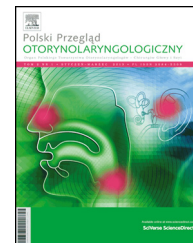


Dostępne online www.sciencedirect.com

ScienceDirect

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

Kazuistyka/Case report

Pourazowa przepuklina oponowa kości skroniowej



Posttraumatic temporal bone meningocele

Małgorzata Czesak, Robert Bartoszewicz, Kazimierz Niemczyk*

Katedra i Klinika Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Kierownik:
prof. dr hab. n. med. Kazimierz Niemczyk, Warszawa, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 03.07.2014

Zaakceptowano: 22.07.2014

Dostępne online: 01.08.2014

Słowa kluczowe:

- przepuklina oponowa
- kość skroniowa
- płynotok

Keywords:

- Meningocele
- Temporal bone
- Cerebrospinal fluid leak

A B S T R A C T

The authors describe the case of a 23-year-old man, with posttraumatic temporal bone encephalic herniation. The patient had experienced fall from height 3 years ago. His surgical treatment was included with middle ear obliteration. Diagnostic problems and methods of treatment are discussed.

© 2014 Polish Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery Society. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

Wstęp

Przepuklina oponowa kości skroniowej jest rzadką chorobą polegającą na przemieszczeniu się zawartości jamy czaszki do kości skroniowej. Wrotami przepukliny są ubytki w podstawie czaszki, natomiast zawartość worka przepukliny mogą stanowić wyłącznie opony mózgu (przepuklina oponowa) lub opony wraz z tkanką mózgową (przepuklina oponowo-mózgowa) [1].

Ze względu na etiologię wyróżnia się przepuklinę oponową spontaniczną oraz nabytą. Do pierwszej grupy

zaliczane są zmiany wrodzone ujawniające się w dzieciństwie lub idiopatyczne, przypadkowo rozpoznawane u osób dorosłych. Przyczyną przepukliny nabytej są dehiscencje środkowego dołu czaszki. Defekty podstawy czaszki mogą mieć pochodzenie pourazowe bądź jatrogenne, powstające najczęściej w wyniku chirurgii wyrostka sutkowatego. Podłożem do powstania przepukliny oponowej mogą być procesy osteolityczne zachodzące w przebiegu przewlekłego zapalenia ucha środkowego czy zmian nowotworowych [2].

Przepuklina oponowa kości skroniowej charakteryzuje się uczuciem pełności u uchu, pogorszeniem słuchu, płynotokiem usznym czy objawami wysiękowego zapalenia ucha

* Adres do korespondencji: Katedra i Klinika Otolaryngologii WUM, ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa, Polska. Tel.: +48 (22) 599 25 21; fax: +48 (22) 599 25 23.

Adres email: kniemczyk@wum.edu.pl (K. Niemczyk).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ppotor.2014.07.006>

2084-5308/© 2014 Polish Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery Society. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

środkowego [3-6]. Jednakże obecność połączenia ucha środkowego z przestrzenią podpajęczynówkową może doprowadzić do zagrażających życiu powikłań, takich jak zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu czy ropień mózgu [3-5]. Ponadto tkanka mózgowa obecna w przepuklinie oponowo-mózgowej może być przyczyną padaczki oraz afazji [4, 5].

Praca przedstawia opis przypadku nabytej przepukliny oponowej kości skroniowej, która powstała w wyniku rozległego urazu czaszkowo-mózgowego.

Opis przypadku

23-letni mężczyzna po przebytych przed 3 laty urazie czaszkowo-mózgowym został przyjęty do Kliniki Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w celu leczenia operacyjnego przepukliny oponowej kości skroniowej. Do urazu doszło w wyniku upadku z wysokości, czego następstwem były mnogie obrażenia ciała, w tym złamanie piramidy prawej kości skroniowej. Głównymi dolegliwościami zgłaszanymi przez pacjenta były szumy uszne o niskiej częstotliwości, niedosłuch prawostronny oraz poczucie niestabilności podłoża. Po upływie roku od urazu pacjent operowany był w jednym z ośrodków z powodu płynotoku usznego. Zaopatrzenie wykonano z dostępu przez wyrostek sutkowaty z zastosowaniem wchłanianego opatrunku hemostatycznego, powięzi oraz kleju tkankowego. Po upływie 6 miesięcy doszło do ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego prawego powikłanego zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych i ropniem mózgu. Badanie bakteriologiczne materiału z ucha środkowego oraz płynu mózgowo-rdzeniowego wykazało obecność *Staphylococcus aureus*. Leczenie wdrożone w kolejnym ośrodku obejmowało szeroką antybiotykoterapię oraz atykoantrastoidektomię z usunięciem perlaka z ucha środkowego.

Przed hospitalizacją w Klinice Otolaryngologii WUM pacjent negował objawy płynotoku usznego. W badaniu otoskopowym stwierdzono opadającą górną ścianę przewodu słuchowego zewnętrznego w odcinku kostnym, powodującą całkowitą obliterację jego światła. U pacjenta zaobserwowano niedowład nerwu twarzowego prawego oceniony na II stopień w skali House'a i Brackmanna, opadniętą górną prawą powiekę wraz z szeroką i niereagującą źrenicą. Kolejną dolegliwością było dwojenie obrazu przy patrzeniu w każdym kierunku oraz pogorszenie ostrości widzenia. W badaniu przedmiotowym stwierdzono niedoczulicę prawej połowy twarzy. Audiometria tonalna ujawniła niedosłuch typu mieszanego stopnia średniego. Tomografia komputerowa wykazała po stronie prawej duży ubytek kości skroniowej obejmujący wyrostek sutkowaty, górną ścianę przewodu słuchowego zewnętrznego oraz obwodowy fragment skrzydła większego kości klinowej (Ryc. 1). W obrębie ubytku stwierdzono zmiany miękotkankowe wpuklające się do przewodu słuchowego zewnętrznego i jamy bębnekowej. Badanie wykazało również po stronie prawej brak łańcucha kosteczek słuchowych, cechy destrukcji ściany przysrodkowej jamy bębnekowej z ubytkami kostnymi w okolicy okienka owalnego (Ryc. 2). U pacjenta nie można było wykluczyć przetoki błędnikowej, z kolei ślimak

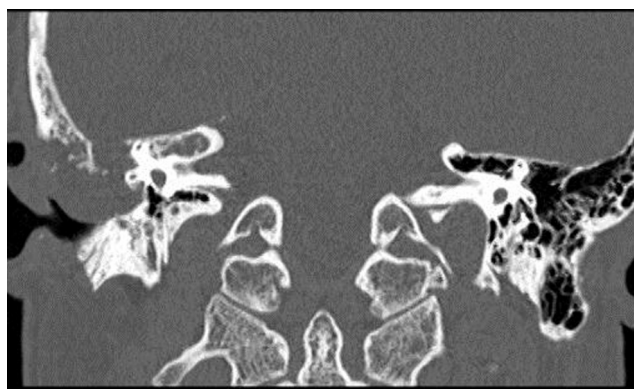


Ryc. 1 – TK kości skroniowej w przekroju osiowym ukazująca ubytek kostny środkowego dołu czaszki wraz z masami miękotkankowymi w uchu środkowym i zewnętrznym

Fig. 1 – CT scan, axial view, showing bony defect of the floor of the middle cranial fossa and the mass occupying the middle and external ear

i przewód słuchowy wewnętrzny był bez wyraźnych cech destrukcji. W wykonanym badaniu MR stwierdzono ubytek kostny górnej powierzchni piramidy kości skroniowej z towarzyszącym uszkodzeniem opony twardej (Ryc. 3). Badanie wykazało poszerzony róg skroniowy prawej komory bocznej, który zniekształcony był przez zmiany bliznowate, a także poszerzoną komorę IV.

Po przygotowaniu pacjenta wykonano operację w znieczuleniu ogólnym z zastosowaniem cięcia zauszne



Ryc. 2 – TK kości skroniowej w przekroju czołowym z destrukcją podstawy środkowego dołu czaszki

Fig. 2 – CT scan, coronal view, showing bony defect of the floor of the middle cranial fossa

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3171843>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3171843>

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