

• Uvod • Dijagnoza • Prognoza

### Uvod

Otoskleroza je hronično obolenje koje se karakteriše progresivnom nagluhošću, najčešće obostranom, i zujanjem u ušima. Bolest nastaje uslijed fiksacije bazalne ploče stapesa u fenestri ovalis, bujanjem koštanog tkiva labirintne kapsule, iz nama još uvijek nepoznatih razloga.

Naziv »skleroza« potiče od Troitsch-a (1862), kojom je on nazvao sve progresivne naglušosti nepoznate etiologije. Sam izraz otoskleroza nema nikakve veze sa patološko anatomskim supstratom bolesti.

Naglušost je u početku konduktivna, ali vremenom zbog oštećenja labirinta postaje mješovita, da bi se završila kao teška perceptivna (labirintna) naglušost ili gluhoća.

Lermoyez-a je ovu bolest duhovito definisao: bolesnik ništa ne čuje, a ljekar ništa ne vidi. Ovo stoga, jer su promjene na labirintnoj kapsuli, a ne u srednjem uhu i na bubnoj opni.

### Dijagnoza

#### Anamneza

Anamnestički dobija se podatak da bolest počinje najčešće od puberteta, rijede ranije ili kasnije. Bolesnik se žali na progresivnu naglušost i zujanje u ušima. Bolje čuje u galami nego u tišini (paracusis Vilisii). Kod žena se javlja nešto češće i pogoršava se (ako se tada i ne javlja) u graviditetu ili laktaciji. Nema bolova niti curenja iz ušiju.

### Klinička slika

Nalaz otoskopski je potpuno normalan. Svi detalji na bubnoj opni se jasno raspoznaju. Bubna opna je normalne boje, ali katkad kroz nježnu bubnu opnu prosijava crvena sluznica promontorijuma (Schwartz-ov znak).

### Funkcionalno ispitivanje

Ispitivanjem sluha konstatujemo u početku konduktivnu naglušost. Ispitivanjem zvučnim viljuškama konstatuje se da bolesnik sla-bije čuje niske od visokih tonova. Weber ne lateralizuje, ako je bolest obostrana i simetrična, ali ukoliko je jednostrana i asimetrična Weber lateralizuje na bolesnu ili bolesniju stranu (ukoliko nije aficiran labi-rint). Rine je negativan, a Švabah je produžen.

Audiometrijsko ispitivanje pokazuje sniženje praga za vazдушnu provodljivost, a očuvanje praga za koštanu provodljivost.

Kasnije, ukoliko gubitak sluha više napreduje, sve više se po-goršava konduktivna naglušost, tako da ispitivanjem zvučnim viljuš-kama dobijamo sve jasniju sliku ove vrste oštećenja sluha, a audiometrijskim ispitivanjem sve veći pad vazdušne provodljivosti i sve veću koštanu rezervu. Oštećenjem labirinta pojavljuju se znaci mješovite, a na kraju i perceptivne naglušosti. Koštana provodljivost sve više slabi, koštana rezerva se smanjuje, tako da je na kraju koštana provodljivost ili u nivou vazdušne provodljivosti ili je uopšte nema.

Bolest se završava teškom perceptivnom nagluhošću sa svim njenim karakteristikama.

Za dijagnozu otoskleroze bitno je ustanoviti fiksaciju stapesa, jer samo konstatovanje normalne bubne opne uz konduktivnu naglušost nije dovoljno za dijagnozu otoskleroze.

Gellee-ovim opitom možemo ustanoviti nepomičnost stapesa. Ozvučenu viljušku stavimo na mastoidni nastavak. Kad bolesnik čuje viljušku Politzer-ovim balonom komprimiramo vazduh u kanal i uko-liko poslije ovoga pacijent slabije čuje, znak je da je stapes pokretan, a ako nema razlike u čujnosti, stapes je nepokretan.

### Rtg ispitivanje

Snimak mastoida po Schuler-u pokazuje potpuno normalnu pneumatizaciju (ovo je važno, jer je kod timpanoskleroze poremećena pneumatizacija). U posljednje vrijeme postoje pokušaji da se rendgen-ski dijagnosticira otoskleroza.

Napretkom radiološke tehnike moguće je stratigrafskim snima-njem sa uveličanjem otkriti otosklerotično ognjište u fenestri i oko bazalne ploče stapesa.

Dijagnoza obolenja može se postaviti u svim ORL klinikama i ORL odjeljenjima gdje postoje uređaji za audiometrijsko ispitivanje sluha i mogućnost rendgenskog snima-nja piramide.

### Minimum za dijagnozu

- anamneza,
- lokalni otorino-laringološki pregled,
- ispitivanje sluha zvučnim viljuškama,
- audiometrijski i
- Gellee-ov pokus za fiksaciju stapesa.

Ukoliko je moguće dobra bi bila i upotreba rendgenskih snimaka u dijagnozi.

Prema Cawthorneu u diferencijalnoj dijagnozi treba isključiti: okluziju spoljnog ušnog kanala, perforaciju bubne opne, gnojna zapaljenja srednjeg uha, začepljenje Eustahijeve tube i razne vrste timpanoskleroze.

Katkad, kada je klinički, audiološki i radiološki sa sigurnošću nemoguće utvrditi uzrok naglušnosti, potrebno je eksploraciju kavuma timpani izvršiti operativnim putem. Ova intervencija, u cilju dijagnoze može se obaviti u ORL klinikama i ORL odjeljenjima gdje se vrše mikrohkirurški operativni zahvati.

### **Prognoza**

Obolenje je progresivno i završava se, ukoliko se ne lijeći, teš-kom obostranom nagluhošću ili totalnom obostranom gluhoćom.

Rad u buci iznad 80 dB dovešće do brže progresije, jer u ovak-vim uslovima na labirint štetno utiču dva faktora, ili još preciznije rečeno, na osetljivi i oštećeni labirint buka će brže nego obično dovesti do teške perceptivne naglušnosti.

Teško oštećenje sluha ili gluhoća su teški hendikep za boles-nikovu ličnost i na gluhoću se nadovezuju mnogi psihički i psihološki ispadi i defekti.

Ovakve teške naglušnosti i njene posljedice javljaju se obično kod ljudi u zrelijem i starijem životnom dobu, dok je kod mlađih ljudi bolest u početku i nema još uvijek teških posljedica.

Postoji mogućnost jedino hirurškog liječenja i ono je utoliko uspješnije, ukoliko se ranije obavi. Uspjeh je slab ili nikakav ako je došlo do teških promjena na unutrašnjem uhu.