

The authors report their first experiences obtained with the „Sinus Check” ultrasonic apparatus, in the diagnosis of maxillary sinuses, used in their E.N.T.-Clinic of the Medical University of Debrecen. According to their examinations, they achieved good results, especially in the ultrasonic diagnostic field of fluid gathering in maxillary sinuses. In cases of acute sinusitis, the authors found the only one-dimensional ultrasonic diagnostic method more reliable, than the double-dimensional x-ray study. The method is useful in monitoring of acute sinusitis too. In cases of chronic sinusitis, swelling of mucous membranes, polyps, cysts, their effects are not so convincing, but in their opinion, this method can be a valuable complement of the image of examinations. It is emphasized the rapidity, non-invasive character of the method and it does not make any pain, there is a chance to avoid the burden of irradiation, the reductibility of diagnostical sinus punctions and, give importance of operative intervention if it is necessary in cases, where is found a negative puncture result, but the ultrasonic finding shows antral fluid of any kind.

Zusammenfassung

J. LÁZÁR, I. LAMPÉ, GY. KINCSES: Unsere Erfahrungen mit dem SINUS-CHECK-Ultraschallgerät in der Kieferhöhlendiagnostik.

Verf. berichten über ihre ersten Erfahrungen mit dem in der Debrecener Universitäts-HNO-Klinik verwendeten SINUS-CHECK-Ultraschallgerät. In der Kieferhöhlendiagnostik konnten sie ausserordentlich gute Ergebnisse erzielen, besonders bei der Diagnostik von Flüssigkeitsansammlungen. Bei akuten Nebenhöhlenentzündungen halten sie schon den eindimensionalen Ultraschallbefund für zuverlässiger als den zweidimensionalen Röntgenbefund. Empfehlenswert ist auch die Monitorisierung der akuten Sinusitiden. Bei chronischen Entzündungen, Schleimhautschwellungen, Polypen oder Zysten sind die Ergebnisse nicht so überzeugend, aber auch hier bedeuten sie eine wertvolle Ergänzung. Die Untersuchung ist schnell, noninvasiv, schmerzlos, bedeutet keine Strahlenbelastung, senkt die Anzahl der diagnostischen und negativen Kieferhöhlenpunktionen. Jedoch bei dem Nachweis einer Flüssigkeitsansammlung durch den Ultraschallbefund ist seine Bedeutung für weitere diagnostische oder operative Eingriffe entscheidend.

SZEMÉLYI HÍREK

Prof. Dr. László Zoltán ov. főorvost, az orvostudomány kandidátusát az Apáthy István Gyermekkorház orvos-igazgató helyettesévé,

Dr. Tary Erzsébet adjunktusnőt, a Heim Pál Gyermekkorház orvos-igazgatójává választották.

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

(81 - 84)

A verticalis nystagmusról két esetünk kapcsán

TÓTH ÁGNES DR*, KISELY MIHÁLY DR.,
LAMPÉ ISTVÁN DR

Közlésre érkezett: 1990. május 22-én

Kulcsszavak: labyrinthus, nystagmus, otoneurológia, verticalis nystagmus.

A szerzők két betegükről számolnak be, akiknek verticalis, felfelé irányuló nystagmusuk volt. A perifériás labyrinth reakciók kiválthatók voltak, egyéb idegrendszeri tünetet nem észleltek. Véleményük szerint focalis (IV. kamra környéki?) gyulladás állt fenn, amit bakteriális toxinok, ill. vírusfertőzés váltott ki. Betegeik két hét alatt maradéktalanul gyógyultak.

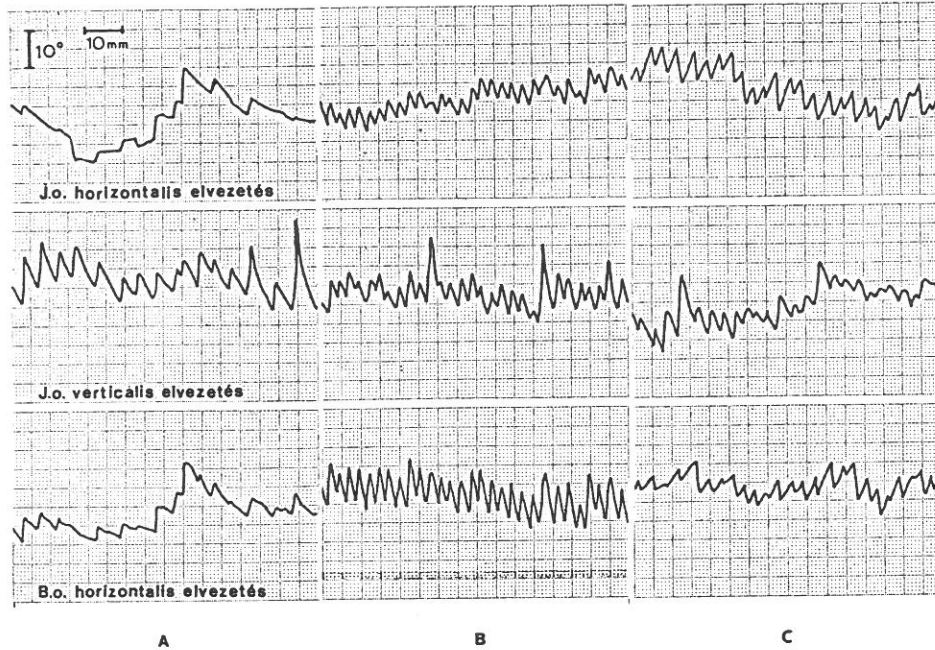
A verticalis nystagmus a központi idegrendszer betegségének fontos jeleként ismert [1, 3, 4, 6, 7] leggyakrabban súlyos neurológiai tünetek kíséretében lép fel. Igaz, leírtak perifériás eredetű verticalis nystagmust is labyrinthitis és labyrinth sipoly kapcsán [2]. Jelen dolgozatunkban a klinikánkon előfordult két esetet ismertetünk, amelyek együttes jellemzője a verticalis felfelé üto nystagmus jelenléte és a központi idegrendszeri és labyrinth károsodására utaló egyéb tünetek hiánya. Feltűnő továbbá a teljes spontán gyógyulás.

Esetismertetés

1. eset: N. J.-né 21 éves nőbeteg. 1980. augusztusától acut pancreatitis miatt először belgyógyászati, majd sebészeti osztályon állt kezelés alatt, ahol három ízben került sor laparotomiára és a subphrenicus abscessus drainage-ra. Tartósan lázas volt, hányingert érzett, időnként hányt. Ampicillin adása mellett az utolsó műtét előtti napon hirtelen a környező tárgyak függőleges irányú elmozdulását érezte, hányingere fokozódott. Otoneurológiai vizsgálat: ép dobhártyák, teljes hallás. Spontán felfelé irányuló nystagmus minden tekintési irányban. Dőlés, félremutatás nem volt. A caloricus ingerlés hatására a verticalis nystagmushoz horizontális komponens társult, de a reakció mértékét pontosan megállapítani nem lehetett. További vizsgálatok: Kétirányú koponyaröntgen, szemészeti neurológiai vizsgálat, liquor-punctio, vírusellenes antitest meghatározása (Influenza-, Adeno-, RS-vírus) negatív. A fehérvérsejtszám, a vörösvértest-süllyedés, alkalikus foszfatase alaphelyzetének megfelelően kóros értékeket mutatott. A sebészeti és antibiotikus kezelésre panaszai és tünetei megszűntek. Pancreatitise is gyógyult, lakására távozott. Otoneurológiai kontrollvizsgálaton ismételt hívásunk után sem jelent meg, feltehetően panaszmentes.

2. eset: Ny. I. 25 éves férfi beteg. 1989. februárban jelentkezett klinikánkon. Előzetes anamnesisében említést érdemlő megbetegedés nem szerepelt. Néhány nappal felvétele előtt náthás lett, majd hirtelen hányinger, hányás kíséretében erős, düllöngeléshez hasonló szédülést érzett. Halláspanasza, látászavara nem volt. A hányinger egy nap alatt elmúlt, a szédülés változatlan maradt. Fülészeti, neurológiai statusa az otoneurológiai lelettől eltérően negatív. Röntgenfelvételek (kétirányú koponya, basis, Stenvers-felvétel), szemészeti vizsgálat, rutin laboratóriumi leletek kóros eltérés nélkül. Vestibularis vizsgálat (ENG): spontán, nyitott szemmel, középállásban élénk, felfelé irányuló nystagmus, amelyhez kicsi, jobbra irányuló horizontális komponens társul. Szemzárásra a verticalis komponens megmarad, de a horizontális komponens amplitudója megnő. Az oldalra tekintés a verticalis nystagmust nem befolyásolja, de balra tekintéskor a horizontális mozgás iránya megváltozik, töredezett, inkább balra irányulóvá válik, jobbra tekintéskor jobbra irányuló marad. Thermicus ingerlés (30 °C és 44 °C): a verticalis komponens megléte mellett a horizontális komponens viselke-

*DOTE Fül-Orr-Gégeklinika, 4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.



1. ábra.: Ny. I. 25 éves beteg nystagmogram részletei (monocularis elvezetések) A. Spontan nystagmus: a felfelé irányuló komponens dominál. B. A bal oldal hideg ingerlésekor élénk jobbra-felfelé irányuló nystagmus látható. C. A jobb oldal hideg ingerlésekor balra-felfelé irányuló nystagmus lép fel.

dése alapján mindkét oldalon élénk reakció, irányútsúly jobbra kimutatható (1. ábra). Rotatoros intenzitás-csillapítási teszt [9]: mind a per-, mind a postrotatoros reakció mindkét oldalon kiváltódik a horizontális elvezetések alapján, míg a verticalis elvezetésben átmenetileg kevert nystagmus, töredezett hullámok láthatók. Optokinetikus nystagmus: a horizontális síkban kiválódik, verticalis irányú ingerléskor a spontán nystagmus változatlan. Félremutatás nem volt, Rombergben enyhén hátrafelé imbolygott, vakjárás iránytartó volt. A beteg szubjektív panaszai igen gyorsan javultak, még meglévő spontán nystagmus mellett már panaszmentesnek mondta magát. A két héttel később végzett vestibularis vizsgálatnál jelzett tekintésirányú nystagmus mellett nagyhullámú caloricus és forgatásos reakciókat, minden irányban kiváltható optokinetikus nystagmust találtunk. A négy hónappal, majd egy évvel későbbi kontrollnál panaszmentes volt, sem otoneurológiai, sem neurológiai tünetet nem észleltünk. A vírusellenes antitest meghatározások során a respiratory syncytial vírus 1:64-es titerben pozitív volt, ami két hét múlva normalizálódott. A beteg kezelésként B-vitaminokat és Trentalos infúziókat kapott.

Megbeszélés

Az egyenes, előretétekintéskor felfelé irányuló nystagmus valószínű alapja a verticalis vestibulo-ocularis reflex. A felfelé üto nystagmus létrejöttében több anatómiaiailag körülírt pálya, ill. mag szerepel. Felfelé irányuló nystagmust hoz létre a canalis semicircularis anteriorból a nucleus vestibularis superiorhoz, majd a brachium conjunctivumon át a középpagyba vezető pálya megszakadása [8].

A vestibulo-ocularis reflex perifériás végkészülékét, a verticalis ívjáratokat *de Jong és mtsai* tanulmányozták galambokon caloriás ingerlés révén [5]. Megállapították többek között, hogy az elülső ívjárat egyoldali ingerlése mindkét szemben ugyanolyan verticalis mozgásokat provokált, mint a kontralaterális hátsó ívjárat ingerlése. Ezt *Morgenstern és mtsai* is alátámasztották, kiegészítve azzal, hogy a hátsó verticalis ívjáratnak szerepe van a rotatoros nystagmus kialakításában is [7]. *Keane és mtsai* szerint [6] a nervus XII. körüli magok laesiojából származik a felfelé üto nystagmus. Ezek a magok a paramedián prepo-

situs nucleus, amely a IV. agykamra fenekén húzódik a nervus VI. és a nervus XII. magok szintje között, továbbá egy kisebb intercalatus mag (dorsalisan) és a Roller-mag (ventralisan). A prepositus mag rostralis részének kiterjedt kapcsolata van a nervus VI. és nervus III. magjaival, épp úgy, mint a cerebellummal, a vestibularis magokkal, a paramedián pontin tegmentummal és a praetectalis magokkal.

Ranalli és mtsai macskáknál kimutattak és embernél is feltételeznek egy ventralis tegmentalis pályát, melynek sérülése szintén felfelé irányuló nystagmust okoz. Ez a pálya a nucleus vestibularis superiorot köti össze az ellenoldali oculomotorius mag musculus rectus superiorot és musculus obliquus inferiorot ellátó magrészével. Az axonok ventromediálisan lépnek ki, a lemniscus lateralis mediális határán, felszállnak a pons tegmentumába, majd dorsalisan fordulva szállnak fel az oculomotorius maghoz [8].

Fisher és mtsai [1] pontomesencephalicus pontomedullaris, és cerebellaris laesiokhöz kötik a verticalis nystagmus kialakulását. Ugyanakkor a beteg fejhelyzetének változtatásával nyert nystagmus modifikáció alapján egy otolith függő komponensre is utalnak. A szakirodalom szerint verticalis nystagmus esetén általában az ismertetett pályák és magok jól körülírt laesioja található meg: agytörzsi infarctus, myelinolysis, demyelinisatio, ependymoma a IV. agykamra fenekén, Wernicke encephalopathia, trauma szerepel a kórokok között [1, 3, 6].

Betegeinknél egyetlen idegrendszeri és fül-orr-gégészeti tünet a verticalis, felfelé irányuló nystagmus volt. A perifériás károsodást elvethetjük, a szédülés jellege a testreflexek megtartott volta, az igen rövid idő - egy nap - alatt elmúló vegetatív tünetek és főként a kimutatható perifériás reakciók alapján. Ezek figyelembe vételével verticalis nystagmusukat centralis eredetűnek tartjuk, azonban kimutatható organikus idegrendszeri károsodást nem találtunk.

Úgy véljük, hogy a központi idegrendszer IV. kamra környéki gyulladása állt fenn, mely oly diszkrét volt, hogy egyéb eltérést nem okozott. Az első esetben ezt a pancreatitishez társuló baktériumok és toxinjaik jelenlétével, a másodikban pedig a vírusfertőzéssel magyarázhatjuk, amit a megemelkedett RS-vírus antitest titer bizonyít. Eseteinket ritkaságukra való tekintettel tartjuk közlésre érdemesnek.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetünket fejezzük ki Dr. Hegedűs Katalinnak, a DOTE Ideggyógyászati Klinika docensének a neurológiai vizsgálatok elvégzéséért.

IRODALOM

1. Fisher A., Gresty M., Chambers B., Rudge P.: Primary position upbeating nystagmus Brain 106, 949-964 (1983).
2. Fürstner J., Kralovánszky Z.: Perifériás eredetű vertikális nystagmus esetek Fül-orr-gégegyógy. 6, 138-139 (1960).
3. Hankey G. J., Silbert P. L., Edis R. H.: Localising value of primary position upbeating nystagmus. Aust. NZ J. Med. 17, 333-335 (1987).
4. House J. W., O'Connor A. F.: Handbook of neurotological diagnosis Marcel Dekker. Inc. New York, Basel (1987).
5. de Jong H.A. A., Goossens H. P., Oosterveld W. J.: Vertical nystagmus provoked by locally applied calorization at the vertical semicircular canals: a study in pigeon. ORL 50, 84-93 (1988).
6. Keane J. R., Itabashi H. H.: Upbeat nystagmus: Clinicopathologic study of two patientes. Neurology 37, 491-497 (1987).
7. Morgenstern C., Farrenkopf H. J.: Die Funktion des hinteren vertikalen Bogenganges beim Menschen und das Ausmass der zentralen Kompensation bei einseitiger Durchtrennung des Nervus vestibularis. Arch. Otorhinolaryngol. 230, 61-69 (1981).
8. Ranalli P. J., Sharpe J. A.: Upbeat nystagmus and the ventral tegmental pathway of the upward vestibulo-ocular reflex. Neurology. 38, 1329-1330 (1988).
9. Tóth Á., Lampé I.: A forgatásos ingerlés szerepe az otoneurológiai diagnosztikában. Fül-orr-gégegyógy. 35, 239-246 (1989).

Summary

TÓTH Á., KISELY M., LAMPÉ I.: *Of the vertical nystagmus in connection with two cases.*

The authors report on 2 cases of upward directed vertical nystagmus. Peripheral labyrinth reactions could be elicited, no other symptoms of the nervous system were observed. The authors are of the opinion that a focal inflammation (in the environment of the fourth ventricle due to bacterial toxin or virus infection) played a role in the disease. Both patients recovered perfectly within 2 weeks.

Zusammenfassung

Á. TÓTH, M. KISELY, I. LAMPÉ: *Über den vertikalen Nystagmus (zwei Fälle).*

Verff. berichten über zwei Patienten mit vertikalem, nach oben gerichtetem Nystagmus. Die peripheren Labyrinthreaktionen konnten ausgelöst werden, andere neurologische Symptome bestanden nicht. Ihrer Meinung nach handelte es sich um eine fokale (IV. Hirnkammer?) Entzündung, die durch bakterielle Toxine oder Virusinfektion hervorgerufen war. Die Patienten waren nach 2 Wochen völlig geheilt.

MEGEMLEKEZÉS

Száz éve, 1891. július 11-én született Palinban Dr. Götze Árpád sen., egyetemi magántanár, a Rókus-Kórház Fül-osztályának 1934-től 1968-ig vezető főorvosa. Az első világháborúban 4 évig teljesített frontszolgálatot, s hősiesség, kemény helytállása következtében egyike volt a legszebben dekorált tartalékos orvosoknak. Az európai niveau-jú Prof. Dr. Török Béla iskolájában szerezte szakmai tudását s vált szakmánk meghatározó, vezető egyéniségévé.

Nemcsak a fülészet művelésében, hanem emberi életvezetésében is mindig a töretlen becsületesség vezette. Ennek köszönhető, hogy a közelmúlt terminológiája szerint „osztályellenségnek” tekintett személyisége ellenére is mindvégig vezető maradhatott, mert határozott, acélos, tiszta lényét még ellenfelei is respektálták. Korrekt egyéniségét példaképnek tekintették a múlt fül-orr-gégeorvosai, de példaként állhat a mai szakmai nemzedék előtt is. A Fül-orr-gégegyógyászatnak megindulása óta szerkesztő bizottsági tagja, a Fül-orr-gégegyesületnek több mint 2 évtizeden át vezetőségi tagja volt. Lapunk megindításában aktívan vett részt.

Emlékének kegyelettel adóznak, még élő tanítványai, s mindazok, akik a fülészet tisztességét, nemes művelését Tőle tanulhatták s kegyelettel emlékeznek betegei, kiknek egészségét adta vissza.

Székely Tamás dr.

Uzsoki utcai Kórház-Rendelőintézet Fül-orr-gége osztály
(főorvos: Élő János dr.)

(85-89)

Betaserc kezeléssel szerzett tapasztalataink a belsőfül megbetegedéseiben*

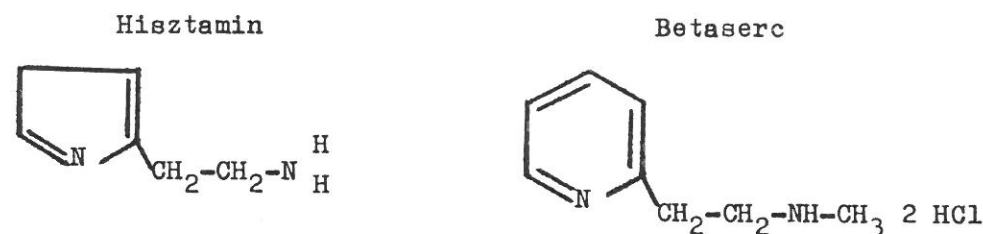
VARGA EDIT DR.**, ÉLŐ JÁNOS DR.

Közlésre érkezett: 1990. július 18-án

Kulcsszavak: belsőfül, Betaserc, halláscsökkenés, szédülés.

Szerzők a Betaserc tablettá alkalmazásával elért terápiás eredményekről számolnak be. Az irodalmi adatokkal megegyezően jónak tartják és javasolják a gyógyszer adását szédüléssel járó panaszokban, különösen Menière betegségben, mert tartós rohammentesítést eredményezhet, csökkenti a vegetatív panaszokat, időben kezdve konzerválhatja a hallást. Jól hat a szer vaszkuláris eredetű fülzúgásos panaszokra is.

A Betaserc, mint oralis hisztamin analóg a kapillárisok H₁-receptoraihoz kötődve, a prekapilláris szfinkterek relaxációjával javítja a belsőfül vérellátását, a mikrocirkuláció fokozásával képes csökkenteni az endolimfa nyomását. (1. ábra)



1. ábra.

Anderson, Kubicek, Martinez és Schayer állatkísérletekben demonstrálta a Betaserc kiváltotta értágulást az arteriovenózus shuntokban és a sztría vaszkularisban. Méréseik szerint a gyógyszer 50%-kal fokozta a cochlea vérátáramlását [1, 4, 5, 8]. A Betaserc előnye a hisztaminhoz képest, hogy a H₂-receptorokhoz nem kötődik, így hatása izoláltabb, orálisan jól adagolható, az általa kiváltott válaszreakció erőteljesebb és prolongáltabb [1, 9, 10]. A klinikumban először Menière betegségben adták, később más perifériás eredetű szédülésekben is kipróbálták. [2, 3, 6, 7]. Kastein, Osterveld, Wilmot a klinikai kipróbálást dupla vakpróbával, placebo kontroll mellett végezték és egyértelműen jó terápiás effektusról számoltak be [3, 6, 11, 12].

A gyógyszer a holland Duphar cég gyártmánya, külföldi gyógyszereket árusító gyógyszerárakban beszerezhető. Osztályunkon 1987. szeptembere óta alkalmazzuk a gyógyszerert.

Anyag és módszer

Jelen közleményünkben 28 betegről számolunk be. Életkoruk 18-73 közötti, 20 nő és 8 férfi. Vizsgált betegeinket három csoportba soroltuk. (I. táblázat)

*Az 1989. évi Audiológiai Vándorgyűlésen elhangzott előadás alapján **Budapest, 1145. Uzsoki u. 29.