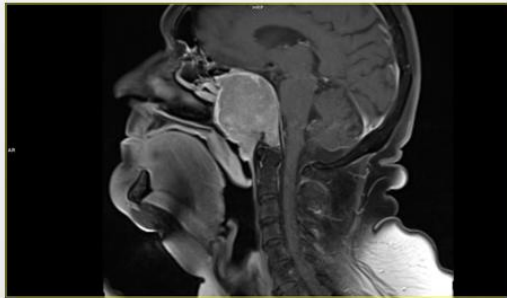


Wstęp

Nowotwór złośliwy nosowej części gardła jest rzadkim rozpoznaniem, w warunkach europejskich stanowi 0,6% wszystkich wykrywanych nowotworów, z częstością rozpoznania poniżej 1:100 000. Charakterystyczne jest częste występowanie tego nowotworu w rejonie Południowo-Wschodniej Azji gdzie wskaźnik wynosi ok. 20-30 przypadków na 100 000 osób. Ze względu na lokalizację, nowotwór ten w pierwszych etapach rozwoju ma skryty przebieg, stąd często rozpoznawany jest w stadium dużego miejscowego zaawansowania. Pierwszymi zgłaszanymi objawami są najczęściej guz na szyi (wynikający z patologicznych węzłów chłonnych) oraz zaburzenia drożności nosa. Nierzadko jednak pierwszymi objawami są dolegliwości ze strony narządu wzroku mogące być związane zarówno z porażeniem nacieczonych nerwów jak i bezpośrednim naciekaniem oczodołu.

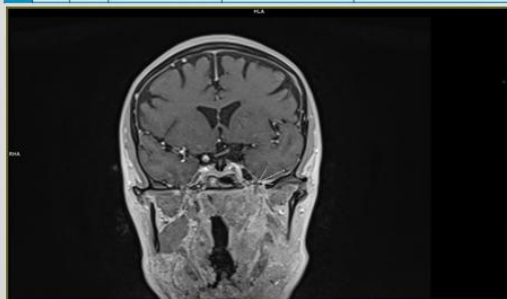


Rys.1 Obraz MR pacjenta nr 3

Materiał

W latach 2015-2019 w Dolnośląskim Centrum Onkologii w obrębie oddziałów stacjonarnych leczono 33 pacjentów z rozpoznaniem rak nosowej części gardła. Retrospektywnie przeanalizowano powyższą grupę pod kątem występowania zaburzeń widzenia przed uzyskaniem ostatecznego rozpoznania onkologicznego oraz na początku leczenia. Pacjenci z zaburzenia widzenia występującymi na tle innych schorzeń zostali wykluczeni z analizy. W tab. 1 podsumowano wybranych pacjentów, w kontekście zaawansowania, objawów, cech demograficznych (wiek, płeć) oraz opisów badań obrazowych (PET oraz MR).

Nr.	Wiek	Płeć	Zaawansowanie	Pierwsze objawy	Badanie fizykalne	Badanie obrazowe:
1.	58	M	T4 N0 M0	podwójne widzenie	-prawa gałka ustawiona w wytrzeszczu, leniwe poruszanie gałką	-masa guzowata o wymiarach 6,6x2,7x7,8cm, -zmiana nacieka kość klinową i penetruje dół środkowy czaszki (nie można wykluczyć naciekania prawego płata skroniowego)
2.	68	M	T4 N2 M0	podwójne widzenie	-opadnięcia powieki oka prawego -porażenie nerwu okoruchowego -unieruchomienie prawej gałki	-masa guzowata w lk. 6,4 x 5,0 x 6,4 cm -zmiana penetruje ku górze, poszerzając otwór owalny i poszarpany, naciekając prawą t. szynną wewnętrzną w jej kanale zwięźła światło naczynia, -naciek zajmuje prawą zatokę jamistą i prawą jamę Meckelawraz z przebiegającymi przez nie nerwami, -guz wypukla się do zatoki klinowej oraz nieznacznie do środkowego dołu czaszki po stronie prawej modelując płat skroniowy
3.	76	K	T4 N2 M0	-podwójne widzenie -opadanie powieki górnej po stronie lewej -porażenie nerwu V1	-cechy uszkodzenia nerwów III, VI -wytrzeszcz gałki ocznej lewej -opadanie powieki górnej lewej -brak czucia w obrębie nerwu trójdzielnego -podwójne widzenie -nie widzenie oka lewego	-zmiana rozrostowa w lk. 4,5 x 4,3x 6,7 cm -naciek npl. penetrujący do lewej zatoki jamistej, otacza lewą tętnicę szynną wewnętrzną i wypukla się przymózgowo do środkowego dołu czaszki -zmiana niszczy częściowo dno siodełka tureckiego i wypełnia siodełko, nie zezwala na identyfikację przysadki mózgowej -zmiana wypełnia całość zatokę klinową, niszczy stok, część przysadkową wierzchołka piramidy lewej kości skroniowej i wypukla się do tylnego dołu czaszki, gdzie zwięźła zbiornik przedmostowy. -naciek wraście również do zatoki jamistej prawej (w stopniu mniejszym niż po stronie lewej) i przylega do prawej tętnicy szynnej wewnętrznej.
4.	62	K	T4 N2 M0	-2-3 msc. przed rozpoznaniem pogorszenie wzroku		-zmiana w lk. 3x2,2x 3,5 cm -stwierdzone pogrubienie początkowego odcinka gałęzi V3 nerwu trójdzielnego z poszerzeniem otworu owalnego i wzmocnieniem kontrastowym wzdłuż jego zarysów obraz sugeruje okotenerwowe szerzenie się nacieku na poziomie podstawy czaszki.
5.	63	M	T4N3M0	-zaburzenia ostrości widzenia -podwójne widzenie -opadanie powieki oka prawego	gałka oczna prawa w ustawieniu zbieżnym	-naciek w lk. 4x2x 5 cm -górna granica nacieku zajmuje strop nosogardła po stronie prawej, wraście do prawej zatoki jamistej, zwięźła tętnicę szynną wewnętrzną w jej świetle, przerasta zatokę i szerzy się przymózgowo wzdłuż opon środkowego dołu czaszki -występuje bezpośrednia infiltracja stoku po stronie prawej



Ryc.2 Obraz MR pacjentki nr 4 ,strzałką zaznaczono naciek szerszący się wzdłuż lewego nerwu trójdzielnego

Wyniki

U 5 z 33 (15%) pacjentów jednym z pierwszych objawów były zaburzenia widzenia. Wszyscy ci pacjenci reprezentowali miejscowe zaawansowanie cT4. Dolegliwości zgłaszane u chorych były następujące: podwójne widzenie, opadnięcie powieki, zaburzenia ostrości widzenia, zaburzenie ruchomości gałek ocznych, wytrzeszcz gałek ocznych i wynikały z nacieczenia nerwów czaszkowych. Porażenie nerwów może być izolowane, bądź dotyczyć kilku nerwów czaszkowych. Najczęściej dotknięte są nerwy III, IV, V i VI co koreluje z zajęciem przez naciek zatoki jamistej. Nasz wynik 15% częstości zajęcia nerwów czaszkowych jest zbliżony do wyników dużych prac z Chin (5037 pacjentów) i Singapuru (677 pacjentów) gdzie wyniki wynosiły 18% i 12%.

Pacjentów w Dolnośląskim Centrum Onkologii leczono samodzielną radioterapią (1 chory) lub radioterapią skojarzoną z chemioterapią- co jest standardowym postępowaniem w tym rozpoznaniu. Leczenie trwało 6-18 tyg. tygodni. Jeden pacjent (przypadek nr 3) zmarł w trakcie leczenia (po otrzymaniu 10fr).

Wnioski

Należy pamiętać o rozpoznaniu jakim jest nowotwór nosowej części gardła w przypadku zaburzeń widzenia, szczególnie pojawiających się nagle oraz z towarzyszącymi objawami wynikającymi z porażenia nerwów czaszkowych. Dolegliwości te powinny skłonić do wykonania pilnego badania MR tej okolicy, gdyż mogą świadczyć o dużym zaawansowaniu miejscowym i konieczności wdrożenia szybkiego postępowania onkologicznego.

BIBLIOGRAFIA

1. Wongy Meethas Wong, Stephanie Ming Young & Shanthea Amirth (2017): Ophthalmic involvement in nasopharyngeal carcinoma. *Orbit*
2. W. M. Hsu, A. G. Wang: Nasopharyngeal Carcinoma With Orbital Invasion
3. Retrospective analysis of 5037 patients with nasopharyngeal carcinoma treated during 1976-1985: overall survival and patterns of failure. *A. W. Lee, J. Y. F. Poon, W. F. S. Law, F. H. Cheung, D. H. Chan, S. Y. Tang, M. Thaw, J. H. Kwan, J. R. Budal, *Orbit* 36(10): 701-708. doi: 10.1016/j.orbit.2016.09.004*
4. Prognostic factors in 677 patients in Singapore with nasopharyngeal carcinoma. *M. Heng, L. J. Wee, K. W. Fong, L. G. Lian, V. K. Sethi, E. T. Chua, T. L. Yang, H. S. Khoo Tan, K. S. Lee, K. M. Lee, T. Tan, E. J. Chua. *Cancer* 1999 Nov 15;86(10):1912-20. doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(199911)86:10<1912::AID-CNCR6>3.0.CO;2-5*
5. Nasopharyngeal Cancer: Multidisciplinary Management. J. Lu • J. S. Cooper • A. W. M. Lee (Eds.) Springer Verlag Berlin Heidelberg 2010 DOI: 10.1007/978-3-540-92810-2

Nr.	Rodzaj leczenia	Długość trwania leczenia	Dawka RTH	Follow-up
1.	CHTH ind+ RTCHT	15.12.2015-15.04.2016	69,96 Gy/33 fr.	07.2016 Progresa w MR 08.2016 1 kurs chth, pal. 10.2016-zgon
2.	RTH (dyskw. od CHTH)	06.03.2019 do 2.04.2019	50Gy/25fr.	14.06.2019 Poprawa stanu miejscowego, powieka prawa opadnięta do połowy. 07.2019 zgon
3.	RTCHT	07.07-20.07.2015	69,96Gy/33fr. (otrzymał 21,2Gy)	Zgon w trakcie leczenia-po otrzymaniu 10 fr. oraz 2 kursów chth
4.	RTCHT+ CHTH, uzup.	19.04.2016-25.06.2016	70 Gy/ 35 fr.	23.08.2016 MR całkowita regresja 15.03.2018 MR stan stabilny 08.03.2019 MR stan stabilny 05.02.2020 MR stan stabilny
5.	CHTH IND. +RTCHT	14.12.2018-14.03.2019	69,96 Gy/33 fr.	07.2019 regresja w MR 11.2019 regresja w MR 19.03.2020 j.w +stan stabilny

Tab.2 przedstawia przebieg leczenia wybranych chorych z rakiem nosowej części gardła
CHTH ind-chemioterapia indukcyjna, RTH- radioterapia, RTCHT radiochemioterapia