

połączone z mikroskopem operacyjnym wydaje się być odpowiednim narzędziem chirurgicznym. Prowadzenie zabiegu w powiększeniu pola operacyjnego 6-10-16X umożliwia na operacyjną ocenę makroskopową granic lokalizacji zmiany guzowej na nagłośni.

**Wnioski:** Zastosowanie chirurgii laserowej w guzach nagłośni wydaje się wskazane w wybranych przypadkach zaawansowania miejscowego. Technika przezustna poprzez małą traumatyzację tkanek sąsiadujących pozwala na skrócenie okresu gojenia po zabiegu i wpływa na okres pobytu chorego na oddziale. Należy podkreślić, że technika ta nie jest alternatywą dla zabiegów rekonstrukcyjnych krtani lub dla laryngotomii poziomej, lecz jest jedną z technik leczenia chirurgicznego.

## 62.

### **NOWOTWORY LITE GŁOWY I SZYI U DZIECI - DONIESIENIA DWÓCH OŚRODKÓW**

**Zawitkowska-Klaczyńska J., Kątski K., Nurzyńska-Flak J., Bień E., Irga N.**

Klinika Hematologii i Onkologii Dziecięcej AM w Lublinie

Lokalizacja nowotworu w obrębie głowy i szyi sprawia, że wczesne rozpoznanie choroby jest trudne nawet dla doświadczonego lekarza. Powodem są: niecharakterystyczne wstępne objawy guza; niedostępność w badaniu tych regionów. Nowotworami litymi mogącymi lokalizować się w tej okolicy u dzieci są: mięsaki prążkowanokomórkowe oraz raki. Leczenie obejmuje chemioterapię, resekcję chirurgiczną oraz radioterapię.

**Materiał i metoda.** Badaniem objęto 25 pacjentów leczonych z powodu nowotworów litych pierwotnie umiejscowionych w obrębie głowy i szyi w latach 1992-2002. Przeanalizowano objawy poprzedzające rozpoznanie i długość ich trwania, typ histopatologiczny, stadium zaawansowania, wyniki terapeutyczne.

**Wyniki.** Płeć: 13 chłopców, 12 dziewczynek. Wiek: 2 do 17 lat. Okres od wstępnych objawów do rozpoznania: 2 do 24 miesięcy. Objawy kliniczne zgłaszane: przedłużający się ropny katar, krwawienie

z nosa, porażenie nerwu twarzowego, ból ucha, szczękoscisk, gorączka, spadek masy ciała. Wyniki badania patomorfologicznego: mięsak prążkowanokomórkowy - 15 pacjentów, leiomyosarcoma - 1, guz Tritona - 1, nabłoniak chłonny - 6, cylindroma - 1 pacjent, acinic cell carcinoma - 1 pacjent. Przerzuty: CUN - 2 pacjentów, węzły chłonne szyjne - 10 pacjentów. Leczenie: wg programów przewidzianych dla danego typu nowotworu. Wyniki leczenia: całkowita remisja - 12 pacjentów (7 pacjentów z RMS, 3 z nabłoniakiem chłonnym, 2 z acinic cell carcinoma); w trakcie leczenia - 2 pacjentów (1 pacjent z RMS i 1 z nabłoniakiem chłonnym); w trakcie leczenia pierwszej wznowy - 4 pacjentów (3 z RMS i 1 z nabłoniakiem chłonnym); zgon - 7 pacjentów (4 pacjentów z RMS i 1 z guzem Tritona, 1 z nabłoniakiem chłonnym, 1 z leiomyosarcoma).

**Wnioski.** 1) Brak dostępności okolicy głowy i szyi, bliskość OUN, niemożność resekcji z marginesem tkanek zdrowych oraz wczesne przerzuty/wznowy powodują, że mimo intensywnego leczenia efekty terapeutyczne nowotworów tej okolicy są niezadawalające. 2) Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej powinni w przypadku stwierdzenia niepokojących objawów bądź przedłużających się infekcji przebiegających z powiększeniem węzłów chłonnych szyjnych jak najszybciej kierować pacjenta do ośrodka specjalistycznego.

## 63.

### **RAKI PŁASKONABŁONKOWE GŁOWY I SZYI U MŁODYCH DOROSŁYCH - RETROSPEKTYWNA WIELOCZYNNIKOWA ANALIZA ORAZ WSTĘPNE WYNIKI BADAŃ NAD ROLĄ CZYNNIKA GENETYCZNEGO W ICH ETIOPATOGENEZIE**

**Waśniewska E., Gawęcki W., Golusiński W., Gajęcka M., Kaczmarek J., Wróbel M., Szyfter K., Szyfter W.**

Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej AM w Poznaniu

Celem pracy jest analiza cech klinicznych raków płaskonabłonkowych głowy i szyi u chorych poniżej 45 roku życia

(„young adult”) oraz ocena udziału czynnika genetycznego w ich etiopatogenezie. W ocenie klinicznej uwzględniono dane dotyczące: A.- pacjentów: wiek (średnia 40.9 lat), płeć (mężczyźni 85%, kobiety 15%) oraz ekspozycja na typowe czynniki ryzyka (palący papierosy - 96.8%, spożywający alkohol - 96.7%), B.- guza: lokalizacja (krtani 69%, jama ustna i gardło 28%), stopień zaawansowania klinicznego (głównie stadium IV - 58.7%), typ histologiczny (ca planoepitheliale keratodes 71.2%, akematodes 28.8%) i stopień zróżnicowania histologicznego (głównie G1+G2 - 94.3%), C.- zastosowanego leczenia: metoda (głównie skojarzone: operacja + radioterapia - 61.3%) oraz wyniki (wznowa miejscowa - 15.9%, wznowa węzłowa - 18.5%, przeżycia 3-letnie 46%, przeżycia 5-letnie 35%). W ocenie roli czynnika genetycznego zastosowano 3 techniki: genotypowanie, test bleomycynowy i test kometkowy. U 24 chorych oznaczono polimorfizm genów metabolizmu kancerogenów oraz genów związanych z naprawą DNA. Stwierdzono częstsze niż w grupie pacjentów starszych występowanie następujących genotypów ryzyka: GSTM1(-) współwystępujący z NAT2 4/6A oraz NAT2 4/6A oraz allelu ryzyka: NAT2 4; allel ryzyka CYP 1A1 4 występował rzadziej niż w grupie starszych, natomiast częstość występowania genotypu ryzyka XPD 35931AA w obu grupach była zbliżona. U 5 pacjentów oznaczono poziom niestabilności chromosomowej za pomocą testu bleomycynowego - stwierdzono zbliżone wartości współczynnika b/c w grupie pacjentów młodszych i starszych przy jednocześnie wyraźnie większym odsetku uszkodzonych komórek w grupie młodych dorosłych. W obu grupach zarówno wartość współczynnika b/c jak i procent uszkodzonych komórek były wyraźnie większe niż w grupie osób zdrowych. W grupie 7 pacjentów za pomocą techniki comet assay określono uszkodzenia spontaniczne i indukowane oraz zdolności naprawy DNA - stwierdzono wysoki i zbliżony w grupie pacjentów młodych i starszych poziom uszkodzeń DNA - zarówno spontanicznych i indukowanych oraz zbliżone zdolności naprawy DNA.

64.

## **OCENA ZNACZENIA BIOPSJI WĘZŁA WARTOWNICZEGO W PROGNOZOWANIU NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI**

**Szyfter W., Mielcarek-Kuchta D.,  
Manasterski J., Kaczmarek J.,  
Czapczyński R.**

Kat. i Klinika Otolaryngologii i Onkologii  
Laryngologicznej AM Poznań,  
Wojewódzki Szpital Zespolony Kalisz,  
Katedra i Zakład Patomorfologii Klinicznej AM  
Poznań, Klinika Endokrynologii AM Poznań

Ocenę węzła wartowniczego wykonano w grupie 11 chorych z nowotworami jamy ustnej, gardła i krtani (stadium T1-T3), u których nie wykazano zmian w badaniu palpacyjnym i ultrasonograficznym szyi (NO) Każdy z chorych miał podany radioizotop <sup>99m</sup>Tc-nanokoloid(Nanocol) o aktywności 1 mCi, a następnie wykonywano badanie lymfoscintygraficzne 15 minut, 30 i 60 minut po podaniu znacznika. W przypadku stwierdzenia węzłów wartowniczych usuwano je razem ze zmianą pierwotną. Materiał poddawano ocenie histologicznej oraz dodatkowo immunohistochemicznej. Do badań immunohistochemicznych stosowano cytokeratyny. W poddanej analizie grupie chorych było 10 mężczyzn i 1 kobieta, w wieku od 42-78 lat. Pierwotna lokalizacja guza dotyczyła w trzech przypadkach języka, w jednym podniebienia, u dwóch chorych migdałka podniebiennego oraz u 5 chorych guza krtani w stadium zaawansowania klinicznego od T1-T3. U wszystkich chorych rozpoznano na podstawie badania histologicznego raka płaskonabłonkowego w obrębie zmiany pierwotnej. Na podstawie badania limfoscintygraficznego oznaczono od 1 do 4 węzłów wartowniczych, określając je w oparciu o badania Wernera i wsp. jako N1-N4. U wszystkich chorych z obserwowanej grupy uwidoczono węzły wartownicze, które usunięto w trakcie jednego zabiegu wraz ze zmianą pierwotną. W trzech przypadkach stwierdziliśmy na podstawie badania histologicznego przerzuty w układzie chłonnym szyi. Pozostałe seryjnie skrojone preparaty węzłów wartowniczych barwione immuno-