



Опухоли слюнных желез

Выполнил:

интерн-онколог Полтанов И.Ю.

Выводной проток
околоушной слюнной железы

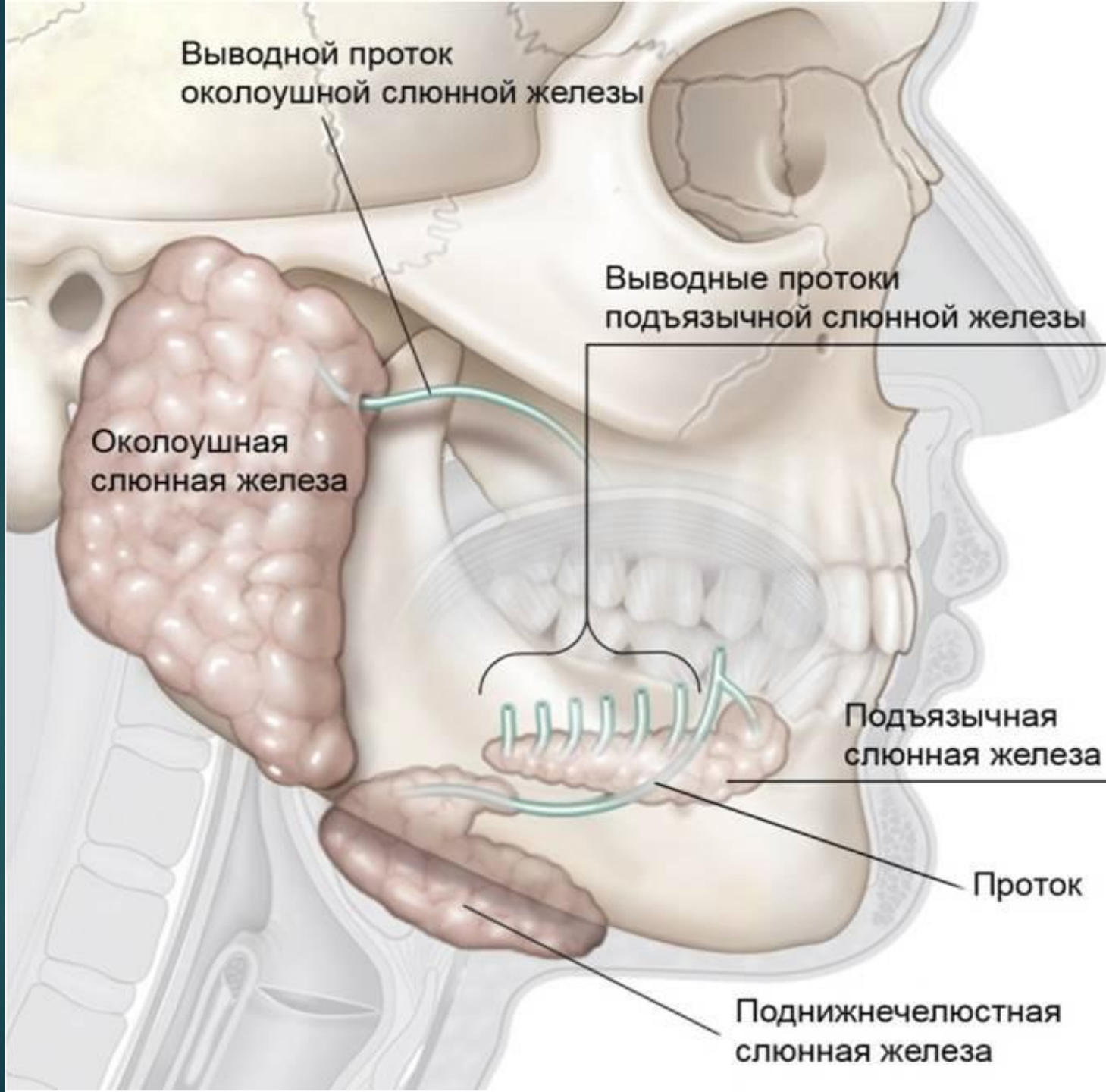
Выводные протоки
подъязычной слюнной железы

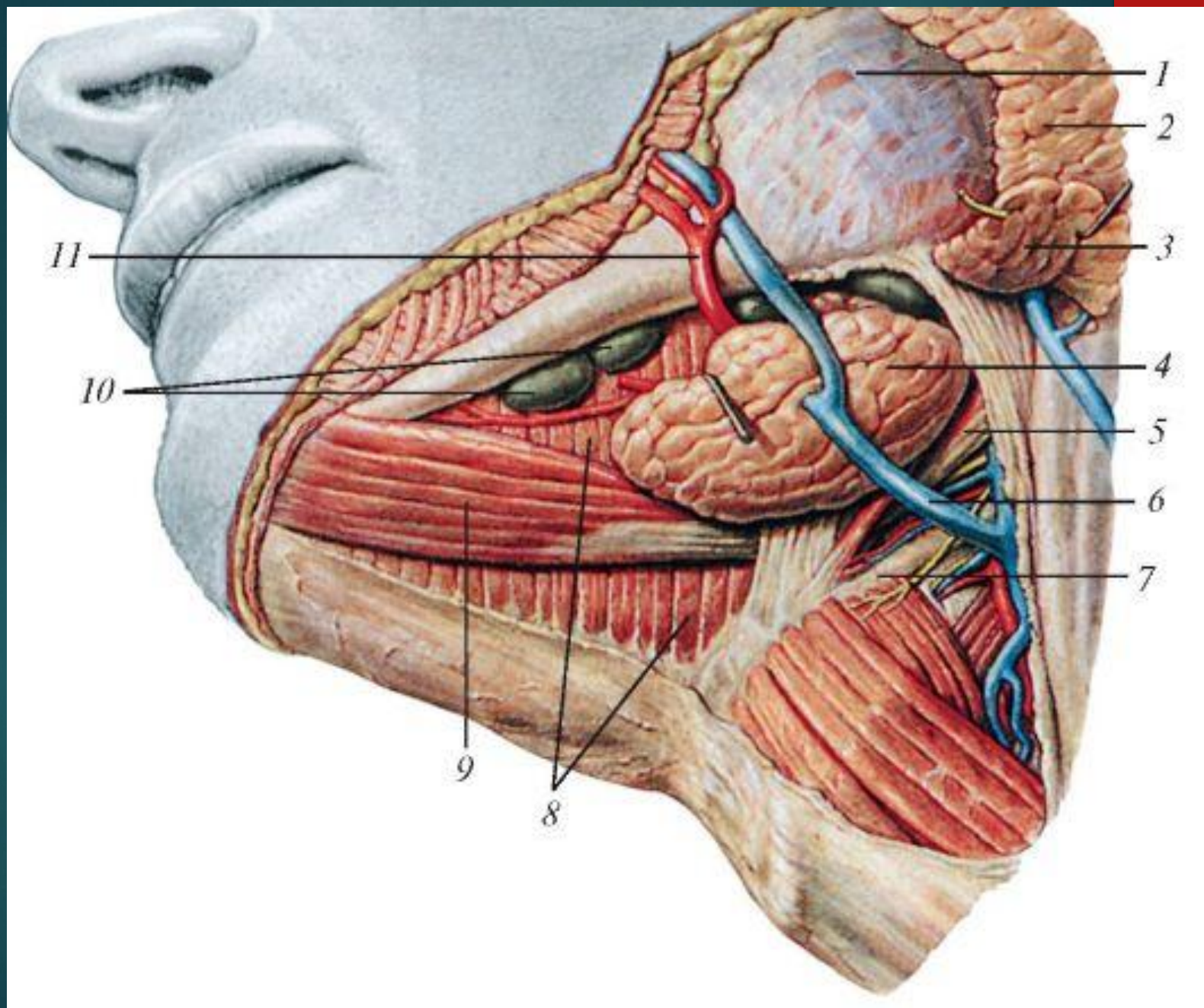
Околоушная
слюнная железа

Подъязычная
слюнная железа

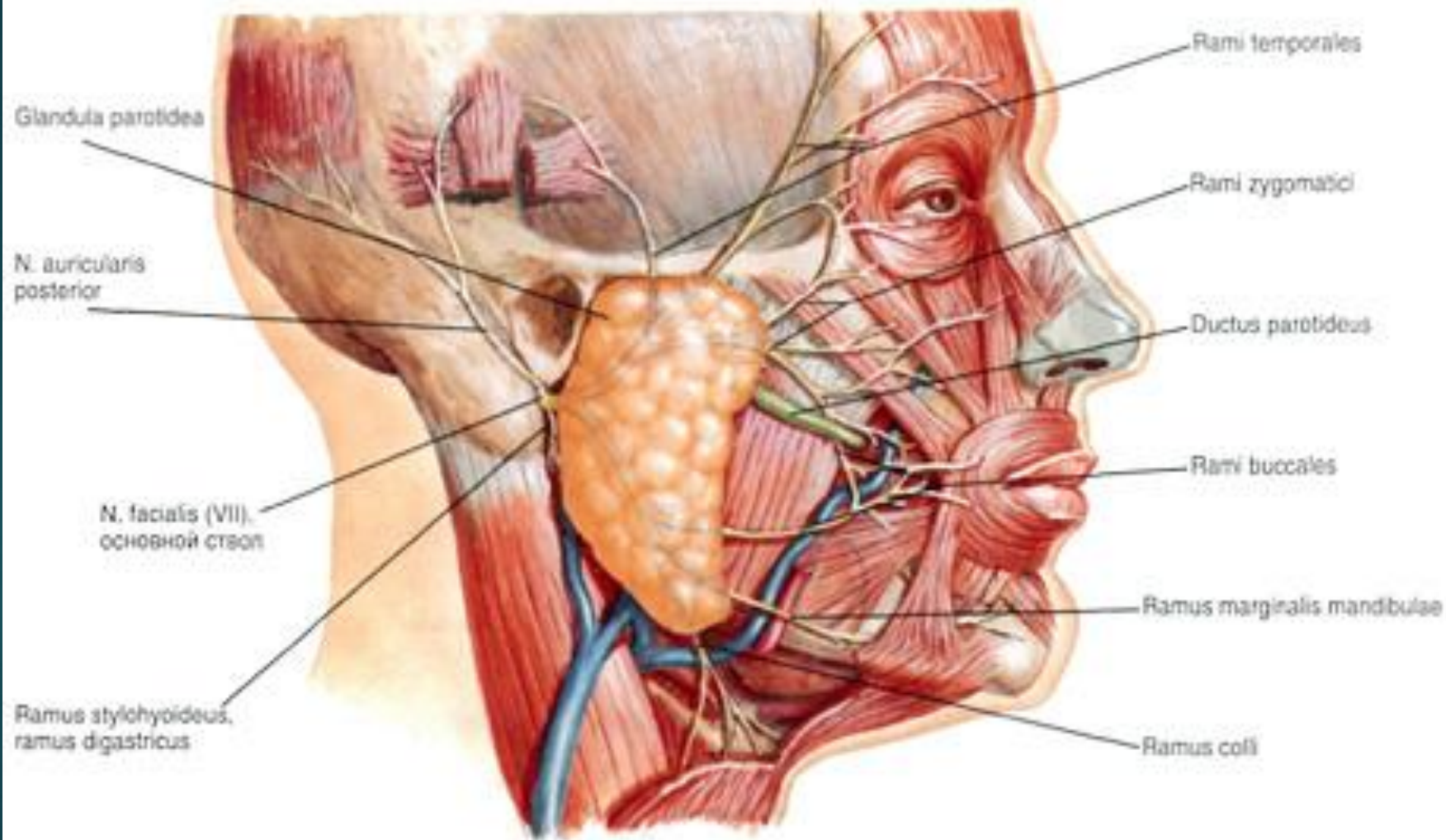
Проток

Поднижнечелюстная
слюнная железа





Лицевой нерв и околоушная железа



Классификация опухолей СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

1. Доброкачественные опухоли:

а) эпителиальные: полиморфная аденома, мономорфные аденомы (аденолимфома, оксифильная аденома и др.);

б) неэпителиальные: гемангиома, фиброма, невринома и др.;

2. Местнодестрирующие опухоли (промежуточная группа): — ацинозноклеточная опухоль.

3. Злокачественные опухоли:

а) эпителиальные: аденокарцинома, эпидермоидная карцинома, недифференцированная карцинома, аденокистозная карцинома, мукоэпидермоидная опухоль;

б) злокачественные опухоли, развившиеся в полиморфной аденоме;

в) неэпителиальные опухоли (саркома);

г) вторичные (метастатические) опухоли.

Наиболее часто в слюнных железах встречаются эпителиальные опухоли (90—95%).

Плеоморфная аденома

Это доброкачественная опухоль наиболее распространенная, встречается в 72 % случаев всех эпителиальных опухолей слюнных желез. По частоте поражения на первом месте стоит околоушная слюнная железа, на втором — слизисто-слюнные железы неба, затем соответственно поднижнечелюстная, подъязычная и малые слюнные железы, железы губ, щеки, языка.

Плеоморфная аденома растет безболезненно, медленно (в течение нескольких лет) и может достигать большого размера. При локализации аденомы в околоушной слюнной железе парез мимической мускулатуры лица не наблюдается. При исследовании определяется опухоль в области слюнной железы, подвижная, часто с бугристой поверхностью. Консистенция ее плотно-эластическая, иногда с участками размягчения за счет слизеподобного компонента. Кожа над ней не изменяется, свободно собирается в складку. Слюноотделительная функция пораженной железы обычно не страдает. Плеоморфная аденома имеет капсулу, но может быть не полностью инкапсулирована, тогда опухолевые клетки проникают в прилегающую железистую ткань. Этим объясняются рецидивы опухоли после экстракапсулярного удаления.

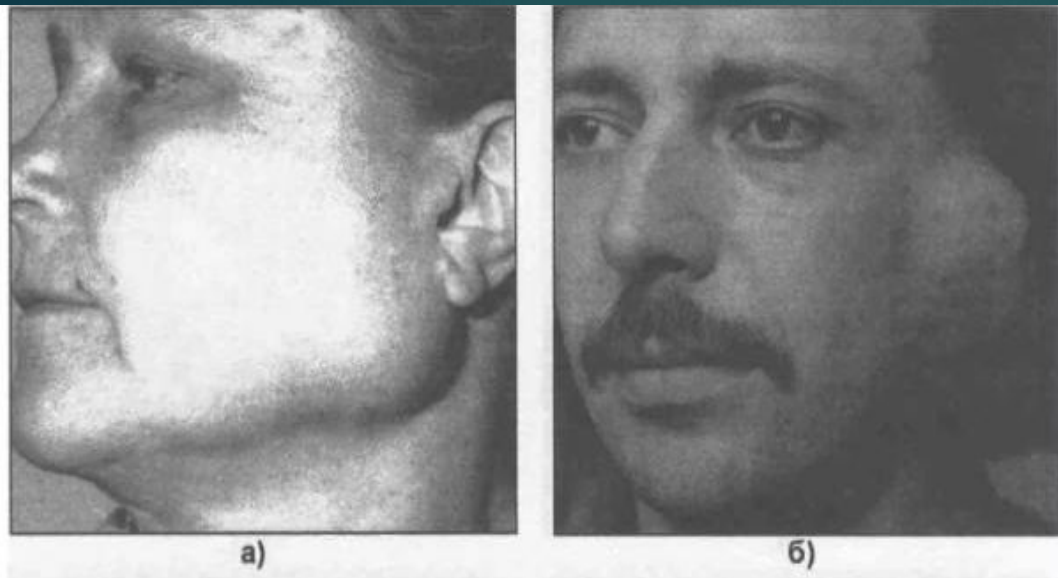


Рис. Плеоморфная аденома околоушной железы у лиц среднего возраста.

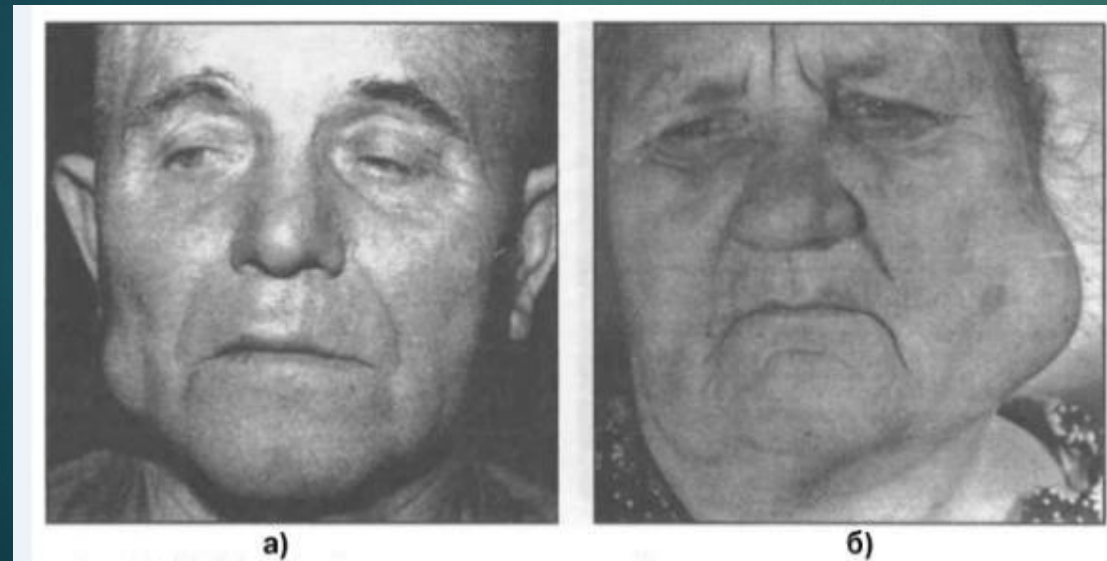


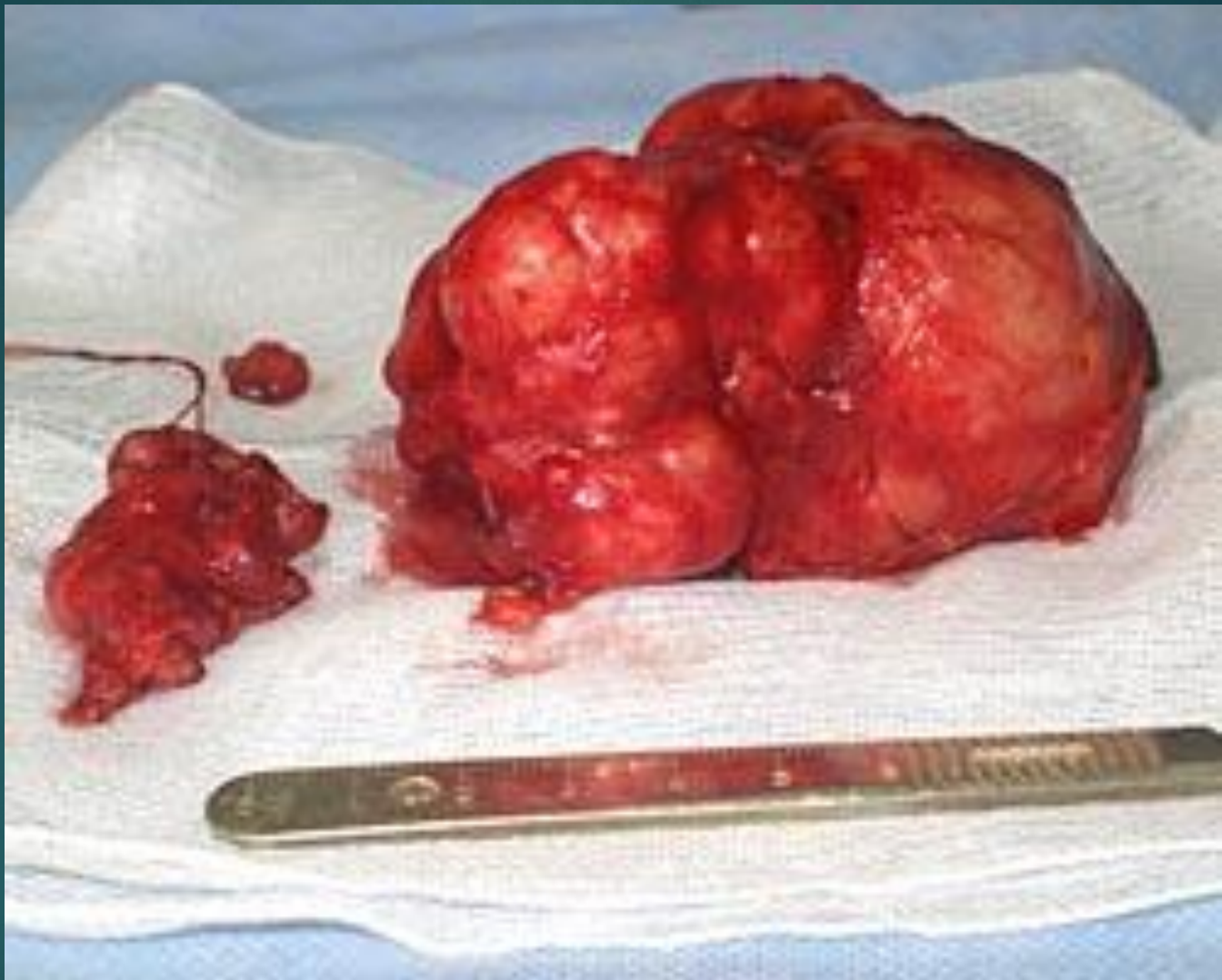
Рис. Плеоморфная аденома околоушной железы у лиц пожилого возраста.

Диагностика

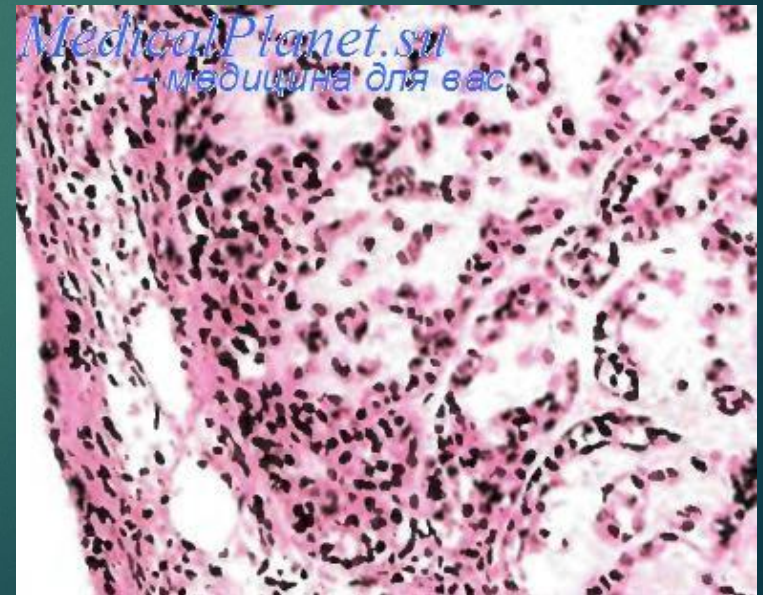


Диагноз опухоли уточняют цитологическим исследованием пунктата, который получают в игле в виде крошкообразной беловатой массы.

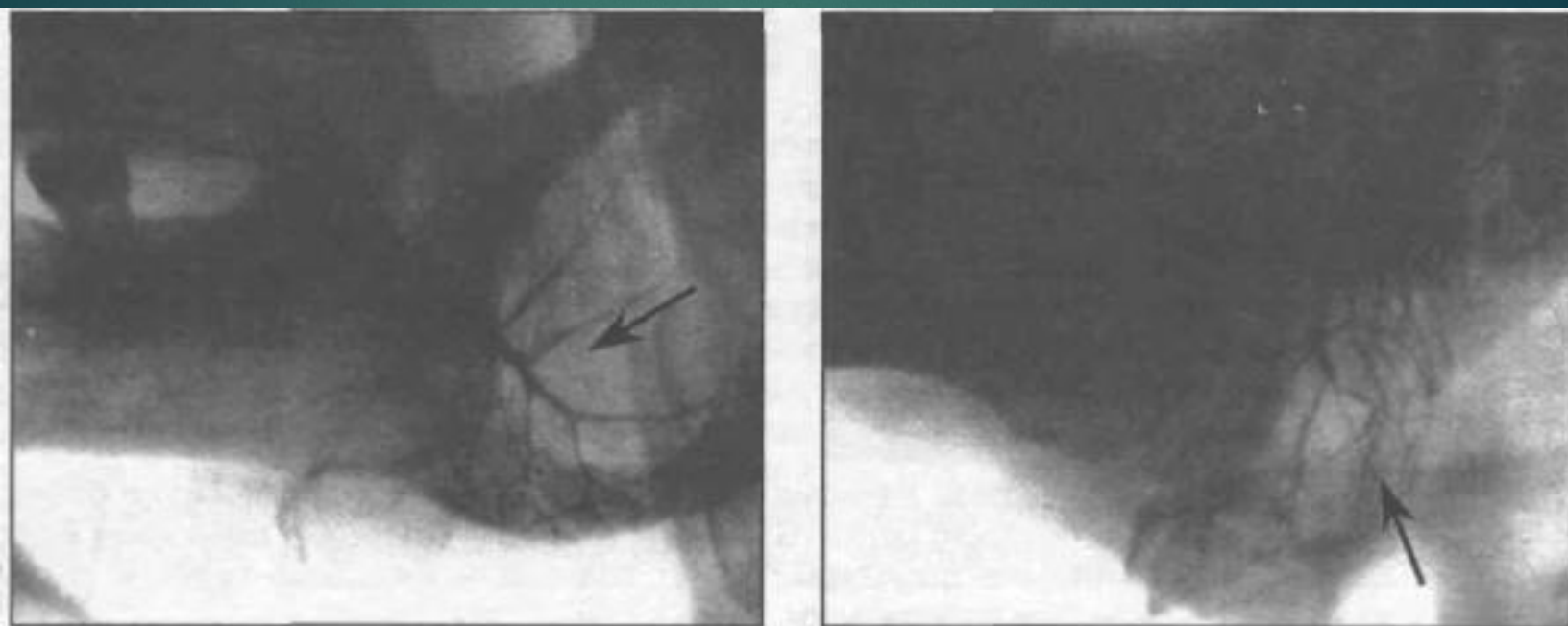
Макроскопически плеоморфная аденома представляет собой опухоль в тонкой просвечивающейся капсуле, на разрезе в виде кашицеобразной массы бело-серого цвета с участками ослизнения и уплотнения.



- ▶ Микроскопически опухоль, кроме выраженной эпителиальной ткани, имеет в своем составе мезенхимоподобные участки, состоящие из миксоидных или хрящеподобных структур, наличие которых объясняют накоплением мукоидного или гиалинового вещества между миоэпителиальными клетками.



На сиалограммах опухоль проявляется в виде четко отграниченного дефекта наполнения ацинусов и протоков железы соответственно локализации опухоли и ее размерам. Нарушения непрерывности протоков не наблюдается.



а)

б)

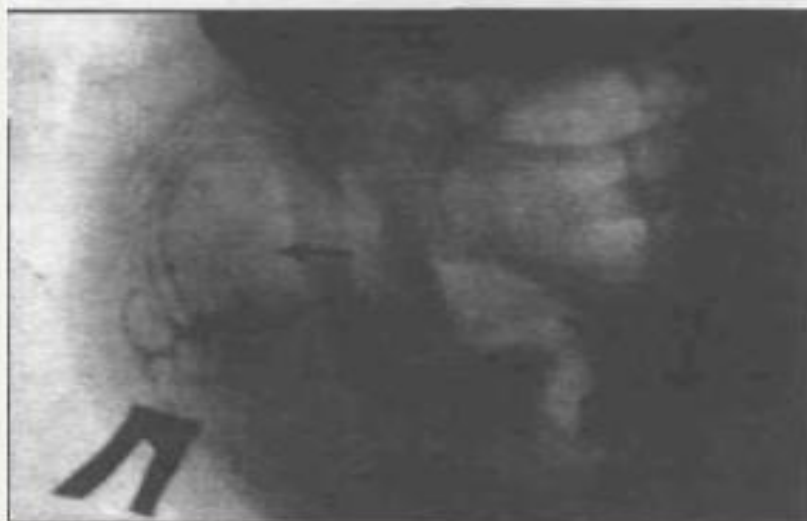
Рис. 26. 1.6 (а,б,в,г). Сиалограммы околоушной железы больных с плеоморфными аденомами. Боковая проекция.



а)



б)



в)

Рис. 26.1.7. Локализация плеоморфной аденомы в поверхностной (а) и глубокой (б, в) долях околоушной железы. Сиалогаммы. Прямая проекция. Опухоль указана стрелкой.

Лечение

- ▶ Лечение хирургическое. При локализации опухоли в поднижнечелюстной и подъязычной слюнных железах опухоль удаляют вместе с железой. Опухоли, расположенные на небе, щеке, губах, языке, иссекают в пределах непораженных тканей. Особенность операции на околоушной слюнной железе связана с разветвлением лицевого нерва в толще железы. Характер и объем оперативного вмешательства зависят от размера и расположения опухоли. Во всех случаях необходимо иссекать опухоль с прилегающей железистой тканью. При локализации опухоли в нижнем полюсе железы применяют резекцию этого отдела. Если опухоль занимает средний отдел и лежит в железе над ветвями лицевого нерва, показана субтотальная резекция железы в плоскости расположения ветвей лицевого нерва.

Паротидэктомию с сохранением ветвей лицевого нерва проводят при поражении большей части железы и рецидиве опухоли, а также при опухоли глоточного отдела железы. Доступ к железе осуществляют двумя методами — Ковтуновича и Редона. Операцию в первом случае начинают с обнажения периферического отдела лицевого нерва

Аденолимфома

Аденолимфома встречается в 4,5 % случаях

По клинико-рентгенологической картине сходны с плеоморфной аденомой, однако рост их более медленный. При пальпации поверхность гладкая, опухоль имеет выраженную капсулу.

При аденолимфоме больные нередко отмечают периодическое увеличение или уменьшение опухоли, что связано, с реакцией лимфоидного компонента стромы опухоли.

Гистологически структура опухоли однородна, в ее составе в отличие от плеоморфной аденомы отсутствует мезенхимоподобная ткань.

Сиалограмма типичная для доброкачественных опухолей с оттеснением паренхимы железы в сторону от локализации аденолимфомы.

Лечение аденом хирургическое. Используют такие же оперативные методы, как при плеоморфной аденоме. При локализации в околоушной слюнной железе, кроме резекции, иногда применяют экстракапсулярное удаление опухоли.

Аденолимфома

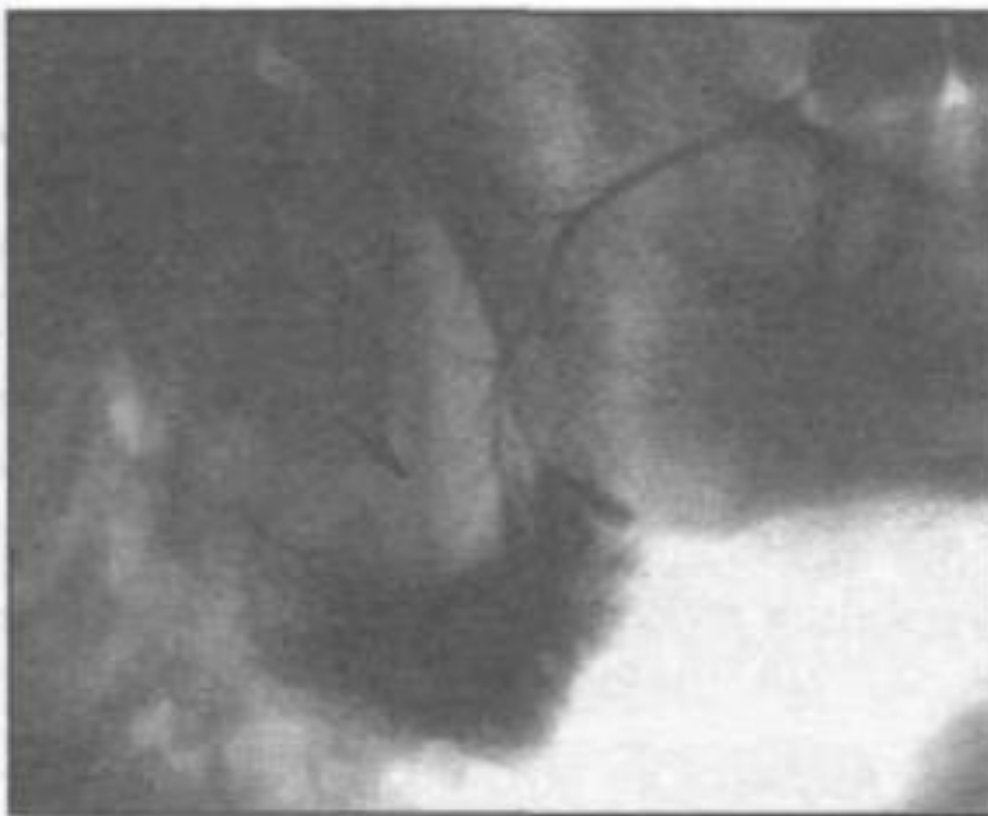


Рис. 26.1,13. Сиалограмма больной с аденолимфомой околоушной железы. Опухоль указана стрелкой.

Мукоэпидермоидный рак

Для мукоэпидермоидного рака характерен местный инфильтративный рост. Часто поражаются околоушная слюнная железа и малые слюнисто слюнные железы ретромолярной области и неба. Составляет около 8 % всех опухолей слюнных желез.

Различают высокодифференцированный и низкодифференцированный варианты опухоли.

Высокодифференцированная мукоэпидермоидная опухоль клинически протекает как плеоморфная аденома, отличаясь от нее ограничением подвижности и спаянностью с кожей. Крайне редко метастазирует в регионарные лимфатические узлы.

Низкодифференцированная опухоль имеет злокачественное течение, но отличается от рака сравнительно медленным ростом (до 2—3 лет), метастазирует лимфогенным путем.

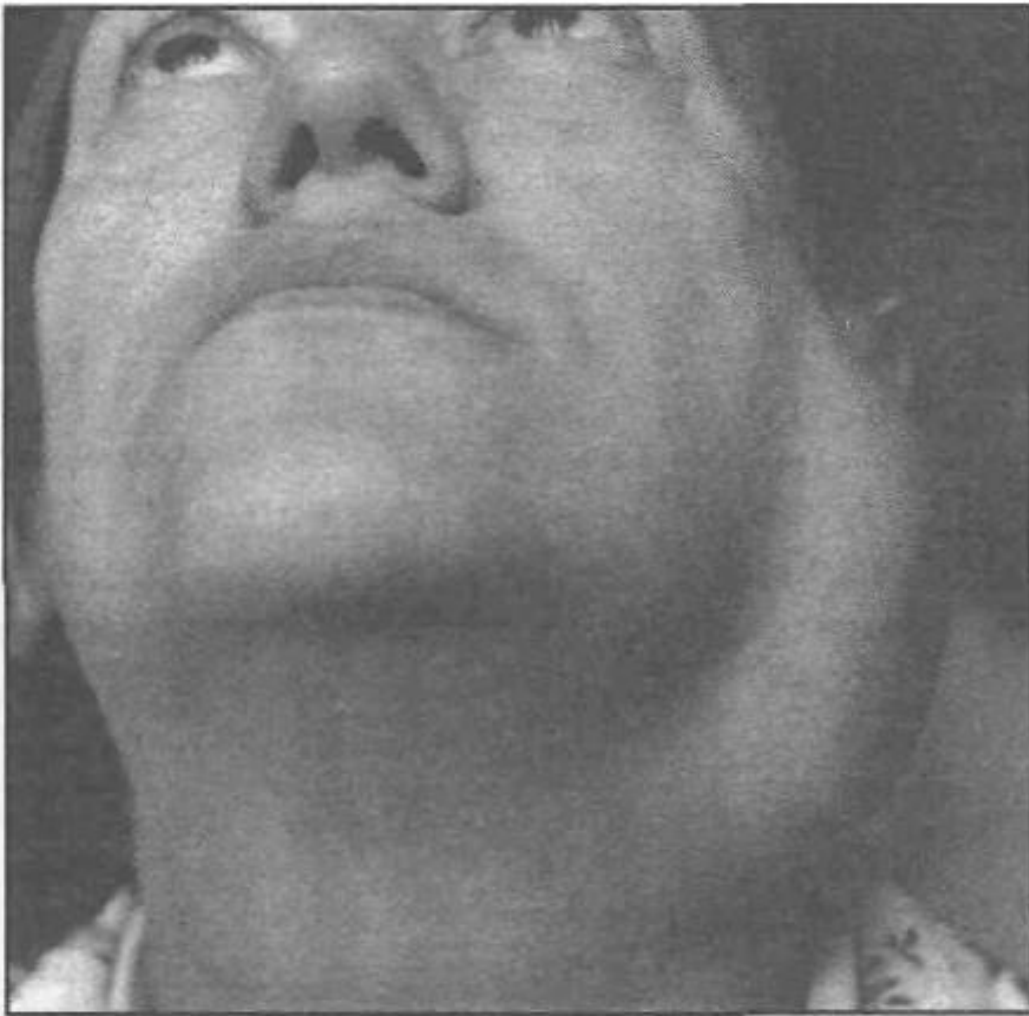


Рис. Внешний вид больной с мукоэпидермоидной опухолью околоушной железы.

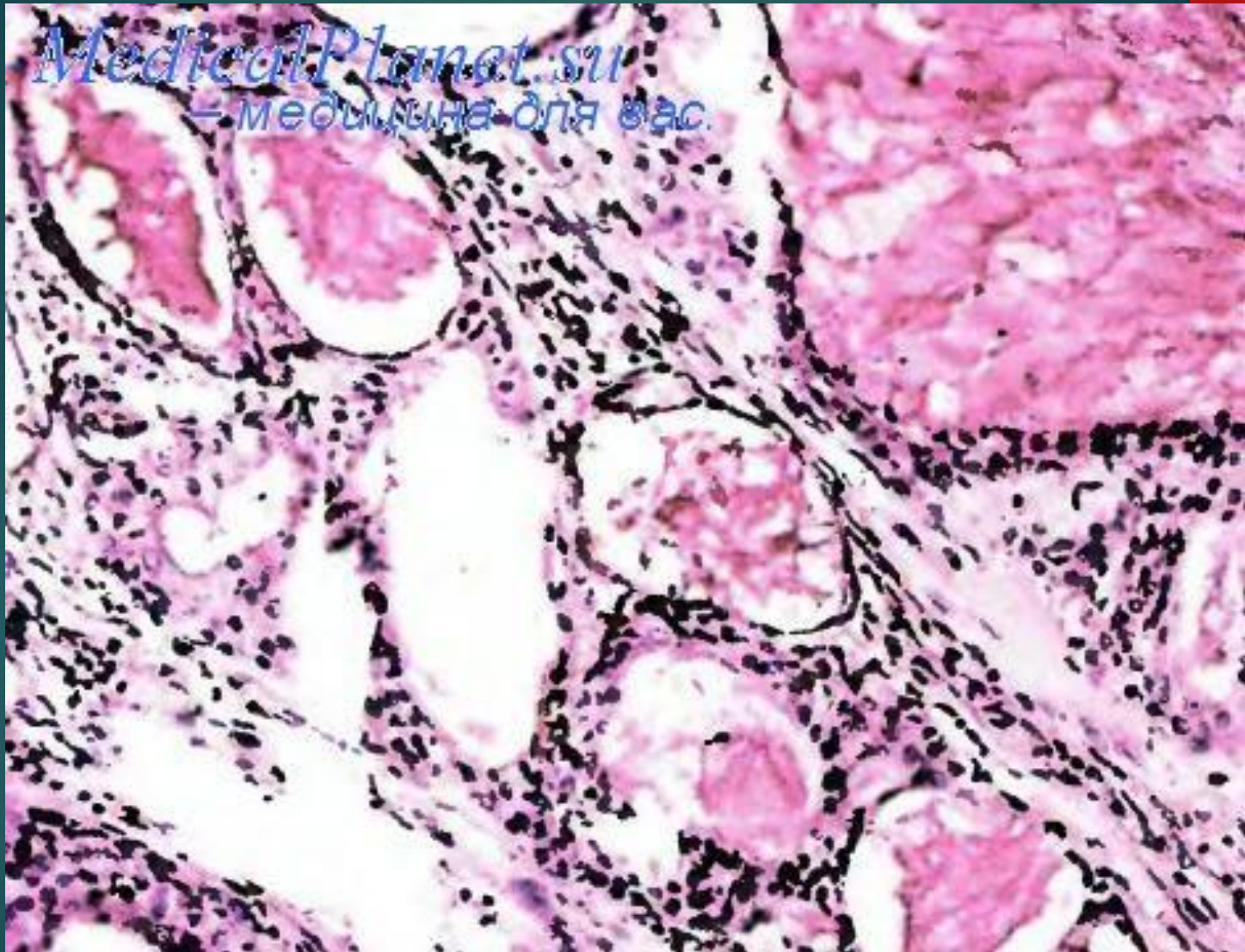
Диагностика



Макроскопически опухоль серо-белого цвета с мелкими полостями, заполненными слизью. Микроскопически она характеризуется наличием клеток многослойного плоского эпителия и клеток, секретирующих слизь.

Микроскопически мукоэпидермоидная опухоль построена из двух - трех типов клеток: тяжелой эпидермоидных шиповатых клеток, ослизненных бокаловидных клеток и, реже, участков плоского эпителия с содержанием гранул кератогиалина и с ороговением. Эпидермоидные клетки обычно формируют солидные тяжи и комплексы, но могут выстилать и кисты. Слизистое превращение может ограничиваться отдельными клетками или сопровождаться образованием слизистых кист. Строма опухоли обычно представлена хорошо выраженной грубоволокнистой соединительной тканью.

MedicalPlanet.ru
— медицина для вас.



Лечение

Лечение зависит от варианта опухоли. При высокодифференцированной опухоли применяют оперативные методы по типу резекции железы, используемые для удаления плеоморфной аденомы. Низкодифференцированная опухоль является радиочувствительной, лечение ее комбинированное: предоперационная лучевая терапия с последующим хирургическим иссечением.

Аденокистозная карцинома. (цилиндрома)

Локализуется чаще в околоушной железе и в малых слюнных железах нёба. Клинически может мало чем отличаться от доброкачественных опухолей слюнных желез. Рост медленный, может достигать больших размеров. Характерным для аденокистозной карциномы являются нерезкие боли, что объясняется ростом ее по периневральным щелям.

Локализуясь на нёбе, опухоль может разрушить нёбную пластинку и прорасти в верхнечелюстную пазуху, полость носа и носоглотку. Наблюдается метастазирование в регионарные лимфатические узлы, описаны случаи гематогенного метастазирования (в легкие, кости и др. органы). Функция железы снижена.



Диагностика

Макроскопически опухоль на разрезе серого цвета, инкапсулирована. Роль капсулы выполняет инфильтрированная опухолевыми клетками окружающая ткань.

Микроскопически аденокистозная карцинома представлена солидно - альвеолярными образованиями, состоящими из мономорфных клеток. Вследствие скопления секрета между клетками формируются характерные кистовидные структуры.

Особенностью сиалографической картины аденокистозной карциномы (цилиндромы) является сужение просвета протока в области контакта с опухолью, имеющей даже небольшие размеры. Проподимость его не нарушается, о чем свидетельствует хорошее заполнение всей железы контрастом.

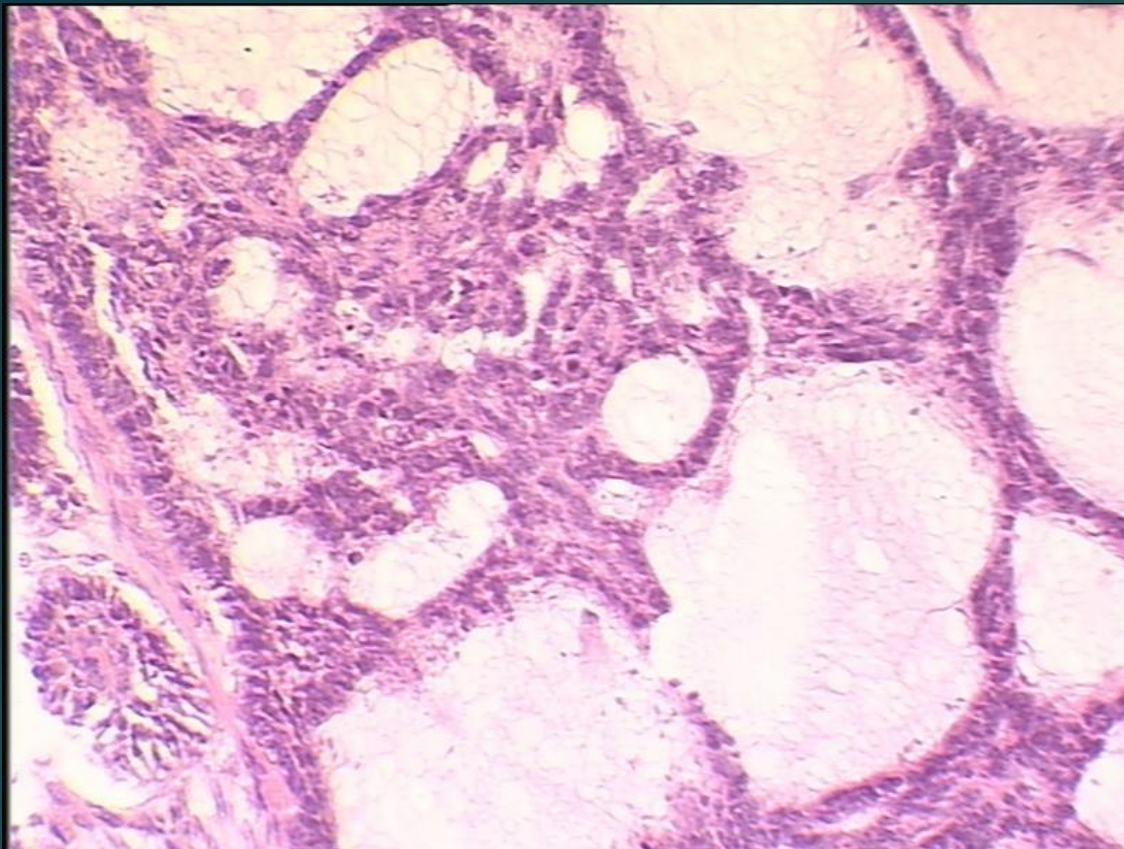


Рис. 26.2.4. Сиалограмма больного с цилиндромой (аденокистозной карциномой) околоушной железы.

Лечение

- ▶ Лечение комбинированное —
предоперационная лучевая терапия с
последующим иссечением
опухоли в пределах неповрежденных тканей.

Опухолеподобные поражения СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ.

Такие поражения проявляются в виде увеличения желез и характеризуются клинической картиной, сходной с таковой опухолей. Различают доброкачественное лимфоэпителиальное поражение, сиалоаденоз и онкоцитоз.

При доброкачественном лимфоэпителиальном поражении отмечаются припухлость желез и сухость в полости рта. Гистологически определяется атрофия железистой паренхимы с лимфоцитарной инфильтрацией. Такое поражение слюнных желез рассматривают как реактивное — проявление аутоиммунного или ревматоидного заболевания слюнных желез.

Сиалоаденоз характеризуется двусторонним поражением околоушных, реже поднижнечелюстных слюнных желез. При длительном существовании сиалоаденоз переходит в липоматоз желез. Гистологически отмечаются гипертрофия серозных ацинарных клеток, отек стромы, атрофия протоков, отсутствие воспалительной инфильтрации.

При онкоцитозе наблюдается диффузное увеличение желез. Гистологически определяют так называемые онкоциты — клетки, являющиеся результатом возрастного изменения железистого эпителия и протоков. Лечение симптоматическое.

КИСТЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Ретенционные кисты чаще наблюдаются на слизистой оболочке губ, реже щек.

Они образуются вследствие закупорки протоков малых слюнных желез, чаще возникающей при прикусывании его зубами. Ретенционная киста представляет собой образование округлой формы, плотноэластичной консистенции, размером 0,5-1,5 см, синеватой окраски. Образование располагается поверхностно, непосредственно под слизистой оболочкой, состоит из капсулы, в которой заключена светлая желеобразная жидкость. Хирургическое лечение: удаление кисты вместе с оболочкой.

Ранула – ретенционная киста, развивающаяся из протоков и долек подъязычной слюнной железы. Киста располагается непосредственно под слизистой оболочкой вблизи уздечки языка. Образование безболезненное, эластичной консистенции, голубоватого цвета, в нем находится бесцветная, вязкая жидкость, похожая на белок куриного яйца. Хирургическое лечение: операция цистостомия.

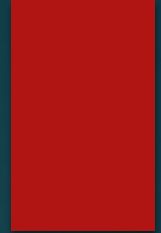
Кисты больших слюнных желез. Киста поднижнечелюстной железы развивается в одной из долек, растет медленно, располагается в поднижнечелюстной области. Образование безболезненное, мягко-эластичной консистенции, не спаяно с кожей. При больших размерах киста проникает в полость рта, располагаясь в области ее дна. В этих случаях киста напоминает песочные часы.

Киста околоушной слюнной железы – ограниченное безболезненное образование, эластичной консистенции. Кожа над ним в цвете не изменена, собирается в складку. Содержимое кисты – мутная, бесцветная с примесью слизи жидкость.

Диагностика кист проводится с помощью пункции, проводят также двойное контрастирование, цитологическое исследование.

Лечение – хирургическое. Киста поднижнечелюстной слюнной железы удаляется.

Классификация по TNM:



- ▶ Tx - оценка первичной опухоли невозможна.
- ▶ Tis – рак in situ.
- ▶ T1 - опухоль размером 2 см в наибольшем измерении и не выходит за пределы железы.
- ▶ T2 - опухоль размерами 2,1-4 см в наибольшем измерении и не выходит за пределы железы.
- ▶ T3 - опухоль размерами более 4 см в наибольшем измерении и/или выходит за пределы железы.
- ▶ T4a - опухоль распространяется на кожу, нижнюю челюсть, наружный слуховой канал и/или лицевой нерв.
- ▶ T4b - опухоль поражает основание черепа и/или крыловидный отросток клиновидной кости и/или сдавливает сонную артерию.

- ▶ N_x - состояние регионарных лимфатических узлов оценить невозможно.
- ▶ N₀ - метастазов в регионарных лимфатических узлах нет.
- ▶ N₁ - метастазы в 1 ипсилатеральный узел диаметром не более 3 см в наибольшем измерении.
- ▶ N₂ - метастазы в 1 ипсилатеральный узел диаметром 3,1-6 см в наибольшем измерении либо метастазы в несколько ипсилатеральных узлов, ипсилатеральные и контралатеральные лимфатические узлы или только контралатеральные лимфатические узлы диаметром не более 6 см в наибольшем измерении:
- ▶ N_a - метастазы в 1 ипсилатеральный узел диаметром 3,1-6 см;
- ▶ N_{2b} - метастазы в несколько ипсилатеральных лимфоузлов диаметром не более 6 см в наибольшем измерении;
- ▶ N_c - метастазы в ипсилатеральные и контралатеральные лимфатические узлы или только в контралатеральные лимфатические узлы диаметром не более 6 см в наибольшем измерении.
- ▶ N₃ - метастазы в регионарные лимфатические узлы размером более 6 см в наибольшем измерении.
- ▶ M_x - наличие отдаленных метастазов оценить невозможно.
- ▶ M₀ - отдаленных метастазов нет.
- ▶ M₁ - наличие отдаленных метастазов

Принципы лечения:

- ▶ T1–2N0M0 Полное хирургическое удаление первичной опухоли + адъювантная ЛТ
- ▶ T1–2N+M0 Полное хирургическое удаление первичной опухоли + шейная диссекция + адъювантная ЛТ
- ▶ T3–4aN0M0 Полное хирургическое удаление первичной опухоли + адъювантная ЛТ ± ХТ
- ▶ T3–4aN+M0 Полное хирургическое удаление первичной опухоли + шейная диссекция + адъювантная ЛТ ± ХТ
- ▶ T4b ЛТ в самостоятельном плане или ХТ/ ЛТ

Принципы ЛТ:

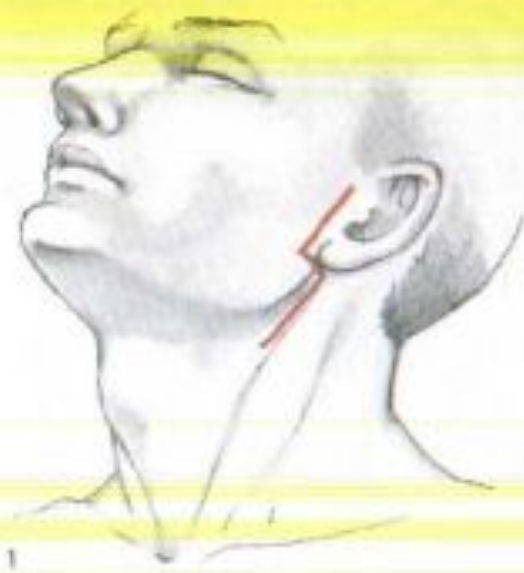
- ▶ Стадия T4b или клинически определяемая остаточная опухоль: • Фотонная или фотон/электронная, или нейтронная терапия – Первичный очаг или клинически определяемые регионарные метастазы ≥ 70 Гр (1,8–2,0 Гр / фракция) или 19,2 нГр (1,2 Гр / фракция). – Клинически неизменные лимфатические узлы: 46–50 Гр (1,6–2,0 Гр / фракция) или 13,2 нГр (1,2 Гр / фракция).
- ▶ Послеоперационное облучение: • Фотонная или фотон/электронная, или нейтронная терапия – Первичный очаг: ≥ 60 Гр (1,8–2,0 Гр / фракция) или 18 нГр (1,2 нГр / фракция). – Клинически неизменные лимфатические узлы 46–50 Гр (1,6–2,0 Гр / фракция) или 13,2 нГр (1,2 Гр / фракция).



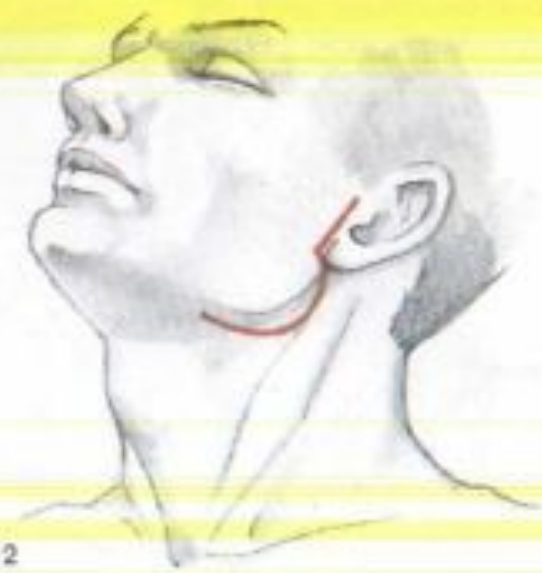
- ▶ Типичными операциями при опухолях околоушной слюнной железы являются резекция околоушной слюнной железы, паротидэктомия с сохранением ветвей лицевого нерва, резекция глоточного отростка околоушной слюнной железы наружным подчелюстным доступом и паротидэктомия.

Резекция околоушной слюнной железы

Наиболее часто используют разрез кожи впереди ушной раковины с подсечением мочки уха и продолжением вниз вдоль переднего края грудиноключично-сосцевидной мышцы. При рассечении кожи и подкожной жировой клетчатки производят мобилизацию кожных лоскутов в пределах границ околоушной слюнной железы. Затем за задним краем околоушной слюнной железы следует рассечь околоушно-жевательную фасцию и мобилизовать задний край железы. При этом обнажаются передний край грудиноключично-сосцевидной мышцы, которую отодвигают кнаружи, и сосцевидный отросток. В глубине раны обнажают шилоподъязычную мышцу и заднее брюшко двубрюшной мышцы. Над ними отодвигают околоушную слюнную железу от сосцевидного отростка и обнажают область расположения основного ствола лицевого нерва до места его вхождения в ткань железы. Далее необходимо приподнять мобилизованную часть слюнной железы, с помощью диссектора определить особенности разветвления лицевого нерва и его отношение к той части железы, где локализуется смешанная опухоль. Убедившись, что часть железы с расположенной в ней опухолью находится в стороне от нерва, следует осуществить резекцию железы.



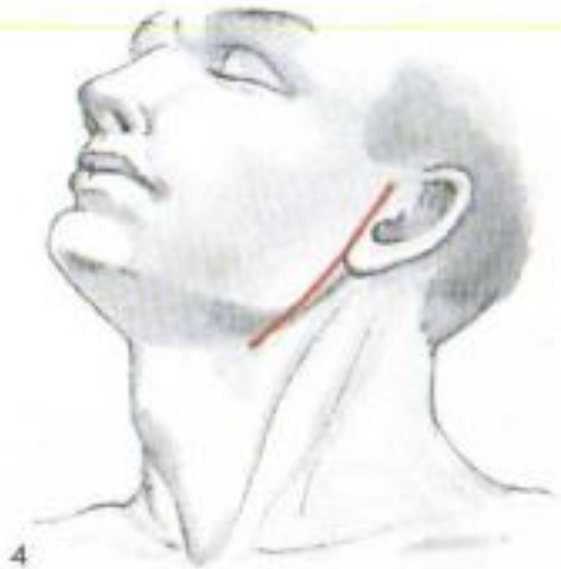
1



2



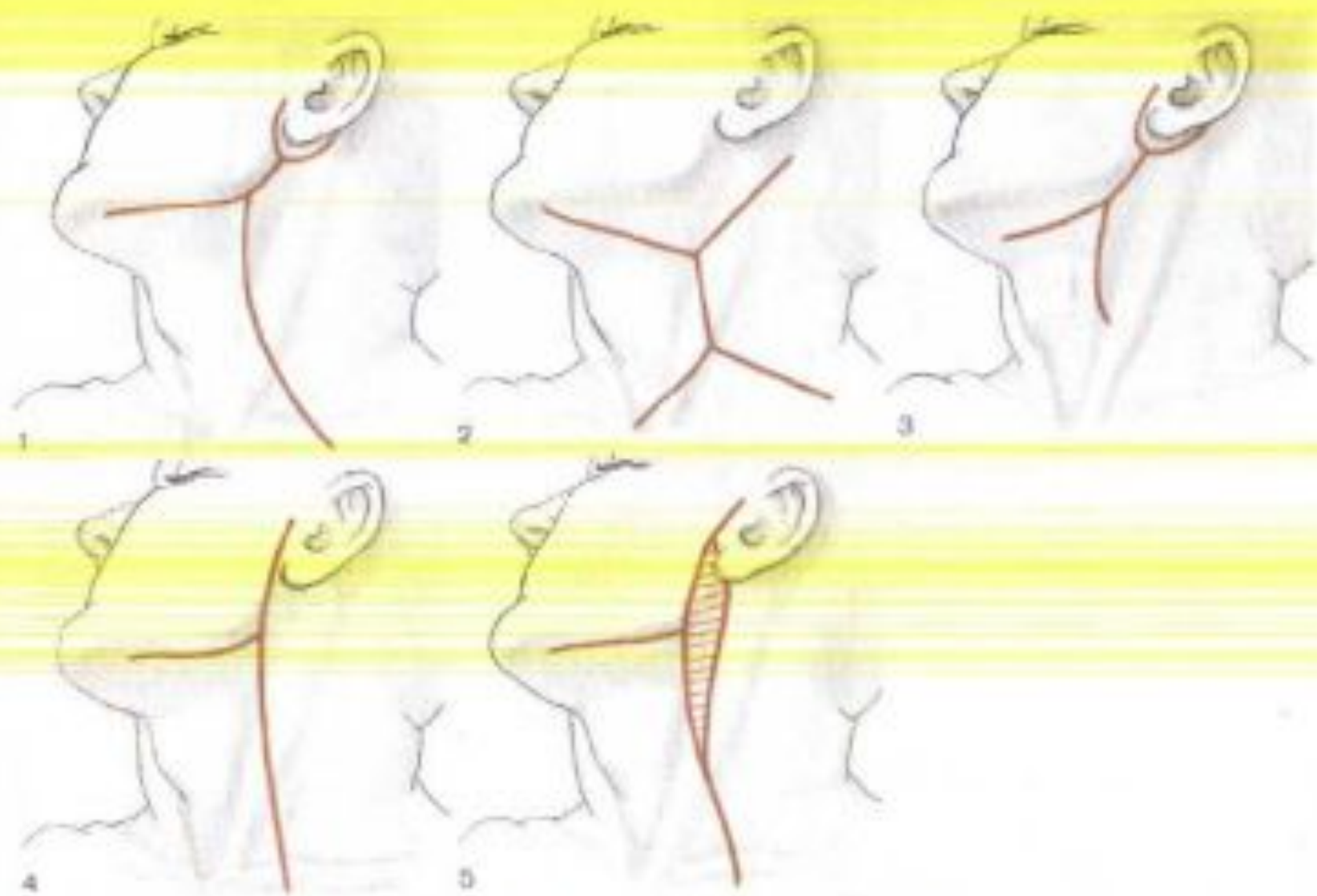
3



4

36. Разрезы кожи при операциях по поводу полиморфной аденомы околоушной слюнной железы.

1 — по Редову; 2 — по Контюновичу; 3 — по Мартину; 4 — по Свистунку.



93. Разрезы кожи при злокачественных опухолях околоушной слюнной железы.
1 - по Кларку; 2 - по Мартину; 3 - по Шьетрангони; 4 - по Брауну; 5 - по Шачесу.

Паротидэктомия

Операция может считаться радикальной, если околоушную слюнную железу, пораженную злокачественной опухолью, удаляют в едином блоке с регионарными лимфатическими узлами. Мы проводим разрез кожи впереди ушной раковины с подсечением мочки уха и продолжением его вниз до середины ключицы. Одновременно выкраиваем полоску кожи в проекции наружной яремной вены, где вдоль вены под кожей располагаются регионарные лимфатические узлы. Этот разрез дополняем разрезом в подчелюстной области на 2 см ниже края нижней челюсти. Операцию начинают с иссечения шейной клетчатки. Особое значение придается удалению клетчатки бокового треугольника шеи, так как при раке околоушной слюнной железы в этой зоне часто локализуются метастазы. На уровне заднего брюшка двубрюшной мышцы перевязывают наружную сонную артерию (ее включают и блок удаляемых тканей). У сосцевидного отростка пересекают лицевой нерв, грудиноключично-сосцевидную мышцу, заднее брюшко двубрюшной мышцы и шилоподъязычную мышцу. Перевязывают и пересекают внутреннюю яремную вену. Околоушную слюнную железу отделяют от ушной раковины, выделяют из зачелюстной ямки и отсекают от нижней челюсти. После пересечения внутреннего конца двубрюшной мышцы и клетчатки подчелюстного треугольника околоушную слюнную железу выделяют спереди. После гемостаза на кожные лоскуты накладывают швы и устанавливают дренажную трубку. При раке околоушной слюнной железы целесообразно удаление шейной клетчатки проводить в едином блоке с первичной опухолью (в том числе и профилактически).

A close-up photograph of a person's mouth, showing their teeth and lips. A single, clear tear is falling from the bottom lip. The background is a solid dark teal color with a red rectangular shape in the top right corner.

Спасибо за внимание!