

Afekcie veľkých slinných žliaz – súbor kazuistík z maxilofaciálnej chirurgie

/Pathology of major salivary glands – case reports from department of maxillofacial surgery/

MUDr., MDDr. Filip Kubec¹, MUDr., MDDr. Juraj Abelovský¹, MDDr. Dorota Štorcelová¹, MDDr. Juraj Gembeš¹, MDDr. Barbora Hocková¹, MUDr. Jakub Macura¹, MUDr. Dušan Poruban, PhD.¹, MUDr. Rastislav Slávik, MHA^{1,2}, MUDr., MDDr. Adam Stebel, PhD.^{1,2}

1. Klinika maxilofaciálnej chirurgie Slovenskej zdravotníckej univerzity (SZU)

a Fakultnej nemocnice s poliklinikou F. D. Roosevelta (FNsP FDR BB), Nám. L. Svobodu 1, 975 17 Banská Bystrica

2. Klinika stomatológie a maxilofaciálnej chirurgie LFUK a OÚSA, Heydukova 8, 812 50 Bratislava

Abstrakt:

S afekciami veľkých slinných žliaz sa pri vyšetreniach prvého kontaktu v stomatologickej praxi, stomatochirurgickej ambulancii, či ambulancii maxilofaciálnej chirurgie stretávame nečasto. Najčastejšími ochoreniami veľkých slinných žliaz sú sialoadenitída, následne symptomatické sialolitíazy, ktoré môžu byť klinicky pokojné aj celý život pacienta a náhodne vzplanú pri obštrukcii vývodového traktu žľazy. Treťou najčastejšou afekciou sú nádory slinných žliaz, častejšie nezhubné než zhubné, ktoré sa obvykle prejavujú prítomnosťou tumoru s rastovou progresiou. Základom úspešnej terapie ochorení veľkých slinných žliaz je ich správna identifikácia pri klinickom vyšetrení symptómov, následne obrazová alebo funkčná diagnostika a v neposlednom rade voľba adekvátnej terapie. V tejto publikácii prezentujeme kazuistiky z našej kliniky, ktorých spoločným menovateľom je diagnostika a chirurgická terapia ochorenia veľkých slinných žliaz.

Kľúčové slová: veľké slinné žľazy, sialoadenitída, sialolitíaza, tumory veľkých slinných žliaz

Abstract:

Pathology of major salivary glands is a common occurrence in patients visiting private dental practices, oral surgery practices or outpatient clinics of maxillofacial surgery departments. Most commonly occurring pathology is acute infection of a salivary gland. Second most typical is symptomatic sialolithiasis, which could be clinically silent for the most of the patient's life and suddenly manifest after obstruction of the

salivary duct of the patient. The third most common pathology of major salivary glands are tumors, benign and malignant, former being the more prevalent, with typical symptom of a growth appearing, and persisting or even progressing. The basis for successful therapy of these pathologies are examination of clinical symptoms, imaging or functional examination, and last but not least, selection of appropriate treatment. In this paper we present case reports, from our department dealing with the topic of diagnosis and surgical therapy of major salivary gland pathology.

Key words: major salivary glands, sialoadenitis, sialolithiasis, tumors of major salivary glands

Úvod:

Slinné žľazy sa dajú rozdeliť podľa viacerých kritérií, z pohľadu maxilofaciálnej chirurgie je najzaujímavejšie klinické rozdelenie na slinné žľazy malé a slinné žľazy veľké, ktorým sa táto publikácia bude venovať. Veľké slinné žľazy sú párové orgány uložené v okolí dutiny ústnej, do ktorej ústia ich vývody. Človek má tri páry veľkých slinných žliaz: príušná slinná žľaza (*glandula parotis*), podsánková slinná žľaza (*glandula submandibularis*) a podjazyková slinná žľaza (*glandula sublingualis*). Príušná slinná žľaza, je najväčšia slinná žľaza človeka, je uložená povrchovo od posteriórneho okraja *musculus masseter* a vzostupného ramena sánky (*ramus mandibulae*). Periférne časti tejto žľazy siahajú až po *processus mastoideus* dorzálne, predný okraj *musculus sternocleidomastoideus* kaudálne a mediálne žľaza hraničí s parafaryngickým priestorom. *Glandula parotis*

je ďalej anatomicky predelená hlavnými vetvami tvárového nervu (*nervus facialis*) na povrchový a hlboký list. Sekrécia sliny z *glandula parotis* sa zbiera do *ductus parotideus* (*ductus Stenoni/Stenseni*), ktorý vedie do dutiny ústnej cez muskulatúru líca a vyúsťuje na povrch sliznice dutiny ústnej medzi prvým a druhým horným molárom. *Ductus Stenoni* je približne 6 centimetrov dlhý s priemerom približne 1-3 milimetre. *Glandula submandibularis* (podčelustná žľaza) sa nachádza v *trigonum submandibulare*, ktoré je dorzokaudálne aj ventrokaudálne ohraničené *musculus digastricus* a *margo inferior mandibulae* z kraniálneho aspektu. Zadná časť tejto žľazy môže prechádzať pri zadnom okraji *musculus mylohyoideus* na spodinu dutiny ústnej, kde sprevádza *ductus Whartoni*, ktorý pokračuje pod sliznicou spodiny dutiny ústnej do *carunculae sublinguales*, kam aj vyúsťuje. *Ductus Whartoni* je približne 5 centimetrov dlhý s priemerom okolo 2 – 4 milimetre. Podjazyková slinná žľaza (*glandula sublingualis*), ktorá je aj najmenšou slinnou žľazou, sa nachádza na hornom aspekte *musculus mylohyoideus* priamo pod sliznicou spodiny dutiny ústnej. Acíny *glandulae sublinguales* buď priamo vyúsťujú do *plica sublingualis*, nachádzajúcej sa na sliznici pod jazykom, alebo ústia do *ductus Whartoni* a do úst vchádzajú spoločne so slinami z podčelustnej slinnej žľazy (1).

Slina je komplexná, extracelulárna tekutina, produkovaná v slinných žľazách, je zložená z 98% vody obsahujúcej rozpustené elektrolyty, hlienu, leukocytov, buniek epitelu, enzýmov amylázy a lipázy, a antimikrobiálnych látok ako sekrečného IgA a lyzozým (2). Normálna

denná produkcia sliny sa pohybuje medzi 500 – 1500 ml, pričom nestimulovaná produkcia je asi 0,3 – 0,4 ml/min (3).

Klinické a zobrazovacie vyšetrenia:

Diagnostika ochorení veľkých slinných žliaz sa v prvom rade opiera o správne odobratie anamnézy a následné dôkladné klinické vyšetrenie pacienta, ktoré nám vedie napovedať, či sa jedná o neoplastický proces, alebo proces zápalový, či obštrukčný. Pri odobratí anamnézy nás zaujímajú subjektívne ťažkosti, ich trvanie a prípadná zmena charakteru týchto ťažkostí v čase alebo na konkrétne podnety. Pýtame sa pacienta na prítomnosť tumoru resp. „hrčky“ v žľaze alebo opuchu v oblasti žľazy, ak je prítomný opuch, či je spontánny alebo sa rozvíja v spojení s príjmom potravy, ďalej nás zaujíma bolestivosť v oblastiach uloženia veľkých slinných žliaz, prítomnosť hnisavého výtoku z vývodu do úst a prípadne pocit sucha v ústach. Samozrejme dôležité sú aj celkové príznaky ako malátnosť, zvýšená telesná teplota, prípadne úbytok hmotnosti. V klinickom vyšetrení najprv aspexiou pátrame po edéme resp. tumore, prípadných zmenách na koži, či sliznici nad patologickým útvarom, následne palpáciou pátrame bližšie po patológii, ktorá na pohľad nemusí byť zjavná a palpujeme aj lymfatické uzliny v spádových oblastiach hlavy a krku. Všímame si zachovanie motorickej funkcie *nervus facialis* pri suspektnej malígnej neoplázii *glandula parotis*. Ďalej pokračujeme intraorálnym vyšetrením kde vyšetrujeme vývody veľkých slinných žliaz, výtok čirej alebo skalenej sliny, prípadne hnisu. Pri sialolitoch uložených povrchovo ich často vidíme aj voľným okom. Klinické vyšetrenie dopĺňame sondážou vývodov a zhodnotením priechodnosti duktov.

Podľa klinického nálezu následne volíme najvhodnejšie zobrazovacie vyšetrenie. Historicky bol sialogram zlatým štandardom v zobrazovacích vyšetreniach slinných žliaz, ktoré v súčasnosti nahradilo CT respektíve MR vyšetrenie. Pri diagnostike sialolitov vieme využiť aj ortopantomogram, respektíve čoraz častejšie CBCT, ktoré s nízkym radiačným zaťažením pacienta, vedie zobraziť radioopákne sialolity. Nasledujú ul-

trasonografia, štandardná počítačová tomografia a magnetická rezonancia, ktorá je najvhodnejším zobrazovacím vyšetrením pre mäkkotkanivové zmeny slinných žliaz. (4)

Patológia slinných žliaz:

Základným rozdelením afekcií veľkých slinných žliaz je delenie na ochorenia nenádorové a ochorenia nádorové. Nenádorové ochorenia predstavujú najmä sialoadenitídy, teda zápal slinnej žľazy, primárna bakteriálna, či vírusová infekcia, ktorá je v dnešnej dobe už zriedkavá. Najčastejšou príčinou primárnej bakteriálnej infekcie veľkých slinných žliaz je retrográdna, bakteriálna infekcia pri nedostatočnej produkcii slín alebo pri premnožení bakteriálnej kolonizácie v imunokompromitovaných pacientoch. Najčastejšou vírusovou infekciou býva mumps, proti ktorému sa dnes bežne očkuje (5). Podľa štúdie, z roku 2007, sa z 877 prípadov sialoadenitídy ukázala sialolitíza ako hlavná príčina vzniku infekcie slinných žliaz a to až v 73,2% prípadoch, v porovnaní so striktúrou vývodu v 22,6% prípadov purulentných sialoadenitíd (6). Konkrementy sa najčastejšie vyskytujú v *glandula submandibularis*, klinickými faktormi, ktoré k tomu prispievajú sa zdá byť hlavne rozdielne zloženie sliny obsahujúcej približne dvojnásobnú koncentráciu kalciových iónov a fakt, že slina z tejto žľazy je svojim zložením viac zásaditá. Ďalšími faktormi prispievajúcimi k zvýšenej tvorbe konkrementov v podsánkovej žľaze oproti ostatným žľazám sú anatomické, *ductus Whartoni* má vo svojom priebehu dva ostré ohyby, jeho ukončenie na sliznici býva užšie ako je priemer duktu samotného a slina tečie proti gravitácií, na rozdiel od *glandula parotis* (7). Medzi nenádorové ochorenia veľkých slinných žliaz ďalej radíme extravazáčne a retenčné fenomény. Ranuly sú mukokély *glandula sublingualis* na spodine dutiny ústnej, často sa vyskytujú u detí. Ranuly vznikajú po traumatickej obturácii vývodu žľazy v ktorej sa následne hromadí slina, ale môžu byť spôsobené aj vývojovými vadami vývodov žľazy. Prejavujú sa typickým opuchom pod jazykom, kde nahromadená slina pod sliznicou spôsobuje typický útvar pripomínajúci brucho žaby (*rana*=žaba) (7). Menej zastúpenými nenádorovými ochoreniami

slinných žliaz sú napríklad autoimúnne ochorenia Sjögrenov syndróm, alebo xerostómia spôsobená liekmi alebo po rádioterapii v oblasti hlavy a krku (8).

Nádorové ochorenia slinných žliaz predstavujú približne 2 - 6% všetkých nádorov hlavy a krku, vrchol incidencie v celej populácii je u žien medzi siedmym a ôsmym decénium života. Častejšie sú nádory veľkých slinných žliaz, tvoria medzi 80% až 85% nádorov všetkých slinných žliaz, z týchto je približne 75% benígnych, na rozdiel od malých slinných žliaz kde je percentuálny podiel benígnych nádorov približne 50%. Najčastejším typom nádoru je pleomorfný adenóm, vyskytuje sa najmä v príušnej slinnej žľaze. Pleomorfný adenóm zväčša rastie pomalšie a pacienta nebolí, tento typ nádoru môže rásť do veľkých rozmerov a taktiež môže malignizovať ako *carcinoma ex adenoma pleomorfe*, ktorý je zlým prognostickým faktorom pre liečbu (9). Pleomorfný adenóm sa vyskytuje sa najmä u mužov. Zo zhubných nádor slinných žliaz je najčastejším histopatologickým typom mukoeptidermoidný karcinóm, tento typ predstavuje asi 10% všetkých nádorov veľkých slinných žliaz, zasahuje hlavne príušnú slinnú žľazu. Postihuje ľudí všetkých vekových kategórií ale najčastejšie mužov okolo 45. roku života (1).

Kazuistika 1 – Purulentný zápal príušnej slinnej žľazy so sialolitózou

Dg.: Sialoadenitis purulenta acuta propter sialolithiasis glandulae parotis I. dx.

Terapia: Discízia ductus Stenoni a evakuácia konkrementu v teréne rozvinutej akútnej purulentnej parotitídy

TO: Pacientka 63-ročná prichádza na ambulanciu urgentného príjmu Kliniky maxilofaciálnej chirurgie FNsP FDR BB s krvácaním po extrakcii d. 16 stomatológom. Stomatológ extrahoval zub na žiadosť pacientky, ktorá mala silné bolesti a výrazný opuch parotidomaseterickej oblasti vpravo, pacientka bola na antikoagulačnej liečbe. Po ošetrení krvácania z extrakčnej rany, bola stanovená diagnóza sialoadenitídy a nasadená antibiotická terapia. Pri kontrole pretrvávajú bolestivý opuch pravého líca

s masívnym výtokom pusu z pravého ductus Stenoni (obr.1,2). Indikovaný príjem za účelom intravenózneho antibiatickej terapie, dovyšetrenia a chirurgickej terapie. Zhotovené CT tváre odhalilo jasný konkrement vo vývode glandula parotis vpravo (obr.3). Pomocou sondáže slinnou sondou lokalizujeme sialolit klinicky (obr.4).

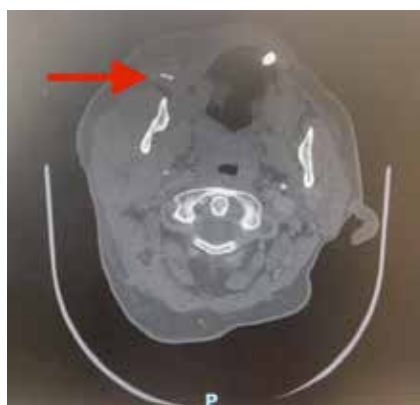
Liečba: Po príprave operačného poľa, instilujeme infiltračne lokálnu anestéziu 1,5ml Supracain, zavádzame slinnú sondu do ductus Stenoni l. dx. až po sialolit. Následne skalpelom s čepielkou č.11 vykonávame discíziu. Peánom rozširujeme discíziu, za stálej kontroly polohy sialolitu pomocou slinnej sondy a palpácie, následne exstirpujeme konkrement z vývodu (obr.5). Preplachujeme vývod fyziologickým roztokom a lokálnym antibiotikom Pamycon. Ponechávame voľne.



Obrázok 1 - pacientka 63-ročná, extraorálny klinický nálež s masívnym opuch parotidomasseterickej oblasti vpravo



Obrázok 2 - intraorálny klinický nálež - výtok pusu z ductus Stenoni l. dx..



Obrázok 3 - CT v natívnom okne s radioopáknym konkrementom vpravo



Obrázok 4 - slinná sonda č.3 zavedená do hĺbky sialolitu



Obrázok 5 - stav po discízií ductus parotidis a exstirpácií koncrementu



Obrázok 6 - konkrement samotný

Kazuistika 2 - Ranula spodiny dutiny ústnej vľavo

Dg.: Ranula regio sublingualis l. sin.

Terapia: exstirpácia ranuly sublinguálnej slinnej žľazy vľavo

TO: 21 ročná pacientka odoslaná od ošetrojúceho stomatológa pre susp. cystu na spodine dutiny ústnej vľavo. Sama si nálež pozorovala približne 5 týždňov, kedy sa nálež postupne zväčšoval. Subjektívne bolesti neudávala, pociťovala diskomfort pri pohybe jazyka. Klinicky bez palpateľnej bolestivosti submandibulárnej žľazy, intraorálne na spodine dutiny ústnej vľavo cystické vyklenutie sliznice v priebehu ductus Whartoni veľkosti 25x10mm, z vývodu vytekala číra slina. Vývod pri vyšetrowaní, sondovateľný len v terminálnom úseku, hlbšie ne-sondovateľný.

Liečba:

V lokálnej anestézii aplikovanej na *foramen mandibulae* vľavo, nasondovaný vývod - duc. Whartoni (obr. 7) v oblasti *caruncula sublingualis l. sin.* sondou veľkosti 00, ktorú počas exstirpácie ranuly ponechaná vo vývode. Incízia na spodine dutiny ústnej cez tenkú vrstvu sliznice po púzdro cystického ložiska (obr. 8). Nasleduje tupá preparácia po obvode cysty a exstirpácia vcelku (obr. 9). Rana zašitá vstrebateľným vláknom 6-0. (obr. 10). Pacientka prichádza na kontrolu mesiac po zákroku bez ťažkostí, jazyk voľne pohyblivý, s neporušenou inerváciou, z vývodu prítomný výtok čírej sliny. (obr. 11)



Obrázok 7 - sondáž ductus Whartoni l. sin.



Obrázok 8 - incízia cez sliznicu
spodiny dutiny ústnej



Obrázok 9 – postupná exstirpácia cystic-
kého vaku



Obrázok 10 – exstirpovaná ranula regio
sublingualis l. sin.



Obrázok 11 - stav po zhojení spodiny
dutiny ústnej vľavo

Kazuistika 3- Sialoadenitída submandibulárnej žľazy vpravo so sialolitíázou Whartonového vývodu

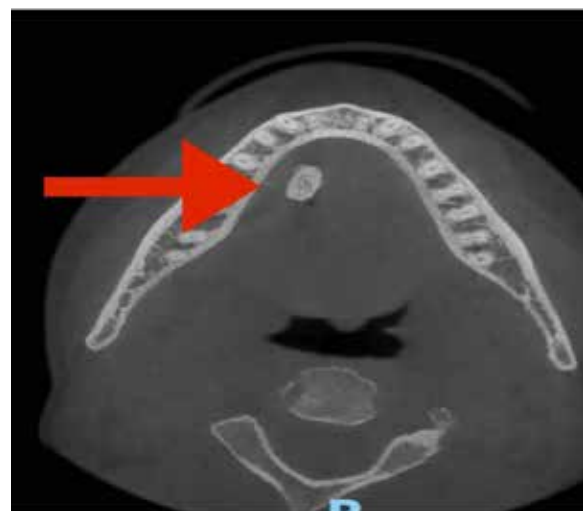
Dg.: Sialoadenitis glandulae subman-
dibularis l. dx. et sialolithiasis ducti
glanduli submandibularis l. dx.

Terapia: exstirpácia sialolitu z vývo-
du submandibulárnej žľazy vpravo

TO: 29-ročná pacientka odoslaná ošetrojúcim stomatológom pre susp. zápal podčelustnej slinnej žľazy. 7 dní udávala ťažkosti v podobe tlakovej bolesti hrdla, a sánky, následne udávala vznik opuchu pod jazykom a malý výtok hnisu, kedy sa jej ulavilo od bolesti. Pri vyšetrení u stomatológa bola vylúčená dentogénna príčina, chrup pacientky nekariézny, plne sanovaný. Pacientka celkovo zdravá, bez chronickej liečby. Klinicky prítomný mierny edém submandibulárne vpravo, palpačne bolestivý, bez začervenania kože. Sublinguálne vpravo na spodine dutiny ústnej edém, sliznica s erytémom, po masáži vývodu duc. Whartoni vpravo výtok purulentnej, hustej sliny. Vývod v celom priebehu tuhý, nepriehmatný, slinnou sondou nepriechodný. Pre podozrenie na sialolitíázu zhotovené CBCT na ktorom verifikovaný sialolit v priebehu duc. Whartoni veľkosti 10x5mm (obr. 12).

Liečba:

V lokálnej anestézii infiltračne do okolia duc. Whartoni vpravo sondáž vývodu sondou veľkosti č. 0 (obr. 13). So sondou ponechanou vo vývode incízia na vrchole vývodu presne nad slinnou sondou. Tupá preparácia a vizualizácia sialolitu (obr. 14). Postupné uvoľnenie sialolitu od okolitých tkanív, ktoré pre chronický zápal tesne adherujú k sialolitu. Exstirpácia najväčšieho sialolitu (obr. 15), kaudálne uložené ešte 2 menšie, ktoré takisto exstirpujeme (obr. 16). Po ich vybratí ranu dôkladne vyplachujeme fyziologickým roztokom a ranu kontrolujeme. Následne vstrebateľnými stehmi 6-0 vytvárame neostomiu, fixujúc okraje vývodu ku sliznici spodiny dutiny ústnej (obr. 16). Slinnou sondou kontrolujeme priechodnosť vývodu s prítomným výtokom sliny. Pacientka po troch týždňoch prichádza na kontrolu bez ťažkostí, s výtokom čírej sliny z neostomie duc. Whartoni vpravo (obr. 17).



Obrázok 12 – CBCT (axiálny rez) nález
sialolitu v oblasti spodiny dutiny ústnej
vpravo



Obrázok 13 - sondáž ductus Whartoni l.
dx. slinnou sondou



Obrázok 14 - exstirpácia sialolitu z d.
Whartoni l. dx.



Obrázok 15 - samotný sialolit



Obrázok 16 - vytvorenie neostómie ductus Whartoni na spodine dutiny ústnej, laterálne prítomný trakčný steh



Obrázok 17 - exstirpované konkrementy Whartonového vývodu



Obrázok 18 - vyhojenie spodiny dutiny ústnej ad integrum

Kazuistika 4: Nádor príušnej slinnej žľazy vpravo (acinocelulárny karcinóm)

Dg.: Acinocelulárny karcinóm *glandulae parotis l.dx.*

Terapia: Laterálna parotidektómia s exstirpáciou malígneho tumoru *glandulae parotis* u 12 ročného pacienta.

TO: 12-ročný chlapec bol pôvodne prijatý na II. Detskú kliniku DFNSP BB s 8 mesačnou anamézou opakovaných recidív hmatnej rezistencie v preaurikulárnej oblasti vpravo. V priebehu 8 mesiacov bola opakovane ordinovaná obvodným pediatrom a spádovým ORL lekárom perorálna liečba antibiotikami s dočasným zmenšením hmatnej rezistencie, ale s následnou rastovou progresiou ložiska po časovom odstupe po ukočení antibiotickej liečby. Na vstupnom sonografickom vyšetrení *glandula parotis* bolo popísané hypoechogénne ložisko o veľ. 20x19mm so zvýšenou vaskularizáciou na periférii a centrálnu hypoechogénnu zložku cca 7x6mm. Magnetická rezonancia potvrdila v *glandula parotis* prítomnosť oválneho ložiska o veľ. 20x12mm s tenkým lemom vysokého signálu a postkontrastným vysycovaním so záverom suspektého abscesového ložiska. Laboratórne výsledky avšak ukazovali nízku zápalovú aktivitu a infekčné príčiny boli nepravdepodobné. Pre prolongovaný priebeh ochorenia a parciálny efekt antibiotickej liečby bola indikovaná perkutánnu tenkoihlová biopsia (PAB) s cytologickým vyšetrením. Na základe rýchlej cytológie bola potvrdená prítomnosť papilárnych buniek a bola vylúčená abscedujúca etiológia ložiska. Na základe perkutánnu biopsie a klinického priebehu sme indikovali operačný výkon v celkovej anestézii v rozsahu superficiálnej parotidektómie vpravo (obr.19).

Liečba: Peroperačne prítomný tumor *glandula parotis l. dx.* Po preparácii a vizualizácii kmeňa *nervus facialis* vpravo a jeho všetkých vetiev (obr. 20) realizujeme superficiálnu parotidektómiu so šetrením všetkých 5 vetiev tvárového nervu (obr. 21). Pooperačné obdobie prebehlo bez komplikácií, bez známok parézy *nervus facialis* vpravo a operačná rana sa hojila *per primam*. (obr. 22)

Histologické vyšetrenie tumoru *glandulae parotis* patológ uzatvoril ako acinocelulárny karcinóm pravej príušnej slinnej žľazy pT1pN0pMx, najväčšieho priemeru 18mm, ktorý bol ohraničený na slinnú žľazu a bol bez známok metastázovania do regionálnych lymfatických uzlín (4 uzliny vyšetrené). Po výsledku definitívnej histológie bol pacient odoslaný na Klinikú pediatrickej onkológie a hematológie. Bolo doplnené celotelové PET/CT vyšetrenie s vylúčením lokoregionálnej recidívy a s vylúčením krčnej lymfadenopatie. V pľúcach boli popísané pľúcne noduly bilaterálne pod hranicou metabolického sýtenia, vhodné do prísnej CT observácie.

Bolo doplnené radioterapeutické konziliárne vyšetrenie, kde radiačný onkológ vzhľadom na štádium ochorenia, histologický nález v literatúre skôr hodnotený ako *low grade*, neprítomnosť rizikových faktorov pre lokálnu recidívu a dostatočný operačný zákrok neindikoval pooperačnú radioterapiu. U pacienta bol indikovaný prísny onkologický dispenzár s pravidelnými kontrolnými zobrazovacími vyšetreniami. Aktuálne je pacient 2,5 roka od operačného výkonu bez známok lokoregionálnej recidívy a na kontrolnom vyšetrení magnetickou rezonanciou je prítomné len ľahké fyziologické zväčšenie akcesórnej parotickej žľazy nad m. masseter vpravo a nie sú prítomné známky recidívy ochorenia (obr. 23).



Obrázok 19 - označenie hlavnej masy tumoru a chirurgického prístupu na parotidektómiu, centrálnu značený uhol sánky vpravo



Obrázok 20 - superficiálna parotidektómia za šetrenia všetkých vetiev nervus facialis s použitím nervového stimulátora



Obrázok 21 - jazva 6 týždňov po operácii



Obrázok 22 - 2,5 roka po operácii bez suspektnej lokoregionálnej recidívy

V literatúre je uvádzané, že acinocelulárny karcinóm (*acinic cell carcinoma* ACC) tvorí približne 6% - 8% všetkých tu-

morov slinných žliaz a ide o tretí najčastejší typ karcinómu slinných žliaz (17% všetkých malignít slinných žliaz). Častejšie sú postihnuté ženy (58,8%) a medián výskytu je 52 rokov veku života. Len asi 16% prípadov acinocelulárneho karcinómu je prítomných u pacientov mladších ako 30 rokov. Acinocelulárny karcinóm vzniká hlavne v *glandula parotis* (81% - 98% prípadov) a má signifikantnú tendenciu k rekurencii a k tvorbe vzdialených metastáz do krčných lymfatických uzlín a pľúc. Základom onkologickej liečby je primárna chirurgická liečba s dosiahnutím R0 resekcie. Pooperačná rádioterapia je indikovaná v pokročilých štádiách ochorenia, u pacientov s metastatickým postihnutím krčných lymfatických uzlín a v prípadoch nedosiahnutia R0 resekcie. V pokročilých štádiách T3 a T4 je niekedy nutná totálna parotidektómia aj s resekciou tvárového nervu. Recidívy ochorenia sú popisované približne v 35% prípadov. V mnohých prípadoch bola popísaná aj neskorá recidíva ochorenia po 30 rokoch od primárneho výskytu ochorenia. Celkové 5 ročné prežívanie je 91% a celkové 10 ročné prežívanie je v literatúre uvádzané v 88% všetkých prípadov. Vzhľadom na vysoké riziko možnej neskoršej recidívy ochorenia a možnej tvorbe oneskorených latentných metastáz je nutný dlhodobý onkologický dispenzár pacienta (10).

Záver:

Ochorenia slinných žliaz sú pomerne časté a lekár prvého kontaktu, stomatológ alebo všeobecný lekár, musí byť schopný ich rozpoznať a následne urobiť dôkladné klinické vyšetrenie. Po odobratí cieľenej anamnézy stanoviť pracovnú diagnózu a navrhnuť ďalšie vyšetrenia, indikovať vhodné zobrazovacie vyšetrenia pre získanie či potvrdenie diagnózy. Stanovenie správnej a včasnej diagnózy je nevyhnutným základom pre voľbu liečebného postupu.

Bibliography

1. Hupp J., Tucker M., Ellis E. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery 6th Edition*. s.l. : Elsevier Health Sciences, 2018. pp. 394-398. 0323552226.
2. Nosek T.M. *Essentials of Human Physio-*

logy. s.l. : Gold Standard Multimedia Incorporated, 1998.

3. Bardow A., Pedersen A.M., Miles T.S., Svensson P., Nautofte B. *Clinical oral physiology*. s.l. : Copenhagen Quintessence, 2004. pp. 17-51. 1850970912.

4. Carlson E.R. Diagnosis and management of salivary gland infections. *Oral and maxillofacial surgery clinics*. 2009, Vol. 21, 3, pp. 293-312.

5. Cascarini L., McGurk M. Epidemiology of salivary gland infections. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. 2009, Vol. 21, 3.

6. Ngu R.K., Brown J.E., Whaites E.J., et al. Salivary duct strictures: nature and incidence in benign salivary obstruction. *Dentomaxillofacial Radiology*. 2007, Vol. 36, pp. 63-67.

7. Peterson L.J. *Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery 3rd Edition*. s.l. : PM-PH-USA, 2012. pp. 778-782. 1607951118.

8. Arduino P.G., Carrozzo M., Pentenero M., Bertolusso G., Gandolfo S. Non-neoplastic salivary gland diseases. *Minerva Stomatologica*. 2006, Vol. 55, 5, pp. 249-270.

9. Antony J., Gopalan V., Smith R.A., Lam A.K.Y. Carcinoma ex Pleomorphic Adenoma: A Comprehensive Review of Clinical, Pathological and Molecular Data. *Head and Neck Pathology*. 2011, Vol. 6, 1.

10. Al-Zaher N., Obeid A., Al-Salam S., Al-Kayyali B.S. *Acinic cell carcinoma of the salivary glands: a literature review*. Rijád : King Faisal Specialist Hospital and Research Centre, 2009. Vol. 2.

Kontakt:

MUDr., MDDr. Adam Stebel, PhD., MHA
stebel.adam@gmail.com

fotodokumentácia všetkých kazuistík pochádza z vlastného archívu autorov

PUBLIKUJTE ZAUJÍMAVÚ KAZUISTIKU V RECENZOVANOM ČASOPISE ZUBNÝ LEKÁR

Priestor je otvorený každej zaujímavej kazuistike, odbornému článku, ktorý po recenzii publikujeme v časti Dentálna prax.

Odborné články posielajte na email:
zubnylekar@skzl.sk, alebo
lujza.hanova@skzl.sk.

Redakčné uzávierky na rok 2022:

Číslo	Redakčná uzávierka	Termín doručenia KAZUISTIKY
1/22	9. 2.	do 26.1.
2/22	14. 4.	do 31.3.
3/22	15. 6.	do 1.6.
4/22	15. 8.	do 1.8.
5/22	13. 10.	do 29.9.
6/22	6. 12.	do 22.11.