

A MAGYAR FÜL-ORR-GÉGEORVOSOK EGYESÜLETE TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Főszerkesztő: Székely Tamás dr.

Szerkesztő: Götze Árpád dr.

Szerkesztőbizottság tiszteletbeli örökös tagjai: Kratochwill Ede dr., Surján László dr.

A szerkesztőbizottság elnöke: Jakabfi Imre dr.

Szerkesztőbizottság: Bánhidó Ferenc dr., Bauer Miklós dr., Bodó György dr., Czigner Jenő dr., Draskovich Éva dr., Frint Tibor dr., Hirschberg Jenő dr., Juresák László dr., László Zoltán dr., Lampé István dr., Mihók György dr., Miriszlay Ernő dr., Piffkó Pál dr., Ribári Ottó dr., Z. Szabó László dr.

Kéziratokat és a szerkesztőségnek szánt minden közlést kérjük a következő címre küldeni:

FÜL-ORR-GÉGEGYÓGYÁSZAT szerkesztősége, János Kórház,
Budapest XII., Diós árok 1. H—1125. Tel.: 156-2191

TARTALOM

Tóth Ágnes dr., Mikó Tivadár dr., Rác Tamás dr., Lampé István dr.: Desmoid fibromatosis előfordulása nyakon — — — — —	193
Németh György dr., Schlegel Wolfgang dr.: A gége- és hypopharynx-tumorkok sugárreakciójának és a sugártherápia késői következményeinek csökkentése új kollimátorrendszerrel — — — — —	196
Jókay István dr., Szücs János dr., Nagy Tibor dr., Lampé István dr.: Otogén és rhinogén intracranialis komplikációk a DOTE Fül-Orr-Gégeklinika beteganyagában (1972—1987) — — — — —	200
Gábor Zsuzsa dr., Gazdag Márta dr., Czikkollay Mária dr., Duray Aladár dr.: Nervus recurrens paresist okozó mediastinalis thymus cysta — — — — —	205
Tóth László dr., Lampé István dr., Ilyés István dr., Jezerniczky Judit dr.: Tumor marker vizsgálatok fej-nyak tumoros betegeknek (Immunradiometriás szérum ferritin koncentráció meghatározása) — — — — —	208
Farkas Zsolt dr., Csapó Sándor dr., Miriszlay Ernő dr., Hirschberg Jenő dr.: Kísérletes vizsgálatok a tensor tympani és a stapedius izom funkciójához — — — — —	213
Bohus Klára dr., Czigner Jenő dr., Sávoy László dr.: Regionális nyirokcsomómetastasisok gégerékben (Kliniko-patológiai vizsgálatok) — — — — —	219
Csarkó Péter dr., Lázár József dr., Kincses Gyula dr., Lampé István dr.: Nyirokcsomó-metastasisok malignus garat-, gégedaganatos beteganyagunkban — — — — —	227
Szilvággyi Anikó dr.: A kerekablak membrán rupturáról egy eset kapcsán — — — — —	231
Krasznai Magda dr., Ribári Ottó dr., Rózsa Imre dr.: Vasomotoros rhinitis kezelése cryotherápiával — — — — —	235
Tóth Ágnes dr., Lampé István dr.: A forgatásos ingerlés szerepe az otoneurológiai diagnosztikában — — — — —	239
Pác Zoltán dr.: Osteomyelitisszel szövődött állkapocstörések ellátása Garamycin-beültetéssel — — — — —	247
Szöcs Ferenc dr., Pác Zoltán dr.: Lidocain és Peremin retroaurikuláris blokádsorozat adásával szerzett tapasztalataink tinnitusban — — — — —	251
Könyvismertetés — — — — —	246, 256

Főszerkesztő: Székely Tamás dr.

Kiadja az Ifjúsági Lap- és Könyvkiadó Vállalat Budapest VI., Révay u. 16. 1374
Telefon: 111-6660

Felelős kiadó: dr. Király G. István igazgató

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a hírlapkézbesítő postahivataloknál, a kézbesítőknél és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR Budapest, XIII., Lehel u. 10/a. 1900) közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a HELIR 215—96 162 pénzforgalmi jelzőszámra.

Előfizetési díj egész évre: 400,— Ft, fél évre: 200,— Ft

Megjelenik negyedévenként 860 példányban

Példányonkénti eladási ár: 100,— Ft

Index: 25 301

989—1401—Egri Nyomda, Eger — Felelős vezető: Kopka László

Debreceni Orvostudományi Egyetem Fül-Orr-Gégeklinika (igazgató: Lampé István dr., egyetemi tanár) és Kórbonctani Intézet* (igazgató: Gomba Szabolcs dr., egyetemi tanár)

Desmoid fibromatosis előfordulása nyakon

TÓTH ÁGNES DR., *MIKÓ TIVADÁR DR., RÁCZ TAMÁS DR.,
LAMPE ISTVÁN DR.

Közlésre érkezett: 1988. szeptember 5.

Kulcsszavak: Desmoid fibromatosis, nyaki tumor.

Szerzők 32 éves nőbeteg extraabdominalis desmoid fibromatosisáról számolnak be, mely a nyak hátsó felszínén helyezkedett el. A kiirtás után röviddel recidiva lépett fel, melyet a bőrrel együtt szélesen az ébren eltávolítottak. Hangsúlyozzák a fibromatosisok differentialdiagnoszticájának nehézségeit.

Bevezetés

A rostot termelő kötőszöveti tumorkok két alapvető csoportját a jóindulatú fibromák és a rosszindulatú fibrosarcomák képezik. A kettő között helyezkednek el a fibromatosisok, amelyek magukban foglalják azokat az elváltozásokat, amelyek az előző csoportokba nem sorolhatók be.

Az így ismert fibromatosisok: hegkeloid, sugárfibromatosis, fasciitis nodularis pseudosarcomatosa, myositis proliferans, agressiv fibromatosis, basalfibroid [5].

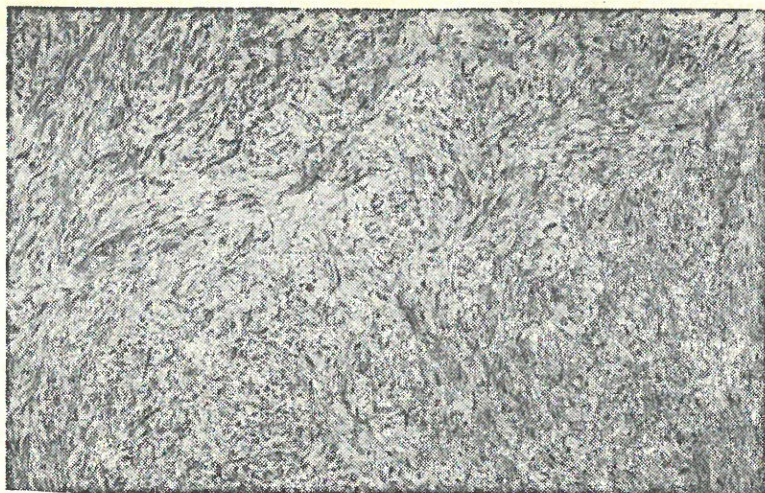
A hegkeloid és sugárfibromatosis tulajdonképpen gyulladáshoz vezető reakív elváltozás. A fasciitis nodularis pseudosarcomatosa az izomfasciából, a myositis proliferans az izmokból kiinduló proliferáció. A gyulladáshoz vezető itt is valószínű. Az agressiv fibromatosis valódi malignus tumorhoz hasonlít, de nem metastatizál, viszont gyakran recidivál. Leggyakoribb előfordulási helye a m. rectus abdominis aponeurosis — főként többször szült nőknél. Ezt nevezik abdominális desmoidnak, míg a test más részén előforduló hasonló elváltozást extraabdominális desmoid névvel is illetik. A basalfibroid vagy nasopharyngealis fibroma a fül-, orr- gégegyógyászati irodalomban jól ismert kórkép.

Meg kell említeni, hogy az irodalomban a fenti besorolástól eltérő besorolást is találhatunk: pl. Enzinger a keloid, fasciitis nodularis, myositis proliferans, nasopharyngealis angiofibromát stb. a kötőszövet benignus tumorai és tumorszerű léziói címszó alatt tárgyalja, ezáltal a desmoid fibromatosis egyéges csoportnak tekinti [4].

Esetleírás

P. L.-né 32 éves nőbeteg 1987 májusában a nyak két oldalán tapintható több mogorónyi nyirokcsomó miatt a pozitív toxoplazma komplementkötési reakció birtokában Tindurin. Sumetrolim kezelésben részesült. A nyirokcsomók regrediáltak, de később a nyak hátsó felszínén fájdalommentes, tömött tapintatú csomó keletkezett. Ennek további vizsgálata, kezelése miatt 1987 októberében feküdt be klinikánkra. Státusából kiemelendő: a nyak hátsó felszínén a középső harmadban 5 cm átmérőjű, tömött, az alapján elmozdítható göb tapintható. A m. sternocleidomastoideus mentén 1—2 mogorónyi nyirokcsomó még észlelhető, de egyéb fizikális eltérés nincs. Rutin laboratóriumi vizsgálatok, toxoplazma komplementkötési reakció, mellkas rgt,

* 4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.
DOTE Fül-orr-gégeklinika



1. ábra. Szabálytalan, részben egymással összefonódó nyálábokat alkotó kötőszöveti sejtek (HE, 75×)

nyaki gerincfelvétel: negatív. A csomót helyi érzéstelenítésben eltávolítottuk, szövettani lelet: 9040/87 extraabdominalis desmoid fibromatosis. Az eredmény ismeretében célzott vizsgálatokkal sem sikerült más testtájon hasonló elváltozást kimutatnunk, a beteg pp. gyógyult sebbel távozott. 1988 februárjában a hegvonalból mogorónyi, a bőrrel összekapaszkodó recidiv göböt távolítottunk el, a szövettani lelet megfelelt az előzőnek. Azóta a beteg panaszmentes.

Megbeszélés

Az extraabdominalis fibromatosis igen ritkán előforduló megbetegedés, a gégezeteti kézikönyvek csak egy-két mondatban [1] vagy egyáltalán nem említik [8, 9]. Az összes fibromatosisok mintegy 5%-át teszi ki [5]. Ezen belül a nyaki előfordulás Enzinger adatai szerint 7,6% [4]. Klinikai megjelenésére jellemző, hogy tömött tapintatú, környezetétől élesen nem határolódik el, fájdalomtalan. Leggyakoribb 25—35 év között.

Makroszkóposan az inszövethez hasonlít, szürkésfehér vagy szürkésvörös. A környezetében lévő izomzatot vagy subcutan zsírszövetet infiltrálhatja, emiatt az ép szövettől való elkülönítése nem mindig lehetséges. Ritkán beszúri a periosteumot és a csontot is. Átlagos nagysága 5—10 cm, de lehet ennél nagyobb is.

A kóros és az ép szövet határát megítélni mikroszkópos vizsgálattal sem könnyű. Jellemző megjelenési formája: karcsú, orsó alakú sejtek, fibrocyták és fibroblastok, valamint collagen rostok kötegekbe rendeződve. A magvak kicsik, halványan festődnek, élesen körülhatároltak, 1—3 kicsi nucleolusuk van. Magatypia, mitosisok ritkák, a monomorph sejtkep összességében érett kötőszövet benyomását kelti. A tumor szélén a harántcsíkoltt izomrostok maradványait körbefogja a daganat, ezáltal az izomrostok atrophiaja vagy myogen óriássejtek megjelenése miatt malignus neoplasmával lehet összetéveszteni. Focalis vérzések és lymphocyaaggregátumok gyakran találhatóak [4].

A fasciitis nodularis pseudosarcomatosánál és myositis proliferansnál ezen kívül chronicus gyulladáson infiltrátumot is látunk.

A differencialdiagnosistak egyrészt a fibromatosisok egymástól való elkülönítését kell jelentenie, de legfőképpen a fibrosarcomától kell elhatárolni.

A fibromatosisok kezelésében alapvető szerepe a priméren végzett, teljes eltávolításnak van. A valamennyi alcsoportra jellemző tulajdonság, a 25—65%-os recidivahajlam csak korrekt eltávolítás esetén csökkenthető. Csonkító műtétet végezni felesleges [3], azonban különösen fej-nyaki előfordulás esetén agressiv fibromatosisnál az egyes szerzők által ajánlott 3 cm-es biztonsági zóna nem mindig megoldható. Bőrinfiltráció esetén bőrrel együtt való eltávolítás javasolt. Sugárkezelés nem jön szóba, a késői malignus transformatió lehetőségé miatt [4, 5].

A fibromatosisok előfordulása fül-orr-gégészeti területen ritka. A kórkép leírásával foglalkozott Conley [2]. Az utóbbi években Hasegawa [6] a sinus maxillaris csontos falát is infiltráló desmoidról számolt be. McIntosh [7] 14 hónapos fiúgyermeknél észlelt soliter fibromatosis a gégeben és a garatban, amely gyorsan recidivált, és a megismételt műtétnél a fibromatosis fibrosarcomába való átmenetét regisztrálták — totális laryngo-pharyngectomiát végeztek. Fritzmeier és mtsai [5] három saját esetüket ismertették: a nyakon, infraorbitálisan és retroauricularisan észlelték az elváltozást. Hangsúlyozzák a műtéti eltávolítás fontosságát.

Hazai közlést fül-orr-gégészeti lokalizációban nem találtunk. Esetünket ritkasága miatt tartottuk közlésre érdemesnek.

IRODALOM: 1 Berendes, J., Link, R., Zöllner, F.: Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde in Praxis und Klinik. Thieme. Stuttgart. Band 3. 14.81 (1978). — 2. Conley, J., Healey, W. V., Stout, A. P.: Fibromatosis of the head and neck. Am. J. Surg. 112, 609 (1966). — 3. Endés, P.: Pathologia. Medicina. Budapest. 1. kötet 235 (1983). — 4. Enzinger, F. M., Weiss, S. W.: Soft tissue tumors. C. V. Mosby Company. St. Louis, Toronto, London. (1983). — 5. Fritzmeier, F., Kornsbain, H., Draf, W.: Zur Diagnostik und Therapie der Fibromatosen im Kopf- und Halsbereich. HNO 29, 105 (1981). — 6. Hasegawa, M., Nasu, M., Kamiyama, R., Fukumoto, T., Nishijima, W., Nigauri, T., Watanabe, I.: Desmoid tumor in the maxillary sinus. ORL 47, 1 (1985). — 7. McIntosh, W. A., Kassner, G. W., Murray, J. F.: Fibromatosis and fibrosarcoma of the larynx and pharynx in an infant. Arch. Otolaryngol. 111, 478 (1985). — 8. Moser, F.: Oto-Rhino-Laryngologie. Fischer. Jena. Band II. 272 (1986). — 9. Paparella, M. M.: Shumrick, D. A.: Otolaryngology. W. B. Saunders Company. Philadelphia. Vol. III. 2987 (1980).

А. Тот, Т. Мико, Т. Рац, И. Лампе: Встречаемость десмоидного фиброматоза на шее

Авторы описывают случай экстраабдоминального десмоидного фиброматоза у 32-летней женщины, расположенного на задней поверхности шеи. Вскоре после удаления наступил рецидив опухоли, которую удалили с большим участком окружающей интактной кожи. Авторы подчеркивают трудности дифференциального диагноза фиброматозов.

Tóth, Á., Mikó, T., Rác, T., Lampé, I.: Occurrence of desmoid fibromatosis on the neck

The authors describe the extraabdominal desmoid fibromatosis located on the posterior surface of the neck of a 32-year-old woman. Shortly following the extirpation recurrence was observed. This was eliminated wide into the intact together with the skin. The difficulties of the differential diagnostics of fibromatosis are emphasized.

Á. Tóth, T. Mikó, T. Rác, I. Lampé: Das Vorkommen desmoider Fibromatose am Hals

Verff. berichten über eine 32-jährige Patientin mit extra-abdominaler Desmoid-Fibromatose, die am Nacken lokalisiert war. Kurz nach der Exstirpation trat ein Rezidiv auf, das mit der Haut zusammen, weit im Gesunden entfernt wurde. Die Differenzialdiagnostik der Fibromatosen ist schwierig.