

**ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ**

DOI: 10.21802/artm.2024.4.32.135

УДК 616-006.6+616.316+616.314.16+616.716.1

**СПОСТЕРЕЖЕННЯ КАРЦИНОМИ МАЛОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ В ПРОЕКЦІЇ ВЕРХІВКИ  
КОРЕНЯ ЗУБА ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**В.П. Пюрик<sup>1</sup>, Г.Б. Проць<sup>2</sup>, Н.П. Махлинець<sup>2</sup>, І.Д. Костишин<sup>3</sup>, Г.А. Гірна<sup>3</sup>*Івано-Франківський національний медичний університет,*<sup>1</sup>*кафедра хірургічної стоматології,*<sup>2</sup>*кафедра терапевтичної стоматології,*<sup>3</sup>*кафедра онкології, м. Івано-Франківськ, Україна,*

ORCID ID: 0000-0001-6452-4311, e-mail: vpyuryk@ifnmu.edu.ua

ORCID ID: 0000-0002-5398-8994, e-mail: gproc@ifnmu.edu.ua

ORCID ID: 0000-0002-1199-8086, e-mail: makhlynets11@yahoo.com

ORCID ID: 0000-0002-2893-5153, e-mail: ikostyshyn@ifnmu.edu.ua

ORCID ID: 0000-0003-1492-5349, e-mail: ggyrna@ifnmu.edu.ua

**Резюме.** Стоматологи повинні бути онкологічно настороженими при огляді пацієнта. Особливої уваги потребують вивчення плеоморфні аденоми, які асоційовані з малими слинними залозами. Вважаємо за необхідність поглиблення знань щодо симптомів злоякісних пухлин на ранніх стадіях їхнього розвитку з метою адекватного комплексного лікування.

Ми повідомляємо про випадок карциноми малої слинної залози верхньої щелепи у 46-річної пацієнтки. Особливість клінічного випадку – це те що, пухлина була виявлена після оперативного втручання і біопсії з приводу одонтогенної кісти верхньої щелепи і відсутності клінічних проявів, як злоякісного процесу.

На основі скарги, об'єктивного та рентгенологічного обстеження попередньо було встановлено діагноз радикальної кісти 1.2 зуба. Під час клінічного обстеження слизова оболонка, верхньої щелепи була без змін, лімфаденопатії не відмічалася, відмічалася деструкція кісткової тканини у ділянці верхівки кореня 1.2 зуба з чіткими межами, розміром 0,8 мм. Виконано цистектомію з резекцією верхівки кореня 1.2 зуба. Післяопераційний перебіг протікав без ускладнень. Однак гістопатологічний висновок спростував попередній клінічний діагноз, а також був неоднозначним, через що було проведено кілька додаткових переглядів та імуногістохімічне дослідження перед остаточним встановленням діагнозу злоякісної пухлини малої слинної залози.

Пухлина була видалена в межах здорових тканин. Сумніваючись в радикальності хірургічного лікування, враховуючи встановлення онкозахворювання і необхідності післяопераційної променевої терапії хворій проведено контрольну інцизійну біопсію післяопераційної ділянки. Рецидиву не спостерігалось.

Ретельне цитологічне або гістологічне дослідження є обов'язковою умовою для визначення характеру ураження, а в хірургічній стоматології являється необхідним проведення патогістологічного дослідження усіх тканин, які підлягають видаленню.

**Ключові слова:** карцинома, мукоепідермальна пухлина, мала слинна залоза, резекція, онконастороженість, кіста, верхівка зуба, хірургічне лікування.

**Вступ.** Останнім часом досить швидкими темпами зростають злоякісні пухлини органів ротової порожнини. За 25 років у чоловіків захворюваність збільшилася у 4,5 разів, у жінок – у 2,0 рази [1], що свідчить про невтішні результати. Саме тому, вся сучасна щелепно-лицева та онкостоматологія роблять все для того, щоб розповсюджувати нові знання, варіанти клінічних випадків серед наукової та лікарської спільнот з метою попередження та ранньої діагностики цих патологій.

**Обґрунтування дослідження.** Пухлини слинних залоз є рідкісними і становлять 2-3,0 % від усіх новоутворень ділянки голови та шиї. Розвиваються вони здебільшого у віковій групі від 30 до 70 років [2]. Дані пухлини частіше зустрічаються у жінок, ніж у чоловіків (співвідношення 1,9:1). Здебільшого 80 % пухлин являються доброякісними. Серед доброякісних новоутворів слинних залоз найпоширенішими є плеоморфна аденома – 70-80,0 % [3, 4], яка має тенденцію

до малігнізації (5,0 %) [5, 6]. Пухлини малих слинних залоз становлять 20-30,0 % [7]. Плеоморфні аденоми, асоційовані з малими слинними залозами, мають певну тенденцію до малігнізації – 5,0 % і, вважається, чим менша слинна залоза уражена, тим вищий ризик малігнізації [8, 9].

Онкологічна настороженість включає знання симптомів злоякісних пухлин на ранніх стадіях та ретельне обстеження кожного хворого, що звертається до лікаря будь якої спеціальності з метою виключити можливі онкологічні захворювання. В хірургічній стоматології являється необхідним проведення патогістологічного дослідження усіх тканин, які підлягають видаленню, в тому числі і тканини, які отримують при резекції верхівки кореня зубів.

**Мета дослідження.** Повідомлення про незвичайний клінічний випадок карциноми малої слинної залози з нетиповою локалізацією, який підтверджує

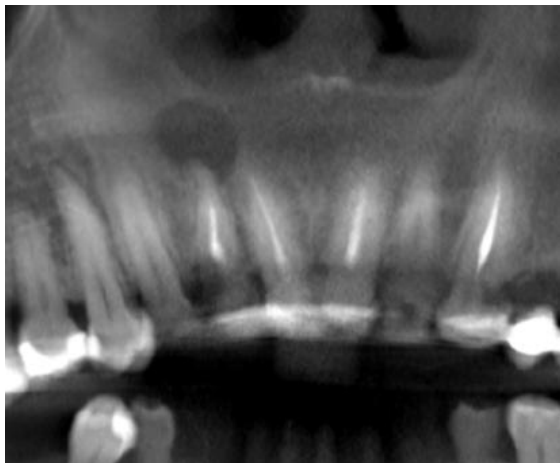
необхідність володінням онконастороженості і проведення патологічного дослідження у будь-якому оперативному лікуванні, перш ніж поставити остаточний діагноз.

**Матеріали і методи.** Наведемо приклад складної діагностики злоякісної пухлини щелепно-лицевої ділянки, яка за багатьма параметрами нагадувала клінічну картину радикулярної кісти.

Під нашим спостереженням перебувала пацієнтка П., 46 років, яка поступила на амбулаторне

лікування 31.11.2023 року зі скаргами на незначну ниючу біль в проекції 1.2 зуба. Особливих змін зі сторони слизової альвеолярного паростку даної ділянки не відмічалось.

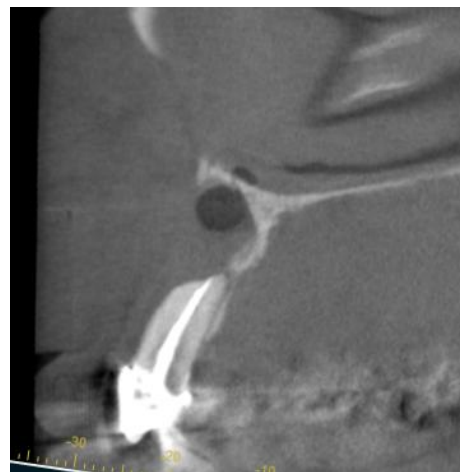
1.2-зуб - рухомість I-ступеня. При рентгенологічному дослідженні (ортопантомографії) виявлено ділянку просвітлення кісткової тканини біля верхівки кореня 1.2 зуба округленої форми з чіткими межами діаметром 8 мм (рис. 1). Онкологічний анамнез не ускладнений. Лімфатичні вузли не пальпуються.



**Рис.1** Пацієнтка З., віком 46 років. Діагноз: радикулярна кіста верхньої щелепи в проекції 1.2 зуба. Конусно-променева томографія верхньої щелепи перед проведенням оперативного втручання (цистектомії).

Біль в проекції 1.2 зуба з'явилась приблизно 6 місяців тому. До лікаря не зверталась. Займалась самолікуванням, використовуючи полоскання рота розчином ромашки, шавлії, харчової соди. Попередній діагноз: радикулярна кіста верхньої щелепи справа.

22.11.2023 року проведена операція – цистектомія з резекцією верхівки кореня 1.2 зуба (рис. 2). Операційний матеріал відправлено для патогістологічного дослідження. Післяопераційний період без особливостей. Операційна рана загоїлась первинним натягом. 1.2 зуб виконує свої функції.



**Рис. 2.** Пацієнтки З., 46 років. Конусно-променева томографія після проведеної цистектомії.

Патогістологічне заключення від 27.11.2023: «Мукоепідермальна пухлина». Для остаточної верифікації діагнозу прийнято рішення провести імуногістохімічне дослідження.

Результат імуногістохімічного дослідження від 29.11.2023: «Морфологія пухлини найбільше відповідає низькодиференційованій залозистій карциномі, що найбільш характерна для світлоклітинної карциноми яєчника та не виключає карциноми нирки та

щитоподібної залози». Враховуючи нетипову для даної локалізації морфологію та відсутність в матеріалі елементів одонтогенної кісти, слід розглянути можливість повторної біопсії.

За рекомендацією онколога проводився пошук первинного вогнища. Хвора консультирована гінекологом, отоларингологом, мамологом, ендокринологом та іншими спеціалістами. Не знайшовши

первинного вогнища, призначено повторний перегляд препарату.

Препарати переглянуті в Київській імуногістохімічній лабораторії від 24.01.2024 р, результат: карцинома високого ступеня злоякісності.

Надалі гістопрепарати переглянуті в лабораторії «NordiQC» від 05.03.2024р. Результат: морфологія та імунофенотип клітин пухлини найбільш характерні для аденокарциноми малої слинної залози не специфікованого типу.

Враховуючи, що в онкології зазвичай лікування має бути комбінованим і складатися з двох методів спеціального лікування, розглядалося питання післяопераційної променевої терапії. Але враховувався фактор термінів у які мала б здійснюватися дистанційна гамма терапія і стадія захворювання. Неоднозначні заключення гістологічного дослідження і кількаретові консультації гістопрепаратів та дообстеження пацієнтки тривали більше ніж 2 міс після операції. Також було проведено інцизійну біопсію післяопераційної ділянки із забором як кісткового компоненту дефекту, так і м'яких тканин підслизового шару, окістя, рубця післяопераційної ділянки. Гістологічне дослідження атипичного росту не виявило. Визначено, що доцільності променевого компоненту немає, рекомендовано диспансерне спостереження. Клінічний діагноз: карцинома малої слинної залози верхньої щелепи справа pT1N0M0, ст. I, стан після хірургічного лікування, кл. гр. III.

На сьогодні хвора перебуває під наглядом хірурга-стоматолога, онколога і сімейного лікаря.

**Обговорення результатів:** Малі слинні залози в основному розподіляються у ротовій порожнині, їх налічується від 450 до 1000 [10]. Карциноми малих слинних залоз зазвичай розвиваються в піднебінних (46,5 %), щічних (9,4 %), ретромолярних (3,6 %) і губних слинних залозах (2,4 %), однак не в товщі кісткової тканини верхньої щелепи [11].

Відомо, що за гістологічною структурою найчастіше у ротовій порожнині зустрічається плоскоклітинний рак, рідше аденокарцинома. Зазвичай, першими клінічними ознаками чи це плоскоклітинний рак слизової оболонки чи аденокарцинома слинної залози є наявність екзофітного розростання, інфільтративного утворення чи виразки щільної консистенції. Зазвичай біль виникає внаслідок локального поширення новоутворення на прилеглі тверді та м'які тканини. Іншими ознаками є швидкий ріст і лімфаденопатія [10, 11]. У нашому випадку у пацієнтки звиразування слизової оболонки верхньої щелепи, болю, лімфаденопатії і швидкого росту не відмічалось.

Рентгенологічна візуалізація відіграє вирішальну роль у діагностиці доброякісних і злоякісних пухлин в тому числі малих слинних залоз. Доброякісні пухлини переважно мають рівні краї. Злоякісні пухлини слинної залози зазвичай мають нечіткий край, демонструють деструктивний ріст та інвазію в прилеглі м'які тканини або підлеглу кістку. Однак, залежно від гістологічного ступеня пухлини слинної залози, рентгенологічні дані можуть дещо відрізнятися. Для низького ступеня диференціації також характерні гладкі межі та можуть спричинити ерозію прилеглої кістки, як доброякісні пухлини, а пухлини малих слинних залоз високого ступеня злоякісності мають неправильні

межі [12]. В нашому ж клінічному випадку рентгенологічні дані також не вказували на онкопатологію.

#### Висновки.

1. При лікуванні хворих на доброякісні пухлини чи пухлиноподібні утворення будь-якої локалізації необхідно дотримуватись принципів онконастороженості.

2. При наявності пухлиноподібного утворення будь-якого генезу всі видалені тканини мають бути скеровані на патологічне дослідження, а за потреби імуногістохімічне вивчення.

**Перспективи подальших досліджень.** Провести клініко-лабораторне дослідження прооперованого пацієнта у віддалені терміни після оперативного втручання.

#### References.

1. Abati S, Bramati C, Bondi S, Lissoni A, Trimarchi M. Oral Cancer and Precancer: A Narrative Review on the Relevance of Early Diagnosis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):9160. doi: 10.3390/ijerph17249160.
2. Santos LAR, Brito MTV. Minor Salivary Gland Polymorphous Adenocarcinoma With Local Recurrence After Seven Years: A Case Report. *Cureus*. 2023 Jun 8;15(6):e40112. doi: 10.7759/cureus.40112.
3. Hiyama T, Kuno H, Sekiya K, Oda S, Kobayashi T. Imaging of Malignant Minor Salivary Gland Tumors of the Head and Neck. *Radiographics*. 2021 Jan-Feb;41(1):175-191. doi: 10.1148/rg.2021200062.
4. Calabrese L, Nocini R, Spirito F, Gazzini L, Dallari V, Girolami I, Lo Muzio L. Response to the comment on "The role of the depth of invasion (DOI) in minor salivary glands tumors according to the 8th TNM classification: Pitfalls and potential misinterpretations". *Oral Oncol*. 2022 Sep;132:105984. doi: 10.1016/j.oraloncology.2022.105984. Epub 2022 Jun 24. PMID: 35759859.
5. Kostyshyn ID, Levandovskyy RA, Girna HA, Boiko VV. Pleomorphic adenoma maloi slynnoi zalozy tverdoho pidnebinnya. *Klinichni sposterezhennya. Suchasna stomatologiya*. 2018;1:66-69.
6. Kurabayashi T, Ida M, Yoshino N, Sasaki T, Ishii J, Ueda M. Differential diagnosis of tumours of the minor salivary glands of the palate by computed tomography. *Dentomaxillofac Radiol*. 1997 Jan;26(1):16-21. doi: 10.1038/sj.dmfr.4600200. PMID: 9446985.
7. Lobo R, Hawk J, Srinivasan A. A Review of Salivary Gland Malignancies: Common Histologic Types, Anatomic Considerations, and Imaging Strategies. *Neuroimaging Clin N Am*. 2018 May;28(2):171-182. doi: 10.1016/j.nic.2018.01.011.
8. Wu Y.C. Clinicopathological study of 74 palatal pleomorphic adenomas / Y.C. Wu, Y.P. Wang, S.J. Cheng, et-al. *Journal of the Formosan Medical Association*. – 2016. – № 115. – P. 25–30
9. Hay AJ, Migliacci J, Karassawa Zanoni D, McGill M, Patel S, Ganly I. Minor salivary gland tumors of the head and neck-Memorial Sloan Kettering experience: Incidence and outcomes by site and

- histological type. *Cancer*. 2019 Oct 1;125(19):3354-3366. doi: 10.1002/cncr.32208. Epub 2019 Jun 7. PMID: 31174233; PMCID: PMC6744325.
10. Tian Z, Li L, Wang L, Hu Y, Li J. Salivary gland neoplasms in oral and maxillofacial regions: a 23-year retrospective study of 6982 cases in an eastern Chinese population. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2010 Mar;39(3):235-42. doi: 10.1016/j.ijom.2009.10.016.
11. Abdel Razek AAK, Mukherji SK. Imaging of Minor Salivary Glands. *Neuroimaging Clin N Am*. 2018 May;28(2):295-302. doi: 10.1016/j.nic.2018.01.008.
12. Hiyama T, Kuno H, Sekiya K, Oda S, Kobayashi T. Imaging of Malignant Minor Salivary Gland Tumors of the Head and Neck. *Radiographics*. 2021 Jan-Feb;41(1):175-191. doi: 10.1148/rg.2021200062. Epub 2020 Nov 27. PMID: 33245669.

UDC 616-006.6+616.316+616.314.16+616.716.1

### A CASE OF CARCINOMA OF THE MINOR SALIVARY GLAND IN THE PROJECTION OF THE APEX OF THE TOOTH ROOT OF MAXILLA

V.P. Pyuryk<sup>1</sup>, H.B. Prots<sup>2</sup>, N.P. Makhlynets<sup>3</sup>,  
I.D. Kostyshyn<sup>4</sup>, H.A. Girna<sup>5</sup>

*Ivano-Frankivsk National Medical University,*

<sup>1</sup> *Department of Surgical Dentistry,*

<sup>2</sup> *Department of Therapeutic Dentistry,*

<sup>3</sup> *Department of Oncology,*

*Ivano-Frankivsk, Ukraine*

*ORCID ID: 0000-0001-6452-4311,*

*e-mail: vpyuryk@ifnmu.edu.com*

*ORCID ID: 0000-0002-5398-8994,*

*e-mail: gproc@ifnmu.edu.ua*

*ORCID ID: 0000-0002-1199-8086,*

*e-mail: makhlynets11@yahoo.com*

*ORCID ID: 0000-0002-2893-5153,*

*e-mail: ikostyshyn@ifnmu.edu.ua*

*ORCID ID: 0000-0003-1492-5349,*

*e-mail: ggyrna@ifnmu.edu.ua*

**Abstract.** Every dentist should be oncologically alert when examining a patient. In the practice of dental surgeons, it is mandatory to conduct a pathohistological examination of all removed tissues during operations of various profiles. Doctors need to pay special attention to the study of the conducted studies. Since the small salivary glands have a high risk of malignancy.

Pleomorphic adenomas associated with small salivary glands require special attention. Salivary gland tumors are rare and account for 2-3.0% of all head and neck neoplasms. They develop mostly in the age group from 30 to 70 years. These tumors are more common in women

than in men (ratio 1.9:1). Mostly 80.0% of tumors are benign. Among benign neoplasms of the salivary glands, pleomorphic adenoma is the most common - 70-80.0%. It tents to malignancy (5.0%). Small salivary gland tumors account for 20-30.0%.

We consider it necessary to deepen knowledge about the symptoms of malignant tumors in the early stages of their development for the purpose of adequate comprehensive treatment.

**Aim of the study:** this article reports on an unusual clinical case of carcinoma of the minor salivary gland with an atypical localization, which confirms the need for oncology surveillance and pathological examination in any operative treatment before making a final diagnosis.

**Materials and methods.** We have given an example of a complex diagnosis of a malignant tumor of the maxillofacial region, which in many respects resembled the clinical picture of a radicular cyst.

We report a case of carcinoma of the maxillary minor salivary gland in a 46-year-old patient. The peculiarity of the clinical case is that the tumor was detected after surgery and biopsy for an odontogenic cyst of the maxilla and the absence of clinical manifestations of malignancy.

Based on the complaints, objective and X-ray examination, a diagnosis of a radicular cyst of the 1.2 tooth was made. During the clinical examination, the mucous membrane of the upper jaw was unchanged. Lymphadenopathy wasn't noted. Bone destruction was noted in the area of the apex of the root of the 1.2 tooth with clear boundaries, 0.8 mm in size. Cystectomy with resection of the root apex of tooth 1.2 was performed. The postoperative course was uneventful. However, the histopathological report refuted the preliminary clinical diagnosis and was also ambiguous, which led to several additional reviews and immunohistochemical examination before the final diagnosis of malignant tumor of the minor salivary gland.

The tumor was removed within healthy tissue. Doubting the radicality of surgical treatment, given the establishment of cancer and the need for postoperative radiation therapy, the patient underwent a control incisional biopsy of the postoperative area. There was not recurrence observed.

A thorough cytological or histological examination is a mandatory condition for determining the nature of the lesion, and in surgical dentistry pathological examination of all tissues. It must remove remains necessary.

**Conclusions.** In the treatment of all patients with benign tumors or tumor-like formations of any localization of the head and neck area, it is necessary to observe the principles of tumor prevention. In the presence of a tumor-like formation of any genesis, all removed tissues should be sent for pathological examination, and if necessary, immunohistochemical examination.

**Keywords:** carcinoma, mucoepidermal tumor, minor salivary gland, resection, oncological risk, cyst, apex of the tooth, surgical treatment.

Стаття надійшла в редакцію 15.06.2024 р.

Стаття прийнята до друку 22.11.2024 р.