

616.284-002.2-089

CHRONICKÉ STŘEDOUŠNÍ ZÁNĚTY

Pplk. MUDr. Michal MIKOLAJ
ORL oddělení Ústřední vojenské nemocnice, Praha
(náčelník: plk. doc. MUDr. Mojmír Zelený, CSc.)

Prudký středoušní zánět je jedním z nejčastějších onemocnění prvních dvou let života. Při použití antibiotik nebo sulfonamidů a paracetylu má lehčí průběh, trvá kratší dobu a nevidíme již tak často recidivy, komplikace a přechod v chronické středoušní záněty. Přesto recidivující akutní středoušní záněty přecházejí někdy v chronické. Možnost vzniku nebezpečných komplikací, zejména nitrolebních, řadí chronické otitidy mezi nejzávažnější onemocnění v našem oboru. S léčebným postupem začínáme na ambulantní části pracoviště, kde se nám podaří vyléčit, respektive zklidnit, většinu lehčích, zejména mezotympanálních otitid.

I když je chronických středoušních zánětů méně než v dřívějších dobách, rozhodli jsme se zjistit stav u vojenských a civilních osob hospitalizovaných na ORL oddělení ÚVN v Praze v období let 1981–1983.

Naši sestavu za uvedené období tvoří 126 hospitalizovaných osob, což činí z celkového počtu léčených na lůžku 3,3 %. Jsou to těžší stavy, zejména chronické epitympanální záně-

ty a chronické mastoiditidy, které se vesměs podrobily chirurgické léčbě.

Tabulka 1 představuje operované osoby za období let 1981–1983 rozdělené na vojenské a civilní.

Tab. 1

OPEROVANÍ NEMOCNÍ 1981–1983		
	počet	%
vojáci	44	35
civilní osoby	82	65
celkem	126	100

Přehled předoperačních diagnóz v letech 1981 až 1983 ukazuje tabulka 2. V ní je nejvíc za-

Tab. 2

DG	Počet	%
otitis media serosa chronica nebo glue ear	12	8
otitis media chronica MT	20	13
otitis media chronica ET	71	46
mastoiditis acuta nebo chronica	52	33
celkem	155	100

stoupena otitis media chronica epitympanalis, pak mastoiditis.

Z celkového počtu 126 osob bylo 89 osob mužského pohlaví, což je 71 %, a žen 37 (29 %).

Nejmladšímu nemocnému bylo 7 let, nejstaršímu 77 roků. Průměrný věk 33 let je odlišný u mužů (29 let) a žen (42 let), což je dáno specifickým složením léčených osob v ÚVN.

Nejvíce osob je v 3., pak v 2. a 4. deceniu, tj. 65 %. Třetí decenium představuje 33 osob (27,5 %), druhé 24 (20 %) a čtvrté 22 (18 %).

Základní léčebnou strategii představuje tabulka 3. U serózní otitidy po neúspěšné konzervativní léčbě léčení pokračuje transmyringickou drenáží středouší (Armstrongovou rourkou).

Tab. 3

Sanační výkony v letech 1981–1983	Počet	%
drenáž středouší	12	9,5
antromastoidektomie	31	24,9
atiktomie	2	1,6
atikoantrotomie	29	23
radikální operace	52	41
celkem	126	100

V případech serózní chronické mastoiditidy si stav vyžádal i zákrok na bradavčitém výběžku.

U chronických mezotympanálních zánětů středouší naše chirurgická léčba spočívá v odstranění slizničních hyperplazií, granulací, polypů apod. Mezotympanální perforace však nevyklučuje cholesteatom, i když se při tomto ty-

pu perforace vyskytuje zřídka. U nemocných s přidruženou chronickou mastoiditidou provádíme antromastoidektomii, která je nevyhnutelná před event. tympanoplastickým výkonem.

Základní léčebnou taktikou u chronických epitympanálních otitid byla a je na tomto pracovišti chirurgická léčba zásadně klasickým, tzv. otevřeným trepanačním postupem, který je přehlednější, radikálnější a skýtá větší naději na definitivní sanaci zánětu. Chronický zánět středouší s cholesteatomem má velký sklon k recidivám po málo radikální chirurgické léčbě. Tzv. zavřená technika mívá za následek recidivy cholesteatomu (až v 50 %), proto se doporučuje provést revizní tympanotomii za 1 až 3 roky po první operaci. Je-li znovu cholesteatom nalezen, je opět odstraněn, nebo je proveden typ operace s otevřenou trepanační dutinou do zvukovodu.

U klasického — otevřeného postupu — odstraňujeme zadní horní stěnu a široce otevíráme trepanační dutinu v mastoidálním výběžku do zevního zvukovodu (např. atikoantrotomie, radikální operace).

Na ORL oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze používáme podle potřeby tyto typy trepanací při chronických středoušních zánětech (viz tabulka 3): 1. **Atiktomie** — odstranění laterální stěny nadbubínkové dutiny pouze u ohraničených otitid horní stěny zvukovodu a při malých cholesteatomech v atiku. V naší sestavě tak byly léčeny 2 osoby (tj. 1,6 %). 2. **Atikoantrotomie** — revize antra a nadbubínkové dutiny se snesením můstku bez zásahu na sluchových kůstkách. Na ORL ÚVN byla provedena tato operace ve sledovaném období a nemoci 29krát (23 %). 3. **Konzervativní tympanomastoidektomie**, podle jiných nazývána **konzervativní radikální operace** — od atikoantrotomie se liší zásahem na části řetězu kůstek destruované otitidou nebo cholesteatomem.

Jde zejména o kovádlíku a hlavičku kladívka. Tato chirurgická intervence byla provedena u našich nemocných 52krát (41 %) — tj. nejčastěji. Zde bylo peroperačně zjištěno poškození řetězu kůstek přibližně v 40 % (z toho kladívka s kovádlíkem v 32 % a třmínku v 4,2 %). 4. **Klasická radikální operace — tympanomastoidektomie** — otevření antra a jeho okolí v bradavčitém výběžku, revize atiku s odstraněním sluchových kůstek (kromě třmínku nebo zbytku třmínku), revize středouší. Rozdíl oproti předešlé operaci je v tom, že zde odstraňujeme i zbytky bubínku. Používáme ji při rozsáhlých cholesteatomových zánětech, u některých revizních operací, u komplikací chronického středoušního zánětu a tumorů. Tento výkon v sledovaném období byl proveden pouze 3krát, tj. ve 2,4 % všech sanačních výkonů při chronických otitidách. Revizních operací (viz tab. 4) je v našem souboru 26 (tj. 21 %).

Jde většinou o revizní výkony u vojáků základní služby, kteří prodělali v dětství méně

radikální zákrok, který nevedl k vytvoření suché trepanační dutiny. Další skupinu zde tvoří osoby před nebo po tympanoplastické operaci, u nichž stav mastoidálního výběžku vyžadoval sanaci.

Tab. 4

Sanační operace v letech 1981–1983	Počet	%
primární	100	79
revizní	26	21
celkem	126	100

Výsledky

U 63 % nemocných po sanačních výkonech jsme našli za 6–8 týdnů po operaci suchou trepanační dutinu nebo zvukovod. Po dalších ambulantních ošetřeních se procento zhojení zvýšilo až na 90 %. Protrahované hojení jsme pozorovali zejména u rezistentní pseudomonádové infekce, kde byla nutná ke zklidnění stavu i opakovaná hospitalizace. Jde o malý počet nemocných, který ani procentuálně nevyhodnocujeme. Již výše jsme uvedli, že počet revizních operací po námi provedených primárních operacích je minimální.

Nezpůsobili jsme peroperační poškození lícního nervu, ani píštěl do labyrintu ani další komplikace. Ušní šelesty jsme většinou neovlivnili.

Pooperační sluch u všech případů je v přehledu tabulky 5.

Tab. 5

Stav sluchu po operacích	Počet	%
zlepšený	53	42
stejný	54	43
zhoršený	19	15

Konkrétněji podle druhu operace:

- u drenáže středouší se zlepšil sluch u všech osob
- u antromastoidektomie je zlepšení v 71 %, v ostatních případech se sluch nezměnil, zůstal na stejné úrovni.

U atikotomie a atikoantrotomie vykazujeme zlepšení v 56 %, stav sluchu beze změn je v 44 procentech. U tzv. radikální konzervativní operace je zlepšení v 11,5 % případů. Sluch beze změn v 56 %, zhoršení u 32,5 %.

Rozprava

V našem i světovém písemnictvím vznikají nejasnosti vzhledem k tomu, že není dosud ustálená a všeobecně přijatá terminologie. Týká se to jak názvů jednotlivých typů chronických středoušních zánětů, tak zejména typů použitých operačních postupů. Goodhill a jiní mluví o chronické otomastoiditidě. Tím chtějí vyjádřit, že u všech chronických zánětů je v menší nebo větší míře postižen i pneumatický systém mastoideu. I když pneumatizace mastoideu bývá u chronických středoušních zánětů utlumena, přesto vždy nacházíme alespoň antrum a náznak sklípků v horizontální a vertikální trase. Uznáváme oprávněnost Goodhillem rozšířeného pojmu na otomastoiditis, ale přesto i my používáme kratší a více zžitý název otitis media chronica.

Méně známým pojmem jsou otitis media chronica serosa, blue drum a glue ear. Jsou pokládány za různé fáze adhezivního středoušního procesu s tvorbou serózního až klišového výpotku.

Na našem pracovišti nesouhlasíme s konzervativními metodami léčení středoušního cholesteatomu, jako jsou jeho výplachy, aspirace a podobné výkony prováděné ambulantně. Domníváme se, že riziko nitrolebních komplikací a zejména riziko postupné destrukce sluchových kůstek jsou dostatečným důvodem k sanačnímu výkonu. V současné době tato stanoviska jsou uplatňována ve všech zemích s vyšší úrovní zdravotnické péče. U nemocných s poškozením sluchových kůstek otitickým procesem volíme na našem pracovišti v první fázi obvykle sanační výkon. Tím zpravidla zbavujeme ucho manifestní infekce a vytváříme podmínky pro sluch zlepšující operaci ve druhé fázi. Často přitom nacházíme v okolí kůstek a v pneumatickém systému granule, které někdy obsahují krystaly cholesterolu. Tyto cholesterolové granulomy pokládáme jako Hybášek a jiní za předchůdce pozdějšího cholesteatomu.

U časných fází adhezivního středoušního procesu se serózní nebo klišový sekret za obvykle celistvým bubínkem se snažíme obejít tubární dysfunkci ventilační rourkou umístěnou v bubínku. Tam může mít funkci drenážní, tj. usnadňovat odtok sekretu, i funkci aerační, tj. zabezpečovat provzdušnění středouší i mastoideu. Při přetrvávání sekrece u těchto forem docílíme někdy úspěch antromastoidektomií, zatímco chirurgické výkony na Eustachově trubici neprovádíme. Ke zlepšování průchodnosti používáme politizerace a katetrizace. Ani v ČSSR neexistuje jednotná terminologie operačních sanačních výkonů používaných u chronických středoušních zánětů. Pod pojmem antromastoidektomie nebo mastoidektomie chápeme odstranění pneumatického systému mastoideu, aniž se trepanační dutina otvírá do zvukovodu. U atikoantrotomie nebo radikální operace se trepanační dutina snesením zadní stěny zvuko-

vodu široce spojuje se zevním zvukovodem. Přechytělova škola mluví v těchto případech o tzv. tympanomastoidektomii. V moderním písemnictví se rozlišují techniky s uzavřenou nebo do zvukovodu otevřenou dutinou jako techniky „closed“ a „open“. Smyslem většiny chirurgických výkonů u chronických zánětů středouší je obvykle sanace chronického zánětlivého procesu. Méně často se v této fázi pokoušíme o zlepšení sluchu. Většina autorů, zejména u nemocných, u nichž byl nalezen cholesteatom, se spokojuje v 1. fázi se sanačním výkonem a teprve po vyhojení zánětu a po zvládnutí infekce se v další fázi snaží zlepšit sluch tympanoplastickým výkonem. Ten obsahuje někdy obnovení celistvosti bubínku, jindy různé typy rekonstrukce řetězu sluchových kůstek. Na ORL v ÚVN většinou tympanoplastický výkon provádíme ve druhé fázi za rok i později po primárním sanačním výkonu. U primárních sanačních operací jsme někdy nuceni obětovat sluchové kůstky nebo i zbytky bubínku a tím někdy zhoršíme sluch. Pokládáme to za nezbytnou daň v zájmu vyhojení chronického zánětu.

Vzhledem k zvláštnosti vojenské základní služby a tím, že léčíme nemocné z různých i vzdálených oblastí republiky, je obtížné jejich sledování delší dobu. To nám znesnadňuje přesné vyhodnocení úspěšnosti operačních výkonů v delších časových odstupech.

Souhrn

Na ORL oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze za období 3 let operovali 126 osob

s chronickými středoušními záněty. Zde převažovaly záněty s kostním kazem a cholesteatomem. Vyskytly se zde i nehnisavé formy (otitis media serosa apod.).

Při chirurgickém léčení autoři dávají přednost technice trepanačních dutin otevřených do zvukovodu před technikami „closed“. Sanační výkony častěji doplňují tympanoplastickými ve druhé fázi, nejdříve však za rok od primární operace. Tímto postupem docílí suchou trepanační dutinu u naprosté většiny pacientů a vytvoří předpoklad pro úspěšný tympanoplastický výkon. Za 6–8 týdnů po operaci je 68 % bez sekrece, do 3 měsíců je přibližně 90 % zhojených. Přibližně u 10 % nemocných však dochází v nepravidelných intervalech k recidivujícím výtokům z trepanačních dutin zejména v závislosti na zánětlivých onemocněních horních cest dýchacích. Konzervativní léčbou se zpravidla daří tyto exacerbace zvládnout. Jen asi u 5 % nemocných přetrvávající sekrece vyžaduje další revizi, nejčastěji pro recidivu cholesteatomu.

Literatura

1. GOODHILL, V.: Ear diseases, deafness and dizziness. Hagerstown, Harper and Row 1979. 781 s.
2. HYBÁŠEK, J.: K názvosloví operací prováděných na středoušních dutinách a na převodním ústrojí při vleklých zánětech a pozánětlivých stavech. Čs. Otolaryng., 6, 1957, č. 3, s. 154–161.

Klíčová slova: Chronické středoušní záněty; Sanační operace středního ucha a mastoidního výběžku.