

Przewlekłe zapalenie ucha środkowego maskujące rozwój nowotworu – opis przypadku

Middle ear cancer hidden by chronic otitis media – a case report

Małgorzata Wierzbicka, Wojciech Gawęcki, Małgorzata Leszczyńska, Tomasz Kopeć

Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. med. W. Szyfter

Summary

The authors would like to present a rare case of the middle ear cancer which has been developed in postoperative case in 67 years old patient operated for cholesteatoma 50 years earlier. The patient was admitted to the ENT Department of Poznań University of Medical Sciences because of the ear suppuration and headache occurring for 3 months. CT and MR images suggested granulation tissue filling the postoperative spaces with bone destruction, infiltration of the dura and temporal lobe abscess formation. Intraoperative findings allowed excluding the preliminary diagnosis of intracranial complication in the course of chronic otitis media, revealing the tissue masses resembling neoplastic infiltration. The histopathology examination confirmed the final diagnosis of squamous cell cancer. The patient was directed to radiotherapy. The authors report a case of middle ear squamous cell carcinoma and discuss its diagnostic aspect.

Hasła indeksowe: przewlekłe zapalenie ucha środkowego, rak ucha środkowego, epidemiologia, objawy, leczenie
Key words: chronic otitis media, cancer of the middle ear, epidemiology, symptoms, treatment

Otolaryngol Pol 2008; LXII (6): 797–799 © 2008 by Polskie Towarzystwo Otorinolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

WSTĘP

Nowotwory złośliwe ucha środkowego są rzadkie, stanowią niespełna 1% wśród wszystkich nowotworów głowy i szyi [9]. Szacunkowo występują u 1 na 4000 – 1 na 20 000 pacjentów z chorobami uszu [10]. Najczęstszym typem histologicznym jest rak płaskonabłonkowy, inne utkania histologiczne to rzadko opisywane pojedyncze przypadki raków podstawnokomórkowych, brodawkowatych, gruczołowo-torbielowatych i mięsaków [5, 8, 9]. Występują w wieku podeszłym, ze szczytem zachorowań w 6–7 dekadzie życia, częściej wśród mężczyzn [11]. Pierwsze objawy mogą być mało charakterystyczne, u około 12% chorych dolegliwości przypominają uporczywe zapalenie przewodu słuchowego zewnętrznego lub przewlekłe zapalenie ucha środkowego [11]. Patognomiczny jest narastający ból ucha [7], krwisty lub krwisto-ropny wyciek, formowanie się polipów i ziarniny [9]. Porażenie nerwu twarzowego, zawroty głowy, postępujący niedosłuch czuciowo-nerwowy zwiastują penetrację nacieku w głąb kości skroniowej [9].

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Przedstawiamy rzadki przypadek raka ucha środkowego rozwijającego się w jamie po operacji radykalnej przeprowadzonej u chorego przed 50 laty z powodu przewlekłego zapalenia ucha środkowego z perlakiem.

OPIS PRZYPADKU

Chory S.R., lat 67 został skierowany do Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Poznaniu z terenowego oddziału laryngologicznego z rozpoznaniem powikłania wewnątrzczaszkowego, które wystąpiło w przebiegu zaostrzenia przewlekłego zapalenia ucha środkowego. Od 3 miesięcy występowały wycieki ropne z ucha prawego, okresowe zawroty głowy i stopniowo nasilające się bóle głowy, które stały się objawem dominującym. Przed 50 laty pacjent przebył radykalną operację ucha środkowego prawego i po leczeniu operacyjnym wycieki z ucha ustąpiły; przed 15 laty wyciek na krótko pojawił się, ale po kilku miesiącach ustąpił po leczeniu zachowawczym. W wykonanym na oddziale powiatowym badaniu

tomografii komputerowej, celowanym na piramidę kości skroniowej z podaniem środka cieniującego, stwierdzono: w płacie skroniowym prawej półkuli mózgu hipodensyjne ognisko 13x24 mm bocznie od rogu skroniowego prawej komory bocznej ku tyłowi dochodzące i łączące się z masami tkankowymi w obszarze ucha środkowego w zniszczonej piramidzie kości skroniowej. Zmiana odcinkowo wzmacnia się na obwodzie po podaniu środka cieniującego. Może mieć charakter zapalny (tworzącego się ropnia), mniej prawdopodobne, że ma charakter zmiany pozapalnej lub niedokrwiennej. Stan po radykalnej operacji ucha prawego – zniszczona większa część piramidy prawej kości skroniowej, w jedną całość połączone przestrzenie przewodu słuchowego zewnętrznego i ucha środkowego, wypełnione masami tkankowymi. Masy wzmacniają się niejednorodnie po podaniu środka cieniującego, mogą odpowiadać ziarninie zapalnej, tkankom martwiczym i prawdopodobnie treści ropnej. Na podstawie opisu TK wysunięto podejrzenie rozwoju usznopochodnego powikłania wewnątrzczaszkowego – ropnia płata skroniowego i przesłano chorego do tutejszej Kliniki.

W chwili przyjęcia pacjent był w bardzo dobrym stanie ogólnym, nigdy poważnie nie chorował, w wywiadzie jedynie podawał pylicę płuc; był w pełni wydolny oddechowo i krążeniowo; w badaniu neurologicznym bez objawów oponowych i ogniskowych. Zawrotów głowy nie podawał. Wyniki badań laboratoryjnych były bez odchyień. Badanie przedmiotowe ucha prawego ujawniło bliznę w załamku za małżowiną uszną, nie stwierdzono obrzęku, zaczerwienienia czy tkliwości na wyrostku sutkowatym, przewód słuchowy zewnętrzny wąski, opadnięta ściana przednio-górna, wypełniony obfitą, ropną, tętniącą wydzieliną. Po odesaniu stwierdzono średnio szeroką jamę pooperacyjną, wysoką ostrogę oraz masy ziarniny. Oczopląsu nie stwierdzono. W badaniu stroikami w próbie Webera dźwięk lateralizował do ucha lewego, próba Rinnego w uchu L dodatnia, przy badaniu ucha prawego przesłuch do ucha zdrowego. W audiometrii tonalnej ucho prawe głuche, w uchu lewym niedosłuch odbiorczy 30–70 dB. Podjęto decyzję o uzupełnieniu diagnostyki obrazowej o badanie rezonansu magnetycznego głowy i niezwłocznym reoperowaniu ucha prawego. W badaniu MR głowy stwierdzono: stan po operacji radykalnej ucha prawego. Jamę opustoszeniową wypełniającą lite, niejednorodne masy intensywnie wzmacniające się po dożylnym podaniu środka kontrastowego, odpowiadające ziarninie zapalnej. Zmiany te powodują destrukcję kostną piramidy kości skroniowej prawej i podstawy środkowego dołu czaszki. W obrębie litych mas obwodowo i powyżej stawu skroniowo-żuchwo-

wego widoczna jest nieregularnego kształtu przestrzeń płynowa o średnicy 9 mm. W istocie białej prawego płata skroniowego stwierdza się obszar o podwyższonej intensywności sygnału w obrazach T2 zależnych i obniżonej w obrazach T1 zależnych o wymiarze 4,0x1,5 cm. Kora prawego płata skroniowego jest obrzęknięta, a przestrzenie podpajęczynówkowe zwężone. Całość obrazu odpowiada zmianom obrzękowym. Po dożylnym podaniu środka kontrastowego stwierdza się intensywne wzmocnienie pogrubianych, nacieczonych opon w prawej okolicy skroniowej.

Zabieg operacyjny przeprowadzono w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym i miejscowym nasiękowym. Wykonano cięcie w załamku za małżowiną uszną prawą. Odpreparowano skórę i zmienioną, nacieczoną tkankę podskórną. Opróżniono zbiornik treści ropnej w tkankach powyżej małżowiny usznej. Uwidoczniono jamę po poprzednim zabiegu, wypełnioną sadłowatymi, krwawiącymi masami. Orientacja w strukturach anatomicznych trudna. Frezą zdjęto nawis kostny w tylnogórnej części jamy pooperacyjnej, odsłaniając okolicę zatoki esowatej, podstawy środkowego dołu czaszki i okolicę trójkąta Trautmana. Uwidoczniono nierówny naciek penetrujący w kierunku szczytu piramidy. Opona środkowego dołu czaszki odsłonięta na znacznej przestrzeni, pogrubiała, nacieczona. Po usunięciu podejrzanych tkanek przesłano je do badania histopatologicznego śródoperacyjnego. Otrzymano wynik (Katedra i Zakład Patomorfologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu): *Carcinoma planoepitheliale*. Odstąpiono od kontynuowania zabiegu operacyjnego ze względu na rozległość i lokalizację nacieku nowotworowego. Chorego w stanie ogólnym bardzo dobrym wypisano do domu w 5 dobie po zabiegu operacyjnym i skierowano do pierwotnej radioterapii.

DYSKUSJA

Powyższy przypadek przedstawiamy ze względu na napotkane trudności diagnostyczne i błędnie postawioną wstępną diagnozę zaostrzenia przewlekłego zapalenia ucha. Rak ucha środkowego jest nowotworem stosunkowo rzadkim i większość otolaryngologów widzi dwóch lub trzech chorych z tą jednostką chorobową nawet przy wieloletniej aktywności zawodowej [9]. Rozwój raka imitujący zaostrzenie przewlekłego zapalenia ucha z powikłaniem wewnątrzczaszkowym czy współistnienie nowotworu z przewlekłym procesem zapalnym są przypadkami kazuistycznymi. Bukrewicz i wsp. przedstawili współistnienie ropnia mózgu w przebiegu przewle-

kiego zapalenia ucha środkowego i raka, podkreślając wyższe ryzyko rozwoju procesu nowotworowego w uchu z przewlekłym wyciekaniem na podstawie obserwacji własnych [1]. Takahashi i wsp. opisali rzadki przypadek 43-letniego mężczyzny z krótkim wywiadem charakterystycznym dla przewlekłego zapalenia ucha środkowego, u którego w polu operacyjnym stwierdzono współistnienie *matrix* perlaka z masą tkankową rozpoznaną histologicznie jako rak ucha środkowego [10]. Opisywane są w literaturze przypadki chłoniaka z limfocytów B mylnie rozpoznanego jako *mastoiditis* w przebiegu przewlekłego zapalenia ucha [6], oponiaki, których dominującym objawem był wyciek z ucha [2] i nerwiaki nerwu słuchowego z dominującymi objawami przewlekłego zapalenia ucha środkowego [3]. Autorzy powyższych doniesień zwracają uwagę, że proces zapalny niepoddający się typowemu leczeniu musi budzić wątpliwości i kierować uwagę lekarza na fakt, że u podłoża może istnieć proces rozrostowy [2, 3, 6].

U opisanego przez autorów chorego za zaostreniem przewlekłego zapalenia ucha przemawiał wywiad otologiczny z przebytą operacją radykalną z powodu perlaka, ropny wyciek z ucha, bóle głowy. Zwracał uwagę brak dolegliwości bólowych ucha, nie stwierdzono krwistego podbarwienia wycieku czy porażenia nerwu twarzowego, które to objawy mogłyby sugerować rozwój raka. Natomiast wątpliwości, co do rozwoju powikłania wewnątrzczaszkowego mógł budzić bardzo dobry stan ogólny chorego. Tomografia komputerowa i tomografia rezonansu magnetycznego jednoznacznie sugerowały ziarninowy proces zapalny w przestrzeniach ucha środkowego z rozległym odczynem oponowym i strefą *encephalitis* płata skroniowego. Ostatecznie, po uzyskaniu wyniku badania histologicznego, wyraźne wzmocnienie opony środkowego dołu czaszki po podaniu kontrastu zinterpretowano jako obraz odpowiadający *meningitis carcinomatosa*.

PIŚMIENNICTWO

- Bukrewicz M, Osmólski A, Fedorowicz M, Forlot J. Cerebral abscess and ear cancer in the course of chronic otitis media. *Pol Merkur Lekarski* 2005; 19(111): 446–467.
- Civantos F, Ferguson LR, Hemmati M, Gruber B. Temporal meningiomas presenting as chronic otitis media. *Am J Otol* 1993; 14(4): 403–406.
- d'Ecclesia A, Contucci A, Di Girolamo, S Meglio, M Paludetti. Chronic otitis media masking coexistent acoustic neuroma. *J Otolaryngol* 2002; 31(1): 49–52.
- Enders P. Otogenic brain abscess and middle ear cancer. *HNO* 1988; 36(1) 45–46.
- Gierek T, Majzel K, Zbrowska-Bielska D, Gołąb L, Jezierska M. Treatment results in external and middle ear malignant neoplasms of patients treated in Laryngology Dept of Medical University of Silesia between 1991–2001. *Otolaryngol Pol* 2005; 59: 183–187.
- Hill N, Little B, Vasan N, Giles M. Cerebellopontine angle lymphoma presenting as chronic mastoiditis. *J Laryngol Otol* 2000; 114(8): 618–620.
- Niemczyk K, Stanisławek O, Bartoszewicz R. Diagnostic problems in case of middle ear carcinoma. *Otolaryngol Pol* 2003, 57(5): 679–683.
- Pajor A, Stańczyk R, Durko T. Malignant neoplasms of external and middle ear. *Otolaryngol Pol* 2005; 59: 251–256.
- Sato K, Takahashi H, Yao K, Nakayama M, Makoshi T, Nagai H, Okamoto M. Cancer of the ear: a report of 22 patients. *Acta Otolaryngol Suppl* 2002; 547, 97–99.
- Takahashi K, Yamamoto Y, Sato Y, Yakahashi S. Middle ear carcinoma originating from a primary acquired cholesteatoma: a case report. *Otol Neurotol* 2005, 26 (1): 105–108.
- Yin M, Ishikawa K, Arakawa T, Harabuchi Y, Nagabashi T, Taira A. Analysis of 95 cases of squamous cell carcinoma of the external and middle ear. *Auris Nasus Larynx* 2006; 33(3): 251–257. Epub 2006 Jan 20.

Adres autora:

Małgorzata Wierzbicka
Klinika Otolaryngologii
i Onkologii Laryngologicznej
ul. Przybyszewskiego 49
60-355 Poznań
tel. 061 86 91 387
e-mail: otosk2@amp.edu.pl

Pracę nadesłano: 27.05.2008 r.

Zaakceptowano do druku: 04.08.2008 r.