

Сиалолипома околоушной слюнной железы

Белорусский государственный медицинский университет

Приводятся клинические примеры, подтверждающие целесообразность клиничко-морфологического выделения особой формы внутриорганной липомы околоушной слюнной железы – сиалолипомы. Рассматриваются особенности диагностических критериев и хирургического лечения данных опухолей.

Ключевые слова: околоушная слюнная железа, липома, хирургическое лечение.

Достаточно большое присутствие жировой ткани в структуре околоушных слюнных желез может явиться морфологическим субстратом для развития внутриорганной липомы. Внутриорганная локализация липомы в околоушной слюнной железе составляет 1-3 % всех опухолей околоушных слюнных желез [1, 3, 9]. Внутриорганная липома может располагаться не только в поверхностном, но и в глубоком отделе околоушной слюнной железы, могут иметь сложную анатомическую форму с непростыми топографо-анатомическими взаимоотношениями с кровеносными сосудами, выводными протоками и ветвями лицевого нерва [6, 7]. Приблизительно 90 % этих опухолей – липомы с типичной морфологической структурой, состоящей из зрелой жировой ткани. Отличительным дифференциально-диагностическим признаком липомы от липоматоза, наблюдаемом при реактивно-дистрофических процессах в слюнной железе, является наличие тонковолокнистой соединительнотканной оболочки, окружающей опухоль [2].

Nagaо [7] на основании 7 наблюдений описал новую морфологическую форму опухолей слюнных желез и предложил ее классифицировать как «сиалолипома». Отличительной структурной особенностью этой формы опухоли является наличие среди зрелой жировой ткани островков железистой ткани, состоящих из ацинарных клеток, немногочисленных протоковых структур и мелких ветвей нерва, с четкой визуализацией достаточно тонкой волокнистой оболочки, окружающей опухоль.

Строение сиалолипомы может предположить более агрессивный характер роста опухоли и определенные технические трудности при хирургическом удалении данных опухолей по сравнению с типичными внутриорганной липомой слюнной железы [4]. Наличие волокнистой оболочки, окружающей опухоль, позволяет дифференцировать ее от липоматоза железы. Дифференциальная диагностика должна быть проведена также с липоаденомой и плеоморфной липоаденомой. Липоаденома представлена комбинацией жировой ткани и протоков, содержащих эозинофильный белковый компонент, но, в отличие от сиалолипомы, лишена ацинарных клеток [2, 5]. По данным Seifert и др. [8, 9] плеоморфная липоаденома характеризуется наличием структурных элементов, характерных для плеоморфной аденомы на фоне зрелой жировой ткани, которая составляет более 90 % массы опухоли.

В последующем Fregnani, и соавт. (2003) опубликовали работу [4], подтверждающую правомочность термина «сиалолипома», целесообразность выделения этих опухолей из липом на основе их морфологических особенностей и дальнейшего изучения их гистогенеза, особенностей клинического течения и лечения.

Цель исследования – на имеющемся клиническом материале проанализировать целесообразность выделения особой формы внутриорганной липомы околоушной слюнной железы – сиалолипомы, определить основные клиничко-диагностические критерии, характерные для данной опухоли и оптимизировать методику ее удаления, основанную на применении микрохирургической техники.

Материал и методы

Проведено клиническое обследование и хирургическое лечение 16 человек с внутриорганными липомами околоушных слюнных желез.

С целью предоперационного обследования применялись методы диагностики: ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная компьютерная томография и пункционная биопсия. Исследования проводились на базе Минского консультационно-диагностического центра и отделения лучевой диагностики Республиканской клинической больницы «Аксаковщина».

Лечение пациентов проводилось в отделении челюстно-лицевой хирургии №1

9-ой городской клинической больницы г. Минска. Удаление опухоли проводилось с использованием операционной оптики и набора микрохирургического инструментария. Операционный материал (удаленная опухоль) подвергался последующему морфологическому исследованию в условиях патолого-анатомического отделения.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного анализа данных, полученных при проведении предоперационного обследования, сопоставив их с особенностями, выявленными при хирургическом вмешательстве и результатами морфологического исследования удаленных опухолей считаем, что из 16 пациентов с внутриорганными липомами околоушных слюнных желез – у 3 имела место сиалолипома.

В анамнезе заболевания все пациенты с сиалолипомами прослеживали четкую тенденцию опухоли к росту от момента ее обнаружения. При ультразвуковом исследовании внутриорганных липом отмечалась следующая картина – в толще околоушной слюнной железы определялось образование с четким контуром, имеющее гипэхогенную структуру с гиперэхогенные линейные включения, что создавало типичную для жировой ткани полосатую перистую эхогенность. На основании изучения результатов магнитно-резонансной компьютерной томографии обнаружено, что типичная липома на T1-томограммах имеет относительно однородную структуру, по характеристикам сигнала идентичную жировой ткани (рис. 1).

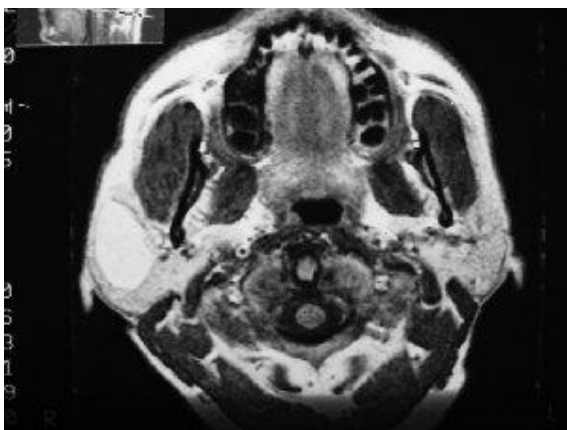


Рис. 1. Внутриорганная липома околоушной слюнной железы.

При сиалолипоме же на T1-томограммах прослеживается четко выраженная неоднородность структуры опухоли, свидетельствующая о включении в нее разнородных тканей – жировой и железистой (рис. 2).

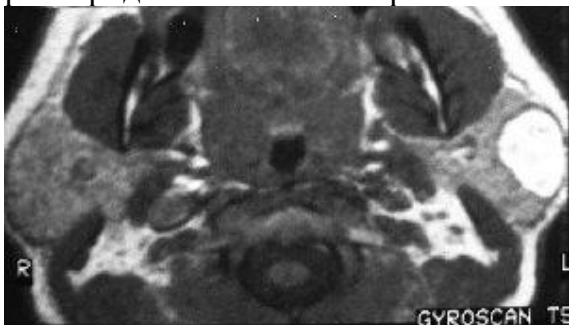


Рис. 2. Сиалолипома околоушной слюнной железы.

Результат пункционной биопсии опухолей у всех обследуемых пациентов – липома.

Особенностью хирургического лечения являлось то, что у всех пациентов удаление внутриорганных липом проводилось с использованием операционного микроскопа, что давало реальную возможность хорошей визуальной дифференцировки оболочки опухоли от окружающей ее железистой ткани и прилежащих к ней кровеносных сосудов и ветвей лицевого нерва. При этом необходимо отметить, что удаление типичных липом даже из глубоких отделов околоушной слюнной железы не было сопряжено с особыми техническими трудностями. Из 3 пациентов с сиалолипомами у двоих имели место определенные технические трудности при хирургическом выделении опухоли. Так, даже с применением операционной оптики, порой оболочка опухоли недостаточно хорошо «читалась» и, с целью соблюдения радикализма операции, на данных участках приходилось выделять опухоль вместе с прилежащими к ней дольками железы. Кроме этого, если при типичной липоме опухоль могла только прилежать к ветвям лицевого нерва и достаточно легко от них отделяться, то у одного пациента с сиалолипомой отмечалось включение в опухолевый процесс мелких веточек лицевого нерва, которые приходилось пересекать при удалении опухоли, что однако в последующем не повлекло за

собой развития клинических проявлений травматического неврита, вследствие функциональной незначительности данных структур.

Послеоперационный период у всех пациентов протекал без осложнений.

Описание морфологической структуры всех 16 удаленных опухолей подтвердил диагноз – липома. Однако у 3 пациентов среди зрелой жировой ткани присутствовали участки железистой ткани, состоящие из ацинарных клеток и протоков. Прилежащая железистая ткань резецированных участков имела признаки атрофии, жирового и лимфоидного перерождения.

Выводы

1. Полученные данные находят подтверждение целесообразности выделения особой формы опухоли – сиалолипомы, что имеет определенное значение не только в морфологическом, но и клиническом плане.
2. Ретроспективный анализ данных магнитно-резонансной компьютерной томографии после проведенного морфологического исследования удаленных опухолей, позволяет предложить данный метод с целью проведения дифференциальной диагностики сиалолипом и внутриорганных липом слюнной железы.
3. Удаление сиалолипомы околоушной слюнной железы может быть сопряжено с определенными техническими сложностями, не исключая проведение частичной резекции железы и включенных в опухолевый процесс мелких веточек лицевого нерва.
4. Применение микрохирургической операционной техники при удалении внутриорганных липом и сиалолипом околоушной слюнной железы позволяет, наряду с радикальностью удаления опухоли, избежать возможных послеоперационных осложнений.

Литература

1. Baker, SE, Jensen, JL, Correll, RW: Lipomas of the parotid gland. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 52:167 – 171,1981
2. Cawson, RA, Gleeson, MJ, Eveson, JW: Mesenchymal, lymphoreticular, metastatic and periglandular tumours and other uncommon types of salivary gland tumours., In: Cawson, RA, Gleeson, MJ, Eveson JW(Eds.), *Pathology and Surgery of the Salivary Glands*. Isis Medical Media, Oxford, p.175,1997
3. DelBalso A: Salivary imaging. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 7:387 – 422, 1995
4. Fregnani, ER, Pires, FR, Falzoni R, Lopes, MA, Vargas, PA: Lipomas of the oral cavity: clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46cases. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 32:49 – 53,2003
5. Hirokawa M, Bando Y, Tashiro T, Kuma S, Kawata I, Sano T: Parotid lipoadenoma with sclerotic and polycystic changes. *Virchows Arch* 440:549 – 550,2002
6. Kyriakos M, El-Mofty S: Pathology of selected soft-tissue tumors of the head and neck., In: Thawley, SE, Panje, WR, Batsakis, JG, Lindberg RD (Eds.), *Comprehensive Management of Head and Neck Tumors*, 2nd edition. W.B. Saunders, Philadelphia, pp.1322 – 1394,1999

7. Nagao T, Sugano I, Ishida Y, Asoh A, Munakata S, Yamazaki K, Konno A, Kondo Y, Nagao K: Sialolipoma: a report of seven cases of a new variant of salivary gland lipoma. *Histopathology*, 38:30–36, 2001
8. Rabinov, JD: Imaging of salivary gland pathology. *Radiol Clin North Am*, 38:1047–1057, 2000
9. Seifert G, Donath K, Schafer R: Lipomatous pleomorphic adenoma of the parotid gland: classification of lipomatous tissue in salivary glands. *Pathol Res Pract* Литература 195:247–252, 1999