

Dostępne online [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

ScienceDirect

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ppotor](http://www.elsevier.com/locate/ppotor)

## Kazuistyka/Case report

# Przypadek rozległego przyzwojaka szyjno-bębenkowego

## A case of huge tympanojugular paraganglioma

Izabela Łukawska<sup>1</sup>, Grzegorz Januszek<sup>1</sup>, Kazimierz Niemczyk<sup>1,\*</sup>,  
Andrzej Marchel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Otolaryngologii WUM, Kierownik: prof. Kazimierz Niemczyk, Warszawa, Polska

<sup>2</sup>Klinika Neurochirurgii WUM, Kierownik: prof. Andrzej Marchel, Warszawa, Polska

## INFORMACJE O ARTYKULE

## Historia artykułu:

Otrzymano: 09.04.2014

Zaakceptowano: 14.04.2014

Dostępne online: xxx

## Słowa kluczowe:

- przyzwojak szyjno-bębenkowy
- diagnostyka
- leczenie

## Keywords:

- Tympanojugular paraganglioma
- Diagnostics
- Therapy

## A B S T R A C T

Paragangliomas are benign tumors that originates from paraganglia of parasympathetic nervous system. They are characterized by slow growth and late clinical symptoms. In the head and neck localize around carotid bifurcation, jugular bulb, along the vagus nerve and in the tympanic cavity. Typical complaints are: pulsatile tinnitus and hearing loss initially conductive, and as the disease progresses sensorineural hearing loss. Diagnosis of these tumors at an early stage of development allows the selection of optimal treatment and radical removal of the tumor.

Authors presented a case of huge paraganglioma, which progressed significantly during observation period. Tumor extended within temporal bone, external auditory canal and intracranially. The patient was treated surgically. A near total resection of the tumor was performed with consecutive facial nerve reconstruction.

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

### Wstęp

Jednym z rodzajów guzów neurogennych są przyzwojaki – nowotwory niezłośliwe pochodzące z ciałek przyzwojowych przywspółczulnego układu nerwowego. W obrębie głowy i szyi rozwijają się w okolicy rozgałęzienia tętnicy szyjnej wspólnej (*glomus caroticum*), opuszki żyły szyjnej wewnętrznej (*glomus jugulare*), wzdłuż nerwu błędnego (*glomus vagale*)

oraz w jamie bębenkowej (*glomus tympanicum*) [1, 2]. Określenie przyzwojak szyjno-bębenkowy (*paraganglioma jugulo-tympanicum*) – często spotykane w piśmiennictwie, dotyczy dużych guzów umiejscowionych zarówno w jamie bębenkowej, jak i w opuszce żyły szyjnej. W przypadku tak rozległej lokalizacji nierzadko trudno jest ustalić granice między nimi, jak również punkt wyjścia nowotworu [2]. W obrębie kości skroniowej przebieg nerwu bębenkowego (n. Jacobsona), gałąź uszna n. błędnego (n. Arnolda) oraz w wyściółka okolicy *promontorium* są typowymi lokalizacjami omawianej

\* 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](mailto:kniemczyk@wum.edu.pl) (K. Niemczyk).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ppotor.2014.04.005>

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

grupy nowotworów [3]. Umieszczenie guza w pobliżu miejsc z obecnością licznych przestrzeni i szczelin umożliwia rozprzestrzenianie się go poprzez komórki powietrzne wyrostka sutkowego, trąbki Eustachiusza, otwory nerwowe oraz wzdłuż tętnic i żył szyjnych [3]. Typowymi dolegliwościami, z jakimi zgłaszają się pacjenci do laryngologa, są: pulsujący szum uszny oraz niedosłuch początkowo przewodzeniowy, a w miarę postępu choroby odbiorczy. Ponadto pacjenci nierzadko skarżą się na wycieki z ucha, bóle głowy czy zawroty głowy. W miarę postępu choroby i wzrostu wielkości guza dołączają się objawy związane z niedowładem lub porażeniem nerwów czaszkowych od VII do XII włącznie. Dodatkowo należy nadmienić, że jednym z objawów przyzwojaków zajmujących ucho środkowe jest zaczerwienie oraz uwypuklenie błony bębenkowej [1–3]. W diagnostyce ważną rolę odgrywa badanie podmiotowe oraz przedmiotowe pacjenta z dokładną oceną błony bębenkowej. Do zasadniczych badań obrazowych wykorzystywanych celem rozpoznania tych guzów zalicza się tomografię komputerową (TK) i rezonans magnetyczny (RM).

## Opis przypadku

62-letnia pacjentka została przyjęta do Kliniki Otolaryngologii WUM celem leczenia operacyjnego guza kości skroniowej po stronie lewej. Pierwsze objawy w postaci pogorszenia słuchu, uczucia pełności w uchu lewym i chrypki pojawiły się w 2007 roku. Rok później dołączył się pulsujący szum uszny. W wywiadach nadciśnienie tętnicze, wole guzowate tarczycy w okresie eutyreozy. Ponadto wywiad rodzinny w kierunku podobnych dolegliwości był ujemny. Chora nie zgłosiła się wówczas do lekarza i nie wykonywała żadnej diagnostyki. Guz podstawy czaszki prawdopodobnie o typie przyzwojaka szyjno-bębenkowego został zdiagnozowany na podstawie badania podmiotowego, przedmiotowego pacjentki oraz badań obrazowych w kwietniu 2010 roku, w Oddziale Neurologii w Szpitalu Wojewódzkim w miejscu zamieszkania (Ryc. 1). Chora zgłosiła się do tamtejszego Oddziału z powodu narastającego zaniku połowiczego języka



**Ryc. 1 – Guz wypełniający w całości przewód słuchowy zewnętrzny i wystający ponad nim**

**Fig. 1 – The tumor filling the whole external auditory canal and protruding above it**

po stronie lewej. Wykonano wtedy badania obrazowe – MR głowy z kontrastem oraz angio-TK. W MR wykonanym w kwietniu 2010 roku opisano zmianę guzowatą wielkości 35 × 30 mm, intensywnie wzmacniającą się po kontraście, zlokalizowaną, w lewym kącie mostowo-mózdkowym, obejmującą lewe nerwy VII i VIII oraz dolną część piramidy lewej kości skroniowej. Celem oceny struktur naczyniowych wykonano angio-TK. Badanie to wykazało guz silnie wzmacniający się kontrastem w otworze żyły szyjnej o wymiarach 28 × 29 × 32 mm, schodzący do dołu podskroniowego do wysokości dolnego zarysu wyrostka poprzecznego C1, penetrujący do jamy bębenkowej oraz do tylnego dołu czaszki w kierunku kąta mostowo-mózdkowego (do wysokości przewodu słuchowego wewnętrznego). Jama bębenkowa była w całości wypełniona guzem, który niszczył dolno-przyśrodkową oraz przednio-górną jej ścianę, kosteczki słuchowe otoczone guzem były zachowane. Po konsultacji okulisty, laryngologicznej oraz neurochirurgicznej uzgodniono termin przyjęcia do kliniki neurochirurgicznej celem dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia operacyjnego. Podczas hospitalizacji pacjentki w oddziale neurochirurgicznym wykonano badanie TK oceniające struktury kostne. Badanie to potwierdziło destrukcję kostną kości pokrywy czaszki okolic otworu żyły szyjnej i piramidy kości skroniowej. Wyrostek sutkowy lewy był bezpowietrzny. Ponownie wykonano MR, gdzie stwierdzono nieprawidłową masę o wymiarach 32 × 30 × 36 mm obejmującą otwór żyły szyjnej, przyśrodkową część piramidy kości skroniowej lewej. Od strony bocznej guz penetrował do przewodu słuchowego zewnętrznego, a od strony przyśrodkowej wnikał do przewodu słuchowego wewnętrznego, lewej zatoki esowatej i nieznacznie modelował lewą półkulę mózdzku. Arteriografia naczyń mózgowych wykonana w maju 2010 roku potwierdziła obecność silnie unaczynionego guza w okolicy opuszki żyły szyjnej lewej. Źródłami unaczynienia nowotworu były: gałęzie od tętnicy gardłowej wstępującej i prawdopodobnie od tętnicy usznej lewej, gałęzie od tętnicy gardłowej wstępującej po stronie prawej, od gałęzi oponowych tętnicy kręgowej lewej oraz od drobnych gałęzi pnia oponowo-przysadkowego po stronie lewej. Po przeprowadzeniu dokładnej diagnostyki pacjentka została zakwalifikowana do leczenia chirurgicznego. Wówczas chora nie wyraziła zgody na proponowane leczenie operacyjne. Pacjentka dopiero we wrześniu 2013 roku zgłosiła się do poradni laryngologicznej z powodu nawracających wycieków krwistych z ucha lewego. Ponadto zgłaszanymi przez chorą dolegliwościami były niedosłuch ucha lewego, uczucie pełności w uchu, szum uszny o charakterze pulsowania, chrypka, zaburzenia połykania oraz asymetria twarzy. Pacjentka negowała zawroty głowy, zaburzenia równowagi oraz bóle głowy. W badaniu przedmiotowym zanotowano porażenie nerwu twarzowego lewego, 6. stopnia w skali H-B, asymetrię łuków podniebiennych po stronie lewej, zanik połowy języka i zbaczanie języka w stronę lewą. W laryngoskopii pośredniej odnotowano unieruchomienie lewej połowy krtani, bez cech duszności. W badaniu otoskopowym widoczny był kalafiorowaty guz pokryty skórą wychodzący z przewodu słuchowego zewnętrznego. Kontrolne badanie MR wykazało zwiększenie rozmiarów guza w porównaniu z badaniami poprzednimi do 42 × 55 × 38 mm, a uwzględniając zmianę w przewodzie słuchowym zewnętrznym, do

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3171874>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3171874>

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