



Μπαρδάνης Ιωάννης, Ωτο-ρινολαρυγγολόγος, Ικαρία, με ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην ΩΡΛ ογκολογία



Μπατζακάκης Δημήτριος, Ιατρός, Ωτο-ρινολαρυγγολόγος, Καρπενήσι, με ιδιαίτερο ενδιαφέρον στ

Περίληψη:

□□□□ *Εισαγωγή – Σκοπός:* Αποσκοπούμε στο να παρουσιάσουμε ένα ενδιαφέρον περιστατικό (case report) κακοήθους όγκου ιδρωτοποιού αδένου, καθώς και μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

□□□□ *Παρουσίαση περιστατικού:* Μια 78χρονη γυναίκα επισκέφθηκε το εξωτερικό ιατρείο του ΩΡΛ Τμήματος του ΓΝ-ΚΥ Ικαρίας παραπονούμενη για ένα επιφανειακό ογκίδιο στην υπινιακή χώρα του τριχωτού της κεφαλής της. Το ογκίδιο ήταν εξωφυτικό, πολυλοβώδες, όχι τόσο σκληρό ψηλαφητικά, διαμέτρου περίπου 16χιλ. Σύμφωνα με το ατομικό ιστορικό της ασθενούς είχε προηγηθεί ένας τραυματισμός στην περιοχή του ογκιδίου 8 χρόνια πριν, αποτέλεσμα του οποίου ήταν μια σκληρή ουλή. Κατ' αναφορά της ίδιας αυτή η ουλή είχε μετατραπεί στο εν λόγω ογκίδιο κατά την διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών. Το ογκίδιο αφαιρέθηκε ενblockμε ικανό περιβάλλον δέρμα και

υποκείμενο συνδετικό ιστό. Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος έδειξε ότι επρόκειτο για κακόηθες ιδραδένωμα. Τα όρια εκτομής ήταν ελεύθερα νόσου

□□□□ *Συζήτηση:* Τα καρκινώματα που εκπορεύονται από τους ιδρωτοποιούς αδένες είναι σπανιότατα. Κάποιοι συγγραφείς τους αποδίδουν τη δυνατότητα διήθησης υποκείμενων ιστών, καθώς και την πιθανότητα μεταστάσεων, τόσο λεμφαδενικών, όσο και απομακρυσμένων. Η παρουσιαζόμενη ασθενής παρακολουθείται πλέον του έτους και, τουλάχιστον μέχρι τώρα, δεν έχει εμφανίσει τοπική υποτροπή, ή ένδειξη απομακρυσμένων μεταστάσεων.

Εισαγωγή – Σκοπός:

Ο δερματικός καρκίνος συνιστά το 30-32% όλων των καρκινωμάτων του ανθρώπινου σώματος. Ποσοστό 75-85% του δερματικού καρκίνου εντοπίζεται στην κεφαλή [1], κυρίως λόγω του συνήθως ακάλυπτου της ανατομικής αυτής περιοχής και της ως εκ τούτου έκθεσής της στην ηλιακή ακτινοβολία (Πίνακας 1). Στη βιβλιογραφία περιγράφονται τρεις κυρίως τύποι καρκίνου του

δέρματος: βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, ακανθοκυτταρικό ή μαλπιγγιακό καρκίνωμα και μελάνωμα (Πίνακας 2). Τα καρκινώματα που εξορμώνται από τους σμηγματογόνους αδένες είναι λιγότερο συχνά και εξελίσσονται κατά 90% σε μαλπιγγιακά καρκινώματα και κατά 10% σε βασικοκυτταρικά [1]. Το σπανιότερο όμως απαντών καρκίνωμα του δέρματος είναι το καρκίνωμα των

ιδρωτοποιών αδένων [2], αλλιώς πως φερόμενο ως κακόηθες ιδραδένωμα.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση ενός περιστατικού κακοήθους ιδραδενώματος εντοπιζόμενου στην υπινιακή χώρα, καθώς και η ανασκόπηση της – μάλλον πτωχής – σχετικής βιβλιογραφίας.

Παρουσίαση περιστατικού:

[illegible]

Καρκινώματα του δέρματος

Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα

Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα

Μελάνωμα

Καρκίνωμα σμηγματογόνων αδένων

Καρκίνωμα ιδρωτοποιών αδένων

Πίνακας 2: Είδη δερματικού καρκίνου

ολέα (μετοπρολόλη), έναν ανταγωνιστή των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης II (τελμισαρτάν η), ένα διουρητικό (ινδαπαμίδη) και έναν αναστολέα της συγκόλλησης αιμοπεταλίων (ακετυλοσαλικυλικό οξύ), (γ) κατάθλιψη, για την αντιμετώπιση της οποίας ελάμβανε ντουλοξετίνη. Το οικογενειακό της ιστορικό ήταν ελεύθερο.

Επισκοπικά παρατηρήθηκε μια δερματική βλάβη στην υπινιακή χώρα, πάνω από την οριακή γραμμή του τριχωτού της κεφαλής και επί τα δεξιά της μέσης γραμμής. Η βλάβη ήταν ερυθηματώδης, ελκωτική, εξωφυτική, καλυμμένη με εφελκίδες και μικροθρόμβους αίματος. Ψηλαφητικά το ογκίδιο ήταν πολυλοβώδες, όχι τόσο σκληρό, μη κλυδάζον, στέρα προσκολλημένο στους υποκείμενους ιστούς. Τραχηλικοί λεμφαδένες δεν εψηλαφώντο. Η διάμετρός του ήταν περίπου 16χιλ. Η απλή ακτινογραφία θώρακος δεν ανέδειξε άλλα παθολογικά ευρήματα πλην καρδιομεγαλίας, η οποία ήταν αναμενόμενο εύρημα, δεδομένου του ατομικού ιστορικού της ασθενούς. Οι αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις ρουτίνας ήταν εντός φυσιολογικών ορίων. Αποφασίσαμε ότι έπρεπε να χειρουργηθεί – πλην όμως η επέμβαση ανεβλήθη επί 10ήμερον λόγω του ακετυλοσαλικυλικού οξέος το οποίο ελάμβανε η ασθενής, με σκοπό την ελάττωση της αιμορραγικότητας. Προέβημεν σε ευρεία χειρουργική εκτομή του ογκιδίου enblock με ικανή έκταση μακροσκοπικά υγιούς περιβάλλοντος δέρματος και υποκείμενου ιστού υπό τοπική αναισθησία με ξυλοκαΐνη 1%. Η σύγκλειση του τραύματος έγινε κατά πρώτο σκοπό. Η επούλωση ήταν ανεπίπλεκτη.

Η παθολογοανατομική εξέταση του παρασκευάσματος ανέδειξε μια κυστική βλάβη διαμέτρου περίπου 2εκ στο χόριο σχετιζόμενη με δερματικό εξάρτημα. Το ογκίδιο αποτελούνταν από διαυγή κύτταρα, τα οποία με ιστοχημικές μεθόδους PAS(περιοδικό οξύ Schiff

) ανεδείχθησαν να περιέχουν γλυκαγόνο. Παρατηρήθηκε επίσης πολυμορφία των πυρήνων, εστιακή κερατινοποίηση, σωληναριακή διαφοροποίηση και διήθηση της κάψας της κυρίως βλάβης. Ανοσοϊστοχημικές μελέτες έδειξαν έκφραση αντιγόνου της επιθηλιακής μεμβράνης

(
EMA

=
Epithelial
Membran
Antigen

), του

C

8/18 και του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (

CEA

=

Carcinoembryonic

Antigen

) κατά μήκος των σωληναρίων, καθώς και πυρηνική έκφραση του p63. Ο συνδυασμός των ανωτέρω έθεσαν την διάγνωση του κακοήθους ιδραδενώματος. Τα όρια εκτομής ήταν ελεύθερα νόσου.

Σύμφωνα με την σταδιοποίηση TNM επρόκειτο για όγκο T1N0M0, δηλαδή στάδιο Ι. Εξαιτίας αυτής της σταδιοποίησης δεν θεωρήθηκε σκόπιμη κάποια περαιτέρω θεραπευτική παρέμβαση, πλην ελέγχου ανά τακτά χρονικά διαστήματα σε επίπεδο εξωτερικού ιατρείου. Μέχρι τώρα – έχει παρέλθει πλέον του έτους – δεν έχει παρουσιασθεί ένδειξη τοπικής υποτροπής ή απομακρυσμένης μετάστασης.

Συζήτηση:

Τα καρκινώματα των ιδρωτοποιών αδένων (κακοήθη ιδραδενώματα) θεωρούνται από τα σπανιότερα καρκινώματα του ανθρώπινου σώματος [2]. Η κλινική πορεία τους ποικίλλει. Συχνότερα ξεκινούν ως αργά αναπτυσσόμενα δερματικά οζίδια, τα οποία αιφνιδίως παρουσιάζουν ταχεία δραματική αύξηση του μεγέθους των. Πριν μερικές δεκαετίες ο όρος κακοήθες ιδραδένωμα αποδίδονταν σε ποικίλους δερματικούς όγκους, κάποιοι από τους οποίους ούτε καν εκπορεύονταν από ιδρωτοποιούς αδένες. Σήμερα εφαρμόζονται ιστοχημικές και ανοσοϊστοχημικές μέθοδοι με σκοπό τον προσδιορισμό της προέλευσης ή μη του όγκου από τους ιδρωτοποιούς αδένες, το είδος των ιδρωτοποιών αδένων από τους οποίους προέρχεται, καθώς και το καλό ή κακό της βλάβης. Σύμφωνα με τους Nazarian RM και συνεργάτες [3] παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο μέσο Ki-67% τόσο μεταξύ καλοήθων και κακοήθων ιδραδενωμάτων (P