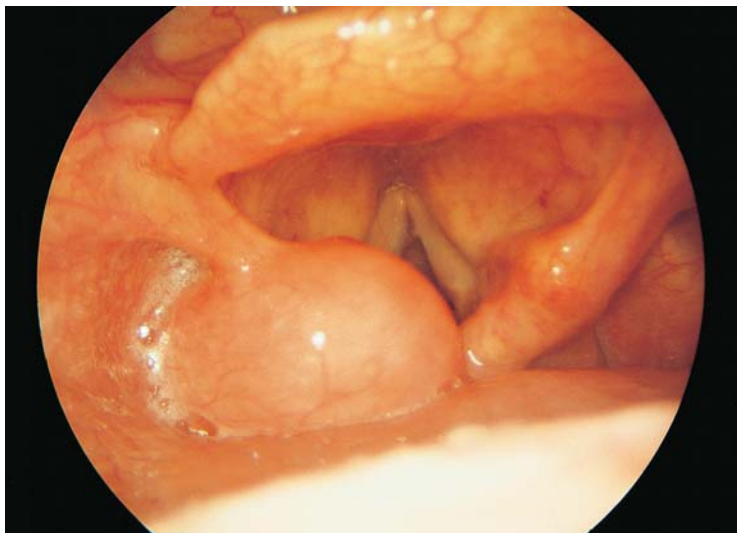
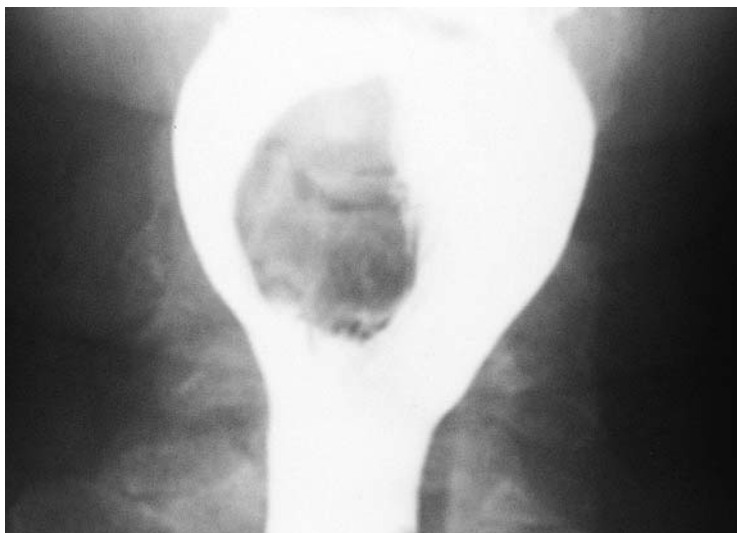


Tłuszczakomięsak gardła dolnego o niskim stopniu złośliwości

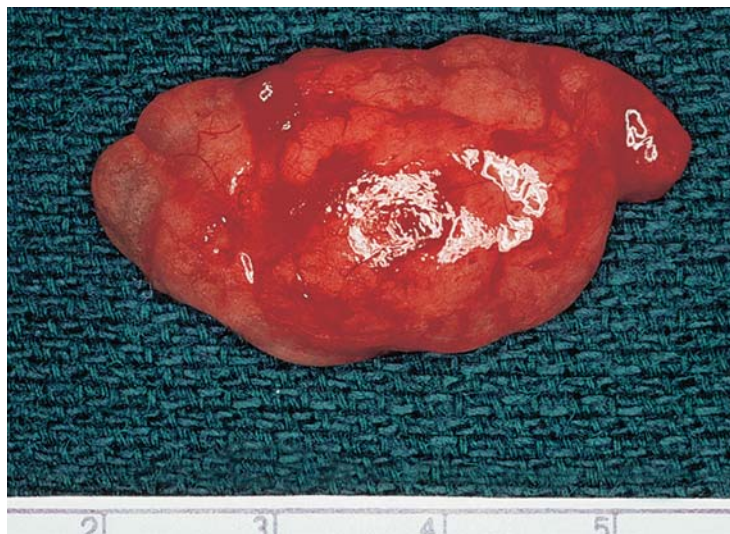
Tłuszczakomięsaki powstają w przestrzeniach powięziowych lub trzewnych głowy i szyi jako guzy tkanek miękkich. Zakres chirurgicznej resekcji zależy od lokalizacji, wielkości i stopnia histologicznej złośliwości guza pierwotnego. Pacjent przedstawiony poniżej zgłosił się z powodu niewielkiego dyskomfortu w gardle, utrzymującego się od kilku miesięcy. Badanie endoskopowe gardła dolnego i krtani uwidocznilo gładką masę zlokalizowaną pod niezmienną błoną śluzową, która naciekała przyśrodkową ścianę zachyłka gruszkowatego (ryc. 15-24). Wierzchołek zachyłka gruszkowatego był wolny od nowotworu. Badanie kontrastowe z użyciem papki barytowej (ryc. 15-25) uwidocznilo zmianę o gładkich obrysach, zlokalizowaną w okolicy zanalewkowej, powodującą częściową niedrożność części szyjnej przełyku. Badanie endoskopowe uwidocznilo uszypułowaną, swobodnie przemieszczającą się zmianę, zlokalizowaną ponad warstwą mięśniową krtani i okolicy zanalewkowej.



Rycina 15-24 Badanie endoskopowe gardła dolnego uwidocznilo gładką masę zlokalizowaną pod niezmienną błoną śluzową.



Rycina 15-25 Badanie kontrastowe z użyciem papki barytowej uwidocznilo zmianę o gładkich obrysach, zlokalizowaną w okolicy lewego zachyłka gruszkowatego.



Rycina 15-26 Preparat operacyjny.

Większość zmian złośliwych o takiej lokalizacji wymaga resekcji z dostępem poprzez zewnętrzne otwarcie gardła. Niemniej jednak guz występujący u prezentowanego pacjenta był mały, dobrze odgraniczony, uszypułowany i dlatego podjęto decyzję o jego usunięciu endoskopowym w jednym bloku. Pacjent został poddany leczeniu w znieczuleniu ogólnym. Wprowadzono szeroki laryngoskop Jako i uwidoczniono krtani. Po odpowiedniej ekspozycji zmiany, celem lepszej wizualizacji guza i ułatwienia procedury użyto mikroskopu operacyjnego. Guz usunięto, odcinając podstawę szypuły przy użyciu narzędzi mikrochirurgicznych. Torebka pozostała nienaruszona. Preparat chirurgiczny (ryc. 15-26) obejmuje prawidłowo wycięty w całości guz, który był uderzająco podobny do tłuszczaka. Histologiczna analiza preparatu wykazała jednak, że jest to tłuszczakomięsak o niskim stopniu złośliwości. Z powodu złośliwego charakteru guza i relatywnie wąskiego marginesu zdrowych tkanek pacjent otrzymał pooperacyjną zewnętrzną radioterapię celowaną na miejsce resekcji guza, by zwiększyć kontrolę miejscową.

W odróżnieniu od tłuszczakomięsaków o niskim stopniu złośliwości, tłuszczakomięsaki o wysokim stopniu złośliwości są źle odgraniczonymi guzami o naciekającym typie wzrostu i zatartych granicach. Dlatego chirurgiczne usunięcie tłuszczakomięsaków o wysokim stopniu złośliwości wymaga radykalnej resekcji w jednym bloku. Operacja powinna przebiegać w niezmiennych tkankach wokół wyczuwalnej palpacyjnie zmiany, której zasięg potwierdzono uprzednio radiologicznie. Taka radykalna resekcja wymaga przechodzenia przez różne warstwy tkanek niejednokrotnie z poświęceniem tkanek miękkich, mięśni i innych struktur naczyniowo-nerwowych. Jeśli guz nie zostanie usunięty w granicach tkanek zdrowych, wówczas rozważyć należy założenie w resztkowy guz drenów do brachyterapii. Źródłem promieniowania w tym przypadku może być iryd-192 lub jod-125. Z drugiej strony, jeśli guz usunięto w całości, ale pozostaje obawa przed możliwością jego mikroskopowego rozprzestrzeniania się, wówczas należy wdrożyć radioterapię zewnętrzną jako leczenie wspomagające. Zapewni ona kontrolę choroby porównywalną do radioterapii śródmiąższowej. Generalnie mięsaki o wysokim stopniu złośliwości i inne mięsaki o wymiarach przekraczających 4–5 cm średnicy wymagają pooperacyjnej wspomagającej radioterapii. Dzięki temu uzyskuje się lepszą kontrolę miejscową, choć postępowanie takie nie ma wpływu na długość przeżycia.