

Guzy gruczołów ślinowych/Tumours of the salivary glands

W 2003 r. Krajowy Rejestr Nowotworów (<http://148.81.190.321/krn/std>) w Polsce zarejestrował ogółem 316 nowych przypadków złośliwych nowotworów dużych gruczołów ślinowych (C07 + C08), a zmarło z powodu tych nowotworów w analizowanym okresie 102 mężczyźni i 52 kobiety. Rzadko występujące przypadki raka wywodzącego się z małych gruczołów ślinowych rejestrowane są w ich narządowej lokalizacji. Surowy współczynnik zachorowań u mężczyzn wynosił 0,5/100 tys., u kobiet 0,3/100 tys. Proporcja zachorowań M:K=1,5:1 [1]. Wśród nowotworów gruczołów ślinowych dominują guzy niezłośliwe, co często jest przyczyną opóźnienia w podjęciu leczenia. Jedynie 10–15% stanowią guzy złośliwe [2–4].

Nowotwory gruczołów ślinowych rozwijają się najczęściej w tzw. dużych gruczołach ślinowych – śliniance przyusznej, podżuchwowej czy podjęzykowej, ale sporadycznie rozwijają się w błonie śluzowej górnego odcinka drogi pokarmowej i oddechowej, gdzie znajduje się od 600 do 1000 małych gruczołów ślinowych. Około 80% wszystkich nowotworów gruczołów ślinowych zlokalizowane jest w śliniankach przyusznych, od 10 do 20% w śliniankach podżuchwowych, a kilka procent w śliniankach podjęzykowych i małych gruczołach ślinowych [3, 5]. Klasyfikacja TNM odnosi się tylko do przypadków raka w obrębie ślinianki przyusznej, podżuchwowej i podjęzykowej [6].

W śliniankach przyusznych ok. 15% nowotworów to guzy złośliwe, w śliniankach podżuchwowych to już ok. 40%, a w śliniankach podjęzykowych i małych gruczołach ślinowych blisko 80% [4, 7]. Odsetek guzów złośliwych wzrasta znamienne wraz z wiekiem we wszystkich wymienionych lokalizacjach [3, 5, 8].

Histologiczna klasyfikacja guzów gruczołów ślinowych wg WHO z 1991 r. wymienia aż 32 typy nowotworów wywodzących się z nabłonka tkanki gruczołowej ślinianek, a obok jeszcze liczną grupę nowotworów nienabłonkowych, chłoniaków złośliwych i nowotworów wtórnych zlokalizowanych w gruczołach ślinowych [9].

Tak duże zróżnicowanie histologii nowotworów i nowotworopodobnych zmian w obrębie ślinianek sprawia, że do precyzyjnej diagnostyki patologicznej konieczne staje się często obok badania cytomorfologicznego badanie immunohistochemiczne [2, 10].

Dla określenia zaleceń terapeutycznych, w grupie nabłonkowych nowotworów złośliwych gruczołów ślinowych, powszechnie przyjęty jest podział na guzy o niskim (*low grade*) i wysokim (*high grade*) stopniu złośliwości histologicznej [2, 3, 5, 10].

Nowotwory gruczołów ślinowych o niskim stopniu złośliwości histologicznej (*low grade*):

- 1) rak śluzowo-naskórkowy (*mucoepidermoid carcinoma*), niski i średni stopień złośliwości,
- 2) rak zrazikowo-komórkowy (*acinic cell carcinoma*),
- 3) gruczolakorak (*adenocarcinoma*), niski stopień złośliwości,
- 4) rak nabłonkowo-mioepitelialny (*epithelial myoepithelial carcinoma*),

- 5) gruczolakorak podstawnokomórkowy (*basal cell adenocarcinoma*).

Nowotwory gruczołów ślinowych o wysokim stopniu złośliwości histologicznej (*high grade*):

- 1) rak śluzowo-naskórkowy (*carcinoma mucoepidermale*), wysoki stopień złośliwości,
- 2) rak gruczołowato-torbielowaty (*adenoid cystic carcinoma*),
- 3) gruczolakorak (*adenocarcinoma*), wysoki stopień złośliwości,
- 4) rak przewodowy ślinianek (*salivary duct carcinoma*),
- 5) rak w gruczolaku wielopostaciowym (*carcinoma ex pleomorphic adenoma*),
- 6) rak płaskonabłonkowy (*squamous cell carcinoma*),
- 7) rak niezróżnicowany i neuroendokryny (*undifferentiated and neuroendocrine carcinoma*).

Regionalnymi węzłami chłonnymi dla ślinianki przyusznej i podżuchwowej są węzły I, II i III regionu szyi. Ponadto ze ślinianki przyusznej drenaż chłonki odbywa się do węzłów chłonnych zagardłowych. W obrębie samej ślinianki przyusznej i w jej bezpośrednim sąsiedztwie zidentyfikować można 20–30 węzłów chłonnych, w których lokalizować się mogą zarówno przerzuty z pierwotnego ogniska w gruczole, jak i przerzuty z nowotworów skóry głowy, nowotworów masywu szczękowo-sitowego, migdałka, czy części nosowej gardła. Przerzuty nowotworowe do węzłów wewnątrzśliniankowych z odległych ognisk pierwotnych (poniżej obojczyka) należą do rzadkości [3, 7]. W wypadku ślinianki podżuchwowej rozróżnienie między przerzutem do jednego z licznych węzłów chłonnych okolicy podżuchwowej (z nowotworów wargi, dna jamy ustnej, języka), a naciekiem do miększu gruczołu, możliwe jest często dopiero w badaniu patologicznym preparatu operacyjnego [2, 5].

Przerzuty odległe ze złośliwych nowotworów gruczołów ślinowych pozostają w ścisłej zależności od histologii guza [2, 7, 10].

Zaawansowanie miejscowe nowotworów dużych gruczołów ślinowych (wg AJCC 2002) [6]

- Tx – nie można ocenić guza pierwotnego
- T0 – nie stwierdza się obecności guza pierwotnego
- T1 – guz <2 cm w największym wymiarze bez klinicznych, makroskopowych cech szerzenia się na tkanki miękkiej poza mięsz ślinianki
- T2 – guz >2 cm, ale < niż 4 cm w największym wymiarze bez klinicznych, makroskopowych cech szerzenia się na tkanki miękkie poza mięsz ślinianki
- T3 – guz > 4 cm w największym wymiarze lub obecność makroskopowych cech szerzenia się na tkanki miękkie poza mięsz ślinianki
- T4a – guz nacieka skórę, żuchwę, przewód słuchowy i/lub nerw twarzowy
- T4b – guz nacieka podstawę czaszki i/lub dół skrzydłowo-podniebienny i/lub tętnicę szyjną

Piśmiennictwo

1. Krajowy Rejestr Nowotworów: <http://148.81.190.231/krm/std>.
2. Eversole L. Salivary Gland Pathology. W: Head and Neck Pathology with Clinical Correlations. Yao-Shi Fu i wsp. [red.]. Churchill Livingstone, New York 2001; 242-92.
3. Kaplan M, Abemayor E. Clinical Considerations for the Diseases of the Salivary Glands. W: Head and Neck Pathology with Clinical Correlations. Yao-Shi Fu i wsp. [red.]. Churchill Livingstone, New York 2001; 231-41.
4. Watkinson JC, Gaze MN, Wilson JA. Stell and Maran's Head and Neck Surgery. Butterworth Heinemann, Oxford 2000.
5. Hoffman H, Funk G, Endres E. Evaluation and Surgical Treatment of Tumors of the Salivary Glands. W: Comprehensive Management of Head and Neck Tumors. Thawley S i wsp. [red.]. W.B. Saunders Comp., Philadelphia 1999; 1147-81.
6. American Joint Committee on Cancer. AJCC Cancer Staging Handbook, sixth Edition. Greene FL i wsp. [red.]. Springer, New York 2002.
7. Clinical Practice Guidelines in Oncology – version 1, 2004. (National Comprehensive Cancer Network): www.nccn.org.
8. Bień S, Żyłka S, Mierzwa T. Guzy gruczołów ślinowych u chorych w wieku podeszłym. Otolaryngol Pol 1997; 51 (supl. 24): 142-4.
9. Shanmugaratnam K, Sobin LH [red.]. WHO International Histological Classification of Tumours. 2nd ed. Springer, Berlin 1991.
10. Bensadoun RJ i wsp. Malignant tumours of the salivary glands. Br J Cancer 2001; supl. 2: 42-48.

