

Adenoid vegetáció – Adenotomia

Kisely Mihály dr.

DOTE Fül-Orr-Gégeklinika, Debrecen

A szerző az adenoid vegetációval és az adenotómiával kapcsolatos állásfoglalását ismerteti. Ír a betegség etiológiájáról, tünettanáról és terápiájáról. Ezen „egyszerű” kórkép szerteágazó, gyakran irreverzibilis, és az egész életre kiható elváltozásokat okoz. Ezek közül kiemelendő a maradandó vezetési típusú halláscsökkenés, felső- és alsó légúti diszfunkció, az arckoponya anatómiai eltérései, a pszichés és intellektuális zavarok. Felhívja a figyelmet az altatásos műtét előnyeire: fájdalomtalan-ság, az aspirációs veszély hiánya, precíz műtéttechnika, a gyermek pszichés kímélete. A család- és gyermekorvos szerepe a betegség felismerésében, a gyermek helyes terápiás útra való terelésében felbecsülhetetlen, mert ezáltal időben, még a maradandó elváltozások kialakulása előtt megtörténhet az adenotomia.

Wilhelm Meyer dán orvos 1873-ban elsőként elvégzett adenotómiája óta több mint száz év telt el. A nazális obstrukció mellett felhívta a figyelmet az adenoid vegetáció és a halláscsökkenés kapcsolatára is (1). Ez a tény azt mutatja, hogy az adenoid vegetáció kérdése régi, de azt is, hogy megoldása, a műtét, már a modern sebészet hajnalán az első operációk közé tartozott.

A hazai fül-orr-gégészeti irodalmat áttekintve az adenoid vegetáció klinikai képével csupán egyetlen közlés foglalkozik. Szerzői a sinusitis maxillaris radiológiai leletét vizsgálják az adenoid vegetáció tükrében. Felvetik az adenotómiát mint egyedüli terápiás megoldást (2). A másik tény, ami fontossá teszi a kérdéssel való foglalkozást az, hogy az utóbbi években mintha kissé elfordult volna az általános orvosok figyelme a vegetatio adenoidestől, mint kóroki tényezőtől. Ugyanakkor a családorvosi gyakorlatban az általános tapasztalat szerint a rendelésben megjelent gyermekek kétharmada, háromnegyede valamilyen légúti hurut miatt szorul ellátásra. A háttérben sokszor a megnagyobbodott orrmandula áll. A DOTE Fül-Orr-Gégeklinika ma az adenotómiát intratrachealis narkózisban végezzük, szükség szerint kiegészítve az arcüreg öblítésével és paracéntálissal, tympanomeatalis (ventilációs) tubus implantációjával.

Etiológia

A Waldeyer-nyirokgyűrű részeként ismert tonsilla pharyngea megnagyobbodásának háttérében több etiológiai tényező állhat. Sokan öröklődő, úgynevezett „limfatikus” alkatot tételeznek fel. Véleményem szerint azonban inkább a recidiváló felső légúti gyulladások szerepe emelendő ki. Ez utóbbi gyakoriságát fokozza a rossz szociális helyzet, táplálkozási elégtelenség, az immunrendszer elégtelen működése és a korán történt közösségbe kerülés. A leggyakoribb garatflórából kitenyészthető kórokozók: Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus, Enterococcus faecalis, Haemophilus parainfluenzae, Streptococcus pneumoniae. Az adenoid vegetáció térránytalanságot jelent az epipharynx és az adenoid mérete között. A pubertásban ez a térránytalanság megszűnik. Részben mert megnő az orrgarat, részben mert az adenoid nyirokszöveve visszafejlődik (3).

Panaszok, tünetek

A fő tünet az orr időszakos, vagy állandó váladékozása, dugultsága, amely a szokásos kezelési módon nem befolyásolható. A

háttérben nemcsak direkt mechanikus akadály áll fenn, hanem a gyulladás okozta nyálkahártyaduzzanat is. Az orrdugulás, leegyszerűsítve, nyolc egyéb következménnyel járhat (4).

1. Nehezítetté válik a fülkürt szellőzése. E miatt felszívódik a levegő a dobüregből, ami már önmagában vezetési halláscsökkenést okoz (hypacusis conductiva). Ennek mértéke átlagosan 10-20 dB közé esik. A tartósan fennálló negatív dobüregi nyomás transsudatiót okoz. A dobüregi folyadékgyülem serosus otitis mediához vezet, felülfertőződve purulens otitis mediát okozhat. Gyakran találkozunk tehát recidív középfülgyulladással ezen gyermekeknél. A hosszan fennálló fülkürti diszfunkció miatt a transsudatumból és a recidív gyulladások okozta exsudatumból a fehérjék kicsapódnak (4). Ez növeli a hallócsontok tömegét és csökkenti a láncolat flexibilitását. Az így kialakult halláscsökkenés már irreverzibilis is lehet. A korai felismerés tehát még ezen szakasz előtt elengedhetetlen. E célt szolgálja a hazánkban évtizedek óta működő kisgyermek-kori hallásszűrés. A fülkürt működési zavar és a serosus otitis jól kimutatható tympanometria segítségével, amely objektív módszer (5, 6). A családorvos szerepe a korai felismerésben és a beteg megfelelő helyre irányításában alapvető. A gyermek rosszul hall, és így a szocializálódása zavart szenved. A későbbiekben részletezett pszichés problémák mellett a tanulmányi előmenetele is romlik. Nem azért rossz tanuló a gyermek mert szellemi képességei gyengék, hanem azért, mert nem hall jól.

2. Az orrüregi váladékpangás és nyálkahártya duzzanat orrmelléküreg gyulladáshoz vezet. Ez az általános tünetek mellett – rossz közérzet, aláárkolt szemek, recidiváló hőemelkedés, gyulladáshoz vezet. Ez az általános tünetek mellett – tovább fokozva az orrlégzési zavart állandó vagy éjszakai nyitott szájjal történő légzést okoz. A szájba tekintéskor az orrgarat felől leelőg „gennyfüggöny” látunk.

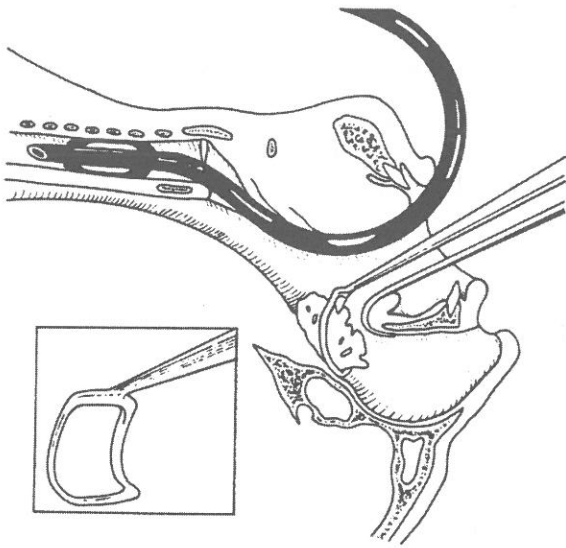
3. Az orrlégzés zavara obstruktív sleep apnoe-t okozhat. Ez közismerten az alvás közbeni több mint 10 másodperces apnoe és periódusokat – legalább 30 alkalommal 6 órán belül – az e miatti pihenés zavarát és következményes napközbeni hipersomnolentiát jelenti. Ha hosszabb ideig fennáll a kórkép idősebb korban pulmonális hipertenzió, cor pulmonale alakulhat ki (4, 7). Tünetek: fáradékonyság, csökkenő szellemi és fizikai teljesítőképesség, fejfájás, horkolás légzésszünetekkel.

4. Az orrlégzés gátoltsága szájlégzésre készíti a gyermeket. Az orr az alsóbb légutak számára levegőt előkészítő szerepe kiiktatódik. A felső légutak területén ez pharyngo-laryngitist, az alsó légutakban tracheo-bronchitist okoz, a tüdő és szív meglévő betegségeit tovább rontva. A 3. pontban és az itt leírt mechanizmus sino-bronchitishez, következményes bronchiectasiához vezet.

5. Hangképzés zavara alakulhat ki. A beszéd orrhangzós lesz (rhinolalia clausa).

6. Az állandóan nyitott száj az arc deformitását okozza. Ez a jellegzetesen „bamba” arc a facies adenoidea. A felső metszőfogak előreállnak, a nasolabialis redők elsimulnak, a keményszájpad gótikussá válik (palatum ogivale), amely a későbbiekben a septum nasi deviációját okozza. Az állcsont ékalakot vesz fel. A háttérben a m. orbicularis oris felső fogsorra gyakorolt nyomásának a hiánya áll (8, 9).

7. Egyéb szervi elváltozások: lapos thorax, előrehajló vállak,



1. ábra: Az adenoid eltávolítása intubációs narkózisban

általános szomatikus fejlődési visszamaradottság, étvágytalanság, fáradékonyság, sápadtság, krónikus anémia, fejfájás, duzzadt nyaki nyirokcsomók, infekcióra való hajlam.

8. Pszichés zavarok lépnek fel. A nyugodt éjszakai pihenés hiánya állandó fáradtságot, a szellemi fejlődés elmaradását, figyelmetlenséget okoz (aproxia nasalis). Enuresis nocturna, éjszakai felriadás (pavor nocturnus), gyakran dadogás alakul ki (5).

Diagnózis

A fenti felsorolásból kitűnik, hogy az adenoid vegetáció milyen sok súlyos panasszal áll összefüggésben. Amennyiben gondolunk rá könnyű a felismerés.

Az orr felől betekintve tág orrüregnél kissé szürkés szövetplusz látható a hátsó garatfalon, amely sok esetben a garat vizsgálatakor a lágyszájpad mögül lelőgni látszik. A biztos megítélés céljából ujjal kell megtapintani az adenoidot. Ez a vizsgálat kellemetlen, kissé fájdalmas, de a műtét előtt egyszer mindenképpen elvégzendő. Az ekkor kapott nagyobb vérzés, nem jellemző tapintási lelet. Ha előfordul juvenilis angiofibromára, vagy egyéb neoplazmára hívja fel a figyelmet.

Kezelés, műtét

A terápia az adenotomia. A műtéttel kapcsolatban kérdések merülnek fel. A műtét a tonsilla palatina eltávolításával együtt, vagy nélküle történjen? Bár a két szerv között gyakran szoros patomechanikai, tünetani és műtéttechnikai összefüggés van, a műtét indikációk különbözőek. Minden egyes esetben egyedileg mérlegelendő a kettős vagy önálló műtét szükségessége. A másik fontos kérdés a műtét elvégzésének alsó korhatára. Itt is az egyéni mérlegelés dönt. Egyéves kor alatt, tehát csecsemők esetében, csak egészen kivételesen végzendő.

A műtétet kizárólag fekvőbeteg osztályon, altatásban szabad végezni (10, 11). Egészségügyünk hiányossága, hogy ez még nem minden intézményben lehetséges.

A műtét előtt minden gyermeknél részletes laboratóriumi kivizsgálás, gyermekkardiológiai és általános gyermekgyógyászati vizsgálat történik az alathatóság elbírálása végett.

Az aneszteziológus feladata speciális, hiszen az ő munkaterülete és a műtét terület igen közel van egymáshoz. Klinikánk gyakorlata szerint a beteg Atropin és Dormicum premedikáció után érkezik a műtőbe. A véna biztosítása műanyag kanüllel

történik. Ezt fenntartjuk másnapig, hogy a posztoperatív szakban az esetleges gyógyszerelést megkönnyítse. Fentanyl, Diprivan és Succinylcholin beadása után megtörténik az intubáció. A vér alsó légutakba kerülésének megakadályozására fel-fújható ballonú Woodbridge mandzsettás tubust használunk. Mivel ennek legkisebb mérete 18 Chariere, gyakran kényesreülhetünk vékonyabb, de ballon nélküli tubus használatára. Ilyenkor a légutak lezárásának biztosításához a garatot tamponálni kell.

A műtét technikája röviden

A beteg hanyatt fekvő helyzetben van. Az orvos a fej mögött ül. Bevezetjük a Davis-Mayer féle szájterpeszt, amelyet előzőleg összeillesztettünk a Russel-Davis féle nyelvlapoccal. Az eszköz lényege az, hogy miközben jó feltárást biztosít, a lapoc közepén lévő vajatba helyeződik a lélegeztető tubus, az összenyomástól védendő (1. ábra). Ugyanakkor az operatőr mindkét keze szabad. A műtétet adenotommal végezzük. Dobüregi folyadékgyülem esetén minden esetben mikroszkópos paracentézist is végzünk, a folyadékot szívással eltávolítjuk. Szűkség esetén a fülkürtfunkció helyreállításáig tympanomeatalis tubust ültetünk be. Indokolt esetben sinus maxillaris punkciót végzünk.

Az altatásos beavatkozás előnye az egyéb módon végzettekkel szemben kézenfekvő:

- a beavatkozás tökéletesen fájdalomtalan;
- nincs aspiráció veszély;
- precíz műtéttechnika, vérzéscsillapítás;
- kevés posztoperatív szövődmény;
- a gyermek pszichéjét nem viseli meg a beavatkozás.

A műtét leggyakoribb szövődménye az utóvérzés, amelyet ha a lokális és szisztémás gyógyszeres kezelés nem szüntet meg, Bellocq-tampon behelyezésével látunk el. A tampont másnap vesszük ki.

Klinikánk gyakorlatában a gyermeket a műtétet követő napon otthonába bocsátjuk. A kontrollvizsgálat általában 1 hónappal múlva történik. A vezetékes halláscsökkenés miatt operált betegeknek csak ezen periódus elmúltával várható javulás (6). Szükséges lehet gyakoribb kontrollvizsgálat is, pl. a tympanomeatalis tubus ellenőrzése céljából.

Megbeszélés

Összefoglalva a következőkre hívjuk fel a figyelmet: A fent részletezett tünetek alapján a család- és gyermekorvosnak még az irreverzibilis tünetek kialakulása előtt gondolni kell az adenoid vegetáció kóroki szerepére. Ennek megfelelően a beteget szakellátás céljából fül-orr-gégészhez kell irányítani, aki a szükséges beavatkozást elvégzi. Fontos hangsúlyozni az intratrachealis narkózis szükségességét. A műtét így viseli meg legkevésbé a gyermeket, ugyanakkor lehetőség van a nyugodt, precíz operatőri munkára. Bár a műtét indikációját a szakma szabályai szerint, de egyedi elbírálás után a fül-orr-gégész állítja fel, ill. a műthetőség alsó korhatárát is ő szabja meg, fontos segítője ebben a családorvos.

Irodalom: 1. Paradise J. L.: Tonsillectomy and adenoidectomy. In: Bluestone C. D., Stool S. E.: Pediatric otolaryngology (2nd edition), (pp. 915-926), W. B. Saunders company, Philadelphia, 1990. – 2. Lampé I., Kósa D., Petkó E.: Az adenoid vegetatio és a sinus maxillaris röntgenlelete közötti összefüggésről. Fül-orr-gégegyógy. 22, 221-225, 1976. – 3. Kollár D.: Fül-orr-gébetegségek gyermekkorban. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1977. – 4. Evans J. N. G.: Pediatric Otolaryngology. In: Scott-Brown's: Otolaryngology (pp. 368-383), Butterworths, London, 1987. – 5. Révész Gy.: Fül-orr-

gégebetegségek (második kiadás). Medicina könyvkiadó, Budapest, 1984. – 6. Lampé I., Lázár J.: Micro-Tymp-készülékkel szerzett tympanometriás vizsgálati tapasztalataink adenotomizált gyermekeken. Fül-orr-gégegyógy. 38, 97-101, 1992. – 7. Élő J.: Az obstruktív alvási apnoe (OSAS) fül-orr-gégészeti vonatkozásai, diagnosztikája és terápiája. Köves P.: Obstruktív alvási apnoe szindróma. (131-168) Springer, Budapest, 1997.

– 8. Ribári O., Fabinyi B.: Fül-orr-gégészet. (Háziorvos Könyvek), Springer-Verlag, Budapest, 1993. – 9. Ribári O.: Fül-orr-gégészet, Fej-nyak sebészet. Medicina, Budapest, 1997. – 10. Sarkady L.: Altatásos mandulaműtétek. Fül-orr-gégegyógy. 36, 121-125, 1990. – 11. Matusovits L., Hayfronné Kiss A., Berényi I., Vezsenyi M.: Tonsilloadenotomia gyermekeken intubációs narkózisban. Fül-orr-gégegyógy. 37, 38-41, 1991.

Utazó orvosok '98 őszén

**Szakmai tanulmányutak - ahol Ön óhajtja! Ön kiválasztja a helyet - mi találunk hozzá programot.
Költségmentesen elszámolhatja - így csökkenti adóalapját.**

Válogatás csoportos programokból - magyar kísérvél

IZRAEL – Sivatag, oázis, tenger, kultúra. Látogatások Hebróv Egyetem, Hadassah Hospital és Egészségügyi Centrum Jeruzsálemben, gyógyászati központok a Holt-tengernél. Körutazás Tel Aviv – Netanya – Jaffa – Holt-tenger – Massada erődítmény – Tiberias – Galilea tenger – Golán fennsík – Názáret – Jeruzsálem.
8 napos út repülővel, hotel Netanyaban, csillagtúra busszal. Nov. 1-8./Alapár: 145.000,-Ft.

JAPÁN – „Csoda”. A Felkelő Nap Országá talán nem is illethető más szóval, hisz a civilizáció, a technikai fejlettség legmagasabb fokán is őrzik, ápolják évezredek hagyományait, építészeti és kulturális emlékeit. Japán izgalmas! Természeti szépségeivel - lenyűgözően gyönyörű! Mindez együtt a világon sehol máshol fel nem lelhető, rendkívüli élményekkel ajándékoz meg. Utunk a legismertebb látnivalók mellett a Japán Alpok és a Japán tenger eldugott vidékeit is bekalandozza.
13 napos út repülővel, közép kategóriás hotelekben, reggeli + 2 vacsora. Okt. 21./Alapár: 665.000,-Ft.

SRÍ LANKA – Ceylon mai neve. Egész évben egyenletesen nyári időjárás, kellemes tengeri klíma. Trópusi élővilág, elefántfarmok, gumi- és teaültetvények, kókusz erdők, ananász ligetek, őslakosság népművészete és modern luxusszállodák, buddhista kolostorok. Körutazás után 3 nap pihenés Negomboban a tengerparton.
11 napos út repülővel, 4 csillagos hotelek, félpanzió. Okt. 6., 20./Alapár: 290.000,-Ft.

PORTUGÁLIA – Körutazás Lisszabontól busszal. Estoril – Bathala – Fatime – Coimbra – Braga – Porto.
8 napos út repülővel, 3 csillagos hotelek, félpanzió. Okt. 19./Alapár: 186.900,-Ft.

MEXIKÓ – Egzotikus körutazás, üdülés Acapulcóban.
13 napos út repülővel. Alapár: 359.900,-Ft.

KÍNA – Körutazás busszal, vonattal. Peking – Kínai Nagyfal – Xian – Lucyang – Zhengzhou.
9 napos út repülővel, hotel félpanzióval, opera előadás. Okt. 9./Alapár: 329.000,-Ft.

Foglalás: 40% előleggel, amely fizethető csekken vagy átutalással is. Számla a végösszegegről.
M-TOURS ENGINEERING 1123 Budapest, XII. Nagyenyed u. 3. (Déli pu. mellett!)
Telefon/fax: (06 1) 2144-832. Nyitvatartás: 11-19 óra között.