

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ

УДК 6/6.211-006.52.089

*Н.О. Шушляпина, А.С. Журавлёв**Харьковский национальный медицинский университет***ИНВЕРТИРОВАННАЯ ПЕРЕХОДНО-КЛЕТОЧНАЯ ПАПИЛЛОМА
ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ.
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**

Проанализирован клинический случай инвертированной переходно-клеточной папилломы полости носа и околоносовых пазух с максимальной объективной оценкой диагностических возможностей исследования и возможного прогноза лечения. Приведенный случай представляет большой интерес для практикующих специалистов и показывает, что при подозрении на хронический полипозный риносинусит в комплекс диагностических исследований в обязательном порядке необходимо включать спиральную компьютерную томографию с последующим определением характера распространения процесса, а также гистологическое исследование, при котором взятие материала должно проводиться из разных мест образования.

Ключевые слова: *инвертированная переходно-клеточная папиллома, верхние дыхательные пути, спиральная компьютерная томография.*

Переходно-клеточная папиллома принадлежит к относительно редким доброкачественным опухолям, которую диагностируют на ранних этапах как воспалительный полип, а в более поздние сроки как злокачественную опухоль. Представляя собой несомненную опухоль, переходно-клеточная папиллома склонна к рецидивам и разрушениям подлежащей костной ткани. Однако метастазирование этого процесса до настоящего времени не отмечено. Диагностируемая чаще всего у мужчин средних лет, переходно-клеточная папиллома может встречаться и в более молодом возрасте. В начальных стадиях развития переходно-клеточная папиллома полости носа, околоносовых пазух и носоглотки, как правило, проявляется столь незначительными признаками, что на них не обращают внимания ни сами больные, ни врачи. В связи с этим вопросы ранней диагностики опухолей данной локализации имеют первостепенное значение. Эти опухоли по своему внешнему виду, течению и локали-

© Н.О. Шушляпина, А.С. Журавлёв, 2014

зации весьма разнообразны, нередко они бывают нетипичными, что в ряде случаев ведет к диагностическим ошибкам [1]. При риноскопии определяют, что инвертированная переходно-клеточная папиллома располагается чаще на боковой стенке, реже на перегородке, в глубоко расположенных отделах полости носа, она имеет серовато-белый цвет, гладкую поверхность. Кроме того, процесс может локализоваться в околоносовых пазухах: гайморовой полости, решетчатом лабиринте, изредка в лобной и основной пазухах [2 – 4]. В специальной литературе приведены описания этой опухоли, располагающейся в краниофациальной области [5]. Имеются сведения о локализации переходно-клеточной папилломы в верхних и нижних челюстях, скуловых костях, сосцевидном отростке [6]. Новообразования данной гистологической структуры могут поражать ткани перегородки носа, нижних носовых раковин [4, 7].

Известно сообщение о фибропапилломатозе полости рта как начальном проявлении

синдрома Cowden [8], который является редким наследственным аутосомным доминантным заболеванием с характерными слизисто-кожными папилломатозными проявлениями. Еще одной особенностью инвертируемой переходно-клеточной папилломы является ее способность к рецидивированию. Несмотря на применение различных методов хирургического воздействия, в частности, эндоскопических операций и некоторых операций с применением наружного подхода (латеральная ринотомия, операция по Денкеру или Калдвелл–Люку), частота рецидива переходно-клеточной папилломы высока и не зависит от методов хирургического вмешательства. В литературе приводятся данные ретроспективного исследования результатов лечения 73 пациентов с синоназальной инвертированной папилломой, прооперированных с применением микроэндоскопических технологий, у которых в 30,1 % случаев развился рецидив заболевания с последующим повторным проведением оперативного вмешательства [9]. Удаленная опухоль была подвергнута иммуногистохимическому анализу, при котором были выявлены повышенная пролиферативная активность клеток и потеря экспрессии базально-клеточного кератина 14. Данный признак служит, по мнению S. Gunia, D. Liebe, S. Koch (2008), одним из диагностических критериев определения риска развития рецидива после удаления синоназальной инвертированной папилломы [9]. Роль этих факторов изучена при развитии папилломы полости носа у 58 пациентов [10]. Также в процессе исследования пациентов с инвертированными папилломами полости носа и придаточных пазух было установлено, что этот патологический процесс является частой доброкачественной синоназальной опухолью, которая гистологически характеризуется плоскоклеточной метаплазией, эпителиальным акантозом и гиперплазией назального эпителия [11]. Схожие результаты были получены авторами при сравнении различных вариантов хирургического лечения инвертированной папилломы полости носа, согласно которым лишь 9,3 % больных потребовались повторные операции после эндоскопического удаления опухоли [12]. Также после подобных вмешательств по поводу инвертированной папилломы полости носа и

придаточных пазух частота малигнизации папилломы по данным исследования операционного материала составляла 6 % [13]. Полученные данные позволяют авторам характеризовать инвертированную папиллому как опухоль, склонную к озлокачествлению.

Таким образом, высокая степень рецидивирования опухоли и склонность ее к злокачественной трансформации являются несомненными факторами в обосновании прогноза.

Установление диагноза основывается на клинических данных, риноскопической картине, результатах СКТ и МРТ и гистологическом исследовании. Однако постановка диагноза при объективном исследовании не всегда представляется возможной, поскольку макроструктура переходно-клеточной папилломы сходна с макроструктурой антрохоанального полипа. Поэтому достоверность дифференциальной диагностики переходно-клеточной папилломы должна быть основана на комплексной оценке всех составляющих диагностических данных. В литературе отсутствуют четкие диагностические критерии при дифференциальной диагностике переходно-клеточной папилломы и полипа [13]. Эпителий переходно-клеточной папилломы построен по тому же принципу, что и у полипов, и представлен многослойным призматическим или многослойным эпителием с резко выраженной гиперплазией базальных клеток. Однако переходный эпителий папиллом выражен в большей степени, чем на поверхности полипов, которая всегда более или менее ровная, в отличие от поверхности папилломы, где имеют место многочисленные глубокие складки и резко выраженная бугристость. Эпителий у таких образований не только располагается на поверхности, но и выстилает стенки глубоких складок папилломы. В связи с этим такая структура имеет название инвертируемая. Наконец, строма папилломы, в отличие от полипов, как правило, не содержит нормальных желез и может быть грубой и плотной, по сравнению с мягкой и отечной стромой полипа.

Обычно односторонняя, эта опухоль бывает одиночной и множественной. Клинически заболевание в начальной стадии протекает бессимптомно. В дальнейшем наблюдается постепенно нарастающая заложен-

ность носа, сукровичные выделения, носовые кровотечения, слезотечение, боль в области лицевого нерва на стороне поражения. При риноскопии устанавливают расположение инвертированной переходно-клеточной папилломы: чаще на боковой стенке, реже на перегородке, в глубоко расположенных отделах полости носа. Она имеет серовато-белый цвет, гладкую поверхность и зачастую ошибочно может быть принята за обычные полипы. При прорастании опухоли в соседние органы могут наблюдаться смещение глазного яблока, деформация лицевого скелета. Методами диагностики папилломы является рентгенологическое исследование и СКТ. Основной особенностью при рентгенологическом или СКТ-исследовании является обнаружение округлого или бесформенного очага просветления в той или иной полости. Иногда в зоне опухолевого роста происходит разрушение костной ткани. Чаще всего при этом страдают стенки гайморовой пазухи. Но опухоль может расти и в других направлениях, разрушая стенку нёба, стенки глазницы или кости основания черепа. Однако возможности компьютерной томографии не всегда позволяют точно оценить степень повреждения костных структур, размер которых сопоставим с разрешением томографа. Из-за возникающего усреднения возможно некорректное отображение областей на границе объектов с разной плотностью. Таким образом, объект должен быть представлен не менее чем двумя элементами изображения с уменьшением шага сканирования до 1 мм в зоне опухоли. Кроме того, целесообразно производить оценку томографических снимков в диапазонах мягкотканного и костного окон.

Приводим случай из клинической практики.

Больной А., 75 лет, поступил на оперативное лечение 04.05.13 с клиническим диагнозом: хронический полипозный пансинусит. Экзофтальм левого глаза. Новообразование левого глаза. Свищ верхнего века левого глаза.

При поступлении больной предъявлял жалобы на отсутствие носового дыхания, преимущественно слева, сукровичные выделения из левой половины носа и области верхнего века слева, нарушение трудоспособности,

утомляемость, плохой сон. Из анамнеза известно, что больной А. страдает хроническим полипозом полости носа более 18 лет. За этот период дважды проводились оперативные вмешательства по поводу хронического полипозного риносинусита. Носовое дыхание после оперативных вмешательств восстанавливалось не полностью. В течение последних двух лет за медицинской помощью не обращался. Отметил ухудшение в течение последних трех месяцев, когда в области верхнего края орбиты левого глаза появился свищевой ход, из которого выделялась обильная вязкая слизь с примесью крови. В этот период пациент отметил выпячивание глазного яблока слева с ухудшением зрения на стороне поражения. Затруднение носового дыхания имело тенденцию к резкому ухудшению вплоть до полного его отсутствия. Общее состояние больного при осмотре соответствует средней степени тяжести. При объективном осмотре отмечено ясное сознание, отсутствие менингеальных знаков, при пальпации и перкуссии области параназальных синусов отмечена незначительная болезненность в проекции левого фронтального синуса. Аускультативно над легкими с обеих сторон прослушивается несколько ослабленное дыхание. Пульс – 92 уд/мин, ритмичный; АД – 120/70 мм рт. ст. Тоны сердца – ясные, ритмичные; тахикардия. Органы брюшной полости – без патологических изменений. При внешнем и эндоскопическом осмотре определяется образование в области верхнего края орбиты левого глаза, безболезненное, плотной консистенции, в центре которого имеется свищевой ход с выделением из него обильной вязкой слизи с примесью крови. Кожа вокруг свищевого канала не изменена, обычной окраски. Левый глаз отклонен кнаружи, выступает вперед – экзофтальм, движения глазного яблока в медиальном направлении ограничены. При передней риноскопии: обе половины полости носа полностью заполнены мелкобугристым образованием, местами очень похожим на полипы. Носовая перегородка искривлена влево. При задней риноскопии отмечается полная obturация хоаны слева полипозной тканью. На компьютерной томографии околоносовых пазух от 01.05.13 (рис. 1) отмечается объемное новообразование ячеек решетчатого лаби-



Рис. 1. СКТ-томограмма в аксиальной проекции на уровне лобных пазух. Отчетливо видно разрушение стенки лобной пазухи слева

ринта с деструкцией латеральной костной стенки левого верхнечелюстного синуса, новообразование тотально выполняет весь объем верхнечелюстной пазухи слева, инфильтрирующее стенки левого носового хода и носовой перегородки и распространяется в левый клиновидный синус. Субтотальное затемнение правого верхнечелюстного синуса. Отмечается буллезное вздутие клеток решетчатого лабиринта с их резорбцией в области переносицы с распространением в область орбиты и ретробульбарного пространства слева. Тотальное поражение фронтального синуса слева (рис. 2, 3).

На этапе дообследования (предоперационный период) для оценки структуры опухоли проведено предварительное гистологическое исследование, по результатам которого наличие опухоли не подтвердилось, а была выявлена структура типичной полипозной ткани.

Результат гистологического исследования 01.05.13 – полипозная ткань.

Оперативное вмешательство запланировано с привлечением офтальмолога для проведения ревизии левой орбиты. 15.05.13 выполнена левосторонняя гайморотомия по Калдвелл–Люку, двусторонняя полипотомия носа с целью проведения расширенной биопсии. Ревизия левой орбиты. Левосторонняя фронтотомия.

Операция № 1. Ревизия левой орбиты. Произведено иссечение образования со свищом в области внутреннего угла левого глаза. Новообразование имеет фиброзную структуру, при его иссечении визуализировались округлой формы бело-серого цвета мел-

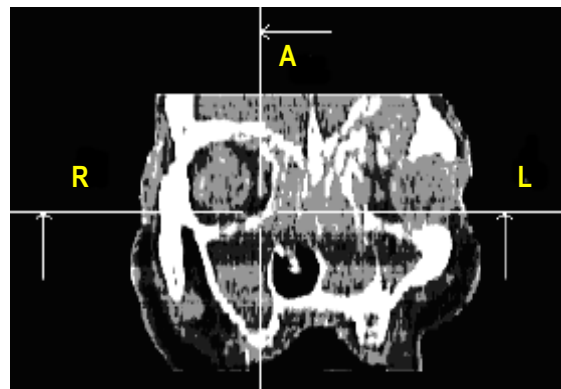


Рис. 2. Мультипланарная СКТ-реконструкция во фронтальной проекции. Видна деструкция орбиты, костных структур лобной пазухи и решетчатого лабиринта слева



Рис. 3. СКТ-томограмма в аксиальной проекции на уровне верхнечелюстных пазух. Отчетливо видно прорастание образования в полость носа слева

кие образования, напоминающие полипозную ткань, местами мелкососочкового вида, прорастающие в полость орбиты. При ревизии левой орбиты в области верхней ее стенки имеется дефект со входом в область левого фронтального синуса. Патологическая ткань удалена. Материал взят на гистологическое исследование из областей левой орбиты и лобного синуса. Отмечалось умеренное кровотечение.

Операция № 2. Левосторонняя гайморотомия по Калдвелл–Люку, левосторонняя полипотомия носа. Левосторонняя фронтотомия. Левая верхнечелюстная пазуха практически полностью заблокирована полипозной тканью, слева отмечается повышенная кровоточивость. При проведении ревизии стенок гайморовых пазух деструктивных изменений не выявлено. При ревизии лобной пазухи слева обнаружен дефект ее нижней стенки со входом в область верхней стенки левой ор-

биты. Удаленный патологический материал отправлен на гистологическое исследование. Послеоперационный период протекал без осложнений.

17.03.14. Результат гистологического исследования:

№ 1. Материал, взятый из области орбиты: переходно-клеточная папиллома с инвертирующим характером роста;

№ 2. Материал, взятый из области гайморовой пазухи и лобной пазухи слева: хронический полипозный синусит с мелкоочаговой метаплазией респираторного эпителия;

№ 3. Материал, взятый из полости носа: переходно-клеточная папиллома с инвертирующим характером роста.

Заключение гистологического исследования: инвертированная переходно-клеточная папиллома (рис. 4).



Рис. 4. Гистологический препарат инвертированной переходно-клеточной папилломы

Под микроскопом поверхность опухоли неровная из-за множества глубоких щелей и складок. Они покрыты толстым слоем эпителия. В нем удалось различить три зоны. Базальная зона состоит из мелких и темных клеток. Большинство из них имеют слегка вытянутую форму и своей длинной осью лежат перпендикулярно к слабо развитой базальной мембране. Подлежащая соединительная ткань местами вдается в эпителий, образуя сопочки, богатые капиллярами. Промежуточная зона представлена крупными светлыми клетками, образующими много слоев. Их ядра круглой или слегка неправильной формы, а прилегающий к ядру участок цитоплазмы кажется оптически пустым. Чем ближе к поверхности, тем крупнее и светлее эпителиоциты и тем лучше выявляются межклеточные

границы. Наконец, самая узкая и не везде выраженная зона состоит из уплощенных клеток с оксифильной цитоплазмой и гиперхромными ядрами. Кроме того, эпителий папилломы образует множество выростов в подлежащую соединительную ткань. Эпителиальные пласты в некоторых участках опухоли окаймлены призматическим эпителием или имеют в центре просвет, ограниченный призматическими клетками, секреторными слизью. Микрокисты с небольшим количеством муцина или нейтрофилов могут быть разбросаны по всему неопластическому эпителию. Фигур митоза мало, и они встречаются в базальной зоне опухолевого эпителия. Ядерный полиморфизм наблюдается приблизительно в 10 % случаев. Фиброзная строма может быть отечной, рыхлой, богатой капиллярами и незначительно инфильтрированной лимфоцитами и плазматическими клетками. Иногда встречаются лимфоидные фолликулы. Нормальных желез в строме нет.

Таким образом, на основании комплексных клиничко-диагностических мероприятий был установлен клинический диагноз: хронический левосторонний полипозный фронтосинусит. Переходно-клеточная папиллома лобно-решетчатой области и полости носа слева. Распространение новообразования в орбиту левого глаза.

Больной выписан домой.

За 1 год амбулаторного наблюдения рецидива опухоли не было.

Вывод

Описан случай доброкачественной опухоли: инвертируемая папиллома полости носа, которая клинически была диагностирована как полипоз полости носа, подтвержденный на предварительном гистологическом исследовании. Проведение расширенной биопсии с последующим удалением опухоли изменило существующий диагноз на переходно-клеточную папиллому.

В комплекс диагностических исследований в обязательном порядке необходимо включать спиральную компьютерную томографию с последующим определением характера распространения процесса, а также гистологическое исследование, при котором взятие материала должно проводиться из разных мест образования.

Список литературы

1. *Потапов И. И.* Доброкачественные опухоли носа и глотки / И. И. Потапов. – М. : Медгиз, 1960. – 176 с.
2. Long-term results of endonasal sinus surgery in sinonasal papilloma / M. Kraft, D. Simmen, T. Kaufmann, D. Holzmann // *Laryngoscope*. – 2003. – V. 113 (9). – P. 1541–1547.
3. *Lawson W.* Treatment outcomes in the management of inverted papilloma: an analysis of 160 cases / W. Lawson, M. Kaufman, H. Biller // *Laryngoscope*. – 2003. – V. 113 (9). – P. 1548–1556.
4. Переходно-клеточная папиллома полости носа / О. А. Меркулов, Р. К. Кайрбаев, Е. Б. Турганова, Г. Н. Оразбекова // *Вестник КазНМУ*. – 2012. – № 2. – С. 22–24.
5. *Рзаев Р. М.* Отдаленные результаты передней краниофациальной резекции (ПКФР) у больных с распространенными опухолями полости носа, околоносовых пазух и глазницы / Р. М. Рзаев, Н. Д. Вердиев // *Материалы 5-й Всерос. науч.-практ. конф. оториноларингологии*. – М., 2006. – С. 267–268.
6. *Карпищенко С. А.* Методика лазериндуцированной интерстициальной термотерапии в хирургическом лечении респираторного папилломатоза / С. А. Карпищенко, И. А. Гурьева // *Вестник оториноларингологии*. – 2008. – № 4. – С. 62–67.
7. Tailored endoscopic surgery for the treatment of sinonasal inverted papilloma / T. J. Lee, S. F. Huang, C. C. Huang // *Head and Neck Surgery*. – 2004. – V. 26 (2). – P. 145–153.
8. Multiple oral fibropapillomatosis as an initial manifestation of Cowden syndrome. Case report / L. M. Capitan Cañadas, J. L. Salinas Sánchez, S. L. Martínez Castillo [et al.] // *Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal*. – 2006. – V. 11 (4). – P. 319–324.
9. *Gunia S.* Loss of basal cell keratin 14 reflects increased risk of recurrence in surgically resected sinonasal inverted papilloma / S. Gunia, D. Liebe, S. Koch // *J. Clin. Pathol.* – 2008. – V. 61 (6). – P. 707–712.
10. Cell proliferation and p27Kip1 expression in endophytic schneiderian papillomas / M. J. Schwerrer, A. Sailer, K. Kraft, H. Maier // *Laryngoscope*. – 2002. – V. 112 (5). – P. 852–857.
11. Serum squamous cell carcinoma antigen is a useful biologic marker in patients with inverted papillomas of the sinonasal tract / R. Yasumatsu, T. Nakashima, Y. Kuratomi [et al.] // *J. Cancer*. – 2002. – V. 94 (1). – P. 152–158.
12. Endoscopic removal of sinonasal inverted papilloma including endoscopic medial maxillectomy / P. Wormald, E. Ooi, C. van Hasselt, S. Nair // *Laryngoscope*. – 2003. – V. 113 (5). – P. 867–873.
13. *Краевский Н. А.* Патолого-анатомическая диагностика опухоли человека : руководство для врачей / Н. А. Краевский. – М. : Медицина, 1993. – 688 с.

Н.О. Шушляпина, А.С. Журавльов

ІНВЕРТОВАНА ПЕРЕХІДНО-КЛІТИННА ПАПІЛОМА ПОРОЖНИНИ НОСА ТА НАВКОЛОНОСОВИХ ПАЗУХ. ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

Проаналізовано клінічний випадок інвертованої перехідно-клітинної папіломи порожнини носа і навколоносових пазух з максимальним об'єктивним оцінюванням діагностичних можливостей дослідження та можливого прогнозу лікування. Наведений випадок викликає великий інтерес для практикуючих фахівців і показує, що при підозрі на хронічний поліпозний риносинусит до комплексу діагностичних досліджень в обов'язковому порядку необхідно додавати спіральну комп'ютерну томографію з подальшим визначенням характеру поширення процесу, а також гістологічне дослідження, при якому взяття матеріалу повинне проводитися з різних місць новоутворення.

Ключові слова: інвертована перехідно-клітинна папілома, верхні дихальні шляхи, спіральна комп'ютерна томографія.

N.O. Shushlyapina, A.S. Zhuravlev

INVERTED TRANSITIONAL CELL PAPILLOMA OF THE NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES. CASE STUDY

The clinical case of inverted papilloma of the nasal cavity and paranasal sinuses with a maximum objective assessment of the diagnostic capabilities of the study and possible treatment prognosis has been analyzed. This case is of considerable interest to practitioners and shows that in cases of suspected chronic polypoid rhinosinusitis in complex diagnostic studies should include necessarily spiral computer tomography with subsequent determination the nature of the spread of the process, as well as histological examination, in which the material is taken to be carried out from different places tumors. The detailed description of the case with inverted papilloma is described.

Key words: inverted transitional cell papilloma, nasal arways, spiral computer tomography.

Поступила 24.11.14