
Przypadek czerniaka złośliwego trąbki słuchowej

Malignant melanoma of the auditory tube

Monika Tywończuk-Szulc, Bogdan Kibiłda

Oddział Laryngologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Ordynator: dr n. med. B. Kibiłda

Summary

Melanomas of the mucous membranes of airway tract constitute around 1% of the total melanomas of head and neck. The most common site of the tumor are the nasal and paranasal sinuses but melanomas of the oral cavity are described too. The location of malignant melanoma in the eustachian tube is very rare. We found five cases of this disease in the literature. In our article we present a 53-year-old woman with progressive left aural fullness and hearing impairment for two months. Clinical examination found left middle ear effusion. The nasopharyngoscopy revealed a bluish red, friable and granulomatous tumor occupying the whole pharyngeal orifice of the left auditory tube. The biopsy specimen was taken which established the diagnosis. Because of localization and spread of the melanoma we had a low opinion of surgical treatment and radiotherapy was recommended. The patient was under constant laryngologic and oncological observation. We did not notice the local recurrence of melanoma. She died two years after making the diagnosis because of the neoplasm dissemination.

Hasła indeksowe: czerniak złośliwy, trąbka słuchowa

Key words: melanoma, auditory tube

Otolaryngol Pol 2007; LXI (3): 335–338 © 2007 by Polskie Towarzystwo Otolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

WSTĘP

Czerniak złośliwy (*melanoma malignum*) stanowi 1% wszystkich nowotworów złośliwych [17]. Rozwija się z komórek barwnikowych – melanocytów, pochodzących z grzebienia nerwowego. Około 20% tych guzów nie zawiera melaniny w komórkach nowotworowych i określany jest jako czerniak bezbarwnikowy (*melanoma amelanoticum*). Przebieg tego nowotworu ma charakter zły rokowniczo [3, 10, 11].

Czerniaki błon śluzowych są niezwykle rzadkie. Stanowią około 1% wszystkich czerniaków. Dotyczą ludzi w szóstej, siódmej i ósmej dekadzie życia i nie zależą od płci. W związku z zazwyczaj ukrytą lokalizacją czerniaki błon śluzowych są rozpoznawane i diagnozowane w zaawansowanym stanie klinicznym. Rozpoznanie dodatkowo utrudnia fakt, że w 1/3 czerniaków błon śluzowych ma postać bezbarwnikową [7, 10]. Wykazują one bardziej

agresywny przebieg kliniczny w porównaniu z postacią skórną, co przejawia się większą zdolnością do tworzenia przerzutów regionalnych i odległych oraz wznów miejscowych. Przeżycie 5-letnie stwierdza się w przedziale od 17 do 48% przypadków. W piśmiennictwie część autorów zwraca uwagę, że zmiany szerzące się na głębokość więcej niż 5–7 mm w głąb tkanek, rokują przeżyciem krótszym niż 3 lata [1, 2, 7, 13, 17].

Czerniaki głowy i szyi przeważnie umiejscawiają się w jamach nosa i w zatokach przynosowych a także w jamie ustnej, szczególnie na podniebieniu twarzym, dziąsłach i policzkach [7, 10, 14]. Czerniak złośliwy o lokalizacjach takich jak migdałek podniebienny czy krtań, występuje niezwykle rzadko [8, 12, 14, 17]. Przypadki czerniaka w trąbce słuchowej Eustachiusza również należą do rzadkich przypadków w kazuistyce światowej. Opisano zaledwie 5 przypadków czerniaka o tej lokalizacji u chorych w przedziale wiekowym od 52 do 75 lat [1, 2, 5, 9].

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

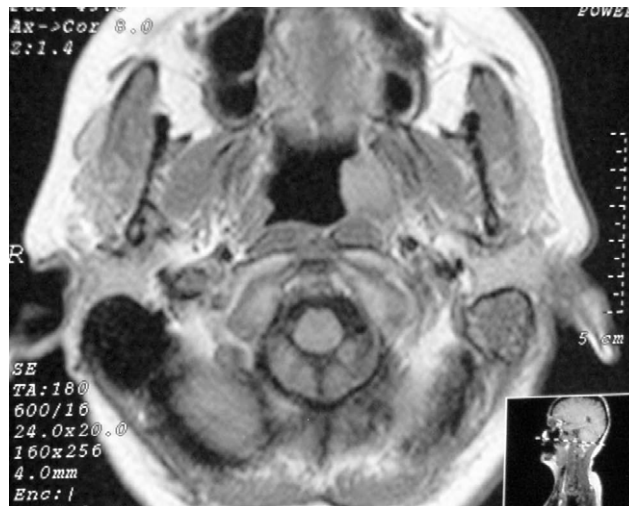
Leczeniem z wyboru nowotworu jest postępowanie chirurgiczne, polegające na doszczętnym wycięciu zmiany pierwotnej z zachowaniem marginesu tkanek zdrowych [1, 3, 4, 6, 7, 13, 17]. Napromienianie może być skuteczne jako leczenie uzupełniające po nieradykalnych operacjach. Radioterapię stosuje się także jako leczenie z wyboru w przypadkach czerniaków błon śluzowych zlokalizowanych w obrębie głowy i szyi, gdzie radykalne usunięcie nowotworu nie jest możliwe [6]. W piśmiennictwie pojawiają się doniesienia o dobrych wynikach immunoterapii genowej jako metody leczenia pierwotnego. Wyniki badań prowadzone w wielu ośrodkach wykazują, że zastosowanie genetycznie modyfikowanych szczepionek komórkowych pozwala na znaczne przedłużenie czasu życia, a w niektórych przypadkach nawet na całkowitą remisję nowotworu u chorych w zaawansowanym stadium czerniaka [16, 17].

OPIS PRZYPADKU

Chora J.S., lat 53 (nr historii choroby 18671/2003) skierowana na oddział 19.12.2003 r. z powodu wysiękowego zapalenia ucha środkowego lewego z podejrzeniem guza w okolicy ujścia lewej trąbki słuchowej. W wywiadzie pacjentka podawała narastające upośledzenie słuchu z uczuciem pełności w uchu lewym oraz uczucie spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła. Objawy te pojawiły się około 2 miesiące przed przyjęciem.

Przed hospitalizacją chora leczona była ambulatoryjnie w miejscu zamieszkania, otrzymując leki przeciwhistaminowe i steroidy donosowe, nie uzyskując poprawy.

W badaniu otoskopowym ucha lewego stwierdzono błonę bębenkową barwy ciemno-niebieskawej, która lekko uwypuklała się w kierunku przewodu słuchowego zewnętrznego. Obraz sugerował obecność wydzieliny w jamie bębenkowej. W badaniu akumetrycznym słuchu stwierdzono osłabienie słuchu ucha lewego – mowa 4 m, szept 3 m, w badaniu stroikami – Weber lateralizował w stronę ucha lewego, a próba Rinne w tym uchu była ujemna. Tympanometria wykazała w uchu lewym krzywą typu B, a audiogram niedosłuch o typie przewodzeniowym ucha lewego z rezerwą 30–40 dB. W rynoskopii tylnej widoczny był guz barwy sinoczerwonej, średnicy kilku milimetrów, zlokalizowany w ujściu gardłowym trąbki słuchowej po stronie lewej.

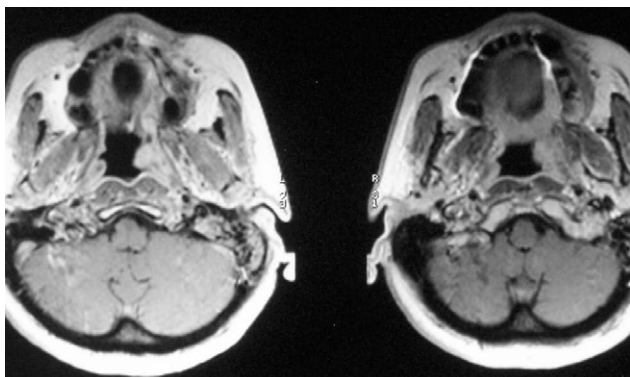


Ryc. 1. MRI głowy z oceną rozległości zmiany przed leczeniem – patologiczna zmiana okolicy ujścia gardłowego trąbki słuchowej

W znieczuleniu ogólnym wykonano paracentezę błony bębenkowej lewej. Po nacięciu błony w kwadrancie przednio-dolnym wystąpił obfity wyciek z jamy bębenkowej dużej ilości gęstej bursztynowej, ciągnącej się wydzieliny, w końcowej fazie rzadszej z domieszką wydzieliny krwistej. Ze względu na dużą ilość wydzieliny założono dren wentylacyjny w miejscu nacięcia błony. Endoskopem sztywnym oceniono część nosową gardła, stwierdzając obecność łatwo krwawiącej i kruchej masy patologicznej – ziarniny, o średnicy do 1 cm zlokalizowanej w ujściu gardłowym lewej trąbki słuchowej. Pobrano wycinki z tej zmiany do badania histopatologicznego. Chorą wypisano do domu z poprawą słuchu, z utrzymującym się niewielkim wyciekem surowiczno-krwistym ucha lewego.

Otrzymany wynik badania histopatologicznego (nr 88323/03) brzmiał: *focus melanomatis malignis*.

W związku z otrzymanym wynikiem chorą ponownie przyjęto na oddział (nr historii choroby 196/04) 12.01.2004 r. w celu uzupełnienia diagnostyki. Wykonano MRI głowy z oceną rozległości zmiany. Wynik badania MRI: „W części nosowej gardła po stronie lewej widoczna jest dobrze odgraniczona masa patologiczna 16 mm x 20 mm x 18 mm zajmująca zachyłek Rosenmullera i rejon trąbki słuchowej. Masa separuje się od mięśnia skrzydłowego i mięśnia długiego głowy po stronie lewej. W badanym zakresie nie stwierdza się obecności powiększonych węzłów chłonnych” (ryc. 1). W badaniach obrazowych szyi, klatki piersiowej i brzucha nie stwierdzono zmian przerzutowych. Ze względu na lokalizację zmiany



Ryc. 2. MRI głowy w trakcie teleradioterapii – nieznaczna regresja zmiany

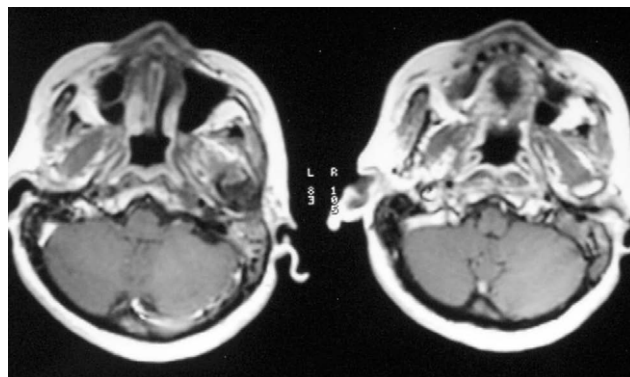
oraz charakter guza, po konsultacji onkologicznej pacjentkę zakwalifikowano do leczenia radioterapią w Regionalnym Centrum Onkologii w Olsztynie. Przed podjęciem leczenia pacjentka konsultowała się w wiodącym laryngologicznym ośrodku klinicznym, który podtrzymał wybór metody leczenia.

U chorej przeprowadzono trój etapowe leczenie napromienianiem (teleterapią) do dawki 70 Gy/guz (09.02–26.03.2004). W trakcie leczenia wykonano kontrolne badanie MRI twarzoczaszki (12.03.2004) – „w porównaniu z badaniem poprzednim (MRI z dn. 12.01.2004) stwierdza się niewielkie zmniejszenie wymiarów guza (ryc. 2).

Ze względu na rozpoznanie histopatologiczne zalecono podwyższenie dawki na guz. Chorą skierowano w tym celu do Centrum Onkologii w Bydgoszczy, gdzie zastosowano brachyterapię dojamową m. HDR (IR-192) w dawce 9 Gy /guz (01.04.–08.04.2004).

W wykonanym w dniu 22.06.2004 kontrolnym badaniu endoskopowym części nosowej gardła nie stwierdzono obecności patologicznej masy w ujściu gardłowym lewej trąbki słuchowej. Całkowitą regresję zmiany potwierdziło wykonane 28.06.2004 kontrolne badanie MRI tej okolicy (ryc. 3).

Pacjentka pozostawała pod stałą kontrolą onkologiczną i laryngologiczną. W sierpniu 2005 roku pojawiły się silne bóle zlokalizowane w odcinku piersiowym kręgosłupa. Wykonane badanie MRI kręgosłupa wykazało ogniska meta w obrębie Th3-Th4. U pacjentki zastosowano radioterapię na odcinek Th1-5 kręgosłupa. Wykonane w tym czasie badanie endoskopowe części nosowej gardła z odchylen od normy wykazało niewielkie sinawe płaskie przebarwienie w obrębie błony śluzowej ujścia gardłowego trąbki słuchowej lewej na godz. 13–17, nie blokujące jej światła (ryc. 4).



Ryc. 3. MRI głowy po leczeniu – całkowita regresja zmiany



Ryc. 4. Badanie endoskopowe części nosowej gardła – ujście trąbki słuchowej lewej szerokie, w obrębie błony śluzowej ujścia niewielkie sinawe płaskie przebarwienie na godz. 13–17 nieblokujące światła trąbki

Chora kwalifikowana była do zastosowania immunoterapii genowej, która nie została jednak podjęta z powodu pogorszenia stanu chorej spowodowanego pojawieniem się objawów neurologicznych związanych z przerzutami do rdzenia kręgowego oraz ogólnym rozsiewem nowotworowym. W ujściu trąbki słuchowej lewej wznowy miejscowej nie obserwowano. Utrzymało się jedynie płaskie przebarwienie. Pacjentka zmarła na początku lutego 2006 roku z powodu rozsianej choroby nowotworowej, dwa lata od ustalenia diagnozy.

OMÓWIENIE

Objawami, z którymi zgłaszali się do laryngologa opisani w literaturze chorzy, podobnie jak u naszej pacjentki, był niedosłuch i pulsujący szum

w uchu, rozpoznawane wstępnie i leczone jako wysiękowe zapalenie ucha środkowego. Rozpoznanie potwierdzano na podstawie badania histopatologicznego guza. Badaniem dodatkowym pozwalającym na określenie rozległości zmian nowotworowych było MRI kości skroniowej.

Radykalne leczenie operacyjne czerniaka w tej okolicy jest zazwyczaj utrudnione z powodu szerzenia się nowotworu w kierunku kości skroniowej. Stosowano częściowe usunięcie guza z okolicy ujścia trąbki słuchowej z założeniem drenażu wentylacyjnego do jamy bębnekowej, a także resekcję kości skroniowej w wybranych przypadkach. Pacjenci poddani zostali także radioterapii [1, 2, 5, 9, 15].

PIŚMIENNICTWO

1. Chien-Chung L, Shyh-Haw T, Ching-Yin H. Malignant melanoma of the eustachian tube. *J Laryngol Otol* 2001; 115: 567.
2. Folz BJ, Niemann AM, Lippert BM, Haushild A, Werner JA. Mucous membrane melanomas of upper aerodigestive tract. An analysis of 34 cases. *Laryngorhinootologie* 1997; 76(5): 289.
3. Fruba J, Osuch-Wójcikiewicz E. Czerniaki złośliwe głowy i szyi. *Otolaryngol Pol* 1994; 48(5): 417.
4. Gołąbek W, Siwiec H, Klatka J, Morshed K. Czerniak błony śluzowej jamy nosowej i zatok przynosowych. *Otolaryngol Pol* 2001; 55(4): 421.
5. Handrock M, Roggendorf W, Schussler U. The differential diagnosis of chronic tympanic effusion. *HNO* 1980; 28(1): 19.
6. Harwood AR, Cummings BJ. Radiotherapy for mucosal melanomas. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1982; 8(7): 1121.
7. Lengyel E, Gilde K, Remenar E, Esik O. Malignant mucosal melanoma of the head and neck- a review. *Patol Oncol Res* 2003; 9(1): 7.
8. Lewandowski D. Dwa przypadki odległego przerzutu czerniaka skóry do błony śluzowej gardła. *Otolaryngol Pol* 1984; 38(2): 181.
9. McKenna EL, Holmes WF, Harwick R. Primary melanoma of the middle ear. *Laryngoscope* 1984; 94: 1459.
10. Namysłowski G, Nowińska E, Lange D, Nikiel B. Przypadek bezbarwnikowego czerniaka złośliwego jamy nosowej i zatok przynosowych. *Otolaryngol Pol* 1996; 50(1): 91.
11. Narożny W, Lewandowski D, Stankiewicz Cz. Czerniaki złośliwe w materiale Kliniki Gdańskiej. *Otolaryngol Pol* 1986; 40(2): 87.
12. Sekuła J, Kuś J, Nowogrodzka-Zagórska M. Melanoma na migdałku podniebiennym. Badania w SEM. *Otolaryngol Pol* 1989; 43(4): 249.
13. Sekuła J, Dobroś W. Czerniaki błony śluzowej jamy nosa w materiale Krakowskiej Kliniki Otolaryngologii. *Otolaryngol Pol* 1989; 43(5-6): 349.
14. Slavicek A, Astl J, Valkova D, Betka J, Petruzelka L. Malignant mucosal melanoma of the head and neck. *Sb Lek* 2000; 101(4): 315.
15. Urpegui G, Lahoz ZT, Muniesa SJA, Valles VH, Martinez SJ, Sancho SE, i wsp. Malignant melanoma of the middle ear, a rare site. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1999; 50(7): 559.
16. Wysocki PJ, Karczewska A, Mackiewicz A. Szczepionki genetyczne w terapii czerniaka złośliwego. *Otolaryngol Pol* 2002; 56(2): 147.
17. Zagólski O, Sobeńko Z, Przysiężny M. Czerniak złośliwy głowy i szyi. *Otolaryngol Pol* 2000; 54(4): 447.

Adres autora:
Monika Tywończuk-Szulc
ul. Dworcowa 62/165
10-437 Olsztyn

Praca wpłynęła: 29.12.2006 r.