

Lek. Izabela Łukawska - Popieluch

**Wyniki leczenia chirurgicznego przyzwojaków
kości skroniowej i podstawy czaszki**

**Rozprawa na stopień naukowy doktora nauk medycznych
w zakresie medycyny**

Promotor: Prof. dr hab. n. med. Kazimierz Niemczyk

Katedra i Klinika Otolaryngologii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Obrona rozprawy doktorskiej przed Radą I Wydziału Lekarskiego
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Warszawa 2018

STRESZCZENIE

Wstęp

Przyzwojaki kości skroniowej i podstawy czaszki stanowią około 0,6 % wszystkich nowotworów rozwijających się w obrębie głowy i szyi. Guzy te z reguły mają charakter nowotworów łagodnych. Różnorodność kliniczna objawów wymaga przeprowadzenia rzetelnego badania podmiotowego i przedmiotowego pacjenta oraz nierzadko dodatkowych konsultacji wielospecjalistycznych. Główną metodą leczenia pozostaje nadal chirurgiczne usunięcie guza. Wybór optymalnej techniki operacyjnej zależy od rozległości nowotworu. Ryzyko pojawienia się niedowładów nerwów czaszkowych po operacji skłania chirurgów do uważnego monitorowania możliwości powrotu do prawidłowej funkcji nerwów naruszonych podczas operacji.

Cel pracy

Celem pracy była analiza wyników leczenia chirurgicznego pacjentów bezpośrednio po operacji i w odległym czasie po zastosowanym leczeniu, ze szczególną oceną czynności nerwów czaszkowych (VII, IX, X, XI, XII) oraz określenie czasu przeżycia pacjentów bez nawrotu choroby.

Material i Metody

Material badawczy obejmował retrospektywną analizę 63 przypadków pacjentów z przyzwojakami kości skroniowej i podstawy czaszki operowanych w Klinice Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2000 - 2015.

Dane analizowano zgodnie z przygotowanym protokołem. Obejmował on: analizę funkcji nerwów czaszkowych (VII, IX, X, XI, XII), subiektywnych dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta, danych śródoperacyjnych, wyników badań obrazowych, badań dodatkowych.

Za pierwszoplanowe kryterium oceny przyjęto ryzyko pojawienia się bezpośrednio po operacji niedowładów nerwów czaszkowych: VII, IX, X, XI, XII oraz czas przeżycia bez nawrotu choroby. Czas przeżycia bez nawrotu choroby liczono od operacji do wystąpienia wznowy lub ostatniej obserwacji klinicznej.

Za kryterium drugoplanowe oceny przyjęto częstość zmian statusu: niedosłuchu jako oceny subiektywnej, szumów usznych, wycieku z ucha, uczucia pełności w uchu, bólu ucha, zawrotów głowy, zaburzeń równowagi ocenianych co najmniej pół roku po operacji. Analizowano również stan nerwów czaszkowych VII, IX, X, XI, XII w odległym czasie po zabiegu.

Analizowano także wpływ na wyniki leczenia lokalizacji, stopnia zaawansowania guza w danej lokalizacji, wieku, płci oraz objętości guza.

Wyniki

Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdzono, iż najczęściej niedowładów w ocenie bezpośredniej po operacji miało miejsce w przypadku nerwu VII (53,4 %), następnie nerwów X (20,7 %) i IX (18,6 %).

Częstość niedowładów nerwów czaszkowych VII, IX, X była zależna od lokalizacji, natomiast dla nerwów XI i XII nie stwierdzono takiej zależności.

Stwierdzono wpływ objętości guza na częstość niedowładu nerwu VII. W przypadku małych guzów, 80 % pacjentów we wczesnym okresie po zabiegu miało zachowaną prawidłową funkcję nerwu VII. Podczas resekcji guzów o średniej wielkości czynność nerwu VII pozostała sprawna u 21,4 % pacjentów. Z kolei w przypadku resekcji dużych guzów u praktycznie wszystkich pacjentów operacja wpłynęła na prawidłową czynność nerwu VII. Nie stwierdzono wpływu objętości guza na częstość niedowładów nerwów IX, X, XI, XII.

Wartości prawdopodobieństwa przeżycia bez nawrotu choroby dla lokalizacji otworu szyjnego (Osz) oraz jamy bębenkowej (JB) nie różniły się w sposób istotny statystycznie. Stwierdzono natomiast wpływ stopnia zaawansowania guza w lokalizacji OSz na prawdopodobieństwo przeżycia bez nawrotu choroby.

Ponad połowa pacjentów w odległym czasie po operacji zgłaszała ustąpienie dolegliwości w postaci uczucia pełności w uchu, bólu ucha lub okolicy, wycieku z ucha. Szum uszny ustąpił u 28,3 % pacjentów, w pozostałych przypadkach zmienił się charakter szumu.

W ocenie czynności nerwów czaszkowych w dalszym czasie po operacji niedowład nerwu VII odnotowano w 26,8 % przypadków, następnie nerwu X w 16,1 % przypadków, a nerwów IX i XII odpowiednio po 5,3 % przypadków. U wszystkich kontrolowanych pacjentów czynność nerwu XI była sprawna. U żadnego chorego nie odnotowano całkowitego ani ciężkiego porażenia nerwu VII co najmniej pół roku po operacji. 73,2 % pacjentów w dalszym czasie po operacji miało prawidłową funkcję omawianego nerwu.

Wnioski

Ryzyko pojawienia się niedowładu bezpośrednio po operacji jest największe ze strony nerwu VII. Objętość guza ma wpływ na częstość występowania pooperacyjnego niedowładu

nerwu VII. W dolnej grupie nerwów czaszkowych najczęściej spotykanymi powikłaniami są niedowłady ze strony nerwów IX i X. Znacznie częściej niedowłady pooperacyjne nerwów VII, IX, X występują w przypadku przywojaków umiejscowionych w OSz.

Większe prawdopodobieństwo pojawienia się wznowy lub progresji choroby występuje w przypadku przywojaków OSz w stopniu zaawansowania D wg klasyfikacji Fische i Mattoxa.

W odległym czasie po operacji u ponad połowy pacjentów ustępują dolegliwości w postaci uczucia pełności w uchu, bólu ucha lub okolicy, wycieku z ucha. Szum uszny ustępuje u prawie 1 / 3 chorych. U większości pacjentów czynność nerwu VII zachowana jest w stopniu prawidłowym lub w formie niewielkiego niedowładu określanego w skali House'a-Brackmann'a. U pozostałych chorych funkcja nerwu się poprawia i stopień niedowładu zmniejsza się. Wśród niedowładów dolnej grupy nerwów czaszkowych najczęściej spotyka się niedowład ze strony nerwu X.

Objawy kliniczne przywojaków kości skroniowej i postawy czaszki, ich umiejscowienie, kierunki szerzenia się oraz biologia rozwoju guza wskazuje na konieczność indywidualizacji diagnostyki i terapii.

Podpis Doktoranta

Grzegorz Lekowski-Bpieluch

Podpis Promotora

KIEROWNIK
Katedry i Kliniki Otolaryngologii
[Signature]
prof. dr hab. n. med. Kazimierz Niemczyk