



Dlaczego guzy masywu szczękowo-sitowego wymagają leczenia skojarzonego?

Wojciech Golusinski, Małgorzata Leszczyńska, Elżbieta Waśniewska, Wojciech Gawęcki

Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Akademii Medycznej w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań

Rep Pract Oncol Radiother 2004;9:253-6, original paper

Received May 15th, 2004; received in a revised form August 31st, 2004; accepted September 22nd, 2004

Streszczenie

Cel pracy: Celem pracy było przedstawienie wyników retrospektywnej analizy guzów złośliwych masywu szczękowo-sitowego ze szczególnym podkreśleniem znaczenia leczenia skojarzonego oraz interdyscyplinarnego współdziałania w planowaniu terapii.

Materiał i metodyka: Analizą objęto 196 chorych leczonych w Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej AM w Poznaniu w latach 1977-2001. 85% chorych było w zaawansowanym stadium choroby-T3 i T4; zwracał uwagę brak guzów w stadium T1. 60% guzów wychodziło z zatoki szczękowej, 30% z bocznej ściany jamy nosa, a pozostałe z sitowia, zatoki czołowej i klinowej. W utkaniu histologicznym dominowały raki płaskonabłonkowe (60%), rzadziej stwierdzano gruczolakoraka i raka gruczołowato-torbielowatego (15%).

Wyniki: Wszyscy chorzy zostali objęci kompleksową opieką wielospecjalistyczną. Podstawą terapii było leczenie skojarzone-zabieg operacyjny uzupełniony radioterapią i chemioterapią. Zastosowano różne techniki operacyjne: operacja metodą Denkera (85 chorych), rynotomia boczna wg Moure'a (31 chorych), częściowa resekcja szczęki (42 chorych), całkowita resekcja szczęki (36 chorych), midfacial degloving (2 chorych). Pacjenci po całkowitej lub częściowej resekcji szczęki wymagali zaopatrzenia protetycznego. Nierzadko w trakcie i po ukończeniu leczenia chorzy korzystali z pomocy psychologa.

Wnioski: Analiza materiału klinicznego wskazała na konieczność interdyscyplinarnego współdziałania i zastosowania leczenia skojarzonego. Podkreślono współpracę z patologami, radiologami, okulistami, neurochirurgami, chirurgami szczękowymi, radio-chemioterapeutami oraz psychologami.

Słowa kluczowe: masyw szczękowo-sitowy, guzy złośliwe, leczenie skojarzone.

Why do maxillary-ethmoidal massive tumours need combined therapy?

Summary

Aim of the study: The aim of this study was to present a retrospective analysis of maxillary-ethmoidal massive malignant tumours with emphasis on the importance of interdisciplinary co-operation and treatment scheduling.

Material and methods: The investigated group consisted of 196 patients who underwent treatment at the Department of Otolaryngology and Laryngological Oncology of the Medical School in Poznań between 1977-2001. An advanced stage of the disease T3 and T4 was found in 85% of patients. No patient was in stage T1. Tumours originated from the maxillary sinus in 60% of patients, the sidewall of the nasal cavity in 30%, and the rest of the tumours from the ethmoid, frontal and sphenoid sinus. Histologically cell carcinomas occurred in most of the cases (60%), whereas adenoid-cystic carcinoma and adenocarcinoma were rare (only 15% of the cases).

Results: All patient received multidisciplinary medical treatment: surgery with complementary radio- and chemotherapy. The Denker mode like surgery, Moure'a mode lateral rhythomy, partial or total maxillectomy and midfacial degloving were carried out in patients under study. Patients after partial or total maxillectomy resection received relevant prosthetic supply. Psychologist's assistance was essential in a few cases.

Conclusions: The analysis of the clinical material indicated the necessity of interdisciplinary co-operation and combined therapy.

Key words: maxillary-ethmoidal massive, malignant tumours, combined therapy.

Wstęp

Nowotwory złośliwe masywu szczękowo-sitowego nie należą do guzów zbyt częstych. Stanowią 0.2-0.8% wszystkich nowotworów złośliwych oraz około 3% guzów głowy i szyi [1,2]. Występują dwa razy częściej u mężczyzn niż u kobiet i dotyczą chorych w 5-7 dekadzie życia. Głównym typem histologicznym jest rak płaskonabłonkowy, ale nie rzadko spotyka się utkanie mięsaka, gruczolakoraka, czerniaka i chłoniaka.

Są trudnym problemem diagnostycznym i terapeutycznym ze względu na bezobjawowy początek choroby oraz lokalizację anatomiczną. Utajony wzrost guza powoduje, że większość chorych trafia do leczenia w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej, gdy istnieje już destrukcja kości lub nowotwór przechodzi na sąsiednie struktury i narządy. Anatomicznie jamy nosa i zatok przynosowych znajdują się w bezpośrednim sąsiedztwie podstawy czaszki, mózgowia, oczodołu i tętnicy szyjnej. Ogranicza to w znacznym stopniu możliwości radykalnego leczenia i w sposób istotny wpływa na niekorzystne wyniki terapii i rokowanie. Ohngren opisał różnice w rokowaniu w guzach masywu szczękowo-sitowego w zależności od lokalizacji anatomicznej. Podziału masywu dokonał na podstawie linii przeprowadzonej przez przysiódkowy kąt oka i kąt żuchwy na płaszczyznę przednio-dolną (infrastrukturę - lepsze rokowanie) oraz płaszczyznę górno-tylną (rokowanie znacznie gorsze) [3].

Celem pracy było, w oparciu o materiał własny, przedstawienie wyników retrospektywnej analizy guzów złośliwych masywu szczękowo-sitowego ze szczególnym podkreśleniem znaczenia leczenia skojarzonego oraz interdyscyplinarnego współdziałania lekarzy w planowaniu terapii.

Materiał i metodyka

W Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej AM w Poznaniu w latach 1977-2001 leczono 196 chorych na nowotwory złośliwe masywu szczękowo-sitowego. W badanej grupie było 130 mężczyzn i 66 kobiet. Średni wiek chorych wynosił 62 ± 4.2 (najstarszy chory miał 87 lat, najmłodszy - 17 lat). W tej grupie, 22 chorych narażonych było na działanie pyłu drzewnego, co może mieć związek etiopatogenetyczny.

Ustalenie punktu wyjścia nowotworu było wielokrotnie bardzo trudne ze względu na znaczną rozległość procesu rozrostowego. 60% guzów (117 chorych) wychodziło z zatoki szczękowej, 30% z bocznej ściany jamy nosa (58 chorych), a pozostałe z sitowia, zatoki czołowej lub klinowej (21 chorych). Aż w 85% przypadków stwierdzono guzy obejmujące cały masyw szczękowo-sitowy, a nawet przekraczające jego granice (T3, T4). Tylko 32 chorych (ok. 15%) było w stadium T2; zwracał uwagę brak guzów w stadium T1.

U 20 chorych stwierdzono jednostronne powiększenie węzłów chłonnych szyi po stronie guza. Podstawę diagno-

styki stanowiły badania kliniczne poszerzone o badanie endoskopowe oraz badanie histopatologiczne wycinka guza lub całego materiału operacyjnego. W utkaniu histologicznym zdecydowanie dominowały raki płaskonabłonkowe (112 chorych), stanowiąc ok. 60% wszystkich przypadków. W 15% przypadków stwierdzono utkanie gruczolakoraka i rakagruzołowato-torbielowatego (31 chorych), pozostałe 25% stanowiły: melanoma malignum, lymphoma malignum, ca solidum, ca anaplasticum, ca, mucoepidermoidale i inne.

Podział nowotworów według rozpoznania histologicznego przedstawia *Tabela 1*.

Tabela 1. Rodzaje nowotworów złośliwych masywu szczękowo-sitowego.
Table 1. Types of malignant maxillary-ethmoidal massive tumours.

histopatologia guza	liczba chorych
ca planoepitheliale	112
carcinoma adenoides cysticum	15
car solidum	11
melanoma malignum	10
lymphoma malignum	10
ca anaplasticum	10
adenocarcinoma	6
ca mucoepidermoidale	6
esthesioneuroblastoma	5
ca transitionale	4
fibrosarcoma	3
rabdomyosarcoma embryonale	3
ca basocellulare	1

W ocenie stopnia zaawansowania procesu rozrostowego oraz przy planowaniu rozległości zabiegu operacyjnego przeprowadzano diagnostykę obrazową: w każdym przypadku KT zatok przynosowych oraz badanie ultrasonograficzne układu chłonnego szyi, natomiast przy podejrzeniu penetracji nacieku do dołu skrzydłowo-podniebiennego i podskroniowego lub na podstawie czaszki - NMR.

Wyniki

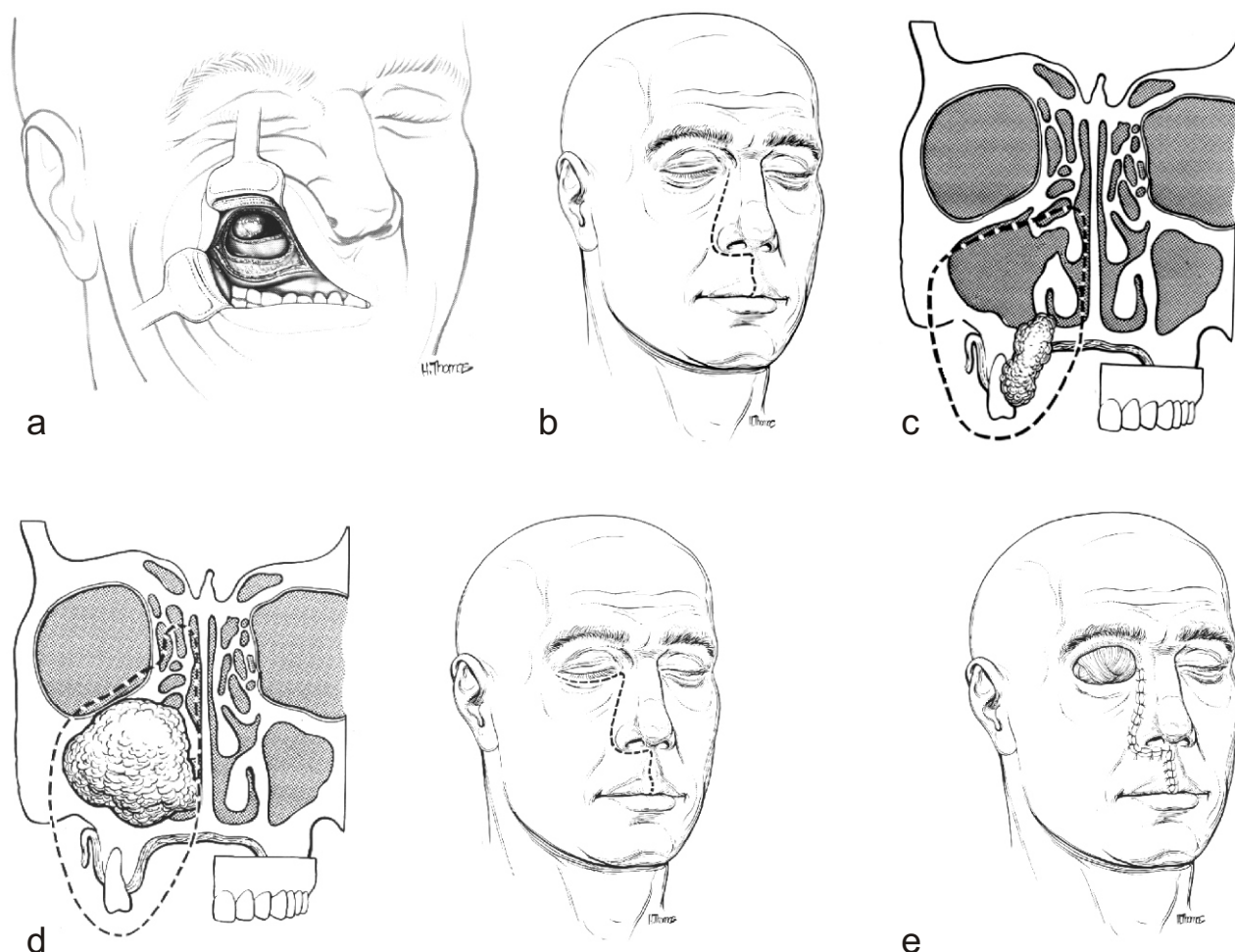
Wszyscy chorzy objęci zostali kompleksową opieką wielospecjalistyczną. Stosowanym leczeniem z wyboru, ze względu na znaczne zaawansowanie procesu chorobowego, było leczenie skojarzone - zabieg operacyjny uzupełniony radioterapią i chemioterapią. Wybór zabiegu operacyjnego uzależniony był od lokalizacji i rozległości guza. W większości przypadków (85 chorych) wykonano operację metodą Denкера, u 31 chorych rytonomię boczną wg Mourea. U 42 chorych przeprowadzono częściową resekcję szczęki a u 36 całkowitą resekcję szczęki. W 2 przypadkach usunięto guz z wykorzystaniem techniki midfacial

degloving. Schematy przeprowadzonych operacji przedstawiono na *Rycinie 1*.

U 25 chorych w trakcie zabiegu podwiązano tętnicę szyjną zewnętrzną. W 20 przypadkach operacja była uzupełniona zabiegiem na węzłach chłonnych szyjnych. Po weryfikacji histologicznej u 14 osób stwierdzono obecność zmian przerzutowych. Szczególnie dużym utrudnieniem w leczeniu było nacieczenie oczodołu (16 przypadków), dołu skrzydłowo-podniebiennego (26 chorych), jak i struktur kostnych podstawy przedniego dołu czaszki (8 chorych). W większości tych przypadków zabieg operacyjny rozszerzony był o postępowanie na oczodole (u 12 chorych wykonano egzenterację oczodołu) lub podstawie przedniego dołu czaszki przy współpracy I okulistów i neurochirurgów. Po zabiegu operacyjnym chorzy poddawani byli uzupełniającej radioterapii w Wielkopolskim Centrum Onkologii. Napro-

mieniano blok tkanek obejmujący masyw szczękowo-sitowy (60 Gy na łożę pooperacyjną). U 10 chorych z rozpoznaniem lymphoma malignum zastosowano uzupełniającą chemioterapię.

Resekcja szczęki jest zabiegiem okaleczającym chorego i pociąga za sobą konieczność zaopatrzenia (proteżowania) tkankowych ubytków pooperacyjnych. U chorych po całkowitej resekcji szczęki oraz przy usunięciu infrastruktury szczęki przy współpracy chirurga szczękowego zamykano ubytek wyrostka podniebiennego i zębodołowego czasową płytką podniebienną, a po zakończeniu radioterapii protezą. Umożliwiała to odżywianie przez jamę ustną, eliminowała zaburzenia mowy oraz zapobiegało zapadaniu się tkanek i późniejszemu występowaniu deformacji twarzy. Nierzadko chorzy w trakcie i po ukończeniu leczenia wymagali pomocy psychologicznej.



Rycina 1. Schemat przeprowadzonych operacji guzów masywu szczękowo-sitowego [4].

Figure 1. The type surgical procedures on the maxillary-ethmoidal massive tumours [4].

- | | | |
|----|--|------|
| a. | operacja metodą Denker | - 85 |
| b. | rynotomia boczna wg Moure'a | - 31 |
| c. | częściowa resekcja szczęki | - 42 |
| d. | całkowita resekcja szczęki | - 36 |
| e. | resekcja szczęki z egzenteracją oczodołu | - 12 |

Analiza 5-letnich okresów przeżycia wykazała niezadowalające wyniki leczenia. Brak informacji o chorym był traktowany jako niepowodzenie. W badaniach kontrolnych uzyskano informacje o 164 chorych. 5-letnie przeżycie w tej grupie wynosiło 25%, w tym w grupie pacjentów w stadium T4 przeżycie nie przekraczało 9%.

Omówienie

Pomimo coraz doskonalszych metod diagnostycznych w okresie przedoperacyjnym (endoskopia, KT, NMR), rozległych zabiegów operacyjnych, unowocześnionych technik napromieniania, postępów w chemioterapii - wyniki leczenia złośliwych nowotworów zatok przynosowych są nadal niezadowalające [5]. Biorąc pod uwagę, że zdecydowana większość chorych zgłasza się z rozległymi guzami, należy przyjąć, iż średnie 5-letnie przeżycie wynosi 20-30% [6].

Złym czynnikiem prognostycznym jest penetracja guza do oczodołu, dołu skrzydłowo-podniebiennego, dołu podskroniowego oraz naciekanie struktur kostnych podstawy przedniego dołu czaszki i przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych. W tych przypadkach radykalność zabiegu operacyjnego jest wątpliwa, co zmniejsza szanse chorego na dobry wynik terapii. W związku z tym podstawową zasadą leczenia nowotworów złośliwych masywu szczękowo-sitowego stosowaną przez większość ośrodków jest prowadzenie leczenia skojarzonego - radykalny zabieg operacyjny i napromienianie [7]. Większość autorów jest zdania, że zastosowanie pooperacyjnego napromieniania pozwala na poprawienie wyników leczenia nawet o 20% [1,8]. Uważamy, że chemioterapia jest niedoceniana i za mało stosowana; winno się poszerzyć wskazania do jej stosowania, szczególnie w okresie przedoperacyjnym. Analiza

materiału klinicznego wskazała ponadto na konieczność interdyscyplinarnego współdziałania lekarzy różnych specjalności w leczeniu tej grupy pacjentów. Szczególnie podkreślić należy kompleksową współpracę z patologami, radiologami, okulistami, neurochirurgami, chirurgami szczękowymi, radio-chemioterapeutami oraz psychologami. Tylko takie podejście do leczenia tej grupy nowotworów warunkuje poprawę wyników leczenia.

Piśmiennictwo

1. Szmaja Z, Szyfter W, Golusinski W, Brocki K. Nowotwory masywu szczękowo-sitowego w materiale Kliniki Otolaryngologii AM w Poznaniu w latach 1974-1987. *Otolaryngol Pol* 1991;45:90-3.
2. Adamiak E, Cerkaska-Głuszak B, Górny A. Ocena wyników leczenia skojarzonego chorych na nowotwory złośliwe zatoki szczękowej w materiale Wielkopolskiego Centrum Onkologii. *Otolaryngol Pol* 1994;48:158-61.
3. Shah JP. *Cancer of the Head and Neck*. London: BC Decker Inc Hamilton; 2001.
4. Silver CE. *Atlas of Head and Neck Surgery*. New York, Edinburgh, London, Melbourne: Churchill Livingstone; 1986: 113-45.
5. Ruszel J, Narożny W, Barciński G. Nowotwory złośliwe nosa i zatok przynosowych w materiale Kliniki Gdańskiej w latach 1947-1993. *Otolaryngol Pol* 1995;49:156-9.
6. Halama A. Diagnostyka nowotworów jam nosa i zatok przynosowych. W: Krzeski A, Janczewski G. *Choroby nosa i zatok przynosowych*. Warszawa: Sanmedia; 1997:289-300.
7. Osuch-Wójcikiewicz E, Fruba J, Janczewski G, Zawadzka R, Bruzgielewicz A. Leczenie nowotworów masywu szczękowo-sitowego. *Otolaryngol Pol* 1999;53:69-71.
8. Budihna M, Smid L. Carcinoma of the paranasal sinuses: results of treatment and some prognostic factors. *Strahlenther Onkol* 1992;6:322-5.