

УДК 616.316-006

DOI: 10.37903/vsgma.2023.3.39 EDN: TNGUBA

ПРОБЛЕМЫ ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОЛИМФОМЫ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кузьмина Е.В., Сотникова М.В., Наконечный Д.А.

Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Резюме

Цель. Улучшить результаты диагностики аденолимфомы околоушной слюнной железы.

Методика. Нами проведен ретроспективный анализ 20 историй болезни пациентов с диагнозом «Аденолимфома околоушной слюнной железы», которые находились на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Смоленской областной клинической больницы. По результатам патогистологического исследования послеоперационного материала проведен анализ точности клинической диагностики, ультразвукового и цитологического исследования.

Результаты. Аденолимфомы чаще встречаются у мужчин пожилого возраста и локализуются в околоушной слюнной железе. Из-за разнообразного гистологического строения опухоли может наблюдаться разная клиническая, ультразвуковая и цитологическая картина, поэтому эффективность дооперационной диагностики остаётся низкой.

Выводы. Информативность ультразвукового и цитологического исследования при аденолимфомах составила 57% и 44%. Точность постановки диагноза зависит от варианта строения опухоли и квалификации специалистов. Сложность диагностики аденолимфомы требует внедрения новых методик дооперационной верификации для определения правильной тактики лечения. При сомнительных результатах ультразвукового и цитологического исследования рекомендуется проведение биопсии для определения гистологического варианта опухоли.

Ключевые слова: аденолимфома, околоушная слюнная железа, диагностика

PROBLEMS OF PREOPERATIVE DIAGNOSIS OF ADENOLYMPHOMA OF PAROTID SALIVARY GLAND

Kuz'mina E.V., Sotnikova M.V., Nakonechnyi D.A.

Smolensk State Medical University, 28, Krupskoj St., 214019, Smolensk, Russia

Abstract

Objective. To improve the results of diagnosis of parotid salivary gland adenolymphoma.

Materials and methods. We conducted a retrospective analysis of 20 case histories of patients diagnosed with parotid salivary gland adenolymphoma who were treated in the department of maxillofacial surgery of the Smolensk Regional Clinical Hospital. Based on the results of the pathohistological examination of the postoperative material an analysis of the accuracy of clinical diagnosis, ultrasound and cytological examination was carried out.

Results. Adenolymphomas are more common in elderly men and are localized in the parotid salivary gland. Due to its diverse histological structure, there can be a different clinical, ultrasound and cytological picture, therefore, the effectiveness of preoperative diagnosis is low.

Conclusions. The informative value of ultrasound and cytological examination in adenolymphomas was 57% and 44%. It depends on the variant of the tumor structure and the qualifications of specialists. The complexity of the diagnosis of adenolymphoma requires the introduction of new methods of its preoperative verification to determine the correct treatment tactics. In case of doubtful results of cytological and ultrasound examination, a biopsy is recommended to determine the histological variant of the tumor.

Keywords: adenolymphoma, the parotid salivary gland, diagnosis

Введение

Наиболее часто новообразования слюнных желез локализуются в околоушной слюнной железе (ОУСЖ) – до 80% [3, 5, 6] и являются доброкачественными эпителиальными новообразованиями. Среди них второе место по встречаемости занимает аденолимфома (от 1,7 до 30%) [4, 5]. В большинстве случаев дооперационная диагностика опухоли вызывает трудности у врачей разных специальностей, что влияет на тактику и выбор методики хирургического лечения.

Изучение литературы, посвященной данному вопросу, свидетельствует о недостаточном количестве исследований, об отсутствии единого мнения на этиологию, клинику и диагностику аденолимфомы слюнной железы, а иногда и на противоречивость данных в разных регионах [1, 2, 3, 5]. Эта проблема затрагивает интересы не только стоматологов, челюстно-лицевых хирургов и онкологов, но и врачей ультразвуковой диагностики, цитологов, патологоанатомов. Все вышеизложенное делает диагностику аденолимфом актуальной для медицины в целом.

Цель исследования – улучшить результаты диагностики аденолимфом околоушной слюнной железы.

Методика

Нами был проведен ретроспективный анализ 20 историй болезни пациентов с окончательным диагнозом «Аденолимфома околоушной слюнной железы», которые находились на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) Смоленской областной клинической больницы (СОКБ) за последние 5 лет. Все больные поступали в стационар в плановом порядке, пройдя предварительное обследование в поликлиниках по месту жительства и морфологическое исследование в Смоленском областном онкологическом диспансере (СООД).

Госпитализированным пациентам в отделении ЧЛХ проводилось хирургическое лечение. Операционный материал подвергался патогистологическому исследованию, заключения которого были изучены в ходе данной работы. Нами был проведен анализ точности клинического обследования, ультразвукового и цитологического методов исследования как процент совпадения с патогистологическим диагнозом. Полученные в ходе работы результаты сравнили с данными научной литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Следует отметить, что большинство пациентов с аденолимфомами ОУСЖ составляли мужчины (12 человек – 60%) (табл. 1). По данным литературы на долю мужчин приходится 87% опухолей, что может свидетельствовать о роли гормональных факторов в патогенезе опухоли. Гистохимические исследования показали наличие прогестеронпозитивных клеток в эпителиальном компоненте аденолимфомы [5].

Средний возраст пациентов составил 60 лет: у мужчин – 58 лет (от 39 до 81 года), у женщин – 63 года (от 49 до 75 лет). Большинство авторов также выделяют преимущественно пожилой возраст пациентов – старше 60 лет [3, 5, 6].

Таблица 1. Распределение больных с аденолимфомой околоушной слюнной железы по полу и возрасту (n=20)

Возраст, пол	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61-70 лет	71-80 лет	81-90 лет	Всего
Мужчины	1	3	1	6	–	1	12 (60%)
Женщины	–	1	3	2	2	–	8 (40%)

Анализ жалоб пациентов свидетельствовал об отсутствии в них каких-либо типичных клинических признаков. В большинстве случаев больных беспокоило наличие образования в околоушной или занижнечелюстной областях и неприятные ощущения. Иногда они отмечали увеличение этого образования и появление болей на фоне простудных заболеваний или переохлаждения. При наличии воспалительных явлений больные обращались за медицинской помощью к терапевту и оториноларингологу, при их отсутствии – к врачу-стоматологу и онкологу. Установить точную длительность заболевания не всегда удавалось, так как оно протекало практически бессимптомно либо затухивало симптомами других заболеваний

(ангина, грипп и т.д.). Большинство больных замечало появление образования, когда его размеры достигали 2 см и более. Длительность анамнеза заболевания очень сильно варьировала и составляла от нескольких месяцев до 9 лет.

Зачастую врачи в поликлиниках расценивали патологию как хронический сиалоаденит, слюннокаменную болезнь, хронический лимфаденит и назначали курсы антибактериальной и противовоспалительной терапии по поводу данного заболевания. При этом 7 пациентов с аденолимомами ОУСЖ отмечали эффективность консервативной терапии, купирование болей и уменьшение образования в размерах.

На догоспитальном этапе больные консультировались врачом онкологом в СООД, где для уточнения диагноза проводилась морфологическая верификация образования. Цитологическое исследование было выполнено 18 (90%) пациентам, гистологическое – 2 (10%). Для уточнения диагноза и локализации процесса ультразвуковое исследование (УЗИ) было проведено 14 (70%) больным.

По результатам проведенного комплексного обследования пациенты направлялись на госпитализацию в отделение ЧЛХ СОКБ врачом онкологом со следующими диагнозами: 7 – «аденома околоушной слюнной железы», 4 – «киста околоушной слюнной железы», 3 – «смешанная опухоль околоушной слюнной железы», 3 – «хронический сиалоаденит», 2 – «лимфаденит», 1 – «боковая киста шеи слева с явлениями воспаления». Таким образом, на догоспитальном этапе точный диагноз не был поставлен ни одному пациенту. Ошибки в диагностике наблюдались у 50% больных.

В большинстве медицинских карт стационарных больных, к сожалению, отсутствует информация о возможных причинах заболевания, наличии вредных привычек, профессиональных вредностей, заболеваний у родственников. Это имеет важное значение, так как этиология развития аденолимфом до конца не изучена, что создает трудности в лечении и профилактике этих опухолей слюнных желез.

Анализ имеющихся анамнестических данных показал, что большинство пациентов (13 человек – 65%) с аденолимомами ОУСЖ связывали появление опухоли с недавно перенесенными вирусными заболеваниями (ковид инфекция, грипп, ОРВИ). В литературе имеются данные о связи развития этих опухолей слюнных желез с вирусом Эпштейна-Барр [5]. Под воздействием вируса в эпителиальных клетках слюнных желез происходят изменения в виде лимфоэпителиальной пролиферации и воспалительных изменений, характерных для аденолимфом. По данным литературы в 87% случаев множественных и билатеральных аденолимфом в цитоплазме неопластических клеток был найден измененный геном вируса Эпштейна-Барр [5]. Возможно, что и другие вирусы вызывают аналогичные изменения в структуре слюнных желез. Это требует дальнейших исследований.

Некоторые авторы указывают на связь курения с развитием аденолимфом слюнных желез, особенно у женщин [5]. В результате раздражающего воздействия табака происходит метаплазия эпителия слюнных желез. В историях болезни пациентов указание на длительное курение было лишь у 7 (35%) человек, среди них 5 женщин. Анализ сопутствующей патологии показал, что у 55% пациентов были заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь и др.), у 50% – желудочно-кишечного тракта (чаще желчекаменная болезнь), у 10% – сахарный диабет. 25 % пациентов не указывали у себя соматической патологии (табл. 2).

По данным литературы, аденолимфомы могут сочетаться с аутоиммунными и гормональными заболеваниями [5]. В нашем исследовании такой взаимосвязи выявлено не было. Наличие у большинства пациентов заболеваний сердечно-сосудистой системы не имело связи с аденолимомами ОУСЖ и было обусловлено их возрастными изменениями.

Результаты клинического обследования пациентов в стационаре показали, что чаще аденолимома наблюдалась в ОУСЖ с одной стороны – 18 человек (90%). Двустороннее развитие опухоли диагностировали у 2 (10%) пациентов. По данным разных авторов аденолимома в 5-14% случаев может развиваться билатерально (с двух сторон) и иметь мультицентрический характер роста, что является одной из её особенностей [5, 6].

У всех пациентов аденолимфомы располагались в поверхностной части околоушной слюнной железы в нижней её полюсе (в позадищелюстной области). Как правило, опухоли представляли собой узловое безболезненное подвижное округлой формы мягко эластичной консистенции, не спаянное с кожей. При пальпации аденолимфомы определялись ровные или неровные, но всегда четкие контуры. В некоторых наблюдениях (4 пациента) образования были плотно эластичной консистенции, болезненные при пальпации и ограниченно подвижные. У 5 пациентов (25%) определялись увеличенные регионарные лимфатические узлы. Следует отметить,

что клиническая картина аденолимфомы ОУСЖ не имела существенных отличий от других доброкачественных новообразований слюнных желез и часто напоминала плеоморфную аденому и кисту. В то же время при присоединении вторичной инфекции и наличии воспалительных явлений клиника аденолимфомы была похожа на хронический лимфаденит и сиалоаденит, что значительно затрудняло диагностику. При этом в общем анализе крови у пациентов (3 человека) наблюдался умеренный лейкоцитоз $10-11 \times 10^9$.

Таблица 2. Сопутствующие заболевания у больных с аденолимфомой околоушной слюнной железы (n=20)

Сопутствующие заболевания	Абсолютное число	%
Сердечно-сосудистой системы	11	55
Варикозное расширение вен	2	10
Желудочно-кишечного тракта всего:	10	50
из них желчекаменная болезнь	2	10
Сахарный диабет	2	10
Дыхательной системы	1	5
ЛОР-органов	1	5
Онкологические заболевания	1	5
Аллергические заболевания	1	5
Псориаз	1	5
Отсутствие соматической патологии	5	25

УЗИ является алгоритмом обследования пациентов с патологией слюнных желез и одним из наиболее простых и эффективных методов диагностики [2, 3]. Однако при обследовании больных с аденолимфомами ОУСЖ ультразвуковая картина была очень разнообразной и характерной для разных видов патологии. У 8 пациентов (57%) по данным УЗИ определялось объемное гипозоногенное образование неоднородной структуры, что было характерно для доброкачественной опухоли и позволило уточнить её размеры, контуры, локализацию и распространенность. В ряде исследований (у 4 больных) в образованиях определялся жидкостный компонент, который придавал им сходство с кистами и хроническими сиалоаденитами. У 5 пациентов (36%) при УЗИ ОУСЖ опухоль не была диагностирована, так как определялись один или несколько увеличенных лимфатических узлов, поэтому был поставлен диагноз лимфаденит или лимфаденопатия, а у 1 – метастазы в околоушные лимфатические узлы. При этом врачи должны знать, что 2,7% случаев аденолимфома может развиваться в над- и внутрижелезистых лимфатических узлах. Сложности в интерпретации данных были у 2 пациентов с аденолимфомами, так как имелось несколько заключений УЗИ, полностью отличающихся друг от друга, но среди которых присутствовали и достоверные сведения.

Анализ эффективности ультразвуковой диагностики в нашем исследовании показал, что только в 57% случаев (8 заключений) её данные совпали с патогистологическим диагнозом и соответствовали новообразованиям околоушной слюнной железы. Результативность ультразвуковой диагностики, несомненно, зависит от квалификации врача, который должен разбираться в анатомии и патологии слюнных желез. Однако метод не позволяет верифицировать характер опухоли.

Решающее значение в диагностике опухолей имеют морфологические методы исследования [2-6]. В настоящее время пациентам с подозрением на новообразование слюнной железы на дооперационном этапе рекомендуется выполнять тонкоигольную аспирационную биопсию (ТАБ) с последующим цитологическим исследованием материала. Данные об информативности этого метода диагностики у разных авторов значительно отличаются и колеблются от 60 до 98% [1, 4]. Ошибки и трудности в цитологической диагностике аденолимфом обусловлены многообразием вариантов гистологического строения этой опухоли, особенностями забора материала для исследования, квалификацией участвующих специалистов.

Нами было изучено 16 заключений цитологического исследования у больных с аденолимфомами ОУСЖ. При этом цитологическая картина была довольно разнообразной и характерной для разной патологии слюнных желез.

В 7 (44%) заключениях она была типичной для аденолимфомы, так как в ней присутствовали эпителиальные и лимфоидные клетки, иногда среди детрита и лейкоцитов встречались клетки, секретирующие слизь. Однако такая цитологическая картина требовала проведения

дифференциальной диагностики с мономорфной и плеоморфной аденомой. Данные этих цитологических исследований полностью коррелировали с ультразвуковой картиной.

У 4 (25%) пациентов цитограмма напоминала содержимое кистозной полости, в ней определялись слизеподобные массы, лимфоциты, элементы крови, макрофаги. При этом УЗИ показывало наличие жидкостного (анэхогенного) компонента. При этом варианте строения аденолимфомы необходимо было дифференцировать её с кистой слюнной железы. В 3 (19%) случаях цитологическая картина соответствовала сиалоадениту, в 2 (13%) – лимфадениту. При этом данные УЗИ также были малоинформативны и противоречивы.

Таким образом, цитологическая диагностика аденолимфомы вызывала большие трудности и не всегда позволяла дифференцировать её с воспалительным процессом, кистой и другими опухолями слюнных желез. По нашим данным информативность ТАБ составила всего 44%. В связи с этим у 2 пациентов для уточнения диагноза пришлось выполнять эксцизионную биопсию. В одном наблюдении по данным гистологического исследования был поставлен диагноз аденолимфомы. В другом – наличие ткани слюнной железы с кистозно расширенными протоками и массивной лимфоидной инфильтрацией интерпретировали как хронический сиалоаденит. При УЗИ у этого пациента обнаружили изменения поликистозного характера во всех слюнных железах и увеличенные лимфатические узлы.

По данным литературы, совпадение цитологического и гистологического диагноза при аденолимфоме составляет 34,2% [4]. Низкая эффективность цитологического метода объясняется вариантами гистологического строения аденолимфом. При классическом гистологическом строении этой опухоли, когда сочетание эпителиального и лимфоидного компонентов одинаковое (по 50%), цитологический диагноз чаще ставится правильно. В случаях, если количество эпителиального компонента в опухоли 20-30%, то в цитограмме будут преобладать элементы хронического воспаления или лимфатического узла (лимфоциты, лейкоциты, гистиоциты). Помимо этого, гистологическое строение аденолимфомы может характеризоваться экстенсивной плоскоклеточной метаплазией, тогда цитограмма будет содержать бесструктурное вещество с или без элементов воспаления, либо содержать клетки плоского или метаплазированного эпителия с ороговением и атипией. В таких случаях цитологические признаки не будут патогномичными для аденолимфом и могут быть характерны для любых кист или кистозных форм других опухолей слюнных желез, хронического сиалоаденита и лимфаденита. Мы считаем важным учитывать варианты строения опухоли и при отсутствии типичной цитологической картины, но наличии соответствующих клинических признаков, не исключать диагноза аденолимфомы. В случаях расхождения данных клинического, ультразвукового и цитологического обследования для дифференциальной диагностики аденолимфом необходимо проводить гистологическое исследование.

Выводы

1. Частота диагностических ошибок у пациентов с аденолимфомой околоушной слюнной железы остается высокой. Аденолимфомы чаще встречаются у мужчин пожилого возраста и локализуются преимущественно в околоушной слюнной железе.
2. Клиническая картина аденолимфомы ОУСЖ может быть разнообразной. Чаще она бывает характерной для доброкачественных опухолей и кист слюнных желез. При присоединении вторичной инфекции клиника может напоминать воспалительный процесс (сиалоаденит, лимфаденит, нагноившуюся кисту).
3. Информативность УЗ и цитологического исследования при аденолимфомах составила 57% и 44%. Она зависит от варианта строения опухоли и квалификации специалистов. При сомнительных результатах ультразвукового и цитологического исследования рекомендуется проведение биопсии для определения гистологического варианта опухоли.
4. Сложность диагностики аденолимфомы требует внедрения новых методик дооперационной её верификации для определения правильной тактики лечения.

Литература (references)

1. Бычков Д.В., Вязьмин А.Я., Батороев Ю.К., Байфа А.А. Ошибки дифференциальной диагностики объемных образований слюнных желез. – Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2011; 4-2 (80): 22-24. [Bychkov D.V., Vjazmin A.J., Batoroyev Yu.K., Baifa A.A. Errors of differential diagnostics of oncomas of the salivary glands. – Bulletin of the East Siberian Scientific Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical sciences (Russia). – 2011; 4-2 (80): 22-24 (in Russian)]
2. Бычков Д.В., Батороев Ю.К., Вязьмин А.Я. Проблемы дооперационной диагностики опухолей слюнных желез. – Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2011; Т. 105, 6: 33-36. [Bychkov D.V., Batoroev J.K., Vjazmin A.J. Problems of preoperative diagnostics of tumors of salivary glands. – Siberian Medical Journal (Irkutsk) (Russia). – 2011; Т. 105, 6: 33-36 (in Russian)]
3. Бычков Д.В., Алёшкин И.Г., Батороев Ю.К., Казимирский В.А., Кекидзе С.Ю., Хабудаева И.А., Рысина И.А. Проблемы клинической диагностики опухолей слюнных желез. – Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2016; Т. 142, 3: 58-61. [Bychkov D.V., Alyoshkin I.G., Batoroyev Yu.K., Kazimirsky V.A., Kekidze S.Yu., Khabudayeva I.A., Rysina I.A. Problems in clinical diagnostics of tumors. – Siberian Medical Journal (Irkutsk) (Russia). – 2016; Т. 142, 3: 58-61 (in Russian)]
4. Дударева И.В., Ерохина О.А. Информативность общепринятых методов цитологической диагностики аденолимфом. – Современная стоматология. – 2013; 2 (57): 93-96. [Dudareva I.V., Erokhina O.A. Information content of the conventional methods of cytological diagnosis adenolimfom. – Modern dentistry (Russia). – 2013; 2 (57): 93-96 (in Russian)]
5. Пачес А.И., Таболинская Т.Д. Опухоли слюнных желез. – М.: Практическая медицина, 2009. – 470 с.: ил. [Paches A.I., Tabolinskaya T.D. Tumors of the salivary glands. – Moscow: Practical medicine, 2009. – 470 p.: ill. (in Russian)]
6. Шумкова Э.Н., Балапанова А.Х., Алшериева У.А., Исаков А.Ж. Клинико-морфологические аспекты опухолей слюнных желез. – Вестник науки и образования. – 2020; 14-1 (92): 74-76. [Shumkova E.N., Balapanova A.Kh., Alsheriyeva U.A., Isakov A.Zh. Clinical and morphological aspects of salivary gland tumors. – Bulletin of Science and Education (Russia). – 2020; 14-1 (92): 74-76 (in Russian)]

Поступила 01.09.2023

Принята к печати 28.09.2023