

Prezentujemy rzadki przypadek kostniaka. Guzy rozwinęły się w kilku kościach czaszki 36-letniej kobiety, obejmując kość klinową, skroniową, jarzmową i szczękę po stronie prawej oraz obie kości ciemieniowe. Guzy rosły powoli przez 14 lat, po czym nagle zwiększyło się tempo ich wzrostu.

Objawy kliniczne, spowodowane były uciskiem na struktury wewnątrzczaszkowe (m.in. prawy płat skroniowy i nerw wzrokowy). Z tego powodu od lutego do maja 2001 r. przeprowadzono 3-krotnie leczenie operacyjne. Niestety, pomimo leczenia nadal istniało duże ryzyko nawrotu choroby i powiększania się mas kostnych.

Lokalizacja w sąsiedztwie ważnych dla życia części mózgu uniemożliwiła radykalne leczenie chirurgiczne. Z tego powodu kilka miesięcy później, w listopadzie 2001 r. przeprowadzono teleradioterapię.

Dawka podana w tym przypadku frakcjonowana konwencjonalnie wynosiła 50 Gy (25 frakcji – 6 dni w tyg.). Zastosowano fotony o energii 6 MeV. W oparciu o KT zaplanowano konformalną radioterapię z użyciem kolimatora wielolistkowego, aby z 4 pól wlotowych objąć patologiczne masy kostne na podstawie czaszki.

Badania MRI głowy wykonane 11 i 15 mies. po radioterapii nie wykazały progresji choroby ani popromiennych uszkodzeń mózgu. Podczas badań kontrolnych (z których ostatnie miało miejsce w lipcu 2003 r.) stwierdzono, że niektóre objawy (takie jak bóle i zawroty głowy) ustąpiły i nastąpiła stabilizacja stanu klinicznego pacjentki.

Słowa kluczowe: osteoma, leczenie chirurgiczne, nawrót, radioterapia.

# Osteoma kości czaszki z nawrotowym i miejscowo złośliwym przebiegiem

*Recurrent and locally malignant osteoma in the skull*

Ewa Ziółkowska, Diana Łożyńska-Podhrebela

Dział Radioterapii Regionalne Centrum Onkologii, Bydgoszcz

Choroba u pacjentki rozpoczęła się w wieku 12 lat uwypukleniem w okolicy zatoki szczękowej prawej. Po 2 latach pojawiły się guzy łuski kości skroniowej prawej oraz obu ciemieniowych o średnicy do 2 cm, a po następnych 2 latach wystąpiły bóle głowy. W wieku 26 lat pacjentka nie zgodziła się na leczenie operacyjne. Gwałtowne powiększanie się guzów wystąpiło jesienią 2000 r., tj. w wieku 36 lat. Równolegle występowały bóle głowy, karku, zawroty głowy prowadzące czasem do wymiotów i omdleń, drętwienie kończyn górnych oraz bóle wielostawowe.

W lutym 2001 r. wykonano badanie MRI głowy – w opisie podano – cytując: *Znacznego stopnia pogrubienie i sklerotyczna przebudowa skrzydła mniejszego i większego prawej kości klinowej, łuski kości skroniowej, kości szczękowej, jarzmowej i wyrostka skrzydłowego oraz kości ciemieniowej po stronie prawej. Wysoko na sklepiści guzowate pogrubienie i sklerotyczna przebudowa kości ciemieniowej prawej i lewej (od szwu wieńcowego do tyłu), większa masa widoczna po stronie prawej. Pogrubiała i sklerotycznie przebudowana ściana boczna oczodołu prawego wpukla się do tylnej części oczodołu znacznie go zwężając zwłaszcza w okolicy stożka oraz uciskając*

*i przemieszczając nerw wzrokowy. Szczelina oczodołowa dolna i górna oraz kanał nerwu wzrokowego prawego bardzo znacznie zwężone przez przebudowane i pogrubiałe struktury kostne. Nerw wzrokowy prawy znacznie scieńczył najpewniej skutkiem zaniku. Guzowate pogrubiałe dno środkowego dołu czaszki po stronie prawej wpukla się do jamy czaszki i uciska płat skroniowy. Płat skroniowy prawy mniejszy niż lewy – hipoplazja? Poza tym innych zmian w mózgowiu nie stwierdza się. Wzmocnienia kontrastowego w obrębie przebudowanych kości nie stwierdza się.*

Pacjentka od lutego do maja 2001 r. była 3-krotnie operowana w Klinice Neurochirurgii AM w Gdańsku (dekompresja lewego nerwu wzrokowego i 2-krotnie usunięcie zmiany rozrostowej pokrywy czaszki okolicy skroniowo-ciemieniowej prawej). Po leczeniu operacyjnym ww. dolegliwości bólowe zmniejszyły nasilenie.

W lipcu 2001 r. pacjentka zgłosiła się do Poradni Onkologicznej przy Regionalnym Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Skarżyła się wówczas na dolegliwości bólowe wszystkich stawów, które leczyła ambulatoryjnie od kilku miesięcy. W badaniu przedmiotowym stwierdzono ślepotę oka prawego, wysunięcie prawej gałki ocznej i ograniczenie jej ruchomości, niedowidze-

*This paper presents a rare case of osteoma. The tumours developed in a number of skull bones of a 36-year-old woman and involved the sphenoid and temporal bones, the yoke-bone and the maxilla at the right-hand side as well as both parietal bones. The tumours grew slowly over a period of 14 years and then the rate of growth increased suddenly. This resulted in many clinical symptoms caused by the compression of intracranial softer structures (such as the right-hand temporal lobe and the optic nerve). Therefore surgical treatment was carried out three times between February and May 2001. But in spite of that treatment there was still a great risk of recurrence and a further growth of these tumours localized close to vital parts of the brain. Thus radical surgical excision was not possible. For this reason a few months later, in November 2001, an external beam radiation therapy was performed. The dose used in this case was 50 Gy at conventional fractionation (25 daily fractions, 6 fractions in a week). 6 MeV photon beams were applied. It was a CT-based conformal radiotherapy and a multi-leaf collimator was used. There were four radiation therapy portals designed to encompass the bone masses at the skull base.*

*The MRI examinations of the head carried out 11 and 15 months after the radiotherapy showed no progression of the disease and no lesion of the brain after the irradiation.*

*After this treatment some of the symptoms (such as headaches and dizziness) disappeared and the patient's state of health became stabilized. The latest clinical examination of the patient took place in July 2003 (20 months after the radiotherapy).*

*Key words: osteoma, surgical treatment, recurrence, radiotherapy.*

nie oka lewego, powiększenie kości jarzmowej prawej, liczne nierówności kości pokrywy czaszki oraz niedużego stopnia niedowład kończyn lewych i chwiejny chód na nieco szerszej podstawie. Badanie dna oka wykazało obustronny zanik nerwów wzrokowych.

Pacjentka została wstępnie zakwalifikowana do radioterapii. W październiku 2001 r. wykonano ponownie MRI głowy celem określenia obszaru rozrostu kostnego, który stwarza bezpośrednio zagrożenie dla zdrowia pacjentki. Zaplanowano na podstawie KT do planowania leczenia radioterapię konformalną (z użyciem kolimatora wielolistkowego) niekoplanamą na obszar patologicznych mas kostnych na podstawie czaszki. Z 4 pól wlotowych, przy użyciu fotonów o energii 6MeV podano w okresie 2–30 listopada 2001 r. dawkę 50 Gy frakcjonowaną konwencjonalnie po 2 Gy 6 razy w tyg. Po napromienianiu nadal występowały okresowo bóle głowy. Około 5 mies. po radioterapii pojawiły się ponownie zawroty głowy, pogorszenie ostrości wzroku oka lewego i zachwiania równowagi. Po kolejnych 4 mies. stwierdzono niedowład kończyn lewych oraz zespół mózdzkowy. Na zdjęciu RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego opisano znaczne zwężenie przestrzeni międzykręgowej L5-S I.

Wykonane w październiku 2002 r. badanie MRI głowy nie wykazało progresji zmian kostnych, ani popromiennych zmian w mózgowiu. W lutym 2003 r. (14 mies. po radioterapii) pojawiły się bóle prawej gałki ocznej – rozpoznano zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego, a następnie wystąpiła jaskra wtórna, leczona operacyjnie. Kontrolne badanie MRI głowy z lutego 2003 r. ponownie nie wykazało progresji zmian kostnych. Przy kontrolnym badaniu neurologicznym w czerwcu 2003 r. pacjentka zgłaszała okresowe bóle dłoni i stawów kolanowych. Badaniem przedmiotowym stwierdzono niewielkiego stopnia niedowład połowiczny lewostronny. Ostatnia ocena stanu

zdrowia pacjentki miała miejsce 28.07.2003 r. w poradni onkologicznej – stwierdzono stabilizację stanu klinicznego pacjentki.

## DYSKUSJA

Kostniak (*osteoma*) jest niezłośliwym rozrostem kostnym, zwykle w kościach powstałych na podłożu tkanki łącznej, np. płaskich czaszki. Jest twardy, niebolesny, powiększa się powoli [1].

Najczęściej lokalizuje się w kościach twarzy (szczęka, żuchwa), deformuje twarz, niektóre guzy wrastają do światła zatoki szczękowej. Pojawia się w każdym wieku, u każdej płci, zwykle ma powolny, bezobjawowy wzrost w środku kości. W obrazie RTG występuje jako zagęszczenie. Po leczeniu operacyjnym doskonale rokuje [2, 3]. Wskazania do leczenia chirurgicznego łagodnych guzów kości czaszki (z których najczęstszym jest osteoma [4]) zależą od aktywności biologicznej, objawów klinicznych i anatomicznej lokalizacji zmiany. Guzy bezobjawowe wymagają tylko obserwacji, jednakże progresja i objawy kliniczne po zakończeniu wzrostu szkieletu powinny być leczone chirurgicznie [5]. Opisany przypadek pacjentki jest nietypowy ze względu na lokalizację kostniaka w kilku kościach czaszki równocześnie (kość szczękowa, skroniowa, jarzmowa, klinowa, obydwie ciemieniowe). Dokuczliwe objawy kliniczne, kalectwo w postaci stopniowej utraty wzroku i niedowładu kończyn lewych wraz z zespołem mózdzkowym, spowodowane kompresją odpowiednich okolic mózgowia i nerwów wzrokowych oraz nawrotowy przebieg choroby pomimo leczenia operacyjnego, skłoniły do zastosowania radioterapii megawoltowej. Lokalizacja rozrostu tkanki kostnej wymagała zredukowania do minimum agresywności dotychczasowego leczenia chirurgicznego, natomiast dynamika wzrostu guza groziła stopniowym dalszym uszkodzeniem mó-

zgowia. Zastosowane leczenie promieniami jonizującymi doprowadziło do stabilizacji procesu rozrostowego kości podstawy czaszki (umożliwiając ocalenie jednych z najważniejszych dla życia ośrodków mózgowia). Efekt ten wykazano porównując badanie MRI głowy wykonane przed radioterapią oraz 11 i 15 mies. po tym leczeniu. Dostało również do ustąpienia części dolegliwości i objawów klinicznych (ból, zawroty głowy, drętwienia kończyn górnych, zaburzenia równowagi z chwiejnym chodem na szerszej podstawie).

#### PIŚMIENNICTWO

1. Biela B. *Nowotwory kości*. W: *Patomorfologia kliniczna. Podręcznik dla studentów*. Kruś S, Skrzypek-Fakhour E (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1996, 781.
2. Dąbska M. *Nowotwory kości*. W: *Podstawy patomorfologii*. Groniowski J, Kruś S (red.). PZWL, Warszawa, 1991, 848.
3. Parafiniuk W. *Onkologia w praktyce stomatologicznej*. W: *Patomorfologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Parafiniuk W (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1999, 374.
4. Tucker WS, Nasser-Sharif FJ. *Benign skull lesions*. *Canadian Journal of Surgery*, 1997 Dec; 40 (6), 449-55.
5. Schaser KD, Bail HJ, Haas NP, et al. *Treatment concepts of benign bone tumors and tumor-like bone lesions*. *Chirurg Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin*, 2002 Dec; 73 (12), 181-90.

#### ADRES DO KORESPONDENCJI

dr n. med. **Ewa Ziółkowska**  
ul. dr I. Romanowskiej 2  
Dział Radioterapii  
Centrum Onkologii  
Bydgoszcz  
tel. 0 (prefiks) 52 374 33 77  
faks 0 (prefiks) 52 374 33 01