

# Rozwój adenocarcinoma na podłożu nawrotowego gruczolaka wielopostaciowego ślinianki przyusznej u 65-letniego mężczyzny

*Development of adenocarcinoma at the base on recurrent multiforme adenoma pleomorphicum of the parotid gland in 65-year-old man*

Marta Sumińska<sup>1</sup>, Anna Bartochowska<sup>2</sup>, Tomasz Pastusiak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Otolaryngologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

## **Streszczenie**

Gruczolak wielopostaciowy (*adenoma polymorphum, tumor mixtus*) jest najczęstszym łagodnym nowotworem ślinianki przyusznej. Powolny wzrost i brak dolegliwości bólowych powodują, że rozpoznawany bywa przypadkowo. Podstawową metodą terapii tego typu zmian nowotworowych jest leczenie chirurgiczne, zwykle parotidektomia powierzchowna. Najczęstszym powikłaniem zabiegu chirurgicznego jest uszkodzenie nerwu twarzowego, ale może dojść również do wytworzenia się w tej okolicy przetoki bądź rozwinięcia zespołu Frey. Gruczolak wielopostaciowy po wieloletnim rozwoju zmiany i jej powiększeniu może ulec transformacji do raka. Do cech świadczących o złośliwieniu zmiany należą porażenia nerwu twarzowego i wciągnięcia skóry, a także jej owrzodzenia bądź limfodenopatia szyjna. Leczeniem chirurgicznym zmian złośliwych jest parotidektomia całkowita z usunięciem lub bez usunięcia węzłów chłonnych szyi. Konieczna może być uzupełniająca radioterapia, najlepiej szybkimi neutronami. W niniejszej pracy zaprezentowano przypadek 65-letniego mężczyzny z nawrotowym gruczolakiem wielopostaciowym ślinianki, u którego po 9 latach rozwinął się rak na podłożu zmiany pierwotnej. Oprócz wyczuwalnej zmiany w postaci twardego, przesuwalnego guzka w okolicy przyusznej, chory nie zgłaszał żadnych dolegliwości bólowych ani objawów mogących świadczyć o złośliwieniu zmiany pierwotnej. Przez kolejne 14 lat dochodziło do ponownych wznów, zarówno łagodnych, jak i złośliwych. U chorego, ze względu na wielokrotne operacje w okolicy przyusznej lewej, doszło do obwodowego uszkodzenia nerwu twarzowego. W pracy przedstawiono dane kliniczne, zastosowane leczenie operacyjne i wyniki badań obrazowych, a także histopatologicznych zebranych w ciągu 23 lat trwania choroby.

**Słowa kluczowe:** przyusznicza, guz mieszany, rak w gruczolaku wielopostaciowym, leczenie chirurgiczne, radioterapia.

## **Abstract**

*Adenoma polymorphum (adenoma pleomorphum, tumor mixtus) is the most common benign tumor of the parotid gland. It is often accidentally recognized due to the slow growth and lack of pain. The main treatment option for this type of neoplasm lesions is surgery, usually superficial parotidectomy. The most common complication of the surgery is facial nerve damage, but it can also lead to the formation of a fistula in the area or to the Frey syndrome. Pleomorphic adenoma, after many years of development and growth can transform into cancer. The features indicating malignant transformation are facial palsy, pulling of the skin or*



*its ulceration and cervical lymphadenopathy. Surgical treatment of malignant lesions is total parotidectomy, with or without removal of the lymph nodes of the neck. Complementary treatment is radiotherapy, preferably fast neutrons. This study presents a 65-year-old man with recurrent adenoma polymorphum of the parotid gland. After 9 years a cancer developed on the surface of the primary tumor. Patient didn't complain of any pain or symptoms indicating malignant transformation of the primary lesion, except for perceptible changes in the form of a hard, shifting nodule. Over the next 14 years he had many recidivations that had been benign as well as malignant character. The occurrence of a peripheral facial nerve injury is the effect of numerous operations in the left gland area. The paper presents the clinical data, surgery, scans and histopathology collected during the 23 years of disease.*

**Key words:** parotid gland, tumor mixtus, adenocarcinoma at the base on recurrent pleomorphic adenoma, surgical treatment, radiotherapy.

(Postępy w Chirurgii Głowy i Szyi 2014; 1: 5–10)

## Wstęp

Nowotwory wywodzące się z gruczołów ślinowych występują stosunkowo rzadko i stanowią ok. 2–4% wszystkich guzów głowy i szyi. Blisko 80% wszystkich nowotworów gruczołów ślinowych zlokalizowanych jest w śliniance przyusznej, 10–25% w śliniance podżuchowej, a kilka procent w śliniankach podjęzykowych i małych gruczołach ślinowych [1]. Zmiany złośliwe stanowią jedynie ok. 10–15% [2] (według niektórych źródeł aż 21–36,8% [1]) wszystkich nowotworów ślinianek.

Gruczolak wielopostaciowy jest najczęstszym nowotworem gruczołów ślinowych. Typowo umiejscawia się w obrębie ślinianki przyusznej i stanowi 60% wszystkich jej guzów [3]. Rak rozwijający się na podłożu gruczolaka wielopostaciowego jest stosunkowo rzadkim nowotworem złośliwym ślinianek (5–25%). Najczęściej poprzedza go wieloletni, powolny rozwój zmiany, która w pewnym momencie ulega gwałtownej progresji i nabywa cech charakterystycznych dla nowotworu złośliwego. Dochodzi m.in. do porażenia nerwu twarzonego, wciągnięcia skóry i jej owrzodzenia, a także do powiększenia węzłów chłonnych szyjnych. Rak ten daje przerzuty głównie do układu chłonnego szyi i przerzuty odległe, zwłaszcza gdy składnikiem guza jest czynnik nabłonkowy, a na dodatkową agresję zmiany może wskazywać komponent mezenchymalny [1].

Do nowotworów złośliwych związanych z gruczolakiem wielopostaciowym ślinianki, zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) z 2005 r., można również zaliczyć mięsakoraka (prawdziwy złośliwy guz mieszany) i przerzutującego gruczolaka [4].

Celem niniejszej pracy było szczegółowe opisanie przebiegu rozwoju raka na podłożu nawrotowego gruczolaka wielopostaciowego ślinianki przyusznej u 65-letniego mężczyzny wraz z opisem zastosowanych metod leczenia.

## Opis przypadku

Mężczyzna 65-letni został przyjęty 12 listopada 2013 r. do Katedry i Kliniki Otolaryngologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu z podejrzeniem wznowy guza ślinianki przyusznej lewej, wysuniętym na podstawie wyniku badania pozytonowej komputerowej tomografii emisyjnej (*positron emission computed tomography* – PET-CT) z 22 października 2013 r.

We wrześniu 1990 r. chory trafił do Kliniki Foniatrii i Audiologii Akademii Medycznej, a następnie Kliniki Otolaryngologii w celu leczenia guza okolicy przedusznej lewej, bez dolegliwości bólowych. W sialografii przyuszniczy uwidocznił tkankę o zmniejszonym wysyceniu kontrastem, a w scyntygrafii zaobserwowano wzmoczone gromadzenie się znacznika w tej lokalizacji. W badaniu ultrasonograficznym (USG) stwierdzono niejednorodny, lity guz, dobrze ograniczony, o wymiarach 4 cm × 2,5 cm, umiejscowiony w płacie głębokim ślinianki przyusznej lewej. Na podstawie badań rozpoznano *tumor mixtus glandulae parotis sinistri* i chorego zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. 25 czerwca 1991 r. wykonano zabieg wycięcia zmiany nowotworowej, a badanie histopatologiczne potwierdziło rozpoznanie *adenoma pleomorphum*.

W maju 1999 r. chory został przyjęty na Oddział Laryngologii w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze z podobnymi objawami, czyli wyczuwalnym guzem okolicy przedusznej lewej, bez innych dolegliwości. Po wykonaniu biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej, której obraz cytologiczny odpowiadał *tumor mixtus*, zdecydowano się na leczenie operacyjne (ponowną operację). Zabieg przeprowadzono 2 czerwca 1999 r., a w badaniu histopatologicznym stwierdzono guz mieszany bez cech atypii z obwodowym naciekaniem przez małe cewki z cechami atypii. Zmianę uznano za złośliwą miejscowo (*tumor mixtus recidivans*).

Kolejna wznowa nastąpiła we wrześniu 1999 r. i ponownie wykonano operację ślinianki przyusznej lewej,



a także limfadenektomię selektywną lewostronną. W wyniku zastosowanego leczenia doszło do uszkodzenia i obwodowego porażenia nerwu twarzowego po stronie lewej. Na podstawie badania histopatologicznego wycinka rozpoznano *adenocarcinoma* w stadium G2 i zdecydowano się na uzupełniające leczenie radioterapią. Od 19 listopada 1999 do 21 stycznia 2000 r. chory przebywał w Zakładzie Radioterapii Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu, gdzie początkowo wykonano USG lewej przyusznicy, w którym uwidoczniło zmiany bliznowate o jednorodnej echogeniczności w okolicy przedusznej, a także węzeł chłonny o średnicy 15 mm w okolicy lewego kąta żuchwy. Choremu zaaplikowano na okolicę przeduszną lewą 4000 cGy/T (prom. Co-60) i 2600 cGy/T (elektronami 18 MeV). Dodatkowo naświetlono węzły chłonne nadobojczykowe lewe 5000 cGy/max (prom. Co-60). W stanie ogólnym dobrym pacjenta wypisano do domu z zaleceniem oszczędzającego trybu życia i unikania wysiłku fizycznego. Zalecono smarowanie skóry napromienianej maścią Dermazin.

W czerwcu 2000 r. chory ponownie trafił do Kliniki Chorób Ucha, Nosa, Gardła i Krtani Akademii Medycznej, gdzie w badaniu USG uwidoczniło pod płatkim małżowiny usznej lewej obszar hipoechogeniczny słabo odgraniczony o wymiarach 1,6 cm × 1,1 cm. Ponownie zdecydowano się na leczenie operacyjne i wycięcie zmiany guzowatej w obrębie ślinianki przyusznej lewej. W badaniu histopatologicznym rozpoznano *sialadenitis chronica, atrophia lipomatosa et fibrosa glandulae salivariae* oraz *metaplasia planoepithelialis focalis intraductalis*.

Siedem lat później, w listopadzie 2007 r., chory trafił do Katedry i Kliniki Otolaryngologii i Laryngologii Onkologicznej Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Kolejny raz został poddany operacji wycięcia guza okolicy przedusznej lewej (zabieg 23.11.2007 r.). Badanie histopatologiczne pozwoliło na rozpoznanie *adenoma polymorphum*. W obrębie gruczolaka pojawiły się jednak ogniska gruczolakoraka. Drobne ogniska rakowe obecne były także w tkance tłuszczowej okołosliniankowej. Ponownie zlecono radioterapię uzupełniającą, która trwała od 25 lutego do 2 kwietnia 2008 r. na Oddziale Radioterapii Onkologicznej I w Wielkopolskim Centrum Onkologii. Choremu zaproponowano leczenie promieniami fotonów 6 MV w technice IMRT 50,4 Gy/T na okolicę łoży po wznowie guza ślinianki. Dodatkowo poddano go rehabilitacji polegającej na nauce rozluźnienia napiętych struktur mięśniowo-powięziowych szyi, barków i kończyny górnej.

W kontrolnych badaniach USG szyi przeprowadzonych na początku listopada 2009 r., w marcu 2010 r. i w kwietniu 2013 r. nie stwierdzono żadnych zmian ogniskowych ani podejrzanych, atypowych węzłów chłonnych po obu stronach szyi, które mogłyby świadczyć o procesie nowotworowym.

29 kwietnia 2013 r. u chorego wykonano badanie twarzoczaszki tomografią komputerową (TK) z kontrastem w Wielkopolskim Centrum Onkologii. W badaniu stwierdzono mały, 7-milimetrowy kostniak w zatoce czołowej na ścianie przedniej. Stan po całkowitej resekcji lewej ślinianki przyusznej, a w łoży po niej metalowe klipsy naczyniowe. Nie stwierdzono objawów wznowy miejscowej. Lewa ślinianka podżuchwowa była mała, zwłókniała popromiennie. Prawa przyusznicza i prawa ślinianka podżuchwowa były prawidłowe. Węzły chłonne szyjne obustronnie niepowiększone. Dodatkowo stwierdzono bezpowietrzność komórek pneumatycznych lewego wyrostka sutkowego.

Kolejną kontrolną TK stawów skroniowo-żuchwowych bez kontrastu i z kontrastem wykonano 20 czerwca 2013 r. w Szpitalu Klinicznym im. H. Święcickiego UM w Poznaniu. W łoży po usuniętej śliniance zaobserwowano masę miękkotankową przylegającą do powierzchni tylnej wyrostka kłykciowego żuchwy, dochodzącą ku górze do wyrostka sutkowego; od tyłu zmiana sięgała wyrostków poprzecznych kręgów szyjnych, przyśrodkowo obejmowała wyrostek rylcowaty. Ku przodowi zmiana obejmowała częściowo mięsień skrzydłowy. W dolnej części masy objęte były gałęzie tętnicy szyjnej zewnętrznej i tętnicy szyjnej wewnętrznej. Stwierdzono masę poniżej przewodu słuchowego zewnętrznego o maksymalnym wymiarze poprzecznym ok. 31 mm × 17 mm, na poziomie kąta żuchwy 23 mm × 22 mm. Nie zaobserwowano cech osteolizy. W zakresie obrazowania nie stwierdzono powiększonych węzłów chłonnych. Całość badania TK przemawiała za masywnym włóknieniem pooperacyjnym, czułość metody jednak nie pozwalała na wykluczenie wznowy, dlatego zalecono wykonanie badania rezonansu magnetycznego (RM) z opcją dyfuzji.

Na początku lipca 2013 r. według zaleceń wykonano RM twarzoczaszki przed dożylnym podaniem środka kontrastowego i po podaniu w opcji dyfuzji. W badaniu stwierdzono w łoży po usuniętej śliniance przyusznej rozległe zmiany bliznowate obejmujące płat głęboki i znajdujący się w tym obszarze nerw twarzowy. Wzdłuż przebiegu nerwu twarzowego w kierunku piramidy kości skroniowej uwidoczniło zmiany o charakterze śluzówkowym obejmujące również wyrostek sutkowaty, struktury ucha wewnętrznego i środkowego. W obrazach dyfuzyjnych nie stwierdzono jednoznacznej restrykcji dyfuzji. Po dożylnym podaniu środka kontrastowego obszar uległ intensywnemu wzmocnieniu, o nieostrych zarysach, stosunkowo nietypowym dla błony śluzowej. Choremu zlecono badanie kontrolne TK za 6–9 tygodni.

Zgodnie z zaleceniem pod koniec sierpnia 2013 r. choremu wykonano TK piramidy kości skalistej w płaszczyźnie osiowej. W uchu prawym nie stwierdzono żadnych zmian patologicznych. Przewód słuchowy ucha lewego w części chrzęstnej został zwężo-





Rycina 1. Lewa okolica przeduszna – stan przed operacją



Rycina 2. Lewa okolica przeduszna – stan po operacji

ny przez pogrubiałe albo obrzęknięte tkanki miękkie, część kostna z cechami osteolizy wypełniona była przez masy miękkotkankowe. Jama bębenkowa w całości wypełniona była przez masy miękkotkankowe, obejmujące łańcuch kosteczek słuchowych, jego ciągłość była zachowana, słabo widoczna strzemiączka. Komórki powietrzne wyrostka sutkowatego były również w całości wypełnione przez masy miękkotkankowe bądź pogrubiałą śluzówkę, w dolnej części rozdęte, a w górnych partiach komórek powietrznych stwierdzono cechy osteolizy. Do-

datkowo odnotowano osteolizę w otoczeniu opuszki żyły szyjnej. Budowa ślimaka i kanałów półkolistych była bez zmian, a szerokość przewodu słuchowego wewnętrznego prawidłowa. Na podstawie badania stwierdzono, że obraz przemawia najpewniej za obecnością masywnych zmian zapalnych obejmujących struktury ucha zewnętrznego i środkowego lewego. Uznano, że komponent rozrostowy jest mało prawdopodobny.

Przed przyjęciem chorego do Kliniki Otolaryngologii i Laryngologii Klinicznej w celu leczenia operacyjnego zmian w obrębie ucha lewego wykonano w Wielkopolskim Centrum Onkologii badanie PET z zastosowaniem  $^{18}\text{F}$  FDG o aktywności 9,3 mCi podanego dożylnie. Badanie przeprowadzono po 60 minutach od iniekcji znacznika, obejmując obszar sklepienia czaszki do połowy długości kości udowych. W obrębie głowy i szyi uwidoczniło się w obrębie łoża po usuniętej śliniance, grzbietowo od gałęzi żuchwy, w obszarze 64 mm × 28 mm × 29 mm nieregularne, lite nacieki z podwyższonym gromadzeniem FDG (SUV max. do 6,7). Dogłównie, wzdłuż przyśrodkowej powierzchni wyrostka rylcowatego naciek przechodził na część skalistą kości skroniowej i obejmował ściany części chrzęstnej i kostnej przewodu słuchowego zewnętrznego oraz wyrostek sutkowaty – zaburzeniom gromadzenia FDG (SUV max. do 8,4) towarzyszyła mieszana przebudowa struktury kostnej. Węzły chłonne szyi były niepowiększone, nieaktywne metabolicznie. Stwierdzono prawidłowe rozmieszczenie FDG w pozostałych strukturach głowy i szyi, w także w obrębie struktur klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy. W obu nerkach zauważono mnogie torbiele centralne (średnica do 48 mm), a w talerzu lewej kości biodrowej drobne ogniska sklerotyczne (średnica do 4 mm), bez aktywności FDG – najprawdopodobniej wyspy kostne. Poza zaburzeniami w lewej kości skroniowej wykazano prawidłowe rozmieszczenie FDG w obrębie układu kostnego. Na podstawie wyników badania stwierdzono hipermetaboliczny proces w łożu po usuniętej lewej śliniance przyusznej naciekający część skalistą kości skroniowej o cechach sugerujących wznowę procesu złośliwego.

12 listopada 2013 r. pacjent kolejny raz został przyjęty do szpitala, do Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z podejrzeniem wznowy guza ślinianki przyusznej lewej i zakwalifikowany do leczenia operacyjnego. W badaniu przedmiotowym stwierdzono głębokie owrzodzenie poniżej lewej małżowiny usznej z rozległym ubytkiem skóry (ryc. 1.). 14 listopada wykonano kontrolne USG szyi, gdzie w rzucie szczytu wyrostka sutkowatego zlokalizowano obszar o niejednorodnym obrysie i wymiarach ok. 15 mm × 18 mm. Ku przodowi od niego zauważono owalny węzeł chłonny o długości ok. 10 mm z wyraźną wnęką o charakterze odczynowym. Poza tym układ chłonny szyi był bez zmian.



18 listopada wykonano subtotałną petrosekтомię lewostronną. W znieczuleniu ogólnym dotchawiczym i miejscowym naskórkowym wykonano cięcie skórne w kształcie litery U wokół małżowiny usznej lewej, następnie cięcie przedłużono na szyję. Pobrano materiał do badania śródoperacyjnego. Resekowano mięsień mostkowo-obojęczykowo-sutkowy i przecięto nerw uszny wielki, zaopatrzone tętnicę szyjną wspólną i nerw błędny. Pojawiła się konieczność przecięcia nerwu dodatkowego. Dalsze części zabiegu przeprowadzono pod mikroskopem. Uszypułowano tętnicę szyjną zewnętrzną. Śródoperacyjnie stwierdzono liczne ogniska o charakterze radionekrozy (osteolizy) w kości skroniowej lewej. Zmiany usunięto, a w badaniu histopatologicznym wycinka stwierdzono tkankę łączną włóknistą i przewlekły, ziarninujący proces zapalny, nie potwierdzono zmian nowotworowych. Następnie szeroko odsłonięto wyrostek sutkowaty, gdzie uwidoczniło się liczne zmiany zapalne i ziarninę zapalną. W dalszym etapie podjęto się frezowania wyrostka sutkowatego, uniesienia wyrostka rylcowatego i odsłonięcia nerwu twarzowego. Przecięto mięsień rylcowo-gnykowy. Przeważono dalsze frezowanie licznych zmian o charakterze martwicy, następnie w kierunku antrium zniesiono tylną ścianę przewodu słuchowego zewnętrznego aż do czystości zachowanej błony bębenkowej. Później przeprowadzono frezowanie w kierunku *tegment tympani*. Dokonano mobilizacji skóry. Zastosowano hemostazę, założono szwy podskórne, następnie szwy skórne i opatrunk zewnętrzny. Małżowina uszna była ukrwiona prawidłowo (ryc. 2.).

W badaniu histopatologicznym z 25 listopada 2013 r. stwierdzono przewlekły stan zapalny z obecnością komórek z cechami atypii; fragment skóry z przewlekłym, ropnym, ziarninującym zapaleniem z obecnością pojedynczych atypowych komórek, najprawdopodobniej komórek śródbłonkowych, a także bogatokomórkowe utkanie zawierające obok komórek zapalnych (limfocyty, plazmocyty, czyżnofile) stosunkowo liczne komórki z cechami niewielkiej atypii.

Dodatkowo z wywiadu wiadomo, że chory w 1975 r. przeszedł zabieg tonsilektomii, w 2001 r. operację przepukliny pachwinowej prawej, a 10 lat później taki sam zabieg po stronie lewej. Oprócz tego u chorego rozpoznano przerost gruczołu krokowego.

## Dyskusja

Nie budzi wątpliwości, że skuteczne leczenie gruczolaka wielopostaciowego ślinianki jest trudne. Podstawowe znaczenie nadal ma radykalne leczenie chirurgiczne. W związku z tym, że większość zmian łagodnych umiejscawia się w płacie powierzchownym ślinianki przyusznej, zabiegiem z wyboru jest parotidektomia powierzchowna. W związku z faktem, że drobne ogniska tkanki guza mogą tworzyć mikroskopowe ogni-

ska satelitarne, zaleca się usuwanie go wraz z marginesem zdrowej tkanki [1, 3, 5].

Ryzyko uszkodzenia nerwu twarzowego jest zwiększone w przypadku wielokrotnego leczenia chirurgicznego gruczolaka wielopostaciowego ślinianki przyusznej [5, 6]. Wynika to z faktu, że podczas kolejnych operacji identyfikacja nerwu staje się coraz trudniejsza ze względu na zmianę warunków topograficznych, a także rozległe włóknienie i zrosty tworzące się w tej okolicy. W naszym przypadku doszło do uszkodzenia i obwodowego porażenia nerwu twarzowego, ale w piśmiennictwie można znaleźć przypadki, w którym konieczna była resekcja nerwu i następnie jego rekonstrukcja [5]. Można również zachować ciągłość nerwu i uzupełnić leczenie radioterapią w celu zniszczenia ognisk guza. W wyniku działań operacyjnych mogą m.in. wytworzyć się przetoki w okolicy przedusznej bądź rozwijać się zespół uszno-skroniowy Frey [6].

Rola uzupełniającej radioterapii w leczeniu nawrotowego gruczolaka wielopostaciowego ślinianki, a także zmian złośliwych rozwijających się na jego podstawie nie jest jednoznaczna. Chociaż wiele prac potwierdza jej skuteczność, to nadal istnieje ryzyko powstania wtórnych zmian nowotworowych o złośliwym charakterze, wystąpienia głuchoty, radionekrozy skóry i tkanek głębszych, a także innych działań niepożądanych tej metody leczenia [5]. Wydaje się, że radioterapia szybkimi neutronami jest lepszym rozwiązaniem niż klasyczna radioterapia fotonami lub elektronami [1].

Chemioterapia w leczeniu gruczolaka wielopostaciowego ślinianki bądź raka rozwijającego się na jego podłożu nie jest rutynowo stosowana [1].

Transformację nowotworową gruczolaka obserwuje się w 1,9–10,5% (średnio 3–5%) przypadków, co w dużej mierze spowodowane jest wieloogniskowym nawrotem nowotworu i brakiem jednoznacznych wytycznych co do optymalnego zakresu operacji w takim wypadku [3]. Ze względu na złośliwość zmiany operacją z wyboru jest parotidektomia całkowita z usunięciem lub bez usunięcia węzłów chłonnych szyi [3].

## Wnioski

Gruczolak wielopostaciowy ślinianki rośnie wolno, nie sprawia choremu żadnych dolegliwości bólowych i często zostaje zauważony przypadkowo w postaci guzka w okolicy przyusznej. Wielokrotne leczenie chirurgiczne gruczolaka wielopostaciowego ślinianki przyusznej zwiększa ryzyko uszkodzenia nerwu twarzowego. Operacyjne leczenie gruczolaka wielopostaciowego ślinianki bywa nieskuteczne i wiąże się z licznymi wznowami, a radioterapia jest tematem dyskusji. Transformacja nowotworowa do raka w gruczolaku wielopostaciowym typowo przebiega po wieloletnim wywiadzie. Rak w przebiegu nawrotowego gruczolaka ślinianki przyusznej może się rozwijać bez charaktery-



stycznych objawów klinicznych świadczących o transformacji nowotworowej.

### Piśmiennictwo

1. Nowotwory w otolaryngologii. Szyfter W (red.). Termedia, Poznań 2012; 149-74.
2. Bień S, Ziółkowska M, Kamiński B i wsp. Ocena epidemiologiczna i kliniczna nowotworów gruczołów ślinowych. *Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej* 2006; 3: 21-9.
3. Szwedowicz P, Osuch-Wójcikiewicz E, Bruzgielewicz A i wsp. Złośliwe gruczolaki wielopostaciowe ślinianki przyusznej w materiale Kliniki Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. *Otolaryngologia Pol* 2012; 66: 4-10.
4. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D (eds.). World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. IARC, Lyon 2005.
5. Szwedowicz P, Osuch-Wójcikiewicz E, Bruzgielewicz A i wsp. Postępowanie z nawrotowym gruczolakiem wielopostaciowym ślinianek przyusznych: analiza materiału Kliniki Otolaryngologii WUM od 1988 do 2008 roku. *Otolaryngol Pol* 2010; 64: 50-4.
6. Yoshida N, Hara M, Kanazawa H, et al. Large carcinoma ex pleomorphic adenoma of the parotid gland: a case report and review of literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2013; 71: 2196, 1-6.

### Adres do korespondencji:

Marta Sumińska  
Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Otolaryngologii  
i Onkologii Laryngologicznej  
Uniwersytet Medyczny  
im. Karola Marcinkowskiego  
ul. Przybyszewskiego 49  
60-355 Poznań  
tel.: +48 61 869-1387  
faks: +48 61 869-1690  
e-mail: marta\_suminska@o2.pl

