

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО

Зав.кафедры: Шнякин П.Г.

Реферат
Лечение вестибулярных шванном: Общие
параметры

Выполнил: врач-ординатор
Горбушин Антон Константинович

Красноярск
2018

Лечение доброкачественных поражений в такой деликатной области как мосто-мозжечковый угол, требует от нейрохирургов дальнейшего совершенствования. Более того, у некоторых пациентов, одноэтапная хирургия ведёт не только к постоянству вылечивания, но и к полноте нормального качества жизни, что возлагает на нейрохирургов дальнейшие надежды.

Всё ещё не так хорошо ясно, как различные симптомы, продолжительность их, и последовательность развития, коррелируют с размером и распространённостью опухоли или с действительным объективным поражением краниального нерва. Анализ этих эпидемиологических аспектов необходим перед формулировкой оптимального диагностического и лечебного протокола. Оценка хирургического лечения 125 случаев невринома слухового нерва даёт возможность детального изучения клинических методов лечения в течение 2 лет.

Пациенты и методы.

С 2001 по 2003гг., субокципитальный доступ был использован для удаления 125 ВШ у 120 пациентов в нейрохирургической клинике International Neuroscience Institute Hannover. Данное исследование фокусировано на клинической оценке, что было основано на тщательном изучении историй болезней пациентов и субъективных жалоб по следующим критериям: 1) общее состояние здоровья, 2) вовлечение краниальных нервов, 3) вовлечение мозжечка и мозга, 4) длительность и последовательность симптомов. Мы также рассмотрели объективные данные, такие как результаты неврологического исследования, распространённость опухоли, как обнаружено при радиологических исследованиях, и аудиометрических тестов.

Размеры опухолей измерялись в аксиальной поверхности, включая интра- и экстрамееатальную распространённость. Опухоли более чем 30 x 20 mm оценены как маленькие. Распространённость опухоли описана следующим образом: T1, чисто интрамееатальная; T2, интра-экстрамееатальная; T3a, заполняющая мосто-мозжечковую цистерну; T3b, достигающая ствола мозга; T4a, сдавливающая ствол мозга; T4b, грубо дислоцирующая и сдавливающая ствол мозга и IV желудочек.

Исследование слуха проводилось до операции и 1-2 недели после операции в каждом случае; у 44% пациентов тесты проводились в ЛОР-клинике Medizinische Hochschule Hannover, у 40% в ЛОР – отд. Nordstadt-Krankenhaus, Klinikum Hannover, и у 16% в других больницах. Тесты состояли из чистых тоновых аудиogramм во всех случаях и шепотной речи у 76% пациентов.

Все данные, такие как симптомы пациентов, развитие симптомов, длительность каждого симптома, спецификация стабильности симптома, неврологические признаки, и распространённость опухоли, были собраны вместе. Корреляции между субъективными симптомами, неврологическими признаками, и размером, распространённостью опухоли были анализированы.

Результаты.

Анализ распространённости опухолей показал, что 3% опухолей относились к классу T1; 17%-к классу T2; 44%-к классу T4. 51% опухолей были локализованы справа и 49% - слева. Длина и ширина опухолей были значительно различны среди классов распространённости опухолей от T1 до T4, со средним значением длины и ширины 11 x 8 mm при опухолях интраканаликулярной распространённости (класс T1); 21 x 15 mm при опухолях интра-экстраканаликулярной распространённости (класс T2); 31 x 23 mm при заполняющих цистерну опухолях (класс T3); и 45 x 38 mm при сдавливающих ствол мозга опухолях (класс T4). Возраст больных колебался от 11,1 до 87,6 лет. Средний возраст составил 46,3 лет. Возрастное распределение показало обратную линейную корреляцию для распространённости и размеров опухоли. Пациенты с большими опухолями были симптоматичны в 44,4 лет, тогда как пациенты с интрамееатальными опухолями были в возрасте 48,9 лет к моменту операции. Средний возраст больных женского пола был выше, чем у мужчин (47,6 против 45,2 лет), хотя это не было статистически значимым. У 7 пациентов была уже проведена операция в других клиниках. 4 пациента были уже подвергнуты биопсии, без неврологических изменений и переведены к нам, 3 больных были оперированы с субтотальным удалением опухоли от 1 месяца до 3-х лет до этого времени. 11 больных потеряли функцию лицевого нерва.

Влияние размеров и распространённости на симптоматику.

Симптомы при маленьких и больших опухолях оказались значительно различными. (Wilcoxon test, $P < 0.01$). При маленьких опухолях, средний возраст больных был значительно выше, длительность тригеминальной гипостезии была короче, длительность субъективной глухоты была короче, длительность головокружения была меньше ($P < 0,05$), длительность тиннитуса была дольше, и субъективная длительность снижения слуха была одинаковой при маленьких и больших опухолях. Симптомы развивались в зависимости от распространённости опухоли. Возникновение всех симптомов было положительно коррелировано с уровнем распространённости опухоли. Однако, длительность гипоакузии не показала какой-либо линейной корреляции с уровнем опухолевой распространённости. Только длительность тиннитуса показала обратную корреляцию, с меньшей продолжительностью симптомов при больших опухолях.

Сравнение симптомов в зависимости от дооперационной функции слуха.

Большинство клинических параметров показали специфическую корреляцию с функцией слуха и статистически важные различия у пациентов с дооперационной глухотой или снижением слуха, т.е. средний возраст был выше, длительность и встречаемость симптомов были выше, чем у глухих. Средний возраст был ниже у

пациентов с хорошим дооперационным слухом и увеличился с дооперационным ухудшением слуха; средний возраст 45,7 лет был выявлен у слышащих и 49,5 лет у глухих пациентов ($P < 0,01$). Средние размеры (длина и ширина) опухоли были больше также у слышащих больных (31,3/24,2 mm), но значительно большие опухоли встречались у глухих пациентов ($P < 0,01$). У больных с дооперационной глухотой более часто были обнаружены нарушения баланса; патологические вестибулярные тесты, головные боли, и вовлечение п. trigeminus; продолжительность слухового симптома была больше. Только исключением были: длительность головных болей или гипоестезия оказались короче у дооперационно-глухих пациентов, т.е. если глухота и/или вестибулярные симптомы встречались чаще и в течении длительного периода, то симптомы как головные боли и тригеминальная гипоестезия вызывались более относительно и были терпимы в более короткие периоды.

Эти эпидемиологические характеристики выявили два момента. Определённые параметры проявляли себя согласно ожиданиям клиницистов. Например, пожилой возраст пациентов, плохие функции слуха и лицевого нерва до операции. Большие размеры опухоли, плохие функции слухового, лицевого и тройничного нервов и чаще встречаемость нарушенных функций. Однако, вопреки ожиданиям, средняя длительность гипоестезии была одинаковой при всех размерах опухолей и их распространённости, средняя длительность гипоестезии также была одинаковой при всех размерах и распространённости опухолей (классы T2, T3 и T4), средняя длительность тиннитуса была дольше, чем размеры опухоли и распространённость уменьшалась в размерах.

Дополнительно, обратная корреляция была обнаружена в возрасте больных и распространённостью опухоли у молодых пациентов. В заключении, если возраст коррелируется с нарушением слуха, но обратно коррелировал с размерами опухоли, много больших опухолей должно быть найдено у молодых пациентов с хорошим слухом.

Жалобы больных были оценены у 105 из 120 пациентов; частичные данные встречаемости симптомов были в наличии у 15 пациентов, но ненадёжность памяти больных или предыдущая операция где-нибудь (у 22 пациентов) привели к исключению некоторых данных. Некоторые общие жалобы больных и неспецифические симптомы не привели явно к диагностике. Головные боли, более часто в затылочной области, отмечались у 12,2% пациентов; головные боли были описаны как совсем различные, чем раньше и давали повод для обращения к врачу. Тошнота, рвота, нарушение зрения и глотания, встречались с частотой 1-3%.

Заключение.

Большинство вестибулярных шванном диагностируются и подвергаются операции в среднем после 3,7 лет гипоестезии (3,6 лет у слышащих больных и 5,1 лет у глухих); встречаемость 95%. У пациентов с хорошим дооперационным слухом возраст меньше и увеличивается с дооперационным ухудшением слуха; средний возраст 45,7 лет у больных, кто слышал до операции и 49,5 лет у глухих. 16% пациентов испытывают некоторые эпизоды острого нарушения слуха, ведущего к постоянной глухоте у 1/5 из них.

Литература:

1. Махмудов У. Б., Шиманский В. Н., Таяшин С. В., Мурусидзе Н. А. Ретросигмовидный субокципитальный доступ. ЖУРНАЛ "ВОПРОСЫ НЕЙРОХИРУРГИИ" им. Н.Н. БУРДЕНКО.-2001.-N3.-С.25.
2. Гусев Е.И., Бурд Г.С., Никифоров А.С. Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни. М.: Медицина, 1999.-880 с.
3. Кемпбелл Д., Спенс А.А. АНЕСТЕЗИЯ, РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ: Пер с англ.- М.: Медицина, 2000.- 264 с.: ил.
4. Schulz-Stuebner S, Schmutzler-Baas A. Neurochirurgische Intensivmedizin. Schattauer Stuttgart New York, 2001.- 417pp.
5. Graamans K, Van Dijk JE, Janssen LW. Hearing deterioration in patients with a non-growing vestibular schwannoma. Acta Otolaryngol 2003; 123: 51-4.
6. Samii M, Matthies C: [Acoustic Neurinomas Associated with Vascular Compression Syndromes](#). Acta Neurochir (Wien) 135 (1995) 3-4, 148-154.
7. Charabi S, Tos M, Thomsen J, et al (Gentofte Univ, Hellerup, Denmark). [Vestibular Schwannoma Growth: The Continuing Controversy](#). Laryngoscope 2000;110: 1720-1725.
8. Karpinos M, Teh BS, Zeck O. Treatment of acoustic neuroma: stereotactic surgery vs. microsurgery. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2002; 54(5): 1410-21.
9. Yamakami I, Uchino Y, Kobayashi E. Prognostic significance of changes in the internal acoustic meatus caused by vestibular schwannoma. Neurol Med Chir (Tokyo): 2002; 42(11): 465-70.
10. Roland PS, Eston D. Stereotactic radiosurgery of acoustic tumors. Otolaryngol Clin North Am 2002; 35(2): 343-55.
11. Moller P, Myrseth E, Pedersen PH. Treatment of acoustic neuroma. Tidsskr Nor Laegeforen 2002; 122(15): 1467-70.
12. Lassaletta L, Fontes L, Melcon E. Is hearing preservation feasible with the retrosigmoid approach? Acta Otorrhinolaringol Esp 2002; 53(4): 247-51.
13. Biggs ND, Ramsden RT. Gaze-evoked tinnitus following acoustic neuroma resection: a deafferentation plasticity phenomenon? Clin Otolaryngol 2002; 27(5): 338-43.
14. Darrouzet V, Hilton M, Pinder D. Prognostic value of the blink reflex in acoustic neuroma surgery. Otolaryngol Head Neck Surg 2002; 127(3): 153-7.

15. Maurer J, Frommelt T, Mann W. Vestibular function after acoustic neuroma removal with preservation of one branch of the vestibular nerve. *Otol Neurotol* 2002; 23(5): 749-54.