

# Rzadki guz gardła dolnego o niezwykłym przebiegu

## *Rare hypopharyngeal tumor of an unusual course*

Dorota Miętkiewska-Leszniwska

Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### **Streszczenie**

*Autorka przedstawia przypadek 55-letniej pacjentki z rzadkim łagodnym nowotworem gardła dolnego oraz trudności diagnostyczne związane ze specyfiką i lokalizacją guza.*

**Słowa kluczowe:** *naczyniakowłókniak zlokalizowany poza nosogardłem.*

### **Abstract**

*The author presents a case of 55 years old patient with very rare benign tumor of hypopharynx. Diagnostic difficulties were associated with nonspecific symptoms and rare location.*

**Key words:** *extranasopharyngeal angiofibroma.*

*(Postępy w Chirurgii Głowy i Szyi 2012; 1: 15–17)*

## **Wstęp**

Najczęściej spotykanymi łagodnymi nowotworami nienabłonkowymi są włókniak (*fibroma*), *histiocytoza*, żółtak (*xantoma*), tłuszczak (*lipoma*), chrząstkiak (*chondroma*), kostniak (*osteoma*), mięśniak gładko- lub prążkowanokomórkowy (*leiomyoma*, *rhabdomyoma*), naczyniak (*angioma*), oponiak (*meningioma*), glejaki (*gliomata*). Nowotwory te mogą mieć szypułkę lub nie, a ich rozmiary wynoszą od kilku milimetrów do kilku decymetrów. Nowotwory niezłośliwe nie dają wznowy ani przerzutów. Rosną powoli, nieraz z długimi, nawet wieloletnimi przerwami. Bywają miejscem wylewów, martwicy niedokrwiennej lub krwotocznej, szkliwienia zrębu, wapnienia, zwyrodnienia śluzowego oraz zapaleń. Zdarzają się w nich odchylenia w budowie komórek, ale nie zawsze są one zapowiedzią zezłośliwienia.

Nowotwór niezłośliwy jest często obojętny klinicznie, ale może być również szkodliwy. Zależy to od jego lokalizacji (objawy uciskowe, zanik sąsiadujących tkanek, np. jamy czaszki), a także zdolności wydzielania hormonów. Przyczyny powstawania nowotworów łagodnych u człowieka nie są przeważnie znane.

## **Opis przypadku**

### **Badanie podmiotowe**

Chora, lat 55, została przyjęta do Kliniki 15 stycznia 2009 roku w trybie nagłym. O 9.00 rano córka przywiozła pacjentkę na ostry dyżur laryngologiczny. Wcześniej, około 7.00 rano, podczas porannych wymiotów nastąpiło „wypadnięcie” masy guzowatej długości 20 cm z jamy ustnej i krwawienie z guza.

W wywiadzie w 2003 roku odnotowano pobyt w innym oddziale laryngologicznym z powodu obustronnego powiększenia węzłów chłonnych szyi – wynik badania histopatologicznego *hyperplasia follicularis*. 17 października 2007 roku nastąpił udar mózgu (nieznanego pochodzenia) i niedowład połowiczny lewostronny. Od tego momentu u chorej występowały niewielkiego stopnia zaburzenia przy połykaniu „dużych” kęsów. Innymi zgłaszanymi dolegliwościami były nadciśnienie tętnicze, nietrzymanie moczu oraz niedowład lewej kończyny dolnej.

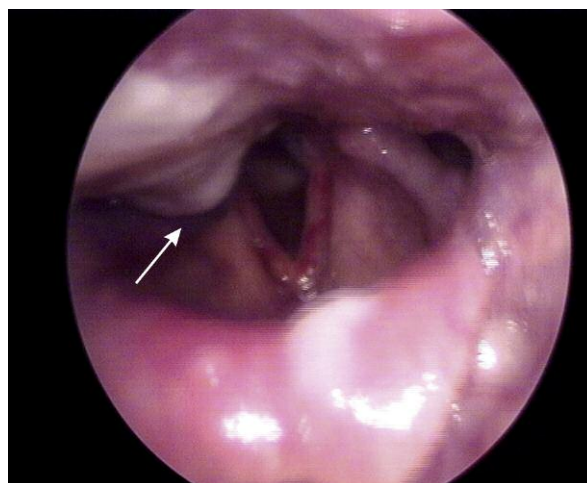




Ryc. 1. A–B. Naczyniakowlókniak gardła dolnego



Ryc. 2. Obraz endoskopowy kikuta szypuły naczyniowej podczas fonacji



Ryc. 3. Obraz endoskopowy kikuta szypuły naczyniowej podczas oddychania

### Badanie przedmiotowe

W badaniu laryngologicznym stwierdzono: około 20-centymetrowy guz o charakterze tworów polipowatego, miękkiego, różowego, z wyraźną szypułą naczyniową oraz z 3-centymetrowym owrzodzeniem na dystalnym końcu (prawdopodobne przygryzienie), wypełniający połowę jamy ustnej i gardła po stronie prawej. Ocena szypuły ze względu na rozległość guza była znacznie utrudniona (niemożliwa) (ryc. 1.).

### Leczenie

W znieczuleniu ogólnym dotchawiczym przy współpracy z chirurgami wykonano gastroskopię. Stwierdzono, że podstawa szypuły guza znajduje się na tylnej ścianie gardła dolnego. Błona śluzowa przełyku i żołądka była prawidłowa. Kolejno pod kontrolą endoskopu założono zaciski na szypułę guza oraz podwiązki nad i pod zaciskami, a następnie odcięto guz (ryc. 2.–3.).



## Wyniki

Wynik histopatologiczny: guz o gładkiej powierzchni i wymiarach 19 cm × 7 cm × 4 cm z ogniskiem owrzodzenia na powierzchni. Na przekroju o jednolitej galaretowatej konsystencji *angiofibroma oedematosum partim exulcerans*. Wynik immunomorfologiczny: CD 34(-), Desmina, NSE (++) w komórkach nacieku zapalnego, S100 (++) w komórkach nacieku zapalnego, CD117(-). Prawdopodobnie twór polipowaty znajdował się dotychczas w przełyku, dlatego nie powodował zaburzeń połykania i oddychania. Pacjentka jest pod stałą kontrolą laryngologiczną. Gojenie zostało zakończone.

## Omówienie

*Angiofibroma* znajdujące się poza nosogardłem mogą m.in. dotyczyć zmian skórnych, a także stanowić część obrazu klinicznego mnogiej gruczolakowatości wewnątrzwydzielniczej typu I. W laryngologii występują one niezwykle rzadko. W piśmiennictwie światowym opisano około 60 przypadków *angiofibroma* wywodzących się z przegrody nosa, w górnej części przełyku, w krtani, z zatoki szczękowej oraz nieliczne występujących w sitowiu i zatoce klinowej [1–3]. Dotychczas opisano 3 przypadki *angiofibroma* wywodzących się ze ściany tylnej gardła dolnego, w tym jeden po 20 latach uległ zezłśliwieniu [2, 4, 5]. W etiologii *angiofibroma* dopatruje się możliwości występowania tkanki ektopowej zlokalizowanej daleko od swojego miejsca pierwotnego.

## Piśmiennictwo

1. Garcia-Rodriguez L, Rudman K, Cogbill CH, et al. Nasal septal angiofibroma, a subclass of extranasopharyngeal angiofibroma. *Am J Otolaryngol* 2012; 33: 473-6.
2. Huang RY, Damrose EJ, Blackwell KE, et al. Extranassopharyngeal angiofibroma. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000; 561: 59-64.
3. Steele MH, Nuss DW, Faust BF. Angiofibroma of the larynx: report of a case with clinical and pathologic literature review. *Head Neck* 2002; 24: 805-9.
4. Shun-Ta Hsieh, et al. Angiofibroma of the hypopharynx. *J Chin Med Ass*; 67: no 7.
5. Patomorfologia kliniczna. Kruś S, Skrzypek-Fakhoury E (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996; 161-5.

## Adres do korespondencji:

dr n. med. Dorota Miętkiewska-Leszniewska  
Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego  
ul. Przybyszewskiego 49  
60-355 Poznań  
tel. +48 61 869 13 87  
faks +48 61 869 16 90  
e-mail: otosk2@ump.edu.pl

