

## Neprepoznati simptomi i pogrešno liječenje malignih tumora nosnog kavuma i paranazalnih sinusa

Dinko Leović<sup>1</sup> i Mišo Virag<sup>2</sup>

Odjel za kirurgiju čeljusti i lica, Klinička bolnica Osijek<sup>1</sup>; Klinika za kirurgiju lica, čeljusti i usta, Klinička bolnica Dubrava, Zagreb<sup>2</sup>

Stručni rad

UDK 616.216-006.6-08

Prispjelo: 5. studenoga 2002.

Provedeno je retrospektivno istraživanje bolesnika liječenih od 1976. do 1997. zbog malignog tumora paranazalnih sinusa na Klinici za kirurgiju lica, čeljusti i usta u Zagrebu. Cilj istraživanja bio je odrediti učestalost i obrazac neprepoznavanja simptoma bolesti i pogrešnog liječenja. Korišteni su anamnestički podaci 75 bolesnika. Rezultati ukazuju da je u gotovo 50% bolesnika tumor neprepoznat i pogrešno liječen. Studija je otkrila da se najčešće ne prepoznaju inicijalni simptomi vezani za usnu šupljinu (32%), zatim nazalni simptomi (27%), facijalni simptomi u 24%, dok su okularni bili neprepoznati u 15% bolesnika. Najveći udio u pogrešnom liječenju ispitivane skupine imali su stomatolozi (41,5%) i otorinolaringolozi (23,3%). Ostale medicinske specijalnosti sudjelovale su u pogrešnom liječenju ispitivane skupine u manje od 20%, svaka. Rezultati ove studije ukazuju da svaki jednostrani "upalni" proces usne šupljine, nosa i/ili sinusa, orbite, u kojeg nakon dva tjedna liječenja ne dolazi do poboljšanja, zahtijeva dodatnu dijagnostičku obradu. Patognomonični simptomi zahtijevaju dijagnostičku obradu odmah.

**Ključne riječi:** liječenje, maligni tumori, nosni kavum, paranazalni sinusi, simptomi

### UVOD

Maligni tumori nosnih kavuma i paranazalnih sinusa ubrajaju se u rjeđe neoplazme te čine od 0,2 do 0,8% svih humanih malignoma, odnosno 3% tumora gornjeg respiratornog i probavnog trakta (1). Incidencija bolesti kreće se u većini zemalja između 0,3 i 1 na 100.000 stanovnika godišnje, uz češću pojavu u muškaraca (2). Klinička slika ove bolesti krajnje je nespecifična te ovi tumori uglavnom imitiraju kronični sinusitis, dakriocistitis, upalna odontogena stanja i slično (3) tako da u prosjeku trajanje bolesti do postavljanja dijagnoze iznosi nekoliko mjeseci (3, 4, 5). Simptomi se javljaju tek kada tumor probije koštane stijenke sinusa te ovisno o smjeru mogu biti nazalni (od poteškoća s disanjem do potpune opstrukcije nosa, pojačana mukopurulentna sekrecija iz nosa, krvarenje ili sukrvavi sadržaj iz nosa kroz duže vrijeme), okularni (epifora, egzofthalmus, poremećaj bulbomotorike, duboka retrobulbarna bol, poremećaj vida), oralni (zubobolja i klimavost zubi, proširenje alveolarnog nastavka gornje čeljusti, pojava otekline ili ulkusa na nepcu ili u vestibulumu uz gornju čeljust, poteškoće s otvaranjem usta) i facijalni (oteklina lica s ulceracijom ili bez ulceracije, unilateralna bol lica, unilateralna utrnulost lica, promjena boje kože). Osim kliničke slike, u dijagnostici su neizostavni klasični rendgenski snimci sinusa, CT ili MR sinusa, endoskopska dijagnostika nosnih kavuma i konačno biopsija tumora. Unatoč napretku suvremene dijagnostike, pravovaljano prepoznavanje simptoma bolesti i danas je osnova rane dijagnoze.

### MATERIJALI I METODE

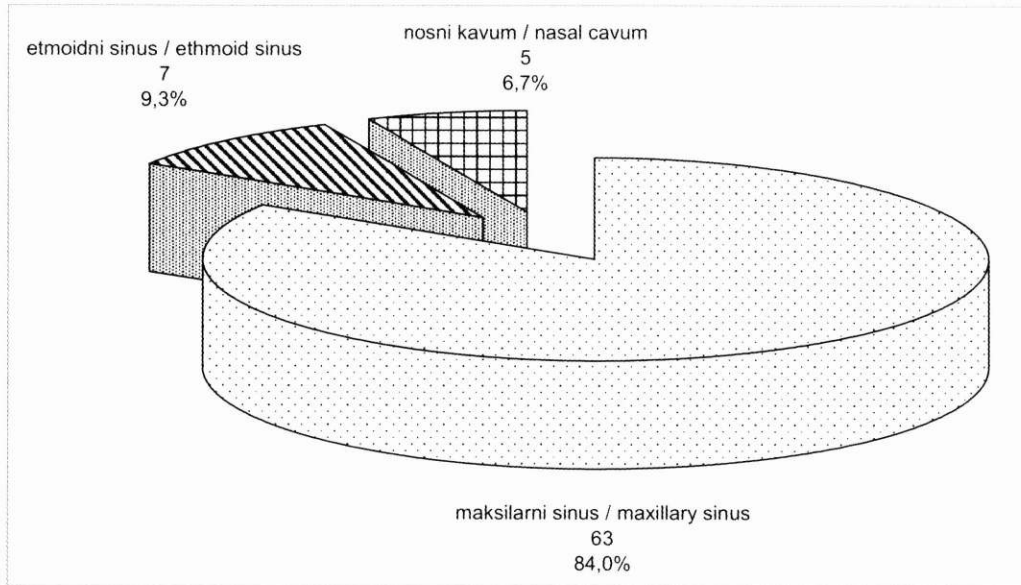
Istraživanje je obuhvatilo bolesnike liječene zbog malignog tumora nosnih kavuma i paranazalnih šupljina na Klinici za kirurgiju lica, čeljusti i usta Kliničke bolnice Dubrava u Zagrebu, u razdoblju od siječnja 1976. do prosinca 1997. godine. Osnovni kriterij uključivanja u ispitivanje bio je postojanje preciznih anamnestičkih podataka vezanih za simptome bolesti, kao

i za podatke o prijašnjem liječenju. Zadane kriterije zadovoljilo je 75 bolesnika. Za svakog bolesnika definiran je inicijalni simptom/i zbog kojeg se prvi puta javio liječniku. Simptomi su podijeljeni u sljedeće skupine: facijalni, nazalni, oralni, okularni te metastatski čvor na vratu kao inicijalni simptom. Pogrešnim liječenjem označeno je svako liječenje simptoma bolesti koje je trajalo 14 dana i duže, bez poduzimanja daljnjih koraka i dijagnostičke obrade te ono koje je bilo posve neprimjereno anamnestičkim podacima i kliničkoj slici, bez obzira na trajanje. Autori napominju da je neprimjerenost liječenja u odnosu na kliničku sliku i anamnezu njihova subjektivna procjena te da kao takva može utjecati na iskrivljenje rezultata istraživanja. Punkcije ili trepanacije maksilarnog sinusa kojima je citološki ili histološki verificiran maligni proces nisu svrstane u kategoriju pogrešnog liječenja, bez obzira na intenciju zahvata. Rezultati su izraženi opisnom statistikom.

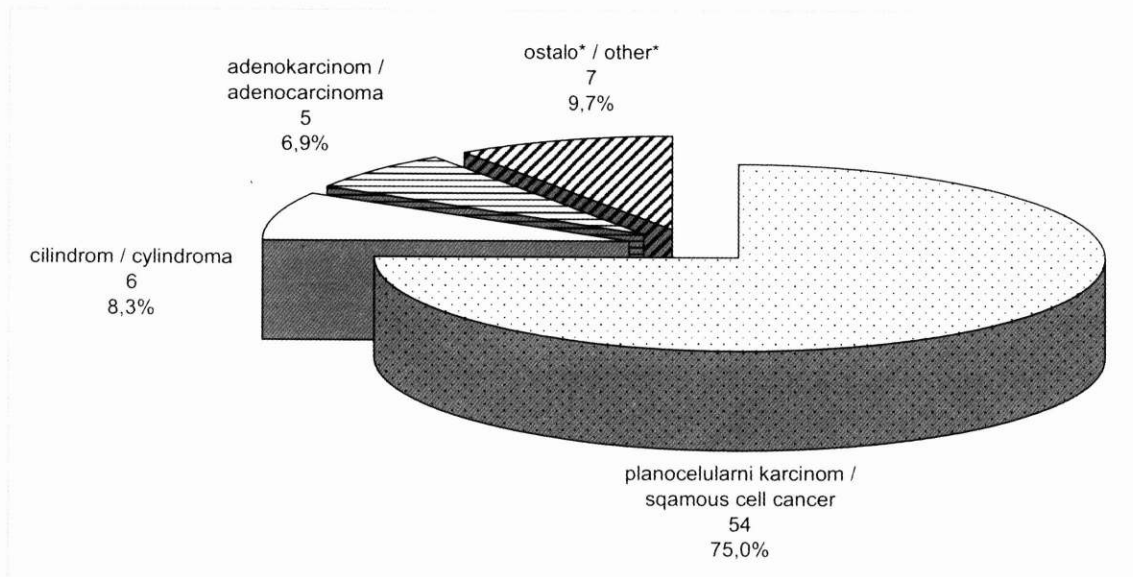
### REZULTATI

Najčešće ishodište malignog tumora u ispitivanoj skupini bio je maksilarni sinus u 63 bolesnika (84%), zatim etmoidni sinus u 9,3% i nosni kavum u 6,7% (Slika 1). Patohistološki, planocelularni karcinom nađen je u 54 bolesnika (72%), cilindrom u 6 (8%), adenokarcinom u 5 (6,7%), dok su u 7 bolesnika (9,3%) dokazani ostali patohistološki tipovi malignog tumora (Slika 2.). Tablicom 1. prikazana je učestalost pojedinih inicijalnih simptoma. Vidljivo je da su najčešći simptomi oteklina lica, oteklina ili ulceracija alveolarnog grebena maksile, otežano disanje na nos, utrnulost lica, epifora i dislokacija očnog bulbusa. Ostali simptomi javili su se u manje od 20% slučajeva. Pogrešno je liječeno 36 (48%) od 75 bolesnika. Budući da je neke bolesnike pogrešno liječilo više medicinskih specijalnosti, ukupan broj pogrešnih liječenja je 41. Oralna simptomatologija bila je neprepoznata u 32%, nazalna u 27%, facijalna u 24%, a okularna u 15% slučajeva. Metastatski čvor nije prepoznat kao inicijalni simptom u 2% bolesnika (Slika 3.). Najveći broj

SLIKA 1.  
 Raspodjela tumora prema lokalizaciji (N=75)  
 PICTURE 1.  
 Distribution of tumours according to localisation (N=75)



SLIKA 2.  
 Patohistološki tipovi tumora (N=75)  
 PICTURE 2.  
 Pathohistologic types of tumours (N=75)



Legenda/ legend  
ostalo\*: anaplastični karcinom - 2, acinocelularni karcinom - 1, maligni Schwanom - 1, olfaktorni neuroblastom - 1, maligni invertirni papilom - 1, neklasificirani karcinom - 1.  
other\*: anaplastic carcinoma - 2, acinus cell carcinoma - 1, malignant Schwanoma - 1, olphactory neuroblastoma - 1, malignant inverted papilloma -1, non-classified carcinoma -1.

pogrešnih liječenja proveden je od strane stomatologa: 17 slučajeva (41,5%). Prema anamnestičkim podacima radilo se o ekstrakcijama zubi i antibiotskoj terapiji. U 12 slučajeva (23,3%) tumori nisu prepoznati i pogrešno su liječeni od strane otorinolaringologa (antibiotici, inhalacije, kapi za nos, ekscizije metastatskih čvorova, blokade živaca zbog utrnulosti lica). Liječnici opće medicine pogrešno su liječili bolesnike u 6 (14,6%) slučajeva i to antibioticima, kapima za nos i tamponadom nosa, dok u slučaju oftalmologa tumor nije prepoznat u 4

(9,8%) slučajeva. Pogrešna oftalmološka terapija odnosila se na antibiotike, kapi za oči i proširivanje suznih kanala. U po jednom slučaju (2,4%) bolesnici su pogrešno liječeni od strane maksilofacijalnog (plastika "oroantralne fistule") i oralnog kirurga (enukleacija "ciste" gornje čeljusti) (Slika 4.).

TABLICA 1.  
 Učestalost inicijalnih simptoma (N=75)  
 TABLE 1.  
 Frequency of initial symptoms (N=75)

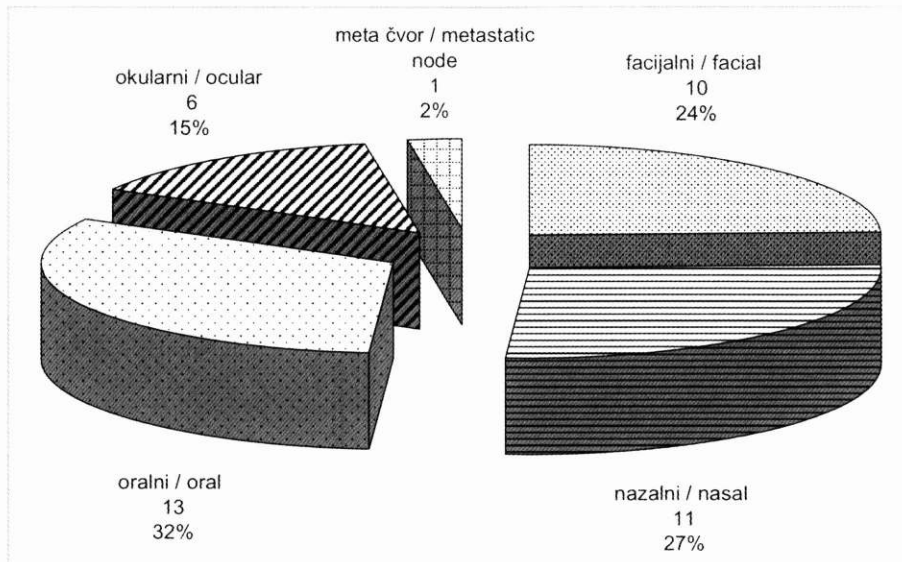
SIMPTOM SYMPTOM	n	%
oteklina lica <i>facial swelling</i>	46	61,30
oteklina / ulceracija grebena i/ili vestibuluma <i>alveolar process and/or vestibule swelling / ulceration</i>	35	47
otežano disanje na nos <i>nasal obstruction</i>	33	44
utrnulost lica <i>facial parestesia</i>	30	40
epifora <i>epiphora</i>	30	40
dislokacija očnog bulbusa <i>ocular globe dislocation</i>	29	38,7
bol lica <i>facial pain</i>	17	22,7
oteklina / ulceracija nepca <i>palate swelling / ulceration</i>	17	22,7
pojačana sekrecija iz nosa <i>increased nasal secretion</i>	16	21,3
vidljivi tumor u nosu <i>visible nasal mass</i>	14	18,7
epistaksa <i>epistaxis</i>	8	10,7
poremećaj vida <i>visual impairment</i>	8	10,7
zubobolja <i>teeth pain</i>	7	9,3
metastatski čvor na vratu <i>neck metastasis</i>	7	9,3
fistula nakon vadenja zuba <i>postextractional fistula</i>	4	5,3
egzulceracija kože lica <i>facial skin egzulceration</i>	4	5,3
klimavost zubi <i>teeth luxation</i>	3	4
poremećaj bulbomotorike <i>eye motility impairment</i>	2	2,7
dvoslike <i>double vision</i>	2	2,7

#### RASPRAVA

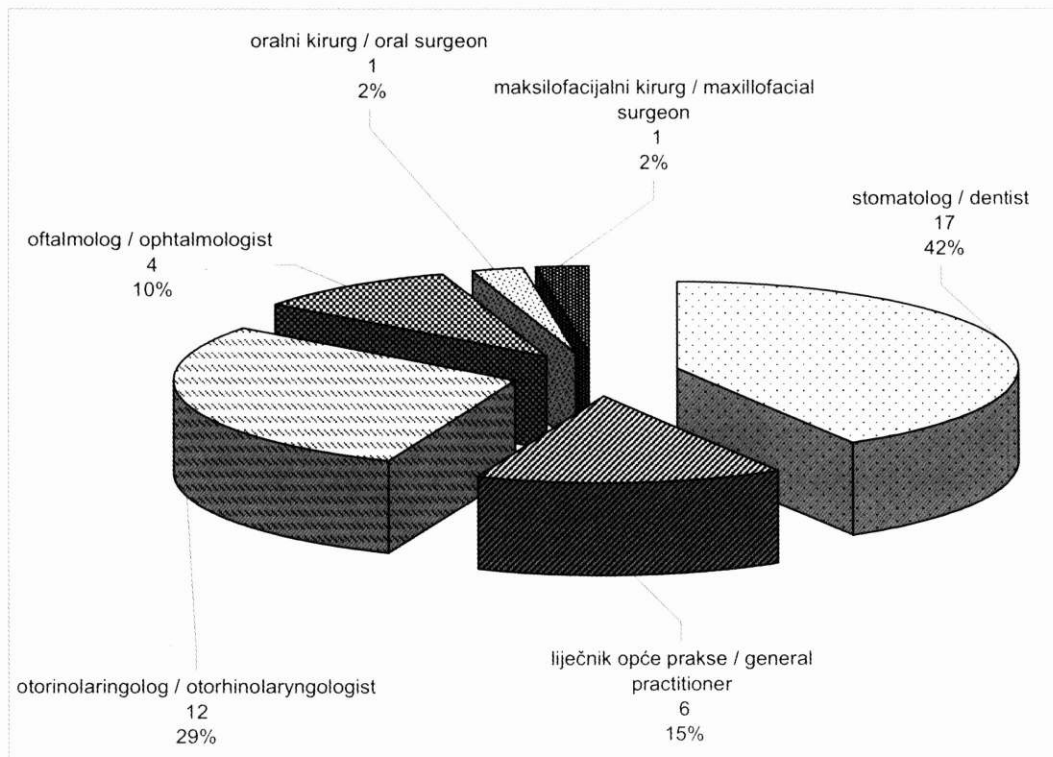
Klinička slika karcinoma nosa i paranazalnih sinusa vrlo je nespecifična. T1 i T2 tumori (ograničeni na sluznicu sinusa) uglavnom predstavljaju slučajan nalaz jer se simptomi javljaju tek kada tumor proдре kroz koštane stijenke sinusa, odnosno u T3 i T4 stupnju. I tada ovi rijetki tumori, ovisno o smjeru eksten-

zije, imitiraju učestalija klinička stanja poput kroničnog sinusitisa, dakriocistitisa, upalnih odontogenih stanja, neuralgija kranijalnih živaca, glavobolje i sl. Tako, ekstenzije prema etmoidu često imaju za posljedicu pojavu epifore, dok infiltracija krilnonepčane jame i krilnonepčanog ganglija može izazvati leziju sekretornih vlakana za suznu žlijezdu. U tom slučaju, prvi simptom bolesti može biti unilateralni gubitak suza (6). Rijetka poja-

SLIKA 3.  
 Pogrešno liječenje ovisno o inicijalnim simptomima (n=41)  
 PICTURE 3.  
 Mistreatment related to initial symptoms (n=41)



SLIKA 4.  
 Raspodjela pogrešnog liječenja prema medicinskim specijalnostima (n=41)  
 PICTURE 4.  
 Distribution of mistreatment according to medical specialisations (n=41)



va bolesti i neiskustvo liječnika, uključujući i specijaliste, dovodi do niskog indeksa sumnje koji rezultira neprepoznavanjem i pogrešnim liječenjem bolesti. Ova činjenica obilježje je tumora paranasalnih sinusa već desetljećima. Larsson i Martensson već su pedesetih godina primijetili da u preko 90% tumora u trenutku dijagnoze postoji destrukcija koštanih stijenki sinusa. Autori su

tada "proročki" navijestili da se niti u budućnosti, uvođenjem suvremenijih dijagnostičkih metoda, ova bolest, zbog krajnje nespecifičnih simptoma, neće moći bitno ranije dijagnosticirati (3). Bol je jedan od važnijih simptoma zbog kojih se bolesnici javljaju i zahtijeva ozbiljnu obradu. Zbog pritiska tumora i retencije sekreta u sinusu, tupu jednostranu bol glave i lica može biti

relativno rani znak bolesti. Jaka, oštra bol obično nije česta, a ukoliko postoji, može biti znak uznapredovalog tumora koji infiltrira živce u krilnonepečanoj i infratemporalnoj jami (7). Analizirajući bol u svojih bolesnika, Miyaguchi i Sakai našli su da je najzastupljenija bol lica (48%), zatim zubobolja (39%), glavobolja (29%), te bol oka (23%). Autori smatraju da je svaka nerazjašnjena glavobolja suspektna na karcinom sinusa (8). U ovom istraživanju ispitani bolesnici su bol lica kao inicijalni simptom naveli u svega 22%, a zubobolju u manje od 10% slučajeva. Nasuprot tome, oteklina lica i alveolarnog grebena gornje čeljusti bili su najčešći simptomi. To objašnjava vrlo visoku zastupljenost stomatologa u pogrešnom liječenju. Iznenađuju niski udjeli zubobolje i klimavosti zubi kao inicijalnih simptoma u ovoj studiji. Moguće je da se radi o neprepoznavanju njihove važnosti od strane bolesnika u odnosu na dramatičnije simptome koji su se pojavili u kasnijem tijeku bolesti. Za pretpostaviti je da je iz tog razloga oteklina alveolarnog grebena i vestibuluma usne šupljine s ulceracijom ili bez ulceracije navedena kao inicijalni simptom čak u 47% slučajeva, iako je teško vjerovati da se ovo stanje može razviti bez prethodne zubobolje ili klimavosti zubi (ukoliko se radi o ozubljenju gornjoj čeljusti). Koliko je klinička slika nespecifična pokazuje značajan udio otorinolaringologa u pogrešnom liječenju, iako se radi o medicinskoj specijalnosti koja bi trebala verificirati i, konačno, liječiti bolest. Naime, simptomi malignog tumora ponekad u tolikoj mjeri imitiraju kliničku sliku kroničnog sinusitisa da na osnovi kliničke slike i klasične rendgenske obrade nije moguće postaviti dijagnozu, a iz ovog istraživanja je vidljivo da je smetnje disanjem na nos imalo 44% bolesnika. Sumnja bi se trebala pojaviti u slučajevima češćih epistaksi, a naročito sukrvavog sekreta iz nosa. Chow i sur. smatraju da sumnju na tumorski proces paranasalnih sinusa treba postaviti u slučajevima kada ne postoji odgovor na terapiju sinusitisa te ukoliko se radi o unilateralnim simptomima (9). Postoje međutim i simptomi koji bi trebali vrlo rano uputiti dijagnostičku obradu prema malignom tumoru paranasalnih sinusa. Vjerojatno je najspecifičniji među njima poremećaj senzibiliteta lica i zubi. Zubobolja i poremećaj senzibiliteta sjekutića mogu biti znak zahvaćenosti korijena zubi ili infiltracije gornjeg alveolarnog živca. Poremećaj senzibiliteta srednje trećine lica, kože nosa, donje vjeđe i gornje usnice znak je infiltracije infraorbitalnog živca. Poremećaj osjeta molara i premolara znak je destrukcije infraorbitalne stijenke i prodora u infratemporalnu jamu (10,11).

Vezano uz prethodno objašnjene probleme u dijagnostici, moguće je donijeti sljedeće zaključke i preporuke:

- usprkos golemom napretku moderne dijagnostike: CT, MR,

endoskopske metode, dijagnoza malignog tumora paranasalnih sinusa i dalje je zakašnjela;

- pogrešno liječenje zbog neprepoznatih inicijalnih simptoma uzrok je odloženog liječenja u gotovo 50% slučajeva;
- najveći problem predstavljalo je neprepoznavanje inicijalnih simptoma vezanih za usnu šupljinu;
- udio ORL specijalista u pogrešnom liječenju vrlo je velik;
- svako liječenje odontogenog apscesa, sinusitisa, dakriocistisa, celulitisa orbite i sl. nakon dva tjedna neuspjeha zahtijeva daljnju dijagnostičku obradu;
- hipoestezija / parestezija lica, zubi, alveolarnog grebena maksile, egzoftalmus, sukrvavi sekret iz nosa, produženo cijeljenje alveole nakon ekstrakcije zuba, vidljivi tumor u nosu otvorene etiologije, suspektni metastatski čvor na vratu, egzulceracija kože lica, zahtijevaju dijagnostičku obradu radi isključivanja maligne bolesti odmah;
- nagla pojava unilateralne upalne simptomatologije uvijek zahtijeva oprez;
- oprez u slučaju dubokih boli lica i oka.

#### LITERATURA

1. Batsakis JG, Rice DH, Solomon AR. The pathology of head and neck tumours: squamous and mucous gland carcinomas of the nasal cavity, paranasal sinuses and larynx. Part 6. *Head Neck Surg* 1980;2:497-508.
2. Muir CS, Nectoux J. Descriptive epidemiology of malignant neoplasms of nose, nasal cavities, middle ear and accessory sinuses. *Clin Otolaryngol* 1980;5:195-211.
3. Larsson LG, Martensson G. Carcinoma of the paranasal sinuses and the nasal cavities. *Acta Radiol* 1954;42:149-72.
4. Jackson RT, Fitz-Hugh GS, Constable WC. Malignant neoplasms of the nasal cavities and paranasal sinuses: a retrospective study. *Laryngoscope* 1977;87:726-36.
5. Paulino AC, Marks JE, Bricker P, Melian E, Reddy SP, Emami B. Results of treatment of patients with maxillary sinus carcinoma. *Cancer* 1998;83:457-65.
6. Pearson BW. *Surgical Anatomy of the nasal cavity and paranasal sinuses*. U: Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, Lindberg RD. *Comprehensive Management of Head and Neck Tumours*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1999. str. 540-57.
7. Larsson LG, Martensson G. Maxillary antral cancers. *JAMA* 1972;219:342-6.
8. Miyaguchi M, Sakai S. Spontaneous pain in patients with maxillary sinus carcinoma in relation to T- classification and direction of tumour spread. *J Laryngol Otol* 1992;106:804-6.
9. Chow JM, Leonetti JP, Mafee MF. Epithelial tumours of the paranasal sinuses and nasal cavity. *Radiol Clin North Am* 1993;31:61-73.
10. Liu FC, Strome M. Staging in the treatment of maxillary carcinoma revisited. *J Laryngol Otol* 1988;102:224-6.
11. Weisman RA. *Surgical anatomy of the orbit*. *Otolaryngol Clin North Am* 1988;21:1-12.

## UNRECOGNISED SYMPTOMS AND MISTREATMENT OF NASAL CAVUM AND PARANASAL SINUS NEOPLASMS

Dinko Leović

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Clinical Hospital Osijek

Mišo Virag

Clinic for Oral and Maxillofacial Surgery, Clinical Hospital "Dubrava", Zagreb

### ABSTRACT

Retrospective study of the patients treated from 1976 to 1997 in Maxillofacial Department, University Hospital Dubrava, Zagreb due to malignant tumour of paranasal sinuses has been conducted. The aim of study was to evaluate the frequency of non-recognition of the initial symptoms and wrong treatment. The results revealed that, in almost 50% of patients the tumour was not recognised and mistreated. The vast majority of non-recognised symptoms were related to oral cavity (32%), followed by nasal symptoms (27%), facial symptoms (24%) and ocular symptoms in 15%. Dentists participated in mistreating of the studied group in 41,5%, otorhinolaryngologists in 23,3%. Other medical profiles participated in less than 20%, each. Results of this study suggest that any unilateral inflammatory process in the oral cavity, nasal cave and/or paranasal sinuses and orbit, in which after two weeks of treatment no improvement has been detected, requires further diagnostic analysis. Pathognomonic symptoms require diagnostic analysis immediately.

**Key words:** treatment, neoplasms, nasal cavum, paranasal sinuses, symptoms