

ANNA GORZELNIK, ANNA TUSZYŃSKA, MAŁGORZATA DĘBSKA-RUTKOWSKA, \*LIDIA ZAWADZKA-GŁOS

# Śluzowiak jako przyczyna wytrzeszczu gałki ocznej u 1,5-letniego chłopca z mukowiscydozą

Mucocele as the cause of exophthalmos of a boy suffering from with cystic fibrosis

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

## Summary

The aim of the study was to present a clinical case of a boy suffering from exophthalmos as a result of sinus-related complications of maxillary sinus mucocele.

The boy was hospitalized in the Department of Pediatric Otolaryngology Medical University in Warsaw in October 2015. He was treated for chronic cystic fibrosis and was admitted to emergency room because of pain in the eye and progressive bulging of an eyeball (exophthalmos).

The patient underwent magnetic resonance imaging and computed tomography scan which showed maxillary sinus lesion which probably was a mucocele. An endoscopic sinus surgery was performed in order to remove the lesion and this histopathological material was obtained which confirmed the initial diagnosis.

Complications of sinusitis are most often the result of exacerbated chronic inflammation of paranasal sinuses. Mucoceles are a special case among the causes of orbital complications in children. The diagnosis is made on the basis of patient interview, imaging examination and histopathological examination.

## Keywords

exophthalmos, mucocele, cystic fibrosis

## WSTĘP

Śluzowiak, zwany również torbielą śluzową (łac. *mucocele*), uważany jest za jedną z form przewlekłego zapalenia zatok przynosowych. Patologiczne gromadzenie się śluzu w zatoce, której ujście jest niedrożne, powoduje zaleganie śluzu, a w następstwie rozdęcie kości twarzoczaszki, zaś przy wieloletnim przebiegu stopniowy zanik kości. Nagromadzony w zamkniętej zatoce śluz może ulec zakażeniu i powstaje wtedy ropniak zatoki przynosowej (łac. *pyocele*).

Chorzy skarżą się na niedrożność nosa oraz niezłyty nosa z gęstymi katarami z ropną i śluzową wydzieliną z nosa, tak jak w przewlekłym zapaleniu zatok z zaostrzeniami. Charaktery-

styczne objawy dla śluzowiaka to m.in. silne bóle twarzoczaszki niewspółmierne do zmian chorobowych stwierdzanych w badaniu klinicznym czy też w badaniach obrazowych. W wyniku ucisku śluzowiaka oraz w następstwie zaniku kości może dochodzić do asymetrii twarzy z powodu deformacji policzków i czoła. Część objawów związana jest z przemieszczaniem gałki ocznej w wyniku ucisku, co może dawać objawy takie jak wytrzeszcz gałki ocznej, ale również podwójne widzenie czy upośledzenie ostrości widzenia (10).

W diagnostyce różnicowej poza przewlekłym procesem zapalnym należy brać pod uwagę inne przyczyny powodujące zamknięcie ujścia naturalnego zatoki, takie jak:

polipy, nowotwory, urazy lub zrosty po wcześniejszych operacjach.

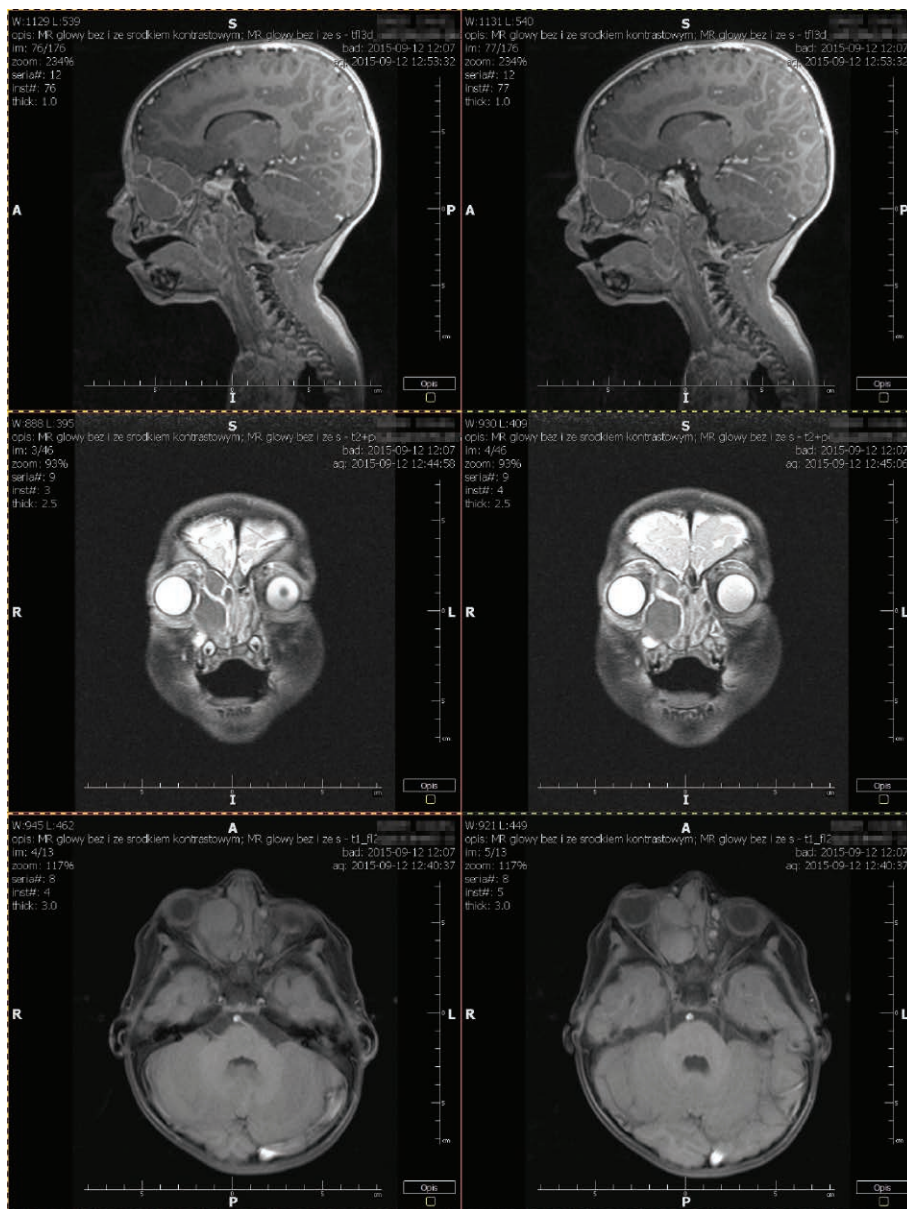
Śluzowiak jest procesem chorobowym, który szerzy się powoli, często z zatok do oczodołów, najczęściej w obrębie zatoki czołowej i sitowej (8). Występowanie tego schorzenia u dziecka zdarza się niezwykle rzadko i z reguły jest następstwem współistnienia mukowiscydozy, stąd przedstawiony przypadek śluzowiaka jako przyczyna wytrzeszczu gałki ocznej u chłopca z mukowiscydozą.

### OPIS PRZYPADKU

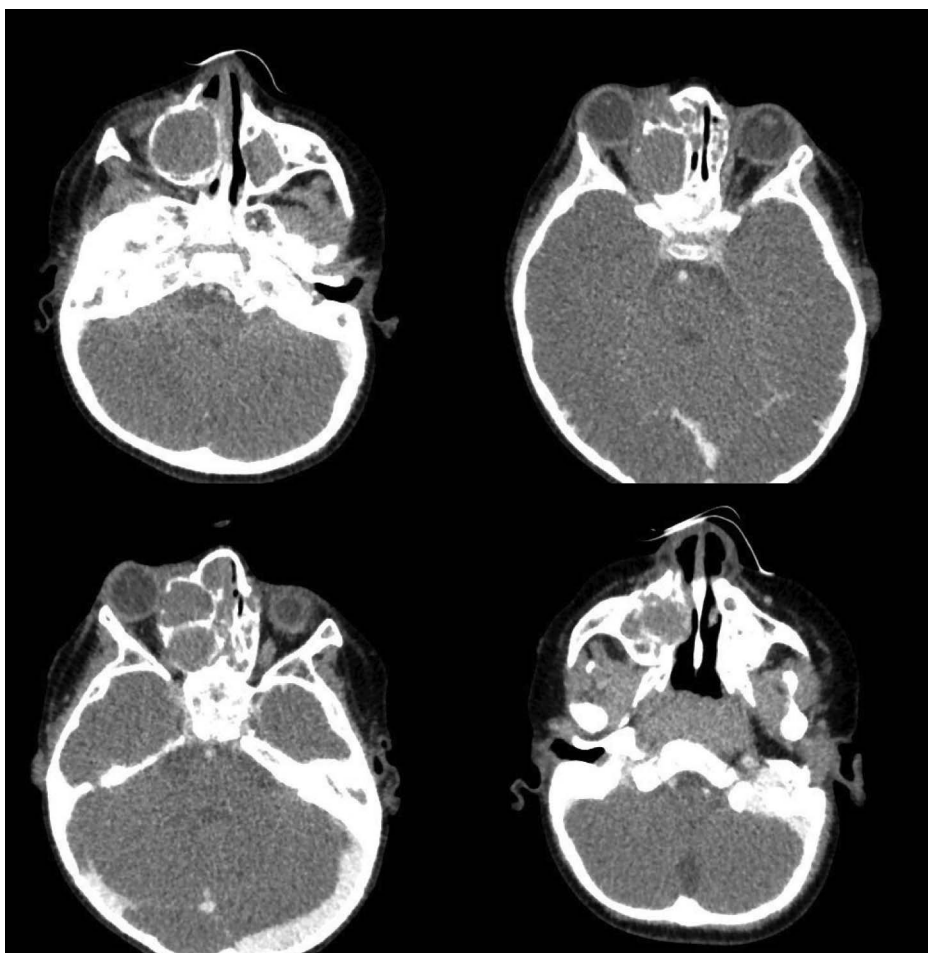
Półtoraroczny chłopiec był hospitalizowany w Oddziale Klinicznym Otolaryngologii i Pediatrii SPDSK w Warszawie w październiku 2015 roku. W wywiadzie dziecko pozostające pod opieką Instytutu Matki i Dziecka z powodu mukowiscydozy, 2 miesiące wcześniej hospitalizowane z powodu

narastającego obrzęku powiek i wytrzeszczu oka prawego z przejściową poprawą po zastosowanej antybiotykoterapii. Ponownie przyjęte do Oddziału Okulistyki Instytutu – „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka” we wrześniu 2015 roku w celu diagnostyki narastającego wytrzeszczu prawej gałki ocznej. U pacjenta wykonano rezonans magnetyczny zatok przynosowych, w którym radiolog napisał: „Nie stwierdzam cech patologicznego wzmocnienia po podaniu kontrastu. Zmiany wpuklają się do oczodołu od strony przysiódkowej, modelują mięsień prosty przysiódkowy. Zatoka szczękowa prawa mała uciśnięta przez zmianę. Obraz niejednoznaczny, może odpowiadać łagodnej zmianie rozrostowej – naczyniak?” (ryc. 1).

Następnie chłopiec konsultowany z onkologiem, laryngologiem oraz z chirurgiem szczękowo-twarzowym. Z uwagi na niejasny obraz w MRI zlecono CT zatok (ryc. 2).



Ryc. 1. MR głowy z dnia 12.09.2015 roku



Ryc. 2. CT zatok przynosowych z dnia 09.10.2015 roku

CT zatok potwierdziło „obecność wielokomorowej struktury (41 x 40 x 31 mm) wychodzącej najpewniej z sitowia po stronie prawej. Masa wpukła się do prawego oczodołu, zniekształca jego granice kostne. Ściana przyśrodkowa w części górnej jest niewidoczna – ścieńczenie/destrukcja? Przemieszczenie boczne i wytrzeszcz gałki ocznej prawej. Obraz wskazuje na polipowaty rozrost błony śluzowej”.

Pacjent z rozpoznaniem "guza sitowia po stronie prawej" skierowany do tutejszej Kliniki.

Chłopiec przy przyjęciu klinicznie eutroficzny, bez obwodowej limfadenopatii. Zwracały uwagę: wytrzeszcz gałki ocznej i obrzęk powiek oka prawego z wyczuwalnym miękkim, sprężystym guzem w przyśrodkowej części powieki górnej. Poza tym w badaniu rynoskopowym stwierdzono obrzęk i wydzielinę śluzową w prawej jamie nosa z upośledzoną drożnością. Po stronie lewej jama nosa bez wydzieliny z zachowaną drożnością.

Na podstawie MRI i CT zatok wysunięto podejrzenie śluzowiaka.

Pacjenta zakwalifikowano do operacji endoskopowej zatok przynosowych. Śródoperacyjnie stwierdzono wypchnięty wyrostek haczykowaty, który usunięto wraz z dużą częścią zmienionej zapalnie i wypchniętej przyśrodkowo bocznej ściany nosa. Usunięto masy ropno-śluzowe z zatoki szczękowej, które wypłukano. Otwarto śluzowiaka sitowia – masy śluzowo-

ropne. Otwarto trzecią jamę śluzowiaka w rejonie zachyłka czołowego – ta przestrzeń penetrowała poprzez zniszczoną kość w rejon przyśrodkowej części powieki górnej pod skórą – wypłukano wszystkie jamy, usuwając wszystkie złogi.

Pobrany materiał przesłano do badania mikrobiologicznego i histopatologicznego, które potwierdziło wstępne rozpoznanie.

## DYSKUSJA

Pierwotne *mucocoele* jak w opisanym przypadku występuje niezwykle rzadko, jedynie u 5-7% chorych leczonych operacyjnie z powodu przewlekłego zapalenia zatok przynosowych. Najczęściej śluzowiak występuje w grupie chorych, którzy wcześniej byli poddani leczeniu operacyjnemu zatok przynosowych (5, 7, 11). Poza tym czynnikami sprzyjającymi są: alergia, odmienności budowy bocznej ściany jamy nosa, guz lub urazy, w tym jatrogenne. Śluzowiak rozpoznawany jest najczęściej w trzeciej i czwartej dekadzie życia, równie często u obu płci.

Śluzowiak charakteryzuje się wieloletnim przebiegiem z tendencją do powolnego rozszerzania się w stronę miejsca najmniejszego oporu. Objawy śluzowiaka danej zatoki są oczywiście zależne od miejsca występowania. I tak obecność zalegającego śluzu w rejonie czołowo-sitowym z tendencją do penetracji w kierunku górno-tylnym może wytworzyć połączenie

z przednim dołem czaszki, dając m.in. objaw płynotoku nosowego. Za to penetrując w kierunku dolno-bocznym, może doprowadzić do zniszczenia ścian kostnych oczodołu. Wtedy można zaobserwować u pacjenta wytrzeszcz gałki ocznej, zaburzenia ostrości widzenia czy upośledzenie ruchomości gałki ocznej (3, 8). Niekiedy dochodzi do deformacji czoła w wyniku zapalenia tkanki kostnej i szpiku kostnego, w następstwie czego powstaje ciastowaty guz Potta.

Śluzowiak rozwijający się w rejonie sitowo-klinowym z uwagi na obecność wokół ważnych struktur anatomicznych może naśladować m.in. objawy guza przysadki mózgowej, takie jak: mlekotok, brak miesiączki czy niskorosłość, poza wieloma innymi (9). Narastające jednostronne zniekształcenie policzka wskazuje na obecność śluzowiaka w zatoce szczękowej. W bardziej zaawansowanych przypadkach śluzowiak może przebić się na zewnątrz skóry twarzy, np. policzka lub powieki. Powstaje wtedy miękkie, sprężyste, chęłboczące przy dotyku guz, który przy nakłuciu wykazuje obecność śluzu lub treści ropnej.

Jedynie diagnostyka obrazowa umożliwi uwidocznienie rozległości procesu chorobowego, przy czym CT zatok jest pomocne przy ocenie powstałych zniszczeń struktur kostnych przed planowaną operacją, a MR twarzoczaszki określa strukturę śluzowiaka, umożliwiając różnicowanie go z innymi procesami chorobowymi. W pierwszej kolejności diagnostyka różnicowa musi uwzględnić wykluczenie procesu nowotworowego twarzoczaszki. Śluzowiak zarówno może naśladować proces rozrostowy, jak i przeciwnie – nowotwór zatok przynosowych może przebiegać pod maską śluzowiaka (6).

Ponadto należy pamiętać o nieinfekcyjnych schorzeniach, takich jak przepuklina oponowa lub oponowo-mózgowa, tętniak oraz torbiel retencyjna.

W odróżnieniu do torbieni śluzowej, torbiel retencyjna występuje dość często w zatokach, głównie w zatokach szczękowych, wykrywana najczęściej jest przypadkowo, chociaż może też wywoływać objawy takie jak uczucie ucisku lub ból głowy. Torbiel retencyjna powstaje zwykle z korzenia zębowego lub z przemieszczonego zawiązka zęba, nie szerzy się poza anatomiczne granice zatoki. Najczęściej udaje się usunąć torbiel techniką endoskopową.

Również leczeniem z wyboru w przypadku torbieni śluzowej jest jej operacyjne usunięcie zazwyczaj z dostępu wewnątrznosowego. Jednak każda tego typu operacja może wymagać rozszerzenia zakresu operacji o dostęp zewnątrznosowy (4).

## PODSUMOWANIE

Podsumowując, śluzowiak stanowi szczególny przypadek przewlekłego zapalenia zatok przynosowych u dzieci z mukowiscydozą. Silne bóle głowy oraz asymetria twarzy spowodowane deformacją policzka, czoła czy też gałki ocznej należą do grupy objawów wspólnie charakteryzujących śluzowiaka – poza objawami wynikającymi z umiejscowienia w danej zatoce. Podstawowym badaniem w diagnostyce jest CT zatok przynosowych w trzech projekcjach. Diagnostyka różnicowa musi uwzględnić przede wszystkim wykluczenie procesu rozrostowego. Leczenie jest operacyjne, coraz częściej z dostępu wewnątrznosowego metodą endoskopową.

## Konflikt interesów Conflict of interest

Brak konfliktu interesów  
None

## Adres do korespondencji

\*Lidia Zawadzka-Głós  
Klinika Otolaryngologii Dziecięcej WUM  
ul. Żwirki i Wigury 63A, 02-091 Warszawa  
tel. +48 (22) 317-97-21  
e-mail: laryngologia@litewska.edu.pl

nadesłano: 20.10.2016  
zaakceptowano do druku: 10.11.2016

## Piśmiennictwo

- Janczewski G (red.): Otolaryngologia praktyczna. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Via Medica, Gdańsk 2005.
- Krzeski A, Arcimowicz M: Mucocele of the paranasal sinuses. *Otolaryngol Pol* 1997; 51(5): 457-465.
- Nguyen T, Kuijpers D, Companjen J, Erceg A: Intermittent swelling of the eyelid. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2016; 160(0): D92.
- Beigi B, Vayalambone D, Kashkouli MB et al.: Combined external and endonasal approach to fronto-ethmoidal mucocele in involving the orbit. *J Curr Ophthalmol* 2016 Mar 7; 28(1): 37-42.
- Verillaud B, Le Clerc N, Blancal JP et al.: Mucocele formation after surgical treatment of inverted papilloma of the frontal sinus drain age pathway. *Am J Rhinol Allergy* 2016 Sep; 30(5): 181-184.
- Chew YK, Brito-Mutunayagam S, Chong AW et al.: Pleomorphic adenoma of the frontal sinus masquerading as a mucocele. *Ear Nose Throat J* 2015 Dec; 94(12): E4-6.
- Dolci RL, Miyake MM, Tateno DA et al.: Postoperative otorhinolaryngologic complications in transnasal endoscopic surgery to access the skull base. *Braz J Otorhinolaryngol* 2016 May 31. pii: S1808-8694(16)30101-X.
- Waizel-Haiat S, Díaz-Lara IM, Vargas-Aguayo AM, Santiago-Cordova JL: Experience in the surgical treatment of paranasal sinus mucoceles in a university hospital. *Cir Cir* 2016 May 19. pii: S0009-7411(16)30016-0.
- Devi S, Ganger A, Sharma S, Saxena R: Sphenoid mucocele with unusual panhypopituitarism. *BMJ Case Rep* 2016 Apr 5; 2016.
- Liu X, Wang X, Wen J et al.: Clinical analysis of patients with sphenoid sinus mucocele and literature review. *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi* 2015; 29: 1850-1852.
- Balcerzak J, Krzeski A, Witkowska E: Frontal sinus mucocele. *Otolaryngol Pol* 2004; 58(2): 269-274.