

## *A parotis malignus tumorainak diagnosztikájáról és az újabb hisztológiai felosztásáról 10 éves beteganyagunk kapcsán*

TÓTH LÁSZLÓ DR.\* , SZÜCS JÁNOS DR.,  
LAMPÉ ISTVÁN DR., LÁZÁR JÓZSEF DR.

*Közlésre érkezett: 1990. augusztus 2-án.*

**Kulcsszavak:** diagnosztika, hisztológiai felosztás, parotis malignus daganata.

Átfogó cikk keretében áttekintik a malignus parotis tumorok klinikumát és hisztológiáját. Hisztológiai osztályozáson alapuló rendszerben beszámolnak a 10 év alatt a DOTE Fül-Orr-Gégeklinikán operált 26 malignómás betegről. Beszámolnak a modern diagnosztikus módszerek alkalmazásáról, tapasztalataikról (aspirációs finomtű-biopsia, UH, CT, scintigráfia). Felhívják a figyelmet a műtéti radikalitás fontosságára.

Anyálmirigyek malignus tumorai ritkák. A diagnosztikus lehetőségek egyre bővülnek (aspirációs biopsia, UH, CT, scintigráfia, NMR). A műtéti típusokban és alkalmazásuk tekintetében ma már jelentős eltérések nincsenek. A parotis malignómák hisztológiai sokszínűsége folytán a *szövetteni felosztás* viszont ma még nem teljesen lezárt.

Hazánkban *Székely, Becske és mtsai* nagy esetszámon alapuló közleményeikben részletesen feldolgozták a parotis diagnosztikájának, műtéteinek és hisztológiájának számos kérdését [7,21,22,23]. Egyéb intézményből származó, akár kisebb számú műtétes beteganyagon alapuló, hisztológiai rendszerezésre törekvő közleményt viszont alig találunk. Ezért célunk az volt, hogy 10 év alatt malignus parotis tumor miatt klinikánkon operált betegeink adatait kor, nem, műtéti típus és hisztológiai felosztás szerint retrospektív módon feldolgozzuk. A parotis malignómák kérdését az e téren nyert tapasztalatokra támaszkodva és a *legújabb szakirodalmon alapuló szövetteni felosztás* alapján számos statisztikai adat segítségével tekintjük át [2,18,26].

### *Beteganyag és diagnosztika*

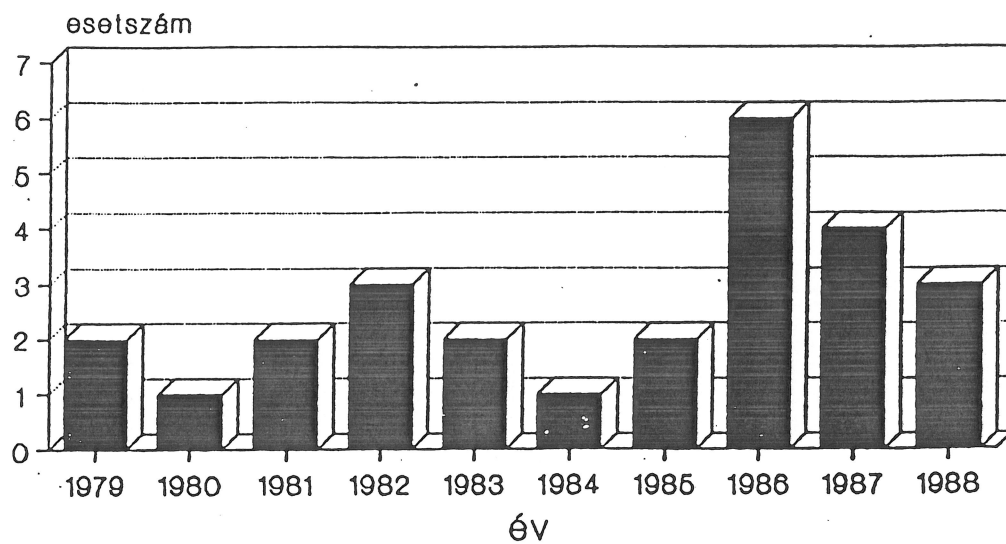
A DOTE Fül-Orr-Gégeklinikán 1979 és 1988 között a parotis malignus tumorai miatt vizsgált, kezelt és operált beteganyagunk kor, évenkénti előfordulás, műtéti típus és szövetteni diagnózis szerinti megoszlását az 1. és 2. ábrán, valamint az 1. táblázaton mutatjuk be. Betegeink között szinte azonos volt a nők (14) és férfiak (12) előfordulási aránya. Idősebb korban (71—80 év) a carcinómák gyakoribbak, míg a fiatalabb korban (31—40 év) a lymphoid eredetű tumorok és a melanóma metasztázisok is figyelemre méltó számban fordultak elő.

### *Vizsgálómódszereinkről*

*Fizikális vizsgálat során* a malignus folyamatokra jellemzőnek találtuk a kemény tapintatot és a fixációt. Gyors növekedés és fájdalom jelentkezett a magasabb malignitásfokú tumoroknál [10]. Nyáltermelés csökkenését nagyobb kiterjedésű tumorok esetén észleltük. A nervus facialis bénulása — 8 esetben — és ulceráció jelei — 3 esetben —

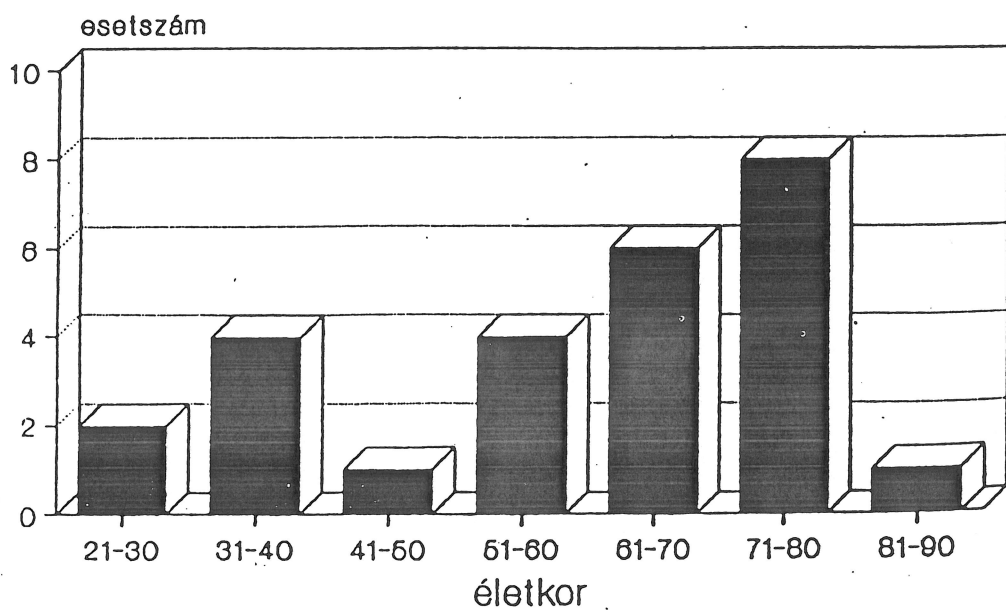
\* 4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98. DOTE Fül-Orr-Gégeklinika

## A parotis malignus folyamatai 1979 és 1988 között



1. ábra

## Kor szerinti megoszlás



2. ábra

I. táblázat  
A végzett műtéti típusok a szövettani diagnózisok szerinti bontásban

	Eset- szám	Late- ralis lo- bec- tomia	Tota- lis paro- tidec- tomia	Tota- lis paro- tidec- to- mia + block dis- sec- tio	Radi- calis paro- tidec- tomia	Radi- calis paro- tidec- to- mia + block dis- sec- tio	Post- op. irra- diatio	Cy- tosta- ticum	Meghalt metasztázisban		
									1-3 év	3-5 év	Egyéb
A) Acinussejtes tumor (3)											
a) magasan differenciált	3	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
b) alacsonyan differenciált	0										
B) Mucoepidermoid tumor (4)											
a) magasan differenciált	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) alacsonyan differenciált	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
C) Carcinomák (12)											
a) adenocysticus cc.	4	—	3	—	—	1	4	—	1		
b) adenoccc.	3	—	1	2	—	—	3	—			1
c) laphám cc.	1	—	—	—	—	1	1	—	1		apopl
d) malignizálódott pleiomorph adenoma	2	—	1	—	—	1	2	—		1	1/ile- us
e) nyálvezeték cc. +	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
f) nem differenciált cc.	2	—	—	—	2	—	2	—	1	1	—
D) Malignus lymphomák (4)											
a) non-Hodgkin	3	—	3	—	—	—	—	3	—		
b) Hodgkin	1	—	1	—	—	—	—	1	—		
E) Metasztázis a parotisban (3)											
	3	—	—	—	1	2	3	3	3	—	—
	26	3	13	2	3	5	15	7	6	2	2

valószínűvé tették a folyamat rosszindulatúságát. Különösen hamar jelentkezett az arcidegbénulás adenocysticus cc-s és a nem differenciált cc-s eseteinknél.

Szialográfias vizsgálatot, a 3 kifeléyesedett esetet leszámítva, 23 esetben végeztünk. Ennek során kerestük a malignus folyamatra jellemző *tócsaképződést, stop-jelenséget*. Malignitás kérdésében 15 esetben (65%) egyezett a szialográfias vélemény a műtéti, ill. szövettani lelettel.

Ultrahangos vizsgálatot 11 esetben alkalmaztunk. Rendkívül fontos noninvasív vizsgálómódszer, mely nem jár sugárterheléssel. Kimutatható vele latens metastázis és mélyen ülő, esetleg nem tapintható recidiva is. Hasznos a denzitás és a folyamat kiterjedésének megítélésében. Malignitásra elsősorban az „életlen szél”, ill. az inhomogén szerkezet jellemző.

CT-vizsgálat az utolsó 2 évben 6 esetben történt. Jelentős segítséget nyújtott a tumor kiterjedésének és a folyamat fossa infratemporalisba történő propagációjának megállapításában.

A technécium-izotóppal végzett scintigráfias vizsgálatot 1987-től van módunk alkalmazni. A szialográfiánál pontosabb információt ad a tumor jelenlétéről. 5 esetben végeztük és mindegyiknél „pozitív” volt az eredmény. Különösen hasznos eljárásnak bizonyult a parotis belső lebenyében elhelyezkedő tumoroknál, ekkor a gamma-kamerás felvételen jelentkező „hideg folt” utal a tumor jelenlétére [26].

Az aspirációs cytologia fontos és kellő gyakorlat után megbízható vizsgálómódszernek bizonyult. Az aspirációt gégeész, míg a kenet értékelését cytológus végzi. 1986-tól kezdve 13 beteg parotis tumorából történt mintavétel és a cytológiai vizsgálat 9 esetben (69%) utalt malignomára. Találati biztosságunk még elmarad az irodalomban leírt legjobb 80–82%-os eredménytől [27]. Ezen ultrahanggal vezérelt finomtű-biopsziával kívánunk javítani.

Az intraoperatív szövettani véleményezés a műtéti radikalitás megválasztásához döntő jelentőségű. Minden esetben elvégeztetjük.

A számunkra még nem elérhető NMR a parotis daganatok diagnosztikájában is a jövő ígéretes lehetőségének látszik.

A jelenleg klinikánkon tudományos célból vizsgált tumor-markerek is hozzájárulhatnak majdan a daganatos folyamat progressziójának megítéléséhez. Beteganyagunkat szövettani szempontokból az 1. táblázat segítségével részletesen szemléltetjük. Néhány témát mégis szeretnénk kiemelni. Mint már említettük, a parotis malignomák hisztológiai sokszínűsége miatt a szövettani felosztás időnként és szerzőnként is változik, ill. módosul. Mi a beteganyagunkat Arnold és mtsai (1987), ill. Seifert és mtsai (1984) szövettani felosztását követve tárgyaljuk. Ezért szerepel a táblázatban a nyálvezeték cc. is, noha ilyen esetünk nem volt.

Laterális lobectomiát — 26 esetünkben — 3 paciensenél végeztünk, a külső lebenyben jól elhatárolódó, a n. facialisól távol lévő egy acinussejtes — és két mucoepidermoid carcinoma esetben. Műtét óta (4, 5, 9 év) recidívát nem észleltünk.

Totális parotidectomiát 15 esetben — 2-nél blockdissectioval — végeztünk a n. facialis megkímélésével, 8-nál az arcideg resectiojával. Néhány paciensenél a műtét után egy-egy ágra terjedő, 2–4 hét után rendeződő facialis paresis ugyan kialakult, de egy sem volt maradandó. A két block feldolgozása során az egyik bizonyult pozitívnak. Localis recidiva egy adenocysticus cc.-nél jelentkezett, röviddel a műtét után. Reoperáció, majd Co-irradiációt követően a regio tumormentes lett, de távoli metasztázisaiban pacienseünk 3 éven belül meghalt. Egy betegünk (malignizálódott pleiomorph adenoma) ileus-ban, egy másik pacienseünk (adenoc.) apoplexiát követően halt meg a műtétet követő 3 év után.

Radikális parotidectomiát 8 esetben végeztünk. Kötött nyaki nyirokcsomók miatt blockdissectioval 5 esetben egészítettük ki a beavatkozást. A blockok szövettani feldolgozása ezen 5 esetben pozitívnak bizonyult.

Nervus facialis rekonstrukciója a n. auric. magnus felhasználásával 5 esetben történt. Sikeres volt 3, és eredménytelen 2 esetben. E csoportba tartozó betegek közül öt 3 éven belül (2 melanómás 2 éven belül, 1 laphám cc., 1 nem diff. cc. és 1 parotisba metasztatizált cc.), 2 pedig 3 éven túl, de 5 éven belül (1 malignizálódott pleiomorph ad., 1 nem diff. cc.) halt meg.

Cytostaticus kezelést a malignus lymphomák és a parotisba metasztatizált esetekben alkalmaztunk. Postoperatív telekobalt kezelésben 15 betegünk részesült.

### Megbeszélés

Nagy statisztikák az összes malignus tumorokon belül 0,3–2%-ig terjedő arányban találtak nyálmirigy-malignomákat [11,17]. A nyálmirigy-tumorok 80%-a a parotisban található [9]. A parotis-tumorok közül szövettanilag epithelialis eredetű malignus tumorok (acinussejtes carcinoma, mucoepidermoid carcinoma, carcinomák) mintegy 23–23,5%-

ban fordulnak elő [2,18]. Az összefoglaló „carcinómák” megjelölés magában foglalja az adenoidcysticus, az adeno-, a laphám-, a nyálvezeték- és a differenciálatlan carcinómát [2,18]. Nem epitheliális eredetűek 5—6,2%-ban és a környékről a parotisra terjedő, ill. parotisba metasztatizáló folyamatok 4—4,8%-ban fordulnak elő [2,19].

*A. Acinussejtes carcinoma:* Az összes nyálmirigy-tumor 2%-át teszi ki és ennek 90%-a a parotisban fordul elő. Inkább nőknél az 5. és 6. évtizedben jelentkeznek. Többnyire tokkal határolt, mely kezdetben klinikailag nem vagy alig különbözik a jóindulatú daganattól. Régebben benignusnak tartották és csak az utóbbi időben sorolják a malignus-daganatokhoz [5]. Irodalmi adatok szerint recidiva 20%-ban, metasztázis 10%-ban fordul elő [17]. Magasan differenciált magas malignitású csoportra osztják [18]. A három betegünkönél műtét után sugárkezelést nem alkalmaztunk, recidivát, metasztázist nem észleltünk.

Tumormentesen élnek több mint 5 éve.

*B. Mucoepidermoid carcinoma:* A nyálmirigy-tumrok közül 5% esik erre a daganattípusra és az esetek 2/3-a a parotisra lokalizálódik [1]. Főleg az 5. évtizedben jelentkezik a női nem enyhe dominanciájával. Klinikailag szabálytalanul határolt csomó, mely lassan növekszik, általában 3—5 cm nagyságig. Fájdalom és n. facialis bénulás ritkán kíséri. Az esetek többsége alacsony malignitású, sem lymphogén, sem haematogén metasztázist nem ad [17]. Nagy statisztikák szerint a mucoepidermoid carcinómák 65%-a tartozik a magas differenciált típushoz, 95% feletti 5 éves túléléssel [17]. Az alacsonyan differenciált formánál lokális recidiva és lymphogén metasztázis jellemző, így az 5 éves túlélés is csak 25% körül alakul [18]. A négy esetből kettőnél laterális lobectomiát, kettőnél totalis parotidectomiát végeztünk. Postoperatív sugárkezelést nem alkalmaztunk, mivel a mucoepidermoid carcinoma nem, vagy alig sugárérzékeny [13,15]. Recidivát, metasztázist nem észleltünk. Betegeink közül kettő 5 éven túl, 1 négy, 1 pedig 3 éve tumormentesen él.

*C. Carcinómák:* Az összes nyálmirigy-tumor 16%-a tartozik ebbe az összefoglaló csoportba és ezen tumorkok 75%-a a parotisban fordul elő. Ebből mintegy 50% adenoidcysticus cc. és malignizálódott pleiomorph adenoma, 25% körül az adeno- és laphám-carcinoma, 8%-nyi a differenciálatlan carcinoma részesedése.

*a. Adenoidcysticus carcinoma (cylindroma):* A nyálmirigy-carcinómák 23%-a tartozik ebbe a csoportba. A nagy nyálmirigyekben — főleg a parotisban — ennek 30%-a, a többi 70% a kis nyálmirigyekben fordul elő [6]. Általában a 6. évtizedben jelentkezik. Először *Billroth* írta le a göttingeni asszisztensi éve alatt cylindroma néven [18]. Jellemzője a lassú növekedés, fixáltság, fájdalom, n. facialis bénulás, recidiva- és haematogén metasztázisképzés [4]. Infiltratív módon sokszor idegpályák mentén terjed. Nyaki metasztázist 10%-nyi gyakorisággal ad [9]. Nagy statisztikák 50%-ra teszik a haematogén metasztázisképzésüket. Leggyakrabban tüdőbe, ritkábban a csontrendszerbe, májba, borbé és az agyba metasztatizál [2,18]. Érdekes kérdés e tumorfajtáknál a műtét radikalitásának és a túlélésnek az összefüggése. Nagy esetszámú elemzés alapján a kezdeti konzervatívabb beavatkozás [8] és a később ismételt műtétekkel elért eredmények semmivel sem voltak rosszabbak, mint a radikális parotidectomia, esetleg a környező szövetek extirpációjával végzett beavatkozások eredményei [9]. A postoperatív sugárkezelés sem befolyásolja lényegesen a túlélést. *Miehlke* a dió nagyságú tumoroknál radikális beavatkozást javasolt a n. facialis feláldozásával, mivel az ideg mentén gyakran terjedhet a tumor [18]. A solid és esetenként a cribriform-szerkezetű daganatok mindig maximálisan radikális műtéti elbírálás alá kell hogy essenek. Négy esetünkben háromnál totalis, egynél radikális parotidectomiát végeztünk blockdisszekcióval. Közülük egy, melyről korábban szó volt — 3 éven belül meghalt, kettő 5 éven túl, egy három éven túl él tumormentesen.

*b. Adenocarcinoma:* A nyálmirigy-carcinómák közül 14%-ot képvisel és ennek mintegy 70%-a a parotisban található. Inkább nőknél a 7. évtizedben jelentkezik [20]. Jellemzője a kötöttség, fájdalom és a perineuralis rés mentén történő terjedés (40%). Főleg lymphogén úton terjed [14], haematogén metasztázisának fő helye a tüdő. Nagy statisztikák az 5 éves

túlélésre 40%-ot írnak [13,18] és az alacsonyan differenciált mucocpidermoid carcinómákkal, valamint a laphám-carcinómákkal azonos malignitási fokba sorolják [18].

Három esetünkben egynél totális-, kettőnél totális parotidectomiát végeztünk blockdissectioval. Mindhárman túléltek a 3 évet, egy az 5 évet, egy paciensekünk apoplexiában halt meg 3 év után.

*c. Laphám-carcinoma:* A környező bőrről, nyálkahártyáról ráterjedő tumor, vagy ritkán magában a parotisban is kialakulhat. Az összes nyálmirigy-carcinoma mintegy 10%-át teszi ki. Főleg férfiakon a 7.—8. évtizedben fejlődik ki. Gyakori (60%) a n. facialis paresise. Korán metasztatizálnak a nyaki nyirokcsomókba. Az 5 éves túlélés 40% körüli. A betegünket 3 éven belül veszítettük el.

*d. Malignizálódott, pleiomorph adenoma:* A nyálmirigy-carcinómák 3—4%-a tartozik ebbe a csoportba és 80%-uk a parotistra lokalizálódik. Nagy statisztikák 3—7,6%-os vagy még magasabb arányban jelölik meg a pleiomorph adenomák malignizálódásának rátáját [3,18,24]. Ma is vitatott, hogy benignus folyamat malignizációja vagy „második” tumor jön létre. Hosszabb ideje meglévő pleiomorph adenoma vagy recidiva hirtelen növekedésnek indul, facialis paresis alakul ki. Lymphogen úton metasztatizál (50%). Idősebbeken (70—80 év) jelentkezik nemi dominancia nélkül. A nem differenciált carcinómákkal együtt a legmalignusabb nyálmirigy-tumorok közé tartozik. A 10-éves túlélés így csak 25% körüli. Két esetünkben egyiknél totális-, másiknál radikális parotidectomiát végeztünk blockdissectioval. Egyik paciensekünk ileust követően halt meg.

*e. Nyálvezeték-carcinoma:* Bár ilyen esetünk nem volt, rövid ismertetését mégis fontosnak tartjuk. A Kleinsasser által leírt ritka tumorfajta (5%) a magasabb életkor daganata [18]. 80%-ban a parotisban észlelhető [18]. Főleg lymphogen úton metasztatizál 10—20%-os gyakorisággal. Recidiva-hajlam 30—40%-os. Relatív jó prognózisú, az 5 éves túlélés 65%-os.

*f. Nem differenciált carcinoma:* A nyálmirigyek közül főleg a parotisban fordul elő a 6. évtizedben, nemi dominancia nélkül. Gyors növekedésű, gyakori a n. facialis paresis (60%). A laphám-carcinómákkal csaknem azonos gyakorisággal metasztatizált lymphogén úton (65%). Távoli metasztázist 20%-nyi gyakorisággal ad. Rossz prognózisú, az 5 éves túlélés is csak 25% körüli. Két esetünkben radikális parotidectomiát végeztünk. Egyik betegünket 3 éven, másik betegünket 5 éven belül veszítettük el.

*D. Malignus lymphoma:* A nyálmirigy-tumorok 4—5%-a tartozik ebbe a csoportba. Az extranodális lymphomák 4—5%-a esik a nyálmirigyekre [12]. A fej—nyak terület malignus lymphomáinak 40%-a esik a nyálmirigyekre [25]. *Többnyire non-Hodgkin* lymphomák fordulnak elő. Lehet primér folyamat, amikor a nyálmirigy intra- vagy periglandularis nyirokcsomóiból indul ki. A nyálmirigy-állományból *induló* tumor igen ritka (5%).

A secundér folyamat általában sialoadenitisszel együtt, annak talaján (23%) alakul ki, Sjögren-syndromával vagy anélkül. Sjögren-syndroma esetén a lymphoma kialakulásának esélye 40-szerese a más eseteknek [16]. Secundér az elváltozás, ha generalizált folyamat a nyálmirigyben is megjelenik (30%).

A *Hodgkin-lymphománál* a sialoadenitises kombináció ritka, de a szisztémás megjelenés igen gyakori (75%). Mind a négy betegünkben totális parotidectomiát végeztünk, majd további belgyógyászati kezelésben részesültek. Három évet mindnyájan túléltek. A későbbi sorsukról nem tudunk.

*E. Metasztázis a parotisban:* Főként a környéki bőrterületről carcinómák (38%) és melanómák (45%) metasztatizálnak a parotisba. Egy esetünkben a primér daganat helye nem derült ki. A másik kettő közül egyiknél az infraorbitálisan elhelyezkedő melanoma, a másiknál pedig a praeauricularisan elhelyezkedő amelanoticus melanoma metasztázisáról volt szó. Postoperatív irradiációt kaptak és cytostaticus kezelésben részesültek. Mindhármukat 3 éven belül elvesztettük.

Végezetül jelezni kívánjuk, hogy az adott betegszám miatt a szövettani diagnózis és TNM-stádium összefüggéseiben tett túlélési eredmények vizsgálatára nem vállalkozha-

tunk. Az újabb szakirodalom szövettani felosztása alapján bemutatott parotisos betegségeinkkel egyik célunk az volt, hogy a DOTE Fül-Orr-Gégeklinikájának ezen profiljáról is képet adjunk. A másik pedig, hogy a sebészet, a szájszészet és a fül-orr-gégészet működésének határterületébe eső parotis-sebészeti szakmánk — a fül-orr-gégészet — kompetenciáját hangsúlyozzuk.

### Irodalom

1. Acetta, P. A., Gray, F. G., Hunger, M. R., Rosenfeld, L.: Mucoepidermoid carcinoma of salivary glands. Arch. Path. Lab. Med. 108, 321 (1984). — 2. Arnold, W. J., Laissue, A. J., Friedmann, J., Naumann, H. H.: Diseases of the Head and Neck. Thieme 1987. Stuttgart 7.21.—7.27. — 3. Becske M.: A parotis malignizálódott vegyes daganatairól. Fül-Orr-Gégegyógy., 27, 35—41 (1981). — 4. Becske M.: A fültömírgy adenoid-cisztikus carcinomájáról. Fül-Orr-Gégegyógy., 29, 20—33 (1983). — 5. Becske M.: A fültömírgy acinussejtes carcinomáiról. Fül-Orr-Gégegyógy., 29, 141—156 (1983). — 6. Belson, T. P., Toolhill, J. R.: Adenoid cystic carcinoma of the submaxillary gland. Laryngoscope, 92, 497 (1982). — 7. Besznyák I.: A daganatok sebészete. Medicina, 1986., Budapest p. 99—107. — 8. Blanck, C., Eneroth, C. M., Jacobsson, P., Jacobsson, A.: Adenoid cystic carcinoma of the parotid gland. Acta Radiol., 6, 177 (1967). — 9. Chilla, R., Schrot, R., Eyshold, V., Droese, M.: Über die therapeutische Beeinflussbarkeit adenoid-zystischer Karzinome im Parotidbereich HNO 29, 118 (1981). — 10. Chilla, R., Casjons, R., Eyshold, V., Droese, M.: Maligne Speicheldrüsentumoren. Der Einfluss von Histologie und lokalisation auf die Prognose. HNO, 31, 286 (1983). — 11. Eneroth, C. M.: Die Klinik der Kopfspeicheldrüsentumoren. Arch. Oto-Rhino-Laryngol., 61, 213 (1976). — 12. Freeman, C., Beng, W. J., Cutter, J. S.: Occurrence and prognosis of extranodal lymphomas. Cancer, 29, 252 (1972). — 13. Jakobsson, P. A., Eneroth, M. C.: Variations in radiosensitivity of various types of malignant salivary gland tumors. Acta Otolaryng. Suppl., 263, 186 (1970). — 14. Kathleen, K., Batsakis, G. J., Luna, M., Mackay, M.: Salivary duct adenocarcinoma: a high grade malignancy. J. Laryng. and Otol., 100, 105—114 (1986). — 15. Kovács Gy.: A sugártherápia szerepe a parotis-tumorerkezelésében. Fül-Orr-Gégegyógy., 25, 153—156 (1979). — 16. Nicols, R. D., Rebnek, W. J., Sullivan, D. J.: Lymphoma of the parotid gland. Laryngoscop., 92, 365 (1982). — 17. Seifert, G., Rieb, H., Donath, K.: Klassifikation der Tumoren der Kleinen Speicheldrüsen. Pathohistologische Analyse von 160 Tumoren. Laryng. Rhinol. Otol., 59, 379 (1980). — 18. Seifert, G., Miehke, A., Haubrich, J., Chilla, R.: Speicheldrüsen Krankheiten. Thieme 1984. Stuttgart pp. 235—302. — 19. Seifert, G., Okabe, H., Caselitz, J.: Epithelial salivary gland tumors in children and adolescents., Oto-Rhino-Laryngol., 48, 137—149 (1986). — 20. Spiro, R. H., Huvos, G. A., Strong, W. E.: Adenocarcinoma of salivary origin. Clinicopathologia study of 204 patients. Amer. J. Surg. 144, 423 (1982). — 21. Székely T., Szilvái A.: A modern fültömírgy-sebészet eredményei, problémái. Fül-Orr-Gégegyógy., 22, 195 (1976). — 22. Székely T.: A fültömírgy betegségeinek diagnosztikája és terápiája (I. rész). Fül-Orr-Gégegyógy., 25, 247—256 (1979). — 23. Székely T.: A fültömírgy betegségeinek diagnosztikája és terápiája (II. rész). Fül-Orr-Gégegyógy., 26, 117—123 (1980). — 24. Timár J., Schmidt K., Szende B., Székely T., Lapis K.: Adatok néhány benignus parotis tumor klinikumához és ultrastruktúrájához. Fül-Orr-Gégegyógy., 31, 140—147 (1985). — 25. Türk, R., Horak, F.: Nicht-Hodgkin-Lymphome in Hals-, Nasen-, Ohrenbereich. Laryng. Rhinol. Oto., 61, 516 (1982). — 26. Weidauer, H., Maier, H.: Speicheldrüsen Erkrankungen Springer, Berlin, p. 97—109 (1988). — 27. Zajicek, J.: Aspiration biopsy cytology. Part. I. Cytology of supradiaphragmatic organs. Salivary glands. S. Karger, Basel p. 30 (1974).

### Summary

L. TÓTH, J. SZÚCS, I. LAMPÉ, J. LÁZÁR: About diagnosis of malignant tumours of the parotid gland and, the newer histological division, in connection with our operated patient-material during the last 10 years

The authors survey in a comprehensive article the clinical and histological features of malignant parotid tumours. According to a histological classification, they render account of their 26 patients with malignoma, operated in their ENT-Clinic of the Medical University of Debrecen, during the last 10 years. They deal with the modern diagnostical methods like fine-needle biopsy aspiration, ultrasound, CT, scintigraphy and, their application. The radicality of operation is emphasized.

### Zusammenfassung

L. TÓTH, J. SZÚCS, I. LAMPÉ, J. LÁZÁR: Über die Diagnostik der malignen Parotistumoren und ihre neue histologische Einteilung in Verbindung mit den operierten Patienten der letzten 10 Jahre

Im Rahmen eines umfassenden Artikels wird ein Überblick über Klinikum und Histologie der malignen Parotistumoren gegeben. Nach histologischen Gruppen geordnet berichten die Verff. über 26 innerhalb von 10 Jahren operierte Patienten, über die Anwendung moderner diagnostischer Verfahren (Feinnadel-Aspirationsbiopsie, Ultraschall, Computertomographie, Szintigraphie). Auf die Wichtigkeit radikaler Operationen wird hingewiesen.