

# Guzy łagodne przestrzeni przygardłowej – postępowanie operacyjne

## Benign tumors of the parapharyngeal space – surgical procedures

GRZEGORZ NAMYSŁOWSKI, EUGENIUSZ CZECIOR, MACIEJ MISIOŁEK, WOJCIECH ŚCIERSKI, AGNIESZKA WIDZISZOWSKA,  
AGATA HAJDUK, ZBIGNIEW PALUCH

Katedra i Oddział Kliniczny Laryngologii Śląskiej AM, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 10, 41-800 Zabrze

**Wprowadzenie.** Przestrzeń przygardłowa rozciąga się bocznie w stosunku do gardła, od podstawy czaszki do kości gnykowej i tylnego brzuśca mięśnia dwubrzuścowego. W przestrzeni tej dość rzadko występują guzy penetrujące z sąsiadujących struktur anatomicznych, częściej natomiast guzy pierwotne. W około 80% są to guzy łagodne, złośliwe stanowią pozostałe 20%.

**Cel.** Celem pracy była ocena skuteczności różnych metod leczenia chirurgicznego guzów łagodnych przestrzeni przygardłowej.

**Metody.** W pracy przedstawiono 8 przypadków guzów łagodnych, operowanych z różnych doświadczeń chirurgicznych. Przeanalizowano czynniki kwalifikujące poszczególne guzy do odpowiedniego doświadczenia chirurgicznego na podstawie badania klinicznego i badań obrazowych (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, ultrasonografia). Radykalność zabiegu operacyjnego oceniano na podstawie obserwacji chorego (badanie kliniczne) podczas kolejnych wizyt kontrolnych w poradni przyszpitalnej.

**Wyniki.** W zależności od lokalizacji i rozległości guza stosowano doświadczenia zewnętrzne (szyjno-gardłowe z madibulotomią środkową, przezśliniankowe i szyjno-śliniankowe), doświadczenie przez otwarte usta lub doświadczenie łączone (przez otwarte usta i szyjne). W badaniu histopatologicznym materiału pooperacyjnego większość zmian zweryfikowano jako *Adenoma pleomorphicum*. We wszystkich przedstawionych przypadkach uzyskano radykalność operacyjną. Okres obserwacji pooperacyjnej wynosił od 4 miesięcy do 4 lat (6 pacjentów). Dwoch pacjentów nie zgłosiło się na badania kontrolne.

**Wnioski.** Wyniki wskazują na pełną skuteczność leczenia guzów łagodnych przestrzeni przygardłowej, niezależnie od sposobu doświadczenia operacyjnego, potwierdzając przydatność zaproponowanych doświadczeń operacyjnych.  
*Otolaryngologia, 2005, 4(1), 47-53*

**Słowa kluczowe:** guzy przestrzeni przygardłowej, doświadczenia operacyjne

### Anatomia

Dobra znajomość warunków anatomicznych przestrzeni przygardłowej (PP) jest podstawą leczenia chirurgicznego guzów tej okolicy. PP znajduje się bocznie do nosowej i ustnej części gardła. Kształtem przypomina piramidę podstawą skierowaną do podstawy czaszki, a wierzchołkiem do kości gnykowej. Górna granica to niewielki fragment kości skroniowej. Ściana boczna przestrzeni to: mięsień skrzydłowy przyśrodkowy, rozścię-

**Introduction.** The parapharyngeal space is located laterally to the pharynx and extends from the skull base to the hyoid bone and the posterior belly of the digastric muscle. Tumors found at that space are usually primary tumors. As much as ca. 80% are benign, and 20% are malignant.

**Aim.** The study evaluates the effectiveness of different surgical approaches in the treatment of benign tumors of the parapharyngeal space.

**Methods.** Eight cases of parapharyngeal space benign tumors operated with different approaches are presented in this report. The results of clinical examination and radiographic study (computed tomography, magnetic resonance imaging, ultrasonography) were analyzed in preoperative planning of suitable surgical procedure. Follow-up was obtained from outpatient office files with patients being examined as needed to update their postoperative status.

**Results.** Depending on tumor site and extensiveness, different surgical approaches were applied: an external operation (cervical-transpharyngeal with midline mandibulotomy, transparotid and cervical-parotid approach), transoral or transoral-transcervical approach. In the majority of cases, the postoperative histological diagnosis was *Pleomorphic adenoma*. Radical surgical procedure was applied in all reported cases. A follow-up of 4 months to 4 years (6 patients) showed no recurrence of the benign tumors. Two patients have not followed postoperative clinical examination.

**Conclusions.** The results confirm the full effectiveness of surgical treatment of benign tumors of the parapharyngeal space, regardless of selected surgical approach.

*Otolaryngologia, 2005, 4(1), 47-53*

**Key words:** parapharyngeal space tumors, surgical approaches

gno międzyskrzydłowe, fragment wewnętrznej powierzchni gałęzi zuchwy i głęboki płat ślinianki przyusznej. Ściana przyśrodkowa to: mięsień dźwigacz i napienacz podniebienia miękkiego, mięsień zwieracz gardła górny i częściowo środkowy. Ściana tylna to: powięź przedkręgowa. Od podstawy czaszki w przestrzeń przygardłową wnika wyrostek rylcowaty i przyczepiające się do niego mięśnie i więzadła. PP wypełniona jest tkanką łączną. Przebiegają w niej ważne naczynia: tętnica szyjna

zewnątrzną, tętnica szyjna wewnętrzna, żyła szyjna wewnętrzna oraz nerwy czaszkowe: językowo-gardłowy, błędny, dodatkowy, podjęzykowy i szyjna część pnia współczulnego. Nie bez znaczenia jest także obecność węzłów chłonnych, do których spływa chłonka z sąsiednich struktur (jama ustna, część ustna i nosowa gardła, zatoki przynosowe). Powieź przebiegająca od wyrostka rylcowatego do mięśnia dźwigacza podniebienia miękkiego dzieli przestrzeń przygardłową na dwa przedziały: przedrylcowy i zarylcowy. W pierwszym z nich mieści się ślinianka przyuszna, tłuszcz i węzły chłonne. W przedziale zarylcowym obecne są naczynia, nerwy i węzły chłonne. Przestrzeń przygardłowa łączy się z dołem żąłuchowym, z okolicą podskroniową, z przestrzenią zagardłową i śródpiersem [1-4].

## Patologia

Procesy patologiczne występujące w przestrzeni przygardłowej to zmiany zapalne, guzy pierwotne i guzy przerzutowe. Nowotwory przestrzeni przygardłowej występują rzadko (0,5% guzów głowy i szyi). Najczęściej są to zmiany łagodne (80%), które w zdecydowanej większości przypadków rozwijają się ze struktur leżących wewnątrz przestrzeni przygardłowej, rzadziej ze struktur sąsiadujących: jama ustna, szczęka, żuchwa, gardło środkowe, nosogardło, kość skroniowa. Guzy przerzutowe (20%) pochodzą z układu kostnego, tarczycy, gardła, gruczołów ślinowych [1].

Nowotwory pierwotne przestrzeni przygardłowej wychodzą najczęściej z płata głębokiego ślinianki przyusznej i ektopicznych skupisk tkanki śliniankowej – 41% [5]. Drugą pod względem częstości grupę stanowią nowotwory neurogenne (33%), z reguły łagodne: *ganglioneuroma*, *neurofibroma*, *paraganglioma* oraz bardzo rzadko złośliwe: *neurofibrosarcoma*, *schwannosarcoma*, *sympathicoblastoma*. Spotyka się także nowotwory pochodzenia limfatycznego stanowiące 13%. Pozostałe 13% przypadków chorobowych to zmiany pochodzenia naczyniowego, mięśniowego, z tkanki łącznej i przerzuty do węzłów chłonnych [1,6,7].

## Objawy

Dolegliwości kliniczne guzów PP są w znacznej mierze zależne od lokalizacji i rozmiarów zmiany chorobowej. Małe guzy do 2,5 cm średnicy, rozwijają się bezobjawowo. Zmianom o średnicy 2,5-3 cm zwykle również nie towarzyszą dolegliwości, ale guzy mogą być wykryte podczas rutynowego badania laryngologicznego lub stomatologicznego [8]. Objawy kliniczne są niecharakterystyczne i zależą od lokalizacji zmian. Guzy górnej części przestrzeni przygardłowej powodują dolegliwości otologiczne poprzez ucisk na trąbkę słuchową. Rozrost w części przysiódkowej przestrzeni przygardłowej

powoduje zaburzenia drożności nosa, zmianę głosu, duszność. Jeśli rozrost guza powoduje ucisk lub naciśnięcie struktur nerwowych to mogą pojawić się: chrypka, dysfagia, dysartria, zespół Hornera. Porażenie nerwów czaszkowych, szczękościsk i ból świadczy o zezłościwieniu procesu nowotworowego [9]. Zmiany złośliwe i procesy zapalne mogą powodować drażnienie opuszki tętnicy szyjnej i nerwu językowo-gardłowego. Efektem są zaburzenia rytmu serca i niestabilne ciśnienie tętnicze [10].

## Diagnostyka

W badaniu gardła należy zwrócić uwagę na obecność asymetrii: uwypuklenie bocznej lub tylnobocznej ściany gardła, uwypuklenie łuku podniebiennego, asymetrię migdałków podniebiennych. Błona śluzowa nad guzem pozostaje niezmieniona. Spoistość, rozległość i lokalizację zmiany bada się palpacyjnie. Należy ocenić krtań i nosową część gardła. W przypadku objawów otologicznych należy wykonać audiometrię progową i impedancyjną.

Badania dodatkowe – tomografia komputerowa (TK) bez lub z kontrastem, rezonans magnetyczny (NMR) z kontrastem, angiografia, biopsja aspiracyjna.

W diagnostyce obrazowej TK i NMR są metodami uzupełniającymi się [11]. W TK dobrze uwidoczniają się zmiany kostne podstawy czaszki i kręgosłupa szyjnego. Poza tym uwidacznia się przesunięcie struktur anatomicznych przestrzeni przygardłowej, co pozwala na wstępne różnicowanie *neurilemmoma* i guzów ślinianki przyusznej. Guzy wychodzące ze ślinianki przyusznej lokalizują się w części przedrylcowej i przemieszczają tętnicę szyjną do tyłu. Guzy zarylcowe natomiast (najczęściej *neurilemmoma*) przemieszczają tętnicę szyjną w kierunku przednio-przysiódkowym [1,12]. Możliwa jest także ocena stopnia ekspansji zmian przez otwór szyjny do jamy czaszki. TK jest również przydatne we wstępnej ocenie złośliwości guzów. W NMR lepiej uwidocznione są tkanki miękkie. Badanie pozwala także na zróżnicowanie, czy guz wywodzi się z płata ślinianki przyusznej, czy z ektopicznych skupisk tkanki śliniankowej poza gruczołem [5]. W wybranych przypadkach zalecane jest wykonanie angiografii. Są to sytuacje, gdy istnieje podejrzenie naciekania tętnicy szyjnej, czy też guzów naczyniowych, często także przed embolizacją naczyń poprzedzającą leczenie operacyjne. Biopsję aspiracyjną lub pobranie wycinka z guza przed leczeniem operacyjnym wykonuje się zwykle z dościa zewnętrznego [13,14]. Biopsja przez jamę ustną z przerwaniem ciągłości błony śluzowej nie jest zalecana [1].

## Leczenie operacyjne

Wybór odpowiedniego dościa operacyjnego stanowi kluczowy element strategii leczenia. Właściwy dostęp

operacyjny zapewnia: a) uwidocznienie guza tak, aby możliwe było usunięcie go w całości, z zachowaniem otaczających nerwów i naczyń, b) opanowanie ewentualnego krwawienia z ważnych naczyń obecnych w tej okolicy, c) możliwość poszerzenia planu operacyjnego o okolice zajęte przez guz, nie zdiagnozowane w okresie przedoperacyjnym.

Wyróżniamy następujące dojścia operacyjne: dostęp szyjny, dostęp szyjno-śliniankowy, dostęp przezśliniankowy, dostęp przez otwarte usta, dostęp szyjno-gardłowy, dostęp przez dół podskroniowy, dostęp łączony – z lub bez mandibulotomii. Zarówno doświadczenia własne, jak i doniesienia literaturowe, potwierdzają najczęstsze stosowanie dostępu szyjno-śliniankowego i szyjno-gardłowego z mandibulotomią [1,14-20]. Wybór dojścia operacyjnego ma kluczowe znaczenie dla efektu końcowego operacji i jej radykalności. Dostęp przez otwarte usta jest rekomendowany jedynie w przypadkach małych i łagodnych guzów uwypuklających podniebienie i boczną ścianę gardła. Zdaniem części autorów dostęp ten jest ryzykowny ze względu na możliwość uszkodzenia nerwów, naczyń, przerwania torebki guza i niecałkowite jego usunięcie. Szczególnie dotyczy to guzów o większych rozmiarach [6,7,18,21-23]. Zmiany przestrzeni przedrylcowej można usuwać z dojścia szyjnego. Guzy wywodzące się ze ślinianki przyusznej są usuwane po uprzedniej parotidectomii [24]. Dostęp kombinowany szyjny z mandibulotomią zależy od wielkości guza i umiejscowienia w przestrzeni zarylcowej [7,17,21]. Zwykle do guzów dużych, silnie unaczynionych, zarówno łagodnych, jak i złośliwych stosuje się dostęp szyjno-gardłowy.

Problemy diagnostyczno-terapeutyczne oraz trudności w wyborze najlepszego postępowania operacyjnego skłoniły nas do analizy własnego materiału klinicznego z ostatnich kilku lat.

## Opis przypadków chorobowych

### Przypadek 1

65-letnia pacjentka G.M. (nr historii choroby 1325/2003) została przyjęta do Kliniki z guzem ślinianki przyusznej lewej, powiększającym się od 6 miesięcy.

Badanie fizykalne: guz na szyi twardy, niebolesny o wymiarach 3×3 cm. Skóra nad guzem niezmiennona. Niewielka asymetria gardła – lewy migdałek podniebienny nieco bliżej linii środkowej niż prawy.

Diagnostyka przedoperacyjna:

- USG szyi – w okolicy lewej ślinianki przyusznej i podżuchwowej widoczny obszar echoujemny o nieregularnych kształtach przechodzący częściowo w okolicę za lewym uchem, wielkości 41×39,5 mm, dobrze odgraniczony, z wyraźną ścianką. Wewnątrz tej zmiany struktura lita o wzmocnionym echu, wielkości około 14×13,5 mm.

- TK szyi z kontrastem – w rzucie lewej ślinianki przyusznej i podżuchwowej widoczna duża, o policyklicznych obrysach, hypodensyjna zmiana ze wzmacniającą się kontrastowo, grubościenną otoczką. Zmiana obejmuje pęczek naczyniowo-nerwowy po tej stronie, powoduje asymetrię gardła dolnego oraz okolicy nagłośni od strony lewej.
- Arteriografia tętnic szyjnych – badaniem stwierdza się kręty przebieg początkowych odcinków tętnic szyjnych wspólnych, jak w przypadku nadciśnienia tętniczego. Łukowate wygięcie gałęzi tętnicy szyjnej zewnętrznej w sąsiedztwie guza, w okolicy ślinianki przyusznej lewej wywołane uciskiem przez guz. Nie stwierdza się obecności patologicznych naczyń w badanym palpacyjnie guzie tkanek miękkich. Obraz przemawia za zmianą nie unaczynioną lub słabo unaczynioną.
- Punkcja cienkoigłowa (PCI) ślinianki przyusznej (nr 2997) – uzyskano 8 ml treści płynnej. W rozmazach – masy białkowe z elementami wyściółki torbieli.

Zabieg operacyjny: *Parotidectomy sinistra. Exstirpatione tumoris*. Dostęp przezśliniankowy.

Wynik pooperacyjnego badania histopatologicznego (nr 221568): *Adenoma monomorphum*.

Stan obecny: pacjentka bez dolegliwości. 6 miesięcy bez cech wznowy.

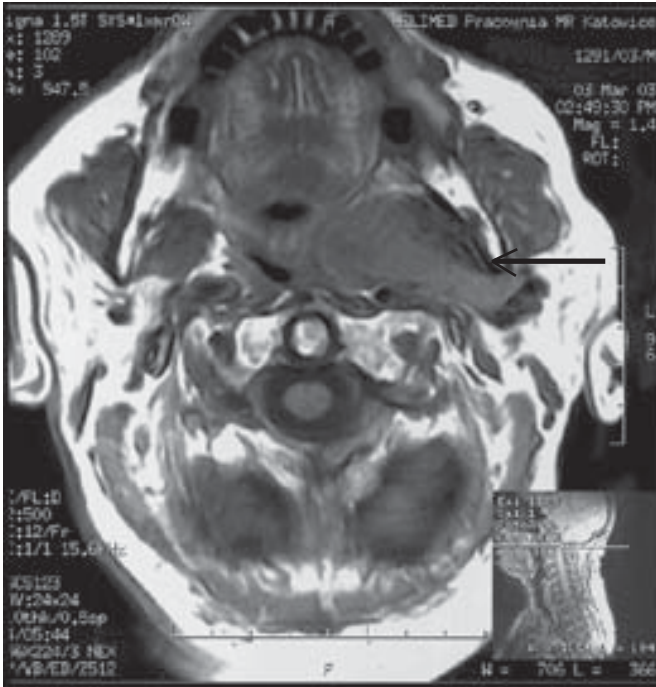
### Przypadek 2

77-letnia pacjentka T.S. (nr historii choroby 387/2003) została przyjęta do Kliniki z guzem przestrzeni przygardłowej po stronie lewej, wpuklającym się do nosogardła i ustnej części gardła, rozwijającym się od roku.

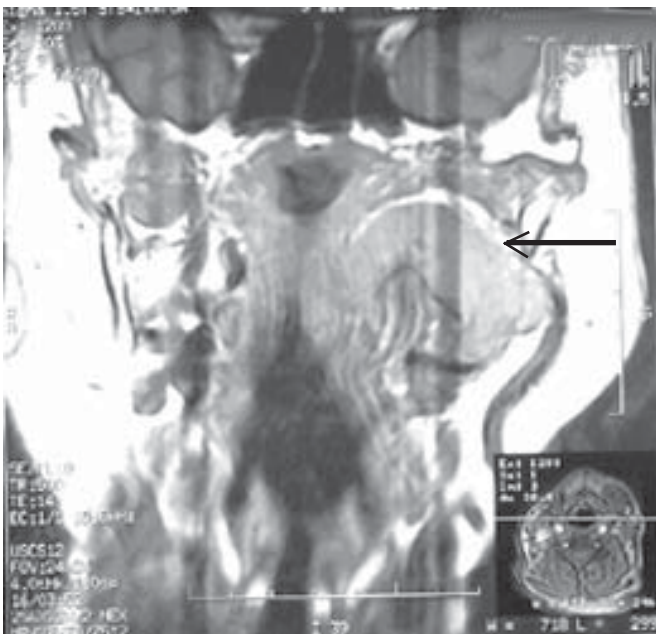
Badanie fizykalne: guz przestrzeni przygardłowej twardy, niebolesny wpuklający się do nosogardła i obturujący nozdrze tylne po stronie lewej oraz uwypuklający podniebienie miękkie po tej stronie.

Diagnostyka przedoperacyjna:

- TK nosogardła z kontrastem (ryc. 1) – na bocznej powierzchni szyi po stronie lewej poniżej żuchwy widoczna zmiana o wymiarach 37×25 mm. Powyżej tej zmiany przyśrodkowo od żuchwy, w rzucie podniebienia miękkiego zmiana o regularnych obrysach wzmacniająca się po podaniu środka kontrastowego, niekształcąca i zwężająca od strony lewej nosogardła.
- NMR nosogardła z kontrastem (ryc. 2) – w sąsiedztwie tylnej ściany części głębokiej mięśnia żwacza widoczna rozległa zmiana guzowata o wymiarach 65×40×45 mm, ulegająca niejednorodnemu wzmocnieniu pokontrastowemu. Guz powoduje deformację i przemieszczenie ku przodowi części głębokiej mięśnia żwacza, bocznie dochodzi do kąta żuchwy od jego przyśrodkowej strony. Ku dołowi guz powoduje deformację i odkształcenie tkanek powierzchniowych poniżej trzonu żuchwy, po stronie lewej – łączność guza ze ślinianką podżuchwową. Przyśrodkowo guz wpukla się w kierunku nasady języka



Ryc. 1. TK przestrzeni przygardłowej (strzałka) – *Oncocytoma*



Ryc. 2. NMR przestrzeni przygardłowej (strzałka) – *Oncocytoma*

deformując ją i uciskając. Guz wpukła się także po stronie lewej w obręb gardła, gdzie od wysokości migdałka podniebiennego powoduje deformację i zwężenie lewej ściany. Ku dołowi guz widoczny do wysokości tarczy międzykrękowej C2-C3. Tylna część guza dochodzi i powoduje nieznaczne przemieszczenie ku tyłowi sąsiadującego odcinka tętnicy i żyły szyjnej wewnętrznych. Brak cech ewidentnego nacieku tych naczyń.

- USG metodą Dopplera tętnic szyjnych i kręgowych – spektrum przepływu w granicach normy. Nie uwi-

- dozniono istotnych hemodynamicznie przewężeń.
- Badanie histopatologiczne wycinka pobranego z podniebienia miękkiego po stronie lewej (nr 2037/2002) – obraz cytologiczny przemawia za nowotworem oksyfilnokomórkowym.

Zabieg operacyjny: *Exstirpatio tumoris regionis parapharyngealis sinistrae cum mandibulotomiam medialis*. Dostęp szyjno-gardłowy z mandibulotomią środkową.

Wynik pooperacyjnego badania histopatologicznego (nr 204823): *Oncocytoma*.

Stan obecny: Pacjentka bez dolegliwości. 12 miesięcy bez cech wznowy.

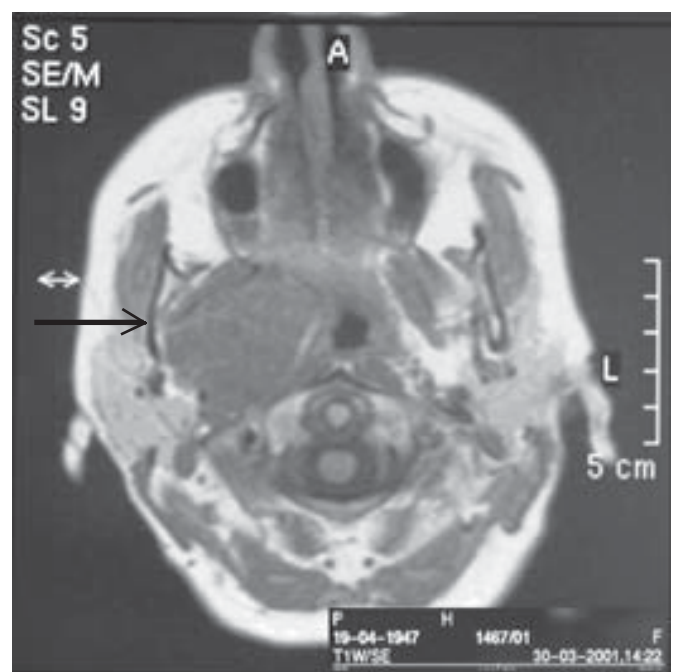
### Przypadek 3

54-letnia pacjentka P.H. (nr historii choroby 385/2001) została przyjęta do Kliniki z guzem gardła utrudniającym połykanie, powiększającym się od 6 miesięcy. Chora skarżyła się również na uczucie przytkania ucha prawego.

Badanie fizykalne: guz przestrzeni przygardłowej twardej, niebolesny, o egzofitycznej powierzchni wpuklający się do nosogardła i ustnej części gardła po stronie prawej.

Diagnostyka przedoperacyjna:

- Audiometria impedancyjna – ucho prawe: tympanogram typ B, ucho lewe: tympanogram typ A.
- NMR szyi z kontrastem (ryc. 3) – w przestrzeni przygardłowej prawej widoczny niejednorodny guz ulegający niejednorodnemu wzmocnieniu kontrastowemu, naciekający tkanki miękkie podniebienia i zwężający nosogardło oraz część ustną gardła. Guz przemieszcza mięsień skrzydłowo-podniebienny przyśrodkowy,



Ryc. 3. NMR przestrzeni przygardłowej (strzałka) – *Tumor mixtus*

nie można wykluczyć jego naciekania. Od strony bocznej przylega do gałęzi żuchwy, ku tyłowi styka się z naczyniami przestrzeni przygardłowej.

- Badanie histopatologiczne klinowego wycinka z guza – *Adenoma pleomorphicum*.

Zabieg operacyjny: *Exstirpatio tumoris regionis parapharyngealis dextrae cum mandibulotomiam medialis*. Dostęp szyjno-gardłowy z mandibulotomią środkową.

Wynik pooperacyjnego badania histopatologicznego (nr 1325): *Adenoma pleomorphicum*.

Stan obecny: pacjentka bez dolegliwości. 3 lata bez cech wznowy.

#### Przypadek 4

37-letnia pacjentka C.B. (nr historii choroby 1071/2003) została przyjęta do Kliniki z guzem przestrzeni przygardłowej po stronie prawej wpuklającym się do części ustnej gardła, rozwijającym się od 1,5 miesiąca.

Badanie fizykalne: guz przestrzeni przygardłowej po stronie prawej, twardy, niebolesny wpuklający się do gardła, uwypuklający jego ścianę boczną oraz przesuwający prawy migdałek podniebienny przyśrodkowo.

Diagnostyka przedoperacyjna:

- TK nosogardła z kontrastem – w dole skrzydłowo-podniebiennym prawym uwidoczniło się zmianę guzowatą wielkości około 46×52 mm, słabo ograniczoną, silnie i niejednorodnie wzmacniającą się po dożylnym podaniu kontrastu. Rozrasta się ona wzdłuż wewnętrznej strony prawej gałęzi żuchwy do wysokości kości gnykowej powodując ucisk dużych naczyń prawej strony szyi. Gardło we wszystkich odcinkach odkształcone i nieznacznie przewężone.
- Angiografia selektywna tętnic szyjnych – dyskretne przewężenie prawej tętnicy szyjnej wewnętrznej w początkowym odcinku z poststenotycznym poszerzeniem. Dyskretne przemieszczenie ku tyłowi tętnicy szyjnej zewnętrznej w końcowym jej odcinku.
- Badanie histopatologiczne wycinka z guza przestrzeni przygardłowej prawej – obraz może odpowiadać zmianie o charakterze *Angiofibroma*.

Zabieg operacyjny: *Exstirpatio tumoris regionis parapharyngealis dextrae cum mandibulotomiam medialis*. Dostęp szyjno-gardłowy z mandibulotomią środkową.

Wynik pooperacyjnego badania histopatologicznego (nr 216601): *Adenoma pleomorphicum*.

Stan obecny: pacjentka bez dolegliwości. Miejsce – 7 miesięcy bez cech wznowy.

#### Przypadek 5

29-letni pacjent Z.M. (nr historii choroby 1249/1999) został przyjęty do Kliniki z guzem przestrzeni przygardłowej po stronie prawej, wpuklającym się do ustnej części gardła, rozwijającym się od miesiąca.

Badanie fizykalne: guz przestrzeni przygardłowej po stronie prawej, twardy, niebolesny wpuklający się do gardła, uwypuklający jego ścianę boczną i podniebienie oraz przesuwający prawy migdałek podniebienny przyśrodkowo.

Diagnostyka przedoperacyjna:

- TK szyi z kontrastem – w tkankach miękkich twarzoczaszki i szyi widoczna duża, nieregularna, hypdensyjna zmiana o niejednorodnej gęstości, niejednorodnie wzmacniająca się kontrastowo. Zmiana obejmuje migdałek podniebienny, podniebienie miękkie, okolicę nasady języka od strony prawej oraz pozostałe tkanki miękkie w wyżej wymienionej okolicy. Nie daje się miejscami odróżnić od żyły szyjnej wewnętrznej i tętnicy szyjnej wewnętrznej. Wpuklający się guz znacznie zwęża nosową i ustną część gardła.
- Angiografia szyjna prawostronna – tętnica szyjna wewnętrzna w odcinku zewnątrzczaszkowym napięta. W fazie tętnicznej zmian w jej obrębie nie uwidoczniło się. Widoczna tętnica szyjna zewnętrzna wraz z rozgałęzieniami. Na zdjęciach w projekcji skośnej widoczne przemieszczenie i rozsuniecie jej gałęzi. W fazie żyłnej nie uwidoczniło się naczyń żylnych w obrębie szyi. Obraz wskazuje na ich całkowitą niedrożność i odpływ przez krążenie oboczne.
- Badanie histopatologiczne wycinka z podniebienia miękkiego, strona prawa (nr 71863/99) – *Adenoma pleomorphum (tumor mixtus)*.

Zabieg operacyjny: *Exstirpatio tumoris regionis parapharyngealis dextrae cum mandibulotomiam medialis*. Dostęp szyjno-gardłowy z mandibulotomią środkową.

Wynik pooperacyjnego badania histopatologicznego (nr 65150): *Adenoma pleomorphicum*.

Stan obecny: pacjent bez dolegliwości. 4 lata bez cech wznowy.

#### Przypadek 6

82-letni pacjent M.L. (nr historii choroby 871/2002) został przyjęty do Kliniki z guzem gardła po stronie prawej rozwijającym się od 1,5 roku.

Badanie fizykalne: guz podniebienia miękkiego po stronie prawej, miękki, niebolesny, uwypuklający prawy migdałek podniebienny, schodzący do krtaniowej części gardła.

Diagnostyka przedoperacyjna: badanie PCI z guza podniebienia miękkiego, strona prawa – obraz cytologiczny odpowiada torbieli.

Zabieg operacyjny: *Exstirpatio tumoris spatii parapharyngealis dextare via oris*.

Wynik badania histopatologicznego pooperacyjnego (nr 182035): *Adenoma basocellulare glandulae salivaris*.

Stan obecny: pacjent nie zgłasza się na wizyty kontrolne.

**Przypadek 7**

51-letni pacjent G.H. (nr historii choroby 381/2002) został przyjęty do Kliniki z guzem ślinianki przyusznej prawej powiększającym się od 6 miesięcy.

Badanie fizykalne: guz twardy, niebolesny o wymiarach 3×3 cm. Skóra nad guzem niezmiennona. Gardło – symetryczne.

Diagnostyka przedoperacyjna: PCI ślinianki przyusznej prawej – w rozmazach widoczne grupy i płyty komórek ślinianki oraz masy łącznotkankowe – myksoidalne charakterystyczne dla *Adenoma pleomorphicum*.

Zabieg operacyjny: *Parotidectomy dextra et extirpation tumoris regionis parotis et spatii parapharyngealis*. Dostęp szyjno-śliniankowy (pacjentka zakwalifikowana do parotidektomii, śródoperacyjnie potwierdzono penetrację guza do przestrzeni przygardłowej).

Wynik badania histopatologiczne pooperacyjnego (nr 174558): *Adenoma pleomorphicum*.

Stan obecny: pacjent bez dolegliwości. 10 miesięcy bez cech wznowy.

**Przypadek 8**

54-letni pacjent M.H. (nr historii choroby 1305/2001) został przyjęty do Kliniki z guzem przestrzeni przygardłowej po stronie lewej powiększającym się od roku. 6 miesięcy przed przyjęciem pacjent operowany na Oddziale Laryngologii Szpitala Rejonowego – z dościsła szyjnego usunięto guz częściowo (brak wyniku badania histopatologicznego).

Badanie fizykalne: guz przestrzeni przygardłowej po stronie lewej o wymiarach 3×3cm, twardy, niebolesny wpuklający się do gardła, uwypuklający jego ścianę boczną oraz przesuwający lewy migdałek podniebienny przyśrodkowo.

Zabieg operacyjny: *Exstirpation tumoris regionis parapharyngealis sinistrae*. Dojście łączone: szyjne z dostępem przez otwarte usta. Z dościsła szyjnego nie udało się całkowicie odsłonić guza ze względu na liczne zrosty i łączność guza z tętnicą szyjną wewnętrzną. Z dostępu przez otwarte usta odsłonięto guz o gładkiej powierzchni, wielkości 3×2 cm. Po uwolnieniu go od tętnicy szyjnej wewnętrznej zmianę usunięto.

Wynik badania histopatologicznego pooperacyjnego (nr 2043): *Neurofibroma*.

Stan obecny: pacjent nie zgłasza się na wizyty kontrolne.

**Podsumowanie**

Postępowanie w przypadku guzów PP jest chirurgiczne, z wyłączeniem chłoniaka. Skomplikowany dostęp operacyjny i mała liczba przypadków tej patologii sprawia, że należy ją zaliczyć do trudnych. W ramach przygotowania przedoperacyjnego należy przeprowadzić szczegółową diagnostykę. Rozległość guza, jego umiejscowienie i charakter oraz stopień doświadczenia zespołu determinują wybór dostępu operacyjnego. Biorąc pod uwagę te czynniki oraz radykalność pooperacyjną preferowany wydaje się być dostęp szyjno-gardłowy z mandibulotomią środkową. Nasze doświadczenia potwierdzają przydatność tego dostępu. Pozwala on na dokładny wgląd w okolice guza i sąsiadujące struktury i zapewnia radykalność operacji [1,15-18,20]. Innym dostępem rekomendowanym przez wielu autorów jest dostęp szyjno-śliniankowy. Jest on stosowany szczególnie w guzach wychodzących z głębokiego płata ślinianki przyusznej (w naszym materiale – 2 takie przypadki) oraz w zmianach położonych w górno-bocznej części PP. Pozwala on na dobre monitorowanie nerwu twarzewego, pozostałych nerwów czaszkowych oraz pni naczyniowych [1,4].

Tabela I. Charakterystyka pacjentów operowanych z powodu guzów przestrzeni przygardłowej

Lp.	Wiek	Płeć	Pooperacyjny wynik histopatologiczny	Kliniczna lokalizacja guza	Wielkość guza (cm)	Czas trwania choroby	Dostęp operacyjny	Wznowa
1	65	K	<i>Adenoma monomorphum</i>	guz na szyi w rzucie ślinianki przyusznej i podżuchwowej	3 x 3	6 m	przezśliniankowy	nie
2	77	K	<i>Oncocytoma</i>	prześczeń przygardłowa (guz wpuklający się do nosogardła; obturujący nozdrze tylne)	3,7 x 2,5	12 m	szyjno-gardłowy z mandibulotomią środkową	nie
3	54	K	<i>Adenoma pleomorphicum</i>	prześczeń przygardłowa (guz wpuklający się do nosogardła i ustnej części gardła)	4 x 5	6 m	szyjno-gardłowy z mandibulotomią środkową	nie
4	37	K	<i>Adenoma pleomorphicum</i>	prześczeń przygardłowa (guz wpuklający się do gardła, przesuwający migdałek podniebienny)	4,6 x 5,2	1 m	szyjno-gardłowy z mandibulotomią środkową	nie
5	29	M	<i>Adenoma pleomorphicum</i>	prześczeń przygardłowa (guz wpuklający się do gardła, przesuwający migdałek podniebienny)	3 x 5	1,5 roku	szyjno-gardłowy z mandibulotomią środkową	nie
6	82	M	<i>Adenoma basocellulare glandulae salivaris</i>	prześczeń przygardłowa (guz wpuklający się do gardła, przesuwający migdałek podniebienny)	1,2 x 2,3	1 m	przez otwarte usta	brak danych
7	51	M	<i>Adenoma pleomorphicum</i>	ślinianka przyuszna – śródoperacyjnie stwierdzono penetrację guza do przestrzeni przygardłowej	3 x 3	6 m	szyjno-śliniankowy	nie
8	54	M	<i>Neurofibroma</i>	prześczeń przygardłowa (guz wpuklający się do gardła, przesuwający migdałek podniebienny)	3 x 2	12 m	łączony: szyjny z dostępem przez otwarte usta	brak danych

Obserwacje nasze dotyczyły 8 przypadków leczonych operacyjnie z powodu guzów przestrzeni przygardłowej. Wywiad choroby wskazywał na dość krótki czas trwania choroby (od 1 do 1,5 roku) (tab. I). W badaniu klinicznym u trzech chorych stwierdzono guz na szyi, u pozostałych 5 – wpuklenie się guza do gardła. U 6 (75%) pacjentów postawiono rozpoznanie histopatologiczne – gruczolak, u 1 – neurofibroma i u 1 – onkocytoza. W postępowaniu operacyjnym w 4 przypadkach zastosowano dojsię szyjno-gardłowe z madibulotomią środkową, uzyskując radykalne usunięcie zmian i brak wznowy procesu nowotworowego w okresie obserwacji pooperacyjnej (tab. I).

Rokowanie w przedstawionych przypadkach jest dobre ze względu na wynik pooperacyjnego badania histopatologicznego i radykalność operacyjną. W 6 przypadkach brak wznowy w okresie obserwacji po zabiegu 6 miesięcy do 4 lat. Dojsię zewnętrzne jest preferowane przez wielu autorów [1,15]. Według niektórych powinno być w uzasadnionych przypadkach poszerzone o rozcięcie lub usunięcie fragmentu żuchwy [15,16].

### Piśmiennictwo

- Olsen KD. Tumors and surgery of the parapharyngeal space. *Laryngoscope* 1994; 104: 1-28.
- Bochenek A, Reicher M. Anatomia człowieka. T. II, PZWL, Warszawa 1969.
- Heeneman H. Parapharyngeal space tumours. (w) Scott-Brown's Otolaryngology (Vol. 5). *Laryngology*. Stell PM (red.). Butterworth, London 1987; 380-391.
- Dobrzyński P. Przestrzeń przygardłowa. (w) *Terapia. Zeszyt nr 1: Laryngologia – Nowotwory Głowy i szyi*. Janczewski G (red.). Czerwiec 2003 ([www.terapia.com.pl](http://www.terapia.com.pl)).
- Som PM, Biller HF, Lawson W i wsp. Parapharyngeal space masses: An updated protocol based upon 104 cases. *Radiology* 1984; 153: 149-156.
- Bass RM. Approaches to the diagnosis and treatment of tumors of the parapharyngeal space. *Head Neck Surg* 1982; 4: 281-289.
- Pensak ML, Glukman JL, Shurmick KA. Parapharyngeal space tumors: an algorithm for evaluation and management. *Laryngoscope* 1994; 104(9): 1170-1173.
- Som PM, Biller HF, Lawson W i wsp. Parapharyngeal space masses. An Updated Protocol Based Upon 104 Cases. *Radiology* 1984; 153(1): 149-156.
- Clairmont AA, Conley JJ. Malignant schwannoma of the parapharyngeal space. *J Otolaryngol* 1977; 6(1): 28-30.
- Rothstein SG, Jacobs JB, Reede DL. Carotid sinus hypersensitivity secondary to parapharyngeal space carcinoma. *Head Neck Surg* 1987; 9(6): 332-335.
- Carrau RL, Myers EN, Johnson JT. Management of tumors arising in the parapharyngeal space. *Laryngoscope* 1990; 100(6): 583-589.
- Shoss SM, Donovan DT, Alford BR. Tumors of the parapharyngeal space. *Arch Otolaryngol* 1985; 111(11): 753-757.
- Tu AS, Geyer CA, Mancall AC i wsp. The buccal space: a doorway for percutaneous CT-guided biopsy of the parapharyngeal region. *Am J Neuroradiol* 1998; 19(4): 728-731.
- Hughes KV 3rd, Olsen KD, McCaffrey TV. Parapharyngeal space neoplasms. *Laryngoscope* 1995; 105(2): 124-130.
- Allison RS, Van der Waal I, Snow GB. Parapharyngeal tumors: a review of 23 cases. *Clin Otolaryngol* 1989; 14: 199-203.
- Stell PM, Mansfield O, Stoney J. Surgical approaches to tumors of parapharyngeal space. *Am J Otolaryngol* 1985; 6: 92.
- Namysłowski G, Czecior E, Nowińska E i wsp. Przypadek olbrzymiego guza przestrzeni przygardłowej usuniętego z dojsia przez madibulotomię środkową. *Otolaryngol Pol* 1995; 49(Suppl. 20): 451-454.
- Stell PM, Biller H.F, Lawson W. Tumors of the parapharyngeal space, preoperative evaluation, diagnosis and surgical approaches. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1981; 90(suppl. 8): 3.
- Weber A, Tannapfel A, Kosling S i wsp. Parapharyngeal space-occupying lesions. Differential diagnostic based on case examples. *HNO* 2002; 50(3): 223-229.
- Lazaridis N, Antoniadis K. Double mandibular osteotomy with coronoidectomy for tumor in the parapharyngeal space. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2003; 41(3): 142-146.
- Włodyka J, Kulisiewicz J, Śmiałowski A i wsp. Nowotwory przestrzeni przygardłowej. *Otolaryngol Pol* 1989; 43(1): 22-28.
- Windfuhr JP, Sesterhenn K. Evaluation and surgical approaches to tumors of the parapharyngeal space. *Laryngorhinootologie* 2002; 81(11): 797-806.
- Carrau RL, Johnson JT, Myers EN. Management of tumors of the parapharyngeal space. *Oncology* 1997; 11(5): 633-640 (discussion 640, 642).
- O'Brien CJ. Current management of benign parotid tumors – the role of limited superficial parotidectomy. *Head Neck* 2003; 25(11):946-952.