентных клеток, которые в норме находятся в области перехода концевых отделов (ацинусов) во вставочные протоки долек слюнной железы и/или в самих вставочных протоках зрелых слюнных желез. Преимущественно АКК поражают большие слюнные железы, в литературе описаны единичные случаи поражения малых слюнных желез. В настоящей статье представлен клинический случай АКК малых слюнных желез.

Ключевые слова: ацинозноклеточные карциномы, малые слюнные железы

Acinic cell carcinoma of the minor salivary glands: a case report

O.A. Saprina, M.A. Kropotov, T.T. Kondratyeva

Research Institute of Clinical Oncology, N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Acinic cell carcinomas (ACC) constitute 5 to 11 % of all salivary gland cancers. ACCs arise from the reserve precursor cells of the terminal and intercalated ducts. The tumor results from the neoplastic proliferation and aberrant differentiation of reserve pluripotent cells that are normally located in the transition of acini into the intercalated ducts of the salivary gland and/or into the intercalated ducts proper of mature salivary glands. ACCs chiefly affect the major salivary glands; sporadic cases of its involvement of the minor salivary glands have been described in the literature. This paper presents a clinical case of ACC of the minor salivary glands.

Key words: acinic cell carcinomas, minor salivary glands

Новообразования слюнных желез представляют небольшую, но весьма разнообразную группу и составляют 1–5 % среди всех опухолей человека. В то же время среди опухолей головы и шеи на их долю приходится 10–15 % опухолевых заболеваний рассматриваемой локализации. Ацинозноклеточная карцинома (АКК) занимает 3-е место среди злокачественных эпителиальных опухолей, после мукоэпидермоидной карциномы и неуточненной аденокарциномы. На долю АКК приходится 17 % всех первичных злокачественных образований слюнных желез и 6 % всех опухолей слюнных желез [1]. В 2004 г. в России число больных с впервые установленным диагнозом «злокачественное образование больших слюнных желез» составило у мужчин 0,24 %, среди женщин 0,20 % на 100 000 населения [2].

К этой группе новообразований применяли множество терминов, оценивая их характер от доброкачественных, промежуточных форм и до признания злокачественного характера заболевания [3, 4]. АКК чаще всего расположены в околоушных (более 85 %) и поднижнечелюстных слюнных железах. Кроме того, в единичных случаях опухоль обнаружена в подъязычной железе. На долю других локализаций АКК приходится около 9 %, малые слюнные железы поражаются крайне редко [5]. Описаны АКК придаточных пазух носа.

Мы приводим клинический случай лечения АКК малых слюнных желез.

Больная К., 69 лет, обратилась в поликлинику НИИ клинической онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН 10.04.2008 с диагнозом плеоморфная аденома из малых слюнных желез левой щеки.

Из анамнеза известно, что пациентка считает себя больной в течение 10 лет, когда обнаружила образование на слизистой оболочке левой щеки, в 2008 г. отмечен быстрый рост. Обратилась к врачу по месту жительства, где была произведена пункция, при цитологическом заключении пункционного материала — плеоморфная аденома. Обратилась в РОНЦ на консультацию. При объективном обследовании выявлена деформация нижней зоны лица слева, в толще левой щеки у угла рта определяется опухоль 4,0 × 2,5 см, с нечеткими контурами, плотной консистенции, болезненная, смещаемая при пальпации, слизистая над опухолью не изменена (рис. 1, 2). Лимфатические узлы шеи с 2 сторон не пальпируются.

При пересмотре цитологических препаратов диагностирована АКК (рис. 3).

По данным инструментальных методов исследования: данных за регионарное и отдаленное метастазирование не получено.



Рис. 1. Больная К. Деформация щеки

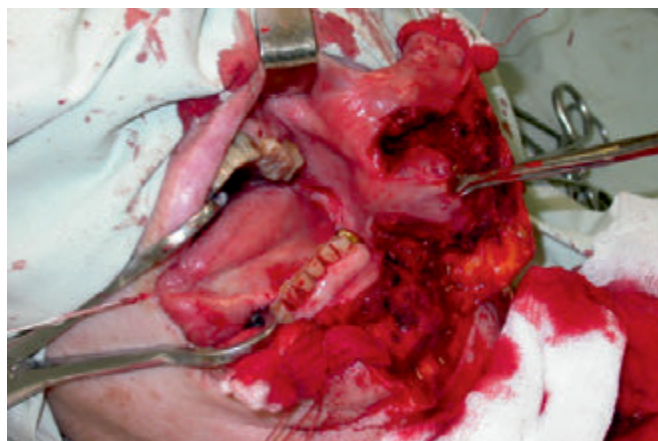


Рис. 4. Этап удаления опухоли



Рис. 2. Та же больная. Внешний вид опухоли

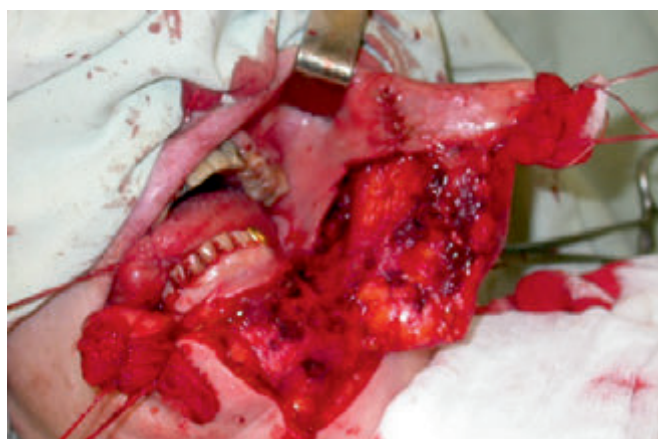


Рис. 5. Вид после удаления опухоли

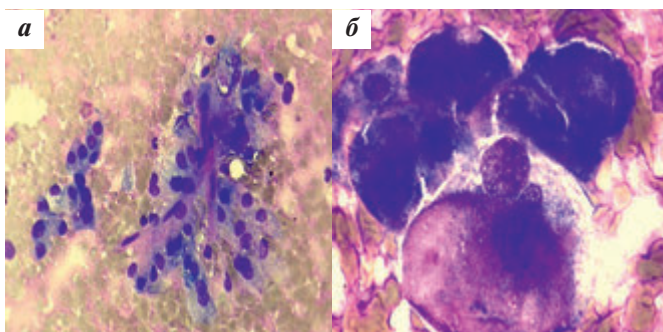


Рис. 3. АКК слюнной железы: а — окраска по Лейшману, ув. $\times 40$; б — окраска по Лейшману, ув. $\times 1000$

13.05.2008 произведено хирургическое лечение в объеме удаления опухоли с резекцией тканей левой щеки с пластикой дефекта местными тканями (рис. 4, 5).

При гистологическом исследовании операционного материала подтверждена АКК (рис. 6). Послеоперационный период гладкий. Выписана на 7-е сутки после хирургического лечения в удовлетворительном состоянии.

В настоящее время наблюдается более 3,5 лет без признаков прогрессирования болезни (рис. 7). Пациентка

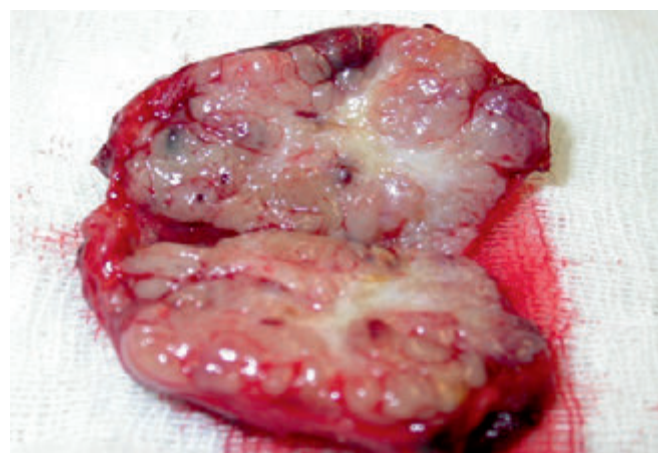


Рис. 6. Макропрепарат АКК малой слюнной железы

чувствует себя удовлетворительно, жалоб не предъявляет, реабилитирована.

Обсуждение

АКК — редко встречающаяся опухоль слюнных желез. По данным некоторых исследователей, она составляет 17 % первичных злокачественных опухолей



Рис. 7. Внешний вид больной К. через 6 мес после лечения

слюнных желез и 6 % всех (в том числе доброкачественных) новообразований слюнных желез [1].

Гистологически АКК была впервые описана Д. Нассе в 1892 г. [6]. В связи с неагрессивным течением, характерным для большинства АКК, эту опухоль считали доброкачественной вплоть до 1953 г., затем она была отнесена к злокачественным [7, 8]. В 1972 г. все ацинозноклеточные новообразования были классифицированы в Международной классификации болезней (Онкология) как «ацинозноклеточные опухоли» [4]. Во 2-м издании ацинозноклеточные новообразования были отнесены к истинным аденокарциномам. В литературе описаны лишь единичные наблюдения АКК малых слюнных желез. Клиническая картина АКК неспецифична, основным методом диагностики явля-

ется тонкоигольная аспирационная биопсия с последующим цитологическим исследованием полученного материала. При I стадии заболевания показано хирургическое лечение, во всех остальных случаях необходимо использовать комбинированный метод. Однако основным условием хирургического лечения является удаление опухоли в пределах здоровых тканей, что позволяет снизить риск рецидивирования.

Вывод

Представленное нами наблюдение демонстрирует крайне редко встречающийся вид опухоли, отражает возможность и целесообразность выполнений органосохраняющих радикальных операций при I стадии заболевания с удовлетворительными отдаленными результатами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ellis G.L., Auclair P.L. Malignant epithelial tumors: Armed Forces Institute of Pathology, editors. Atlas of tumor pathology: tumors of the salivary glands, third series fascicle 17. Bethesda (MD): Universities Associated for Research and Education in Pathology Inc., 1996. P. 183.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2004 г. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН 2006;17(3–1):45–77.
3. Glassman L.M. The mucoepidermoid tumour of the minor salivary glands. Diastema 1983;11:11–6.
4. Seifert G., Sobin L.H. Histological Typing of Salivary Gland Tumours. World Health Organization International Histological Classification of Tumours. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag, 1991. Pp. 17–19.
5. Pinkston J.A., Cole P. Incidence rates of salivary gland tumors: results from a population-based study. Otolaryngol Head Neck Surg 1999;120(6):834–40.
6. Nasse D. Die Geschwulste der Speicheldrüsen und verwandte Tumoren des Kopfes. Arch Klin Chir 1892;44:233–302.
7. Spafford P.D., Mintz D.R., Hay J. Acinic cell carcinoma of the parotid gland: review and management. J Otolaryngol 1991;20:262–6.
8. Cornog J.L., Gray S.R. Surgical and clinical pathology of salivary gland tumors. Rankow R.M., Polayes I.M., eds. Diseases of the salivary glands. Philadelphia: WB Saunders, 1976. Pp. 99–142.