



Akut légzési elégtelenséget (ARDS) okozó pansinusitis Rhinológiai kvíz (esetbemutatás kapcsán)

Karosi Tamás dr.¹, Szűcs Ildikó dr.², Pflieger György dr.³, Tóth László dr.⁴,
Sziklai István dr.¹

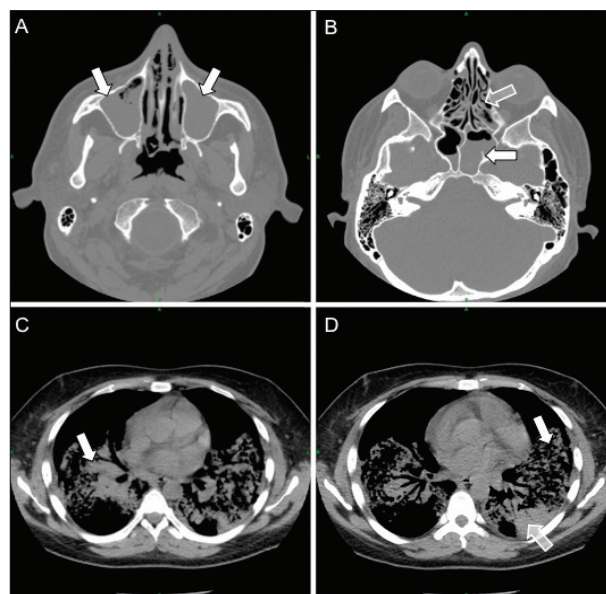
DEBRECENI EGYETEM OEC, ¹FÜL-ORR-GÉGÉSZETI ÉS FEJ-NYAKSEBÉSZETI KLINIKA,

²TÜDŐGYÓGYÁSZATI KLINIKA, ³BELGYÓGYÁSZATI INTÉZET, II. BELKLINIKA, RITKA BETEGSÉGEK TANSZÉK,

⁴PATHOLOGIAI INTÉZET, DEBRECEN

Esetismertetés

Az alábbiakban egy 26 éves férfi beteg esetét mutatjuk be, aki az ország keleti határszakaszán aktív területi feladatokat ellátva, vám- és pénzügyőrként dolgozik (ezt az információt differenciáldiagnosztikai szempontból tartjuk fontosnak, a szerzők megjegyzése). A fiatalembernek korábban nagyobb betegsége nem volt, műtéten nem esett át. Érdekességgé megemlíthjük, hogy betegünk két héttel az alábbi betegség jelentkezése előtt részletes munkahelyi szűrővizsgálaton esett át, ahol kóros eltérést nem találtak. A beteg kétoldali sinusitis maxillaris 2012 májusában heves általános tünetekkel kezdődött, amit napokon keresztül fennálló, unduláló lázas állapotok, illetve conjunctivitis kísért. Más intézményekben több alkalommal sinus maxillaris punctiót végeztek és per os amoxicillin, valamint kiegészítő (orrcsepp, köptető, antihisztamin, lokális meleg) kezelést alkalmaztak. A szokásos kezelés ellenére a beteg állapota nem javult, hetekkel a tünetek kezdetét követően kétoldali bronchopneumonia alakult ki, ami súlyos légzési elégtelenséget (ARDS, Acute Respiratory Distress Syndrome) okozva, szepszisbe torkolt. Arckoponya-, illetve mellkasi CT történt, ami súlyos pansinusitist és kiterjedt pneumóniát véleményezett. Tekintettel a beteg rendkívül kritikus általános állapotára, a fül-orr-gégész kollégák elzárkoztak a sanatóriális műtét elvégzésétől. A tünetek kezdetét követő 24. napon a beteg elesett, lázas, septicus állapotban került felvételre a DEOEC Pulmonológiai Klinika Intenzív Osztályára. A beteg kezdeti laboreredményeiből kiemelendő a súlyos anaemia (Hgb: 81 g/L), a leukocytosis (35,98 G/L), a thrombocytosis (799 G/L), az emelkedett CRP (C-reaktív protein, 244 mg/L) és a negatív PCT (Procalcitonin, <0,4 µg/L), amit emelkedett GGT (362 U/L), és súlyos hypoproteinaemia-hypalbuminaemia (TP: 59 g/L, Alb: 25 g/L) kísért. Az intenzív ellátás mellett a beteg több alkalommal választott vörösvértest koncentrátum transzfúziójában részesült. A testszerte kialakult súlyos ödémák miatt parenterális fehérjepótlást alkalmaztak albumin infúziók formájában. A sepszis bőrgyógyászati kísérőtüneteiként testszerte hólyagos-, illetve maculopapularis kiütések jelentek, néhány ujjpercen a köröm spontán levált. Fontosnak tartjuk kiemelni, hogy a sorozatosan elvégzett köpet-, orrváladék-, valamint az arcüreg punctatum- és hörgőmosó folyadék tenyésztések minden esetben negatív eredménnyel zárultak. A Legionella-specifikus gyorsesz (vizeletből) és a HIV-



1. ábra: CT felvételek, amelyek a klinikai felvételt követő 5. napon készültek

A: Mindkét sinus maxillaris masszívan fedett (fehér nyíl).

B: Az ethmoid sejrendszer alapvetően szabad (üres fehér nyíl), a sinus sphenoidalis bal oldala részben fedett (fehér nyíl).

C: A mellkasi CT-n súlyos intersticiális infiltráció látható (fehér nyíl).

D: Az infiltratív gyulladás (fehér nyíl) mellett mellkasi folyadékgyülem is megfigelhető (üres fehér nyíl).

szorológiai vizsgálatok negatívak voltak. A köpetből *Mycobacterium tuberculosis* nem tenyésztett ki, a Ziehl–Nielsen-festés negatív volt. A beteg fül-orr-gégészeti státuszából kiemelendő, hogy mindkét orrfélben többszörösen hámfosztott, pörkös nyálkahártyát láttunk, a középső orrjáratok felől spontán váladékcsgörgést azonban nem észleltünk. Több alkalommal végeztünk arcüregöblítést, amelynek során mindkét oldalról kocsonyásan összedálló, fehér váladék ürült. Az ismételt elvégzett arckoponya CT birtokában a műtéttől eltekintettünk, a bal oldali alsó orrkagyló nyálkahártyájából azonban szövettani biopsziát végeztünk (1. ábra). A szövettani vizsgálat heveny granulomatous gyulladást és mikrovaskuláris trombózissal társult vasculitist igazolt (2. ábra). Az alkalmazott szisztémás szteroid (Solu-Medrol[™], 250 mg/nap iv.) és kombinált antibiotikum-antimikotikum- (Amikin[™], Meronem[™], Vancocyn[™], Dalacin[™], Mycosyst[™]), kezelés hatására a beteg általános állapota fokozatosan javult, oxigénigénye jelentősen csökkent, majd láztalanává vált. A radiológiai leletek a szubjektív javulást szintén alátámasztották (3. ábra). Az időközben elvégzett immunszológiai vizsgálatok magastiterű cANCA pozitivitást és kifejezetten emelkedett proteináz-3 ellenes autoantitest titert (>100 U/ml) igazoltak.

Levelező szerző:

Dr. Karosi Tamás

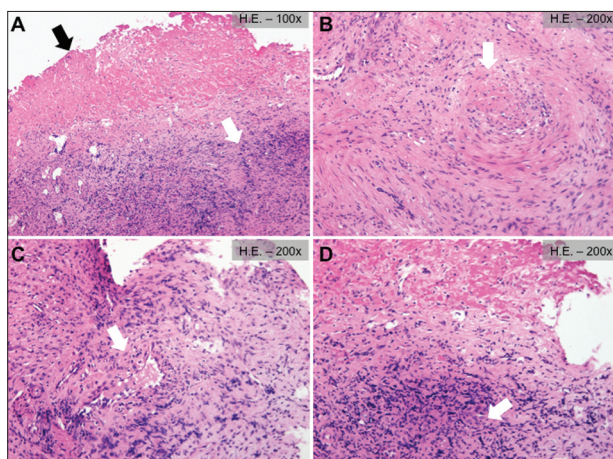
Debreceni Egyetem OEC, Fül-Orr-Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika
4032, Debrecen, Nagyerdei Krt. 98.,

Telefon/fax: 0036 (52) 255-805, 255-809

Mobil: 0036 (20) 969-0590

E-mail: karositamas@gmail.com, Web: www.earpathology.eu





2. ábra: Az orrnyálkahártya-biopszia kórszövettani feldolgozása során készült mikroszkópos felvételek

- A: Súlyos gyulladás jeleit mutató epithel destruktio (fekete nyíl) és masszív polymorphonuclearis infiltráció (fehér nyíl) figyelhető meg.
 B: A submucosában microgranulomaképződés látható (fehér nyíl).
 C: Vasculitis mikrovaszkuláris trombózissal (fehér nyíl).
 D: A submucosában számos epitheloid sejt azonosítható (fehér nyíl).

Kérdések

I. Differenciáldiagnosztikailag melyik diagnózis jön szóba? (Több helyes válasz.)

- A:** Legionárius-betegség (*Legionella pneumophila* fertőzés).
B: Egzotikus, behurcolt kórokozóval való kontamináció (pl. Hanta-vírus, Nyugat-Nílusi-láz, egyéb haemorrhagiás-lázat okozó vírusok stb.).
C: Fulmináns sarcoidosis.
D: Churg–Strauss-szindróma.
E: Fulmináns Wegener-granulomatosis.
F: „Egyszerű”, szövődményes akut pansinusitis talaján kialakult szepszis és többszervi elégtelenség (MOF, Multi Organ Failure).

2. A melléküreg CT és a beteg általános állapota alapján a mi helyes döntés a sebészeti teendőket illetően?

- A:** Külső feltárással melléküreg műtét (Op. Sec. Jansen-Winkler).
B: Sinoscopia, ethmoidectomy és sphenoidotomia FESS-technikával.
C: Tartózkodás, napi rendszerességgel végzett sinus maxillaris punctio és lavage.

3. A látott kép és az anamnesztikus adatok alapján milyen további vizsgálatot rendelne?

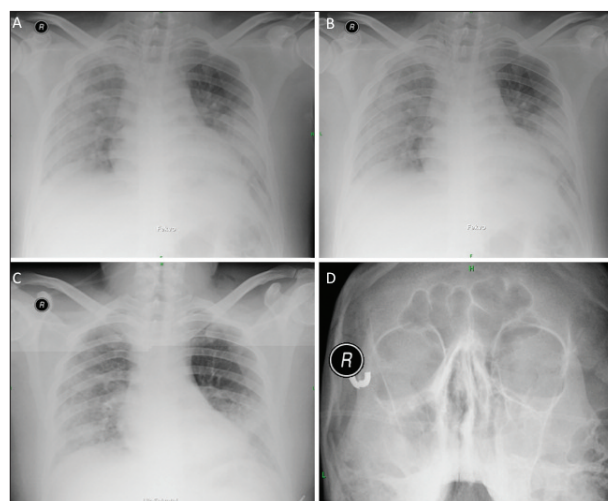
- A:** Orrnyálkahártya biopszia szükséges.
B: Orrnyálkahártya biopszia nem szükséges.

4. Tekintettel arra, hogy a beteg már egyébként is „katasztrofá” antibiotikum-kombinációt kap, az esetet elemezve, indokolt-e a szisztémás szteroid kezelés?

- A:** Kifejezetten kontraindikált.
B: Érdemes lökésként alkalmazni.

5. Amennyiben mégis szteroid kezelést alkalmazunk, és erre a beteg jó terápiás választ ad, mi a további teendő?

- A:** További kivizsgálás, illetve kezelés nem szükséges, hiszen a szteroid kezelés ebben az esetben a szepszis és a sokszervi elégtelenség szupportív kezelésének tekintendő.
B: További immunológiai kivizsgálás, és a leletek függvényében hosszú távú immunosuppresszív kezelés szükséges, mert a szteroidra adott drámai válasz alapvetően autoimmun betegség gyanúját támasztja alá.



3. ábra: A klinikai felvételt követő röntgenfelvételek

- A: Súlyos kétoldali pneumónia képe az 5. napon.
 B: Változatlan kép a 7. napon.
 C: A szteroid lökéskénti hatására a 10. napon jelentős feltszűrés figyelhető meg.
 D: Az 5. napon készült orrmelléküreg felvétel mindkét sinus maxillarisban fátályozottságot mutat. A képet érdemes összevetni az ugyanakkor készült arckoponya CT leletével!

Irodalom

- Schneider P, Gröne J, Braun J, et al. Wegener's granulomatosis presenting as necrosis of the left mainstem bronchus. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2002; 10 (3): 277–279.
- Ucio MP, Tamayo LL, Escudero CE, et al. Wegener's granulomatosis presenting with ARDS and acute kidney failure with neutrophil anticytoplasmic+ antibodies. *An Med Interna* 1999; 16 (11): 574–576.
- Loscar M, Hummel T, Haller M, et al. ARDS and Wegener granulomatosis. *Anaesthesist* 1997; 46 (11): 969–973.
- Eufinger H, Machtens E. Purulent pansinusitis, orbital cellulitis and rhinogenic intracranial complications. *J Craniomaxillofac Surg* 2001; 29 (2): 111–117.
- Damrose EJ, Huang RY, Abemayor E. Endoscopic diagnosis of sarcoidosis in a patient presenting with bilateral exophthalmos and pansinusitis. *Am J Rhinol* 2000; 14 (4): 241–244.
- Li KK, Teknos TN, Lai A, et al. Extracranial optic nerve decompression: a 10-year review of 92 patients. *J Craniofac Surg* 1999; 10 (5): 454–459.
- Sairanen T, Kanerva M, Valanne L, et al. Churg–Strauss syndrome as an unusual aetiology of stroke with haemorrhagic transformation in a patient with no cardiovascular risk factors. *Case Rep Neurol* 2011; 21 (3): 32–38.
- Marzano AV, Tedeschi A, Rossio R, et al. Prothrombotic state in Churg–Strauss syndrome: a case report. *J Invest Allergol Clin Immunol* 2010; 20 (7): 616–619.

II. KVÍZ HELYES VÁLASZOK ÉS INDOKLÁSUK

A nyak középvonalában kialakult perzisztáló duzzanat időseknél – diagnosztika és terápia

- b
- b
- a
- c
- b

A műtét szövettani vizsgálata eredménye: I. Carcinoma papillare invasivum a praelaryngealis elhelyezkedő terimében. A daganatszövet a szöveti kép és az immunfenotípus alapján pajzsmirigy eredetű. II. Struma nodosa colloidosa, megartott mellékpajzsmirigy. III. Carcinoma metastaticum lymphoglandulae colli I. d. IV. Sinus histiocytosis lymphoglandularum colli I. s. Nyirokcsomó státus: pN1