

# Przypadek gruczolaka oksyfilnego, wyjątkowo rzadkiego guza krtani, współistniejącego z rakiem płuca

## Adenoma oxyphilicum an extremely rare case of tumour of the larynx and cancer lungs which are going together

*J. Kozakiewicz<sup>1</sup>, E. Teodorowicz<sup>1</sup>, A. Haczyńska-Partyka<sup>1</sup>,  
G. Myrcik<sup>2</sup>, D. Lange<sup>3</sup>, M. Szwabowicz<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Oddział Laryngologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 4 w Bytomiu  
Ordynator: dr n. med. *J. Kozakiewicz*

<sup>2</sup>Pracownia Histopatologiczna Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 4 w Bytomiu  
Kierownik: dr n. med. *G. Myrcik*

<sup>3</sup>Zakład Patologii Nowotworów Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie.  
Oddział w Gliwicach

Kierownik: dr n. med. *D. Lange*

<sup>4</sup>Zakład Radiologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 4 w Bytomiu  
Kierownik: dr n. med. *K. Załuszkowski*

### Summary

There was presented an extremely rare case of adenoma oxyphilicum of the larynx coexisting with the lung carcinoma. Diagnostical and medical conduct was thoroughly analyzed. It consisted such matters as detailed graphical examination, splitting of larynx, and radiotherapy and chemotherapy of lung cancer. The authors want to call attention to limited use fullness of competent lungs X-ray in a-p projection in recognizing the early stadium of lung cancer.

Hasła indeksowe:

Key words: adenoma oxyphilicum, tumour of the larynx, lung cancer

Otolaryngol Pol 2007; LXI (3): 311–314 © 2007 by Polskie Towarzystwo Otorynolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

### WSTĘP

Oksyfilny ziarnistokomórkowy gruczolak (*oncocytoma*) krtani jest niezwykle rzadkością. Pierwszy opis tego guza dotyczący małych gruczołów ślinowych podany został przez Korchiera w 1897 r. [9, 10]. Northeri (1946) opisał przypadek torbieli krtani otoczonej przez onkocyty. Vorsteen (1958), Capo (1965), Moller, Orntoft (1965) i Brandenburg (1967) opisali po 1 przypadku [16]. Od tamtego czasu guz opisywany był pod różnymi nazwami: *oncocytoma*, *oncocyctic papillary cystadenoma*, *papillary cystadenoma*, *oxyphilic granular cells adenoma* [3, 5, 7, 14]. Nazwa onkocyt pojawiła się w 1931 ro-

ku i dotyczyła przypadków dużych guzów ślinianek, trzustki, wątroby i jądra [8]. Onkocyty stanowią typ komórek nabłonkowych z dużą zawartością ziarnistości oksyfilnych w cytoplazmie. Złotym standardem w ich rozpoznaniu jest widoczny w mikroskopie elektronowym przerost mitochondrium [9]. Gruczolaki oksyfilne zbudowane są z litych, tubularnych i gruczołowych formacji dużych, nieregularnego kształtu, oksyfilnych, ziarnistych komórek z małymi nieregularnymi, ciemnopłamiistymi jądrami, mającymi jedno lub dwa jąderka [13, 17]. Do 1993 r. opisano jedynie 144 przypadki uszkodzeń onkocytarnych w krtani [9]. Natura neoplazmatyczna tych zmian w krtani została zakwe-

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

stionowana, a w zamian zaproponowano etiologię degeneracyjną [4, 6]. Dane z badań w mikroskopie elektronowym i histochemicznych wskazują na wysoki poziom aktywności metabolicznej w onkocycie [2], co podtrzymuje teorię bardziej aktywnej niż degeneracyjnej komórki. Etiologia tych zmian w krtani jest dlatego kontrowersyjna i ciągle podlega dyskusji. Gruczolak oksyfilny występuje między 50 i 70 rokiem życia, częściej u kobiet [2, 11]. Mimo że guz ten uznawany jest jako łagodny rozrost, odnotowano w literaturze przypadek rozrostu złośliwego z przerzutami do płuc, wątroby i mózgu [1, 13]. Stwierdzono 1 przypadek nawrotu 12 lat po usunięciu [12] i inny przypadek z nawrotem 2 lata po usunięciu [15]. Obecna praca dotyczy bardzo rzadko występującego gruczolaka oksyfilnego (*oncocyoma*) kieszonki krtaniowej. Wcześniej tego rodzaju guza o podobnej lokalizacji w krtani nie opisano.

## OPIS PRZYPADKU

Pacjent R.T., lat 68, historia choroby nr 8670/04, został przyjęty na Oddział Laryngologiczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 4 w Bytomiu w czerwcu z powodu narastającej chrypki i duszności wysiłkowej. Dolegliwości te pojawiły się sześć miesięcy przed przyjęciem do szpitala.

W dniu przyjęcia, badaniem laryngologicznym stwierdzono: morwowaty guz obejmujący lewy fałd nalewkowo-nagłośniowy, fałd kieszonki oraz kieszonkę krtaniową lewą przechodzący w dół do górnego brzegu fałdu głosowego lewego.

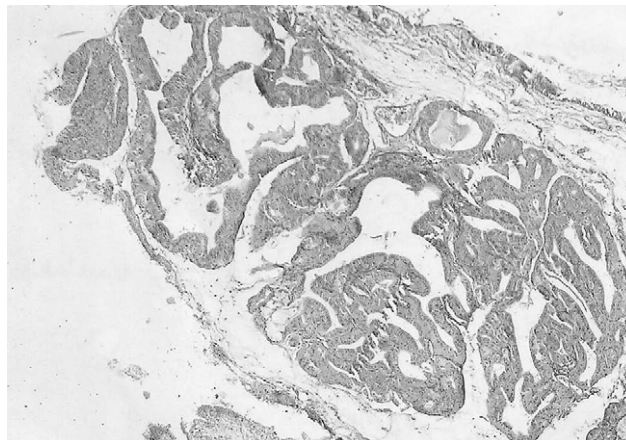
Lewa połowa krtani unieruchomiona. Pozostałe struktury krtani prawidłowe.

W badaniach dodatkowych bez odchyień od normy. RTG płuc wykazał nawarstwienia opłucnowe przy przedniej ścianie klatki piersiowej. Poza tym pola płucne bez zagęszczeń ogniskowych.

Nazajutrz po przyjęciu w direktoskopii pobrano wycinki z guza – wynik badania hist.-pat. nr 87708: *laryngitis chronica cum proliferacione epitheli plani* (Pracownia Histopatologiczna Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 4 w Bytomiu).

W TK szyi wykonanym w lipcu stwierdzono wyraźne pogrubienie lewego fałdu głosowego. Nie uwidoczniło powiększonych węzłów chłonnych oraz zmian destrukcyjnych w obrębie krtani.

Zdecydowano o konieczności ponownego pobrania wycinków w laryngoskopii bezpośredniej metodą Kleinsassera. Zabieg odbył się 5 lipca,



Ryc. 1. Dość dobrze odgraniczony, torbielowaty guz zbudowany z onkocytów. Barwienie H - E powiększenie oryginalne 40x

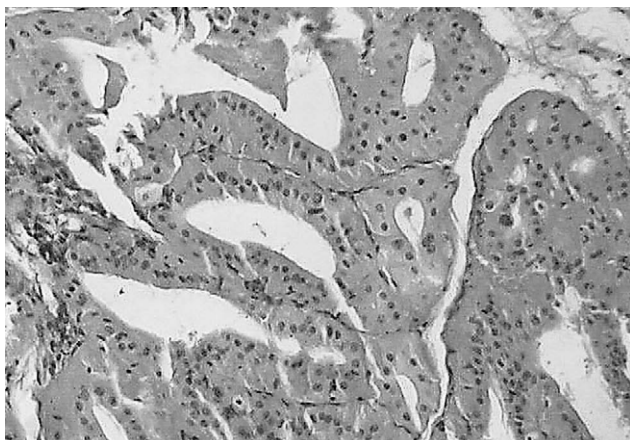
w badaniu hist.-pat. nr 87859 stwierdzono pod nabłonkiem obecność kilku cewek gruczołowych zbudowanych z komórek oksyfilnych, nie ustalając ostatecznego rozpoznania (Pracownia Histopatologiczna Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 4 w Bytomiu).

Wobec braku rozstrzygnięcia histopatologicznego, przy nietypowym obrazie endoskopowym krtani z unieruchomieniem jej lewej połowy, podjęto decyzję o usunięciu guza przez rozszczepienie chrząstki tarczowatej.

Zabieg poprzedzony wykonaniem tracheotomii z cięcia poziomego odbył się 27 sierpnia w znieczuleniu ogólnym.

Cięcie poprowadzono w linii środkowej szyi, po odpreparowaniu tkanek miękkich rozcięto chrząstkę tarczową uwidoczniając pogrubiałą morwowato fałd przedsionkowy lewy oraz głębiej leżące torbielowate twory, z których w czasie zabiegu wydobywała się wydzielina śluzowo-ropna. Opiswane zmiany usunięto w całości i przesłano do badania hist.-pat. Wykonano plastykę fałdu przedsionkowego lewego. Założono szwy warstwowe. Przebieg pooperacyjny niepowikłany. W czwartej dobie po rozszczepieniu krtani – dekaniulacja, w siódmej – usunięcie szwów. Wypisany w dziesiątej dobie po zabiegu, bez dolegliwości.

Wynik badania hist.-pat. nr 88529-531: W badaniu mikroskopowym bezpośrednio pod błoną śluzową widoczny był dość dobrze odgraniczony, jednak bez wyraźnej torebki, torbielowaty guz. Utkanie guza tworzyły liczne brodawki zbudowane z komórek o ziarnistej, zasadochłonnej cytoplazmie. Jądra komórkowe cechowały się niewielkim



**Ryc. 2.** Komórki o onkocytarnej cytoplazmie tworzące brodawki proliferujące w obręb przestrzeni torbielowych. Barwienie H - E powiększenie oryginalne 100x

pleomorfizmem, lokalizowały się w częściach centralnych komórek. W świetle torbieli widoczne były niewielkie ilości kwasochłonnych mas białkowych. Całość obrazu histologicznego pozwoliła na rozpoznanie *Cystadenoma oncocyticum* (dr n. med. G. Myrcik, Pracownia Histopatologiczna Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 4 w Bytomiu).

Rozpoznanie to zostało potwierdzone przez Zakład Patologii Nowotworów Centrum Onkologii – Instytutu w Gliwicach (dr n. med. D. Lange)

Podczas badania kontrolnego przeprowadzonego w 3 tygodniu od zabiegu stwierdzono gładką łożę po usuniętym guzie, niezmienny lewy fałd głosowy, przy szerokiej szparze głośni. Nastąpił częściowy powrót funkcji ruchowej lewej połowy krtani. Pozostałe struktury krtani bez odchyień od stanu prawidłowego. Pacjent pozostawał pod stałą kontrolą laryngologiczną, obejmującą także badania endoskopowe krtani.

W grudniu u pacjenta wystąpiło znaczne osłabienie, kaszel, spadek wartości morfotycznych krwi, przy wysokim OB. Hospitalizowany ponownie na Oddziale Laryngologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu. Przeprowadzona kontrolna telelaryngoskopia wykazała brak cech procesu ekspansywnego, obraz krtani zbliżony był do badania z września 2004 r. Po pełnej diagnostyce obrazowej płuca obejmującej RTG płuca, TK płuca oraz pobraniu wycinka z oskrzela lewego – badanie hist.-pat. nr 90413: *focus carcinomatosus planoepithelialis* (Pracownia Histopatologiczna Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 4 w Bytomiu) rozpoznano

nieoperacyjnego raka płaskonabłonkowego płuca lewego.

Po konsultacji w Centrum Onkologii-Instytucie im M. Skłodowskiej-Curie w Gliwicach pacjent został poddany radioterapii paliatywnej, która została przeprowadzona w dniach 8.02–15.02. 2005 r. Pacjent otrzymał 20 Gy/guz w pięciu frakcjach. Leczenie uzupełniono chemioterapią w III cyklach na Oddziale Onkologicznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu (Cis-platin, Novelbine). Ze względu na towarzyszący odczyn zapalny płuca zastosowano antybiotykoterapię, leki nasercowe, leki krwiotwórcze w związku ze spadkiem wartości morfotycznych krwi oraz leki przeciwbólowe.

Pomimo wdrożonego postępowania leczniczego stan pacjenta pogarszał się. Następowwała szybka progresja procesu nowotworowego płuca. Zgon nastąpił 7 maja 2005 roku.

## OMÓWIENIE

Powyższy przypadek opisano ze względu na wyjątkowo rzadko spotykaną lokalizację gruczolaka oksyfilnego, a także współistnienie nowotworu płuca, którego wczesne objawy zostały zamaskowane przez guz krtani.

W ocenie radiologicznej narządów klatki piersiowej, w tym śródpiersia, należy pamiętać o konieczności wykonywania rutynowo zdjęć w dwóch projekcjach (AP i bocznej).

Ważna jest współpraca lekarza radiologa i klinicyisty w celu określenia strategii wykonywania dodatkowych badań radiologicznych. W przypadku wczesnych zmian chorobowych, skąpych danych klinicznych, braku ewidentnych zmian w radiologii klasycznej – należy częściej sięgać do badań obrazowych TK i NMR.

## PIŚMIENICTWO

1. Anderson WAD. Pathology. Wyd. 2. ST. Louis, Mo: C.U. Mosby Co.; 1953. p 751–753.
2. Bell RD, Chamberlain D, Jahn AF. (1978): Oncocytic lesions of the larynx. Otolaryngol 1978; 7: 211–217.
3. Carlos A Oliveira, James A, Roth MD, George L. Adams, Minneapolis, Minnesota: Oncocytic lesions of the larynx. Laryngoscope 1977; 87: 1718–1721.
4. De Santo LW, Devine KD, Weiland LH. Cystis of the Larynx-Classification. Laryngoscope 1970; 80: 145–176.

5. Donald PJ, Krause CJ. Papillary Cystadenoma of the larynx. *Laryngoscope* 1973; 83: 2024–2028.
6. Gallagher JC, Puzon BQ. Oncocytic lesions of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1969; 78: 307–318.
7. Figi RA, Rowland WD, New GB. Cystadenoma of the larynx-report of 4 cases. *Arch Otolaryngol* 1944; 40: 445–450.
8. Hampel H. Oncocyten und Geschwulste der Speicheldrüsen. *Virchows Arch Pathol Anat Physiol* 1931; 282: 724–736.
9. Kessler R, Urban H. Das Onkozytom. Ein Beitrag zur Differentialdiagnostik der Kehlkopftumoren. *HNO* 1998; 46(6): 606–610.
10. Koschier H. Ueber prolapsus sinus morgani. *Wien Klein Wochenschr* 1897; 10: 815–820.
11. Lundgren J, Oloffsson J, Hellquist H. Oncocytic lesions of the larynx. *Acta Otolaryngol* 1982; 94: 335–344.
12. McFarland J. Histopathologic prognosis of salivary gland mixed tumors. *Am J Med Sci* 1942; 203: 502–519.
13. Martin-Hirsch DP, Lannigan FJ, Irani B, Batman P. Oncocytic papillary cystadenomatosis of the larynx. *J Laryngol Otol* 1992; 106(7): 656–658.
14. Oscar A. Capo: Oxyphilic Adenoma (Oncocytoma) of the Larynx. Presentation of a case. *Arch Otolaryngol* 1965; 82 July.
15. Barton RT. Oxyphilic adenoma of larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1972; 81(2): 256–257.
16. Skorpil F. Uber das Speicheldrüsenadenom. *Virchow, Arch Path Anat* 1940; 306: 714–736.
17. Vipulakom P. Oxyphilic cell adenoma of the larynx (oncocytoma). *J Laryngol Otol* 1969; 83(5): 501–503.

Adres autora:  
dr n. med. Jacek Kozakiewicz  
Al. Legionów 10  
41-902 Bytom

*Praca wpłynęła: 28.04.2006 r.*