

Nekrotizáló sialometaplasia. Esetismertetés

Bögözi Bálint Botond¹, Kovács Dezső¹, Mocan Simona²

¹Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, Szájsebészeti Tanszék, ²Megyei Sürgősségi Kórház, Marosvásárhely, Kórbonctani Osztály

Sialometaplasia necrotizantă. Prezentare de caz

Introducere. Sialometaplasia necrotizantă este o afecțiune rară, benignă, cu caracter inflamator, pornind din glandele salivare accesorii, care poate imita tumorile maligne. Debutază spontan cu aspect clinic înspăimântător, sub forma unor ulcerări cu localizare predilectă la nivelul mucoasei bolții palatine, însă prognosticul este foarte bun cu vindecare spontană în decurs de câteva săptămâni. Material și metodă. Prezentarea unui caz clinic de sialometaplasie necrotizantă tratată la Clinica de Chirurgie Orală și Maxilofacială din Târgu-Mureș. Concluzii. Deoarece clinic poate fi confundată ușor cu afecțiuni maligne, este esențială precizarea diagnosticului pe baza examenului histopatologic, iar un diagnostic greșit poate să ducă la o conduită terapeutică chirurgicală agresivă inutilă.

Cuvinte cheie. Glande salivare, afecțiune benignă, imitarea malignității.

Necrotizing Sialometaplasia. Case Report

Introduction. Necrotizing sialometaplasia is a rare, benign, inflammatory condition of the minor salivary glands, simulating malignant tumors. It develops with fearsome clinical aspect, particularly on the palatal mucosa but the prognosis is excellent with spontaneous healing in a few weeks. Material and method. Report of one case of necrotizing sialometaplasia treated at the Oral and Maxillofacial Surgery Clinic Târgu Mureș. Conclusions. Because of its similar clinical aspect to malignant tumors correct histopathological diagnosis is very important in avoiding inappropriate, aggressive, radical surgical treatment.

Keywords. Salivary glands, benign condition, simulating malignancy.

Orvostudományi Értesítő, 2008, 81 (4): 260-262

www.orvtudert.ro

A nekrotizáló sialometaplasia (a kifejezést Abrams és Melrose vezette be 1973-ban) [2, 5], egy ritkán előforduló kórkép, a kis nyálmirigyek benignus, gyulladásos, különböző formában kifehélyesedő elváltozása, amely gyakran rosszindulatú fekély képét öltheti. Spontán jelentkezik, ijesztő klinikai képpel, jellegzetesen a palatum nyálkahártyájára lokalizálódva, azonban prognózisa kiváló, néhány hét leforgása alatt spontán gyógyul.

Előfordulás

Előfordulási aránya egy az USA-ban végzett felmérés alapján (Mesa és munkatársai), amely tízezer biopsziás anyagot faszálta fel 0,03% volt, ez viszont nem vette figyelembe a spontán, próbakimetszés nélkül gyógyuló eseteket. A férfiaknál kétszer olyan gyakori mint a nőknél, az átlag életkor pedig 50,3 év férfiaknál, 43,1 év nőknél [2].

Etiológia

Kóroktana nem tisztázott, legtöbbször spontán jelentkezik, máskor az anamnézisben valamilyen trauma, sugárterápia, sebészi beavatkozás szerepel, de leírták rosszindulatú daganatokkal (hangszalag, orrüreg carcinoma, parotis daganat stb.) valamint gyulladásos folyamatokkal (akut vagy krónikus sinusitis stb.) kapcsolatban is.

Az esetek többségében valamilyen vascularis ischaemiához vezető folyamattal hozható összefüggésbe. Így jelentkezhet sarlósejtes anémiában, amely vasculopathiákat, infarktust okozhat, Raynaud-kórban ahol szintén gyakoribbak az ischaemiás események. Okozhatja továbbá intubációs trauma miatti érkárosodás, valamint helyi érzéstelenítés ha az oldat vasokorrektor anyagot is tartalmaz. Ezeken kívül a krónikus hányás (bulimiás betegeknek) [4], lokális sugárterápia,

dohányzás, alkohol és drogfogyasztás, felső légúti infekciók valamint bizonyos komplex kórképek (mint például az erythema multiforme) is szerepet játszhatnak a nekrotizáló sialometaplasia kialakulásában.

Klinikai kép

Kifehélyesedő, legtöbbször 1-3 cm átmérőjű, nekrotikus szövettörmelékkel borított duzzanatként jelentkezik [3]. Lehet kétoldali, de gyakrabban egyoldali, jellegzetesen a palatumon fordul elő, de kialakulhat bárhol, ahol kis nyálmirigyek találhatók [1]. Jelentkezhet a felületi nyálkahártya kifehélyesedése nélkül submucosus duzzanatként is és mindkét formában jelen lehet a palatinális csont eróziója. Klinikailag könnyen összetéveszthető malignus folyamatokkal, ezért a pontos kórisméhez szövettani vizsgálat szükséges.

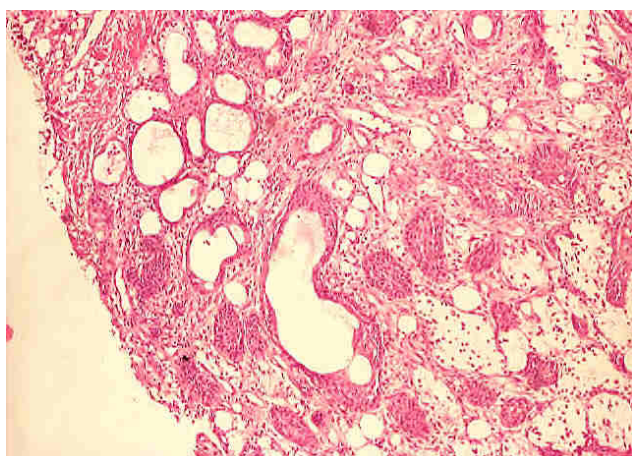
Szövettan

A szövettani képre jellemző a nyálmirigyek ischaemiás lobuláris nekrozisa, ennek ellenére a lobuláris szerkezet megtartott. Mucin töcsák mellett a ductusok és acinusok hámjának metaplasziája jelentkezik, viszont a sejtmagok benignus nukleáris tulajdonságokat mutatnak, minimális hyperchromáziával, normális mitózisokkal [6]. A nyálmirigyben és körülötte kereksejtes beszűrődés figyelhető meg, amely főleg makrofágokból és neutrofilekből, ritkábban lymphocytákból, plazmasejtekből és eozinofilekből áll. Jellemző még a léziót borító mucosa pseudoepiteliomatózus hyperplasiája, emiatt laphámrákra emlékeztet. Korábbi stádiumban a koagulációs nekrozis dominál, míg az érettebb formákat nagyobb mértékű fibrosis és hámmetaplasia jellemzi.

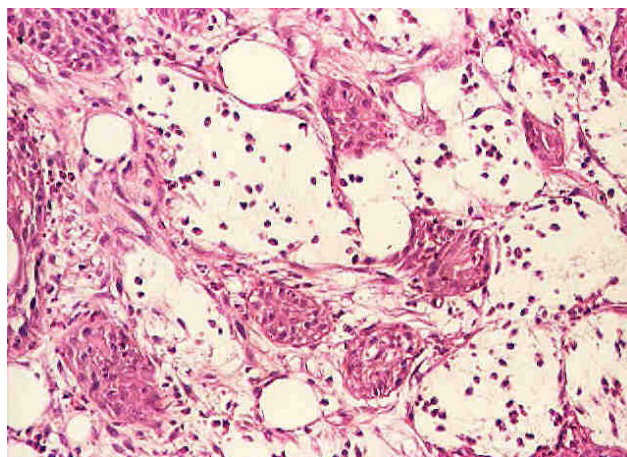




1. ábra. A klinikai kép a jelentkezés pillanatában



2. ábra. Szöveti kép - az acinusok és ductusok hámjának metaplasziája (egyesekek teljesen elzáródtak)



3. ábra. Szöveti kép - Mucin töcsák, az acinusok felszakadozása következtében, kereksejtes beszűrődés



4. ábra. A beteg 6 héttel a kezelés után

Differenciáldiagnózis

Elsősorban a malignus folyamatoktól kell elkülöníteni, így a laphámráktól, mucoepidermoid carcinomától, malignus lymphomától, nyálmirigy daganatoktól, Wegener-granulomatózistól [2]. Szintén el kell különíteni az aftás lezióktól, különös tekintettel a Sutton-féle óriás aftákra. Szóba jöhet még a Bechcet-kór, syphilis terciér stádiuma, TBC, mély gombás fertőzések, illetve palatinális tályogok.

Kezelés, evolúció

Spontán gyógyul 6-8 hét leforgása alatt a kezdeti ijesztő képet követően. A gyógyulási időt befolyásolja a lezió mérete, valamint az esetleges csontérintettség [2]. Kezelést azonban nem igényel, profilaktikus antibiotikum adása szükséges a felülfertőződés megelőzése végett, esetleg gyulladáscsökkentőket, fájdalomcsillapítókat adhatunk. A pontos kórisme fellállításához inciziós biopszia szükséges.

Esetismertetés

Klinikánkon az utóbbi 10 évben mindössze három esetet kezeltünk (1 férfi és 2 nő). Jelen dologzatban ezek közül egyik különlegesebb esetünket ismertetjük.

A 42 éves nőbeteg, 2005 novemberében jelentkezett fájdalmas duzzanatra panaszkodva a kemény szájpad hátsó harmadában, amely néhány nappal korábban jelent meg, majd kifekélyesedett. Az anamnézisben traumát nem sikerült kimutatni, viszont felső légúti víruszison átesett a beteg nem sokkal a panaszok jelentkezése előtt.

Klinikai vizsgálat: szabálytalan alakú, kétoldali (jobb oldalt kifejezettebb – $2,5 \times 1,5$ cm) duzzanat a kemény szájpad hátsó harmadában, felülete kifekélyesedett, nekrotikus szövettörmelékkel fedett, spontán és tapsintásra fájdalmas (1. ábra).

A probakimetszés alapján készült szövettani vizsgálat megerősíti a diagnózist (egy előrehaladottabb stádiumban levő nekrotizáló sialometaplasia) (2., 3. ábra). Helyileg a fekély megtisztítása és a nekrotikus szövetek eltávolítása

után klórhexidines öblögetést alkalmaztunk, általánosan pedig antibiotikumot (Ampicilin 4×500 mg/nap) és gyulladáscsökkentőt, fájdalomcsillapítót (Algocalmin 3×1 tb/nap, Paracetamol 3×1 tb/nap) írtunk fel.

A fekélyek kb. egy hét alatt feltisztultak, két hét után majdnem teljesen behámosodtak, a gyógyulási folyamat azonban csak 6 hét után fejeződött be és a fekélyek helyén heggesedéssel történt (4. ábra).

Megfigyelések, következtetések

A nekrotizáló sialometaplasia egy igen ritka kórkép, klinikánkon mindössze három esettel találkoztunk az utóbbi 10 évben ezek közül egy férfi és két nő, míg az irodalomban fordított az arány: a férfiaknál kétszer gyakoribb.

Bemutatott esetünkben – akárcsak két másik betegünk esetében – a léziók bilaterálisan jelentkeztek, az irodalmi adatok szerint pedig gyakoribb az egyoldali lokalizáció.

A kórelőzményekben traumát vagy ischaemiához vezető tényezőt nem sikerült kimutatni, bár egyes szerzők szerint a legtöbb esetben megtalálható egyike ezeknek az anamnézisben.

Mivel klinikailag könnyen összetéveszthető malignus elváltozásokkal, rendkívül fontos a pontos szövettani diagnózis felállítása, ugyanis a hibás kórisme agresszív és sürgős sebészeti kezeléshez vezethet.

Irodalom

1. Femopase F.L., Hernandez S.L., Gendelman H. et al. – *Necrotizing sialometaplasia: report of five cases*, Med Oral, 2004, 9(4):304-308.
2. Kovács V., Kövesi Gy., Gera I. – *Nekrotizáló sialometaplasia – Esetismertetés*, Fogorvosi Szemle, 2005, 98(6):233-237.
3. Laskaris G. – *Pocket Atlas of Oral Diseases*, 1998, Thieme, Stuttgart, New York.
4. Scully C., Eveson J. – *Sialosis and Necrotising Sialometaplasia in Bulimia - a Case Report*, Int J Oral Maxillofac Surg, 2004, 33(8):808-810.
5. Taşcă C., Verejan I. – *Morfopatologie*, Teora, Bucureşti, 1996.
6. van der Wal J.E., van der Waal I. – *Necrotizing Sialometaplasia: Report of 12 New Cases*, Br J Oral Maxillofac Surg, 1990, 28(5):326-328.