

Pierwotny oponiak pozaczaszkowy występujący pod postacią polipów nosa

Primary extracranial meningioma presenting as nasal polyps

MONIKA M. GULBINOWICZ-GOWKIELEWICZ^{1/}, BOGDAN KIBIĘDA^{1/}, KAROL GUGAŁA^{2/}

^{1/} Oddział Otolaryngologii i Laryngologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

^{2/} Dział Patomorfologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Mimo, że oponiaki są częstymi nowotworami układu nerwowego, pierwotne oponiaki pozaczaszkowe występują bardzo rzadko. Przedstawiamy przypadek 33-letniego pacjenta przyjętego na oddział otolaryngologii z powodu polipów nosa. Na podstawie badania histopatologicznego i przeprowadzonej diagnostyki obrazowej rozpoznano pierwotnego oponiaka pozaczaszkowego. U pacjenta wykonano czynnościową chirurgię endoskopową zatok. Podczas 6-miesięcznej obserwacji nie stwierdzono nawrotu guza.

Słowa kluczowe: oponiak pozaczaszkowy, jama nosa, polip nosa, FESS, chirurgia endoskopowa

Although meningiomas are common tumors of nervous system, primary extracranial meningiomas are extremely rare. We present a case of a 33-year-old patient admitted to the otolaryngological ward for nasal polyps. A primary extracranial meningioma was identified from the results of histopathological tests and imaging. The patient was treated by Functional Endoscopic Sinus Surgery (FESS), with no recurrence of the tumor observed during 6-month follow-up.

Keywords: extracranial meningioma, nasal cavity, nasal polyp, FESS, endoscopic surgery

© Otolaryngologia 2011, 10(1): xxx

www.mediton.pl/orl

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Monika Gulbinowicz-Gowkielewicz
Oddział Otolaryngologii i Laryngologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
ul. Żołnierska 18, 10-561 Olsztyn
tel. 601-654-432, fax (89) 5386 463
monikagulbinowicz@interia.pl

WSTĘP

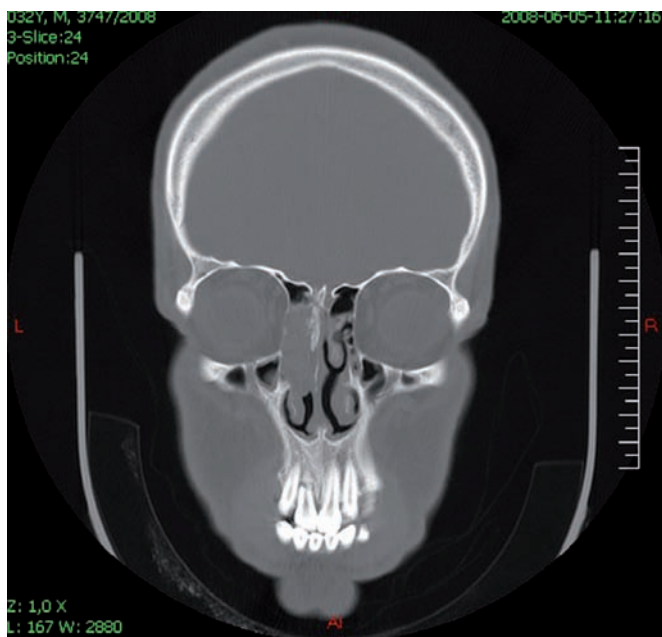
Oponiaki są najczęstszymi niegłojowymi nowotworami wewnątrzczaszkowymi. Wywodzą się z meningoocytów ziarnistości pajęczynówki i stanowią 24-30% pierwotnych guzów wewnątrzczaszkowych [1]. 6-17% oponiaków znajduje się poza ośrodkowym układem nerwowym [2,3]. Oponiaki pozaczaszkowe dzielą się na wtórne – powstające w wyniku szerzenia się nowotworu wewnątrzczaszkowego i pierwotne – będące ektopowym ogniskiem. Pierwotne oponiaki pozaczaszkowe stanowią ok. 2% wszystkich oponiaków i najczęściej lokalizują się w oczodole, okolicy ucha i na skórze w pobliżu kręgosłupa [4,5]. Pierwotne oponiaki nosa i zatok są bardzo rzadkie.

Celem naszej pracy było przedstawienie przypadku pierwotnego pozaczaszkowego oponiaka jamy nosa występującego pod postacią polipów.

OPIS PRZYPADKU

33-letni mężczyzna został przyjęty na oddział otolaryngologii z powodu częstych bólów głowy zlokalizowanych w rzucie zatok przynosowych i upośledzonej drożności nosa po stronie lewej. Ze strony pozostałych narządów nie zgłaszał dolegliwości. W badaniu przedmiotowym nosa z odchyleniem od stanu prawidłowego stwierdzono obecność dużego polipa w przewodzie nosowym środkowym po stronie lewej oraz skrzywienie przegrody nosa w lewo w tylnym odcinku. Pozostałe narządy ORL nie wykazywały zmian. Podstawowe badania laboratoryjne prawidłowe. Badanie tomografii komputerowej (TK) zatok przynosowych w płaszczyznach czołowych wykazało obecność masywnych polipowatych zgrubień błony śluzowej w obrębie komórek sitowia przedniego i tylnego po stronie lewej oraz w jamie nosowej również po stronie lewej. Przyścienne

zgrubienia śluzówki widoczne są w obrębie komórek sitowia po stronie prawej, zatokach klinowej i czołowej po stronie prawej oraz obustronnie w zatokach szczękowych. Pozostałe zatoki oboczne nosa mają zachowaną prawidłową powietrzną. Niedrożność kompleksu ujściowo-przewodowego po stronie lewej, po stronie prawej ma on zachowaną drożność. Lewoboczne skrzywienie przegrody nosa. Ścieńczenie i ubytki kostne widoczne są w obrębie sitowia po stronie lewej. Poza tym nie stwierdzono destrukcji ścian kostnych (ryc. 1).



Ryc. 1. Badanie tomografii komputerowej zatok przynosowych w płaszczyźnie czołowej (05.06.2008) – masywne polipowate zgrubienia błony śluzowej w obrębie komórek sitowia przedniego i tylnego po stronie lewej oraz w jamie nosowej również po stronie lewej

Na podstawie obrazu klinicznego i badania TK, pacjenta zakwalifikowano do leczenia operacyjnego z podejrzeniem lewostronnych polipów nosa. W znieczuleniu miejscowym wykonano polipektomię lewostronną i przekazano materiał do badania histopatologicznego.

Wynik badania histopatologicznego – meningioma G1

W celu oceny radykalności zabiegu i wykluczenia ewentualnych zmian wewnątrzczaszkowych wykonano kontrolne badanie TK zatok z kontrastem i rezonansu magnetycznego (MR) mózgowia z kontrastem. Kontrolne badanie TK zatok przynosowych z kontrastem wykazało zmniejszenie stopnia zaawansowania zmian w lewej jamie nosa. Zakres pozostałych zmian w zatokach, jak w badaniu poprzednim. Badanie MR mózgowia z kontrastem nie

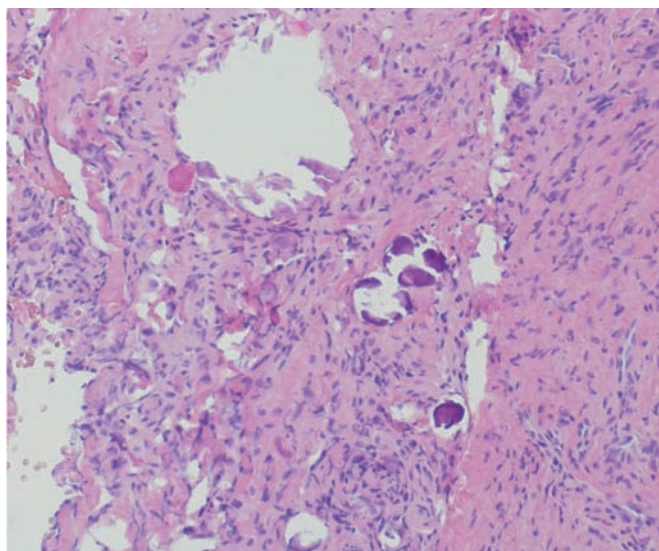
wykazało nieprawidłowych ognisk, ani patologicznego gromadzenia paramagnetyku w obrębie tkanki mózgowej.

Przeprowadzone badania dodatkowe umożliwiły rozpoznanie pierwotnego oponiaka pozaczaszkowego.

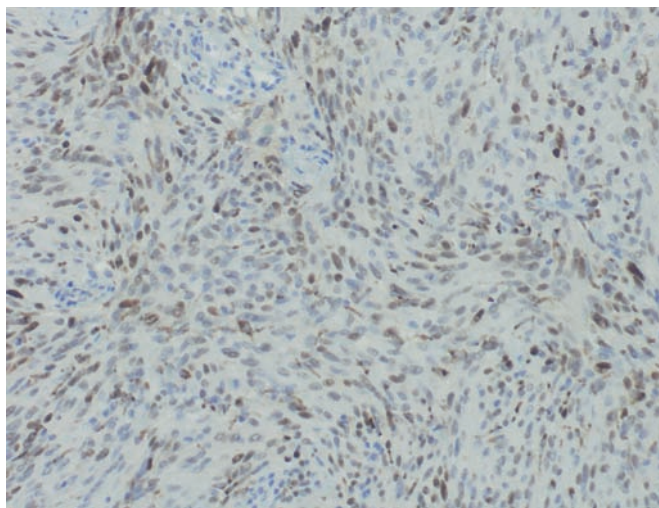
Chorego zakwalifikowano do ponownego leczenia operacyjnego. Zmianę usunięto metodą endoskopową (FESS) i przekazano do badania histopatologicznego.

Wynik badania histopatologicznego – meningioma G1 (ryc. 2-4)

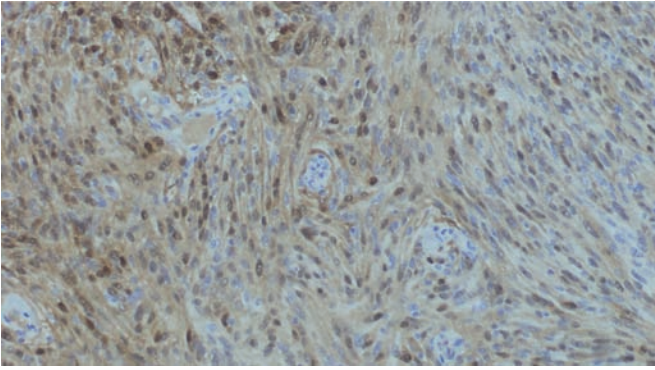
W kontrolnych endoskopowych badaniach otolaryngologicznych jamy nosa przeprowadzanych 9 miesięcy od zabiegu i badaniu TK zatok nie wykazano nawrotu guza, a jedynie bliznowate zmiany w okolicy pooperacyjnej.



Ryc. 2. Oponiak – barwienie H-E pow. 100x



Ryc. 3. Oponiak – barwienie dodatnie w kierunku receptorów progesteronowych pow. 100x



Ryc. 4. Oponiak – barwienie dodatnie w kierunku białka S-100 pow. 100x

DYSKUSJA

Istnieje kilka mechanizmów tłumaczących patofizjologię pierwotnych oponiaków pozaczaszkowych: obecność komórek pajęczynówki w osłonkach nerwów lub naczyń, dokąd dotarły z ośrodkowego układu nerwowego; przemieszczenie meningocytów do obszarów pozaczaszkowych podczas embriogenezy, urazu czy na skutek wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego lub powstanie z niezróżnicowanych komórek mezenchymalnych [2,4,6-10].

Do 2007 roku w literaturze opisano około 30 przypadków pierwotnych oponiaków jam nosa lub zatok przynosowych [11]. Nie ma jednoznacznych danych dotyczących częstości występowania oponiaków pozaczaszkowych w zależności od płci. Wg Ho odwrotnie niż w przypadku oponiaków wewnątrzczaszkowych, większość przypadków pierwotnych oponiaków pozaczaszkowych dotyczy mężczyzn [10]. Thompson i Gyure nie stwierdzili różnic, jednakże w przytaczanym przez nich przeglądzie piśmiennictwa widoczna jest niewielka przewaga kobiet [12]. Pierwotne oponiaki pozaczaszkowe występują najczęściej w 4-5 dekadzie życia.

Oponiaki pozaczaszkowe charakteryzują się makroskopowo i mikroskopowo niezwykle różnorodnością [13]. Na podstawie budowy histologicznej wyróżnia się 11 typów oponiaków, wśród których ok. 10% stanowią oponiaki anaplastyczne – uważane za postać złośliwą [14].

Objawy oponiaka pozaczaszkowego nie różnią się od tych prezentowanych przez inne łagodne guzy tego regionu. Pacjenci mogą zgłaszać upośledzenie drożności nosa, krwawienie z nosa, zapalenia zatok przynosowych a przy większych zamianach deformację twarzy i wytrzeszcz [10,15]. Z uwagi

na powolny wzrost oponiaków, a także ich rzadkie występowanie i niespecyficzne objawy są one rozpoznawane zwykle późno [12,15].

W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić szerokie spektrum łagodnych i złośliwych guzów jam nosa i zatok przynosowych: raki, guzy neurogenne (czerniak i nerwiak węchowy), naczyniowe (naczyniakowłókniak i przyzwojak) i mezenchymalne (agresywny piaszczakowaty włókniak kostniejący) [8,16,17]. Pierwotne oponiaki pozaczaszkowe są rzadko rozważane w diagnostyce różnicowej, a rozpoznanie stawiane jest najczęściej na podstawie badania histopatologicznego [10]. Przy podejrzeniu pierwotnego oponiaka pozaczaszkowego konieczne jest przeprowadzenie wnikliwej diagnostyki obrazowej przy użyciu TK z kontrastem i MRI z kontrastem, ponieważ często ujawnia ona jednak wewnątrzczaszkowe pochodzenie guza [9,15].

Podobnie jak w przypadku oponiaków wewnątrzczaszkowych leczeniem z wyboru jest usunięcie chirurgiczne. Z uwagi na ich promieniooporność, radioterapia stosowana jest jedynie przy braku możliwości leczenia operacyjnego lub w leczeniu paliatywnym [18]. Literatura dotycząca leczenia endoskopowego oponiaków zewnątrzczaszkowych jest bardzo skąpa. Kainuma i wsp. potwierdzają bezpieczeństwo i skuteczność leczenia z dostępu przez jamę nosa. Zastosowanie systemu nawigacji podczas chirurgii, autorzy ci uzasadniają ubytkiem w kościach podstawy czaszki, który w opisywanym przez nas przypadku nie miał miejsca.

Wznowy występują zwykle w tej samej lokalizacji co guz pierwotny sugerując raczej brak doszczętności pierwszego zabiegu niż nawrót guza. Regularne kontrole pooperacyjne są wysoce uzasadnione. Zgony w przebiegu oponiaków jam nosa i zatok są rzadkie i najczęściej spowodowane zajęciem ważnych życiowo struktur anatomicznych lub powikłaniami po leczeniu chirurgicznym niż złośliwym charakterem zmiany [12].

WNIOSKI

1. Oponiak pozaczaszkowy może imitować polipy nosa.
2. Konieczna jest ocena histopatologiczna każdego polipów nosa po ich usunięciu.
3. Metoda endoskopowa (FESS) wydaje się być użyteczna w leczeniu oponiaka pozaczaszkowego jam nosa.

Piśmiennictwo

1. Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD, Cavenee WK. World Health Organization classification of tumours of the central nervous system. 4th ed. Lyon: IARC Press, 2007.
2. Farr HW, Gray GF Jr, Vrana M, Panio M. Extracranial meningioma. *J Surg Oncol* 1973; 5(5): 411-20.
3. Lee KF, Suh JH, Lee YE, Berry RG. Meningioma of the paranasal sinuses. *Neuroradiol* 1979; 17(3): 165-71.
4. Friedman CD, Costantino PD, Teitelbaum B, Berktold RE, Sisson GA Sr. Primary extracranial meningiomas of the head and neck. *Laryngoscope* 1990; 100(1): 41-8.
5. Kershisnik M, Callender DL, Batsakis JG. Extracranial, extraspinal meningiomas of the head and neck. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1993; 102(12): 967-70.
6. Manni JJ. Ectopic meningioma of the maxillary sinus. *J Laryngol Otol* 1983; 97(7): 657-60.
7. Perzin KH, Pushparaj N. Nonepithelial tumors of the nasal cavity, paranasal sinuses, and nasopharynx. A clinicopathologic study. XIII: Meningiomas. *Cancer* 1984; 54(9): 1860-9.
8. McCullough JB, Evans AT, Vaughan-Jones R, Hussein KA. Fine needle aspiration (FNA) of a nasal meningioma: a case report. *Cytopathol* 1996; 7(1): 56-60.
9. Kjeldsberg CR, Minckler J. Meningiomas presenting as nasal polyps. *Cancer* 1972; 29(1): 153-6.
10. Ho KL. Primary meningioma of the nasal cavity and paranasal sinuses. *Cancer* 1980; 46(6): 1442-7.
11. Haber DM, Maniglia MP, Schiavetto RR, Molina FD, Maniglia JV. Primary Meningioma of the Paranasal Sinuses: Case Report. *Int Arch Otolaryngol* 2007; 11: 1-10.
12. Thompson LD, Gyure KA. Extracranial sinonasal tract meningiomas: a clinicopathologic study of 30 cases with a review of the literature. *Am J Surg Pathol* 2000; 24(5): 640-50.
13. Stankiewicz C, Kowalska B, Jaśkiewicz K. Meningiomas of the nose and paranasal sinuses. *Otolaryngol Pol* 2000; 54(3): 355-9.
14. Tytus JS, Lasersohn JT, Reifel E. The problem of malignancy in meningiomas. *J Neurosurg* 1967; 27(6): 551-7.
15. Serry P, Rombaux P, Ledeghen S, Collet S, Eloy P, Hamoir M, Bertrand B. Extracranial sinonasal tract meningioma: a case report. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 2004; 58(4): 151-5.
16. Taxy JB. Meningioma of the paranasal sinuses. A report of two cases. *Am J Surg Pathol* 1990; 14(1): 82-6.
17. Wenig BM, Vinh TN, Smirniotopoulos JG, Fowler CB, Houston GD, Heffner DK. Aggressive psammomatoid ossifying fibromas of the sinonasal region: a clinicopathologic study of a distinct group of fibroosseous lesions. *Cancer* 1995; 76(7): 1155-65.
18. Wara WM. Radiation therapy for brain tumors. *Cancer* 1985; 55(9 Suppl): 2291-5.