

Przypadek rozległej grzybicy zatok przynosowych u 72-letniego mężczyzny

The case of extensive fungal sinusitis in 72 years old man

Katarzyna Mrówka-Kata, Grażyna Trybalska, Grzegorz Namysłowski, Ewa Nowińska, Bogusława Orecka

Summary

The case of extensive, invasive fungal sinusitis in 72 years old man was presented in this paper. The surgical treatment was performed in this patient — rightsided maxillectomy with orbitotomy. Results of histological and mycological examinations of postoperative material showed evidence of *Aspergillus fumigatus*. The additional pharmacotherapy with Amphotericin B and Orungal was attached. Despite of such aggressive treatment patient died 9 months after the last operation.



Ryc. 1. Rozległość zmian grzybiczych w obrazie TK

pacjenta ponownie zoperowano 9.12.2001 r. Wynik badania his-pat potwierdził obecność *Aspergillus fumigatus*. Włączono wówczas leczenie przeciw-grzybicze — Amfoterycynę B. W 7 miesięcy po ostatnim zabiegu wystąpiło kolejne zachorowanie. Wykonane TK (ryc. 1, ryc. 2) wykazało rozległe zmiany patologiczne przemawiające za ekspansją procesu grzybiczego. W obrębie prawej zatoki szczękowej oraz oczodołu prawego widoczne były masy tkankowe wzmacniające się po podaniu środka kontrastowego. Zmiany obejmowały głównie tylną część oczodołu prawego, a także zatokę szczękową, prawy dół skrzydłowo-podniebienny i tkanki podskórne w okolicy zatoki szczękowej. Guz wpuklał się do zatoki klinowej i niszcząc strop tej zatoki wnikał do mózgozczaszki nie naciekając struktur przedniego dołu czaszki. Mięśnie okoruchowe oraz nerw wzrokowy objęte były naciekiem, gałka oczna w wytrzeszczu. Zaobserwowano również zmiany zapalne w obrębie sitowia. Pacjenta ponownie hospitalizowano. Dnia 11.07.2002 wykonano zabieg prawostronnego usunięcia szczęki wraz z wyluszczeniem oczodołu. Ąródoperacyjnie stwierdzono nacieki grzybicze w całej zatoce szczękowej prawej, dole podskroniowym, dole skrzydłowo-podniebiennym ze zniszczeniem kości środkowego dołu czaszki (skrzydła większe kości klinowej). Zmianę usunięto w granicach makroskopowo zdrowych tkanek. Podłożono mięsień skroniowy pod oponę. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Włączono ponownie leczenie przeciwgrzybicze Amfoterycyną B, Orungal. Kolejny nawrót dolegliwości wystąpił 9 miesięcy po ostatnim zabiegu i zakończył się zgonem chorego pomimo intensywnego leczenia przeciw grzybiczego.



Ryc. 2. Rozległość zmian grzybiczych w obrazie TK

DYSKUSJA

Częstość występowania grzybiczego zapalenia zatok pośród wszystkich schorzeń zatok różni się w przedstawianych publikacjach. Grigoriv i wsp. donoszą, że przypadki te stanowią 12%, Laskownik i wsp. donoszą o 28%, Stamberger o 10%, Karci o 9%. Najczęściej izolowanym grzybem był u Laskownik — *Penicillium* i *Aspergillus* u Stambergera — *Aspergillus*, a u Karci — *Aspergillus* i *Penicillium* [6-8].

Inwazyjne zapalenie grzybicze zatok jest najczęstszą formą i powoduje powstanie reakcji ziarninowej w obrębie błony śluzowej zatok i tkanek miękkich. Typ ostry o przebiegu piorunującym stwierdzany jest u pacjentów z deficytami immunologicznymi, może postępować gwałtownie z ekspansją wewnątrz-czaszkową i doprowadzić do szybkiej śmierci. Inwazyjna forma przewlekła może występować u zdrowych osobników irokuje lepiej [1, 7]. Postacie inwazyjne grzybiczego zapalenia zatok wymagają leczenia operacyjnego — w zależności od rozległości zmian. Stosowanymi zabiegami są FESS, a także ma-xillectomia częściowa lub radykalna z następowym leczeniem farmakologicznym (Amfoterycyna B).

Nieinwazyjne formy grzybiczego zapalenia zatok, częściej spotykane, swoim przebiegiem przypominają przewlekłe zapalenia zatok. Różnią się one od form inwazyjnych, tym że nie stwierdza się naciekania błony śluzowej. Wymagają one leczenia chirurgicznego pod postacią usunięcia mas grzybiczych oraz upowietrznienia zatok. Nie wymagają natomiast farmakologicznego leczenia przeciw-grzybiczego pooperacyjnie [7, 8].

Alergiczne grzybicze zapalenie zatok to jeszcze jeden rodzaj grzybiczego zapalenia zatok, którego

rozpoznanie możliwe jest na podstawie stwierdzenia zmian polipowatych, nadreaktywności typu I, naciekania eozynofilowego błony śluzowej oraz proliferacji grzybów. Po leczeniu chirurgicznym zmian polipowatych, np. w funkcjonalnej chirurgii endoskopowej zatok (FESS) należy rozważyć włączenie leczenia miejscowymi steroidami [2, 4–6].

Rozwój medycyny umożliwiający przeprowadzenie większej liczby badań nad grzybiczym zapaleniem zatok i ulepszone metody diagnostyczne przyczyniły się do poprawy wykrywalności zakażeń grzybiczych zatok przynosowych. Spośród grzybiczych zapaleń zatok, przypadki alergicznego grzybiczego zapalenia zatok i mycetoma dają objawy naśladujące przewlekłe zapalenie zatok. Jednakże ostateczna diagnoza może być postawiona dopiero po ocenie wyników parametrów immunologicznych, TK, badania mykologicznego i histologicznego materiału z zatok [2, 4–6].

W leczeniu nieinwazyjnego grzybiczego zapalenia zatok FESS jest zabiegiem wystarczającym, eliminującym konieczność dodatkowego leczenia przeciwgrzybiczego. Inwazyjne grzybicze zapalenie zatok rozwija się agresywnie i szybko. Wymaga intensywnego leczenia przeciwgrzybiczego połączonego z szerokim usunięciem zmian patologicznych [7, 8]. Przedstawiony w powyższej pracy przypadek grzybicy inwazyjnej, pomimo rozległego zabiegu operacyjnego (usunięcia kości szczęki wraz z egzen-teracją oczodołu) oraz następowego leczenia przeciwgrzybiczego, zakończył się niepowodzeniem.

PIÂMIENICTWO

1. Jędrusik A., Dalewicz A., Deptała A., Michalik J.: Grzybica inwazyjna zatok przynosowych o piorunującym przebiegu — opis przypadku. *Otolaryngologia Polska*, 2002, 56, 1, 95-99.
2. Krzeski A., Jędrusik A.: Współczesne poglądy na alergiczne, grzybicze zapalenie błony śluzowej jamy nosowej i zatok. *Alergia, Astma, Immunologia*, 2001, 6, 2, 65-68.
3. Klossek J.-M., Serrano E., Peloquin L., Percodani J., Fontanel J.-P., Pessey J.-J.: Functional Endoscopic Sinus Surgery and 109 mycetomas of paranasal sinuses. *Laryngoscope*, 1997, 107, 112-117.
4. Cody T., Noel B., Ferreiro J., Roberts G.: Allergic fungal sinusitis. The Mayo Clinic Experience. *Laryngoscope*, 1994, 104, 1074-1079.
5. Corey J.P., Delsuphehe K., Fergusson B.J.: Allergic fungal sinusitis. *Otolaryngol. Head Neck Surgery*, 1995, 113, 110-119.
6. Hartwick R.W., Betsakis J.G.: Sinus aspergillosis and allergic fungal sinusitis. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, 1991, 100, 427-430.
7. Karci B., Burhanoglu D., Erdem, Hilmioğlu S., Inci R., Veral A.: Fungal infections of the paranasal sinuses. *Rev. Laryngol. Otol. Rhinol.*, 2001, 122, 1, 31-35.
8. Stammberger H.: Endoscopic sinus surgery for mycotic and chronic recurring sinusitis. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, 1985, 119, (supl.), 1-11.

Adres autora:

dr n. med. Katarzyna Mrówka-Kata
Katedra i Kliniczny Oddział Laryngologii
Śląskiej Akademii Medycznej
ul. M. Skłodowskiej-Curie 10
41-800 Zabrze

Pracę nadesłano: 29.03.2004 r.