

Dr. Huszka János

Akut orrmelléküreg-gyulladások felnőttkorban

Összefoglalás

A szerző áttekinti a felnőttkori akut sinusitisek leggyakoribb formáit, jellemző tüneteit és kezelési lehetőségeit. Hangsúlyozza, hogy a legtöbb akut vírusos rhinitisben a melléküreg-rendszer is érintett, tehát helyesebb rhinosinusitistről beszélni. *Mind a virális, mind a bakteriális sinusitisek kezelése elsősorban konzervatív, és a kezelés kulcsa a melléküreg-ventillációjának helyreállítása.* Ritkán szükséges a sinus maxillaris öblítése, és még ritkábban valamilyen melléküreg-műtét elvégzése. Felhívja a figyelmet az akut invazív gombás rhinosinusitisek jellemzőire és a melléküreg-gyulladások szövődményeire. Gyakori, elhúzódó kezelést igénylő sinusitisek esetén gondolni kell olyan endonasalis eltérésre, ami akadályozza a melléküreg- és az ún. osteomeatalis egység ventillációját. Az ilyen problémák műtéti korrekciója (FESS) sok esetben a záloga a későbbi rhinosinusitisek spontán gyógyulásának.

Az orr melléküregeinek akut gyulladása általában vírusfertőzés okozta akut rhinitishez társul, de hogy a betegség az esetek nagy részében nem áll meg a melléküreg- szájadéka előtt, azt a szakirodalmi adatok is bizonyítják. Akut náthás felnőttek CT vizsgálata során több mint 85%-ban találtak valamilyen fokban érintettnek a melléküreg-rendszert is. Ezért a kérdés szakértői ilyen esetekben inkább **virális rhinosinusitistről** beszélnek.^{1,2}

A heveny, vírus okozta felső légúti fertőzés jellemző tünetei: változó mértékben rossz közérzet, fáradékonyság, subfebrilitas, láz, végtagfájdalmak, a garat és orrnyálkahártyára lokalizált panaszok, orrdugulás, vizes jellegű orrfolyás, szaglászavarok, halláscsökkenés. Ezekhez társulnak az érintett melléküreg-ekre lokalizált panaszok, melyek hiánya nem jelenti azt, hogy a beteg-

nek nincs sinusitise. A betegség következtében változó mértékben duzzadt orrnyálkahártya orrgyök táji, a fertőzött melléküreg fölötti feszítő vagy tompa nyomásérzést és néha erős fájdalmat is okozhat. Eleinte pusztán a melléküregi szájadék elzáródása utáni vákuum kialakulása következtében érezhet a beteg fájdalmat, majd amikor a duzzadt arcüreg-nyálkahártya mellett nehezen ürülő vagy kifolyni nem képes váladék feszíti az üreget, a fájdalom fokozódhat, főleg előrehajlaskor.

Leggyakoribb a sinus maxillaris gyulladása a rostasejtekkel együtt. A sinus frontalis ritkán és a sphenoidalis még ritkábban betegszik meg. Ha a folyamat valamennyi melléküreget érinti, *pansinusitistről* beszélünk.³

A gyulladt melléküreg felett ujjbeggyel megnyomva vagy kopogtatva a beteg fájdalmat jelez.

Sinusitis maxillarisnál a fossa canina és az arcüreg elülső fala érzékeny, a fájdalom gyakran a felső fog-sorban jelentkezik, és fokozottan nyomás-érzékeny lehet a n. infra-orbitalis kilépési helye is.

Sinusitis frontálisnál az elülső és az alsó fal (a belső szemzug fölött), a foramen supraorbitale környéke fájdalmas.

Rostasejt gyulladásra jellemző lehet a belső szemzug, az orrgyök fájdalma, de a beteg a szemüregbe vagy a halántékba sugárzó fájdalomról is panaszkodhat.

A sinus sphenoidalis gyulladása esetén a fájdalom gyakran a fejtetőbe sugárzik, de néha nehezen lokalizálható; sugározhat a halántékba, de a tarkóba is.

Az arcüreggyulladás kialakulását elősegíti az orrsövényferdülés okozta ventillációs zavar, az ún. osteomeatalis egység valamilyen deformitása, de bármilyen endonasalis eltérés (tumor, polip, allergiás nyálkahártya-elváltozás, orrkagyló-túltengés, stb.), ami rontja az orrlégzést.^{4,5} A vírusfertőzés okozta gyulladással reakció a melléküreg-nyálkahártya ödémája mellett a csillószőrök mozgását is gátolja, ami rontja az orr és melléküreg-rendszer clearance mechanizmusát, és ezzel elősegíti bakteriális felülfertőzést, bakteriális sinusitis kialakulását.

Egyoldali orrváladékozás szinte mindig melléküreg-gyulladásra jellemző. Ilyenkor rhinoscopia anterior során a középső kagyló alól általában purulens váladék ürülését észleljük, és az orrgarat felől is hasonló váladékcsergés látható. Sinusitis gyanúját támasztja alá, ha a beteg lefekvés után fokozódó köhögéssről is panaszkodik. Akut melléküreg-gyulladás kialakulhat azonban – leginkább a sinus maxillarisban – dentogen ok miatt, fúrdésnél bekerült szennyezett víztől, esetleg haematogen úton, de az orrmelléküreg-rendszert ért sérülés vagy barotrauma után is.³

Kezelés

Akut sinusitis esetén kezdetben mindig konzervatív.

A vírusfertőzés általános tüneteinek csillapítása mellett a legfontosabb az orrlégzés biztosítása, nyálkahártya-lohasztása (*orrcsepp, de inkább orrspray* használata maximum 7-9 napig), hogy a melléküreg- szájadéka szabaddá váljanak, a váladék kiürülhessen. Sokat segít a beteg komfortezésén, ha pusztán nedvesíti az eleinte száraz, gyulladt orrnyálkahártyát (pl. fiziológiás sóoldattal, de spray formájában is hozzá lehet jutni hasonló oldathoz. *Egy régi recept szerint egy dl forralt vízbe teszünk egy késhegynyi konyhasót és két késhegynyi szódabikarbónát, és ezt orrcseppként alkalmazzuk. Kiválóan nedvesít és oldja a beszáradt orrváladékat, segítve kiürülését.*) Decongestiv orrcseppek hosszabb idejű használata közben érdemes beiktatni valamelyik fentebb említett nedvesítő szer alkalmazását. Segíti a betegek gyógyulását valamilyen antiplogesticum szedése és a beteg arcüreg naponta 2 x 10 percig tartó *melegítése*. Egy hét, 10 nap alatt a betegek rhinosinusitise általában meggyógyul. *Antibiotikum szedését ebben a fázisban nem javasoljuk.* Az arcüreg öblítésére is csak elvétve van szükség. Ha a váladék per vias naturales távozzon, és a melléküreg-ventillációja helyreáll, a beteg meggyógyul.

Akut bakteriális sinusitis esetén is a legfontosabb teendő az orrlégzés, a melléküreg-ventilláció biztosítása, helyreállítása. Itt már megfontolandó az antibiotikus kezelés, esetleg célzott

Dr. Huszka János
Szent István Kórház Fül-Orr-Gégészeti
és Fej-Nyaksebészeti Osztály
1096 Budapest, Nagyvárad tér 1.

formában. Főleg, ha az addigi gyógyító lépések eredménytelennek bizonyultak. Elhúzódó gyógyulás esetén gondolni kell dentogen vagy gombás eredetre is. Ha a beteg a gondos kezelés ellenére sem javul vagy panaszai fokozódnak, fül-orr-gégészeti és fogászati szakrendelésre küldése javasolt. Amennyiben a betegnek allergiás, asztmás anamnézise van, érdemes antihistaminnal és localis steroiddal kiegészíteni a kezelést. Antihistamin egyéb nehezebben gyógyuló arcüreggyulladás illetve felső légúti hurut panaszainak csökkentését is segítheti.

Röviden ki kell térnünk a **fog eredetű melléküreg-gyulladásokra**. Általában ismétlődő vagy nehezen gyógyuló egyoldali purulens sinusitiseknél gondolni kell rá. A váladékra jellemző, hogy rendkívül bűzös lehet. Gyakran a beteg maga is panaszkodik, hogy kellemetlen szagot érez. Ilyen esetekben az arcüregöblítés általában nehezen kerülhető el. Az öblítő folyadékkal pozitív esetben bűzös, törmelékes, sárga gennyes váladékot nyerünk, ami alátámasztja a felállított diagnózis gyanúját. Gócként a megfelelő oldali felső 4-5-

6-os fogak, ritkán a 7-es fog jöhet számításba. Panoráma felvétel, fogászati vizsgálat és kezelés segíthet a kérdés eldöntésében, illetve a gyógyításban.

Ha foghúzás során antrooralis fisztula alakul ki, ez szinte mindig purulens sinusitis kialakulásával jár (általában akkor is, ha a sinus előtte nem volt beteg). A fisztula gyakran spontán záródik, ha nem, műtéti zárása indokolt.

Foglalkoznunk kell még az **akut invasív gombás rhinosinuszitissel**.⁶ Gondolni kell rá, ha immunhiányos beteg jelentkezik sinusitisre jellemző tünetekkel. Súlyos kórkép, rossz prognózissal. Hematológiai daganatos betegségben szenvedő, kemoterápiában, csontvelő vagy más szervtranszplantációban részesült vagy HIV betegeknél alakulhat ki, de rosszul beállított 1-s típusú diabetes mellitus, aplasticus anaemia, haemochromatosis mellett is. Enyhe tünetek észlelhetők, mert a beteg nem képes erősebben reagálni. Leggyakoribb tünet (90%-ban) az ismeretlen eredetű láz, ami nem reagál 48 órán át adott széles spektrumú intravénás antibiotikumra sem. A láz hiánya nem zárja ki a kórképet, különösen

helyi tünetek esetén nem, mint arc- és periorbitalis fájdalom, orrdugulás, orrfolyás és fejfájás. A beteg ellátása sürgős intézeti elhelyezést igényel.

Az akut melléküreg-gyulladások szövődményei

Ha a beteg állapotában rosszabbodás figyelhető meg, ha panaszai ismét fokozódnak, ha a javuló tünetek után ismét belázasodik, ha fejfájása intenzívebbé válik, ha szemhéja beduzzad, vörös lesz, stb., komplikációra kell gondolni.

Leggyakrabban a rostasejtek genyres gyulladása terjed rá a szemüreg szöveteire. *Orbitatályog* és *phlegmone* is kialakulhat a n. opticus súlyos károsodásával, amit *meningitis* valamint a *sinus cavernosus thrombosis*a követhet.

A sinus sphenoidalis gyulladása sinus cavernosus thrombosis és meningitist okozhat.

Hasonlóan intracranialis komplikáció (*meningitis*, *agytályog*) alakulhat ki homloküreg-gyulladás következtében is.³

Bármilyen melléküreg-gyulladás szövődmény gyanúja esetén sürgős fül-orr-gégész szakorvosi vizsgálat

illetve intézeti elhelyezés indokolt. Szövődmény nagyon ritkán jön létre, de ha igen, az időben végzett megfelelő kezelés és beavatkozás életmentő lehet.

Általában elmondható, hogy ha a fentiekben részletezett kezelésre egy beteg akut rhinosinuszitis/sinuszitis 2 hét alatt nem gyógyul meg, érdemes fül-orr-gégészeti szakrendelésre küldeni, ahol rhinoscopia, orrendoscopia és rgt felvétel elvégzése után könnyebben tudnak dönteni a további szükséges teendőkről (arcüregöblítés, kiegészítő gyógyszeres kezelés, laboratóriumi vizsgálatok, septum vagy rostasejt-műtét [FESS], stb.).

Komplikáció gyanúja esetén a hagyományos orrmelléküreg felvétel nem ad elégséges információt a folyamat kiterjedésének, súlyosságának megítélésére. Ebben az esetben CT vizsgálat elvégzése feltétlenül szükséges.

Az arcüregöblítésről röviden:

Konzervatív kezelésre nem javuló és a betegnek alig elviselhető arcüregtáji (sinus maxillaris) fájdalom esetén indikáljuk (ez leginkább a saját gyakorlatomról szól). Tehát a döntést befolyásolja az orvos kora, tapasztalata és vérmérséklete a beteg

panaszai és tünetei mellett. Az öblítés előtt mindenképpen szükséges egy jó minőségű hagyományos orrmelléküreg felvétel. Amennyiben a sinus maxillaris fedett vagy részlegesen fedett, de benne folyadéknyívó látható, akkor érdemes elvégezni az öblítést. Ha előtte megfelelő intranasalis érzéstelenítést és nyálkahártya-lohasztást végzünk, a beavatkozás nem jár fájdalommal, és utána a beteg panaszai jelentős mértékben csökkennek. Pozitív esetben az öblítő folyadékból leoltás végezhető bakteriális vizsgálatra (esetleg gombára is). Az átmosás majd átlevégőztetés után megfontolható intracavitalis antibiotikum adása is. A mosást – kezelést másnaponta ismételjük addig, amíg az öblítő folyadék negatívvá nem válik.

Ha 7-8 öblítés után is pozitív az eredmény, meg kell fontolni valamilyen, a gyógyulást segítő műtéti beavatkozás elvégzését. Ez a mi gyakorlatunkban, de a korszerű melléküreg-sebészeti gyakorlatban is az ún. FESS-t jelenti (Functional Endoscopic Sinus Surgery), amikor orrendoszkóp mellett a melléküreg-rendszer legkritikusabb helyén, az osteomeatalis egység területén olyan műtétet végzünk, amely a lehető legki-

sebb beavatkozás, de megteremti a gyógyulás alapját.^{4,5}

Ismétlődő akut melléküreg-gyulladások után, de nehezebben gyógyuló esetekben is gondolni kell valamilyen anatómiai vagy egyéb már említett intranasalis eltérésre (septumdeviatio, concha bullosa, stb.), ami oka lehet ezen problémáknak. Megfelelő szakintézetben történő kivizsgálás után a mai korszerű műtéti megoldásokkal segíthetünk az ilyen betegeknek.

Irodalomjegyzék:

1. Gwaltney JM Jr., Philips CD, Miller RD, Riker DK: *Computed tomographic study of the common cold* N. Engl. J. Med. 1994; 330: 25-30
2. Lund V J. : *Rhinosinusitis* Br.J.Hosp.Med. 1997; 57: 308-312
3. Ribári O.: *Fül-Orr-Gégészet Fej-Nyaksebészet in: A melléküreggyulladásos megbetegedései* Medicina,1997 ; 237-246
4. Stammberger H.: *Endoscopic endonasal surgery: concepts in treatment of recurring rhinosinusitis*, Otolaryngol Head Neck Surg. 1986; 94:143-145
5. Kennedy DW: *Functional endoscopic sinus surgery: technique* Arch. Otolaryngol. 1985; 111: 643-649
6. Gillespie MB, O'Malley BW, Francis HW: *An approach to fulminant invasive fungal rhinosinusitis in the immunocompromised host* Arch. Otolaryngol.- Head and Neck Surg. 1998; 124: 520-526