

Первично-множественный метакронный рак уха (клиническое наблюдение)

Засл. деятель науки РФ, д.м.н., проф. В.Ф. АНТОНИВ, д.м.н., проф. В.И. ПОПАДЮК*, к.м.н., доц. А.И. ЧЕРНОЛЕВ

Кафедра оториноларингологии (зав. — д.м.н., проф. В.И. Попадюк) Российского университета дружбы народов, Москва, Россия, 117198

Ключевые слова: злокачественные новообразования наружного слухового прохода, плоскоклеточный рак.

Multiple primary metachronous cancer of the ear (a case report)

V.F. ANTONIV, V.I. POPADYUK, A.I. CHERNOLEV

Russian University of People's Friendship, Moscow, Russia, 117198

Keywords: malignant neoplasms of the external auditory meatus, squamous cell carcinoma.

Новообразования наружного и среднего уха встречаются крайне редко (1—2% случаев среди всех онкологических заболеваний). Опухоли ушной раковины наблюдаются в 67,9% случаев, наружного слухового прохода — в 20,7%, среднего уха — в 11,4%. Другую статистику приводят L. Degner и K. Chen [1]: рак ушной раковины — 19%, наружного слухового прохода — 54%. Такое различие статистических данных, по нашему мнению, связано со сложностью определения исходной локализации новообразования.

Злокачественные опухоли в области уха возникают, как правило, на фоне патологических процессов и состояний [2, 3], которые называют фоновыми или предраковыми.

В.Ф. Антонив [2] дифференцирует предраковые и фоновые состояния, а также фоновые процессы. Предраковые состояния — это келоиды, невусы, папилломы, гемангиомы, церуминомы, вторичный кожный рог (плоскоклеточная папиллома с ороговением); фоновые состояния — отморожение, ожоги, механическая травма и фоновые процессы — это хронические воспалительные заболевания кожи ушной раковины и наружного слухового прохода. Для проявления злокачественной опухоли, помимо местных патологических изменений, необходим провоцирующий фактор — фактор риска. Такими факторами являются солнечная радиация, механическая и термическая травмы.

Рак ушной раковины чаще развивается у мужчин, чем у женщин. Это объясняется тем, что у женщин ушная раковина в большей степени защищена от воздействия внешней среды. Частота рака наружного слухового прохода приблизительно одинакова у лиц обоих полов. Встречается рак наружного уха преимущественно у лиц среднего и пожилого возраста [2, 4, 5].

Макроскопически злокачественные опухоли ушной раковины могут быть представлены в трех формах: солитарная вегетирующая форма (20%), язвенная форма (20%), язвенно-инфильтративная форма (60%). Каждая из этих форм, особенно язвенная, может вторично инфицироваться, осложняясь перихондритом хрящей наружного уха.

Морфологическая структура злокачественных опухолей наружного уха многообразна. В основном преобладает базально-клеточный и плоскоклеточный рак (61%), реже встречается железистый (38%) [3]. Частота наблюдений базально-клеточного рака в наружном слуховом проходе в 2—3 раза меньше, чем плоскоклеточного. Преобладает плоскоклеточный рак с разной степенью ороговения [2, 6].

Местом возникновения опухоли наружного слухового прохода может явиться любая из его стенок. В.Ф. Антонив [2] отмечает преимущественное развитие злокачественного процесса в области хрящевого отдела наружного слухового прохода на нижней и задней стенках. Рак может развиваться на рубцах. Сроки его проявления различны и могут быть от 3 до 70 лет.

Локализация метастазов зависит от анатомо-топографических особенностей уха, от направления лимфоотока по развитой сети лимфатических сосудов. Метастазы чаще всего обнаруживаются в заушных и подчелюстных лимфатических узлах. При прогрессировании опухолевого процесса метастазы определяются в глубоких шейных лимфатических узлах. Двусторонние метастазы практически не наблюдаются [2].

Злокачественные опухоли наружного слухового прохода недоступны непосредственному наблюдению, развиваются незаметно и выявляются случайно.

В.Ф. Антонив [2] дифференцировал ранние симптомы злокачественных опухолей, характерные для хрящевого и костного отделов наружного слухового прохода. В силу анатомических особенностей уха, его иннервации, а также того обстоятельства, что опухоль растет в замкнутых полостях, развиваясь в хрящевом отделе, опухоль проявляется «мацерацией» кожи, зудом, гноетечением. Новообразование, исходящее из костного отдела, вызывает оторею, боль, появление крови в гнойных выделениях. Увеличиваясь в размерах, опухоль obtурирует слуховой проход, и тогда у больного появляется снижение слуха по типу нарушения звукопроводения.

Злокачественные новообразования наружного уха в течение короткого отрезка времени распространяются на среднее ухо, сосцевидный отросток, околоушную слюнную железу, височно-нижнечелюстной сустав, кости черепа [2, 3, 6].

Установить правильный диагноз рака наружного слухового прохода чрезвычайно трудно [3]. Большинство больных поступают в стационар с опухолевым процессом III—IV стадии. К моменту морфологической верификации диагноза более чем у 60% больных опухоль выходит за пределы уха.

Ограниченные опухоли наружного слухового прохода иссекают эндаурально. Если процесс переходит на ушную раковину, то вместе со слуховым проходом удаляют пораженную часть ушной раковины. В зависимости от распространенности опухоли операцию расширяют за счет резекции околоушной слюнной железы, трепанации сосцевидного отростка, тотальной или субтотальной резекции височной кости [2, 5, 6].

При злокачественных опухолях наружного уха применяется также комбинированный метод лечения. Рекомендуется проведение лучевой терапии после радикального по отношению к опухоли хирургического вмешательства [1, 3].

Результаты лечения больных с опухолями наружного уха зависят от локализации и распространенности процесса, гистологического строения опухоли и варианта лечения [2, 3, 5, 6].

Больные со злокачественными новообразованиями уха после лечения наблюдаются в динамике: первые 6 мес — 1 раз в месяц, вторые полгода — 1 раз в 2 мес и в дальнейшем — 1 раз в 3 мес, но не менее 5 лет. Приводим наблюдение.

Больной К., 68 лет, госпитализирован в отделение оториноларингологии ГБУЗ ГКБ №67 ДЗМ 08.09.15 с жалобами на боль в правом ухе, наличие периодического кровотечения из правого уха, снижение слуха на оба уха.

Из анамнеза: со слов больного, боль в правом ухе беспокоит в течение последнего месяца, несколько дней отмечает периодическое кровотечение из правого уха.

В 1995 г. находился на лечение в ГБУЗ ГКБ №4 ДЗМ по поводу рака левого наружного слухового прохода с прорастанием в барабанную полость и околоушную слюнную железу. Произведена операция: субтотальная резекция височной кости и околоушной слюнной железы с последующей лучевой терапией (ДГТ СОД 50 Гр). После операции в клинику для плановых осмотров не явился, наблюдался в онкодиспансере по месту жительства без признаков рецидива.

В 2013 г. обратился в онкодиспансер по месту жительства с жалобами на боль, наличие гнойно-геморрагического отделяемого из правого наружного слухового прохода. Диагностирован плоскоклеточный рак кожи правого наружного слухового прохода T3N0M0 (гистологическое исследование №7293/13 — плоскоклеточный рак). 13.02.13 произведены резекция правого наружного слухового прохода и лучевая терапия ДГТ СОД 50 Гр.

В январе 2015 г. при очередном осмотре выявлен рецидив рака правого наружного слухового прохода, состояние после комбинированного лечения от 2013 г. Произведена лучевая терапия ДГТ СОД 30 Гр.

В июле 2015 г. при контрольном осмотре выявлен рецидив рака правого наружного слухового прохода — плоскоклеточный ороговевающий рак. Состояние после комбинированного лечения (2013, 2015 гг.), ДГТ СОД 80 Гр. Для дальнейшего исследования и лечения госпитализирован ГБУЗ ГКБ №67 ДЗМ в оториноларингологическое отделение с диагнозом: рак правого уха T₄N₂M₀.

При осмотре правого уха — ушная раковина правильной формы, пальпация и перкуссия заушной области справа умеренно болезненные; при отоскопии: наружный слуховой проход заполнен новообразованием, кровоточащем при зондировании, барабанная перепонка не визуализируется. ШП — abs.

При осмотре левого уха — ушная раковина правильной формы, пальпация и перкуссия заушной области безболезненные; при отоскопии определяется послеоперационная полость без признаков воспаления. ШП — abs.

На МРТ от 04.09.15 определяется новообразование, obtурирующее просвет наружного слухового прохода и полость среднего уха с разрушением верхней, нижней и задней стенки наружного слухового прохода, с заполнением сосцевидного отростка, без признаков распространения в среднюю черепную ямку, размером 27×40×25 мм, увеличенный до 10 мм глубокий шейный лимфатический узел справа.

Под интратрахеальным наркозом 10.09.15 больному произведена расширенная биопсия новообразования правого уха. Результат гистологического исследования подтверждает основной диагноз. Радикальное хирургическое лечение оказалось в этой ситуации невозможным. Выписан под наблюдением онколога по месту жительства.

Таким образом, впервые за много лет мы наблюдали первично-множественный метакхронный рак уха. Первый очаг в 1995 г. — рак левого уха, произведено комбинированное лечение, исход заболевания: полное излечение без признаков рецидива. Второй очаг опухоли в 2013 г. — рак правого уха, произведено хирургическое лечение с последующей лучевой терапией (ДГТ СОД 50 Гр). В 2015 г. — рецидив рака правого уха, произведена только лучевая терапия (ДГТ СОД 30 Гр), без малейшего эффекта.

Опухоли уха лучевому лечению, как правило, не поддаются. Малая эффективность этого метода при распространенных опухолях наружного уха объясняется тем, что при прорастании опухоли в хрящевой отдел наружного слухового прохода появляется хондроперихондрит, который резко снижает чувствительность опухолевых клеток к лучевому воздействию.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dehner L, Chen K. Primary Tumors of the External and Middle Ear: Benign and Malignant Glandular Neoplasms. *Archives of Otolaryngology*. 1980;106(1):13-19. doi:10.1001/archotol.1980.00790250015004.
2. Антонив В.Ф. *Новообразования уха. Клиника, диагностика, лечение*. М.: ЦОЛИУВ; 1983.
3. Любская О.Г. *Комбинированное лечение больных злокачественными опухолями уха*: Дис. ... д-ра мед. наук. М. 1997. Доступно по ссылке: <http://www.dslib.net/otorinolaringologia/kombinirovannoe-lechenie-bolnyh-zlokachestvennyh-opuholjami-uha.html>. Ссылка активна на 02.12.15.
4. Чернолев А.И., Попадюк В.И., Ефимочкина К.В. *К вопросу о злокачественных опухолях наружного уха*. IX международный конгресс «Здоровье и образование в XXI веке», ноябрь, 2008. М. 2008;191-192. Доступно по ссылке: <http://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-zlokachestvennyh-opuholyah-naruzhnogo-uha>. Ссылка активна на 02.12.15.
5. Чернолев А.И., Попадюк В.И., Ефимочкина К.В. *Особенности лечения опухолей наружного слухового прохода*. Материалы XVIII съезда оториноларингологов России; апрель 26—28, 2013. Санкт-Петербург. Доступно по: <http://doctor.by/lor-library/1186-18-sjezd-lor-rossii>. Ссылка активна на 02.12.15.
6. Пушкарь И.С. *Клиника и диагностика новообразований уха*: Дис. ... канд. мед. наук. М. 1998. Доступно по ссылке: <http://search.rsl.ru/ru/catalog/record/218631>. Ссылка активна на 02.12.15.