

## **Acinic cell carcinoma ślinianki przyusznej o nietypowym obrazie klinicznym i niekorzystnym przebiegu**

Acinic cell carcinoma of glandule parotidea presenting untypical clinical symptoms and their bad prognosis

Józef Andrzej Komorski, Jan Marian Nienartowicz

### **Streszczenie**

Diagnostyka różnicowa w guzach szyi na pierwszym miejscu stawia rozpoznanie zmian nowotworowych. W przypadku guzów szyi są to najczęściej niestety późne objawy choroby, ale u pacjentów z pierwotnym ogniskiem nowotworowym w obrębie głowy i szyi, guz szyi jest często pierwszym objawem choroby. Autorzy opisują przypadek kliniczny guza szyi o początkowo niejasnej etiologii. Przeprowadzona diagnostyka przedoperacyjna w postaci wykonywania badania USG, punkcji cienkoigłowej, rezonansu magnetycznego, angiografii tt. szyjnych oraz badania wideostroboskopowego miała znaczenie w planowaniu leczenia chirurgicznego, ale dopiero śródoperacyjny obraz kliniczny pozwolił na stwierdzenie, że guz wywodzi się z dolnego bieguna ślinianki przyusznej. Przedoperacyjne rozpoznanie histopatologiczne uzyskane z punkcji cienkoigłowej: Cellulae carcinomatosae oraz obraz kliniczny decydowały o wykonaniu operacji blokowej wraz z usunięciem układu chłonnego szyi oraz o rekonstrukcji ubytku tkanek szyi za pomocą płata piersiowego. Uzyskano wówczas potwierdzenie histopatologiczne raka płaskonabłonkowego nierogowacjącego tylko w zmianie zasadniczej bez przerzutów do węzłów chłonnych oraz wolne od nacieków marginesy tkanek okolicznych. Dwa i pół roku po zabiegu pacjent zgłosił się z guzem zlokalizowanym na przedniej ścianie klatki piersiowej oraz dwoma szybko powiększającymi się guzami okolicy karku. W pobranym wycinku z guza na przedniej powierzchni klatki piersiowej uzyskano rozpoznanie acinic cell carcinoma. Ponowna weryfikacja histopatologiczna zmiany zasadniczej umożliwiła zmianę rozpoznania na acinic cell carcinoma manifestujący się w zmianie zasadniczej mniej wyraźniej niż w przerzucie. Pogarszający się stan ogólny pacjenta, jego wyniszczenie nowotworowe, problemy z poruszaniem się oraz podejrzenie przerzutów do wątroby potwierdzone w USG jamy brzusznej oraz radiologiczne zmiany w kościach sprawiły, że odstąpiono od leczenia chirurgicznego ze względu na rozsiany proces nowotworowy, a pacjenta skierowano do leczenia paliatywnego.

**Hasła indeksowe:** acinic cell carcinoma, guz szyi

## **Abstract**

Differential diagnosis of neck tumours puts precedence on diagnosing neoplastic lesions. In the case of neck tumours, these are unfortunately late signs, but in patients with a primary neoplastic focus within the head and neck, neck tumour is often the first sign of the disease. The authors describe a clinical case of neck tumour with initially unclear etiology. The preoperative diagnostics including ultrasonography, thin-needle puncture, MRI, carotid angiography and videostroboscopy was significant for surgical treatment planning; yet it was the intraoperative clinical picture which indicated that the tumour derived from the inferior parotid pole. The preoperative histopathological diagnosis using thin-needle biopsy: cellular carcinomas and the clinical picture resulted in block operation with neck lymphatic system removal and tissue defect reconstruction by means of a pectoral flap. The histopathological examination confirmed non-cornifying basal cell epithelioma only in the essential lesion with no metastases to lymph nodes and surrounding tissue margins free of infiltrates. Two and a half years after the procedure, the patient presented with a tumour localized on the front thoracic wall and two rapidly enlarging tumours in the nape of the neck. In the collected specimen of the tumour on the front thoracic wall, a diagnosis of acinic cell carcinoma was made. The deteriorating general condition of the patient, his cancer emaciation, problems with movement and suspected liver metastases confirmed by abdominal USG as well as radiological bone lesions resulted in the abandonment of surgical treatment due to disseminated neoplastic process and the patient was referred for palliative care.

**Key words:** acinic cell carcinoma, neck tumour