

Guzy szyi — klasyfikacja, diagnostyka, leczenie

STRESZCZENIE

W niniejszej pracy przedstawiono problematykę guzów szyi. Zaprezentowano klasyfikację guzów szyi, omówiono metody ich diagnostyki i leczenia.

Forum Medycyny Rodzinnej 2008, tom 2, nr 5, 365–371

słowa kluczowe: guzy szyi, klasyfikacja, diagnostyka, leczenie

WPROWADZENIE

Guzem nazywa się każde obrzmienie tkanki, narządu lub jego części, o różnej etiologii. Terminem tym określa się więc wszelkiego rodzaju guzowate zmiany o charakterze wrodzonym, zapalnym, pourazowym i nowotworowym. Stwierdzenie obecności zgrubienia tkanek szyi czy guza szyi jest zawsze objawem niepokojącym i wymaga przeprowadzenia szczegółowej diagnostyki różnicowej oraz leczenia adekwatnego do rozpoznania. Szyja jest jednym z najtrudniejszych regionów anatomicznych w diagnostyce guzów. Guz na szyi to zatem duże wyzwanie dla lekarza, zarówno w momencie rozpoznania, jak i podczas procesu leczenia [1].

KLASYFIKACJA GUZÓW SZYI

Na szyi można wyróżnić następujące grupy guzów: wrodzone, zapalne, układu chłonnego, gruczołowe, naczyniowe, pochodzenia nerwowego oraz o etiologii pourazowej. Szczegółowy podział przedstawia tabela 1 [2, 3].

W obrębie szyi u dorosłego człowieka znajduje się największe (ok. 1/3 wszystkich) skupisko węzłów chłonnych. Jest ich około 300, stanowią część układu siateczkowo-śródbłonkowego. Wrota do niego stanowią skupiska tkanki limfatycznej tworzące pierścienie chłonne Waldeyera [1, 2]. Podział węzłów chłonnych szyi i obszary wpływu do nich chłonki przedstawia tabela 2 [3].

GUZY ZAPALNE

Najczęstszą przyczyną powiększenia węzłów chłonnych z powodu przewlekłych procesów zapalnych u dzieci są przewlekłe zapalenia migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego, natomiast nawracające zapalenia części nosowej gardła powodują powiększanie węzłów chłonnych karkowych. Natomiast u dorosłych najczęstszą przyczyną powiększenia węzłów chłonnych z powyższego powodu są zmiany próchnicze w uzębieniu oraz przewlekłe zapalenie migdałków podniebiennych [3].

Katarzyna Mrówka-Kata¹,
Grzegorz Namysłowski¹,
Grażyna Lisowska¹,
Katarzyna Banert¹,
Damian Kawecki²

¹II Katedra i Kliniczny Oddział Kardiologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach

²Katedra i Kliniczny Oddział Laryngologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach

Adres do korespondencji:

dr med. Katarzyna Mrówka-Kata
II Katedra i Oddział Kliniczny Laryngologii,
Śląski Uniwersytet Medyczny
ul. M. Skłodowskiej-Curie 21
41-800 Zabrze
tel.: (032) 271-74-20
faks: (032) 271-74-20
e-mail: sekretariat.laryngologia@klinika-
zabrze.med.pl

Copyright © 2008 Via Medica
ISSN 1897-3590

Tabela 1

Klasyfikacja guzów szyi [zmodyfikowano na podstawie 2 i 3]

I. Nowotwory

A. Łagodne

1. Naczyniak krwionośny, naczyniak chłonny, malformacja tętniczo-żylna, tętniaki
2. *Chemodectoma* (guz kłębka szyjnego)
3. Włókniakonerwiak, nerwiak osłonkowy (*schwannoma*)
4. Tłuszczak
5. Włókniak
6. Różnorodne włókniakowatości

B. Złośliwe

1. Pierwotne ognisko na głowie i szyi — powierzchnie śluzówki, skóry, gruczoły ślinowe, tarczyca
2. Pierwotne ognisko okolicy podobojczykowej
3. Przerzuty nowotworowe do węzłów chłonnych szyi z ogniska odległego — płuca, nerki, prostaty, gonady, jamy brzusznej, piersi
4. Białaczki, chłoniaki, histiocytoza

II. Infekcyjne

A. Ropnie

B. Zapalenie węzłów chłonnych szyi

1. Bakteryjne
2. Ziarniniakowe — gruźlica, *actinomycoza*, sarkoidoza
3. Wirusowe — mononukleozą zakaźną, cytomegalia, odra, różyczka, adenowirusy, herpeswirusy, wirus HIV
4. Chłamydie
5. Pierwotniakowe — toksoplazmoza, leiszmanioza, trypanosomatoza
6. Grzybicze
7. Robaczyce

III. Wrodzone

A. Torbiel z przewodu tarczowo-językowego (środkowa szyi)

B. Torbiel ze szczeliny skrzelowej (boczna szyi)

C. Torbiel skórna

D. Potworniak

IV. Różne

A. Uchylek Zenkera

B. Zewnętrzna torbiel kieszonki krtaniowej

C. Choroby spichrzeniowe i metaboliczne

D. Schorzenia autoimmunologiczne

E. Schorzenia alergiczne

F. Amyloidoza

G. Sarkoidoza

H. Jatrogenne powiększenie węzłów chłonnych — poszczepienne, choroba posurowicza, nadwrażliwość na leki

V. Prawidłowe struktury

A. Kość gnykowa

B. Opuszka tętnicy szyjnej

C. Wyrostek poprzeczny kręgu

D. Prawidłowe węzły chłonne szyi (powiększone)

Tabela 2

Grupy węzłów chłonnych szyi i ich obszary spływu chłonki [3]

Grupa węzłów	Obszar spływu chłonki
Przeduszne	Powieki, ucho zewnętrzne, boczna powierzchnia czaszki
Podbródkowe	Przednia część języka, usta, dolna warga
Podżuchwowe	Zęby, dziąsła, język, środkowa część twarzy
Szyjne dwubrzuścowe	Migdałki podniebienne, język, gardło
Szyjne głębokie górne	Migdałki podniebienne, język, gardło
Szyjne głębokie dolne	Tylna część czaszki, szyja

Z kolei najczęstszą przyczyną powiększenia węzłów chłonnych z powodu ostrego stanu zapalnego są zapalenia gardła i górnych dróg oddechowych. W przebiegu infekcji o podłożu bakteryjnym, na przykład anginy paciorkowcowej, węzły chłonne szyjne tworzą bolesne pakiety, niekiedy skóra nad nimi bywa zaczerwieniona i nieco obrzęknięta, co może wskazywać na rozszerzenie procesu zapalnego na otaczające tkanki. W przebiegu mononukleozy zakaźnej poza charakterystycznymi zmianami w gardle oraz objawami ogólnymi obserwuje się uogólnione powiększenie węzłów chłonnych powodujące charakterystyczne obustronne poszerzenie obwodu szyi. Zmiany w węzłach chłonnych wycofują się zazwyczaj wraz z ustąpieniem ostrego stanu zapalnego [2, 3].

GUZY WRODZONE

Większość guzów wrodzonych szyi rozpoznaje się do 20. roku życia. Najczęściej występują torbiele boczne i środkowe szyi, torbiele krtani, potworniaki, raki skrzepochodne, guzy zarodkowe oraz naczyniaki krwionośne i chłonne. Torbiele boczne szyi wywodzą się z pozostałości zarodkowego aparatu skrzelowego, w większości przypadków jest to drugi łuk skrzelowy. Umieszczone są one zazwyczaj głęboko, przy przednim brzegu mięśnia mostkowo-obojęzkowo-sutkowego, na poziomie kości gnykowej. Torbiel środkowa szyi wywodzi się z przewodu językowo-tarczowego, którym w życiu płodowym tarczycza zstępuje z okolicy nasa-

dy języka w dół szyi i który w prawidłowych warunkach ulega zamknięciu. Kiedy fragmenty tego przewodu przetrwają, tworzą torbiel zlokalizowaną w linii środkowej szyi na poziomie lub poniżej kości gnykowej. Leczenie torbieli szyi jest chirurgiczne, polega na usunięciu zmiany, w przypadku torbieli środkowej szyi — wraz z trzonem kości gnykowej [2, 3].

GUZY UKŁADU CHŁONNEGO

Guzy układu chłonnego są jednym z trudniejszych problemów w diagnostyce guzów szyi. Nowa klasyfikacja tkanki chłonnej pod względem czynnościowym dzieli ją na: MALT (*mucosa-associated lymphoid tissue*), GALT (*gut-associated lymphoid tissue*), BALT (*bronchus-associated lymphoid tissue*), NALT (*nose-associated lymphoid tissue*), LALT (*larynx-associated lymphoid tissue*), SALT (*skin-associated lymphoid tissue*), VALT (*vascular-associated lymphoid tissue*), CALT (*conjunctive-associated lymphoid tissue*). W obrębie głowy i szyi najczęściej występują guzy o charakterze MALT.

Zmiany guzowate układu chłonnego mogą być pierwotne lub przerzutowe. Pierwotne zmiany w układzie chłonnym to przede wszystkim ziarnica złośliwa, chłoniaki nieziarnicze, mięsaki limfatyczne, białaczka, choroba Brilla-Symersa oraz inne.

Przerzuty do węzłów chłonnych pochodzą głównie z rejonu głowy i szyi. Niestety, często w momencie ich stwierdzenia ognisko pierwotne jest już zwykle w zaawansowa-



W przebiegu mononukleozy zakaźnej obserwuje się uogólnione powiększenie węzłów chłonnych powodujące charakterystyczne obustronne poszerzenie obwodu szyi

**”
Nieocenioną pomocą
w poszukiwaniu
ogniska pierwotnego
jest pozytronowa
emisyjna tomografia
(PET)**

nym stadium rozwoju klinicznego. Wraz z wiekiem wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia nowotworu, którego pierwszym objawem klinicznym może być guz szyi [4].

Chłoniaki należą do częstych nowotworów węzłów chłonnych szyi i błony śluzowej nosogardła. Dostępne dane wskazują, że w Polsce wykrywa się około 4,5 tys. przypadków rocznie. Występują one nieznacznie częściej u mężczyzn. Obecnie obowiązujący podział chłoniaków według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) wyróżnia następujące jednostki chorobowe: ziarnicę złośliwą (chłoniaka Hodgkina), nowotwory z komórek B, nowotwory z komórek T i NK.

Chłoniaki nieziarnicze z komórek B stanowią najczęstszą grupę wśród nowotworów limfocytarnych. Do czynników sprzyjających ich rozwojowi zalicza się zaburzenia układu immunologicznego, między innymi choroby autoimmunizacyjne i niedobory odpornościowe, a do czynników etiologicznych (stwierdzanych jednak tylko w niektórych przypadkach) — wirusy Epsteina-Barr, HIV, ludzki wirus Herpes typ 8, HCV oraz bakterie *Helicobacter pylori*. Chłoniaki z komórek B zajmują pierwotnie węzły chłonne lub narządy pozawęzłowe, czasem z zajęciem szpiku lub obrazem białaczkowym we krwi.

Chłoniaki nieziarnicze z komórek T/NK występują rzadziej niż chłoniaki z komórek B, charakteryzują się zazwyczaj bardziej agresywnym przebiegiem i są trudniejsze w diagnostyce. W diagnostyce rozrostów nowotworowych z komórek T/NK konieczne jest zastosowanie metod biologii molekularnej, a pomocny staje się obraz kliniczny choroby.

Chłoniak ziarniczy (chłoniak Hodgkina, ziarnica złośliwa) występuje głównie u osób młodych. W części przypadków pojawiają się objawy ogólne: gorączka, świąd skóry, poty nocne i spadek masy ciała. Chłoniak ten zajmuje pierwotnie najczęściej węzy chłonne przyosiowe, tzn. wzdłuż linii środkowej ciała: szyjne, śródpiersiowe i przyaortalne.

GUZY PRZERZUTOWE

Najliczniejszą grupę (80%) stanowią guzy przerzutowe do węzłów chłonnych szyi będące następstwem procesu nowotworowego z rejonu głowy i szyi [4].

Przerzuty do węzłów chłonnych szyi występują najczęściej w przebiegu:

- raka języka i nosowej części gardła (w ok. 70% przypadków);
- raka gardła dolnego (w ok. 60% przypadków);
- raka migdałka (w ok. 50% przypadków).

Bardzo istotny jest problem przerzutów do węzłów chłonnych szyi z guza o nieznanym ognisku pierwotnym. Dotyczy to tych przypadków, w których stwierdza się klinicznie przerzutowy węzeł chłonny, wynik biopsji węzła jest jednoznaczny, ale mimo kompleksowej i wielokierunkowej diagnostyki nie można znaleźć ogniska pierwotnego.

Postępowanie polega wówczas na usunięciu przerzutowego węzła lub nawet części układu chłonnego szyi, jego badaniu histopatologicznemu oraz dokładnej obserwacji chorego w ośrodku wyspecjalizowanym w diagnostyce i leczeniu guzów głowy i szyi [4]. Nieocenioną pomocą w poszukiwaniu ogniska pierwotnego w tych przypadkach jest jedna z najnowszych technik obrazowych — pozytronowa emisyjna tomografia (PET, *positron emission tomography*).

Klasyfikację powiększonych węzłów chłonnych szyi przedstawia tabela 3 [2].

GUZY NACZYNIOWE

Guzy naczyniowe — naczyniaki wywodzące się z naczyń krwionośnych mogą występować w każdym miejscu w obrębie głowy i szyi. Mogą mieć postać pojedynczą lub mnogą. Występują pod postacią miękkiego, słabo odgraniczzonego guza o zabarwieniu czerwonym lub niebieskawym. Mogą powodować zwężenie dróg oddechowych, szerząc się do światła krtani, tchawicy lub uciskając na nie z zewnątrz. Naczyniak krwionośny może być widoczny w momencie urodzenia lub poja-

Tabela 3**Klasyfikacja powiększonych węzłów chłonnych szyi [2]**

NX	Nie są stwierdzone
NO	Brak klinicznie dodatnich węzłów
N1	Pojedynczy dodatni klinicznie węzeł o średnicy ≤ 3 cm, leżący homolateralnie
N2	Pojedynczy dodatni klinicznie węzeł leżący homolateralnie o średnicy > 3 cm < 6 cm lub liczne dodatnie klinicznie węzły leżące homolateralnie, lecz żaden nie ma średnicy > 6 cm
N2a	Pojedynczy dodatni klinicznie węzeł leżący homolateralnie o średnicy > 3 cm < 6 cm
N2b	Liczne dodatnie klinicznie węzły leżące homolateralnie, lecz żaden nie ma średnicy > 6 cm
N3	Masywne węzły leżące homolateralnie, węzły obustronne lub leżące kontralateralnie
N3a	Leżące homolateralnie dodatnie klinicznie węzły, przynajmniej jeden o średnicy > 6 cm
N3b	Obustronnie dodatnie klinicznie węzły (w tej sytuacji każda ze stron powinna być oceniana osobno; czyli: N3b — prawa; N1 — lewa)
N3c	Jedynie kontralateralnie położone klinicznie dodatnie węzły

wieć się w późniejszym wieku. Cechą charakterystyczną rozwoju naczynek jest ich dwufazowość. W pierwszym okresie rozrostu powiększają się, czasami do znacznych rozmiarów, w drugim zaś ulegają regresji. Większość naczynek wieku dziecięcego znika przed ukończeniem 7. roku życia. Leczenie ich polega na miejscowym lub ogólnym podawaniu steroidów, krioterapii, usunięciu za pomocą lasera. Leczenie chirurgiczne stosuje się w postaciach przetrwałych, o znacznych rozmiarach. Naczyniaki limfatyczne mogą tworzyć na szyi duże zmiany — miękkie, niebolesne, poddające się uciskowi guzy, z charakterystycznym objawem przeświecania. Występują najczęściej u niemowląt lub małych dzieci. Znaczenie kliniczne mają wówczas, gdy uciskają drogi oddechowe, powodując ich zwężenie, lub gdy z powodu wielkości powodują znaczne zniekształcenie szyi. Leczenie jest podobne, jak w przypadku naczynek krwionośnych [2–4].

GUZY GRUCZOŁOWE

Do guzów gruczołowych w obrębie szyi należą guzki tarczycy oraz guzki wywodzące się z gruczołów ślinowych. Guzki tarczycy często stwierdza się przypadkowo, niekiedy mogą powodować objawy nadczynności tarczycy. U dużej części chorych, w przypadku małych guzków przebiegają one bez uchwyt-

nych objawów miejscowych. W przypadku dużego guza lub naciekania na nerwy krtańowe, wstecznie występują chrypka i uczucie duszności. Badania diagnostyczne guzków tarczycy powinny być ukierunkowane na wykluczenie nowotworu złośliwego, ich leczenie zaś zależy od charakteru zmiany i polega z reguły na chirurgicznym usunięciu guzka lub całej tarczycy z ewentualną terapią uzupełniającą (teleradioterapia Co-60, chemioterapia, terapia jodem promieniotwórczym).

Guzy gruczołów ślinowych najczęściej wywodzą się ze ślinianki przyusznej bądź podżuchwowej. Mają one bardzo specyficzną, charakterystyczną dla guzów gruczołów ślinowych budowę histologiczną. Najczęściej spotykanym nowotworem łagodnym ślinianek jest gruczolak wielopostaciowy. Wśród nowotworów złośliwych najczęściej występuje rak gruczolakowato-orbielowaty. Leczenie zależy od charakteru zmiany (stopnia złośliwości histologicznej i klinicznej), polega na jej właściwym chirurgicznym usunięciu i ewentualnej terapii uzupełniającej, na przykład teleradio-reapii Co-60.

INNE RZADKIE POSTACIE GUZÓW SZYI

W tkankach szyi zlokalizowane są również, rzadziej występujące, guzy pochodzenia ner-

”
W przypadku dużego guza lub naciekania na nerwy krtańowe, wstecznie występują chrypka i uczucie duszności



**Podstawowym badaniem
oceniającym stan węzłów
chłonnych szyjnych
pozostaje nadal
badanie palpacyjne**



**Od budowy i charakteru
klinicznego zmiany
zależą wybór metody
leczenia i losy pacjenta**

wowego. Mogą się one wywodzić z tkanki kłębkka szyjnego (*chemodectoma*) lub z osłonek nerwowych (*schwannoma*, *nerofibroma*, *paraganglioma*). Guzy wywodzące się z tkanki tłuszczowej, a mogące występować na szyi, to tłuszczaki i tłuszczakomięsaki.

Obecne na szyi guzy wywodzące się z tkanki łącznej włóknistej reprezentowane są przez włókniaki i włókniakomięsaki. Guzy pochodzące z tkanki mięśni poprzecznie prążkowanych to mięśniaki (*rhabdomyoma*) i mięsakomięśniaki (*rhabdomyosarcoma*). Decyzja dotycząca leczenia zależy od charakteru i lokalizacji zmiany, możliwości wystąpienia ubytku czynnościowego i efektu kosmetycznego [5–7].

DIAGNOSTYKA GUZÓW SZYI

Podstawowym badaniem oceniającym stan węzłów chłonnych szyjnych pozostaje nadal badanie palpacyjne. Jest ono wprawdzie obarczone ryzykiem popełnienia błędu, sięgającym według różnych autorów nawet 50%, niemniej jednak jako proste badanie nieinwazyjne umożliwia szybkie określenie wielkości, liczebności oraz ruchomości badanych węzłów chłonnych.

Inne stosowane metody diagnostyczne określające stan węzłów chłonnych to:

- badanie ogólne chorego z oceną węzłów chłonnych zlokalizowanych poza szyją;
- szczegółowe badanie laryngologiczne;
- panendoskopia jamy nosowo-gardłowej i krtani, tracheobronchoskopia, ezofagoskopia,
- biopsja cienkoigłowa lub pobranie materiału do badania histologicznego;
- termografia;
- scyntygrafia — po dożylnym podaniu bleomycyny znakowanej Cr 51,

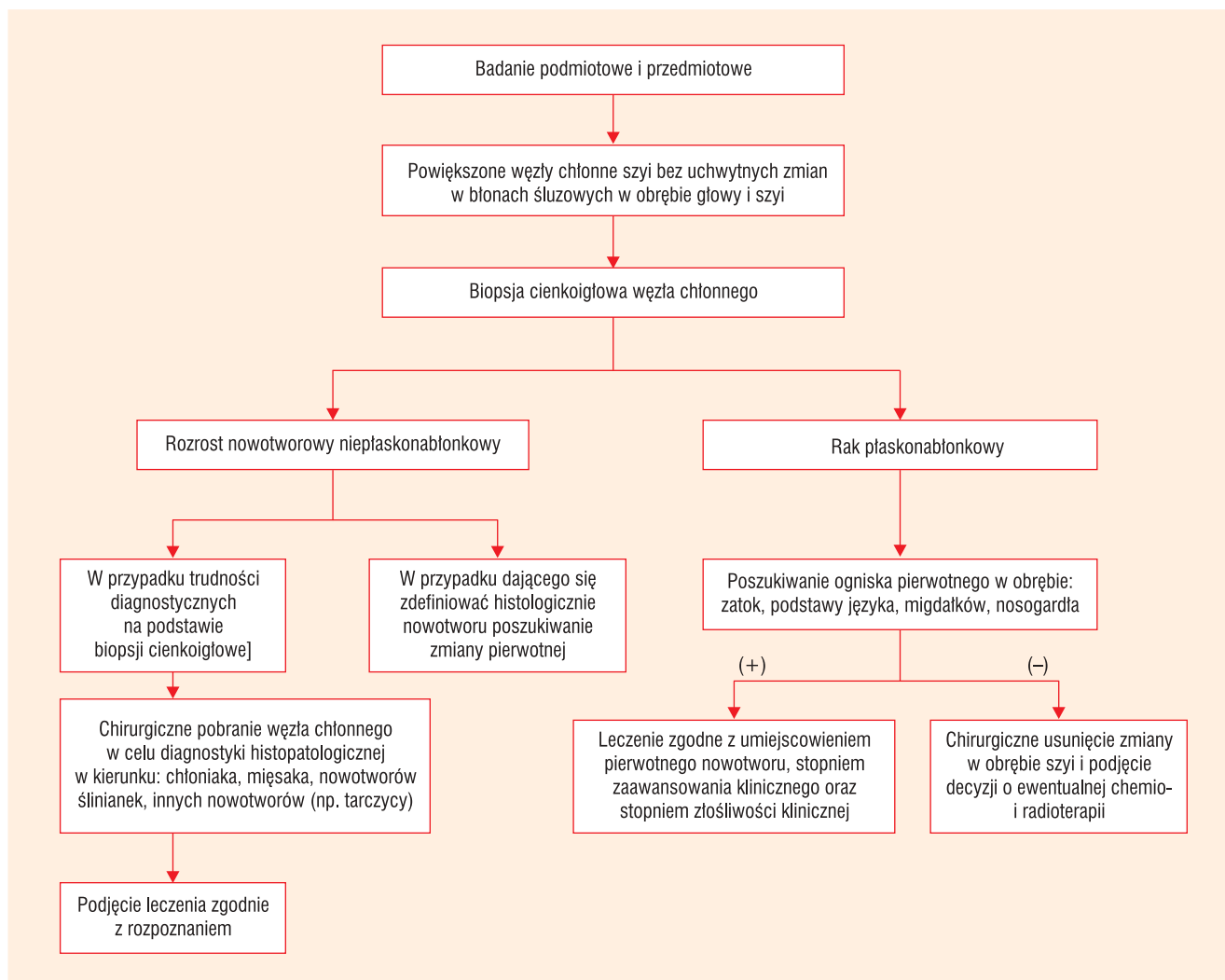
- badania obrazowe: ultrasonografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, RTG przełyku z kontrastem, RTG klatki piersiowej, angiografia;
- dodatkowe badania laboratoryjne (HIV, HCV, wirusy Herpes, wirus EB).

Metody te, chociaż coraz dokładniejsze, obarczone są jednak pewnym odsetkiem fałszywych wyników, a ich interpretacja musi być bardzo ostrożna [4–6, 8]. Schemat postępowania diagnostycznego u pacjentów z nowotworowo powiększonymi węzłami chłonnymi w obrębie szyi przedstawiono na rycinie 1 [9].

LECZENIE GUZÓW SZYI

Wybór metody leczenia guza szyi zależy od rozpoznania jego natury. Zawsze wymaga to potwierdzenia histopatologicznego wycinka lub całego guza. Od budowy i charakteru klinicznego zmiany zależą wybór metody leczenia i losy pacjenta. Wszelkie nieradykalne zabiegi operacyjne mogą pogorszyć rokowanie, a dotyczy to nie tylko nowotworów, ale i zmian wrodzonych (torbieli, przetok). Leczenie zachowawcze stosuje się w przypadku niektórych zmian zapalnych, urazowych czy zakaźnych. Leczenie operacyjne w guzach rozwojowych, gruczołowych, naczyniowych, nerwopochodnych i nowotworowych oraz przerzutowych, często skojarzone jest z następowym napromienianiem lub chemioterapią [8–10].

Guzy szyi są złożonym i czasem bardzo trudnym problemem klinicznym. Wymagają systematycznego podejścia i precyzyjnych badań diagnostycznych, których podstawowym celem powinno być szybkie wykluczenie nowotworu złośliwego, co pozwala na wdrożenie odpowiedniego leczenia zachowawczego lub chirurgicznego.



Rycina 1. Schemat postępowania diagnostycznego u pacjentów z nowotworowo powiększonymi węzłami chłonnymi w obrębie szyi [9]

PIŚMIENNICTWO

1. Kortylewska M. Guzy szyi. *Przew. Lek.* 2002; 9: 97–101.
2. Jurkiewicz D., Zielnik-Jurkiewicz B. Guzy szyi. *Otolaryngologia Pol.* 2004; 58 (1): 205–210.
3. Kowalczyk J.R. Stany przebiegające z powiększeniem węzłów chłonnych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1996.
4. Piekarniak P. Guzy szyi — diagnostyka i leczenie. *Blok Oper.* 2001; 4 (2): 24–26.
5. Tomik J. Guzy szyi — diagnostyka i leczenie ze szczególnym uwzględnieniem przerzutów do węzłów chłonnych. *Terapia* 2000; 9 (1): 31–33.
6. Thompson L. World Health Organization classification of tumors pathology and genetics of head and Neck tumors. *Ear-Nose-Throat J.* 2006; 85 (2): 74.
7. Reichart P.A., Philipsen D.A. The new classification of Head and Neck Tumors (WHO) — any changes? *Oral Oncol.* 2006; 42 (8): 757–758.
8. Vokes E.E. Head and neck cancer. W: Fauci A.S., Braunwald E., Isselbacher K.J. (red.). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Wyd. 16. New York 2005.
9. Stachura J., Rudzki Z., Gałązka K., Jurczak W. Diagnostyka chłoniaków. *Zarys standardów diagnostycznych*. *Pol. J. Pathol.* 2006; 57: 1–5.
10. Gluckman J.L. Neoplasm and cysts. W: *Otolaryngology; the essentials*. Thieme. New York, Stuttgart 2005: 504–508