Rak płaskonabłonkowy zatoki szczękowej prawej – objawy alarmujące w przebiegu alergicznego nieżytu nosa

Squamous cell carcinoma of right maxillary sinus – alarming symptoms in allergic sinusitis

Beata Kosarzycka, Piotr Rot, Rafał Sienicki, Julia Szczygielska
Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Klinicznym Oddziałem Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

For non-commercial use only

Streszczenie:
Kichanie, łzawienie z oczu, niedrożność nosa, wodnista wydzielina z nosa to objawy, które są najczęściej rozpoznawane jako alergiczny nieżyt nosa. Zmiana charakteru objawów lub pojawienie się nowych alarmowych oraz brak poprawy po leczeniu zachowawczym sugerują lekarzom skierowanie na pogłębienie diagnostyki. Jama nosowa i zatoki przynosowe mogą być miejscem powstania różnorodnych nowotworów, które często przez wiele lat pozostają nieme klinicznie lub dają niespecyficzne objawy. W konsekwencji chory otrzymuje rozpoznanie końcowe w momencie, kiedy nowotwór jest w wysokim stopniu zaawansowania i z gorszym rokowaniem. W tej pracy naukowej przeanalizujemy literaturę na temat objawów alarmowych u pacjentów z wywiadem alergicznym oraz przedstawimy pacjentkę z alergicznym nieżytem nosa i przewlekłym zapaleniem zatok leczonymi od 10 lat, u której z powodu zaostrzenia objawów przewlekłych wdrożono rozszerzoną diagnostykę i ostatecznie rozpoznano raka płaskonabłonkowego zatoki szczękowej prawej z przerzutami do węzłów chłonnych szyi po stronie prawej.

Abstract:
Sneezing, tearing from the eyes, nasal obstruction, watery discharge from the nose are the symptoms that are most often recognized as allergic rhinitis. A change in the nature of the symptoms or the appearance of new alarms and the lack of improvement after conservative treatment suggests that doctors should refer to deepen the diagnosis. The nasal cavity and paranasal sinuses can be the location of a variety of cancers, unfortunately often clinically silent for years or giving nonspecific symptoms. As a consequence, the patient has a final diagnosis at a time when the cancer is in a high stage and with a worse prognosis. In this scientific work, we will analyze the literature on alarm symptoms in patients with allergic past history and present a patient with allergic rhinitis and chronic sinusitis treated for 10 years, who due to the exacerbation of chronic symptoms, had implemented extended diagnostics and finally had a diagnosis of squamous cell carcinoma of the maxillary sinus of the right with metastases to the lymph nodes of the neck on the right.

Słowa kluczowe: SCC, alergiczny nieżyt nosa, objawy alarmowe, rak płaskonabłonkowy
Key words: SCC, allergic sinusitis, alarming symptoms, squamous cell carcinoma

Wstęp

Jama nosowa i zatoki przynosowe mogą być miejscem powstania różnorodnych nowotworów, które często pierwotnie są rozpoznawane jako choroby zapalne. Rak płaskonabłonkowy (SCC, *squamous cell carcinoma*) wywodzi się z nabłonka powierzchniowego i rzadko lokalizuje się w jamie nosa lub zato-

Alergoprofil 2023, Vol. 19, Nr 3
DOI: 10.24292/01.AP.193311223

Pracę otrzymano: 22.11.2023
Zaakceptowano: 10.12.2023
Opublikowano: 31.12.2023
"Copyright by Medical Education"

© Medical Education. For private and non-commercial use only. Downloaded from https://www.journalsmededu.pl/index.php/alergoprofil: 31.07.2025; 16:05,41

kach przynosowych. Niespecyficzne wczesne objawy kliniczne oraz błędnie interpretowane wyniki badań obrazowych często prowadzą do opóźnień w rozpoczęciu celowanego leczenia. W niniejszym przypadku klinicznym przedstawiamy pacjentkę z pierwotnym podejrzeniem alergicznego nieżytu nosa oraz przewlekłego zapalenia zatok z zaostrzeniem w postaci jednostronnego zapalenia spojówek, która ostatecznie otrzymała rozpoznanie SCC zatoki szczękowej prawej z przerzutami do węzłów chłonnych szyi po stronie prawej.

Opis przypadku

50-letnia pacjentka została przyjęta w trybie ostrodyżurowym z powodu prawostronnego upośledzenia drożności nosa, uczucia rozpierania w rzucie zatoki szczękowej prawej, łzawienia z prawego oka od blisko 3 miesięcy. W wywiadzie stwierdzono: nawracające infekcje górnych dróg oddechowych, obustronne uczucie niedrożności jam nosa oraz niewielki ból w rzucie zatok przynosowych od 10 lat i nawracające afty jamy ustnej od 3 lat. Chora zgłaszała znaczne upośledzenie drożności prawej jamy nosa, z brakiem możliwości jej oczyszczania od roku. 3 miesiące wcześniej pojawiło się łzawienie oka prawego, w którego przypadku podejrzewano tło alergiczne i zastosowano leczenie glikokortykosteroidami w postaci kropli do oczu. W tym samym czasie, według relacji pacjentki, w wykonanym pantomogramie stomatolog zwrócił uwagę na znaczne zacienienie prawej zatoki szczękowej oraz skierował ją do laryngologa. Z powodu braku poprawy po leczeniu zachowawczym łzawienia z oka prawego wykonano dwukrotnie płukanie dróg łzowych po stronie prawej. W tym samym czasie pojawiła się wyczuwalna palpacyjnie, twarda, powiększona zmiana egzofityczna w okolicy węzłów chłonnych szyjnych po stronie prawej.

Przy przyjęciu do kliniki w badaniu otolaryngologicznym z odchyleń uwidoczniono: uwypuklenie bocznej ściany nosa po stronie prawej ze znacznym obrzękiem błony śluzowej i krwawieniem przy ucisku oraz nieregularną, owalną zmianę w okolicy migdała gardłowego pokrytą zaschniętą wydzieliną śluzową, wyczuwalne twarde węzły chłonne w okolicy podżuchwowej prawej. W wykonanym badaniu tomografii komputerowej (TK) zatok stwierdzono: kanał nosowo-łzowy niedrożny po stronie prawej, wpuklanie się tkanek miękkich do oczodołu, przerost migdałka podniebiennego, patologiczne węzły chłonne gr. I B i II A i B z cechami rozpadu w okolicy podżuchwowej o wym. 15 × 11 mm. Pacjentkę skierowano na biopsję węzła chłonnego okolicy podżuchwowej po stronie prawej. W wyniku histopatologicznym niskodojrzały SCC. Chorą zakwalifikowano do operacji w znieczuleniu ogólnym w celu pobrania wycinków z nosogardła, małżowiny nosowej dolnej prawej, przewodu nosowego środkowego prawego, zatoki szczękowej prawej, migdałka podniebiennego prawego i lewego, dołka przednagłośniowego po stronie prawej. W wyniku histopatologicznym w wycinkach z jam nosa oraz zatoki szczękowej stwierdzono: SCC nierogowaciejący p16+. W pozostałych wycinkach nie opisano utkania nowotworowego. Decyzją konsylium onkologicznego chorą skierowano na zabieg chirurgiczny oraz dalszą radioterapię. Pacjentce założono kartę DILO oraz wykonano TK całego ciała. Nie wykryto podejrzanych zmian rozrostowych poza głową i szyją. Wykonano maksylektomię przyśrodkową prawostronną wraz z częściowym wytrzewieniem oczodołu, a także radykalną operację układu chłonnego szyi typu II po stronie prawej oraz elektywną grup II–IV po stronie lewej. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Gojenie ran pooperacyjnych byo prawidłowe. Pacjentka oczekuje na radioterapię. Zaplanowana została plastyka blizn pooperacyjnych na skórze twarzy.

Omówienie

Niedrożność nosa, katar, kichanie, łzawienie, spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła są najczęściej wiązane z alergią, ale mogą być pierwszymi, niecharakterystycznymi objawami patologicznych zmian w zatokach przynosowych, jak w opisanym przypadku SCC. Do głównych objawów klinicznych alergicznego nieżytu nosa zalicza się swędzenie nosa, kichanie, upośledzenie drożności nosa oraz wodnistą, przezroczystą wydzielinę z nosa występującą w okresie ekspozycji na alergen. Alergiczny nieżyt nosa często współwystępuje z przewlekłym zapaleniem zatok, zapaleniem ucha środkowego, alergicznym zapaleniem spojówek, astmą [1–3]. Należy zwrócić uwagę, że w przypadku alergii objawy takie jak zapalenie spojówek czy niedrożność nosa występują obustronnie i zmiana ich charakteru na jednostronny powinna skłonić lekarza do pilnego pogłębienia diagnostyki. Również brak poprawy po leczeniu zachowawczym zawsze powinien sugerować pogłębienie diagnostyki. SCC jest rzadkim nowotworem zajmującym jamę nosową i zatoki przynosowe [4]. Może pojawić się w każdej grupie wiekowej, natomiast w większości przypadków dotyczy osób po 50. r.ż. [5]. Najczęściej umiejscawia się w zatoce szczękowej (60%), rzadziej w jamie nosowej (25%) oraz w sitowiu

© Medical Education. For private and non-commercial use only. Downloaded from https://www.journalsmededu.pl/index.php/alergoprofil: 31.07.2025; 16:05,41

(15%) [6]. SCC wywodzi się z nabłonka powierzchniowego pokrywającego jamę nosa oraz zatoki przynosowe [7]. Głównymi czynnikami ryzyka są palenie tytoniu i spożywanie alkoholu oraz współzakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV, *human papilloma virus*) typu 16, 18, 31, 33 i 45 [8]. Przypuszcza się, że narażenie zawodowe na pył skórzany, chrom, arsen, azbest i/lub dymy spawalnicze zwiększa ryzyko tego schorzenia [9]. SCC rzadko dają przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych, najczęściej obserwuje się je w przypadku zajęcia zatoki szczękowej [6]. Objawy kliniczne w początkowej fazie są zazwyczaj niespecyficzne, np. upośledzenie drożności nosa, wydzielina z jam nosa, bóle głowy, natomiast w związku z progresją zmian i naciekaniem lub uciskiem okolicznych struktur mogą pojawić się: łzawienie z oka, zaburzenia widzenia, zaburzenia ruchomości gałki ocznej, wytrzeszcz, parestezje, krwawienia z nosa, limfadenopatia [5]. W badaniu otolaryngologicznym uwagę powinny zwrócić twarde, kruche, egzofityczne zmiany, np. w jamie nosa [5]. Badaniami obrazowymi z wyboru są TK oraz rezonans magnetyczny. TK ze względu na wysoką rozdzielczość jest przeznaczona do oceny zmian strukturalnych i gęstości kości, natomiast rezonans magnetyczny z kontrastem jest najlepszym narzędziem oceny zajęcia tkanek miękkich, m.in. zawartości oczodołu, zatoki jamistej, tętnicy szyjnej wewnętrznej [4, 10]. Leczenie SCC zatok obejmuje interwencje chirurgiczne, radioterapię i chemioterapię. W Polsce leczenie i możliwości terapeutyczne ustalane są na podstawie opinii konsylium onkologicznego, w którego skład wchodzą: otolaryngolog, radiolog i onkolog [11]. Złotym standardem w leczeniu SCC zatok i nosa jest resekcja chirurgiczna z ujemnymi marginesami, a następnie leczenie uzupełniające, najczęściej radioterapią [12]. Ze względu na bliskość krytycznych struktur trudno uzyskać ujemne marginesy, dlatego szybsze wykrycie nowotworu zwiększa szansę na przeprowadzenie radykalnego zabiegu bez konieczności usunięcia np. gałki ocznej lub fragmentu twarzoczaszki i zapewnia lepszy efekt estetyczny [12]. Obecnie 40–50% pacjentów z SCC zatok przynosowych umiera w ciągu 5 lat. Leczenie skojarzone (chemioterapia indukcyjna + operacja, operacja + pooperacyjna radioterapia, operacja + profilaktyczne napromienianie węzłów chłonnych, chemioradioterapia) zapewniają 5-letnie przeżycie całkowite na poziomie 50–60% [11]. Głównymi czynnikami ryzyka nawrotu SCC są duży rozmiar guza pierwotnego i przerzuty do węzłów chłonnych [13].

Podsumowanie

Niespecyficzne objawy nowotworów zatok przynosowych często są błędnie rozpoznawane jako alergiczny nieżyt nosa lub przewlekłe zapalenie zatok. Warto zwrócić uwagę na szczególne objawy kliniczne, które powinny być alarmujące dla każdego lekarza:

- objawy ucisku lub naciekania nerwów w obrębie twarzoczaszki, np. ból, parestezje, zaburzenia ruchomości gałki ocznej, zaburzenia widzenia, wytrzeszcz
- pojawienie się limfadenopatii
- objawy występujące jednostronnie, np. łzawienie oka, niedrożność nosa itp.
- brak poprawy lub pogorszenie objawów przy długotrwałym leczeniu zachowawczym
- nikotynizm, alkoholizm lub zakażenie HPV w wywiadzie
- zmiana konsystencji wydzieliny z nosa z wodnistej na gęstą, ropną.

Pacjenci z powyższymi objawami alarmowymi powinni być pilnie kierowani na pogłębioną diagnostykę, np. do otolaryngologa, w celu wykonania badania endoskopowego lub TK zatok.

Piśmiennictwo

1. *Rosi-Schumacher M, Abbas A, Young PR. Improvement in Nasal Symptoms of Chronic Rhinitis after Cryoablation of the Posterior Nasal Nerve. OTO Open. 2023; 7(4): e77. http://doi.org/10.1002/oto2.77.*
2. *Yu W, Du J, Peng L et al. RORα overexpression reduced interleukin-33 expression and prevented mast cell degranulation and inflammation by inducing autophagy in allergic rhinitis. Immun Inflamm Dis. 2023; 11(10): e1017. http://doi.org/10.1002/iid3.1017.*
3. *Zhang Y, Lan F, Zhang L. Advances and highlights in allergic rhinitis. Allergy. 2021; 76: 3383-9.*
4. *Ferrari M, Taboni S. Carobbio et al. Sinonasal Squamous Cell Carcinoma, a Narrative Reappraisal of the Current Evidence. Cancers. 2021; 13: 2835.*
5. *Kumar J, Daga R, Pradhan G et al. Sinonasal Inflammation or Neoplasm: Raise the Red Flags! A Pictorial Review. Indian J Radiol Imaging. 2023; 33(4): 522-31. http://doi.org/10.1055/s-0043-1768612.*
6. *Ranasinghe VJ, Stubbs VC, Reny DC et al. Predictors of nodal metastasis in sinonasal squamous cell carcinoma: A national cancer database analysis. World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2020; 6: 137-41.*

© Medical Education. For private and non-commercial use only. Downloaded from https://www.journalsmededu.pl/index.php/alergoprofil: 31.07.2025; 16:05,41

7. *El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR et al. International Agency for Research on Cancer. WHO Classification of Head and Neck Tumours; WHO, Lyon, France 2017.*
8. *Bouland C, Vanden Eynden X, Lalmand M et al. Preventive and Therapeutic Effect of Metformin in Head and Neck Cancer: A Concise Review. J Clin Med. 2023; 12(19): 6195. http://doi.org/10.3390/jcm12196195.*
9. *d'Errico A, Zajacova J, Cacciatore A et al. Exposure to occupational hazards and risk of sinonasal epithelial cancer: Results from an extended Italian case-control study. Occup Environ Med. 2020: oemed-2020-106738.*
10. *Ferrari M, Migliorati S, Tomasoni M et al. Sinonasal cancer encroaching the orbit: Ablation or preservation? Oral Oncol. 2021; 114: 105185.*
11. *Gordon K, Smyk D, Gulidov I et al. An Overview of Head and Neck Tumor Reirradiation: What Has Been Achieved So Far? Cancers (Basel). 2023; 15(17): 4409. http://doi.org/10.3390/cancers15174409.*
12. *Melder KL, Geltzeiler M. Induction Chemotherapy for Locoregionally Advanced Sinonasal Squamous Cell Carcinoma and Sinonasal Undifferentiated Carcinoma: A Comprehensive Review. Cancers (Basel). 2023; 15(15): 3798. http://doi.org/10.3390/cancers15153798.*
13. *Bossi P, Alfieri S, Strojan P et al. Prognostic and Predictive Factors in Recurrent and/or Metastatic Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: A Review of the Literature. Crit Rev Oncol Hematol. 2019; 137: 84-91.*

ORCID
B. Kosarzycka – ID – http://orcid.org/0009-0008-8241-9257
P. Rot – ID – http://orcid.org/0000-0002-7949-1046
R. Sienicki – ID – http://orcid.org/0000-0002-9507-025X
J. Szczygielska – ID – http://orcid.org/0009-0006-2333-7951

Wkład autorów/Authors' contributions:
Wszyscy autorzy mieli równy wkład w powstanie artykułu./All authors contributed equally to the article.
Konflikt interesów/Conflict of interests:
Nie występuje.
Finansowanie/Financial support:
Nie występuje.
Etyka/Ethics:
Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami EU oraz ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych.

Copyright: © Medical Education sp. z o.o. This is an Open Access article distributed under the terms of the Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0). License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), allowing third parties to copy and redistribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material, provided the original work is properly cited and states its license

Adres do korespondencji
lek. Beata Kosarzycka
Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Klinicznym Oddziałem Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie
04-141 Warszawa, ul. Szaserów 128
e-mail: kosarzyckab@gmail.com

For non-commercial use only

© Medical Education. For private and non-commercial use only. Downloaded from https://www.journalsmededu.pl/index.php/alergoprofil: 31.07.2025; 16:05,41