

گزارش یک مورد کاهش شنوایی حسی عصبی ناگهانی ناشی از درگیری متاستاتیک ساک اندولنفاتیک در استخوان گیجگاهی

*دکتر محسن رجعتی حقی^۱، دکتر نازنین ابدالی^۲

^۱استادیار گوش، گلو و بینی، ^۲دستیار تخصصی گوش، گلو و بینی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه

مقدمه: نئوپلاسم متاستاتیک استخوان گیجگاهی در کل ناشایع می باشد و بسته به آن که کدام قسمت استخوان درگیر شده باشد، علائم بالینی متفاوتی ممکن است ایجاد شود. بارزترین این علائم کاهش شنوایی است ولی فلج فاسیال، سرگیجه و وزوز گوش هم گزارش شده اند. درگیری متاستاتیک ساک اندولنفاتیک و تظاهر آن به صورت کاهش شنوایی ناگهانی همراه با علائم شبه منیر تاکنون گزارش نشده است. ما یک مورد نادر بیمار مبتلا به کاهش شنوایی ناگهانی که به علت کارسینوم متاستاتیک استخوان گیجگاهی از منشاء پستان را گزارش می کنیم.

واژه های کلیدی: استخوان گیجگاهی، متاستاز، ساک اندولنف، کاهش شنوایی ناگهانی

مقدمه

شایعترین منشاء متاستاز به استخوان گیجگاهی پستان، ریه، نای، کلیه و پروستات می باشد و بیشترین محل متاستاز در استخوان گیجگاهی، اپیکس پتروز می باشد (۳). در این مقاله بیماری معرفی می شود که با تشخیص کاهش شنوایی ناگهانی بستری شد و در بررسی های انجام شده تومور متاستاتیک در محل غیر معمول (ساک اندولنف) تشخیص داده شد.

شرح بیمار

بیمار خانمی ۵۰ ساله است که با شکایت کاهش شنوایی ناگهانی گوش راست همراه با وزوز گوش غیر ضربانی و سرگیجه واقعی مراجعه نمود. اودیومتری بیمار نشانگر کاهش شنوایی حسی - عصبی سمت راست با برتری در فرکانس های پائین و با آستانه ۳۵ دی سی بل بود. سایر معاینات گوش، گلو و بینی و اعصاب جمجمه ای طبیعی بود. بیمار ۵ ماه قبل نیز دچار علائم مشابه با آستانه شنوایی ۴۰ دی سی بل شده بود

کاهش شنوایی حسی عصبی ناگهانی، بیماری نادری است که با وجود آن که در اغلب موارد ایدیوپاتیک می باشد، بررسی های جامع بالینی و فرابالینی جهت یافتن علت آن ضروری است. البته با توجه به اهمیت فاکتور زمان، ضمن انجام اقدامات تشخیصی شروع درمان با محوریت کورتیکواستروئیدها مورد توصیه اغلب نویسندگان است (۱).

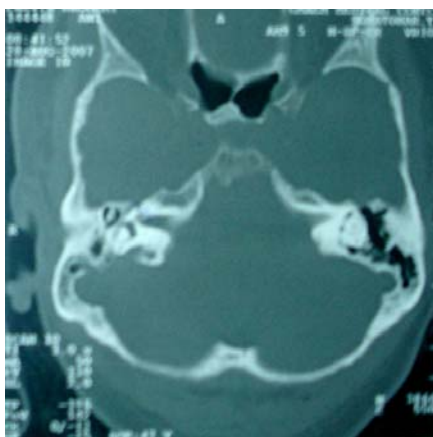
از طرفی متاستاز به استخوان گیجگاهی هم نادر است. اگر چه بارزترین تظاهر آن کاهش شنوایی می باشد ولی غالباً به دلیل بدون علامت بودن تشخیص داده نمی شود (۲).

^۰آدرس مؤلف مسؤل: دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بیمارستان قائم گروه گوش، گلو و بینی
تلفن تماس: ۰۵۱۱-۸۴۱۳۴۹۲

Email: rajatihaghim@mums.ac.ir

تاریخ تایید: ۸۷/۲/۱۴

تاریخ وصول: ۸۷/۱/۲۰



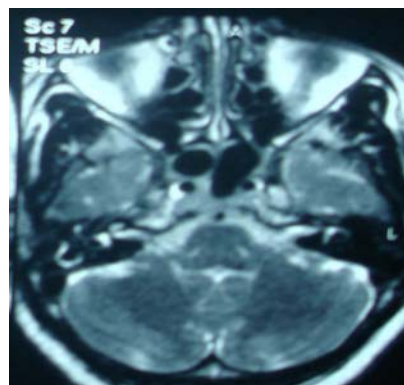
تصویر ۲- نمای CT اگزیکال استخوان گیجگاهی تخریب جدار خلفی ماستوئید و گشاد شدن مجرای وستیبولار به وضوح قابل رویت است.

با توجه به علائم بالینی و رادیولوژیک و همچنین سابقه کارسینوم پستان، بیمار کاندید جراحی جهت بیوپسی توده استخوان گیجگاهی قرار گرفت. بیمار تحت جراحی با روش ترانس ماستوئید رترولایرنتین قرار گرفت. پس از حذف کورتکس ماستوئید توده ای با قوام لاستیکی (rubbery) در قسمت تحتانی سگمان ماستوئیدی استخوان گیجگاهی مشهود بود. دورای حفره خلفی کاملاً نمایان شد، به کمک nerve stimulator بخش ماستوئیدی عصب فاسیال که کاملاً درون تومور مدفون بود، پیدا شد و تومور بدون تلاش برای رسیدن به حد مناسب (safe margin) از روی عصب بلند شد. همچنین درگیری قسمت دیستال جدار سینوس سیگموئید قبل از چرخش به طرف بولب جوگولر وجود داشت که با حفظ سینوس برداشته شد. با توجه به مسیر خطر فرضی Donaldson درگیری ساک اندولنف واضح بود. بیمار در روز اول بعد از عمل هیچ گونه سرگیجه ای نداشت و عصب فاسیال کاملاً طبیعی بود، نتیجه آسیب شناسی از نمونه برداری انجام شده با نتیجه آسیب شناسی قبلی ضایعه پستان مقایسه گردید که هر دو ضایعه مشابه بودند و متاستاز داکتال کارسینومای مهاجم پستان تایید گردید.

که با تجویز یک دوره ۱۰ روزه استروئید (۶۰ میلی گرم در روز) کاملاً بهبود یافته بود. همچنین بیمار با تشخیص کارسینوم داکتال مهاجم پستان در ۴ سال قبل، تحت جراحی Modified Radical Mastectomy و رادیوتراپی و شیمی درمانی قرار گرفته بود. پس از ۲ سال بیمار دچار درد دنده ای سمت راست شده بود که در اسکن رادیوایزوتوپ به عمل آمده افزایش جذب در دنده ۹ گزارش گردید. ضایعه برداشته شد که در بررسی آسیب شناسی، متاستاز دنده تایید گردید و بیمار با تشخیص متاستاز منفرد تحت شیمی درمانی قرار گرفت و هر ۶ ماه اسکن رادیوایزوتوپ جهت پیگیری تکرار می شد که هیچ ضایعه دیگری در اسکن کامل بدن مشاهده نگردیده بود.

برای بیمار در نوبت اول بروز کاهش شنوایی ناگهانی در ۵ ماه قبل مطابق توصیه های استاندارد، MRI مغز جهت بررسی زاویه سرپلوتنتین (CPA) انجام گرفته بود که ضایعه پاتولوژیک در مجرای گوش داخلی و CPA مشاهده و گزارش نگردیده بود (تصویر شماره ۱). در نوبت دوم بستری با توجه به عود مشکل بعد از ۵ ماه و تکرار سندرم شبه منیر (سرگیجه و وزوز گوش همراه با کاهش شنوایی در فرکانس پائین) HRCT استخوان گیجگاهی انجام شد (تصویر شماره ۲).

همان طور که در شکل مشاهده می نمائید تخریب در ماستوئید مجاور به سینوس سیگموئید با درگیری ساک اندولنف و گشاد شدن مجرای وستیبولر وجود دارد. درگیری ساک اندولنف، علائمی شبیه منیر را برای بیمار ایجاد کرده بود.



تصویر ۱- نمای MRI T1 با کنتراست. همان طور که دیده می شود در IAC و CPA ضایعه ای وجود ندارد و مسیر عصب ۸ نرمال است.

بحث

Adam و Maddox گزارش نمودند که متاستاز به قسمت هوادار ماستوئید خیلی ناشایع است (۶).

تومور اولیه ساک اندولنفاتیک یک تومور پر عروق با رشد آهسته و تهاجم موضعی از منشاء اپیتلیوم ساک و مجرای آندولنفاتیک است (۷). زودرس ترین تظاهر این ظایعات کاهش شنوایی و سرگیجه است که می تواند با بیماری منیر اشتباه شود. پیشرفت بیماری می تواند منجر به کاهش شنوایی حسی-عصبی عمیق، گسترش به گوش میانی و ماستوئید، فلج فاسیال و اعصاب قاعده ای، تهاجم به دورای خلفی، فشار به ساقه مغز و حتی مرگ شود (۸). تشخیص زودرس و جراحی اصلی ترین روش در درمان این بیماران است چرا که مطالعات اخیر نشان داده که حفظ شنوایی با برداشت تومور های کوچک با موفقیت همراه بوده است (۹).

در این بیمار نکته قابل توجه وجود درگیری قسمت ماستوئیدی استخوان گیجگاهی همراه با درگیری ساک آندولنفاتیک می باشد که منجر به بروز علائم بالینی شبیه به منیر همراه کاهش شنوایی حسی-عصبی ناگهانی گردیده است. در حالی که درگیری متاستاتیک ساک آندولنفاتیک همراه با این تابلوی بالینی در هیچ یک از مطالعات قبلی گزارش نشده بود.

در نتیجه باید توجه داشت که در هر بیمار با سابقه نئوپلاسم بدخیم در صورت بروز کاهش شنوایی بایستی احتمال ضایعه متاستاتیک استخوان گیجگاهی را در نظر داشت. همچنین علاوه بر تست های اودیولوژیک در این بیماران بایستی مطالعات رادیولوژیک مناسب به عمل آید.

آقای Morton و همکاران گزارش نمودند که تومورها در مرحله زودرس ممکن است توسط سیتی اسکن و MRI تشخیص داده نشده و با ماستوئیدیت اشتباه شود (۱۰). به هر حال بعضی از ضایعات که در سیتی اسکن آشکار نشده اند به خوبی توسط MRI قابل مشاهده خواهد بود. همچنین لازم است در بررسی های تصویر برداری از این بیماران علاوه بر آن که به مجرای گوش داخلی به عنوان محل اصلی برای تومورهای ایجاد کننده SNHL توجه شود باید به ناحیه

اکثر نئوپلاسم های متاستاتیک استخوان گیجگاهی در بیماران بین سنین ۷۰-۵۰ سال تظاهر می کند. شایع ترین منشا متاستاز به استخوان گیجگاهی، پستان، ریه، نای، کلیه و پروستات می باشد. شایع ترین محل درگیری استخوان گیجگاهی (۸۲/۹ درصد) اپکس پتروز می باشد و شایع ترین علامت، کاهش شنوایی است. گرچه در یک مطالعه ۳۶/۲ درصد بیماران هیچ علامت گوشی نداشتند (۳).

دومین محل شایع ابتلای استخوان گیجگاهی مجرای گوش داخلی می باشد که از طریق CSF آلوده به سلول های تومورال درگیر می شود (۴). برخی مطالعات نیز نشان دادند که اکثر متاستازهای استخوان گیجگاهی بدون علامت هستند. اگرچه بروز سرگیجه، ضعف عصب فاسیال، وزوز، درد و ترشح از گوش و توده کانال گوش خارجی و نیستگموس در بیماران گزارش شده است. در مطالعه Gloria-Cruz و همکاران در بین ۲۱۲ بیمار، ۱۴ مورد فلج فاسیال و ۶ مورد ضعف عصب فاسیال گزارش شد که در همه بیماران که پارزی عصب فاسیال داشتند تهاجم تومور به اپینوریوم مشاهده گردید (۵).

مکانیسم درگیری متاستاتیک تومور شامل گسترش از راه خون از تومورهای دور دست، گسترش مستقیم از طریق نئوپلاسم های داخل یا خارج جمجمه، گسترش لپتو متنزئال از نئوپلاسم های دور دست یا داخل جمجمه اولیه می باشد. در ۷۵ درصد بیماران، متاستاز از راه خون می باشد.

در هیچ موردی گزارش نشده است که استخوان گیجگاهی تنها محل متاستاز با انتشار خونی باشد بلکه امکان متاستاز همزمان در نواحی دیگر با شیوع بیشتر در ریه و سیستم گوارشی وجود دارد که در بیمار ما هم حداقل یک کانون دیگر (دنده) درگیر شده بود (۵).

طبق مطالعات قبلی شایعترین محل درگیری استخوان گیجگاهی، اپکس پتروز می باشد. به نظر می رسد به عنوان یک قانون سلول های تومورال طی گسترش از راه خون قبل از این که ماستوئید را درگیر نمایند، ابتدا باید از اپکس پتروز عبور کنند.

نتیجه گیری

در مبتلایان به کاهش شنوایی ناگهانی باید بررسی های فرا بالینی با توجه به وضعیت زمینه ای هر بیمار انجام گیرد در سابقه تومور بدخیم باید شک به متاستاز استخوان گیجگاهی را نیز در نظر داشت که انجام سیتی اسکن همراه MRI جهت تشخیص دقیق تر توصیه می شود.

رترولابیرنت ودورای حفره خلفی و محل مجرای اندولنف دقت خاص مبذول گردد. متاستاز به استخوان گیجگاهی تقریباً همیشه به صورت یک وضعیت بالینی پیچیده ظاهر می کند و فاکتورهای مداخله ای متعددی در تعیین نوع درمان مهم هستند. مهمترین این فاکتورها ماهیت نئوپلاسم بدخیم اولیه، میزان گسترش متاستاز به استخوان گیجگاهی و سایر ارگان ها، در دسترس بودن درمان موثر و وضعیت عمومی بیمار است و برای تعیین بهترین درمان باید تمام این مسائل را در نظر داشت.

References

- 1- Arts HA. Sensorineural hearing loss: Evaluation and management in adults. In: Cummings CW, Flint PW, Harker LA, Haughey BH, Richardson MA, Robbins KT, et al. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005. P. 3550-3555.
- 2- Marsh M, Jenkines H. Temporal bone neoplasms and lateral cranial base surgery. In: Cummings CW, Flint PW, Harker LA, Haughey BH, Richardson MA, Robbins KT, et al. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005. P. 3699.
- 3- Brackmann DE, Arriaga MA. Extra-axial neoplasms of the posterior fossa. In: Cummings CW, Flint PW, Harker LA, Haughey BH, Richardson MA, Robbins KT, et al. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005. P.3820-821.
- 4- Streitmann MJ, Sismanis A. Metastatic carcinoma of temporal bone. Am J Otol. 1996; 17: 780-783.
- 5- Gloria-Cruz TI, Shachem PA, Paparella MM. Metastases to temporal bones from primary nonsystemic malignant neoplasm. Arch Otolaryngol Head and Neck surg 2000; 126: 209-214.
- 6- Maddox HE. Metastatic tumors of the temporal bone. Ann Otol Rhinol Laryngol 1967; 76: 149-165.
- 7- Inanli S, Tutkun A, Ozturk O, Ahyskaly R. Endolymphatic sac tumor: A case report. Auris Nasus Larynx 2001; 28: 245-248.
- 8- Yilmaz I, Bolat F, Demirhan B, Aydin V, Ozluoglu LN. Endolymphatic sac papillary tumor: A case report. Auris Nasus Larynx 2008; 35: 276-281.
- 9- Megerian CA, Haynes DS, Poe DS, Choo DI, Keriakas TJ. Hearing preservation surgery for small endolymphatic sac tumors in patients with von Hippel-Lindau syndrome. Otol Neurotol 2002 ; 23(3): 378-87.
- 10- Morton AL, Butler SA, Khan A, Johnson A, Middleton P. Temporal bone metastasis. pathophysiology and imaging. Otolaryngol Head and Neck surg 1987; 97:583-787.