

Warsztaty tomografii komputerowej

ucho

1. obraz TK w granicach normy – rozległa pneumatyzacja kości skroniowych (93)
2. zwłóknienie przyśrodkowych części przewodów słuchowych zewnętrznych – pogrubienie tkanek miękkich ścian przewodów, włókniste czopy na błonach bębenkowych, widoczny fragment pogrubiałej błony bębenkowej prawej, brak radiologicznych cech przebytych zapaleń uszu środkowych (wyrostki sutkowate o budowie pneumatycznej)
3. obustronne, wysiękowe zapalenie uszu - częściowe zacinienie przestrzeni powietrznych kości skroniowych (77)
4. badanie kontrolne po założeniu obustronnego drenażu wentylacyjnego u pacjenta z przypadku nr 3 – całkowita regresja zmian (76)
5. ucho lewe – wysiękowe zapalenie ucha - całkowite zacinienie przestrzeni powietrznych (płyn), bez destrukcji kostnej, kieszonka epitympanalna (73)
6. ucho lewe – niespecyficzna patologiczna tkanka miękka wypełniająca całkowicie przestrzenie powietrzne kości skroniowej. Rozległe dehiscencje w tegmen tympani i antri obustronnie – po stronie lewej sugerujące bezpośredni kontakt zmian w uchu z jamą czaszki – śródoperacyjnie przepuklina mózgowa. Ubytki w ścianie kanałów półkolistych górnych. Kieszonka epitympanalna po stronie lewej. (87)
7. przewlekłe zapalenie ucha prawego – tympanoskleroza (71)
8. tympanoskleroza (504)
9. stan po operacji ucha prawego z powodu przewlekłego zapalenia: całkowite zacinienie przestrzeni powietrznych ucha z rozrzedzeniem struktury kostnej i destrukcją kości w okolicy jamy pooperacyjnej – ziarninowe zapalenie ucha powikłane zapaleniem kości (82)
10. zlewnie zapalenie wyrostka sutkowatego prawego
11. ostre zapalenie ucha powikłane ropniem nadtwardówkowym. Prawie całkowite zacinienie przestrzeni powietrznych obu kości skroniowych - tylko niewielka ilość powietrza widoczna w prawej jamie bębenkowej. Ubytek w tegmen antri po stronie lewej. Ropień nadtwardówkowy w okolicy skroniowej lewej(78)
12. stan po reosikuloplastyce ucha prawego z usunięciem ropnia nadtwardówkowego – duży ubytek tegmen tympani, przylegająca do ubytku kość o niższej gęstości, przestrzenie powietrzne ucha prawie całkowicie zacinione. Duża ilość powietrza w jamie czaszki. (90)
13. perlak epitympanalny w prawym uchu (79)

14. przewlekłe zapalenie ucha lewego – perlak epitympanalny z destrukcją scutum, penetrujący w kierunku zachyłka n. VII (60)
15. duży perlak epitympanalny ucha lewego niszczący scutum i dolną ścianę przewodu słuchowego zewnętrznego (95)
16. obustronny perlak: całkowite zacinienie przestrzeni powietrznych kości skroniowych z licznymi cechami destrukcji kostnej (63)
 - w uchu lewym: przetoka na kanale półkolistym bocznym, destrukcja scutum, łańcucha kosteczek, powiększenie jamy bębenkowej, ubytek w tegmen antri
 - w uchu prawym: destrukcja scutum, tegmen tympani oraz w łańcuchu kosteczek
17. stan po operacji radykalnej ucha lewego – olbrzymi perlak na promontorium zatykający ujście bębenkowe trąbki słuchowej, powodujący destrukcję kanału tętnicy szyjnej wewnętrznej, niszczący tegmen tympani, błędnik kostny oraz kanał nerwu VII w odcinku bębenkowym oraz w okolicy dołu kolanka (97)
18. stan po operacji ucha prawego - błona bębenkowa pogrubiała, wciągnięta w kierunku światła jamy bębenkowej. Niewielka ilość niespecyficznych, patologicznych mas o gęstości tkanek miękkich w górnej części jamy sutkowej, poza tym jama bębenkowa i sutkowa powietrzne. Duża, nieregularnego kształtu, gładko ograniczona zmiana o wzroście rozprężającym, niszcząca część skalistą kości skroniowej (piramidę z błędnikiem kostnym i przewodem słuchowym wewnętrznym, okolicę otworu żyły szyjnej i kanału tętnicy szyjnej wewnętrznej), sięgająca od podstawy czaszki, gdzie przylega do kłykcia potylicznego prawego aż do górnej krawędzi kości skroniowej - perlak. (56)
19. obustronny perlak wrodzony – nieregularna masa o gęstości tkanek miękkich przylegająca do części napiętej błony bębenkowej w UP, w UL perlak w zachyłku nadtrąbkowym (96)
20. perlak – nieregularne, o płatowatych zarysach masy o gęstości tkanek miękkich przyśrodkowo od łańcucha kosteczek, z destrukcją odnogi długiej kowadełka. Zacinienie kompleksu sutkowego. (68)
21. stan po operacji ucha prawego z powodu perlakowego zapalenia – jama pooperacyjna powietrzna, nie stwierdza się wznowy perlaka (98)
22. stan po operacji ucha lewego – wznowa perlaka mezotympanalnego w jamie pooperacyjnej z poszerzeniem hipotympanum (65)
23. perlak ścienny - automastoidektomia - erozja bocznych ścian: attyki, wejścia do jamy sutkowej oraz jamy sutkowej a także ściany tylny - górnej przewodu słuchowego zewnętrznego, z wytworzeniem rozległej jamy, z resztkową ilością tkanki miękkiej przyściennie - tkz łupiną perlakową wyściełającą ściany jamy. Poza tym wytworzona jama powietrzna. Częściowa destrukcja rękojeści i głowy młoteczka oraz prawie całkowita trzonu kowadełka. Odnoga długa kowadełka oraz strzemiączko widoczne (ciągłość łańcucha kosteczek zachowana). Resztki łańcucha kosteczek przemieszczone przyśrodkowo. Niewielka ilość niespecyficznej tkanki miękkiej zlokalizowanej między

resztką głowy młoteczka, kanałem n. VII a wyrostkiem ślimakowatym oraz w przednim zachyłku nadbębenkowym - może odpowiadać resztkowej macierzy perlaka. Poza tym jama bębenkowa powietrzna (zatoka bębenkowa i zachyłek n. VII wolne).

Erozja błędniaka kostnego na wysokości kanału półkolistego bocznego - nie można wykluczyć szczelinowatej przetoki. Odcinkowa erozja stropu jamy bębenkowej oraz sutkowej, bez widocznej w badaniu TK przetoki do środkowego dołu czaszki.

Część napięta błony bębenkowej pogrubiała, w zrostach z promontorium.

24. wada wrodzona ucha środkowego i wewnętrznego obustronnie: grube błony bębenkowe, szerokie trąbki słuchowe (zwłaszcza lewa), duże jamy bębenkowe z głębokimi zatokami bębenkowymi, głowy młoteczków ufiksowane w zachyłkach przednich attyki, kowadełka dysplastyczne, w bloku z młoteczkami, położone poziomo w zachyłkach nadbębenkowych. W uchu prawym strzemiączko prawidłowe, położone w miejscu typowym. W uchu lewym strzemiączko prawidłowe, w nieprawidłowym położeniu. Nietypowy przebieg części bębenkowej nerwu VII po stronie lewej (zbacza w kierunku światła jamy bębenkowej). Brak połączenia jamy sutkowej z bębenkową po stronie lewej. Brak jamy sutkowej po stronie prawej. Zachyłek nadbębenkowy po stronie prawej oddzielony w części górnej przegrodą kostną od jamy bębenkowej. Niepełny rozwój ślimaków, niedorozwój kanałów półkolistych. (64)
25. wada wrodzona ucha wewnętrznego pod postacią dysplazji przedsionka oraz kanałów półkolistych z ciężką postacią osyfikacji przestrzeni płynowych ślimaka (pierwotną lub wtórną) - prawie całkowita obliteracja przestrzeni płynowych ślimaka, z wyjątkiem okienka ślimaka oraz części zakrętu podstawnego ślimaka. Stopień wykształcenia ślimaka trudny do oceny. Bardzo niewielki dysplastyczny przedsionek, praktycznie bez przestrzeni płynowych. Kanały półkoliste dysplastyczne. Miniaturowe okienko owalne. Okienko okrągłe mniejsze niż po stronie przeciwnej. Wodociąg przedsionka oraz ślimaka prawidłowo wykształcony. Nieco szerszy przewód słuchowy wewnętrzny
26. lewostronna aplazja ślimaka ze zniekształceniem przedsionka. Niewykształcenie kanałów półkolistego bocznego i tylnego, dysplazja kanału półkolistego górnego. Hipoplazja przewodu słuchowego wewnętrznego (519).
27. W uchu lewym atrezja okienka przedsionka, hipoplazja okienka ślimaka, zmieniony przebieg n. VII, podejrzenie dysplazji strzemiączka i ufiksowania trzonu kowadełka do bocznej ściany epitympanum, miernie nasilone zmiany zapalne ucha środkowego i zewnętrznego - w badaniu TK nie można jednoznacznie wykluczyć małego perlaka epitympanalnego. Po stronie prawej oprócz bardziej bocznego ustawienia trzonu kowadełka zmian patologicznych w badaniu TK nie uwidoczniło.
28. Histiocytoza
29. w cieśni przewodu słuchowego zewnętrznego lewego dobrze ograniczona zmiana ogniskowa o gęstości tkanek miękkich, ze zwapnieniami na obwodzie – choristoma (503).
30. rak płaskonabłonkowy PSZ – inwazyjna masa w przestrzeniach powietrznych ucha z rozległą destrukcją kostną (509)

31. cholesterol granuloma szczytu piramidy po stronie lewej, z destrukcją kostną szczytu piramidy oraz pogranicza kości klinowej i potylicznej.(512)
32. nerwiak odcinka sutkowego nerwu VII z poszerzeniem części sutkowej kanału nerwu VII i destrukcją otaczającej kości (520)
33. poszerzenie odcinka błędnikowego kanału nerwu VII; poszerzenie dołu kolanka, destrukcja przylegających części kości skroniowej oraz bocznej części ściany kanału n. VII w odcinku bębnekowym – nerwiak wychodzący ze zwoju kolanka (516)
34. Kłębczak szyjno - bębnekowy
35. asymetryczne poszerzenie oraz destrukcja kostna otworu rylcowo –sutkowego prawego oraz odcinka sutkowego kanału nerwu VII – rozsiew nowotworu złośliwego ślinianki przyusznej drogą okołonerwową
36. stan po operacji guza kąta mostowo –mózdkowego z dojścia przez kość skroniową (translab) (511).
37. złamanie lewej kości skroniowej: szczelina złamania w łusce kości skroniowej, zwichnięcie w stawie młoteczkowo-kowadełkowym, częściowe zaciemnienie epitympanum i pojedynczych komórek wyrostka sutkowatego (100)
38. odmiana tylna podłużnego złamania lewej kości skroniowej – szczelina złamania przebiega przez kanał półkolisty przedni (532)
39. obustronnie rozległe ogniska otospongiotyczne – otoskleroza okienkowa i ślimakowa (500)
40. otoskleroza okienkowa i pozaokienkowa (510)
41. stan po operacji ucha lewego z założeniem metalicznej protezki. Proteza położona zbyt głęboko. Torbielowaty przedsionek z dysplazją kanału półkolistego górnego. (502)
42. choroba Pageta – kość skroniowa lewa, z wyjątkiem tylna – przyśrodkowej części wyrostka sutkowa tego – znacznie powiększona, przebudowana, o wyglądzie „matowego szkła”. Rozlane pogrubienie kości powoduje dość znaczną stenozę PSZ i w mniejszym stopniu PSW. Dyskretna demineralizacja torebki kostnej błędnika (505)
43. dysplazja włóknista
44. osteopetroza (choroba marmurowa kości) – widoczna uogólniona, wzmożona sklerotyczna przebudowa kości czaszki („kości kredowe”) – wybitnie sklerotyczne wyrostki sutkowate, mała jama bębnekowa i sutkowa. Zwężenie lewego okienka owalnego.
45. Anatomia MR – prawidłowy obraz mózgowia i piramid kości skroniowych, fizjologiczne wzmocnienie kontrastowe nerwów twarzowych w obrębie zwoju kolankowego, części bębnekowej i sutkowej, bez objawów klinicznych. Przerost tkanki chłonnej nosogardła

46. Anatomia MR, prawidłowe nerwy w PSW. Obustronne zapalenie ucha, z wysiękiem w prawej jamie bębnekowej i sutkowej, na tle zmian widoczne kosteczki słuchowe. W uchu lewym zgrubienia błony śluzowej wyrostka sutkowego
47. Wada rozwojowa ucha wewnętrznego obustronnie. Badanie TK i MR. Brak kanałów półkolistych. Wodociąg po stronie lewej granicznej szerokości. Obustronne wrodzone zarośnięcie okienek owalnych. Zmieniony przebieg odcinków bębnekowych nerwów twarzowych - nerwy twarzowe w niszy okienek owalnych obustronnie. Wąski kanał nerwu ślimakowego po stronie prawej, po lewej prawidłowy. Obustronne wpuklenie się kanału tętnicy szyjnej do przedniej części hypotympanum, zachowane blaszki kostne. Po stronie lewej lateralizacja i przodowanie zatoki esowatej. Masywne zgrubienia błony śluzowej prawej zatoki szczękowej. W badaniu MR: dobrze widoczne wodociągi przedsionka o przebiegu bardziej strzałkowym, lepiej widoczne niż w TK. Podejrzenie hipoplazji lub aplazji n. ślimakowego prawego, po stronie lewej obraz nerwów prawidłowy. Wydłużone tkanki kręgowo w lewym kacie mostowo-mózdkowym powodują ucisk rdzenia przedłużonego i dolnej części mostu na poziomie wyjścia nerwów VII-X.
48. Obustronna wada ucha wewnętrznego i środkowego. Badanie MR i TK. Wada ślimaka zbliżona do typu IP-II, w TK niewidoczne wrzecionko, w MR widoczna struktura wewnętrzna ślimaka. Hipoplastyczny przedsionek i nie wykształcone kanały półkoliste obustronnie. Okienko okrągłe po stronie prawej wypełnione przez wysoko położoną i przodującą opuszkę żyły szyjnej, wpukła się do jamy bębnekowej, zachowana blaszka kostna. Głowy młoteczków ufixowane do przednio-górnej ściany epitympanum obustronnie. Szeroka żyła wypustowa w tylnej części piramidy i wyrostka sutkowego obustronnie. Zarośnięte przewody słuchowe wewnętrzne w przedniej części dolnych kwadrantów, zarośnięte podstawy wrzecionek. Po stronie lewej możliwy wąski kanał nerwu ślimakowego. W MR przewody słuchowe wąskie, 2,5x3mm w części środkowej, wejście do przewodów 1,2mm w wymiarze pionowym. W lewym widoczny nerw twarzowy, w prawym dwa hipoplastyczne nerwy, wątpliwa obecność n. ślimakowego.
49. Torbiel epidermoidalna kąta mostowo-mózdkowego prawego. Badanie MR. Niejednorodny sygnał zmiany w sekwencji FLAIR, wysoki w T2, niski podobny do płynu w T1, wysoki w DWI, bez wzmocnienia kontrastowego
50. Torbiel pajęczynówki kąta mostowo-mózdkowego prawego, badanie MR. Niski sygnał w sekwencji FLAIR i DWI, wysoki jednorodny w T2.
51. Wzmacniająca się drobna zmiana ogniskowa w środkowej części przewodu słuchowego wewnętrznego lewego w MR – schwannoma. Przodowanie prawej zatoki esowatej.
52. Wzmacniająca się zmiana ogniskowa w głębokiej części przewodu słuchowego wewnętrznego prawego w MR – schwannoma.
53. Guz kąta mostowo-mózdkowego prawego – cechy schwannoma. Guz zajmuje zbiornik kąta i większą część przewodu słuchowego wewnętrznego. Silne wzmocnienie kontrastowe. Wzmacnia się nerw twarzowy w odcinku błędnikowym i nerw przedsionkowy górny. Guz uciska na konar środkowy mózdku i nieco na nerw trójdzielny w początkowym odcinku.

54. Podejrzanie schwannoma przedsionka ucha prawego. Wzmacniające się po kontraście ognisko w przedsionku, niski sygnał przestrzeni płynowej w tym miejscu. Dodatkowo - torbiel retencyjna w prawej zatoce szczękowej.
55. Guz lewego kąta mostowo-mózdkowego z wnikaniem do przewodu słuchowego wewnętrznego – cechy oponiaka. Szeroką podstawą łączy się z piramidą, tworząc kąt rozwarty, wzmocnienie opony w sąsiedztwie (dural tail), hiperostoza tylnej powierzchni piramidy w okolicy otworu słuchowego wewnętrznego.
56. Przerzut raka wątroby do szczytu piramidy po stronie lewej . W TK rozległe niszczenie piramidy. W MR masa naciekająca stok kości klinowej i zatokę jamistą, obejmuje kanał tętnicy szyjnej . Pośredni sygnał w T2, widoczne wzmocnienie kontrastowe i otaczanie tętnicy szyjnej wewnętrznej . Hipoplazja zatoki szczękowej po stronie prawej.
57. Podejrzanie zapalenia błędniaka ucha prawego, do różnicowania ze schwannoma. Niski sygnał przedsionka i częściowo kanałów półkolistych, z silnym wzmocnieniem kontrastowym. Torbiel retencyjna lewej zatoki szczękowej.
58. Zapalenie ucha wewnętrznego i środkowego. W MR obniżenie intensywności sygnału w sekwencjach T2 zależnych z przestrzeni przychłonkowych i śródchłonkowych błędniaka ucha lewego (kanały półkoliste prawie całkowicie bezsygnałowe). Na nie załączonych obrazach po podaniu kontrastu – wzmocnieniu uległa zawartość błędniaka oraz masy w obrębie ucha środkowego po tej stronie, łuska kości skroniowej, pogrubiały mięsień skroniowy i pozostałe zewnątrzczaszkowe tkanki miękkie w tej okolicy .