



Карциноми на външния слухов проход

Д. Пазарджиклиев

УНГ-клиника, УМБАЛ „Св. Георги“ ЕАД – Пловдив

Резюме:

Карциномите на темпоралната кост са редки и възлизат на около 0,2% от всички тумори на главата и шията, в това число и метастатичните тумори. Най-често възникват в областта на ушната мида и оттам навлизат във външния слухов проход. Хистологично обикновено се касае за базоцелуларни или спиноцелуларни карциноми. Лечението е изключително хирургично, тъй като лъчетерапията е неефективна.

Представяме собствения си опит в лечението на тези тумори, както и ретроспективен анализ на 10-годишен период. Дискутираме особеностите на разпространението и предизвикателствата на en block резецирането на тези тумори.

Увод

Проблемът с карциномите на външния слухов проход (ВСП) преди всичко се състои в това, че независимо дали са възникнали в медиалната му част или са го инвазирали откъм аурикулата, те на практика са карциноми на темпоралната кост. Биват много редки – около 1 на 5000 до 1 на 20 000 пациенти с отологични оплаквания.¹ От друга страна, клиниката е неспецифична – секреция, сърбеж, болка, стеснение на канала и при напредналите случаи кървене и парализа на лицевия нерв.² Тази комбинация води до забавяне на диагнозата от 6 месеца до 4 години. Разположението в костта прави лъчетерапията неефективна, а en block резекцията е технически трудна поради разположенията в близост витални структури.^{3, 4}

Материал и методи

За десетгодишен период, от 1997 до 2006 г., ние открихме 4 пациенти с карцином и на ВСП, преминали през УНГ-клиниката на УМБАЛ „Св. Георги“ ЕАД – Пловдив. В единия случай се касаеше за T1 тумор, опериран със sleeve resection и оздравял, още един стадиран T1 със sleeve resection, но с персистенция и впоследствие загинал от заболяването, два T4: единият опериран в онкологичен диспансер трикратно, с персистенция и инфилтрация на превертебралната мускулатура – иноперабилен, а другият с инфилтрация на средното ухо, пробив през tegmen tympani и парализа на лицевия нерв – също иноперабилен. На базата на този минал опит направихме изводите, че обикновено диагнозата

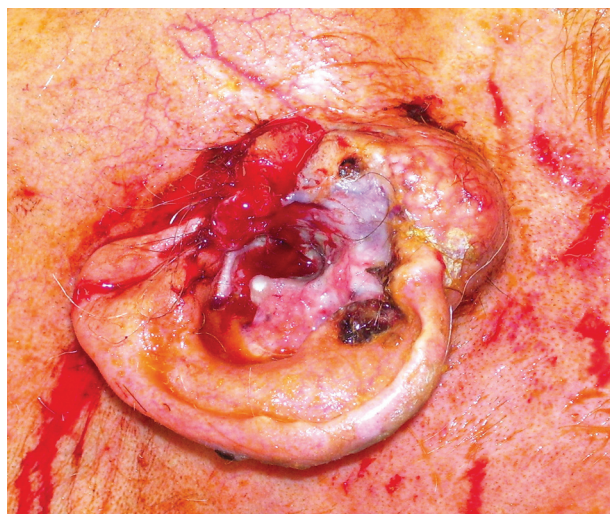
се поставя късно и че sleeve резекцията не е достатъчно надежден хирургичен метод, а винаги би следвало да се стремим към en block резекция на тези тумори.

Нашият собствен опит се свежда до два случая.

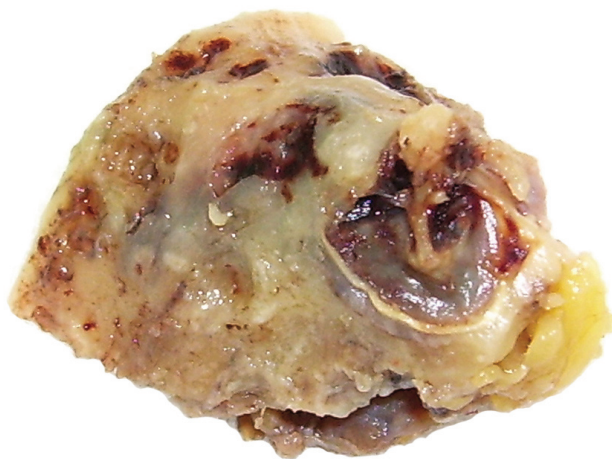
Клиничен случай 1

Касае се за 84-годишен мъж с карцином, произлязъл от аурикулата, опериран двукратно в онкологичен диспансер, с персистенция и навлизане на

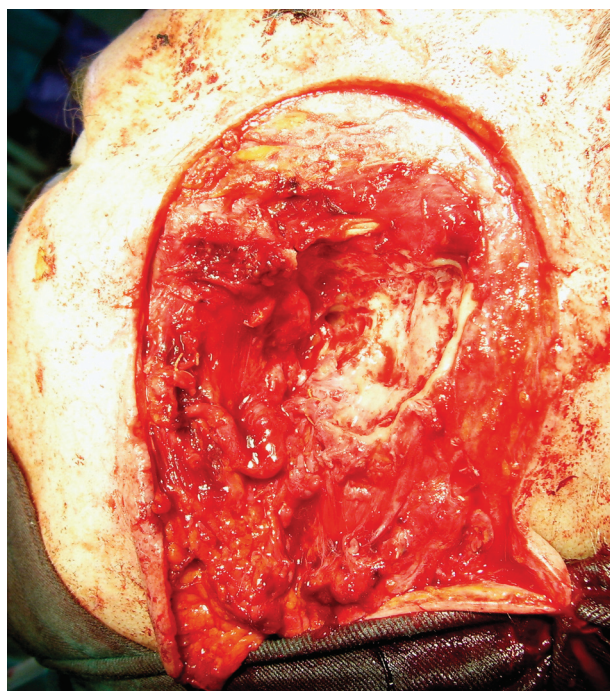
тумора в костната част на ВСП. (фиг. 1) Нашият избор бе en block резекция – латерална резекция на темпоралната кост, тотална паротидектомия и поради близост на тумора с темпоралния клон на лицевия нерв – резекция и на нерва (фиг. 2 и 3). Възникналия впоследствие голям дефект решихме да облитерираме с мастна тъкан и да покрием с кожно ламбо. Последното обаче некротизира и раната епителизира вторично (фиг. 4). До момента – 2 години следооперативно, пациентът е без заболяване.



Фиг. 1.



Фиг. 3. En block резекция на ВСП с изглед от медиалната страна на тъпанчевата мембрана



Фиг. 2. Постоперативен дефект

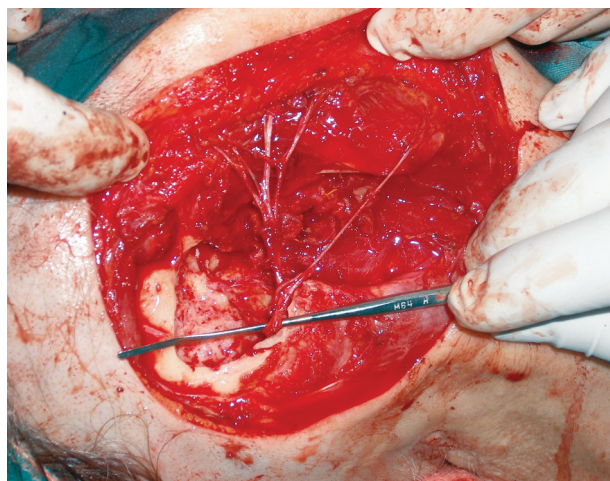


Фиг. 4.

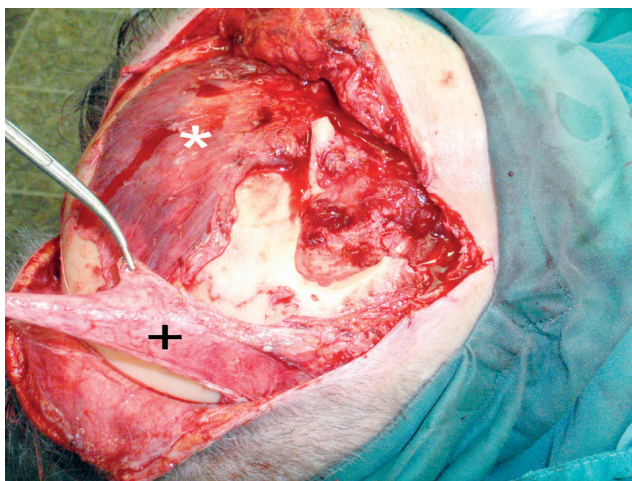
Клиничен случай 2

Касае се за 79-годишна пациентка с история за язва в областта на аурикулата от около 6 месеца, довела почти до пълното ѝ унищожаване. Биопсията установи спиноцелуларен карцином и инвазия на ВСП. Решихме да извършим латерална резекция на темпоралната кост с тотална паротидектомия (фиг. 5). Бе открита макроскопска инвазия в областта на паротидната жлеза и за съжаление на гефрир се откри инфилтрация на периневриума на ствола на лицевия нерв. Поради това решихме

да прекъснем последния в областта на третото му коляно. По отношение на възстановяване на дефекта решихме да извършим това на втори етап след около 14 дни, когато отново на гефрир потвърдихме липсата на персистенция на тумора. Самият дефект възстановихме с две ламба – едно от темпоралния с мускул, с което изпълнихме кавитета, и едно от *galea arponeutotica*, с което покрихме дефекта (фиг. 6). За 10 дни периосталното ламбо епителизира (фиг. 7). Година след операцията пациентката е без данни за заболяване.



Фиг. 5. Латерална резекция на темпоралната кост с тотална паротидектомия и скелетиране на лицевия нерв до третото му коляно



Фиг. 6. Пластично възстановяване на дефекта: * – темпорален мускул; + – периостално ламбо



Фиг. 7. Краен резултат 10 дни след пластиката

Дискусия

Карциномите, ангажиращи костната част на ВСП, са част от карциномите на темпоралната кост, а те са редки и възлизат на около 0,2% от всички тумори на главата и шията. В САЩ годишно се диагностицират около 200 нови случая. В това число се

включват туморите с всички локализации, както и метастатичните. Във Великобритания се срещат при около 1/1000000 души на година.⁵ Като част от пациентите с отологични оплаквания са около 0,025 – 0,005%, или от 1 на 5000 до 1 на 20 000 пациенти.^{6, 7, 8} Засягат възрастта над 50 години – средно около 73-годишна възраст, и са почти еднакво чести и за двата пола, с лек превес при жените.³ При пациентите, преминали през нашата клиника, съотношението между половете бе 1:1. Най-често туморите възникват от ушната мида, защото тези части са изложени на УВ-лъчение с продължение на години. Тук най-чести са базоцелуларните и спиноцелуларните карциноми. Ако бъдат неглежирани, тези тумори могат да навлязат във ВСП. И в двата случая, оперирани от нас, се касаеше за спиноцелуларни карциноми, възникнали от ушната мида и инвазирали ВСП. Когато възникват в дълбочина на ВСП, най-често се касае за спиноцелуларен карцином, по-рядко аденокарцином, а останалите са изключителна рядкост. Рисков фактор за възникването им е хроничното възпаление, гноетечение и наличие на холестеатом.

По отношение на локализацията класификацията до голяма степен е изкуствена, тъй като често се засягат няколко области и точното място на възникване на тумора не може да се определи.

Клиниката на тези тумори е неспецифична и се представят с наличието на секрет от ухото, болка, кървене, парализа на лицевия нерв, намален слух. Тъй като те са много редки, а и клиниката им е сходна с хроничните възпаления на ухото, обикновено диагностицирането им се забавя с около 6 месеца до 4 години. Ранната диагноза е единственият статистически значим фактор по отношение на възможността за излекуване. Необходимо е да се подозират във всички случаи, в които консервативното лечение е неуспешно.^{2, 8} Болката е основният симптом, но тя е по-силна, отколкото при хроничните отити и говори за засягане на костта. Кървенето обикновено е късен симптом. Диагнозата се поставя с биопсия.

Меките тъкани са слаба бариера за развитието на карциномите и по пътя на *sacum conchae* те навлизат във ВСП. Хрущялът на ВСП също е слаба бариера за туморите. По фисурите на Санторини и форамена на Хушке, както и мястото на съединяване на костта и хрущяла туморите имат директен достъп до паротидната област и темпоромандибуларната става. Карциномите на ВСП могат да се разпространят назад през меките тъкани в ретроаурикуларния сулкус и върху *planum mastoideum*. Костният канал е по-резистентен, въпреки това може да се ерозира задната стена и да се проникне в мастоида. Туморът може да прорасне медиално, да достигне тъпанчевата мембрана и през нея или *sulcus tympanicus* да проникне в средното ухо. След като е попаднал в средното ухо, твърдата кост на вътрешното вече е ефективна бариера за разпространението на тумора. Туморите на ВСП – спино-, базоцелуларни и аденоиднокистични, имат голям афинитет към периневрално разпространение. В това отношение най-застрашен е лицевият нерв. По канала на нерва туморът може да излезе извън темпоралната кост. Там могат да се засегнат отделни клончета на нерва. И обратно – туморът може да се разпространи към *ganglion geniculi* и интракраниално – към ствола. По *nervus petrosus superior* може да се достигне до пода на средната черепна ямка.⁸ И в двата наши случая туморът бе в интимна близост с екстратемпоралната част на лицевия нерв. В първия – до темпоралния клон, при което прекъснахме нерва в областта на *foramen stylomastoideum*, а във втория имаше инфилтрация на периневриума в областта на самия форамен, поради което прекъснахме нерва по-високо в областта на третото му коляно.

Били са предлагани множество системи за стадиране на тези тумори, все още няма една приета по целия свят. Системата за стадиране на спиноцелуларните карциноми на ВСП, предложена от Университата в Питсбърг, САЩ, в момента е най-широко приета. Тя е основана на клинични, радиологични и патохистологични данни. Най-общо туморите, ограничени във ВСП, се означават като ранни, а тези, инвазирали околните структури, като средно ухо, мастоид или черепно-мозъчни нерви, се означават като напреднали.

Оригиналната система, предложена от Питсбърг, е следната:

- T1 – тумор във ВСП без данни за ерозия на костта или ангажиране на съседни меки тъкани
- T2 – тумор с ограничена остеолiza или с ангажиране на меки тъкани < 0,5 см
- T3 – пълно разрушение на костта на ВСП, но малко ангажиране на меки тъкани < 0,5 см или ангажиране на тъпанчева кухина и/или мастоид
- T4 – тумор, ерозиращ медиална стена на тъпанчева кухина, кохлея, апекс пирамидата, каротиден канал, форамен югуларе, дура или ангажиране на околните меки тъкани повече от 0,5 см, като например темпоромандибуларна става, форамен стиломастоидеум или данни за лицева пареза.⁹

И двата наши случая определихме като T4 поради значителната инфилтрация на околните меки тъкани > 0,5 см.

Кожата на ВСП е слабо снабдена с лимфни съдове и затова наличието на метастази при поставянето на диагнозата е рядкост – 10-15%.¹⁰ В нашите случаи не се наблюдаваха метастази в регионалните лимфни съдове. Това се наблюдава само при напреднали тумори. Първо се ангажират пре- и ретроаурикуларните лимфни възли, след това субпаротидните и чак след това дълбоките шийни лимфни възли. Може да настъпи и разпространение посредством лимфните съдове на Евстасиевата тръба към епифаринкса и да се излявят ретрофарингеални метастази.

Туморите на темпоралната кост рядко се представят с хематогенни далечни метастази и в такива случаи са нелечими. Най-често метастазират в белия дроб и костите.

Разположението на тези тумори в костта ги прави нечувствителни към лъчетерапията. Тя може да бъде само палиативна. При наличието на позитивни граници на хирургичната резекция постоперативната лъчетерапия не подобрява преживяемостта.³ Избор на лечение е хирургичната, и то – *en block* резекция, която е въведена от Parsons



и Lewis.¹¹ Наличето в близост на жизненоважни структури прави en block резекцията технически трудна. Вариантите по отношение на ВСП биват: sleeve resection – или премахване само на кожата на канала, радикална трепанация и en block резекция на ВСП – латерална резекция на темпоралната кост.¹² И в двата случая ние извършихме латерална резекция и не наблюдавахме рецидиви или персистенция на тумора.

Реконструкцията на големия по размер дефект след една en block резекция на темпоралната кост също е дискусабилна. В зависимост от големината на дефекта могат да се използват локорегионални ламба на краче или свободен тъканен трансфер.^{13, 14, 15} Личният ни опит показва, че покриването на такъв дефект с кожно ламбо не е достатъчно

надеждно. Ламбото от темпоралния мускул е един от вариантите за облитарация на дефекти в областта на мастоида след различни отологични операции.^{16, 17} Ето защо във втория наш случай ние избрахме именно този подход и получихме отличен резултат.

Заклучение

Ранната диагноза е от изключителна важност за изхода на това заболяване. Метод на избор при лечението е латералната резекция на темпоралната кост и евентуално паротидектомия в зависимост от ангажирането на околните меки тъкани. Необходимо е пластично облитериране на дефекта с локорегионални мускулни ламба.

Литература:

- Lewis JS. Cancer of the ear: A report of 150 cases. *Laryngoscope* 1960; 70: 551-579
- Harrison LB, Sessions RB, Hong WK. *Head and Neck Cancer: A Multidisciplinary Approach*, 2nd Edition 2004 Lippincott Williams & Wilkins pp. 652
- Spector JG. Management of temporal bone carcinomas: a therapeutic analysis of two groups of patients and long-term follow up. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; 104: 58-66
- Isipradit P, Wadwongtham W, Aeumjaturapat S, Aramwatanapong P. Carcinoma of the external auditory canal. *J Med Assoc Thai* 2005; 88: 114-117
- Morton RP, Stell PM, Derrick PPO. Epidemiology of cancer of the middle ear cleft. *Cancer* 1984; 53: 1612-1617
- Crabtree JA, Britton BH, Pierce MK. Carcinoma of the external auditory canal. *Laryngoscope* 1976; 86: 405-415
- Conley JJ. Cancer of the middle ear and temporal bone. *N Y State J Med* 1974; 74: 1575-1579
- Evans PR, Montgomery PQ, Gullane PJ. *Principles and Practice of Head and Neck Oncology* 2003 Martin Dunitz pp 612-614
- Arriaga M, Curtin H, Takahashi H, et al. Staging proposal for external auditory meatus carcinoma based on preoperative clinical examination and computed tomography findings. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1990; 99: 714-721
- Moody SA, Hirsch BE, Myers EN. Squamous cell carcinoma of the external auditory canal: an evaluation of a staging system. *Am J Otol* Jul 2000; 21(4): 582-8
- Parsons H, Lewis JS. Subtotal resection of the temporal bone for cancer of the ear. *Cancer* 1954; 7: 995-1001.
- Conley JJ, Novack AJ. The surgical treatment of tumour of the ear and temporal bone. *Arch Otolaryngol* 1960; 71: 635-652
- McGregor IA, Jackson IT. The extended role of the deltopectoral flap. *Br J Plast Surg* 1970; 23: 173-185
- McCraw JB, Magee WP Jr, Kalwaic H. Uses of the trapezius and sternomastoid myocutaneous flaps in head and neck reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1979; 63: 49-57
- Jones NF, Schramm VL, Sekhar LN. Reconstruction of the cranial base following tumour resection. *Br J Plast Surg* 1987; 40: 155-162
- Rambo JHT. Primary closure of the radical mastoidectomy wound: a technique to eliminate postoperative care. *Laryngoscope* 1958; 68: 1216-1227
- McGee. Temporalis muscle flap for the otologist. *Am J Otolaryngol* 1986; 7: 409-413

