

## ДИЈАГНОСТИЧКИ КОНТРОВЕРЗИ ПРИ ТУМОРИ НА ПЛУНКОВНИТЕ ЖЛЕЗДИ

Поповски В.

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ-Скопје, Клиника за максилофацијална хирургија

*Во комплексноста на орофацијалниот и цервикофацијалниот систем, значително е учеството на шареноликата палета на плунковни тумори. Нивната инциденција е во постојан пораст и кај нас веќе достигнува 5-7% од вкупната хумана туморна патологија, со индикативна дискрепанца во однос на малигната група на плунковни тумори.*

*Што се однесува за патолозијата на саливарните жлезди, посебно се елаборирани сепаратните форми на инфламаторни нарушувања и лимфоцителни лезии како посебен енџин на жлездите на плунковните жлезди. Се одвлекува улогата на сијалографијата. Авторот му дава централно место на зачестеноста на овој вид тумори на плунковните жлезди, и тоа според следниот редослед: Adenoma pleomorphic, Adenolymphoma Warthin и малигната група тумори. Преку соодветни клинички искуства добиени преку анамnestички податоци, евиденција за клиничките знаци, хистолошкиот наод и третманот, се потврдуваат и во најсовремените литераатурни податоци. Особено се индикативни податоците за најновата измена на класификацијата на туморите на саливарните жлезди, спроведувањето на малигнитетот според staging system-от и радикалниот хируршки приод за секој одделен вид плунковна неоплазма.*

*Целта на оваа студија беше на лекарот-стоматолог да му се понудат соодветните сознанија на авторот за оваа проблематика бидејќи, во поголем број случаи, тој е основната алка во синџирот постипати при дијагностицирање на саливарните неоплазми.*

**Клучни зборови:** плунковни жлезди; неоплазми на плунковните жлезди; компјутеризирана томографија; магнетна резонанса; малигни неоплазми

Во комплексноста на орофацијалниот и цервикофацијалниот систем, значително е учеството на шареноликата палета на плунковни тумори. Нивната инциденција е во постојан пораст и кај нас веќе достигнува 5-7% од вкупната хумана туморна патологија, со индикативна дискрепанца во однос на малигната група на плунковни тумори.

Анатомо-топографските специфичности на локалитетите на големите плунковни жлезди и границето со бројни мекоткивни и коскени структури во значителен степен ги условуваат дијагностиката и хируршкиот третман. Притоа, од витален интерес е колизијата со големите крвни садови на вратот, како и со пет од кранијалните нерви со директни стебла или поголеми разгранувања. Мандибулата и перимандибуларните ткива, со можните патолошки ентитети исто така се во директно дијагностичко препокривање.

Шареноликоста на хисто-патолошките вариетети на плунковните тумори и енигмите во нивната етиологија и патогенеза во целост ја дополнуваат комплексноста на оваа проблематика.

Развојот на дијагностиката на овие тумори, од своја страна еволуирал релативно подоцна од појавата и развојот на дијагностиките на другите органски системи. Така, прв значаен придонес бил добиен со изведувањето на првата сијалографија дури во почетокот на 20-тиот век, конкретно од Чаггу, во 1900 година. Како дијагностички метод за оваа патологија, цели осум децении тоа бил единствен и најексплоатиран, со минимално дополнување од нативната радиолошка дијагностика. Големо дополнување било воведувањето на ултрасонографската дијагностика, а максимален придонес е добиен со воведувањето на imaging дијагностиките, најпрво компјутеризираната томографија (КТ), па КТ сијалографијата и, на крајот магнетната резонанса (МР).

Искуствата за вистинските можности на овие дијагностики за патологијата на плунков-

ните жлезди сè уште се дооформуваат преку број-ни стручни и научни студии.

Сето ова го потенцираме од аспект на отежнатата клиничка дијагностика на туморите на плунковните жлезди и казуистичката мултиформност, поради што е неопходно доразјаснување преку актуелните клинички искуства за можните дијагностички контроверзи.

## Материјал и методи

Дијагностичките анализи се темелат на критериуми добиени по експлицитна обработка на пациентот во текот на дијагностичките процедури. Сето тоа се изведува според концептот на нормативи што се актуелно компатибилни со дијагностичкиот одговор за проблематиката на паротидните тумори.

Како и кај секое друго заболување, со внимателно земена *анамнеза* на болниот може да се откријат многу важни моменти. Патолошките состојби на плунковните жлезди може да се поврзани со бројни општи заболувања.

ТАБЕЛА 1. ОПШТИ ЗАБОЛУВАЊА ПРИДРУЖЕНИ СО ЗГОЛЕМУВАЊЕ НА ПЛУНКОВНИТЕ ЖЛЕЗДИИ

### I. Нутрициони дефицити

- Хиповитаминоза А
- Генерализирана малнутриција
- Пелагра
- Берибери

### II. Хормонални нарушувања

- Дијабетес мелитус
- Хипотиреоидизам
- Тестикуларна атрофија
- Менопауза
- Бременост, лактација

### III. Метаболни нарушувања

- Бациларна дизинтерија
- Целијачен синдром
- Кардиоспазма
- Обезитас
- Алкохолна цироза

### IV. Други заболувања

- Саркоидоза
- Уремија
- Карцином на езофагусот

При суспектна анамнеза за кое било заболување неопходно е да се направи комплетен лабораториски статус и ендокрина евалуација.

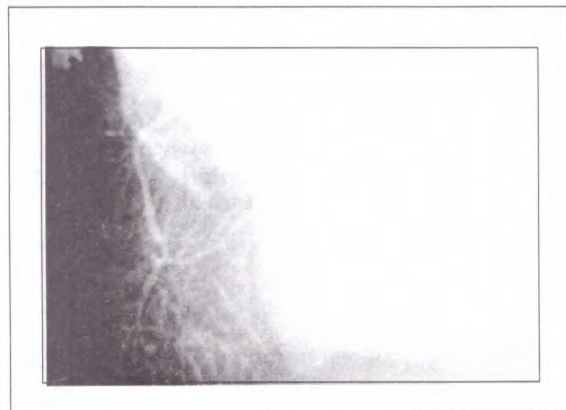
**Клиничкиот преглед** стандардно вклучува инспекција, палпација и орофарингоскопски наод, со акцент на унифицираната методологија за иследување на саливарната патологија и егзаминација на околните мекоткивни, коскени и зглобни структури. Доколку е присутна солитарна маса во ложа на плунковна жлезда, без знаци за инфламираност, веќе конкретно се мисли на тумор.

На ваков начин може да биде конституиран клиничкиот наод за: тумор- постоење, локализација, екстензија и карактер; критериуми кои се реплицираат во сите други дијагностички методи.

Следното дијагностичко разграничување е со специјалните радиолошки методи, најпрво **сијалографијата**, со која може веднаш да се разграничи постоењето на тумор од евентуални воспаленија или невоспалителни промени. Конкретно, вредноста на сијалографијата денес е во евалуирање на можни калкулози, инфламаторни промени, траума и други нетуморски отоци.

Освен разните форми на сијалографски промени при инфламациите, со овој метод може донекаде да се утврди и постоење на туморска маса во смисла на постоење на тумефакт и негова локализација. Во однос на дијагностиката на туморни маси, во поново време сè повеќе се заменува со компјутеризирана томографија, која во своите модуси на перформирање вклучува и комбинација со сијалографски контраст.

Последните две децении, во дијагностиката на оваа патологија комплетно е вклучена и **ултрасонографијата**, како неинвазивен скрининг метод за детекција на туморот и за негово разграничување од инфламации, калкули, цисти, трауми и тумори на околните ткива. Кај овој метод, добиените осцилоскопски прикази се фотодокументираат, а потоа се евалуираат од радиолог и максилофациален хирург, според



Слика 1. Сијалографски приказ на хроничен паротис

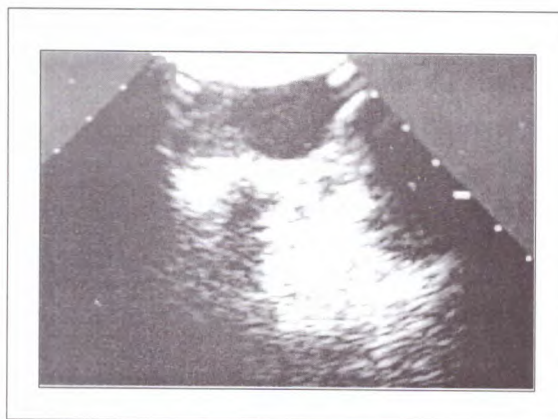
зададените компарабилни параметри за оваа дијагностика.

**Компјутеризираната томографија** претставува револуционерно откритие во радиологијата по откривањето на рендген-зраците. Овој апарат се состои од три системски делови: рендгенски, компјутерски и мониторски дел, преку кои се визуелизира бараното иследување со можност за избор на правецот на пресеците (аксијален, фронтален или сагитален), и со избор на густината меѓу 25 можни типови.

Начинот на изведување може да биде стандарден - како нативна серија на КТ, но најчесто се прави комбинирано: КТ со интравенски контраст, а по потреба може да се направи и КТ-сијалографија. Овие три начини на изведување на КТ нудат можности за диференцирање на сосем мали, непалпабилни лезии, особено важно за туморите во длабок лобус, за кои ниеден дотогашен метод немаше ни приближна можност. Освен тоа, со овој метод може да се прават дијагностички анализи и по други критериуми, како што се екстензијата и карактерот на промената, како и соодносот со виталните структури.

**Магнетната резонанса**, како најмлада но и најсофистицирана радиолошка дијагностика, претставува највисок степен на т.н. imaging revolution методите, заснована на принципот на протонско одбивање, а детерминирана преку интензитетот на сигналот, произведен од различните ткивни компоненти. Сигналниот интензитет зависи од неколку фактори, т.н. магнетни параметри на ткивото, а тоа се: (1) степенот на готовност на протоните да апсорбираат енергија од радиофреквентното треперење (T1 опуштање); (2) кохерентноста на протоните при интеракцијата со апсорбираната енергија (T2 опуштање); и (3) актуелниот број на протони во испитуваниот волумен (протонски дензитет). Компактната коска не емитува сигнал и затоа се прикажува црна. Освен егзактното разграничување од околните структури, овој метод овозможува и концизно одредување на учеството на одделни ткивни конгломерати во дефинираниот процес, а тоа е веќе можност и за евалуација на хемизмот на промената, со рефлексивна за карактерот на туморската промена.

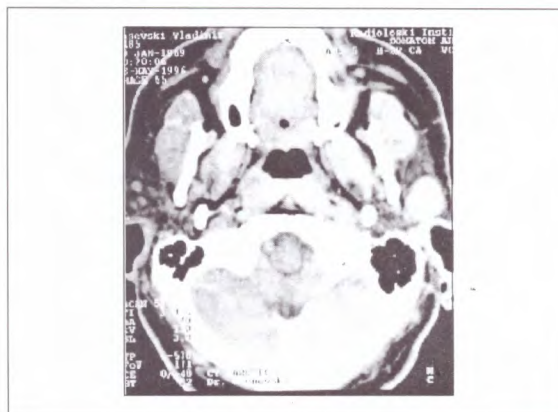
**Аспирационата биопсија за цитодијагностика**, како метод, го дава својот придонес во оваа дијагностика, но е и предмет на дискутабилност, пред сè поради лажно позитивните и лажно негативните резултати, како и поради цитолошки изразитата специфичност на овие тумори. Успешноста на методот наполно зависи од навлегувањето на иглата во промената, односно таа треба да допре до герминативниот дел на неоплазмата. Нејзиниот доминантен придонес е во класифицирањето на промената во бенигна или малигна група.



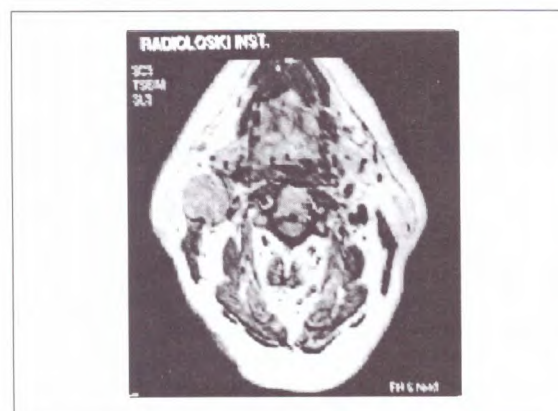
Слика 2. Ултрасонографски наод при бениген тумор на паротис

Дефинитивната дијагноза, секако, се поставува со *патохистолошкиот наод*, кој, заедно со оперативниот наод, служи како референтна вредност за утврдување на точноста на сите претходно спроведени дијагностички процедури.

#### Дискусија



Слика 3. Компјутеризирана томографија со интравенски контраст



Слика 4. Магнетна резонанса во аксијален пресек

ТАБЕЛА 2. КЛАСИФИКАЦИЈА НА ТУМОРИТЕ НА ГОЛЕМИТЕ ПЛУНКОВНИ ЖЛЕЗДИ (WHO 1994)

**1. Аденоми**

- 1.1 Adenoma Pleomorphe
- 1.2 Muoepithelial adenoma
- 1.3 Adenoma baseocellulare
- 1.4 Adenolymphoma (Whartin tumour)
- 1.5 Oncocytoma
- 1.6 Adenoma sebaceus
- 1.7 Papilloma ductale
- 1.8 Cystadenoma

**2. Карциноми**

- 2.1 Acinic cell carcinoma
- 2.2 Mucosidermoid carcinoma
- 2.3 Adenoid cystic carcinoma
- 2.4 Low grade adenocarcinoma (terminal duct adenocarcinoma)
- 2.5 Epithelial-myoepithelial carcinoma
- 2.6 Basal cell adenocarcinoma
- 2.7 Sebaceus carcinoma
- 2.8 Papillary cystadenocarcinoma
- 2.9 Mucinous adenocarcinoma
- 2.10 Oncocytic carcinoma
- 2.11 Salivary duct carcinoma
- 2.12 Adenocarcinoma
- 2.13 Carcinoma ex pleomorphic adenoma
- 2.14 Squamous cell carcinoma
- 2.15 Undifferentiated carcinoma
- 2.16 Other carcinomas

**3. Неепителни тумори****4. Малигни лимфоми****5. Секундарни (метастатски) тумори****6. Некласифицирани тумори****7. Лезии слични на тумор (tumour-like lesions)**

Во последниве две децении се направени повеќе обиди да се одреди и да се формулира што посоодветна класификација на туморите на плунковните жлезди, пред сè поради фактот што ниту еден органски систем во телото не продуцира толку голем вариетет на неоплазми. Од друга страна, дијагностичките контроверзи иницираат промени на постојечките класифи-

кации. Актуелни класификации на овие тумори денес се класификацијата по Симпсон од 1994 г. за големите плунковни жлезди и класификацијата по Спиро од 1984 г. за малите плунковни жлезди.

Кај малите плунковни жлезди класификацијата се состои од два дела, при што за малигната група е иста но во бенигните тумори постои само adenoma pleomorphe и onkocito-ma.

Имајќи ги предвид сите овие можни туморски вариетети, при изведувањето на дијагностиката, веднаш треба да се разграничат од можните нетуморски патолошки промени на плунковните жлезди: инфламции, лимфоепителијални лезии, разни видови цисти, калкулози, сијалози и некои општи заболувања.

При постоење на инфламаторен процес, највалидни податоци се добиваат со комплетен клинички наод, дополнет со соодветни лабораториски наоди, сијалографија и ултрасонографија.

Конкретно, кога има суспектност за *parotitis epidemica* во клиничкото иследување дилемата се разбива со лабораториска потврда за постоење на леукопенија, повеќе од десет пати покачена дијастаза во урината и позитивна серологија (фиксација на комплемент).

Во разграничувањето на *sialoadenitis-иџе*, многу е поважна улогата на општите симптоми, ултрасонографијата и сијалографијата (кога индикациите го дозволуваат изведувањето). Терапевтот кој ја спроведува дијагностиката, неминовно мора да ја проследи секрецијата на соодветниот орефициум на изводните канали и да ја анализира. Треба да се има предвид дека, кај одредени типови тумори, можна е и истовремена појава на знаци на воспаление индуцирано од туморот, додека мезенхимната група тумори на плунковните жлезди има многу сличен клинички наод со *sialoadenitis-от*.

При евидентна опструкција на излучувањето, треба да се диференцира тумор од *sialolithiasa*, со надополнување на клиничкиот наод со нативни снимки, сијалографија, ултрасонографија и, евентуално, КТ-сијалографија. Ова е особено важно кај субмандибуларната жлезда каде превалира појавата на *sialolithiasa-та* во однос на туморната инциденција.

*Лимфоепителијалниџе лезии* од типот на Morbus Mikulich и Syndroma Sjögren имаат свои клинички специфики со придружени општи симптоми и тие може релативно прецизно да го потврдат заболувањето (обострано отекување и општи симптоми, покачено ниво на ревмафакторот, имunosупресија, сијалографски типичен цртеж). Но не смее да се потцени фактот дека по пролонгиран хроничитет, кој 10-15% од случаите настанува малигна алтерација, најчесто во малиген лимфом. Ваквиот сомнеж мо-

же дијагностички да се разјасни со КТ-сијалографија или со аспирациона биопсија. Впрочем, тоа е причината што овие патолошки промени се во групата тумори на плунковните жлезди.

Вистинските **цисти** со потекло од ткивата на плунковните жлезди се ретки но симулираат туморски раст особено во паротидната жлезда, каде се присутни со 2-5%. Може да се вродени или стекнати, а вродените се јавуваат под три форми: дермоидни, дуктални и цисти на првиот жабрин лак. Стекнатите се последица на друг етиолошки фактор-траума, хронична инфламација, тумор, лимфоепителијални лезии, дуктални опструкции и сл. Во нивното дијагностичко разграничување неопходно е вклучување и на имагинг радиолошките дијагностички, поради фактот што поголем дел од туморите на плунковните жлезди имаат и цистични промени, како и можноста од истовремено создавање цисти од тумор што веќе постои. Денес треба да се мисли и на полицистични промени во големите плунковни жлезди како еден од доминантните симптоми при манифестна фаза на AIDS.

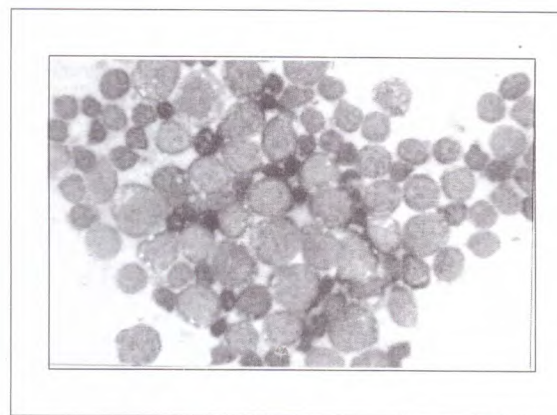
Најфреквентниот епителијален тумор на плунковните жлезди **adenoma pleomorphe** е од бениген тип, мобилен, со бавен и безболан раст, различно локализиран и застапен со околу 70% во паротидните жлезди, со 6-8% во субмандибуларните жлезди и со 10-15% во малите плунковни жлезди. Најтежок за дијагностицирање е кога е лоциран во длабокиот лобус на паротидната жлезда, а рутинското дијагностицирање ги вклучува сите дијагностички по изработен алгоритам поради неговата хируршка специфика, докажаниот мултицентричен раст и високиот процент на можно рецидивирање и малигнизирање. Анализите ги вршеме врз база на вредносни критериуми од наши претходни студии.

Вториот по фреквентност бениген тумор е Warthin-овиот тумор (**adenolymphoma**). Палпаторно е со поеластична или цистична коегзистенција, често со придружена инфламација и циста, достапен за сите дијагностички и единствен со можна билатерална локализација.

**Малигната група** тумори на плунковните жлезди дијагностички се разликува според градусот на малигнитетот (staging). Подгрупата со низок степен на малигнитетот ги презентира туморските промени како тврди, мобилни, безболни маси, со релативно бавен раст. Малигниите со висок степен на малигнитет се биолошки агресивни, имаат доста пократко траење на симптоми пред дијагностиката, и се со често инфилтрирање, улцерирање, болка, испад во функцијата на фацијалениот нерв (паротидни тумори), аносмија и крвање (тумори на малите плунковни жлезди). Кај сите форми на малигни тумори на плунковни жлезди неопходно



Слика 5. Лимфоепителијална лезија на паротидната жлезда (РН наод)

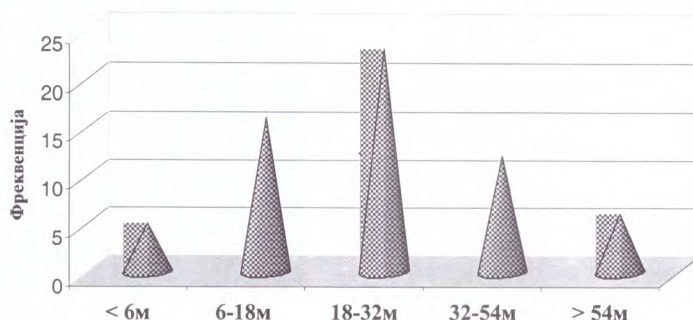


Слика 6. Лимфом на субмандибуларната жога (цитолошки наод)

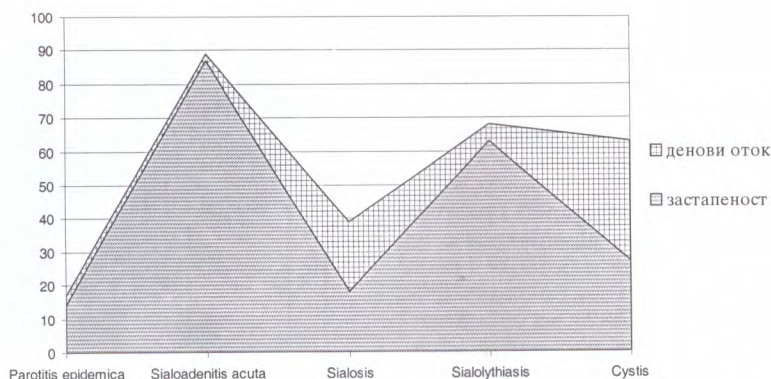
е што порано откривање и верифицирање, на истите со спроведување на комплетен дијагностички панел.

Кај малигната група тумори на плунковните жлезди контроверзата ја дополнува потребата од диференцијација од можните малигни тумори на околните структури: кожните малигноми, малигните тумори на мандибулата, лимфомите во или надвор од ложите на плунковните жлезди, поретко туморите на ТМЗ и метастатските депозити од регионално или далечно потекло. И кај нив контроверзите постапно се разбиваат со алгоритамски спроведена дијагностика, со почетна темелна анализа на присутната симптоматологија, па сè до анализирање на хистохемизмот на промената со МРИ.

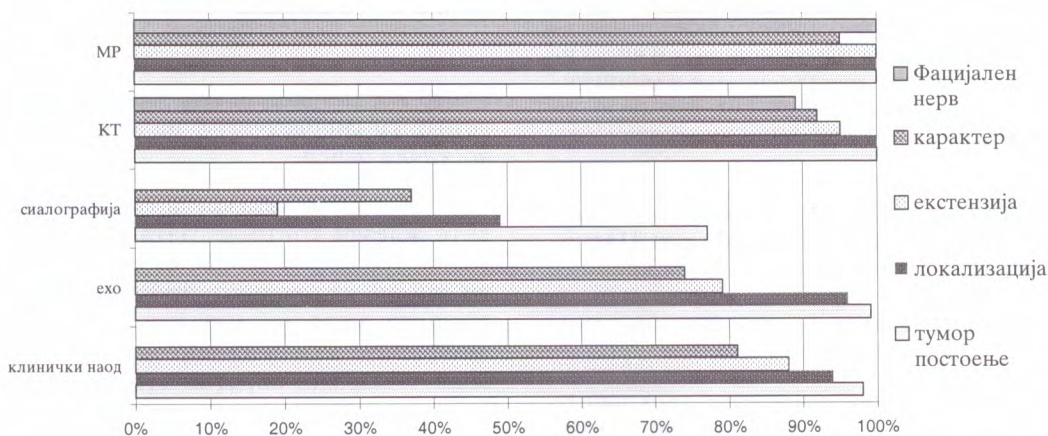
Завршно, дискусијата за дијагностичко разграничување на најфреквентната патологија на плунковните жлезди ја доразјаснуваме со компарација на статистички докажаните резултати за одделни дијагностички од наши претходни студии.



Графикон 1. Времетраење на симптоми кај тумори на плунковни жлезди



Графикон 2. Времетраење на симптоми кај нетуморски промени



Графикон 3. Компаративна евалуација на одделните дијагностики

Врз основа на вака изведените вредности беше конструиран и алгоритам за оваа дијагностика, кој го спроведуваме во тимска соработка со соодветните институции, а потенцираното значење, покрај дијагностичкиот аспект, во значителен степен го олеснува и предоперативното планирање.

### Заклучок

Преку дијагностичка обработка на најфреквентната патологија што е од битно значење за диференцијалната дијагностика на туморите на плунковните жлезди, ги потенцирав-

ме можните контроверзи од аспект на структурната поставеност, хисто-патологијата и современата дијагностика. Акцентот врз вредностите на клиничкиот наод, како почетна и конкретна инстанца во дијагностиката на туморите на плунковните жлезди, го одредивме поаѓајќи од хипотетичката поставеност дека со клиничкиот преглед треба да се утврдат неколку битни показатели во врска со тумефактот како најекспресивен клинички симптом кај овие тумори. На овој начин станува многу битна улогата на примарниот терапевт-доктор стоматолог кој најчесто е прва институција каде што се обраќа ваквиот пациент.

Современите искуства во дијагностичките дилеми за оваа патологија се значително екстендирани, пред сè, благодарение на големиот напредок во специјалната радиолошка дијагностика.

Со кумулативен придонес во раното и егзактно дијагностицирање на овие тумори се сведуваат на минимум бројните можни компликации во однос на рецидивирање, малигнизирање и алтерирање на витални структури, а кај малигната група значително се пролонгира кумулативното време на преживување.

## DIAGNOSTICS CONTROVERSIES IN SALIVARY GLANDS TUMORS

Popovski V.

### Summary

The vast variety of salivary gland neoplasms plays a significant role in the orofacial and cervical pathology. Its increasing incidence reaches to about 5-7% of the general human tumor pathology, with indicative discrepancy between the malignant group of salivary tumors.

In the part of pathology of the salivary glands particularly elaborated are the separated forms of inflammatory disorders and lymphoepithelial lesions as an entity of differentiation for salivary gland tumors. Only the role of sialography is underlined. Essential part of this presentation is the elaboration about the most frequent tumors of salivary gland tumors by order: Adenoma pleomorpha, Adenolymphoma Warthin and the malignant group of tumors. Individual reference, expression of clinical signs, histological pattern and actual treatment are ascertained by the author through the comparable attitudes from the contemporary literature reveals, peculiarly illustrated with own material. Especially indicative are data about recent changes in classification of salivary gland tumors, the malignancy grading over constituted staging system

and radical surgical approach for every particular type of salivary neoplasm.

The aim of this study is to educate the doctors of dentistry in this field because in many cases they are the first instance in the diagnostic chain of the salivary neoplasms.

**Key words:** salivary gland; salivary gland neoplasms; computed tomography; magnetic resonance imaging; malignant neoplasms.

## Литература

1. GRUNEVSKI M, KIRIJAS N, STEFANOVSKA E, Popovski V. Necessity of CT for Preoperative Evaluation of Tumors with Salivary Glands. Scientific Abstracts of The Third Asian Congress on Oral and Maxillofacial Surgery, Kuching, Malaysia, March 1996.
2. de BURGH NJE. Color Atlas and Text of Salivary Glands. Mosby/Wolfe, London 1996.
3. КРОНЕВСКИ П, ВАСКОВ И, ТУЏАРОВ Т, ЛАЗАРЕВСКИ С, ПОПОВСКИ В. Дијагностичка и валоризациска вредност на сиалоденографијата на подвичичните плунковни жлезди. 5. Собор на стоматолозите на Македонија (Зборник на трудови). Дојран: Стоматолошка секција на Македонија, 1987: 225.
4. POPOVSKI V, LAZAREVSKI S, NAUMOVSKI S. The Recurrent pleomorphic adenoma of parotid gland. Scientific Abstracts of The Third Asian Congress on Oral and Maxillofacial Surgery, Kuching, Malaysia, March 1996.
5. POPOVSKI V, TUDŽAROV T, LAZAREVSKI S. The adenoid cystic carcinoma of the salivary Glands. J Cranio-maxillofac Surg 1996; 24 (Suppl 1).
6. POPOVSKI V, VASKOV I, LAZAREVSKI S, GRČEV A, GRUNEVSKI M, KIRKOV A, PANČEVSKI G. Mucoepidermoid Carcinoma of Parotid Gland. Abstract Book of 4-th Mediterranean Congress of Oral and Maxillofacial Surgery, Antalya, Turkey, May 1997.
7. POPOVSKI V, VASKOV I, LAZAREVSKI S, GRČEV A, KIRKOV A. The Adenoid cystic carcinoma of parotid gland. Int J Oral and Maxillofac Surg Supplement no.1, Vol.26, 1997.
8. ПОПОВСКИ В. Хируршка верификација на дијагностиката на паротидните тумори (докторска дисертација). Македонија: Стоматолошки факултет, Скопје, 1998.
9. SPIRO RH, KOSS, HAJDU SSI. Tumors of minor salivary glands. Cancer 1973; 31: 117-29.