

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ЛИМФОЭПИТЕЛИОМЫ НЁБНОЙ МИНДАЛИНЫ

Ш. Алиев¹,

В. Шпотин^{1, 2}, доктор медицинских наук,

В. Сайддулаев²,

А. Чернухин¹, кандидат медицинских наук

¹Астраханский государственный медицинский университет

²Астраханский филиал ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

E-mail: sultan070487@mail.ru

Приводится наблюдение, в котором лимфоэпителиома (опухоль Шминке) протекала под маской паратонзиллярного абсцесса.

Ключевые слова: онкология, оториноларингология, опухоль Шминке, лимфоэпителиома, лучевая терапия, паратонзиллярный абсцесс.

А. Schmincke в 1921 г. опубликовал клинические наблюдения, в которых опухоли в виде крупных узлов располагались в области нёбных дужек, мягкого нёба, надгортанника. Автор отнес эти опухоли к ранее неизвестной группе [1, 2]. Позже D. Carrel [3] описал 2 разновидности таких опухолей (лимфоэпителиом) и предположил, что различия между ними обусловлены степенью проникновения инвазивного роста (тип Шминке соответствует начальной стадии, а тип Рего – более поздней).

Гистологическими особенностями опухоли Шминке являются наличие эпителиальных клеток и различных форм лимфоцитов, а также отсутствие ороговения эпителиальных клеток. Для этого типа опухоли характерна высокая чувствительность к лучевой терапии [4]. Опухоль чаще встречается у мужчин в 30–50 лет. По классификации Micheau, опухоль

Шминке относится к недифференцированному раку. Автор выделил 3 его типа: солидный тип (тип Рего), изолированный клеточный тип (опухоль Шминке) и веретенноклеточный. К недифференцированному раку эта опухоль отнесена и в классификации ВОЗ [5].

P. Möller [6] считает, что существующая классификация неоправданно относит лимфоэпителиомы (опухоль Шминке), по иммуногистохимическим характеристикам близкие к нормальному эпителию крипт нёбных миндалин, к назофарингеальной карциноме недифференцированного типа.

По мнению S. Ihrler [1], в классификации опухолей ВОЗ необходимы коррективы: классифицировать эпителиальные карциномы головы и шеи необходимо не по гистологическим, а по этиологическим и патогенетическим критериям (ассоциированная с папилломавирусом, с вирусом Эпштейна–Барр), тогда классификация больше бы соответствовала прогностическим и терапевтическим критериям.

Приводим собственное наблюдение опухоли Шминке, протекавшей под маской паратонзиллярного абсцесса.

Пациент Н., 60 лет, госпитализирован в экстренном порядке в отоларингологическое отделение ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница» в октябре 2016 г. Жалобы при поступлении на значительную боль в горле, иррадирующую в ухо; затруднено открывание рта, температура тела фебрильная, слабость.

Со слов пациента, болен около 3 нед, лечился у оториноларинголога по месту жительства, получал курс консервативной терапии (антибиотики, десенсибилизирующие препараты, полоскания рта антисептиками). На фоне проводимой терапии состояние прогрессирующее ухудшалось, появились перечисленные жалобы. Самостоятельно обратился в приемное отделение ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница» с диагнозом: левосторонний паратонзиллярный абсцесс. Шейный лимфаденит слева.

При осмотре: слизистая оболочка глотки резко гиперемирована, особенно слева, левая паратонзиллярная клетчатка инфильтрирована, определяется резкое выбухание левой нёбной миндалины; она рыхлая, покрыта

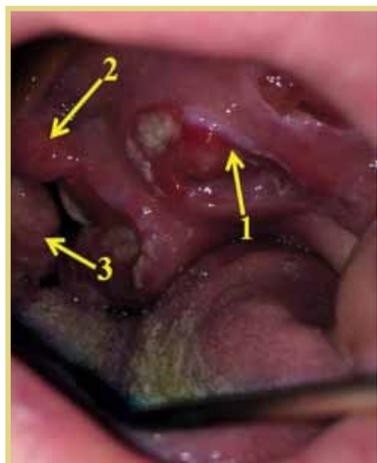


Рис. 1. Мезофарингоскопическая картина, выявленная у пациента Н., 60 лет. Стрелки: 1 – патологически измененная левая нёбная миндалина, 2 – язычок, 3 – правая нёбная миндалина



Рис. 2. То же наблюдение. В области лопаточно-трапециевидного треугольника шеи слева – увеличенные и безболезненные лимфатические узлы

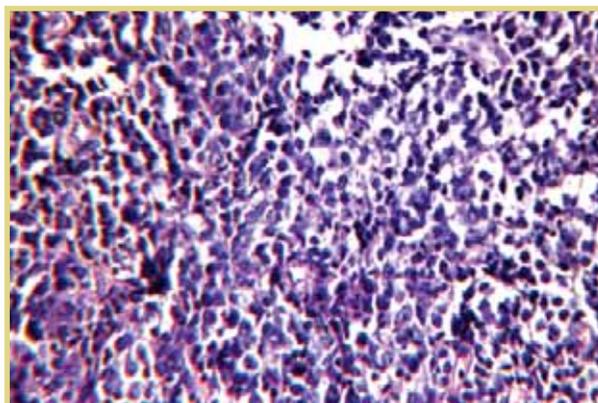


Рис. 3. То же наблюдение. Микрофотография. Видны крупные, полигональные, разобщенные, умеренно полиморфные клетки со светлой цитоплазмой и неясными контурами. Ядра крупные, округлые или овальные, бледноокрашенные гематоксилином, много фигур митоза. Клетки образуют скопления и иногда – синцитиальные структуры, между которыми выявляются лимфоидные клетки. Окраска гематоксилином и эозином; $\times 200$

желтоватым налетом, при снятии которого визуализируется легко кровоточащая язва (рис. 1).

Заметно ограничено открывание рта (тризм). В левой подчелюстной области пальпируются каменистой плотности, увеличенные и умеренно болезненные лимфатические узлы диаметром до 2 см, не спаянные с окружающими тканями, кожа над ними не изменена.

Под местной анестезией в типичном месте выполнен разрез слизистой оболочки в проекции наибольшего выбухания левой паратонзиллярной области; получено около 5 мл жидкого гноя с резким гнилостным запахом, с творожистыми включениями. С учетом фарингоскопических изменений небной миндалины и необходимости гистологической верификации диагноза одновременно с опорожнением гнойника выполнена биопсия.

Назначены антибиотикотерапия, противовоспалительные и дезинтоксикационные препараты. Несмотря на проводимую консервативную терапию и субъективное улучшение состояния пациента, отмечено прогрессирование патологического процесса: подчелюстные лимфатические узлы слева увеличились в размерах, стали пальпироваться и увеличенные заднешейные лимфатические узлы (рис. 2), небная миндалина слева также заметно увеличилась в размерах, полость гнойника очистилась, хотя инфильтрация паратонзиллярной области слева сохранялась.

При патогистологическом исследовании диагностирована опухоль, представленная эпителиальными клетками и разными формами лимфоцитов (рис. 3). Заключение: лимфоэпителиоидный рак (опухоль Шминке).

После купирования воспалительных изменений пациент направлен в областной онкологический диспансер для дальнейшего наблюдения и лечения.

Поводом для публикации данного сообщения явились редкая встречаемость опухоли Шминке, очень быстрое ее прогрессирование и то, что клинически она протекала под маской паратонзиллярного абсцесса.

Литература

1. Ihrler S., Guntinas-Lichius O., Mollenhauer M. The visionary concept of «lymphoepithelioma» by A. Schmincke in 1921. Subsequent confusion over terminology and current approach to a solution // Pathologie. – 2014; 35 (2): 143–51.
2. Schmincke A. Classics in oncology. On lymphoepithelial tumors: Alexander Schmincke. 1921 // CA Cancer J. Clin. – 1983; 33 (3): 172–9.
3. Головин Д.И. Ошибки и трудности гистологической диагностики опухолей / М.: Медицина, 1982; с. 304.
4. Torre V., Cavallari V., Bucolo S. et al. Description of a particular case of the so-called Schmincke lymphoepithelioma and study of the correlation with Epstein-Barr virus // Acta Otorhinolaryngol. Ital. – 2000; 20 (5): 347–53.
5. Чуприк-Мариновская Т.П. Рак носоглотки: вопросы диагностики и лечения // Практическая онкология. – 2003; 1 (4): 38–44.
6. Möller P., Wirbel R., Hofmann W. et al. Lymphoepithelial carcinoma (Schmincke type) as a derivate of the tonsillar crypt epithelium // Virchows Arch. A. Pathol. Anat. Histopathol. – 1984; 405 (1): 85–93.

A RARE CASE OF LYMPHOEPITHELIOMA OF THE PALATINE TONSIL

Sh. Aliev¹; V. Shpotin^{1,2}, MD; V. Saidulaev²; A. Chernukhin¹, Candidate of Medical Sciences

¹Astrakhan State Medical University; ²Astrakhan Branch, Research Clinical Center of Otorhinolaryngology, Federal Biomedical Agency of Russia

The paper describes a case, in which lymphoepithelioma (Schmincke's tumor) has simulated a peritonsillar abscess.

Key words: oncology, otorhinolaryngology, Schmincke's tumor, lymphoepithelioma, radiation therapy, peritonsillar abscess.