

Unklarer Tumor der Keilbeinhöhle bei einer Patientin mit Horner-Syndrom

Sarah Runge¹, A. Dimmler², G. Faller², J. Mertens¹

¹Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals- Chirurgie und plastische Gesichtschirurgie, ²Institut für Pathologie



Einleitung:

Tumoren der Nasennebenhöhlen sind mit 0,2-0,8% aller Malignome selten und lediglich ein kleiner Anteil hiervon sind Fernmetastasen anderer Tumorentitäten [1]. In absteigender Häufigkeit kommen Absiedlungen solider Tumoren in den Nebenhöhlen durch Nierenzellkarzinome, Bronchialkarzinome, Mammakarzinome, Schilddrüsenkarzinome und Prostatakarzinome vor [2].

Fallbeschreibung:

Berichtet wird von einer 60-jährigen Patientin die uns durch die Augenklinik des Hauses mit einem Horner-Syndrom vorgestellt wurde. Seit einer Woche bestünden Doppelbilder, eine subjektive Sehinderung sowie eine Lidschwäche des rechten Auges, des Weiteren diffuse Kopfschmerzen. Der HNO-Status war bis auf eine Hypästhesie der rechten Unterlippe unauffällig. Die augenärztliche Untersuchung hatte ein Horner-Syndrom ergeben, des Weiteren eine partielle Abduzens- und Okulomotoriusparese. In der Vorgeschichte bestand ein 2005 erstdiagnostiziertes pT1 pN0 M0 ductal-invasives Mammakarzinom, seit 2011 kam es zum Auftreten von Fernmetastasen, ohne Befall des Schädels bis dato. Unter Chemotherapiezyklen war initial stabile disease eingetreten. Ein zwei Tage zuvor alio loco durchgeführtes MRT des Schädels erbrachte ein unauffälliges Neurokranium, allerdings zeigte sich eine Sinusitis sphenoidalis et ethmoidalis beidseits (Abb. 1a, b).

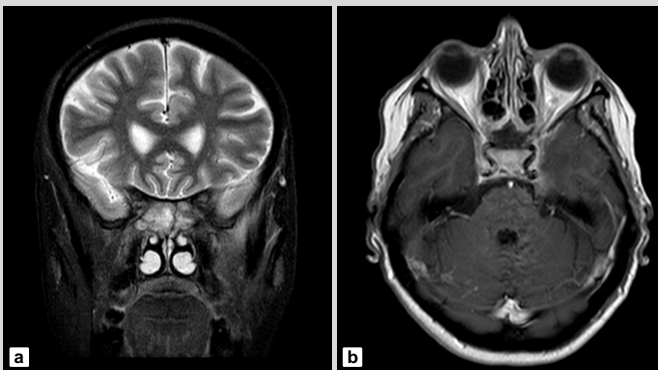


Abb. 1: MRT-Schädel (a: STIR, coronar; b: T1, axial) mit Verschattung der kompletten Keilbeinhöhle und dem hinteren Siebbein.

Ein nun durchgeführtes CT der Nasennebenhöhlen zeigte eine beidseitige Verlegung des Sinus sphenoidalis sowie der hinteren Ethmoidalzellen beidseits (Abb. 2a, b), die in Kombination mit den angegebenen Kopfschmerzen initial auf einen eher entzündlichen Prozess schließen ließen. Allerdings stellte sich die Knocheninnenstruktur im Bereich des Clivus und der Sella turcica inhomogen, mit teilweise nur unscharf abgrenzbarer Corticalis dar, mit Verdacht auf einen Prozess im Bereich des Sinus cavernosus.

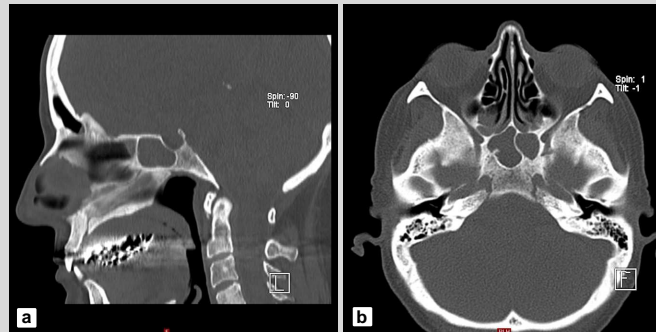


Abb. 2: Transversales (a) und axiales (b) CT NNH mit Teilverlegung der hinteren Ethmoidalzellen und vollständiger Verlegung des Sinus sphenoidalis beidseits sowie inhomogener Knocheninnenstruktur im Bereich von Clivus und Sella.

Wir führten eine endonasale Siebbeinteil- und Keilbeinhöhlenoperation unter Navigationskontrolle durch. Makroskopisch war die Keilbeinhöhle mit weißlichen Gewebmassen ausgefüllt. Histologisch ergaben sich ausgedehnte Karzinominfiltrate des vorbekannten Mammakarzinoms in Schleimhautexcidaten der Keilbein- und Siebbeinhöhle beidseits (Abb. 3 a-c).

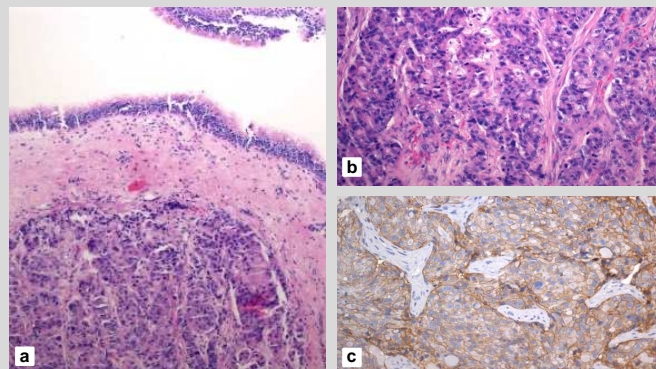


Abb. 3: Karzinominfiltrate eines Mammakarzinoms in Schleimhautexcidaten der Keilbein- und Siebbeinhöhle.

a: 100fach, HE-Färbung, unterminierendes Tumorwachstum in der Schleimhaut
b: 200fach, HE-Färbung, Tumordinfiltrate
c: 200fach, Her2neu-Immunhistochemie Score 2+/CISH negativ

Ein postinterventionell durchgeführtes Re-Staging bestätigte szintigraphisch eine disseminierte ossäre Metastasierung inklusive vermehrtem Knochenumbau in Projektion auf das Keilbein (Abb. 4). Die Patientin wurde zur palliativen Radiotherapie in die Strahlenklinik des Hauses verlegt.

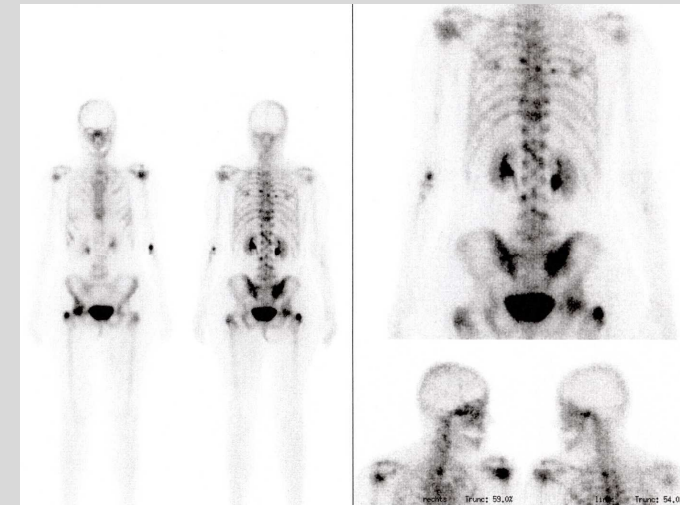


Abb. 4: Ganzkörper-Skelettszintigraphie mit dissezierter ossärer Metastasierung mit vermehrtem Umbau in Projektion auf das Keilbein.

Diskussion:

Symptome bei Metastasen der Nasennebenhöhlen sind oft unspezifisch und können eine akute Sinusitis mit begleitender orbitaler Komplikation vortäuschen. Insbesondere beim Mammakarzinom sind Spätmetastasen möglich, so dass auch lange nach Erstdiagnose noch an Fernmetastasen gedacht werden sollte [3].

Neben einer arteriellen hämatogenen Metastasierung kann ein Tumorbefall des Sinus sphenoidalis über Venenplexus im Bereich des Clivus, wie auch in unserem Fall denkbar, erfolgen [2].

Bei einer Tumordinfiltration im Bereich des Sinus cavernosus sind typischerweise einzelne oder kombinierte Hirnnervenläsionen sowie ein postganglionäres Horner-Syndrom anzutreffen [4].

Schlussfolgerung:

Bei bekannter Tumorerkrankung in der Vorgeschichte und unklarer Sinusitis, insbesondere in Kombination mit Hirnnervenläsionen bzw. einem Horner-Syndrom, sollte immer auch an eine mögliche Fernmetastasierung gedacht werden.

Literatur:

- [1] Reimann K, Schulze M, Adam P, Wagner W. Nasennebenhöhlenmetastasen eines Mammakarzinoms. HNO 2011; 59: 915-917.
- [2] Prescher A, Brors D. Die Metastasenabsiedlung in die Nasennebenhöhlen: Fallmitteilung und Literaturübersicht. Laryngo-Rhino-Otol. 2001; 80: 583-594.
- [3] Johnston J, George M, Karkos PD, Dwivedi RC, Leong SC. Late metastasis to macroscopically normal paranasal sinuses from breast cancer. eCancer 2013; 7: 298.
- [4] Kang NH, Lim KH, Sung SH. Horner's syndrome with abducens nerve palsy. Korean J Ophthalmol. 2011 Dec; 25: 459-62.