

Robert Bartoszewicz, Kazimierz Niemczyk, Antoni Bruzgielewicz,
Tomasz Olesiński

Katedra i Klinika Otolaryngologii, Akademia Medyczna, Warszawa

Choroby współistniejące z guzem nerwu VIII

Diseases coexisting with acoustic neuroma

Słowa kluczowe: guz nerwu VIII, choroby współistniejące.
Key words: acoustic neuroma.

Streszczenie

Na proces diagnostyczny guza nerwu VIII wpływają różnorodne czynniki: rodzaj objawów, częstotliwość i kolejność ich występowania, jak również czas ich trwania oraz działań zależnych od postępowania lekarskiego. Do wymienionych czynników zaliczamy również występowanie chorób i patologii współistniejących.

Celem pracy było zbadanie chorób współistniejących z guzem nerwu VIII oraz ich wpływ na proces diagnostyczny. Jak pokazuje analiza materiału, u chorego z guzem kąta mostowo-mózdkowego może współistnieć inna choroba, powodująca opóźnienie procesu diagnostycznego bądź jego przyspieszenie w poszczególnych przypadkach.

Summary

The diagnostic process of acoustic neuroma depends on variety of factors including: type, duration, sequence of symptoms as well as circumstances influenced by the medical management itself. Coexisting disorders and pathologies may also affect the diagnosis. The goal of this study was to analyse diseases coexisting with AN and to evaluate their impact on the diagnostic process. The analyse of cases suggests that the diagnostic process may be significantly reduced or elevated in the certain patients with acoustic neuroma, when there is another coexisting disorders.

Nerwiaki nerwu słuchowego stanowią około 6% wszystkich guzów wewnątrzczaszkowych i 80% guzów kąta mostowo-mózdkowego i występują we wszystkich częściach świata bez istotnych różnic indywidualnych czy rasowych [Lanser (i in.) 1992]. Guzy nerwu przedsionkowo-słuchowego są nowotworami łagodnymi rozwijającymi się z osłonek Schwanna. Ich wzrost i ucisk na sąsiadujące struktury w przewodzie słuchowym wewnętrznym, a następnie w kącie mostowo-mózdkowym stanowią podstawę procesu patogenetycznego, powodującego szereg objawów otologicznych i neurologicznych zagrażających życiu chorego [Grudziński, Szlamiński 1971; Lanser (i in.) 1992; Mazurowski 1996; Portman, Portman 1993].

Stąd rozpoznanie guza we wczesnym stadium zaawansowania klinicznego zapewnia pacjentowi w poszczególnych przypadkach uniknięcie objawów znacznego zaawansowania klinicznego – głębokiego niedosłuchu lub głuchoty, zaburzeń równowagi, objawów nadciśnienia wewnątrzczaszkowego oraz daje szansę na lepsze wyniki leczenia poprzez znaczne zmniejszenie ryzyka operacyjnego. Mazurowski [1969] podkreśla, że guzy wykryte wcześniej dają możliwość całkowitego ich usunięcia, uniknięcia powikłań neurologicznych, przywrócenia choremu zdrowia i zdolności do pracy. Należy jednakże pamiętać, że o wczesnym rozpoznaniu guza n. VIII można mówić jedynie wówczas, gdy jest on ograniczony do przewodu słuchowego wewnętrznego, nie wypełnia przestrzeni kąta mostowo-mózdkowego i tym samym nie powoduje objawów uciskowych sąsiadujących struktur.

W rozważaniach nad zagadnieniem diagnostyki nerwiaków nerwu VIII Tomsen i Tos [1988] jednoznacznie podkreślają, że wczesna diagnostyka guza kąta mostowo-mózdkowego wymaga spełnienia trzech zasadniczych warunków:

1. Guz nerwu VIII powinien charakteryzować się pewnymi objawami: jednostronnym niedosłuchem, szumami usznymi, zawrotami głowy.
2. Po wystąpieniu wczesnych objawów pacjent powinien udać się do otologa.
3. Otolog po zapoznaniu się z objawami pacjenta – niedosłuchem, szumami usznymi, zawrotami głowy – powinien rozważyć istnienie guza nerwu przedsionkowo-ślimakowego.

Jest rzeczą naturalną, że poza wymienionymi podstawowymi czynnikami istnieje szereg pomniejszych warunków, spełnienie których będzie decydowało o sukcesie diagnostycznym. Na proces diagnostyczny wpływają różnorodne czynniki: rodzaj występujących objawów, częstość i kolejność ich występowania, jak również czas ich trwania oraz działań zależnych od postępowania lekarskiego. Do wymienionych czynników zaliczamy również występowanie chorób i patologii współistniejących.

I. MATERIAŁ I METODA

Materiał niniejszej pracy stanowi analiza kliniczna 89 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Otolaryngologii i Neurochirurgii Akademii Medycznej w Warszawie w latach 1993-2000 z powodu guza nerwu przedsionkowo-ślimakowego. Informacje dotyczące badania przedmiotowego i podmiotowego uzyskano z posiadanej dokumentacji lekarskiej szpitalnej i ambulatoryjnej.

U 84 pacjentów występowały nerwiaki jednostronne. Guzy z obrazem klinicznym nerwiako-włókniakowości typu 2 (NF-2) występowały u 5 pacjentów. Wśród 89 pacjentów było 55 kobiet (61,8%) oraz 34 mężczyzn (38,2%). Średni wiek pacjentów wynosił 45,7. Wiek chorych wahał się od 13 do 86 lat, największą grupę stanowili pacjenci w przedziale wieku 41-50 lat 51-60 lat.

Zawansowanie kliniczne guzów, wg klasyfikacji Koosa i Perneczky'ego przedstawia się następująco:

- I – guz ograniczony do przewodu słuchowego wewnętrznego (10 przypadków),
- II – guz ograniczony do kąta mostowo-mózdkowego, o średnicy < 2 cm (13 przypadków),
- III – guz o średnicy 2-3 cm, dochodzący do pnia mózgu i niewywołujący jego przesunięcia (26 przypadków),
- IV – guz o średnicy powyżej 3 cm wywołujący ucisk i przesunięcie pnia mózgu (40 przypadków).

II. WYNIKI

Na ogólną liczbę 89 pacjentów z guzem nerwu przedsionkowo-ślimakowego jednoczesne występowanie chorób dodatkowych zanotowano w 20 przypadkach (22,5%). Stwierdzono współwystępowanie następujących chorób i patologii:

- 1) starcze upośledzenie słuchu – 6 przypadków,
- 2) zespół psychoorganiczny – 3 przypadki,
- 3) otoskleroz – 2 przypadki,
- 4) zaburzenia nerwicowe – 2 przypadki,
- 5) padaczka – 1 przypadek,
- 6) choroba Parkinsona – 1 przypadek,
- 7) niedosłuch spowodowany leczeniem gentamycyną w dzieciństwie – 1 przypadek,
- 8) następstwa urazu głowy – 1 przypadek,
- 9) zawroty głowy spowodowane chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa – 1 przypadek,
- 10) niedosłuch spowodowany urazem akustycznym – 1 przypadek,

- 11) niedosłuch przewodzeniowy spowodowany patologią ucha zewnętrznego – 1 przypadek.

III. OMÓWIENIE WYNIKÓW

Należy zdawać sobie sprawę, że u chorego z guzem kąta mostowo-mózdkowego może współistnieć inna choroba, powodująca opóźnienie procesu diagnostycznego bądź jego przyspieszenie w poszczególnych przypadkach. Zwraca uwagę fakt, że częstość występowania chorób i patologii współistniejących z guzem nerwu przedsionkowo-ślimakowego jest znaczna.

W dostępnym piśmiennictwie szereg autorów podkreśla możliwość wystąpienia trudności w rozpoznawaniu guza nerwu przedsionkowo-ślimakowego w związku z istnieniem chorób współwystępujących [Mazurowski 1969; Portman, Portman 1993; Pośpiech, Ziółkowska 1984]. Analizując proces diagnostyczny guzów nerwu VIII w okresie 13 lat Portman i Portman [1993] podają, że odsetek wykrywanych guzów wewnątrzprzewodowych zmniejszył się z 20,0% do 6,6% wszystkich przypadków, pomimo znacznego wzrostu czułości metod diagnostycznych. Autorzy ci wymieniają cztery przyczyny tego zjawiska: szybki wzrost guza w niektórych przypadkach, powolny wzrost guza niepowodujący dłuższy czas ucisku na sąsiednie struktury, co daje bezobjawowy przebieg choroby, niecharakterystyczny i mylący przebieg choroby oraz obecność chorób współwystępujących. Do chorób współwystępujących zaliczają oni: starcze upośledzenie słuchu, rodzinne występowanie odbiorczego upośledzenia słuchu, otosklerozę, niedosłuch spowodowany urazem akustycznym, urazy czaszkowo-mózgowe, niespecyficzne zaburzenia naczyniowe oraz dolegliwości neurologiczne.

Mazurowski i wsp. [1969] analizując materiał 106 operowanych przypadków guza nerwu przedsionkowo-ślimakowego podają występowanie przewlekłego ropnego zapalenia ucha po stronie guza w 6 przypadkach. Uważają oni, że patologia ta niewątpliwie maskowała objawy wzrostu guza. Pośpiech i Ziółkowska [1984] opisują przypadek, kiedy pogłębiający się niedosłuch i narastające szумы uszne zostały przypisane postępującej tympanosklerozie. Było to przyczyną rozpoznania guza w stopniu znacznego zaawansowania i dość późnego skierowania pacjenta do leczenia szpitalnego. Wskazują oni, że jednoczesne występowanie różnorodnych patologii wpływa na długość trwania procesu diagnostycznego poprzez maskowanie objawów podstawowej choroby.

W badanym materiale obserwuje się, że na wydłużenie procesu diagnostycznego miały wpływ zarówno choroby otologiczne (starcze upośledzenie słuchu, otosklerozę, niedosłuch spowodowany gentamycyną i patologią ucha zewnętrznego, zawroty głowy w przebiegu artropatii), jak i neurologiczne (zespół psychoorganiczny, zaburzenia nerwicowe, padaczka, choroba Parkinsona).

Rozpoznanie chorób otologicznych przed zdiagnozowaniem guza nerwu VIII powoduje, że występujące objawy (niedosłuch postępujący, szумы uszne, zawroty głowy) są kojarzone z podstawową chorobą, a nie bierze się pod uwagę możliwości istnienia guza nerwu VIII. Jako przykład chcemy przedstawić przypadek współistnienia otosklerozy z guzem kąta mostowo-mózdkowego, gdzie postępujący mieszany niedosłuch oraz szумы uszne były przypisywane chorobie otologicznej. Przyczyniło się to do wydłużenia procesu diagnostycznego, dopiero wystąpienie zaburzeń równowagi spowodowało zastosowanie dodatkowych metod diagnostycznych (ENG). Wynik tego badania nasunął podejrzenie innej patologii niż otosklerozę. W niektórych przypadkach obecność choroby współistniejącej (nieotologicznej) na pierwszy plan wysuwa dolegliwości związane z chorobą podstawową, natomiast minimalnie nasilone objawy związane z guzem nerwu VIII są bagatelizowane. Jedynie nasilenie już istniejących objawów (niedosłuch postępujący, szумы uszne, zawroty głowy) lub wystąpienie szybko i dramatycznie narastających innych objawów (nagła głuchota, zaburzenia równowagi, porażenie nerwu VII i inne) zmusza do podjęcia dalszej diagnostyki. Przykładem takiej sytuacji może być przypadek chorego z parkinsonizmem, u którego występowały jednostronne szумы uszne niediagnozowane wcześniej. Natomiast wystąpienie nagłej głuchoty przyczyniło się do zastosowania metod diagnostycznych, mających na celu wyjaśnienie przyczyn tej dolegliwości, co w rezultacie doprowadziło do rozpoznania guza nerwu VIII. Wobec powyższego należy pamiętać, że poza wyrażonymi dolegliwościami związanymi z podstawową chorobą mogą istnieć inne dyskretne objawy związane z odrębną patologią, w tym także z guzem nerwu VIII.

W pojedynczych przypadkach na opóźnienie rozpoznania guza nerwu przedsionkowo-ślimakowego mogą mieć wpływ określone stany fizjologiczne. W dostępnym piśmiennictwie spotkaliśmy opisy przypadków, kiedy na brak rozpoznania guza częściowy wpływ miał młody wiek pacjenta [Grudziński, Szłamiński 1971], w innych przypadkach znaczne opóźnienie było spowodowane ciążą [Portman, Portman 1993]. W analizowanym materiale nie zanotowaliśmy podobnych przypadków.

Nie można pominąć faktu, że niektóre współistniejące choroby przyczyniają się do przyspieszenia rozpoznania guza nerwu VIII. Są to w większości przypadków nagłe stany zmuszające do szukania pilnej pomocy lekarskiej. Zazwyczaj ich dolegliwości są podobne do objawów guza nerwu VIII lub w zastosowanych metodach diagnostycznych patologia w kącie mostowo-mózdkowym jest przypadkowo wykrywana. W badanym materiale stwierdziliśmy dwa przypadki tego rodzaju. W pierwszym guz nerwu VIII był zdiagnozowany przypadkowo po wykonanym CT mózgu u chorego po urazie komunikacyjnym z obrażeniami głowy. W drugim przypadku badania audiologiczne u pacjenta z urazem akustycznym wskazywały na

możliwość istnienia dodatkowej patologii, co przyczyniło się do zastosowania wysoko rozdzielczych technik obrazowych.

Omawiając przedstawione dane nie udało się jednoznacznie sprecyzować, w jakim stadium procesu diagnostycznego pojedyncze dolegliwości wywarły decydujący wpływ na jego wydłużenie lub skrócenie i jaki miały wpływ na bezwzględne wartości czasowe. Taka sytuacja częściowo wynika ze znacznej różnorodności i znacznego rozdrobnienia chorób współwystępujących.

Podsumowując zagadnienie występowania chorób współistniejących w przebiegu guza nerwu przedsionkowo-ślimakowego należy stwierdzić, że jest to jeden z wielu czynników odpowiedzialnych za rozpoznanie guza nerwu VIII powodujących wydłużenie bądź w pojedynczych przypadkach skrócenie procesu diagnostycznego.

Bibliografia

- Grudziński W., Szlamiński Z. [1971]. Duży guz nerwu VIII o nietypowych objawach klinicznych. „Neurol. Neurochir. Pol.” 5, 21, 4, 605.
- Lanser M.J., Sussman S.A., Frazer K. [1992]. Epidemiology, pathogenesis and genetics of acoustic tumors. “Otolaryngol. Clin. North Am.” 25, 499.
- Mazurowski L., Kuś J.J., Wiślawski J. [1969]. Objawy kliniczne guzów kąta mostowo-mózdkowego. „Neurol. Neurochir. Pol.” 3, 19, 5, 619.
- Mazurowski W. [1969]. Bezpośrednie i odległe wyniki leczenia operacyjnego guzów kąta mostowo-mózdkowego. „Neurol. Neurochir. Pol.” 3, 19, 5, 627.
- Portman M., Portman D. [1993]. Concerning the late diagnosis of certain cerebellopontine angle tumors. „Skull Base Surg.” 3, 2, 74.
- Pośpiech L., Ziółkowska B. [1984]. Przypadek guza kąta mostowo-mózdkowego z współistniejącą tympanosklerozą. „Otolaryngol. Pol.” 36, 4, 349.
- Tomsen J., Tos M. [1988]. Diagnostic Delay, Growth Rate and Possible Non-surgical Treatment. “Acta Otolaryngol. Suppl. (Stockh.)” 452, 26.