

Debreceni Orvostudományi Egyetem Fül-Orr-Gégeklinika
(igazgató: Lampé István dr., egyetemi tanár)

(58–60)

Lateralis sinus sigmoideus thrombosis és computertomografia

JÓKAY ISTVÁN DR.*, NAGY TIBOR DR.,
LAMPÉ ISTVÁN DR.

Közlésre érkezett: 1991. június 29-én.

Kulcsszavak: lateralis sinus sigmoideus thrombosis, CT, műtéti megoldás.

Aszerzők egy ma már ritkán előforduló lateralis sinus sigmoideus thrombosisos esetet ismertetnek. Felhívják a figyelmet a nem specifikus tünetekre. Hangsúlyozzák a fülsebész aktuális felelősségét a modern diagnosztikus módszerek birtokában is. Esetük kapcsán tárgyalják a sinus thrombosis praeoperatív diagnosztikájában. Esetüket közlésre érdemesnek tartják, mert bár egyes szerzők szerint a CT minden esetben megbízható praeoperatív diagnózist ad, betegük esetében ez nem igazolódott.

Bevezetés

Az akut vagy chronicus otitishez társuló sinus thrombosis az antibiotikus aera előtt műtéti terápia nélkül 100%-os mortalitású betegség volt [3, 8]. Napjainkban az antibiotikumok széles körű elterjedésével, a modern diagnosztikus módszerek megjelenésével és a mindenki számára rendelkezésre álló fülészeti ellátásnak köszönhetően csökkent előfordulási gyakorisága. Azonban a kialakult sinus thrombosis ma is az életet közvetlenül veszélyeztető állapotnak tekinthető [5]. A viszonylagos ritkaság elaltatja az orvos éberségét, szintén megnehezítik a diagnózis felállítását és sokszor csak a másodlagosan kialakuló septicus embolisatio az első tünet „néma fül” mellett [3]. Az intracranialis otogén komplikációk diagnózisában nagy segítséget nyújtó új vizsgáló módszerek sem mindenhatóak önmagukban. Vannak irodalmi közlemények, melyek szerint pl. CT segítségével a lateralis sinus thrombosisa egyértelműen diagnosztizálható [1, 6, 10] és akadnak ennek ellentmondó adatok is [2, 6, 7]. Jelen közleményünkben egy olyan lateralis sinus sigmoideus thrombosisos esetet ismertetünk, amikor a pontos praeoperatív diagnózist a CT-vizsgálat nem erősítette meg.

Esetismertetés

Z. S. 36 éves lengyel férfi beteget 1991. jan. 23-án vettük fel klinikánkra. Távlabbi anamnesisében komolyabb betegség nem szerepelt. Fülbetegsége előzőleg csak gyermekkorában volt a beteg elmondása szerint. Felvételét megelőzően 5 nappal erős jobb oldali fül fájdalom jelentkezett fejfájás, magas láz, szédülés, hányinger kíséretében. Üzemi orvosa antibiotikumokkal kezelte. A kezelés ellenére állapota rosszabbodott, septicus lázmenet alakult ki, majd a beteget elesett állapotban utalták klinikánkra.

Felvételi status: A jobb hallójárat erősen beszűkült, benne bűzös genny, a dobhártya nem ítéhető meg teljes egészében. A jobb fülkagyló előre dislocált, retroauricularisan oedemás, gyulladásozós bőr volt megfigyelhető. Bal oldalon heges dobhártya. Orrgarat, gége, epipharynx eltérés nélkül. Spontan nystagmus nem volt észlelhető. Jobb oldalon közepes fokú, vezetékes típusú halláscsökkenése volt. Mellkas-rtg.-felvétel negatív. A Schüller–Stenvers-felvételen jobb oldalon kifejezett pneumatizációs gátlás volt látható, csontdestrukcióra utaló jelek nélkül. Belgyógyász consilium bradycardián kívül egyéb kóros eltérést nem talált. Neurológiai consilium papilla oedemát talált meningealis izgalmi jelek és egyéb góccsejek nélkül. A liquor-vizsgálat során rendes nyomású, víztiszta liquor ürült. A

Queckenstedt-próba pozitív. Sejtszám: 2/3. Fehérje: 0,282, Pandy: neg., Cukor: 4,2 mmol/l. A készült CT-vizsgálat lelete: A IV. kamra átlagos tágasságú, rendes helyén van. A basalis cysternák normális tágak. Aszupratentorialis kamrarendszer átlagos tágasságú, mass effektus nincs. Hemisphaerialisán is szabályos denzitáseloszlás van. Külső liquorterek átlagos tágasságúak. A postcontrastos képeken kóros densitas nincs. Vélemény: Intracranialis térfoglaló folyamat nem látható. Abscessus, thrombosis nem látható (dr. Kollár). Laborvizsgálatok: We.: 35 mm/h, Fvs.: 12,1 G/l, Htc.: 0,40, Hgb.: 130 g/l. Enzimvizsgálatok során normális értékeket kaptunk. Qualitatív vérkép kissé balra tolt. Az intravénás Mandokef-kúra ellenére a beteg állapota rosszabbodott. 1991. jan. 25-én intratrachealis narcosisban megoperáltuk. Műtéti leletként az egész egész antrum maxilloideumban és dobüregben is nagymennyiségű cholesteatomát találtunk. Hallócsontok közül az incus és stapes szuperstruktúrája is hiányzott, a canalis facialis csontos fala, valamint a tegmen tympani és tegment antri is intakt volt. Nem volt direkt kommunikáció a sinus sigmoideus felé sem. Radikális fülműtét elvégzése után ellenőrzés során a középső skála durát szabaddá téve ép viszonyokat találtunk. A sinus sigmoideus csontos falának elvétele után nagy nyomással ürülő gennyet kaptunk. A sinus egész lumene thrombussal volt kitöltött és követhető volt felfelé a sinus transversalisban a sinus petrosus superficialis beszajadzásáig, lefelé a bulbos vénáig jugulárisig. A thrombus eltávolítása után a vena jugularis interna ligaturája mellett döntöttünk. Műtétet követően a beteg i. v. Rocefin-kezelést kapott. Műtét utáni napon megszűnt erős fejfájása és bradycardiája, majd a 4. posztoperatív napon teljesen lelátlanodott. Control neurológiai vizsgálatok góccsejt, neurológiai eltérést nem találtak. A beteg 6 hét elteltével gyógyultán távozott klinikánkról.

Megbeszélés

A lateralis sinus sigmoideus thrombosis ma már ritkán előforduló szövődmény. A jól ismert klasszikus tünetekkel (magas láz, hidegrázás, fejfájás, nyaki fájdalom, papilla oedema, anaemia, otitis fennállása) azonban ma már szinte sohasem találkozunk hiánytalanul. Ennek oka a széles körűen alkalmazott antibiotikus kezelésben keresendő. A nem specifikus tünetek közül legjellemzőbb a fejfájás, láz, gyengeségérzés és a papilla oedema. Sokszor az alapbetegségre a már kialakult septicus embolisatio tünetei derítenek fényt. A praeoperatív diagnózis felállításában nagy segítséget nyújtott a klasszikus Queckenstedt-próba. A CT-vizsgálattal azonban nem sikerült a diagnózist megerősíteni. Specifikus CT-jel az ún. „delta”-jel és az „üres háromszög”-jel [1]. Vannak azonban olyan esetek, amikor ezek a jelek hiányoznak. Betegünk esetében 5 napos fülészeti anamnesis után antibiotikus kezelés közben alakultak ki a tünetek. A nem specifikus szimptomák közül a bradycardia és a papilla oedema vetette fel az intracranialis komplikációlehetőség a manifest mastoiditis mellett. Praeoperatív CT-vizsgálat negatív volt. Műtéti leletként elgennyedt cholesteatomát találtunk a dobüregben és processus mastoideusban, azonban a sinus sigmoideus fala intakt volt. A sinus rutinszerű feltárása során derült fény a kiterjedt thrombotikus folyamatra. A beteg általános állapota miatt biztonsági okokból ma már ritkán indikált jugularis ligaturát is elvégeztük [4, 8, 9]. Esetünk kapcsán szeretnénk hangsúlyozni a fülsebész, az emberi tényező jelentőségét, a modern vizsgáló módszerek mellett. Intracranialis komplikáció legkisebb gyanúja esetén, negatív CT-lelet mellett is kötelező a sinus és a dura állapotáról rutinszerűen meggyőződni.

Irodalom

1. Albers, F. W. J.: Lateral sinus thrombosis and Computed Tomography: The empty Delta Sign. *ORL* 53, 45–47 (1991).
2. Buonanno, F. S., Moody, D. M., Ball, M. R., Laster, D. W.: Computed cranial tomographic findings in cerebral sinovenous occlusion. *Comput. assist. Tomogr.* 2, 281–290 (1978).
3. Hawkins, D. B.: Lateral sinus thrombosis: A sometimes unexpected Diagnosis. *Laryngoscope* 95, 674–677 (1985).
4. Kerr, A. G.: Scott-Browns: Otolaryngology Vol. 3. Fifth Ed. Butterworths. London pp. 270–275 (1978).
5. Lampé I.: Otogén intracranialis komplikációk, Kongresszusi Referátum, Debrecen, 1983.
6. O. Conell, J. E.: Lateral sinus thrombosis: A problem Still with us. *J. Laryngol. Otol.* 104, 949–951 (1990).
7. Rao, K. C. V. G., Kuipp, H. C., Wagner, E. J.: Computed tomographic findings in cerebral sinus and venous thrombosis. *Radiology*, 140, 391–398 (1981).
8. Shambaugh, G. E., Glasscock, M. E.: Surgery of the Ear 3rd Ed. W. B. Saunders Co. Philadelphia P. A., pp 302–311 (1980).
9. Teichgraber, J. F., Per-Lee, J. H., Turner, J. S.: Lateral sinus thrombosis: a modern perspective. *Laryngoscope*, 92, 744–751 (1982).
10. Tovi, F. and Hirsch, M.: Computed Tomographic Diagnosis of septic lateral sinus thrombosis. *Ann. Oto. Rhinol. Laryngol.* 100, 79–81 (1991).

Summary

I. JÓKAY, T. NAGY, I. LAMPÉ: *Lateral sinus thrombosis and computer tomography*

Authors deal with a nowadays rarely occurring lateral sinus thrombosis case and, draw the attention to the not-specific symptoms. The actual responsibility of the ear-surgeon is emphasized, even in possession of modern diagnostical procedures too. According to their own case, they discuss the importance of CT in the preoperative diagnostical clear up of sinus thrombosis. The authors consider their case worthy of publication, notwithstanding of some other author's opinion, who declare, that CT gives always reliable preoperative diagnosis in every instance, although it did not prove in their own case.

Zusammenfassung

I. JÓKAY, T. NAGY, I. LAMPÉ: *Laterale Sinus sigmoideus-Thrombose und Computertomographie*

Verff. berichten über einen heute schon selten vorkommenden Fall einer lateralen Sinus sigmoideus-Thrombose. Die Symptome sind nicht spezifisch! Die aktuelle Verantwortung liegt auch im Zeitalter der modernen diagnostischen Methoden beim Ohrenchirurgen. In Verbindung mit dem Fall wird die Bedeutung der CT in der präoperativen Diagnostik der Sinusthrombose diskutiert. Die Publikation dieses Falles ist begründet, da einige Autoren der CT absolute Sicherheit in der präoperativen Diagnostik beimessen — im geschilderten Fall kann dies nicht bestätigt werden.

Fővárosi Uzsoki utcai Kórház—Rendelőintézet, Fül-orr-gégészeti Osztály

(főorvos: Élő János dr.)

Onkoradiológiai Központ

(főorvos: Németh György dr.)

Országos Éreszbézetési Intézet Központi Radiológiai Diagnosztika

(vezető: Szilágyi László dr.)

(61—64)

Tapasztalatunk egy lethal midline granulomás beteg kezelésével kapcsolatban

SZILÁGYI TIVADAR DR.* , THALACKER ULRICH DR.,
GÓDÉNY MÁRIA DR., TAKÁCSI NAGY LÁSZLÓ DR.

Közlésre érkezett: 1991. május 14-én.

Kulcsszavak: complex therapia, diabetes mellitus, lethal midline granuloma.

A szerzők lethal midline granuloma diabetszel társult esetét ismertetik. A diagnózis felállítása után alkalmazott radio-chemoterapia hatására az elváltozás három és fél éve komplett remisszióban van. A diabetes a beteg gyógyulási folyamatát nem hátráltatta.

A lethal midline granuloma (LG) néven ismert megbetegedés mind a rhinológus, mind a sugárterapeuta gyakorlatában ritkaság. Az irodalomban található közlemények többsége csak néhány saját esetet ismertet, így megfellebbezhetetlen, egységes terápiás elv nem kristályosodott ki. Az általunk kezelt beteg kórtörténetét azért gondoltuk közlésre érdemesnek, mert a kiterjedt destructiót okozó — insulin dependens (I. típusú) diabetszel társuló — midline granuloma a terápiát követő három és fél éve tünetmentes.

Esetismertetés

Jó általános állapotú, 34 éves férfi egyetlen panasszal, a jobb orrfél néhány napja tartó elzáródásával jelentkezett vizsgálatra. A jobb oldali orrüregben duzzadt, hyperaemiás orrkagylókat és a középső kagyló alatt a laterális orrfalon purulens váladékkal fedett fehér necroticus elváltozást találtunk.

Az összehasonlító orrmelléküreg-röntgenfelvétel jobb oldali fedettséget mutatott. Punctio során kevés törmelékes gennyet távolítottunk el. A hagyományos röntgen-tomographián és a CT-vizsgálaton ép csontfalak mellett a jobb oldali sinus maxillaris, az ethmoidsejtek és a sinus sphenoidalis folyadékkal kitöltöttek, a bal oldali sinus maxillaris és frontális is fedettnek ábrázolódtak.

Néhány nap alatt szinte az egész jobb oldali laterális orrfal, az ethmoidsejtekkel és a septum középső—elülső részével együtt fájdalommentesen necrotisált. A sequestrálódott terület egy blokkban történő kiemelése után a kialakult üreg megfelelt egy naso-antroethmoidalis complex eltávolítását követő defectusnak, amely a koponya basisától az orralapig és az ellenoldali orrkagylóktól a jobb oldali arcüreg laterális faláig terjedt. Újabb tíz nap alatt a pörkösödő folyamat fájdalommentesen elpusztította a vomer nagyobb részét. A bal oldali laterális orrfal a jobb oldalánál lassabban és mérsékeltebben, de a rostasejteket is destruálva károsodott. Széles spektrumú antibiotikum adása és helyi konservatív kezelés ellenére a folyamat lassan, de folyamatosan progrediált (1. ábra).

A laboratóriumi leletek közül kiemelendő, hogy az inflammációra jellemző értékek mellett (láz, magas We, leucocytosis, balra tolt vércép) a 20 mmol/l feletti vércukor, súlyos — addig nem ismert — insulin dependens (I. típusú) diabetsre hívta fel a figyelmet.

A sequestrálódott jobb oldali orrfal és az ethmoid necrotisált részéből bakteriológiai leoltás és próbaexcisio történt. A bakteriológiai vizsgálat pseudomonast, a histológiai vizsgálat — tekintettel a nem specifikus szövettani képre — ismételt mintavétel után és a klinikai képpel összevetve LG-t igazolt. Immunológiai kóriszmézés technikai okokból nem történt.

* 1145 Budapest, Uzsoki u. 29.