

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Fül-orr-gégéklinika**
(igazgató: Lampé István dr. egyetemi tanár)

Az orrmelléküregek rosszindulatú daganatairól eseteink kapcsán*

SZÜCS JÁNOS dr., NAGY TIBOR dr., LAMPÉ ISTVÁN dr.,
KÉSMÁRKY KATALIN dr., PAP UZONKA dr., TÓTH ÁGNES dr.

A szerzők röviden áttekintik a malignus orrmelléküreg-daganatok jellemző adatait, a daganatok kórok és tünettartát, illetve a kezelés lehetőségét az irodalmi adatok alapján. Részletesen ismertetik klinikájuk tízéves malignus melléküreg-daganatos beteganyagát. Eredményeik megerősítik a kombinált — sebészi és irradiációs — terápia prioritását ezen regio malignus daganatainak kezelésében.

A malignus melléküreg-daganatok gyakoriságát igen nehéz pontosan megadni. Tankönyvek szerint [11, 18, 19] a szervezet összes malignus daganatainak mintegy 0,2–2%-a alakul ki a melléküregekben. Más megközelítésből szemlélve a tápcsatorna felső szakasza és a felső légutak malignus daganatainak mintegy 3–5%-a melléküreg eredetű [3]. A férfiak és nők aránya között kirívó különbség nincs, bár a korábbi közlemények még a férfiak dominanciáját említik [19, 20, 4].

Hisztológiai uralkodó típus a laphámrák [7]. A carcinomák kb. háromszor gyakoribbak, mint a sarcomák [4]. A daganatok rendszerint az ötödik évtized után alakulnak ki, bár fiatalabb életkorban is jelentkezhetnek. A fiatalabb korcsoportban relatíve gyakoribb a sarcoma, illetve adenocarcinoma. A daganatok több mint 80%-a az arcüregből, mintegy 15%-a a rostasejtekből, elenyésző része pedig a homloküregből, illetve ikéből indul ki [6, 21]. Érdekességként jegyezzük meg, hogy a jóval ritkább metastatikus eredetű melléküreg daganatok lokalizációjának gyakorisági sorrendje hasonló [5, 12, 14].

A daganatok kóroktana tisztázatlan. Gyanítható a melléküregek idült gyulladás, a foghúzásokat követő persisztáló fisztulák, a nikotin, az alkohol abúzus és egyes kemikáliák carcinogen hatása [17]. Praedispozíciót képeznek a leukoplakiák, adenomák, papillomák, tehát az ún. praeblastomák. A korábbi műtétek — különösen a többszöri polypmütétek — is szerepet játszhatnak a malignus transzformációban. Ezt sugallják Frazell [8] adatai is, aki 416 melléküreg-daganatos beteg adatait feldolgozva azt találta, hogy az esetek több mint felében történt korábban egy, vagy több polypmütét. A betegség hosszú ideig tünetmentes lehet. A gyakori, vagy állandó, különösen a *féloldali* nátha, orrdugulás, bűzös orrfolyás, időszakos véres váladékozás, vagy vérzés, esetleg fejfájás felvetheti malignus melléküreg-daganat lehetőségét. A fájdalom, a szemészeti, valamint a neurológiai tünetek gyakran késői időszakban jelentkeznek és sokszor már az inoperabilitás jelei is egyben.

A *diagnosztikában* jelentős szerepe van az arcüreg mosófolyadék citológiai vizsgálatának, az ultrahang [10], a röntgenvizsgálatoknak, a sinuoskopiának.

Ahol erre lehetőség van a polytomographia és a computer tomographia [16] nagy segítséget nyújthat a pontos daganatlokalizáció és kiterjedés megítélésében. A malignus melléküreg-daganatok *stádiumbeosztása* napjainkban még nem egységes. Sokan az „American Joint Committee For Cancer Staging And End Remets Reporting” által 1975-ben módosított Sisson féle classificatiót, mások a Ledermann-féle supra-mesoinfrastuktúra lokalizáció szerinti „stageing”-et alkalmazzák [9, 22].

A betegség *prognóza* nagymértékben függ a daganat lokalizációjától, nagyságától, hisztológiai típusától, az esetleges metastazis(-ok) jelenlététől — és nem utolsósorban a diagnózis felállításának idejétől és a gyógyszereléstől.

A legjobb eredmények a kombinált kezeléstől (sebészi + sugár) várhatók. A monoterápiától — legyen az csak sebészi, vagy csak sugár, esetleg csak cytostaticus — tartós javulás nem várható [1, 13, 15, 23].

Beteganyag

10 év 16 malignus melléküreg-daganatos esetét dolgoztuk fel. Más, hasonló tárgykörű beszámolók nagyobb esetszámahoz mérten a kisebb beteganyag magyarázata, hogy jelen tanulmányban csak azokat az eseteket vettük figyelembe, melyeknél a teljes kivizsgálás, szövettani próbavétel és a complex kezelés is klinikánkon történt. A más intézetből felvettelt nyert és kezelt eseteket (13 eset) a hiányos adatok miatt nem vehettük figyelembe. A tanulmányunkban szereplő betegek közül 10 nő — 62%, míg 6 férfi — 37,5% volt. Az átlagos életkor: 59,75 év. A legfiatalabb 34 éves, a legidősebb pedig 74 éves volt. A nemek arányában feltűnő a nők dominanciája, míg az átlagéletkor az egyéb közlemények, illetve tanulmányok adataihoz hasonló.

Bánkúti és mtsai [2] szintén a nők relatíve magas arányát találták anyagukban.

I. táblázat
Histológia szerinti megoszlás

Eredet	histológia	n
Hám eredetű	Cc. planocell.:	7
	Cc. transitocell.:	1
	Cc. anaplast.:	3
	Cc. adenocyst.:	1
	cc. dyliindromat.:	1
Mesenchymalis sarcoma:		2
Egyéb	hypernephroma metastasis:	1
Összesen		16

Ugyanezen időszakban a saját anyagunk összes rosszindulatú daganatához képest a malignus melléküreg-daganatok aránya 2%. Az egyes daganatok szövettani típusait az I. táblázatban tüntettük fel. Érdekes, hogy ha az egy metastaticus esetet nem vesszük figyelembe, az esetek zömében 86,7%-ában különböző típusú hámeredetű carcinomát találtunk, míg mesenchymalis eredetű volt az esetek 13,3%-a. Ez a carcinomák 6,5-szeres túlsúlyát mutatja a sarcomákkal szemben. Az egyes esetek részletes, nem, életkor, stádium, szövettani típus, localisatio, terápia, illetve túlélés szerinti elemzését a II. táblázaton ábrázoltuk. A II. táblázatból kitűnik, hogy a két mesenchymalis eredetű daganatot középkorú egyéneknek észleltük. Az esetek felében volt a daganat mindhárom struktúrát érintő, míg 25–25%-ban infra-meso, illetve mesosuprastruktúra lokalizációjú. A daganatok kezelésében a mások által is ajánlott kombinációs terápiát alkalmaztuk, ha ennek a feltételei megvoltak. A két struktúrát érintő daganatok esetén az *infra-mesostruktúra csoportban* az átlagos túlélési idő 4 év volt, a betegek fele 5 éven túl is élt. A *meso-suprastruktúrát* involváló tumorok esetén az átlagos túlélési idő az

* Prof. Dr. Jakabfi Imre 80. születésnapja tiszteletére

II. táblázat

A beteganyag nem, kor, TNM, histologia, lokalizáció, terapia és túlélés szerinti megoszlása

nem	életkor	TNM	histologia	lokalizáció	terapia	túlélés (év)
1. N	60	T2N2M0	cc. plan.	infra-mesostructura	műtét + sugár + + cytostat.	5
2. F	60	T2N0M0	cc. plan.	meso-suprastructura	műtét + sugár	2
3. N	34	T3N1M0	cc. anaplast.	infra-meso-suprastruct.	műtét + sugár + + cytostat.	1
4. N	66	T3N1M0	cc. plan.	meso-suprastructura	műtét + sugár	3
5. N	66	T3N0M0	cc. plan.	infra-mesostructura	műtét + sugár	3
6. F	62	T4N1M0	cc. plan.	infra-mesostructura	műtét + sugár	3
7. N	74	T4N1M0	cc. anaplast.	infra-meso-suprastruct.	sugár + + cytostat.	<1
8. N	50	T4N2M0	cc. anaplast.	infra-meso-suprastruct.	műtét + sugár	<1
9. F	59	T4N1M0	cc. plan.	infra-mesostructura	műtét + sugár	5
10. F	69	T4N1M0	cc. plan.	infra-meso-suprastruct.	sugár	3
11. N	71	T4N2M0	cc. cylindro.	infra-meso-suprastruct.	—	<1
12. N	70	T4N1M0	cc. adenocyst.	meso-suprastructura	sugár	2
13. N	49	T4N2M0	cc. transitocell.	infra-meso-suprastruct.	műtét + sugár	<1
14. N	55	T4N2M0	sarcoma	infra-meso-suprastruct.	műtét + sugár	<1
15. F	45	T4N2M0	sarcoma	meso-suprastructura	műtét + sugár	<1
16. F	65	T4N2M1	hypernephroma meastasis	infra-meso-suprastruct.	sugár	<1

előző fele, tehát 2 év. E csoport 25%-a élt 3 éven túl. A mindhárom struktúrát érintő daganatok esetén a legrosszabb a prognózis. Mindössze 1,25 év volt az átlagos túlélési idő. Csak egy beteg élt a szövettani diagnózist követően 3 évig.

A terápiát illetően — ahol lehetett — a kombinált — tehát sebészi és irradiációs — kezelést részesítettük előnyben.

A műtéteknél a különböző, mások által is alkalmazott eljárásokat alkalmaztuk, a postoperatív Co. irradiációt pedig, ha szükséges volt, további későbbi besugárzással egészítettük ki. Cytostaticumot (V-B-M Systema, Molinari szerint) 3 esetben alkalmaztunk, de sohasem monoterápiaként. Egy betegnél semmilyen kezelést sem alkalmaztunk, a beteg elutasító magatartása miatt.

Megbeszélés

A malignus melléküreg-daganatok nem túl gyakoriak. Tartósabb terápiás eredményt csak a kombinált (műtéti és sugárterápia, esetleg cytostaticum) kezeléstől remélhetünk, de a prognózisuk ennek ellenére sem kedvező. Irodalmi adatok alapján a malignus orrmelléküreg-tumoros betegek öt éves túlélési ideje 20—39% között mozog [1, 15, 21]. Eseteink elemzése alapján szerényebb terápiás eredményeket tapasztaltunk. Betegeink felét egy éven belül veszítettük el.

Három évet hat (36,5%), öt évet pedig két pacienseünk élte túl. Általános tapasztalatnak megfelelően mi is azt találtuk, hogy az alsó-középső mezőre lokalizálódó tumorok esetén kedvezőbbek a terápiás eredmények, míg a felső, illetve mindhárom mezőt involváló daganatok esetében lényegesen rosszabbak [1, 15, 21].

Bár a prognózist több tényező befolyásolja — a diagnózisig eltelt idő, a daganat terjedelme és terjedési iránya, valamint a tumor malignitási foka, a beteg kora és általános állapota, a postoperatív kezelés lehetőségei, stb. — de véleményünk szerint meghatározó a daganat elhelyezkedése. Sebészi beavatkozásokkal ugyanis biztosnak mondható ablaszticitás az alsó és középső mező tumorainál inkább elérhető, míg a felső mező daganatainál csak valószínűsíthető. A kezelés során a sugárterápiát mi is elengedhetetlennek tartjuk. A gyógyulási eredmények javítására is a sugárterápia terén látunk további lehetőségeket. Megerősítik ezt a véleményünket Naszály és mtsai műtét után alkalmazott üregi radium, vagy radiokobalt kezeléssel elért eredménye is [15].

IRODALOM: 1. Ahmad, K., Cordoba, R. B., Fayos, J. V.: Squamous Cell Carcinoma Of The Maxillary Sinus. Arch. Otolaryngol. Vol. 107, 48 (1981). — 2. Bánkúti, J., Mink, A., Gáti J.: Malignus daganatok előfordulása a POTE Fül-orr-gégei klinikáján 1973—1982 között. Fül-orr-gégegyógy. 31, 17 (1985). — 3. Bennett, M.: Paranasal sinus malignancies. Laryngoscope. 80, 933 (1970). — 4. Berendes, J., Link, R., Zöllner, F.: Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde in Praxis und Klinik. Z. Aufl. Band. Z. Stuttgart, 21, 15 (1977). — 5. Bernstein, J., M., Montgomery, W., W., Balogh, K.: Metastatic Tumors To The Maxilla, Nose, and Paranasal Sinuses. The Laryngoscope. 76, 621 (1966). — 6. Duray, A., Kovács, F., László, I.: Adatok a primer homloküreg carcinoma kérdéséhez. Fül-orr-gégegyógy. 14, 219 (1968). — 7. Endes, P.: Pathologia. T. K. II. kötet. 461 (1975). — 8. Frazell, E., L., and Lewis, J., S.: Cancer of The Nasal Cavity and ossessorv sinuses. Cancer. 16, 1293 (1963). — 9. Harrison, D. F., N.: Critical Look at the classification of maxillary sinus carcinomata. Ann. Otol. 87, 3 (1978). — 10. Jakab, Gy.: Az ultrahangvizsgálat lehetőségei az arcüreg betegségeinek diagnosztikájában. Fül-orr-gégegyógy. 29, 212 (1983). — 11. Jakabfi, I., Révész, Gy.: Fül-orr-gégegyógyászat. Mecidina Budapest, 243 (1973). — 12. Kent, S., E., and Majumdar, B.: Metastatic Tumors in the maxillary sinus. A report of two cases and a review of the literature. J. Laryngol. Otol. 99/5, 459 (1985). — 13. Niccol, Mc., W., Hopkin, N., Dalley, V. M., and Shaw, H. J.: Cancer of the paranasal sinuses and nasal cavities. Part II. Results of treatment. J. Laryngol. Otol 98/7, 707 (1984). — 14. Nahvm, A., M., Bailey, B., J.: Malignant Tumors Metastatic To The Paranasal Sinuses: case Report And Review Of The Literature. The Laryngoscope 73, 942 (1963). — 15. Naszály, A., Németh, Gy.: A rosszindulatú ethmoido-maxillaris tumorok gyógyulási eredményei a Fővárosi Onkoradiológiai Központ 1946—74 között kezelt beteganyagában. Fül-orr-gégegyógy. 28, 228 (1982). — 16. Naszály, A., Böttcher, H. D., Németh, Gy.: A komputer-tomográfia szerepe a rosszindulatú ethmoidomaxillaris tumorok röntgendiagnosztikájában. Fül-orr-gégegyógy. 28, 233 (1982). — 17. Paparella, M., M., Shumrick, D., A.: Otolaryngology 6. Edition. Vol. 3, 2085 (1980). — 18. Ribári, O.: Fül-orr-gégészet. Medicina, Budapest 87 (1986). — 19. Révész, Gy.: Fül-orr-gébetegségek. Medicina Budapest 270 (1978). — 20. Róde, I.: Klinikai Onkoradiológia. Medicina, Budapest 171 (1984). — 21. Schmidt, K.: Az orrmelléküregek malignomáiról három eset kapcsán. Fül-orr-gégegyógy. 28, 38 (1982). — 22. Sisson, G. A.: Third symposium-paranasal sinus. Laryngoscope 80, 945 (1970). — 23. Weymuller, Jr., E. A., Reardon, E., J. Nash, D.: A comparison of treatment Modalities in carcinoma of the maxillary antrum. Arch. Otolaryngol. Vol. 106, 625 (1980).

Й. С ю ч, Т. Н а д ь, И. Л а м п е, К. К е ш м а р к и, У. П а п. А. Т о т: П о п о в о д у з л о к а ч е с т в е н н ы х о п у х о л е й п р и д а т о ч н ы х п о л о с т е й н о с а

Авторы кратко рассматривают характерные данные злокачественных опухолей придаточных полостей носа, этиологию и симптоматику опухолей, а также возможность их лечения на основании литературных данных. Подробно знакомят с соб-

ственным материалом, касающимся злокачественных опухолей придаточных полостей, собранным ими за 10-летний период. Полученные ими результаты подтверждают приоритет комбинированной — хирургической и лучевой — терапии в лечении злокачественных опухолей в этой области.

J. Szűcs, T. Nagy, I. Lampé, K. Késmárky, U. Pap, Á. Tóth:
About malignant tumours of paranasal cavities according to our own cases

Authors survey typical data, as pathogenesis, symptoms and possibilities of therapy of malignant tumours of paranasal cavities, according to literature. They review their own patient material, seen during the last 10 years in their clinic, in detail. Their results confirm priority of combined surgical and irradiation therapy in malignant tumours of this region.

J. Szűcs, T. Nagy, I. Lampé, K. Késmárky, U. Pap, Á. Tóth:
Über die malignen Tumoren der Nasen-Nebenhöhlen

Verf. geben aufgrund der Literatur einen kurzen Überblick über Charakteristika, Pathomechanismus und Symptomatologie der malignen Nebenhöhrentumoren und über ihre Behandlungsmöglichkeiten. Ausführlich besprechen sie die an ihrer Klinik innerhalb von 10 Jahren behandelten Fälle von malignen Nebenhöhrentumoren. Ihre Ergebnisse bestätigen die Priorität der kombinierten Therapie (Operation und Bestrahlung) bei der Behandlung der Malignome dieser Region.

FOLYÓIRATREFERÁTUM

OTO—RINO—LARYNGOLARIA 1986. 1. sz.

V. Műlfay, C. Drasoveanu, Gh. Műlfay (Clinica O. R. L. Tg. Mures): A glomus tumorok hormonális kezelése: caroticus, tympanicus, jugularis

I. Lupu, I. Pintilie (Clinica O. R. L. Bucuresti): A sinusok barotraumája

Zeno Popovici (Clinica II-a chirurgicala, Spitalul Clinic de Urgenta, Bucuresti): Kettős Y-alakú pharyngostomia

F. Ene (Spitalul Judetean Bacau): Teleangiectazias granulomák a fül-orr-gégészetben, benignus és malignus tumorok

D. Hociota, R. Calarasu (Centrul Medical O. R. L. Bucuresti): A nyelvgyökön elhelyezkedő ectopias golyva

Á. Mátyus, L. Hecser (Serviciul O. R. L. Tg. Mures): Maxillaris érzőideg tumor. Morfológiai jellemzők egy eset ismertetése kapcsán

L. Leonte, F. Ene (Spitalul Judetean Buzau Sectia O. R. L.): Soliter parateronális plasmocytoma

Buruiana M., Mustatea N. (Clinica O. R. L. Bucuresti): Laryngealis idegentest 9 hónapos csecsemőben

Bucur A.: A szédülés vascularis tényezői
C. Bogdan (Centrul Medical de Fonoaudiologie si Chirurgie Functionala O. R. L.): Dysphonia

Holpert Valéria dr.

Fül-orr-gégegyógyászat 33. 125—131 1987.

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Fül-orr-gégeklínika**
(igazgató: Lampé István dr. egyetemi tanár)

Agytörzsi audiometria csecsemőkorban*

PAP UZONKA dr., LAMPÉ ISTVÁN dr., FARKAS TÜNDE dr.

A szerzők az újszülöttkori szűrővizsgálatok jelentőségének elismerése mellett hangsúlyozzák az objektív agytörzsi audiometria értékét a csecsemő-kori hallásdiagnosztikában. 2—18 hónapos kor közötti egészséges csecsemők korai akusztikus válaszána vizsgálatát alapján ismertetik azokat a korral történő változásokat, melyeket a csecsemőkori agytörzsi válaszban megfigyeltek.

A koraszülöttek, kislányú, veszélyeztetett csecsemők számának növekedésével szaporodik a prae-, peri- és postnatalis halláskárosodások kialakulásának a lehetősége. Az utóbbi években számos javaslat született arra vonatkozóan, melyik szűrő módszer lenne a legideálisabb a hallásfunkció minél korábbi mérésére [5, 12, 14, 15]. Ezek a szűrő módszerek különböznek egymástól az ingerfajtájában, intenzitásában, tartalmában, a vizsgálat időtartamában, a vizsgálati korban és az aktivitás regisztrálásának módjában is [2, 6, 16].

A szűrővizsgálatok azonban tájékozódó jellegükből kifolyólag magukban hordozzák a fals-pozitív, ill. téves negatív eredmény lehetőségét. Biztosabb választ a hallásra vonatkozóan a korai agytörzsi akusztikus potenciál rögzítése adhat.

A vizsgálatot célszerű minden újszülöttkori szűrővizsgálattal kórosnak, ill. bizonytalanak vélt esetben, valamint a rizikó-gyermekek körében elvégezni. Nehéz azonban megválasztani az audiometria legelőnyösebb időpontját. Az „American Joint Committee on infant Sreening” adatai szerint hallás szempontjából az alábbi tényezőket kell rizikófaktornak tekinteni [4]:

Praenatalis rizikó-esetek:

- haerediter nagyothallás a családban
- rubeola vagy más fertőző betegség a terhesség első felében
- fül-fejlődési rendellenesség
- arc-fejlődési rendellenesség
- tisztázatlan szindrómák
- alkoholos foetopathia

Perinatalis rizikó-esetek:

- testsúly 1500 g alatt
- súlyos asphyxia
- 10 percig tartó élesztési folyamat után
- minden lélegeztetett gyermek
- neonatalis sepsis vagy meningitis
- hyperbilirubinaemia (20 mg/100 ml vagy több)

* Prof. Dr. Jakabfi Imre 80. születésnapja tiszteletére