

VII Konferencja Sekcji Audiologiczno-Foniatrycznej Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi – Wrocław, 1–2 czerwca 2012 r.

Zastosowanie endoskopii nosa w diagnostyce niedosłuchu typu przewodzeniowego u dorosłych w materiale Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej PUM w latach 2011–2012

Przemysław Brzuchalski, Jakub Lubiński, Maciej Kawczyński, Ewa Jaworowska

Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej PUM, Szczecin

Adres autora: Maciej Kawczyński, Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej PUM,
ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin, e-mail: mackawcz@gmail.com

Wstęp

Przewodzeniowe upośledzenie słuchu spowodowane jest zmianami chorobowymi na drodze przewodzenia dźwięku. Wśród najczęstszych przyczyn wymienia się zmiany zapalne, pourazowe, rozwojowe czy nowotworowe przewodu słuchowego zewnętrznego i jamy bębenkowej, otosklerozę, choroby kości skroniowej, a także zaburzenia drożności trąbki słuchowej [Kochanek, 2005]. Dysfunkcja trąbki słuchowej wraz z wysiękowym zapaleniem ucha środkowego może być spowodowana między innymi przez masę patologiczną rozrastającą się w nosogardle [Szyfter, Wierzbicka, 1999], która w przypadku dorosłego pacjenta powinna wzbudzać podejrzenie nowotworu złośliwego [Glynn i wsp., 2006].

Cel pracy

Celem pracy była analiza badań endoskopowych nosa u dorosłych z niedosłuchem typu przewodzeniowego niejasnego pochodzenia. Szerzej przedstawiono dwa przypadki chorych, u których wykryto nowotwory złośliwe nosogardła.

Materiał i metodyka

W latach 2011–2012 w Klinice diagnozowano 76 dorosłych z niedosłuchem przewodzeniowym niejasnego pochodzenia. Niedosłuch przewodzeniowy lub komponenta przewodzeniowa niedosłuchu mieszanego we wszystkich przypadkach występowały jednostronnie. Średni wiek chorych wynosił 53,3 lata, stosunek kobiet do mężczyzn 1:1,375. U wszystkich wykonano pełne badanie laryngologiczne z mikrootopską i rynoskopską tylną włącznie, audiometrię tonalną i impedancyjną oraz endoskopską nosa i nosogardła. W przypadku

stwierdzenia guza w obrębie nosogardła diagnostykę uzupełniano o badania obrazowe i histopatologiczne.

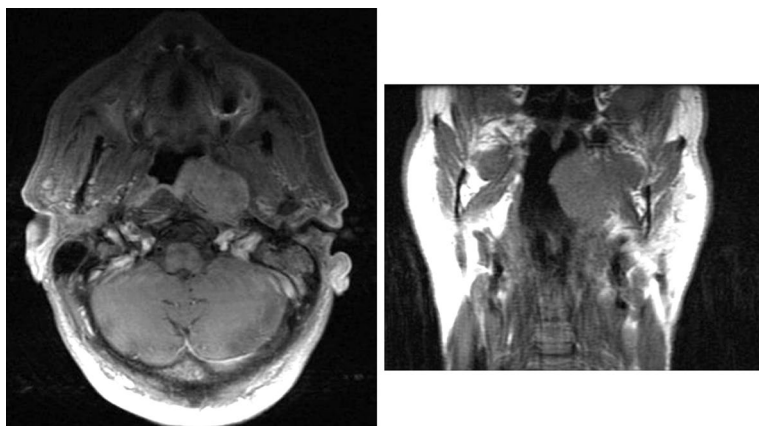
Wyniki

W badaniach endoskopowych u 12 (15,7%) pacjentów stwierdzono guz nosogardła. Otoloskopowo, audiometrycznie i tympanometrycznie stwierdzono cechy wysiękowego zapalenia ucha środkowego. W 2 przypadkach (16,66% chorych z makroskopowo stwierdzonym guzem) rozpoznano nowotwór złośliwy – rak niezróżnicowany nosogardła typu limphoepithelioma oraz chłoniak rozlany z dużych komórek B. Nowotwory złośliwe nosogardła w naszym materiale zdiagnozowano u 2,63% badanych z powodu niedosłuchu przewodzeniowego. W pozostałych przypadkach histopatologicznie stwierdzono tkankę chłonną bez patologicznego rozrostu. Chorzy ci pozostają w obserwacji klinicznej. W grupie 12 chorych z potwierdzoną endoskopowo zmianą guzową w nosogardle wysiękowe zapalenie ucha środkowego leczono w 1 przypadku myringotomią, w 4 – drenażem wentylacyjnym, uzyskując poprawę słuchu. Wobec pozostałych pacjentów postępowanie było zachowawcze.

Opis przypadku

Przypadek 1

Mężczyznę lat 66 przyjęto do Kliniki z powodu utrzymującego się od ok. 4 miesięcy niedosłuchu ucha lewego. Ponadto od 1,5 miesiąca występowało krwoplucie. W oddziale pulmonologicznym wykluczono przyczyny płucne. Pacjent był obciążony cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym, bez nałogów. Badaniem palpacyjnym szyi stwierdzono pojedynczy węzeł chłonny w okolicy lewego kąta



Rycina 1. Tomografia rezonansu magnetycznego w opisanym przypadku raka nosogardła

zuchwy powiększony do 1,5 cm średnicy. W mikroskopii stwierdzono cechy wysiękowego zapalenia ucha środkowego lewego: błona bębenkowa bez refleksu świetlnego, z przeświecaniem płynu zalegającego w jamie bębenkowej. W rynoskopii tylnej stwierdzono guz blokujący ujście gardłowe lewej trąbki słuchowej. Audiometria tonalna wykazała niedosłuch przewodzeniowy ucha lewego na poziomie 30 dB, audiometria impedancyjna płaską krzywą typu B dla ucha lewego i brak odruchów strzemiączkowych po tej stronie. W badaniu endoskopowym uwidoczono nieregularny guz tylnobocznej ściany nosogardła po stronie lewej, przesłaniający ujście gardłowe trąbki słuchowej. Guz był pokryty gładką błoną śluzową, miejscami zaczerwienioną, z owrzodzeniem w przednio-dolnym biegunie zmiany. Tomografia rezonansu magnetycznego szyi (Rycina 1) wykazała guz tylnobocznej ściany nosogardła po stronie lewej o wymiarach 45×42×31 mm, naciekającą mięsień skrzydłowy przysródkowy, mięsień długi głowy oraz tętnicę szyjną wewnętrzną. Ponadto stwierdzono powiększone węzły chłonne szyi wzdłuż lewej żyły szyjnej wewnętrznej oraz bezpowietrzność komórek lewego wyrostka sutkowatego. W badaniu histopatologicznym rozpoznano raka niezróżnicowanego nosogardła typu lymphoepithelioma (*Carcinoma nasopharyngis non differentiatum*). Chory został zakwalifikowany do leczenia radiochemią.

Przypadek 2

Chory lat 73, mężczyzna, zgłosił się do Izby Przyjęć z powodu utrzymującego się od 3 miesięcy pogorszenia słuchu ucha lewego. W audiometrii tonalnej niedosłuch mieszanego ucha lewego 40–60 dB z rozstępem powietrzno-kostnym ok. 30 dB, niedosłuch odbiorczy ucha prawego 40 dB dla tonów wysokich. Krzywa tympanometryczna dla ucha lewego była płaska typu B, prawego – typu A. Otoskopowo stwierdzono wysiękowe zapalenie ucha środkowego lewego. Ze względu na warunki anatomiczne nie udało się w pełni uwidocznić nosogardła w badaniu lusterkiem. Endoskopowo stwierdzono rozrost tkanki limfoidalnej nosogardła makroskopowo przypominający przerośnięty migdałek gardłowy, który obustronnie obturował nozdrza tylne i wpukłał się do jam nosa. Na podstawie wycinków pobranych w znieczuleniu miejscowym rozpoznano *Diffuse large B-cell lymphoma*. Wynik badania histopatologicznego otrzymano przed wykonaniem badań obrazowych. Ze względu na postawione rozpoznanie nie kontynuowano diagnostyki w Klinice Otolaryngologii. Chorego przekazano do Kliniki Hematologii.

Omówienie

Nowotwory złośliwe nosogardła stanowią około 2% zmian złośliwych głowy i szyi [Glynn i wsp., 2006]. W większości są to nowotwory nabłonkowe, znacznie rzadziej chłoniaki [Brennan, 2006; Lopes da Silva i wsp., 2010]. Rak nosogardła w statystyce światowej stanowi 0,7% wszystkich raków [Parkin i wsp., 2005]. Nowotwory nosogardła rozwijają się skrycie i nierzadko pierwszym objawem jest guz przerzutowy na szyi. Do objawów miejscowych należą niedosłuch, otalgia, obturacja nosa, krwawienia, porażenia nerwów czaszkowych [Brennan, 2006; Glynn i wsp., 2006; Sham i wsp., 1992; Wei, Kwong, 2010; Woollons, Morton, 1994]. Ze względu na niespecyficzność objawów i trudności w dokładnej ocenie klinicznej nosogardła rak tej okolicy jest zazwyczaj rozpoznawany w wysokim stadium zaawansowania [Wei, Kwong, 2010]. Występowanie objawów usznych, w zależności od opracowania, stwierdza się u 41–62% chorych [Sham i wsp., 1992; Wei, Kwong, 2010; Woollons, Morton, 1994]. Ho i wsp. rozpoznali raka nosogardła u niemal 6% pacjentów z grupy dorosłych, chorujących wyłącznie na wysiękowe zapalenie ucha środkowego [Ho i wsp., 2008]. Wielu autorów zaleca endoskopową wizualizację nosogardła z pobraniem materiału diagnostycznego u wszystkich dorosłych z przedłużającymi się objawami dysfunkcji trąbki słuchowej [Glynn i wsp., 2006; Ho i wsp., 2008; Sham i wsp., 1992; Wei, Kwong, 2010; Woollons, Morton, 1994]. W naszej Klinice jednocześnie z procedurą diagnostyczną nosogardła wdrażano leczenie mające na celu udrożnienie trąbki słuchowej, wykonywano myringotomię lub rekomendowaną w stanach przewlekłych tympanostomię [Szyfter, Wierzbicka, 1999]. Chorzy, u których badanie histopatologiczne nie potwierdziło guza nowotworowego, pozostają nadal w obserwacji klinicznej, włącznie z wykonywaniem kontrolnych badań endoskopowych. Postępowanie takie podkreślone jest także przez innych autorów [Glynn i wsp., 2006].

Wnioski

1. Niedosłuch przewodzeniowy może być wczesnym objawem nowotworu nosogardła, co zobowiązuje do wnikliwego badania tej okolicy.
2. Endoskopia nosa z oceną nosogardła powinna być rutynowym badaniem w diagnostyce niedosłuchu typu przewodzeniowego u dorosłych.

Piśmiennictwo:

1. Brennan B.: Nasopharyngeal carcinoma. *Orphanet J Rare Dis*, 2006; 1: 23
2. Glynn F, Keogh I.J., Ali T.A. i wsp.: Routine nasopharyngeal biopsy in adults presenting with isolated serous otitis media: is it justified? *J Laryngol Otol*, 2006; 120: 439–41
3. Ho K.Y., Lee K.W., Chai C.Y. i wsp.: Early recognition of nasopharyngeal cancer in adults with only otitis media with effusion. *J Otolaryngol Head Neck Surg*, 2008; 37: 362–65
4. Kochanek K.: Zaburzenia słuchu. (W:) Janczewski G. *Otorynolaryngologia praktyczna*. T.1. Gdańsk, Via Medica, 2005; 8–11
5. Lopes da Silva R., Fernandes T., Lopes A. i wsp.: B lymphoblastic lymphoma presenting as a tumor of the nasopharynx in an adult patient. *Head Neck Pathol*, 2010; 4: 318–23
6. Parkin D.M., Bray F., Ferlay J., Pisani P.: Global cancer statistics, 2002; *CA Cancer J Clin*, 2005; 55: 74–108
7. Sham J.S., Wei W.I., Lau S.K. i wsp.: Serous otitis media. An opportunity for early recognition of nasopharyngeal carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1992; 118: 794–97
8. Szyfter W., Wierzbicka M.: Wysięgowe zapalenie ucha środkowego. *Otolaryngol Pol*, 1999; 53: 555–62
9. Wei W.I., Kwong D.L.: Current management strategy of nasopharyngeal carcinoma. *Clin Exp Otorhinolaryngol*, 2010; 3: 1–12
10. Woollons A.C., Morton R.P.: When does middle ear effusion signify nasopharyngeal cancer? *N Z Med J*, 1994; 107: 507–9