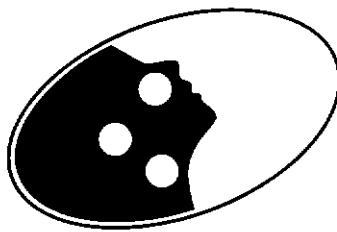


Katedra za otorinolaringologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo
Združenje otorinolaringologov Slovenije SZD

SODELOVANJE ZDRAVNIKA DRUŽINSKE MEDICINE, PEDIATRA IN OTORINOLARINGOLOGA PRI OBRAVNAVI BOLEZNI UŠES, NOSU, ŽRELA, GRLA IN VRATU

Izbrana poglavja 6



Ljubljana

2014

Izdajatelji:

Katedra za otorinolaringologijo Medicinske fakultete v Ljubljani
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo
Združenje otorinolaringologov Slovenije SZD

Uredniki:

Miha Žargi
Irena Hočevar Boltežar
Saba Battelino

Recenzent:

Miha Žargi

Tehnična urednica:

Tatjana Železnik

Tisk: FOTA-COP d.o.o. Ljubljana

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616.21(082)

614.2:316.356.2(082)

SODELOVANJE zdravnika družinske medicine, pediatra in otorinolaringologa pri obravnavi bolezni ušes, nosu, žrela, grla in vratu : izbrana poglavja 6 / [uredniki Miha Žargi, Irena Hočevar Boltežar, Saba Battelino]. - Ljubljana : Katedra za otorinolaringologijo Medicinske fakultete : Univerzitetni klinični center, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo : Združenje otorinolaringologov Slovenije SZD, 2014

ISBN 978-961-267-070-2 (Medicinska fakulteta)

1. Žargi, Miha

271574272

KAZALO

<i>Miha Žargi</i>	Predgovor	3
<i>Saba Battelino</i>	Izcedek iz ušesa pri otroku	7
<i>Klemen Jenko</i>	Oteženo dihanje na nos	17
<i>Irena Hočevar Boltežar</i>	Hripavost	25
<i>Aleš Grošelj</i>	Otekline na vratu	33
<i>Anton Gros</i>	Indikacije za adenoidektomijo, tonzilektomijo in vstavitev timpanalnih cevčic	39
<i>Imre Boršoš</i>	Estetske operacije v ORL področju	47
<i>Maja Šereg Bahar</i>	Rehabilitacija bolnika z rakom glave in vratu po zaključenem zdravljenju	53
<i>Robert Šifrer</i>	Skrb za bolnika z rakom glave in vratu po zaključenem zdravljenju	65
<i>Iztok Fošnarič</i>	ORL posegi v ambulantni družinskega in otroškega zdravnika	71
<i>Jure Urbančič</i>	ORL preiskave, indikacije za njih in dostopnost	77
<i>Jošt Paučič</i>	ORL pregled	89

PREDGOVOR

Otorinolaringološki dan 2014 nadaljuje tradicijo strokovnih srečanj med otorinolaringologi, družinskimi zdravniki in pediatri, tradicijo pogovorov, ki so v zadnjih letih pripeljali do boljšega razumevanja odprtih vprašanj tako na primarni in sekundarni ravni in prispevali k izboljšanju stopenjske diagnostike in smiselne delitve dela.

Prvi sklop predavanj je namenjen razpoznavi pogostejših kliničnih primerov s stališča bolezenskih znamenj. Ponuja razmejitev dela in še posebej obravnava stopnjo nujnosti napotitve k specialistu. Število ambulantnih otorinolaringoloških pregledov v Sloveniji v zadnjih letih narašča. Na Kliniki za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo je število pregledov od leta 2008, ko jih je bilo 38.500, v letu 2013 naraslo na 45.500, še posebej pa se je povečalo število nujnih napotitev, ki pogosto niso upravičene. Triaža in prenašanje bolnikov pomeni dodatno delo, vzbuja nezadovoljstvo in vsekakor ne zmanjšuje končnega števila ambulantnih obravnav.

Vzroki za izcedek iz sluhovoda so številne in raznolike bolezni zunanjega sluhovoda in srednjega ušesa in redkeje tudi tujki ter poškodbe. Pomembna je anamneza, ki mora biti pri obravnavanju otrok natančna in usmerjena, ter seveda v teh primerih tudi dobro sodelovanje s starši. V državah, kjer organizacija zdravstva omogoča boljše delo na primarni ravni, je razpoznavna in tudi zdravljenje nenevarnih oblik vnetja zunanjega sluhovoda in srednjega ušesa veliko pogostejše in uspešnejše kot pri nas. Kljub temu, da upoštevamo težavnejše okoliščine našega dela, bi lahko skrbna anamneza, ustrezno izveden otoskopski pregled ter izčiščenje izcedka iz sluhovoda pripeljali do zmanjšanja specialističnih pregledov, okrepilo bi se tudi zaupanje v izbranega zdravnika. Razmejiti pa je treba stanja, kjer je specialistični pregled potreben in včasih tudi nujen.

Oteženo dihanje na nos je zelo pogosto znamenje široke palete bolezni nosu in obnosnih votlin, tako akutnega ali kroničnega vnetja, anatomskih sprememb, povečane žrelnice ter redkeje tudi tumorjev in prirojenih nepravilnosti. Akutna in kronična vnetja imajo značilno anamnezo in klinično sliko. Prva sodijo na raven primarne oskrbe, pri kroničnih vnetjih je potreben otorinolaringološki pregled, zdravljenje pa lahko poteka na primarni ravni po navodilih specialista. V primerih strukturnih sprememb v nosni votlini je indicirano kirurško zdravljenje. Glede na pogostnost te patologije je čakalna doba razmeroma dolga. Motnje zaznave zračnega toka so lahko zgolj diagnoza rinologa po temeljitem pregledu in tudi poglobljenem pogovoru z bolnikom.

Razpoznavna vzrokov za hripavost je že bila predstavljena. Tokratni prispevek se v večji meri posveča funkcionalnim motnjam, čeprav opozarja na široko paleto organskih vzrokov. Hripavost je zgodnji simptom raka glasilk, vendar še vedno nismo zadovoljni s časom, ki mine do diagnoze in zdravljenja. Potrebno je ponavljati temeljno pravilo, da je pri disfoniji potrebna posredna laringoskopija v vseh primerih, razen pri očitnem akutnem laringitisu ali takrat, ko simptom, lahko tudi funkcionalne etiologije, traja najdlje 3 tedne. Timska obravnava funkcionalnih glasovnih motenj je v Sloveniji žal problem, saj primanjkuje klinično usmerjenih strokovnjakov, ki pri zdravljenju sodelujejo.

Na srečanjih v preteklih letih smo že obravnavali limfadenopatije na vratu in zasevke raka neznanega izvora v vratne bezgavke. Prispevek "Otekline na vratu" ponuja široko razpoznavo možne patologije in algoritem obravnave, ki je smisel in koristen za razmišljanje in delo na primarni ravni. Bistveno je

razločevanje med benigno in maligno boleznijo. Če vedno znova poudarjamo pomembnost anamneze, je na mestu opozorilo, da je ta lahko zavajajoča in da so potrebna dodatna usmerjena vprašanja o morebitnih predhodnih kirurških posegih, s stališča bolnika morda manj pomembnih. S tem mislim na operacije kožnih karcinomov v področju glave in vratu. Te so pogoste, opravljajo jih številni kirurgi in sledenje bolnikov je prevečkrat premalo dosledno. Kronični limfadenitis je pri odraslih bolnikih redek, največkrat povečana trda bezgavka na vratu skriva zasevek in potrebna je takojšnja napotitev k otorinolaringologu, ki bo opravil natančen pregled in bolnika napotil na dodatne preiskave.

Indikacije za adenoidektomijo in tonzilektomijo so klasična tema. Merila za tonzilektomijo zaradi ponavljajočih se vnetij, kroničnega tonzilitisa ali kotske infekcije se niso bistveno spremenila v zadnjih desetletjih. Res pa je, da se je število tonzilektomij zmanjšalo zaradi natančnejše presoje anamnestičnih podatkov in klinične slike. Več indikacij za tonzilektomijo kot pred leti je zaradi motenj dihanja pri spanju pri otrocih (sočasno z adenoidektomijo) zaradi izboljšane pulmološke diagnostike. Indikacije za adenoidektomijo v pediatrični populaciji so širše, saj ima hipertrofija žrelne številne škodljive posledice za otrokov razvoj. Praviloma delamo adenoidektomije tudi pri izlivnem vnetju srednjega ušesa sočasno z vstavljanjem timpanalnih cevk. Eno in drugo je bolj ali manj simptomatski pristop, saj dokončnega odgovora o etiopatogenezi izlivnega vnetja srednjega ušesa kljub študijam, ki dokazujejo obstoj bakterijskega biofilma na sluznici srednjega ušesa, še nimamo.

Estetske operacije, predvsem poprava oblikovanosti nosu in nosnega pretina ter operacije štrlečih uhljev, so se razvile prav v sklopu otorinolaringologije. Čeprav jih opravljajo v večji meri specialisti za plastično in rekonstruktivno kirurgijo, so še posebej poprave nosu v primerih, ko je moteno dihanje skozi nos, zahtevni posegi, ki jih lahko uspešno izvede le izkušen rinokirurg. Zaradi številnih drugih operacij, ki jih izvajajo otorinolaringološki oddelki in še posebej klinika, tovrstna kirurgija, ki v bolj zapletenih primerih zahteva zelo premišljen pristop in čas za natančno delo, ni vedno med prednostnimi posegi.

Rehabilitacija bolnikov po operacijah raka glave in vratu je pomemben člen v terapevtskem postopku. Načrtovati jo moramo že pred začetkom zdravljenja. Terapevtski postopki, tudi kirurški, so se v zadnjih desetletjih usmerili predvsem v ohranjanje delovanja prizadetih organov in na pomembnem mestu je torej kakovost življenja bolnika po zdravljenju. Seveda pa vsaka operacija v večji ali manjši meri prizadene funkcijo organa. Rehabilitacija motenj hranjenja in govora in tudi psihosocialna rehabilitacija zahteva timski pristop. Prav bi bilo, da bi se zdravljenje raka glave in vratu opravljalo v okoljih, kjer je zagotovljena tudi skupina strokovnjakov, ki sodeluje pri rehabilitacijskih postopkih.

Spremljanje bolnika po zdravljenju raka glave in vratu je naloga specialista, ki je bolnika obravnaval. Ključno je seveda sledenje bolezni z načrtovanimi kontrolnimi pregledi, da lahko pravočasno ugotovimo morebitno ponovitev bolezni ali vznik novega malignoma na sluznici, ki je bila v celoti izpostavljena škodljivim dejavnikom. Specialist obenem nudi tudi pomoč pri rehabilitacijskih postopkih, saj operativni posegi in tudi radioterapija pustijo številne funkcionalne posledice. Pomembna vloga družinskega zdravnika je, da sodeluje pri psihosocialni rehabilitaciji in da vodi zdravljenje spremljajočih bolezni.

Enostavnejši otorinolaringološki posegi lahko, če se opravijo na primarni ravni, zmanjšajo število napotitev k specialistu, še posebej nujnih. Pri slednjih praviloma ne gre za zapletena stanja, ampak za pomanjkanje izkušenj ali za preveliko obremenjenost z drugim delom na primarni ravni. Lažje krvavitve iz nosu, torej tiste iz sprednjega dela nosne votline, se lahko uspešno ustavi, če obvladamo spredajšnjo rinoskopijo. Reševanje akutne dihalne stiske pa je problem načelne odločitve. Za

intubacijo so potrebne izkušnje. Težka je ob spremenjenih anatomske okoliščinah. Takrat lahko samo konikotomija (tudi brez izkušenj!) reši življenje.

Otorinolaringološke preiskave so zelo širok spekter diagnostičnih posegov. V zadnjih desetletjih so se dopolnile z uvedbo rigidne in fleksibilne endoskopije, mikroskopije, analizami motenj glasu, govora in požiranja in sodobnimi avdiovestibulološkimi preiskavami. Še posebej tiste, ki jih izvajajo subspecialisti, so neredko ozko grlo in zahtevajo čakalno dobo.

Temeljnega otorinolaringološkega pregleda se naučimo na dodiplomski ravni. Izkušnje kažejo, da se celoviti pregled na primarni ravni redko izvaja zaradi pomanjkanja ustreznih instrumentov in praktičnih izkušenj. Ponovitev tehnike pregleda in razprava o možnostih izvedbe na primarni ravni nam bodo olajšali sodelovanje.

Spoštovane kolegice in kolegi, upam, da bodo prispevki koristni za vaše vsakdanje delo, da bodo dobra dopolnitev vašega znanja in da bo razprava izluščila tudi tista odprta vprašanja, ki jih bomo obravnavali na sledečih srečanjih.

Prof.dr. Miha Žargi, dr.med., višji svetnik



SLUŠNI APARATI IN AUDIOPROTETIČNE STORITVE



OTO*linea*

OTOLINEA d.o.o.
Metelkova ulica 11
1000 Ljubljana

T: 01 430 00 51
F: 01 430 00 52
E: info@otolinea.si

www.otolinea.si

Napredovali bazalnocelični karcinom (nBCK)*: bolezen, ki prizadene globlje od kože

Posledice napredovelega bazalnoceličnega karcinoma so za bolnika lahko zelo resne, še posebej, ko je kirurško zdravljenje ali zdravljenje z obsevanjem neprimerno ali neučinkovito.

Kaj ostane, ko so druge možnosti zdravljenja izčrpane?

www.erivedge.net



SKRAJŠAN POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA

Samo za strokovno javnost

▼ Za to zdravilo se izvaja dodatno spremljanje varnosti. Tako bodo hitreje na voljo nove informacije o njegovi varnosti. Zdravstvene delavce naprošamo, da poročajo o katerem koli domnevem neželenem učinku zdravila.

Ime zdravila: Erivedge 150 mg trde kapsule **Kakovostna in količinska sestava:** Ena trda kapsula vsebuje 150 mg vismodegiba. Pomozna snov z znanim učinkom: Ena trda kapsula vsebuje 71,5 mg laktaze monohidrata na kapsulo.

Terapevtske indikacije: Zdravilo Erivedge je indicirano za zdravljenje odraslih bolnikov s simptomatskim metastatskim bazalnoceličnim karcinomom in z lokalno napredovalim bazalnoceličnim karcinomom, neprimernim za operacijo ali radioterapijo. **Odmerjanje in način uporabe:** Zdravilo Erivedge sme predpisati le zdravnik specialist, ki ima izkušnje z vodenjem zdravljenja pri odobreni indikaciji, oziroma se ga sme predpisati le pod nadzorom takšnega zdravnika. **Odmerjanje:** Priporočeni odmerek je ena 150 mg kapsula enkrat na dan. **Trajanje zdravljenja:** V kliničnih preskušanjih se je zdravljenje z zdravilom Erivedge nadaljevalo do napredovanja boleznih ali nesprejemljivih toksičnih učinkov. Glede na posameznikovo prenašanje zdravila so dovoljevali prekinitev zdravljenja do 4 tednov. Korist nadaljevanja zdravljenja je treba redno ocenjevati. Optimalno trajanje zdravljenja je različno za vsakega posameznega bolnika. **Posebne skupine bolnikov:** Bolnikom, stari 65 let ali več, odmerka ni treba prilagajati. Varnosti in učinkovitosti zdravila Erivedge pri bolnikih z okvarjenim delovanjem ledvic ali jeter niso raziskovali. Zdravila Erivedge se zaradi pomislekov glede varnosti ne sme uporabljati pri otrocih in mladostnikih, mlajših od 18 let. **Način uporabe:** Zdravilo Erivedge je namenjeno za peroralno uporabo. Kapsule je treba zaužiti cele z vodo, s hrano ali brez nje. Kapsul ne smemo odpreti, da preprečimo nenamerno izpostavljenost bolnikov in zdravstvenega osebja. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost za zdravilno učinkovino ali katero koli pomožno snov, nosečnice in doječe ženske, ženske v rodni dobi, ki ne upoštevajo Programa preprečevanja nosečnosti med uporabo zdravila Erivedge ter sočasna uporaba šentjanževke. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** **Embrio-fetalna smrt ali hude prirojene napake:** Pri nosečnici uporabljeno zdravilo Erivedge lahko povzroči embrio-fetalno smrt ali hude prirojene napake. **Svetovanje:** Za ženske v rodni dobi: Zdravilo Erivedge je kontraindicirano pri ženskah v rodni dobi, ki ne upoštevajo Programa za preprečevanje nosečnosti med uporabo zdravila Erivedge. Za moške: Vismodegib se nahaja v semenu. Za zdravstvene delavce: Zdravstveni delavci morajo bolnike poučiti tako, da razumejo in sprejmejo vse zahteve Programa za preprečevanje nosečnosti med uporabo zdravila Erivedge. **Kontracepcija:** Ženske v rodni dobi: Ženske bolnice morajo uporabljati dva priporočena načina kontracepcije med zdravljenjem z zdravilom Erivedge in še 24 mesecev po zadnjem odmerku tega zdravila. Moški: Moški bolnik mora med jemanjem zdravila Erivedge in še 2 meseca po zadnjem odmerku tega zdravila med spolnim odnosom s partnerko vedno uporabiti kondom (s spermicidom, če je na voljo), tudi če je imel vazektomijo. **Testi nosečnosti:** Pri ženskah v rodni dobi mora zdravstveni delavec opraviti zdravniško nadzorovan test nosečnosti v 7 dneh pred začetkom zdravljenja in vsak mesec med zdravljenjem. Testi nosečnosti morajo imeti minimalno občutljivost 25 mU/mL, v skladu z lokalno dostopnostjo. Bolnice, ki dobijo amenorejo med zdravljenjem z zdravilom Erivedge, morajo s testi nosečnosti nadaljevati vsak mesec medtem, ko se zdravijo. **Omejitve za predpisovanje in izdajanje zdravila ženskam v rodni dobi:** Prvo predpisovanje in izdajanje zdravila Erivedge morata biti opravljena v 7 dneh po negativnem testu nosečnosti. Recepti za zdravilo Erivedge morajo biti omejeni na 28 dni zdravljenja, za nadaljevanje zdravljenja je potreben nov recept. **Informacijsko gradivo:** Da bi zdravstvenim delavcem in bolnikom pomagal preprečiti izpostavljenost zarodka in ploda zdravilu Erivedge, bo imetnik dovoljenja za promet z zdravilom priskrbel izobraževalna gradiva (Program preprečevanja nosečnosti med uporabo zdravila Erivedge). **Vplivi na postnatalni razvoj:** Pri živalih je vismodegib povzročil hude, ireverzibilne spremembe v rasti zob in zaprtje epifizne rastne plošče. Ti izsledki kažejo na močnejše tveganje za nizko rast in deformacije zob pri dojenčkih. **Krvodajalstvo:** Bolnice in bolniki med jemanjem zdravila Erivedge in še 24 mesecev po zadnjem odmerku tega zdravila ne smejo darovati krvi. **Darovanje sperme:** Bolniki med zdravljenjem z zdravilom Erivedge in 2 meseca po zadnjem odmerku ne smejo darovati sperme. **Medsebojno delovanje:** Treba se je izogibati sočasnemu zdravljenju z močnimi induktorji CYP, saj ni mogoče izključiti tveganja za znižane plazemske koncentracije in zmanjšano učinkovitost vismodegiba. **Ploščatocelični karcinom kože:** Bolniki z napredovalim bazalnoceličnim karcinomom imajo povečano tveganje za razvoj ploščatoceličnega karcinoma kože. Pri bolnikih z napredovalim bazalnoceličnim karcinomom, ki so se zdravili z zdravilom Erivedge, so poročali o primerih ploščatoceličnega karcinoma kože. Ni bilo dokazano, da je ploščatocelični karcinom kože povezan z zdravilom Erivedge. Zato je treba vse bolnike med zdravljenjem z zdravilom Erivedge rutinsko kontrolirati, ploščatocelični karcinom kože pa zdraviti v skladu s standardnim zdravljenjem. **Dodatni previdnostni ukrepi:** Bolnikom je treba naročiti, da tega zdravila nikoli ne dajo drugim osebam. Po končanem zdravljenju morajo bolniki neuporabljene kapsule takoj zavreči v skladu z

lokalnimi predpisi. **Pomozne snovi:** Kapsule zdravila Erivedge vsebujejo laktazo monohidrat. Bolniki z redkimi prirojenimi motnjami, kot so intoleranca za galaktozo, primarna hipolaktazija ali malabsorpcija glukoze-galaktoze, ne smejo jemati tega zdravila. To zdravilo vsebuje manj kot 1 mmol (23 mg) natrija na odmerek, kar v bistvu pomeni 'brez natrija'. **Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij:** Vplivi sočasno danih zdravil na vismodegib: Če je vismodegib uporabljen sočasno z zaviralcem protonске črpalke, antagonistom receptorjev H₂ ali z antacidom, se njegova sistemska izpostavljenost lahko zmanjša, vpliv tega na učinkovitost vismodegiba pa ni znan. Pri bolnikih s pomanjkanjem kisline v želodčnem soku obstaja možnost za enak vpliv. Študije *in vitro* kažejo, da je vismodegib substrat efusnega prenašalca P-glikoproteina (P-gp) in encimov, ki presnavljajo zdravila - CYP2C9 in CYP3A4. Če je vismodegib uporabljen sočasno z zdravili, ki zavirajo P-gp, CYP2C9 ali CYP3A4, se lahko sistemska izpostavljenost vismodegibu in incidenca neželenih učinkov vismodegiba povečata. Ko damo vismodegib s spodbujevalci CYP, se lahko izpostavljenost vismodegibu zmanjša. **Vplivi vismodegiba na sočasno dana zdravila:** **Kontraceptivni steroidi:** Izsledki študije medsebojnega delovanja zdravila-zdravilo pri bolnikih z rakom so pokazali, da sistemska izpostavljenost etinilestradiolu in noretindronu ni spremenjena, ko ju dajemo sočasno z vismodegibom. Študija medsebojnega delovanja je trajala samo 7 dni in ne moremo izključiti, da je pri daljšem zdravljenju vismodegib spodbujevalec encimov, ki presnavljajo kontraceptivne hormone. Spodbujanje lahko vodi v zmanjšanje sistemske izpostavljenosti kontraceptivnim steroidom in zmanjšanje učinkovitosti kontracepcije. **Učinki na specifične encime in prenašalce:** Študije *in vitro* kažejo, da ima vismodegib zmoglost, da deluje kot zaviralec beljakovine BCRP. Podatkov *in vivo* o medsebojnem delovanju ni. Ni mogoče izključiti, da lahko vismodegib povzroči povečano izpostavitve zdravilom, ki se prenašajo s to beljakovino, kot so rosuvastatin, topotekan in sulfasalazin. Sočasno jih je treba dajati s previdnostjo in morda bo potrebna prilagoditev odmerka. Za zaviralni učinek vismodegiba je bila od izoforn CYP *in vitro* najbolj občutljiva izoforna CYP2C8. Izsledki študije medsebojnega delovanja pri bolnikih z rakom so pokazali, da se sistemska izpostavljenost rosiglitazonu med sočasno uporabo z vismodegibom ne spremeni. Tako lahko zaviranje encimov CYP s strani vismodegiba *in vivo* izključimo. **Neželeni učinki:** Neželeni učinki, ki so se pojavili pri bolnikih, zdravljenih z zdravilom Erivedge v kliničnih preskušanjih: **Zelo pogosti:** zmanjšanje teke, disgezija, ajevzija, navzea, driska, zaprtost, bruhanje, alopecija, pruritus, mišični krči, amenoreja, zmanjšanje telesne mase in utrujenost. **Pogosti:** zvišanje jetrnih encimov, dehidracija, hiponatremija, hipogevzija, dispneja, bolečine v zgornjem delu trebuha, bolečine v trebuhu, izpuščaji, madaroza, nenormalna rast dlak, artralgijs, bolečine v okončinah, bolečine v hrbtu, mišično-skeletna bolečina v prsnem košu, migalija, bolečina ledveno, mišično-skeletne bolečine, bolečina in astenija. **Poročanje o domnevnih neželenih učinkih:** Prosimo, da o neželenih učinkih, ki jih opazite pri zdravljenju z zdravilom Erivedge, poročate v skladu s Pravilnikom o farmakovigilanci (uradni list RS, št. 53/06 in 16/11), na obrazcu za poročanje, ki je objavljen na spletni strani www.jazmp.si. Prosimo, da izpolnjen obrazec pošljete Univerzitetnemu kliničnemu centru Ljubljana, Interna klinika, Center za zastrupitve, Zaloška cesta 2, SI-1000 Ljubljana, faks: + 386 (0)1 434 76 46, ali na elektronski naslov: farmakovigilanca@kclj.si, lahko pa tudi Javni agenciji RS za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP), Sektor za farmakovigilanco, Ptujška ulica 21, SI- 1000 Ljubljana, faks: + 386 (0)8 2000 510, ali na elektronski naslov: h-farmakovigilanca@jazmp.si. **Režim izdaje zdravila:** Rp/Spec **Imetnik dovoljenja za promet:** Roche Registration Limited, 6 Falcon Way, Shire Park, Welwyn Garden City, AL7 1TW, Velika Britanija **Verzija:** 1.0/13 **Informacija pripravljena:** Februar 2014

* nBCK = lokalno napredovali ali simptomatski metastatski bazalnocelični karcinom

DODATNE INFORMACIJE SO NA VOLJO PRI:
Roche farmacevtska družba d.o.o.,
Vodovodna cesta 109, 1000 Ljubljana
Povzetek glavnih značilnosti zdravila je
dosegljiv na www.roche.si

Erivedge
vismodegib
Preobrat v zdravljenju

Rešitve za vaš sluh, enkratne,
kot ste enkratni vi:
Cochlearjevi slušni vsadki

Cochlear ima preko 30 let bogatih izkušenj pri nujenju rešitev, ki vključujejo najbolj zanesljive naprave na svetu. Ljudje se zanašajo na Cochlear, ker nudi najboljše možno poslušanje vsak dan, skozi vse življenje.

Cochlear nudi rešitve prilagojene posameznikom.



Cochlear™



Kombinirani slušni
pripomočki
Hybrid

Kostno vsidrani
slušni pripomočki
BAHA



Polževi vsadki
Nucleus



Za več informacij se obrnite na

web: www.posluh.si
email: info@posluh.si
tel.: 031 / 737363

Sentiero ...Advanced

Celovita rešitev diagnostike sluha
novorojenčkov, otrok in odraslih



Modularna
aparatura,
vse v enem



Hitra in diagnostična metoda
otoakustične emisije OAE (TEOAE, DPOAE)
ABR (tudi obojestranski test istočasno)
ASSR
Avdiometrija
MAGIC (otroški interaktivni test sluha)



Ukrepite in pomagajte zaščititi dojenčke in otroke pred pnevmokoknimi boleznimi

**Prevenar 13 zagotavlja najširše
kritje od vseh konjugiranih
pnevmokoknih cepiv (KPC).**

- Cepivo Prevenar 13 pokriva najpogostejše serotipe, ki povzročajo pnevmokokne bolezni.¹⁻⁴
- Edino KPC, ki vključuje serotipe 3, 6A in 19A.^{1,2}
- Dokazana učinkovitost proti invazivnim pnevmokoknim boleznim.^{1,5}
- Dokazan vpliv cepljenja iz vsakdanjega življenja na znižanje incidence pnevmokoknega vnetja srednjega ušesa.⁶
- Dokazan vpliv cepljenja na zmanjšanje hospitalizacij zaradi pljučnice, ne glede na povzročitelja.⁷



**Najpogostejše uporabljeno KPC na svetu.⁸
Sedaj odobreno tudi za starejše otroke in mladostnike, stare od 6 do 17 let.¹**

Cepivo Prevenar 13 je indicirano za aktivno imunizacijo pri preprečevanju invazivnih bolezni, pljučnice in akutnega vnetja srednjega ušesa, ki jih povzroča *Streptococcus pneumoniae*, pri dojenčkih, otrocih in mladostnikih, starih od 6 tednov do 17 let.

BISTVENI PODATKI IZ POVZETKA GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA

PREVENAR 13 suspenzija za injiciranje, cepivo proti pnevmokokom, polisaharidno, konjugirano (13-valentno, adsorbirano)
Sestava in oblika zdravila: En odmerek (0,5 ml) vsebuje pnevmokokne polisaharide serotipov 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F, ki so konjugirani na nosilni protein CRM₁₉₇, in adsorbirani na aluminijev fosfat. **Indikacije:** Aktivna imunizacija za preprečevanje invazivnih bolezni, pljučnice in akutnega vnetja srednjega ušesa, ki jih povzroča *Streptococcus pneumoniae* pri dojenčkih, otrocih in mladostnikih, starih od 6 tednov do 17 let. Aktivna imunizacija za preprečevanje invazivnih bolezni, ki jih povzroča *S. pneumoniae* pri odraslih, starih 18 let in več, ter starejših. **Odmernik in način uporabe:** Shema cepljenja s cepivom Prevenar 13 morajo temeljiti na uradni priporočili. **Dojenčki in otroci, stari od 6 tednov do 5 let:** Priporočljivo je, da se cepljenje pri dojenčkih, ki so prejeli prvi odmerek cepiva Prevenar 13, dokonča s cepivom Prevenar 13. **Dojenčki, stari od 6 tednov do 6 mesecev:** V osnovni shemi s tremi odmerki priporočeno cepljenje sestavljajo štiri odmerki po 0,5 ml. Shema osnovnega cepljenja za dojenčke sestavljajo trije odmerki. Cepljenje s prvim odmerkom se običajno opravi pri starosti 2 mesecev. Med dvema odmerkoma mora miniti vsaj en mesec. Cepljenje s prvim odmerkom se lahko opravi že pri starosti šestih tednov. Cepljenje s četrtim (obnovitvenim) odmerkom je priporočljivo opraviti v starosti od 11. do 15. meseca. V osnovni shemi s dvema odmerkoma se v primeru uporabe cepiva Prevenar 13 v okviru rutinskega programa cepljenja dojenčkov lahko uporabi tudi shema cepljenja s tremi odmerki po 0,5 ml. Cepljenje s prvim odmerkom se lahko opravi od starosti 2 mesecev naprej, cepljenje z drugim odmerkom pa s 2 meseca po cepljenju s prvim odmerkom. Cepljenje s tretjim (obnovitvenim) odmerkom je priporočljivo opraviti v starosti od 11. do 15. meseca. **Nedonošenčki (< 37 tednov nosečnosti):** Priporočeno shemo sestavljajo štiri odmerki po 0,5 ml. Shema osnovnega cepljenja za dojenčke sestavljajo trije odmerki. Cepljenje s prvim odmerkom se običajno opravi pri starosti 2 mesecev. Med dvema odmerkoma mora miniti vsaj en mesec. Cepljenje s prvim odmerkom se lahko opravi že pri starosti šestih tednov. Cepljenje s četrtim (obnovitvenim) odmerkom je priporočljivo opraviti v starosti od 11. do 15. meseca. **Predhodno necepljeni dojenčki in otroci, stari 2 mesecev ali starejši:** Dojenčki, stari od 7 do 11 mesecev, prejmejo dva odmerka, vsak po 0,5 ml. Med obema odmerkoma mora miniti vsaj en mesec. Cepljenje s tretjim odmerkom je priporočljivo v drugem letu življenja. Otroci, stari od 12 do 23 mesecev, prejmejo dva odmerka, vsak po 0,5 ml. Med obema odmerkoma mora miniti vsaj dva meseca. Otroci in mladostniki, stari od 2 do 17 let, prejmejo en odmerek po 0,5 ml. Shema cepljenja s cepivom Prevenar 13 za dojenčke in otroke, ki so bili predhodno cepljeni s cepivom Prevenar (7-valentno) (serotipi *S. pneumoniae* 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F in 23F): Cepivo Prevenar 13 vsebuje istih 7 serotipov kot cepivo Prevenar na istem nosilnem proteinu CRM₁₉₇. Pri dojenčkih in otrocih, pri katerih se je cepljenje začelo s cepivom Prevenar, se lahko preide na cepivo Prevenar 13 kadarkoli med shemo. Majhni otroci (12-59 mesecev), ki so popolnoma imunizirani s cepivom Prevenar (7-valentnim), morajo prejeti en 0,5 ml odmerek cepiva Prevenar 13 za sprotnežne imunski odgovor na 6 dodatnih serotipov. Tak odmerek cepiva Prevenar 13 je treba dati najmanj 8 tednov po zadnjem odmerku cepiva Prevenar (7-valentnega). Otroci in mladostniki (5 do 17 let) lahko prejmejo enkratni odmerek cepiva Prevenar 13, če so bili predhodno cepljeni s enim ali več odmerki cepiva Prevenar. Tak odmerek cepiva Prevenar 13 je treba dati najmanj 8 tednov po zadnjem odmerku cepiva Prevenar (7-valentnega). **Odrasli, stari 18 let in več, ter starejši:** En sam odmerek. Potreba po ponovnem cepljenju z naslednjim odmerkom cepiva Prevenar 13 ni bila dokazana. Ne glede na to, ali je bil bolnik predhodno že cepljen proti pnevmokokom, je v primeru priporočljive uporabe 23-valentnega pnevmokoknega polisaharidnega cepiva najprej treba dati cepivo Prevenar 13. **Posebna populacija:** Posamezniki, ki so zaradi osnovne bolezni lahko nagnjeni k invazivni pnevmokokni bolezni (kot je srpastocelna anemija ali okužba s HIV, vključno z osebam, ki so bile predhodno cepljene z enim ali več odmerki 23-valentnega pnevmokoknega polisaharidnega cepiva, lahko prejmejo vsaj en odmerek cepiva Prevenar 13. **Način uporabe:** Cepivo je treba injicirati intramuskularno. Pri dojenčkih je najprimernejše mesto injiciranja anterolateralni predel stegna (mišica vastus lateralis), pri otrocih in odraslih pa deltoidna mišična nadiakti. **Kontraindikacije:** Preobčutljivost na zdravilne učinkovine, katerekoli pomožni snovi ali davčni toksoidi. Kot pri drugih cepivih je treba tudi cepljenje odložiti pri otrocih, ki imajo hudo akutno bolezen z zvišano telesno temperaturo. Blažja okužba, na primer prehlad, ni razlog za odložitve cepljenja. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi:** Cepivo Prevenar 13 se ne sme aplicirati intravaskularno. Dajanje cepiva lahko v redkih primerih sledi anafilaktična reakcija. Pri cepljenju je, tako kot pri vseh cepivih, ki se injicirajo, treba zagotoviti ustrezno obliko zdravilnega nadzora, ki mora biti v takšnem primeru nemudoma na voljo. S tem cepivom v obliki intramuskularne injekcije ne smemo cepiti posameznikov s trombotično polipetijo ali kakor drugo motnjo strjevanja krvi, pri kateri je intramuskularno dajanje kontraindicirano. Cepivo se sme dati subkutano, če je korist cepljenja znatno večja od možnega tveganja. Kot velja tudi za druga cepiva, je možno, da cepivo Prevenar 13 pred pnevmokoknimi boleznimi ne bo zaščitilo vseh cepljenih oseb. Pri posameznikih z oslabilo imunsko odzivnostjo je imunski odgovor po aktivni imunizaciji lahko slabši. Podatki o varnosti in imunogenosti cepiva Prevenar 13 za posameznike s srpastocelno anemijo ali okužbo HIV so omejeni. Pri posameznikih iz drugih specifičnih skupin imunske oslabilosti posameznikov še niso na voljo, zato se potreba po cepljenju pretehta individualno. **Dojenčki in otroci, stari od 6 tednov do 5 let:** Uporaba konjugiranega cepiva proti pnevmokokom ne nadomesti uporabe 23-valentnega pnevmokoknega polisaharidnega cepiva pri otrocih, starih ≥ 2 let, s stanji, zaradi katerih obstaja večje tveganje za invazivno bolezen, ki jih povzroča bakterija *S. pneumoniae*. Pri osnovnem cepljenju veliko pregledaj rojstni nedonošenčkov (rojstni pred ali v 28. tednu nosečnosti), še posebej tistih z respiratorno nezrelostjo in anemije, je treba upoštevati možnost pojava apneje in potrebo po 48-urnem do 72-urnem spremljanju pljučnega delovanja. Ker je korist cepljenja v tej skupini dojenčkov velika, se cepljenje ne sme izpustiti ali odložiti. Za serotipe, ki jih vsebuje cepivo, pričakujemo, da bo zaščita pred vnetjem srednjega ušesa manjša kot zaščita pred invazivnimi boleznimi. Pri sočasni uporabi cepiva Prevenar 13 s cepivom Infanrix hexa (DTaPa-HBV-IPV/Hib) je stopnja vročinskih reakcij podobna kot pri sočasni uporabi cepiva Prevenar (7-valentnega) in cepiva Infanrix hexa. Pri sočasni uporabi so opazili tudi zvečano stopnjo porajanja konjunktiv (z zvišano telesno temperaturo ali brez nje) ter epizod hipotonije in zmanjšane odzivnosti. Pri otrocih z napadi krčev ali z anamnezo nedolgovročinskih krčev in tistih, ki prejmejo cepivo Prevenar 13 skupaj s cepivom proti oslovskemu kašlju s celimi celicami, je treba vsebovati zdravilne učinkovine zvišane telesne temperature. **Medsebojno delovanje z drugimi zdravili:** **Dojenčki in otroci, stari od 6 tednov do 5 let:** Cepivo Prevenar 13 se lahko uporablja skupaj s katerikoli od naslednjih antigenov ali kombiniranih cepiv: s cepivom proti davici, tetanusu, z acelularnim cepivom proti oslovskemu kašlju ali s cepivom proti oslovskemu kašlju s celimi celicami, s cepivom proti *Haemophilus influenzae* tipa b, z inaktiviranim cepivom proti poliomielitisu, s cepivom proti hepatitisu B, s cepivom proti meningokokom serotipske skupine C, s cepivom proti ošpicam, rubelem, noricam in rotavirusom. **Otroci in mladostniki, stari od 6 do 17 let:** Podatki o sočasni uporabi z drugimi cepivi trenutno niso na voljo. **Odrasli, stari od 18 do 49 let:** Podatki o sočasni uporabi z drugimi cepivi niso na voljo. **Odrasli, stari 50 let in več:** Cepivo Prevenar 13 se lahko daje sočasno s sezonskim trivalentnim inaktiviranim cepivom proti gripi. Sočasna uporaba z drugimi cepivi ni raziskana. Različna cepiva za injiciranje je treba vedno injicirati na različna mesta. Sočasno dajanje cepiva Prevenar 13 in 23-valentnega pnevmokoknega polisaharidnega cepiva ni bilo raziskano. **Plodnost, nosečnost in dojenje:** Podatki o uporabi 13-valentnega pnevmokoknega konjugiranega cepiva pri nosečnicah ni; uporabi cepiva Prevenar 13 se je treba med nosečnostjo izogibati. Ni znano, ali se 13-valentno konjugirano cepivo pri človeku izloča v mleko. Studije na živalih ne kažejo neposrednega ali posrednega škodljivega vpliva na sposobnost razmnoževanja. **Neželeni učinki:** **Dojenčki in otroci, stari od 6 tednov do 5 let:** Zelo pogosti neželeni učinki (≥ 1/10) so zmanjšan apetit, zvišana telesna temperatura, razdražljivost, rdečina, zatrdlina/oteklina, bolečina/občutljivost na mestu cepljenja, omotica, motnje spanja, občutljivost na mestu cepljenja, občutljivost na motnjo gibanja. **Odrasli, stari 18 let in več, ter starejši:** Zelo pogosti neželeni učinki so zmanjšan apetit, glavoboli, driska, bruhanje, izpuščaj, mrzlica, utrujenost, rdečina, zatrdlina/oteklina, bolečina/občutljivost na mestu cepljenja; omejena sposobnost gibanja roke, zvišana telesna temperatura, zatrdlina, mrzlica. **Način izdajanja:** Predpisovanje in izdaja zdravila je le na recept, zdravilo pa se uporablja samo v javnih zdravstvenih zavodih ter pri pravnih in fizičnih osebah, ki opravljajo zdravstveno dejavnost. **Imetnik dovoljenja za promet:** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Velika Britanija. **Datum zadnje revizije besedila:** 20.11.2013. **Pred predpisovanjem se seznajite s celotnim povzetkom glavnih značilnosti zdravila.**

Literatura: 1. Prevenar 13, Povzetek glavnih značilnosti cepiva. 20.11.2013. 2. Synflorix, Povzetek glavnih značilnosti cepiva. 25.11.2013. 3. McIntosh ED, Reinert RR. Global prevailing and emerging pediatric pneumococcal serotypes. Expert Rev Vaccines. 2011;10(1):109-129. 4. Reinert RR, Paradiso P, Fritzell B. Advances in pneumococcal vaccines: the 13-valent pneumococcal conjugate vaccine received market authorization in Europe. Expert Rev Vaccines. 2010;9(3):229-236. 5. Kaplan SL, Barson WJ, Lin PL, et al. Early trends for invasive pneumococcal infections in children after the introduction of the 13-valent pneumococcal conjugate vaccine. Pediatr Infect Dis J. 2013;32(3):203-207. 6. Dagan R, Greenberg D, Leibovitz E, et al. Trends in serotype specific pneumococcal carriage in children visiting pediatric emergency room (PER) post PCV7 and PCV13 introduction correlate with trends in serotype-specific otitis media (OM) incidence. Poster 445 presented at: ID Week 2013; October 3, 2013; San Francisco, CA, 7. Simonsen L, Klugman K, Taylor R, et al. Reductions in invasive and non-invasive pneumococcal US hospital admissions only two years after PCV13 introduction: evidence of substantial direct and indirect (herd) benefits. Abstract LB-3 presented at: ID Week 2013; October 5, 2013; San Francisco, CA, 8. Data on file—global manufacturing and supplies. Pfizer Inc, New York, NY.



Pfizer Luxembourg SARL, GRAND DUCHY OF LUXEMBOURG, 51, Avenue J. F. Kennedy, L-1855
Pfizer, podružnica Ljubljana, Letališka cesta 3c, 1000 Ljubljana

Prevenar 13*
cepivo proti pnevmokokom, polisaharidno, konjugirano (13-valentno, adsorbirano)
* blagovna znamka

IZCEDEK IZ UŠESA PRI OTROKU

doc. dr. Saba Battelino, dr. med.

Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Univerzitetni klinični center
Ljubljana

Povzetek

Otoreja, izcedek iz sluhovoda, je zelo pogost simptom, ki ga srečujejo zdravniki družinske in šolske medicine ter pediatri v svojih ambulantah. Izcedek iz ušes povzročajo številne in zelo raznolike bolezni zunanjega sluhovoda in srednjega ušesa, včasih tudi poškodbe ali tujki. Po sami kvaliteti izcedka zelo težko sklepamo na njegov vzrok. Razpoznavna pravega vzroka izcedka je včasih težavna celo za otorinolaringologe. Pri razpoznavi vzroka otroške otoreje je izjemno pomembna natančna in obširna anamneza. Usmerjeno je potrebno vprašati po predhodnih aktivnostih, obolenjih, poškodbah, operaciji, ponavljanju težav in oceniti splošno stanje otroka s tem simptomom. Iz študij iz Združenih držav Amerike je razvidno, da veliko večino otrok, ki zaradi iztoka iz ušesa pridejo v ambulanto zdravnika na primarnem nivoju, pozdravijo s toaleta sluhovoda in s topičnimi zdravili. Tako kot za mnoge simptome tudi pri obravnavi izcedka iz ušesa pri otroku ni izdelanega in širše sprejetega diagnostično terapevtskega pristopa. Zavedanje staršev, da lahko ob odsotnosti znakov sistemskih bolezni nekatera že ugotovljena otorinolaringološka stanja povzročajo občasen iztok iz sluhovoda, bi lahko zmanjšalo število urgentnih pregledov tako na primarnem kot tudi na sekundarnem nivoju urgentnih služb. Sodelovanje zdravnikov na primarnem nivoju in otorinolaringologov lahko izboljša zdravljenje bolnikov z izcedkom iz sluhovoda ter zmanjša število urgentnih pregledov v splošnih urgentnih ambulantah kakor tudi v urgentnih otorinolaringoloških ambulantah.

1. UVOD

Otoreja, izcedek iz sluhovoda, je zelo pogost simptom, ki ga srečujejo zdravniki družinske in šolske medicine ter pediatri v svojih ambulantah. Izcedek iz ušes povzročajo številne in zelo raznolike bolezni zunanjega sluhovoda in srednjega ušesa, včasih tudi poškodbe ali tujki in razpoznavna pravega vzroka je včasih težavna celo za otorinolaringologe. Podatek samo o kvaliteti izcedka praviloma ne zadostuje za postavitve diagnoze. Primes krvi v iztoku se lahko pojavi pri vnetju sluhovoda, pri poškodbi sluhovoda kakor tudi pri hudih akutnih ali kroničnih vnetjih srednjega ušesa. Zaradi zelo različnih načinov zdravljenja, življenjsko nevarnih zapletov ob nepravilni diagnozi vzroka otoreje in opustitvi pravilnega zdravljenja, je izcedek iz ušesa, še posebej pri otroku, vedno zanimiva in aktualna problematika vseh profilov zdravnikov, ki se s tem simptomom srečujemo. Izjemno pomembna pri razpoznavi vzroka otroške otoreje je natančna in obširna anamneza. Usmerjeno je potrebno vprašati po predhodnih aktivnostih, obolenjih, poškodbah, operaciji, ponavljanju težav in oceniti splošno stanje otroka s tem simptomom (1). Tako kot za mnoge simptome, tudi pri obravnavi izcedka iz otrokovega ušesa, ni izdelanega in širše sprejetega diagnostično terapevtskega pristopa. V

nadaljevanju bodo opisani mnogoteri vzroki otoreje, njihova razpoznavna in najpogostejše priporočeni načini zdravljenja.

2. VZROKI IZCEDKA IZ UŠESA PRI OTROKU IN RAZPOZNAVA

2.1. Zunanji sluhovod

2.1.1. Tujek v sluhovodu

Predvsem manjši otroci ter osebe s posebnimi potrebami si včasih hote ali nehote vstavijo tujek v sluhovod ali pa najdemo tujek v sluhovodu po padcu otrok na peščeni podlagi. V takih primerih pogosto ni nobene anamneze, izcedek iz sluhovoda se pojavi lahko več dni po dogodku. Običajno je izcedek enostranski, v klinični sliki najdemo vse znake vnetja zunanjega sluhovoda, vendar večinoma brez sistemskih znakov vnetja. Pri vnetem sluhovodu bo odstranjevanje tujka s spiranjem pogosto neuspešno in zato morajo otorinolaringologi tujke pri manjših otrocih, še posebej ob že vnetem sluhovodu, odstranjevati v operacijski dvorani (1).

2.1.2 Poškodba zunanjega sluhovoda

Otroci si redko sami poškodujejo sluhovod. Nevarno je, kadar oponašajo škodljivo vedenje odraslih in si vstavljajo vatirane palčke v sluhovod. Pogostejše se zgodi, da jih poškodujejo vrstniki ob igri ali poskusu »oponašanja čiščenja sluhovoda«. V izcedku se pogosto pojavi kri, otroci jokajo, saj je poškodba večinoma povezana z naglo bolečino ob poškodbi. Ostali znaki so podobni kot pri tujku v sluhovodu ali pri vnetju zunanjega sluhovoda.

2.1.3. Vnetje zunanjega sluhovoda

Tako zamejeno vnetje sluhovoda (furunkel) kakor tudi difuzno vnetje sluhovoda sta povezana z bolečino, slabšim sluhom in izcedkom iz sluhovoda. Furunkli se praviloma pojavljajo v začetnem, torej hrustančnem delu sluhovoda in jih redkeje najdemo pri otrocih. Difuzno vnetje sluhovoda je najpogostejše povezano z mehansko poškodbo sluhovoda, ki uniči varovalno bariero pred škodljivimi agensi, ki jo tvorita cerumen in koža sluhovoda (1). **Bakterijska** vnetja sluhovoda se večinoma ne ponavljajo. **Gljivične** okužbe sluhovoda so večinoma vzrok za kronične ali rekurentne otoreje, kjer je vzrok v zunanjem sluhovodu. Pridružena obolenja kot so ekcem in psoriza ter atopični dermatitis se pogosto manifestirajo tudi na koži sluhovoda. Prisotna je huda bolečina, občutek polnosti v ušesu, slabši sluh, boleč pritisk na tragus in včasih se lahko pojavi tudi rdečina retroaurikularno (2). Prav ta izjemno boleča manipulacija uhlja in tragusa je značilna za vnetje zunanjega sluhovoda. Anamnestična prisotnost rizičnih dejavnikov za razvoj vnetja zunanjega sluhovoda ter odsotnost sistemskih znakov vnetja ga loči od zapleta akutnega vnetja srednjega ušesa (mastoiditisa). Otroke, kjer je diferencialna diagnoza težavna, mora pregledati tudi otorinolaringolog (1). Posebna oblika vnetja, ki ga najpogostejše povzroča *Pseudomonas Aeruginosa*, je sprva le vnetje sluhovoda, ki se kasneje hitro razširi skozi hrustanec sluhovoda in predvsem ob stiku hrustančnega dela sluhovoda s kostnim delom sluhovoda na lobanjsko bazo. Imenujemo ga nekrotizantno, maligno vnetje sluhovoda. Zanj so značilne hude bolečine, neodzivnost na običajno terapijo vnetja sluhovoda, napredovanje težav s parezo obraznega živca in parezami spodnjih možganskih živcev. Pogostejše se pojavlja pri starejših in/ali diabetičnih bolnikih. Potrebna je takojšnja napotitev h otorinolaringologu saj večinoma brez kirurške in sistemske antibiotične terapije zdravljenje ni uspešno (3).

2.1.4. Prirojene malformacije sluhovoda

Prirojene malformacije so v zunanjem sluhovodu sicer redke, vendar se lahko v lumen sluhovoda odpira kožna fistula, ki lahko sama izceja, še posebej, če pride do njenega sekundarnega vnetja. Prirojeno preozki sluhovodi so pogosto podvrženi kroničnim vnetjem kože sluhovoda, z ali brez čepa ušesnega masla. Simptomi in zdravljenje so sprva podobni kot pri vnetem zunanjem sluhovodu. Težave se lahko pojavljajo enostransko ali celo izmenjaje zdaj na eni in potem še na drugi strani. V primeru ponavljanja težav je otroka potrebno usmeriti h otorinolaringologu (4).

2.2. Bobnič

2.2.1. Miringitis (vnetje bobniča)

2.2.1.1. Akutni hemoragični miringitis

Najpogostejše se tu omenja bulozni miringitis, za katerega je značilno, da je osnovna oblika in lega bobniča nespremenjena, iz njega pa se v sluhovod bočijo bule ali vezikli, ki so največkrat izpolnjene s krvavkasto tekočino. Pogosto je pridruženo vnetje zgornjih dihal, predvsem pri okužbah z *Mycoplasma pneumoniae*, lahko pa se pojavi kot samostojna bolezen (5). Bolniki tožijo zaradi bolečin v ušesu, lahko tudi zaradi nekoliko slabšega sluha. Manipulacija uhlja večinoma ni boleča. Izcedek iz sluhovoda je krvavkast, bolečina ni nujna, vhod v sluhovod ni zaprt, prisoten pa je slabši sluh po zračni poti (prevodna izguba sluha). Kljub temu, da se bolnik s to boleznijo počuti dobro in da ni prizadet, ga ravno prisotnost krvi, ki priteče iz krvavkastih mehurčkov na bobniču, nemudoma pripelje v urgentno otorinolaringološko ambulanto.

2.2.1.2. Kronični miringitis

Kronično vnetje epitelne plasti bobniča pogosto imenujemo tudi granulacijski miringitis. Granulacijsko tkivo, ki je podobno polipom, secernira redkejši izcedek. Pri manevru po Valsalvi ne vidimo perforacije bobniča in pri manipulaciji teh polipov le ti zelo hitro zakrvavijo (6). Lahko se pojavijo na ušesu, kjer je bila pred časom narejena timpanoplastika. (6).

2. 3. Srednje uho

Poznamo štiri najpogostejša bolezenska stanja v srednjem ušesu, ki lahko povzročajo iztok iz ušesa. Mednje sodijo izlivno (sekretorno) vnetje srednjega ušesa z ali brez ventilacijske cevke, akutno vnetje srednjega ušesa, kronično vnetje srednjega ušesa ter kronično holesteatomska vnetje srednjega ušesa. O redkejših boleznih, ki tudi lahko povzročijo iztok iz srednjega ušesa in med katere sodijo tuberkulozna vnetja, granulomatozna vnetja ter tumorji srednjega ušesa, v tem poglavju zaradi njihove redkosti in klinične nerazpoznavnosti na primarnem nivoju oskrbe iztoka iz sluhovoda ne bomo govorili (1).

2.3.1. Izlivno vnetje srednjega ušesa

Pri bolnikih, kjer je tekočina v srednjem ušesu lahko brez pojava akutnega vnetja srednjega ušesa (OMA), pride do izcejanja tekočine preko novo nastale perforacije bobniča v sluhovod. Večinoma se pojavi pri že znanem izlivnem vnetju srednjega ušesa, pogosto je brez bolečine, izcedek je skoraj bister in ali mucinozen (vlecljiv), pojavi se večinoma le enkrat in nato težave izzvenijo.

Po vstavitvi timpanalnih cevk se vsaj enkrat pojavi iztok skozi cevke v bobniču pri 10 – 30 % otrok (7). Drugi avtorji opisujejo pojav izcedka iz sluhovoda po tem posegu kar v 75 % primerih v prvem letu po vstavitvi timpanalne cevke (8). Glede na časovni pojav izcedka iz sluhovoda po operaciji različni avtorji opisujejo, da se izcedek pojavi prvih 14 dnevih po operaciji pri 16 % bolnikov, kasneje pri 26 % bolnikov, kronični iztok iz ušes pri otrocih s timpanalnimi cevkami pa pri 4 %. (9). Vzrok za ta izcedek naj bi bilo stanje v srednjem ušesu, kot je npr. debela sluznica in prisotnost obilice goste tekočine v njem (10). Rizični dejavniki za pojav iztoka iz sluhovoda po vstavitvi timpanalnih cevk pa so tudi: prisotnost gastroezofagealnega refluksa, varovanje v vrtcih in sekundarno kajenje (7). Bistveno pogostejše se pojavlja izcedek iz sluhovoda po vstavitvi timpanalnih cevk pri otrocih ki imajo pridružen razcep neba (11).

2.3.2. Akutno gnojno (purulentno) vnetje srednjega ušesa

Pri akutnem vnetju srednjega ušesa, kjer je bobnič prizadet do te mere, da spontano perforira, pride do iztoka gnoja skozi perforacijo v sluhovod. Večinoma takrat hude bolečine v ušesu popustijo, sluh pa ostaja še slabši. Anamneza in sistemski znaki so enaki kot pri kataralnem OMA. Običajno starši opažajo pred pojavom iztoka iz sluhovoda nekajdnevni voden izcedek iz nosu, nerazpoloženost pri otroku in neposredno pred pojavom iztoka iz ušesa močan, neutolažljiv jok.

2.3.3. Kronično purulentno vnetje srednjega ušesa

Definicija kroničnega vnetja srednjega ušesa je iztekanje gnoja skozi perforacijo bobniča, ki se ne odziva na zdravljenje z zdravili. Vsak iztok iz srednjega ušesa, ki se ne pozdravi v šestih tednih sistemske in topične antibiotične terapije, pomeni kronično stanje in bolnika je potrebno predstaviti otorinolaringologu (5, 12). Ločimo na novo nastala kronična vnetja srednjega ušesa, kjer bo kronično stanje ugotovljeno prvič. Pri že znanem kroničnem vnetju srednjega ušesa, kjer je otorinolaringolog že izključil kronično holesteatomsko vnetje srednjega ušesa, ob vnetij zgornjih dihal ali vstopu vode v votlino srednjega ušesa pogosto pride do sočasnega vnetja izpostavljene sluznice srednjega ušesa in pojavi se izcedek. Večinoma že sami bolniki to stanje prepoznajo, nemalokrat imajo topično terapijo že doma. Predčasen kontrolni pregled pri otorinolaringologih je potreben le, če po nekaj dneh topične antibiotične terapije izcedek ne pojenjuje ali če se pojavi še bolečina in drugi simptomi napredovanja bolezni.

2.3.4. Kronično holesteatomsko vnetje srednjega ušesa

Kronično holesteatomsko vnetje srednjega ušesa je posebna oblika kroničnega vnetja srednjega ušesa. Gre za prisotnost epitela v votlini srednjega ušesa, pri kongenitalnem holesteatomu brez vnetja ali perforacije bobniča in brez izcedka iz sluhovoda. Razlaga kongenitalnega holesteatoma temelji na embrionalnem ostanku epitelnih celic v srednjem ušesu ali kot posledica metaplazije sluznice srednjega ušesa (13) Sekundarni holesteatom srednjega ušesa nastane po vnetju ali perforaciji bobniča. Zanj je značilno, da pride do vraščanja epitela iz bobniča in/ali sluhovoda v srednje uho. To epitelno plast v srednjem ušesu imenujemo matriks, ki v svojo »vrečo« lušči poroženevajoče odpadle celice. Tako pritisk epitelne vreče kot tudi osteolitični encimi in pridružena sekundarna bakterijska vnetja povzročajo destrukcijo v votlini srednjega ušesa in lahko tudi

piramidnega dela senčnice. Znaki holesteatoma so večinoma neznačilni; bolniki navajajo občasen izcedek iz sluhovoda, slabši sluh, občasno šumenje. Skoraj nikoli nimajo bolečin ali sistemskih znakov vnetja. Ne morejo določiti časa nastanka težav. Opisujejo jih kot »od nekdanj mi občasno teče iz ušesa«. Zelo pogosto je izcedek iz ušesa, ki je posledica holesteatomskega vnetja, gnojavega izgleda in pogosto močno zaudarja. Možni so pa izcedki vseh vrst (14).

2.3.5. Izcedek iz radikalno operiranih ušes

Po radikalnih operacij ušes, kjer del votline srednjega ušesa združimo z zunanjim sluhovodom, občasno pride do vnetja te votline in nekajdnevnega do celo nekaj mesecev trajajočega iztoka iz takega ušesa. Sprva ima bolnik izcedek iz ušesa brez bolečin, sluh je itak slabši, sistemski znaki vnetja skoraj nikoli niso prisotni. Bolniki večinoma sami prepoznajo vzrok tovrstnega izcedka, podobno kot pri kroničnih gnojnih vnetjih srednjega ušesa (15).

2.4. Notranje uho

Vsak bister izcedek iz sluhovoda, nosnic ali izza mehkega neba, lahko tudi pomešan z gnojem ali krvjo, je lahko posledica iztekanja cerebrospinalne tekočine (1). Ne glede na to, ali je fistula spontana ali posledica poškodbe, širjenja vnetja srednjega ušesa ali posledica predhodne otokirurške, nevrokirurške ali oto-nevrokirurške operacije, je nujna takojšnja napotitev v otorinolaringološko ustanovo. Sluhovod se le sterilno pokrije in pouči bolnika, da v sluhovod ne sme vstopiti voda in da mora počivati in se ne sme napenjati (16, 17).

3. ZDRAVLJENJE

Osnova vsakega zdravljenja je pridobitev natančne bolnikove anamneze. Natančna anamneza je, kakor je bilo že omenjeno, ključna pri razpoznavi vzroka izcedka iz sluhovoda in pri izbiri nadaljnjih postopkov ter izbiri zdravljenja, saj lokalni pregled večinoma ni mogoč.

Anamneza mora vsebovati sledeče elemente (5):

- Prisotnost timpanalnih (ventilacijskih) cevki ali znane perforacije bobniča
- Pojav, trajanje in značilnosti izcedka iz sluhovoda
- Dodatna prisotnost simptomov, kot so vnetja zgornjih dihal in vročina ter splošno slabo počutje in nerazpoloženost otroka
- Aktivnosti, kot so nedavno kopanje v bazenih, jezerih in rekah ter uporaba zaščite sluhovodov
- Ponavljanje enakih težav, predhodna zdravljenja in uporaba topičnih zdravil
- Predhodna otorinolaringološka zdravljenja, predvsem operacije ušes.

Zaradi vse večjega pojava rezistentnih sevov bakterij in gliv se priporoča odvzem brisa in nacepitev njegovih kultur ter antibiogramski in antitimikogramski pregled že pri prvem ambulantnem obisku bolnika z vnetjem zunanjega sluhovoda. V objavljenih člankih je opisano, da beležijo vse do 40 % pojav rezistentnih bakterij v odvzetih brisih, ki so v petih procentih občutljive le na oralno (sistemsko)

zdravljenje z antibiotiki (18). Pri zdravljenju iztoka iz ušesa je potreba po zdravljenju s sistemskimi antibiotiki redka (1).

Preprosto difuzno vnetje zunanjega sluhovoda zdravimo z odstranjevanjem gnoja in kožnega debrija ter s topičnimi antibiotičnimi kapljicami (1, 5) . Navodil, kako se očisti sluhovod je mnogo in zelo se razlikujejo med državami. Opisujejo uporabo vatiranih ozkih tamponov, sesanje sluhovoda s tankimi aspiratorji (pogosto z mehкими nastavki) ali spiranje, kjer je vzrok izcedka jasen in tekočina ne more vstopiti v srednje uho. Za spiranje pogosto uporabljajo tekočine s kislim pH, saj je prav porast pH pogost vzrok razrasta bakterij in gliv v sluhovodu (1, 5). Priporočena je uporaba topičnih antibiotikov 7 – 10 dni, še učinkovitejše so kombinacije antibiotikov in steroidov v istem preparatu (2, 5). Bulozni miringitis se ob prisotnosti pridruženega sistemskega vnetja zdravi s sistemskimi antibiotiki, če pa nastopa le izolirano, pa le s topičnimi zdravili. Začetno zdravljenje je enako akutnemu difuznemu vnetju zunanjega sluhovoda, v nadaljevanje zdravljenje kroničnega miringitisa pa se pogosto vključi otorinolaringolog. Po neuspehu intenzivnega topičnega zdravljenja je potrebno misliti tudi na druge redkejši bolezni, pri katerih lahko najdemo tudi polipu podobno tvorbo v zunanjem sluhovodu (19).

Zdravljenje izcedka iz sluhovoda po vstavitvi timpanalnih cevč brez sistemskih znakov vnetja je skoraj vedno sestavljeno le iz toaleta sluhovoda (20) . Nekateri pisci priporočajo takojšnjo uporabo topičnih antibiotičnih kapljic (21), nekateri pa svetujejo, da se z njihovo uporabo počaka in se zanjo odločijo le, če je izcedek iz sluhovoda gnojav ali če se ne ustavi po nekaj dneh (20). Pri nas takoj po vstavitvi timpanalnih cevč dodamo še topično ciprofloksacin kapljice, kar zmanjša pojav iztoka iz ušes po vstavitvi cevč (22).

Zdravljenje akutnega purulentnega vnetja srednjega ušesa je pogosto še vedno stvar razprav in raziskav. Nekateri predelci sveta zdravijo to bolezen le s topičnimi antibiotiki (23), drugi zdravijo še s sistemskimi antibiotiki le otroke do drugega ali tretjega leta (24). Pri nas akutno purulentno vnetje srednjega ušesa zdravimo tudi s sistemskimi antibiotiki. Potrebno je slediti pogostnosti povzročiteljev in preverjati njihovo rezistenco ter se na podlagi smernic odločati za sistemsko zdravljenje (25, 26). Priporočena je tudi lokalna toaleta in topično antibiotično zdravljenje, dokler se pojavlja iztok iz sluhovoda, ter anemizirajoče nosne kaplice. Pojavlja se sprememba povzročiteljev akutnega gnojnega vnetja ušesa pred in po uvajanju cepljenja proti okužbi s pneumokokom. Pred uvajanjem cepljenja med povzročitelji ni bilo metilcilin rezistentnega *Staphylococcus aureus-a*, ki pa se je po uvajanju cepljenja pojavil v petih procentih. Ostali najpogostejši povzročitelji so sicer *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* in *Moraxella catarrhalis* (27, 28) .

Oskrba in zdravljenje kroničnega purulentnega in kroničnega holesteatomskega vnetja srednjega ušesa se na primarnem nivoju oskrbe obravnava podobno. Njuna ločitev je včasih težavna tudi za otorinolaringologa in pogosto je za točno diagnozo odločujoče stanje, ki se razkrije med operacijo srednjega ušesa. Na primarnem nivoju se teh dveh stanj, ki lahko povzročata iztok iz sluhovoda, ne zdravi. Če kronično stanje ušesa še ni diagnosticiral otorinolaringolog, je potrebno vsakega bolnika, pri katerem izcedek iz ušesa tudi po šestih tednih sistemske in topične antibiotične terapije ne preneha, usmeriti h otorinolaringologu (5, 12, 29). Otorinolaringologu bo v veliko pomoč podatki o predhodnem zdravljenju (uporabi sistemskih in lokalnih zdravil, rezultatih brisov). V primeru, da je kronično stanje že znano, morda celo operirano, potem se na primarnem nivoju lahko zdravi akutne izbruhe kroničnih stanj, za katera pogosto otorinolaringolog že napiše priporočila ob njegovih rednih kontrolnih pregledih. Večinoma zadostuje nekaj dnevna topična aplikacija antibiotičnih kapljic ter preprečitev vstopa vode v sluhovod.

Bolnike, ki imajo izcedek iz ušesa po poškodbi ali bolnike, pri katerih sumimo na širjenje vnetja srednjega ušesa, torej na zaplete akutnih in kroničnih vnetij srednjega ušesa, je potrebno urgentno napotiti h otorinolaringologu (30).

Pri vseh kroničnih iztokih iz sluhovoda so redne kontrole pri otorinolaringologu smiselne in potrebne. Ravno dolgoleten izcedek iz ušesa je močno povezan z nastankom karcinoma zunanega sluhovoda, ki ima, kadar se razširi v bližino bobniča ali celo v srednje uho, zelo slabo prognozo glede preživetja (31).

4. ZAKLJUČEK

Izcedek iz sluhovoda je zelo pogost vzrok obiska bolnikov, predvsem otrok, v ambulantah na primarnem nivoju. Lahko je znak le preprostega lokalnega vnetja ali hujšega vnetja ušesa, lahko tudi že s pojavom njegovega zapleta. V razpoznavi vzroka je ključna anamneza, dobro poznavanje bolnikove zgodovine glede predhodnih otorinolaringoloških težav. Zdravljenje stanj, ki povzročajo izcedek iz sluhovoda, obsega lokalno čiščenje sluhovoda, uporabo topičnih zdravil ter celo sistemska zdravila za zdravljenje pridruženih sistemskih vnetij. Kot poročajo avtorji raziskav iz Združenih držav Amerike, se da veliko večino otrok z iztokom iz ušesa, ki pridejo v ambulanto zdravnika na primarnem nivoju, pozdraviti z toaleta sluhovoda in s topičnimi zdravili (5). Zavedanje staršev, da lahko nekatera že ugotovljena otorinolaringološka stanja povzročajo občasen iztok iz sluhovoda in da so v odsotnosti sistemskih bolezenskih znakov nenevarna, bi lahko zmanjšalo število urgentnih pregledov tako na primarnem kot tudi na sekundarnem nivoju urgentnih služb. Sodelovanje zdravnikov na primarnem nivoju in otorinolaringologov lahko izboljša zdravljenje bolnikov z izcedkom iz sluhovoda ter zmanjša število urgentnih pregledov v splošnih urgentnih ambulantah kakor tudi v urgentnih otorinolaringoloških ambulantah (21).

LITERATURA

1. Schroeder A, Darrow DH. Management of the draining ear in children. *Pediatr Ann* 2004; 33(12): 843-53.
2. McWilliams CJ, Smith CH, Goldman RD. Acute otitis externa in children. *Can Fam Physician* 2012; 58(11): 1222-4.
3. Zupančič J, Žargi M, Battelino S. Otitis eksterna maligna - razvoj zdravljenja na kliniki za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo v Ljubljani. *Med Razgl* 1996; 35, Suppl 6: 1-7. 2. kongres otorinolaringologov Slovenije, 5 – 7. 12. Bled, Slovenija.
4. Lapeña JF Jr, Jimena GL. Coexisting first and bilateral second branchial fistulas in a child with nonfamilial branchio-otic syndrome. *Ear Nose Throat J*. 2013 Jul;92(7):304, 306-9.
5. Ramsey AM. Diagnosis and treatment of the child with a draining ear. *J Pediatr Health Care*. 2002 Jul-Aug;16(4):161-9.
6. Sanna M, Russo A & DeDonato G. Color atlas of otoscopy. New York: Thieme, 1999.
7. Isaacson G, Rosenfeld RM. Care of the child with tympanostomy tubes: a visual guide for the pediatrician. *Pediatrics*. 1994 Jun;93(6 Pt 1):924-9.

8. Ah-Tye C, Paradise JL, Colborn DK. Otorrhea in young children after tympanostomy-tube placement for persistent middle-ear effusion: prevalence, incidence, and duration. *Pediatrics*. 2001 Jun;107(6):1251-8.
9. Balkany TJ, Barkin RM, Suzuki BH, Watson WJ. A prospective study of infection following tympanostomy and tube insertion. *Am J Otol*. 1983 Apr;4(4):288-91.
10. Kalcioğlu MT, Cokkeser Y, Kizilay A, Özturan O. Follow-up of 366 ears after tympanostomy tube insertion: why is it draining? *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003 Apr;128(4):560-4.
11. Tierney S, O'Brien K, Harman NL, Madden C, Sharma RK, Callery P. Risks and benefits of ventilation tubes and hearing aids from the perspective of parents of children with cleft palate. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2013 Oct;77(10):1742-8.
12. Kenna MA. Treatment of chronic suppurative otitis media. *Otolaryngol Clin North Am*. 1994 Jun;27(3):457-72.
13. Karmody CS, Byahatti SV, Blevins N, Valtonen H, Northrop C. The origin of congenital cholesteatoma. *Am J Otol*. 1998 May;19(3):292-7.
14. Thiel G, Rutka JA, Pothier DD. The Behavior of mastoidectomy cavities following modified radical mastoidectomy. *Laryngoscope*. 2014 Jan 24. doi: 10.1002/lary.24610. [Epub ahead of print]
15. Dornhoffer JL, Smith J, Richter G, Boeckmann J. Impact on quality of life after mastoid obliteration. *Laryngoscope*. 2008 Aug;118(8):1427-32.
16. Battelino S. Urgentna stanja v ORL. V: Žargi M(ur.), Hočvar-Boltežar I(ur.), Battelino S. (ur.). *Otorinolaringološki problemi v vseh življenjskih obdobjih : izbrana poglavja 4*. Ljubljana: Katedra za otorinolaringologijo Medicinske fakultete: Univerzitetni klinični center, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo: Združenje otorinolaringologov Slovenije SZD, 2012, str. 21-29.
17. Battelino S. Vloga otokirurga pri operativnem zdravljenju posledic zloma senčnice. V: Žargi M (ur.), Battelino S (ur.), Hočvar Boltežar I (ur.). *Novejši pogledi na bolezni ušes, nosu, žrela in grla : izbrana poglavja 2*. Ljubljana: Katedra za otorinolaringologijo Medicinske fakultete: Univerzitetni klinični center, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo: Združenje otorinolaringologov Slovenije SZD, 2010, str. 13-20.
18. Saunders JE, Raju RP, Boone JL, Hales NW, Berryhill WE. Antibiotic resistance and otomycosis in the draining ear: culture results by diagnosis. *Am J Otolaryngol*. 2011 Nov-Dec;32(6):470-6.
19. Görür K, Özcan C, Unal M, Akbaş Y, Vayisoğlu Y. Hyper immunoglobulin-E syndrome: a case with chronic eardraining mimicking polypoid otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2003 Apr;67(4):409-12.
20. Goldblatt EL, Dohar J, Nozza RJ, Nielsen RW, Goldberg T, Sidman JD, Seidlin M. Topical ofloxacin versus systemic amoxicillin/clavulanate in purulent otorrhea in children with tympanostomy tubes. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1998 Nov 15;46(1-2):91-101.
21. Badalyan V, Schwartz RH, Schwartz SL, Roland PS. Draining ears and tympanostomy tubes: a survey of pediatric otolaryngologists and pediatric emergency medicine physicians. *Pediatr Emerg Care*. 2013 Feb;29(2):203-8.
22. Nawasreh O, Al-Wedyan IA. Prophylactic ciprofloxacin drops after tympanostomy tube insertion. *Saudi Med J*. 2004 Jan;25(1):38-40.

23. Hannley MT, Denny JC 3rd, Holzer SS. Use of ototopical antibiotics in treating 3 common ear diseases. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000 Jun;122(6):934-40.
24. Inglis AF, Gates GA. Acute otitis media and otitis media with effusion. In: Cummings C.W. *Otolaryngology, Head & Neck Surgery*, Elsevier Mosby, Philadelphia, 2005. 4445-4468.
25. Neumark T, Ekblom M, Brudin L, Groth A, Eliasson I, Mölsted S, Petersson AC, Törngren A. Spontaneously draining acute otitis media in children: an observational study of clinical findings, microbiology and clinical course. *Scand J Infect Dis.* 2011 Dec;43(11-12):891-8.
26. Jenko K, Gros A, Battelino S. Izolirani povzročitelji akutnega gnojnega mastoiditisa in njihova občutljivost za antibiotike = Isolated bacteria in acute mastoiditis and their antibiotic resistance. V: Battelino S (ur.), Žargi M (ur.). 5. kongres otorinolaringologov Slovenije, Radenci, 25.-27.9.2008. Zbornik predavanj, Ljubljana: Medicinski razgledi, 2008, letn. 47, suppl. 2, str. 285-8.
27. Brook I, Gober AE. Bacteriology of spontaneously draining acute otitis media in children before and after the introduction of pneumococcal vaccination. *Pediatr Infect Dis J.* 2009 Jul;28(7):640-2.
28. Stamboulidis K, Chatzaki D, Poulakou G, Ioannidou S, Lebessi E, Katsarolis I, Sypsa V, Tsakanikos M, Kafetzis D, Tsolia MN. The impact of the heptavalent pneumococcal conjugate vaccine on the epidemiology of acute otitis media complicated by otorrhea. *Pediatr Infect Dis J.* 2011 Jul;30(7):551-5
29. Denny JC 3rd. Otological agents in the treatment of the draining ear. *Am J Manag Care.* 2002 Oct;8(14 Suppl):S353-60.
30. Battelino S. Nujna stanja v otorinolaringologiji. V: AHČAN, Uroš. *Prva pomoč : priročnik s praktičnimi primeri*. 1. izd. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, 2006, str. 266-302.
31. Magliulo G, Ciniglio Appiani M, Colicchio MG, Soldo P, Gioia CR. Mucoepidermoid carcinoma of the external auditory canal. *Otol Neurotol.* 2012 Apr;33(3):e21-2.

OTEŽENO DIHANJE NA NOS

asist. Klemen Jenko, dr. med.

Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Univerzitetni klinični center
Ljubljana

Povzetek

Oteženo dihanje na nos je le eden od simptomov in znakov bolezni nosu in obnosnih votlin. Natančni anamnestični podatki o nosni obstrukciji (stran, začetek, časovni potek, spremembe tekom dneva ali daljšega časovnega obdobja) in ostalih simptomih in znakih večinoma zadoščajo za postavitev ustrezne diagnoze in zdravljenje. Nosna obstrukcija je simptom, ki pomembno vpliva na kvaliteto bolnikovega življenja in ima vpliv na zdravje bolnika. Z zdravljenjem bolezni, ki povzroča obstrukcijo, želimo bolniku omogočiti tudi dobro dihanje skozi nos in preprečiti negativne vplive nosne obstrukcije na zdravje. Zdravljenje je vzročno, krajši čas lahko tudi simptomatsko.

UVOD

Nosna obstrukcija ali zamašenost nosu je neugodje, ki se kaže kot občutek nezadostnega pretoka zraka skozi nos ali oteženo dihanje na nos. Nosna obstrukcija je subjektivna težava. Bolniki nosno obstrukcijo opisujejo kot zamašenost nosu, polnost nosu ali redkeje oteklino. Nosna obstrukcija ni vedno povezana z objektivno povečano upornostjo v nosu ali zmanjšanim pretokom zraka skozi nos. Je tudi pogosta težava pri bolnikih z atrofičnim rinitisom, pri bolnikih s prehladom pa je prisotna tudi v obdobjih, ko je nosna upornost normalna. Nosna obstrukcija je pogost simptom, saj jo lahko povzročijo vsa vnetja nosne sluznice, ne glede na vzrok. Pogosto je tudi posledica poškodbe nosu.

Nosno obstrukcijo povzročajo:

1. kongestija nosne sluznice (akutne in kronične vnetne spremembe)
2. strukturne spremembe (anatomske spremembe)
3. drugo (tumorji, tujki, povečana žrelnica)
4. nosna obstrukcija ob normalni prehodnosti nosu

KONGESTIJA NOSNE SLUZNICE

Najpogosteje nastane zamašenost nosu zaradi kongestije nosne sluznice ob vnetju. Ob vnetju se napolnijo venski sinusi in povzročijo kongestijo nosne sluznice in nosno obstrukcijo. Vnetje nosne sluznice privede do ekstrasvazacije plazme v intersticij in od tu v nosno votlino. Ob vnetju nosne

sluznice je povečana količina in spremenjena sestava nosne sluzi. Spremenjena sestava nosne sluzi povzroči zmanjšanje mukociliarnega transporta. Zastoj sluzi povzroči dodatno obstrukcijo. Mukociliarni transport ob vnetju ni zmanjšan samo zaradi spremenjene sestave sluzi, vnetje povzroči tudi propad cilij respiratornega epitela. Tako se število cilij pri virusnem rinosinuzitisu najbolj zmanjša en teden po začetku infekcije. Tri tedne po infekciji se število cilij povrne na normalo.

VZROKI ZA KONGESTIJO NOSNE SLUZNICE

Kongestijo povzročijo različna vnetja nosne sluznice-rinitisi.

1. Infekcijski rinitisi:
 - akutni (virusni, bakterijski)
 - kronični (specifični – bakterijski, glivični ter nespecifični – npr. pri imunski pomanjkljivosti)
2. Alergijski rinitisi:
 - intermitentni (občasni)
 - perzistentni (trajni)
3. Nealergijskeinfekcijski rinitisi:

A/ Rinitisi z eozinofilijo

- pri aspirinski intoleranci
- pri sistemskih granulomatozah (Wegener, Churg Strauss)
- nealergijski eozinofilni rinitis (NARES)

B/ Rinitisi brez eozinofilije

- medikamentozni rinitis (zaradi prekomerne uporabe dekonjestivnih kapljic, pri zdravljenju z antihipertenzivi in hormonskimi preparati)
 - hormonski rinitisi (med nosečnostjo, pri hipertiroidizmu, miksedemu)
 - rinitis zaradi tobačnega dima in dražečih snovi
 - gustatorni rinitis
 - rinitis, pridružen drugim boleznim in stanjem (mukociliarna diskinezija, cistična fibroza, imunske pomanjkljivosti)
4. Nosna polipoza (najpogosteje nastane pri neinfekcijskih, nealergijskih rinitisih)

Če izključimo akutni virusni rinitis – prehlad, potem je alergijski rinitis najpogostejši vzrok nosne obstrukcije.

Alergijski rinitis ima v Evropi prevalenco med 17 in 29%. Samo 23% bolnikov je ustrezno diagnosticiranih. Nosna kongestija je pri alergijskem rinitisu najpogostejši simptom in prizadene 60% bolnikov.

ANATOMSKE SPREMEMBE

Najpogostejše anatomske spremembe, ki povzročajo zamašenost nosu, so prirojene in pridobljene deformacije nosnega pretina (deviacija, krista in spina nosnega pretina) in nepravilnosti nosnih školjk (npr. pnevmatizirana srednja školjka – concha bullosa, hipertrofija spodnje nosne školjke).

TUMORJI

Tumorji nosnih, obnosnih votlin in epifariksa so redki in ne prispevajo veliko k prevalenci nosne obstrukcije.

Med benignimi tumorji je najpogostejši invertirani papilom, to je papilom, ki nastane na sluznici nosu in obnosnih votlin.

Maligni tumorji nosu in obnosnih votlin so redki, a pogosto pozno odkriti, ker so simptomi začetne bolezni podobni kot pri kroničnem vnetju.

Na tumor posumimo predvsem pri napredujoči enostranski nosni obstrukciji, ki jo na strani obstrukcije spremlja obrazna otekline ali otekline neba, obrazna bolečina, nosni izcedek in epistaksa.

MOTNJE V ZAZNAVI ZRAČNEGA PRETOKA

Posamezni bolniki navajajo nosno obstrukcijo ob normalni prehodnosti nosu. Ti bolniki imajo motnjo v zaznavi zračnega pretoka. Za normalno zaznavo pretoka zraka morajo namreč nosni receptorji zaznati spremembe vlažnosti in temperature. Ti bolniki imajo običajno spremenjen vzorec dihanja, in sicer na način, kot bi vohali. Tako poskušajo okrepiti občutek pretoka zraka skozi nos. Tem bolnikom običajno pomaga eterično olje mentola, ki stimulira receptorje in izboljša občutek pretoka zraka. Bolnikom pojasnimo naravo njihovih težav in jim svetujemo redno vlaženje nosne sluznice.

Uporaba eteričnih olj mentola ali evkaliptusa zmanjša subjektiven občutek nosne obstrukcije, ne da bi se pri tem zmanjšala nosna upornost.

OPOZORILNI SIMPTOMI IN ZNAKI

Simptomi in znaki, ki pri bolniku z zamašenostjo nosu lahko kažejo na resnejšo bolezen in zahtevajo pazljivost pri obravnavi, so: enostranska obstrukcija ali drugi predvsem enostranski znaki in simptomi, krvavitev iz nosu, ne-nosni znaki (npr. orbitalni znaki – otekline, rdečina, motnje vida in bulbomotorike, dvojne slike) in nevrološki znaki (znaki prizadetosti CŽS, možganskih živcev).

OBRAVNAVA BOLNIKOV

Diagnozo bolezni, ki povzroča nosno obstrukcijo, postavimo na osnovi:

1. ocene simptomov (nosni simptomi, alergijski simptomi, simptomi spodnjih dihal)
2. bolnikove anamneze (osebna, poklicna, družinska, spremljajoče bolezni in terapija)

3. ocene vpliva na kakovost življenja (spanje in aktivnosti).

Pri večini bolnikov s tem že lahko ločimo med kongestijo in anatomskimi – strukturnimi spremembami ter postavimo diagnozo.

Dodatne diagnostične možnosti so rinoskopija/endoskopija, alergološko testiranje, ocena pljučne funkcije, slikovna diagnostika in osnovne sistemske preiskave.

Bolnike z akutno nosno obstrukcijo, ki je posledica akutnega rinosinuzitisa ali intermitentnega alergijskega rinitisa, lahko ustrezno obravnavamo na primarnem nivoju. Bolniki s kronično nosno obstrukcijo potrebujejo obravnavo pri otorinolaringologu. V obravnavo bolnikov sta pogosto vključena še pulmolog-alergolog in nevrolog.

VPLIV NOSNEGA CIKLUSA NA OTEŽENO DIHANJE NA NOS

V obeh nosnicah se kot posledica fiziološkega pojava ciklično izmenjujeta faza kongestije in dekongestije. Kongestija in dekongestija v večini primerov potekata izmenjujoče v obeh nosnih votlinah tako, da je ena bolj in ena manj prehodna. V povprečju traja nosni cikel 2 uri in pol. V tem času se torej preko dneva leva in desna nosnica izmenično mašita in odpirata.

Le posamezniki zaznajo nosni cikel kot izmenično oteženo dihanje na eno stran. Oteženo dihanje na nos se zaradi nosnega ciklusa lahko stopnjuje ob respiratornih infekcijah ali ob alergijskem rinitisu. Takrat oteženo dihanje na nos ali posamezno nosnico tudi zaznamo. Nosni cikel kot oteženo dihanje na nos zaznajo tudi bolniki s stalno anatomsko nepravilnostjo, ki maši eno nosnico (ukrivljenost nosne pregrade). Ti bolniki imajo občutek zamašenega nosu takrat, ko se jim zaradi nosnega ciklusa zamaši bolj prehodna nosnica od obeh.

V starosti je nosni cikel redkeje prisoten, večkrat pa namesto izmenjujoče v eni in nato v drugi nosni votlini poteka v obeh enako in naenkrat pride do kongestije v obeh nosnih votlinah in posledičnega oteženega dihanja na nos. Starostniki imajo na ta način zamašen nos ob spremenjenem, sicer fiziološkem nosnem ciklusu.

Med fizično obremenitvijo pride do signifikantnega zmanjšanja skupnega upora v nosu. Pri prehodu iz stoječega v položaj leže na hrbtni pride do dodatne kongestije predvsem na strani, kjer je že prisotna kongestija zaradi nosnega ciklusa. Pri legi na boku pride do kongestije v spodnji nosni votlini. To zaznajo predvsem bolniki z dominantno nosno votlino denimo ob ukrivljeni nosni pregradi ali ob infekcijskem rinitisu.

POSLEDICE ZAMAŠENOSTI NOSU

Pri kronični zamašenosti nosu je prisotno dihanje skozi usta, posledice tega pa so občutek suhega žrela, draženje v žrelu, bolečina v predelu oči, glavobol v predelu čela, moteno delovanje Evstahijeve tube in poslabšanje sluha ter poslabšanje vona in okusa.

Zaradi zamašenosti nosu v otroški dobi nastanejo nepravilnosti v rasti obraznega skeleta in deformacije čeljusti, posledično pa lahko tudi motnje govora in požiranja.

Anatomske zoženje dihalnih poti pri zamašenosti nosu lahko povzroči motnje dihanja v spanju s posledično občasno hipoksijo, pljučno srce, smrčanje, motnje spanja in zaspanost ter nezbranost preko dneva. Zamašenost nosu je lahko povezana z drugimi težavami, npr. poslabšanjem astme in/ali

rinosinuzitisa. Zaradi motenega prezračevanja in čiščenja posameznih obnosnih votlin se lahko pojavi sekundarna bakterijska okužba obnosnih votlin (rinogeni sinuzitis), redkeje, predvsem pri manjših otrocih, pa tudi vnetje srednjega ušesa.

ZDRAVLJENJE

Ne glede na diagnozo se pri obravnavi bolnikov z zamašenostjo nosu držimo istih načel zdravljenja:

1. postavimo cilje zdravljenja
2. identifikacija in odpravljanje sprožilnih dejavnikov
3. izbira zdravljenja z ustreznimi zdravili (upoštevamo možnost imunoterapije in kirurškega zdravljenja)
4. spremljanje uspeha zdravljenja in spodbujanje k izvajanju terapevtskih ukrepov.

Kongestijo nosne sluznice lahko zdravimo simptomatsko ali s protivnetnimi zdravili.

Simptomatsko zdravljenje z dekongestivi je ob kratkotrajnih težavah, denimo ob prehladu, lahko tudi edino zdravljenje. Zaradi t.i. »rebound« fenomena in razvoja tolerance dekongestivi niso ustrezni za dolgoročno zdravljenje. Pri boleznih, pri katerih pričakujemo dolgotrajnejši potek, jih lahko uporabimo le v začetku zdravljenja skupaj s protivnetnimi zdravili.

Vnetje, ki je razlog nosne kongestije, zdravimo s protivnetnimi zdravili. Nosni glukokortikoidi so pri alergijskih rinitisih boljše izbira zdravljenja nosne kongestije kot sistemski antihistaminiki. Dobro zdravijo tudi ostale simptome alergijskega rinitisa. Maksimalen učinek dosežejo po 14 dnevih zdravljenja. Pri intermitentnem alergijskem rinitisu zato svetujemo uporabo nosnih kortikosteroidov 3 tedne pred začetkom cvetenja rastlin, ki bolniku povzroča alergijo. Nosno obstrukcijo sicer v začetku zdravljenja z nosnimi kortikosteroidi lahko uspešno odpravimo s sočasnim simptomatskim zdravljenjem z dekongestivi. Nosni kortikosteroidi so indicirani tudi za zdravljenje akutnega rinosinuzitisa in nosne polipoze. Če jih uporabljamo v monoterapiji pri akutnem rinosinuzitisu po virusni okužbi ali kot dodatek antibiotiku pri akutnem bakterijskem rinosinuzitisu, učinkovito zmanjšajo trajanje zamašenosti nosu.

Pri zdravljenju neinfekcijskih – nealergijskih rinitisov, je uspeh zdravljenja običajno manjši.

V redkih primerih lahko izbrane bolnike z alergijskim rinitisom, ki ne odgovorijo na druge oblike zdravljenja, kratkotrajno zdravimo s sistemskimi kortikosteroidi (npr. metilprednizolon 40-80 mg/dan), vendar ne z zdravili z depo učinkom. Kratkotrajno zdravljenje s sistemskimi kortikosteroidi je indicirano tudi pri bolnikih z nosno polipozo. Tudi za zdravljenje medikamentoznega rinitisa so verjetno najbolj učinkoviti lokalni in/ali sistemski kortikosteroidi.

Fiziološka raztopina je koristna zaradi čiščenja in vlaženja nosne sluznice, izboljšuje uspešnost antimikrobnega zdravljenja in odstranjuje alergene z nosne sluznice.

Kirurško zdravimo bolnike z anatomskeimi vzroki za zamašenost nosu in tudi bolnike, pri katerih sta vzrok za zamašenost vnetje sluznice in nosna kongestija. Med slednjimi so to bolniki z nosno polipozo

in bolniki s kroničnim sinuzitisom. Pri bolnikih z alergijskim rinitisom kirurško zdravimo funkcionalno pomembne anatomske nepravilnosti, hipertrofijo spodnjih nosnih školjk, ki ne odgovori na medikamentozno zdravljenje, polipe in sekundarni ali neodvisen kronični sinuzitis.

Sistemiški antihistaminiki so učinkoviti predvsem proti ostalim simptomom alergijskega rinitisa (nosni izcedek, kihanje, srbenje in očesni simptomi) in ne toliko proti zamašenosti nosu.

POSEBNOSTI PRI OTROCIH

Obojestranska hoanalna atrezija se pokaže takoj ob rojstvu. Ker novorojenčki ne znajo dihati skozi usta, zadihajo le ob joku. Pojavi se ciklična cianoza. Znaki enostranske atrezije se pokažejo kasneje. Za dihanje je neprehodna ena nosnica, iz te nosnice imajo otroci gnojen izcedek.

Ob enostransko zaprtem nosu in gnojnem izcedku, ki se pojavi pri manjših otrocih, vedno pomislimo na tujek, ki ga je potrebno odstraniti. Diskaste baterijske vložke, kakršne najdemo v ročnih urah, je zaradi nastanka poškodbe sluznice in hrustanca potrebno odstraniti čim prej. Enostransko težko dihanje na nos lahko povzroči antrohoanalni polip (polip, ki raste iz čeljustne votline v nos in nosni del žrela). Če enostransko oteženo dihanje spremljajo še krvavitve iz nosu in predvsem nazaj v žrelo, je lahko vzrok tumor zadnjega dela nosne votline – juvenilni angiofibrom. Pojavi se pretežno pri dečkih po desetem letu starosti.

Akutni rinosinuzitis pri otrocih je pogostejši. Šolski otroci lahko prebolijo 7-10 prehladov letno. Bakterijska superinfekcija je prisotna le pri 0,5-2%. Kronični rinosinuzitis, ki je pogost pri manjših otrocih, otroci spontano prebolijo po 6.-8. letu starosti. Otroci v vzgojno varstvenih ustanovah imajo dramatično višjo prevalenco kroničnega in rekurentnega rinosinuzitisa, kot otroci, ki so doma. Otroci s kroničnim rinosinuzitisom imajo pogosto povečano in vneto žrelnico in obratno. Kronično vnetje namreč zajame sluznico nosu, obnosnih votlin, nosnega žrela in žrelnico.

Do 40 odstotkov otrok ima simptome alergijskega rinitisa. Pri otrocih se alergijski rinitis največkrat pojavi med devetim in enajstim letom starosti. Otroci, mlajši od dveh let, običajno nimajo simptomov alergijskega rinitisa. Pogosto je alergijskemu rinitisu pridruženo tudi nealergijsko vnetje.

Lokalni dekongestivi v polovični koncentraciji so pripravljeni za uporabo pri otrocih, starejših od 2 let. Nosni kortikosteroidi imajo potrjene indikacije za zdravljenje pri otrocih, starejših od 3 ali 6 let. Najpogostejše kirurško zdravljenje za izboljšanje prehodnosti nosu pri otrocih je adenoidektomija. Operacije nosne pregrade in funkcionalne operacije v področju obnosnih votlin opravljamo pri otrocih le v izbranih primerih.

ZAKLJUČEK

Nosna obstrukcija je le eden od simptomov bolezni nosu in obnosnih votlin. Natančna opredelitev nosne obstrukcije in ostalih simptomov in znakov nam pomaga pri postavitvi ustrezne diagnoze in zdravljenju. Zdravljenje naj bo vedno v skladu s smernicami za zdravljenje bolezni, ki povzroča nosno obstrukcijo.

VIRI

- Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F, et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. *Rhinology* 2012; 50: (Suppl 23): 1-298. Dosegljivo na: http://www.rhinologyjournal.com/supplement_23.pdf
- Scadding GK, Durham SR, Mirakian R, et al. BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. British Society for Allergy and Clinical Immunology. *Clin Exp Allergy* 2008; 38(1): 19-42.
- Joe S, Benson A. Nonallergic rhinitis. In: Cummings CW, eds. *Otolaryngology-head and neck surgery*. Philadelphia: Elsevier Mosby 2005.
- Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2010; 126(3): 466-76. Dosegljivo na: http://www.whear.org/docs/ARIAReport_2010.pdf
- Jones N. *Practical Rhynology*. Hodder Arnold, London, 2010.

HRIPAVOST

prof. dr. Irena Hočevar Boltežar, dr. med., svetnica

Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Univerzitetni klinični center
Ljubljana

Povzetek

Hripavost je posledica bolezni celotnega ali dela vokalnega aparata, lahko pa zgolj njegovega napačnega delovanja. Vzroki so zelo različni, od okužb ali draženja sluznice zgornjih dihal, benignih zamejenih sluzničnih sprememb na glasilkah pa do raka grla ali spodnjega žrela. Zaradi zapletenega oživčenja grla je lahko hripavost tudi posledica resne bolezni izven vokalnega aparata. V diagnostičnem postopku iskanja vzrokov za hripavost ne smemo pozabiti tudi psihogenega vpliva na glas. Pri diagnostiki in zdravljenju hripavosti sodeluje delovna skupina strokovnjakov, ključnega pomena pa je velikokrat tudi aktivnost bolnika samega.

NASTANEK GLASU

Za kvaliteten glas je potreben zdrav vokalni aparat z vsemi kontrolnimi mehanizmi in ravnotežje med glasovnimi zmogljivostmi in glasovnimi obremenitvami. Glas nastane ob prehajanju zraka med nihajočima glasilkama. Glasilki se med nihanjem za kratek trenutek stakneta in prekineta tok zraka, ki v izdihu prihaja iz pljuč. Ko zanihata navzgor zaradi med izdihom nastalega subglotisnega tlaka pod njima, steče med njima tok zraka. Tako nastane zvok – longitudinalno valovanje - sestavljeno iz zgoščin (tok zraka teče med glasilkama) in razredčin (toka zraka ni, ker sta glasilki staknjeni). Ciklus nihanja glasilk z odprto in zaprto fazo se ponovi pri ženskah od 190 do 250 krat v sekundi, pri moških pa med 100 in 160 krat v sekundi, ko fonirajo v srednji govorni legi (1-3).

Pravilno menjavanje razredčin in zgoščin toka zraka med glasilkama da čist osnovni grlni ton. Če karkoli moti stik med glasilkama, tako da tudi v fazi, ki bi morala biti zaprta, teče tok zraka med glasilkama, če glasilki ne nihata z enako frekvenco ali amplitudo, ali če ne nihata pravilno in usklajeno, nastane hripav glas. Hripavost je lahko tudi posledica morebitnega približevanja ali nihanja struktur nad glasilkama (2-5).

INCIDENCA GLASOVNIH MOTENJ

Prevalenca glasovnih motenj v populaciji je dokaj visoka. V strokovni literaturi najdemo podatke o pojavljanju glasovnih motenj v 1% do 28,8% med odraslimi (6, 7). Pri osebah, ki opravljajo poklic z veliko glasovno obremenitvijo, lahko pričakujemo še višjo prevalenco. Tako poročajo o prevalenci glasovnih motenj med učitelji kar v 19% do 89% (8-10), med duhovniki v 85,6% (11), med zdravniki v

77,9% (12), med logopedi v 60 % (13), med prodajalci pa v 61,8 % (14). Pri otrocih se hripavost pojavlja v 4% do 44% (15-17), odvisno od starosti, spola otroka, okolja, v katerem se glas ocenjuje (npr. šola, poletni tabor na morju), letnega časa in podobno.

DELITEV GLASOVNIH MOTENJ

Glasovne motnje (disfonije) običajno razdelimo na organske in funkcionalne. Pri organskih glasovnih motnjah pri otorinolaringološkem pregledu lahko odkrijemo strukturno spremembo oziroma okvaro, ki je vzrok hripavosti. Glasovno motnjo imenujemo funkcionalno takrat, če jo povzroča prekomerna ali napačna raba ali celo zloraba na videz anatomske in funkcionalno normalnega vokalnega aparata. Organske in funkcionalne glasovne motnje so močno prepletene, saj je nastanek številnih hiperplastičnih sluzničnih lezij na glasilkah posledica funkcionalne glasovne motnje. Obratno se ob vsaki organski spremembi, ki spremeni biomehaniko grla (npr. ovira stik med glasilkama ob fonaciji), pojavi motnja funkcije (npr. preveliko napenjanje adduktorjev in tenzorjev glasilk, da bi govorec dosegel popoln stik med glasilkama in čistejši glas). Nekatere organske spremembe lahko nastanejo kot posledica prekomerne ali napačne fonacije ali pa negovorne obremenitve glasilk (npr. polip na glasilkah nastane kot posledica navijanja na tekmi ali močnega kašlja ob okužbi dihal) (1, 2).

Mathieson predlaga delitev glasovnih motenj na funkcionalne, kjer je vzrok napačna tehnika foniranja, preobremenitev ali celo zloraba fonatornega aparata, in organske glasovne motnje. Pri vseh funkcionalnih motnjah je aktivnost fonatornih mišic praviloma prevelika in slabo usklajena – t. i. mišično-tenzijska disfonija (MTD). Pri MTD na glasilkah ne vidimo nobenih organskih sprememb, le tvorba glasu je napačna. Kot posledica MTD se pri nekaterih osebah razvijejo sluznične spremembe, praviloma na mestu, kjer glasilki pri nihanju najbolj tleskata druga ob drugo, to je v sredini nihajočega dela glasilke (npr. vozlički, polip, cista, Reinkejev edem, hematoma glasilke), ali pa v predelu hrustančnih vokalnih odrastkov aritenoidnega hrustanca zadaj na glasilki, kjer prideta v stik glasilki pri fonaciji predvsem pri moških (granulom, kontaktna razjeda). Pogosto nastanek dejanske organske spremembe kot posledice napačne funkcije grla pogojujejo še nekatere sočasne bolezni, bolnikovo okolje in osebna nagnjenost k nastanku organske spremembe (1 -4.)

Med funkcionalne ali - kot jih Mathieson tudi poimenuje – vedenjske glasovne motnje - šteje tudi psihogene disfonije, kjer obstaja psihičen vzrok (stanje zaskrbljenosti, konverzivna motnja, mutacijska motnja, sprememba spola) za nepravilno tehniko tvorbe glasu (1).

Povsem brez prevelike ali napačne tvorbe glasu nastanejo organske glasovne motnje. To so lahko strukturne spremembe na glasilkah, ki nastanejo kot posledica prirojenih ali pridobljenih poškodb, okužb grla, draženja sluznice grla s snovmi iz bolnikovega okolja ali okolice bolnikovega grla, avtoimunskih vnetij, spremenjenega hormonskega stanja ali pa je vzrok za nepravilno delovanje grla in hripavost nevrološka okvara (npr. okvara povratnega grlnega živca ali ekstrapiramidna motnja – tremor). Med organske vzroke za hripavost spada tudi rak grla ali rak spodnjega žrela, ki vrašča v grlo in zato povzroča hripavost (1).

NAJPOGOSTEJŠI VZROKI ZA HRIPAVOST PRI ODRASLIH IN OTROCIH

V tem poglavju so opisani najpogostejši, ne pa najnevarnejši vzroki hripavosti.

Nedvomno je najpogostejši vzrok hripavosti pri odrasli in otroški populaciji **akutna okužba zgornjih dihal**, najpogostejše virusne etiologije. Težave se pogosto začnejo s kataralnimi znaki ali bolečinami v žrelu, se nadaljujejo s hripavostjo in kašljem. Hripavost, povezana z akutno virusno ali tudi bakterijsko okužbo, običajno izzzveni v največ 2 tednih. Če hripavost vztraja več kot mesec dni, je nujen pregled pri otorinolaringologu oziroma včasih tudi pri foniatru (1, 2, 19, 20).

Drugi najpogostejši vzrok za pojav hripavosti je **glasovna preobremenitev** ali celo glasovna zloraba. Pojavi se v jasni povezavi z glasovno rabo. Hripavost nastane zaradi oteklina glasilk ob mehanski obremenitvi glasilk med nihanjem, na meji med sprednjo in srednjo tretjino glasilk (t.i. tipično mesto) pa se lahko pojavijo začetni vozlički na glasilkah. Obe spremembi ob glasovnem počitku v nekaj dneh ali tednu dni lahko povsem izgineta (1, 2, 18, 19).

Funkcionalna glasovna motnja je najpogostejše sekundarna. Pojavi se, ker se oseba, ki je hripava zaradi akutne okužbe zgornjih dihal ali zaradi akutne glasovne preobremenitve, glasovno obremenjuje kljub hripavosti. Zaradi vnetih, oteklih glasilk ti nepravilno nihata ali celo ne nihata. Glas je hripav, zato želi govorec izboljšati glas z večjim napenjanjem adduktorjev in tenzorjev grla – tako pa si utiri funkcionalno glasovno motnjo. Če ob hripavosti glasovno ne počiva, če glasovna obremenitev še kar traja in traja, se ta napačen prenapet način fonacije lahko avtomatizira in postane bolnikov običajen način fonacije. To pa je vzrok za dolgotrajno hripavost, še posebej takrat, kadar se najprej blaga vretenasta oteklina na tipičnih mestih glasilk zabrazgotini in nastanejo formirani vozlički glasilk (1, 2, 18, 19).

Da bi ugotovili, kaj so najpogostejši vzroki **dolgotrajne hripavosti**, smo pregledali medicinsko dokumentacijo 200 zaporednih bolnikov (163 odraslih, 37 otrok), ki so iskali pomoč v **foniatrični ambulanti** zaradi glasovnih težav (20). Povzeli smo vzroke hripavosti ter spremljajoče bolezni (alergija dihal, gastroezofagealni refluks, motnje v delovanju ščitnice, disfunkcija vratne hrbtenice), različne razvade (kajenje) in govorne navade (hiter govorni tempo, glasno govorjenje, nepravilno ali pretirano petje), ki bi lahko vplivale na kakovost glasu. Pozanimali smo se o bolnikovi glasovni obremenitvi pri delu ter mikroklimatskih razmerah na delovnem mestu. Odrasli (36 M, 127 Ž) so bili stari od 16 do 81 let, v povprečju 37 let. Otrok je bilo v skupini 37 (23 M, 14 Ž), stari so bili od 1 do 15 let, v povprečju 10 let.

Rezultati so prikazani v tabeli:

1.Vzrok hripavosti / 2.spremljajoče bolezni, razvade/ 3.govorne navade / 4.delovno okolje	Število bolnikov (%)	Opomba
1. Mišično tenzijska disfonija	61 (30,5%)	med njimi 9 otrok
Vozliča	56 (28%)	35 odraslih žensk + 21 otrok
Reinkejev edem	32 (16%)	
Vnetje kot osnovni vzrok	25 (12,5%)	pri vseh vidni tudi znaki MTD, med njimi 7 otrok
Polip	12 (6%)	
Cista	8 (4%)	
Pareza spodnjega grlnega živca	4 (2%)	

Papilomatoza grla	1 (0,5%)	
Rak glasilk	1 (0,5%)	
Vnetje kot spremljajoča sprememba na glasilkah	83 (41,5%)	
2. Kajenje	20 (10%)	18 jih ima Reinkejev edem na glasilkah
Alergija	60 (30%)	
Gastroezofagealni refluks	52 (26%)	
Bolezni ščitnice	56 (28%)	vsi imajo normalno hormonsko stanje
Težave z vratno hrbtenico	23 (11,5%)	
3. Neprimerne govorne navade	58 (29%)	med njimi 29 otrok
4. Neugodna mikroklima na delovnem mestu	14 (7%)	
Glasovna obremenitev pri delu	80 (40%)	

Tabela: Rezultati raziskave med 200 zaporednimi hripavimi bolniki iz foniatrične ambulante

Vozliča na glasilkah sta posledica napačne glasovne tehnike, prekomerne glasovne obremenitve ali glasovne zlorabe. Torej če seštejemo vse osebe z MTD in vozliči glasilk, je bila funkcionalna glasovna motnja osnovni vzrok hripavosti pri skupaj 117 bolnikih (58,5%). Med njimi v 36% nismo odkrili nobene spremljajoče organske bolezni (20).

DIAGNOSTIČNI POSTOPKI

V diagnostiko in zdravljenje glasovnih motenj so vključeni otorinolaringolog, logoped in psiholog, če gre za funkcionalno glasovno motnjo ali bolj zapleten vzrok hripavosti tudi posebej v patologijo glasu usmerjen otorinolaringolog – foniater (1, 2, 19).

Osnovna preiskovalna metoda je posredna laringoskopija, vendar je vedno potrebno napraviti celoten otorinolaringološki pregled. Vzrok za hripavost ni vedno samo v grlu, ampak lahko tudi v žrelu, oziroma najdemo izven grla spremembe, ki pokažejo vzrok za nastanek hripavosti. Foniater napravi videoendostroboskopijo, ki pokaže nihanje glasilk in je osnovna preiskava pri funkcionalnih glasovnih motnjah. S stroboskopom se da tudi bolje oceniti tonus glasilke, kar je dragocen podatek ob spremljanju popravljanja okvare povratnega grlnega živca. Stroboskopija pokaže sluznični val na glasilki, ki nastane zaradi drugačnih reoloških lastnosti in s tem valovanja epitela skupaj z Reinkejevim prostorom ter vokalnim ligamentom in mišico na pod njim. V primeru infiltrativne rasti začetnega raka glasilke pride do ustavljanja sluzničnega vala na mestu infiltrativne rasti, kar je znak za nujen pregled grla v splošni anesteziji ter odstranitev sumljive spremembe za točno postavitev diagnoze in sočasno zdravljenje (1,2, 18).

Če je indirektna laringoskopija otežena zaradi neugodnih anatomskih razmer ali močnega žrelnega refleksa, foniater napravi transnazalno fiberoptično laringoskopijo, ki jo lahko kombinira tudi s stroboskopijo. Tako lahko opazuje delovanje grla v fiziološkem položaju brez potega za jezik (1, 2, 21).

Foniatr palpatorno oceni napetost mišic na vratu, oceni položaj grla na vratu v mirovanju in pri fonaciji. Aerodinamične preiskave (merjenje vitalne kapacitete, fonacijskega volumna, maksimalnega fonacijskega časa - MPT, srednjega pretoka zraka skozi grlo pri fonaciji - MFR) osvetlijo aerodinamični aspekt fonacije. Foniatr ocenjuje bolnikov glas subjektivno (stopnja hripavosti, zadihanost, ter hrapavost glasu) ali pa objektivno s pomočjo računalniško podprtega analizatorja glasu in govora (npr. Computerized Speech Laboratory, Multi - Dimensional Voice Program, KayPentax, ZDA). Z akustično analizo glasovnih vzorcev se določi temeljno grlno frekvenco, perturbacijo višine (jitter) in jakosti glasu (shimmer), ocenjuje razmerje med šumskimi in harmoničnimi komponentami v glasu (1, 2, 21)

Logoped ocenjuje držo telesa pri govoru, govorno dihanje, ustreznost višine glasu, glasovni nastavek, tempo govora, pravilnost artikulacije ter nosne resonance (1, 2, 21).

Psiholog oceni možne psihogene vzroke za glasovno motnjo (1, 2, 21).

ZDRAVLJENJE HRIPAVOSTI

Zdravljenje mora biti vedno etiološko usmerjeno. Neugodne dejavnike, ki so privedli ali prispevali k nastanku hripavosti, moramo odpraviti ali vsaj omiliti, pri tem uporabljamo medikamentozno terapijo ter ozaveščanje bolnika o pravilni skrbi za glas. Pri organskih glasovnih motnjah je pogosto potreben tudi kirurški poseg – mikrolaringoskopija z odstranitvijo npr. polipa z glasilke ali ojačanje glasilke npr. z lastno maščobo pri enostranski okvari povratnega grlnega živca in posledično atrofični negibljivi glasilki (1, 2, 18, 21).

Pri funkcionalni glasovni motnji moramo izboljšati bolnikovo glasovno tehniko ter velikokrat tudi sposobnost obvladovanja stresa. Pri tem sodelujeta klinični logoped in klinični psiholog. Posredni način zdravljenja pomeni prenos znanja o skrbi za glas, možnih etioloških dejavnikov za nastanek glasovne motnje na bolnika. Bolnik na podlagi pridobljenih informacij spremeni svoje govorno vedenje in obnašanje nasploh in tako pripomore k boljšemu glasu (18, 21, 22).

Direktni postopki glasovne rehabilitacije so različne oblike glasovne terapije vključno z manualno terapijo, progresivna relaksacija, žvečilne metode, uporaba vegetativnih glasovnih pojavov za sproščeno fonacijo, tudi zdravljenje s povratno zanko z uporabo elektromiografije (18, 21, 22). Sočasna uporaba vedenjsko kognitivne terapije in glasovne terapije je pri funkcionalnih glasovnih motnjah dala boljše rezultate kot sama glasovna terapija (23). Pri psihogeno pogojenih glasovnih motnjah ima klinični psiholog vodilno vlogo pri zdravljenju, sodeluje tudi klinični logoped, foniatrova vloga pa je občasen pregled bolnikovega vokalnega trakta za potrditev zmožnosti normalne fonacije (2).

VLOGA DRUŽINSKEGA ZDRAVNIKA IN PEDIATRA PRI OBRAVNAVI HRIPAVIH BOLNIKOV

Odrasli in otroci ob akutno nastali hripavosti vedno najprej poiščejo pomoč družinskega zdravnika ali pediatra. Oba specialista poskušata z anamnezo ter kliničnim pregledom ugotoviti, kaj bi bil vzrok hripavosti. V anamnezi so pomembni podatki o dolžini in vrsti glasovnih težav (hripavost, glasovna utrudljivost, lomljenje glasu, kašelj, vrsta kašlja), morebitnih kataralnih znakov, bolečinah v žrelu, kašlju, odkašljevanju, alergijah, gastroezofagealnem refluksu. Na odločitev o bolniškem staležu bo odločala težina bolnikovih težav, pa tudi njegovo delovno mesto. Če gre za osebo, ki je pri delu glasovno obremenjena, ki dela v neugodnih mikroklimatskih pogojih ali ki lahko v primeru

prebolevanja okužbe dihal okuži večje število oseb, je smiselni bolniški stalež. Namen bolniškega staleža je tako telesni, še bolj pa glasovni počitek. To je potrebno bolniku jasno razložiti. Pri virusnem infektu zadostuje zadostna hidracija, uživanje dovolj vitaminov, inhalacije pa pridejo v poštev le redko, npr. pri nepreločnem nosu in posledičnem dihanju na usta. Dekongestivne kapljice za nos bodo olajšale dihanje na nos.

Pri hripavosti, ki nastane pri kadilcu srednjih let, vztraja več kot mesec dni in se s časom poslabšuje, moramo vedno pomisliti na možnost raka grla ali spodnjega žrela, ki vrašča v grlo. Če se sočasno pojavi tudi oteklina na vratu, težave ali bolečine pri požiranju, posebej bolečina, ki seva v uho, produktiven kašelj s krvavkastim izmečkom, oteženo dihanje, je nujna čim hitrejša napotitev k otorinolaringologu. Napotitev pod »nujno« je upravičena, če gre za življenjsko ogroženost bolnika. Sicer priporočamo napotitev pod »hitro«, vendar z opisom težav in oznako, da sumite na raka. Na tak način bo bolnik pregledan v najkrajšem času, najverjetneje najkasneje v tednu dni.

Pri dolgotrajni hripavosti moramo pomisliti tudi na možnost alergije, gastroezofagealnega refluksa ali hormonskih motenj. Vse te težave običajno niso izolirane in edini vzrok za nastanek dolgotrajnih glasovnih težav, so pa ob sočasni prisotnosti še drugih dejavnikov (npr. ne najboljše glasovne tehnike, prekomerne glasovne obremenitve, prebolevanja okužbe dihal) lahko sprožilni in vzdrževalni dejavnik za hripavost. Z zdravljenjem teh težav lahko pri določenem številu bolnikov vzpostavimo spet ravnotežje v fonatornem aparatu in dosežemo izboljšanje glasu.

Že družinski zdravnik in tudi pediater opazujeta bolnikovo vedenje, predvsem govorno vedenje: glasnost, hitrost govora, energičnost, hitro reaktivnost, temperamentnost. Vsi ti dejavniki so ponavadi vzrok za hiter, glasen govor, komunikacijo iz prostora v prostor ali prekričanje sogovornikov. Na vse te dejavnike je potrebno hripavo osebo opozoriti. Govori naj počasi, razločno, približa naj se sogovorniku, pri govoru ji ne sme zmanjkovati zraka.

Pri otrocih veliko glasovno obremenitev predstavlja tudi petje, šepetanje, oponašanje motorjev ali živali. Otroci radi komunicirajo iz prostora v prostor ter govorijo drug čez drugega. Ne smemo tudi pozabiti na možnost slabšega sluha kot vzroka za glasnejši govor. O vseh teh dejavnikih je potrebno starše povprašati in jih opozoriti na škodljivost takega govornega obnašanja. Starše je potrebno tudi opozoriti, da so otrokov zgled in se morajo tudi sami primerno govorno obnašati.

Družinski zdravnik in pediater naj hripavo osebo vedno povpraša tudi o morebitnih težavah pri požiranju in dihanju. Grlo ima poleg fonatorne tudi dihalno in zaščitno funkcijo, zato sta ti dve funkciji dostikrat tudi prizadeti. Pri relativni zožitvi v predelu grla (npr. pri enostransko negibljivi glasilki) je pri govoru pogosto slišen zelo rahel inspiratorni stridor, ki pa ga v mirovanju ni slišati. Zelo pomemben je podatek o dinamiki težav – ob poslabševanju je seveda nujen otorinolaringološki pregled.

Zdravnik naj hripavega opazuje – ali se pri govorjenju napenja, ali so mišice na vratu napete, ali mu pri govorjenju hitro zmanjkuje sape, ali se stalno odkašlje. Iz tega bo lahko včasih sklepal, kakšno je stanje v grlu in kaj bi ga lahko povzročilo.

Še vedno velja pravilo, da je potrebno vsakega bolnika, ki je hripav več kot 3-4 tedne, napotiti k otorinolaringologu. Otorinolaringolog se odloči za nadaljnjo napotitev k foniatru, če je to potrebno. Družinski zdravnik in pediater lahko napotita hripavega bolnika direktno k foniatru predvsem pri hripavosti oseb s poklicem z glasovno obremenitvijo, pri sumu na funkcionalno glasovno motnjo ali papilomatozo grla. Pregled grla pri otroku je bolj zahteven kot pri odraslem, zato je v določenem deležu otrok šele foniatersko uspešen pri pregledu – če ne gre drugače, pa z upogljivim transnazalnim fiberoptičnim laringoskopom.

Če je pri hripavemu bolniku potrebna kirurška odstranitev sprememb z glasilk, bolnik potrebuje bolniški stalež vsaj 2-3 tedne po operaciji, po operaciji Reinkejevega edema lahko celo dlje. V tem

času je najpomembnejši glasovni počitek, telesno pa je bolnik lahko aktiven ves čas razen prva dva dni po posegu. Kajenje je seveda strogo prepovedano.

Poseben problem v zdravljenju funkcionalnih glasovnih motenj predstavlja pomanjkanje logopedov oziroma specialistov klinične logopedije, ki se ukvarjajo z glasovnimi motnjami. Trenutno se s tem ukvarja le peščica logopedov v Ljubljani, Mariboru in na obali. Prav tako so zelo redki klinični psihologi, ki obravnavajo psihogene disfonije.

ZAKLJUČEK

Hripavost je dokaj pogosta težava tako pri otrocih kot pri odraslih. Iz natančne anamneze ter kliničnega pregleda lahko družinski zdravnik in pediater sklepata na vzrok hripavosti in ustrezno ukrepanje. Če hripavost traja več kot 4 tedne, je nujna napotitev k otorinolaringologu. Vedno namreč obstaja nevarnost, da je hripavost posledica maligne bolezni v grlu ali spodnjem žrelu. Obravnava hripavih bolnikov je velikokrat timska, žal pa v Sloveniji manjka vseh profilov strokovnjakov, ki so potrebni za uspešno zdravljenje različnih vrst glasovnih motenj. Predvsem pri uspešnem zdravljenju funkcionalnih glasovnih motenj je ključna bolnikova želja in tudi aktivnost pri spreminjanju njegovega govornega vedenja in tehnike fonacije. Brez ustrezne bolnikove aktivnosti bo sicer še tako velik trud celotnega tima strokovnjakov zaman.

LITERATURA

1. Mathieson L. Greene and Mathieson's The voice and its disorders. 6th Ed. London and Philadelphia: Whurr Publishers, 2001.
2. Hočevar Boltežar I. Fiziologija in patologija glasu ter izbrana poglavja iz patologije govora. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, 2008.
3. Tietze IR. Principles of voice production. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1994: 307-29.
4. Hočevar Boltežar I. Mišično tenzijska disfonija. Zdrav Vestn 2004; 73: 605-7.
5. Koufman JA, Isaacson G. The spectrum of vocal dysfunction. Otolaryngol Clin North Am 1991; 24: 985-8.
6. Smith E, Lemke J, Taylor M, et al. Frequency of voice problems among teachers and other occupations. J Voice 1998; 12 (4): 480-8.
7. Roy N, Merrill RM, Thibeault S, et al. Prevalence of voice disorders in teachers and the general population. J Speech Lang Hear Res 2004; 47: 281-93.
8. Smith E, Lemke J, Taylor M, et al. Frequency of voice problems among teachers and other occupations. J Voice 1998; 12 (4): 480-8.
9. de Jong FICRS, Kooijman PGC, Thomas G, et al. Epidemiology of voice problems in Dutch teachers. Folia Phoniatr Logop 2006; 58: 186-98.
10. Soklič T, Hočevar-Boltežar I. Voice disorders among teachers in Slovenia: prevalence and some risk factors. Zdrav Vestn 2004; 73: 493-7.
11. Hočevar Boltežar I. Prevalence and risk factors for voice disorders in priests. Wien Klin Wochenschr 2009; 121: 276-81.

12. Šereg Bahar M. Hripavost med zdravniki. Med Razgl 2008; 47 Suppl 2: 379-81.
13. Trpkov K. Glasovne motnje med logopedi. Med Razgl 2008; 47 Suppl 2: 387-9.
14. Kravos A. Motnje glasu med prodajalci. Med Razgl 2008; 47 Suppl 2: 383-6
15. Silverman EM, Zimmer CH. Incidence of chronic hoarseness in among school-age children. J Speech Hear Dis 1975; 40: 211-5.
16. Šifrer R, Hočevar Boltežar I. Hripavost med šolarji. Zdrav Vestn 2004; 73: 73-6.
17. Milutinović Z. Social environment and incidence of voice disturbances in children. Folia Phoniater Logop. 1994;46: 135-8.
18. Sataloff RT. Treatment of voice disorders. San Diego: Plural Publishing, 2005.
19. [Hooper CR](#). Treatment of voice disorders in children. [Lang Speech Hear Serv Sch](#) 2004; 35(4): 320-6.
20. Hočevar Boltežar I. Vzroki hripavosti – pogled foniatra. Zbornik 1. Slovenskega kongresa logopedov z mednarodno udeležbo: Logopedija za vsa življenjska obdobja, Bled 2003, Ljubljana: Zavod za gluhe in naglušne: 130-4.
21. Koufman JA. Approach to the patient with a voice disorder. Otolaryngol Clin North Am 1991; 24: 989-98.
22. Van Houtte E, Van Lierde K, Claeys S. Pathophysiology and treatment of muscle tension dysphonia: a review of the current knowledge. J Voice 2011; 25: 202-7.
23. Prater RJ. Voice therapy. Techniques and applications. Otolaryngol Clin North Am 1991; 24: 1075-92.
24. Daniilidou P, Carding P, Wilson J, Drinnan M, Deary V. Cognitive behavioural therapy for functional dysphonia: a pilot study. Ann Otol Rhinol Laryngol 2007; 116: 717-22.

OTEKLINE NA VRATU

asist. Aleš Grošelj, dr.med.

Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Univerzitetni klinični center
Ljubljana

Povzetek

Obravnava bolnikov z oteklino na vratu je zaradi številnih vzrokov in različnih pojavnih oblik pogosto zahtevna. Predvsem je pomembno razlikovanje med resnimi vzroki, ki ogrožajo bolnikovo življenje in benigno patologijo. Natančna anamneza in pregled v večini primerov omogočata razlikovanje med vnetnimi, prirojenimi in neoplastičnimi vzroki za oteklino na vratu in s tem omogočata usmeritev nadaljnje obravnave.

Specialisti družinske medicine se pri svojem delu pogosto srečujejo z oteklino na vratu, ki se nemalokrat pojavi brez pridruženih simptomov in znakov. Obravnava predvsem odraslih bolnikov mora biti preiščljena, saj je oteklina na vratu lahko tudi edini znak raka glave in vratu. Vzroki oteklina na vratu so namreč številni. Natančna anamneza in pregled zožita možne vzroke in tako olajšata načrtovanje nadaljnje diagnostike. Vendar je pri presoji anamnestičnih podatkov potrebna previdnost, saj se mnogi bolniki slabo opazujejo ali informacije podajajo v skladu s svojimi pričakovanji in strahovi.

ANAMNEZA

Ključni podatek pri obravnavi oteklina na vratu je **bolnikova starost**. Pri otrocih je oteklina na vratu večinoma posledica vnetnega dogajanja ali prirojene nepravilnosti. Podobno velja za odrasle do 40. leta, čeprav moramo tudi pri tej skupini bolnikov pomisliti na maligni vzrok oteklina na vratu. Po 40. letu je potrebno vsako oteklino na vratu, še posebej pri kadilcih in alkoholikih, obravnavati kot maligno bolezen, dokler tega ne ovržemo.

Pri postavitvi diagnoze je pomemben tudi **način rasti**. Benigni tumorji, npr. benigni tumorji žlez slinavk, schwannomi ali paragangliomi so običajno prisotni več let in se le malo spreminjajo. Pri oteklinah, ki nastanejo v nekaj dneh, je potrebno pomisliti na vnetni proces ali hitrorastoče limfome. Za prirojene ciste je značilno, da se ob respiratornih okužbah pogosto povečajo.

Bolečina, ki lahko spremlja oteklino na vratu, je običajno posledica nenadnega povečanja in rasti, vendar je vzrok bolečine lahko tudi vraščanje malignega tumorja v živec. Zasevke napredovalega raka glave in vratu pogosto spremljajo tudi pridruženi simptomi kot so hripavost, težje požiranje ali otalgia.

DIAGNOSTIČNI POSTOPKI

Specialist družinske medicine ne more narediti celovitega otorinolaringološkega pregleda, vendar z **natančno anamnezo** in **iztipanjem vratu** lahko postavi klinično diagnozo, ki se najpogosteje izkaže kot prava, dokončna diagnoza. Za uspešno iztipanje vratu je potrebno poznati anatomijo vratu in področja limfatične drenaže. Podatki o konsistenci, velikosti, površini ali morebitnih pulzacijah otekline dodatno pomagajo pri usmeritvi nadaljnje obravnave.

Za reaktivni limfadenitis, ki spremlja vnetja v področju glave in vratu, so značilne majhne, premakljive, mehke in le blago občutljive bezgavke. Pri akutnem bakterijskem limfadenitisu je prizadeta bezgavka povečana (običajno med 2 in 6 cm), srednje do hudo občutljiva, koža nad njo je pordela in topla. Lahko je tipna tudi fluktuacija. Podobna je klinična slika pri vnetih prirojenih cistah. Sicer je za prirojene ciste brez vnetja značilna mehka, stisljiva in neboleča oteklina v zgornjem delu vratu. Zasevki na vratu so ob postavitvi diagnoze običajno večji od 2 cm, trdi in neboleči. Predvsem večji zasevki so zaradi vraščanja v bližnje strukture slabo premakljivi. Pri trdih in običajno nebolečih bezgavkah, ki se lahko pojavijo v različnih regijah na vratu, je potrebno pomisliti tudi na limfom. Ščitnični tumorji so v spodnjem delu vratu in se skupaj s ščitnico premikajo ob požiranju. Prav tako se ob požiranju premika tudi cista tireoglosalnega voda, ki se značilno pojavi v mediani liniji vratu.

Laboratorijske preiskave so smiselne predvsem pri sumu na limfadenitis, ki ga lahko spremljajo drugi žariščni (okužba dihal, vnetje žrela, akutno vnetje srednjega ušesa, impetigo) in /ali sistemski (glavobol, vročina, slabo počutje, kašelj) znaki okužbe. Za akutni bakterijski limfadenitis so značilni levkocitoza, pomik v levo v diferencialni krvni sliki, toksične granulacije nevtrofilnih levkocitov, povišan CRP in pospešena sedimentacija eritrocitov.

OBRAVNAVA BOLNIKOV Z OTEKLINO NA VRATU

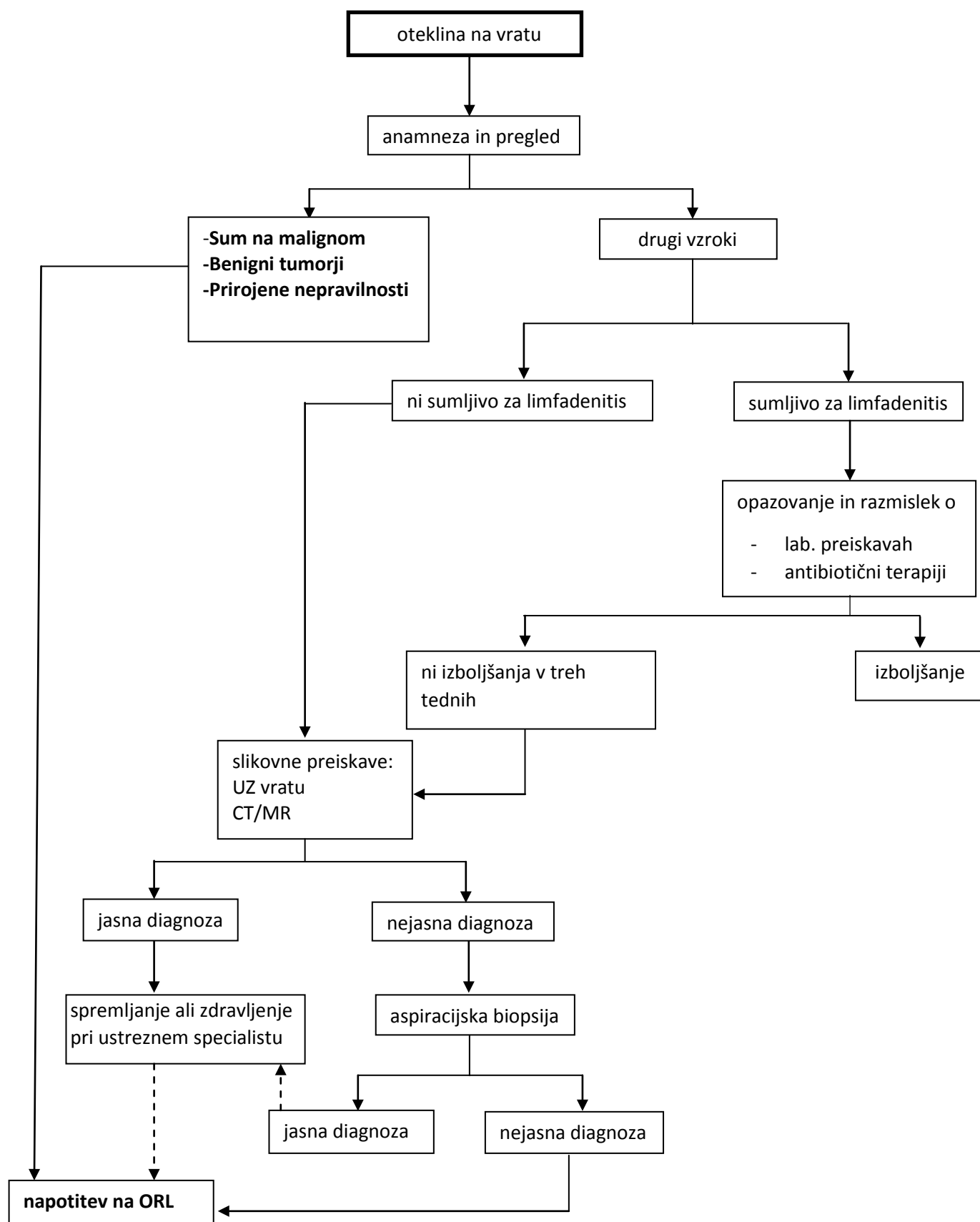
Akutno povečane bezgavke na vratu obojestransko, ki so majhne, mehke, premakljive in neboleče, še posebno, če jih spremljajo simptomi in znaki okužbe zgornjih dihal, opazujemo 3 tedne.

Akutno povečane bezgavke na vratu z značilnostmi bakterijskega limfadenitisa, zdravimo izkustveno s priporočenimi antibiotiki. Učinkovitost zdravljenja preverimo po 48 do 72 urah.

V primeru, da se stanje ne izboljša ali celo poslabša, je smiselno takega bolnika napotiti na nadaljnjo otorinolaringološko obravnavo.

Pri drugih vzrokih otekline na vratu ni enotnega stališča, kateri zdravnik naj indicira diagnostične postopke (UZ , CT ali MR vratu ter aspiracijsko biopsijo). Smiselno bi bilo, da bolnika z oteklino na vratu na preiskave napoti otorinolaringolog, ki bo bolnika nato tudi zdravil. Predvsem pri sumu na zasevek v vratu je potrebna hitra otorinolaringološka obravnavo. Ob pravilno izpolnjeni napotnici je večina teh bolnikov pregledana še isti dan ali najkasneje v nekaj dneh. Že ob pregledu otorinolaringolog večinoma ugotovi vzrok sumljive otekline na vratu in naredi tankoigelnno aspiracijsko biopsijo sumljivega področja ali v primeru težje dostopnih področij bolnika naroči na biopsijo in pregled v splošni anesteziji. Pri sumu na zasevek napotitev na aspiracijsko biopsijo namesto na pregled k otorinolaringologu odloži dokončno postavitev diagnoze in s tem tudi začetek zdravljenja.

Svetujemo naslednji diagnostični in terapevtski pristop k bolniku z oteklino na vratu (Slika 1).



Slika 1. Obravnava bolnika z oteklino na vratu

ZAKLJUČEK

Zaradi pestrosti vzrokov in pojavnih oblik je obravnava bolnikov z oteklino na vratu pogosto zahtevna. Zdravniki družinske medicine morajo prepoznati tiste bolnike z oteklino na vratu, ki potrebujejo čimprejšnjo diagnostično in terapevtsko obravnavo. Predvsem pri sumu na maligno bolezen v področju glave in vratu je potrebno bolnika takoj napotiti k otorinolaringologu, saj le hitra in celovita diagnostična obravnava omogoči čimprejšnji začetek zdravljenja.

VIRI

- Cummings C.W. Otolaryngology, Head & Neck Surgery. Philadelphia : Elsevier Mosby, 2005.
- Fischinger J. Oteklina na vratu. V: Bolezni ušes, nosu žrela in grla v ambulantni družinskega zdravnika. Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo. Ljubljana, 2007: 97-100.
- Emerick K, Lin D. Differential diagnosis of a neck mass. Dosegljivo na: <http://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-a-neck-mass> (31.1.2014)
- Arnež M, Grošelj A. Antibiotično zdravljenje vnetji v področju žrela in vratu. V: Battelino S, Žargi M (eds), 6. kongres otorinolaringologov Slovenije, Ljubljana 2012: Zbornik predavanj, Med Razgl 2012; 47: Suppl 2: 55-62.

INDIKACIJE ZA ADENOIDEKTOMIJO, TONZILEKTOMIJO IN VSTAVITEV TIMPANALNIH CEVK

doc. dr. Anton Gros, dr. med.

Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Univerzitetni klinični center
Ljubljana

Povzetek

Adenoidektomija, tonzilektomija in miringotomija z vstavitvijo timpanalnih cevk so najpogostejše operacije otorinolaringologa. Indikacija za adenoidektomijo je najpogostejše hipertrofija adenoidnih vegetacij, ki zapirajo nosni del žrela in s tem ovirajo dihanje skozi nos. Povečane adenoidne vegetacije zaradi pritiska na ustje Evstahijeve tube preprečujejo prezračevanje srednjega ušesa, kar je vzrok za nastanek vnetja v srednjem ušesu in razvoj izlivnega otitisa. Oviro za dihanje v zgornji dihalni poti pa lahko predstavljajo tudi povečane tonzile. To je ena izmed indikacij za tonzilektomijo. Indikacija za tonzilektomijo so tudi ponavljajoča se bakterijska vnetja tonzil, katerih povzročitelj je največkrat beta hemolitični streptokok skupine A. V primerih, kadar so nebnice kronično vnetno spremenjene in so vir kotiščne okužbe, je tudi potrebno narediti tonzilektomijo. Izlivno vnetje srednjega ušesa je bolezen, pri kateri najpogosteje naredimo miringotomijo in vstavimo timpanalno cevko v bobnič.

UVOD

Adenoidektomija, tonzilektomija in miringotomija z vstavitvijo timpanalnih cevk so najpogostejši kirurški posegi pri otrocih. K pravilni indikaciji za operacijo pri otrocih in včasih tudi pri odraslih pomagajo bogate klinične izkušnje otorinolaringologa. Kljub temu je včasih odločitev za operacijo težka. Problemi nastanejo zaradi nepravilne interpretacije otrokovih težav v povezavi s pričakovanji staršev in priporočili otrokovega zdravnika. Tonzile so del limfatičnega sistema, katerega naloga je obramba organizma proti infekciji. Žal pa tonzile niso vedno zaščitnik proti infekciji; nasprotno, kadar so bolezensko spremenjene, so lahko celo njen vir. Prav tako je včasih odločitev za tonzilektomijo tudi pri odraslih težka. Veliko študij o zdravljenju izlivnega vnetja srednjega ušesa je poskušalo odgovoriti na vprašanje, ali naj se sočasno z miringotomijo in vstavitvijo timpanalne cevke naredi tudi adenotomija.

INDIKACIJA ZA ADENOIDEKTOMIJO

Adenoidne vegetacije (tonsilla pharyngea, žrelnica) so del Waldeyerjevega limfatičnega obroča, ležijo na svodu nosnega žrela in se delno širijo tudi na njegovo zadnjo steno. Povečanje (hipertrofijo) limfatičnega tkiva v žrelu opazimo predvsem pri otrocih in mladih osebah. Vzrok za razvoj hipertrofije limfatičnega tkiva ni natančno znan. Verjetno je to odgovor tkiva na ponavljajoča vnetja. Po puberteti limfatično tkivo običajno atrofira in po 25. letu pričneta atrofirati tudi nebnici.

Bolezenska znamenja hipertrofičnih adenoidnih vegetacij so odvisna od njihove velikosti glede na velikost nosnega žrela. Tako se pri otroku z majhnim nosnim žrelom pojavijo težave z dihanjem skozi nos že ob malo povečani žrelnici. V primeru velikega nosnega žrela pa povečane adenoidne vegetacije običajno ne delajo velikih težav.

Najvažnejši simptom povečanih adenoidnih vegetacij je nosna obstrukcija, ki je opazna predvsem ponoči, ko otroci spijo z odprtimi usti in v spanju smrčijo (obstructive sleep apnea – OSA). V primeru, da je oteženo dihanje na nos trajno, se zaradi posledičnega dihanja skozi usta pojavijo škodljive posledice. Otrok z veliko žrelnico ima značilno spremenjen obraz. Na obrazu sta zabrisani nazolabialni brazdi, nakazana je prognatija, izraz je značilen in znan kot »facies adenoidea«. Hipertrofične adenoidne vegetacije povzročijo tudi zaporo faringealnega ustja Evstahijeve tube. Zaradi tega je moteno prezračevanje srednjega ušesa in pojavljajo se pogosta vnetja srednjega ušesa. Razvije se lahko tudi izlivni otitis, katerega vodilni bolezenski znak je slabši sluh. Za normalni govorni razvoj otroka je zelo pomemben normalen sluh v starosti prvih treh do štirih let. Povečana žrelnica je prav tako vzrok nastanka zaprtega nosljanja (hiponazalnosti).

Povečane adenoidne vegetacije spoznamo že po anamnezi in značilnih bolezenskih znakih; v nosu je ponavadi tudi veliko gnojne sluzi. Za pregled nosnega žrela nam služi posteriorna rinoskopija, ki pa je pri majhnem otroku praktično neizvedljiva. V zadnjem času nam za pregled nosnega žrela služi endoskopska preiskava, katero lahko naredimo skozi nos ali skozi usta. Za prepoznavo bolezenskih sprememb v nosnem žrelu so nam v pomoč tudi slikovne preiskave. Računalniška tomografija (CT) in magnetna resonanca (MRI) nam omogočata ugotavljanje razlik med vnetnimi in tumorskimi bolezenskimi spremembami nosnega žrela s prizadetostjo okolnjih struktur.

Odločitev za adenoidektomijo je včasih težka. Na voljo nimamo natančnih objektivnih preiskav, na osnovi katerih bi lahko ovrednotili povečanje žrelnice do te mere, da je potreben kirurški poseg. Velike adenoidne vegetacije so pri oceni enega preiskovalca lahko še fiziološke, drugi preiskovalec pa bo priporočal operativni poseg. Tudi na osnovi interpretacije rezultatov polisomnografije je odločitev za operacijo težka. Negativni rezultat preiskave še ne pomeni, da preiskovanec ne potrebuje operacije. Pri odločitvi za kirurško odstranitev žrelnice nam je v pomoč natančen klinični pregled bolnika, njegova bolezenska anamneza in anamneza o njegovem spanju.

INDIKACIJE ZA TONZILEKTOMIJO

V primerih, kadar sta tonzili povečani in je indikacija za tonzilektomijo (pri otrocih sočasno tudi adenoidektomijo) pravilno postavljena, se zmanjša obstrukcija zgornje dihalne poti in s tem postane dihanje lažje, izboljša se dihanje v spanju, zmanjša se število ponavljajočih vnetij v žrelu in s tem se izboljša kvaliteta življenja. Veliko je razprav z vprašanjem, kdaj je postavljena pravilna odločitev za

operativni poseg pri otroku in kdaj pri odraslemu. Zavedati se moramo, da se pri vsakem kirurškem posegu lahko pojavi tudi zaplet.

Hipertrofija tonzil in adenoidnih vegetacij je pri otrocih običajno najizrazitejša v starosti od treh do šestih let. Menimo, da je to normalen odgovor limfatičnega tkiva verjetno na ponavljajoče okužbe zgornjih dihal. Če hipertrofija ni velika, otrok nima nobenih težav z dihanjem. Težave z dihanjem se lahko pojavijo samo s sočasno okužbo zgornjih dihal. V primerih, pri katerih je hipertrofija tonzil in adenoidnih vegetacij tako velika, da je izražena obstrukcija tudi brez vnetja zgornjih dihal, se pojavi motnja dihanja predvsem v spanju (OSA). To je tudi ena izmed pogostih indikacij za kirurški poseg pri otrocih.

Vzrok za nastanek OSA pri otrocih pa lahko ni samo hipertrofija limfatičnega tkiva, ampak so te težave pogoste pri otrocih s prekomerno telesno težo in pri otrocih z kraniofacialnimi nepravilnostmi ter otrocih z določenimi sindromi (trisomija 21, Pierre – Robin sindrom, Goldenhar sindrom, Crouzon sindrom, Apert sindrom). Prav v teh primerih je odločitev za adenotonzilektomijo včasih težka. V pomoč pri odločitvi za adenotonzilektomijo nam je polisomnografija, na osnovi katere je odločitev za kirurški poseg lažja. Seveda pa je pri interpretaciji rezultatov potrebno upoštevati tudi klinični status bolnika in mnenje pulmologa.

Ena od indikacij za tonzilektomijo pri otroku in odraslemu je tudi ponavljajoče se vnetje nebnic. Vendar moramo biti pri oceni akutnega vnetja nebnic previdni, saj je na osnovi kliničnega pregleda včasih težko ločiti virusni od bakterijskega tonzilitisa. Vnetje nebnic je običajno spremljajoči pojav pri prehladih, pri infekcijski mononukleozi in manj pogosto pri okužbi s herpes zoster virusom in akutni okužbi z virusom HIV. Virusni tonzilitis spremljajo bolezenski znaki, ki so navadno odsotni pri bakterijskem tonzilitisu. Pri tej bolezni bolnika muči kašelj, v nosu je prisoten obilen izcedek, na sluznici ustne votline so lahko prisotne aftozne eflorescence in navadno so sistemsko povečane bezgavke. Povečane vratne bezgavke najdemo tudi pri bakterijskem tonzilitisu.

Ključno vlogo pri nastanku ponavljajočega bakterijskega tonzilitisa ima beta hemolitični streptokok skupine A. Prisotnost in izolacija drugih vrst bakterij na tonzilah, kot so *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* in anaerobne bakterije še ni indikacija za tonzilektomijo. Njihov pomen v patofiziologiji tonzilitisa je še zmeraj nejasen, saj so te bakterije lahko prisotne v ustih in žrelu tudi pri zdravih ljudeh. Izolacija teh vrst bakterij potrjuje, da je zdravljenje akutnega tonzilitisa s penicilinom v nekaterih primerih lahko neuspešno.

Pri otroku naj bi se za tonzilektomijo zaradi ponavljajočega bakterijskega tonzilitisa odločili, kadar ima:

- 7 epizod akutnega tonzilitisa v enem letu ali
- 5 epizod akutnega tonzilitisa letno v dveh zaporednih letih ali
- 3 epizode akutnega tonzilitisa letno v treh zaporednih letih.

O kroničnem tonzilitisu govorimo v primerih, kadar zaradi ponavljajočih okužb propade limfatično tkivo tonzil, nadomestijo ga vezivne brazgotine, v katerih se lahko najdejo gnojna žarišča. Zaradi propada limfatičnega tkiva sta nebnici atrofični, brazgotinasti, uvlečeni v dno tonzilarnih lož in kripte so izpolnjene z detritusom. Kot posledica razraščanja vezivnega tkiva sta nebnici lahko tudi hipertrofični. Pri tako spremenjeni strukturi nebnic se zmanjša odpornost tkiva na bakterijsko okužbo in zato se pogosto ponavljajo vnetja. Ponavljajoča se vnetja sčasoma spremenijo nebnico v "spužvo",

polno gnoja, ki izgubi sposobnost produciranja limfocitov in imunoglobulinov. Tako preneha delovati obrambni mehanizem pred vnetjem in nebica lahko postane mesto namnoženih patogenih bakterij, ki so lahko vzrok kotiščne infekcije.

Pri faringoskopiji lahko vidimo majhni ali veliki nebnici, razbrazdani, neravne površine. Če v kriptah ni videti gnoja, ga zelo pogosto opazimo pri poizkusu iztisnjenja. Povečanje le ene nebice je vedno sumljivo za malignom. Bolnik s kroničnim vnetjem nebnic ima lahko povečane vratne bezgavke, občasno ima lahko rahlo zvišano telesno temperaturo, prisoten je lahko zadah iz ust, toži o praskanju v žrelu. Vse to je lahko vzrok zmanjšane bolnikove kvalitete življenja.

Prepoznavna, da sta nebnici vir kotiščne infekcije je večkrat težka. Žal nimamo posebnih testov, ki bi pomagali postaviti indikacijo za tonzilektomijo pri tej bolezni. Indikacijo je treba določiti na osnovi natančne anamneze in natančnega kliničnega pregleda. Potrebno je sodelovanje med pediatrom, internistom, dermatologom in otorinolaringologom. Odločitev za operacijo je lažja, kadar klinično spoznavni akutni ponovitvi kroničnega vnetja tonzil sledi ponovitev ali poslabšanje sekundarne bolezni.

Kljub neštetim razpravam še do danes nimamo dokončnih meril o natančni indikaciji za tonzilektomijo. Pri bolezensko močno spremenjenih tonzilah se nam za tonzilektomijo ni težko odločiti. Tonzilektomija je vselej potrebna:

- pri močno povečanih tonzilah, predvsem pri otrocih, kadar so mehanična ovira za dihanje in hranjenje;
- pri pogostih gnojnih tonzilitisih;
- pri ponavljajočih se peritonzilarnih abscesih;
- kadar menimo, da sta tonzili vir kotiščne infekcije;
- kadar sumimo, da je tonzila maligno spremenjena.

V zadnjem času je ponovno veliko razprav, ali naj se pri operaciji tonzil naredi tonzilektomija (ekstrakapsularna tonzilektomija) ali tonzilotomija (intrakapsularna tonzilektomija). Pri tonzilektomiji odstranimo v bloku nebico skupaj z obdajajočo kapsulo vezivnega tkiva in nemalokrat tudi del prednjega nebnege loka. Tako nastane v žrelu velika rana s prekinjenimi arterijami in venskim pletežem tonzil ter razkritjem mišičnega tkiva tonzilarne lože. S to tehniko se odstrani cela nebica in tako je malo možnosti, da bi se kasneje razvil peritonzilarni absces ali da bi ponovno hipertrofiralo tonzilarno tkivo. Ta tehnika se uporablja tudi pri operacijah malignih procesov na nebnici.

Pri ekstrakapsularni tonzilektomiji se odstrani več tkiva, kot je to navadno potrebno za sprostitev dihalne poti pri obstrukciji zaradi hipertrofije nebnic. Zato je že v začetku 20. stoletja vzniknila ideja, da bi v določenih primerih odstranili samo del nebnic (tonzilotomija). Zaradi takrat še ne izpopolnjene tehnike splošne anestezije pri otrocih, omejenih možnosti hemostaze pri operaciji in pogostih pooperativnih krvavitvah je bila ta tehnika sprva odsvetovana. Z uvedbo uporabe novih kirurških pripomočkov za operacije tonzil (diatermija, koblacija, harmonični skalpel, laser) je v zadnjem času ponovno narejenih več študij primerjave tonzilektomije in tonzilotomije. Pri tonzilotomiji je poškodovanega manj tkiva ob nebnici in ohrani se lahko še normalno tkivo. Kirurgi, ki se poslužujejo te tehnike operacije tonzil, poročajo, da so krvavitve po operaciji bolj redke in bolečine

manjše. V strokovni literaturi najdemo podatke, da se ekstakapsularna tonzilektomija naredi pri obstrukciji zgornjih dihal v 73% primerov in pri ponavljajočih tonzilitisih v 97% primerov.

INDIKACIJE ZA VSTAVITEV TIMPANALNIH CEVK

Eden pogostih kirurških posegov otokirurga je miringotomija z vstavitvijo timpanalne cevke. Bolezni, pri katerih je potrebno narediti miringotomijo in v bobnič vstaviti timpanalno cevko, je več. Izlivni otitis je najpogostejša indikacija za vstavev timpanalne cevke.

Izlivno vnetje srednjega ušesa (sekretorni otitis) je bolezen, pri kateri je v srednjem ušesu prisoten izliv brez znakov vnetja (zvišana telesna temperatura, bolečina v ušesu). Na osnovi novejših študij prevladuje mnenje, da je nastanek izliva v srednjem ušesu posledica kroničnega bakterijskega vnetja srednjega ušesa. V izlivu pri izlivnem vnetju srednjega ušesa so oslajljene bakterije prisotne kot biofilm na površini sluznice bobnične votline. Bakterije povzročajo nastanek patohistoloških sprememb na sluznici srednjega ušesa (reverzibilna metaplazija sluznice z razvojem čašastih, sekretornih žlez podobnih elementov) in te spremembe so vzrok za pojav kroničnega izliva. Ta spoznanja so bila potrjena tudi s poizkusi. Tako nepravilno delovanje Evstahijeve tube ni glavni vzrok za nastanek kroničnega izliva v srednjem ušesu, ampak je samo pomemben del tega procesa.

Izlivno vnetje srednjega ušesa prepoznamo na osnovi anamneze, otomikroskopskega pregleda in avdiometričnih preiskav. V anamnezi je nemalokrat podatek, da je bolnik z izlivnim vnetjem srednjega ušesa predhodno prebolel akutno vnetje. Bolnik toži o slabšem sluhu na prizadetem ušesu, nima pa znakov akutnega vnetja srednjega ušesa (bolečina, zvišana telesna temperatura). Pri otrocih je lahko prvi znak bolezni zaradi spremljajoče naglušnosti zakasnel govorni razvoj. Pri otomikroskopiji je bobnič videti moten z izraženo obrobno žilno risbo, lahko je tudi rumenkast ali modrikast in nemalokrat je nekoliko vbočen. Barva bobniča je odvisna od barve izliva. V primeru, da je v srednjem ušesu prisotno še nekaj zraka, lahko skozi bobnič vidimo nivo tekočine ali pa zračne mehurčke.

Konzervativno zdravljenje izlivnega otitisa je navadno neuspešno. Zdravljenje samo z antibiotiki in zdravljenje z antibiotiki in sočasno uporabo kortikosteroidov ni dalo zadovoljivih rezultatov. V primerih, da je pri izlivnem otitisu ugotovljen tudi slabši sluh, je potrebno narediti miringotomijo in iz bobnične votline odstraniti izliv. Sluh se takoj po posegu normalizira. Vendar se miringotomijska rana zaceli že v nekaj dneh in bobnična votlina se ponovno napolni z izlivom. Da se prepreči slednje, se po miringotomiji in odstranitvi izliva iz srednjega ušesa v bobnič vstavi ventilacijsko cevčico. Tako se srednje uho prezračuje skozi zunanji sluhovod in skozi vstavljeno ventilacijsko cevčico. Vstavljena ventilacijska timpanalna cevčica ne povzroča slabšega sluha, predstavlja pa nevarnost, da se iz zunanjega sluhovoda lahko prenese okužba v srednje uho (npr. pri močenju ušes).

Narejenih je bilo veliko študij z vprašanjem, ali naj se sočasno z miringotomijo in vstavitvijo timpanalne cevke naredi tudi adenoidektomija. Prevladuje mnenje, da se z odstranitvijo adenoidnih vegetacij izboljša dihanje na nos, izboljša delovanje Evstahijeve tube in tako odstrani enega od dejavnikov v etiopatogenezi izlivnega vnetja srednjega ušesa.

V primerih, kadar imamo bolnika z akutnim gnojnim vnetjem srednjega ušesa in intaktno bobnično membrano, naredimo miringotomijo, da s pomočjo bakteriološkega pregleda iz gnojne vsebine srednjega ušesa prepoznamo povzročitelja vnetja. Poseg je potrebno narediti v primerih, kadar se bolezen kljub ustreznemu zdravljenju ne izboljša v 48. urah. S tem lahko preprečimo morebiten

razvoj katerega od zapletov akutnega vnetja srednjega ušesa. Pri bolnikih s ponavljajočim akutnim gnojnim vnetjem srednjega ušesa (5 vnetij v enem letu ali 3 vnetja v 6 mesecih) je smiselno narediti miringotomijo in vstaviti timpanalno cevko, ki omogoča boljše prezračevanje srednjega ušesa. S tem se večkrat zmanjša pogostost akutnih vnetij srednjega ušesa.

Miringotomijo z vstavitvijo timpanalnih cevk naredimo tudi pri bolnikih, ki potrebujejo zdravljenje v hiperbarični komori. Poseg je potrebno narediti predvsem pri bolnikih, ki imajo v anamnezi podatke o slabšem delovanju Eustahijeve tube, ki je lahko vzrok, da ob veliki razliki zunanjega zračnega tlaka s tlakom v srednjem ušesu lahko pride do rupture bobnične membrane.

ZAKLJUČEK

Adenoidektomija, tonzilektomija in miringotomija so najpogostejši kirurški posegi otorinolaringologa. Kljub temu je odločitev za operacijo včasih težka. Pred odločitvijo za operacijo je potrebno skrbno oceniti anamnestične podatke bolnika, narediti natančen klinični pregled, narediti vse laboratorijske preiskave, ki so nam na voljo in pritegniti k sodelovanju specialiste drugih vej medicine, s katerimi naj se skupaj postavi dokončna odločitev o kirurškem posegu. Potrebno je upoštevati tudi bolnikova pričakovanja ali pričakovanja staršev o izboljšanju kvalitete življenja po operaciji. Prav tako je potrebno poznati vse možne zaplete, ki lahko nastanejo med operacijo ali po njej.

VIRI

- Probst R, Grevers G, Heinrich I. Basic otorhinolaryngology. Stuttgart, New York: Thieme, 2005.
- Brietzke SE, Gallagher D. The effectiveness of tonsillectomy and adenoidectomy in the treatment of pediatric obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome: A meta analysis. Otolaryngol Head Neck Surg 2006; 134: 979 – 84.
- Paradise JL, Bluestone CD, Colborn DK, Bernard BS, Rockette HE, Kurs-Lasky M. Tonsillectomy and adenotonsillectomy for recurrent throat infection in moderately affected children. Pediatrics 2002; 110: 7 – 15.
- Mitchell RB. Adenotonsillectomy for obstructive sleep apnea in children: outcome evaluated by pre- and postoperative polysomnography. Laryngoscope 2007; 117:1844 – 54.
- O'Brien LM, Sitha S, Baur LA, Waters KA. Obesity increases the risk for persisting obstructive sleep apnea after treatment in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2006; 70: 1555 – 60.
- Hoddeson EK, Gourin CG. Adult tonsillectomy: current indications and outcomes. Otolaryngol Head Neck Surg 2009; 140: 19 – 22.
- Mui S, Rasgon BM, Hisinger RL. Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in adults. Laryngoscope 1998; 108: 1325 – 8.
- Blomgren K, Qvarenberg YH, Valtonen HJ. A prospective study on pros and cons of electrodissection tonsillectomy. Laryngoscope 2001; 111: 478 – 82.
- Leinbach RF, Markwell SJ, Colliver JA, Lin SY. Hot versus cold tonsillectomy: a systematic review of the literature. Otolaryngol Head Neck Surg 2003; 129: 360 – 4.

- Sautter N, Hirose K. Otitis media. In Hughes GB, Pensak ML eds. Clinical otology. New York, Stuttgart: Thieme. 2006: 223 – 35.
- Park K. Otitis media and tonsills – role of adenoidectomy in the treatment of chronic otitis media with effusion. Adv Otorhinolaryngol 2011; 72: 160 – 3.

ESTETSKE OPERACIJO V ORL PODROČJU

Imre Boršoš, dr. med.

Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Univerzitetni klinični center
Ljubljana

Povzetek

Lepoto je zelo težko definirati, ker je njeno pojmovanje pogosto odvisno od samega opazovalca. Novejša raziskovanja vse bolj kažejo, da je pri pojmu lepote pomembna določena simetrija in pravilnost na zunanji podobi. Če nismo zadovoljni z našo zunanjo podobo, lahko danes z metodami sodobne medicine in kirurgije spremenimo praktično vse na našem telesu. Ti posegi so dostopni skoraj vsakemu. V ORL področju na področju estetske kirurgije najpogosteje izvajamo otoplastike - kirurške korekcije štrlečih uhljev in rino(septo)plastike - spremembe zunanjega videza nosu (s korekcijo zvitega nosnega pretina). Prva operacija je možna že pred vstopom v šolo, druga pa šele po končanem telesnem razvoju. Kot pred vsako estetsko operacijo je potrebno pred posegom bolniku razložiti možnosti in pričakovan izid posega. Le če se bo bolnik tega zavedal, bo lahko zadovoljen s spremembo svoje zunanje podobe.

UVOD

»Tistemu, ki človeško lepoto opazi, ne smemo ničesar zameriti. Ta je v harmoniji sam s sabo in s svetom.« Ta misel nemškega pesnika Johanna Wolfganga von Goethe-ja poskuša opisati tisočletja stare fascinacije človeške lepote ter potrebo človeka, da si želi in najde lepoto tudi zase. Tako je bilo že v starem Egiptu, v antični Grčiji ali v srednjem veku in tako je tudi danes. Že dolgo strokovnjaki in znanstveniki raznih strok razpravljajo, ali obstaja povezava med absolutno lepoto, individualnim uspehom in osebno srečo. Če govorimo o lepoti, hitro opazimo, da je pojem težko definirati, ker je ocena zelo pogosto odvisna od samega opazovalca. Vsi imamo osebno predstavo o zunanji človeški lepoti – o barvi oči, las, kože, višini, teži... Zagotovo so naša merila odvisna tudi od kulture, načina življenja in vrednot širše regije, kjer živimo (Evropa, Amerika, Afrika...). Če temu še dodamo, da se merila spreminjajo s časom, potem dejansko vidimo, kako težko je pridobiti in imeti določena splošna merila za »lepoto«. Vendar novejša raziskovanja vse bolj in bolj kažejo, da je pri pojmu lepote vedno bilo (o tem so govorili že stari filozofi) in je tudi danes pomembna določena simetrija in pravilnost na zunanji podobi. »Lepi« ljudje imajo dejansko več »sreče« v življenju – lažje dosežejo svoje cilje, lepše jih »ocenimo« na prvi pogled, prej so izbrani za določene naloge.... Ni pa doslej nobena študija uspela potrditi, da so ti ljudje tudi dejansko bolj srečni kot »manj lepi«. Celo nasprotno – pogosto vidimo, da imajo te »lepe« osebe zelo visoka pričakovanja in merila glede zunanje podobe (in pogosto tudi na drugih področjih) in prav zaradi tega so bolj občutljive, razočarane in prizadete, ko se na tem področju karkoli spremeni. Spremeni pa se zunanji videz prej ali slej vedno, če ne zaradi drugega vzroka pa zaradi staranja.

In kaj pomeni »lepota« danes ter kako jo lahko ustvarimo s pomočjo današnje kirurgije? Estetske operacije so tisti kirurški posegi, ki se opravljajo ne zaradi medicinske indikacije, ampak zaradi lepotnih želja in potreb. Vzroki, zakaj se odločamo za estetske operacije, so zelo različni. Pred mnogimi leti so bile med kandidati za estetske operacije v veliki večini gospe srednjih let, ki so bile na določen način nezadovoljne s svojim življenjem. Danes seveda ni več tako, pogosto so vzroki za estetsko operacijo posledice raznih bolezni, poškodb, prirojenih anomalij, pooperativnih brazgotin..., ki prizadenejo osebe skoraj vseh starosti in oba spola. Pri nekaterih osebah je ta zunanja podoba dejansko toliko odstopajoča od "normale", da ni dvoma, da so upravičene do estetskega posega. Po posegu so dejansko te osebe ne le estetsko, ampak tudi psihično razbremenjene (na primer po operaciji močno štrlečega uhlja, velike nosne grbe...). Ne tako redko pa za tovrstne operacije ni realnih objektivnih vzrokov in želje kandidata za estetsko operacijo mejijo s psihično boleznijo in obsedenostjo.

Argumente in tudi protiargumente za estetski poseg torej lahko skoraj vedno najdemo. Slednjemu govori v prid dejstvo, da neredko vidimo osebe, ki nimajo perfektnega zunanjega videza, pa kljub temu izžarevajo zrelo osebnostno in človeško lepoto. Danes s sodobno medicino in kirurgijo lahko praktično vse spremenimo na človeškem telesu, ti posegi so tudi skoraj vsakemu dostopni (ne mislim na materialno dostopnost). Zaradi dostopnosti in razširjenosti estetske veje kirurgije pa z druge strani pozabljamo, zanemarjamo možne negativne strani vsakega operativnega posega, tako tudi estetskega. Pozabljamo, da so ti posegi postali v veliki večini le "biznis" in ne več medicina, le možnost za velik zaslužek, veliko reklamo in temu podobno in v vseh teh primerih se pogosto izgubi stik z realnostjo in etiko. Vestni lepotni kirurgi želijo z najmanjšim možnim potrebnim posegom in tveganjem doseči potrebno zunanjo spremembo in ravnovesje med zunanjo podobo in notranjimi osebnostnimi potrebami. Najbolj pogosti estetski kirurški posegi so na prsih, na očesnih vekah, potem liposukcija, na četrtem mestu pa je rinoplastika.

OTOPLASTIKA

V otorinolaringološkem (ORL) področju prevladujeta dva lepotna posega - rino(septo)plastika in korekcija štrlečih uhljev - otoplastika. Slednja pride v poštev, ko je uhlj štrleč, oziroma ko je kot med uhljem in zauheljnim področjem "prevelik". Ni pravega merila za to, kdaj je ta kot še normalen in kdaj ni - idealno naj bi bilo okrog 15 stopinj. Uhlja sta v veliki večini štrleča zato, ker se v ušesnem hrustancu niso razvile primerne gube, torej je ta anomalija prirojena. Lahko je prisotna motnja samo na eni strani in se pogosto pojavlja v družini. Kirurška korekcija štrlečih uhljev se ne opravi pred starostjo 4-5 let, ker je šele takrat ušesni hrustanec dovolj čvrst, da se lahko nanj postavi šive. Gornje starostne meje praktično ni, priporočljivo je opraviti poseg pred vstopom v šolo, da bi se otrok izognil psihičnim obremenitvam v šoli zaradi "videza".

Poseg se dela pri otrocih v splošni anesteziji, pri starejših mladostnikih in kasneje v odrasli dobi pa se lahko naredi tudi v lokalni anesteziji. Poseg na enem uhlju traja približno 30 - 45 min. Korekcija štrlečega uhlja je strogo estetska operacija, ker ne vpliva na sluh ali karkoli drugega in se kandidati odločajo za poseg po osebnih željah in potrebah. Ni medicinske omejitve, kdaj je ta poseg potreben in kdaj ni, nekatere bo motil že malo večji kot med uhljem in mastoidom, druge pa šele močno štrleč uhlj, spet tretje pa ne bo motilo ne eno ne drugo in se za operacijo ne bodo odločili.

Sama operacija obsega elipsasto odstranitev kože z zadnje strani uhlja ter oblikovanje hrustančnih gub s šivom hrustanca - perihondrija. Kako bomo oblikovali sam hrustanec uhlja je odvisno od operaterja, ker je možnosti nešteto. Hrustanec lahko stanjšamo s skalpelom, lahko ga izrežemo en del, lahko narežemo tako ali drugače ali pa uporabimo kombinacijo vseh teh možnosti - pomembno

je, da vedno oblikujemo tudi hrustanec, kajti če postavimo le šiv, ki veže uhlj s področjem za njim, se položaj in oblika uhlja ne bo spremenila trajno, ampak le začasno. Po posegu naredimo kompresijski prevez čez operirani uhlj, ki ga odstranimo čez 10 - 14 dni, Po odstranitvi obveze priporočamo še "zaščitni" trak za ponoči ali pri aktivnostih, kjer je možna sprememba položaja uhlja in to še vsaj 2-3 tedne. Hrustanec se namreč ne zaceli in zabrazgotini tako hitro kot koža, tako da moramo dalj časa čuvati uhlj v tem novem položaju, da se ne bi ponovila neželjena oblika in položaj. Zorenje brazgotine lahko traja na hrustancu tudi do 1-2 leti. Končna oblika brazgotine je seveda odvisna od starosti in tkivnih značilnosti osebe. Pri otoplastiki je kirurški rez in s tem brazgotina skrita na zadnji strani uhljev, tako da ni vidna, kar je estetsko sprejemljivo.

Od komplikacij po otoplastiki moramo omeniti pooperativno krvavitev ali vnetje. V primeru krvavitve naredimo dodatni kompresijski prevez, pri vnetju pa revizijo rane in/ali uvedemo antibiotično terapijo.

Po operaciji lahko opazimo določeno asimetrijo uhljev - nihče nima popolnoma identičnega para uhljev, torej tudi po operaciji uhlja ne bosta "matematično" identična. Seveda se trudimo, da je ta asimetrija čim manjša. Ponovitev anomalije nastane, če šivi na hrustancu "prehitro" popustijo ali se nehote z "vlečenjem" uhlja "raztrgajo" (na primer pri spanju, pri igri pri otrocih ali pri športnih in podobni aktivnosti). V tem primeru je potrebna ponovna operacija, s katero se uhlj vrne v željen položaj.

RINO(SEPTO)PLASTIKA

Rinoplastika je poseg, s katerim spremenimo zunanji videz nosu. Če poleg tega napravimo še korekcijo zvitega nosnega pretina, posegu rečemo rinoseptoplastika.

Prvo operacijo nosu samo zaradi videza so opravili že nekje 700 let pred našim štetjem, ti posegi so bili prvi estetski posegi nasploh. Nos je izredno kompliciran organ na obrazu in je unikaten za vsakega človeka. Sestavljen je iz različnih tkiv - kože, sluznice, številnih hrustancev ter kosti, ki so med sabo povezani na različne načine in različno čvrsto. Vsako od teh tkiv se obnaša po svoje in drugače od drugih tkiv - posebej pri celjenju in brazgotinjenju. Če je ves ta zapleten sistem še dodatno spremenjen zaradi poškodb in raznih brazgotin, potem dejansko vidimo, kako je težko je vse to spremeniti - popraviti po želji in za stalno.

Estetska in funkcionalna operacija nosu je eden od tehnično najzahtevnejših posegov v področju obraza ter v celotnem področju estetske kirurgije. Če vprašamo estetske kirurge, ki opravljajo razne lepotne posege, katero operacijo najmanj radi delajo, bo velika večina odgovorila, da je to rinoseptoplastika. Po drugi strani pa je nos najbolj opazen del obraza, takoj se vidi vsaka včasih še tako majhna nepravilnost ali asimetrija na njemu. Tega dela glave ne moramo skriti z obleko, modnimi dodatki in nakitom, kot je to možno na drugih delih telesa (ogrlice, lepe bluze, takšni in drugačni modrčki, tatuji...).

Pri planiranju novega nosu je izredno pomembno upoštevati karakteristike enkratnosti nosu ter razmerja z ostalimi elementi obraza. Tako ne obstaja tako imenovani »perfekten nos«, ki bi bil sprejemljiv za vse ljudi in obraze. Lahko namreč napravimo »perfekten« nos, ki pa sploh ne pristaja k določenemu obrazu. Prav zato je potrebno biti previden pri pacientu, ki želi imeti nos, kot ga ima kakšna druga oseba (po navadi pevka, igralka, lepotna tekmovalka). V takem primeru si je potrebno vzeti mnogo več časa za razgovor pred odločitvijo, ali sploh operirati ali ne. Nobena operacija nosu ni 100% idealna. Če kandidat za estetsko operacijo nosu meni, da je lahko zadovoljen s stopnjo izboljšanja videza nosu, namesto iskanja malenkostnih napak idealne slike, bo zadovoljen z

rezultatom in je operativni poseg upravičen. Če pa kandidat pričakuje, da bodo malenkosti vplivale na dojemanje stopnje izboljšanja videza njegovega nosu, je zelo verjetno bolje, da se sploh ne odloči za operativni poseg. Po operaciji so namreč lahko še vedno prisotne malenkostne spremembe, ki se jih ne da korigirati z dodatno operacijo. Zavedati se namreč moramo, da imamo opravka z živim tkivom, ki pri različnih ljudeh reagira različno.

Z operacijo kirurg poskuša po najboljših močeh odpraviti negativnost v videzu pacienta in jih nadomestiti s pozitivnim, kar se kaže v izboljšanju njegovega videza in sprejemanja njegove samopodobe. Estetska operacija ni čarovnija. To so specifične operacije, namenjene izboljšanju zunanje podobe, več od tega se ne da doseči. Ali bo pacient zadovoljen z rezultatom operacije, je v veliki meri odvisno od komunikacije s kirurgom pred posegom o vseh podrobnostih videza, ki ga delajo nesrečnega, kar kirurgu omogoča pravilen izbor operativnega posega. Potrebno je seveda pacientu tudi povedati in razložiti, kaj se sploh da narediti in česa se ne da izboljšati, oziroma je potrebno najti ravnovesje med funkcionalnostjo in zunanjo podobo nosu. Vedeti moramo namreč, da če nos zožimo in "zmanjšamo", se s tem zmanjša prehodnost, to pa je ena od pomembnih funkcij nosu. Torej pri rino(septo)plastikah, operativni poseg ni le čista estetska operacija, kot na primer otoplastika, ampak gre tudi za vzpostavljanje in ohranjanje funkcije nosu. Druga razlika med obema posegoma je, da se otoplastika lahko napravi tudi že pred vstopom v šolo, rinoplastika pa šele po končanem razvoju nosu, torej ne prej kot pri starosti 17 let pri dekletih in leto ali dve kasneje pri fantih, oziroma rajši še kakšno leto pozneje.

Poseg se po navadi dela v splošni, lahko pa seveda tudi v potencirani lokalni anesteziji. Traja približno 1,5 do 2 uri, dolžina posega je seveda odvisna od tega, kaj vse moramo spremeniti na nosu. Po injiciranju lokalnega anestetika z adrenalinom (zaradi zmanjšanja krvavitve in lažje ločitve tkiv med sabo) ponavadi najprej naredimo korekcijo nosnega pretina. Začnemo z rezom na kavdalnem robu pretina, nato razširimo rez na notranjo stran nosnega krila, "dvignemo" mehka tkiva od hrustancev stranskega dela nosu in nosnih kosti in ko imamo tako prikazano ogrodje nosu, začnemo s korekcijo le-tega - odstranimo del hrustanca nosnega krila (alarni hrustanec) in stranskega (triangularnega) hrustanca nosu, s temi posegi skupaj s odstranitvijo kavdalnega roba nosnega pretina "skrajšamo" nos. Nato odstranimo zgornji rob hrustanca nosnega pretina (kvadrangularni hrustanec) in odklešemo grbo nosnih kosti. S tem popravimo - zravnamo nosni hrbet. Sledi prekinitev stranske kostne nosne stene z dletom, če jo želimo "premaknili" proti sredini in s tem zožiti nos. Če je potrebno (npr. pri lordozi - sedlastemu nosnemu hrbtu), vstavimo del hrustanca, odvzetega običajno iz nosnega pretina ali uhlja, pod kožo nosnega hrbta ali pa dodamo še šive v predel nosne konice, da zožimo samo konico nosu.

Če imamo več dela v predelu nosne konice (pri t.i. posebno "grdi" konici), ali moramo natančno popraviti obliko nosnega hrbta – npr. vstaviti tkivo v predel nosnega hrbta, se lahko poslužujemo odprte tehnike. Pri odprti tehniki prerežemo kožo v predelu nosne kolumele in dvignemo kožo in podkožje z nosne konice in nosnega hrbta - na ta način je preglednost in dostopnost boljša in lažja ter lahko bolj natančno naredimo popravke. Na koncu zašijemo reze, vstavimo vložka v obe nosni votlini in postavimo nosno opornico, da obdržimo novo obliko nosu. Tamponado pustimo 2-3 dni (po potrebi tudi več), opornico pa 5-7 dni. Dan po operaciji nastanejo relativno velika oteklina in podplutbe okrog očes, nosu in na obrazu, ki pa v naslednjih dneh postopoma izzvenijo. Med petim in šestim dnevom po operaciji se ostanek hematoma vidi še kot zelenkasto-rumenkasta obarvanost kože. Operiranci dobivajo analgetike (tudi bolj močne) ter po presoji kirurga tudi antibiotik.

Po odstranitvi opornice kožne, hrustančne, kostne rane in defekti na nosu še niso povsem zaceljeni, zato mora pacient nos čuvati pred pritiski, udarci ter podobnimi zunanjimi silami vsaj še 5-6 tednov. Manjša oteklina nosu in predela okrog nosu lahko izzveni šele po nekaj mesecih. V tej fazi celjenja in

brazgotinjenja lahko pride do dodatnih sprememb in premikov na nosu, na kar kirurg in pacient ne moreta vplivati. Tako se dokončna oblika nosu pokaže šele približno 5-6 mesecev po operaciji.

Zapleti rinoseptoplastike so pooperativna vnetja tkiv, krvavitve in hematomi, po vstavitvi hrustančnega presadka pa premaknitev ali redko nekroza le-tega. Zaplete rešujemo z antibiotiki, dodatno tamponado nosu, koagulacijo krvavečih žil, oziroma z drenažo nastalega hematoma. Pri nekaterih pacientih je potreben dodaten poseg, da popravimo kakšno izboklino ali kostni rob, ki je ostal po prvi estetski operaciji. Seveda je možna tudi nova operacija, če je bila prva "neuspešna", zgrešena ali nepopolna. Moramo pa vedeti, da je vsak nov poseg vedno težji in prinaša večje tveganje kot prejšnji, s tem pa je tudi končni izid vedno bolj negotov.

ZAKLJUČEK

ORL kirurgi opravljamo funkcionalne in tudi estetske operacije na uhljih ter na nosu. Ali je smiselno ter upravičeno, da te operacije izvajajo tudi drugi kirurgi? Kdo naj sploh izvaja estetske operacije na nosu, obrazu in uhljih - plastični, maksilofacialni, ORL kirurg ali morda še kdo drug? Po mojem mnenju lahko vsak od naštetih, če ima ustrezno specifično izobrazbo in znanje tudi o funkciji teh organov, če ima izkušnje in željo, če ima ustrezno opremo in prostor, če se drži ustreznih medicinskih (in ne le materialnih) načel in če ima (dobi) dovolj časa in podpore od sodelavcev in nadrejenih. Če tega vsega nima, potem naj tovrstnih posegov ne dela, oziroma obstaja dvom, da bo delal v korist pacienta!

VIRI

- Gilbert Aiach. Open rhinoplasty and cartilage grafting – selected aspects. 2006.
- Hans Behrbohm. Aesthetic and reconstructive facial plastic surgery – selected aspects. 2007.
- Werner Heppt. Aesthetic repair of nasal defects – selected aspects. 2007.
- Paul S. White, Robin L. Blair. Open structure rhinoplasty – a manual surgical skills training. 2008.
- Stefan Maas. Complex operating techniques in facial plastic surgery and rhinosurgery – the RHINO workshop guidelines. 2012.
- http://www.koeln-hno.com/Koln_HNO_Start.html
- www.centerplast.ch

REHABILITACIJA BOLNIKA Z RAKOM GLAVE IN VRATU PO ZAKLJUČENEM ZDRAVLJENJU

asist. mag. Maja Šereg Bahar, dr. med.

Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Univerzitetni klinični center
Ljubljana

Povzetek

Rak glave in vratu je peti najpogostejši rak med moškimi v Sloveniji. Kirurško zdravljenje in zdravljenje z obsevanjem in kemoterapijo spremeni anatomske in funkcionalne razmere v zgornjem prebavnem in dihalnem traktu, povzroči motnje pri hranjenju in govoru ter v bolnikovem socialnem življenju. Pri rehabilitaciji okvarjenih funkcij sodeluje več različnih strokovnjakov, ki na podlagi preostalih bolnikovih sposobnosti najdejo ustrezne nadomestne motorične vzorce. Za bolnike po zdravljenju raka glave in vratu je izjemnega pomena tudi psihosocialna rehabilitacija.

INCIDENCA RAKA GLAVE IN VRATU

Po podatkih Registra raka za Slovenijo za leto 2010 je bil rak glave in vratu pri moških 5. najpogostejši rak in je predstavljal 6,1% vseh rakavih bolezni. V področju glave in vratu se najpogosteje pojavlja rak v ustni votlini, žrelu in grlu.

Incidenca raka ustne votline in žrela je v obdobju 2006–2010 znašala za moške 27,2/100.000 oseb, za ženske pa 5,8/100.000 oseb. V letu 2010 so na novo odkrili 96 novih primerov raka ustne votline pri moških ter 38 primerov pri ženskah, rak žrela pa se je prvič pojavil pri 173 moških in 62 ženskah. Pri 29% bolnikov z rakom ustne votline je bil rak odkrit še v zamejeni obliki, pri vseh ostalih pa je že imel regionalne zasevke. Med bolniki z rakom žrela je bila pri 10% bolezen ob ugotovitvi še lokalizirana, pri ostalih pa se je že razširila regionalno ali celo v oddaljene organe (3,4%). Zaskrbljujoče velik porast obolevnosti v primerjavi z obdobjem 2000-2004 je zaznati med ženskami.

Incidenca raka grla je v obdobju 2006-20010 znašala za moške 9,8/100.000 oseb in za ženske 1/100.000 oseb. V letu 2010 je bil na novo odkrit rak grla pri 112 bolnikih in 8 bolnicah. Pri 55% bolnikov je bil rak zamejen na mesto vznika (lokaliziran), pri ostalih pa regionalno razširjen.

ZDRAVLJENJE RAKA GLAVE IN VRATU

Zdravljenje raka ustne votline in ustnega žrela je kirurško, v zadnjem času pa vse pogostejše nekirurško - z obsevanjem in kemoterapijo. Pri tumorjih ustne votline, ki segajo na spodnjo čeljust, je potrebno pri operaciji odstraniti prizadeti del kosti. Manjkajočo kost nadomestimo s presadkom kosti z noge. Če je manjek tkiva po odstranitvi tumorja prevelik, da bi lahko operacijsko rano zaprli s preostalimi tkivi v ustni votlini oziroma ustnem žrelu, je potrebno uporabiti mikrovaskularni presadek tkiv z roke ali prsnega koša za premostitev nastalega defekta. Neoperabilni ploščatocelični karcinom ustnega žrela dokaj uspešno zdravimo s sočasnim obsevanjem in kemoterapijo.

Zdravljenje raka grla in spodnjega žrela je v začetni obliki bolezni lahko kirurško (klasično ali lasersko) ali obsevalno, pri raku glasilk so uspehi obeh načinov zdravljenja primerljivi. Pri bolj napredovalem raku je zaenkrat še vedno najuspešnejše kirurško zdravljenje, možno je zdravljenje z ohranitvijo organov – z radiokemoterapijo, vendar tudi tu funkcionalni izhod zdravljenja ni vedno dober. Brazgotinjenje in otekline namreč onemogočijo dihanje in požiranje, zato smo bolniku prisiljeni vzpostaviti pot za dihanje-traheostomo in hranjenje-gastrostomo.

Pri nekaterih bolnikih z rakom grla, ki še ni zajel celotnega grla, je za ozdravitev možna ohranitvena/delna operacija grla. Če je tumor zamejen samo na eno glasilko, zadošča odstranitev glasilke – hordektomija. Če je tumor zamejen na supraglotis, kirurg napravi supraglotisno laringektomijo, pri kateri odreže zgornji del grla do glasilk. Pri tumorju, ki zajema eno polovico grla, druga glasilka pa je normalno gibljiva, zadošča za odstranitev raka vertikalna hemilaringektomija. Pri še bolj razširjenemu raku grla pride v poštev suprakrikoidna delna laringektomija.

Pri napredovali obliki raka grla je pogosto potrebna laringektomija (odstranitev grla v celoti), pri raku spodnjega žrela pa poleg laringektomije še delna odstranitev žrela. Če predvsem pri operaciji spodnjega dela žrela nastane tako velik defekt tkiva, da zapora rane s preostalimi tkivi ni več možna ali da ni mogoče zagotoviti dovolj velike svetline žrela, je potreben presadek tkiva za zapolnitev defekta (mikrovaskularni presadek s prsnega koša ali roke, del debelega ali tankega črevesa).

Pri očitnih zasevkih v bezgavkah na vratu in tudi pri sumu na zasevke kirurg hkrati z odstranitvijo tumorja odstrani bezgavke z vratu skupaj z vsemi strukturami, kjer potekajo limfna pota. Če je zajeta jugularna vena na vratu ali mišica obračalka glave, je nujna radikalna izpraznitev vratu (»radical neck dissection« - RND). Pri večjih tumorjih in pa pri vseh, kjer je rak že napredoval v bezgavke, je potrebno še pooperativno obsevanje predela tumorja in zasevkov na vratu, ki ga včasih kombinirajo s kemoterapijo. Kemoterapija potencira učinek obsevanja, žal pa tudi potencira nezaželene spremljajoče pojave obsevanja.

POSLEDICE ZDRAVLJENJA RAKA GLAVE IN VRATU

Zaradi kirurške odstranitve malignega tumorja ustne votline nastane defekt tkiva na mestu tumorja. Od lege in obsega tumorja je odvisno, kakšne težave bo imel bolnik po zdravljenju, kakšna bo funkcionalna motnja. Če je bil tumor na jeziku, potem bosta po odstranitvi defekt mišičnega tkiva jezika in s tem spremenjena njegova položaj in gibljivost povzročala težave pri grizenju, žvečenju, požiranju in artikulaciji. Lokalizacija tumorja, obseg kirurške odstranitve ter način rekonstrukcije vplivajo na gibljivost jezika, ki je najpomembnejša za razumljivo artikulacijo in oblikovanje grgljaja. Moteča je tudi morebitna slabša gibljivost spodnje čeljusti zaradi defekta kosti. Med zdravljenjem

odstranjeni in že pred zdravljenjem manjkajoči zobje so tudi vzrok za težave pri žvečenju, požiranju in artikulaciji.

V predelu odstranjenega tkiva je spremenjena tudi senzibiliteta zaradi prekinjenih čutilnih živcev. Včasih so gibi artikulacij po operaciji spremenjeni ali niso več mogoči, ker je bil pri odstranjevanju tumorja v zdravo poškodovan motorični živec, ki oživčuje artikulacijske mišice.

Po izrezanju tumorja v ustnem žrelu nastane defekt tkiva. Defekt mehkega neba ali brazgotine, ki otežujejo gibljivost mehkega neba pri fonaciji in požiranju, povzročajo nastanek nepopolne VFZ, kar povzroča zatekanje hrane in pijače bolniku na nos ter odprto nosljanje pri govoru. Zaradi defekta tkiv in brazgotin je spremenjen resonančni prostor, kar spremenjeni bolnikovo barvo glasu.

Manjek tkiva na korenu jezika ter spremenjena senzibiliteta v tem področju povzročata motnje pri požiranju. Bolnik ne čuti pritekanja hrane in pijače proti grlu, refleksna zapora grla se zakasni ali niti ne sproži, pride do aspiracije in ponavljajočih se pljučnic.

Po hordektomiji bolnik praktično nikoli nima težav s požiranjem, zaradi novih anatomskih razmer pa se mehanizem fonacije spremeni, bolniki so lahko močno hripavi oz celo brez glasu.

Po supraglotisnilaringektomiji predstavlja največjo težavo pri požiranju aspiracija hrane in pijače. Ker je bil odstranjen velik del grla, je močno spremenjena senzibiliteta tega področja, predvsem pa manjkata dva od štirih zaščitnih mehanizmov, ki zapirata vhod v dihalno pot pri požiranju (predvsem manjkajoči poklopec in ventrikularni gubi). Fonacija poteka v glotisu, vendar je kakovost glasu pogosto nekoliko spremenjena.

Pri vertikalni hemilaringektomiji so težave pri požiranju bistveno manjše ali pa jih sploh ni. Večji problem predstavlja močno hripav glas. Zaradi spremenjenih anatomskih razmer se mehanizem fonacije in kakovost glasu precej spremeni.

Po suprakrikoidni delni laringektomiji obstaja možnost aspiracije pri požiranju, vendar je ta težava relativno redka. Potovanje grščljaja skozi žrelo je ponavadi nekoliko upočasnjeno, vendar ne predstavlja pomembne težave pri požiranju. Ker manjkata glasilki, je fonacija povsem spremenjena in bistveno slabše kakovosti.

Odstranitev celotnega grla – laringektomija

Po odstranitvi celotnega grla – laringektomiji bolnik diha na traheostomo nepripravljen zrak (pri dihanju na nos se zrak očisti, navlaži in segreje), ki draži sluznico dihal.

Vzorec kašljanja je pri bolniku po odstranitvi grla spremenjen in manj učinkovit (normalno pri kašlju globoko vdihnemo, glasilki se tesno stisneta, subglotisni tlak močno naraste, nato se glasilki hitro razmakneta, kar omogoči zraku prehod navzgor z veliko hitrostjo, kar učinkovito očisti sluz in ev. druge tujke iz dihalnih poti, ki jih tako izkašljamo).

Po laringektomiji je zmanjšana/onemogočena sposobnost vohanja (bolnik diha skozi traheostomo in ne več skozi nos) in z njo povezana tudi sposobnost okušanja. Laringektomirane osebe si ne morejo izpihati nosu, prav tako ne morejo pihati ali srkati tekočine.

Pri nekaterih bolnikih z rakom spodnjega žrela po laringektomiji predstavlja dodatno težavo pri požiranju zožitev v žrelnem kanalu, ki nastane kot posledica obsežne operacije ali močnega brazgotinjenja po njej oz po obsevanju.

Bolnikova zunanost je spremenjena, kar lahko vpliva na njegovo psihično stanje ter odnose do družine, okolice ter vključevanje v družbo (trajna traheostoma, brazgotine na vratu...).

Laringektomirana oseba je manj sposobna za telesno delo, ker ne more ustvariti zvišanega intraabdominalnega tlaka, ker zrak uhaja skozi traheostomo. Zaradi enakega mehanizma imajo bolniki težave pri defekaciji, bolnikom svetujemo, da si z roko zaprejo traheostomo, da lahko ustvarijo visok abdominalni tlak in se napnejo.

Nezmožnost glasnega govora in s tem motena komunikacija z okolico je za večino bolnikov še vedno največji problem po laringektomiji. Je tudi eden od pomembnih vzrokov za nastanek številnih drugih težav: čustvenih, psiholoških, ekonomskih in socialnih.

Obsevanje in kemoterapija

Po primarnem obsevalnem zdravljenju raka glave in vratu (s sočasno kemoterapijo ali brez nje) nastanejo spremembe na sluznici ustne votline, žrela in grla, ki zmanjšujejo čutilne sposobnosti bolnika. Zmanjša in spremeni se produkcija sline, kar povzroča težave pri žvečenju in oblikovanju gržljaja, potovanju gržljaja po žrelu, v izjemnih primerih tudi pri artikulaciji. Zaradi brazgotinjenja tkiv (na mestu tumorja in v okolici) se spremeni gibljivost in podajnost organov, ki sodelujejo pri grizenju, žvečenju, požiranju, fonaciji in artikulaciji. Zaradi upočasnenega potovanja gržljaja do požiralnika in slabe koordinacije zapore grla pride pogosto do tihe aspiracije.

REHABILITACIJA PO ZDRAVLJENJU RAKA GLAVE IN VRATU

Rehabilitacija grizenja, žvečenja in požiranja

Zaradi spremenjenih anatomskih in funkcionalnih razmer v ustni votlini in žrelu po zdravljenju raka bolniki običajnih zobnih protetičnih pripomočkov pogosto ne morejo uporabljati. Za izboljšanje žvečenja, hranjenja in artikulacije bi prišle v poštev zobne proteze, ki bi bile s pomočjo vsaj 2 implantov pričvrščene v mandibulo. Pri tem pa predstavlja poseben problem čas tega kirurškega posega na čeljusti, saj mora od konca zdravljenja z obsevanjem do posega preteči določen čas (tudi eno leto).

Logoped in dietetik bolniku svetujeta pri težavah pri hranjenju glede morebitne spremembe položaja glave in telesa (nagib glave v zdravo stran, nazaj ali naprej), pravilne umestitve gržljaja na jezik, konsistence in temperature hrane.

Logoped lahko uporabi katero drugo tehniko odpravljanja motenj požiranja. Pri tem upošteva vzrok disfagije in funkcionalne sposobnosti struktur, ki so ostale po zdravljenju na razpolago. Sodeluje z bolnikovim operaterjem, ki mu natančno razloži obseg operacije in njene posledice. S senzorično-motorično integracijo in vajami bolniku pomaga krepiti mišice, ki sodelujejo pri požiranju: mišice ustnic, jezika, mehkega neba, grla (adduktorje glasilk). Različni požiralni manevri so namenjeni krepitvi delujočih struktur, ki sodelujejo pri požiranju, ter iskanju nadomestnih manevrov (supraglotisno požiranje, super-supraglotisno požiranje, naporno požiranje, Mendelsohnov manever, Masako manever). Ponekod so na razpolago tudi aparature za trening požiranja (površinske EMG elektrode, električna transkutana stimulacija na vratu). Z opazovanjem požiranja (analiza požiranja)

pod endoskopsko kontrolo (z nazolaringoskopom) lahko pri bolniku ugotovimo, kje je pri njem mesto težav pri požiranju in mu na podlagi tega svetujemo določene manevre za lažje požiranje.

Govorna in glasovna rehabilitacija

Pri artikulaciji si mora bolnik pridobiti nov motorični vzorec, ki bo prilagojen novim anatomskim razmeram. Pri tem mu pomaga logoped, ki skupaj z bolnikom najde kompenzatorne vzorce artikulacije s tkivi, ki so še na razpolago in upošteva gibe, ki jih bolnik še zmore.

Po hordektomiji zaradi izrezane glasilke ostaja široka špranja v glotisnem predelu in povzroča šepetajoč glas. Bolnik običajno oblikuje glas z delujočo glasilko in nasprotno ventrikularno gubo ali na nivoju ventrikularnih gub, lahko pa za fonacijo uporabi tudi poklopec in ariepiglotisno gubo. Z vbrizganjem lastne maščobe v glasilko, brazgotino ali ventrikularno gubo skušamo premostiti vrzel v glotisnem predelu.

Po supraglotisni laringektomiji je fonacija še vedno možna. Ker pa so spremenjene anatomske razmere nad grlom, se pogosto vsaj nekoliko spremeni tudi motorični vzorec fonacije. Posebej izurjen logoped bo bolniku pomagal poiskati ustrezen nadomestni način fonacije ter odpraviti prevelike napetosti fonatornih mišic ob tem.

Po vertikalni hemilaringektomiji bolnik nima več polovice grla, ostane pa mu gibljiva ena glasilka. Skupaj z logopedovo pomočjo poskuša v novih razmerah tvoriti glas – ponavadi z delujočo glasilko in na novo ustvarjeno stransko steno na mestu odstranjenega dela grla. Tak glas je ponavadi hripav, bolnik se pri govorjenju bolj napenja.

Zelo hripav je tudi glas po suprakrikoidni delni laringektomiji, zato je potrebna logopedska pomoč za zmanjšanje glasovne utrudljivosti ter izboljšanje kakovosti glasu.

Glasovna rehabilitacija po laringektomiji

Po odstranitvi celotnega grla bolnik nima več organa, kjer nastaja glas. Pri govorni rehabilitaciji logoped z bolnikom poišče nov vir glasu, ki ga bo bolnik uporabljal za govor oz nadomestno komunikacijo. To je lahko ezofagealni oziroma traheoezofagealni glas ali pa elektronsko umetno grlo.

Ezofagealni govor (EG):

je kljub določenim omejitvam še vedno najboljši način glasnega sporazumevanja po laringektomiji. Vlogo skladišča zraka namesto pljuč prevzame zgornji del požiralnika. Bolnik vtisne zrak z jezikom v to skladišče, nato ga iztisne nazaj in pri prehodu skozi faringo-ezofagealni segment nastane glas, ki ga bolnik z artikulacijskimi organi oblikuje v govor. Kakovost EG je odvisna od učinkovitosti zajemanja zraka, kakovosti vibratornega segmenta na prehodu žrela v požiralnik ter natančnosti artikulacije. Ker je pri EG dihanjepovsem ločeno od fonacije in artikulacije, je novi motorični vzorec težak in se še posebej ob psihični napetosti lahko poruši.

Dejavniki, ki vplivajo na uspešnost učenja EG so: starost, spol, izobrazba, velikost tumorja in tip operacije, postoperativno obsevanje, število govornih vaj, motivacija, psihično stanje in stanje sluha. Bolje obvladajo EG bolniki, ki niso bili obsevani, tisti, ki dobro slišijo, mlajši bolniki in bolniki, pri katerih je od operacije minilo dlje časa.

Traheoezofagealni govor (TEG):

je možen po vstavitvi govorne proteze v fistulo med zadnjo steno sapnika in sprednjo steno požiralnika. Ta enosmerna zaklopka omogoča prehod zraka iz sapnika v požiralnik ob zaprti traheostomi, onemogoča pa zatekanje hrane in pijače iz požiralnika v sapnik. Skozi govorno protezo zrak prihaja iz pljuč v zgornji del požiralnika, glas pa nastaja na enakem mestu kot pri EG. Vstavev proteze je možna takoj ob laringektomiji (primarna vstavitev) ali pa kasneje (sekundarna vstavitev). Ta tehnika omogoča hitro pridobitev govora pri večini bolnikov, saj so skladišče zraka za nastanek glasu pljuča in bolnik govori v izdihu - kot pred laringektomijo. Slabosti govorne proteze so, da je možna aspiracija hrane in pijače, če zaklopka v protezi slabo deluje ali če je proteza premajhna glede na velikost fistule. Možna je tudi aspiracija izpadle proteze. V svetu velja vstavitev govorne proteze za najboljši način govorne rehabilitacije po laringektomiji, čeprav vsi bolniki niso primerni zanj. Govor s pomočjo proteze je glasnejši in bolj tekoč od EG. Bolniki z obsežnejšimi operacijami imajo pogostejše vstavljeno traheo-ezofagealno protezo - TEP.

Umetno grlo (elektrolarinks) (UG):

je elektronska naprava, ki porablja električni tok za nastanek nihanja na opni na glavi aparata. Bolnik glavo aparata prisloni na kožo na vratu ali ustnem dnu ali licu. Vibrator zaniha zrak v žrelu oz. v ustni votlini, bolnik pa ga z artikulacijskimi organi oblikuje v govor. Obstaja tudi možnost prenosa nihanja v ustno votlino po posebni cevki. Tudi pri učenju govora z UG so potrebne vaje pod vodstvom ustreznega strokovnjaka. Nekateri zagovarjajo zgodnje predpisovanje aparata za premostitev časa, ko se bolnik šele uči EG. Slabost UG je, da proizvaja hrupen elektronski kovinski glas, ki pritegne pozornost okolice. Govorni aparat pogostejše uporabljajo starejši bolniki.

V Sloveniji poskušamo vsakega laringektomiranega bolnika naučiti EG. Z govornimi vajami prične bolnik še v bolnišnici, kasneje lahko obiskuje govorne vaje ambulantno. Na Kliniki za ORL in CFK v Ljubljani se odločamo za sekundarno vstavitev govorne proteze pri izbranih bolnikih, ki se EG niso uspeli naučiti. UG predpišemo bolnikom, ki ne obvladajo EG in ki bi želeli uporabljati tak način nadomestnega govora po laringektomiji. V letu 2009 smo v raziskavo o načinu govornega sporazumevanja po laringektomiji zajeli 250 bolnikov. 52,8% bolnikov se je sporazumevalo z EG, 18,4% s TEG, 14,2% z UG, 18,5% pa s psevdošepetom ali pisanjem.

PSIHOSOCIALNA REHABILITACIJA

Skupina za samopomoč

V rehabilitacijski tim bolnikov po operaciji raka glave in vratu je vključen tudi klinični psiholog, ki sodeluje že pri pripravi bolnika z rakom glave in vratu na zdravljenje, v času zdravljenja in po njem pa nudi strokovno pomoč bolniku in njegovi družini.

Na Kliniki za ORL in CFK potekajo srečanja Skupine za samopomoč za bolnike po odstranitvi grla in njihove svojce. Srečanja vodi specialistka klinične psihologije (prof. Petra Bavčar), v skupini sodeluje logopedinja, občasno se glede na obravnavano tematiko pridruži zdravnik otorinolaringolog. Skupina

za bolnike po odstranitvi grla je podporna skupina, polodprtega tipa in poteka po principih vedenjsko kognitivne terapije.

Močna podpora v smislu psihološkega in socialnega suporta je potrebna ves čas zdravljenja in tudi po zdravljenju. Psihosocialni suport v prvi vrsti potrebujejo bolniki; pri čemer ne smemo pozabiti na njihove družine, ki so ob takšni preizkušnji prav tako potrebne svetovanja in podpore. Zaradi omenjenega je skupina namenjena bolnikom in njihovim svojcem in je dobra priložnost za pretok informacij med njimi. Za nekatere bolnike je prisotnost na skupini pogojena z željo po informacijah, kar predstavlja enega od pomembnejših ciljev. Poleg omenjenega cilja je cilj skupine usmerjen v proces prilagoditve po tako veliki izgubi in v čim boljšo reorganizacijo življenja. Skupina je za nekatere tudi idealen poslušalec različnih skrbi, problemov in pritožb ter uspehov ali napredka.

Društvo laringektomiranih Slovenije (DLS)

Društvo laringektomiranih Slovenije (DLS) je društvo, ki deluje na celotnem področju Slovenije. Je invalidska organizacije, ki deluje v javnem interesu na področju zdravstvenega in socialnega varstva in je član tako Nacionalnega sveta invalidskih organizacij Slovenije kot tudi evropske konfederacije laringektomiranih C.E.L. (Confederation Europeene des Laryngectomises). Društvo združuje laringektomirane člane kot tudi druge bolnike, katerih operativni posegi v žrelu, grlu ali ustni votlini so imeli za posledico kakršno koli stopnjo telesne okvare. V DLS je včlanjena večina laringektomiranih bolnikov. DLS s pomočjo ustreznih strokovnjakov organizira dvakrat letno enotedenski tečaj učenja EG ali drugega nadomestnega govora, enkrat letno tečaj psihosocialne rehabilitacije, organizira programe za izboljšanje zdravstvenega stanja članov ter redno usposabljanje svojih poverjenikov, ki na terenu obiskujejo člane društva. Mrežo prostovoljcev sestavljajo dobro rehabilitirani člani, ki izpolnjujejo posebne pogoje zanje in so opravili ustrezen izobraževalni tečaj. Naloga poverjenika - prostovoljca je: obiskovanje članov, razgovor z njimi in svojci, spodbujanje, svetovanje v okviru pristojnosti, seznanjanje člana z delovanjem društva ter navezovanje stikov z laringektomiranimi, ki še niso vključeni v društvo in njihovo osveščanje.

Člani društva lahko obiščejo bolnike pred operacijo in pomagajo pri psihosocialni pripravi bolnika na operacijo in velike spremembe, ki ji sledijo. Z namenom, da bi bolniku predstavili posledice posega in mu nakazali način življenja po končani rehabilitaciji ter olajšali odločitev za največkrat nujno operacijo v soglasju z zdravstvenim osebjem klinike prostovoljci DLS opravijo razgovore z bolnikom in po potrebi tudi z njegovimi najbližjimi svojci. Takšne razgovore opravljajo za to posebej določeni prostovoljci, vsestransko dobro rehabilitirani člani DLS. Da bi prizadete bolnike opogumili in jim vlili novega upanja, jim skušajo na krajših srečanjih predstaviti vlogo društva DLS, njegove programe, način delovanja ter organiziranja in nagovoriti laringektomiranega in njegove svojce, da se pričnejo aktivno vključevati v dejavnosti društva.

S pomočjo DLS se bolniki lažje ponovno vključijo v družabno življenje.

OSKRBA STALNE TRAHEOSTOME V DOMAČEM OKOLJU

Medicinske sestre bolnike po laringektomiji pred odpustom iz bolnišnice poučijo o negi traheostome in menjavi kanile.

Posebno skrb mora laringektomirani doma posvetiti oskrbi stalne dihalne odprtine na vratu, ki mu vzame veliko časa. S pravilno nego traheostome in kože okoli nje ter pravilnim čiščenjem trahealne kanile v domačem okolju se preprečujejo pozni zapleti po traheotomiji:

- vnetje kože okoli traheostome,
- razjede na sluznici sapnika,
- zasušena sluz na steni sapnika,
- vnetje sluznice sapnika, sapnic in pljučnica.

Kako pogosto se menja trahealna kanila

Trahealna kanila mora biti čista in prehodna. Priporočljivo je, da jo laringektomirani menja doma vsak dan. Nujno pa je, da jo menja vsaj trikrat na teden. Najprimerneje je, da opravi menjavo zjutraj, ker se prek noči nabere največ sluzi. Pred menjavo inhalira toplo, vlažno paro, da se še pred menjavo kanile lahko tudi dobro izkašlja.

Postopek menjave trahealne kanile mora biti čist, zato si mora pred menjavo roke namiliti z milom in sprati pod tekočo vodo.

Pripomočki za menjavo trahealne kanile

Laringektomirani mora biti pozoren, da ima vedno na zalogi vse pripomočke vsaj za en teden. Za menjavo trahealne kanile pripravi pripomočke na čisti površini, lahko je oprana in prelikana brisača, rjuha:

- razkuženo trahealno kanilo, ki jo opremi s trakom za pritrditev,
- primerno vpojno podlogo za nego traheostome,
- tampone in zložence za čiščenje okolice traheostome,
- tekočino za čiščenje: primerna je prekuhana voda, ki ji na en liter doda dve žlički kuhinjske soli, tekočino obdrži v posodi, v kateri jo je prekuhal,
- mazilo za nego okolice traheostome: lahko ribje mazilo, 15 % olivno olje v borogalu, ognjičevo mazilo,
- robčke za enkratno uporabo,
- samostoječe ogledalo,
- posodo za umazano trahealno kanilo in vrečko za porabljen material.

Mejava trahealne kanile

Menjavo trahealne kanile v domačem okolju laringektomirani najlažje opravi sede in po naslednjih korakih:

- pred menjavo čim bolj temeljito izkašlja sluz iz dihalnih poti,
- odstrani si kanilo in jo odloži v pripravljeno posodo,
- okolico dihalne odprtine dobro očisti s tamponi, namočenimi s slano, prekuhana vodo, čisti od traheostome navzven,

- okolico traheostome dobro osuši in jo tanko namaže z nevtralnimi mazilom,
- podlogo za nego trahealne odprtine namesti na kanilo in navlaži konico kanile s slano prekuhano vodo, da lažje zdrsne v sapnik,
- globoko vdihne in hkrati potisne kanilo skozi traheostomo v sapnik; to najlažje opravi, če se vidi v samostoječem ogledalu,
- trahealno kanilo si pritrdi s trakom okoli vratu, pod okrog vratu pritrjenim trakom mora biti še za prst prostora do kože na vratu,
- porabljen material odloži v vrečko in primerno zavrže.

Čiščenje in razkuževanje trahealne kanile

Po uporabi laringektomirani mehansko očisti trahealno kanilo s čistilno krtačo pod tekočo vodo. Čistilno krtačo mora po vsaki uporabi temeljito oprati in jo osušiti.

Očiščeno trahealno kanilo razkuži s čistilnim kompletom, ki ga sestavljata dve plastični posodi s pokrovom: v eni sta razkužilo za razkuževanje in merilna žlička, v drugi pa sitasti vložek. Trahealno kanilo položi na sitasti vložek, ki ga vsebuje čistilni komplet ter napolni posodo z mlačno vodo do oznake. V vodi raztopi merilno žličko razkužila in potopi sitasti vložek z dihalno cevko v čistilno raztopino. Razkužuje 10 do največ 15 minut oziroma po navodilih proizvajalca čistilnega kompleta. Nato povleče sitasti vložek iz čistilne raztopine, kanilo pa temeljito spere pod tekočo vodo, ne da bi jo prijel, na koncu pa jo spere s prekuhano vodo. Raztopino zavrže in kanilo na sitastem vložku spravi v posodo. Ko se posuši, jo pokrije, tako je pripravljena za naslednjo menjavo.

Zakrivanje traheostome

Zaščita traheostome na vratu je po kirurški odstranitvi grla nujna. Paziti je potrebno, da v dihalno pot ne zaide tujek: mrčes, trdi delci, prah, ostružki ... S primerno izbranim ščitnikom (ovratno rutico, šalom, majico z ovratnikom, pulijem) se laringektomirani izogne mučnim situacijam, ko bi z nenadnim kašljem onesnažil s sluzjo iz sapnika sebe in okolico. Tako urejen in zaščiten se lažje vključi v družbo in je bolj samozavesten.

Tuširanje in umivanje las

Med tuširanjem ali umivanjem las mora laringektomirana oseba paziti, da ne pride voda v traheostomo. Za zaščito naj uporablja ščitnik za tuširanje, ki je izdelan iz naravnega kavčuka. Zaveže si ga okoli vratu in zapne z gumbom. Pri tem mora gumijasti ščitnik položiti preko traheostome. Odprtine za zrak, ki so ojačane s kovinskimi zakovicami, so nameščene na spodnji strani gumijastega ščitnika. Skozi te odprtine lahko prehaja zrak. Vedno, kadar si namesti zaščito za tuširanje, se mora prepričati, da so odprtine za zrak pod traheostomo. Tako med tuširanjem voda ne more proreti od zgoraj. Med uporabo mora laringektomirani biti pozoren, saj popolna zaščita ni možna. Vodnega curka ne sme nikoli usmeriti neposredno na vrat in traheostomo. Po uporabi naj očisti ščitnik za tuširanje z milom in vodo ter ga osuši s čisto krpo.

Oskrba laringektomirane osebe z medicinsko tehničnimi pripomočki

Medicinske sestre laringektomiranega in njegove svojce poučijo o možnostih nabave pripomočkov za oskrbo traheostome, menjavo in čiščenje trahealne kanile. Pripomočkov je veliko na tržišču in v različni cenovnih razredih. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) prizna pacientom s traheostomo iz pravic obveznega zavarovanja naslednje specifične pripomočke:

- osebni inhalator,
- aspirator (predpiše ga osebni zdravnik, pacient ga dobi na izposojlo),
- aspiracijske katetre,
- trahealno kanilo,
- trak za pritrditev trahealne kanile,
- kožno podlogo za zaščito ob trahealni kanili,
- zaščitne rutke za traheostomo,
- ščitnik za traheostomo pri tuširanju,
- filter (nos) za na trahealno kanilo,
- filter za lepljenje na kožo pri traheostomi (t.i. Tracheofix).

Vse pripomočke lahko predpiše osebni zdravnik, razen osebnega inhalatorja, ki ga mora predpisati specialist. ZZZS velikokrat spreminja te pravice. Prav tako predpisuje tudi cenovne standarde in standarde trajanja posameznega pripomočka. Ti standardi pa velikokrat ne zadostujejo dejanskim potrebam pacienta s traheostomo.

So pa pripomočki, ki jih laringektomirani nujno potrebuje za oskrbo traheostome in menjavo in čiščenje trahealne kanile in si jih mora kupiti sam, kot so: komplet za razkuževanje trahealnih kanil, krtačke za mehansko čiščenje trahealnih kanil.

Nekaj praktičnih nasvetov za laringektomirane

Laringektomirani naj sam neguje traheostomo, menja in čisti trahealno kanilo, če je le mogoče.

Ob težavah, ki se pojavijo po odpustu iz bolnišnice pri oskrbi stalne traheostome lahko svojci pokličejo katerokoli uro na oddelek, kjer se je laringektomirani zdravil, saj so medicinske sestre vedno na oddelku.

Ob morebitnih zdravstvenih težavah naj obiše osebne zdravnika. Redno naj hodi na kontrole k svojemu kirurgu.

Opusti naj rizične razvade (kajenje, prekomerno uživanje alkohola), ki so pripomogle k razvoju bolezni.

Potrudi naj se pri učenju nadomestnega govora in izkoristi pomoč strokovnjakov, ki so na voljo in lahko pomagajo prebroditi težave.

Uživa naj zdravo hrano in popije dovolj tekočin (vode, čaja).

Laringektomirani naj skrbi za redno telesno aktivnost. Dela naj fizično toliko, kolikor je sposoben, po možnostih toliko kot pred operacijo. Naj bo čim bolj aktiven v vsakdanjem življenju. Če je možno, naj si najde delo ali hobi, v katerem bo užival.

V člani naj se v Društvo laringektomiranih Slovenije in bo spoznal, da je tudi po laringektomiji možno živeti kvalitetno, zanimivo in zadovoljno.

ZAKLJUČEK

V rehabilitacijo bolnikov z rakom glave in vratu je vključena skupina strokovnjakov: od otorinolaringologa, foniatra, radioterapevta, do logopeda, psihologa, medicinske sestre in stomatologa ter članov društva laringektomiranih, ki s skupnim dogovarjanjem poskušajo najti najboljši način rehabilitacije okvarjenih funkcij (glas, govor, požiranje, psihosocialna rehabilitacija) za vsakega bolnika posebej.

VIRI

- Rak v Sloveniji 2010. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2013.
- Hočevar Boltežar I. Rehabilitacija bolnikov z rakom glave in vratu. Rehabilitacija 2008; VII (Suppl.2): 73-77.
- Žargi M. Multimodal treatment of regional metastases in head and neck cancer. In: Žargi M (ed). Proceedings of the 11th Danube Symposium 2006, International Otorhinolaryngological Congress, Bled, 2006. Bologna, Italy: Medimond International Proceedings, 2006:21-6.
- Šmid A, Budihna M, Zakotnik B, Šoba E, Strojan P, Fajdiga I, et al. Postoperative concomitant irradiation and chemotherapy with mitomycin C and bleomycin for advanced head-and-neck carcinoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2003;56:1055-62.
- Sun J, Weng Y, Li J, Wang G, Zhang Z. Analysis of determinants on speech function after glossectomy. J Oral Maxillofac Surg 2007;65:1944-50.
- Hahn TR, Krüskemper G, Enkling N, Kübler NR. On quality of life after surgical therapy of oral cancer – a retrospective multi-center study: the connection between dedentition, denture, quality of life, and dysphagia, and the resulting rehabilitation schemes. Mund Fieber Gesichtschir 2007;11:27-32.
- Nguyen NP, Frank C, Moltz CC, Vos P, Smith HJ, Bhamidipati PV et al. Aspiration rate following chemoradiation for head and neck cancer: an underreported occurrence. Radiother Oncol 2006;80:302-6.
- Malik T, Bruce I, Cherry J. Surgical complications of tracheo-oesophageal puncture and speech valves. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2007;15:117-22.
- Šereg Bahar M, Hočevar Boltežar I, Jarc A, Miklavčič T, Soklič T, Aničin A, et al. Dejavniki, ki vplivajo na učenje ezofagealnega govora. Med Razgl 2004;43:S 3:249-52.

- <http://www.dls-slo.si/portal/>
- Hartman J. Zdravstvena nega pacienta po kirurški odstranitvi grla. Diplomsko delo. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2004.

SKRB ZA BOLNIKA Z RAKOM GLAVE IN VRATU PO ZAKLJUČENEM ZDRAVLJENJU

Robert Šifrer, dr.med.

Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Univerzitetni klinični center
Ljubljana

Povzetek

Značilnosti bolnikov z rakom glave in vratu sta komorbidnost in psihosocialna izoliranost, zato je njihova obravnava po zaključenem zdravljenju kompleksna. Cilji spremljanja bolnikov so v prvi vrsti lokalna in regionalna kontrola bolezni, ugotavljanje morebitnih oddaljenih zasevkov, hitra ugotovitev novih primarnih tumorjev in lajšanje spremljajočih težav. Najpomembnejše za spremljanje bolnikov je načrtovanje rednih kontrolnih kliničnih pregledov, slikovnih preiskav in možnost izrednih kontrolnih pregledov v primeru težav, ki nakazujejo možnost ponovitve bolezni. Pri tem ima družinski zdravnik pomembno vlogo.

KOMORBIDNOST BOLNIKOV Z RAKOM GLAVE IN VRATU

Čezmerno uživanje alkoholnih pijač in tobačnih izdelkov, še posebej v kombinaciji, sta glavna povzročitelja raka glave in vratu (RGV). Bolniki so v veliki meri hudi pivci in kadilci. Večinoma gre za moške, stare okrog 50-60 let in več. Že zaradi same starosti, narave RGV, dodatno pa še zaradi omenjene zlorabe alkohola in tobaka gre za populacijo, nagnjeno h komorbidnosti, kar zaplete tako terapijo kot rehabilitacijo. Tako imajo ti bolniki poleg RGV še dodatne bolezni in težave. Prizadeti so lahko različni organski sistemi:

- obtočila (arterijska hipertenzija, motnje srčnega ritma, kardiomiopatija),
- dihalna (kronična obstruktivna pljučna bolezen, pogosti infekti),
- centralni živčni sistem (epilepsija, Wernicke-Korsakoff sindrom, polinevropatija),
- hemopoetski sistem (makrocitoza, trombocitopenija, levkopenija),
- prebavila (alkoholna jetrna ciroza, gastritis, pankreatitis, motnje hemostaze),
- gibala (miopatija, osteoporoza, osteomalacija),
- metabolizem (hiperlipidemija, hipoglikemija, debelost).

ZDRAVLJENJE BOLNIKOV Z RAKOM GLAVE IN VRATU

Bolnike z RGV zdravimo z operacijo, z obsevanjem, s kemoterapijo in z biološkimi zdravili. V začetnih fazah bolezni, ko je RGV dobro zamejen, se ponavadi odločamo za operacijo ali obsevanje, za napredovale RGV pa za kombinacijo naštetih možnosti. Vsaka od navedenih modalnosti ima stranske učinke in pusti posledice na organizmu.

POSLEDICE ZDRAVLJENJA RAKA GLAVE IN VRATU

Težave bolnikov po zaključenem zdravljenju RGV (ZZ) so večplastne. Bolniki se spopadajo ne samo z boleznimi, ki so jih imeli že od prej, ampak tudi s posledicami kirurškega zdravljenja (disfagija, aspiracija, disfonija, afonija, bolečina, slabša gibljivost ramenskega obroča, slabo zaceljena kirurška rana, faringokutana fistula, brazgotina, fibroza) in s posledicami obsevalnega zdravljenja (radiodermatitis, radiomukozitis, suha usta, fibroza, slabše okušanje, karies, slabši apetit, disfagija, hujšanje, glivična okužba, hripavost, hipotireoza, osteomielitis, slepota, osteoradionekroza, hondroradionekroza). Posebnost nekaterih bolnikov po zdravljenju RGV je traheostoma – začasna ali trajna. Nekateri bolniki zaradi predhodne zlorabe alkohola in tobaka, posledične osebnostne spremembe, anatomskih sprememb na glavi in vratu po operaciji in traheostome zapadejo v psihosocialno osamo.

SPREMLJANJE BOLNIKA Z RAKOM GLAVE IN VRATU

Cilji spremljanja

Najpomembnejši cilj spremljanja bolnikov po ZZ je kontrola malignoma. Bolniki so namreč nagnjeni k loko-regionalnim ponovitvam bolezni in k pojavu novih primarnih tumorjev v ORL in izven ORL področja. Z rednimi kontrolnimi pregledi jih poskušamo ugotoviti čim prej, ko so možnosti za kurativno zdravljenje boljše. Podobno velja za oddaljene metastaze, čemur nekateri avtorji nasprotujejo, saj oddaljene metastaze večinoma pomenijo neozdravljivo bolezen in korist za bolnika tako razen paliacije ni prav velika. Bolnikom poskušamo lajšati bolečine, stranske učinke zdravljenja in funkcionalne pomanjkljivosti ter ga spodbujamo h govorni rehabilitaciji, k pravilni prehrani in mu svetujemo pri psihosocialni osami.

Parametri spremljanja

V okviru kontrole malignoma so po ZZ pri kliničnem pregledu pomembne tako spremembe na sluznici kot pod njo. Za razliko od RGV pred zdravljenjem, kjer so klinične značilnosti malignoma evidentna eksofitična, ulcerozna ali infiltrativna rašča, se RGV pri predhodno obsevanemu bolniku lahko kaže le kot oteklina in zatrdlina pod povsem gladko, rahlo oteklo, nesumljivo sluznico. Dodatno gre za palpatorno občutljivost in ranljivost omenjenih sprememb, zato le-te v ustni votlini in žrelu ne samo opazujemo, ampak tudi palpiramo. Podobno velja za otekline in zatrdline na vratu, ki nakazujejo možnost regionalnega recidiva oziroma metastaz, kar je na predhodno operiranemu in obsevanemu vratu zaradi izrazite fibroze težje ugotoviti in opredeliti. Zanima nas ocena požiranja, govorjenja in dihanja. Izredno nevarni znaki so pojav nove ali povečanje stare bolečine, razvoj disfunkcije možganskih živcev in nepojasnjena izguba telesne teže.

Ob vstopu v ambulantno bolnika najprej stehtamo. Po anamnezi sledi običajni otorinolaringološki pregled, ki ga po presoji nadgradimo z endoskopijo nosu in epifarinksa, s telelaringoskopijo ustne votline, oro- in hipofarinksa ter grla in s transnazalno fiberoptično laringoskopijo grla, oro- in hipofarinksa. Sluznico zgornjih dihal in prebavil še boljše ocenimo z endoskopijo z ozko-spektralno osvetlitvijo (angl. Narrow-Band Imaging), s katero prikažemo za malignom značilne žilne spremembe, ki jih z običajno (belo) svetlobo sicer ne bi videli.

Od slikovnih preiskav rutinsko izvajamo ultrazvok (UZ) vratu in trebuha, s katerim iščemo regionalne metastaze na vratu in oddaljene v trebuhu, ter rentgensko slikanje prsnih organov (RTG pc), s katerim iščemo metastaze in nove primarne tumorje v pljučih. UZ preiskavo vratu ob sumu na metastazo nadgradimo z UZ vodeno aspiracijsko biopsijo, aspirat pa citološko analiziramo. Za opredelitev disfagije je primeren RTG žrela in požiralnika. Za oceno področij, ki so težje dostopna kliničnemu pregledu (npr. paranazalni sinusi, lobanjska baza), uporabimo CT in MRI. Za oceno reziduumov po radio- ali radio-kemoterapiji in za ugotovitev oddaljenih metastaz je še posebej primerna preiskava PET-CT, vendar pa pride v poštev šele 3 mesece po ZZ, sicer so rezultati lahko lažno pozitivni.

Včasih v okviru zdravljenja napredovalega karcinoma grla odstranimo del ali celotno ščitnico. Hipotiroza je v takih primerih neizogibna. Hkrati je to pogost zaplet po obsevanju RGV. Zato je potrebno spremljati raven TSH in urejati nadomestno hormonsko terapijo.

Kdo spremlja bolnike po ZZ?

Med Kliniko za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo (ORL), kjer bolnike z RGV zdravimo kirurško, in Onkološkim inštitutom (OI), kjer jih zdravijo z obsevanjem, kemoterapijo in biološkimi zdravili, obstaja dogovor o spremljanju bolnikov po ZZ. Če je bil bolnik zaradi RGV zdravljen z radio- ali kemoterapijo, ga spremlja radioterapevt na OI, če pa je bil poleg tega še operiran, pa operater v kancerološki ambulanti na ORL.

Način spremljanja bolnikov po ZZ

Obstaja več shem, ki določajo pogostnost obiskov bolnika po ZZ. Do zdaj še niso dokazali, da bi imela katerakoli izmed njih prednost pred ostalimi. Značilno za vse je, da so obiski v kontrolni ambulanti v zgodnjih obdobjih po ZZ pogosti, z naraščanjem časovnega odmika pa so obiski vse redkejši. Tako bolnike v prvem letu po ZZ spremljamo na en mesec, v drugem na dva, v tretjem na tri, v četrtem na štiri, v petem letu na pol leta, po petem letu pa na 1 leto. *Zapomnimo si! Pomembno je, da bolnika poučimo o simptomih in znakih, ki govorijo za ponovitev RGV. V takih primerih mora bolnik priti k operaterju na ORL ali k radioterapevtu na OI pred datumom rednega kontrolnega pregleda.*

KAKŠNO VLOGO IMA DRUŽINSKI ZDRAVNIK PRI SPREMLJANJU BOLNIKOV PO ZAKLJUČEN ZDRAVLJENJU RAKA GLAVE IN VRATU?

Naloga družinskega zdravnika ni spremljanje bolnika po zgoraj omenjeni shemi. To je domena operaterja oziroma radioterapevta. V administraciji ORL obstaja natančen nadzor naročenih rednih kontrolnih pregledov in njihovih izvedb. Če se bolnik na predvideni dan ne zgleda na ORL in tega ne pojasni, mu izdamo nov datum in ga pisno vabimo.

Najpomembnejša vloga družinskega zdravnika je, da ob sumu na ponovitev ali pojav novega malignoma bolnika pregleda čim prej oziroma v nekaj dneh, nakar ga po presoji usmeri (glede na zgoraj navedeni dogovor) na ORL ali na OI k zdravniku, ki je predhodno vodil zdravljenje RGV.

Smiselno je, da bolnik pride na predčasni kontrolni pregled k operaterju ali radioterapevtu v roku enega tedna – glede na razpored ambulantnega dela operaterjev in radioterapevtov na ORL oziroma OI. Stopnja nujnosti na napotnici naj bo »2. hitro« s prošnjo za čimprejšnji (v enem tednu) pregled pri dotičnem operaterju z ustreznim pojasnilom na napotnici. Zaradi lažje obravnave in krajšega čakanja je smiselno, da bolnik, bolnikovi svojci ali družinski zdravnik pred samo napotitvijo pridejo telefonsko v stik z operaterjem.

Če je bolnik prizadet (hude bolečine, nezmožnost požiranja, oslabelost) oziroma celo življenjsko ogrožen (krvavitev, dispnea, dehidracija), je indiciran pregled v urgentni ambulanti ORL ali v triažni ambulanti OI takoj – stopnja nujnosti »1. nujno«. Bolnika bo (v primeru napotitve na ORL) pregledal eden od otorinolaringologov, ki po subspecialnosti ni nujno operater za RGV, zato naj bo stopnja napotitve »1. nujno« zares samo v nujnih stanjih.

Slikovne preiskave praviloma indiciramo in vodimo operaterji in radioterapevti. Če družinski zdravnik posumi na ponovitev ali pojav novega tumorja in napoti bolnika pod »stopnjo nujnosti 2« k operaterju (v roku enega tedna) je prav, da bolnika napoti z enako stopnjo nujnosti tudi na osnovne laboratorijske in slikovne preiskave - UZ vratu in RTG pc. Na ta način bo bolnika bolje pripravil, zato bo nadaljnja obravnava v kancerološki ambulanti hitrejša. Za bolnike, pri katerih je minilo pet ali več let od ZZ, prosimo za izvedbo potrebnih slikovnih preiskav družinskega zdravnika. Če bi jim namreč sami izdali napotnice in bi preiskavo opravili v nekaj mesecih, bi na kontrolni pregled prišli po enem letu s starimi izvidi, zato preiskava izgubi smisel.

Družinski zdravnik spremlja raven TSH na pol leta in prilagaja nadomestno hormonsko terapijo. Ko bolnika po laringektomiji (LE) usmeri na prvi kontrolni pregled po ZZ k operaterju, izda še napotnico za kliničnega logopeda na Kliniki za ORL, ki bo vodil govorno rehabilitacijo.

POSEBNOSTI BOLNIKOV OB ODPUSTU S KLINIKE ZA ORL IN CFK

Traheostoma

S kirurškega aspekta je traheostoma lahko trajna ali začasna. Trajno imajo bolniki po LE, začasno pa bolniki po operacijah, pri katerih ohranimo celotno grlo ali vsaj njegov del. Kasneje lahko začasno traheostomo zapremo.

Ob odpustu bolniki s trajno traheostomo prejmejo naročilnice za naslednje tehnične pripomočke:

- silikonsko trahealno kanilo (Bivona) za tri mesece; kanilo, ki jo je uporabljal na ORL, obdrži – tako ima bolnik v domači oskrbi dve kanili,
- devetdeset podlog za zaščito kože ob traheostomi,
- štiri trakove za fiksacijo kanile okrog vratu,
- pet zaščitnih rutic za prekritje traheostome,
- devetdeset kosov zaščitne pene Tracheofix,
- inhalator.

Bolniki z začasno traheostomo prejmejo razen inhalatorja enako kot zgoraj navedeno, le namesto ene silikonske Bivona kanile prejmejo drug tip kanile, npr. dolga Bivona kanila, Shiley kanila ali Biesalski kanila in sicer tri kanile za tri mesece. Te so nekoliko daljše, ožje in neupogljive. Prednost teh kanil je, da si jih bolniki po naključnem izpadu iz traheostome sami vstavijo nazaj in preprečijo eventuelno dihalno stisko ob zapori začasne traheostome. Z mehko upogljivo kanilo to ni možno. Izpad kanile iz trajne traheostome ni nevaren, saj se le-ta ne morejo skrčiti oziroma zapreti.

Družinski zdravnik ima po treh mesecih bolnikove uporabe zgoraj naštetih pripomočkov pooblastila za ponovno predpisovanje. Inhalator je izvzet - predpisujemo ga lahko le otorinolaringologi in pulmologi.

Trahealno kanilo je smiselno menjati enkrat tedensko. Bolniki s stalno traheostomo to izvajajo sami, bolnikom z začasno pa kanilo zamenja družinski zdravnik. Če ima kanila še notranji del, ga lahko bolnik samostojno odstranjuje in čisti večkrat dnevno glede na potrebe.

Govorna proteza

Bolniki po LE, ki se ne naučijo ezofagealnega govora, dobijo govorno protezo (GP). Napravimo traheoezofagealno fistulo in vanjo vstavimo GP, ki je pravzaprav enosmerni ventil. Povezuje sapnik in začetni del požiralnika in omogoča prehajanje izdihanega zraka iz sapnika preko GP v požiralnik, faringoezofagealni kanal, kjer nastaja glas, nato pa ta prehaja v ustno in nosno votlino, s pomočjo katerih bolnik artikulira. Po drugi strani GP preprečuje prehajanje hrane, tekočine in sline iz zgornjih prebavil v sapnik.

Na GP se pogosto razrastejo glive, povzročajo lokalno vnetje, čemur lahko sledi slabo tesnjenje GP. Preventivno je potrebna vsakodnevna toaleta. Bolnik si sam večkrat na dan očisti GP s posebno ščetko, namočeno v lokalni antimikotik.

GP praviloma po nekaj mesecih začne slabo tesniti, zato jo je potrebno pravočasno zamenjati. Do slabega tesnjenja GP pride tudi, če se fistula med sapnikom in požiralknikom iz različnih razlogov poveča. Zato vsebina zgornjih prebavil začne zatekati preko GP v sapnik in pljuča in lahko pride do pljučnice. Ob slabem tesnjenju GP zaradi povečane fistule je potrebna odstranitev GP, vstavitve nazogastrične cevke in trahealne kanile z mešičkom, ki ga napihnemo. Počakati je treba približno teden dni, da se traheoezofagealna fistula skrči do primerne premere za vstavitve nove GP.

Faringokutana fistula

Faringokutana fistula (FCF) je najpogostejši zaplet v zgodnjem postoperativnem obdobju po LE in nastopi kar v tretjini primerov. Zaplet rešujemo še v času hospitalizacije na oddelku sprva s konzervativnimi, kasneje s kirurškimi ukrepi. Redko pričakujemo daljše celjenje FCF. Takrat bolnika odpustimo v domačo oskrbo in ga spremljamo ambulantno. V tem primeru prosimo družinskega zdravnika za preveze v ZD na nekaj dni oziroma glede na potrebe.

ZAKLJUČEK

Značilnosti bolnikov z RGV sta komorbidnost in psihosocialna izoliranost, zato je skrb za njih po zaključenem zdravljenju kompleksna. Cilji spremljanja bolnikov so v prvi vrsti lokalna in regionalna kontrola bolezni, ugotavljanje morebitnih oddaljenih zasevkov, hitra ugotovitev novih primarnih tumorjev in lajšanje spremljajočih težav. Pri tem ima družinski zdravnik pomembno vlogo.

VIRI

- Cummings CW. Otolaryngology, Head & Neck Surgery, 4th ed. Elsevier Mosby, Philadelphia, 2005.
- Urbančič J. Bolnik s traheostomo. In: Žargi M, Hočevvar-Boltežar I, Battelino S. Otorinolaringološki problemi v vseh življenjskih obdobjih, Izbrana poglavja 4 – ORL dan; 2012; Ljubljana, Slovenija. Ljubljana: Katedra za ORL MF UNI v Ljubljani. UKC Ljubljana, Klinika za ORL in CFK. Združenje otorinolaringologov Slovenije SZD; 2012.
- Kumar P, Clark M. Clinical Medicine – A textbook for medical students and doctors, 4th ed. W.B. Saunders, Edinburgh, 1999.
- Dignonnet A, Hamoir M, Andry G, Haigentz M, Takes RP, Silver CE et al. Post-therapeutic surveillance strategies in head and neck squamous cell carcinoma. Eur Arch Otorhinolaryngol 2013; 270: 1569-80.
- Cooney TR, Poulsen MG. Is routine follow-up useful after combined-modality therapy for advanced head and neck cancer? Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999; 125: 379–82.
- Virgo KS, Paniello RC, Johnson FE. Costs of posttreatment surveillance for patients with upper aerodigestive tract cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1998; 124: 564–72.
- Haigentz M, Hartl DM, Silver CE et al. Distant metastases from head and neck squamous cell carcinoma. PartIII. Treatment. Oral Oncol 2012; 48: 787–93.
- Debevc D, Didanovič V, Čizmarevič B, Lanišnik B. Vloga panendoskopije v diagnostiki sinhronih in metahronih tumorjev v zgornjem aerodigestivnem traktu. Med Razgl 2008; 47: 171-4.

ORL POSEGI V AMBULANTI DRUŽINSKEGA IN OTROŠKEGA ZDRAVNIKA

Iztok Fošnarič, dr.med.

Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Univerzitetni klinični center
Ljubljana

Povzetek

V prispevku so predstavljeni posegi, s katerimi lahko že na primarnem nivoju, z minimalno opremljenostjo in nekaj znanja rešujemo tako pogoste in enostavne, kot tudi življenje ogrožajoče probleme. Družinski zdravnik lahko z obvladovanjem osnovnih ORL posegov omogoči prikaz določenih struktur in s tem lažje prepoznavanje ter zdravljenje bolezni, odstranjuje tujke, ustavlja krvavitve in vzpostavlja prosto dihalno pot.

UVOD

Družinski in otroški zdravnik se pri svojem delu vsakodnevno srečujeta z bolniki s prizadetostjo v področju ušes, nosu, žrela in grla. Pogostnost ORL težav na primarnem nivoju terja od zdravnika obvladovanje nekaterih osnovnih veščin, ki omogočajo na eni strani prepoznavanje bolezni, na drugi pa ustrezno terapevtsko ukrepanje.

IZPIRANJE SLUHOVODA

Z izpiranjem sluhovoda omogočimo preglednost zunanjega sluhovoda in bobniča, s tem tudi prepoznavanje bolezni in izbiro ustreznega zdravljenja. Nemalokrat lahko odstranimo vzrok bolnikovih težav. Z izbiro antiseptične raztopine za izpiranje je tako storjen že prvi korak pri zdravljenju bolezni. Po ustrezni toaleti zagotovimo tudi pogoje za uporabo in optimalno delovanje lokalno apliciranih zdravilnih učinkovin.

Sluhovode izpiramo s tekočino (čista voda, antiseptične raztopine, npr. 3% borova kislina), segreto na telesno temperaturo. S tem preprečimo konvekcijske tokove v stranskem polkrožnem kanalčku in posledično vrtoglavico. Bolnik je med izpiranjem v položaju za otoskopski pregled. Pod uhelj mu podložimo ledvičasto posodo. S tem zmanjšamo možnost, da bolnika zmočimo, hkrati pa ujamemo izpirek. Praviloma z nedominantno roko potegnemo uhelj navzad in navzgor, tako da os hrustančno-membranoznega dela sluhovoda poravnamo z osjo košččenega dela sluhovoda. Izpiranje izvajamo z brizgalko večje prostornine. Konico brizgalke usmerimo med tragusom in antitragusom navzad in navzgor proti meji med zadnjo in zgornjo steno sluhovoda. Tekočina se skupaj z izprano vsebino vrača po spodnji steni sluhovoda. Med izpiranjem mora biti glava pri miru. V nasprotnem primeru lahko

pride do nepotrebnih poškodb sluhovoda. Če je prvo izpiranje neuspešno, ga lahko večkrat ponovimo. Po izpiranju sluhovod posušimo s kosmom vate ali trakom.

Po uspešnem izpiranju in osušitvi je uho primerno za otoskopijo. Opozoriti velja, da je lahko takoj po izpiranju prisotna hiperemija bobniča, ki nas lahko zavede pri prepoznavanju bolezni, zato je smiselno otoskopijo izvesti s časovnim zamikom.

Osnovni razlog za izpiranje sluhovoda je njegova nepreglednost zaradi obstoječega ušesnega masla. Kadar je ušesno maslo trše konsistence in ga ne moremo takoj izprati, si lahko pomagamo z uporabo 3% vodikovega peroksida, ki ga apliciramo v sluhovod 15-20 min pred predvidenim izpiranjem, nekaj dnevno predhodno uporabo kapljic parafinskega olja ali komercialnih preparatov za mehčanje ušesnega masla v sluhovod. Uspešnost izpiranja je po nekaterih podatkih 70%, ob dodatni uporabi sredstev za mehčanje ušesnega masla pred predvidenim izpiranjem pa celo 97%.

Izpiranje sluhovoda lahko pride v poštev tudi pri tujkih ali pri sumu na tujek v sluhovodih, vendar so mnenja glede tega deljena.

Ena izmed indikacij za izpiranje sluhovoda je tudi vnetje zunanjega sluhovoda. Pri tem je smiselno izpiranje izvesti z antiseptičnimi raztopinami, npr. s 3% borovo kislino. Ob tem odstranimo patološko vsebino, zagotovimo preglednost in omogočimo dostopnost ter delovanje predpisane zdravilne učinkovine. Večina vnetij sluhovoda je povsem obvladljivih že s toaleta in lokalno delujočimi zdravili, zlasti pri glivičnih vnetjih pa je nemalokrat dovolj že dobra toaleta, lahko z nespecifičnimi antiseptičnimi raztopinami, sušenje in časovno omejena prepoved močenja sluhovoda.

Izpiranja sluhovoda se lahko lotimo tudi pri sodelujočih otrocih, ne izvajamo pa ga pri nemirnih, nesodelujočih bolnikih, na edinem sliščem ušesu, pri sumu na perforacijo bobniča ali pri podatku o perforaciji v anamnezi, pri svežih poškodbah bobniča in sluhovoda in pri zlomih senčnice.

Poudariti velja, da sodi izpiranje sluhovoda zaradi potrebnega znanja anatomije in zavedanja morebitnih zapletov med večšine, ki jih mora opraviti zdravnik ob ustrezni asistenci medicinske sestre in posega ne sme prepustiti zgolj slednjim.

MENJAVE TRAKCEV V SLUHOVODU

Z uporabo trakcev po predhodnem izpiranju osušimo sluhovod in tako zagotovimo pogoje za otoskopijo.

Z nanosom antimikrobne in/ali protivnetne učinkovine na trak in vstavitvijo traku v sluhovod zdravimo vnetja sluhovodov. Vnos traku z zdravilno učinkovino pride v poštev predvsem v tistih primerih, ko je sluhovod izrazito otečen in kapljice ne pridejo na mesto želenega učinkovanja, pa tudi preglednost bobniča je slaba ali nemogoča. Po 2 dneh se praviloma oteklina sluhovoda tako zmanjša, da trakci niso več potrebni in zadostuje že uporaba kapljic z zdravilno učinkovino.

S trakcem lahko tudi odbrišemo patološki izcedek iz sluhovoda pred otoskopijo oziroma pred vstavitvijo trakca z zdravilno učinkovino.

Bolnik je nameščen v položaj za otoskopijo. Uhelj z nedominantno roko potegnemo navzgor in navzad. Praviloma izberemo centimeter širok, nekaj centimetrov (4-7cm) dolg sterilan trak, ki ga s pomočjo ušesne pincete, previdno, pod kontrolo očesa uvedemo nekaj centimetrov v sluhovod. Zaželeno je, da medialni del traku sega do področja tik lateralno ob bobniču, lateralni del pa do vhoda v sluhovod.

ODSTRANITEV TUJKOV IZ NOSNE VOTLINE

S tujki v nosni votlini imamo opraviti predvsem pri otrocih. Že anamneza nas nemalokrat privede do prepoznavne problema, pri dalj časa prisotnih tujkih pa imajo bolniki vztrajajoč enostranski gnojni izcedek iz nosu. Tujek se največkrat ustavi med spodnjo nosno školjko in nosnim pretinom ali pa ga najdemo v spodnjem nosnem hodniku.

Kadar gre za tujke v nosni votlini pri odraslih ali večjih otrocih, jih z izpihovanjem lahko poskušajo odstraniti sami. V kolikor to ni mogoče in je tujek ploščat ter na dosegu prijemale ali pincete, je poskus odstranitve smiseln. V primeru okroglih tujkov jih je potrebno odstraniti z ukrivljeno, žlebasto sondo. Pred poskusom odstranitve tujka z inštrumenti uporabimo lokalni anestetik, ki ga v obliki pršila nanesemo na nosno sluznico.

Od opremljenosti ambulate in presoje zdravnika je odvisno, ali se bo odstranitve lotil ali ne. Zaradi možnosti zdrsja tujka iz nosne votline v žrelo in posledične aspiracije je potrebna previdnost in kritična presoja glede usposobljenosti za poseg. Napotitev k specialistu otorinolaringologu pa je vsekakor potrebna v primerih, ko so bolniki nemirni in ne sodelujejo, kadar v ambulanti ni primernih inštrumentov za prikaz in osvetlitev nosne votline in ko je tujek globoko v nosni votlini.

USTAVITEV KRVAVITVE IZ NOSU

S krvavitvijo iz nosu se predvsem družinski zdravniki pogosto srečujejo. Pri kar 60% odraslih se je nosna krvavitev pojavila vsaj enkrat v življenju. Krvavitev se najpogosteje pojavi v sprednjem delu nosne votline, predvsem pri otrocih. Mesto najpogostejše krvavitve je področje Kiesselbachovega pleteža na sprednjem delu nosnega pretina.

Že z osnovnimi navodili lahko velikokrat ustavimo nosno krvavitev. Bolniku svetujemo, da sede, pritisne s palcem in kazalcem nosni krili ob nosni pretin in pri tem vztraja 15 minut. Ob tem naj ima glavo nagnjeno naprej, da lahko izpljune kri, ki je pritekla v žrelo. Krvi naj ne požira, v nasprotnem primeru lahko pride do slabosti in bruhanja. Na tilnik si naj položi hladne obkladke. Če po 15 minutah krvavitev ne preneha, bolniku svetujemo, da izpiha koagule iz vsake nosnice posebej. V vsako nosno votlino razpršimo lokalni anestetik in nakapljamo dekongestiv. Ocenimo mesto krvavitve. Ob vztrajajoči krvavitvi napravimo sprednjo nosno tamponado. Za ta namen lahko uporabimo trak gaze, najboljše prepojene z jodoformom in debeline 2 cm, lahko pa uporabimo različne tampone, ki ob prepojitvijo s tekočino nabreknejo, npr. Merocel (stisnjen polimer), Rapid Rhino (karboksimetilceluloza, t.j. hidrokoloidni material, ki vzpodbuja agregacijo trombocitov in ob stiku z vodo tvori lubrikant), ali krpice Surgicela (polimer oksidirane celuloze, ki deluje hemostatsko). Če se odločimo za tamponado s trakom, pričetek traku položimo na nosno dno, preostanek pa naložimo v nosno votlino v obliki navpične harmonike. Ob zaključku iz nosu tako molita oba konca traku, ki jih nato vtisnemo v nosno votlino. Po 2 do 3 dneh tamponado odstranimo. Napotitev k otorinolaringologu je potrebna v primeru, če krvavitve nismo mogli ustaviti ali je po detamponadi prišlo do ponovne krvavitve, v primerih ponavljajočih krvavitve, pri bolnikih s sumom na tumor v nosnem organu ali takrat, ko ne najdemo mesta krvavitve.

V primerih zadajšnjih nosnih krvavitve se krvavitev med digitalno kompresijo ne ustavi. Takšni bolniki potrebujejo čimprejšnjo oskrbo pri otorinolaringologu. V ambulanti družinskega zdravnika, ambulantni nujne medicinske pomoči ali med transportom si začasno lahko pomagamo z uporabo Foleyevega katetra, ki ga vstavimo skozi krvavečo nosnico v nosni del žrela in na tem mestu kateter napolnimo z destilirano vodo. Ob izvlečenju se mešiček nasloni na zadnji rob hoane in na tem mestu napravi kompresijo. Kateter preko tampona fiksiramo ob vhodu v nosnico in vstavimo še sprednjo

nosno tamponado. Namesto Foleyevega katetra lahko improviziramo z dvema Meroceloma, pri čemer prvega vstavimo skozi hoane v nosni del žrela, drugega pa vstavimo kot pri sprednji nosni tamponadi. Prvi Merocel ohranimo na vrvi in tako preprečimo zdrs nazaj v žrelo. Možna je tudi uporaba Rapid Rhino tamponade, ki je namenjena za zadajšnjo in sprednjo tamponado.

Z omenjenimi ukrepi ob zadajšnji nosni krvavitvi lahko pred in med transportom v bolnišnico znatno zmanjšamo izgubo krvi in bolniku tudi rešimo življenje.

INTUBACIJA

Intubacija je prvi smiselni ukrep v primeru nenadne dihalne stiske zaradi zapore v zgornji dihalni poti. Izjema so le tujki v zgornjih dihalih. Takrat poskusimo s Heimlichovim manevrom, ob neuspehu pa še s konikotomijo.

Intubacijo lahko izvedemo brez anestezije pri bolnikih, ki so že nezavestni. Bolniki ležijo na hrbtu. Z dominantno roko uvedemo laringoskop v središnji liniji, odmaknemo koren jezika in dvignemo poklopec, tako da si prikažemo glasilki. Preprimemo laringoskop v nedominantno roko in z dominantno roko, pod kontrolo očesa, vstavimo tubus primerne debeline skupaj z vodilom v sapnik. Vodilo izvlečemo, napolnimo tesnilko tubusa, tubus pričvrstimo, med bolnikove zobe pa vložimo trši vložek. Slednji prepreči, da bolnik med prebujenjem tubus pregrizne. Položaj tubusa dodatno preverimo z avskultacijo pljuč.

V primeru potrebne daljše intubacije je zaradi možnosti intubacijske poškodbe na mestu tesnilke na tubusu in posledične zožitve sapnika bolje napraviti traheotomijo in tubus odstraniti.

HEIMLICHOV MANEVR

Ob dušenju zaradi tujka v zgornji dihalni poti lahko že s preprostimi ukrepi, med katere spada Heimlichov manever, rešimo življenje.

Najpogosteje ga izvajamo stoje. Stopimo za bolnikov hrbet in ga objamemo okoli pasu. Roko, stisnjeno v pest, položimo med bolnikovo žličko in popek. Z drugo roko pest objamemo in sunkovito stisnemo v smeri navzad in navzgor.

Pri ležečem bolniku klečimo ob bolniku in z obema rokama pritisnemo v isti smeri.

Postopek po potrebi večkrat ponovimo.

KONIKOTOMIJA

Ob nenadni dihalni stiski zaradi tujka v zgornjih dihalih, ki ga nismo mogli odstraniti s Heimlichovim manevrom, ali v primerih, ko ne moremo intubirati (npr. huda krvavitev, bruhanje, obsežna poškodba obraza, epiglotitis, možnost poškodbe vratne hrbtenice...), lahko sprostimo dihalno pot tudi s t.i. konikotomijo ali krikotiotomijo.

Poseg lahko izvedemo v lokalni anesteziji ali ob pomanjkanju časa tudi brez nje. Bolnik leži na hrbtu s podloženimi rameni. Z nedominantno roko iztipamo vrzel med ščitastim in prstanastim hrustancem, z

dominantno roko pa prerežemo najprej kožo in nato v vodoravni smeri še membrano med obema hrustancema. Nastalo odprtino razširimo in vanjo vstavimo cevko za dihanje, ki jo učvrstimo.

Po opravljenem posegu bolnika transportiramo v bolnišnico, kjer napravimo traheotomijo, da preprečimo poškodbo obročastega hrustanca in posledično zožitev v predelu grla.

ZAKLJUČEK

Opisani ORL posegi predstavljajo tista znanja in veščine, ki sodijo v ambulantno družinskega ali otroškega zdravnika. Predpogoji za dobro in varno izvajanje le-teh so ob dobri osvetlitvi in ustreznih inštrumentih predvsem tudi ustrezno znanje anatomije in obvladovanje praktičnih veščin. Zlasti za pridobitev slednjih so potrebne izkušnje, ki pa si jih zdravnik nabere le z vsakodnevnim delom. Neizvajanje omenjenih ORL posegov prikrajša družinskega in otroškega zdravnika za prepotrebne izkušnje, poleg tega pa nemalokrat znatno podaljša pot bolnika do ustrezne oskrbe. To v najbolj blagi obliki pomeni bolnikovo slabo voljo, lahko pa vodi tudi do nepotrebne in nepovratnega poslabšanja zdravstvenega stanja, ki je v najskrajnejših primerih lahko tudi usodno.

VIRI

- Becker W, Naumann HH, Pfaltz CR. Ear, nose and throat diseases. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 1994.
- Probst R, Grevers G, Iro H. Basic otorhinolaryngology. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2006.
- Kambič V. Otorinolaringologija. Ljubljana: Mladinska knjiga; 1984.
- Mc Carter DF, Courtney AU, Pollart SM. Cerumen impaction. Am Fam Physician. 2007 May 15; 75 (10): 1523-8.
- Heim SW, Maughan KL. Foreign bodies in the ear, nose and throat. Am Fam Physician. 2007 Oct 15; 76 (8): 1185-9.
- Boršoš I, Jenko K, Urbančič J. Epistaksa. Izbrani problemi iz področja bolezni ušes, nosu, žrela in grla: izbrana poglavja 3. Ljubljana: Katedra za otorinolaringologijo Medicinske fakultete, Univerzitetni klinični center, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Združenje otorinolaringologov Slovenije SZD; 2011.
- Pope LE, Hobbs CG. Epistaxis: an update on current management. Postgrad Med J. 2005 May; 81(955): 309-14.
- Cummings CW et al. Cummings otolaryngology – head and neck surgery. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005.

ORL PREISKAVE, INDIKACIJE ZA NJIH IN DOSTOPNOST

asist. Jure Urbančič, dr.med.

Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Univerzitetni klinični center
Ljubljana

Povzetek

V diagnostični obravnavi bolnika s težavami v otorinolaringološkem področju se je razvila množica različnih preiskav. Povezane so z oceno anatomskega stanja v preiskovanem organu ali povezanih organskih sistemih ali z oceno funkcionalnega stanja posamezne celote. Otorinolaringološke preiskave so zato zelo različne, deloma zaradi različnih čutil, ki sodijo v ORL področje, deloma zaradi širokega znanja, ki je potrebno za smiselno interpretacijo rezultatov preiskav. Samo naštetih vse preiskave, ki jih ponuja stroka na Kliniki za ORL in CFK, bi bilo nesmiselno. Zato so preiskave najprej grobo razdeljene v posamezne segmente, natančnejše pa so opisane tiste, ki so vsaj z naše strani najpomembnejše in jih vsakodnevno tudi izvajamo.

UVOD

Otorinolaringologi se poglobljeno ukvarjamo z boleznimi ušes, nosu, žrela, grla in vratu. Kot pri vseh kliničnih strokah naša obravnava bolnika zajema anamnezo, otorinolaringološki status, potrebne indicirane diagnostične preiskave, glede na zbrane informacije odločitev o zdravljenju in njegovo izvedbo.

Otorinolaringološke preiskave (ORL preiskave) delimo na preiskave, ki so neposredno del otorinolaringološkega statusa (Tabela 1). Drugi del so preiskave, ki jih opravljamo na Kliniki za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo (ORL in CFK) v okviru splošnih ORL ambulant, subspecialističnih ambulant, predvsem pa Avdiiovestibulološkega centra in Centra za motnje glasu, govora in požiranja. Ravno njih bi želeli natančneje predstaviti. Tretji segment preiskav so tiste, ki jih otorinolaringologi indiciramo, vendar jih izvajajo druge ustanove in specialnosti. Najboljši primer zanje je rentgenološka preiskava temporalnih kosti, najsi gre za RTG v različnih projekcijah, računalniško tomografijo (CT) ali magnetno resonanco (MR). Seveda bi podobne preiskave lahko našli pri vseh ORL anatomskih področjih. Tabela 2.

Tabela 1: Preiskave - del statusa pri ORL pregledu

Anatomska lokacija	Preiskava
Uho	Otoskopija, otomikroskopija
	Kvalitativne in kvantitativne preiskave sluha
	Pregled nistagmusa s Frenzllovimi očali, testa po Rombergu in Unterbergerju
Nos	Spredajšnja in zadajšnja rinoskopija
Žrelo, grlo, vrat	Stomaskopija, neposredna faringoskopija
	Posredna faringoskopija in laringoskopija
	Otipanje vratu

Tabela 2: Nekatere pogostejše preiskave, ki jih indicira otorinolaringolog, opravijo pa jih drugi specialisti

Anatomska lokacija	Preiskava	Izvajalec
Uho	RTG mastoida (različne projekcije), CT, MR temporalnih kosti	Rentgenolog
	Akustični potenciali možganskega debla (APMD)	Nevrofiziolog, pediater
	Preiskava z nagibno mizo	Nevrolog
Nos	RTG, CT, MR obnosnih votlin (+orbit)	Rentgenolog
	Alergijsko testiranje	Alergolog – pulmolog
Ostale lokalizacije	RTG, CT, MR	Rentgenolog
	PET CT	Nuklearna medicina, rentgenolog
	Ciljane revmatološke preiskave	Revmatolog
	Tankoigelna biopsija	Citopatolog
	Tankoigelna biopsija pod UZ kontrolo	Rentgenolog, citopatolog

POSEBNE OTORINOLARINGOLOŠKE PREISKAVE

Posebne otorinolaringološke preiskave so tiste preiskave, ki jih v obliki presejanja trenutnega stanja bolnika praviloma ne izvajamo brez jasnega kliničnega suma. Zaradi tehnične in strokovne zahtevnosti tovrstne preiskave zahtevajo dodatna znanja za izvajanje in tolmačenje rezultatov. Žal je izvedba večinoma povezana tudi z dodatnimi investicijami v opremo.

Preiskave smo razdelili glede na osnovno shemo organizacije delovanja ambulantne specialistične in subspecialistične dejavnosti na Kliniki za ORL in CFK, kar pomeni, da se bodo bolniki in njihovi izbrani zdravniki specialisti družinske medicine v podobnih sklopih z njimi tudi srečevali.

Absolutna pogostost izvajanja določenih preiskav lahko močno variira. Največkrat namreč izvajamo posebne preiskave, ki so v skladu s smernicami postavljene visoko v zgodnje faze diagnostike. Obenem je v splošni populaciji določenih bolezni ali določenih simptomov, ki vzbudijo sum na te bolezni več kot drugih, odličen primer je kronični rinosinuzitis. Pri takšnih bolnikih (tudi kadar gre šele za postavljanje ustrezne diagnoze) se nadpovprečno pogosto odločimo za endoskopijo nosu. Prav tako zelo pogosti preiskavi sta otomikroskopska preiskava pri bolnikih s kroničnimi vnetji srednjega ušesa, oziroma tonski pražni avdiogram pri bolnikih s težavami s sluhom.

Preiskave so strnjene v tabele. Indikacija pomeni ožji razlog za preiskavo, a nekatere indikacije so tako široke, da jih je v popolnosti težko naštet. Dostopnost oziroma nivo preiskave pomeni, kdo izmed zdravnikov Klinike za ORL in CFK jih indicira. Pri tem specialist ORL praviloma pomeni tudi specializanta otorinolaringologije, ki je usposobljen za delo v splošni ORL ambulanti. Z izvajalcem navajamo neposreden profil zdravstvenega delavca, ki preiskavo izvaja, s pričakovanimi rezultati pa osnoven obris informacij, ki jih želimo od preiskave. Poudariti je potrebno, da je indikacija za preiskavo lahko tudi sum na določeno bolezensko dogajanje, ki ga z rezultati preiskave potrdimo, ovržemo, včasih pa tudi po preiskavi ne moremo z gotovostjo oceniti dogajanja pri bolniku. Zato diagnostiko v različnih oblikah nadaljujemo. Nekatere preiskave so objektivne, druge zgolj deloma objektivne, saj za uspešno izvedbo zahtevajo različne oblike sodelovanja bolnika. Vse vizualne preiskave so podvržene strokovni, a subjektivni oceni zdravnika, vendar jih je večino mogoče za kasnejšo obdelavo in pregled tudi posneti. Vse meritve so podvržene napakam pri meritvah, ki jih poskušamo skupaj s proizvajalci aparatov aktivno zmanjšati. Pri oceni rezultatov, sploh dvoumnih, je zato vedno potrebno upoštevati navedena dejstva.

**I. OTORINOLARINGOLOŠKA AMBULANTA (URGENTNA, SPLOŠNA, OTROŠKA) IN
SUBSPECIALISTIČNE ORL AMBULANTE (OTOKIRURŠKA, RINOLOŠKA, KANCEROLOŠKA)**

Preiskava Otomikroskopija

Indikacija	Patološke spremembe sluhovoda in bobniča pri vrsti različnih bolezni ušes
Dostopnost / nivo	Specialist ORL
Izvajalec / mesto izvedbe	Specialist ORL / ORL ambulanta z otomikroskopom
Pričakovan rezultat	Vizualna potrditev patoloških stanj v navedenih anatomske področjih (sluhovod, bobnič)

Preiskava Otoendoskopija

Indikacija	Patološke spremembe z otomikroskopom slabo preglednih mest, vendar dobro preglednih z endoskopom s kotnim pogledom na sluhovodu, bobniču, tudi v srednjem ušesu pri velikih perforacijah bobniča
Dostopnost / nivo	Specialist ORL
Izvajalec / mesto izvedbe	Specialist ORL / ORL ambulanta z otoendoskopom
Pričakovan rezultat	Vizualna potrditev patoloških stanj v predelih, ki so težje pregledni z otomikroskopom

Preiskava Endoskopija nosu z rigidnim endoskopom

Indikacija	Patološke spremembe nosu, obnosnih votlin pri večini nosnih bolezni, vključno z epistakso
Dostopnost / nivo	Specialist ORL
Izvajalec / mesto izvedbe	Specialist ORL / ORL ambulanta z rigidnimi endoskopi
Pričakovan rezultat	Vizualna potrditev patoloških stanj v nosu, nadzor nad ciljanim odvzemom brisa, biopsijo, elektrokoagulacijo krvaveče žile

Preiskava Endoskopija žrela in grla

Indikacija	Natančnejši pregled žrela in grla pri manjših spremembah ali pri bolnikih z neugodnimi anatomskimi razmerami
Dostopnost / nivo	Specialist ORL
Izvajalec / mesto izvedbe	Specialist ORL / ORL ambulanta z upogljivimi endoskopi in telelaringoskopi
Pričakovan rezultat	Vizualna potrditev patoloških stanj v žrelu, grlu, nadzor nad biopsijo

Preiskava NBI («narrow band imaging») endoskopija nosu, ust, žrela, grla

Indikacija	Neinvazivna preiskava majhnih, sumljivih lezij na sluznici
Dostopnost / nivo	Subspecialist ORL
Izvajalec / mesto izvedbe	Subspecialist ORL / NBI diagnostična postaja
Pričakovan rezultat	Potrditev patološkega žilja, vodenje pri biopsiji

Preiskava Traheoendoskopija z upogljivimi endoskopom pri bolnikih s traheostomo

Indikacija	Težko dihanje ali težave z dihanjem pri bolnikih s traheostomo
Dostopnost / nivo	Specialist ORL
Izvajalec / mesto izvedbe	Specialist ORL / ORL ambulanta z upogljivim endoskopom
Pričakovan rezultat	Vizualni pregled traheostome, traheje, razcepišča in glavnih bronhov

II. AVDIOVESTIBULOLOŠKI CENTER

Preiskava **Timpanometrija**

Indikacija	Vsi bolezenski procesi, kjer je potrebno objektivno testiranje funkcije srednjega ušesa (timpanalna membrana, slušna veriga, tubi)
Dostopnost / nivo	Specialist ORL
Izvajalec / mesto izvedbe	Diplomirana medicinska sestra / Avdiovestibulološki center
Pričakovan rezultat	Krivulja podajnosti bobniča, po kateri prepoznamo patologijo v srednjem ušesu

Preiskava **Tonski pražni avdiogram**

Indikacija	Akutno ali kronično poslabšanje sluha, ki ga ni mogoče neposredno povezati z vidno patologijo ali zahteva dodatno zdravljenje glede na poslabšanje sluha, sodnomedicinske indikacije, ...
Dostopnost / nivo	Specialist ORL
Izvajalec / mesto izvedbe	Diplomirana medicinska sestra avdiometristka / Avdiovestibulološki center
Pričakovan rezultat	Frekvenčni razpon praga sluha na levo in desno uho

Preiskava **Govorna avdiometrija**

Indikacija	Določanje funkcionalnega primanjkljaja (razumevanja govora) glede na okvaro sluha, tudi pred in po uporabi slušnih pomagala
Dostopnost / nivo	Subspecialist ORL
Izvajalec / mesto izvedbe	Specialist. klinični logoped / Avdiovestibulološki center
Pričakovan rezultat	Odstotek razumljenega standardiziranega besedila

Preiskava **Bitermalna frekvenčna vestibulografija (VTG)**

Indikacija	Vrtoglavica, ugotavljanje odzivnosti vestibularnega aparata na kalorični stimulus
Dostopnost / nivo	Specialist ORL
Izvajalec / mesto izvedbe	Diplomirana medicinska sestra avdiometristka / Avdiovestibulološki center
Pričakovan rezultat	Odstotek pareze (in preponderance) vestibularnega aparata po draženju obeh ušes s toplo in hladno vodo.

Preiskava **Videonistagmografija (VNG)**

Indikacija	Natančnejše ugotavljanje vzroka vrtoglavice, predvsem ob patološkem izvidu VTG preiskave
Dostopnost / nivo	Subspecialist ORL
Izvajalec / mesto izvedbe	Diplomirana medicinska sestra avdiometristka in subspecialist ORL / Avdiovestibulološki center
Pričakovan rezultat	Informacije o okvari vestibularnega aparata, kompenzaciji in razjasnitev mesta nastanka (grobo vzroka) določenih vrtoglavic

Preiskava **Preiskava otoakustičnih emisij ali zvočnega sevanja ušesa (OAE). Testiramo TOAE – tranzitorno zvočno sevanje ušesa in DPOAE – produkt popačenja**

Indikacija	Akutno ali kronično poslabšanje sluha, ki ga ni mogoče pojasniti z avdiogramom, kjer avdiogram ni mogoč, sodnomedicinske indikacije, slabo sodelovanje bolnika pri preiskavah
Dostopnost / nivo	Subspecialist ORL
Izvajalec / mesto izvedbe	Diplomirana medicinska sestra avdiometristka / Avdiovestibulološki center
Pričakovan rezultat	Izziven ali neizziven test, izziven je dokaz delovanja zunanjih dlačnih celic v polžku, obenem je mogoča tudi frekvenčna interpretacija

Preiskava **Preiskava merjenja slušno evociranih potencialov z moduliranim tonom (ASSR)**

Indikacija	Pri bolnikih, kjer ni mogoče opraviti drugih preiskav sluha (otroci, vedenjsko moteni bolnik), pri potrebi po objektivnem testu sluha.
Dostopnost / nivo	Subspecialist ORL
Izvajalec / mesto izvedbe	Specialist. klinični logoped / Avdiovestibulološki center
Pričakovan rezultat	Ocena praga sluha v obliki audiograma

Preiskava **Preiskava vestibularnih evociranih miogenih potencialov (VEMP)**

Indikacija	Dodatno orodje za testiranje vestibulokoličnega refleksa (VCR) pri Menierovi bolezni, dehiscenci superiornega kanalčka, vestibularnem nevritisu, delovanju inferiornega vestibularnega živca, pri multipli sklerozi
Dostopnost / nivo	Subspecialist ORL
Izvajalec / mesto izvedbe	Subspecialist ORL / Avdiovestibulološki center
Pričakovan rezultat	Natančnejša, tudi anatomsko opredelitev lezije ali vzroka za spremenjeno delovanje vestibularnega aparata

III. CENTER ZA MOTNJE GLASU, GOVORA IN POŽIRANJA

Preiskava **Faringolaringoskopija s telelaringoskopijo in stroboskopijo**

Indikacija	Patološke spremembe v žrelu ali grlu, funkcionalni primanjkljaj v teh področjih, ožje patološke spremembe v predelu grla, na glasilkah
Dostopnost / nivo	Subspecialist ORL
Izvajalec / mesto izvedbe	Subspecialist ORL / Center za motnje glasu, govora in požiranja
Pričakovan rezultat	Vizualni pregled anatomskega stanja, patoloških sprememb in funkcionalnih posledic. Pri stroboskopiji tudi zelo natančna ocena delovanja glasilk pri različni višini glasu in glasnosti

Preiskava Akustična analiza glasu

Indikacija	Objektivna ocena fonacije, artikulacije in nosne resonance v govoru
Dostopnost / nivo	Subspecialist ORL, specialist klinični logoped
Izvajalec / mesto izvedbe	Specialist klinični logoped, diplomirana medicinska sestra, subspecialist ORL / Center za motnje glasu, govora in požiranja
Pričakovan rezultat	Objektivna analiza temeljne grlne frekvence s spektralno analizo, fonetogramom, meritvijo prisotnosti nosne komponente v govoru

Preiskava Elektromiografija grlnih mišic (EMG)

Indikacija	Ocena oživčenja notranjih in zunanjih grlnih mišic pri sumu na motnje oživčenja, živčno-mišične bolezni, v diagnostiki okvare krikoaritenoidnega sklepa
Dostopnost / nivo	Subspecialist ORL, nevrolog
Izvajalec / mesto izvedbe	Subspecialist ORL, nevrolog / Nevrološka klinika, Center za motnje glasu, govora in požiranja
Pričakovan rezultat	EMG krivulja za oceno delovanje mišic

Preiskava Aerodinamične preiskave: fonospirometrija, maksimalni fonacijski čas, meritve pljučne funkcije, rinomanometrija

Indikacija	Potreba po oceni zračnega toka pri različnih bolezenskih procesih
Dostopnost / nivo	Subspecialist ORL
Izvajalec / mesto izvedbe	Diplomirana medicinska sestra v foniatriji, subspecialist ORL/ Center za motnje glasu, govora in požiranja
Pričakovan rezultat	Meritve vitalne kapacitete, fonacijskega volumna, fonacijskega pretoka zraka skozi grlo, najdaljšega časa fonacije, ostalih parametrov pljučne funkcije, meritve subglotisnega tlaka, meritve prehodnosti nosu za primerjavo s standardiziranimi vrednostmi ali primerjavo pred in po terapiji

Preiskava **Preiskava požiranja (FEES - »flexible endoscopic evaluation of swallowing«)**

Indikacija	Klinična evaluacija bolnika z disfagijo
Dostopnost / nivo	Subspecialist ORL
Izvajalec / mesto izvedbe	Subspecialist ORL, diplomirana medicinska sestra v foniatrici / Center za motnje glasu, govora in požiranja
Pričakovan rezultat	Popolna videoendoskopska ocena žrela in grla pri aktu požiranja in izven njega, pregled nad bolusom različne konsistence in količine obarvane hrane med aktom požiranja, po potrebi tudi ocena različnih parametrov požiranja (EMG, pritisk jezika, faringealna manometrija, avskultacija vratu)

Preiskava **Senzibilno testiranje grla in spodnjega žrela (FEST → flexible endoscopic sensory testing«)**

Indikacija	Motnje požiranja ali dihanja (npr. z naporom izzvana obstrukcija grla)
Dostopnost / nivo	Subspecialist ORL
Izvajalec / mesto izvedbe	Subspecialist ORL, diplomirana medicinska sestra v foniatrici / Center za motnje glasu, govora in požiranja
Pričakovan rezultat	Normalna, hipo- ali hipersenzibiliteta sluznice grla in spodnjega žrela

PREISKAVE, KI ZAHTEVAJO HOSPITALIZACIJO

Del diagnostičnih preiskav, ki jih indiciramo, izvajamo samo v okviru hospitalne oskrbe (Tabela 3). Z napredkom stroke se indikacije za njih in njihova izvedba nekoliko spreminjajo. Odličen primer za to je termin sinusoskopija, kar je nekdaj pomenilo endoskopski pregled maksilarnih sinusov s trepanacijo. V trenutnih smernicah za diagnostiko in zdravljenje bolezni obnosnih votlin ta poseg nima prav nobenega mesta več. Obenem se zaradi enakih razlogov pojavljajo nove diagnostične možnosti. Kot primer omenimo samo sialendoskopijo ali endoskopski pregled izvodil velikih žlez slinavk.

Tabela 3: Hospitalne diagnostične ORL preiskave

Anatomska lokacija	Preiskava	Tip anestezije
Uho	Kohleografija, telemetrija, EAPMD	Splošna anestezija
Žrelo, grlo	Direktoskopija, mikrolaringoskopija	Splošna anestezija
Požiralnik	Rigidna diagnostična ezofagoskopija	Splošna anestezija
Sapnik	Rigidna diagnostična traheoskopija	Splošna anestezija
Usta	Sialendoskopija	Splošna ali lokalna anestezija

ZAKLJUČEK

Opisane preiskave so sad dolgoletnih izkušenj in dela več generacij otorinolaringologov na Kliniki za ORL in CFK v Ljubljani. Prispevek jih le predstavlja in pri vsaki preiskavi ne navaja vseh možnih podvariant, ki so lahko pri vsakdanjem kliničnem delu izjemnega pomena. Vsekakor je bil namen prispevka podati okvirno informacijo o načinu dela, osnovnih indikacijah, izvajalcih preiskav in najbolj pogostih pričakovanih rezultatih. Seznam preiskav ni in ne more biti zgolj meni, ki bi pomenil, da si vsak, tudi otorinolaringolog izbere preiskavo, ki mu na papirju najbolj ustreza. Za smiselno indikacijo in pravo odločitev je potrebno včasih žrtvovati več znanja in trezne klinične presoje kot za pregled izvida, ki je lahko kratek, preveč suhoparen ali preveč neposreden in nenazadnje včasih tudi dvoumen. Vsi skupaj se moramo vse čas zavedati, da zdravimo bolnikove težave, ne pa številke ali krivulj na bolnikovem izvidu preiskave.

VIRI

- Kambič V. Otorinolaringologija. Mladinska knjiga. Ljubljana 1984.
- Hočevar Boltežar I. Fiziologija in patologija glasu. Pedagoška fakulteta. Ljubljana 2008
- Battelino S. Avdiometrija, vestibulometrija in avdiološka elektroakustika v vsakdanji praksi. Medicinska fakulteta. Ljubljana 2014
- Šifrer R, Urbančič J. Preiskavna metoda Narrow-band imaging v otorinolaringologiji. Zdrav Vest 2013; 82: 602-11
- Valente M, Fernandez E, Monroe H. Audiology answers for otolaryngologists. Thieme. New York 2011
- Snow JB, Wackym PA. Ballenger's Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery 17.BC Decker. Shelton 2009

- Beck DL, Speidel DP, Petrak M. Auditory steady-state response (ASSR): a beginner's guide. Hearing Review.2007;14(12):34-37

ORL PREGLED

Jošt Paučič, dr.med.

Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, Univerzitetni klinični center
Ljubljana

Povzetek

Družinski zdravniki in pediatri se pogosto srečujejo s patologijo v predelu ušes, nosu, ust, žrela, grla in vratu. Patologija v tem predelu je zelo raznolika, lahko tudi zelo resna, življenjsko ogrožajoča. Usmerjena anamneza in natančen, kakovosten pregled sta ključna pri diagnosticiranju bolezni in predpogoj za ustrezno zdravljenje.

UVOD

Delež bolnikov s težavami v ORL področju je v ambulantah pediatrov, šolskih in družinskih zdravnikov velik. Za ustrezno obravnavo teh bolnikov je najprej potrebno znanje anatomije, fiziologije in patologije ušes, nosu, ust, žrela, grla in vratu. Le tako bo lahko zdravnik zastavil relevantna vprašanja, ustrezno opravil pregled ORL področja in bil sposoben vrednotiti podatke, ki jih bo z anamnezo in pregledom pridobil. Pogosto so pediatri in družinski zdravniki omejeni s pomanjkanjem ustreznih instrumentov potrebnih za ORL pregled, njihova prednost pa je, da večinoma bolnike dolgo in dobro poznajo, so seznanjeni z njihovimi dosedanjimi boleznimi, redno terapijo, socialno anamnezo. Natančna anamneza je tudi pri boleznih ORL področja ključna in dostikrat že lahko pripelje do diagnoze, ki jo z ORL pregledom in včasih z laboratorijskimi, slikovnimi ali podobnimi preiskavami samo še potrdimo. Pravilna diagnoza sama sugerira zdravljenje. Zahtevnejši primeri zahtevajo specialistično otorinolaringološko obravnavo.

ANAMNEZA

Uho

Glavni simptomi bolezni ušes, po katerih je bolnika potrebno vprašati, so bolečina, izcedek iz sluhovoda, slabši sluh, šumenje v ušesu, vrtoglavica ter asimetrija obrazne mišične mase. Pomembna je dinamika pojava simptomov in okoliščine, ki so spremljale njihov nastanek.

Ko bolnik toži za bolečinami v ušesu, je ob odsotnosti ostalih ušesnih simptomov potrebno pomisliti tudi na t.i. preneseno bolečino, ki je lahko posledica bolezni zobovja, ustne votline, žrela, grla,

temporomandibularnega sklepa, vratne hrbtenice. Pri izcedku iz sluhovoda nas predvsem zanima, kakšen je (serozen, mukozen, gnojen, krvav) in ali se ponavlja.

Pri navajanju slabšega sluha je pomembno, ali je prizadeto eno ali obe ušesi, ali je poslabšanje nastopilo naenkrat ali postopoma, ali je bil bolnik kronično ali akutno izpostavljen hrupu, ali je kdaj prejemal ototoksična zdravila in ali je v družini prisotna naglušnost. Tudi pri šumenju je pomembna simetričnost, predvsem pa ali nastopa skupaj z naglušnostjo in vrtoglavico.

Pri vrtoglavici lahko že z anamnestičnimi podatki največkrat posumimo, ali gre za periferno ali centralno pogojeno vrtoglavico. Občutek vrtenja, ki ga lahko spremljajo poslabšanje sluha, šumenje v ušesu, slabost in bruhanje, so značilnosti periferne vrtoglavice. Navadno težave z vrtoglavico nastopijo naenkrat in v nekaj dneh izzvenijo, lahko se pojavljajo v obliki kratkotrajnih napadov, ki jih sprožijo določeni premiki glave. Občutek omotičnosti, negotovosti, kolaps, glavobol, motnje vida in drugi nevrološki izpadi pa navadno niso značilni za moteno delovanje ravnotežnega organa.

Periferna okvara obraznega živca je lahko otogena, še posebej če bolnik navaja ostale ušesne simptome. Z ustreznimi anamnestičnimi vprašanji lahko izvemo tudi o morebitnemu herpes zoster oticusu (bolečina, kožne eflorescence), borelioz (ugriz klopa) ali poškodb.

Nos, obnosne votline

Glavni simptomi bolezni nosu in obnosnih votlin, po katerih je bolnika potrebno vprašati, so slaba prehodnost nosu, izcedek, slabši voh, obrazna bolečina, krvavitve. Tudi tu je pomembna dinamika težav, ko ločimo akutna in kronična obolenja.

Ko bolnik navaja slabo prehodnost oz. zamašenost nosu, nas predvsem zanima, ali so težave stalne ali občasne, ali so odvisne od letnega časa, izpostavljenosti alergenom ter katera stran nosu je zamašena (ena, obe, izmenično). Enake stvari nas zanimajo, ko bolnik navaja izcedek iz nosu, seveda pa je pomembno tudi, kakšen je izcedek (serozen, mukozen, gnojen, krvav). Ko bolnik navaja enostranski izcedek iz nosu, je potrebna dodatna previdnost. Pri otrocih je npr. v tem primeru vedno potrebno posumiti na tujek v nosu, pri odraslih pa je eden od vzrokov lahko tumor. Pri otrocih najlažje izvemo, kakšna je prehodnost nosu, če starše povprašamo, ali otrok diha pretežno z zaprtimi ali odprtimi usti ter če ponoči smrči. Tako lahko posumimo na povečano žrelnico, še posebej pri tistih otrocih, ki imajo pogosto tudi težave z ušesi.

Ob slabšem vohu ali odsotnosti voha so pomembne okoliščine, ko je bolnik zaznal težavo. Tako nas zanima, ali je bolnik pred nastopom težav z vohom morda prebolel prehladno obolenje, utrpel poškodbo glave, bil operiran v področju nosu in obnosnih votlin. V kolikor je slabši voh edina težava, je potrebno posumiti tudi na vzrok zunaj nosu (nevrološki, intrakranialni).

Zelo pogosto bolniki z bolečinami v predelu obraza, glave zmotno menijo, da je razlog za njihove težave vnetje obnosnih votlin. Obrazna bolečina je lahko simptom obolenja obnosnih votlin, ki pa jo v tem primeru skoraj vedno spremljajo tudi ostali nosni simptomi.

Ko obravnavamo bolnika z epistakso, nas predvsem zanima, iz katere nosne votline je najprej zakrvavel, ali je kri najprej pritekla iz nosu naprej ali nazaj v žrelo, kako pogoste so krvavitve, kako hitro se krvavitve spontano ustavi in morebitni sistemski vzroki za moteno hemostazo.

Usta, žrelo in grlo

Glavni simptomi bolezni ust, žrela in grla, po katerih je bolnika potrebno vprašati, so bolečina, težave pri hranjenju, dihanju, artikulaciji, spremenjen glas, zadah iz ust, prisotnost krvi v izpljunku, sputumu, hujšanje. Pri vseh omenjenih simptomih je potrebno biti posebej previden, če trajajo dlje časa, se postopno poslabšujejo in jih ima bolnik, ki kadi ali prekomerno uživa alkohol. Dostikrat bolniki ne znajo natančno povedati, kje in kakšna je pravzaprav težava, ki jo imajo v predelu ust, žrela ali grla, in jim je potrebno pomagati z usmerjenimi vprašanji. Pomaga, če s prstom pokažejo, kje točno imajo težave. Pogosto bolniki z gastroezofagealnim refluksom iščejo pomoč zaradi težav, ki jih občutijo v predelu žrela, grla. Tožijo zaradi občutka cmoka, otekline v predelu spodnjega žrela, grla, imajo občutek, da težje požirajo, pogosto dražeče kašljajo, se odhrkujejo, v žrelu ali ustih jih peče, občasno so hripavi. Takšne bolnike je potrebno povprašati tudi o ostalih dispeptičnih težavah ter o škodljivih prehranjevalnih navadah.

Vrat

Na zunanosti vratu se lahko pokaže vrsta bolezni in sicer vnetja, prirojene nepravilnosti, benigni, maligni tumorji, metastaze, bolezni ščitnice ter sistemske benigne in maligne bolezni. Skupen simptom vsem naštetim je ponavadi oteklina na vratu. Zanima nas predvsem, kdaj in kako je oteklina nastala (nenadoma ali počasi), ali se občasno zmanjša, celo izgine ali pa se samo veča in ne izgine, ali boli, ali je mehka ali trda. Hitro nastala boleča oteklina s pordelostjo kože na vratu in povišano telesno temperaturo navadno govori za vnetje. Na zasevke karcinoma je potrebno posumiti pri starejših bolnikih s škodljivimi razvadami za razvoj karcinoma glave in vratu, ki dalj časa opažajo rastočo oteklino na vratu, ki je trda, okroglasta in navadno ne boli. Enostranske otekline v predelu obušesnih ali podčeljustnih slinavk, ki se povečajo po hranjenju in se nato postopno zmanjšajo, so dokaj značilne za sialolitiazozo.

PREGLED

Uho – otoskopija

Za pregled ušes družinski zdravnik ali pediater navadno uporablja otoskop, s katerim je moč natančno pregledati zunanji sluhovod ter bobnič. Še pred tem pa je potrebno pregledati in pretipati uhelj in njegovo okolico. Tako lahko včasih še preden uporabimo otoskop, sklepamo na vrsto bolezni. Npr. oteklina, rdečina, fluktuacija za uhljem, zabrisana brazda med uhljem in bradavičnikovo ravnino ter štrleč uhelj so znaki mastoiditisa. Boleč poteg za uhelj in pritisk na tragus nakazujeta vnetje zunanjega sluhovoda. Pordel, zadebeljen, boleč cel uhelj razen mečice, je lahko znak perihondritisa. Seveda ob inspekciji in palpaciji takoj opazimo tudi prirojene nepravilnosti, brazgotine, bolezenske spremembe na koži.

Za uspešno otoskopijo je pomemben pravilen položaj. Preiskovalec naj potegne uhelj nazaj in navzgor, ter tako poravnava os sluhovoda. Le tako si z otoskopom, oziroma otorinolaringologu z ušesnim livčkom lahko v celoti prikažemo sluhovod in bobnič. Ko ocenjujemo sluhovod, nas zanima prehodnost, vsebina v sluhovodu (npr. cerumen, izcedek, gnoj, kri, tujki), bolezenske spremembe kože, znaki poškodbe. Pri pregledu bobniča nas zanima, ali je cel, njegova barva, debelina oz. prosojnost, trikotni odsev – refleksi. Normalno je bobnič cel, svetlo siv ali bled, prosojen, z odsevom v

sprednjem spodnjem kvadrantu. Če otrok med pregledom joka, lahko bobnič zaradi napenjanja in hiperimije postane rožnat, injiciran, kar se včasih napačno oceni kot vnetje.

Ob akutnem vnetju srednjega ušesa je bobnič ponavadi najprej moten, s skrajšanim odsevom ali brez odseva, nato pa zadebeljen, pordel, lahko je izbočen, ali pa vidimo na njem perforacijo, skozi katero iz srednjega ušesa izteka gnoj. Zlasti pri otrocih je pogost izlivni (sekretorni) otitis, pri katerem ponavadi vidimo moten ali bledorožnat bobnič s poudarjenimi žilicami, s spremenjenim odsevom, za bobničem lahko vidimo nivo tekočine ali zračne mehurčke. Če nismo prepričani glede perforacije bobniča, ali pa če npr. sumimo na travmatsko rupturo bobniča, vendar je z otoskopijo ne vidimo jasno, si lahko pomagamo tako, da bolniku v sluhovod apliciramo npr. antibiotično raztopino, nato pa otoskopiramo, medtem ko bolnik izvede Valsalvin maneuver. Če ob tem opazimo mehurčke, brbotanje v sluhovodu, gre zelo verjetno za perforacijo oz. rupturo bobniča. Da lažje določimo bolezenske spremembe, najprej pregledamo uho, s katerim bolnik nima težav, in ga nato primerjamo z bolnim.

Preiskave sluha

Že v ambulantni družinskega zdravnika, pri večjih otrocih pa tudi pri pediatru, se lahko orientacijsko oceni sluh. Kvantitativno ocenimo ostrino sluha, kvalitativne preiskave pa pokažejo, za kakšno vrsto naglušnosti gre (prevodna oz. konduktivna, zaznavna oz. senzorinevralna ali kombinirana naglušnost).

Ostrino sluha ocenjujemo z razdaljo, na kateri preiskovanec še sliši šepet (vox parva). Ko ocenjujemo slišnost šepeta, sestra maskira uho, ki ga ne preiskujemo – ga zamaši s kosmom vate in bolnika hkrati masira po tragusu. Tako onemogoči, da bi bolnik slišal tudi na drugo uho in bi to vplivalo na preiskavo. Pri normalnem sluhu preiskovanec sliši šepet na razdalji 6 m.

Kvalitativno ocenimo sluh s preizkusoma po Webbru in Rinneju, za kar potrebujemo glasbene vilice. Preizkus po Webbru izvedemo tako, da zanihane vilice prislonimo preiskovancu na teme v sredino in ga povprašamo, na katero uho bolje sliši. Normalno sliši simetrično na obeh ušesih, pri enostransko prevodni naglušnosti bo bolje slišal na prizadeti strani, pri enostranski zaznavni naglušnosti pa bo bolje slišal na zdravi strani. Preizkus po Rinneju izvedemo tako, da zanihane glasbene vilice najprej postavimo pred preiskovano uho, nato pa ročaj nihajočih vilic prislonimo še na bradavičnik. Bolnika nato povprašamo, kdaj je bila jakost zvoka večja. Pri normalnem sluhu ali zaznavni izgubi sluha bo preiskovanec bolje slišal pri prevajanju zvoka po zračni poti (glasbene vilice so pred uhljem), Rinnejev poskus bo pozitiven. Pri prevodni izgubi sluha bo bolje slišal pri prevajanju po kostni poti (glasbene vilice so prislonjene na ravnino mastoida), Rinnejev poskus bo negativen.

Preiskave ravnotežja

V kolikor gre za periferno vrtoglavico, to je tisto, pri kateri je razlog moteno delovanje enega od obeh ravnotežnih organov, se to navadno z preprostimi preiskavami hitro ugotovi.

Značilen je nistagmus, ki je navadno horizontalen ali horizontalno-rotatoren, se ojača pri pogledu v smeri hitre komponente, ne spreminja smeri hitre komponente, navadno izzveni ob fiksaciji pogleda. Nistagmus je lahko I. stopnje (pojavi se le pri pogledu v smer hitre komponente), II. stopnje (pojavi se tudi pri pogledu naravnost) ali III. stopnje (pojavi se pri pogledu v smer hitre komponente, naravnost in v smer počasne komponente). Smer hitre komponente je navadno proč od prizadetega ravnotežnega organa. Preiskovalec spontani nistagmus ocenjuje tako, da preiskovanec samo z očmi in brez premikanja glave sledi premikanje kazalca na razdalji vsaj 60 cm od oči.

Pri Rombergovem preizkusu bo bolnik padal v smer okvarjenega labirinta, se pravi proti prizadetemu ušesu. Če bolnik pada vedno v smer okvarjenega labirinta, tudi če obrača glavo, pravimo, da je Rombergov preizkus pozitiven, kar je značilno za periferno vrtoglavico.

Nos – sprednja rinoskopija

Za sprednjo rinoskopijo je v uporabi Killianov spekulum, ki pa v ambulantah družinskih zdravnikov in pediatrov ni vedno na voljo. V tem primeru lahko tudi sprednjo rinoskopijo napravimo z otoskopom. Seveda je tudi pri nosu najprej potrebna inspekcija in palpacija zunanosti, da ugotovimo bolezenske spremembe na koži, prirojene ali s poškodbami pridobljene deformacije, brazgotine. Ko uvajamo Killianov spekulum ali otoskop v nosni vestibulum, je pomembno, da se ne dotikamo nosnega pretina in aperture piriformis. Tako bolnika ne boli in ne povzročimo krvavitve iz sprednjega dela nosnega pretina. Na začetku preiskave preiskovancu z desnico usmerimo glavo naravnost naprej. Nato glavo premikamo levo in desno in si ogledamo medialno in lateralno steno nosne votline. Na lateralni steni nosne votline lahko vidimo sprednji del spodnje in srednje nosne školjke in med njima srednji nosni hodnik, kamor se drenira večina obnosnih votlin. V drugi fazi preiskave mu upognemo glavo za 45° nazaj, v zadnji fazi pa maksimalno nazaj, tako da vidimo tudi strop nosne votline.

Sluznica v nosu je običajno rožnata, gladka. Pri akutnem vnetju je pordela, nabrekla, v nosni votlini je izcedek, ki je lahko serozen, mukozen ali gnojen. Pri alergijskem vnetju je sluznica nabrekla, sivo lividna, značilen je voden izcedek ali nitke sluzi med lateralno steno in pretinom. Nosni polipi so največkrat obojestranski, izhajajo izpod srednje nosne školjke, se širijo v skupni nosni hodnik in so sivo rumenkasti, steklasti.

Nosni pretin razmejuje nosni votlini. Če je močno ukrivljen, lahko pomembno poslabša prehodnost ene strani nosu. V tem primeru se prehodnost nosu tudi ob uporabi nosnih dekongestivov bistveno ne izboljša. Na pretinu spredaj (predel Kiesselbachovega pleteža) je najpogostejše origo krvavitve iz nosu. V tem primeru lahko mesto krvavitve vidimo s sprednjo rinoskopijo. Krvavitev iz tega mesta se navadno zaustavi, če bolnik za nekaj minut s prsti močno stisne mehki nosni krili skupaj ob pretin.

Enostranski gnojni ali gnojnokrvavkast izcedek iz nosu je pri otroku velikokrat znak tujka v nosu, pri odraslem pa lahko znak tumorja v nosni ali obnosni votlini. Tujek v nosu se običajno zagozdi med nosni pretin in spodnjo nosno školjko. Iztekanje bistro rumenkaste tekočine, ki se pojavi po poškodbi glave, je sumljivo za likvorejo.

Usta, žrelo - stomaskopija in faringoskopija

Pri pregledu ustne votline in orofarinksa si pomagamo z lopatko ali spatulo. Zelo pomembno je, da se vedno natančno in v celoti pregleda celotna ustna votlina, tudi zgornji in spodnji ustni preddvor, dlesni, zobovje, celotno ustno dno (tudi zadaj ob jeziku) ter trdo in mehko nebo. Snemno protezo je potrebno pred pregledom odstraniti. Potrebno je oceniti tudi gibljivost jezika in mehkega neba. S pritiskom na zadnji del mobilnega jezika si lažje prikažemo nebnični loži z nebnicama. Kakršnokoli asimetrijo nebničnih je potrebno razjasniti.

Pri majhnih otrocih se s pritiskom na zadnji del jezika pogosto pokaže izza jezika tudi poklopec. Tako lahko npr. zelo enostavno in hitro ugotovimo, ali gre za akutni epiglottitis, življenje ogrožajoče stanje; takrat vidimo izrazito pordel in otekel poklopec.

Enako pomembna kot inspekcija je tudi v ustih pomembna palpacija. Ob palpaciji ustnega dna lahko velikokrat otipamo konkremete v izvodilih žlez slinavk, pri oteklinah peritonzilarno pa s palpacijo, kadar ugotavljamo trše in izrazito boleče izbočenje, hitro posumimo na peritonzilarni absces. Na sluznici ustne votline in žrela se sicer pojavljajo številne bolezenske spremembe. Nevarne, sumljive za raka so lahko ulcerozne ali eksofitične, praviloma so palpatorno trše, slabše pomične, vulnerabilne in se večajo.

Epifarinksa, hipofarinksa in grla se navadno v ambulantni družinskega zdravnika ali pediatra ne pregleduje, saj ni na voljo instrumentov, ki omogočajo indirektni ali direktni pregled omenjenih delov. Za takšen pregled potrebujemo ustrezno zrcalce ali endoskop in spretnost pri njihovi uporabi. Pri pregledu grla in spodnjega žrela ocenjujemo, ali je sluznica gladka, oziroma kakšne in kje so bolezenske spremembe na njej. Zdravi glasilki sta blede, gladki in dobro in simetrično gibljivi pri fonaciji. Poleg grla lahko ob primernem sodelovanju bolnika pregledamo tudi zgornji del sapnika. Pri pregledu epifarinksa ocenjujemo sluznico v njem, včasih z zrcalcem vidimo tudi zadnji del nosne votline.

Palpacija vratu

Že ob inspekciji smo pozorni na morebitno asimetrijo na vratu. Pravilno vrat palpiramo tako, da stojimo za sedečim bolnikom, ki ima rahlo sklonjeno glavo v tisto smer, ki jo palpiramo. Potrebno je palpirati vse regije vratu, glavna pomoč pri orientaciji na vratu pa sta mišici obračalki in grlo. Pri palpaciji ne smemo biti preveč nežni. Predvsem potrebuje pozornost in razjasnitev vsaka rezistenca na vratu, ki je čvrste konsistence, navadno neboleča, ki raste in je slabo pomična.

ZAKLJUČEK

Družinski zdravniki in pediatri se pogosto srečujejo s patologijo v predelu ušes, nosu, ust, žrela, grla in vratu. Natančna anamneza je tudi pri boleznih ORL področja ključna in dostikrat že lahko pripelje do diagnoze, ki jo z ORL pregledom in po potrebi tudi z ustreznimi preiskavami samo še potrdimo. Čeprav so pediatri in družinski zdravniki pogosto omejeni s pomanjkanjem ustreznih instrumentov, potrebnih za ORL pregled, pa je njihova prednost, da večinoma bolnike dolgo in dobro poznajo, so seznanjeni z njihovimi dosedanjimi boleznimi, redno terapijo in socialno anamnezo.

VIRI

- Hočevar Boltežar I. Anamneza in preiskava v otorinolaringologiji. Med Razgl 2007; 46: 175-85
- Kambič V. Otorinolaringologija. Ljubljana: Mladinska knjiga, 1984
- Kambič V, Fischinger J, Gale N, Šmid L, Vovk M, Žargi M, Župevc A. Oteklina na vratu. Ljubljana: Klinika za ORL in CFK, 1987
- Becker W, Naumann HH, Pfaltz CR. Ear, nose, and throat diseases. Second, revised edition. New York: Thieme Medical Publishers, Inc, 1994
- Seiden AM. Otolaryngology: the essentials. Stuttgart: Thieme, 2002