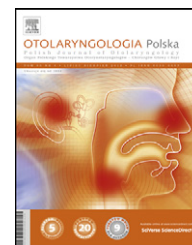


Dostępne online www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/otpol

Artykuł oryginalny/Original research article

Wczesne wyniki czynnościowe operacji tympanoplastycznych w materiale Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej CM UMK w Bydgoszczy w latach 2004–2009

The early functional effects of tympanoplasty in the Otolaryngology and Laryngological Oncology Department of the University School of Medicine in Bydgoszcz, Poland, from 2004 to 2009

Wojciech Kaźmierczak^{1,*}, Joanna Janiak-Kiszka², Paweł K. Burduk²

¹Zakład Patofizjologii Słuchu i Układu Równowagi CM UMK w Bydgoszczy, Poland

Kierownik: prof. dr hab. Katarzyna Pawlak-Osińska

²Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej CM UMK w Bydgoszczy, Poland

Kierownik: prof. dr hab. Henryk Kaźmierczak

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 08.06.2012

Zaakceptowano: 21.06.2012

Dostępne online: 23.06.2012

Słowa kluczowe:

- tympanoplastyka
- przewlekłe zapalenie ucha środkowego
- perlak

Keywords:

- Tympanoplasty
- Chronic otitis media
- Cholesteatoma

ABSTRACT

Objective: The aim of the study was to evaluate the results of the tympanoplasty in chronic otitis media in its functional aspect. **Methods:** We analysed and categorized 489 tympanoplasties using Wullstein classification. The operations were performed in the Otolaryngology and Laryngological Oncology Department of the University School of Medicine in Bydgoszcz, Poland, from 2004 to 2009. The group consisted of 421 patients (221 women, 253 men, mean age 52.2 years). **Results:** Type I tympanoplasty was performed in 133 patients (31.59%), type II tympanoplasty was performed in 191 patients (45.36%), type III tympanoplasty was performed in 93 patients (22.09%) and type IV tympanoplasty was performed in 4 patients (0.95%). The audiometry was done one year after the operations. We observed good effect in 116 cases (86.9%) of type I tympanoplasty, good or satisfactory in 150 cases (78.6%) of type II tympanoplasty and satisfactory in 63 cases (67.7%) of type III tympanoplasty. There were no hearing improvement and its deterioration results in 61 cases (14.48%), including all treated by type IV tympanoplasty. **Conclusions:** 1. There were improvement of hearing in audiometry in majority of our patients. 2. The functional effect of hearing depends on the function of conductive mechanism of the ear before the treatment. 3. We prefer among all types canal wall-up tympanoplasty.

© 2012 Polish Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery Society. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

* Adres do korespondencji. Katedra i Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej CM UMK; ul. M. Curie-Skłodowskiej 9; 85-094 Bydgoszcz. Tel.: +48 52 585 47 10; tel./fax +48 52 585 40 35.

Adres email: wkazmierczak@me.com (W. Kaźmierczak).

Wstęp

Wprowadzone po raz pierwszy przez Miodońskiego [1], a upowszechnione przez Wullsteina i Zollnera [2] operacje tympanoplastyczne są w chwili obecnej podstawową metodą leczenia przewlekłych stanów zapalnych ucha środkowego. Odsetek chorych leczonych z powodu tej jednostki chorobowej na oddziałach laryngologicznych waha się od 8,57% do 10,8% wszystkich chorych [3, 4]. Cele, jakie przyświecają otolaryngowi w czasie zabiegu, to: 1) usunięcie tkanki patologicznej z przestrzeni ucha środkowego, 2) odtworzenie słuchu społecznie użytecznego, 3) upowietrzenie przestrzeni ucha środkowego oraz wyrostka sutkowatego, 4) wytworzenie „suchego” bezproblemowego ucha poprzez zamknięcie na stałe ubytku w błonie bębenkowej [5]. Spośród wielu istniejących klasyfikacji tympanoplastyk na uwagę zasługuje podział wprowadzony przez Wullsteina [2], opierający się na stopniu niezbędnej rekonstrukcji służącej wymienionym celom, w szczególności poprawie słuchu. Wybór zabiegu jest uzależniony od ściśle określonych wskazań, które muszą uwzględniać między innymi: stan ogólny chorego, rodzaj i głębokość niedosłuchu, stan drugiego nieoperowanego obecnie ucha, obecność perlaka, jego wznowy bądź pozostałości po uprzednim zabiegu, a także ocenę lekarską możliwej pooperacyjnej współpracy między lekarzem i pacjentem [6]. Ważnym zagadnieniem wydaje się być konieczność uświadomienia choremu, że w przypadku operacji tzw. techniką zamkniętą może zaistnieć konieczność powtórnej operacji tzw. *second-look* w przeciągu 6–12 miesięcy. Dwuetapowe leczenie operacyjne wykonujemy w przypadku perlakowego przewlekłego zapalenia ucha środkowego, a *cholesteatoma* pozostaje jednym z poważniejszych wyzwań otolaryngologii [3]. Już Wullstein oceniał sukces tympanoplastyki według poprawy słuchu [2] i pomimo wątpliwości części współczesnych otolaryngów [5] pooperacyjna ocena tzw. rezerwy ślimakowej pozostaje znaczącym wyznacznikiem powodzenia przeprowadzonego leczenia [16]. Celem niniejszej pracy jest ocena skuteczności leczenia przewlekłego zapalenia ucha środkowego w Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej CM UMK w Bydgoszczy w oparciu o przeprowadzone po zabiegu badanie słuchu.

Materiał i metoda

Badanie zostało wykonane u 475 chorych leczonych w Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej CM UMK w Bydgoszczy w latach 2004–2009. W badanej grupie znajdowało się 221 kobiet (46,52%) oraz 254 mężczyzn (53,48%). Średni wiek w całej badanej grupie wynosił 53,2 roku. Najmłodszy operowany chory miał 18 lat, a najstarszy 78 lat. U wszystkich chorych zakwalifikowanych do leczenia chirurgicznego wykonywano badanie otorynolaryngologiczne z oceną mikroskopową ucha środkowego oraz ocenę drożności trąbki słuchowej. Przed zabiegiem wykonywano badania audiometryczne, tj. próby stroikami, audiometrię tonalną oraz audiometrię mowy. Większość chorych miała wykonane przedoperacyjne badania obrazowe oceniające przestrzeń kości skroniowej, tj. tomografię komputerową wysokiej rozdzielczości bądź zdjęcia radiologiczne w projekcjach

Stenversa, Schillera oraz Chaussee III. Decyzje o rodzaju operacji podejmowano na etapie przedoperacyjnym w oparciu o wymienione badania z uwzględnieniem klasyfikacji Belluciego [5]. Pacjenci po zabiegu byli kontrolowani przez okres co najmniej 3 miesięcy przez lekarzy wykonujących zabieg, zgodnie z aktualnymi zaleceniami otolaryngicznymi [7]. U chorych po operacjach tympanoplastycznych wykonano w okresie co najmniej 12 miesięcy po zabiegu kontrolne badanie z zastosowaniem audiometrii tonalnej [8].

Wyniki

W badanej grupie łącznie wykonano 543 operacje. Podzielono je na trzy grupy. Przez operacje radykalne rozumiano usunięcie tkanek patologicznych z przestrzeni ucha środkowego, połączenie jamy bębenkowej i przestrzeni powietrznych wyrostka sutkowatego poprzez zniesienie tylnej ściany przewodu słuchowego zewnętrznego do jego dolnej granicy oraz do poziomu, na którym przebiega nerw twarzowy, a także usunięcie, jeśli występowały, kosteczek słuchowych z pozostawieniem suprastruktury strzemiączka lub jego podstawy [9]. W Klinice nie wykonujemy standardowo obliteracji ujścia trąbki słuchowej, zachowując dla chorego możliwość rekonstrukcji ucha po operacji radykalnej [10]. Drugą grupę stanowiły tzw. operacje zachowawcze ucha środkowego. W tego typu operacjach podobnie jak w grupie pierwszej usuwano tkanki patologiczne z przestrzeni ucha środkowego oraz wykonywano połączenie przestrzeni jamy bębenkowej z wyrostkiem sutkowatym. Pozostawiano tutaj zachowane kosteczki słuchowe, jednak bez odtwarzania ciągłości między nimi oraz odtwarzania błony bębenkowej. Do grupy pierwszej kwalifikowano osoby przede wszystkim z głębokim niedosłuchem odbiorczym z obecnością perlaka, a do grupy drugiej osoby z głębokim niedosłuchem odbiorczym bez cech obecności perlaka. Trzecią grupę stanowiły operacje tympanoplastyczne.

W grupie operacji tympanoplastycznych wykonano 394 (80,57%) operacji zamkniętych oraz 95 (19,43%) operacji otwartych. U 68 pacjentów (13,9%) zabiegi tympanoplastyczne wykonano dwukrotnie, wykonując tzw. operacje typu *second-look*.

W Klinice, wykonując operacje tympanoplastyczne oraz dokonując ich opisu, stosowano podział zaproponowany przez Wullsteina [2]. Typ I, tj. odtworzenie ciągłości błony bębenkowej, wykonano u 201 pacjentów (41,3%). Typ II, tj. odtworzenie ciągłości błony bębenkowej oraz łańcucha kosteczek słuchowych przez połączenie młoteczka ze strzemiączkiem, odtworzenie połączenia trzonu kowadełka ze strzemiączkiem bądź wykonanie PORP (*partial ossicular replacement prothesis*) poprzez interpozycję pionową z materiałów autogennych chorego (kość, chrząstka), wykonano u 191 pacjentów (38,5%). Typ III, tj. odtworzenie ciągłości błony bębenkowej oraz połączenie jej z podstawą strzemiączka poprzez zachowaną suprastrukturę strzemiączka bądź TORP (*total ossicular replacement prothesis*) z materiałów autogennych chorego (kość, chrząstka), wykonano u 93 pacjentów (19,4%). Typ IV, tj. odtworzenie ciągłości błony bębenkowej oraz ekranizację okienka owalnego, wykonano u 4 pacjentów (0,8%). Zbiorcze zestawienie rodzajów operacji tympanoplastycznych wg klasyfikacji Wullsteina przedstawia tabela I.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3171137>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3171137>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)