

Henryk Skarżyński^{1,2}, Krzysztof Miszka^{1,2}, Kazimierz Niemczyk^{1,2},
Wanda Wojnarowska¹, Robert Zawadzki¹

¹Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

²Klinika Otolaryngologii AM
Warszawa

Problemy w leczeniu otosklerozy wieku podeszłego

Problems in treatment of otosclerosis in elderly people

Słowa kluczowe: otoskleroza, leczenie chirurgiczne

Key words: otosclerosis, surgical treatment

Streszczenie

Jednym z wielu problemów w postępowaniu w przypadkach otosklerozy w wieku podeszłym jest dylemat – operować czy aparutować chorego. U osób starszych spotykamy się zazwyczaj z chorobą zaawansowaną. Wyrazem tego jest znaczne lub więcej niż znaczne podwyższenie krzywej kostnej w audiogramie tonalnym. Obserwując dobre i bardzo dobre wyniki leczenia operacyjnego w przypadkach zaawansowanego procesu chorobowego u osób młodszych zaproponowano ten sposób leczenia również chorym w wieku podeszłym. Wszyscy chorzy przed podjęciem leczenia operacyjnego byli aparadowani optymalnym aparatem słuchowym. W okresie pooperacyjnym porównano przedoperacyjną korzyść z aparutowania z efektem leczenia operacyjnego. W podsumowaniu autorzy pracy przedstawili jako możliwe do wyboru dwie drogi postępowania: aparutowanie lub leczenia operacyjne, ze wskazaniem na zadowalające efekty chirurgiczne uzyskane w przypadkach dużego zaawansowania choroby.

Summary

One of the problems management of otosclerosis in elderly patient is the dilemma – operate or provide patient with hearing aids. In elderly patients we usually deal with advanced otosclerosis. Bone conduction in pure tone audiometry proves to be significantly weakened. Observing good and very good effects of surgical treatment of advanced otosclerosis in younger patients this type of treatment has been proposed to elderly patients. All the patients had been fitted proper hearing aids before the surgery. The benefit from preoperative fitting with hearing aids was compared with the effect of surgical treatment in the preoperative period.

Concluding the authors present two possible procedures: providing conventional hearing aids and surgical treatment, indicating the satisfactory surgical effects achieved in cases of considerably advanced otosclerosis.

Istnieje nieomal powszechne w naszym środowisku przekonanie, że otoskleroza u pacjentów w podeszłym wieku w znacznym stopniu zajmuje przedsionek i obliteruje schody ślimaka. W przypadkach skrajnych, w których nie ma żadnych szans na poprawę słuchu nawet przy pomocy najsilniejszych aparatów słuchowych, istnieją nawet wskazania do leczenia chirurgicznego przy pomocy implantów ślimakowych. Większość pacjentów z zaawansowaną otoskleroza w wieku podeszłym jest przez otolaryngologa lub audiologa kierowana do protezowania słuchu przy pomocy aparatu słuchowego. Od dłuższego czasu obserwując dobre i bardzo dobre efekty leczenia chirurgicznego zaawansowanej otosklerozy u osób młodszych postanowiono rozszerzyć wskazania również w stosunku do osób w wieku podeszłym [Skarżyński 1996].

Pierwszym zagadnieniem, które wymaga wyjaśnienia w tej pracy jest określenie jaki wiek rozumiemy jako podeszły. Zazwyczaj za granicę przyjmuje się 60. rok życia. W niniejszej pracy przyjęto, że analizie zostaną poddane przypadki od 55. roku życia w odniesieniu do kobiet i 60. roku życia w odniesieniu do mężczyzn. Uznaliśmy to na podstawie wcześniej przeprowadzonych obserwacji zachowania słuchu u znaczącej liczby chorych, którzy zgłosili się w ostatnich latach do naszego ośrodka z całego kraju. Okazało się bowiem, że powyżej tych umownych granic nie ulega on istotnemu pogorszeniu. Analizy te były przeprowadzone u pacjentów, którzy byli z powodu znacznego upośledzenia słuchu aparadowani i okresowo wykonywali badania kontrolne słuchu co pozwoliło przeanalizować ich poziom słyszenia z uwzględnieniem ubytków fizjologicznych. W przeważającej liczbie otoskleroza dotyczy kobiet, u których ostatnie wyraźne obniżenia krzywych progowych w audiogramie tonalnym są odnotowywane pomiędzy 50. a 55. rokiem życia w okresie wyraźnych ogólnoustrojowych zmian hormonalnych związanych z okresem przekwitania.

MATERIAŁ I METODA

Wszyscy chorzy uwzględnieni w tym opracowaniu byli zoperowani w ten sam sposób. Każdorazowo zabiegi wykonywano z dojścia wewnątrzprzewodowego w znieczuleniu ogólnym. Bardzo starannie wykonywano stapedotomię. W większości przypadków nisza okienka owalnego była całkowicie wypełniona masami kostnymi, niekiedy do poziomu wzgórka. Utrudniało to

wykonanie perfekcyjnego otworu w tak pogrubiałej płytce strzemiączka za pomocą wiertła ręcznego. Dlatego też w części przypadków wykonywano otwór do przedsionka przy pomocy bardzo cienkiego wiertła diamentowego. Następnie w sposób typowy zakładano protezkę z wydłużonym tłoczkiem teflonowym, który uszczelniano skrzepem krwi żyłnej a drugi koniec protezki zakończony drutem zapinano na odnodze długiej kowadełka. Podczas zabiegów zaobserwowano, że operowani pacjenci w wieku podeszłym mniej krwawią. Następnie zaobserwowano, że lepiej znoszą podrażnienie ucha wewnętrznego podczas zabiegu, co wyrażało się mniej nasilonymi i krócej trwającymi zawrotami głowy po operacji.

WYNIKI

Po zabiegach operacyjnych, podczas kontrolnych badań słuchu zaobserwowano przede wszystkim wyraźną poprawę w słyszeniu. U większości pacjentów pozwalało to wyeliminować wcześniej stosowane aparaty słuchowe. W pozostałej części u tych, którzy nie mieli wcześniej żadnych korzyści z aparowania, pooperacyjne poprawa słuchu pozwoliła im na ponowne efektywne korzystanie z odpowiednio dobranych aparatów słuchowych. Na szczególną uwagę zasługuje to, że u większości chorych po zabiegach odnotowano podwyższenie krzywej słuchowej dla przewodnictwa kostnego. Jeszcze raz okazało się, że w przypadkach znacznie zaawansowanej otosklerozy krzywa tonalna dla przewodnictwa kostnego nie odzwierciedla prawdziwej rezerwy słuchowej. Zasadnicze wyjaśnienie tego zjawiska jest tematem odrębnego doniesienia [Skarżyński i in. (praca w druku)].

Z naszego punktu widzenia, popartego obserwacją leczonych chorych, wskazaniem do leczenia operacyjnego może być każdy przypadek otosklerozy. Dotyczy to szczególnie pacjentów mających zły stan słuchu przed zabiegiem operacyjnym ze znacznie obniżonym przewodnictwem kostnym. W obserwacji pooperacyjnej zauważono, że dla częstotliwości mowy słuch nie ulega degradacji szybciej w czasie, w przypadkach ucha wewnętrznego początkowo gorszego. Zanotowano również, że założenie protezy jakby poprawia funkcjonowanie ślimaka również w dłuższej perspektywie po zabiegu chirurgicznym.

Zjawiska te są bardzo istotne, gdyż wiemy, że większość pacjentów w podeszłym wieku zgłasza się z otoskleroza, która prowadzi do obliteracji ucha wewnętrznego, zajmuje przedsionek i schody ślimaka. Jak wspomniano wartość przewodnictwa kostnego nie odzwierciedla rezerwy ślimakowej. Kierowanie tych chorych wyłącznie do aparowania najczęściej nie przynosi spodziewanych efektów. Są one do osiągnięcia dopiero po zabiegu operacyjnym, podczas którego zamknięcie nawet najmniejszej rezerwy, podwyższenie się

krzywej przewodnictwa kostnego, pozwala na uzyskanie słuchu socjalnie wydolnego bez aparowania. W przypadkach, gdy przed zabiegiem aparaty słuchowe nie były efektywne, po operacji uzyskano znaczne poprawienie dyskryminacji mowy. Wszystko to sprawia, że szczególnie osoby starsze – około 70. roku życia, można wyrwać z izolacji i przywrócić im dobry lub znacznie lepszy niż przed zabiegiem kontakt z otoczeniem.

WNIOSKI

Poczynione obserwacje w naszym ośrodku przyczyniły się do zweryfikowania naszego wcześniejszego postępowania dotyczącego wskazań operacyjnych w otosklerozie u osób w wieku podeszłym, które zostały zdyskwalifikowane do leczenia chirurgicznego w innych placówkach publicznej służby zdrowia. Oczekiwanymi efektami leczenia może być: słuch socjalnie wydolny po zabiegu, znacznie lepsze efekty przy wspomaganiu słuchu aparatem słuchowym, istotne zmniejszenie lub całkowite ustąpienie szumów usznych.

Bibliografia

- Frattali M. A., Staleff R. T., 1993: Far-advanced otosclerosis. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 102, 6 433.
- Keith R. W., Kereiakes T. J., Willing J. P., Devine J., 1992: Evaluation of cochlear function in a patient with „far-advanced” otosclerosis. *Am. J. Otol.* 13, 347.
- Lippy W. H., Bathiste R. A., Schuring A. G., Rizer F. M., 1994: Far-advanced otosclerosis. *The American Journal of otology* 15, 2.
- Sellars S. L., 1972: Surgery of advanced otosclerosis. *S. Afr. Med. J.* 46, 434.
- Sheehy J. L., 1962: Stapes surgery in advanced otosclerosis. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* 71, 601.
- Skarżyński H., Miszka K., Niemczyk K., Wojakowska W., 1996: Problemy w leczeniu otosklerozy wieku podeszłego – doniesienie wstępne. *Zjazd Pol. Tow. Otolaryngol. Chir. Głowy i Szyi*, Wrocław, wrzesień.
- Skarżyński H., Miszka K., Niemczyk K., Żarowski A., 1996: Leczenie operacyjne zaawansowanej otosklerozy – doniesienia wstępne. *IV Międzynarodowa Konferencja Naukowa*. Warszawa, wrzesień, praca w druku.