

Rzadki przypadek tłuszczaka tylnej ściany gardła i przestrzeni przygardłowej

The rare case of lipoma of posterior wall of the pharynx and parapharyngeal space

Katarzyna Nowak, Jacek Banaszewski, Witold Szyfter

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

Article history: Received: 20.02.2015 Accepted: 15.04.2015 Published: 30.09.2015

STRESZCZENIE: Praca przedstawia rzadki przypadek tłuszczaka okolicy przestrzeni przygardłowej oraz gardła środkowego u 46-letniego mężczyzny. Tłuszczak ujawnił się nagle podczas jedzenia, dając uczucie przeszkody w gardle. Rozpoznanie przedoperacyjne ustalono na podstawie bardzo charakterystycznego obrazu KT (niska gęstość, obecność torebki, brak wzmocnienia kontrastowego oraz wykorzystanie techniki z supresją tłuszczu). Guz został usunięty operacyjnie w całości, z dojścia przez jamę ustną. Podkreślono rzadkość występowania guzów o tym utkaniu w obrębie przestrzeni przygardłowej i gardła, uwarunkowaną niewielką ilością tkanki tłuszczowej w tej okolicy, a także możliwość powstania burzliwych objawów obturacji dróg oddechowych wywołanych nagłym ujawnieniem się guza położonego w tkankach głębokich.

SŁOWA KLUCZOWE: guzy niezłośliwe gardła, tłuszczak, nagła duszność, dysfagia

ABSTRACT: The paper presents the rare case of lipoma of parapharyngeal space and oropharynx in 46-year-old man who came out suddenly while eating, giving the feeling of an obstacle in the throat. Preoperative diagnosis was based on a characteristic image of KT (low density, presence of capsule, lack of contrast gain and the use of fat suppression technique). The tumor was surgically removed in its entirety, from reaching the mouth. Emphasized the rarity of tumors of the weaving within the parapharyngeal space and throat, conditioned by a small amount of fat in this area, as well as the possibility of turbulent obstructive symptoms caused by the sudden disclosure of a tumor located deep in the tissues.

KEYWORDS: benign tumors, pharynx, lipoma, sudden dysnoea, dysphagia

Tłuszczaki są dość często występującymi niezłośliwymi nowotworami pochodzenia mezenchymalnego, zbudowanymi z dojrzałych komórek białej tkanki tłuszczowej bez cech atypii – adipocytów. Częstość ich występowania szacuje się na 1-4,4 proc. wszystkich nowotworów niezłośliwych [10, 11]. Mogą one się rozwijać w każdym wieku, a największa zachorowalność na nie występuje między 40. a 60. rokiem życia. Są to zazwyczaj małe, owalne, dobrze odgraniczone guzy o niewielkiej spistości, gąbczastej strukturze, łatwo przemieszczające się pod skórą, bardzo rzadko dające dolegliwości bólowe, dyskomfort

lub tkliwość, związane z uciskiem struktur otaczających bądź nerwów, najczęściej dają defekt wyłącznie kosmetyczny. Tempo ich wzrostu jest zazwyczaj bardzo powolne, a jako czynnik inicjujący powstanie tłuszczaka uważa się uraz lub uszkodzenie tkanek [4]. Czynnikiem ryzyka dla rozwoju tłuszczaków oprócz wieku średniego jest występowanie rodzinne, mnoga wrodzona tłuszczakowatość rodzinna, choroba Dercuma (*adipositas dolorosa*), zespół Gardnera (wariant rodzinnej polipowatości gruczołowej FAP, wieloobjawowa, autosomalnie dominująca wada wrodzona z towarzyszącymi niezłośliwymi guzami skóry



Ryc. 1. Badanie kliniczne pacjenta wykazało gładkie, pokryte prawidłową błoną śluzową wypuklenie tylnobocznej ściany gardła po stronie lewej



Ryc. 2. Skan TK w płaszczyźnie poprzecznej wykazuje duży rozmiarów, gładko odgraniczoną strukturę o charakterystycznie niskiej gęstości w skali Hounsfielda

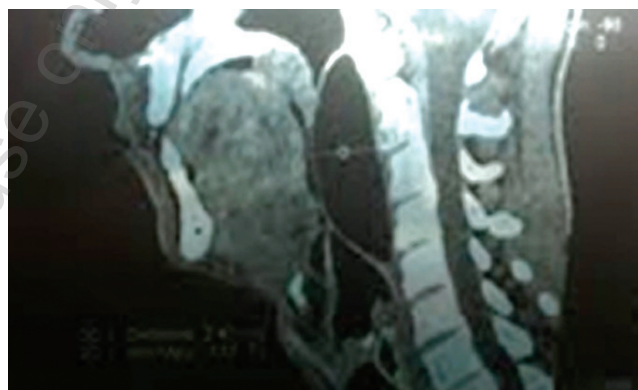
i tkanek miękkich). Guzy te lokalizują się najczęściej w obrębie głowy i szyi (ok. 13 proc.), kończyn górnych, dolnych, barku, brzucha, tuż pod skórą, w okolicy tkanki podskórnej, występując najczęściej pojedynczo, rzadziej mnogo [8]. Mogą również, choć znacznie rzadziej, rozwinąć się w dowolnym narządzie wewnętrznym ustroju, a lokalizacja w obrębie przestrzeni przygardłowej i gardła należy do rzadkości [1, 8, 9, 11, 12].

Praca przedstawia niezwykle rzadki przypadek tłuszczaka, który ujawnił się nagle podczas jedzenia jako występująca przeskoda w gardle utrudniająca połykanie.

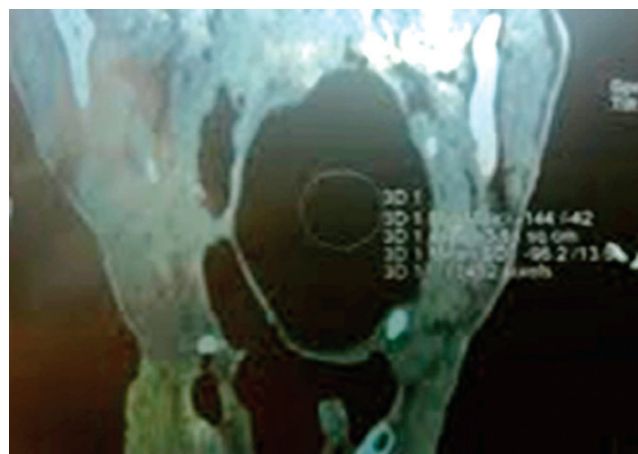
OPIS PRZYPADKU

Pacjent, lat 46 (nr historii choroby 23821/2011), skierowany do Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Poznaniu z powodu guza przestrzeni przygardłowej wypuklającego się na tylnobocznej ścianie gardła po stronie lewej do wszystkich pięter gardła i zwężającego pasaż pokarmowy i powietrzny. Pacjent zgłaszał pojawienie się tego guza mniej więcej miesiąc wcześniej podczas jedzenia, w ciągu kilku sekund jako nagle występujące trudności w połykaniu. Z tego powodu był hospitalizowany i diagnozowany w jednym ze szpitali rejonowych. W badaniu klinicznym stwierdzono duży, pokryty gładką, prawidłową błoną śluzową naciek wypuklający się na tylnobocznej ścianie gardła po stronie lewej, ciągnący się od nosowej części gardła aż do jego części krtaniowej (ryc. 1).

Guzy nie dawał żadnych dolegliwości oprócz uczucia zawadzenia. W badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono żadnych odchyśleń,



Ryc. 3. TK w płaszczyźnie czołowej uwiidocznia poprzeczny i podłużny wymiar guza



Ryc. 4. TK w płaszczyźnie strzałkowej zobrazowała stopień obturacji gardła przez ogromny, wypuklający się guz

wykonana TK głowy z kontrastem wykazała w przestrzeni przygardłowej po stronie lewej zmianę o charakterze tłuszczaka. Od góry rozpoczynał się on na poziomie podniebienia, ku dołowi dochodził do krtani. Wykazywał torebkę, przemieszczając struktury szyi na stronę prawą. Wymiary guza wynosiły 2,47 x 4,94 x 7,99 mm. Gęstość zmiany do (-90,7 jH) nie ulegała wzmocnieniu kontrastowemu. Na podstawie badania zdiagnozowano obecność olbrzymiego tłuszczaka przestrzeni przygardłowej.

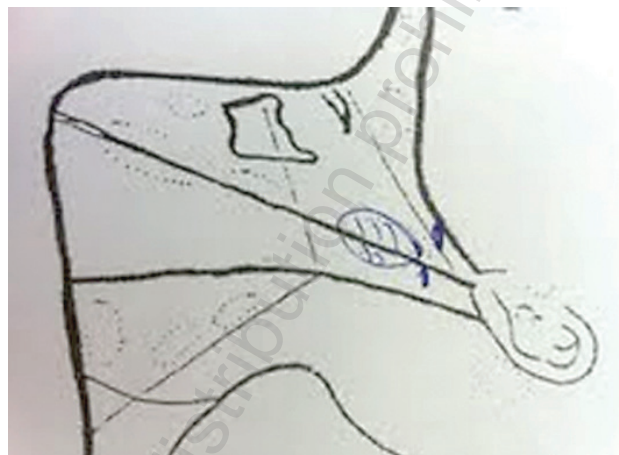
W badaniu ultrasonograficznym stwierdzono po stronie lewej, w przestrzeni przygardłowej, otorebkowany guz o wysokiej echogenności, bez cech przepływu naczyniowego w badaniu USG Dopplera. Obraz sugerował obecność tłuszczaka lub torbieli wypełnionej gęstą treścią.

Pacjent został zakwalifikowany do zabiegu z dostępu wewnątrzustnego w znieczuleniu ogólnym. Po podłużnym nacięciu liniowym błony śluzowej tylnej ściany gardła po stronie lewej wyluszczone i usunięto w całości duży (6 x 3 x 5 cm), otorebkowany guz o charakterze tłuszczaka. Następnie, po wykonaniu hemostazy, zszyto błonę śluzową. Przebieg pooperyacyjny bez dolegliwości bólowych, bez powikłań. Pacjent w bardzo dobrym stanie miejscowym i ogólnym został wypisany do domu w 3. dobie po zabiegu. W badaniu histopatologicznym materiału operacyjnego (ZAP Poznań) stwierdzono obecność utkania niezłośliwego tłuszczaka – lipoma.

OMÓWIENIE

Nowotwory niezłośliwe gardła, oprócz zwykłych włókniaków i brodawczaków, należą do rzadkości. Rozwijają się najczęściej zupełnie bezobjawowo, za wyjątkiem guzów o dużych rozmiarach, dających objawy obturacji bądź ucisku. Do nowotworów tylko sporadycznie zajmujących tę okolice należą tłuszczaki, rozwijające się z tkanki tłuszczowej, która w tym rejonie znajduje się w bardzo nieznacznej ilości.

Diagnostyka guzów o charakterze tłuszczaków polega na badaniu klinicznym oraz, w przypadkach zlokalizowanych w tkankach głębokich, badaniach radiologicznych: TK lub MR. W omawianym przypadku wykonane badanie TK na podstawie bardzo charakterystycznych cech pozwoliło na ustalenie charakteru guza, dokładną ocenę lokalizacji oraz rozległości guza i pozwoliło na zaplanowanie techniki zabiegu operacyjnego. W badaniu tym tłuszczaki obrazują się jako wyraźnie odgraniczony, homogenny obszar o niskiej gęstości (od -60 do -120 jH), nieulegający wzmocnieniu kontrastowemu (ryc. 2, 3). W badaniu MR tłuszczaki demonstrują wysoką intensywność sygnału zarówno w czasie T1-, jak i T2-zależnym. W celu zróżnicowania charakteru zmiany przy-



Ryc. 5. Badanie ultrasonograficzne przezskórne oraz endoskopowe wykazało w lewej przestrzeni przygardłowej otorebkowany guz bez cech przepływu naczyniowego



Ryc. 6. W badaniu ultrasonograficznym stwierdzono obszar hiperechogeny o bardzo wyraźnym odgraniczeniu

datne jest wykorzystanie technik z supresją tłuszczu, które wykazują znaczne obniżenie intensywności sygnału, lub podanie kontrastu, np. gadolinium [3, 15]. Niektórzy autorzy zalecają również w przypadku podejrzenia tłuszczaka wykonanie angiografii, jednak badanie to ma znacznie mniejszą wartość diagnostyczną [8].

Zadziwiające jest ujawnienie się opisywanej zmiany w ciągu kilku sekund, jednak podobne przypadki są opisywane w piśmiennictwie nawet jako zagrażające życiu, kiedy – co jest niezwykle rzadkością – prowadzą do obturacji dróg oddechowych i uduszenia [1, 5, 6]. Wydaje się, że tłuszczaki ujawniające się w takim dramatycznym scenariuszu, rozwijające się przecież zazwyczaj bardzo powoli, dopiero po osiągnięciu dużych rozmiarów w głębi tkanek i po zadziałaniu czynnika uwalniającego, jakim może być np. kaszel, torują sobie drogę wyjścia na zewnątrz dróg oddechowych lub pokarmowych z głębiej położonych tkanek poprzez miejsce zmniejszonej

oporności [6, 13, 14]. W takich ekstremalnych przypadkach konieczna jest niekiedy nawet hospitalizacja w szpitalnych oddziałach ratunkowych.

W bazie PubMed zamieszczono tylko 29 przypadków tłuszczaków przestrzeni przygardłowej, w tym jego różne odmiany histopatologiczne: typowy tłuszczak, naczyńniakotłuszczak, włókniakotłuszczak, chrząstkiakotłuszczak, śluzowiakotłuszczak lub tłuszczak wrzecionowatokomórkowy. Tak niewielka licz-

ba opisywanych guzów jest uwarunkowana niewielką ilością tkanki tłuszczowej w opisywanej okolicy, jednak należy pamiętać o możliwości ich rozwoju i konieczności uwzględnienia ich w diagnostyce różnicowej nawet w tym rejonie.

Opisywany przypadek pokazuje, że tłuszczaki przestrzeni przygardłowej, osiągające niekiedy znaczne rozmiary, choć rzadkie, jednak potencjalnie niebezpieczne, mogą się ujawnić w sposób nagły, a nawet zagrażający życiu.

Piśmiennictwo

1. Abdullah B.J.J., Liam C.K., Kaur H., Mathew K.M.: Parapharyngeal space lipoma causing sleep apnoea. *Br. J. Radiol.*, 1997; 1063-1065.
2. Calhoun N.R.: Lipoma of submandibular space: Report of a case. *Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol.*, 1964; 17: 815-817.
3. Eckel H.E., Jungehülsing M.: Lipoma of the hypopharynx: pre-operative diagnosis and transoral resection. *J. Laryngol. Otol.*, 1994; 108(2): 174-177.
4. Enzinger F.M., Weiss S.W.: *Soft tissue tumors*. Mosby, Saint Louis 1995.
5. Fyfe B., Mittleman R.E.: Hypopharyngeal lipoma as a cause of sudden asphyxial death. *Am. J. Forensic Med. Pathol.*, 1991; 12: 82-84.
6. Gierek T., Majzel K., Zbrowska-Bielska D., Gaździk M.: Rozległy, nieotorbiony tłuszczak gardła. *Otolaryngol. Pol.*, 1993; 5: 472-475.
7. Holt B., Fergusson X., Partridge X.: Fatty pendulous tumor of the hypopharynx and larynx. *Trans. Path Soc. Lond.*, 1854; 5: 123-125.
8. Kennedy K.S., Wotowic P.J., St John J.N.: Parapharyngeal fibrolipoma. *Head Neck*, 1990; 12(1): 84-87.
9. Martinez S.A.: Retropharyngeal lipoma causing symptoms of obstructive sleep apnoea. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 1996; 628-630.
10. Navaneetham A., Rao A., Gandhi A., Jeevan C.A.: Lipoma involving the masticator space. *Ann. Maxillofac. Surg.*, 2011; 1: 93-94.
11. Osuch-Wójcikiewicz E., Bruzgielewicz A., Chęciński P., Szwedowicz P., Bąk I., Niemczyk K.: Guzy łagodne przestrzeni przygardłowej. *Otolaryngol. Pol* 2011; 65 (Sup 5): 67-72.
12. Penfold J.B.: Lipoma of the hypopharynx. *BMJ*, 1952; 1: 1286.
13. Rogers J., Patil Y., Strickland-Marmol L., Padhya T.: Lipomatous tumors of parapharyngeal space: Case series and review of literature. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 2010; 136: 621-624.
14. Som P.M., Scherl M.P., Rao V.M., et al.: Rare presentations of ordinary lipomas of the head and neck: a review. *Am. J. Neurorad.*, 1986; 7: 657-664.
15. Stäbler A., Ertl-Wagner B., Hartmann M.: *Radiologia – ćwiczenia praktyczne*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2006: 214.

Word count: 1180 Tables: – Figures: 6 References: 15

Access the article online: DOI: 10.5604/20845308.1168561 Full-text PDF: www.otorhinolaryngologypl.com/fulltxt.php?ICID=1168561

Corresponding author: Katarzyna Nowak; Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej UM ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań, Polska; tel.: +48 61 8691387; fax: +48 61 8691690; adres e-mail: k.nowak007@gmail.com

Copyright © 2015 Polish Society of Otorhinolaryngologists Head and Neck Surgeons. Published by Index Copernicus Sp. z o.o. All rights reserved

Competing interests: The authors declare that they have no competing interests.

Cite this article as: Nowak K., Banaszewski J., Szyfter W.: The rare case of lipoma of posterior wall of the pharynx and parapharyngeal space. *Pol Otorhino Rev* 2015; 4(3): 48-51

This copy is for personal use only - distribution prohibited.

