

Az elülső koponyabázist destruáló intranazális térfoglaló folyamat műtéti megoldása

Rhinológiai kvíz (esetbemutatás kapcsán)

Karosi Tamás dr.¹, Molnár Csaba dr.², Szűcs Attila dr.¹, Szabó Sándor dr.³, Sziklai István dr.¹

¹DEOEC, FÜL-ORR-GÉGÉSZETI ÉS FEJ-NYAKSEBÉSZETI KLINIKA, DEBRECEN

²DEOEC, PATHOLÓGIAI INTÉZET, DEBRECEN

³DEOEC, IDEGSEBÉSZETI KLINIKA, DEBRECEN

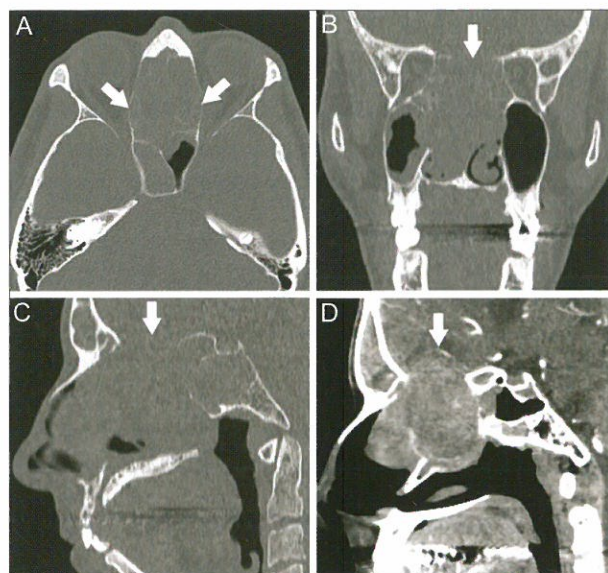
Esetismertetés

Az alábbiakban bemutatásra kerülő, 42 éves férfi beteg tartós és folyamatosan progrediáló orrdugulás, szaglászavar, valamint homloktáji lüktető fejfájás miatt 2012 márciusában jelentkezett klinikánk járóbeteg ambulanciáján. Nyolc hónappal korábban – más külföldi intézményekben – mindkét közös orrjáratot obliteráló, kiterjedt polypoid jellegű térfoglalást állapítottak meg. Három alkalommal végeztek próbaexcíziót. A szövettani eredmény bizonytalan volt, mivel a patológus a malignitást illetően nem tudott egyértelműen állást foglalni. A betegnek helyi szteroidkezelést és fájdalomcsillapítókat javasoltak.

A klinikai vizsgálat során mindkét közös orrjáratot obliteráló, vérzékeny szövetpluszt találtunk, amit bűzös váladék fedett. A preoperatív arckoponya CT (computertomography) vizsgálat multipanaris rekonstrukciós felvételei mindkét oldali sinus ethmoidalis, sinus frontalis és sinus sphenoidalis érintettségét igazolták, a septum nasi cranialis harmadának destrúciója mellett (1. ábra). A képalkotó-vizsgálat alapján, a térfoglaló folyamat a lamina papyraceát ugyan respektálta, azonban a lamina cribrosát destruálta, és a dura matert megemelve mintegy 1 cm mélyen az elülső koponyagödörbe tört (1. ábra). A betegnek neurológiai góctünete – a komplett anosmián kívül – nem volt.

Intratrachealis narkózisban próbaexcíziót végeztünk, amelynek során masszív vérzést tapasztaltunk. A műtétet befejezve, mindkét oldali réteges orrtamponálásra kényszerültünk. A végleges szövettani lelet birtokában (2. ábra), a beteget külső-feltárással orrműtétre készítettük elő, amit választott-vér biztosítását követően, idegsebészettel együttműködve, 2012 májusában végeztünk el (3. ábra).

A műtét során módosított, jobb oldali Weber–Fergusson-met- szést ejtettünk, mindkét oldali supraciliaris kiterjesztéssel, illetve a sinus frontalis osteoplasticus lebonyolításával együtt (Op.: dr. Karosi Tamás, dr. Szűcs Attila, dr. Szabó Sándor) (3. ábra). Az intranazális szövetszaporulatot a septum nasi részleges reszekciójával, illetve mindkét oldali radikális ethmoidectomia, sphenoidotomia és frontotomia elvégzésével távolítottuk el (3. ábra). A lamina cribrosa területén a reszekciót komplettáltuk, a tumort a dura materről leválasztottuk, majd a területet argon-plazma segítségével koaguláltuk (3. ábra). Liquor-



1. ábra: Preoperatív CT-felvételek

A: A horizontális síkban ábrázolva, a térfoglaló folyamat megkíméli a lamina papyraceát és nem tör az orbitába (fehér nyílak).

B: A coronális síkban jól kivehető a lamina cribrosa destrúciója (fehér nyíl).

C: A sagittális síkban egyértelmű a kiterjedt melléküreg-érintettség és a lamina cribrosa hiánya (fehér nyíl).

D: A kontrasztanyag felvételen jól látható az intracranialis terjedés mélysége és a dura mater megemeltsége (fehér nyíl).

csorgást észlelve, a durasebet Tachosyl-hálóTM és GelfoamTM felhasználásával zártuk (3. ábra). A műtét végén Bellocq-tamponálást, illetve mindkét oldali réteges orrtamponálást végeztünk. A műtét befejezését követően, a liquornyomás csökkenése érdekében lumbális draint helyeztünk be, majd a beteget altatott-lélegeztetett állapotban az Idegsebészeti Klinika Intenzív Osztályára szállítottuk át. A tamponokat a harmadik posztoperatív naptól kezdve, 3 napon keresztül folyamatosan távolítottuk el. Jelentősebb posztoperatív vérzést nem tapasztaltunk.

Elsődleges sebgyógyulás mellett, a 4. posztoperatív héten ismételt CT-vizsgálatot végeztünk. A műtéti üreget 0-, 30- és 70 fokos endoszkóp alkalmazása mellett alaposan áttekintettük. Reziduális folyamatra utaló elváltozást a képalkotó, illetve a fizikális vizsgálat alapján nem találtunk. A beteg általános állapota jó, orrlégzése rendezett, fejfájása megszűnt, azonban anosmia maradt vissza. Szemmozgási zavart, vízúscsökkenést, illetve neurológiai maradványtünetet nem tapasztaltunk. A posztoperatív adjuváns kezelést illetően – a későbbiekben – multidiszciplináris konzílium keretében döntünk.

Levelező szerző:

Dr. Karosi Tamás

Debreceni Egyetem OEC, Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika, 4032 Debrecen, Nagyterdei Krt. 98.

Tel.: 0036 (52) 255-805, Fax: 0036 (52) 255-809, Mobil: 0036 (20) 969-0590

E-mail: karositas@gmail.com, Web: www.earpathology.eu

Irodalom

1. Franchi A, Miligi L, Palomba A, et al. Sinonasal carcinomas: recent advances in molecular and phenotypic characterization and their clinical implications. Crit Rev Oncol Hematol 2011; 79 (3): 265–277.
2. Jackler RK. (ed) Atlas of skull base surgery and neurotology. 2nd edition Thieme; New York: 2008.

Kérdések

1. Melyik az a kórkép, amely differenciáldiagnosztikailag szóba jön? (Több válasz is lehetséges)

- A:** Papilloma invertum (Schneider-papilloma).
B: Orrpolypoidissal társult krónikus rhinosinusitis (CRS NP).
C: Malignus térfoglaló folyamat.
D: Angiofibroma juvenile.
E: Craniopharyngeoma.
F: Elülső koponyabázis meningeoma.

2. Az esetet megismerve melyik a helyes sebészi feltárás?

- A:** Kizárólag endoszkópos műtét (ESS).
B: Bicornalis metszésből végzett elülső bázis feltárás és endoszkópos behatolás kombinációja.
C: Külső feltárásos orrműtét és endoszkópos feltárás kombinációja.
D: Külső feltárásos orrműtét és bicornalis metszésből végzett elülső bázis feltárás kombinációja.

3. Melyik a helyes szövettani lelet?

- A:** Orrpolyp (rhinitis chronica polyposa).
B: Papilloma invertum.
C: Adenocarcinoma.
D: Laphám karcinóma.

4. Melyik adjuváns kezelést ajánlaná?

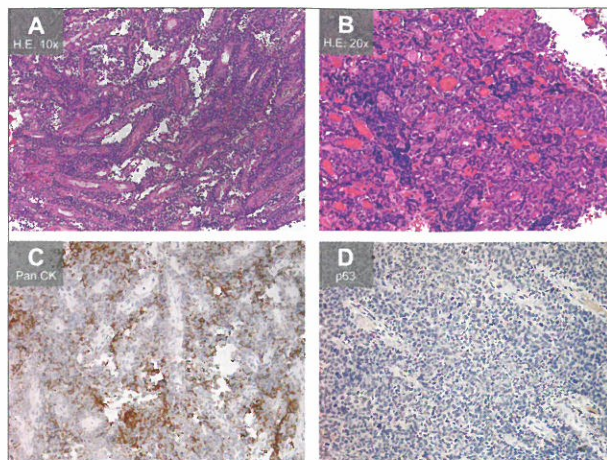
- A:** Adjuváns kezelés nem szükséges.
B: Cisplatin monoterápia.
C: Irradiáció.
D: TPF+irradiáció.

5. A radiológiai lelet alapján hol található a térfoglaló folyamat?

- A:** A térfoglaló folyamat az Ohngren-sík alatt van.
B: A térfoglaló folyamat az Ohngren-sík felett van.

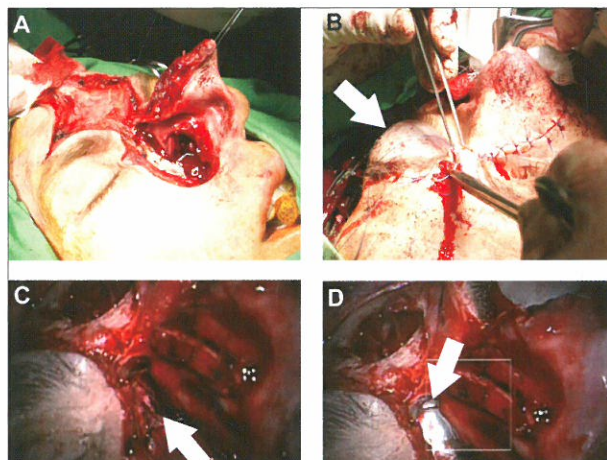
6. Mi lehet a műtét közben kialakult bal oldali alsó-felső szemhéjduzzanat lehetséges oka? (egy jó válasz lehetséges)

- A:** Az arteria carotis interna sérülése – exophthalmus pulsans.
B: Az arteria ethmoidalis anterior sérülése – orbita haematoma.
C: A liquor cerebrospinalis orbitalis extravazációja, ami az elülső koponyabázis műtéteknél gyakori jelenség.



2. ábra: Az intranazális térfoglaló folyamat kórszövettani feldolgozása során készült mikroszkopos felvételek

- A:** Glanduláris szerkezetű tumorrészlet (HE).
B: Szolid szerkezetű tumorrészlet (HE).
C: Pan-citokeratin specifikus immunhisztokémia.
D: p63 specifikus immunhisztokémia.



3. ábra: A műtét során készült felvételek

- A:** Módosított Weber-Fergusson-metszés és homloküreg feltárás.
B: A műtét végén bal oldalon puha tapintatú alsó és felső szemhéjduzzanat, valamint chemosis és enyhe exophthalmus alakult ki (fehér nyíl). Intraoperatív szemnyomásmérés történt, ami 17 Hgmm-es intraoculáris nyomást igazolt.
C: A lamina cribrosa területén kialakult duraseb (fehér nyíl).
D: A duraseb zárása TachosylTM hálózattal (fehér nyíl).

7. Mit javasol a szemhéjduzzanat és az exophthalmus ellátására?

- A:** Azonnali laterális canthotomia, dekompresszió.
B: Lumbális drén behelyezés, obszerváció.
C: Ismételt feltárás, sebrevízió.