

УДК 616.284-006.488-089

DOI: 10.34215/1609-1175-2021-3-86-88

Хирургическое лечение гломусной опухоли среднего уха

Е.А. Гилифанов

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия

Представлено наблюдение гломусной опухоли среднего уха у женщины 62 лет. Опухоль размером до 15 мм локализовалась в барабанной полости и вызывала смешанную тугоухость 2-й степени. В клинике удалось удалить новообразование единым блоком и восстановить целостность анатомических структур. Операция выполнена под тотальной внутривенной анестезией с искусственной вентиляцией легких. Через год после хирургического вмешательства аудиологическое исследование показало нейро-сенсорную тугоухость минимальной степени.

Ключевые слова: хемодектома, среднее ухо, хирургическое лечение

Поступила в редакцию 15.10.2020. Получена после доработки 20.02.2021. Принята к печати 24.06.2021

Для цитирования: Гилифанов Е.А. Хирургическое лечение гломусной опухоли среднего уха. Тихоокеанский медицинский журнал. 2021;3:86–8. doi: 10.34215/1609-1175-2021-3-86-88

Для корреспонденции: Гилифанов Евгений Альбертович – канд. мед. наук, доцент кафедры офтальмологии и оториноларингологии ТГМУ (690002, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2); ORCID: 0000-0002-5066-3844; e-mail: gilifanov@yandex.ru

Surgical treatment of glomus tumor of the middle ear

Е.А. Gilifanov

Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia

Summary: The observation of the glomus tumor of the middle ear of woman aged 62 years old is presented. The tumor of the size up to 15 mm was localized in middle-ear cleft. It caused mixed hearing loss of the second degree. Clinic managed to remove tumor as a single block and recover the wholeness of anatomical structures. The operation was conducted under total intravenous anesthesia and artificial pulmonary ventilation. In a year after surgical intervention audiological research showed sensorineural hearing loss of the minimal level.

Keywords: chemodectoma, middle ear, surgical treatment

Received 15 October 2020; Revised 20 February 2021; Accepted 24 June 2021

For citation: Gilifanov EA. Surgical treatment of glomus tumor of the middle ear. Pacific Medical Journal. 2021;3:86–8. doi: 10.34215/1609-1175-2021-3-86-88

Corresponding author: Evgeny A. Gilifanov, MD, PhD, associate professor, Department of Ophthalmology and Otorhinolaryngology, Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave., Vladivostok, 690002, Russian Federation); ORCID: 0000-0002-5066-3844; e-mail: gilifanov@yandex.ru

Гломусные опухоли относятся к доброкачественным новообразованиям, источником которых служат параганглионарные хеморецепторные клетки, характеризуются медленным ростом и обильной васкуляризацией. Впервые сосудистое образование в среднем ухе, локализованное на его медиальной стенке и луковице яремной вены, описал как «гломусную ткань» в 1941 г. S. Guild [1, 2].

Гломусная опухоль (хемодектома, параганглиома, рецептома), которая способна вырабатывать биогенные амины, относится к новообразованиям эндокринной системы. Также существует мнение, что она имеет общее происхождение с мозговым слоем надпочечников, источником которого в онтогенезе становятся симпатические клетки нервной системы. Аналогично структурам надпочечников хемодектомы могут содержать катехоламины и экспрессировать их на основании сигналов химических или нейрональных субстанций [3, 4]. Этиология гломусных опухолей до сегодняшнего дня остается предметом дискуссии. Ряд авторов считает значимой длительную гипоксию при хронической обструктивной болезни

легких или у лиц, живущих на больших высотах над уровнем моря [2].

Распространенность гломусных опухолей низка и составляет 1:1300000. Однако, если говорить о среднем ухе, то хемодектомы этой локализации уверенно занимают второе место по частоте регистрации, уступая лишь невриномам преддверно-улиткового нерва. Считаясь доброкачественным заболеванием, при определенной локализации опухоль может распространяться в сторону внутренней сонной артерии, черепных ямок и черепных нервов, что обуславливает смертность до 6% [5, 6]. Наиболее признанные классификации гломусных опухолей – это номенклатуры Jackson–Glasscock (1982) и Fisch–Mattox (1988) [7, 8].

Ведущий метод лечения гломусных опухолей – хирургический. В этом случае актуальна ранняя диагностика заболевания, что позволяет не только полностью удалить новообразование, но и восстановить слух, ликвидировать шум в ухе, значительно повысить качество жизни пациентов [1, 4]. Микрохирургия заболеваний уха в клинике ЛОР-болезней ТГМУ имеет давнюю историю и берет начало в 1961 г., после того

как заведующий кафедрой Виталий Матвеевич Шевцов прошел обучение в Московском НИИ уха, горла и носа [9]. Благодаря своему энтузиазму Виталий Матвеевич буквально «заразил» своих коллег микрохирургией уха, которая продолжает активно развиваться в стенах клиники по сегодняшний день.

В ЛОР-клинике ТГМУ с 2017 по 2020 гг. лечились две пациентки с гломусными опухолями среднего уха. Приводим одно из этих клинических наблюдений.

Женщина 62 лет, жительница Приморского края, обратилась с жалобами на снижение слуха и низкочастотный шум пульсирующего характера в правом ухе. Заболела за год до обращения, когда вышеуказанные симптомы появились без видимой причины. Постепенно интенсивность шума увеличилась, слух значительно снизился, что влияло на качество жизни и мешало выполнению профессиональных обязанностей (сторож).

При отоскопии справа наружный слуховой проход свободный, обычной анатомии, барабанная перепонка серого цвета. Через нее просвечивало ярко-красное пульсирующее образование. По данным спиральной компьютерной томографии с контрастным усилением в барабанной полости имелся узел размером 15×5 мм. Он активно накапливал контрастное вещество: коэффициент адсорбции (насыщения) возрастал с 26 до 202 единиц Хаусфильда. В сосцевидном отростке лоцировалось жидкое содержимое, заполнявшее все его клетки. Деформации костных структур барабанной полости и ее стенок не обнаружено. Лицевой нерв находится в обычной позиции. Аудиологическое исследование выявило смешанную тугоухость 2-й степени справа (55 дБ), тимпанограмма тип «В».

По результатам обследования поставлен диагноз: «гломусная опухоль среднего уха справа, тип 1 (по Jackson–Glasscock); тугоухость смешанного характера справа 2-й степени», и определена тактика хирургического лечения. Учитывая тип новообразования, решено было воздержаться от селективной эмболизации питающих его сосудов. Изменения в сосцевидном отростке расценены как вторичные вследствие нарушения пневматизации барабанной полости и блока адитуса.

Этапы операции. Разрез тканей проведен по заушной складке справа, пересечена и подвязана «слуховая трубка». Предварительно забрана фасция височной мышцы. Разрез кожи был выполнен на расстоянии 5 мм от тимпанального кольца с 2 до 10 часов условного циферблата. Кожа проксимальнее разреза вывернута кпереди «чулком». Костная часть слухового прохода расширена бором с 4 до 8 часов условного циферблата, осуществлено «сверление при отосклерозе» – для обзора слуховых косточек, лицевого нерва и гипотимпанума. Меато-тимпанальный лоскут приподнят с 4 до 8 часов условного циферблата: визуализирован нижний край образования. Оно крепилось к медиальной стенке полости среднего уха, ниже промоториума на 5 мм. С целью гемостаза опухоль обложена ватными шариками с адреналином и удалена одним блоком (рис., а). Из-за выраженного кровотечения повторно установлены шарiki с адреналином. Через пять минут они были удалены, найден питающий сосуд, который коагулирован. Кровотечение прекратилось. Ревизия барабанной полости: слуховые косточки сохранены, подвижны, проба с «каплей воды» положительная.

В барабанную полость уложены несколько фрагментов гемостатической губки. Возвратить на место меато-тимпанальный лоскут не представлялось возможным из-за большого

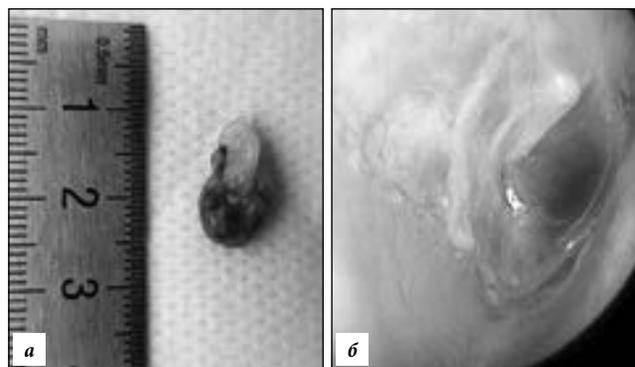


Рис. Гломусная опухоль среднего уха:
а – операционный препарат; б – отоскопическая картина правого слухового прохода и барабанной перепонки через год после операции.

расстояния между ним и нижней стенкой слухового прохода. Из кортикального слоя сосцевидного отростка желобоватым долотом забраны два фрагмента кости. Они уложены на нижнюю стенку слухового прохода под тимпанальное кольцо, и на них помещена фасция височной мышцы. Сверху на конструкцию возвращен и расправлен в обычное анатомическое положение меато-тимпанальный лоскут. Силиконовые пленки-протекторы и ватные шарiki с антибиотиком уложены до полного заполнения слухового прохода. Продолжительность операции составила 105 минут, кровопотеря – на уровне 50 мл. Патолого-анатомическое исследование операционного материала подтвердило клинический диагноз.

К особенностям анестезиологического пособия в настоящем наблюдении следует отнести тотальную внутривенную анестезию с искусственной вентиляцией легких, при этом показатели систолического артериального давления составляли не более 100 мм рт. ст., пульса – не более 60 ударов в минуту. На операционном столе пациентка находилась в положении с приподнятым на 10–15° головным концом.

В послеоперационном периоде проводились стандартная антибактериальная терапия и системное обезболивание. На следующий день после операции пациентка отметила отсутствие шума в ухе. Тампонада наружного слухового прохода обновлена на 14-й и полностью удалена на 28-й день. Улучшение слуха произошло позже (через два месяца), когда рассосалась гемостатическая губка в барабанной полости.

Контрольный осмотр через один год. Жалоб пациентка не предъявляла, слух полностью восстановлен, шум исчез. Слуховой проход обычной анатомической формы, барабанная перепонка серого цвета, опознавательные знаки сохранены, подвижна при маневре Вальсальвы (рис., б). Аудиологическое исследование показало нейро-сенсорную тугоухость минимальной степени (17 дБ), тимпанограмму тип «А». Ядерная магнитно-резонансная томография с контрастным усилением выявила полную воздушность клеток сосцевидного отростка и барабанной полости. Данных о прогрессировании заболевания не получено. Пациентка продолжает работать, качество ее жизни значительно улучшилось.

Особенности описанного наблюдения заключаются в редкой встречаемости гломусной опухоли (хемодектомы) среднего уха и сложностях ее хирургического удаления, связанных с обильной васкуляризацией, а также в сохранении анатомии слухового прохода и барабанной полости и полном восстановлении слуховой функции.

Конфликт интересов: автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования: автор заявляет о финансировании проведенного исследования из собственных средств

Литература/ References

1. Антонив В.Ф., Коваль И.В., Попадюк В.И., Антонив Т.В., Аксенов М.В. Этиология и патогенез гломусных опухолей (хемодектом) основания черепа. *Вестник оториноларингологии*. 2016;3:26–9. [Antoniv VF, Koval IV, Popadyuk VI, Antoniv TV, Aksenov MV. Etiology and pathogenesis of glomus tumors (chemodectomas) of the skull base. *Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2016;3:26–9 (In Russ).]
2. Свистушкин В.М., Шевчик Е.А., Мухамедов И.Т., Пшонкина Д.М. Опыт хирургического лечения гломусных опухолей. *Вестник оториноларингологии*. 2017;1:15–9. [Svistushkin VM, Shevchik EA, Mukhamedov IT, Pshonkina DM. Experience in the surgical treatment of glomus tumors. *Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2017;1(82):15–9 (In Russ).]
3. Sweeney AD, Carlson ML, Wanna GB, Bennett ML. Glomus tympanicum tumors. *Otolaryngol Clin North Am*. 2015;48(2):293–304.
4. Fukushima H, Hara H, Paparella MM, Oktay MF, Schachern PA, Cureoglu S. Bilateral glomus tympanicum tumors: Human temporalbone study. *Clin Pract*. 2018;8(3):1035. doi: 10.4081/cp.2018.1035.
5. Tokgöz SA, Saylam G, Bayır Ö, Keseroğlu K, Toptaş G, Çadallı Tatar E, et al. Glomus tumors of the head and neck: thirteen years' institutional experience and management. *Acta Otolaryngol*. 2019;139(10):930–3.
6. Свистушкин В.М., Мухамедов И.Т., Шевчик Е.А., Золотова А.В., Никифорова Г.М., Карпова О.Ю., Артамонова П.С. Гломусная опухоль луковицы яремной вены: осложнения послеоперационного периода. *Вестник оториноларингологии*. 2018;6:58–60. [Svistushkin VM, Mukhamedov IT, Shevchik EA, Zolotova AV, Nikiforova GM, Karpova OYu, Artamonova PS. Glomus tumor of the bulb of the jugular vein: complications of the postoperative period. *Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2018;6:58–60 (In Russ).]
7. Jackson CG, Glasscock ME, Harris PF. Glomus tumors. Diagnosis, classification, and management of large lesions. *Arch Otolaryngol*. 1982;108(7):401–10.
8. Fisch U, Mattox D. *Microsurgery of the skull base*. Stuttgart – New York: Georg Thieme Verlag; 1988.
9. Гилифанов Е.А. Особенности диагностики и хирургического лечения отосклероза в клинике ЛОР-болезней ТГМУ. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2017;3:62–5. [Gilifanov EA. Features of diagnostics and surgical treatment of otosclerosis in the ENT clinic of the PSMU. *Pacific Medical Journal*. 2017;3:62–5 (In Russ).]