

© Borgis

Przypadek raka płaskonabłonkowego jam nosa i nosogardła u 17-letniego chłopca

Małgorzata Dębska¹, Michał Romiszewski², *Lidia Zawadzka-Głós¹, Mansoor Sharifi¹

¹Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik Kliniki: dr hab. med. Lidia Zawadzka-Głós

²Klinika Onkologii Dziecięcej i Pediatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Michał Matysiak

A RARE CASE OF PLANOEPITHELIAL CANCER OF NOSE AND NASOPHARYNX IN A 17 YEARS OLD BOY

Summary

In this study we present a rare case of planoepithelial cancer of nose and nasopharynx in a 17 years old boy. Main symptoms were running nose and nasal blockage since 2 years accompanied with nose bleed for about 3 years. In ENT examination nasal polyps partially covered with fibrin tissue were noticed which were confirmed by CT examination. CT examination did not show bony destruction of the nose and nasopharynx nor contrast enhancement. These data indicated the benign origin of the changes. In differential diagnosis juvenile fibroma was considered due to sex and age of the patient.

History: epistaxis and nasal blockage. Lack of contrast enhancement and bone destruction together with lack of tumor growth into the vicinity regions, were misleading symptoms.

Treatment: surgical removal and after histopathological confirmation; chemotherapy. Next causes of nasal blockage and nose bleed in children in different ages are presented. Special attention were taken in considering cerebro-dural herniation in nasal cavity which may have polyp-like appearance.

Key words: cancer planoepithelial of nose and nasopharynx, children, nasal polyp, epistaxis

WSTĘP

Przewlekłe zaburzenia drożności nosa u starszych dzieci i młodzieży mogą być spowodowane skrzywieniem przegrody nosa, polipami, przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych, przerostem migdałka gardłowego, alergią i bardzo rzadko guzami. Zdarza się jednak, że te objawy są bagatelizowane, choć pacjenci wymagają konsultacji laryngologicznej, właściwej diagnostyki oraz leczenia. Krwawienia z nosa są objawem, który szybciej zmusza rodziców dziecka do porady lekarskiej. Przyczynami mogą być urazy czaszki i nosa, skazy krwotoczne, nadciśnienie, infekcje, guzy (włókniak młodzieńczy). Nawracające krwawienia z nosa wymagają szczególnej czujności lekarza. W artykule omówiono przypadek 17-letniego chłopca, u którego od 3 lat występowały zaburzenia drożności nosa i krwawienia. Dopiero po trzech latach rodzice zgłosili się do lekarza.

OPIS PRZYPADKU

17-letni pacjent R.K. nr h.ch. 13-2019 został przyjęty do szpitala z powodu nawracających krwawień z prawej jamy nosa, które występowały od 3 lat, a w ostatnim półroczu nasiliły się; występowały 1 x w miesiącu, a ostatnio 1 x dziennie. Pacjent skarżył się też na zaburzenia drożności nosa i katar od około 2 lat.

Przy przyjęciu stwierdzono upośledzenie drożności prawej jamy nosa z dość obfitą treścią ropną, po odeśsaniu której uwidoczniło masę tkankową pokrytą bladą błoną śluzową i częściowo włóknikiem. W endoskopii jamy nosa stwierdzono zmianę polipową wychodzącą spod małżowiny nosowej górnej, nierówną, wypełniającą prawą jamę nosa i obturującą nozdrza tylne. Błona śluzowa nosogardła była gładka. W badaniu tomograficznym zatok uwidoczniło masę tkankową w tylnej części nosogardła po stronie prawej, o wymiarach ok. 19 x 15 x 22 mm, która uległa wzmocnie-



Ryc. 1. CT twarzoczaszki. Duża zmiana polipowata w prawej jamie nosa, wchodząca do nosogardła.

niu kontrastowemu podobnemu do otaczających tkanek miękkich. Do przodu od zmiany widoczna wydzielina w jamie nosowej prawej. W sitowiu przednim i tylnym po stronie prawej oraz w ujściu prawej zatoki szczękowej zgrubienia błony śluzowej i wydzielina. Pozostałe zatoki oboczne nosa powietrzne, bez zmian. Nie stwierdzono cech destrukcji kostnej struktur przylegających do zmiany guzowatej – może ona odpowiadać polipowi. Do wykluczenia angiofibroma; wskazane badanie w fazie tętnicznej.

Wykonano badanie w fazie tętnicznej: opisywana zmiana polipowata w obrębie nosogardła po stronie prawej nie uległa istotnemu wzmocnieniu kontrastowemu, co przemawia za zmianą polipowatą (ryc. 1).

W badaniach dodatkowych (morfologia, OB, CRP, parametry nerkowe i wątrobowe) – bez istotnych odchyleń.

Pacjenta zakwalifikowano do operacji usunięcia zmiany guzowatej z prawej jamy nosa. Zabieg wykonano w znieczuleniu ogólnym. Po obkurczeniu jamy nosa w prawej jamie nosa stwierdzono masy guzowate w przewodzie nosowym dolnym, środkowym i górnym. Usunięto masy guza, który wchodził do prawej zatoki klinowej. Optyką skontrolowano zatokę klinową poprzez poszerzone ujście – zatoka klinowa wolna. Założono do prawej jamy nosa opatrunek z setonu gazowego. Krwawienie śródoperacyjne mierne. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Materiał przesłano do badania histopatologicznego.

We wstępnym badaniu histopatologicznym rozpoznano *Sinonasal inverted papilloma (Schneiderian papilloma)* z dysplazją dużego stopnia (*Carcinoma in situ*). Komórki guza wykazują silną ekspresję antygenu Rascina, p53 obecne w większości komórek guza. Ki-67 obecne

w około 20-30% komórek (Zakład Patologii Wieku Rozwojowego SPDSK WUM). Wobec niespodziewanego wyniku badania mikroskopowego materiał przesłano do konsultacji do Zakładu Patologii w Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie. Wynik: *Carcinoma planoepitheliale typus papillaris, invasivum, akertodes cavi nasi*. G2, pTx. ICD-0-CODE 8052/3. *Incisio probabiliter non radicalis*. Średniodojrzały rak płaskonabłonkowy typ brodawkowaty inwazyjny z owrzodzeniem, drobnoogniskową martwicą i znacznym odczynem zapalnym. Figury podziału 2/10 DPW, w tym atypowe. Odczyny IHC: CKAE 1/3, P63 (+), CAM 5/2 (+), P53 (+), Ki67 (+ ok. 15%), Granzym B (reakcja śladowa w nielicznych komórkach). Utkanie raka widoczne odcinkowo w brzegach fragmentów tkankowych – jest prawdopodobnie niedoszczętne wycięcie.

Pacjenta przesłano do Kliniki Onkologii Dziecięcej WUM do dalszego leczenia, gdzie zastosowano chemioterapię według protokołu włoskiego Programu Guzów Rzadkich TREP (Tumor Rari In Eta Pediatrica). Trzy cykle chemioterapii wstępnej, obejmującej CDDP (cis-diaminodichlorplatyna) i 5-FU (5-fluorouracyl), powtarzane co 3 tygodnie. Odpowiedź na leczenie oceniona w badaniu MRI nosogardła była bardzo dobra. Następnie przeprowadzono radioterapię obejmującą obszar guza pierwotnego i regionalnych węzłów chłonnych. Jednocześnie z radioterapią zastosowano chemioterapię; CDDP co tydzień, przez 7 tygodni. Leczenie powikłane było popromiennym uszkodzeniem skóry, ciężkim zapaleniem śluzówek jamy ustnej (III stopień wg WHO) oraz kacheksją.

Po zakończeniu leczenia wykonano MRI nosogardła, w którym nie stwierdzono pogrubienia tkanek miękkich oraz obecności obszarów patologicznego wzmocnienia kontrastowego w obrębie nosogardła. Wykonano również badanie endoskopowe jamy nosa i nosogardła, w którym stwierdzono prawidłowy obraz tych struktur, bez cech wznowy miejscowej.

Sześć miesięcy po zakończeniu leczenia powtórzone MRI nosogardła, w którym obraz pozostaje stabilny, nie stwierdzono czynnego procesu nowotworowego. Pacjent pozostaje pod opieką Poradni Onkologicznej i Laryngologicznej.

OMÓWIENIE

Przypadek ten przedstawiono z powodu niespodziewanego rozpoznania raka płaskonabłonkowego jamy nosa i nosogardła u młodego pacjenta (17 lat). Należy podkreślić konieczność badania histopatologicznego tkanek pobranych w trakcie operacji (1), ponieważ tylko badanie mikroskopowe daje ostateczne rozpoznanie.

Dość długi wywiad (od 2 lat kataru i zaburzenia drożności nosa, od 3 lat krwawienia), obecność zmiany polipowatej w jamie nosa, brak destrukcji kostnej w CT zatok i nosogardła oraz brak wzmocnienia kontrastowego w CT wskazywały na zmianę polipowatą jamy nosa. Jedynie zastanawiające było, że w sitowiu i zatoce szczękowej stwierdzano tylko zgrubienia przyścienne, co nie jest charakterystyczne dla przewlekłego zapalenia

zatok z polipami. W przewlekłym zapaleniu zatok z polipami stwierdza się całkowite zacienienie zajętych zatok (2-5).

Guzy złośliwe nosa, zatok i nosogardła w wieku rozwojowym spotyka się niezmiernie rzadko (6-9). W literaturze są opisywane pojedyncze przypadki (9, 10). U chłopców częściej występuje łagodny histopatologicznie włókniak młodzieńczy, który rozwija się w stropie nosogardła i może wraść do zatok klinowych, szczękowych, dołu podskroniowego, oczodołu i do wnętrza czaszki poprzez otwory naturalne w podstawie czaszki (6, 11). W omawianym przypadku za włókniakiem młodzieńczym przemawiały: płeć i wiek pacjenta, wywiad – krwawienia z nosa i upośledzenie drożności. Przeciwno – brak wzmocnienia kontrastowego w CT, brak destrukcji kostnych i niewrastanie guza w okoliczne regiony.

Autorzy podkreślają, że zmiany polipowate w zależności od wieku dziecka w jamach nosa mogą mieć różną etiologię (2, 4-10, 12, 13). U niemowląt i małych dzieci (do 2-3 r.ż.) najczęściej stwierdzane są: przepuklina oponowo-mózgowa, guzy (potworniaki, naczyniaki, glejaki, RMS, neuroblastoma, *lymphoepithelioma*). U dzieci starszych (do 10 r.ż.): polipy nosa (mukowiscydoza) i polipy choanalne, guzy (naczyniaki, glejaki, włókniaki, brodawczaki, włókniak młodzieńczy, RMS). U nastolatków: polipy nosa (mukowiscydoza) i polipy choanalne, guzy (włókniak młodzieńczy; guzy łagodne i złośliwe).

Głównymi dolegliwościami zgłaszanymi przez omawianego chorego były zaburzenia drożności nosa i krwawienia z nosa. Przewlekłe zaburzenia drożności nosa i kataru mają zróżnicowane przyczyny zależnie od wieku (6-9, 12, 13). U niemowląt i małych dzieci (do 2-3 r.ż.) najczęściej stwierdzane są: alergia, ciała obce, krwinki i ropnie przegrody nosa, wady wrodzone (niewykształcenie nozdrzy tylnych, przepuklina oponowo-mózgowa, torbiele grzbietu nosa, hyporynia, arynia), przerost III migdałka, guzy (naczyniaki, glejaki, RMS). U dzieci starszych (do 10 r.ż.): przerost III migdałka, skrzywienie przegrody nosa, przewlekłe zapalenie zatok przynosowych, polipy nosa (mukowiscydoza) i polipy choanalne, alergia, krwinki i ropnie przegrody nosa, ciała obce, guzy (włókniak młodzieńczy, naczyniaki, RMS, brodawczaki, glejaki). U nastolatków: przewlekłe zapalenie zatok przynosowych, skrzywienie przegrody nosa, polipy nosa i polipy choanalne, alergia, krwinki i ropnie przegrody nosa, ciała obce, przerost III migdałka, guzy (włókniak młodzieńczy, naczyniaki, RMS, brodawczaki, glejaki).

Etiologia krwawień z nosa u dzieci jest zróżnicowana (2, 11). U niemowląt i małych dzieci (do 2-3 r.ż.) przyczynami mogą być: urazy twarzoczaszki i nosa (rów-

niez dłubanie w nosie), infekcje, naczyniaki i inne guzy, chłoniaki, białaczki. U dzieci starszych (do 10 r.ż.): urazy twarzoczaszki i nosa (+ dłubanie w nosie), infekcje, skazy krwotoczne, guzy (włókniak młodzieńczy), chłoniaki, białaczki. U nastolatków: urazy twarzoczaszki i nosa, infekcje, skazy krwotoczne, guzy (włókniak młodzieńczy).

Autorzy zwracają uwagę na długi wywiad u omawianego pacjenta: od 2-3 lat zaburzenia drożności nosa, kataru i krwawienia z nosa. Przez ten czas pacjent nie był konsultowany przez specjalistę laryngologa. Potwierdza się wniosek, że bagatelizowanie objawów może prowadzić do zaawansowania procesu chorobowego.

WNIOSKI

1. Konieczne jest badanie histopatologiczne materiału tkankowego pobranego w trakcie zabiegu operacyjnego.
2. Zaburzenia drożności nosa i krwawienia mogą być objawem nowotworu złośliwego jam nosa u dzieci.
3. W diagnostyce różnicowej zmian polipowatych w jamach nosa należy uwzględnić zmiany rozwojowe (przepukliny oponowo-mózgowe, potworniaki), polipy oraz guzy łagodne i złośliwe.

Piśmiennictwo

1. Van den Boer C, Brutel G, de Vries N: Is routine histopathological examination of FESS material useful? *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2010 Mar; 267(3).
2. Janczewski G, Goździk-Zolnierkiewicz T: Konsultacje otorynolaryngologiczne. PZWL, Warszawa 1990: 143-148.
3. McClay J, Isaacson GC: Nasal polyps. *Medscape*.
4. Nair S, James E, Awasthi S et al.: A Review of the Clinicopathological and Radiological Features of Unilateral Nasal Mass. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2013 Aug; 65 (suppl. 2): 199-204.
5. Tritt S, McMains KC, Kountakis SE: Unilateral nasal polyposis: clinical presentation and pathology. *Am J Otolaryngol* 2008 Jul-Aug; 29(4): 230-232.
6. Osuch-Wójcikiewicz E: Nowotwory jam nosa i zatok przynosowych. [W:] Krzeski A, Janczewski G (red.): *Choroby nosa i zatok przynosowych*. Wyd. Sanmedia, Warszawa 1997: 297-315.
7. Perek D: Nowotwory w obrębie głowy i szyi. [W:] Gryczyńska D (red.): *Otorynolaryngologia dziecięca*. Wydawnictwo Alfa-Medica Press, Bielsko-Biała 2007: 492-511.
8. Kowalczyk JR (red.): *Wprowadzenie do onkologii i hematologii dziecięcej*. CMKP, Warszawa 2011: 56-60.
9. Pirsig W: Niezłośliwe i złośliwe nowotwory okolicy nosa i zatok. [W:] Kossowska E (red.): *Otorynolaryngologia wieku rozwojowego*. PZWL, Warszawa 1986: 54-57.
10. Cengiz K, Kumral TL, Yildirim G: Diagnosis of pediatric nasopharynx carcinoma after recurrent adenoidectomy. *Case Rep Otolaryngol* 01/2013; 2013:653963. DOI: 10.1155/2013/653963.
11. Korycki Z: Krwawienia z nosa. [W:] Kossowska E (red.): *Otorynolaryngologia wieku rozwojowego*. PZWL, Warszawa 1986: 58-62.
12. Chmielik M, Bielicka A, Zawadzka-Głós L: Przepuklina oponowo-mózgowa jako problem laryngologiczny. *Nowa Pediatria* 2003; 4: 3-5.
13. Dębska M, Chmielik M, Bielicka A, Brożek E: Zaburzenia drożności nosa u noworodków i niemowląt. *Nowa Pediatria* 2003; 4: 26-29.

nadesłano: 16.10.2014

zaakceptowano do druku: 21.11.2014

Adres do korespondencji:

*Lidia Zawadzka-Głós

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej WUM

ul. Marszałkowska 24, 00-576 Warszawa

tel.: +48 (22) 628-05-84

e-mail: laryngologia@litewska.edu.pl