

Debreceni Orvostudományi Egyetem Fül-orr-gégeklinika
(igazgató: Lampé István dr. egyetemi tanár)

Nekrotizáló sialometaplazia*

JÓKAY ISTVÁN dr.**, PAP UZONKA dr. és LAMPÉ ISTVÁN dr.

Közlésre érkezett: 1985. március 1-én

Ritka kórképet ismertetnek a szerzők, amely malignus folyamat klinikai képét utánozva diagnosztikus problémát jelent szájüregi-garati folyamatok gyógyításában. Irodalmi áttekintést adva ismertetik a megbetegedés lokalizációját, klinikai formáit és szövettani jellemzőit. Két észlelt esettel demonstrálják a nekrotizáló sialometaplaziát.

A nekrotizáló sialometaplazia (N.S.) a kis nyálmirigyek ritkán előforduló atípusos kezdetű és lefolyású, kimenetelét tekintve jóindulatú megbetegedése, melynek kiváltó oka ezideig ismeretlen. A betegséget nem régen, 1973-ban Abrams és mtsai [1] írták le először és közleményük óta kb. 75 esetet ismertetnek. A fenti szerzők által leírt keményszájpad lokalizáción kívül beszámoltak már az N.S. lágyszájpad [2], ajaknyálkahártyán lévő [3, 4], orrgarati, orrüregi [5], arcüregi [6], gingiván lévő [7] és nyelvtesten való [8] előfordulásáról. Az N. S. nagy nyálmirigyekben való kialakulását is leírták [9, 10]. Az N. S. irodalomban eddig közölt lokalizációit mutatjuk be az I. táblázaton.

I. táblázat

A NEKROTIZÁLÓ SIALOMETAPLASIA LOCALISATIÓI:

1. keményszájpad
2. lágyszájpad
3. szájnyálkahártya
4. orrgarat
5. orrüreg
6. orrmelléküregek
7. retromolaris háromszög
8. nagy nyálmirigyek
9. nyelvtest
10. nyelvgyök

Kor és nem szerinti megoszlás nem jellemző a megbetegedésre; az eddig ismertetett esetekben a legfiatalabb beteg 14, a legidősebb 83 éves volt [11].

A betegség klinikai képe változó: enyhén kiemelkedő eritematosus elváltozás, illetve esetenként mélyen kifehélyesedett, ulcerosus lézió formájában is jelentkezhet, mely leginkább malignus tumor gyanúját veti fel. A diagnózis felállítása egyértelműen kórszövettani vizsgálaton alapul és még gyakorlott hisztológus számára is nagy körütekintést igényel.

Az N. S. legjellemzőbb kórszövettani ismérveit először Abrams és mtsai [1] írták le, ezek a következők: a nyálkahártya ulcerációja pszeudoepiteliomato-

* Szegeden, 1984. április 5—6-án rendezett Tudományos Ülésen elhangzott előadás alapján

** 4012 Debrecen Fül-orr-gégeklinika

zus hiperpláziával, a nyálmirigyek isémias eredetű lobulus-nekrózisa, a nyálkacinusok és ductusok extenzív laphám metapláziája, a kifejezett nekrozis és gyulladásos szöveti kép ellenére viszonylagosan intakt nyállobulus szerkezet.

A magyar nyelvű szakirodalomban ezideig nem jelent meg közlés az N.S.-ről. Közleményünkben az N. S. eddig nem észlelt nyelvgyökben való megjelenéséről számolunk be.

Esetismertetés

Betegünk L. S.-né 56 éves nő. Anamnézisében említésre méltó nem szerepelt; soha nem dohányzott, alkalmasszerűen fogyasztott alkoholt, fizikai trauma nem érte. 1983. XI. 10-én vettük fel klinikánkra. Felvétele előtt 4–5 héttel a nyelvgyökben égő, bizonytalan jellegű fájdalmat érzett, nyelés közben idegentest érzésről panaszkodott. Felvételi statusából kiemelendő, hogy a nyelvgyök bal oldalán diónyi, fájdalmas, viszonylag körülírt, tömött rezisztencia volt tapintható, melynek centrális 1/2 cm²-es területe ulcerosus, és erősen hiperémiás volt. A szájüreg és garat egyéb képletei makroszkóposan épnek bizonyultak. A nyakon nyirokcsomó nem volt tapintható. Laboratóriumi vizsgálatok sem mutattak eltérést; vérsüllyedés 10 mm/óra volt. Az ektopiás pajzsmirigy lehetőségét az endokrin- és izotóp vizsgálatok kizárták. A nyelvgyöki elváltozás makroszkópos képe alapján malignus folyamat lehetősége vetődött fel. Ennek igazolása céljából biopsziás mintavétel történt, melyben nem specifikus krónikus gyulladás igazolódott, malignitásra utaló szöveti jelek nélkül (8629/83. DOTE). A betegség klinikai és makroszkópos megjelenését, lefolyását nem találtuk egybehangzóan a szöveti eredménnyel, emiatt ismételt próbaexcíziót végeztünk. A formalinban fixált, paraffinba ágyazott szövetből készült metszetekben (8906/83. DOTE) intenzív krónikus lobsejtes beszűrődést mutató nyálmirigyrészlet volt látható, az interlobularis terek kiszélesedésével, hegesedésével, a felszíni hám pseudoepiteliomatózus hiperpláziájával, egy apró területen fibrines izzadmánnyal borított hámhiánnyal. A nyálkacinusok és ductusok extenzív laphám metaplaziát mutattak (1. a, b, ábra), helyenként mérsékelt fokú, lobos eredetű hámatípiával. A laphám metaplazias acinusok bazális membránja intaktnak bizonyult. Elvétele, egy-egy lobulusban nekrotizált szenvedett acinus is fellelhető volt (2. ábra). A szöveti kép alapján az elváltozás nekrotizáló sialometaplaziának felelt meg.

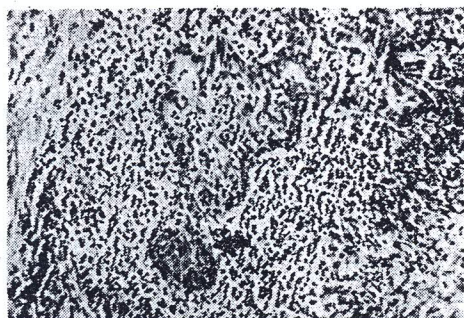
Klinikai bennfekvése alatt a beteg antibiotikus, kemoterápiás és vitamin kezelésben részesült. Tíz hét alatt a kezdetben diónyi rezisztencia regredált, további 10 hét alatt a mogorónyi tumor-szerű lézió eltűnt a nyelvgyökből, a beteg fokozatosan panaszmentessé vált. Jelenleg, a nyelvgyök bal oldalán 1-2 mm legnagyobb átmérőjű apró hegesedésen kívül egyéb eltérés makroszkóposan nem látható, nem tapintható.

Második betegünk F. G. 32 éves férfi volt. Anamnézisében nagyobb betegség nem szerepelt. Előző esetünkkel szemben napi 2 doboz cigarettát szívott és rendszeresen fogyasztott alkoholt. 1984. dec. 21-től 1985. jan. 21-ig feküdt klinikánkon. Felvételét megelőzően kb. 3 héttel észlelte először a szájpadlásán jelentkező fájdalmatlan fekélyt. Felvételekor a keményszájpad jobb oldalán kb. 0,5 × 1,5 cm átmérőjű, a keményszájpad bal oldalán kb. 1,5 × 1,5 cm átmérőjű reakciómentes környezetben helyetfoglaló egyenetlen alakú fekély volt látható (3. ábra). Egyéb organikus eltérést nem észleltünk. A laboratóriumi és szerológiai reakciók negatívak voltak. A garatváladék tenyésztése során sem baktérium, sem gomba nem tenyésztett ki. A keményszájpadon lévő elváltozásból próbaexcíziót végeztünk. A kórszövettani diagnózis nekrotizáló sialometaplázia volt (9912/84 DOTE). A diagnózis felállítása után a beteget hazaengedtük. A hat héttel későbbi kontrollvizsgálatkor a keményszájpad fekély spontán gyógyulását észleltük.

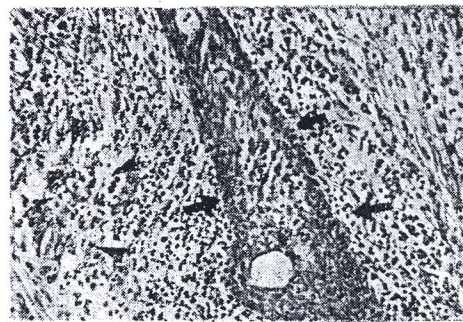
Megbeszélés

A nekrotizáló sialometaplázia etiológiája ezideig ismeretlen. Feltételezik a dohányzás, alkohol-abúzus [12, 13], keringési inszufficiencia [1, 13], mechanikai és toxikus ártalom szerepét [14, 15]. A feltételezett etiológiai tényezőket mutatja be a II. táblázat.

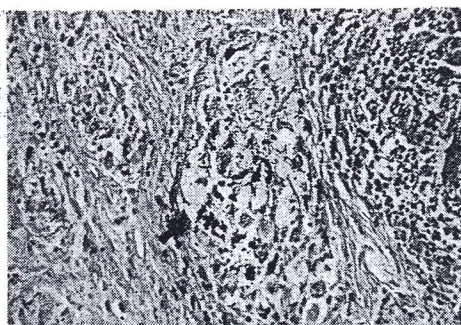
Philipsen és mtsai [16] felvetik, hogy az N.S. a nikotin-sztomatitis végstádiuma lenne, amiben a nyálmirigy-kivezető cső teljes elzáródása okozza a mirigy lobulus-nekrozisát és ductusok, acinusok laphám metaplaziáját.



1.a. ábra. Nekrotizáló sialometaplazia. A nyál-acinusokban laphámmetaplazia (nyíl) körülöttük mononuklearis sejtfiligráció



1.b. ábra. A nyálmirigy ductusban kiterjedt laphámmetaplazia (nyíl), nyílhegyek nekrotizált acinusrészletet jelölnek



2. ábra. Sejtszegény, kollagenrostokkal átszótt, csaknem teljesen elpusztult nyálmirigylobulus, centrumában nekrozist szenvedett acinussal (nyíl). A kép jobb oldalán viszonylag intakt, kis limfocitákkal intenzíven átjárt lobulusrészlet látható



3. ábra. Fekélyek a keményszájpadon (2. beteg)

Az N. S. lehetőségének ismerete a szájüregi ulceratív léziók differenciáldiagnosztikájában lényeges. Különösen fontos a mucoepidermoid és a laphám-

sejtes karcinomától való hisztológiai elkülönítése. A két megbetegedés tüneteinek nagyfokú hasonlóságát mutatja a *III. táblázat*.

II. táblázat

**FELTÉTELEZETT ETIOLÓGIAI
FAKTOROK NEKROTIZÁLÓ
SIALOMETAPLASIÁBAN**

dohányzás	anyagcserebetegségek
alkohol	rendszerbetegségek
fizikai trauma	endokrin zavarok
lokális keringési zavar	krónikus gyulladássos folyamatok

III. táblázat

**SZÁJÜREGI-GARATI NEKROTIZÁLÓ
SIALOMETAPLASIA ÉS CARCINOMA
TÜNETEINEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA**

TÜNETEK	N.S.	CC.
Ulceratio	±	±
Fájdalom	±	±
Nyelési nehezítettség	±	±
Idegentestézés	±	±
Vérzés	—	±
Általános tünetek	—	±
Nyaki nyirokesomó- duzzanat	—	±
Therápia	nem szükséges	műtét, cobalt, cytosta- ticum
Prognózis	jó	rossz

A szövettani diagnózisok nagy százaléka első esetben mucoepidermoid karcinóma [17], illetve laphám karcinóma [5] volt, de előfordult, hogy kezdetben sialoadenitiszre [18], szifilisz gummára [19], nem specifikus granulomatózis elváltozásra [14], ödémára [20] gondoltak a szövettani diagnosztizálás során.

Az N. S. gyógyítása során próbálkoztak sebészi, radikális eltávolítással. Az irodalmi adatok azonban azt mutatják, hogy helyesen diagnosztizált esetekben a betegség 6—12 hét alatt spontán is gyógyul. A követési idő a publikációk szerint azonban csak 5 esetben haladta meg a 8 évet.

Első betegünk 56 éves nő. Esetében a betegség kialakulásával kapcsolatba hozható okot kimutatni nem tudtunk. Kezelés során antibiotikumokat, kemo-terapeutikumot, vitaminokat kapott. Gyógyulásáig 20 hét telt el. Jelenleg (9 hónap után) tünet- és panaszmentes.

Második betegünk esetében szóba jön az alkohol és nikotin abuzus etiológiai szerepe. Betegünk 6 hét alatt spontán gyógyult.

Tapasztalatunk alapján hangsúlyozzuk a nekrotizáló sialometaplazia jelentőségét a szájüregi ulceratív leziók differencial-diagnosztikájában.

Lényegesnek tartjuk a klinikus és patológus szoros együttműködését az

N.S. és Cc. körültekintő elkülönítésében; mivel az N. S. és Cc. klinikai képe és szövettana nagy hasonlóságot mutat és egy téves diagnózis a beteg felesleges csonkításához vezethet.

Köszönetnyilvánítás

A szövettani munkáért és az ábrák elkészítéséért köszönetet mondunk a DOTE Kórbonctani Intézet munkatársainak.

IRODALOM: 1. Abrams A. M., Melrose, R. J. and Howell, F. V.: Necrotizing sialometaplasia: A disease simulating malignancy. *Cancer* 32: 130, 1973. — 2. Dunlap, C. L. and Barker, B. F.: Necrotizing sialometaplasia: Report of five additional cases. *Oral Surg.* 37:722, (1974). — 3. Matilla, A., Flores, T., Nogales Jr F. F. and Lalera H.: Necrotizing sialometaplasia affecting the minor labial glands. *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology*, 47:61, (1979). — 4. Gad, A., Willen, H., Willen, R. et al.: Necrotizing sialometaplasia of the lip simulating squamous cell carcinoma. *Histopathology* 4:111, (1980). — 5. Maisel, R. H., Johnston, W. H., Anderson, H. S. and Gantrell, R. W.: Necrotizing sialometaplasia involving the nasal cavity. *Laryngoscope* 87:429, (1977). — 6. Johnston, W. H.: Necrotizing sialometaplasia involving the mucous glands of the nasal cavity. *Human Pathol.* 8:592, (1977). — 7. Forney, S. K., Foley, J. M., Sugg, W. E., Jr. and Ortis, G. W.: Necrotizing sialometaplasia of the mandible. *Oral Surg.* 43:720, (1977). — 8. Brannon, R. B.: Necrotizing sialometaplasia XVIII. Annual Armed Forces Institute of Pathology. Lectures 5—8, June 1978. — 9. Batsakis, J. G.: Sialometaplasia (Letter to the Editor) *Arch. Otolaryngol* 102:191, (1976). — 10. Bhargava, S. and Monga, J. N.: Necrotizing sialometaplasia of the parotid. *Indian J. Cancer* 12:99, 1975. — 11. Gahhos, F. R. E., Enriquez, S. L. Bahn and S. Arigon: Necrotizing sialometaplasia: Report of five Cases. *Plastic and reconstructive Surgery* 71:650, (1983). — 12. Arguelles, M. T., Viloria, J. B. Jr., Talens, M. C. and McCrory, T. P.: Necrotizing sialometaplasia. *Oral Surg.* 42:86, (1979). — 13. Hovinga J., De Jager, H.: A patient With necrotizing sialometaplasia. *International Journal of Oral Surgery* 6:280, (1977). — 14. Dunley, E. R. and Jacoway, J. R.: Necrotizing sialometaplasia. *Oral Surg.* 47:169, (1979). — 15. Williams, R. F.: Necrotizing sialometaplasia after bronchoscopy. *J. Oral Surg.* 37:816, (1979). — 16. Philipsen, H. P., Petersen, J. K. and Sinouren, B. H.: Necrotizing sialometaplasia of the palate -ulcerative or necrotizing stage of leukokertosis palatti. *Int. J. Ora. Surg.* 5:292, (1976). — 17. Fechner, R. E.: Necrotizing sialometaplasia: A source of confusion with carcinoma of the palate. *Am. J. Clin. Pathol.* 67:315, (1977). — 18. Pindborg, J. J. and Horder, T. F.: Palatinal necrotizing sialometaplasia. *Ugerkrift for Loeger* 139:657, (1977). — 19. Bannayon, G., Fox, G. and Tilson, H. B.: Necrotizing sialometaplasia of the palate. *Journal of Oral Surg.* 34:727, 1976. — 20. Suckiel, J. M. et al.: Early and late manifestations of necrotizing sialometaplasia. *J. Oral Surg.* 36:902, (1978).

И. Йокаи, У. Пап, И. Лампе: Некротизирующая сialометapлазия

Авторы знакомят с редкой патологией, которая, имитируя клиническую картину злокачественного процесса, представляет диагностическую проблему при лечении процессов в ротовой полости и глотке. Дав краткий литературный обзор, авторы знакомят с локализацией, клиническими формами и гистологическими характеристиками данного заболевания. На основании двух собственных наблюдений они демонстрируют некротизирующую сialометapлазию.

J. Jókay, U. Pap, I. Lampé: *Necrotizing sialometaplasia*

The authors deal with a rare pathology, which imitating the clinical appearance of a malignant procedure, causes diagnostic problems in curing processes of the oro-pharyngeal region. After a literary survey, they give account of localisation of the disease, of clinical forms and, of characteristics of histology. On two own cases, they demonstrate the necrotizing sialometaplasia.

J. Jókai, U. Pap, I. Lampé: *Nekrotisierende Sialometaplasie*

Verff. beschreiben ein seltenes Krankheitsbild, das durch die Nachahmung eines malignen klinischen Bildes diagnostische Schwierigkeiten bereitet. Anhand der Literaturübersicht werden Lokalisation, klinische Form und histologische Charakteristika besprochen. Zwei von den Verff. beobachtete Fälle demonstrieren die nekrotisierende Sialometaplasie.