

ad 2072

Adatok a nyelősőbetegségek röntgen-
diagnosztikájához: gyulladásos szűkületek

IRTA :

FOGEL MÁRIA

TUDOMÁNYOS MINŐSÍTŐ BIZOTTSÁG

Az értekezés opponensei:

FÓTI MIHÁLY

az orvostudományok kandidátusa

GIMES BÉLA

az orvostudományok kandidátusa

ERDÉLYI MIHÁLY

az orvostudományok kandidátusa

A stricturáló nyelőcsőgyulladás aránylag ritka kórkép. A III. Sebészeti Klinika ötszáz nyelőcsőbetege között hat év alatt összesen 22 esetet volt alkalmam megfigyelni. A nemek közötti megoszlás: 12 nő és 10 férfi. A betegek kora, egy kivételével, 43 és 74 év között volt, tehát az a kor, amelyben a tumor a leggyakoribb.

1. Klinikai diagnosztikai szempontból célszerűnek bizonyult saját eseteinket és az irodalomban közölt eseteket az etiologia, pathogenesis és pathomechanizmus alapján a következőképpen csoportosítani:

- a) Reflux-, pepticus ösophagitis, pepticus nyelőcsőfekély,
- b) felső hasi gyulladáshoz szövődő nyelőcsőgyulladás,
- c) chemiai, mechanikus, thermikus, toxicus ártalmak, vénás pangás, ürülési zavar talaján keletkezett gyulladás,
- d) specifikus, sarjadzások gyulladás: tuberkulózis, lues, mykózis,
- e) bőr és nyálkahártya, valamint haematologiai megbetegedés: scleroderma, epidermiolysis bullosa, Plummer—Vinson syndroma, agranulocytosis szövődményeként létrejövő gyulladás,
- f) a környezetről a nyelőcsőre terjedő,
- g) ismeretlen eredetű gyulladás.

2. Leggyakoribb a refluxösophagitis, ami az irodalmi adatokban is kifejezésre jut; a közölt esetek jelentős része ebbe a kategóriába tartozik.

22 esetünkől 10 stricturáló refluxösophagitis volt. A reflux, illetve cardiainsuffitientia leggyakoribb oka csuszamlásos hernia, ritkábban rövid ösophagus, Lortat—Jacob, Hoffmann és Robert által leírt cardiaanomalia, melyben a nyelőcső és a gyomor függesztő szalagainak kongenitalis gyengesége vagy hiánya áll fenn. Reflux figyelhető meg minden olyan műtét után, amelyben a cardiát resecálják vagy működését kiiktatják. Reflux jöhet létre fokozott intragastricus nyomásnál pylorusstenosisban, valamint tumor, ascites vagy graviditás miatt megnövekedett hasúri nyomásnál. Reflux keletkezik gyomorresectio után, ha a csontkicsi és az ürülés nem egészen zavartalan, vagy a csontkot túltöltik.

A csuszamlásos hernia gyakorisága mellett, a stricturáló nyelőcsőgyulladás aránylag ritka. Allison, Sweet úgy vélik, hogy

a regurgitatio mellett más tényezők — ulcusbetegségnek, ulcusra való hajlammak, heterotopiás gyomornyálkahártyának — is része van a gyulladás keletkezésében.

Eseteinkben röntgenvizsgálattal gastro-duodenalis ulcust nem találtam, viszont különböző más ártalmat lehetett kimutatni, amely a nyelőcső nyálkahártyájának ellenállását a regurgitaló gyomornedvvel szemben csökkentette.

3. Három betegünkben ulcus miatt végzett műtét után keletkezett a szűkületet okozó nyelőcsőgyulladás. Két betegnél perforatio után sutura, illetve resectio történt, a nyelési panaszok 3—4 héttel a műtét után kezdődtek. Tekintettel arra, hogy mind a két esetben perforatio előzte meg a nyelőcsőgyulladást, valószínűnek tartom, hogy a keletkezett felső hasi gyulladás a nyirokutak mentén vagy thrombophlebitis útján retrográd terjedt a nyelőcsőre. A harmadik operált beteg ösophagitise 3 évvel a második resectio után kezdődött, a nyelőcső középső harmadára lokalizálódott. Az elváltozás ebben az esetben nem annyira a műtéttel, mint inkább a fekélybetegséggel hozható összefüggésbe.

4. A nem reflux eredetű gyulladásos szűkületek pathogenesis, amint az a csoportosításból kiderül, különböző. Jelentős részüket a lúgos stricturák, továbbá elakadt idegen test, műszeres perforatio, nyelőcső műtétek utáni szövődemény, tartós szonda által okozott decubitalis gyulladás teszi ki.

5. Specifikus gyulladás: tuberkulozis, lues, mykosis ritkán fordul elő. A klinika nagy specifikus tüdősebészeti anyagában egy olyan esetet sem találtam, amelyben a primaer tuberkulotikus eredetű szövettanilag bizonyítani lehetett volna. Aránylag kevésbé ritka a periösophagitis tuberculosa. A szervi lues a tuberkulozissal is ritkább.

A gyakori felületes monilia ösophagitis mellett, az utóbbi években, a széles spektrumú antibioticumok alkalmazása óta, néhány monilia eredetű mély nyelőcsőgyulladásról számolnak be, melyet főleg Cortison és Tetran egyidejű adagolása után észleltek.

6. Idősebb nőbetegek felső nyelőcsőszűkülete sideropeniás dysphagiára gyanus. Terracol—Sweet szerint léteznek olygosymptomás formák, melyeknél csak hypochrom anaemia áll fenn, a Plummer—Vinson syndromatypusos nyálkahártyatünete hiányozhat.

A scleroderma a parenchymás szervek között a tüdőt és a nyelőcsövet támadja még leggyakrabban. A fal sclerosisa miatt a nyelőcső tágongó, az ürülés kissé elnyújtott, számottevő ürülési akadály azonban rendszerint nincsen. 56 sclerodermás betegünkön csak egy esetben találtam organikus szűkületet, amely jelentős nyelési panaszokat okozott.

Epidermiolysis bullosában, agranulocytosisban előforduló esetek kevésszámúak. Terracol—Sweet egy élőben diagnosztizált és néhány sectionnal felderített agranulocytosis eredetű ösophagitist ismertet.

7. A környezetről a nyelőcsőre terjedő gyulladás rendszerint tuberkulotikus eredetű. A pathogenesisre az elmeszesedett nyirokcsomók vagy a spondylitis tuberculosa és a kíséző paravertebralis tályog utalnak.

Dysphagiaspondylosis deformansban is előfordul. A szűkületet vagy az osteophytának a nyelőcsőre gyakorolt nyomása, vagy a nyomás miatt kialakult pangás, következményes gyulladás, hegesedés okozza. (Forestier és Rotès, Lackner, stb.) Schüller szerint spondylosis deformansban a szalagok csontosodását mindig gyulladás előzi meg, lehetséges tehát, hogy a mellő szalagokról a gyulladás a nyelőcsőre terjed. Az időskori spodylosis gyakorisága mellett, ez a szövődmény igen ritka.

8. Vannak esetek, amelyeknek a pathogenesisét nem lehet tisztázni. Ezekben vettem fel a gondolatot, hogy vajon nem lehetséges-e, hogy a Crohn féle betegség a nyelőcsövet is megtámadja? Erre vonatkozó kórbonctani, kórszövettani leletek azonban hiányoznak.

9. Saját eseteinken tett megfigyeléseim és a kevésszámú szakirodalmi közlemény alapján megállapítható, hogy a stricturáló nyelőcsőgyulladásnál olyan morfológiai és funkcionális röntgentüneteket lehet kimutatni, amelyek segítségével az esetek jelentős részébeu a helyes diagnózis felállítható.

10. A reflux ismeretében a refluxösophagitis, a pepticus nyelőcsőfekély nem okoz diagnosztikai problémát. Minden nem reflux eredetű szűkületet elsősorban infiltráló tumortól, scirrhistól kell elkülöníteni; 22 betegünk közül kilencet cc, ösophagi vagy cc. cardiae diagnózissal utaltak be.

11. A differenciáldiagnózisban lúgos strictura, megnagyobbodott nyirokcsomó által okozott benyomat, rendellenes ér által okozott lefűzés, kongenitalis nyálkahártya anomalia jönnek számításba. Distalis szűkületeknel gondolni kell a Johnstone által ismertett, körülírt idiopathiás izomhypertrophia-ra és a gyomornyálkahártyaprolapsus lehetőségére is.

12. A diagnózisban a röntgenvizsgálat mellett az anamnézisenek, az ösophagoscopiának, a biopsiának, illetve a szövettani leletnek van jelentősége. A szövettani lelet értékelésénél azonban számításba kell venni, hogy negatív vagy gyulladásra utaló lelet nem zárja ki teljesen a tumort, mert az excisio az ép szövetben, a tumor feletti

reaktív gyulladásos szövetben, vagy submucosus tumor esetében a felszínes, normális nyálkahártyarétegben történhet.

Fentiekből következik, hogy gyulladásos szűkületek felismerésében a hangsúly a röntgenvizsgálaton van. Munkámban a körkép pathomechanizmusához, az etio-pathogenezishez és a röntgentűnetekhez igyekeztem adatokat szolgáltatni.

Felelős kiadó: dr. Fogel Mária

63.56477 Akadémiai Nyomda, Budapest — Felelős vezető: Bernát György