

Kostniak zatok przynosowych u 53-letniego pacjenta – opis przypadku

Osteoma of the paranasal sinuses in 53-year old patient – case report

Bartosz Mroczyk¹, Marta Nowaczyk¹, Dorota Miętkiewska-Leszniowska², Małgorzata Leszczyńska²

¹Studenckie Koło Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej przy Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

²Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Streszczenie

W artykule przedstawiono przypadek 53-letniego pacjenta diagnozowanego z powodu bólów głowy. W badaniach obrazowych wykazano patologiczną masę penetrującą do sąsiednich struktur. Pacjenta operowano. W badaniu histopatologicznym stwierdzono obecność kostniaka zatok czołowych oraz polipów zatok sitowych. W omówieniu zawarto ogólną charakterystykę kostniaków masywu szczękowo-sitowego, zwrócono uwagę na objawy kliniczne, znaczenie badań obrazowych w diagnostyce oraz sposoby leczenia.

Słowa kluczowe: kostniak, zatoki przynosowe, resekcja.

Abstract

We present a case of a 53-year-old patient with headache. Computed tomography and magnetic resonance imaging have showed a pathological mass penetrating into adjacent structures. The patient was operated. Histopathological examination has showed an osteoma of the frontal sinus and polyps of the ethmoid sinus. The article focuses on the general characteristics, diagnosis and treatment of osteomas of the maxillary-ethmoidal massive.

Key words: osteoma, paranasal sinuses, resection.

(*Postępy w Chirurgii Głowy i Szyi* 2016; 1: 22–25)

Wprowadzenie

Guzy masywu szczękowo-sitowego stanowią ok. 3% nowotworów górnych dróg oddechowo-pokarmowych. Częściej występują u kobiet. Do najczęstszych objawów tych guzów należą: upośledzenie drożności nosa, krwawienie z nosa, dolegliwości ze strony zatok przynosowych, obrzęk policzka oraz neuropatia nerwu trójdzielnego. W ok. 10% przypadków rozwijają się bezobjawowo [1]. Dzieli się je na nabłonkowe i nienabłonkowe, czyli pochodzenia mezenchymalnego (naczyniaki, włókniaki i chrzęstniaki) oraz kostnego (kostniaki, dysplazje włókniste i włókniaki kostniejące). Najczęstszym nowotworem łagodnym w tej lokalizacji jest guz wywodzący się z nabłonka – brodawczak odwrócony [2, 3]. Kostniaki (*osteoma*) są

jednym z najczęstszych nienabłonkowych nowotworów łagodnych zatok obocznych nosa [4]. Istnieje opinia, że kostniaki nie są nowotworami, a jedynie wynikiem odczynowego, ograniczonego, podokostnowego tworzenia kości [5].

Opis przypadku

Mężczyzna 53-letni został przyjęty do Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Poznaniu z powodu nasilenia objawów ze strony zatok obocznych nosa, zwłaszcza bardzo silnych bólów głowy. Pacjent chorował na przewlekłe zapalenie zatok przynosowych.

Wykonano badania obrazowe. W rezonansie magnetycznym (*magnetic resonance imaging* – MRI) twarzoczaszki wykazano w zatokach czołowych uwapnione



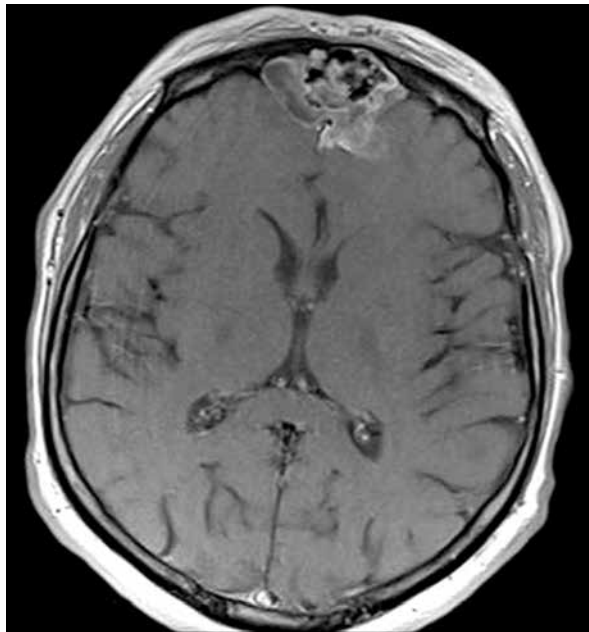
masy wpuklające się do sitowia, powodujące destrukcję przyśrodkowej ściany lewego oczodołu oraz penetrujące wewnątrzczaszkowo, które niszczyły podstawę przedniego dołu czaszki (ryc. 1, 2). W tomografii komputerowej (TK) zatok obocznych nosa w okolicy guza stwierdzono obecność policyklicznej przestrzeni płynowej odpowiadającej obrazowi ropnia wewnątrzczaszkowego (ryc. 3). W zatokach sitowych błona śluzowa była

masywnie pogrubiała, natomiast zatoki szczękowe były wypełnione płynem i całkowicie bezpowietrzne (ryc. 4).

Przeprowadzono zabieg chirurgiczny. Endoskopowo usunięto polipowate masy z sitowia przedniego i tylnego, poszerzono ujścia naturalne zatok szczękowych oraz usunięto obustronnie masy zastoinowo-ropne. Wykonano cięcia wzdłuż łuków brwiowych, etapowo rozwiercano i usuwano ogromny kostniak obejmujący



Rycina 1. Rezonans magnetyczny twarzoczaszki – kostniak zatoki czołowej wpuklający się do sitowia



Rycina 2. Rezonans magnetyczny czaszki – masy kostniaka penetrujące wewnątrzczaszkowo



Rycina 3. Tomografia komputerowa zatok przynosowych – policykliczna przestrzeń płynowa odpowiadająca obrazowi ropnia wewnątrzczaszkowego



Rycina 4. Tomografia komputerowa zatok przynosowych – całkowicie bezpowietrzne, wypełnione płynem zatoki szczękowe



obustronnie górną część sitowia oraz zatoki czołowe, znosząc ich tylną ścianę. Jamę pooperacyjną wyścielono TachoSilem i Spongostanem.

Badanie histopatologiczne potwierdziło obecność kostniaka zatok czołowych penetrującego do sąsiadujących struktur oraz polipów w obrębie zatok sitowych.

Omówienie

Kostniaki powszechnie występują w obrębie kości długich kończyn – w obrębie głowy diagnozowane są znacznie rzadziej, głównie w zatokach przynosowych oraz w kącie żuchwy [6–8]. Wśród zatok obocznych nosa najczęściej lokalizują się w zatokach czołowych oraz sitowych, znacznie rzadziej w zatokach szczękowych oraz klinowych [3, 4, 7]. Kostniaki mogą wychodzić z okostnej (*osteoma periostalis*, egzostoza) – wówczas stanowią zewnętrzne uwypuklenia, mogą również rozwijać się wewnątrz kości (*osteoma centrale*, enostoza) – wtedy wywołują ich zniekształcenie lub rozdzęcie [6, 9]. W piśmiennictwie istnieje również wzmianka o kostniakach wywodzących się z opony twardej, niemających bezpośredniego związku z przylegającą do opony kością [8].

Kostniaki w obrębie zatok przynosowych stwierdza się dwukrotnie częściej u mężczyzn. Są to guzy zbudowane z dojrzałej tkanki kostnej, z przewagą gęstej struktury blaszkowatej [5, 7, 8]. Wyróżnia się kostniaki gąbczaste (*osteoma spongiosum*) oraz zbite (*osteoma durum*) [6]. Guzy te cechują się wolnym, ale progresywnym wzrostem. Zwykle mają jajowaty lub kulisty kształt, natomiast ich powierzchnia jest gładka lub zrazikowa, pokryta błoną śluzową [2, 4, 6, 10, 11]. Mnogie kostniaki lokalizujące się najczęściej w obrębie żuchwy występują w zespole Gardnera, który dziedziczy się autosomalnie dominująco. W zespole tym obecność kostniaków może nawet o 10 lat poprzedzać pojawienie się polipowatości jelit [2, 12, 13].

Przebieg jest zazwyczaj bezobjawowy, natomiast kostniaki objawowe umiejscawiają się najczęściej w sitowiu i zatokach czołowych. Guzy te są najczęściej wykrywane przypadkowo podczas badań obrazowych twarzoczaszki. Objawy kliniczne oraz powikłania mogą wystąpić po wielu latach [4, 6, 7, 10, 13]. Głównym objawem jest ból związany z uciskiem guza na ściany zatok przynosowych [7]. W przypadku dużych kostniaków pojawiają się dodatkowe dolegliwości, takie jak zaburzenia ruchomości gałek ocznych, wytrzeszcz gałki ocznej, podwójne widzenie, bóle oczu, wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego, nawracające krwawienia z nosa, padaczka oraz niedowład połowiczny [4, 11].

Podstawowe znaczenie w diagnostyce przedoperacyjnej kostniaków mają badania obrazowe. Zmiany są często wykrywane przypadkowo na zdjęciach przegładowych zatok przynosowych. Podstawowym badaniem obrazowym pozwalającym ocenić rozległość zmiany

oraz stopień destrukcji kostnej jest tomografia komputerowa. Rezonans magnetyczny umożliwia ocenę otaczających guz tkanek miękkich, opon mózgowo-rdzeniowych, mózgowia oraz ułatwia odróżnienie zmian zapalnych od nowotworowych [1, 2]. W obrazie radiologicznym kostniak jest guzem wyraźnie odgraniczonym, widoczne są zmiany zarysu kości ze wzmożonym cieniem kostniaka [7, 9]. Badanie histologiczne jest niezbędne do potwierdzenia wstępnego rozpoznania oraz wykluczenia nowotworu złośliwego [1]. W obrazie histopatologicznym kostniaka widoczna jest struktura korowa kości otaczająca włóknisto-naczyniowy zrąb [7].

Wskazaniami do resekcji kostniaka zatok są: szybki wzrost guza, blokowanie ujść zatok przynosowych, objawowy przebieg, nasilenie dolegliwości bólowych, deformacja twarzy oraz wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Zmiany małe i bezobjawowe należy jedynie obserwować [2, 4, 13]. Kostniaki operuje się z dojsćcia zewnętrznego, endoskopowo lub poprzez skojarzenie tych dwóch metod. Wybór metody zabiegu zależy od wielkości i lokalizacji guza [4]. Kostniaki umiejscowione w zatokach sitowych oraz przyśrodkowej części zatok czołowych można usuwać endoskopowo [7]. Według Chiu kostniaki można podzielić na 4 typy: typ I – przyczep guza do tyłu i dołu od zachyłka czołowego, przyśrodkowo od blaszki papierowatej, wymiar przednio-tylny < 75% zachyłka czołowego; typ II – przyczep guza do tyłu i dołu od zachyłka czołowego, przyśrodkowo od blaszki papierowatej, wymiar przednio-tylny > 75% zachyłka czołowego; typ III – przyczep guza w części przedniej lub górnej i/lub bocznie od blaszki papierowatej; typ IV – guz wypełnia całą zatokę. Do leczenia endoskopowego klasyfikują się typy I i II. Wśród przeciwwskazań do endoskopii zatok czołowych wyróżnia się: obecność zmiany zlokalizowanej bocznie, związanej z tylną ścianą zatoki; złamanie z przemieszczeniem ściany przedniej i tylnej zatoki lub zapalenie tych ścian, uszkodzenie ściany tylnej zatoki z płynotokiem lub z podejrzeniem ropnia nadtwardówkowego. Endoskopowe dojsćcia do zatok czołowych klasyfikuje się wg Drafa: I – uwidocznienie ujścia naturalnego zatoki bez jego operacyjnego poszerzenia, IIa – poszerzenie naturalnego ujścia w kierunku blaszki papierowatej; IIb – usunięcie dna zatoki od blaszki papierowatej do przegrody nosa wraz z fragmentem blaszki pionowej małżowiny środkowej; III – obustronne dojsćcie Drafa IIb połączone z resekcją górnej części przegrody nosa i dolnej przegrody międzyzatkowej. Operacja Drafa III umożliwia usuwanie większych zmian i zapobiega zwężeniu drogi drenażu [10]. W przypadku kostniaków olbrzymich oraz umiejscowionych w bocznej części zatok czołowych dogodniejsze jest dojsćcie zewnętrzne. Cięcie nadbrwiowe wykonuje się w przypadku małych zatok oraz kostniaków zlokalizowanych na przedniej ścianie zatoki, natomiast cięcie dwuciemiennie w przypadku dużych zatok i olbrzymich kostniaków. Guzy, które



osiągnęły znaczne rozmiary, mogą niszczyć ścianę kostną podstawy przedniego dołu czaszki. W tym przypadku podczas operacji należy szczególnie uważać, żeby nie uszkodzić opony i nie spowodować płynotoku [7].

Wnioski

Zabiegi chirurgiczne w obrębie zatok przynosowych powinny być jak najmniej inwazyjne. Idealna metoda operacyjna to taka, która pozwala bezpiecznie kontrolować zatokę w trakcie i po zabiegu, zachowuje drogę drenażu i funkcję błony śluzowej zatoki oraz nie zostawia defektu kosmetycznego.

Piśmiennictwo

1. Jurkiewicz D, Niemczyk K, Składzień J i wsp. Otolaryngologia kliniczna. Tom 2. MediPage, Warszawa 2015; 353-9.
2. Shah J, Patel S, Singh B. Chirurgia i onkologia głowy i szyi. Tom 1. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2014; 105-10.
3. Lodha JV, Dabholkar JP, Dhar H. Fronto-ethmoid osteoma: addressing surgical challenges. J Postgrad Med 2014; 60: 207-8.
4. Oleś K, Stręk P, Wiatr M i wsp. Endoskopowe leczenie olbrzymich kostniaków podstawy czaszki. Otolaryngol Pol 2011; 65: 410-3.
5. Stachura J, Domagała W. Patologia znaczy słowo o chorobie. Tom 2. Polskie Akademickie Umiejętności Wydziału Lekarskiego, Kraków 2005; 1166-7.
6. Janas A, Grzesiak-Janus G. Kostniaki śródkostne w materiale własnym. Dental Med Probl 2005; 42: 431-5.
7. Szyfter W. Nowotwory w otolaryngologii. Termedia, Poznań 2015; 134-45.
8. Chen SM, Chi-Cheng C, Cheng-Hong T, et al. Solitary intracranial osteoma with attachment to the falx: a case report. World J Surg Oncol 2013; 11: 1-5.
9. Lewandowski L. Onkologia szczękowo-twarzowa – wybrane zagadnienia kliniczne. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008; 40-6.
10. Doroszewska G, Krzyżaniak A, Mierzwiński J. Współczesne poglądy na leczenie operacyjne kostniaków zatok czołowych. Otorinolaryngologia 2009, 8: 156-8.
11. Bhaskar K, Chandrashekhar D, Vikram K, et al. Frontal sinus osteoma with pneumocephalus and progressive hemiparesis. Neurol India 2013; 61: 694-5.
12. Sroczyk Ł, Cader J, Więckiewicz W. Zespół Gardnera – przegląd piśmiennictwa. Gastroenterol Pol 2009; 16: 248-50.
13. Lee JH. Large osteoma of the maxillary sinus accompanied by an unerupted tooth. Nose Throat J 2014; 93: 242-4.

Adres do korespondencji:

Bartosz Mroczyk
ul. 20 Października 38 E/11
63-000 Środa Wlkp.
e-mail: bartoszmroczyk@wp.pl

