

УДК 616.211/.216-006.5-08-036.8

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНВЕРТИРОВАННОЙ ПАПИЛЛОМОЙ СИНОНАЗАЛЬНОГО ТРАКТА

Морозова Н. А.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии
и медицинской радиологии имени Н. Н. Александрова»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Папилломы Шнайдера (синоназальные папилломы) представляют собой уникальную группу доброкачественных опухолей, которые возникают на поверхности слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух.

Цель исследования — анализ результатов хирургического лечения пациентов с синоназальной папилломой.

Объекты и методы. Выполнен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных и амбулаторных пациентов (35) с диагнозом синоназальная папиллома, наблюдавшихся в ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии имени Н. Н. Александрова» в период с января 2010 года по декабрь 2021 года. Проанализированы следующие данные: пол, возраст на момент установления диагноза, симптомы при обращении, локализация опухоли, вид операции, послеоперационные осложнения.

Результаты. Наиболее часто встречающимися осложнениями были онемение лица у 22 (62,9%) пациентов, деформация лица — у 14 (40,0%), парестезии — у 14 (40,0%), слезотечение — у 13 (37,1%), болевой синдром — у 10 (28,6%).

Заключение. Инвертированная папиллома синоназального тракта — доброкачественная опухоль. У 94,3% пациентов новообразование располагается в полости носа, что доступно стандартной передней риноскопии при базовом оториноларингологическом осмотре. Наиболее частая локализация опухоли представлена комбинацией: полость носа, верхнечелюстная пазуха, решетчатый лабиринт. Применение наружных доступов травматично, приводит к стойкому рубцеванию и обезображиванию лица, неврологическому дефициту, что свидетельствует о необходимости разработки методов с минимальной хирургической травмой.

Ключевые слова: синоназальная папиллома; наружные доступы; осложнения; неврологический дефицит; деформация лица.

ANALYSIS OF PATIENT TREATMENT RESULTS WITH INVERTED PAPILLOMA OF THE SINONASAL TRACT

Marozava N. A.

*National Cancer Center of Belarus named by N. N. Alexandrov,
Minsk, Republic of Belarus*

Introduction. Schneider papillomas (sinonasal papillomas) are a unique group of benign tumors that occur on the surface of the mucous membrane of the nasal cavity and paranasal sinuses.

The aim of the study was to analyze the results of surgical treatment of patients with sinonasal papilloma.

Objects and methods. A retrospective analysis of medical records of inpatient and outpatient patients (35) with a diagnosis of sinonasal papilloma observed in the State Institution “Republican Scientific and Practical Center of Oncology and Medical Radiology named by N. N. Alexandrov” in the period from January 2010 to December 2021 was performed. The following data were analyzed: gender, age at the time of diagnosis, symptoms during treatment, tumor localization, type of operation, postoperative complications.

Results. The most common complications were facial numbness in 22 (62.9%) patients, facial deformity in 14 (40.0%) patients, paresthesias in 14 (40.0%) patients, lacrimation in 13 (37.1%) patients and pain syndrome in 10 (28.6%) patients.

Conclusion. Conclusion. Inverted papilloma of the sinonasal tract is a benign tumor. In 94.3% of patients, the neoplasm is located in the nasal cavity, which is available by standard anterior rhinoscopy during a basic otorhinolaryngological examination. The most frequent localization of the tumor is represented by a combination: nasal cavity, maxillary sinus, latticed labyrinth. The use of external access is traumatic, leads to persistent scarring and disfigurement of the face, neurological deficit, which indicates the need to develop methods with minimal surgical trauma.

Keywords: sinonasal papilloma; external approaches; complications; neurological deficit; facial deformity.

Введение. Папилломы Шнайдера (ПШ) (синоназальные папилломы) представляют собой уникальную группу доброкачественных опухолей, которые возникают на поверхности слизистой оболочки полости носа (ПН) и околоносовых пазух (ОНП). Эти неопластические поражения легко идентифицируются по их патогистологическим характеристикам [5]. К ПШ относятся инвертированная, онкоцитарная, экзофитная папилломы [4]. Наиболее часто встречается инвер-

тированная папиллома (ИП). Для обозначения этой патологической структуры за все время наблюдений было использовано более 50 различных терминов (например, эпителиальная папиллома, переходноклеточная папиллома, плоскоклеточная папиллома, виллиформный рак и т. д.). Заболеваемость варьирует от 0,2 до 1,5 на 100000 населения в год. Подавляющее большинство ИП встречается у взрослых, средний возраст на момент постановки диагноза 55 лет. ИП обычно диагностируют на поздней стадии, через 1–4 года после первого появления симптомов. Симптомами являются заложенность носа, передняя и/или задняя ринорея, головная боль, гипосмия или anosmia, носовые кровотечения или лицевая боль. В 4,0–23,0% наблюдений поражение протекает бессимптомно и диагностируется случайно. Клинически при осмотре полости носа обнаруживают красновато-серую дольчатую опухоль. При пальпации ИП классически рыхлая и кровоточит при контакте. Верхнечелюстная пазуха (ВЧП) поражается в 41,5%, передние клетки решетчатого лабиринта – в 33,8%, лобная пазуха вовлечена в 16,2% наблюдений, клиновидная пазуха – в 8,4%, двустороннее поражение отмечается от 0 до 5,0% наблюдений [1]. Несмотря на то, что опухоль считается доброкачественной, она характеризуется тенденцией к рецидивам при неполном удалении и ассоциацией с плоскоклеточным раком, синхронным или метакронным. Эти особенности, наряду с часто сопутствующими костными изменениями, делают инвертированную папиллому неприятным поражением, к которому необходимо подходить осторожно и тщательно удалять [5].

Общепризнанным методом лечения инвертированной папилломы является хирургический. Как правило используют интраназальный доступ (отдельно или в сочетании с операцией Колдуэлл–Люка) и ринотомия по Денкеру. Высокая частота рецидивов в сочетании с возможностью мультифокального роста ИП побудила многих хирургов отстаивать агрессивное лечение с применением медиальной максилэктомии с латеральной ринотомией, или внутриротовых доступов к ПН и ОНП (midfacial degloving) [4]. Существует около ста разработанных операций из наружного доступа, не считая их многочисленных модификаций [1]. Применение наружных доступов в ряде ситуаций сопряжено с серьезными послеоперационными осложнениями.

Цель исследования – анализ результатов хирургического лечения пациентов с синоназальной папилломой.

Объекты и методы. Выполнен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных и амбулаторных пациентов (35) с диагнозом

синоназальная папиллома с/без малигнизации, наблюдавшихся в ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии имени Н. Н. Александрова» в период с января 2010 года по декабрь 2021 года. Проанализированы следующие данные: пол, возраст на момент установления диагноза, симптомы при обращении, локализация опухоли, вид операции, послеоперационные осложнения.

Результаты. В рамках настоящего исследования с применением наружных доступов прооперировано 35 пациентов: 22 мужчины (62,9%) и 13 женщин (37,1%). Средний возраст пациентов, вошедших в группу исследования, составил 55,1 года.

Основной жалобой у 34 (97,1%) пациентов было затрудненное носовое дыхание. Обращает на себя внимание то, что у большинства пациентов – 32 (94,1%) – затрудненное носовое дыхание имело односторонний характер. Выделения из полости носа слизистого или слизисто-гнойного характера отметили 12 (34,3%) пациентов, снижение обоняния – 10 (28,6%) пациентов, смещение глазного яблока кпереди – 2 (5,7%) пациента, носовые кровотечения – 2 (5,7%) пациента. У 1 (2,9%) пациента новообразование полости носа диагностировано при помощи лучевых методов исследования при обследовании по поводу другого заболевания.

На этапе диагностики компьютерная томография (КТ) была выполнена 34 (97,1%) пациентам, магнитно-резонансная томография (МРТ) – 8 (22,9%) пациентам. КТ и МРТ – 7 (20,0%) пациентам. При анализе данных лучевой диагностики одностороннюю локализацию новообразования отмечали у 32 (91,4%) пациентов: слева у 20 (57,1%), справа – у 12 (34,3%), обе стороны были вовлечены у 3 (8,6%) человек, что совпадало с жалобами пациентов. Частота поражения опухолью анатомических областей синоназального тракта и прилежащих структур: полость носа была вовлечена у 33 (94,3%) пациентов, ВЧП – у 26 (74,3%), решетчатый лабиринт – у 20 (57,1%), лобная пазуха и лобный карман – у 7 (20,0%), клиновидная пазуха – у 5 (14,3%), орбита – у 3 (8,6%), полость черепа – у 1 (2,9%). Наиболее частая локализация опухоли представлена комбинацией: полость носа, ВЧП, решетчатый лабиринт. У 94,3% пациентов новообразование располагалось в полости носа, что доступно стандартной передней риноскопии при базовом оториноларингологическом осмотре. У 3 (8,6%) человек отмечали экстраназальное распространение опухоли: у 1 (2,9%) пациента – интракраниальное и интраорбитальное распространение новообразова-

ния, у 2 (5,7%) человек в опухолевый процесс была вовлечена только орбита.

Всем пациентам выполняли хирургическое лечение с использованием наружных доступов. Применяли следующие операции: ринотомия по Денкеру – 14 (40,0%) пациентам, операция по Колдуэлл-Люку – 12 (34,2%) пациентам, ринотомия по Муру – 3 (8,6%) пациентам, остеопластическая фронтотомия – 2 (5,7%) пациентам, резекция тканей носа – 2 (5,7%) пациентам, краниофациальная резекция – 1 (2,9%) пациенту, ринотомия по Ружу 1 (2,9%) пациенту. Таким образом, наиболее часто применяли доступы по Денкеру и Колдуэлл-Люку, что объясняется локализацией опухоли в полости носа, ВЧП, решетчатом лабиринте.

Анализ применения наружных доступов в клинической практике проводили с позиции хирургической травмы мягких тканей и костных структур, сосудов, нервов. Отдаленные осложнения наружных доступов разнообразны. В данной группе пациентов выявлены следующие осложнения: онемение лица у 22 (62,9%) пациентов, деформация тканей лица на стороне операции – у 14 (40,0%), парестезии – у 14 (40,0%), слезотечение – у 13 (37,1%), болевой синдром – у 10 (28,6%), дисфункция носового клапана – у 8 (22,9%), косметический дефект лица – у 6 (17,1%), ороантральный свищ – у 3 (8,6%), эктропион – у 1 (2,9%), энтофтальм – у 1 (2,9%), тревожно-депрессивное расстройство – у 1 (2,9%) пациента.

Полость носа и околоносовые пазухи являются анатомически сложной зоной как функционально, так и эстетически: передние стенки формируют лицо, задние стенки образуют основание черепа. Наружные доступы подразумевают удаление не только патологически измененных тканей, но и костных структур, формирующих остов лицевого черепа, для создания хирургического коридора. Это приводит к образованию стойких дефектов и деформаций лица, рубцеванию и втяжению мягких тканей в область дефекта. Данное осложнение наблюдали после ринотомии по Денкеру – у 11 (78,6%) человек, ринотомии по Муру – у 2 (66,7%) пациентов. На рисунке 1 представлена КТ пациента, пролеченного с применением ринотомии по Денкеру. На данном изображении видна деформация костных структур лицевого черепа. Косметический дефект лица в виде рубца обусловлен выполнением кожных разрезов при ринотомии по Муру, остеопластической фронтотомии и краниофациальной резекции. Это ухудшает эстетический вид челюстно-лицевой области, что особенно актуально для

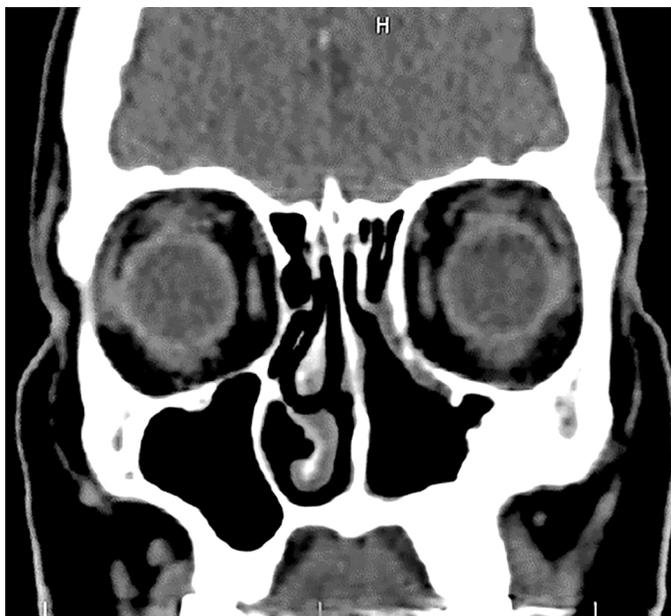


Рисунок 1 – Компьютерная томограмма лицевого черепа пациентки с ИП после ринотомии по методике Денкера.

женщин. В данном исследовании 4 (30,8%) из 13 женщин выполняли кожные разрезы. Эктропион может быть вторичным по отношению к рубцеванию при натяжении нижнего века вниз [2]. В 1 (2,9%) наблюдении, после краниофациальной резекции, развился эктропион. Наиболее частые осложнения – онемение лица, парестезии, боль – связаны с травмой ветвей подглазничного нерва, что неизбежно при выполнении разрезов кожи и мягких тканей лица, преддверия полости рта. Кроме этого, манипуляции в ВЧП при удалении опухоли могут привести к травме самого подглазничного нерва, особенно при расположении канала подглазничного нерва внутри пазухи, что по данным специальной литературы имеет место в 23,2% наблюдений, а в 50,3% канал располагается под верхней стенкой ВЧП [2].

Грубые манипуляции вблизи орбиты могут привести к серьезным офтальмологическим осложнениям: внутриорбитальной гематоме, блефариту, диплопии и перемежающемуся дакриоциститу. Повреждение носослезного протока при ринотомии по Денкеру, Муру

и последующий стеноз отверстия слезного мешка может привести к слезотечению и эпифоре [3]. Слезотечение в данном исследовании отмечено у 10 (71,4%) пациентов после ринотомии по Денкеру, у 2 (66,7%) пациентов после ринотомии по Муру и у 1 пациента после краниофациальной резекции.

Ограничения визуализации лобной и клиновидной пазух, верхушки орбиты в 9,09% приводит к дефектам основания черепа с последующим развитием ликвореи и травме сосудов, в том числе и внутренней сонной артерии. В специальной литературе сообщается о развитии послеоперационного менингита в 4,3% наблюдений [1]. Необходимо отметить, что в данном исследовании не зафиксированы такие осложнения, как ликворея, менингит, кровотечение, внутриорбитальная гематома.

Поздние осложнения включают длительное образование корок, синусит, кожно-носовой и ороантральный свищ, вестибулярный стеноз и коллапс носового клапана. По данным контрольной компьютерной томографии ОНП в 36,36% наблюдений после операции возникает рубцовый стеноз лобно-носового кармана, что приводит к формированию хронического фронтита [1]. В данной группе пациентов фактов стеноза лобно-носового кармана не зафиксировано. Ороантральный свищ сформировался после ринотомии по Денкеру у 3 (21,4%) из 14 пациентов. Дисфункция носового клапана выявлена у 8 (57,1%) пациентов после ринотомии по Денкеру.

Один (2,9%) пациент связывает развитие тревожно-депрессивного расстройства с выполненной ему ринотомией по Денкеру. Пациент постоянно принимает антидепрессанты, лишен возможности управлять автомобилем и заниматься трудовой деятельностью.

Заключение. Инвертированная папиллома синоназального тракта – доброкачественная опухоль. У 94,3% пациентов новообразование располагается в полости носа, что доступно стандартной передней риноскопии при базовом оториноларингологическом осмотре. Основной жалобой у 97,1% пациентов является затрудненное носовое дыхание и у большинства пациентов (94,1%) затрудненное носовое дыхание имело односторонний характер. Наиболее частая локализация опухоли представлена комбинацией: полость носа, верхнечелюстная пазуха, решетчатый лабиринт. Применение наружных доступов травматично, приводит к стойкому рубцеванию и обезображиванию лица, неврологическому дефициту, что свидетельствует о необходимости разработки методов с минимальной хирургической травмой.

Литература.

1. Инвертированная папиллома сино-назальной локализации: современные представления об этиологии, патогенезе, классификации и клинических проявлениях / К. И. Сапова [и др.] // Рос. оториноларингология. – 2017. – Т. 89, № 4. – С. 82–87. doi: 10.18692/1810-4800-2017-4-82-87.
2. Haghnegahdar, A. Evaluation of infraorbital canal in cone beam computed tomography of maxillary sinus / A. Haghnegahdar, L. Khojastepour, A. Naderi // J. of Dentistry. – 2018. – Vol. 19, N 1. – P. 41–47.
3. Kim, J. S. Recurrence of sinonasal inverted papilloma following surgical approach: a meta-analysis / J. S. Kim, S. H. Kwon // Laryngoscope. – 2017. – Vol. 127, N 1. – P. 52–58. doi: 10.1002/lary.26222
4. Sinonasal inverted papilloma: a case report and mini review of histopathological features [Electronic resource] / S. Khandekar [et al.] // J. of Oral Maxillofac. Pathol. – 2015. – Vol. 3. – Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4774299/pdf/JOMFP-19-405a.pdf> (accessed 19 January 2022). doi: 10.4103/0973-029X.174644
5. Surgical management of inverted papilloma involving the frontal sinus: a practical algorithm for treatment planning / G. Pietrobbon [et al.] // Acta Otorhinolaryngol. Italica. – 2019. – Vol. 39, N 1. – P. 28–39. doi: 10.14639/0392-100X-2313.