

Brodawczak odwrócony nosa i zatok przynosowych leczony endoskopowo w materiale Klinicznego Oddziału Otolaryngologicznego 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu w latach 2006–2008

Inverted papilloma of the nose and paranasal sinuses in endoscopic surgery of the Otolaryngology Clinical Division in 4-th Clinical Military Hospital in Wrocław between years 2006–2008

Magdalena Kotulska-Kliś, Emilia Jaśkiewicz-Burnejko

SUMMARY

The aim of presented work is analysis of the inverted papilloma cases treated by endoscopic surgery between years 2006 and 2008. Within this period there were 180 surgeries, out of which 11 patients were diagnosed with papilloma inversum in the histopathological test of irradiated tissue. Symptoms reported by the patients, tumor loci, scope of the surgery and its efficiency are described and analyzed. The arguments supporting endoscopic surgery as a treatment modality for inverted papilloma are presented.

Hasła indeksowe: chirurgia endoskopowa zatok przynosowych, brodawczak odwrócony

Key words: paranasal sinuses endoscopic sinus surgery, inverted papilloma

©by Polskie Towarzystwo Otolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

Otrzymano/Received:

05.05.2009

Zaakceptowano do druku/Accepted:

15.05.2009

Kliniczny Oddział Otolaryngologiczny
4 Wojskowego Szpitala Klinicznego

we Wrocławiu

Kierownik Oddziału: dr n.med.

K. Wilczyński

Wkład pracy autorów/Authors contribution:

Według kolejności

Konflikt interesu/Conflicts of interest:

Autorzy pracy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Adres do korespondencji/

Address for correspondence:

imię i nazwisko: Magdalena Kotulska-Kliś

adres pocztowy:

ul. Weigla 5

50-981 Wrocław

tel. 71 766 02 97, 692 884 852

e-mail mk_k@poczta.onet.pl

Otolaryngol Pol 2009;
63 (7): 50-53

Wstęp

Brodawczak odwrócony – *Papilloma inversum* po raz pierwszy opisywany przez Warda w 1854 r. przez wiele lat był różnie nazywany, m.in. jako brodawczak nabłonkowy, brodawczak z komórek przejściowych, rak brodawczakowaty, rak kosmkowy, guz Ringer-tza, papilloma Ewinga, polip odwrotnej metaplastji, Schneiderian papilloma, brodawczakowate zapalenie zatok. Wskazuje to na duży problem diagnostyczny tego guza w przeszłości. Brodawczaki nosa i zatok stanowią około 4,7% wszystkich brodawczaków, są to niezłośliwe nowotwory pochodzenia nabłonkowego, które w zależności od budowy histologicznej dzielimy na: grzybowate (egzofityczna forma, zlokalizowane na przegrodzie nosa), walcowate (zlokalizowane głównie w przedsionku nosa) oraz wycinowane (odwrócone). Brodawczak odwrócony stanowi 0,5–4% wszystkich pierwotnych guzów nosa [1]. W 5-15% przypadków współistnieje z rakiem płaskonabłonkowym [2, 3, 4]. Częściej występuje u rasy białej, u mężczyzn – 3:1 [5], najczęściej w 50–70 r.ż. Powstaje z ektodermalnej pozostałości embrionalnej – błony Schneidera, która oddziela błonę śluzową zatok od błony śluzowej nosa [1]. W badaniach histopatologicznych wykazuje proliferację oraz endofityczne wrastanie pokrywającego zmianę

pogrubiałego nabłonka płaskiego w głąb podścieliska pod postacią palczastych wypustek [2, 3]. Nabłonek ma niepogrubiałą błonę podstawną, dobrze oddzieloną od tkanki łącznej podłoża, bez cech hialinizacji, nie zawiera gruczołów śluzowych, nie stwierdza się eozynofilów ani obrzękniętego pościeliska. W obrazach histopatologicznych odróżnia się dwie postacie guza – łagodną (rzadkie mitozy komórkowe, z indeksem mitotycznym <1 w polu widzenia, występują przestrzenie wypełnione śluzem, wysoki stosunek komórek nabłonkowych do komórek tkanki łącznej) oraz złośliwą (indeks mitotyczny <2 w polu widzenia, przewaga dojrzałego nabłonka wielowarstwowego płaskiego, występowanie wszystkich typów nabłonka płaski metaplastyczny, dojrzały płaski i cylindryczny, nadmierne rogowacenie, nigdy nie występuje z zapalnymi polipami nosowymi). Postać złośliwa częściej występuje w guzach obustronnych [5, 6].

Przyczyny powstawania *papilloma inversum* nie są znane. Przedstawia się dwie hipotezy: alergiczno-zapalną, w której dochodzi do przemiany polipa alergicznego lub zapalnego w brodawczaka odwróconego na skutek upośledzonego drenażu żylnego i limfatycznego otaczającego błonę śluzową, co sprzyja rozrostowi guza.

Wirusową – przedstawianą jako bardziej prawdopodobną, w której główną rolę odgrywa infekcja wirusem HPV typu 6, 11, 16, 18 [7]. W przypadku HPV 16 i 18 częściej dochodzi do transformacji w kierunku raka płaskonabłonkowego, w przeciwieństwie do HPV 6 i 11 [8]. Najczęściej guz występuje jednostronnie, obejmuje małżowinę nosową środkową i przewód nosowy środkowy, następnie przewód nosowy górny i dolny, co powoduje całkowitą obturację zajętego przewodu nosowego. Rozrost masy guza poprzez ucisk i naciekanie powoduje zanik okolicznych tkanek i ubytki tkanki kostnej. W rzadkich przypadkach guz może wzrastać pierwotnie wewnątrz zatok, częściej jednak zajęte są wtórnie [1]. Kierunek rozprzestrzeniania się brodawczaka to najczęściej zatoka szczękowa i komórki sitowe, rzadziej zatoka klinowa, nosowa część gardła, oczodoł, tkanki miękkie policzka, dół podoczodołowy, dół skrzydłowo – podniebienny, podstawa przedniego dołu czaszki. Najczęściej występujące objawy są podobne do występujących w przewlekłym zapaleniu zatok: upośledzenia drożności nosa, bóle głowy, ropnych wycieków z nosa. Ponadto, krwawienia z nosa, wyciek surowiczowy – krwisty, fetor z jamy nosowej, natomiast przy dużym zaawansowaniu: deformacja nosa i twarzy, bóle i nerwobóle twarzy, objawy oczne – łzawienie, podwójne widzenie, opadnięcie powieki górnej. W badaniu stwierdza się najczęściej jednostronnie twór nieprzeźroczysty, barwy szaro – różowej lub szaro – czerwonej, budowy zrazikowej, o nierównej ziarnistej powierzchni, kruchy, łatwo krwawiący przy dotyku [9]. W badaniach radiologicznych (TK i MRI zatok przynosowych) obraz nie jest charakterystyczny, lecz ma zastosowanie w określeniu umiejscowienia i rozległości guza. W tomografii nie jest możliwe odróżnienie masy guza od gęstego śluzu pogrubiałej zapalnej okostnej, polipów powstających w wyniku zniesienia drożności ujścia zatoki przez guz. W takich przypadkach należy wykonać również badanie MRI [2, 3]. Klasyfikacja wg Krouse (2000) – stopnie zaawansowania klinicznego:

I° – guz ograniczony wyłącznie do jamy nosowej. II° – guz ograniczony do komórek sitowych, przysiadkowej i górnej ściany zatoki szczękowej. III° – guz obejmuje boczną i dolną część zatoki szczękowej lub penetrujący do zatoki klinowej lub czołowej. IV° – guz rozprzestrzeniający się poza granice nosa i zatok, oraz każdy guz o cechach złośliwości. Leczenie brodawczaka odwróconego jest wyłącznie chirurgiczne – należy zapewnić dostęp i całkowitą resekcję guza, umożliwić dostęp do badania jamy pooperacyjnej, ograniczyć do minimum powikłania pooperacyjne. Ze względu na częstość występowania wznowy (0–78%), możliwość transformacji złośliwej oraz agresywny wzrost guza poza granice jamy nosowej, decyzja o wyborze metody leczenia do dzisiaj budzi wiele kontrowersji.

Klasyczne metody leczenia to zabiegi z dostępu zewnętrznosowego: ryntomia boczna – daje dobry wgląd w operowaną okolicę, pozwala na radykalne usunięcie

brodawczaka odwróconego, pozostawia niewielkie deformacje kosmetyczne. Duża jama pooperacyjna ułatwia kontrolę pooperacyjną. Do częstych powikłań należy: nadmierne łzawienie, zapalenie worka spojówkowego, podwójne widzenie, przejściowe zapalenie powiek, niezbyt atroficzny, zwężenie przedsionka nosa, tworzenie strupów w jamie pooperacyjnej. Operacje z dojścia podwargowego: Denkera i wynicowanie powłok twarzy zapewniają bardzo dobry wgląd do jamy nosowej oraz struktur do wysokości małżowiny nosowej środkowej bez pozostawiania blizn skórnych. Dojście to nie zapewnia dostępu powyżej małżowiny nosowej środkowej [1, 2, 10, 11]. Operacja z dostępu wewnątrznosowego – przy pomocy techniki endoskopowej, daje możliwość otwarcia wszystkich zatok, lepsze uwidocznienie guza i jego granic, bardzo dobry wgląd w jamę pooperacyjną oraz nie pozostawia blizn na skórze i w przedsionku jamy ustnej [5, 12, 13, 14].

Jedną z zalecanych metod jest endoskopowa maxillectomia przysiadkowa podczas której należy usunąć małżowinę nosową dolną, wraz z kością łzową i wyrostkiem czołowym szczęki [15]. Chirurgia endoskopowa jest skuteczna również, kiedy guz obejmuje komórki sitowe tylne, zatokę klinową, zachyłek nosowo-czołowy. Wadą tej metody jest brak możliwości oceny każdego zachyłka zatok przynosowych, m.in. przednio-dolno-bocznej część zatoki szczękowej, natomiast ocena zatoki czołowej jest znacznie utrudniona. W ostatnim czasie pojawiło się wiele prac przedstawiających wyniki operacji endoskopowej brodawczaka odwróconego, które są co najmniej porównywalne z wynikami klasycznych operacji. O wyborze metody leczenia powinien decydować stopień zaawansowania klinicznego i rodzaj brodawczaka odwróconego. Celem tej pracy jest omówienie, analiza i przedstawienie wyników leczenia operacyjnego chorych z rozpoznaniem *papilloma inversum*, za pomocą chirurgii endoskopowej w latach 2006–2008.

Materiał i metody

W latach 2006–2008 w Klinicznym Oddziale Otolaryngologicznym 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu wykonano 180 operacji endoskopowych u 88 kobiet i 92 mężczyzn, z czego w 11 przypadkach (6,1%) – 7 kobiet (64%) i 4 mężczyzn (36%), w badaniach histopatologicznych rozpoznano *papilloma inversum*. Chorzy w wieku od 20 do 68 lat, średnia wieku 52,9 lat. U 7 (64%) pacjentów było to pierwsze rozpoznanie brodawczaka odwróconego, u 4 (36%) osób rozpoznanie ustalono podczas wcześniejszych operacji. Zgłaszane objawy to: blokada nosa – 9 osób (82%), przewlekły stan zapalny – 10 osób (91%), współistnienie polipów nosa – 3 osoby (27%), deformacja nosa – 1 osoba (9%), bóle głowy – 8 osób (73%), uczucie zalegania ciała obcego w gardle – 1 osoba (9%), deformacja okolicy obu oczu, nacieki oczodołów – 1 osoba (9%). Na podstawie badania

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10167899>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10167899>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)