

Joanna Marszał

Retrospektywna analiza pacjentów z porażeniem nerwu twarzowego
w Poznańskiej Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej

Streszczenie w języku polskim:

Obwodowe FNP stanowi najczęstszą neuropatię spotykaną w praktyce laryngologicznej. Może do niego dochodzić w przebiegu urazów, infekcji, chorób zapalnych, autoimmunologicznych, metabolicznych czy nowotworowych.

Celem głównym rozprawy doktorskiej była analiza pacjentów z obwodowym FNP leczonych w Klinice Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w latach 2015-2019. Cele szczegółowe pracy dotyczyły: zdefiniowania grup ryzyka, ścieżki diagnostycznej oraz objawów typowych dla wybranych jednostek chorobowych mogących przebiegać z obwodowym FNP, stworzenia algorytmu diagnostyczno-terapeutycznego ułatwiającego rozpoznanie i właściwe leczenie chorych z trwałym niedowładem oraz analizy wyników leczenia pacjentów z grupy badanej.

Szczegółową oceną objęto chorych z obwodowym FNP leczonych w oddziale, poradni przyklinicznej oraz laryngologicznej izbie przyjęć w latach 2015-2019. W przypadku dwóch unikalnych grup pacjentów (z MEO oraz z GPA) okres analizy wydłużono odpowiednio do dziesięciu i dwunastu lat. Metodyka pracy obejmowała retrospektywną analizę dokumentacji medycznej, kontakt telefoniczny z pacjentami oraz przegląd piśmiennictwa dotyczącego wybranych grup pacjentów.

W analizowanym okresie leczono 253 chorych z obwodowym FNP. Dominującą grupę stanowili pacjenci z porażeniem Bella (62%), chorzy hospitalizowani z powodu powikłanych infekcji usznopochodnych (15,8%) oraz nowotworów ślinianki przyusznej i kości skroniowej (15,4%). Szczególną uwagę zwrócić 4 grupy chorych, których analiza zaowocowała cyklem czterech publikacji stanowiących rozprawę doktorską.

W pierwszej pracy z cyklu przedstawiono 9 pacjentów z pourazowym FNP leczonych metodą dekompresji. Pełny powrót czynności FN (HBI) uzyskano u 2 pacjentów, satysfakcjonujący (HBII) u 4 kolejnych. U 2 chorych wynik był niezadowolający (HBIII i HBIV), u jednego z pacjentów porażenie pozostało trwałe (HBVI). Wiek pacjenta, mechanizm urazu, miejsce uszkodzenia nerwu oraz rozległość zabiegu nie miały wpływu na ostateczny rezultat terapii. Nie miał również znaczenia czas podjęcia leczenia - u pacjentek operowanych 10 oraz 13 tygodni od urazu uzyskano odpowiednio bardzo dobry (HBI) lub satysfakcjonujący (HBII) wynik.

W kolejnej pracy przedstawiono serię 6 pacjentów z FNP w przebiegu podostrego zapalenia wyrostka sutkowatego, które stanowiło pierwszy kliniczny objaw GPA. U 2 pacjentów wystąpiła szybka progresja choroby, która doprowadziła do zgonu. U 4 pozostałych chorych zaobserwowano stopniową poprawę słuchu oraz funkcji FN krótko po wdrożeniu terapii immunosupresyjnej. W pracy wykazano niedoskonałość kryteriów diagnostycznych dla GPA stworzonych w 1990 roku przez ACR w przypadku zlokalizowanej, usznej postaci choroby, podnosząc znaczenie kryteriów klasyfikacji ACR/EULAR z 2017 roku.

W trzeciej publikacji szczegółowo opisano 4 pacjentów z grupy 36 chorych z trwałym FNP, u których wstępnie rozpoznano porażenie Bella, stanowiące rewelator raka gruczołowo-torbielowatego płata głębokiego ślinianki przyusznej. W pracy przedstawiono algorytm pozwalający na uniknięcie błędów diagnostycznych u pacjentów z trwałym FNP. Uwzględnia on, pomijane w większości schematów, badanie MRI szyi z kontrastem oceniające płat głęboki ślinianki przyusznej.

Ostatnia praca z cyklu stanowi przegląd literatury anglojęzycznej z lat 1968-2022, obejmującej 23 artykuły z opisem 48 przypadków pacjentów z MEO i FNP leczonych metodą dekompresji oraz analizę tożsamego klinicznie pacjenta z materiału własnego. Jedynie u 11 chorych (23%) uzyskano pełny powrót funkcji FN, u 8 pacjentów (17%) poprawa była częściowa, w 24 przypadkach (50%) FNP pozostało trwałe. Leczenie chirurgiczne zastrzyżyło przebieg choroby u 1 pacjenta. U chorego z Kliniki, u którego wykonano pełną dekompresję FN, zaobserwowano częściową poprawę jego funkcji. W pracy przedstawiono rekomendacje dotyczące wskazań do dekompresji FN w MEO bazując na doświadczeniach płynących z różnych ośrodków.

Analiza czterech grup pacjentów z grupy badanej dostarczyła kilku istotnych wniosków. Pacjenci z pourazowym FNP, u których ze względu na ciężki stan ogólny nie można wykonać wczesnej dekompresji FN, mogą odnieść korzyść z odroczonego leczenia chirurgicznego. U chorych z utajonym zapaleniem wyrostka sutkowatego i FNP warto oznaczyć obecność c-ANCA na etapie kwalifikacji do leczenia chirurgicznego. Kryteria ACR/EULAR z 2017 roku stanowią użyteczne narzędzie diagnostyczne dla pacjentów ze zlokalizowaną uszną postacią GPA. Trwałe FNP może być rewelatorem nowotworu złośliwego zlokalizowanego w płacie głębokim ślinianki przyusznej, stąd ocena płata głębokiego ślinianki przyusznej za pomocą MRI powinna być włączona do standardowego protokołu diagnostycznego we wszystkich przypadkach trwałego FNP. Dekompresja FN jest bezpieczną procedurą u pacjentów z MEO i FNP i powinna zostać ujęta w rekomendacjach terapii MEO z FNP nieustępującym po włączeniu leczenia zachowawczego.

Joanna Marszał