

УДК 616.716.8-006.6-089.87:615.849.1-059:615.277.3

МЕСТНО – РАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Светицкий П.В., Аединова И.В., Волкова В.Л.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России,
Ростов-на-Дону, e-mail: rnoi@list

Злокачественные новообразования верхней челюсти среди всех злокачественных опухолей человека составляют 2-4%. Среди больных опухолями головы и шеи данная патология является одной из самых трудных в выставлении диагноза в начале заболевания. Обусловлено это анатомическими особенностями верхнечелюстной пазухи, когда заболевание на ранних стадиях протекает бессимптомно. Основная масса больных поступает на специализированное лечение с распространенным процессом. Представлен клинический случай. Больной Д. 34 лет. Длительное время лечился у ЛОР врача по месту жительства по поводу гайморита. Из-за ухудшения состояния в городской ЛОР клинике была проведена гаймаротомия, при которой был установлен рак верхнечелюстной пазухи. Направлен в РНИОИ. После обследования в РНИОИ диагноз был подтвержден: «Местно-распространенный рак верхней челюсти с прорастанием в орбиту, основную пазуху и решетчатый лабиринт». Проведена радикальная операция на верхней челюсти с экзентерацией орбиты. Патогистологическое заключение «плоскоклеточный рак с инвазией глазного яблока». В послеоперационном периоде получил лучевую терапию до СОД 40 Гр. и химиотерапию (паклитаксел и карбоплатин). Находится под наблюдением более 1 года без рецидива.

Ключевые слова: рак верхней челюсти

LOCAL – A COMMON CANCER OF THE UPPER JAW

Svetitskiy P.V., Aedinova I.V., Volkova V.L.

FGBI «Rostov Cancer Research Institute», the Ministry of Health of Russia, Rostov-on-Don,
e-mail: rnoi@list

Malignant neoplasms of the upper jaw of all human cancers account for 2-4%. Among patients with head and neck tumors, this pathology is one of the most difficult in exhibiting in the early diagnosis of the disease. This is due to the anatomical features of the maxillary sinus, when the disease is in the early stages are asymptomatic. The majority of patients arrive at a common specialized treatment process. A clinical case. Patient D. 34 years. For a long time it was treated at the ENT doctor in the community about sinusitis. Due to the deterioration of the ENT clinic in the city it was held gaymarotomiya in which was set a cancer of the maxillary sinus. Sent to the RNIIOI. After examination in RNIIOI diagnosis was confirmed: «Locally advanced cancer of the upper jaw with invasion into the orbit, sinuses and the main grid maze». Spend radical surgery on the upper jaw with exenteration of the orbit. Histopathological conclusion «ploskokletochny cancer with invasion of the eyeball». Postoperatively received radiation therapy to the ODS 40 g. and chemotherapy (paclitaxel and carboplatin). Located under the supervision of more than 1 year without recurrence.

Keywords: cancer of the upper jaw

Злокачественные новообразования верхней челюсти среди всех злокачественных опухолей человека составляют 2-4% [8]. До 65% пациентов данным заболеванием являются пациенты в возрасте 50-70 лет, но нередко заболевают и в более молодом возрасте [7]. До настоящего времени этиология возникновения злокачественных ОП параназальных и интраназальных синусов остается не совсем ясной. Принято считать, что аллергические риниты, назальные полипы хронические воспалительные процессы слизистой оболочки гайморовой пазухи, альвеолярно-гнойного отторжка и неба вызывают метаплазию эпителии с последующей малигнизацией. Немаловажная роль в возникновении рака отводится доброкачественным опухолям с продолжительной хронической травмой десен [5]. Способствуют возникновению рака работа в загрязненной атмосфере, особенно связанной с никелем [6].

Рак верхней челюсти, исходящий из слизистой оболочки гайморовой пазухи, в ранних стадиях заболевания протекает почти бессимптомно. Первыми признаками развивающегося злокачественного процесса может быть изменение характера выделений из носа. Они становятся зловонным, затем появляются прожилки крови. Процесс переходит из пазухи на соседние органы [9].

Наибольшее распространение при лечении больных раком верхней челюсти получил комбинированный метод. Дистанционная гамма-терапия пред или послеоперационная рассматривается как один из этапов комбинированного лечения. При планировании операции необходимо совместно с врачом-ортопедом обсудить варианты ортопедического пособия, заключающиеся в изготовлении разного рода защитных пластинок и этапного протезирования. Использование химио-

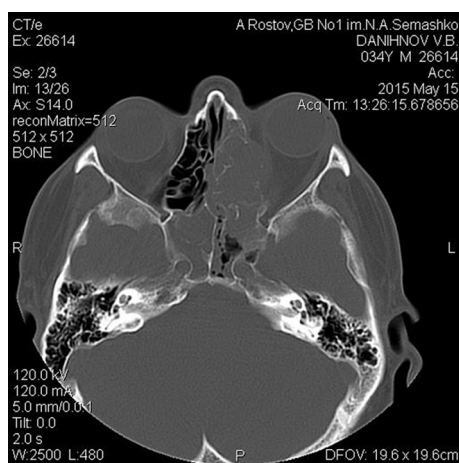
терапии в комплексе противоопухолевых мероприятий позволяет уменьшить количество рецидивов и увеличить продолжительность жизни. Противоопухолевые схемы комбинации препаратов (химио – иммунотерапия) с различным механизмом действия, а так же потенциация противоопухолевой терапии термическими факторами значительно повышают эффективность лечения [1, 3, 4, 9]. По данным [2] применение комбинированного и комплексного методов позволяет достичь 5-летней выживаемости у 18-35% больных раком верхней челюсти.

Представляем клиническое наблюдение. Больной Данихнов В.Б. 34 лет. Ист. бол. № С-16439/д поступил в РНИОИ с диагнозом: «Рак верхнечелюстной пазухи».

Осмотрен в поликлинике РНИОИ. Лицо несколько ассиметрично за счет отека левой половины, небольшой экзофтальм. Зрение не нарушено. Подвижность глазных яблок с обеих сторон в полном объеме. Подчелюстные и шейные лимфатические узлы не увеличены, но более плотной консистенции в левой подчелюстной области. При мануальном осмотре болезненность не выявлена. Пересмотр стекол, принесенных больным, подтвердило наличие плоскоклеточного рака. Пункционная биопсия подчелюстных лимфатических узлов слева не выявило опухолевидных клеток. Проведены КТ черепа, которые свидетельствовали о наличии ОП решетчатой кости слева

с распространением в левый носовой ход и в/челюстную пазуху. ОП процесс распространяется в орбиту, разрушая её стенки (рис. 1).

Из анамнеза. С детства страдает хроническим гайморитом. Постоянно наблюдается у ЛОР врача по поводу данного заболевания, получал противовоспалительную терапию. Последние 3 мес. состояние ухудшилось. Появилось затрудненное носовое дыхание через левую ноздрю. Обратился к в поликлинике к оториноларингологу, который поставил диагноз «Обострение хронического гайморита». Из-за отсутствия улучшения от применяемого лечения была сделана КТ черепа, на основании которой был выставлен диагноз – полипозный риносинусит (рентген снимки больным не были представлены, имелось письменное заключение). Больной направлен в городскую ЛОР клинику где была произведена операция: гаймаротомия по Калдвелл-Люку. В процессе операции были выявлены опухолевидные разрастания в гаймаровой пазухе и решетчатом лабиринте. Опухоль (ОП) удалена нерадикально. Гистологическое исследование установило плоскоклеточный рак. Больной направлен в РНИОИ, где был выставлен диагноз: «Местно – распространенный рак верхней челюсти T4N0M0». Проведено полное клиническое и лабораторное обследование – патология со стороны других органов не выявлена.



A



B

Рис. 1. По данным КТ опухоль решетчатой кости слева 51x36 мм с распространением в левый носовой ход, левую верхне-челюстную пазуху с разрушением её медиальной стенки. Процесс распространяется в медиальные отделы левой орбиты, разрушая её медиальную стенку. Опухоль прорастает левые глазодвигательные мышцы, тесно прилегая к оптическому нерву. Глазное яблоко интактно



Рис. 3. Макропрепараты: слева – подчелюстная слюнная железа с лимфоузлами, справа – опухоли верхнечелюстной пазухи, решетчатого лабиринта, лобной пазухи и удаленное глазное яблоко вместе с окружающими мягкими тканями орбиты

Больной прооперирован. Вначале осуществлена шейная лимфодиссекция слева (IV, ПА и ПВ уровней) с перевязкой наружной сонной артерии, а затем – резекция верхней челюсти. Кожный разрез произведен по Weber-Ferguson. Учитывая распространение ОП в орбиту с поражением окологлазных мягких тканей, осуществлена экзентерация орбиты. Удалена ОП из лобной пазухи и пораженного ОП решетчатого лабиринта. При этом была обнажена и частично удалена твердая мозговая оболочка (0,7x0,5 см.) Операция проведена радикально (рис. 3), при сохранении непораженных ОП верхнего и нижнего век. Дефект твердой мозговой оболочки, при начавшейся ликвореи, был укрыт гемостатической губкой. Послеоперационная полость туго заполнена тампоном с левомиколовой мазью.



Рис. 4. Вид больного спустя 5 мес. после операции. Ремиссия

Патогистологический диагноз ((№ 49246-51/15) – G2 плоскоклеточный рак

с инвазией глазного яблока. По линии резекции зрительного нерва опухолевые клетки отсутствуют. Послеоперационный период проходил без осложнений (рис. 4).

В послеоперационном периоде получил дистанционную лучевую терапию до СОД 40Гр. и два курса химиотерапии: в/в паклитаксел 300 мг и карбоплатин 600 мг.

Находится под наблюдением более 1 года без рецидива. Планируется реабилитация лица посредством формирования полости орбиты для ношения искусственного глазного яблока

Лечение. Сложные топографо-анатомические взаимоотношения участка верхней челюсти, близость передней черепной ямки, орбиты, носоглотки, крылочелюстной, подвисочной ямок значительно снижают возможность выполнения онкологически адекватных оперативных вмешательств, которые бы удовлетворяли требованиям абластики и антибластики. Эти обстоятельства, а также поздняя диагностика опухолей верхнечелюстной пазухи определяют необходимость комбинированного лечения. Во всех случаях, когда можно выполнить операцию, преимущество предоставляют именно комбинированному методу лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

Одной из самых трудных локализаций в выставлении ранних стадий рака у больных опухолями головы и шеи являются параназальные синусы [7].

Сложности в постановке своевременного диагноза «Рак верхней челюсти» возникают из-за слабо выраженной клиники возникновения ОП и её роста.

Объясняется это топографо-анатомическими особенностями верхне-челюстной пазухи. Злокачественные опухоли, развиваясь в замкнутой костной полости не влияют на функции пазухи и отличаются длительным бессимптомным течением. Даже увеличиваясь в объеме и постепенно заполняя её просвет, не проявляются функциональные нарушения. Лишь когда ОП заполняет полностью пазуху, выходя за её пределы, через естественные физиологические щели сообщающие пазуху с носовым ходом или, прорастая и разрушая стенки пазухи, возникают определенные симптомы. При этом клиника зависит от направления роста ОП. Если ОП растет вверх в орбиту или – параорбитально, то больные обращаются к офтальмологу или невропатологу, если в полость носа – к ЛОР врачу, если в нижнюю, переднюю или боковую стенки, то как правило, – к стоматологу или ЛОР специалисту. При резектабельности опухолевого

процесса и проведении комплексного лечения можно рассчитывать на хорошие результаты. Наихудшие прогнозы бывают при интракраниальном росте ОП.

Заключение

Позднее обращение больного по поводу рака верхней челюсти в специализированное онкологическое учреждение и необходимость проведения ему расширенной операции калечащего характера можно объяснить двумя факторами. Это длительное бессимптомное течение болезни, обусловленное топографо – анатомическими особенностями верхнечелюстной пазухи и отсутствие онкологической настороженности у наблюдающего пациента ЛОР – врача. Вероятно, что своевременная диагностика рака верхнечелюстной пазухи позволила бы провести радикальную операцию с сохранением глазного яблока.

Список литературы

1. Енгибарян М.А., Златник Е.Ю., Ульянова Ю.В., Навикова И.А., Бахтин А.В., Селютина О.Н., Загора Г.И. Применение иммунопрепаратов на основе нуклеиновых кислот в комплексном лечении больных раком верхней челюсти

в послеоперационном периоде.// Медицинская иммунология. Материалы XV Всероссийского научного Форума им. Академика В.И. Иоффе. Дни иммунологии в Санкт-Петербурге. – 2015. Санкт-Петербург. С. 26–27.

2. Пачес А.И. Опухоли полости носа и придаточных пазух. Опухоли головы и шеи. – М.: «Медицина», 2000. – С. 306–314.

3. Светицкий П.В., Ермолаева Т.Б., Пак Р.С. Непосредственные результаты комбинированного лечения больных раком щитовидной железы и верхней челюсти в условиях локальной гипертермии. Сб. «Новые методы интенсивной терапии в лечении онкологических больных». – Ленинград, 1989. – С. 62.

4. Светицкий А.П. Сочетанное термическое воздействие как метод выбора при лечении рецидивных злокачественных опухолей головы // IV Ежегодная научно-практическая конференция с международным участием «Новое в практической медицине». – М., 2010. – С. 80–81.

5. Conley J: Concepts in Head and Neck Surgery. New York, Grune & Stratton, 1970.

6. Larson L.G. Martensson G: Maxillary antral cancers. JAMA 219:342, 1972.

7. Paul J. Donald Tumor of the Nasal Cavity and Paranasal Sinuses. – Comprehensive Management of Head and Neck TUMORS. 1987 – W.B. SAUNDERS COMPANY. Philadelphia, London, Toronto. Mexico City, Rio de Janeiro, Sydney, Tokyo. Hong Kong. – P. 304–305.

8. URL: <http://www.eurolab.ua/diseases/2301/>

9. URL: <http://www.pro-medicine.com/hirurgiya/hirurgiya-1290.html>
http://bone-surgery.ru/view/rak_slizistoj_obolochki_verhnechelyustnoj_pazuhi._rak_verhnej_chelyusti/