

Nowotwory neurogenne głowy i szyi

Neurogenous tumors of the head and neck

STANISŁAW BIEŃ, STANISŁAW ŻYŁKA

Dział Otolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach, ul. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce

Wprowadzenie. Guzy neurogenne głowy i szyi są rzadką i wysoce heterogenną grupą nowotworów, w stosunku do której trudno określić jednolite wskazania diagnostyczne i terapeutyczne.

Cel. Prezentacja grupy pacjentów z guzami neurogennymi głowy i szyi wraz z analizą wdrożonego procesu diagnostyki i terapii.

Materiał i metody. Grupa 46 chorych z 48 guzami neurogennymi (z wyłączeniem guzów n. VIII), diagnozowana i leczona w Oddz. ORL WSzZ w Kielcach i Dziale Otolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi ŚCO w Kielcach w okresie 1987-2003. Analiza dokumentacji i bieżących badań kontrolnych.

Wyniki. W analizowanej grupie stwierdzono ok. 73% nowotworów niezłośliwych i 27% nowotworów złośliwych. Najczęstszym punktem wyjścia guzów były nerwy obwodowe, jednakże ich histopatologia oraz umiejscowienie względem struktur głowy i szyi było bardzo zróżnicowane. Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa była mało przydatna w ustaleniu rozpoznania. Z reguły metodą leczenia z wyboru był zabieg operacyjny, czasami, zwłaszcza w guzach złośliwych, stosowano radioterapię uzupełniającą.

Wniosek. W procesie diagnostyki różnicowej guzów głowy i szyi o niejasnym obrazie klinicznym należy zawsze brać pod uwagę nowotwory neurogenne. *Otorynolaryngologia, 2004, 3(1), 1-11*

Słowa kluczowe: nowotwory neurogenne głowy i szyi, histopatologia, występowanie i lokalizacja, diagnostyka i terapia

Introduction. The neurogenous tumours are a rare and highly heterogeneous group of neoplastic diseases, where it is difficult to establish unified diagnostic and therapeutic standards.

Aim. Present a group of patients with neurogenous tumours of head and neck along with analyse of implemented diagnostic and therapeutic procedures.

Material and methods. A group of 46 cases with 48 tumours (acoustic tumours excluded), diagnosed and treated in ENT Dept. District Hospital in Kielce, and Dept. of Otolaryngology Head and Neck Surgery, Holy Cross Cancer Centre in Kielce from 1987 to 2003. The analysis of medical documentation and current follow up.

Results. The analysed cases were found to comprise ca. 73% non-malignant and ca. 27% malignant tumours. Peripheral nerves were the most frequent tumour starting points; nevertheless their histopathology and localisation relative to head and neck structures varied widely. The fine needle biopsy, which is a valuable diagnostic tool in most of head and neck tumours, is of little value in diagnosing of neurogenous tumours in that region. Surgery was the most frequently selected method of treatment, in some malignant cases it was accompanied by radiotherapy.

Conclusion. The neurogenous etiology of tumours should be considered in the differential diagnosis of any head and neck tumour with atypical picture. *Otorynolaryngologia, 2004, 3(1), 1-11*

Key words: neurogenous tumours of the head and neck, pathology, incidence and localisation, diagnosis, treatment

Nowotwory neurogenne głowy i szyi (wyłączając guzy n. VIII) stanowią ok. 2% ogółu nowotworów występujących w tym regionie [1]. Rzadkość ich występowania, a jednocześnie znaczne zróżnicowanie obrazu histologicznego i klinicznego utrudnia rozpoznawanie i wskazanie jednolitych zasad terapii.

Nowotwory neurogenne regionu głowy i szyi wywodzą się z nerwów obwodowych, zwojów nerwowych autonomicznych, komórek przyzwojowych bądź embrionalnej neuroektodermy. W 1999 roku Landreneau przedstawił przejrzystą i logiczną klasyfikację tych nowotworów przyjmując jako główne kryteria podziału - tkankę wyjściową i charakter (złośliwość) guza [2].

Nowotwory wywodzące się z nerwów obwodowych stanowią ponad 50% guzów neurogennych regionu głowy

Tabela 1. Klasyfikacja nowotworów neurogennych wg Landreneau'a [2]

Pochodzenie	Rodzaj nowotworu	
	Niezłośliwe	Złośliwe
Nerwy obwodowe	Ośloniak (nerwiak osłonkowy) – schwannoma (neurilemmoma) Nerwiakowłókniak – neurofibroma	Ośloniak złośliwy – schwannoma malignum
Zwoje autonomiczne	Ganglioneuroma	Nerwiak zarodkowy – ganglioneuroblastoma
Komórki przyzwojowe	Przyzwojak – paraganglioma (chemodectoma)	Przyzwojak złośliwy – paraganglioma malignum
Neuroektoderma embrionalna	Neurothekeoma	Prymitywny nowotwór neuroektodermalny – primitive neuroectodermal tumor (PNET) Nerwiak węchowy – olfactory neuroblastoma

i szyi. W grupie tej ok. 45-50% stanowi niezłośliwy nerwiak otorebkowy (schwannoma) [3,4,5]. Twardy otorebkowany guz, z reguły związany jest z nerwem, bądź włókna nerwu wchodzi w skład jego torebki. W przypadku niezłośliwych otorebkowanych nerwiaków związanych z ważnymi funkcjonalnie nerwami, rekomendowane jest wewnątrztorebkowe, mikrochirurgiczne wyłuszczenie guza, aby zachować biegnące w torebce włókna nerwowe [5,6,7]. Taka technika nie zawsze jest jednak możliwa z uwagi na wielkość guza, czy trudny dostęp chirurgiczny. Charakterystyczną cechą jest, nierzadko spotykane, znaczne pogrubienie pnia nerwu związanego z nerwiakiem otorebkowym, a w części przypadków również innych nerwów widocznych w polu operacyjnym [6,7,8,9].

Drugim, co do częstości, nowotworem neurogennym głowy i szyi (ok. 30%) jest przyzwojak (*paraganglioma*), spotykany najczęściej w miejscu anatomicznie zdefiniowanych ciał przyzwojowych – na szyi w okolicy rozwidlenia tętnicy szyjnej wspólnej (*carotid body paraganglioma*), w jamie bębenkowej (*paraganglioma tympanicum*), w okolicy opuszki żyły szyjnej (*paraganglioma jugulare*) i wyjątkowo rzadko – w górnym odcinku szyjnej części nerwu błędnego (*paraganglioma vagale*). Objawy kliniczne przyzwojaka t. szyjnej to powoli rosnący, elastyczny, niebolesny guz na szyi, ruchomy do boku, ale słabo przesuwalny w projekcji pionowej, niekiedy zgodny z tętnem szum nad guzem przy osłuchiowaniu szyi. Lokalizacja i bogate unaczynienie przyzwojaka szyjnego, stwierdzone w badaniach obrazowych, są tak charakterystyczne, że wykonywanie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC) celem potwierdzenia diagnozy jest przedmiotem kontrowersji.

Z nakłucia uzyskuje się z reguły jedynie krew, ryzykując jednocześnie wytworzenie się krwiaka na szyi. Bardzo ryzykowna jest również biopsja otwarta przyzwojaków, grożąca krwotokiem. Przyzwojaki – bębenkowy i opuszki żyły szyjnej, w części podręczników określane są wspólnym mianem przyzwojaka szyjno-bębenkowego (*paraganglioma jugulo-tympanicum*) [10,11], ponieważ klinicznie często nie jest możliwe ustalenie ich pierwotnego punktu wyjścia. Wczesne objawy kliniczne przyzwojaka szyjno-bębenkowego to zgodny z falą tętna szum w uchu i przewodzeniowy niedosłuch przy ekspansji guza do jamy bębenkowej. W przypadku niszczenia sąsiadujących z guzem struktur ucha wewnętrznego stopniowo postępuje głuchota odbiorcza, uszkodzenie narządu przedsionkowego i porażenie n. VII, a w wyniku naciekania okolicy otworu żyły szyjnej porażenie n. czaszkowych IX, X, XI i XII. Niezwykle rzadki przyzwojak n. błędnego manifestuje się najpierw jako wolno rosnący guz w górnym odcinku przestrzeni przygardłowej, który w późnym okresie nacieka podstawę czaszki i uszkadza nerwy czaszkowe w okolicy otworu żyły szyjnej wewnętrznej.

Tylko ok. 1-3% przyzwojaków głowy i szyi jest czynna neurohormonalnie (przyzwojaki chromochłonne z układu

współczulnego), dlatego też rutynowe oznaczanie poziomu katecholamin w przypadku guza, któremu nie towarzyszą gwałtowne zmiany ciśnienia tętniczego nie jest konieczne [10]. Ok. 10-15% przyzwojaków to nowotwory wykazujące kliniczne i histologiczne cechy złośliwości – z naciekaniami i niszczeniem sąsiadujących tkanek oraz możliwością wystąpienia regionalnych przerzutów węzłowych i odległych przerzutów do płuc i kości [10,12,13].

Wybór metody leczenia przyzwojaków wymaga dużej rozważliwości. Resekcja chirurgiczna przyzwojaków t. szyjnej (*carotid body tumors*) stwarza znaczne ryzyko uszkodzenia t. szyjnej, stąd konieczność współpracy z chirurgiem naczyniowym. Ponieważ wolno rosnący przyzwojak t. szyjnej rzadko daje samoistne dolegliwości i nie stwarza zagrożenia dla życia, sama obecność guza nie jest automatycznie wskazaniem do podjęcia ryzykownego leczenia chirurgicznego. Według Watkinsona i wsp. [14] do resekcji chirurgicznej kwalifikują się:

- pacjenci < 50 roku życia w dobrym ogólnym stanie zdrowia,
- małe i średnie guzy nie obejmujące okężnie rozwidlenia tt. szyjnych,
- duże guzy penetrujące w kierunku gardła, zaburzające połykanie, mowę czy oddychanie,
- guzy sugerujące złośliwy charakter (ból, szybki wzrost, okluzja światła tt. szyjnych).

W pozostałych przypadkach *carotid body tumors* można przyjąć taktikę wyczekującą. Opcją terapeutyczną, mimo niskiej promienioczułości tych guzów pozostaje Rtg-terapia [10].

W przypadkach przyzwojaków jarzmowo-bębenkowym dostęp i zakres operacji jest indywidualizowany w zależności od zaawansowania guza – od wyłuszczenia guza drogą tympanotomii eksploratywnej począwszy, na szerokich dostępach jarzmowo-skroniowych do podstawy czaszki kończąc. Tu również alternatywą dla leczenia chirurgicznego pozostaje Rtg-terapia.

Wg Myssiorka w leczeniu niezłośliwych przyzwojaków resekcja chirurgiczna i Rtg-terapia mają podobną skuteczność, sięgającą 90% [10]. Uzupełniająca Rtg-terapia ma zastosowanie po nieradykalnej resekcji chirurgicznej czy w przypadkach stwierdzenia histologicznej złośliwości przyzwojaka.

Nerwiakowłókniaki (*neurofibroma*) są najczęściej spotykane jako element nerwiakowłókniakowości typu I (NF-1), bądź typu II (NF-2) (*neurofibromatosis*, choroba von Recklinghausena) dających ogromne bogactwo form i współistniejących objawów, rzadziej jako izolowany pojedynczy guz [15]. Oba typy nerwiakowłókniakowości są chorobami uwarunkowanymi genetycznie o wyraźnie określonej lokalizacji uszkodzonego genu (NF-1 - 17q 11.2; NF-2 - 22q 12.1). W NF-1 guzy i guzki rozsiane mogą być w skórze całego ciała, ale może to być np. masa guza zniekształcająca połowę twarzy. Często

współtowarzyszą jej przebarwienia skóry (plamy mleczne, czy piegi w zgięciach skóry czy na łokciach). W przypadkach NF-1 współistnieją często inne nowotwory układu nerwowego – giejaki, gwiaździki, czy naczyniowe anomalie w ośrodkowym układzie nerwowym. W NF-2 przebarwienia na skórze i guzy w obrębie skóry są znacznie rzadsze, natomiast w ok. 90% występują obustronnie nerwiaki n. VIII, a u blisko połowy pacjentów z NF-2 współistnieją oponiaki w ośrodkowym układzie nerwowym, czy osłoniaki nerwów obwodowych [14].

W przypadkach resekcji nerwiakowłókniaków, guzów które z reguły nie mają wyraźnej torebki a ich utkanie przemieszane jest z włóknami nerwu, nie ma możliwości zaoszczędzenia nerwu i tu, w przypadku ważnego funkcjonalnie nerwu, należy rozważyć jego jednoczesową rekonstrukcję [4].

Najczęstszym złośliwym nowotworem neurogennym w regionie głowy i szyi jest złośliwy nerwiak osłonkowy (*schwannoma malignum*), rozwijający się od początku jako postać złośliwa. Czasami spotykane są przypadki transformacji nerwiakowłókniakowatości I typu w złośliwego nerwiaka. Wyjątkowo rzadko takiej transformacji ulega niezłośliwy nerwiak osłonkowy [8].

Kolejnym neurogennym nowotworem złośliwym jest występujący w jamie nosowej nerwiak węchowy (*olfactory neuroblastoma*), rozwijający się z embrionalnej neuroektodermy w obrębie płytki węchowej [16,17]. Jeszcze rzadziej spotykanymi złośliwymi nowotworami neurogennymi są nerwiak zarodkowy zwojowy (*ganglioneuroblastoma*), czy prymitywny nowotwór neuroektodermalny (*primitive neuroectodermal tumor* – PNET). Nowotwory te posiadają złożoną i nie do końca wyjaśnioną histogenezę.

Pozostałe, wymienione w klasyfikacji Laudreaneu nowotwory neurogenne w regionie głowy i szyi występują sporadycznie.

Wstępne ustalenia diagnostyczne w przypadku nowotworów neurogennych regionu głowy i szyi są trudne i mylące, a objawy, poza grupą przyzwojaków, z reguły niecharakterystyczne. Wzrost większości nowotworów niezłośliwych jest wolny, bez dolegliwości bólowych i objawów uszkodzenia sąsiadujących nerwów czaszkowych. Ból, szybki wzrost, towarzyszące niedowłady czy porażenie nerwów sugerują złośliwą naturę nowotworu. Kluczową rolę w diagnostyce histopatologicznej złośliwych nowotworów neurogennych odgrywają badania immunohistochemiczne (ekspresja białka S-100, neuron-specyficznego enolazy, cytokeratyny, desminy, vimentyny, aktyny, UMB 45, CLA) [17,18,19].

Wartość biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC) jest ograniczona, ze względu na trudność uzyskania odpowiedniego materiału z litego, twardego osłoniaka, czy uzyskiwanie w aspiracji z przyzwojaków wyłącznie krwi. Kluczową rolę w precyzyjnym ustaleniu lokalizacji no-

wotworu, jego wewnętrznej struktury i stosunku do sąsiadujących struktur odgrywają badania obrazowe (TK, RM, USG i angiografia).

Z uwagi na rzadkość złośliwych nowotworów neurogennych trudno mówić o typowych metodach terapii. W grę wchodzi resekcja chirurgiczna guza z uzupełniającą Rtg-terapią, radykalna Rtg-terapia, czy w wybranych przypadkach (PNET) skojarzenie chemioterapii i Rtg-terapii.

Celem pracy było przedstawienie 46 przypadków chorych z nowotworami pochodzenia neurogennego regionu głowy i szyi leczonych w naszym ośrodku i próba krytycznej analizy zastosowanych metod terapii.

MATERIAŁ I METODY

W latach 1987-2000 w Oddziale ORL WSzZ w Kielcach i w latach 2001-2003 w Dziale Otolaryngologii Chirurgii Głowy i Szyi ŚCO w Kielcach diagnozowano i leczono 46 pacjentów (23 kobiety i 23 mężczyzn) w wieku od 10 do 85 lat (średnia 44,0) z 48 nowotworami neurogennymi regionu głowy i szyi (u jednej pacjentki wystąpiły metachronicznie 2 nerwiaki oraz 1 mięsak neurogenny). Z analizy wyłączono przypadki pacjentów z guzami n. VIII. Dane oparto na retrospektywnej analizie dokumentacji i bieżących badaniach kontrolnych.

WYNIKI

W analizowanej grupie - 35 (72,9%) nowotworów niezłośliwych i 13 (27,1%) nowotworów złośliwych - nie stwierdzono istotnych predyspozycji występowania procesu łagodnego i złośliwego w zależności od płci czy wieku, jednakże mała liczebność grup nie uprawnia do oceny statystycznej (tab. III). Chorzy z nowotworami złośliwymi byli starsi niż z nowotworami niezłośliwymi. Podobne wartości podają Kuczkowski i wsp. - autorzy największego polskiego opracowania obejmującego grupę 65 chorych z nowotworami neurogennymi [20].

Tabela II. Występowanie niezłośliwych i złośliwych nowotworów głowy i szyi w zależności od wieku i płci

Grupy wiekowe	<20	21-40	41-60	>60	Ogółem
Wiek					
Nowotwory niezłośliwe (śr. wieku 40,4)	5	13	10	5	33
Nowotwory złośliwe (śr. wieku 51,7)		4	5	4	13
Płeć					
M – Nowotwory niezłośliwe	1	7	6	2	16
Nowotwory złośliwe		2	3	2	7
K – Nowotwory niezłośliwe	4	6	4	3	17
Nowotwory złośliwe		2	2	2	6
Razem	5	17	15	9	46

Tabela III. Nowotwory neurogenne regionu głowy i szyi w analizowanym materiale własnym wg klasyfikacji Landreneau'a

Pochodzenie nowotworu	Nowotwory niezłośliwe	Nowotwory złośliwe	Razem
Nerwy obwodowe	Nerwiak osłonkowy Nerwiakowłókniak	Nerwiak złośliwy Mięsak neurogeny	4 4
Zwoje autonomiczne		Ganglioneuroblastoma	1
Komórki przyzwójowe	Przyzwójak szyjny Przyzwójak jarzmowo-bębenkowy Przyzwójak błędny		6 4 1
Neuroektoderma	Neurothekeoma	PNET Olfactory neuroblastoma	1 3
Razem	35 (72,9%)	13 (27,1%)	48 (100%)

Tabela IV. Lokalizacja i typ histologiczny nowotworów neurogennych głowy i szyi w analizowanym materiale (n = 48)

Lokalizacja	Nowotwory niezłośliwe	Nowotwory złośliwe	Razem
Szyja	Nerwiak	Nerwiak złośliwy	1
	Przyzwójak	PNET	1
	Nerwiakowłókniak		1
	Neurothekeoma		1
Przestrzeń przygardłowa	Nerwiak	Nerwiak złośliwy	2
	Przyzwójak	Mięsak neurogeny Ganglioneuroblastoma	1 1
Krtani	Nerwiak	Mięsak neurogeny	2
	Nerwiakowłókniak		2
Jama nosowa i zatoki	Nerwiakowłókniak	Olfactory neurobl. Mięsak neurogeny	3
			5 (10,4%)
Jama ustna	Nerwiak		2
	Nerwiakowłókniak		1
Ucho środkowe	Przyzwójak		4
Przyusznica	Nerwiak	Nerwiak złośliwy	2 1
Inne lokalizacje	Nerwiak		2
	Nerwiakowłókniak		1
Razem	35 (72,9%)	13 (27,1%)	48 (100%)

Charakterystyka histopatologiczną i lokalizacyjną guzów neurogennych głowy i szyi w naszym materiale nie odbiegała od podobnych zestawień z literatury [1,14,20] (tab. III, IV).

W procesie wstępnej diagnostyki usiłowano uzyskać materiał do badania histopatologicznego w 36/48 guzów (75,0%). U 16 (33,3%) chorych wykonano BAC pod kontrolą USG, u 12 (25,0%) chorych – biopsję kleszczkową, u 6 (12,5%) chorych - biopsję otwartą, a u 2 (4,2%) pacjentów - biopsję śródoperacyjną. Pozostałe 12 (25,0%) przypadków pochodziło z okresu przed rutynowym stosowaniem BAC, bądź byli to chorzy, u których przyjęto taktykę biopsji wycinającej - usuwając od razu całość guza.

Wstępna diagnostyka obrazowa zastosowana była w 32/48 (66,7%) leczonych guzów (USG - 16/48 (33,3%), TK-12/48 (25,0%), MR - 4/48 (8,4%), przy czym wstępna sugestia wskazująca iż może to być guz

neurogeny, to zaledwie 8/32 (25,0%) diagnozowanych w ten sposób przypadków.

Prawie wszyscy pacjenci (44/46) leczenie byli pierwotnie chirurgicznie, a rodzaj operacji zależał od pierwotnej lokalizacji i wielkości nowotworu (tab. V). Najczęściej były to proste wyłuszczenie guza szyi z dojścia zewnętrznego (24), wyłuszczenie guza przestrzeni przygardłowej z dojścia przyusznico-szyjnego (6) czy wewnątrznie (1), rynotomia boczna w przypadku nowotworów jamy nosowej i zatok (4), mikrochirurgia krtani (2) bądź laryngektomia częściowa w przypadku guzów krtani (2) oraz tympanotomia eksploracyjna czy operacja radykalna ucha w przyzwójakach jarzmowo-bębenkowych (4). Największym operowanym guzem neurogenym była ogromna deformacja połowy twarzy spowodowana rozrostem nerwiakowłóknika typu I. W analizowanym materiale przejściowe niedowłady nerwów obwodowych po operacji wystąpiły w 8/17 (47,0%) przypadków osłoniaków, a trwałe niedowłady czy porażenia nerwów (n. VII, n. IX, n. X, gałęzie splotu barkowego) w 4/17 (23,5%) przypadkach. W 1 przypadku operacji przyzwójaka szyjnego doszło do uszkodzenia ściany t. szyjnej wewnętrznej i, mimo jej rekonstrukcji, do zakrzepu tętnicy i niedokrwiennego udaru mózgu (przypadek w pełni zrehabilitowany bez pozostawienia trwałego inwalidztwa).

Radykalną radioterapię (po weryfikacji guza drogą tympanotomii) zastosowano u jednego pacjenta z rozległym kłębczakiem jarzmowo-bębenkowym, z dobrym efektem terapeutycznym (obserwacja > 24 miesiące). Radioterapię uzupełniającą zastosowano w 8/13 przypadków nowotworów złośliwych oraz w 3 przypadkach przyzwójaków jarzmowo-bębenkowych. Radioterapię paliatywną zastosowano w 1 przypadku, u pacjenta w złym stanie ogólnym, z rozległym złośliwym osłoniakiem (*schwannoma malignum*) przestrzeni przygardłowej.

Pacjent z PNET mimo skojarzonej chemioradioterapii zmarł z powodu naciekania rdzenia kręgowego oraz przerzutów do płuc po 8 m-cach od ustalenia rozpoznania. Dwóch pacjentów z przyzwójakiem szyjnym zdyskwalifikowanych do leczenia operacyjnego ze względów internistycznych pozostaje w ponad 5-letniej obserwacji bez progresji nowotworu.

Tabela V. Przegląd stosowanych metod terapeutycznych w analizowanej grupie chorych z nowotworami neurogennymi głowy i szyi

Metoda terapii	Nowotwory niezłośliwe	Nowotwory złośliwe	Razem
Chirurgia	29	3	32
Chirurgia + Radioterapia	3	8	11
Radioterapia radykalna	1		1
Radioterapia paliatywna		1	1
Rtg+ Chth		1	1
Obserwacja	2		2
Razem	35	13	48

DYSKUSJA

Grupa nowotworów neurogennych jest wysoce niejednorodna. Trudno więc wskazać jednolity schemat postępowania diagnostycznego. W przypadku guzów szyi, często traktowanych wstępnie jako przerzuty do węzłów chłonnych szyi, dopiero sytuacja śródoperacyjna i ostateczna weryfikacja histopatologiczna ustala rozpoznanie. W naszej analizie guzów neurogennych biopsja cienkoigłowa okazała się być w 100,0% metodą nieskuteczną, ponieważ albo nie uzyskiwano materiału do badania (osłoniaki), albo w przypadkach przyzwojaków uzyskiwano jedynie krew. W biopsji kleszczykowej (ucho, nos, gardło, krtań) uzyskano 9/12 (75%) wyników zgodnych z ostatecznym rozpoznaniem. Wszystkie wyniki uzyskane drogą biopsji otwartej, czy śródoperacyjnej były zgodne z ostatecznym badaniem patologicznym.

W przypadkach guzów neurogennych głowy i szyi należy liczyć się przypadkami, które mogą zaskoczyć operatora. W analizowanej grupie do takich zaliczyć można: osłoniak nerwu twarzowego, który miał być guzem przyusznicy, obustronne przyzwojaki t. szyjnych, w których podejrzewano chorobę nowotworową z obustronnymi przerzutami do węzłów chłonnych szyi i olbrzymi osłoniak spłotu barkowego, który miał być pakietem węzłów chłonnych w ziarnicy złośliwej. Podob-

nym zaskoczeniem były dwa neurogenne guzy wewnątrzkraniowe, które imitowały banalne polipy fałdu głosowego. Ponieważ guz na szyi u osób dorosłych jest najczęściej przerzutowym węzłem chłonnym, może to być źródłem najczęstszych pomyłek przy wstępnej diagnostyce.

Leczenie chirurgiczne nowotworów neurogennych głowy i szyi, związanych z pniami nerwów obwodowych bądź dużymi naczyniami szyjnymi, wiąże się z ryzykiem powikłań neurologicznych (niedowłady bądź porażenia) oraz naczyniowych (krwotok z tętnicy szyjnej, jej zakrzep, czy udar niedokrwienny mózgu).

Przeprowadzone badania wskazują, że guzy neurogenne głowy i szyi są rzadką, a jednocześnie wysoce heterogenną grupą nowotworów. Obraz kliniczny większości guzów neurogennych głowy i szyi nie jest charakterystyczny. W procesie diagnostyki różnicowej guzów głowy i szyi o niejasnym obrazie klinicznym należy zawsze brać pod uwagę nowotwory tej grupy. Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC), będąca uznaną i powszechnie stosowaną metodą wstępnej diagnostyki histopatologicznej guzów głowy i szyi, jest mało przydatna dla diagnostyki guzów neurogennych.

Przedstawiony materiał pokazuje jak złożona i pełna potencjalnych pułapek jest diagnostyka i leczenie neurogennych nowotworów w obrębie głowy i szyi.

Piśmiennictwo

- Katz AD, McAlpin C. Face and neck neurogenic neoplasms. *Am J Surg* 1993; 166(4): 421-423.
- Landreneau RJ, Dowling RD, Ferson PF. Thoracoscopic resection of a posterior mediastinal neurogenic tumor. *www neurosurgery* 1999.
- Colreavy MP, Lacy PD, Huges J i wsp. Head and neck schwannomas-a 10 year review. *J Laryngol Otol* 2000; 114(2): 119-124.
- Torre V, Bucolo S, Galletti B i wsp. Benign extracranial head and neck schwannomas: anatomical, clinical and diagnostic considerations on four cases and a review of the literature. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 1999; 19:160-165.
- Jayaraman M, Davis LM. Schwannoma cranial nerve. *www emedicine* 2002.
- Gilmer-Hill HS, Kline DG. Neurogenic tumors of the cranial vagus nerve:report of four cases and review of the literature. *Neurosurgery* 2000; 46(6): 1498-1503.
- Gierek T, Zbrowska-Bielska D, Majzel K i wsp. Schwannoma nerwu spłotu szyjnego - opis przypadku. *Otolaryngol Pol* 2003; 4: 569-572.
- Bień S, Żyłka S, Madej M i wsp. Problemy diagnostyki i terapii nowotworów pochodzących z osłonek nerwów obwodowych w obrębie głowy i szyi. *Otolaryngol Pol* 1997; Supl. 28: 249-251.
- Namysłowski G, Poloczek R, Pietrawska W i wsp. Nerwiakomięsak (neurilemmoma sarcomatosum) nerwu błędnego. *Otolaryngol Pol* 1998; 52(5): 615-617.
- Myssiorek D. Paragangliomas of the head and neck. *Otolaryngol Clin North Am* 2001; 34: 5-?.
- Rao AB, Koeller KK, Adair CF. Paragangliomas of the head and neck: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 1999; 19: 1605-1632.
- Namysłowski G, Czecior E, Bluszcz A i wsp. Przypadek głomus caroticum malignum. *Otolaryngol Pol* 1995; 49(6): 593-597.
- Bilińska-Pietraszek E, Mrówka-Kata K, Namysłowski G i wsp. Zzłośliwienie olbrzymiego guza kłębka szyjnego. *Otolaryngol Pol* 2002; 56(6): 717-720.
- Watkinson JC, Gaze MN, Wilson JA. *Stell and Maran's Head and Neck Surgery*. Butterworth and Heinemann, Oxford 2000.
- Kyriakos M, El-Mofty S. Pathology of selected soft-tissue tumors of the head and neck. (w) *Comprehensive Management of Head and Neck Tumors*. (red.) Thawley SE, Panje WR, Batsakis JB, Lindberg RD. W.B. Saunders Comp. Philadelphia 1999; 1322-1394.
- Kuczkowski J, Mikaszewski B, Zaorski P i wsp. Nerwiak wędrowy - obecne poglądy na diagnostykę i leczenie. *Otolaryngol Pol* 1995; 49(supl. 20): 168-172.
- Dulguerov P, Calcaterra T. Esthesioneuroblastoma. *www emedicine* 2002.
- De Campora E, Radici M, De Campoza L. Neurogenic tumors of the head and neck in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1999; 5(supl. 1): 231-233.
- Kubiak R. Nadnercza i ciała przyzwojowe. (w) *Nowotwory. Zarys patologii onkologicznej*. (red.) Kordek R, Woźniak L, Biernat W. Akademia Medyczna, Łódź 2001; 316-324.
- Kuczkowski J, Starzyńska A. Neurogenne guzy głowy i szyi. *Otolaryngol Pol* 1995; 49(supl. 20): 128-133.