

7.5.5.

Sinussen:

Neusholte en ethmoïdale sinus

1. Algemeen

Neusbijholtetumoren komen relatief zelden voor. Als ze ontdekt worden op het ogenblik dat ze klachten veroorzaken, zijn ze vaak reeds ver gevorderd. Kleinere tumoren zijn vaak toevallige vondsten. Naar lokalisatie onderscheiden we de neusholte en ethmoïdale sinussen enerzijds, en de kaakholte anderzijds. De meest voorkomende typen zijn spinocellulaire carcinomen, maar andere types zoals sarcomen, lymfomen, adenocarcinomen en esthesioneuroblastomen zijn ook beschreven. De T-classificatie geeft de meest betrouwbare voorspellingen met betrekking tot overleving en regionale controle.

2. Inleiding

De meeste patiënten aangetast door carcinomen van de neusholte en ethmoïdale sinus presenteren zich na onvolledige resectie. De tumoren worden vaak gevonden na routine neuspoliepextractie of bij neusendoscopische procedures. De voorkeursbehandeling van een patiënt met grote residuele ziekte na een endonasale endoscopische procedure is zo volledig mogelijke heelkundige excisie van de residuele tumor met vrije snijranden, als dit kan bekomen worden. Daarvoor is vaak een anterieure craniofaciale resectie om het os cribriforme te verwijderen noodzakelijk. Aanvullende radiotherapie komt in aanmerking als er aan bepaalde pathologische factoren voldaan is zoals o.m. aangetaste snijranden en/of perinaurale invasie. Patiënten gediagnosticeerd na onvolledige excisie (bv na poliepextractie, endoscopische heelkunde) maar waarbij residuele ziekte niet gedocumenteerd kan worden aan de hand van radiologie, beeldvorming en endoscopie, moeten eveneens zoals hierboven vermeld behandeld worden, indien dat haalbaar is. Daarbij moeten vrije snijranden bekomen worden. Radiotherapie als definitieve behandeling kan overwogen worden als radiologie en neusendoscopie geen betrokkenheid van de aandoening met de schedelbasis kunnen aantonen.

3. Diagnostiek

Men onderscheidt de volgende groepen

Initieel maakt men een onderscheid tussen de groep patiënten welke een onvolledige excisie hebben gehad en de groep patiënten welke nog geen behandeling/excisie hebben gehad.

Onderzoeken uit te voeren bij de groep patiënten waarbij nog geen behandeling/excisie heeft plaatsgevonden

- anamnese en klinisch onderzoek
- CT/MRI
- RX thorax

Vervolgens wordt een biopsie genomen en als maligniteit wordt bevestigd, wordt behandeld zoals verder uitgelegd, in functie van de gevonden TNM classificatie (cfr. infra).

Onderzoeken uit te voeren bij de groep patiënten waar onvolledige excisie heeft plaatsgevonden :

- anamnese en klinisch onderzoek
- CT /MRI
- RX thorax (cfr. infra).
- overleg met anatomopathologie van de histopathologie, eventueel aanvullende coupes

4. TNM classificatie voor de neusholte en ethmoïdale sinuscarcinomen

Primaire tumor:

TX primaire tumor kan niet beoordeeld worden.

T0 geen spoor van de primaire tumor.

Tis carcinoma in situ.

Neusholte en ethmoïdale sinussen:

T1 tumor beperkt tot 1 subregio van de neuscaviteit of ethmoïdale sinus, met of zonder beenderige invasie,

T2 - tumor welke twee subsites in eenzelfde regio binnendringt,
- of een tumor welke zich uitbreidt in een nabijgelegen regio van het naso-ethmoïdale Complex met of zonder beenderige invasie.

T3 tumor uitbreidend doorheen de mediale wand of vloer van de orbita, kaakholte, verhemelte, of lamina cribrosa ossis ethmoïdalis

T4a - tumor uitbreidend in één van de volgende regio's:
- uitbreiding in de voorste orbita inhoud
- uitbreiding in de huid van de neus of van de kaak
- mineure uitbreiding in de voorste schedelgroeve
- uitbreiding in de lamina lateralis en/of medialis processus fterygoïdei,
- uitbreiding in het sfenoïd of in de frontale sinussen.

T4b - tumor uitbreidend in één van de volgende gebieden:
- de apex van de orbita,
- de dura,
- het hersenweefsel,
- de middelste schedelgroeve,
- de craniale zenuwen (uitgezonderd V2 (maxillaire tak van de trigeminus))
- de nasopharynx
- de clivus.

5. Behandeling

Zo volledig mogelijke heelkundige behandeling voor alle T-stadia gevolgd door aanvullende radiotherapie in het geval van T3 of T4 letsels, blijft de hoeksteen van de behandeling. Daarenboven moet postoperatieve radiotherapie toegepast worden bij positieve of net geen positieve snijranden, lymfeklieraantasting, hooggradige tumoren of maligniteiten waar ongunstige histopathologie is gevonden (met name perineurale tumoruitbreiding, lymfatische tumorspreiding en/of vasculaire invasie). Nekdissectie is aangewezen in de behandeling van de klinisch positieve nek. Tenslotte is een combinatie van chemo- en radiotherapie of definitieve radiotherapie alleen aangewezen voor heelkundig niet-behandelbare aandoeningen. Het is aanbevolen om de patiënten welke voor maligne tumoren van de paranasale sinussen worden behandeld in klinische trials onder te brengen.

Meer gespecificeerd, is de werkwijze afhankelijk van de TNM classificatie van de patiënt. Er worden 2 hoofdgroepen onderscheiden, met name de patiënten met een nieuwe diagnose en de patiënten met een diagnose na onvolledige excisie.

De patiënten met een nieuwe diagnose worden opnieuw in 3 groepen onderverdeeld, met name :

- T1 - T2
- T3 - T4 reseceerbaar
- de onreseceerbaren

De patiënt gediagnosticeerd na onvolledige excisie worden in 2 groepen onderverdeeld

- de ene groep heeft een grote residuele ziekte na onvolledige excisie, (bvb na polypectomie of endoscopische heelkunde),
- de tweede groep is er één met onvolledige resectie, (bvb na polypectomie of endoscopische heelkunde), maar bij verder klinisch onderzoek, bij radiologie en / of endoscopie kan de ziekte niet meer aangetoond worden.

Behandeling voor elk van de hierboven besproken groepen:

Nieuw gediagnosticeerden: T1-T2:

- De behandeling hier is zo volledig mogelijke heelkundige resectie, gevolgd door adjuvante radiotherapie indien ongunstige anatoompathologische kenmerken (ondermeer positieve snijranden en perineurale invasie).
- Men kan ook opteren voor onmiddellijke definitieve radiotherapie.

Nieuw gediagnosticeerde tumoren: T3 of T4 en reseceerbaar

Als behandeling wordt hier voorgesteld zo volledig mogelijke heelkundige resectie aangevuld met postoperatieve radiotherapie, maar dit naar het gebied dat preoperatief ingenomen werd door de tumor.

Nieuw gediagnosticeerde tumoren: onreseceerbaar

Hier is chemo/radiotherapie of radiotherapie alleen of een klinische trial (aanbevolen) aangewezen.

Tumoren welke gediagnosticeerd werden na onvolledige excisie (bijvoorbeeld polypectomie, endoscopische procedure) en met grote residuele ziekte

- De eerste keuzebehandeling is, zo volledig mogelijke heelkunde indien dat nog uitgevoerd kan worden, en deze dient in ieder geval gevolgd te worden door radiotherapie
- of radiotherapie alleen
- of een combinatie van chemo/radiotherapie.

Tumoren welke gediagnosticeerd werden na onvolledige excisie (polypectomie, endoscopische procedure) en waarbij geen ziekte meer kan vastgesteld worden bij fysisch onderzoek, bij beeldvorming en/ of endoscopie.

- In deze groep is radiotherapie 1^o keuze
- heelkunde enkel indien haalbaar, en dient in ieder geval gevolgd door radiotherapie.

6. Follow-up van de patiënten

- Klinisch onderzoek:
 - het eerste jaar elke 1 tot 3 maanden,
 - het tweede jaar elke 2 tot 4 maanden,
 - het derde tot vijfde jaar elke 4 tot 6 maanden
 - en na 5 jaar toch nog steeds elke 6 of 12 maanden.
 - Naast het klinisch onderzoek dient een RX thorax voorzien te worden 1 x per jaar of bij verdenking eerder.
 - Een CT/MRI om de letsels op te volgen (evidentie categorie 2B).

Ref.:2002 American Joint Committee on Cancer (AJCC): Hoofd- en halstumoren: Neusbijholtetumoren.