

## **Доброкачественная идиопатическая кистозная хондромалиция ушных раковин**

Барциховский А.И., Орлов В.Г., Лихицкий О.М., Скичко С.В.

Винницкий национальный медицинский университет им.Н.И.Пирогова

(ректор - чл.-кор. АМН Украины, проф.В.М.Мороз;

зав.кафедрой ЛОР-болезней - д.м.н., проф.В.В.Кищук),

Винницкий областной клинический онкологический диспансер (главный врач – П.А.Одарченко), Винницкая центральная клиническая районная больница (главный врач – С.К.Щербатый)

Доброкачественная идиопатическая кистозная хондромалиция (эндохондральная псевдокиста) – достаточно редкое заболевание ушных раковин, мало известное в отечественной литературе. Псевдокисты ушных раковин характеризуются асимптоматическим, безболезненным, невоспалительным эластически флюктуирующим утолщением в области ладьи ушной раковины с накоплением вязкой соломенно-желтоватой жидкости внутри полости хряща, не покрытой эпителием [9]. Затяжное течение при неадекватной терапии может осложниться деформацией ушной раковины типа «цветной капусты» [11], депигментацией кожи, образованием рубцов [18].

Дифференциальную диагностику псевдокист необходимо проводить с заболеваниями различного генеза: 1) воспалительного (хондродерматит, рецидивирующий полихондрит, узелковый хондродерматит завитка, узелковый фасциит, хромомикоз); 2) опухолями (ангиосаркома, хондросаркома, гемангиома, хондрома, дермоидная киста, первичная внекостная цемента-оссифицирующая фиброма, фолликуло-себорейная кистозная гамартома, кератоакантома, плеоморфная аденома, злокачественная порома потовых желез); 3) травмами и их последствиями (гематома, келлоид, идиопатические эктопические оссификаты); 4) заболеваниями другого происхождения (кольцевидная гранулема ушной раковины, саркоидоз).

Этиология и патогенез эндохондральных псевдокист ушной раковины до сегодняшнего дня недостаточно изучены, однако их возникновение ассоциируется с рядом эндо- и экзогенных факторов [4, 7, 12]. Среди них можно выделить: врожденную дисплазию с хронической микротравмой [21], внутриродовую микротравму [1], зуд и расчесы при аллергических заболеваниях кожи (атопический дерматит [20], атопическую экзему [4]) или лимфоме [17], контурную регенерацию хряща по наружной поверхности отогематомы [20], сосудистые дисциркуляторные нарушения при ношении повязок [23], гормональные особенности [7].

С целью лечения эндохондральных псевдокист применяются разнообразные средства и методики: 1) аспирация содержимого псевдокисты шприцом [13, 19] или специальным

вакуумным аспиратором [22]; 2) пункция полости псевдокисты, аспирация ее содержимого с последующим длительным применением сдавливающей эластической повязки [16]; 3) аспирация содержимого и сдавливание структур псевдокисты специальными сдавливающими швами [15]; 4) рассечение псевдокисты, ее дренирование [13] и длительное применение давящей повязки [25]; 4) хирургическое иссечение одной стенки псевдокисты [2, 7] с перемещением кожного лоскута [5] и сдавливанием послеоперационного поля повязкой [24], специальными швами или проспособлениями [11].

С целью ускорения резорбции жидкости и облитерации эндохондральной полости дополнительно применяются различные препараты: изолированное системное применение кортикостероидов [6]; введение кортикостероидов в очаг [8]; введение в полость псевдокисты 50% трихлоруксусной кислоты [3].

Клиническим примером течения эндохондральной псевдокисты ушной раковины может служить случай заболевания 61-летнего мужчины, который "случайно" заметил утолщение правой ушной раковины. Через 1 месяц он обратился за медицинской помощью. При первичном осмотре наблюдается безболезненное, туго-эластически флюктуирующее при пальпации, покрытое неизменной кожей утолщение (до 12 мм) ладьевидной ямки правой ушной раковины. В анамнезе у больного наблюдается медикаментозная аллергия на анестетики. Общепринятое клиническое и лабораторное обследование не выявило существенных отклонений от возрастной нормы. При аллергологическом дообследовании *in vitro* (реакции ППН, РАЛ, тест Шелли, лейколизис) выявлено положительную реакцию на новокаин и слабо положительную на лидокаин.

При пункционной биопсии получено до 2 мл вязкой желтоватой жидкости без наличия атипических клеточных элементов. На ушную раковину наложена давящая повязка, после снятия которой на 3-и сутки наблюдалась реаккумуляция жидкости. Повторные пункции с местным применением кортикостероидов к полному излечению не привели – эндохондральная жидкость медленно реаккумулировалась.

Излечения удалось достигнуть путем применения модифицированной "deroofing technique", которая состояла в рассечении псевдокисты по задней поверхности ушной раковины, иссечении задней стенки псевдокисты, кюретаже хряща передней стенки, промывании полости 3% раствором перекиси водорода, прижигании поверхности полости спиртом. Послеоперационная рана ушита с дополнительным наложением 3-х матрацных швов сквозь место локализации псевдокисты. Между кожей и швами подложена марлевая прокладка, пропитанная раствором бриллиантового зеленого. В послеоперационном периоде проводилась смена асептической повязки с пропитыванием раствором бриллиантового

зеленого. Швы сняты на 9-е сутки. Больной принимал лоратадин в течение 10 суток. Рецидивирования на протяжении 3-х месяцев наблюдения не наблюдалось.

Таким образом, псевдокисты ушных раковин характеризуются асимптоматическим, безболезненным, невоспалительным эластически флюктуирующим утолщением в области ладьи с накоплением вязкой соломенно-желтоватой жидкости внутри полости хряща, не покрытой эпителием. Анамнестически, клинически и лабораторно в большинстве случаев выявить причину заболевания не удастся. Наиболее эффективным методом лечения является модифицированная "deroofing technique", описанная выше.

#### Литература.

1. Borroni G., Brazzelli V., Merlino M. Pseudocyst of the auricle. A birthday ear pull / Br. J. Dermatol.- 1991.- Sep; 125(3): 292.
2. Chang C.H., Kuo W.R., Lin C.H., Wang L.F., Ho K.Y., Tsai K.B. Deroofing surgical treatment for pseudocyst of the auricle / J. Otolaryngol.- 2004.- Jun; 33(3): 177-80.
3. Cohen P.R., Katz B.E. Pseudocyst of the auricle: successful treatment with intracartilaginous trichloroacetic acid and button bolsters / J. Dermatol. Surg. Oncol.- 1991.- Mar; 17(3): 255-8.
4. Devlin J., Harrison C.J., Whitby D.J., David T.J. Cartilaginous pseudocyst of the external auricle in children with atopic eczema / Br. J. Dermatol.- 1990.- May; 122(5): 699-704.
5. Harder M.K., Zachary C.B. Pseudocyst of the ear. Surgical treatment / J. Dermatol. Surg. Oncol.- 1993.- Jun; 19(6): 585-8.
6. Job A, Raman R. Medical management of pseudocyst of the auricle / J Laryngol Otol. 1992 Feb; 106(2): 159-61.
7. Kanotra S.P., Lateef M. Pseudocyst of pinna: a recurrence-free approach / Am. J. Otolaryngol.- 2009.- Mar-Apr; 30(2): 73-9.
8. Kim T.Y., Kim D.H., Yoon M.S. Treatment of a recurrent auricular pseudocyst with intralesional steroid injection and clip compression dressing / Dermatol. Surg.- 2009.- Feb; 35(2): 245-7.
9. Kopera D., Soyer H.P., Smolle J., Kerl H. "Pseudocyst of the auricle", othematoma and otoseroma: three faces of the same coin? / Eur. J. Dermatol.- 2000.- Aug; 10(6): 451-4.
10. Lim C.M., Goh Y.H., Chao S.S., Lim L.H., Lim L. Pseudocyst of the auricle: a histologic perspective / Laryngoscope.- 2004.- Jul; 114(7): 1281-4.
11. Lim C.M., Goh Y.H., Chao S.S., Lynne L. Pseudocyst of the auricle / Laryngoscope.- 2002.- Nov; 112(11): 2033-6.

12. Mohammed E., Jakubikova J., Plank L., Hapco M., Donovalova G. Bilateral pseudocyst of the auricle / Bratisl. Lek. Listy.- 2007; 108(10-11): 470-3.
13. Morales-Angulo C., García-Mantilla J. Auricular pseudocyst / Acta Otorrinolaringol. Esp.- 1998.- Oct; 49(7): 579-81.
14. Ng W., Kikuchi Y., Chen X., Hira K., Ogawa H., Ikeda S. Pseudocysts of the auricle in a young adult with facial and ear atopic dermatitis / J. Am. Acad. Dermatol.- 2007.- May; 56(5): 858-61.
15. Ophir D., Marshak G. Needle aspiration and pressure sutures for auricular pseudocyst / Plast. Reconstr. Surg.- 1991.- Apr; 87(4): 783-4.
16. Paul A.Y., Pak H.S., Welch M.L., Toner C.B., Yeager J. Pseudocyst of the auricle: diagnosis and management with a punch biopsy / J. Am. Acad. Dermatol.- 2001.- Dec; 45 (6 Suppl): S230-2.
17. Pereira F.C., Chinelli P.A., Takahashi M.D., Nico M.M. Bilateral pseudocyst of the auricle in a man with pruritus secondary to lymphoma / Int. J. Dermatol.- 2003.- Oct; 42(10): 818-21.
18. Salgado C.J., Hardy J.E., Mardini S., Dockery J.M., Matthews M.S. Treatment of auricular pseudocyst with aspiration and local pressure / J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.- 2006; 59(12): 1450-2.
19. Schmitt F., Tani E.. Fine-needle aspiration of idiopathic cystic chondromalacia (pseudocyst of the auricle): report of two cases / Diagn. Cytopathol.- 2000.- Sep; 23(3): 214-5.
20. Secor C.P., Farrell H.A., Haydon R.C. 3rd. Auricular endochondral pseudocysts: diagnosis and management / Plast. Reconstr. Surg.- 1999.- Apr; 103(5): 1451-7.
21. Stankevics D., Nielsen K.O. Two cases of auricular pseudocyst / Ugeskr. Laeger.- 2009.- Mar 9; 171(11): 907.
22. Supiyaphun P., Decha W., Kerekhanjanarong V., Hirunwiwatkul P. Auricular pseudocysts: a treatment with the Chulalongkorn University vacuum device / Otolaryngol. Head Neck Surg.- 2001.- Feb; 124(2): 213-6.
23. Takeda M., Tomita H., Goto N. Morphological characteristics of the auricular blood vessels related to idiopathic pseudocyst of the auricle / Auris, Nasus, Larynx.- 1990; 17(4): 199-210.
24. Tan B.Y., Hsu P.P. Auricular pseudocyst in the tropics: a multi-racial Singapore experience / J. Laryngol. Otol.- 2004.- Mar; 118(3): 185-8.
25. Zhu L., Wang X. Histological examination of the auricular cartilage and pseudocyst of the auricle / J. Laryngol. Otol.- 1992.- Feb; 106(2): 103-4.

**Резюме.** Доброякісна ідіопатична кістозна хондромаліяція (ендохондральна псевдокіста) вушних раковин характеризується асимптоматичним, безболісним, незапальним еластично флюктуючим потовщенням в ділянці ладьї з накопиченням в'язкої солом'янисто-жовтуватої рідини всередині порожнини хряща, не вкритої епітелієм. Анамнестично, клінічно і лабораторно в більшості випадків виявити причину зазворювання не вдається. Найбільш ефективним методом лікування є модифікована "deroofing technique".

**Ключові слова:** Доброякісна ідіопатична кістозна хондромаліяція вушних раковин. Ендохондральна псевдокіста вушних раковин.

**Резюме.** Доброкачественная идиопатическая кистозная хондромалация (эндохондральная псевдокиста) ушных раковин характеризуются асимптоматическим, безболезненным, невоспалительным эластически флюктуирующим утолщением в области ладьи с накоплением вязкой соломенно-желтоватой жидкости внутри полости хряща, не покрытой эпителием. Анамнестически, клинически и лабораторно в большинстве случаев выявить причину заболевания не удастся. Наиболее эффективным методом лечения является модифицированная "deroofing technique".

**Ключевые слова:** Доброкачественная идиопатическая кистозная хондромалация ушных раковин. Эндохондральная псевдокиста ушных раковин.

**Summary.** An auricular benign idiopathic cystic chondromalacia (endochondral pseudocyst) is an asymptomatic, noninflammatory cystic swelling with an accumulation of fluid within an unlined intracartilaginous cavity in region of the the scaphoid fossa of the anterior surface of the pinna. Optimal treatment is "deroofing" method (surgical excising of the cyst posterior cartilaginous leaflet with repositioning of the overlying skin flap with suturing under local anaesthesia).

**Key words:** auricular pseudocyst. Benign idiopathic cystic chondromalacia.