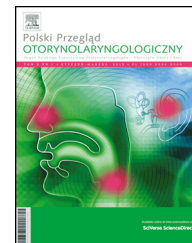


Dostępne online www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ppotor

Praca poglądowa/Review

Histopatologia i zmiany przedrakowe w raku krtani*Histopathology of the larynx carcinoma and precancerous lesions*Dariusz Kaczmarczyk^{1,*}, Antoni Bruzgielewicz², Ewa Osuch-Wójcikiewicz²¹Klinika Chirurgii Nowotworów Głowy i Szyi Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Kierownik:
prof. dr hab. med, Alina Morawiec-Sztandera, Łódź, Polska²Katedra i Klinika Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Kierownik:
prof. dr hab. n. med. Kazimierz Niemczyk, Warszawa, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 03.07.2014

Zaakceptowano: 22.07.2014

Dostępne online: 04.08.2014

Słowa kluczowe:

- zmiany przedrakowe
- rak płaskonabłonkowy
- zalecenia

Keywords:

- Precancerous lesions
- Squamous cell carcinoma
- Recommendations

A B S T R A C T

Carcinoma of the larynx is the one of the most common malignant diseases. Squamous cell carcinoma are 95% of the laryngeal malignancy, the other malignant neoplasms consist only 5% of them. In this study we present morphological and histopathological types of the SSC of the larynx, the clinical and histopathological management of the precancerous lesion and the treatment recommendations.

© 2014 Polish Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery Society. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

Wstęp

Rak krtani jest jednym najczęstszych nowotworów złośliwych, liczba nowych przypadków w 2010 roku na świecie szacowana była na ponad 150 tys., w Europie – ponad 52 tys., a w Polsce – 2180, z czego 1900 przypadków u mężczyzn i 280 u kobiet [1, 2]. Najczęstsze umiejscowienie raka krtani dotyczy nadgłośni i głośni. Występowanie raka krtani uzależnione jest także od regionu geograficznego,

najwięcej przypadków rejestrowanych jest u mężczyzn w Europie południowej i środkowej (10:100 000), w Brazylii, Urugwaju oraz wśród Afroamerykanów w USA. Najniższa zachorowalność występuje w populacji Azji południowo-wschodniej i centralnej Afryce (<1:100 000). Ponad 86% chorych stanowią mężczyźni [2, 3]. Palenie tytoniu oraz spożywanie alkoholu, niezależnie od jego typu, są uważane za główne czynniki ryzyka raka krtani [1, 4]. Uważa się, że raki głośni są bardziej tytoniozależne, a raki okolicy nadgłośniowej bardziej alkoholozależne; przyjmuje się, że

* Adres do korespondencji: Klinika Nowotworów Głowy i Szyi UM, ul. Paderewskiego 4, 93-508 Łódź, Polska.

Adres email: kaczmard@wp.pl (D. Kaczmarczyk).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ppotor.2014.07.007>

2084-5308/© 2014 Polish Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery Society. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

ryzyko wystąpienia raka krtani wzrasta 300x w przypadku współistnienia obu tych czynników.

Typy raka krtani

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w 2005 roku wyróżniła następujące typy raka płaskonabłonkowego krtani:

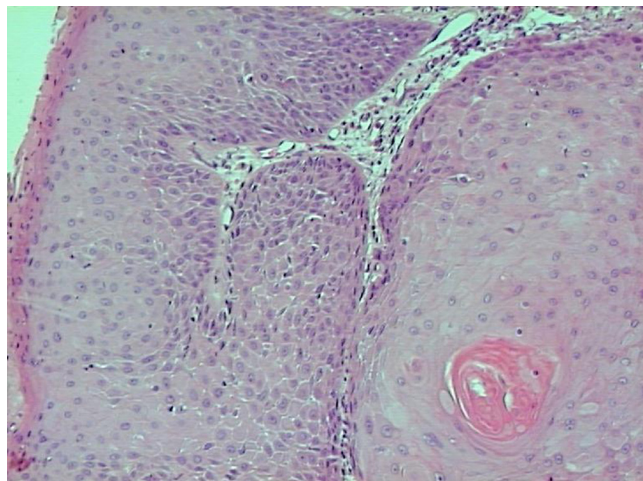
Rak płaskonabłonkowy (*Carcinoma planoepitheliale*)

Rak płaskonabłonkowy krtani stanowi 95% wszystkich nowotworów złośliwych krtani, a pozostałe 5% to nowotwory innego typu. Najczęściej dotyczy okolicy nadgłośnia i głośni, ale może zajmować każdą lokalizację w krtani. Makroskopowo może przedstawiać się jako płaska zmiana o wałowato uniesionych brzegach, jak również może przybierać formę egzofitycznego guza. Często powierzchnia guza jest owrzodziła.

W mikroskopie świetlnym, w masie komórek guza widoczne są różnej wielkości „perły rakowe” (Ryc. 1), które świadczą o rogowaceniu. O inwazyjnym wzroście guza świadczą naciekanie błony podstawnej i rozprzestrzenianie się nowotworu na tkanki głębiej położone, a także naciekanie naczyń i nerwów. Ostatnio podnosi się znaczenie prognostyczne oceny czoła guza, w którym ocenia się zarówno indeks mitotyczny, jak i unaczynienie oraz naciekanie tkanek [5].

Rak płaskonabłonkowy pod względem rogowacenia oraz liczby figur mitotycznych dzieli się na dobrze (G1), średnio (G2) i nisko (G3) zróżnicowany oraz anaplastyczny (G4). Rozpoznanie raka płaskonabłonkowego krtani dla doświadczonego patologa nie stanowi problemu, zwłaszcza jeśli mamy do czynienia z rakiem wysoko dojrzłym.

G1 – rak płaskonabłonkowy wysoko dojrzły (dobrze zróżnicowany); komórki raka przypominają swoim układem nabłonek wielowarstwowy płaski. W raku dobrze zróżnicowanym rogowaceni ulega ponad 75% komórek, a sam guz przypomina prawidłowy nabłonek płaski.



Ryc. 1 – Wysoko zróżnicowany rak płaskonabłonkowy z „perłą rakową” (ze zbiorów prof. dr. hab. n. med. Józefa Kobosa)

Fig. 1 – *Highly diversified squamous cell carcinoma of the “gem of cancer”*

G2 – rak płaskonabłonkowy o średnim stopniu dojrzałości (średnio zróżnicowany); widoczny jest pleomorfizm jądrowy oraz liczne figury mitotyczne, w tym mitozy określone jako nieprawidłowe; w tym stopniu dojrzałości rogowacenie jest znacznie słabiej zaznaczone. W raku średnio zróżnicowanym komórki zrogowaciałe stanowią 25–75% komórek, widoczne są w większej liczbie figury podziałowe, często nieprawidłowe.

G3 – rak płaskonabłonkowy nisko zróżnicowany; w obrazie mikroskopowym dominują komórki niedojrzałe oraz liczne figury mitotyczne, ze znaczną liczbą mitoz nieprawidłowych. Stopień rogowacenia może być różny, nie jest on jednak najważniejszym kryterium określenia stopnia dojrzałości guza. Raka nisko zróżnicowanego cechuje duża liczba nieprawidłowych figur podziałowych, a komórki zrogowaciałe stanowią poniżej 25% komórek.

G4 – rak płaskonabłonkowy niezróżnicowany (anaplastyczny); w obrazie mikroskopowym dominują komórki niedojrzałe, niejednokrotnie dla określenia typu nowotworu niezbędne są badania immunohistochemiczne. W raku anaplastycznym indeks mitotyczny jest bardzo wysoki, a komórki zrogowaciałych praktycznie nie znajduje się. W podścielisku widoczna jest proliferacja miofibroblastów, co może świadczyć o neowaskularyzacji, oraz desmoplazja, czyli rozplem komórek podścieliska z włóknieniem. Cechy te świadczą także o inwazyjności raka [1, 3]. W niektórych opracowaniach raki G3 i G4 łączone są w jedną grupę – G3, jako raki nisko zróżnicowane i anaplastyczne.

U pacjentów ze wznową raka krtani po radioterapii często trudno ocenić zróżnicowanie komórek, stąd możemy spotkać się z określeniem Gx – stopień zróżnicowania komórek nie może być oceniony.

Rak płaskonabłonkowy brodawczakowaty (*Verrucosum squamous cell carcinoma*)

Rak płaskonabłonkowy brodawczakowaty, jako histologiczną odmianę raka płaskonabłonkowego, opisał po raz pierwszy Ackerman w 1948 roku, stąd często używany od jego nazwiska eponim – rak Ackermana. Virchow i Mackenzi w 1887 roku rozpoznali ten typ nowotworu w krtani u następcy tronu Prus, Fryderyka III von Hohenzollern.

Rak płaskonabłonkowy brodawczakowaty występuje rzadko i stanowi 1–4% wszystkich przypadków raka płaskonabłonkowego krtani [3]. Spośród wszystkich narządów głowy i szyi rak brodawczakowaty najczęściej występuje w jamie ustnej, krtani jest drugim pod względem częstości występowania narządem tego regionu (15–35%).

Lokalizacja raka brodawczakowatego w krtani najczęściej dotyczy fałdów głosowych, chociaż można go także stwierdzić w okolicy podgłośnia oraz nadgłośnia, także w części krtaniowej gardła i tchawicy. Makroskopowo jest to zwarty, egzofityczny guz na szerokiej podstawie, pokryty często białym nalotem.

Mikroskopowo stwierdza się wyspy komórek z tworzeniem brodawczakowatych struktur z nabłonka wielowarstwowego płaskiego z cechami rogowacenia. Mitozy są rzadkie i spotykane jedynie w warstwie podstawnej komórek; często spotyka się nacieki z komórek plazmatycznych i limfocytów, z tworzeniem mikroropni, co przypomina obraz obserwowany w reakcjach

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3171834>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3171834>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)