

I UVOD

Prave benigne neoplazme larinksa se veoma retko sreću u praksi. Pod benignim tumorima larinksa podrazumevamo ireverzibilne, autonomne izraštaje, koji ne pokazuju tendenciju ka regionalnom i udaljenom širenju (58). Prema predlogu Svetske Zdravstvene Organizacije o histološkim tipovima tumora gornjih disajnih puteva, benigne neoplazme larinksa delimo na epitelne i mezenhimalne (58, 59). Epitelni tumori su papilomi, epitelijalna cista, onkocitom, adenom i pleomorfni adenom. Mezenhimalni tumori su hondrom, osteohondrom, hemangiom, limfangiom, fibrom, fibrohistiocitom, lejomiom, rabdomiom, lipom, granular cell tumor, giant cell tumor, neurilemom, neurofibrom i paragangliom.

Daleko češće se u larinksu mogu naći pseudotumori. Pseudotumori larinksa su benigne lezije koje makroskopski podsećaju na prave benigne tumore, ali se od njih razlikuju, kako po svojim biološkim osobinama, tako i po histološkoj građi. U većini slučajeva su reverzibilni, ako se ukloni noksa koja ih je izazvala (58).

Veoma česti pseudotumori larinksa su polipi, Reinke-ovi edemi, nodularne lezije, ciste, kontaktna hiperplazija i granulomi. Polipi, Reinke-ovi edemi i nodularne lezije su promene, dobro poznate u svakodnevnoj otorinolaringološkoj praksi. Klinička dijagnoza ovih promena se postavlja u većini slučajeva rutinski, indirektnom laringoskopijom ili videoskopijom larinksa (63).

Međutim, savremena literatura svedoči o tome, da do danas ne postoje jasno definisani morfološki i patohistološki kriterijumi za postavljanje dijagnoze polipa, Reinke-ovih edema i nodularnih lezija larinksa. Iz tog razloga, kliničke i patohistološke dijagnoze kod nekih pacijenata nisu u korelaciji (14, 17, 79, 59).

Prava konfuzija vlada u nomenklaturi benignih lezija larinksa. Nije redak slučaj, da iskusni otorinolaringolozi potpuno različitim terminima označe istu leziju prilikom postavljanja kliničke dijagnoze. Precizno postavljanje kliničke dijagnoze neophodno je radi donošenja odluke o daljem tretmanu ovih lezija.

Pored nepreciznih standarda, koji već postaju ustaljeni pri postavljanju kliničkih dijagnoza benignih lezija larinksa, i patohistološka literatura obiluje potpuno različitim kriterijumima za postavljanje patohistoloških dijagnoza (13, 23, 24). Nije redak slučaj da lezija koja kliničkom lekaru liči na polip, za patohistologa predstavlja vrstu nodularne lezije. Takođe, pojedini klinički termini se ne opisuju u patohistološkoj literaturi (11).

Savremena imunohistohemijska ispitivanja sve više doprinose određivanju preciznijih parametara za postavljanje patohistoloških dijagnoza benignih lezija larinksa (5, 14, 72). Ovoj tehnici se poslednjih godina daje izuzetno veliki značaj. Proizvodnja visoko specifičnih antitela, naročito monoklonalnih, omogućila je široku upotrebu ove metode. Antitela poseduju sposobnost strogo selektivnog vezivanja za različite celularne i acelularne komponente tkiva, koje preuzimaju ulogu antigena (40, 98).

Potreba za novom tehnologijom nastala je usled nepreciznih i nezadovoljavajućih rezultata, do kojih se dolazilo upotrebom standarnih metoda bojenja, kao što je hematoksilin eozin tehnika. Analize vršene hematoksilin eozin bojenjem pružale su minimalne informacije o acelularnim strukturama tkiva, kao što su bazalna membrana i subepitelno tkivo, kao i o patološkom procesu u celini.

Nije teško zaključiti da se radi o jednom multidisciplinarnom problemu, u čijem rešavanju treba da učestvuju kako otorinolaringolozi i patohistolozi, tako i patoanatom, naročito ako se ima u vidu da se prave benigne lezije larinksa javljaju isključivo na glasnicama. Svako istraživanje u ovoj oblasti treba da podrazumeva poznavanje delikatne anatomije i histološke ultrastrukture glasnica.

Preciziranje i standardizovanje kriterijuma za postavljanje kliničkih i patohistoloških dijagnoza doprinelo bi rasvetljavanju za sada nepoznate etiologije i patogeneze benignih lezija larinksa.