

Torbiel rozwojowa zatoki klinowej – opis przypadku

Developmental sphenoid sinus cyst – case report

MANSOOR SHARIFI^{1,2/}, ANNA TUSZYŃSKA^{1/}, MAŁGORZATA DĘBSKA^{1/}, LIDIA ZAWADZKA-GŁOS^{1/}

^{1/} Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

^{2/} Zakład Anatomii Prawidłowej i Klinicznej, Centrum Biostruktury Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Torbiele zatoki klinowej są spowodowane niedrożnością ujścia gruczołu śluzowego, który powiększając się powoduje niedrożność/zwężenie ujścia naturalnego zatoki klinowej. Może to powodować ostre zapalenie zatok lub mucocoele. Izolowane przypadki torbieli rozwojowej zatoki klinowej stanowią około 2% wszystkich torbieli zatok przynosowych. Brak jest jednak dokładnych danych o częstości występowania torbieli zatok klinowych.

W pracy przedstawiono przypadek 15-letniego chłopca z torbielą rozwojową zatoki klinowej, u którego występowały silne bóle głowy z zaburzeniami widzenia. Objawy takie zawsze wymagają szczegółowej diagnostyki. Jedną z bardzo rzadkich przyczyn może być torbiel zatoki klinowej.

Słowa kluczowe: zapalenie zatok, zatoki klinowe, torbiele rozwojowe

Sphenoid sinus cyst is due to obstruction of mucinous gland ostium which could enlarge to obstruct the sinus ostium and lead to acute sinusitis or mucocoele.

Incidence of isolated sphenoid sinus mucocoele is about 2% of paranasal sinus mucocoele, while precise information on the prevalence of sphenoid sinus cyst is not accessible.

We report a case of a developmental sphenoid sinus cyst in a 15 year-old boy, causing severe headache with vision disorders. Due to its rare incidence and variable symptoms, a high index of suspicion is needed for proper diagnosis of that nosological entity.

Keywords: Sinusitis, Sphenoid sinus, Developmental cyst

© Otolaryngologia 2015, 14(1): 51-53

www.mediton.pl/orl

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Mansoor Sharifi
Klinika Otolaryngologii Dziecięcej WUM
ul. Marszałkowska 24, 00-576 Warszawa
tel. 22 5227312, e-mail: mansoorir@yahoo.com

Wprowadzenie

Zatoki przynosowe rozwijają się jako wypustki jamy nosowej do wnętrza sąsiadujących kości. Wszystkie zatoki są otwarte do jamy nosowej, unerwione przez gałęzie nerwu trójdzielonego (V), i mają własną błonę śluzową pokrytą urzęsionym nabłonkiem śluzowym. Parzyste zatoki klinowe, leżące w obrębie trzonu kości klinowej, mają ujście w stropie jamy nosowej przez otwory położone na tylnej ścianie zachyłka klinowo-sitowego. Otwory te znajdują się wysoko w przedniej ścianie zatok klinowych. Zatoki klinowe sąsiadują: z położoną powyżej nich jamą czaszki, głównie ze znajdującymi się w niej skrzyżowaniem wzrokowym i przysadką mózgową, bocznie z leżącymi w jamie czaszki zatokami jamistymi i z leżącą poniżej i do przodu jamą nosową [1, 2].

Unerwienie zatoki klinowej pochodzi od nerwu sitowego tylnego, gałęzi nerwu ocznego (V1), oraz z nerwu szczękowego (V2) przez gałęzie oczodołowe zwoju skrzydłowo-podniebiennego. Zatoki klinowe zaopatrywane są przez gałęzie gardłowe odchodzące od tętnic szczękowych [1].

Torbiele rozwojowe zatoki klinowej są rzadkie i stanowią 1% wszystkich torbieli zatok przynosowych [3-5]. Zlokalizowane są zazwyczaj jednostronnie, a z czasem mogą zajmować całe światło zatoki klinowej. W 50% przypadkach zdarza się neuropatia nerwów czaszkowych przebiegających w sąsiedztwie zatoki klinowej (nerwów II, III, IV, V1, V2 i VI) [3].

Klasycznymi objawami zajęcia zatoki klinowej lub przewlekłego zapalenia zatok klinowych są: bóle głowy, ból za gałką oczną i zaburzenia widzenia [4-8].

Opis przypadku

15-letni pacjent został przyjęty do Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej WUM z powodu upośledzonej drożności nosa, bólów głowy, zaburzenia widzenia i zawrotów głowy o niewielkim nasileniu. Pacjent był wcześniej diagnozowany i leczony w oddziale neurologii w rejonie z powodu bólów głowy. Wykonano tomografię komputerową (TK) i stwierdzono torbiel w tylnej części zatoki klinowej (opis TK: W zatoce klinowej pośrodkowo widoczny jest obszar bezpowietrzny wielkości ok. 20 x 18mm mogący odpowiadać torbieli?) (ryc. 1, ryc. 2). Pacjenta zakwalifikowano do zabiegu i w dniu 30.01.2014 r. wykonano endoskopową operację zatok. Podczas



Ryc. 1. Obraz badania TK zatok przynosowych przed zabiegiem w płaszczyźnie wieńcowej. Widoczna torbiel w części tylnej zatoki klinowej



Ryc. 2. Obraz badania TK zatok przynosowych przed zabiegiem w płaszczyźnie poprzecznej. Widoczna torbiel w części tylnej zatoki klinowej

zabiegu poszerzono obustronnie naturalne ujście zatoki klinowej. Po stronie prawej nacięto błonę śluzową w obrębie tylnej części przegrody nosa i zniesiono część lemiesza – *rostrum sphenoidale* – poszerzając dostęp do zatoki klinowej. Zniesiono przegrodę pomiędzy zatokami klinowymi. Obie zatoki klinowe bez zmian patologicznych. Zmiana poza zasięgiem dostępnych narzędzi, w dystalnej części w komórce zatoki klinowej w trzonie kości klinowej pod przysadką. Podejrzewając torbiel wrodzoną trzonu kości klinowej przerwano zabieg i zdecydowano o poszerzeniu dalszej diagnostyki. W dniu 4.02.2014 r. wykonano MRI zatok celem weryfikacji rozpoznania. Pacjent w dniu 13.02.2014 r. ponownie operowany. Podczas zabiegu mikronożem rotującym usunięto dolną 1/3 część małżowiny środkowej, poszerzono otwarte w poprzednim zabiegu ujście zatoki klinowej do dołu i przysrodkowo, zdjęto tylną część lemiesza do dołu. Uwidoczniono światło zatoki, przegrodę międzyzatokową i dodatkową – zniesiono od dołu. W linii pośrodkowej i ku dołowi otwarto tylną komórkę zatoki klinowej dochodząc do torbieli. Usunięto torbiel zatoki klinowej w całości i przesłano do badania histopatologicznego.

W badaniu histopatologicznym stwierdzono: „polipowate fragmenty błony śluzowej z naciekami zapalnymi z komórek plazmatycznych, limfocytów; przekrwienie i drobne wylewy krwi”.

Okres około- i pooperacyjny przebiegał bez powikłań. Kontrole endoskopowe wykazały prawidłowe gojenie pooperacyjne. Pacjent został wypisany do domu dnia 17.02.2014 r. do dalszej obserwacji w poradni. W wykonanej kontrolnej tomografii komputerowej dnia 03.10.2014 r. stwierdzono zatoki klinowe prawidłowo upowietrznione (ryc. 3, ryc. 4). Pacjent obecnie nie zgłasza bólów głowy ani zaburzeń widzenia.



Ryc. 3. Obraz badania TK zatok przynosowych po zabiegu w płaszczyźnie wieńcowej. Zatoka klinowa prawidłowo powietrzna bez zmiany patologicznych



Ryc. 4. Obraz badania TK zatok przynosowych po zabiegu w płaszczyźnie poprzecznej. Zatoka klinowa prawidłowa powietrzna bez zmiany patologicznych

Omówienie

Torbiele zatoki klinowej są rzadką jednostką chorobową, stanowią 1-2% wszystkich torbieli zatok przynosowych. Rosną powoli i rozprężająco dając silne bóle głowy jak u opisywanego pacjenta, który z tego powodu był wcześniej hospitalizowany w oddziale neurologii dziecięcej. Ze względu na położenie zatok klinowych w sąsiedztwie skrzyżowania wzrokowego (od góry) i zatoki jamistej (boczenie) objawami torbieli zlokalizowanych w ich wnętrzu przede wszystkim mogą być bóle głowy i zaburzenia widzenia, które zgłaszał pacjent [7, 8].

W diagnostyce obrazowej badaniem z wyboru jest tomografia komputerowa zatok, która dobrze przedstawia zmiany kostne [3, 6, 9]. W sytuacjach wątpliwych należy wykonać tomografię rezonansu magnetycznego (MRI) dla oceny charakteru zmiany

i ewentualnej łączności zmiany z wnętrzem czaszki [2, 9]. U pacjentów w wieku rozwojowym istnieje bowiem możliwość wystąpienia przepukliny oponowej lub oponowo-mózgowej przechodzącej przez kanał Sternberga leżący w bocznej ścianie zatoki klinowej [2]. W omawianym przypadku MRI wykonano po pierwszym etapie leczenia operacyjnego dla lepszego zobrazowania zmiany i różnicowania jej charakteru (wykluczono guz, stan zapalny, przepuklinę mózgową). W badaniu MRI potwierdzono obecność torbieli.

Postępowaniem z wyboru w przypadku torbieli rozwojowych zatoki klinowej jest leczenie chirurgiczne. Obecnie za złoty standard uważa się techniki endoskopowe (*Functional Endoscopic Sinus Surgery, FESS*) [2, 8]. Wśród dostępów operacyjnych do zatok klinowych wymienia się: dostęp przez przewód nosowy wspólny, transostralny, przezprzegrodowy tylny, z resekcją tylnej części przegrody nosa, transtmoidalny [2]. W omawianym przypadku wybrano dojście transostralne i przezprzegrodowe tylne ze względu na możliwość szerokiego wglądu do światła zatoki i bezpiecznego usunięcia zmian patologicznych.

Okoloperacyjnie nie stwierdzono powikłań, które opisywane są w literaturze: krwawienie, płynotok nosowy, uszkodzenie przysadki mózgowej, uszkodzenie nerwów wzrokowych i ślepotą, uszkodzenie t. szynnej wewnętrznej, ścian zatoki jamistej [10].

Wnioski

Torbiele rozwojowe zatok klinowych są rzadką chorobą zatok klinowych. W przypadku penetracji do trzonu kości klinowej wymagają różnicowania z przepukliną oponowo-mózgową. Potwierdzenie rozpoznania torbieli rozwojowej jest możliwe dzięki tomografii komputerowej (TK). W przypadkach podejrzenia przepukliny oponowo-mózgowej pomocne jest badanie NMR.

Piśmiennictwo

1. Drake RL, Vogl AW, Mitchell AWM. Gray anatomy, podręcznik dla studentów. Tom 3, Elsevier 2010: 216-28.
2. Poppe P. Chirurgia zatoki klinowej z dostępu wewnątrznosowego. (w) Chirurgia zatok przynosowych – dostępy wewnątrznosowe. Krzeski A (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2014: 153-65.
3. Gupta AK, Menon V, Sharma P, Saxena R, Kumaran S. A sphenoid sinus mucocele simulating as retro bulbar neuritis. *Indian J Ophthalmol* 2012, 60(3): 216-8.
4. Jolly K, Krishnasamy S, Buch VH, Buch HN, Mathews J. Sphenoid mucocele: an uncommon complication of a rare condition. *Scott Med J* 2012, 57(4): 247.
5. Mowatt L, Foster T. Sphenoidal sinus mucocele presenting with acute visual loss in a scuba diver. *BMJ Case Rep* 2013, 2013.
6. Sharifi G, Jlessi M, Erfanian D, Farhadi M. Sudden blindness due to isolated sphenoid sinus mucocele and retention cyst. *Braz J Otorhinolaryngol* 2013, 79(1): 120.
7. Janczewski G, Goździk-Żołnierkiewicz T. Konsultacje otolaryngologiczne. PZWL, Warszawa 1990: 184-5.
8. Krzeski A. Choroby nosa i zatok przynosowych. Sanmedia 1997: 222-8.
9. Bogusławska R. Badanie zatok przynosowych metodą tomografii komputerowej dla celów chirurgii endoskopowej. Warszawa 1995.
10. Dżaman K, Szczepański M. Powikłania chirurgii wewnątrznosowej zatok przynosowych. (w) Chirurgia zatok przynosowych – dostępy wewnątrznosowe. Krzeski A (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2014: 193-206.