

# Мукоцеле решетчатого лабиринта как осложнение трансэтмоидальной эндоскопической декомпрессии орбиты. Клинический случай

П.А.Кочетков<sup>✉</sup>, А.Б.Ордян, А.А.Луничева

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» Минздрава России. 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

<sup>✉</sup>adenotom@yandex.ru

Мукоцеле околоносовых пазух является довольно редко встречающейся патологией, сопровождающейся значительными повреждениями слизистой оболочки, костной ткани, с возможными внутричерепными и интраорбитальными осложнениями. Представляем клинический случай мукоцеле решетчатого лабиринта, возникшего как осложнение после трансэтмоидальной эндоскопической декомпрессии орбиты (ТЭДО), произведенной по поводу эндокринной офтальмопатии. К наиболее частым осложнениям ТЭДО относится послеоперационная диплопия, которая возникает, по данным разных авторов, в 6–38% случаев. Также описаны случаи возникновения риносинусита после декомпрессии орбиты в 4–11% случаев и единичные случаи ликвореи из области клиновидной пазухи. Особенность нашего клинического случая заключается в том, что это единственный случай осложнения ятрогенного характера после эндоскопической трансэтмоидальной орбитотомии, зарегистрированный в нашей клинике.

**Ключевые слова:** осложнение трансэтмоидальной декомпрессии орбиты, мукоцеле околоносовых пазух.

**Для цитирования:** Кочетков П.А., Ордян А.Б., Луничева А.А. Мукоцеле решетчатого лабиринта как осложнение трансэтмоидальной эндоскопической декомпрессии орбиты. Клинический случай. Consilium Medicum. 2018; 20 (11): 17–19. DOI: 10.26442/20751753.2018.11.000004

## Case Reports

### Mucocele of ethmoidal labyrinth as complication of transethmoidal orbital decompression. Clinical case

P.A.Kochetkov<sup>✉</sup>, A.B.Ordyan, A.A.Lunicheva

I.M.Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 119991, Russian Federation, Moscow, ul. Trubetskaia, d. 8, str. 2

<sup>✉</sup>adenotom@yandex.ru

#### Abstract

The mucocele of paranasal sinuses is quite seldom found pathology which is followed by appreciable damages of a mucosa, a bone tissue with possible intracranial and intraorbital complications. We represent a clinical case of a mucocele of the ethmoidal labyrinth as a complication after the transethmoidal endoscopic decompression of an orbit (TEDO) made concerning an endocrine ophthalmopathy. The postoperative diplopia which arises, according to different authors, in 6–38% of cases belongs to the most frequent complications of TEDO. Cases of emergence of the rinosinusitis after the decompression of an orbit in 4–11% of cases and isolated cases of a liquorrhea from area of a clinoid sinus are also described. The feature of our clinical case is that it is the only case of a complication of iatrogenic character after an endoscopic transethmoidal orbitotomy registered in our clinic.

**Key words:** complications of transethmoidal orbital decompression, mucocele of paranasal sinuses.

**For citation:** Kochetkov P.A., Ordyan A.B., Lunicheva A.A. Mucocele of ethmoidal labyrinth as complication of transethmoidal orbital decompression. Clinical case. Consilium Medicum. 2018; 20 (11): 17–19. DOI: 10.26442/20751753.2018.11.000004

#### Актуальность

Мукоцеле представляет собой доброкачественное локально-деструктивное поражение околоносовых пазух. Это полость, выстланная псевдоэпителиальной или цилиндрическим эпителием, заполненная мукозным содержимым. Мукоцеле образуется, как правило, вторично из-за обструкции соустьев синусов и характеризуется затяжным течением. Причиной обструкции выступают аномалии развития соустьев придаточных пазух носа, воспаления, последствия травм, опухолей, высоко расположенное искривление перегородки носа, аллергия [1–3]. Наиболее часто поражаются лобные пазухи (60–65%), на втором месте – клетки решетчатого лабиринта (20–25%). Частота развития заболевания среди мужчин и женщин одинакова.

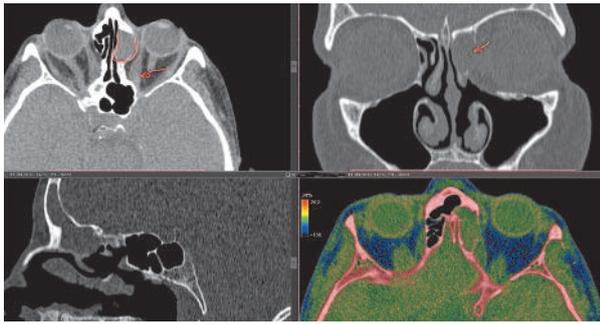
Анатомически и лобный, и решетчатый синусы близко прилегают к тканям глаза и головного мозга, поэтому патологический процесс здесь может стать причиной компрессии орбиты, повышения внутриглазного давления, диплопии или птоза [4]. При распространении мукоцеле, эрозии стенок костей в 70% случаев пациенты предъявляют жалобы на головную боль [5], боль в периорбитальной области [4], диплопию и односторонний экзофтальм – в 30% случаев. Про-

грессирование патологического процесса может приводить к потере остроты зрения, выпадению полей зрения, интракраниальным и интраорбитальным осложнениям [6–8].

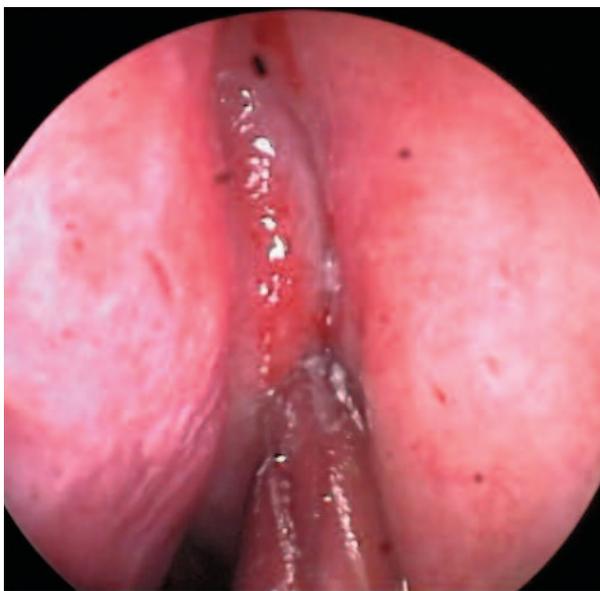
«Золотым стандартом» диагностики мукоцеле служит компьютерная томография, определяющая точную локализацию процесса, соотношение между соседними анатомическими структурами, а также выраженность деструктивного процесса. Кроме того, компьютерная томография позволяет провести дифференциальную диагностику изолированного мукоцеле от злокачественного процесса, инородных тел, что, безусловно, важно при выборе тактики ведения пациента [3].

Лечение мукоцеле основывается на его хирургическом удалении, особенно при наличии у пациента диплопии и птоза. Для хирургического лечения в 1989 г. D.Kennedy и соавт. предложили использовать эндоскопический эндоназальный доступ, который позволяет адекватно дренировать содержимое полости под визуальным контролем. Раннее лечение заключалось в наружном вскрытии пораженной пазухи с удалением патологического содержимого, слизистой оболочки с созданием широкого сообщения с полостью носа [9]. Эндоскопический доступ предпочтите-

**Рис. 1.** Компьютерная томография пациентки до повторного хирургического вмешательства. Образование в решетчатом лабиринте оказывает компрессию на внутриорбитальные ткани.



**Рис. 2.** Эндофото. Спаечный процесс между средней носовой раковиной слева и окружающими тканями.



**Рис. 3.** Эндофото. Аспирация гнойного экссудата мукоцеле после рассечения спаек среднего носового хода.



лен из-за минимального повреждения слизистой оболочки, быстрого восстановления после операции, низкой частоты рецидивов.

**Рис. 4.** Компьютерная томография после операции. Пневматизация решетчатых и лобной пазух слева восстановлена.



### Клиническое наблюдение

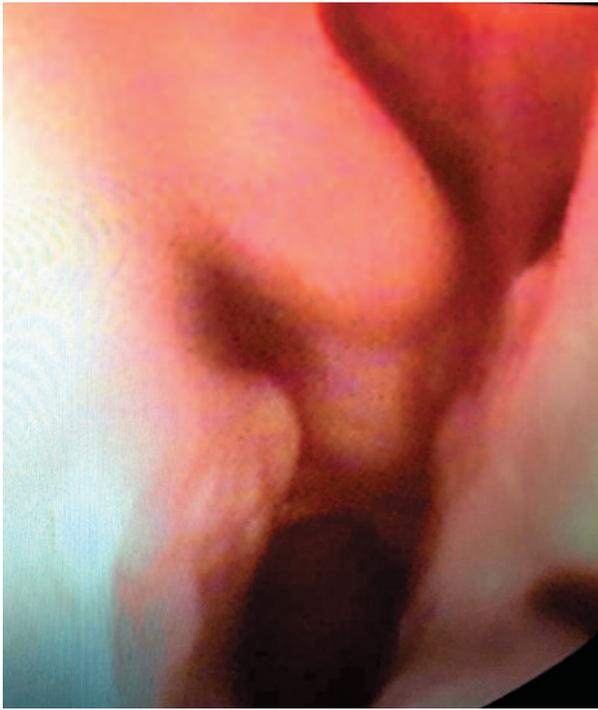
Пациентка Б., 59 лет, поступила в Клинику болезней уха, горла и носа ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» 14.09.2018 с диагнозом: мукоцеле левого решетчатого лабиринта, состояние после двусторонней эндоскопической полисинусотомии с двусторонней декомпрессией орбит в 2015 г.

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на дискомфорт и боль в области спинки носа слева, а также в проекции левой лобной пазухи и левого глаза, экзофтальма слева. В 2012 г. в связи с прогрессированием экзофтальма пациентка была направлена офтальмологом на обследование по эндокринологическому профилю. У пациентки был диагностирован хронический аутоиммунный тиреоидит, по поводу которого была проведена пульс-терапия метилпреднизолоном с последующим облучением тканей щитовидной железы  $\gamma$ -лучами. В связи с выраженным косметическим дефектом со стороны глаз в 2013 г. пациентке была выполнена наружная декомпрессия резекцией латеральной орбитальной стенки. В 2015 г. в клинике болезней уха, горла и носа ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» пациентке была выполнена трансэтмоидальная декомпрессия орбит (ТЭДО) эндоназальным доступом. В послеоперационном периоде отмечалась устойчивая положительная динамика, выражавшаяся в уменьшении экзофтальма, исчезновении косметического дефекта и улучшении качества жизни пациентки. Возникновение жалоб на боль в области спинки носа слева, а также в проекции левой лобной пазухи пациентка связывает с перенесенной вирусной инфекцией в августе 2018 г. По результатам мультиспиральной компьютерной томографии околоносовых пазух от 11.09.2018, в левом решетчатом лабиринте определялось неоднородное образование мягкотканой жидкостной плотности, которое через соустье распространялось в левую лобную пазуху (рис. 1).

Пациентка была госпитализирована в Клинику болезней уха, горла и носа для дообследования и хирургического лечения. При осмотре на момент поступления отмечались экзофтальм слева и легкое косоглазие.

17.09.2018 пациентке выполнена эндоскопическая этмоидотомия со вскрытием мукоцеле левого решетчатого лабиринта под эндотрахеальным наркозом. Определялся выраженный спаечный процесс между средней раковиной и окружающими ее тканями (рис. 2). После тракции левой

**Рис. 5. Эндоскопическое фото. Определяются состоятельность и проходимость среднего и общего левых носовых ходов.**



средней носовой раковины медиально с помощью серповидного ножа выполнен разрез рубцовой ткани между средней носовой раковиной и пролабирующими в полость носа мягкими тканями орбиты. При этом выделился густой гнойный муцин в большом количестве (рис. 3). Отмечено, что мукоцеле, располагающееся в области передних клеток решетчатого лабиринта, было спаяно с латеральной частью средней носовой раковины и слизистой оболочкой, покрывающей мягкие ткани орбиты на всем протяжении средней раковины, а также распространялось в левую лобную пазуху. При зондировании лобного кармана отмечено, что соустье лобной пазухи проходимо. По окончании операции в средней носовой ход установлен гемостатический материал Spongostan.

В послеоперационном периоде проводились туалет и анемизация полости носа, пациентка получала следующую медикаментозную терапию: цефтриаксон 1 г внутримышечно 2 раза в день, Кетонал 2,0 внутримышечно при болях. На 5-е сутки после операции под контролем эндоскопа остатки гемостатического материала удалены, отмеча-

лись умеренный отек слизистой оболочки и раневое отделяемое. По данным конусно-лучевой компьютерной томографии околоносовых пазух от 08.10.2018 отмечено восстановление пневматизации околоносовых пазух (рис. 4).

При динамическом наблюдении в послеоперационном периоде пациентка жалоб не предъявляла, дискомфорт и боль в области спинки носа слева, а также в проекции левой лобной пазухи и левого глаза отсутствовали, пальпация в проекции ската носа слева безболезненна; при эндоскопическом осмотре отмечались достаточная проходимость среднего носового хода, уменьшение выраженности экзофтальма (рис. 5).

### Заключение

На базе Клиники болезней уха, горла и носа ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» были выполнены более 100 эндоназальных эндоскопических операций по декомпрессии орбиты трансэтмоидальным доступом пациентам с эндокринной офтальмопатией в стадии медикаментозной компенсации или полной ремиссии по активности основного процесса. В настоящий момент данный клинический случай является единственным подобным послеоперационным осложнением в нашей практике. Это позволяет сделать заключение о том, что мукоцеле решетчатого лабиринта как осложнение, развивающееся после ТЭДО, является ятрогенным, что подчеркивает необходимость тщательного динамического наблюдения за пациентами после ТЭДО.

### Литература/References

1. Dubin MR, Tabae A, Scruggs JT et al. Image-guided endoscopic orbital decompression for Graves' orbitopathy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2008; 117 (3): 177–85.
2. Graham SM, Brown CL, Carter KD et al. Medial and lateral orbital wall surgery for balanced decompression in thyroid eye disease. *Laryngoscope* 2003; 113 (7): 1206–9.
3. Верещагина О.Е., Коношков А.С. Мукоцеле решетчатого лабиринта. Рос. оториноларингология. 2013; 2 (63): 5–8. / Vereshchagina O.E., Konoshkov A.S. Mukotsele reshetchatogo labirinta. *Ros. otorinolaringologiya*. 2013; 2 (63): 5–8. [in Russian]
4. Jong SK, Eun JK, Sam HK. An ethmoid mucocoele causing diplopia. *Med (Baltimore)* 2017; 96 (50): e9353.
5. Nugent GR, Sprinkle P, Byron M. Sphenoid sinus mucocoeles. *J Neurosurgery* 1970; 32: 443–51.
6. Лихачев А.Г. О кистозном растяжении придаточных пазух носа. М., 1948. / Likhachev A.G. O kistoiznom rastiazhenii pridatochnykh pazukh nosa. М., 1948. [in Russian]
7. Kennedy D et al. Endoscopic sinus surgery for mucocoeles: a viable alternative. *Laryngoscope* 1989; 99: 885–95.
8. Hao SP. Mucocoele of the sphenoid sinus with acute blindness: report of a case. *J Formosan Med Ass* 1994; 93: 519–21.
9. Muneer A, Jones NS. Unilateral abducens nerve palsy: a presenting sign of sphenoid sinus mucocoeles. *J Laryngol Otol* 1997; 111: 644–6.

### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Кочетков Петр Александрович – канд. мед. наук, доц. каф. болезней уха, горла и носа ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова». E-mail: adenotom@yandex.ru

Ордян Ани Борисовна – ординатор каф. болезней уха, горла и носа ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова». E-mail: anioradyan254@mail.ru.

Луничева Анна Александровна – студентка 5-го курса ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова». E-mail: anykalinicheva@rambler.ru