

# Szczękościsk – bagatelizowany objaw nowotworu gardła u 20-letniej kobiety. Opis przypadku

## *Trismus as underestimated symptom of the pharynx cancer recognised in 20-year-old woman. Case report*

Elżbieta Waśniewska-Okupniak, Maciej Pabiszczak, Piotr Dąbrowski, Anna Młodkowska

Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

### **Streszczenie**

*Szczękościsk (trismus) jest rzadkim objawem raka części nosowej gardła (stwierdza się go u 5% chorych). Jego wystąpienie świadczy najczęściej o naciekaniu przez guz mięśni żwaczy lub powstaje on w efekcie tonicznego skurczu mięśni żwaczy wskutek naciekania włókien ruchowych nerwu trójdzielnego. Jest objawem zazwyczaj szybko zauważanym przez chorego i budzącym jego niepokój. W pracy przedstawiono przypadek 20-letniej kobiety z zaawansowanym gruczolakorakiem nosogardła i gardła środkowego, która mimo nasilonego od ponad roku szczękościsku nie szukała pomocy lekarskiej, aby wyjaśnić przyczyny tego stanu.*

**Słowa kluczowe:** szczękościsk, gruczolakorak nosogardła.

### **Abstract**

*Trismus is a rare symptom of the nasopharyngeal cancer diagnosed in all of 5% of patients. Its occurrence provides the most frequently infiltration by the tumor or masseter muscles. It arises as a tonic spasm of the masseter muscles due to infiltration motor fibers of the trigeminal nerve. Symptoms are usually diagnosed instantly by the patient and arousing his anxiety. It presented a case of 20 year-old woman with advanced nasopharyngeal and oropharyngeal adenocarcinoma. Despite of severe mouth opening lasting more than a year patient didn't seek medical help to explain the cause of this disease.*

**Key words:** trismus, nasopharyngeal adenocarcinoma

(*Postępy w Chirurgii Głowy i Szyi 2015; 1: 6–9*)

## **Wstęp**

Szczękościsk (*trismus*) jest definiowany jako ograniczenie możliwości otwarcia jamy ustnej powstałe w przebiegu chorób zapalnych wywołujących dolegliwości bólowe w obrębie mięśni żwaczy bądź w przebiegu procesu nowotworowego [1]. Objaw ten jest diagnozowany u ok. 2% chorych z pierwotnym rakiem głowy i szyi, wiąże się z progresją guza w okolicę stawu skroniowo-żuchwowego bądź naciekaniem mięśni żwaczy [2]. U 8% chorych pojawia się jako powikłanie po radioterapii [2–4]. Szczękościsk rozpoznaje się u 5% chorych z guzem części nosowej gardła, którego może być pierwszym objawem [4]. Ta lokalizacja nowotworu

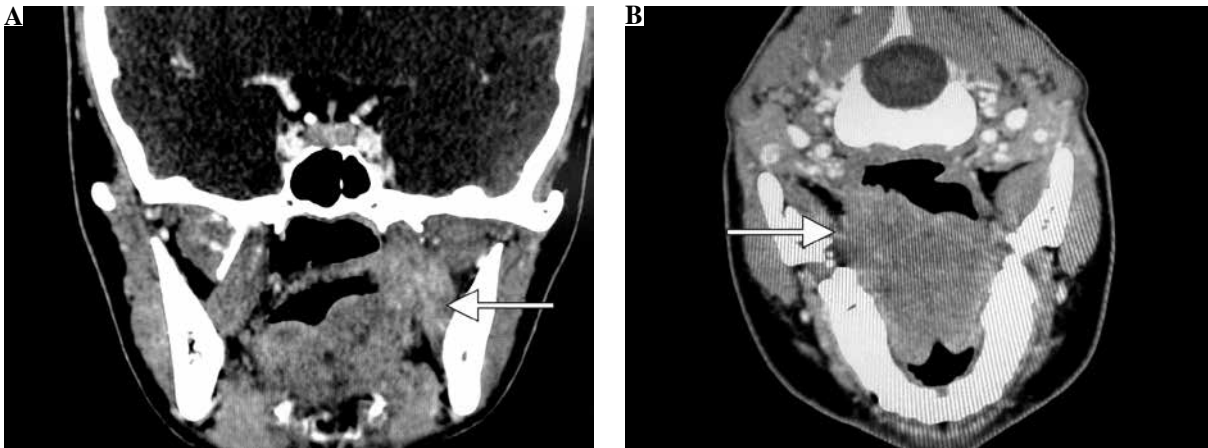
wywołuje szczękościsk u prawie 36% chorych dzieci [5], a w guzach przestrzeni przygardłowej u dorosłych w 55% przypadków [6].

Przedstawiamy przypadek 20-letniej kobiety z nowotworem części nosowej gardła i gardła środkowego, która mimo występującego od ponad roku nasilonego szczękościsku nie szukała pomocy lekarskiej, żeby wyjaśnić przyczyny tego stanu.

## **Opis przypadku**

Kobieta, lat 20, została przyjęta do Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Pozna-



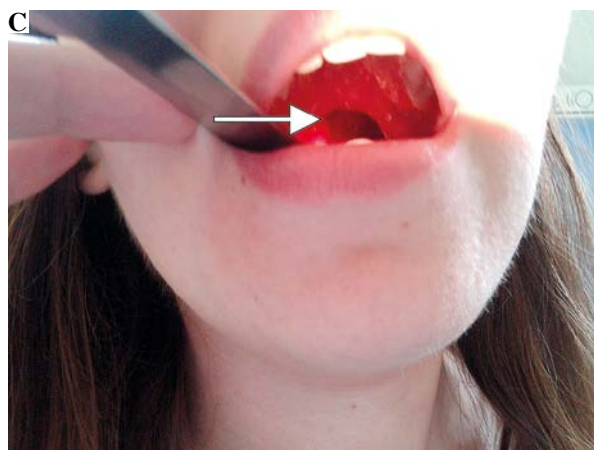


Rycina 1 A, B. Badanie tomografii komputerowej. Stan przed leczeniem

niu z powodu nasilonego szczękocisku, niedosłuchu i dyskomfortu w uchu lewym z podejrzeniem procesu rozrostowego w obrębie części nosowej i ustnej gardła. Od ok. 3 lat chora skarżyła się na okresowo pojawiające się uczucie pełności i objawy „przelewania się” w uchu lewym z towarzyszącym szumem usznym. W międzyczasie u pacjentki kilkakrotnie wystąpiły incydenty ostrego zapalenia ucha środkowego lewego i z tego powodu była leczona doraźnie zachowawczo przez lekarza rodzinnego i specjalistę laryngologa. Po ok. 2 latach pojawił się szczękocisk, który nasilał się stopniowo, co nie budziło jednak niepokoju u chorej. Po blisko roku pacjentka zgłosiła się do przyklinicznej poradni laryngologicznej z powodu pogorszenia słuchu z towarzyszącym szumem i uczuciem pełności w uchu lewym. Nie zgłaszała problemów z otwieraniem ust ani trudności w spożywaniu posiłków. W badaniu przedmiotowym laryngologicznym uwagę zwrócił przede wszystkim nasilony szczękocisk (1-centymetrowa szczelina rozwarcia między zębami!), praktycznie uniemożliwiający ocenę jamy ustnej i gardła. Zaobserwowano jedynie asymetryczne, gładkie uwypuklenie w obrębie lewej niszy migdałkowej (w dzieciństwie chora przeszła zabieg usunięcia migdałków podniebiennych). Przy użyciu szpatułki stwierdzono dodatkowo wzmogoną spistość nasady języka po tej samej stronie. Badanie gardła dolnego i krtani było niemożliwe ze względu na nasilony szczękocisk. W badaniu otoskopowym błona bębenkowa ucha lewego była matowa, bez refleksu, z widocznym poziomem płynu w obrębie jamy bębenkowej. W trybie pilnym, w warunkach ambulatoryjnych wykonano u chorej tomografię komputerową twarzoczaszki z podaniem środka kontrastowego, w której stwierdzono w przestrzeni przygardłowej po stronie lewej na poziomie nosogardła nieprawidłową masę patologiczną, która ulegała niejednorodnemu wzmocnieniu kontrastowemu, o wymiarach poprzecznych ok. 24 × 21 mm oraz wysokości ok. 27 mm. Obraz tomogra-

fii komputerowej świadczył o procesie rozrostowym (mniej prawdopodobny był naciek zapalny) z cechami naciekania mięśnia skrzydłowego przyśrodkowego, okolicy ujścia gardłowego trąbki słuchowej lewej, z towarzyszącą bezpowietrznością jamy bębenkowej oraz lewego wyrostka sutkowatego. Ku dołowi widoczne były cechy naciekania na długości ok. 10 mm nasady języka ze znaczną asymetrią trzonu języka i bocznej ściany części ustnej gardła. Ponadto w badaniu wykazano cechy pogrubienia podniebienia miękkiego – niewykluczony naciek w jego obrębie (ryc. 1). Chorą w trybie pilnym przyjęto do Kliniki w celu pobrania materiału do badania histopatologicznego i weryfikacji procesu rozrostowego. Ze względu na znacznie nasilony szczękocisk i niemożliwość zaintubowania pacjentki w sposób typowy podjęto decyzję o wykonaniu tracheotomii dolnej w znieczuleniu miejscowym nasiękowym. Następnie w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym (mimo podania leków zwiótczających nie uzyskano ustąpienia szczękocisku) z wykorzystaniem rozwieracza jamy ustnej pobrano wycinki z nasady języka po stronie lewej oraz z okolicy lewej niszy migdałkowej. Wykonano endoskopię nosa i stwierdzono gładkie uwypuklenie na tylnej i bocznej ścianie nosogardła, z którego również pobrano wycinki do badania histopatologicznego. W mikroskopie operacyjnym po nacięciu błony bębenkowej ucha lewego uzyskano gęsty płyn, który odessano, a następnie założono drenaż wentylacyjny. Okres pooperacyjny przebiegał bez powikłań i chora po 2 dniach od zabiegu została wypisana do domu z utrzymaną tracheotomią i założoną rurką tracheotomijną nr 6. Po 2 tygodniach otrzymano wynik badania histopatologicznego – *infiltratio carcinomatosa – verisimiliter adenocarcinoma* (ZAP Poznań). Naciek nowotworowy był obecny na brzegu dwóch wycinków pochodzących z nasady języka i okolicy lewej niszy migdałkowej, natomiast materiał pobrany z części nosowej gardła stanowił fragment błony śluzowej z obecnością utkania limfoidalnego





**Rycina 2.** Chora po leczeniu: A – ustąpienie szczękoscisku, B – stan po zamknięciu tracheotomii, C – widoczny ubytek tkanek w obrębie podniebienia miękkiego i łoży po guzie

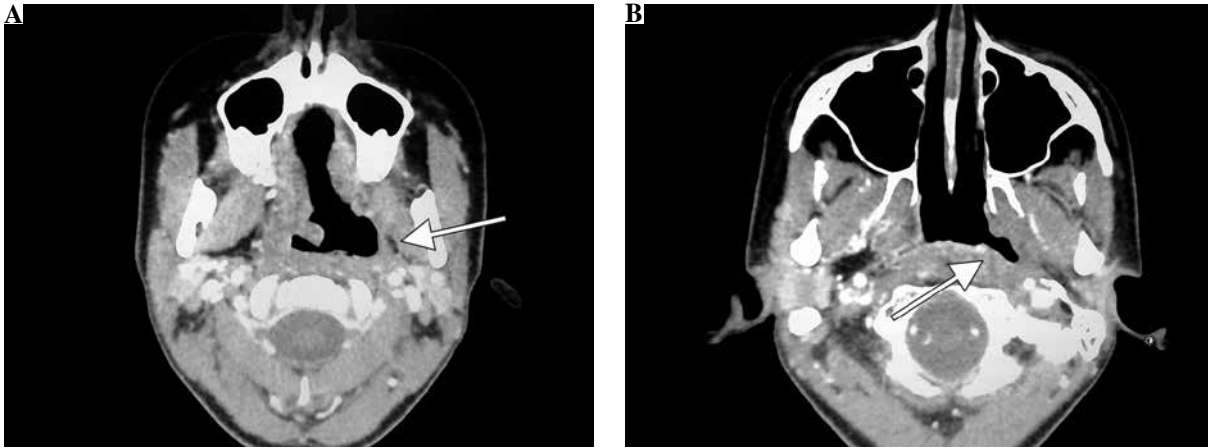
i niewielkim fragmentem gruczołu śluzowego bez cech procesu nowotworowego. Chorą skierowano do Wielkopolskiego Centrum Onkologii, gdzie poddano radykalnej radiochemioterapii. Pacjentka była leczona fotonami 6 MV, techniką IMRT – IGRT (tomoterapia) – na obszar guza nosogardła i gardła środkowego otrzymała

dawkę całkowitą 70 Gy, na węzły chłonne szyjne elektywnie dawkę całkowitą 50 Gy. Jednocześnie w poradni chemioterapii przebyła sześć kursów chemioterapii wg schematu PDD (cisplatinum 40 mg/m<sup>2</sup> co tydzień). W trakcie leczenia onkologicznego chora była regularnie konsultowana w poradni laryngologicznej i internistycznej Wielkopolskiego Centrum Onkologii, gdzie prowadzono dodatkowo leczenie przeciwbólowe, antybiotykoterapię, nawodnienie i terapię przeciwrzybiczą. Kobieta zniosła leczenie dobrze, w chwili jego zakończenia miała na skórze odczyn popromienny I°, a na błonie śluzowej II° wg skali CTCAE. Po miesiącu pacjentkę dekaniulowano, a po 2 miesiącach od zakończenia leczenia onkologicznego wykonano kontrolne badanie tomografii komputerowej, w którym stwierdzono pełną remisję procesu rozrostowego, z ubytkiem tkankowym na poziomie części nosowej gardła, podniebienia miękkiego i gardła środkowego po stronie lewej. W badaniu przedmiotowym laryngologicznym (3 miesiące po radioterapii) zauważano wyraźne zmniejszenie szczękoscisku – rozwarcie ust powyżej 3 cm (ryc. 2) oraz duży, gładki ubytek podniebienia miękkiego do granicy z podniebieniem twardym, bez klinicznych wykładników wznowy miejscowej w obrębia gardła środkowego i części nosowej gardła (ryc. 3).

## Omówienie

Częstość występowania szczękoscisku mieści się w szerokich granicach – od 5% do 38% [7, 8]. Powodem tak dużej rozpiętości pojawiania się tego objawu chorobowego jest brak jednoznacznie zdefiniowanego kryterium rozpoznania. Przez część autorów szczękoscisk jest definiowany jako ograniczenie otwarcia jamy ustnej poniżej 20 mm [9], przez innych – poniżej 40 mm [10]. Inna klasyfikacja szczękoscisku określa ograniczenie otwarcia ust poniżej 15 mm jako silny szczękoscisk, w granicach 15–30 mm jako średni szczękoscisk, a powyżej 30 mm jako lekki szczękoscisk [8]. Pomimo braku jednorodnej klasyfikacji przyjmuje się, że szczękoscisk występuje wówczas, gdy ogranicza jakość życia, tj. gryzienie, żucie, mowę, śmiech oraz ziewanie [11]. Dodatkowo silny szczękoscisk utrudnia bądź wręcz uniemożliwia wykonywanie codziennej toalety jamy ustnej. W przedstawionym przypadku pacjentka, mimo że występowały u niej kliniczne wykładniki nasilonego szczękoscisku, nie zgłosiła się z tego powodu do lekarza, a wręcz negowała jakiegokolwiek problemy z otwieraniem ust i trudności ze spożywaniem posiłków. Powodem zgłoszenia się chorej do laryngologa był szum, niedosłuch i uczucie dyskomfortu w uchu lewym. Ze względu na to, że w wywiadzie chorobowym najważniejsze były objawy lewostronnego niedosłuchu przewodzeniowego z wykładnikami wysiękowego zapalenia ucha środkowego, należy podejrzewać, że pierwotnym punktem wyjścia procesu nowotworowego w omawia-





Rycina 3 A, B. Badanie tomografii komputerowej po zakończonym leczeniu. Widoczny ubytek tkanek

nym przypadku była część nosowa gardła w okolicy ujścia gardłowego trąbki słuchowej. Szczękoscisk obserwowany w raku części nosowej gardła jest z kolei związany z naciekaniami przez guz mięśni żwaczy lub powstaje w efekcie tonicznego skurczu mięśni żwaczy na skutek naciekania włókien ruchowych nerwu trójdzielonego [1].

Przedstawiony przypadek gruczolakoraka części nosowej gardła z następczym zajęciem struktur gardła środkowego jest rzadką odmianą guza w tej lokalizacji. Stanowi mniej niż 1% przypadków raka nosogardła i nie ma cech występowania endemicznego [12, 13]. Związek nowotworu z infekcją wirusem Epsteina-Barr jest nadal nieznanym. Zapadalność wynosi 1,18 : 1 na korzyść mężczyzn, w przedziale wiekowym 40–50 lat [14, 15]. Charakteryzuje się wolnym wzrostem, dlatego bywa często rozpoznawany w stadium zaawansowanym. Średni czas od wystąpienia pierwszych objawów chorobowych do momentu wdrożenia leczenia wynosi ponad 19 miesięcy [16]. W opisywanym przypadku rozpoznanie procesu nowotworowego nastąpiło po ok. 3 latach od pierwszych symptomów chorobowych w postaci niedosłuchu i szumu usznego. Szczękoscisk, który może się wydawać objawem szybko budzącym niepokój chorego, przez naszą pacjentkę był bagatelizowany i nie był zgłaszany w trakcie zbierania wywiadu chorobowego.

## Piśmiennictwo

- Ozyar E, Cengiz M, Gurkaynak M, Atahan IL. Trismus as a presenting symptom in nasopharyngeal carcinoma. *Radiother Oncol* 2005; 77: 73-6.
- Ichimura K, Tanaka T. Trismus in patients with malignant tumours in the head and neck. *J Laryngol Otol* 1993; 107: 1017-20.
- Goldstein M, Maxymiw WG, Cummings BJ, Wood RE. The effects of antitumor irradiation on mandibular opening and mobility: a prospective study of 58 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88: 365-73.
- Balm AJ, Plaat BE, Hart AA, et al. Nasopharyngeal carcinoma: epidemiology and treatment outcome. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141: 2346-50.
- Zubizarreta PA, D'Antonio G, Raslawski E, et al. Nasopharyngeal carcinoma in childhood and adolescence: a single-institution experience with combined therapy. *Cancer* 2000; 89: 690-5.
- Miller FR, Wanamaker JR, Lavertu P, Wood BG. Magnetic resonance imaging and the management of parapharyngeal space tumors. *Head Neck* 1996; 18: 67-77.
- Steelman R, Sokol J. Quantification of trismus following irradiation of the temporomandibular joint. *Mo Dent J* 1986; 66: 21-3.
- Thomas F, Ozanne F, Mamelle G, et al. Radiotherapy alone for oropharyngeal carcinomas: the role of fraction size (2 Gy vs. 2.5 Gy) on local control and early and late complications. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998; 15: 1097-102.
- Jen YM, Lin YS, Su WF, et al. Dose escalation using twice-daily radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma: does heavier dosing result in a happier ending? *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2002; 54: 14-22.
- Nguyen TD, Panis X, Froissart D, et al. Analysis of late complications after rapid hyperfractionated radiotherapy in advanced head and neck cancers. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1988; 14: 23-5.
- Dijkstra PU, Kalk WWI, Roodenburg JLN. Trismus in head and neck oncology: a systematic review. *Oral Oncol* 2004; 40: 879-89.
- Guo ZM, Liu WW, He JH. A retrospective cohort study of nasopharyngeal adenocarcinoma: a rare histological type of nasopharyngeal cancer. *Clin Otolaryngol* 2009; 34: 322-7.
- McGuire LJ, Lee JCK. The histopathologic diagnosis of nasopharyngeal carcinoma. *Ear Nose Throat J* 1990; 69: 229-36.
- Wang CC, See LC, Hong JH, Tang SG. Nasopharyngeal adenoid cystic carcinoma: five new cases and a literature review. *J Otolaryngol* 1996; 25: 399-403.
- Qiu F, Hua YJ, Guo L, et al. Mucoepidermoid carcinoma of nasopharynx: a report of twelve cases. *Ai Zheng* 2005; 24: 362-4.
- Kuo T, Tsang NM. Salivary gland type nasopharyngeal carcinoma: a histologic, immunohistochemical, and Epstein-Barr virus study of 15 cases including a psammomatous mucoepidermoid carcinoma. *Am J Surg Pathol* 2001; 25: 80-6.

## Adres do korespondencji:

dr n. med. Elżbieta Waśniewska-Okupniak  
 Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej  
 Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego  
 ul. Przybyszewskiego 49  
 61-655 Poznań  
 e-mail: elzbieta.wasniewska7@gmail.com

