



Хирургични възможности за лечение при хиперплазия на тубарната тонзила – пилотно проучване

Surgical opportunities for the treatment of the tubal tonsil hyperplasia – pilot study

И. Ботев, Б. Ботев

I. Botev, B. Botev

Клиника по УНГ-болести, УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ” – София

Резюме

Извършихме пилотно проучване с цел да апробираме хирургична техника по отношение на хиперплазията на тубарната тонзила. При 11 пациенти (6 деца и 5 възрастни) след огледа и дефинирането на патологията в епифаринкса, ексцесивно хиперплазираната лимфоидна тъкан в областта на торус тубариус се отстрани посредством апарат Coblator II (Arthrocare®). На контролните прегледи на 6 месеца след операцията 7 от оперираните показаха нормални аудиологични показатели, 3-ма имаха подобрене и 1 получи рецидив. Ние считаме, че евапорацията на хиперплазираната тубарна тонзила посредством Coblator е един обещаващ хирургичен метод при тубарна дисфункция.

Ключови думи: коблатор, коблация, тубарна тонзила, хиперплазия на тубарната тонзила, дисфункция на Евстахиевата тръба

Summary

The pilot study we conducted was to investigate a surgical technique for the hyperplasia of the tubal tonsil. In 11 patients (6 children and 5 adults) after we examined and defined the pathology in the epipharynx, we removed the excessive lymphoid tissue in torus tubarius by Coblator II (Arthrocare®) medical device. The control examinations (6 months after surgery) revealed that, 7 of the patients showed normal audiological parameters, 3 had improvement of the ear status and 1 showed reoccurrence. We believe that the evaporation of the hypertrophied tubal tonsil using Coblator is a promising surgical method in patients with tubal dysfunction.

Key words: coblator, coblation, tubal tonsil hypertrophy, dysfunction of the Eustachian tube

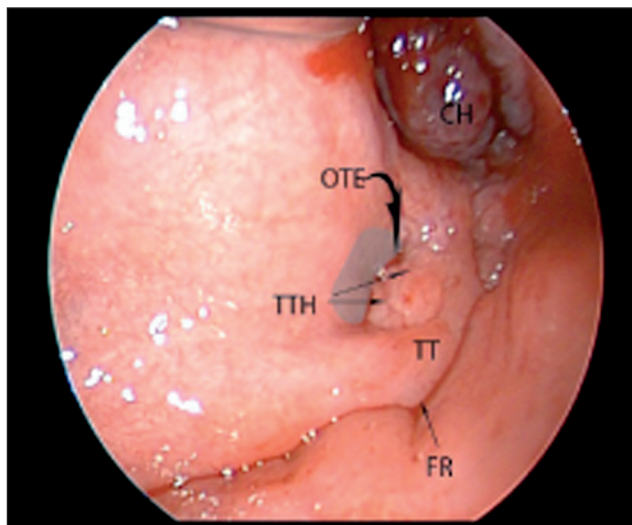
Рецензент проф. Т. Карчев д.м.н.

Материали и метод

За целта на изследването подбрахме 11 пациенти (6 деца и 5 възрастни) с дисфункция на Евстахиевата тръба и хиперплазия на тубарната тонзила, които въпреки провежданото консервативно лечение не показаха подобрене. За верифициране състоянието на средното ухо използвахме отоскопия, аудиометрично изследване и тимпанометрия. Състоянието в епифаринкса, носа и синусите се определяше чрез задна риноскопия, предна риноскопия, а също така и посредством данни от налична образна диагностика на синусите и епифаринкса. След огледа и дефинирането на патологията в епифаринкса ексцесивно хиперплазираната лимфоидна тъкан в областта на торус тубариус се отстрани посредством апарат Coblator II (Arthrocare®). Избрахме последния заради удобствата, които предлага (удобен работен накрайник, достигащ без затруднение до точката на апликация), практическата липса на интраоперативно кървене, както и възможността за добър контрол върху хода на процедурата. Процедурата може да се дефинира като тубопластика – пластика на фарингеалното отворствие на Евстахиевата тръба, като целият ход на операцията се провежда под директен визуален контрол с 45° оптика трансорално. За по-добър достъп се използва усторазтворител по Davis-Boyle, а небцето е вързано двустранно с тънки катетри (8СН). Настройките на апаратурата бяха следните: коблация – между 7 и 8 и коагулация – между 3 и 4. Постоперативните резултати бяха проследени чрез контролни прегледи на 6 месеца.

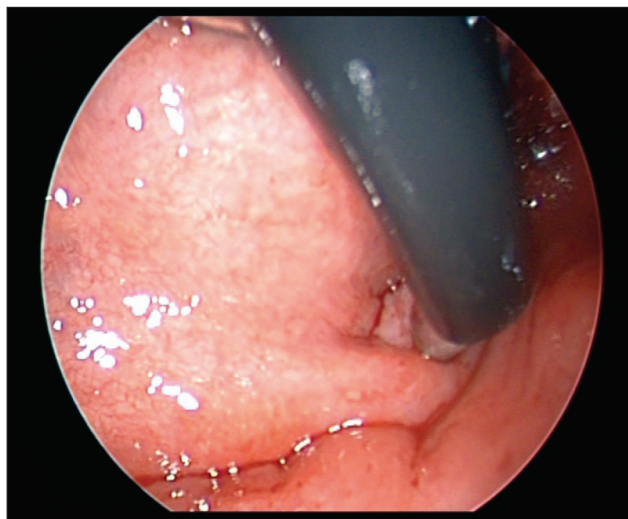
При 5 от пациентите хипертрофията на тубарната тонзила беше I ст., при 4 – II ст. и при двама беше III ст. При ограничено разрастване на лимфоидна тъкан

във входа на Евстахиевата тръба (I ст. хиперплазия) – отстраняваме ексцесивно хиперплазираната тъкан посредством фин накрайник с редуциран диаметър PROcise EZ[®], като евапорираме лигавицата само на задната стена на остиума и внимаваме да не се засегне срещулежащата лигавица. По този начин се избягва възможността от възникване на постоперативни синехии и стенози на остиума. При лечение на II и III степен на хиперплазия на тубарната тонзила използваме предимно накрайник Evac 70 Xtra[®], който е с по-голяма работна площ. При отстраняването на лимфоидната тъкан от входа и предната стена на ямката на Розенмюлер не трябва да се засяга срещулежащата лигавица. В противен случай може да се стигне до постоперативни синехии и сраствания, които да компрометират механиката на отваряне на Евстахиевата тръба. При съчетание на хиперплазията на тубарната тонзила с аденоидна вегетация или аденоиден рест последните бяха също евапорирани с накрайника Evac 70 Xtra[®]. При 2 от децата се наложи в хода на оперативната процедура да се извърши и двустранна парацентеза на тъпанчевите мембрани по повод на серозен отит, за да се отстрани течността от средното ухо. При 2-ма от възрастните пациенти се наложи допълнително да извършим редукция на конхите посредством ИТТ (интерстициална термотерапия) с апарат Celon, поради наличие на тежка хипертрофия на задните полюси на долните носни конхи. На фиг. 1 се вижда статусът в епифаринкса на 38-годишен

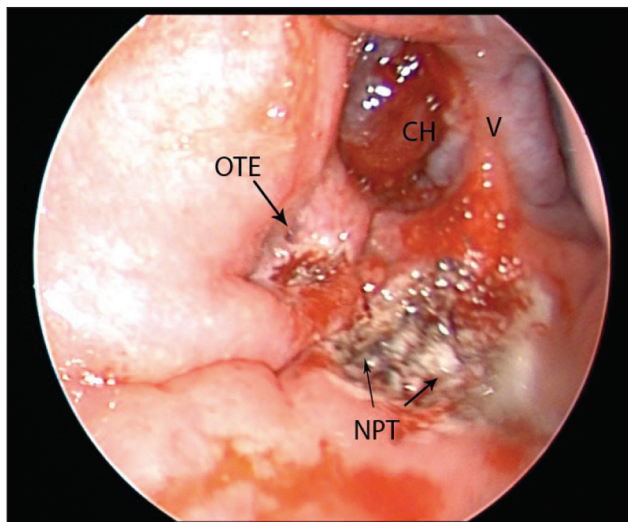


Фиг. 1. Ендоскопия на пациент на 38 г. с II степен хиперплазия на тубарната тонзила (ТТН); ОТЕ – фарингеално отворстие на Евстахиевата тръба, ТТ – торус тубариус, FR – ямка на Розенмюлер, СН – хоана. Зоната в сиво показва мястото на срещулежащата на ТТН лигавица, което не трябва да се засяга при интервенцията, за да се избегнат постоперативни синехии.

пациент с тубарна дисфункция. Отбелязана е зоната, която трябва да се пази при тубопластиката. Вижда се интраоперативната позиция на накрайника и непосредственият постоперативен резултат (фиг. 2 и фиг. 3). При същия пациент се наложи и отстраняване на аденоиден рест и интерстициална термотерапия (ИТТ) на долни носни конхи – на фиг. 1 се вижда хипертрофиралият заден полюс на долна носна конха в областта на хоаната.



Фиг. 2. Евапорация на тубарната тонзила на същия пациент.



Фиг. 3. Непосредствен постоперативен резултат при същия пациент. Вижда се ложето на отстранената тубарна тонзила. ОТЕ – фарингеално отворстие на Евстахиевата тръба, NPT – ложе на рест на назофарингеална тонзила след евапорация, СН – хоана, V – вомер.

Резултати

При всички пациенти оперативният период протече без усложнения и с минимално интраоперативно кървене. След всяко оперативно отстраняване на хиперплазираната тубарна тонзила назначихме



постоперативни контролни прегледи на 1, 3 и 6 месеца. Двама от възрастните подобриха изравняването на налягането на средното ухо в рамките на 2 часа след операцията. При нито един от оперираните пациенти не отбелязахме усложнение от постоперативно кървене.

Функционалното състояние на Евстахиевата тръба и средното ухо беше проследено посредством отоскопия, пробата на Валсалва, тимпанометрия и аудиометрия. На контролните прегледи 6 месеца след операцията 7 от оперираните показаха нормални аудиологични показатели, 3-ма имаха подобрене на ушния статус и 1 получи рецидив. Последното го отдадохме на продължаващия хроничен риносинусит при този пациент, който се поддаваше изключително трудно на терапевтичен контрол.

Обсъждане

В последните години с развитието на технологиите все по-често като методи за лечение на проблемните сливици се използват лазери, електроножове, микродебридери и др. Elluru и Clemens в своите изследвания представят използването на електронож при отстраняването на аденоидната вегетация, като наблягат на нуждата от внимателно отстраняване и на хиперплазираната перитубарна лимфоидна тъкан (1, 3). За визуализация на оперативното поле те използват ларингеално огледало, като придърпват мекото небце с тънък катетър. Постигат значително по-оскъдно интраоперативно кървене, а постоперативните усложнения са сведени до минимум. Подобна техника – електронож с иригация-аспирация използва и Emerick (4). Само един от неговите пациенти получава рецидив на

симптомите, което се дължи на остатъци от тубарната тонзила, които впоследствие са отстранени с микродебридер. Honda представя използването на CO₂-лазер за отстраняване на тубарната тонзила – само 3 пациенти от 177 случая имат рецидив на заболяването след хирургичното лечение (2). За визуализация се използва ендоскопска техника. Подобен метод използват и други автори, които наименоват процедурата лазерна тубопластика (6, 7, 9). Те изпаряват ексцесивната лимфоидна тъкан в областта на задната устна на torus tubarius и подчертават, че трябва да се внимава да не се засегне предната устна на торуса, което може да доведе до постоперативни усложнения – синехии и стеноза на входа на Евстахиевата тръба. Koltai и Rodriguez предлагат използването на микродебридър с аспирация за по-прецизно отстраняване на аденоидната вегетация и перитубарната лимфоидна тъкан (5, 8). При техните проучвания резултатите показват от 20% (Koltai) до 59% (Rodrigues) редукция на общото оперативно време спрямо това при операция, извършена по класическия метод с кюрета. Не откриват разлика в честотата на постоперативните усложнения при двата метода. И двамата автори отчитат намалена кръвозагуба и повишена прецизност на метода с микродебридър по отношение на тубарната тонзила.

В заключение по отношение на оперативното лечение при хиперплазията на тубарната тонзила може да се каже, че прецизността на намесата зависи от 2 фактора – добра визуализация (директна или индиректна) на оперативното поле и използване на инструменти, даващи възможност за подобрен контрол върху хода на интервенцията (лазер, коблатор, микродебридър, електронож).

Литература

1. Clemens J, McMurray JS, Willging JP. Electrocautery versus curette adenoidectomy: comparison of postoperative results. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol* 43: 115-122, 1998.
2. Honda K, Tanke M, Kumazawa T. Otitis media with effusion and tubal tonsil (video). *Acta Otolaryngol Suppl* 454: 218-221, 1988.
3. Elluru RG, Johnson L, Myer CM. Electrocautery adenoidectomy compared with curettage and power-assisted methods. *Laryngoscope* 112: 23-25, 2002.
4. Emerick KS, Cunningham MJ. Tubal tonsil hypertrophy: a cause of recurrent symptoms after adenoidectomy. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg* 132: 153-156, 2006.
5. Koltai PJ, Chan J, Younes A. Power-assisted adenoidectomy: total and partial resection. *Laryngoscope* 112: 29-31, 2002.
6. Kujawski OB, Poe DS. Laser eustachian tuboplasty. *Otol. Neurotol* 25: 1-8, 2004.
7. Poe DS, Metson RB, Kujawski O. Laser eustachian tuboplasty: a preliminary report. *Laryngoscope* 113: 583-591, 2003.
8. Rodriguez K, Murray N, Guarisco JL. Power-assisted partial adenoidectomy. *Laryngoscope* 112: 26-28, 2002.
9. Sedlmaier B, Pomorzev A, Haisch A, Halleck P, Scherer H, Göktas O. The improvement of middle ear ventilation by laser ablation of the epipharyngeal eustachian tube: a prospective study. *Lasers Med Sci* 24: 793-800, 2009.