

Maciej Wiatr, Jacek Składzień, Tadeusz Bielak

Katedra i Klinika Otolaryngologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Nowotwory złośliwe ucha środkowego i zewnętrznego u chorych powyżej 60 roku życia

Malignant tumors of the external and middle ear in patients at the age above 60 year-old

Abstract

Background. Tumors of the ear are rare. They account less than 0.05% of all head and neck neoplasms. We present results of treatment patients with malignant external and middle ear tumors at the age above 60 year-old.

Material and methods. Retrospective analysis data of patients treated between 1992 and 2001 was performed. In that time 56 patients with malignant ear tumors were treated, 44 people were at the age above 60 year-old. We discuss frequency of diseases according to patient's age, their local progression and histopathological type. We evaluate kinds of performed treatment and distant results of therapy.

Results. These tumors occur especially in older people, with maximum in 8 decade (ca 30%). The most common lesion was basal cell carcinoma (ca 75% cases) located on auricle in T1 staging. While in the middle ear squamous cell carcinoma in T2 staging was observed the most often. In some cases adenocarcinoma and malignant melanoma were noticed. Treatment concerned surgical resection and in 20% cases radio and chemotherapy was performed.

Conclusions. About 80% of malignant tumors of external and middle ear were observed in patients at the age above 60 year-old. Tumors appeared in males and females with the same frequency. In our population 5 years survival was about 80%.

key words: discharge from the ear, malignant ear tumors, ear's infection

Wstęp

Nowotwory ucha nie stanowią istotnego problemu epidemiologicznego (0,05% guzów głowy i szyi). Zmiany chorobowe najczęściej zajmują małżowinę uszną, przewód słuchowy zewnętrzny i ucho środkowe. Niejednokrotnie w momencie rozpoznania proces chorobowy obejmuje kilka z powyższych lokalizacji [1].

Nowotwory te najczęściej są umiejscowione na małżowinie usznej, w dalszej kolejności w przewodzie słuchowym zewnętrznym. W pojedynczych przypadkach opisuje się guzy w obszarze ucha środkowego.

Najczęściej spotyka się nowotwory pochodzenia nabłonkowego, szczególnie raka podstawnokomórkowego, a w następnej kolejności raka płaskonabłonkowego [2, 3]. W niektórych przypadkach wynik badania histopatologicznego wskazuje na czerniaka złośliwego.

Spośród nowotworów mezenchymalnych bardzo rzadko spotyka się mięsaka, szpiczaka mnogiego, guzy naczyńiowe złośliwe oraz złośliwą postać kłębczaka szyjno-bębenkowego.

W większości przypadków zmiany ucha o charakterze złośliwym ujawniają się u chorych po 60 roku życia. Szczyt zapadalności przypada na 8. dekadę życia.

Rozpoznanie nowotworów ucha zewnętrznego nie stanowi zwykle istotnego problemu klinicznego,

Adres do korespondencji:
lek. Maciej Wiatr
Klinika Otolaryngologii Collegium Medicum UJ
ul. Śniadeckich 2, Kraków
tel.: (012) 424 79 00, faks: (012) 424 79 25
e-mail: mwiatr@mp.pl

w związku z tym, gdy zmiana nie jest zaniedbana, można wcześniej zastosować odpowiednią terapię. W przypadku nowotworów złośliwych ucha środkowego jest to złożony problem. Symptomatologia tych guzów jest bardzo zróżnicowana, zależna od wielkości zmiany i rozpoznania histopatologicznego. Ponieważ obraz choroby niejednokrotnie przypomina przewlekły proces zapalny, właściwe rozpoznanie stawia się niekiedy zbyt późno, gdy zmiana jest zaawansowana, a tym samym zmniejszają się szanse chorych na możliwość zastosowania u nich radykalnej terapii [4, 5].

Materiał i metody

Opracowanie obejmuje ocenę wyników leczenia chorych operowanych z powodu nowotworów złośliwych ucha zewnętrznego i środkowego w latach 1992–2001 w Klinice Otolaryngologii *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Analizie badawczej poddano pacjentów powyżej 60 roku życia, a więc chorych z grupy wiekowej, w której stwierdza się szczytową częstość występowania nowotworów złośliwych w rozpatrywanej lokalizacji. W omawianym przedziale czasu z powodu nowotworów złośliwych ucha zewnętrznego i środkowego leczono 56 chorych, powyżej 60 roku życia były 44 osoby. Z badania wykluczono osoby, które nie wyraziły zgody na leczenie operacyjne lub u których zakres choroby uniemożliwiał radykalne chirurgiczne usunięcie zmiany.

Dokonano retrospektywnej analizy danych zawartych w dokumentacji medycznej pacjentów, czyli w historiach chorób, książkach zabiegów operacyjnych oraz kartach ambulatoryjnych. Okres pooperacyjnej kontroli ambulatoryjnej wynosił od kilku miesięcy do niemal 10 lat. Opracowując uzyskane informacje, uwzględniano: wiek i płeć chorych, lokalizację guza, wynik badania histopatologicznego, zaawansowanie zmiany w momencie ustalenia rozpoznania, rodzaj przeprowadzonego postępowania operacyjnego, a także wyniki odległe leczenia. Zwrócono uwagę na zależności między wspomnianymi czynnikami.

Wyniki

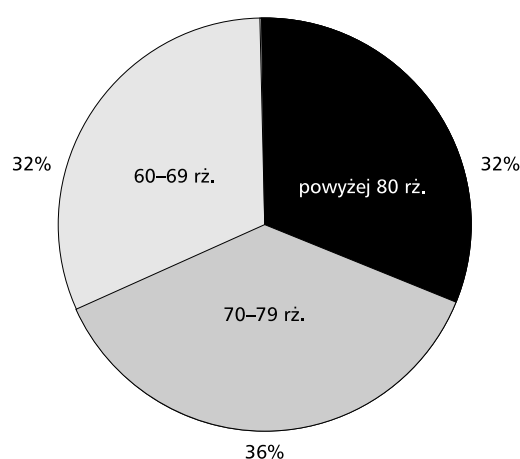
W analizowanym okresie operacje uszne wykonano u 1143 chorych. Z powodu nowotworów złośliwych ucha środkowego i zewnętrznego leczono 56 pacjentów. Średnia wieku wynosiła około 70 lat. Guzy te obserwowano z porównywalną częstością u kobiet i mężczyzn. Czterdzieści cztery osoby miały ponad 60 lat (co stanowi około 80% analizowanych przypadków).

Stwierdzono podobną częstość występowania guzów złośliwych ucha u chorych w 7., 8. oraz w 9. (> 80 rż.) dekadzie życia (ryc. 1).

Najczęstszym nowotworem był rak podstawnokomórkowy zlokalizowany na małżowinie usznej. Opiszano także kilka przypadków raka płaskonabłonkowego oraz pojedyncze zmiany o charakterze czerniaka złośliwego i gruczolakoraka (ryc. 2).

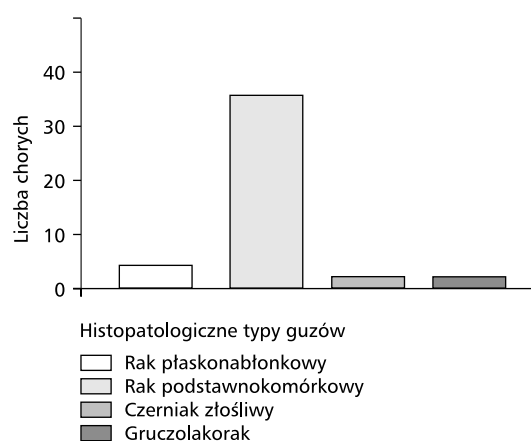
U osób powyżej 70 roku życia rozpoznawano tylko raka podstawnokomórkowego. Największe zróżnicowanie histopatologiczne nowotworów stwierdzono u osób w 7. dekadzie życia, u których przewaga częstości raka podstawnokomórkowego nie była jeszcze tak znaczna (ryc. 3).

W przypadku raka podstawnokomórkowego zmiana najczęściej była zlokalizowana na małżowinie usznej lub na małżowinie i w przewodzie słuchowym zewnętrznym.



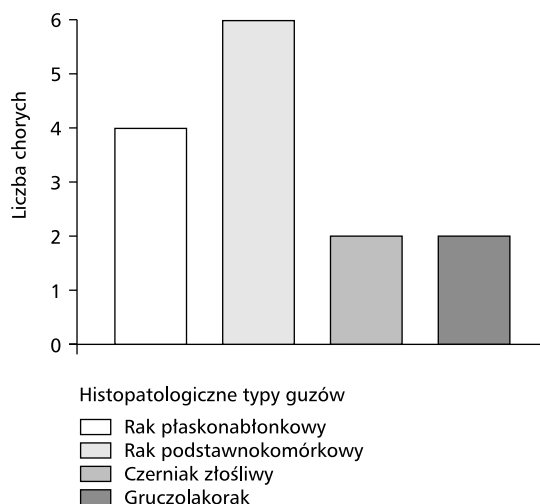
Rycina 1. Pacjenci z nowotworami złośliwymi ucha powyżej 60 roku życia

Figure 1. Patients with malignant ear tumors at the age above 60 year-old



Rycina 2. Histopatologiczne typy nowotworów złośliwych ucha zewnętrznego i środkowego

Figure 2. Histopathological types of malignant tumors of external and middle ear



Rycina 3. Histopatologiczne typy nowotworów złośliwych stwierdzonych w uchu zewnętrznym i środkowym w 7. dekadzie życia

Figure 3. Histopathological types of malignant tumors of external and middle ear at the patients in the 7-th decade

Rak płaskonabłonkowy obejmował zwykle ucho środkowe i przewód słuchowy zewnętrzny. Podobnie gruczolakoraka opisywano równocześnie w uchu środkowym i przewodzie słuchowym zewnętrznym. Takie umiejscowienie oraz niecharakterystyczny obraz kliniczny sugerujący przewlekły stan zapalny ucha środkowego powodowały, że zmiany te w momencie rozpoznania były w większym stopniu zaawansowania miejscowego w odróżnieniu od guzów obejmujących wyłącznie ucho zewnętrzne. Dwa przypadki czerniaka stwierdzono na małżowinie usznej.

Stopień zaawansowania miejscowego nowotworów analizowano na podstawie klasyfikacji Stella i McCormicka [4] (tab. 1).

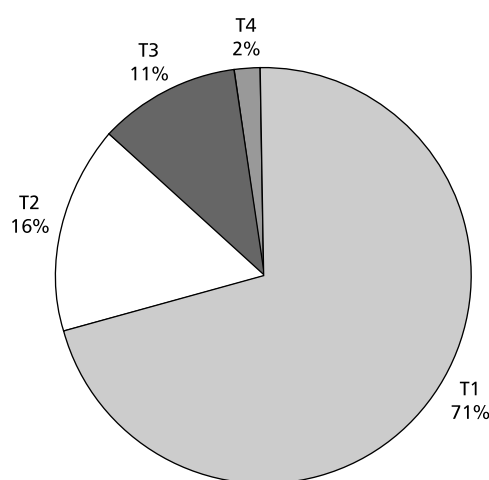
Najczęściej występującym nowotworem był rak podstawnokomórkowy (85% przypadków), zlokalizowany na małżowinie usznej w stadium zaawansowania T1.

W uchu środkowym najczęściej opisywano raka płaskonabłonkowego w stadium T2 (ryc. 4).

Na postępowanie terapeutyczne wpływały: lokalizacja zmiany, stopień zaawansowania miejscowego oraz typ histologiczny guza. Planując leczenie chirurgiczne w indywidualnych przypadkach, a także pamiętając o kierunkach sływu chłonki, dążono do zaoszczędzenia górnej części małżowiny usznej jako punktu podparcia dla okularów.

Leczenie obejmowało chirurgiczne wycięcie guza, które w niemal 20% uzupełniano radio- i chemioterapią. W stopniu zaawansowania T1 leczenie w większości przypadków sprowadzało się do chirurgicznej resekcji zmiany w granicach zdrowych tkanek.

Zmiany T2 i T3 według Stella i McCormicka częściowo leczono wyłącznie chirurgicznie, jednak częstość zastosowania leczenia skojarzonego, czyli zabiegu chirurgicznego oraz napromieniania i chemioterapii, zmieniła się od 40% w stadium zaawansowania T2 do 80% w T3.



Rycina 4. Proces miejscowego zaawansowania nowotworów według klasyfikacji Stella i McCormicka.

Figure 4. Progression of the malignant ear tumors due to Stell and McCormic classification

Tabela 1. Klasyfikacja nowotworów ucha zewnętrznego i środkowego według Stella i McCormicka [4]

Table 1. Stell and McCormic classification of malignant tumors of external and middle ear [4]

Stadium T	Zaawansowanie guza
T1	Guz nie przekracza pierwotnego punktu wyjścia (bez porażenia nerwu twarzonego i destrukcji kości w RTG)
T2	Guz przekracza punkt wyjścia (porażenie nerwu twarzonego i/lub destrukcja kości), ale pozostaje w obrębie narządu
T3	Guz przechodzi poza narząd (opona twarda, podstawa czaszki, przyusznica, staw skroniowo-żuchwowy)
T4	Punkt wyjścia guza jest niemożliwy do ustalenia

W najwyższym stopniu zaawansowania T4 leczenie było wyłącznie skojarzone.

Nikt nie zmarł w ciągu roku od przeprowadzonego leczenia. Wszyscy chorzy z rozpoznaniem rakiem podstawnocomórkowym przeżyli ponad 5 lat lub zmarli z innych przyczyn. W okresie 1–3 lat zmarli wszyscy pacjenci z gruczolakorakiem oraz 1 pacjent z rozpoznaniem rakiem płaskonabłonkowym i 1 z czerniakiem. W przedziale czasowym 3–5 lat od przeprowadzonego leczenia zmarła 1 osoba z rakiem płaskonabłonkowym. Pozostali chorzy z takim rozpoznaniem przeżyli ponad 5 lat.

Wznovy miejscowe zaobserwowano u 1 chorego w stopniu T1 zaawansowania miejscowego oraz u 2 chorych w stadium T2 i 2 osób w stadium T3.

Dyskusja

Typową cechą nowotworów złośliwych ucha zewnętrznego i środkowego jest wzrost częstości występowania z wiekiem [5, 6]. Szczyt zapadalności w opisywanej grupie występował w 8. dekadzie, przy czym blisko 80% tych guzów opisano u osób po 60 roku życia.

Najczęstszym nowotworem był rak podstawnocomórkowy zlokalizowany u większości chorych na małżowinie usznej. Obraz kliniczny w tych przypadkach nie sprawiał trudności w ustaleniu rozpoznania. Najczęstszym guzem stwierdzanym w obrębie ucha środkowego był rak płaskonabłonkowy. Pacjenci zgłaszali silny, kłujący ból ucha i nawracający krwisty wyciek z ucha. Często stwierdzano długotrwały wywiad w kierunku przewlekłego zapalenia ucha. Niedowład nerwu twarzowego, zawroty głowy i szybko narastający niedosłuch były objawami, które pogarszały rokowanie [7].

W analizowanej grupie większość chorych skarżyła się na ból i wyciek z ucha oraz dolegliwości wskazujące na przewlekły proces zapalny.

Przy ustalaniu strategii postępowania uwzględniano typ i wielkość guza, jego położenie względem otaczających tkanek oraz ewentualną obecność przerzutów odległych. Ze względu na przekrój histopatologiczny stwierdzonych nowotworów (zde-

cydowana przewaga raka podstawnocomórkowego) podstawową metodą leczenia w opisywanej grupie było chirurgiczne usunięcie guza. W pozostałych przypadkach leczenie obejmowało wycięcie chirurgiczne zmiany i następową radioterapię [8]. Najlepsze wyniki w leczeniu nowotworów złośliwych przewodu słuchowego zewnętrznego i ucha środkowego uzyskuje się dzięki bocznej lub subtotalnej resekcji kości skroniowej uzupełnionej w zależności od stopnia zaawansowania usunięciem ślinianki przyusznej i operacją węzłową szyi. Lokalna resekcja wykonywana jako jedyny zabieg wydaje się postępowaniem niewystarczającym [9, 10].

Według danych z piśmiennictwa efektem skojarzonego leczenia chirurgicznego i chemioterapii jest około 40% przeżyć 5-letnich. Stosowane oddzielnie leczenie operacyjne lub radioterapia nie przynoszą zadowalających rezultatów [11].

Wnioski

Większość nowotworów złośliwych ucha zewnętrznego i środkowego występuje u osób po 60 roku życia, z podobną częstością u obojga płci. Począwszy od 8. dekady życia, dominującym nowotworem jest rak podstawnocomórkowy zlokalizowany w obrębie małżowiny usznej bądź przewodu słuchowego zewnętrznego.

Nowotwory ucha zewnętrznego rozpoznaje się wcześniej, wówczas istnieje większa szansa na radykalne leczenie operacyjne. W przypadku guzów ucha środkowego obraz chorobowy bywa niejasny, sugerując przewlekły stan zapalny, co niejednokrotnie opóźnia ustalenie ostatecznego rozpoznania.

Podstawą leczenia jest chirurgiczne wycięcie guza, które u części pacjentów (leczenie uzupełniające lub zaawansowanie uniemożliwiające radykalne usunięcie zmiany) uzupełnia się napromienianiem i chemioterapią

Wyniki leczenia gruczolakoraka ucha środkowego są złe. W opisywanej grupie żaden chory nie przeżył 3 lat, mimo zastosowania leczenia skojarzonego.

Streszczenie

Wstęp. Nowotwory ucha to rzadka grupa schorzeń. Stanowią mniej niż 0,05% wszystkich guzów głowy i szyi. W niniejszej pracy przedstawiono wyniki postępowania u chorych po 60 roku życia, leczonych z powodu nowotworów złośliwych ucha zewnętrznego i środkowego.

Materiał i metody. Dokonano retrospektywnej analizy danych dotyczących chorych operowanych w latach 1992–2001. W omawianym przedziale czasu leczono 56 pacjentów. Czterdzieści cztery osoby miały ponad 60

lat. Rozpatrywano częstość choroby w poszczególnych grupach wiekowych, zaawansowanie i typ histologiczny guzów. Oceniano sposoby zastosowanego leczenia oraz odległe wyniki terapii.

Wyniki. Szczyt zapadalności na raka ucha występował w 8. dekadzie życia (29% operowanych). Najczęstszym nowotworem był rak podstawnokomórkowy (85% przypadków), zlokalizowany na małżowinie usznej w stadium zaawansowania T1. W uchu środkowym najczęściej opisywano raka płaskonabłonkowego w stadium T2. Ponadto w kilku przypadkach opisano gruczolakoraka i czerniaka. Leczenie obejmowało chirurgiczne wycięcie guza, które u niemal 20% chorych uzupełniono radio- i chemioterapią.

Wnioski. Około 80% nowotworów złośliwych ucha zewnętrznego i środkowego stwierdza się u chorych po 60 roku życia. Występują z podobną częstością u obojga płci. W badanej grupie przeżycia 5-letnie wynosiły niemal 80%.

słowa kluczowe: wyciek z ucha, nowotwory złośliwe ucha, stan zapalny ucha

PIŚMIENNICTWO

1. Gluckman J., Gullane P., Johnson J.: *Praktyczne postępowanie w guzach głowy i szyi*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996.
2. Yoon M., Chougule P., Dufresne R. i wsp.: *Localized carcinoma of the external ear is an unrecognized aggressive disease with a high propensity for local regional recurrence*. Am. J. Surg. 1992; 164: 574–577.
3. Pfreundner L., Schwager K., Willner J. i wsp.: *Carcinoma of the external auditory canal and middle ear*. Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. 1999; 44: 777–788.
4. Stell P.M., McCormick M.S.: *Carcinoma of the external auditory meatus and middle ear. Prognostic factors and a suggested staging system*. J. Laryngol. Otol. 1985; 99: 847.
5. Pajor A., Stańczyk R., Durko T.: *Nowotwory złośliwe ucha zewnętrznego i środkowego*. Otolaryngol. Pol. 2005; 59: 251–256.
6. Gierek T., Majzel K., Zbrowska-Bielska D. i wsp.: *Wyniki leczenia nowotworów złośliwych ucha zewnętrznego i środkowego u chorych leczonych w Katedrze i Klinice Laryngologii Śl. AM w Katowicach w latach 1991–2001*. Otolaryngol. Polska 2005; 59: 183–187.
7. Austin J.R., Stewart K.L., Fawzi N.: *Squamous cell carcinoma of the external auditory canal. Therapeutic prognosis based on a proposed staging system*. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 1994; 120: 1228–1232.
8. Hashi N., Shirato H., Omatsu T. i wsp.: *The role of radiotherapy in treating squamous cell carcinoma of the external auditory canal, especially in early stages of disease*. Radiother. Oncol. 2000; 56: 221–225.
9. Moody S.A., Hirsch B.E., Myers E.N.: *Squamous cell carcinoma of the external auditory canal: an evaluation of a staging system*. Am. J. Otol. 2000; 21: 582–588.
10. Knecht P.P., Ah-See K.W., Meeuwis C.A. i wsp.: *Squamous carcinoma of the external auditory canal: a different approach*. Clin. Otolaryngol. Allied Sci. 2002; 27: 183–187.
11. Testa J.R., Fukuda Y., Kowalski L.P.: *Prognostic factors in carcinoma of the external auditory canal*. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 1997; 123: 720–724.