

Ismeretlen eredetű, orbitába törő orrüregi tumor műtéti megoldása

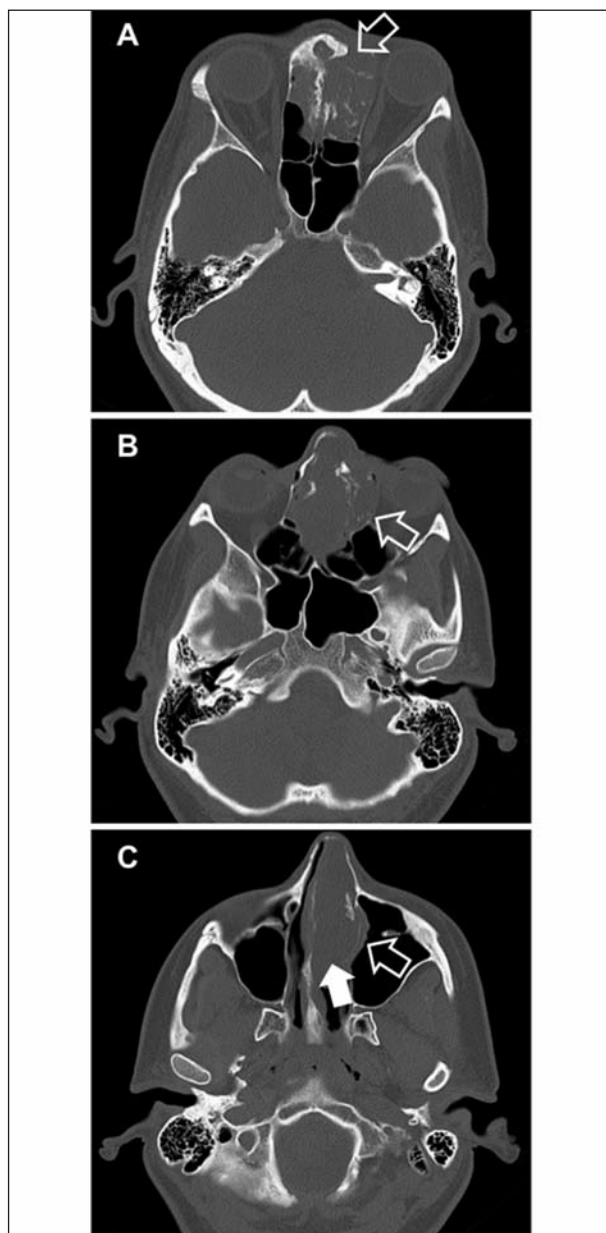
Takács Ilona dr.¹, Liktor Balázs dr.¹, Förster Gyula dr.², Karosi Tamás dr.¹

¹BAZ MEGYEI KÓRHÁZ ÉS EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ, FÜL-ORR-GÉGÉSZETI ÉS FEJ-NYAKSEBÉSZETI OSZTÁLY, MISKOLC

²BAZ MEGYEI KÓRHÁZ ÉS EGYETEMI OKTATÓKÓRHÁZ, PATHOLOGIAI OSZTÁLY, MISKOLC

Esetismertetés

A 37 éves nőbeteg panaszai kórházi felvételét megelőzően két évvel jelentkeztek. Kezdetben bal oldali orrdugulást észlelt, amit azonos oldali vizes orrváladékozás kísért. A beteg fül-orr-gégész szakorvoshoz fordult, aki a bal oldali középső orrjáratból kiinduló, kisméretű orrpolipot írt le, emellett általánosan duzzadt orrnyálkahártyát talált. A beteg kezdetben oxymetazolin kezelésben részesült, amelyre panaszai nem csökkentek. Két hónapos(!) orrcsepp-használat után ismét fül-orr-gégészhez fordult, aki mometazon-furoát orrspray-t (2x1-1 puff) és dezloratadin tablettát (5 mg/nap) javasolt. A kombinált intranazális szteroid és a szisztémás antihisztamin terápia a vizes orrfolyást ugyan csökkentette, de az orrduguláson nem változtatott. A kezelőorvos a beteget megnyugtatta, hogy orrpolipja még kezdeti stádiumban van, és nem igényel további kivizsgálást, esetleg műtétet. Megjegyezzük, hogy allergológiai vizsgálat ezen előzmények mellett nem történt. Az elkövetkező hónapokban az orrdugulás fokozódott, kétoldalivá vált, majd hypo-, illetve anosmia alakult ki. A beteg felvételét megelőzően két hónappal az orrgyök bal oldalán, valamint a bal oldali mediális szemzugban rugalmas tapintatú, a bőrrel nem összekapaszkodott duzzanat jelentkezett. A beteg emellett bal oldali szemmozgászavart észlelt. Kettős látás alakult ki, ami kezdetben csak balra tekintéskor, később már minden irányba való tekintéskor fennállt. A beteg a fenti panaszok miatt osztályunk járó beteg ambulanciáján jelentkezett. Érkezésekor részletes fizikális vizsgálat történt. Kifejezett bal oldali exophthalmust (3–4 mm), és hypertelorizmust (2,5 cm a bal oldal javára) találtunk. A bal oldali bulbus mozgásai minden irányba való tekintéskor korlátozottak voltak. Az orrgyök bal oldala és a mediális szemzug kitöltött volt. Gyulladásos jeleket, tüneteket nem észleltünk. A bal oldali közös orrjáratot emellett egy fibrines lepedékkel fedett terime obliterálta, ami az epipharynxba nem terjedt. Arckoponya CT-vizsgálat történt, amelynek alapján intranazális kiindulású, a bal oldali orbitába törő térfoglalást véleményeztünk (1–2. ábra). A beteg orrstátusát, valamint a CT-vizsgálat eredményét összevetve külső feltárásos orrmelléküregműtét elvégzése mellett döntöttünk. Előzetes kivizsgálást követően, ITN-ben bal oldali laterális rhinotomiát végeztünk, majd a metszésvonalat Fergusson-szerint supraciliarisan is kiegészítettük (Op.: Dr. Karosi – Dr. Takács – Dr. Liktor). A rugalmas,



I. ábra: Preoperatív axiális CT-felvételek
A: A fehér nyíl az ethmoidealis sejtek kitöltöttségét és az os nasale kirágottságát mutatja. **B:** A fehér nyíl az orbitába domborodó térfoglaló folyamatot jelöli. **C:** Az üres fehér nyíl a sinus maxillaris medialis falának hiányát jelöli. A fehér nyíl a septum nasi infiltrációját és jobbra való diszlokációját mutatja.

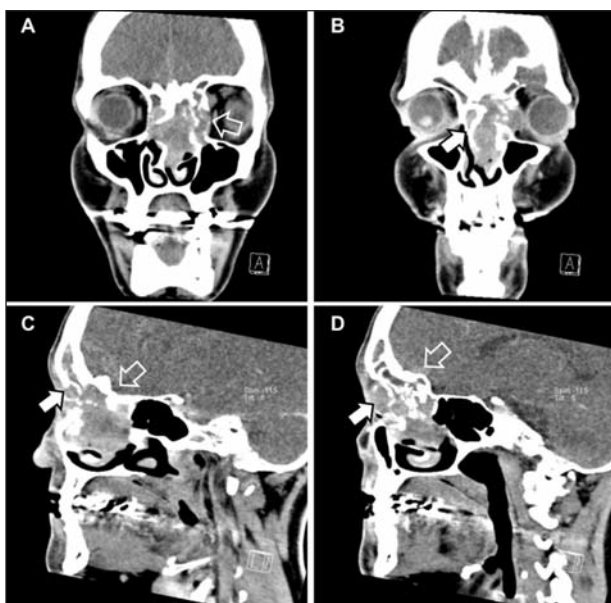
Levelezési cím:

Dr. Karosi Tamás

B-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktatókórház,
 Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Osztály,
 Miskolc, Szentpéteri Kapu 72–76.

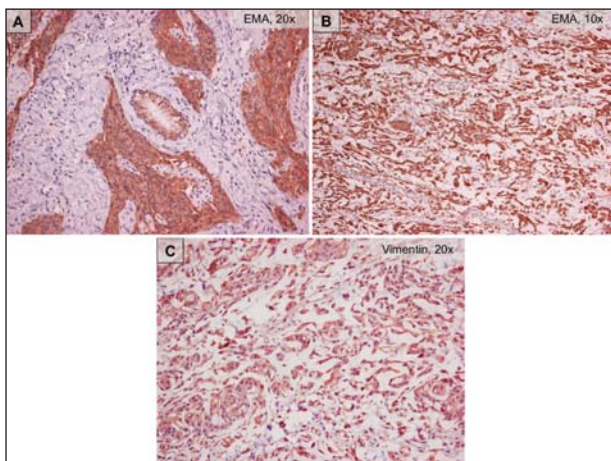
Tel.: (+36-20) 969-0590

E-mail: karositamás@gmail.com



2. ábra: Preoperatív CT-felvételek coronalis és sagittalis rekonstrukcióval

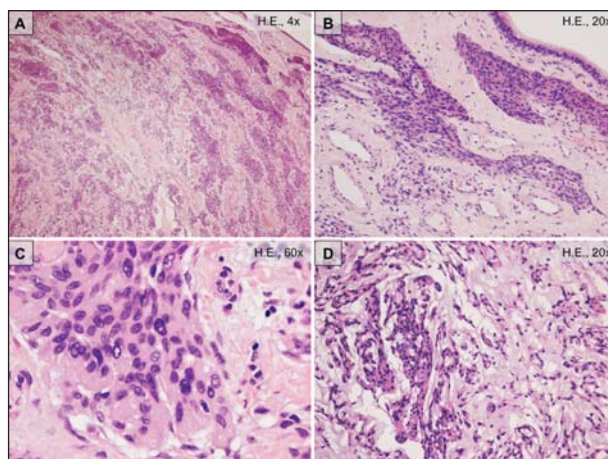
A: A fehér nyíl az orbita érintettségét jelöli. B: A fehér nyíl a septum nasi diszlokációját mutatja. C: Az üres fehér nyíl mutatja, hogy a frontobázis csontos fala intakt. A fehér nyíl az os nasale kirágottságát és a sinus frontális alsó falának hiányát jelöli. D: Az üres fehér nyíl mutatja, hogy a frontobázis csontos fala intakt. A fehér nyíl az orrgyök bőre alatt elhelyezkedő rezisztenciát mutatja.



4. ábra: Posztoperatív immunhisztokémiai felvételek (EMA: epitheliális membrán antigén)

A: EMA pozitív sejtfészkek, az EMA negatív kötőszövetes stromában. B: Az EMA pozitivitás a myxoid megjelenést mutató epitheliális sejtekben is jól látható. C: Az epitheliális sejtek masszív vimentin pozitívítást adtak.

vérzékeny rezisztenciát több darabban távolítottuk el, komplett ethmoidectomiát, sphenoidotomiát és orbitotomiát végeztünk. Feltártuk a sinus frontalist is. A sinus frontálisban és a sinus sphenoidalisban csak másodlagos nyákpangást találtunk. A rezisztencia a bal oldali lamina papyraceát destruálva, a Tenon-



3. ábra: Posztoperatív szövettani felvételek (HE)
A: Epitheliális sejtfészkek kötőszövetes stromában.
B: Epitheliális sejtfészkek a normális respiratorikus hám alatt. C: Az epitheliális sejtek magja jellegzetesen vakuolizált. D: Epitheliális sejtfészkek nagyobb nagyítással.

tokot maga előtt tolva terjedt az orbitába, de az orbitális zsírszövetet, valamint a szemmozgató izmokat nem infiltrálta. A terime egészen a fissura orbitalis superiorig, illetve a foramen opticumig volt követhető. Ezen a ponton összekapaszkodott a nervus opticus durájával, amelyről élesen leválasztottuk. A terime a frontobázis csontos falait megkímélte. A műtét alatt koaguláltuk az arteria ethmoidealis anteriort és posteriort, valamint az arteria sphenopalatinát is. Az orbita mediális falát septumporccal rekonstruáltuk. A makroszkóposan ablasztikusnak bizonyult műtét után réteges sebzárást végeztünk. Az orrüreget jodoformos tamponnal és spongostan szivacsdarabokkal tamponáltuk. A tamponokat a harmadik posztoperatív napon távolítottuk el. Négy napon keresztül parenterális moxifloxacin kezelést alkalmaztunk (400 mg/nap iv.). A beteget az 5. posztoperatív napon exmittáltuk. A 8. napon varratszedést, intranazális pörkeltávolítást végeztünk. A kontrollvizsgálatok kapcsán recidívát nem észleltünk. A beteg orrdugulása teljesen megszűnt, szemmozgászavara, kettős látása nincs, a hypertelorizmus visszafejlődött. A szemészeti vizsgálat mindkét oldalon teljes vízust állapított meg. A beteg anosmiája azonban változatlanul fennáll. A posztoperatív szövettani vizsgálat változatos szerkezetű, szolid tumort igazolt (3–4. ábra). Az immunhisztokémiai vizsgálat masszív EMA (epitheliális membrán antigén) és vimentin pozitívítást erősített meg, míg az S-100-, a CD34- és a CK-specifikus vizsgálatok rendre negatív eredményt adtak (3–4. ábra).

Kérdések

1. Az intranazális dekonesztív kezelés (pl. oxymetazolin) kis orrpoliplik esetén szoros szakorvosi kontroll mellett folytatható-e hónapokig?

A: Igen
B: Nem

2. Az orrpoliplitás diagnózisában az allergológiai vizsgálatnak (Prick-teszt, totál szérum IgE, allergén-specifikus szérum IgE) nincs szerepe.

A: Igaz
B: Hamis

3. A kis orrpolipok által okozott nazális obstrukció, szaglás-zavar, vizes orrfolyás kezelésben alkalmazható az intranasális szteroid kezelés és a szisztémás antihisztamin adagolás.

A: Igaz
B: Hamis

4. Az orrpolipozitás progressziója esetén – különösen féldali esetekben – kötelező a beteget fül-orr-gégészeti fekvőbeteg-intézménybe irányítani, ahol részletes fizikális vizsgálat és arckoponya-CT történet.

A: Igaz
B: Hamis

5. Malignus vagy potenciálisan malignus, illetve az orbitába törő intranasális térfoglalás esetén csakis endoszkópos műtéti megoldás (ESS) jöhet szóba. A külső feltárási műtét napjainkban már elavult, sőt csaknem műhibának számít.

A: Hamis
B: Igaz

6. Az esetet részletesen elemezve, a CT-vizsgálat eredménye megfelel:

A: Orrpolipozitás.
B: Invertált (Schneider) papilloma.
C: Benignus intranasális térfoglalás.
D: Potenciálisan malignus intranasális térfoglalás.

7. Az esetet részletesen elemezve, a szövetségi vizsgálat eredménye megfelel:

A: Laphámrák.
B: Inflamált orrpolip.

C: Schneider-papilloma.
D: Adenocarcinoma.
E: Angiofibroma juvenile.
F: Schwannoma.
G: Primer sinonazális meningeoma.
H: Craniopharyngeoma.
I: Mucokela vagy csokoládéciszta.

Irodalom

- Huang HM, Liu CM, Lin KN, et al. Giant ethmoid osteoma with orbital extension, a nasoendoscopic approach using an intranasal drill. *Laryngoscope* 2001; 111 (3): 430–432.
- Leong SC. A systematic review of surgical outcomes for advanced juvenile nasopharyngeal angiofibroma with intracranial involvement. *Laryngoscope* 2013; 123 (5): 1125–1131.
- Pinheiro-Neto CD, Fernandez-Miranda JC, Wang EW, et al. Anatomical correlates of endonasal surgery for sinonasal malignancies. *Clin Anat* 2012; 25 (1): 129–134.
- Govindaraj S, Adappa ND, Kennedy DW. Endoscopic sinus surgery: evolution and technical innovations. *J Laryngol Otol* 2010; 124 (3): 242–250.
- Batra PS, Citardi MJ. Endoscopic management of sinonasal malignancy. *Otolaryngol Clin North Am* 2006; 39 (3): 619–637.
- Cakmak O, Yavuz H, Yücel T. Nasal and paranasal sinus schwannomas. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003; 260 (4): 195–197.
- Dolgin SR, Zaveri VD, Casiano RR, et al. Different options for treatment of inverting papilloma of the nose and paranasal sinuses: a report of 41 cases. *Laryngoscope* 1992; 102 (3): 231–236.
- Keskin G, Ila K. Meningioma arising from the anterior skull base and filling the nasal cavity. *J Craniofac Surg* 2013; 24 (4): e441–444.
- Mnejja M, Hammami B, Bougacha L, et al. Primary sinonasal meningioma. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2012; 129 (1): 47–50.
- Jakobs M, Orakcioglu B. Ectopic recurrent craniopharyngioma of the frontal bone. *J Neurosurg* 2012; 117 (3): 490–497.
- Armitage JO. The aggressive peripheral T-cell lymphomas: 2013. *Am J Hematol* 2013; 88 (10): 910–918.
- Chambers KJ, Sedaghat AR, Roberts DS, et al. Nasal obstruction and anosmia. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2013; 139 (8): 851–852.
- Haerle SK, Gullane PJ, Witterick IJ, et al. Sinonasal carcinomas: epidemiology, pathology, and management. *Neurosurg Clin N Am* 2013; 24 (1): 39–49.
- Wood JW, Casiano RR. Inverted papillomas and benign nonneoplastic lesions of the nasal cavity. *Am J Rhinol Allergy* 2012; 26 (2): 157–163.

„A Pécsi Tudományegyetem Szenátusa 2014. március 13-i ülésén Katona Gábor osztályvezető főorvos számára a PTE címzetes egyetemi tanára címet adományozta. Katona főorvos kötődése a PTE-hez hosszú évekre nyúlik vissza. PhD fokozatát Pytel professzor mentorálása mellett szerezte meg, majd a 2012-es év során ugyancsak a Pécsi Tudományegyetemen habilitált. Évek óta részt vesz a magyar és angol nyelven tanuló hallgatók oktatásában, az elmúlt évek során számos, a Pécsi Fül-orr-gégészeti és Fej-nyaksebészeti Klinikával közösen bonyolított közös tanulmányban vett részt”.

Köszönöm a közreműködést!

ORVOSI RENDELŐK KIADÓK A PESTI KLINIKAI NEGYEDBEN

A pesti klinikai negyedben sikeresen működő, korszerű, bővülő orvosi központban több rendelőhelyiség még kiadó. A kellemes környezetű, tömeg-és egyéni közlekedéssel kitérően megközelíthető, ingyenes parkolású helyszín személyes és telefonos recepcióval, bevezetett marketing háttérrel rendelkezik. Lehetőség van a meglevő szakmai profil bővítéséhez csatlakozni: belgyógyászat, kardiológia, endokrinológia, nőgyógyászat, reumatológia, ortopédia, radiológia, urológia, proktológia, neurológia, pszichiátria, alvásorvosászat, orvosi akupunktúra mellett új tevékenységek indítására, kiemelten: bőrgyógyászat, szemészet, fogászat, valamint alternatív gyógyászati tevékenységek szakterületeken.

Jelentkezés: Benyovszky Orvosi Központ, 1089. Benyovszky M. u. 10. (a Nagyvárad tértől három percre). Tel.: 06 30/9 30 41 24.; G. Németh György igazgató, gngy@gngy.eu; Információk: www.orvosikozpont.hu