

Megbeszélés

A supraglotticus horizontalis gégeresecciót követő tápszonda-eltávolítás után a félrenyelés az első napokban gyakori jelenség. A teljes nyelési képtelenség azonban ritka. Ha a beteg nem tud megtanulni nyelni, két lehetőség marad, vagy a teljes gégeeltávolítás, vagy egyéb korrekció. Jelen esetünkben ezt a myotomia jelentette, ami igazolta elképzelésünket. Az irodalomban egyre több közlemény található a laryngectomia utáni hangprotézis implantációt követő, illetve a hangképzés helyreállítását célzó myotomiákról [1, 4, 5, 7]. Ezeket a beavatkozásokat a hangképzés javítása, a spasmus megszüntetése céljából végzik. Több közlemény jelent meg különböző betegségekkel (muscularis dystrophia, hypopharynx stenosis stb.) kapcsolatban végzett myotomiákról [2, 3, 6], horizontális gégeresecciót követő nyelési panasz megszüntetésére eredményesen végzett myotomiáról azonban nincs tudomásunk. Az ismertetett esetünk bizonyos arra, hogy ilyen panaszoknál is jó hatásfokkal végezhető a myotomia.

Irodalom

1. Chodosh, P. L., Giancarlo, H. R., Goldstein, J.: Pharyngeal myotomy for vocal rehabilitation postlaryngectomy. *Laryngoscope* 94, 52 (1984). — 2. Dayal, V. S., Freeman, J.: Cricopharyngeal myotomy for dysphagia in oculopharyngeal muscular dystrophy. Report of a case *Arch. Otolaryngol.* 102, 115 (1976). — 3. Duranceau, A. C., Janieson, G. G., Beauchamp, G.: The technique of cricopharyngeal myotomy. *Surg. Clin. North.* 63, 825 (1983). — 4. Mahieu, H. F., Annyas, A. A., Schutte, H. K., van der Jagt, E. J.: Pharyngo-oesophageal myotomy for vocal rehabilitation of laryngectomees. *Laryngoscope* 97, 451 (1987). — 5. Marco, A. J., Ruiz, F. M., Del Campo, J., Garcia, I., Gimenez, F., Palop, M.: Myotomy of the lower constrictor in total laryngectomy with phonatory prosthesis. *Acta Otorrinolaringol. Esp.* 40, 401 (Eng. Abstr.) (1989). — 6. Rabuzzi, D. D., Camp, H. L.: Repair of hypopharyngeal stenosis. *Arch. Otolaryngol.* 97, 256 (1973). — 7. Singer, M. I., Blom, E. D.: Selective myotomy for voice restoration after total laryngectomy. *Arch. Otolaryngol.* 107, 670 (1981).

Summary

BORONKAY, G., LICHTENBERGER, Gy., SÜVEGES, K.: *Myotomy to stop of swallowing disability, which developed after supraglottical horizontal laryngectomy*

The author writes about his own case, where the patient has been operated because of supraglottical cancer, which was spreading to the vallecula and tongue-root too and, the supraglottical horizontal laryngectomy must had been combined with tongue-root resection.

Subsequently, of removal of nasogastric feeding-tube, which was placed in situ after the operation, it was to observe first a swallowing aside, then a total disability of this function. The author has put an end of this problem with myotomy of the constrictor pharyngis muscle.

The patient is well and symptomfree 3 years after the operation and, his repast is untroubled.

Zusammenfassung

G. BORONKAI, GY. LICHTENBERGER, K. SÜVEGES: *Die operative Lösung einer Schluckunfähigkeit nach supraglottischer Horizontalresektion des Kehlkopfes mit der Myotomie*

Wegen eines supraglottischen Kehlkopfkrebses mit Übergreifen auf Vallecula und Zungenwurzel hatten die Verff. eine supraglottische Horizontalresektion mit Zungenwurzelresektion durchgeführt. Nach der Operation und der Entfernung der Nasogastrischen Nahrungsröhre war zunächst Aspiration, dann Schluckunfähigkeit aufgetreten. Diese konnte mit der Myotomie des M. Constrictor pharyngis behoben werden. Der Patient ist 3 Jahre nach der Operation symptom- und beschwerdefrei, er kann die Nahrung ungestört aufnehmen.

Debreceni orvostudományi Egyetem Fül-Orr-Gégeklinika
(igazgató: Lampé István dr., egyetemi tanár) és Gyermekklinika
(igazgató: Oláh Éva dr., egyetemi tanár)

(169—172)

Kenézy Gyula Kórház Fül-Orr-Gégeosztály (főorvos: Nagy Tibor dr.)

Acut epiglottitiszes esetek a DOTE beteganyagában (1986—1992)

JÓKAY ISTVÁN DR. *, NAGY TIBOR DR. ***,
LAMPÉ ISTVÁN DR., VITYI TAMÁS DR., NAGY
ANDREA DR. **

Közlésre érkezett: 1992. október 14.

Kulcsszavak: acut gyermekkori és felnőttkori epiglottitis, incidencia, prodromalis idő, terápia

A szerzők a DOTE Fül-Orr-Gégeklinika ill. Gyermekklinika adatai alapján áttekintést nyújtanak a kezelt gyermekkori ill. felnőttkori epiglottitiszes esetekről. 44 esetet dolgozva fel, a tanulmány összehasonlítja a fő tüneteket, a jelentkező betegek életkorát, az esetek szezonális megoszlását, kiemeli a különbségeket a diagnózis valamint a terápia terén.

Bevezetés

Az acut epiglottitisz jól és régóta ismert pathogenesise ellenére ma is közvetlenül az életet veszélyeztető betegség.

A kórképet 1941-ben Sinclair [15] írta le, lényege a Haemophilus influenzae B-típ. által okozott felsőlégúti gyulladás, amely gyorsan és progresszíven vezethet — különösen gyermekkorban — felsőlégúti obstrukcióhoz [1, 5, 6, 8, 9, 14]. Ez a rapid kialakulás és lefolyás az oka, hogy a kórokozó ismertsége ellenére hatékony antibiotikumok birtokában is aktuális probléma a gyors diagnózis és a megfelelő terápia [3, 4]. A betegség lényegéből adódó életveszély elhárításában nagy jelentősége van az időfaktoroknak, a tünetek első jelentkezésétől az intenzív kezelésig eltelt időnek. Ez az időfaktor még a jól szervezett egészségügyi ellátással bíró nagy városokban is nagy kockázati tényező, de gondoljuk csak el milyen gondot jelenthet a vidéki lakosság számára. Ez az oka, hogy nemcsak Magyarországon, hanem a tőlünk jóval fejlettebb egészségügyi kultúrával rendelkező országokban is visszatérő probléma az epiglottitiszes megfelelő ellátása [2, 12, 13].

A croup-szindróma egy csoportjaként jelentkező gyermekkori epiglottitiszes [11, 14] jobban ismertek úgy a lakosság, mint az orvostársadalom körében. A felnőttkori epiglottitiszes főleg a gégeszkek által ismert kórkép.

Jelen közleményünk célja a DOTE Fül-Orr-Gégeklinika ill. Gyermekklinika adatai alapján áttekinteni a gyermekkori és felnőttkori epiglottitiszes betegek főbb tüneteit, jelentkező betegek korát, szezonális megoszlását valamint a diagnózis és terápia fő kérdéseit.

Anyag és módszer

44 acut epiglottitiszes esetet dolgoztunk fel 1986—92 között. A felmérésben 28 felnőtt beteg szerepelt, akik a DOTE Fül-Orr-Gége klinikán feküdtek, valamint 16

epiglottitiszos gyermek, akik a DOTE Gyermekklinika intenzív osztályán álltak kezelés alatt.

Eredmények

A felnőtt betegek kor szerinti megoszlását nézve az esetek nagy számban fordultak elő a 30—40 és az 50—60 évesek között. A 28 felnőtt beteg életkora 18—71 év volt, átlag életkoruk 40,8 év.

A gyermekkori eseteknél a legtöbb megbetegedés a 30—40 hónap közöttieknél fordult elő. A vizsgált betegek életkora 13—55 hónap között mozgott. Átlag életkor: 32,75 hónap [11].

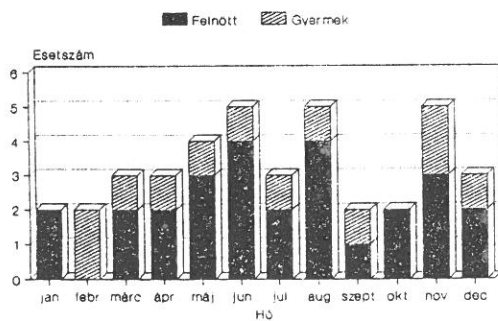
A nemek szerinti megoszlását tekintve a felnőttek esetében csekély mértékű női túlsúly látható (1:0,93) a gyermekekéknél a fiúk túlsúlya mutatkozott 1,4:1 arányban.

Az 1. ábrán a felnőtt és gyermekkori epiglottitiszos esetek megoszlását láthatjuk, az előfordulási maximum június, augusztus és november hónapokra esik [11].

Az I. táblázatban mutatjuk be a gyermekkori, az II. táblázatban a felnőttkori epiglottitiszos esetében a prodromális időt és ennek függvényében az alkalmazott kezelést [6]. A táblázatból kiderül, hogy még felnőttek esetében a légúti obstrukció mértéke csak egy esetben tett szükségessé tracheotomia elvégzését, addig a 16 gyermeknél 5 alkalommal történt tracheotomia. Nasotrachealis intubáció 4 esetben fordult elő. A prodromális idő felnőtteknél 1—2 órától 1 hétig terjedt, átlagban 1,7 nap volt; gyermekekéknél 2 órától 2 napig, átlagban 0,8 nap. Felnőtteknél a kórházban töltött idő 2—19 nap volt, átlagban 7,74 nap; gyermekekéknél 3—25 nap, átlagban 8,83 nap (2. ábra).

Felnőtteknél a leggyakoribb tünet a torokfájdalom (26 eset), ill. nyelési nehézség volt (18 eset) és mindössze 7 esetben fordult elő dyspnoe. Ezzel szemben a gyerekekéknél a dyspnoe a vezető tünet, stridor, láz, nyálfolyás, köhögés, rekedtség kíséretében. A diagnózis felállítása minden esetben alapvetően a klinikai kép alapján történt. Felnőtteknél az indirekt laryngoscopia, gyermekekéknél a nyelvlapoccal történő vizsgálat és az indirekt laryngoscopia megfelelő módszernek bizonyult. A vizsgált felnőtt beteganyagban haláleset nem fordult elő. A 16 gyermek közül egy exitált, a halál oka szív- és légzésbénulás, anoxiás encephalopathia volt. Egy esetben történt átmeneti légzésbénulás tracheotomia végzése során, de sikeres resuscitációt követően a gyermek maradványtünetek nélkül meggyógyult.

Epiglottitiszos betegek szezonális megoszlása.



1. ábra

I. táblázat

Az epiglottitiszos betegek kezelése a prodromális idő függvényében

	Felnőtt		
	< 8 óra	8 - 12 óra	>12 óra
Prodromális idő			
Esetszám	3	7	18
Obstructio	2	-	-
Csak gyógyszeres kezelés	3	7	18
Tracheotomia és gyógyszeres kezelés	1	-	-
Intubatio és gyógyszeres kezelés	-	-	-

Megbeszélés

Az akut felnőtt- és gyermekkori epiglottitiszos esetek gyakorisága függ az adott intézmény által ellátott terület nagyságától. Vizsgált anyagunkban évente átlag 3 gyermek és 7 felnőtt epiglottitiszos eset fordult elő. A betegek átlag életkora megegyezik az irodalomban is közölt adatokkal [10].

Lényeges különbség van a felnőttkori és gyermekkori epiglottitiszos kórlefolyásában. Gyermekekéknél az anatómiai viszonyoknak megfelelően hamarabb alakult ki teljes légúti

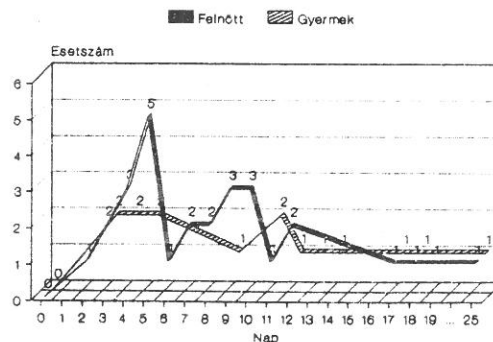
obstrukció, gyakrabban van szükség a légutak mesterséges biztosítására. Felnőtteknél az epiglottitisz gyakran phlegmonosusan beolvad és incizióra szorul. Ez csecsemő- és gyermekkortban csak ritkán válik szükségessé. Jellemző az akut epiglottitiszos gyermek testtartása, ábrázata. A gyermek inkább ül, szája nyitott, nyelve nyújtott, nyáladzik. Az inspirációs stridor mellett tachypnoe, bradycardia, orrszárnny légzés, epigastralis behúzóds, cyanosis észlelhető. A gyakori hányást a bunkószerűen megnagyobbodott epiglottisz garatfalat ingerlő hatása magyarázza. Az akut epiglottitisz gyógyszeres kezelésével kapcsolatban egységes az álláspont, főszerep az antibiotikumoknak jut, kiegészítve adjuváns terápiával. Gyakorlatunkban az Ampicillin, Di-Adreson F-Aquosum, Epinephrines aerosol terápiát alkalmaztuk az esetek többségében. A gyermekkori akut epiglottitiszos esetek 1—25%-ban különböző extraepiglotticus szövödmények is fellépnek. E szövödmények egyrészt a szisztémás bakterémiából adódnak (pneumonia, meningitis, nyaki lymphadenitis, septicus shock), másrészt a légúti obstrukcióból adódó cardiorespiratoricus komplikációk. Beteganyagunkban három esetben észleltünk pneumóniát.

A gyermekkori eseteknél a mesterséges légútbiztosítás módjáról megoszlanak a vélemények, bár irodalmi adat szerint egyre inkább elterjedt és sokak által ajánlott módszer a nasotrachealis intubatio [4, 17], mégis sok helyen ma is a tracheotomia a gyakorlatban elsődlegesen alkalmazott eljárás. Mindkét módszernek megvannak az előnyei és hátrányai egyaránt. A személyi feltételek megteremtése után a gyakorlatban az Atropin, Calypsol, Dormicum előkészítés utáni nasotrachealis intubatio jó eredményeket adott a légúti obstrukcióval járó esetekben. A tracheotomia után kimutathatóan megnyúlik a kórházi ápolás ideje, több komplikáció léphet fel. A nasotrachealis intubatio elvégzése jól felkészült, az intenzív terápiában jártas szakembert igényel, mivel a sikertelen kísérlet fatális következménnyel járhat.

Irodalom

1. Bauer M., Czigner J., Lampé I., Ribári O.: Fül-Orr-Gégegyógy. Medicina Könyvkiadó. Budapest, 330—331 (1990).
2. Baugh, R., Baker, S. R.: Epiglottitis in children: review of 24 cases. Otolaryngol. Head and Neck Surg. 90, 157—162 (1982).
3. Benjamin, B., O'Reilly, B.: Acute epiglottitis in infants and children. Ann. Otol. 85, 565—572 (1976).
4. Bottenfeld, G. W., Arcinne, E. L., Sarnaik, A., Jewell, M. R.: Diagnosis and management of acute epiglottitis — report of 90 consecutive cases. Laryngoscope 90, 822—825 (1980).
5. Branefors-Helander, P., Jeppison, P. H.: Acute epiglottitis; a clinical bacteriologic and serologic study. Scand. J. Infect. Dis. J. 103—111 (1979).
6. Dajani, A. S., Asmar, B. I., Thirnmoothi, M. C.: Systematic H. influenzae disease: an overview. J. Pediatr. 94, 355—364 (1979).
7. Deeb, Z. E., Yenson, A. C., Defries, H. O.: Acute epiglottitis in the adult. Laryngoscope 95, 289—291 (1985).
8. Faden, H. S.: Treatment of H. influenzae type B epiglottitis. Pediatrics 63, 402—407 (1979).
9. Gorse, G. J., Passy, V., Cesario, T. C.: Acute epiglottitis.

Epiglottitiszos esetek ápolási ideje.



2. ábra

titis and bacteremia with Ampicillin-resistant Haemophilus influenzae. Arch. Otolaryngol. 108, 515—516 (1982). — 10. Hawkins, D. B., Miller, A. H., Sachs, G. B., Benz, R. T.: Acute epiglottitis in adults. Laryngoscope 83, 1211—1218 (1973). — 11. Hodge, K. M., Ganzel, T. M.: Diagnostic and therapeutic efficiency in croup and epiglottitis. Laryngoscope 97, 621—625 (1987). — 12. Knöbber, D., Bergbreiter, R.: Zur Klinik der akuten Epiglottitis Erwachsener. Laryngo-Rhino-Otol. 695—697 (1991). — 13. Potondi, A., Ribári, O.: Clinical and Medico-Legal Aspects of Acute Epiglottitis, Jour. Laryngol. and Otol. 83, 141—145 (1969). — 14. Russel, G. A., Gresham, G. A., Wight, G. D.: Acute epiglottitis in adults not due to Haemophilus. J. Laryngol. Otol. 99, 1035 (1985). — 15. Sinclair, S. E.: Haemophilus influenzae Type B in acute laryngitis with bacteremia. JAMA 117, 170—173 (1941). — 16. Stankiewicz, J. A., Bowes, A. K.: Croup and epiglottitis: a radiologic study. Laryngoscope 95, 1159—1161 (1985). — 17. Tos, M.: Nasotracheal Intubation in Acute Epiglottitis. Arch. Otolaryngol. 97, 373 (1973).

Summary

JÓKAY I., T. NAGY, I. LAMPÉ, T. VITYI, A. NAGY: Acute epiglottitis cases in patient material of the DOTE between 1986—1992

The authors give a survey of treated epiglottitis cases, observed in children and, adults on the basis of data of the E. N. T. and Pediatric Clinic of DOTE.

Elaborating the subject of 44 cases, the study compares the main symptoms, the age of candidating patients, the seasonal distribution, emphasizes the differences between the diagnosis and therapy.

Zusammenfassung

I. JÓKAY, T. NAGY, I. LAMPÉ, T. VITYI, A. NAGY: Fälle akuter Epiglottitis im Krankengut der Debrecener Medizinischen Universität (1986—1992)

Aufgrund der Daten aus der HNO-Klinik und der Kinderklinik der Universität geben die Verf. einen Überblick über die behandelten Fälle von Epiglottitis im Kindes- und Erwachsenenalter. In Aufarbeitung der 44 Fälle werden Hauptsymptome, Lebensalter, saisonales Auftreten, Diagnose und Therapie miteinander verglichen.

Zsurnal usnih, noszovih i gorlovih boleznjej (Kijev, 1992/3—4.)

Piszko, G. T., Zabolotnyj, D. I., Usakov, V. I. (Kijevi Kolomijcsenko Főisk.): A Dodecionium antimikrobás hatásának és toxicitásának vizsgálata acut septicus scleromában

Sevcenko, A. M., Garjuk, G. I., Sevcenko, T. I., Liszovec, V. T., Filatova, I. V. (Harkovi OTKI): A felnőtt és időskori orr- és melléküreg érdaganatok kezelésének szempontjai

Minyin, Ju. V., Pokotylenko, Je. A. (Kijevi Kolomijcsenko Főisk.): A hangképző-rendszer változása és korrekciója horkoló betegek műtétei során

Beketova, G. V., Tebencuk, G. M., Szivacsenko, T. P., Kalinnyik, L. N. (Kijevi OTKI): A vészhelyzet adaptációs rendszere (ACTH, Hydrocortison) és a ciklikus nukleotidok gyermekek acut stenotikus laryngotracheitisének kialakulása során

Pavlik, B. I., Goloborodko, O. P. (Kijevi Kolomijcsenko Főisk.): A fibrinolysis összetevőinek vizsgálata paralyticus gégestenosisban EHF-kezelés előtt és után

Grebenscsikova, L. A., Gagarinova, V. M., Koszenko, V. A., Krilova, V. N., Morozova, Z. F. (Szentpétervár): Az acut respiratorikus distress és influenza morbiditása csökkentésének komplex megközelítése az ipari munkásság körében

Bumbarov, N. L., Petrova, D. I., Cserkezova, A. Sz. (Szófia Orv. Főisk.): Biokémiai kritériumok a vesetubularis állapot fölmérésére

Bazarov, V. G., Szavcsuk, L. A., Kardas, Sz. I. (Kijevi Kolomijcsenko Főisk.): A vestibularis rendszer ampulláris küszöbe részleges ingerléskor

Nyecsiporenko, V. P., Rogyin, V. I., Ginkut, V. N., Nagornaja, Sz. Sz., Zak, V. I. (Donyecki Orv. Főisk.): Otogen intracranialis szövetmennyek a F. O. G. klinikai anyagi föltételeinek függvényében

Rozenfeld, L. G., Kolotylov, N. N. (Kijevi Kolomijcsenko Főisk.): Regionális kivetítés és oro-distalis hőmérsékletgradiens gégerákos betegeknek

Szkvirszkaja, A. A., Belinszkaja, N. Ja., Zsuravel, Sz. V. (Dnyepetrovski Orv. Főisk.): Az enterosorptio kihasználása gégerák sugárkezelési szövetmennyek kezelésében

Kiss Sándor dr.

Magyar Honvédség Budai Honvédkórház Fül-Orr-Gégeosztálya
(főorvos: Nagy Elemér dr.), Idegosztálya (főorvos: Köves Péter dr.)

(173—176)

Otoneurológiai tünetek bal oldali radiatio optica területén kimutatott lágyulás esetében*

NAGY ELEMÉR DR.**, KÖVES PÉTER DR.,
BODÓ GYÖRGY DR. DSc.

Közlésre érkezett: 1993. február 5

Kulcsszavak: fovealis OKN, retinalis OKN, radiatio optica sérülés
quadranopia

A szerzők a bal oldali radiatio optica területén lévő lágyulások góc esetében lényeges különbséget találtak a vestibularis- és a visualis ingerléssel kiváltott szemmozgások között. Hangsúlyozzák az otoneurológiai vizsgálatok során a fovealis- és retinalis optokinetikai nystagmusok ellenőrzését is.

Az otoneurológiai vizsgálatok nemcsak a perifériás- és centrális vestibularis rendszer, hanem a központi idegrendszer egyéb területének betegségeiben is hasznos adatokat nyújthatnak. Az otoneurológiai összefoglaló munkák ezen felfogást tükrözik [1, 2]. A bevezetőben külön kiemeljük Láng és munkatársa [3] közlését a retinalis- és fovealis optokinetikai nystagmus kérdéséről.

Tanulmányunk célja bemutatni azt a különbséget, melyet a visualis- és vestibularis ingerléssel kiváltott nystagmusok között tapasztaltunk egy olyan esetben, ahol a bal oldali radiatio optica területén körülírt lágyulást mutattunk ki.

A beteg, B. G. 53 éves férfi, tarkótájéán erős fájdalom jelentkezett 1991. áprilisában. Két nappal később, székelés közben heves, jobbra irányuló szédülést érzett és jobb látóterének egy része kiesett. A szédüléssel egyidejűleg hallása nem romlott, füle nem zúgott. Orvosa 190/130 Hgmm vérnyomást mért, ezért a beteget kórházba utalta. Perimetriával a látótér centrális részét nem érintő jobb felső homonym quadrantiát mutattak ki.

Egyéb neurológiai tünetet nem találtunk.

CT-vizsgálat: Bal oldali parieto-occipitalis hypodensitas volt látható a natív CT-felvételen. Kontrasztanyag (Jodamide) adása után az a. parieto-occipitalis területének megfelelően a bal oldalon kifejezett volt a kontrasztanyag-halmozódás.

MRI-vizsgálat: A bal occipitalis lebenyben mediobasalis kb. 1,5 cm nagyságú liquortér-tágulat látható, ami körülírt atrophianak felel meg (vascularis laesio utáni állapot). (1. ábra).

Intézetünkben az otoneurológiai vizsgálatok alkalmával minden esetben elvégezzük a spontán szemmozgások és a vestibularis ingerléssel kiváltott nystagmusok vizsgálata mellett az optokinetikai hatásokra (követő szemmozgás, fovealis és retinalis ingerlés) kapott válaszok rögzítését is. Otoneurológiai vizsgálatok: Spontán nystagmus, vestibulospinalis tünet (félremutatás, Romberg, Babinski—Weil) nem volt. Pozicionális nystagmust nem észleltünk.

ENG-vizsgálat: Sem nyitott, sem csukott szemmel spontán nystagmus nem volt. A vestibularis ingerlés során a reakció normális volt. (2. ábra).

A visualis ingerlés során a követő szemmozgásban saccadok voltak. A fovealis ingerlésre kiváltott szemmozgásokban minden irányban spike-okat találtunk a lassú komponensekben. A retinalis ingerléssel kiváltott szemmozgásban a balra irányuló