

Роль морфологической верификации при определении объема операции. Клинический случай нетипичной гемангиомы околоносовых пазух

П.В. Светицкий, Ю.В. Ульянова, О.В. Нистратова

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России;
Россия, 344037 Ростов-на-Дону, ул. 14-я линия, 63

Контакты: Павел Викторович Светицкий Svetitskiy.p@gmail.com

Представлено клиническое наблюдение больной с опухолью околоносовых пазух. По данным компьютерной томографии справа, в проекции решетчатой кости, определялось неоднородное образование с прорастанием в правую верхнечелюстную пазуху, правую полость носа, правую глазницу, разрушением костной стенки передней черепной ямки. Пункционная биопсия, сопровождающаяся кровотечением, установила подозрение на эстезионеуробластому. Для уточнения диагноза и определения тактики лечения под общим наркозом проведена открытая биопсия, установившая гемангиому. Проведена радикальная операция по удалению опухоли. Патогистологическое исследование макропрепарата подтвердило наличие гемангиомы.

Цель публикации — продемонстрировать клинический случай больной с опухолью орбиты в случае несоответствия данных пункционной биопсии и клиники, при котором определяющая роль в тактике лечения была отведена клинике.

Ключевые слова: опухоль околоносовых пазух, эстезионеуробластома, гемангиома, биопсия, операция

DOI: 10.17650/2222-1468-2017-7-4-63-66

The role of morphological verification in determining the volume of surgery. A case of atypical hemangioma of the paranasal sinuses

P. V. Svetitsky, Yu. V. Ulyanova, O. V. Nistratova

Rostov Research Institute of Oncology, Ministry of Health of Russia; 63 14th line St., Rostov-on-Don 344037, Russia

In this report we present a case of patient with a tumor of the paranasal sinuses. A non-homogeneous formation spreading to the right maxillary sinus, right nasal cavity, and right orbit (with the destruction of the bone wall of the anterior cranial fossa) in the ethmoid bone was detected on a computed tomography scan. A esthesioneuroblastoma was suspected after the needle biopsy (accompanied by bleeding). To clarify the diagnosis and to determine treatment strategy, we performed open biopsy under general anesthesia, which showed that the patient had hemangioma. The patient underwent radical removal of the tumor. Histopathological examination confirmed the diagnosis of hemangioma. The aim of this study was to describe a case of orbital tumor, when the results of needle biopsy were inconsistent with clinical manifestations. In this case, clinical manifestations had the decisive role in determining treatment strategy.

Key words: tumor of the paranasal sinuses, esthesioneuroblastoma, hemangioma, biopsy, surgery

В полости носа и его придаточных пазухах встречаются как доброкачественные, так и злокачественные опухоли (ОП). Доброкачественные образования в структуре заболеваний лор-органов составляют 9,5 % [1], тогда как злокачественные — около 1,4 % [2].

К доброкачественным ОП относятся аденомы, невриномы, хондромы, гемангиомы, ангиофибромы. Среди злокачественных новообразований чаще всего выявляются плоскоклеточный рак (60–70 %), аденокарцинома (10–20 %), лимфома (5 %), меланома (3 %) [3, 4]. Следует выделить эстезионеуробластому — чрезвычайно редкую ОП из нервных клеток, составляющую до 3 % всех образований полости носа [5]. Она развивается из обонятельного нейро-

эпителия и обладает исключительной злокачественностью [3].

Большинство злокачественных ОП полости носа и придаточных пазух протекает скрытно, при скудной симптоматике, и диагностируется уже при распространенном процессе [6]. В зависимости от первичной локализации образования развивается клиника заболевания.

В приводимом клиническом наблюдении у больной с ОП орбиты данные пункционной биопсии и клиники разнились. Детально проведенное гистоморфологическое исследование в сочетании с клиническими исследованиями исключило злокачественный процесс, и это позволило провести органосохраняющую

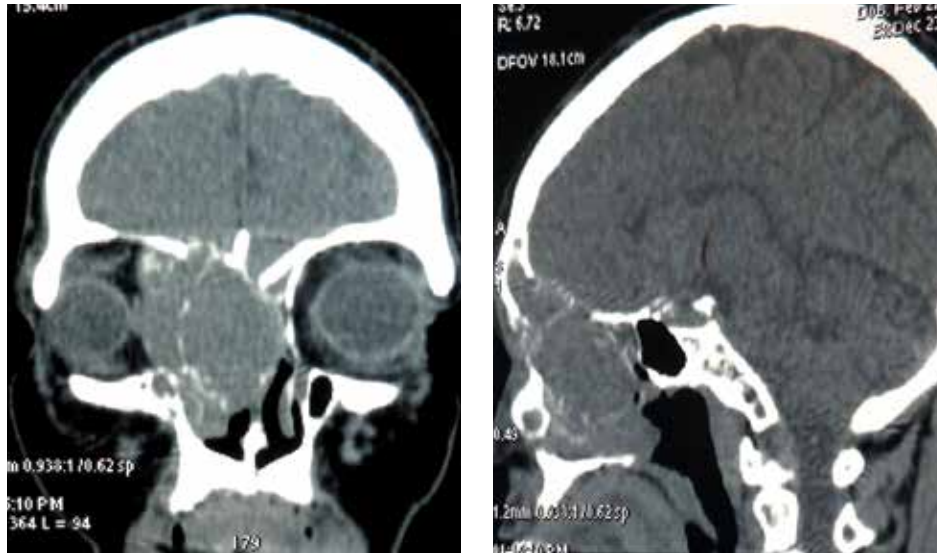


Рис. 1. Больная М. Компьютерная томограмма черепа в 2 проекциях: в решетчатой кости определяется неоднородное образование с прорастанием в правую верхнечелюстную пазуху, правую полость носа, правую глазницу, с разрушением костной стенки передней черепной ямки

Fig. 1. Patient M., computed tomography scan of the skull in 2 projections: a non-homogeneous formation spreading to the right maxillary sinus, right nasal cavity, and right orbit (with the destruction of the bone wall of the anterior cranial fossa) is detected in the ethmoid bone

операцию. Последующее наблюдение за больной подтвердило правильность выбранной тактики.

Клиническое наблюдение

Больная М. 1960 г. р. (история болезни № С 1128/Ж), поступила в отделение опухолей головы и шеи ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России с жалобами на ОП в области правого глаза с отеком обоих век, периодические головные боли, затрудненное носовое дыхание правой половиной носа. Лимфатические узлы шеи не пальпировались. Лицо асимметрично за счет ОП околоносовых пазух справа. Глазное яблоко оттеснено вправо и вверх. В области нижней и медиальной части верхнего века определяется кровоподтек после биопсии. Орофарингоскопия патологию не выявила. При передней риноскопии в области среднего и верхнего носовых ходов определяется образование розового цвета. Признаков кровотечения не выявлено.

Данные спиральной рентгеновской компьютерной томографии, проведенной при поступлении: справа в проекции решетчатой кости определяется неоднородное образование $5,6 \times 3,8 \times 4,8$ см с прорастанием в правую верхнечелюстную пазуху, правую полость носа, правую глазницу, с разрушением костной стенки передней черепной ямки (рис. 1).

При выполнении внутриносовой пункционной биопсии опухоли возникло носовое кровотечение, которое было остановлено тугой передней тампонадой. Цитологическое заключение № 689—91/17: новообразование следует дифференцировать между эстезионейробластомой и невриномой.

Данное заключение цитоморфологов о возможном наличии эстезионейробластомы, а также мнения рент-

генологов и нейрохирургов не позволяли нам выработать адекватное лечение. Требовалось точное знание характера образования, для чего был необходим морфологический диагноз. Проводить для этого под местной анестезией эндоназальную биопсию опухоли, ввиду возможного кровотечения, сочтено нецелесообразным.

Было решено выполнить операцию, и вначале осуществить под общим наркозом экстраназальным способом открытую биопсию опухоли с ревизией раны и срочным патогистологическим исследованием, от которых зависели объем операции и тактика лечения. Проведена беседа с больной и ее родственниками о ходе возможной операции, не исключающей экзентерацию орбиты с ревизией передней черепной ямки и, при необходимости, расширением объема операции.

Под общим наркозом с интубацией через рот сделан типичный кожный разрез, проводимый при одновременном вскрытии лобной пазухи, решетчатого лабиринта и верхнечелюстной пазухи (по верхнемедиальному краю орбиты и нососечной складке). Для исследования был взят фрагмент опухоли и послан на срочное гистологическое исследование. Кровотечение затрудняло проведение операции. Оно было остановлено коагуляцией, прошиванием тканей и тугой тампонадой. Это позволило избежать перевязки наружной сонной артерии и ее ветвей. Определить распространенность опухолевого процесса также не удалось. Патогистологическое исследование удаленных тканей № 5399—401/17 установило гемангиому смешанного типа. Имея данное патогистологическое заключение, было решено провести радикальную операцию. Произведена ревизия раны. Опухоль распространялась на правую половину решетчатого лабиринта, верхнюю челюсть и правую половину полости носа, костная

часть которой была некротически изменена. Была разрушена медиальная стенка орбиты. Проведено радикальное удаление гемангиомы вместе с измененными костными тканями (рис. 2. Больная М. дала согласие на публикацию фото). Обнажена неизменная твердая мозговая оболочка диаметром до 0,7–10,0 мм.

Кровотечение было остановлено электрокоагуляцией и прошиванием мягких тканей. Рана ушита послойно. В послеоперационную полость туго введена марлевая турунда, конец которой выведен через правый носовой ход.

Удаленный макропрепарат был представлен опухолевым конгломератом с фрагментами мягкой и костной тканей (рис. 3).



Рис. 2. Больная М. Вид операционной раны после радикального удаления опухоли. Образована полость после удаления правой половины решетчатого лабиринта, половины полости носа и верхнечелюстной пазухи
Fig. 2. The patient M. Surgical wound after radical removal of the tumor. A cavity was formed after removal of the right side of the ethmoid labyrinth, half of the nasal cavity and the maxillary sinus

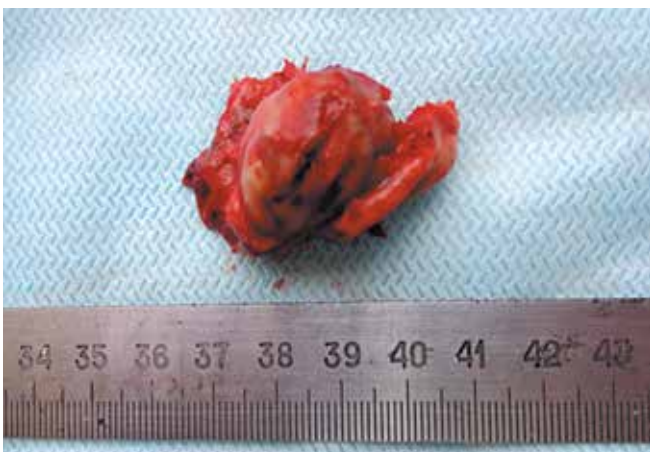


Рис. 3. Макропрепарат: удаленная опухоль (гемангиома) околоносовых пазух

Fig. 3. Removed tumor (hemangioma) of the paranasal sinuses



Рис. 4. Больная М. Внешний вид на 7-е сутки после операции
Fig. 4. The patient M. Appearance of 7 days post surgery

Плановое гистологическое заключение № 5399–401/17 подтвердило результаты срочного гистологического исследования: гемангиома смешанного типа с наличием в опухоли костных фрагментов. Заключительный послеоперационный диагноз: гемангиома околоносовых пазух справа, состояние после хирургического лечения. Больная выписана домой в удовлетворительном состоянии (рис. 4). Находится под наблюдением без рецидива около года.

Обсуждение

Гемангиома относится к доброкачественным образованиям и подлежит хирургическому лечению. В представленном клиническом наблюдении отсутствовала точная верификация от пункционной биопсии (следует отметить высокий профессионализм цитолога, проводившего исследование). Данные рентгенологических исследований констатировали костные разрушения лицевого скелета. Все это потребовало проведения дополнительных консультаций и возможность осуществления щадящей хирургии. Наш клинический опыт напомнил нам аналогичную ситуацию с ангиофибромой верхней челюсти, которая, разрушив кости верхнечелюстной пазухи и нижнеорбитальную костную стенку, распространилась в параорбитальную клетчатку, лишив пациента зрения. Из-за рецидива больной трижды оперировался. При последней операции, в связи с распространением процесса, была проведена экзентерация орбиты. Лучевая терапия (учитывая доброкачественный характер опухоли) не проводилась. Период ремиссии длился больше года [4].

Данные рентгенологических исследований и цитологического заключения пункционной биопсии (эстезио-нейробластома) могли явиться основанием к отказу от радикальной операции и проведению химиолучевой терапии с последующим решением вопроса об объеме адекватной операции. Наличие же доброкачественного

процесса давало бы нам право на проведение радикальной операции. Приведенный из прошлого клинический пример с ангиофибромой и некоторое подобие клиники нашей пациентки утверждали в правильности решения консилиума о выборе тактики лечения. Данные окончательного патогистологического заключения явились тому подтверждением.

Заключение

Тактика хирурга в его действиях всегда должна определяться клиникой, данными морфологического

заключения и личным опытом хирурга. При любых операциях, в том числе онкологических, требуется знать характер тканей, подлежащих удалению. Особенно это относится к операциям калечащего характера, наносящих косметический или физический ущерб. В данном клиническом случае детально проведенное гистоморфологическое исследование в сочетании с клиникой исключило злокачественный процесс, что позволило провести органосохраняющую операцию. Последующее наблюдение за больной подтвердило правильность выбранной тактики лечения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. Authors declare no conflict of interest.

Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Мустафаев Д.М., Свистушкин В.М., Афзайеш Д. Наш опыт лечения больных доброкачественными опухолями полости носа и околоносовых пазух в ЛОР клинике МОНИКИ. Российская ринология 2010;18(3):52. [Mustafaev D.M., Svistushkin V.M., Afzayesh D. Our experience in the treatment of benign tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses in the Otorhinolaryngology Clinic of the Moscow Regional Research and Clinical Institute. Rossiyskaya rinologiya = Russian Rhinology 2010;18(3):52. (In Russ.)].
2. Яйцев С.В., Федорова Н.В., Аладин А.С., Васильев Ю.С., Сычев В.И. Злокачественные опухоли полости носа и околоносовых пазух (диагностика и лечение). Креативная хирургия и онкология 2010;3: 43–4. [Yaitsev S.V., Fedorova N.V., Aladin A.S., Vasilyev Yu.S., Sychev V.I. Malignant tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses (diagnosis and treatment). Kreativnaya khirurgiya i onkologiya = Creative Surgery and Oncology 2010;3:43–4. (In Russ.)].
3. Пачес А.И. Опухоли полости носа и придаточных пазух. В кн.: Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 2000. С. 297, 300. [Paches A.I. Tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses. In: Head and neck tumors. Moscow: Meditsina, 2000. P. 297, 300. (In Russ.)].
4. Светицкий П.В. Ангиофиброма верхней челюсти. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований 2016;2–3:420–3. [Svetitskiy P.V. Angiofibroma of the maxilla. Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamentalnykh issledovaniy = International Journal of Applied and Fundamental Research 2016;2–3:420–3. (In Russ.)].
5. Кормилкина А.А. Трудности диагностики злокачественных опухолей верхнечелюстной пазухи. Бюллетень медицинских интернет-конференций 2014;4(11):1216. [Kormilkina A.A. Difficulties in the diagnosis of malignant tumors of the maxillary sinus. Bulletin of Medical Internet Conferences 2014;4(11):1216. (In Russ.)].
6. Светицкий П.В., Аединова И.В., Волкова В.Л. Местно-распространенный рак верхней челюсти. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований 2015;12(8):1435–8. [Svetitskiy P.V., Aedinova I.V., Volkova V.L. Localized cancer of the maxilla. Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamentalnykh issledovaniy = International Journal of Applied and Fundamental Research 2015;12(8):1435–8. (In Russ.)].

Статья поступила: 31.01.2017. **Принята в печать:** 01.03.2017.

Article received: 31.01.2017. **Accepted for publication:** 01.03.2017.