

# Rak skóry okolicy przedusznej czy wznowa raka ślinianki? Znaczenie dobrze zebranego wywiadu

*Skin cancer located in preauricle region or salivary gland tumor recurrence? The role of accurate interview*

Joanna Jackowska, Małgorzata Wierzbicka, Tomasz Kopeć

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

## **Streszczenie**

*Autorzy przedstawili przypadek chorej z dwoma niezależnymi i zróżnicowanymi pod względem histopatologicznym nowotworami zlokalizowanymi w obrębie twarzy. Była to koincydencja raka skóry i przyusznicy. Celem opisu tego przypadku jest zwrócenie uwagi na trudności diagnostyczne ze względu na bliską lokalizację obu zmian.*

**Słowa kluczowe:** nowotwór skóry, nowotwór ślinianki przyusznej, trudności diagnostyczne.

## **Abstract**

*The authors present a case of a patient with two independent and histologically differentiated tumors of the face. It was a coincidence of skin cancer and parotid gland cancer. Diagnostic difficulties were associated with close location of two changes.*

**Key words:** skin cancer, parotid gland cancer, diagnostic problems.

(*Postępy w Chirurgii Głowy i Szyi 2012; 1: 8–10*)

## **Wstęp**

Mnogie nowotwory pierwotne w obrębie głowy i szyi stanowią duży problem diagnostyczny oraz ważną przyczynę niepowodzeń w leczeniu. Z badań epidemiologicznych wynika, że lokalizacja pierwszego ogniska nowotworowego w obrębie górnego odcinka dróg oddechowych lub drogi pokarmowej predysponuje do wystąpienia drugiego, niezależnego nowotworu w tym regionie. Odsetek drugich nowotworów pierwotnych rozwijających się w górnym odcinku dróg oddechowych i drogi pokarmowej wynosi 9–36%. Ponad połowa drugich nowotworów pierwotnych w obrębie głowy i szyi zostaje wykryta przed upływem 2 lat [1].

Nowotwory gruczołów ślinowych stanowią około 3% wszystkich guzów występujących w obrębie głowy

i szyi. Większość guzów ślinianek jest pochodzenia nabłonkowego, a tylko 10% stanowią zmiany nie-nabłonkowe, takie jak naczyniaki krwionośne i limfatyczne, chłoniaki i guzy gruczołowe. Około 25% guzów gruczołów ślinowych stanowią nowotwory złośliwe, wśród których wyróżnia się raki, chłoniaki złośliwe i mięsaki [6]. Rak gruczołowy (*adenocarcinoma*) rozwija się najczęściej w obrębie ślinianki przyusznej z komórek nabłonka przewodów ślinowych. Jest to nowotwór charakteryzujący się szybkim i agresywnym wzrostem, powodującym w krótkim czasie porażenie nerwu twarzowego oraz przerzuty do węzłów chłonnych [2, 3].

Rak płaskonabłonkowy (*squamous cell carcinoma* – SCC) to, obok raka podstawnokomórkowego (*basal cell carcinoma* – BCC), główny typ nowotworów skóry. Stanowią one łącznie około 96% wszystkich nowo-



tworów skóry. Rozwijają się one głównie w miejscach narażonych na promieniowanie słoneczne, takich jak nos, wargi, małżowina uszna, ale również skóra dłoni czy rąk. Czasem pojawiają się w miejscu wcześniejszych blizn. Częstość zachorowania na SCC zwiększa się wraz z wiekiem, szczególnie po 60. roku życia [4].

## Opis przypadku

W 2010 roku chora zgłosiła się z powodu asymetrii twarzy, niedomykania oka i wypuklenia okolicy przedusznej prawej. Dolegliwości stopniowo nasilały się od około 6 miesięcy. W 2009 roku usunięto jej w znieczuleniu miejscowym drobną zmianę skóry w okolicy skroniowo-jarzmowej po stronie prawej, zabieg ambulatoryjny przeprowadził chirurg w miejscu zamieszkania. Nie ma dokumentacji medycznej, uzyskano jedynie informację ustną od córki pacjentki, że był to rak skóry. Pacjentka nie wiązała obecnych dolegliwości z poprzednim zabiegiem, o usunięciu zmiany skórnej poinformowała dopiero po bezpośrednim zapytaniu o bliźniętą skórną zlokalizowaną około 2,5 cm powyżej aktualnie zmienionej okolicy. W badaniu przedmiotowym w chwili zgłoszenia stwierdzono guz prawej przyusznicy o średnicy około 4 cm, twarde, niebolesny, skóra nad guzem była zmieniona, zaczerwieniona, w części centralnej wciągnięta. Porażenie nerwu twarzonego prawego oceniono na 5. stopień w skali HB. Badania obrazowe – ultrasonografia i tomografia rezonansu magnetycznego – wskazywały na proces złośliwy obejmujący zarówno płat powierzchniowy, jak i płat głęboki ślinianki przyusznej. Zmiana była nieotrebkowana, o niskiej echogenności i intensywności sygnału, a pod dolnym biegunem przyusznicy stwierdzono 2 kuliste węzły chłonne o średnicy 1,2 cm i 1,8 cm. W badaniu cytologicznym z punkcji cienkoigłowej otrzymano wynik *cellule atypicae*.

Chorą ze względu na jednoznaczny obraz guza złośliwego ślinianki przyusznej zakwalifikowano do radykalnego leczenia operacyjnego. Wykonano parotidectomię całkowitą. Ostateczny wynik patologiczny: *adenocarcinoma*, według WHO *Adenocarcinoma not otherwise specified G1*. Zmianę usunięto w granicach zdrowych tkanek.

Po wygojeniu rany chora została skierowana na konsultację onkologiczną, niemniej ze względu na pełną radykalność zabiegu i niską promienioczułość nowotworu nie zakwalifikowano jej do uzupełniającej radioterapii.

Po około 6 miesiącach w górnym biegunie blizny pooperacyjnej pojawiło się kilkumilimetrowe owrzodzenie skóry, które po kolejnych 2 miesiącach nabrało charakteru głębokiego ubytku z obwałowanymi, sączącymi brzegami i głębokim naciekiem penetrującym do okolicy żuchwy, o średnicy około 2 cm. Badanie metodą tomografii komputerowej potwierdziło, że zmiana ma

charakter nacieku niszczącego okostną gałąź żuchwy, i wysunięto sugestię, że jest to wznowa raka ślinianki przyusznej. Chorą ponownie przyjęto do Kliniki. W drugiej historii choroby nie uwzględniono wywiadu dotyczącego resekcji zmiany skórnej, ta informacja nie została także później przesłana do patologów oceniających drugi preparat operacyjny. Chorą zakwalifikowano do reoperacji guza przyusznicy. W trakcie kolejnego zabiegu chirurgicznego usunięto egzofityczny guz skóry z okolicy przyusznej prawej wnikający w głąb w kierunku tkanek miękkich, mięśnia żwacza oraz żuchwy. Zmianę usunięto w całości, a ubytek skóry uzupełniono płatem skórnym przeniesionym. Dodatkowo usunięto węzły chłonne podżuchwowe po stronie prawej.

Chorą z raną wygojoną *per primam* skierowano bezpośrednio do uzupełniającego leczenia onkologicznego, niemniej nie mogła go podjąć przez kolejne 4 tygodnie ze względu na brak wyniku badania histopatologicznego. W toku wyjaśnień pomiędzy poradnią laryngologiczną, gdzie chora pozostawała pod stałą opieką i bezskutecznie dowiadywała się o wynik, a Zakładem Patologii okazało się, że lekarz patolog oceniający preparat zwołał konsylium ze względu na zaskakujące wyniki badania drobnowidowego. Zmiana miała histologiczny charakter SCC wywodzącego się ze skóry właściwej *Carcinoma planoepitheliale* i nie korelowała z poprzednim utkaniem raka ślinianki zdiagnozowanego w pierwszym zabiegu, tj. w parotidectomii. Dopiero sięgnięcie do historii choroby i przywołanie szczegółów wywiadu pozwoliło na ustalenie istoty schorzenia. U pacjentki z dwoma niezależnymi, metachronicznymi ogniskami nowotworowymi (przedział czasu pomiędzy rakiem skóry a rakiem przyusznicy powyżej 6 miesięcy) wystąpiła wznowa z pierwszego nowotworu złośliwego, czyli z SCC. Kolejnym etapem leczenia była uzupełniająca radioterapia. Chora jest obecnie monitorowana w przyklinicznej poradni i od 12 miesięcy pozostaje wolna od wznowy.



Ryc. 1. Wznowa raka skóry w obrębie blizny po parotidectomii całkowitej z powodu raka gruczołowego



## Omówienie

Autorzy niniejszej pracy przedstawiają przypadek pacjentki z dwoma niezależnymi nowotworami złośliwymi ze względu na rzadkość koincydencji raków skóry i przyusznicy. Oba to nowotwory o nieznanym czynnikiem etiopatogenetycznym, rzadko występują jednocześnie, w przeciwieństwie do mnogich nowotworów tytoniozależnych, rozwijających się synchronicznie lub metachronicznie na osi dróg oddechowych (krtań, oskrzele, płuco) lub drogi pokarmowej (jama ustna, gardło, przełyk, żołądek) [5, 6].

Kolejną kliniczną ciekawostką i – jak się okazało – trudnością było bezpośrednie sąsiedztwo tych dwóch nowotworów. Blizna po usunięciu raka skóry znajdowała się około 1 cm powyżej łuku jarzmowego i w chwili przeprowadzenia operacji przyusznicy nie budziła jakichkolwiek podejrzeń wznowy. Z kolei guz przyusznicy miał charakter typowej, głębokiej zmiany, a skóra z okolicy kąta żuchwy, wciągnięta w guz, była wraz z nim resekowana [7, 8].

Ciekawym aspektem pozostaje fakt niepowodzenia leczenia i wystąpienia wznowy. Niestety, autorzy nie dysponowali wynikami badania histopatologicznego zmiany skórnej usuniętej przez chirurga, z opisu pacjentki i rodziny wynikało jednak, że była to zmiana drobna i w całości została usunięta w znieczuleniu miejscowym. Z kolei guz przyusznicy charakteryzował się wysokim stopniem zaawansowania T4 i pomimo szerokiego zabiegu chirurgicznego, który patolog ocenił jako radykalny, dużo bardziej prawdopodobne wydawało się wystąpienie wznowy pochodzącej z drugiego nowotworu, czyli raka ślinianki [7].

Najważniejszym przesłaniem niniejszego opisu pozostają jednak względy organizacyjne. Przypadek ten pokazuje, jak ważne jest dokładne zebranie wywiadu i nielekceważenie nawet najdrobniejszych dolegliwości czy pozornie błahych zabiegów. Wskazuje również na bezwzględną konieczność przekazywania patologom pełnych danych klinicznych.

6. Suwała P, Wilczyński K, Barnaś S, Prudlak E. A rare case of multiple primary benign neoplasm of parotid gland: oncocytoma and adenolymphoma. *Otolaryngol Pol* 2009; 63: 89-92.
7. Bumpous J. Metastatic cutaneous squamous cell carcinoma to the parotid and cervical lymph nodes: treatment and outcomes. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 17: 1225.
8. Lima RA, Tavares MR, Dias FL, et al. Clinical prognostic factors in malignant parotid gland tumors. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 133: 702-8.

### Adres do korespondencji:

dr n. med. Joanna Jackowska

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

## Piśmiennictwo

1. Wierzbicka M, Szyfter W. Mnogie pierwotne nowotwory głowy i szyi – aktualny problem w onkologii laryngologicznej. *Współcz Onkol* 2003; 7: 276-83.
2. Bjørndal K, Krogdahl A, Therkildsen MH, et al. Salivary gland carcinoma in Denmark 1990-2005: a national study of incidence, site and histology. Results of the Danish Head and Neck Cancer Group (DAHANCA). *Oral Oncol* 2011; 47: 677-82.
3. Wierzbicka M, Kopeć T, Szyfter W, et al. The presence of facial nerve weakness on diagnosis of a parotid gland malignant process. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2012; 269: 1177-82.
4. Peat B, Insull P, Ayers R. Risk stratification for metastasis from cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck. *ANZ J Surg* 2012; 82: 230-3.
5. O'Hara J, Ferlito A, Takes RP, et al. Cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck metastasizing to the parotid gland: a review of current recommendations. *Head Neck* 2011; 33: 1789-95.

