

Καρκίνωμα Ιγμορείου Άντρου. Παρουσίαση Περιστατικού

Τσιάμης Χρήστος¹, Διαμαντόπουλος Βασίλειος²,
Ζαργογιάννη Χρυσούλα³

- ¹Ακτινολογικό Τμήμα, Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρειας
- ²Γενικός Ιατρός, Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρειας
- ³Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Θ. Αγ. Δημήτριος, Θεσσαλονίκη

Πρόλογος

Τα κακοήγη νεοπλάσματα της ρινικής και των παραρρινίων κοιλιοτήτων είναι ιδιαίτερος σπάνια αντιπροσωπεύοντας λιγότερο από το 1% των κακοηθειών, ενώ το καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων είναι ο συχνότερος τύπος (80%). Προσβάλλει κυρίως άνδρες συνήθως ηλικίας 50 – 70 ετών. Τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο, την θέση και το στάδιο του καρκίνου και περιλαμβάνουν συμπτώματα παρόμοια με αυτά μιας λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού. Ο καρκίνος των ιγμορείων παρουσιάζει ιδιαίτερα υψηλή θνητότητα και πολύ κακή πρόγνωση που σχετίζονται κυρίως με την συνήθως καθυστερημένη διάγνωση, καθώς το 75% των περιπτώσεων είναι σε προχωρημένο στάδιο όταν τίθεται η οριστική διάγνωση. Οι θεραπευτικές δυνατότητες για τον καρκίνο των ιγμορείων περιλαμβάνουν: χειρουργική εξαίρεση του όγκου, συχνά σε συνδυασμό με αφαίρεση τραχηλικών λεμφαδένων, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία.

Σκοπός

Να περιγράψουμε μια περίπτωση ασθενούς με καρκίνο στο δεξί Ιγμόρειο.

Υλικό – Μέθοδος

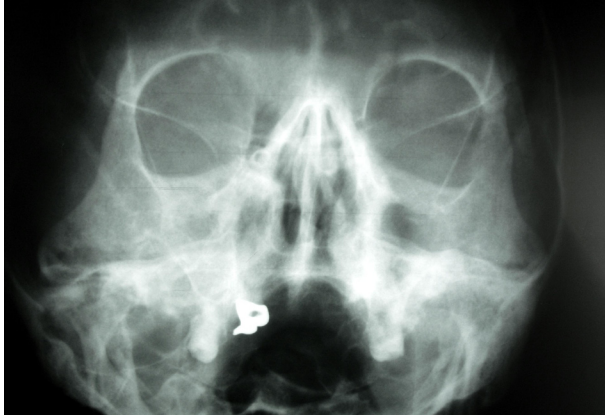
Πρόκειται για ασθενή, άνδρα 78 ετών που προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

(ΤΕΠ) του Κέντρου Υγείας με συμπτώματα λοίμωξης ανώτερου αναπνευστικού, αλλά κυρίως για ζάλη και άλγος με την πίεση του δεξιού ιγμορείου. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ακτινογραφία θώρακα και κόλπων προσώπου, στην συνέχεια σε μικροβιολογικό έλεγχο και τελικά σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου και σπλαχνικού κρανίου καθώς και αξονική τομογραφία θώρακα υψηλής ευκρίνειας (HRCT).

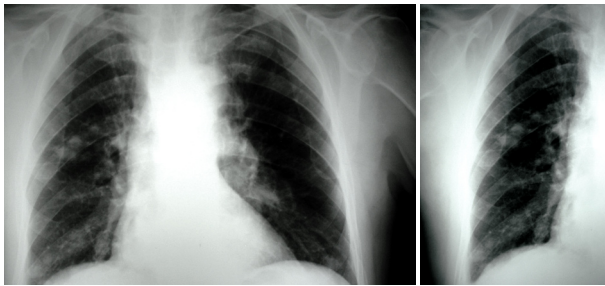
Περιγραφή Περιστατικού

Όπως ήδη αναφέραμε, πρόκειται για άνδρα 78 ετών, επιπλοποιό στο επάγγελμα, καπνιστής, που προσήλθε στο ΤΕΠ του Κέντρου Υγείας αιτιώμενος κυρίως ζάλη και άλγος στην περιοχή του Δεξιού Ιγμορείου (κυρίως κατά την πίεση), ενώ τα υπόλοιπα συμπτώματα που περιέγραψε δεν ήταν διαφορετικά από αυτά μιας απλής λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού. Ο ασθενής επέμενε ότι τα συμπτώματα αυτά ήταν ιδιαίτερος έντονα κατά το τελευταίο χρονικό διάστημα και για αυτόν ακριβώς το λόγο προσήλθε και στο κέντρο υγείας, ενώ συμπλήρωσε ότι η συμπτωματολογία αυτή παρουσιάζεται συχνά τον τελευταίο χρόνο. Κατά την προσέλευσή του στο κέντρο υγείας ο ασθενής ήταν απύρετος. Στον ασθενή αρχικά έγινε ακτινογραφία κόλπων προσώπου η οποία έδειξε παχυβλενογονίτιδα ιγμορείων άμφω, καθώς και ασαφопоίηση των ορίων και πάχυνση των τοιχωμάτων του

δεξιού ιγμορείου άντρου. Η ακτινογραφία θώρακα που ακολούθησε ανέδειξε πολλαπλές οζώδεις σκιάσεις σε αμφοτέρους τους πνεύμονες (ακτινολογική εικόνα συμβατή με “meta” εστίες).



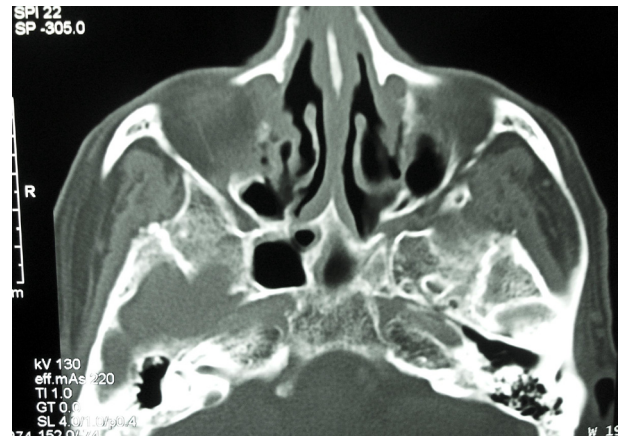
Ακτινογραφία Κόλπων Προσώπου



Ακτινογραφία Θώρακα

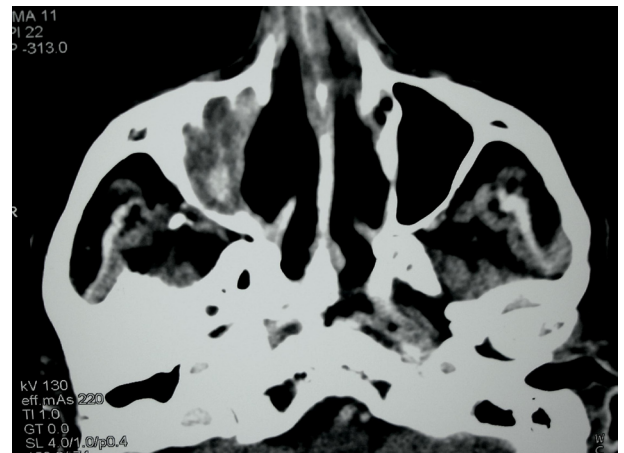
Στη συνέχεια ο ασθενής μεταφέρθηκε σε νοσοκομείο για περαιτέρω διερεύνηση. Εκεί ο 78χρονος ασθενής υποβλήθηκε αρχικά σε πλήρη μικροβιολογικό έλεγχο που ανέδειξε : TKE = 120 (ΦΤ = 0-20), CPK = 1826 (ΦΤ < 195), WBC = 15000, Hct = 37.2 , Hb = 12.2 , RBC = 4.07 , CRP = 93 (ΦΤ < 5). Στην συνέχεια ο 78-χρονος ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου και σπλαχνικού κρανίου, τραχήλου καθώς και HRCT θώρακα και υπέρηχο κοιλίας. Άμεσα, έγινε το υπερηχοτομογράφημα κοιλίας το οποίο δεν ανέδειξε ιδιαίτερα παθολογικά ευρήματα. Τα ευρήματα της CT Εγκεφάλου περιλαμβάνουν : μικρά παλαιά ισχαιμικά έμφρακτα στα βασικά γάγγλια (άμφω) και την έσω κάψα AP, επασβεστώσεις στα βασικά γάγγλια και μικρή ισχαιμική αλλοίωση παρά το μετωπιαίο κέρας της αριστερής πλάγιας κοιλίας, ενώ η CT Σπλαχνικού Κρανίου ανέδειξε την παρουσία μάζας μαλακού ιστού που καταλαμβάνει

ολόκληρο το Δεξίο Ιγμόρειο και εμπλουτίζεται μετά την ενδοφλέβια έγχυση σκιαστικού, εικόνα διάβρωσης του έσω τοιχώματος του ιγμορείου καθώς και μερική κατάληψη των ηθμοειδών κυψελών. Η CT Τραχήλου ανέδειξε παθολογικά διογκωμένους λεμφαδένες, ενώ ο απεικονιστικός έλεγχος του ασθενούς ολοκληρώθηκε με την HRCT Θώρακα η οποία έδειξε πολλαπλές οζώδεις παρεγχυματικές εξεργασίες με πυκνότητες μαλακών μορίων, διαφόρων μεγεθών, διάσπαρτες και στους δύο πνεύμονες – κυρίως στους κάτω λοβούς – συμβατές με πνευμονικές “meta” εστίες. Επίσης ανέδειξε πλευριτική συλλογή (άμφω), επασβεστώσεις αορτικού τόξου και στεφανιαίων αγγείων και οστεοαρθρικές αλλοιώσεις της ΘΜΣΣ, ενώ δεν παρατηρήθηκαν παθολογικά διογκωμένοι λεμφαδένες.



Πριν

Μετά



Αξονική Τομογραφία στο επίπεδο των ιγμορείων άντρων (πριν & μετά την έγχυση σκιαστικού)



Αξονική Τομογραφία πνευμόνων



Μετά τον μικροβιολογικό, αλλά κυρίως τον απεικονιστικό έλεγχο του ασθενούς και την αξιολόγηση και εκτίμηση των ευρημάτων που αναδείχτηκαν από τους ελέγχους αυτούς αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί βιοψία της μάζας του δεξιού ιγμορείου η οποία επιβεβαίωσε τις αρχικές εκτιμήσεις για νεόπλασμα. Η οριστική διάγνωση ήταν καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων του δεξιού ιγμορείου.

Χειρουργική εξαίρεση του όγκου ήταν αδύνατη και ο ασθενής υποβλήθηκε σε χημειοθεραπείες, χωρίς όμως ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα. Δυστυχώς, ο ασθενής απεβίωσε 11 μήνες αργότερα.

Συζήτηση

Ανατομικά οι παραρρινίες κοιλότητες είναι διατεταγμένες γύρω από την ρινική κοιλότητα και εί-

ναι : οι μετωπιαίοι κόλποι, οι ηθμοειδείς κυψέλες, τα ιγμόρεια άντρα και οι σφηνοειδείς κόλποι. Επειδή βρίσκονται σε μία πολύπλοκη ανατομικά περιοχή, τα νεοπλάσματα που προέρχονται από αυτές μπορούν να διηθήσουν πολλές και διαφορετικές ανατομικές δομές, όπως οι οφθαλμικές κοιλότητες, ο εγκέφαλος, το οπτικό νεύρο και οι καρωτίδες αρτηρίες – συχνά ακόμη και πριν εμφανιστούν τα συμπτώματα της νόσου. Τα καρκινώματα των παραρρινίων κοιλοτήτων είναι ιδιαίτε- ρως σπάνια, αποτελούν το 3 % όλων των καρκι- νωμάτων του ανώτερου πεπτικού και αναπνευστι- κού συστήματος και λιγότερο από το 1 % όλων των καρκινωμάτων του σώματος με συχνότητα περίπου μία (1) περίπτωση σε 100.000 ανθρώπους ανά έτος στις ΗΠΑ. Είναι πιο συχνά στην Ασία και ιδιαι- τερα στην Κίνα παρά στις δυτικές χώρες, ενώ ο καρκίνος των ιγμορείων άντρων είναι κατά πολύ συχνότερος στη Νότια Αφρική και στην Ιαπωνία. Παρατηρούνται 2 – 3 φορές συχνότερα στους άν- δρες από ότι στις γυναίκες και η διάγνωση γίνε- ται συνήθως στις ηλικίες ανάμεσα στα 50 και στα 70 έτη. Ο καρκίνος των ιγμορείων άντρων είναι η πιο συχνή μορφή αντιπροσωπεύοντας το 80 % των περιπτώσεων, ακολουθεί ο καρκίνος των ηθμοει- δών κυψελών (περίπου 20 %), ενώ τα καρκινώμα- τα των σφηνοειδών και μετωπιαίων κόλπων είναι σπανιότατα (< 1 %). Ο συχνότερος τύπος καρκι- νωμάτων των ιγμορείων άντρων είναι το καρκίνω- μα εκ πλακωδών κυττάρων (περίπου 80 %), ακο- λουθεί το αδενοκαρκίνωμα (περίπου 15 %), ενώ άλλες μορφές αποτελούν το υπόλοιπο 5 % των πε- ριπτώσεων. Παρ' όλο που τα αίτια των καρκινω- μάτων των ιγμορείων δεν είναι γνωστά, ορισμένες επαγγελματικές ομάδες, όπως : επιπλοποιοί, εργα- ζόμενοι σε βυρσοδεψία ή σε ορυχεία νικελίου (δη- λαδή εκτίθενται σε μέταλλα όπως το νικέλιο και το χρώμιο) ή άνθρωποι που εκτίθενται σε αέριο μου- στάρδας ή πτητικών υδρογονανθράκων παρουσι- άζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης του συγκεκρι- μένου τύπου καρκίνου. Επιπλέον, η έκθεση στην ραδιενεργό χημική ουσία Thorotrast, όπως και το κάπνισμα αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο των ιγμορείων άντρων [1 , 2].

Το περιστατικό που περιγράψαμε παρουσιάζει πολλά χαρακτηριστικά που συμφωνούν με την διεθνή βιβλιογραφία, καθώς πρόκειται για ασθενή άνδρα (αναλογία Άνδρες / Γυναίκες = 3 / 1), με

καρκίνο στο ιγμόρειο άντρο και μάλιστα εκ πλακωδών κυττάρων (αποτελούν το 80 % των περιπτώσεων). Ο ασθενής ήταν καπνιστής και επιπλοποιός στο επάγγελμα (και τα δύο αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες), ενώ η ηλικία του (78 ετών) ήταν λίγο μεγαλύτερη από την ηλικία στην οποία συνήθως γίνεται η διάγνωση του καρκίνου των ιγμορείων. Ο ασθενής μας προσήλθε με συμπτώματα τυπικά για καρκίνο των ιγμορείων άντρων, τα οποία βέβαια δεν διαφέρουν και πολύ από αυτά μιας λοίμωξης ανώτερου αναπνευστικού. Παρουσίασε παθολογικά διογκωμένους τραχηλικούς λεμφαδένες, κάτι που δεν παρατηρείται πολύ συχνά (στο 15 % των περιπτώσεων), ενώ όπως συμβαίνει και τις περισσότερες φορές η οριστική διάγνωση έγινε καθυστερημένα με τη νόσο ήδη σε προχωρημένο στάδιο.

Τα συμπτώματα σε αυτές τις περιπτώσεις ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο, την θέση και το στάδιο του καρκίνου και περιλαμβάνουν συμπτώματα παρόμοια με αυτά μιας λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού όπως ρινική συμφόρηση, τοπικό άλγος, ρινόρροια. Το στοιχείο που διαφοροποιεί τα συμπτώματα μιας απλής λοίμωξης ανώτερου αναπνευστικού από μία κακοήθεια είναι η διάρκεια τους. Έτσι, μπορούμε να πούμε ότι τα συμπτώματα των καρκινωμάτων των ιγμορείων περιλαμβάνουν: ρινική συμφόρηση, συχνά επεισόδια παραρρινοκολπίτιδων, ρινορραγίες, οίδημα, διαταραχές όρασης, τοπικό άλγος. Τα καρκινώματα των ιγμορείων μεθίστανται στους τραχηλικούς λεμφαδένες (στο 15 % των περιπτώσεων). Η διάγνωση βασίζεται αρχικά στο ιστορικό του ασθενούς και στην κλινική εξέταση και στην συνέχεια σε μία σειρά διαγνωστικών εξετάσεων όπως: βιοψία, αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία, ρινοσκόπηση. Η σταδιοποίηση της νόσου βασίζεται στην αξονική τομογραφία, σε υπερηχοτομογράφημα κοιλίας, σπινθηρογράφημα οστών και ακτινογραφία θώρακα. Οι θεραπευτικές δυνατότητες για τον καρκίνο των ιγμορείων περιλαμβάνουν: χειρουργική εξαίρεση του όγκου, συχνά σε συνδυασμό με αφαίρεση τραχηλικών λεμφαδένων (αν κριθεί απαραίτητο), ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Ο καρκίνος των ιγμορείων παρουσιάζει ιδιαίτερα υψηλή θνητότητα και πολύ κακή πρόγνωση που σχετίζονται κυρίως με την συνήθως καθυστερημένη διάγνωση, καθώς το 75 % των περιπτώσεων είναι σε

προχωρημένο στάδιο όταν τίθεται η οριστική διάγνωση. Η κυριότερη αιτία θανάτου είναι η αποτυχία – αδυναμία τοπικού ελέγχου της νόσου, καθώς επεκτείνονται γρήγορα και διηθούν τις γειτονικές δομές. Μόνο το 10 % των περιπτώσεων σε προχωρημένο στάδιο θα έχει 5ετή επιβίωση [1, 3, 4, 5, 6, 7].

Οι θεραπευτικές δυνατότητες που υπήρχαν για τον συγκεκριμένο ασθενή ήταν πολύ περιορισμένες, καθώς είχε ήδη διαβρωθεί το έσω τοίχωμα του ιγμορείου, είχε γίνει μετάσταση στους τραχηλικούς λεμφαδένες και παρατηρήθηκαν “meta” εστίες στους πνεύμονες. Χειρουργική εξαίρεση του όγκου δεν ήταν δυνατή κι έτσι οι θεράποντες ιατροί περιορίστηκαν σε χημειοθεραπείες.

Περίληψη

Τα κακοήγη νεοπλάσματα της ρινικής και των παραρρινίων κοιλοτήτων είναι ιδιαίτερος σπάνια αντιπροσωπεύοντας λιγότερο από το 1 % των κακοηθειών, ενώ το καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων είναι ο συχνότερος τύπος (80 %). Προσβάλλει κυρίως άνδρες συνήθως ηλικίας 50 – 70 ετών.

Σκοπός της μελέτης μας αυτής είναι να περιγράψουμε μία περίπτωση ασθενούς με καρκίνο στο δεξιό ιγμόρειο άντρο με την διάγνωση να επιβεβαιώνεται με βιοψία αφού είχε ήδη διαβρώσει το έσω τοίχωμα του ιγμορείου και “έδωσε” μεταστάσεις στους πνεύμονες και τους τραχηλικούς λεμφαδένες.

Το συγκεκριμένο περιστατικό επιβεβαιώνει την αναγκαιότητα για έγκαιρη διάγνωση των καρκινωμάτων των ιγμορείων και γενικότερα της ρινικής και παραρρινίων κοιλοτήτων έτσι ώστε να αυξηθούν σημαντικά οι πιθανότητες επιβίωσης των ασθενών.

Summary

Malignant tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses are rare, with poorly differentiated squamous cell carcinoma of the maxillary sinus being the most common (80 %). The disease has a predilection for males (male/female ratio = 3/1), with age range 38 – 89 years (mean 64 years). The aim of this study is to report the case of a 78 – years patient with maxillary sinus carcinoma, with diagnosis only being achieved with biopsy, after the lesion had perforated the sinus wall and

had showed cervical lymph nodes and pulmonary metastases. This case stresses the importance of early diagnosis of maxillary sinus carcinoma, in order to increase chances of survival.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. J.N. Waldron, B. O'Sullivan and P. Gullane et al., Carcinoma of the maxillary antrum: a retrospective analysis of 110 cases, *Radiother Oncol* 57 (2000), pp. 167-173.
2. Eds Raghavan et al. **The Textbook of Uncommon Cancers**. 3rd edition, 2006 Wiley.
3. N. Bhattacharya, Factors affecting survival in maxillary sinus cancer, *J Oral Maxillofac Surg* 61 (2003), pp. 1016 – 1021.
4. R. Yoshimura, H. Shibuya and I. Oruga et al., Trimodal combination therapy for maxillary sinus carcinoma, *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 53 (2002), pp. 656 – 663.
5. L.L. Myers, B. Nussenbaum, C.R. Bradford et al, Paranasal sinus malignancies: an 18-year single institution experience, *Laryngoscope* 112 (2002), pp. 1964 – 1969.
6. Carrillo JF, Guemes A, Ramirez-Ortega MC, Onate-Ocana LF, Prognostic factors in maxillary sinus and nasal cavity carcinoma. *Eur J Surg Oncology* 2005.
7. P. Dulguerov, M.S. Jacobsen, A.S. Allal et al, Nasal and paranasal sinus carcinoma : are we making progress ? A series of 220 patients and a systematic review. *Cancer* 92 (2001), pp. 3012 – 3029.