

Zastosowanie wewnątrznosowej operacji zatok w leczeniu paliatywnym raka zatoki szczękowej – doniesienie wstępne

Intranasal sinus operation in palliative therapy in maxillary cancer patient – preliminary report

Grzegorz Matyja, Jadwiga Kubrak¹, Krzysztof Woźniak², Anna Matyja³

Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej PAM w Szczecinie

¹Oddział Kliniczny Radioterapii PAM w Szczecinie

²Zakład Stomatologii Zachowawczej PAM w Szczecinie

³Katedra i Klinika Psychiatrii PAM w Szczecinie

Summary

The authors present a case of 64 years old woman treated with palliative radiotherapy due to maxillary sinus cancer – non-operative stage. The cancer-related pain couldn't be released after radiotherapy and with pain killers. She used NSAIDs and opioid drugs. Before chemotherapy she was undertaken intranasal sinus operation as a palliative operation. Maxillary sinus was opened. The pain after operation diminished significantly. She died 2 and a half months later, during chemotherapy, but free of pain.

H a s ł a i n d e k s o w e : rak zatoki szczękowej, ból nowotworowy, chirurgia endoskopowa zatok obocznych nosa

Key words : maxillary sinus cancer, cancer-related pain, endoscopic sinus surgery

Otolaryngol Pol 2008; LXII (6): 791–793 © 2008 by Polskie Towarzystwo Otorinolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

WSTĘP

Ból nowotworowy jest trudnym i wciąż do końca niepoznanym zagadnieniem współczesnej onkologii [1–4]. Szczególnie istotne jest jego zwalczanie u chorych w stadium zaawansowania, w którym nie można już opanować samej choroby, a pozostaje jedynie postępowanie paliatywne. W takiej sytuacji walka z bólem staje się najważniejszym elementem leczenia, którego celem ostatecznym jest zapewnienie pacjentowi komfortu życia w czasie, który mu pozostał. Powszechnie uznaje się tzw. III-stopniową drabinę analgetyczną [1–4], wchodzącą w skład opracowanych przez WHO metod zwalczania bólu. Zastosowanie tych wytycznych pozwala na wyeliminowanie lub złagodzenie bólu u około 70–90 % chorych [3]. Nie dziwi zatem, że przy tak wysokiej skuteczności metod nieinwazyjnych rola postępowania chirurgicznego w grupie pacjentów kwalifikowanych do leczenia paliatywnego budzi wiele wątpliwości. Do chwili obecnej brak też jasnych, precyzyjnych wytycznych do jego zastosowania. Panuje przekonanie, że operacja

może być dodatkowym źródłem bólu i cierpienia, do czego przyczyniać się może sam uraz operacyjny oraz trudności w gojeniu rany. Opinia ta dotyczy również chorych z nieoperacyjnym rakiem zatok obocznych nosa. Z tego też powodu kwalifikacja do operacji paliatywnej u tych pacjentów jest sprawą niezwykle trudną.

OPIS PRZYPADKU

Do tutejszej Kliniki zgłosiła się chora w wieku 64 lat z rozpoznaniem rakiem zatoki szczękowej prawej w stadium zaawansowania uniemożliwiającym radykalne leczenie operacyjne, po paliatywnej radioterapii, przed leczeniem chemioterapią. Głównym powodem szukania pomocy u laryngologa był bardzo silny ból, którego nie można było opanować lekami przeciwbólowymi – zarówno niesteroidowymi przeciwzapalnymi, jak i opiatami, w tym morfiną, oraz obawa o skutki rozpadu guza (w wyniku chemioterapii) w zamkniętej przestrzeni zatoki szczękowej.

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Pierwsze dolegliwości pojawiły się około 3 lata przed ustaleniem rozpoznania. Przez te trzy lata chora była leczona przez różnych specjalistów, w tym również psychiatrycznie, z powodu bardzo silnych dolegliwości bólowych głowy, głównie twarzoczaszki, o nieznannej etiologii. 21.01.2005 r. wykonano TK mózgowia, które to badanie nie wykazało zmian patologicznych. Jedynie w prawej zatoce klinowej widoczna była patologiczna treść. Fakt ten jednak nie zwrócił wówczas uwagi prowadzących lekarzy. Tydzień później chora była konsultowana przez neurochirurga z podejrzeniem neuralgii nerwu V prawego. Nie stwierdzono cech charakterystycznych dla neuralgii. Orzeczono brak wskazań do leczenia neurochirurgicznego i zaproponowano kontynuowanie leczenia u neurologa. Wykluczono także przyczyny stomatologiczne zgłaszanych dolegliwości. W tym czasie pacjentka przyjmowała leki przeciwbólowe. W czerwcu 2006 roku, ze względu na pojawienie się dolegliwości sercowych, była hospitalizowana na oddziale kardiologii, gdzie między innymi ze względu na utrzymujące się bóle prawej połowy czaszki rozpoczynające się od ust, promieniujące do oka i ucha po tej stronie – poproszono o konsultację reumatologiczną. Wykonano RTG kręgosłupa szyjnego (obniżenie krążków m.k.C5/C6 C6/C7, RTG kręgosłupa piersiowego – skolioza łagodna prawostronna, pojedyncze osteofity trzonów). Nie rozpoznano chorób o podłożu reumatycznym (ruchomość stawów i ich zarysy były prawidłowe, wywiad w kierunku bólów stawów, obrzęków, sztywności porannej, wysięków do jam nosa – ujemny). Jednak ze względu na wciąż występujące silne dolegliwości bólowe pacjentka nadal otrzymywała leczenie przeciwbólowe. Przełom nastąpił w lipcu 2006 roku, gdy pojawiła się guzowata zmiana na skórze prawego policzka. 20.07.2006 r. usunięto tę zmianę operacyjnie. W pooperacyjnym badaniu histopatologicznym (nr 1964/06) rozpoznano: *Carcinoma planoepitheliale invaivum G2 partim keratodes*, największa głębokość nacieku raka 2,5 mm, *excisio completa*. We wrześniu pacjentka została objęta kontrolą onkologiczną z rozpoznaniem: *carcinoma planoepitheliale cutis post operationem*. W dokumentacji medycznej odnotowywano jednak stałe narastanie dolegliwości bólowych. 28.11.2006 r. wykonano ponownie TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym i z uwzględnieniem oczodołów. Nie wykazano zmian patologicznych w mózgowiu. Natomiast opisano masę patologiczną na policzku po stronie prawej powodującą destrukcję kostną przedniej ściany zatoki szczękowej, ściany dolnej oczodołu oraz kości jarzmowej. Masa wnikała do zatoki szczękowej oraz przedniej części oczodołu i przestrzeni poza-gałkowej. Stwierdzono również pogrubienie błony

śluzowej w zatoce klinowej oraz szczękowej prawej. Wykonano ponadto USG jamy brzusznej oraz RTG klatki piersiowej (09.12.2006 r.) nie znajdując tam patologii. Chorą zdyskwalifikowano od leczenia operacyjnego. Zastosowano radioterapię (od 21.12.2006 r. do 19.02.2007 r.), podano dawkę całkowitą 64 Gy po 2 Gy dawki frakcyjnej promieniami X o energii 10 MeV na akceleratorze, stosując technikę 3D na okolicę zmiany i zatok przynosowych po stronie prawej. Zaobserwowano poprawę kliniczną po radioterapii – wystąpiła częściowa regresja zmiany, zmniejszyły się dolegliwości bólowe. Jednak dalsze złagodzenie cierpienia wymagało włączenia do leczenia morfiny. W maju 2007 r. stwierdzono ponownie narastanie dolegliwości bólowych, pomimo podawania opiatów. W badaniu klinicznym stwierdzono powiększone węzły chłonne podżuchwowe – biopsja aspiracyjna cienkoigłowa wykazała obecność komórek raka. Stało się jasne, że nastąpiła dalsza progresja choroby. Niestety, nie można było również opanować bólu. Pacjentkę zakwalifikowano do paliatywnej chemioterapii. Przed rozpoczęciem podawania cytostatyków poproszono o ponowne rozważenie zabiegu otwarcia zatoki szczękowej, przede wszystkim dlatego, że obawiano się problemów z wydostawaniem się produktów rozpadu guza podczas chemioterapii.

Decyzja o operacji nie była łatwa. Istniała groźba krwawienia i trudności z gojeniem. W tym czasie na policzku była widoczna patologiczna zmiana – naciek nowotworowy skóry policzka. Badanie TK ujawniło brak przedniej ściany zatoki szczękowej – zniszczenie kości przez rozrost nowotworu oraz nacieczenie prawego oczodołu. Zwracało również uwagę ogromne cierpienie pacjentki, pomimo stosowania dużych dawek narkotycznych środków przeciwbólowych. Opis tego cierpienia wykracza poza ramy artykułu, ale trudno bez emocji o tym pisać. Koszmar życia tej kobiety zmuszał do zrobienia czegokolwiek, co dałoby choćby cień szansy na zmniejszenie bólu. Zdecydowano się na przeprowadzenie operacji wewnątrznosowej. 05.06.2007 r. otwarto szeroko zatokę szczękową prawą. W jej wnętrzu nie było płynu. Ściana przyśrodkowa nie miała cech guza, natomiast ściana przednia i górna zatoki były „wytapetowane” białą, litą tkanką. Otwarto jedno uwypuklające się miejsce na przedniej ścianie, które odpowiadało guzowi na policzku obok oka i w ten sposób otwarto niewielką jamę, z której uwolniono płynną treść. Pacjentka zniosła zabieg dobrze. Krwawienie wbrew oczekiwaniom było nieznaczne, co pozwoliło pozostawić chorą bez tamponady.

Już na drugi dzień zobaczyliśmy wręcz teatralne zwycięstwo nad bólem. Pacjentka nie wymagała po-

dawania morfiny, choć okresowo otrzymywała małe dawki Ketonalu.

Jeszcze w czerwcu 2007 r. podjęto próbę paliatywnej chemioterapii. Zastosowano schemat 5 Fu + DDP (5- fluorouracyl + cisplatina). Do 04.08.07 r. chora otrzymała trzy kursy chemioterapii. W trakcie ostatniej wizyty kontrolnej obserwowano osłabienie, zawroty głowy, nudności, wymioty i biegunkę. Pacjentka nie skarżyła się na ból (!). Chorą hospitalizowano na Oddziale Onkologii Klinicznej. Od 10.08.2007 r. nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego: dysfagia, ból jamy ustnej (zapalenie śluzówek), osłabienie, agranulocytoza i anemia. Włączono leczenie przeciwwgrzybicze, antybiotykoterapię, czynniki wzrostu, przetoczono krew. 17.08.2007 r. chora zmarła, prawdopodobnie w wyniku powikłań po chemioterapii. Od czasu operacji do chwili śmierci ból twarzoczaszki nie powrócił.

OMÓWIENIE

Autorzy zdają sobie sprawę, że na podstawie jednego przypadku nie można wyciągać daleko idących wniosków, zwłaszcza w tak delikatnej materii, jaką jest leczenie chorych z nowotworem złośliwym w stanie terminalnym. Natomiast z całą pewnością opisany przypadek skłania do głębszego zastanowienia się nad tym, jakie postępowanie uznać za właściwe w podobnych sytuacjach. Pomijając nieszczęśliwie długą drogę pacjentki od pojawienia się pierwszych symptomów choroby do postawienia prawidłowego rozpoznania i poczucie bezradności wobec jej śmierci, pragniemy skupić się na momencie podjęcia decyzji o przeprowadzeniu operacji paliatywnej u chorego z nieoperacyjnym rakiem zatoki szczękowej. Wydaje się, że w tym konkretnym przypadku decyzja ta była słuszna – na ponad dwa miesiące życia, jaki jej pozostał, uwolniła pacjentkę od cierpienia towarzyszącego jej nieprzerwanie od trzech lat. Jest mało prawdopodobne, aby ustąpienie dolegliwości bólowych wynikało z psychologicznego efektu samego faktu operacji. Poprawa w tym zakresie utrzymywała się zbyt długo po zabiegu. Nie można jednak łatwo wyjaśnić przyczyny tak spektakularnej zmiany w samopoczuciu chorej. Nie wiadomo, czy zawdzięczamy ją samemu otwarciu zatoki i profilaktyce patologicznego zamykania się naturalnego ujścia, czy też otwarciu wypełnionego płynem tworzącej przedniej ściany zatoki. Rozważając jednak wstecznie wszystkie argumenty za i przeciw paliatywnej operacji wewnątrznosowej należy podkreślić, że znacznie więcej argumentów przemawiało w tym przypadku za podjęciem ryzyka. W obecnej dobie znieczulenie ogólne jest stosunkowo bezpieczne dla pacjenta, a zagrożenie krwawieniem

śród- i pooperacyjnym można minimalizować unikając przecinania tkanek nosa w miejscu typowego przejścia głównego unaczynienia. Uraz operacyjny w przypadku operacji prowadzonej wewnątrznosowo jest w praktyce równy zamierzeniu operacyjnemu, tzn. otwarciu zatoki i usunięciu patologicznej tkanki – bez konieczności uszkodzenia zdrowych tkanek, jak to ma miejsce podczas tworzenia dojścia podwargowego w klasycznych typach operacji zatoki szczękowej. Gojenie po zabiegu wewnątrznosowym nie wiąże się z niebezpieczeństwem wytworzenia się przetoki. Ten typ zabiegu daje możliwość oceny śród- i (co ważniejsze) pooperacyjnej wnętrza zatoki szczękowej oraz podawania leków bezpośrednio do chorej zatoki – w zasadzie nieinwazyjnie. Eliminuje także niebezpieczeństwo patologii wynikającej z zamknięcia naturalnego ujścia zatoki szczękowej, co pozwala łatwiej leczyć ewentualne stany zapalne i usuwać martwicę po rozpadzie guza.

Jaki mechanizm leżał u podstawy tak znacznego złagodzenia bólu, że pacjentka nie wymagała dalszego stosowania leków opiatowych, jest niejasne. Należy pamiętać, że niedługo po operacji włączono cytostatyki, co mogło mieć znaczenie w podtrzymaniu efektu. Pozostaje tajemnicą, czy fakt ustąpienia bólu po operacji oznacza poprawę dzięki operacji. Jednak trudne do zapomnienia, pełne wdzięczności spojrzenie chorej, która po ponad trzech latach cierpienia i w obliczu śmierci odczuła ulgę, pozostanie w pamięci chirurga na długo i będzie motorem napędzającym chęć rozwikłania tej tajemnicy.

PIŚMIENNICTWO

1. Cleeland CS. Barriers to the management of cancer pain. *Oncology* 1987, (suppl. 2), 19–26.
2. Hilger M, Jarosz J. Leczenie bólów nowotworowych – standardy i wytyczne. *Terapia* 2004, 10, 157, 4–7.
3. Krzemieniecki K. Problematyka leczenia bólu nowotworowego w praktyce onkologa klinicznego. *Współcz Onkol* 2005, 1, 58, 30–34.
4. Orońska A. Leczenie bólu przewlekłego wywołanego chorobą nowotworową. *Przegl Lek* 2000, 1, 57, 66–68.
5. Twycross R, Harcourt J, Bergl S. A survey of pain in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 1996, 12, 273–282.

Adres autora:
Katedra i Klinika Otolaryngologii
i Onkologii Laryngologicznej
ul. Unii Lubelskiej 1
71-252 Szczecin

Pracę nadesłano: 10.04.2008 r.

Zaakceptowano do druku: 04.08.2008 r.