

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Fül-orr-gégeklinika
(igazgató: Lampé István dr. egyetemi tanár)

Fültumorok a DOTE Fül-orr-gégeklinika 10 éves beteganyagában

SZÜCS JÁNOS dr., JÓKAY ISTVÁN dr., NAGY TIBOR dr. és LAMPÉ ISTVÁN dr.

Közlésre érkezett 1986. június 11.

Szerzők a DOTE Fül-orr-gégeklinikán 1972—82 között észlelt 82 fültumoros (54 malignus, 28 benignus) esetük retrospektív felmérésének tapasztalatairól számolnak be. Részletesen tárgyalják az anyagukban előfordult 65 fülkagyló, 8 hallójárat, 4 fülkagyló és hallójárat, 3 dobüreg és hallójárat, valamint 2 dobüreg daganatos esetüknél alkalmazott terápiás gyakorlatot és eredményeket. Megállapítják, hogy a külsőfül daganatos elváltozásainak terápiájában az esztétikai szempontokat is figyelembe vevő sebészi, a középfül malignus tumorainak kezelésében pedig az irradiációval kiegészített sebészi kezelésnek van elsődleges szerepe.

A fül daganatos megbetegedései viszonylag ritkák. A szervezetben előforduló *malignus tumorok* közül mindössze 10—15% esik a fülre [4]. Bőrgyógyászok adatai alapján a *bőrdaganatok* 90%-a a fej—nyak régióban található, és az összes bőrtumor kb. 6%-a lokalizálódik a fülre [5]. Graf, Paparella és Shumrick szerint a *fültumorok* kb. 85%-a fülkagyló, 10%-a hallójárat és 1—5%-a középfüldaganat [8, 14].

A füldaganatok *etiológiai* tényezőit illetően is csak feltételezések vannak. A fülkagyló és hallójárat daganatainak kialakulásában szerepe lehet különféle krónikus kémiai, fizikai és mechanikai hatásoknak. Kifejlődhetnek krónikus nap- és szélhatás, infekciók, ekzema, psoriasis és irradiált bőr talaján is. A középfüldaganatok kialakulásában valószínű, hogy a tumor a krónikus középfülgulladásal járó gennyedés talaján, metaplázia útján alakul ki [1, 2, 3, 14].

A füldaganatok okozta *panaszok és tünetek* nagyon eltérőek, ill. igen változatosak lehetnek, ezért a bajmegállapítás módja is különböző. A fülkagyló és hallójárat bemenet daganatának diagnosztizálása viszonylag könnyű. A hallójárat belső részének és a dobüreg daganatainak korai észlelése és kórismézése már korántsem mindig ilyen egyszerű. Ismétlések helyett ezúttal *Becske, Kishonti* és *mtsai* cikkeire hívjuk fel a figyelmet [2, 3, 11]. Egyetértünk a fenti szerzőkkel abban is, hogy a diagnózis alapja a próbaexcísió (szükség esetén akár ismételten is), ill. a szövettani vizsgálat eredménye.

A *terápiás tervet* és a beteg gyógyulási esélyeit is több tényező befolyásolja: a tumor szövettani típusa, lokalizációja, kiterjedtsége, környezethez való viszonya, és nem utolsósorban a beteg életkora, valamint általános állapota.

A füldaganatok *kezelése* során *elsősorban sebészi* megoldások jönnek szóba. A középfül és hallójárat malignus tumorai, valamint a kiterjedt metasztatizáló fülkagyló daganatok eseteiben fő cél a radikalitás. A fülkagyló jóindulatú és kisebb kiterjedésű malignus daganatainak műtéteinél azonban az ablaszticitásra törekvés mellett esztétikai szempontok is fontosak lehetnek.

Irradiációs kezelés a fülkagyló és a hallójárat bemenetében levő, csontot nem érintő malignomáknál alkalmazható eredménnyel ha a tumor nem érinti a porcot, ill. a pericondriumot és legnagyobb átmérője kisebb mint 1/2—1 cm [2].

*DOTE Fül-orr-gégeklinika
4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98

Prae-, vagy postoperatív irradiatio főleg a középfül daganatainál jön szóba, mint kiegészítő kezelés [2, 11].

Csak citosztatikus kezelést a fülkagyló, a hallójárat és a dobüreg rosszindulatú daganatainak kezelésére nem tartjuk eredményesen alkalmazható eljárásnak.

Anyag és módszer

Közleményünkben a DOTE Fül-orr-gégeklinikán 1972—82 között észlelt fültumoros eseteink retrospectív felmérésének tapasztalatairól kívánunk beszámolni. A 10 év alatt 82 füldaganatos beteget kezeltünk, melyből 54 malignus és 28 benignus elváltozás volt. Az 54 malignus daganat számszerint több, mint amennyiről egy-egy közleményben olvashatunk. *Becske* pl. 20 év alatt észlelt 36 külső- és középfültumoros beteg gyógyítása során szerzett tapasztalatairól számol be [2]. *Marfatia* 24 év alatt 57 esetről ír [13]. A feldolgozott anyagunkban 57 férfi és 25 nő szerepel. Az irodalomban is hasonló arányokról olvashatunk [3, 12]. Betegeink életkora 48 és 89 év között változott. Az átlagéletkor 68,5 év, tehát meglehetősen magas. A 82 fültumoros esetünk szövettanát és az elváltozás lokalizációját táblázattal demonstráljuk (*I. táblázat*).

I. táblázat
Fültumorok szövettani megoszlása lokalizáció szerint

Lokalizáció	cc. planocell.	cc. basocell.	sarcoma	jóindu- latú tumorok
Fülkagyló	22	24	—	19
Hallójárat	2	1	—	5
Hallójárat + dobüreg	3	—	2	—
Fülkagyló + hallójárat	—	—	—	4

A rosszindulatú daganatok közül anyagunkban is vezető helyen áll a planocellularis cc., megelőzve a basocellularis cc.-t [6]. A táblázatban — a nagy szórás miatt — nem tüntettük fel részletezve a benignus elváltozások szövettanát. Ezek között előfordult angiofibroma, haemangioma, lymphangioma, keloid, chondrodermatitis nodularis helicis, keratosis solare, cornu cutaneum, nevus pigmentosus, keratoacanthoma és osteoma.

A malignus fültumorok eseteiben klinikánkon alkalmazott terápiás gyakorlatot táblázatban foglaltuk össze (*II. táblázat*). Lokalizáció szerint 65 fülkagylót, 8 hallójáratot, 4 fülkagylót és hallójáratot egyaránt érintő, 3 hallójáratot és dobüreget is érintő, valamint 2 dobüregi tumort észleltünk és kezeltünk.

A 65 fülkagyló daganat közül 12 a retroauricularis, 7 a praeauricularis regioira is ráterjedt. E tumorok sebészi megoldásakor az ablaszticitásra és a keletkezett bőrdefectus együlésben történő pótlására törekedtünk. A bőrpótlásra szabad, vagy nyeles lebenyeket használtunk. Fülkagyló parciais resectiot 42 esetben, teljes eltávolítást 4 esetben végeztünk. Az utóbbiak közül egy esetünkben a nyaki metastasisok miatt, blockdissectiot végeztünk, majd postoperatív cobalt irradiatiót alkalmaztunk.

II. táblázat
Malignus fültumorok terápiás szempontjai klinikánkon

Lokalizáció	Terápia
Fülkagyló	excisio és/vagy szabad lebeny/nyeles lebeny — sz. e. nyaki blokk dissectio és Co-irradiáció
Hallójárat	excisio, nyeles lebeny
Hallójárat + dobüreg	radikális műtét postop. Co-irradiáció
Fülkagyló + hallójárat	excisio, nyeles lebeny
Recidiv tumorok	reoperáció, Co-irradiáció, citosztatikum

Hallójárat daganat 8 esetben fordult elő. Ezek közül 5 esetben elégségesnek bizonyult a tumor excisioja és a hiány nyeles lebennyel való fedése. Egy esetben a hallójárat képzést szabad lebennyel próbáltuk megoldani. E próbálkozásunk eredménytelennek bizonyult és végül is nyeles lebenyt alkalmaztunk sikerrel. Két esetben a tumor a hallójárat hátsó csontos falára is ráterjedt. Ezeknél radicalis fülműtétet végeztünk.

A *fülkagylót és hallójárat*-bemenetét egyaránt érintő 4 esetben a tumor eltávolítása utáni bőrhiányt szintén nyeles lebennyel pótoltuk. A nyeles bőrlebenyeket a praeauricularis regioról, vagy retroauricularisan a fossa retromandibularis területről készítettük. A retroauricularis lebenyeket a fülkagylón áthatoló metszésen (nyíláson) keresztül vezettük (bújtattuk) a hallójárat bemenetébe.

A *dobüreget és hallójáratot* is érintő 5 esetben radicalis fülműtétet és postoperatív Co. irradiatiót alkalmaztunk. Recidiva esetén citostatikus kezelést végeztünk a Molinari séma szerint (Vincristin, Bleomycin, Methotrexate).

Külön kívánunk említést tenni arról a 3 betegünkről, akiknél típusosan *glomus jugularisra* utaló tüneteket észleltünk. A műtéttel járó kockázatot két paciensünk nem vállalta. Ezeknél teljes tumordózisú Co. irradiatiót alkalmaztunk (50 Gy). A harmadik paciensünknél radicalis fülműtétet végeztünk, majd postoperatív Co. irradiationban részesítettük.

Betegeink túlélési adatai

A *fülkagyló* 46 rosszindulatú daganatos esetből 29 paciens sorsát tudtuk követni. Közülük 26 öt év után is tumormentes. Három esetben, 7—9 hónap múlva jelentkezett recidiva. A reoperációt követően ezek az eseteink is daganatmentesek már 3 éve.

A *hallójárat* 3 malignus tumorból két eset ötödik éve daganatmentes. Egy esetben jelentkezett recidiva, de a reoperációt követően ez az esetünk is már 3,5 éve daganatmentes.

A *hallójárat és dobüreget* is érintő 5 malignus esetből 1 élte meg az ötödik évet. Nála egy esetben (1,5 év múlva) reoperációt végeztünk és ismételt Co. irradiációban részesült. Ezt követően két év múlva az előrehaladott recidiva

miatt citostatikus kezelést alkalmaztunk. Két másik paciensünket a 3. évben veszítettük el. A két középfül sarcomás betegünk 1 éven belül halt meg.

A glomus jugulare tumoros eseteink közül kettőnél 1,5—2 év óta nem észlelünk progressziót. Annál a paciensünkön pedig, akinél radicalis fülműtét és Co. irradiatio történt, 6 éve nem tapasztalunk tumor recidivát.

Megbeszélés

A külső és középfül daganatos megbetegedései szerencsére nem túl gyakoriak. A diagnózis felállításához az elváltozás szövettani vizsgálatát alapvető követelménynek tartjuk. A terápiás tervet minden esetben egyénileg mérlegelve kell elkészíteni. A fül daganatos megbetegedéseinek kezelésére a sebészi megoldásokat részesítjük előnyben. A műtéti megoldások alapelvének a radicalitást tartjuk, de a fülkagyló és hallójárat bemenetének tumorainál esztétikai szempontok is szerepet kapnak.

A malignus fültumorok terápiás eredményeit a daganat elhelyezkedése is döntően befolyásolja. *A fülkagyló és hallójárat* bemenetének tumorainál kedvezőek a terápiás tapasztalataink és eredményeink. *A dobüregi és hallójárat* belső részének tumorainál viszont nagyon kedvezőtlenek a tapasztalataink. A szerzők többsége is hasonló kedvezőtlen terápiás eredményről számol be. Ezért többen a radicalis fülműtétnél kiterjesztettebb műtéti megoldásokat (ostemporale resectio, pyramidectomia) ajánlanak [1, 3, 7, 9, 10, 11, 15]. Betegeik túlélési eredményeit azonban még így is igen kedvezőtlennek tartják [2, 3]. E kiterjesztett radikalitású műtétek létjogosultságát megfelelő indicatio alapján mi sem vitatjuk.

A radicalitást illetően mi a *mértéktartó radicalitás* elvét valljuk. Technikailag ugyanis majdnem mindent meg lehet operálni, ez azonban nem jelenti azt, hogy mindent operáljunk is meg. Olyan idős, vagy rossz általános állapotban lévő betegnél, aki technikailag ugyan operabilis, de jó prognózis nem remélhető, és akinél egy heroikus beavatkozással is csupán néhány héttel, vagy hónappal nyerhetünk többet mint részletbeavatkozásokkal (radicalis fülműtét, irradiatio, cytostatikum) a kímélőbb beavatkozást tartjuk humánusabbnak.

IRODALOM: 1. *Arena, S.*: Tumor Surgery of the Temporal Bone. The Laryngoscope 86, 645—670 (1974). — 2. *Becske M.*: A külső és középfül malignus tumorairól. Fül-orr-gégegyógy., 21, 185—189 (1975). — 3. *Becske M.*: Conley-műtéttel szerzett tapasztalataink. Fül-orr-gégegyógy., 31, 156—164 (1985). — 4. *Bradley, W. H. and Maxwell, J. A.*: Neoplasm of the Middle Ear and Mastoid, Report of 54 cases. The Laryngoscope, 64, 533—553 (1954). — 5. *Conley, J. J. and Novack J. A.*: The Surgical Treatment of Malignant Tumours of the Ear and Temporal Bone. Arch. of Otolaryng. 71, 635—652 (1960). — 6. *Crabtree, J. A., Britton, B. H. and Pierce, M. K.*: Carcinoma of the external auditory canal. The Laryngoscope, 86, 405—415 (1976). — 7. *Derrick, J. H. W.* et al: Primary carcinoma involving the temporal bone: Analysis of twenty-five cases. The Laryngoscope, 90, 912—919 (1980). — 8. *Graf, K.*: in Berendes, Link, Zöllner: Hals-Nasen-Ohrenheilk. III/1. Thieme, Stuttgart. 963—982 (1965). — 9. *Hilding, D. A., and Greenberg, R.*: Surgery for Large Glomus Jugulare tumors. Arch. Otolaryngol. 93, 227—131 (1971). — 10. *Kenyeres M.*: A myocutan lebenyek fejnyaksebészeti alkalmazása. Fül-orr-gégegyógy., 27, 139—152 (1981). — 11. *Kishonti J., Gács Gy. és Bauer M.*: A nervus facialis involváló dobüregi chemodectoma. Fül-orr-gégegyógy. 31, 43—48 (1985). — 12. *Lewis, J. S. and Page, R.*: Radical Surgery for Malignant tumors of the Ear. Arch. Otolaryngol. 83, 114, 119 (1966). — 13. *Marfatia, P. I.*: Malignant Tumors of the Ear. The Laryngoscope 76, 1591—1601 (1966). — 14. *Paparella, M. M. and Shumrick, D. A.*: Otolaryngology II. 1363, 1980. — 15. *Smith, P. E.*: Menagement of Chemodectomas (Glomus Jugulare) The Laryngoscope, 80, 207—216 (1970).

Я. С ю ч, И. Й о к а и, Т. Н а д ь, И. Л а м п е : Ушные опухоли на 10-летнем материале ЛОР-клиники Дебреценского медицинского института

Авторы сообщают о результатах ретроспективного изучения 82 случаев опухолей уха (54 злокачественных, 28 доброкачественных), диагностированных за 10-летний период (1972—82 гг.) в Дебреценском медицинском институте. Они подробно обсуждают результаты терапии, примененной в 65 случаях опухолей ушной раковины, 8 случаях опухоли слухового прохода, в 4 случаях опухоли ушной раковины и слухового прохода, в 3 случаях опухоли барабанной полости и слухового прохода, а также в двух случаях опухолевого заболевания барабанной полости. Указывают, что в терапии опухолевых изменений наружного уха первичная роль принадлежит хирургическому лечению с учетом также и эстетических точек зрения, а в терапии злокачественных опухолей среднего уха первичная роль принадлежит хирургическому лечению, дополненному облучением.

J. Szűcs, I. Jókai, T. Nagy, I. Lampé: *Ear-tumours in patient-material of the E. N. T.-Clinic at Debrecen, during the last 10 years*

The authors give account of experiences getting with retrospective analysis on 82 patients suffering from ear-tumours (54 malignant, 28 benign), observed in the E. N. T.-Clinic at Debrecen, during the period of 1972—82. They discuss detailed the applied therapeutical practice and effects in 65 auricle-, 8 ear-channel-, 4 auricle and ear-channel-, 3 tympanic-cavity and ear-channel and, 2 tympanic-cavity tumour cases in their patient-material. It has been found, that in therapy of external ear-tumours, surgical procedures — regarding esthetical standpoints — have the priority, till malignant tumours of the middle-ear must be treated in a combined way: surgical and irradiative.

J. Szűcs, I. Jókai, T. Nagy und I. Lampé: *Tumoren des Ohres im 10-jährigen Krankengut der Debrecener Universitäts-HNO-Klinik*

Von 1972—82 wurden 82 Ohrtumoren (54 maligne, 28 benigne) behandelt. Verff. werten die Fälle retrospektiv aus. Sie berichten ausführlich über Therapie und Ergebnisse bei den Fällen unterschiedlicher Lokalisation: 65 Ohrmuschel, 8 Gehörgang, 4 Ohrmuschel und Gehörgang, 3 Mittelohr und Gehörgang, sowie 2 Mittelohrtumoren. Bei den Veränderungen des äusseren Ohres hat — unter Berücksichtigung der ästhetischen Aspekte — in erster Linie die chirurgische Behandlung, bei den Tumoren des Mittelohres die chirurgische und irradiative kombinierte Therapie den Vorrang.