

**A globus pharyngeus differenciál-diagnosztikai  
és terápiás buktatói – felmérés a hazai diagnosztikus és  
terápiás gyakorlatról**

*Dr. Gerlinger Imre, Drd. Kiss Doloresz,  
Dr. Török László, Dr. Patzkó Ágnes,  
Dr. Moric Krisztina, Dr. Pytel József*  
PTE ÁOK Fül-orr-gégészeti és  
Fej-nyaksebészeti Klinika

H-7621 Pécs  
Munkácsy M. utca 2.  
e-mail: [i.gerlinger@freemail.hu](mailto:i.gerlinger@freemail.hu)

A globus pharyngeus – gombócérzés a garatban – a mindennapi orvosi gyakorlatban előforduló viszonylag gyakori panasz, amelyet a lakosság 6 %-a élete folyamán előbb-utóbb megtapasztal. *Hippocrates* már 2500 évvel ezelőtt említést tett erről a tünetről (11). A korábban gyakran használt globus hystericus kifejezés egyrészt a latin globus (gömb, labda) szóból ered, másrészt arra utal, hogy egykoron az uterus dysfunkciójával magyarázták a nőkben gyakoribbnak ítélt hysteriás tüneteket. *John Purcell* 1704-ből származó leírásában a gége előtti izmok kontrakcióját vélte a tünet hátterében álló oknak (11). *Malcomson* 1968-ban mutatott rá először, hogy a legtöbb gombócérzésről panaszkodó egyén nem hystericus alkatú, s ő javasolta a globus pharyngeus terminológiát (11,16).

Az etiológiát illető elképzelések változatosak (3). A múlt század 40-es éveiben a cricopharyngeális spasmus oki szerepe merült fel, ezt azonban a manometriás vizsgálatok nem erősítették meg (2). Az 1950-es években helyi okokkal (pl: nyelvgyöki hypertrophia) magyarázták a globus érzést. Az 1970-es években a nyaki osteophyták illetve a vashiányos anaemia oki szerepét hangsúlyozták (13), míg a legutóbbi évek népszerű etiológiai elmélete a gastro-oesophagealis reflux (GOR) fennállta. További oki tényezőként az alábbi lehetőségek merülnek fel az irodalomban: pszichiátriai betegségek, temporo-mandibularis ízület dysfunctiója, pajzsmirigy betegségek, hátrahajló epiglottis, ectopiás gyomornyálkahártya az oesophagus felső harmadában, viszkózus váladék megtapadása az epipharynx hátsó falán (3). Az etiológiára vonatkozó elméletek sokasága is bizonyítja, hogy valószínűleg multifaktoriális problémával állunk szemben, amelynek egységes kezelési elve nincs.

A gombócérzés panaszja nem köthető életkorhoz, bármely korosztályban előfordulhat, de 20 éves életkor előtt rendkívül ritka panasz. A megfigyelések szerint kétszer annyi nő panaszodik globusérzésről, mint férfi (3,11).

*Mire kell összpontosítani a kórtörténet felvételekor?*

A globus pharyngeus nem egy kizárásos alapon felállított klinikai diagnózis, hanem egy olyan tünet, melynek kapcsán számos tényezőt érdemes figyelembe venni az anamnézis felvétele során. A gombócérzés jellegzetessége, hogy a tünet rendkívül változatos lehet mind az intenzitását, mind pedig a karakterét illetően. A globusérzést az egyes betegek rendkívül eltérő módon képesek körülírni, de ugyanaz a beteg is képes az idő múlásával a gombócérzést változó intenzitással és karakterisztikával jellemezni. A jellegzetes gombócérzést panaszolók mellett számosan vannak, akik úgy érzik, hogy hosszú ideje egy hajsza maradhatott a

torkukban, esetleg egy mogyoró- vagy diódarab akadhatott fenn a nyelvgyök magasságában. A gyakorlatban az is előfordul, hogy a betegek feszülő érzésről, duzzanat érzésről vagy a torkukban állandósuló kaparó érzésről számolnak be. A legtöbb beteg a gombócérzést a nyelvgyöki régió közepe tájának magasságában a torok mélyén tapasztalja meg, s a panasz intenzitása általában az évek során előbb-utóbb mérséklődik. Az sem ritka, hogy a panasz idővel lateralizálódik, viszont lényeges, hogy sohasem progrediál. Ez egy lényeges differenciál-diagnosztikai szempont, amire a beteg figyelmét fel kell hívni, főleg akkor, ha a panasz mögött daganat fóbia is érzlelhető.

A betegek által megtapasztalt abnormális érzet következménye az ismételten jelentkező nyelési kényszer, melynek során a beteg nem nyel le nyálát (száraz nyelés), viszont gyakran köszörüli a torkát, melynek következménye előbb-utóbb mérsékelt dysphonia vagy a torokra lokalizálódó diszkomfort érzés lehet.

Egyes szerzők szerint fontos differenciál-diagnosztikai szempont, hogy vajon a beteg nyelése során is érzi –e a gombócot a torkában? Ha igen, akkor ez utalhat organikus eltérésre, de az is kétségtelen tény, hogy a betegek 20 %-a állandó gombócérzésről számol be, függetlenül attól, hogy mi a kiváltó oka a panaszának (4). Vannak olyan betegek is, akik éppen evés közben tapasztalják meg a gombócérzést, míg másoknál éppen az evés során csillapodik a korábban állandósult panasz, s ez nemkívánatos súlygyarapodáshoz is vezethet.

A szakorvos számára a gombócérzéssel jelentkező beteg esetében az a legfontosabb feladat, hogy kizárja a panasz mögött esetleg megbújó malignus megbetegedést. Ennek valószínűsége a klinikai tapasztalat szerint nagyon csekély, de célszerű rákérdezni, hogy szerepel-e a panaszok között dysphagia, odynophagia, ismétlődő aspiráció, az elmúlt hónapokban észlelt fogyás, véresen festenyezett köpet, fájdalom és/vagy rekedtség, esetleg bűzös lehelet. Van-e tapintható csomó a beteg nyakán? Ezek a kérdések természetesen a malignus daganatok szempontjából „high risk” betegek esetében (láncdohányosok, alkoholisták, 50 évnél idősebbek, szájápolást elhanyagolók) bírnak fokozott jelentőséggel (4).

Komolyan kell venni az egyes betegek által panaszolt nagyfokú nyugtalanságot, aggodalmat. A panasz elnevezése ugyan már régóta nem globus hystericus, a globus pharyngeus diagnózisa mögött gyakran észlelhető bizonyos fokú pszichológiai distressz, elsősorban a fiatal felnőttek közé tartozó női páciensek körében (4). Nyugtalanság és ingerlékenység gyakran szerepel a globus miatt vizsgált betegek kórtörténetében, de téves az a gyakran tapasztalt felfogás, hogy az indulatos természet vagy az érzelmekben bekövetkezett változás gombócérzéshez vezethet. Hosszú évekig követve illetve rendszeresen kontrollálva

ezeket a betegeket megállapíthatjuk, hogy nyugtalanságuk illetve ingerlékenységük mértéke legtöbbször változatlan marad.

A globus pharyngeus miatt vizsgált betegek fizikális kondíciója általában jó, az egyetlen jellegzetes panaszuktól eltekintve egyéb számottevő társbetegség legtöbbször nincs az anamnézisben. Megfigyelhető viszont, hogy a globusérzés mellett ezek a betegek gyakrabban számolnak be olyan panaszokról, mely mögött a részletes kivizsgálás sosem talál organikus okot; ilyen panaszok pl. a fejfájás, hasi fájdalom, fülzúgás, irritabilis bél szindróma, viszketés.

#### *A betegvizsgálat fontosabb szempontjai*

A fizikális vizsgálatnak lényegre törőnek kell lenni, de ugyanakkor eléggé alaposnak ahhoz, hogy a beteg véletlenül se érezze, hogy panaszát nem vettük komolyan (4).

A vizsgálatnak nagyon fontos része kell, hogy legyen a nyaki nyirokcsomók alapos áttapintása, különös tekintettel a fejbiccenő izom hátsó éle mentén (epipharynx!) elhelyezkedő, a submandibularis és a parajugularis nyirokcsomókra. Ne feledkezzünk meg a pajzsmirigy vizsgálatáról sem.

Az ambuláns szakorvosi vizsgálatnak része kell, hogy legyen az orron át bevezetett flexibilis pharyngo-laryngoscoppal végzett vizsgálat. Szerencsés, ha a vizsgálat során a klinikus által látott képet egy monitoron keresztül a beteg is látja, miközben demonstrálni tudjuk számára a legtöbbször teljesen egészséges gége, garat vagy orrüreg képét. Ez nagyban hozzájárulhat a betegben időközben kialakult feszültségek oldásához. A vizsgálat során természetesen meg kell figyelni a nyálkahártya elváltozásait, ki kell zárni térfoglaló folyamatok jelenlétét vagy a gombócérzés panaszát esetenként magyarázó pharyngo-laryngeális refluxra utaló esetleges elváltozásokat (supraglotticus oedema vagy erythema, posterior laryngitis képe).

Tekintettel arra, hogy a gombócérzés etiológiája nem tisztázott, a kezelés elvei sem lehetnek egységesek. Közleményünkben a kivizsgálás és a kezelés hazai elveiben fennálló sokszínűséget kívántuk feltárni és elemezni, a költséghatékonyság szempontjából is elfogadható algoritmus kialakításának szem előtt tartásával.

## Módszer

A globus érzés kivizsgálására és kezelésére vonatkozóan a leggyakoribb alternatívákat magába foglaló kérdőívet szerkesztettünk. A kérdőív - melyet a Függelékben mutatunk be -, egy eset leírása kapcsán többszörös választási lehetőséget kínált fel a tanulmányban részt venni kívánó kollégáknak. A kérdések a beteg első jelentkezésekor elvégzett illetve az elhúzódó panaszokkal ellenőrzésre jelentkező beteg kivizsgálására vonatkoztak. Hangsúlyt fektettünk arra a kérdésre, hogy a dohányzás befolyásolja-e a kivizsgálás elveit? 2008 júniusában 78 tapasztalt szakorvoskolléga számára postáztuk ki a kérdőívet. A kapott válaszokat egy Excel táblázatban foglaltuk össze, s kérdésenként elemeztük őket.

## Eredmények

A 78 válaszadásra kért kolléga közül 39 (50%) küldte vissza a kitöltött kérdőívet. A szerintünk egyszerű kérdőív értelmezésében mutatkoztak nehézségek: pl. egyesek, akik az első vizsgálat után megnyugtatót követően azonnal elbocsátánák a beteget, mégis megjelöltek a kérdőív második pontjában is bizonyos vizsgálatokat.

Az első kérdésre vonatkozóan 6 kolléga (15%) válaszolta azt, hogy megnyugtatót követően további kivizsgálás nélkül az első találkozás után elbocsátaná a beteget. További vizsgálatokat és ellenőrzést nem tartottak szükségesnek.

A típusos panasszal jelentkező beteggel való első találkozásakor a kollégák 85 %-a, tehát 33 válaszadó által elrendelt vizsgálatok változatos megoszlását mutatja az 1. ábra. *Fiberoscoppal elvégzett naso-pharyngo-laryngoscopiát* 17 kolléga (44%) tart elengedhetetlennek, 9 válaszoló (23%) szerint ez nem szükséges, 13 kolléga (33%) nem foglalt állást (NFÁ). Az első találkozásra vonatkozóan a kontraszt anyaggal (bárium) végzett *nyelési próba* indikációja hasonló arányt mutat: igen válasz: 18 (46%), nem válasz: 10 (26%), NFÁ: 11 válaszoló (28%). *Flexibilis eszközzel végzett pharyngo-oesophagoscopiára* vonatkozóan a válaszok megoszlása: igen 13 (33%), nem 12 (31%), NFÁ 14 (36%). *Merev eszközös oesophagoscopiát* azonnal csupán 2 kolléga (5%) végezne.

A harmadik kérdéscsoport az azonnali *proton pumpa inhibitor (PPI) kezelés* elkezdésére vonatkozott: 13 kolléga (33%) az atípusos panaszok fennállta esetében egyéb vizsgálatok javaslata nélkül azonnal, 17 válaszoló (44%) pedig a 24 órás pH monitorizálás eredményétől tenné függővé a gyógyszeres kezelés indikációját (2. ábra). A nyelési próba

pozitivitására alapozva 3 (8 %), a merev eszközös endoszkópia eredményétől függően pedig 5 kolléga (14%) indikálná a PPI-t.

A negyedik kérdéscsoport az elhúzódó, több mint 3 hónapja fennálló típusos panasz esetén tudakolta a kivizsgálás stratégiáját. A 3. ábrán jól kivehető, hogy 3 hónap elteltével állandósult panaszok mellett jóval többen indikálnának *flexibilis eszközzel végzett pharyngo-oesophagoscopiát, merev eszközös oesophagoscopciát és 24 órás kétcsatornás pH monitorizálást is.*

Az ötödik kérdéscsoport az elhúzódó panaszok esetében a kiegészítő vizsgálatok alkalmazásának gyakoriságát firtatta. A 4. ábrán jól látható, hogy a kollégák több mint kétharmada fontosnak és szükségesnek ítélte meg a *psychológussal való konzultációt, valamint a pajzsmirigybetegségek és a krónikus melléküreg-betegségek kizárását.*

Arra a kiegészítő kérdésre, hogy a dohányzás mennyire befolyásolja a kivizsgálás stratégiáját, rendkívül változatos válaszokat kaptunk. Egyesek szerint (4 válaszoló, 10%) ez a tény egyáltalán nem fontos, mások a következő lehetőségeket javasolták: nyaki CT, nyaki UH, mellkas CT, részletes laborvizsgálat, dohányzásról való leszoktatás. Nehezen érthető válaszokat is kaptunk, mint pl: marha és sertéshús fogyasztásának tiltása. Gyakori válasz volt még (11 kolléga, 28%), hogy dohányos betegekben a merev eszközös vizsgálatok valamelyikét már az első találkozáskor javasolná.

### **Megbeszélés**

Ha a gombócérzés mellett más panasza nincs a betegnek, akkor első és legfontosabb feladatunk a paciens megnyugtatósa. Szánjunk elegendő időt és magyarázzuk el, hogy egy rendellenes érzésről van szó, mely az esetek döntő többségében ártalmatlan, hasonlóképpen, mint a számos más beteg által megtapasztalt viszketés vagy fülzúgás. Próbáljuk meg rávenni a beteget arra, hogy igyekezzen tudatosan elkerülni a száraz nyelést, máskülönben a teljes nyelési ciklus lezajlik, állandósítva a panaszt. (Hasonló a helyzet, amikor egy viszketésről panaszkodó beteget arról próbálunk meggyőzni, hogy tudatosan próbálja meg elkerülni a vakaródzást).

A globus pharyngeus egy klinikai diagnózis, melynek felállítása nem kizárásos alapon történik. Napjainkig a fül-orr-gégészeti szakirodalom mindössze egyetlen esetet ismer, ahol a régóta fennálló panasz hátterében a kivizsgálás során végül malignus megbetegedést diagnosztizáltak (4). (Ebben az esetben e sorok írója szerint a véletlen egybeesés nem zárható ki).

A felső légutak és a felső tápcsatorna malignus megbetegedésére utaló tünetek (dysphagia, fájdalmas nyelés, vércöpes, fogyás, epiphora, nehéz légzés, tapintható nyaki nyirokcsomók) esetén valamint a panasz lateralizációja kapcsán alapos kivizsgálás indokolt, elsősorban a régóta dohányzó, alkoholkedvelő, 50 év feletti, a szájápolást elhanyagoló betegekben. Az egyik lehetőség a kontrasztanyaggal (bárium) végzett *nyelési próba*, a másik pedig a *flexibilis vagy merev eszközzel végzett pharyngo-oesophagoscopia*. Rowley és mtsai részletesen kivizsgált és több mint 7 évig követett 67 betegük utánvizsgálata során megállapították, hogy a betegek 55%-a időközben tünetmentessé vált, malignus megbetegedés egyik betegben sem alakult ki (18). Ha malignus megbetegedésre nincs gyanúnk, akkor a további vizsgálatokra véleményünk szerint csak akkor van szükség, ha azoknak a terápiát illetően van konzekvenciájuk.

A *nyelési próba* – amely 75 mellkas rtg terhelésével bír és kb. 70.000 ft-ba kerül – során a tapasztalatok szerint az esetek harmadában vagy negyedében valamilyen benignus elváltozás diagnózisára kerülhet sor, melyek nem mindig járnak társuló tünetekkel (1). Fontos hangsúlyozni, hogy ezen patológiai elváltozásoknak csupán elenyésző része igényel sebészi megoldást. A leggyakoribb diagnózisok és százalékos gyakoriságuk a következők: hiatus hernia és/vagy reflux betegség (8-18%), cervicalis osteophyta (1-23%), a musculus cricopharyngeus spasmusa (2-3%), Zenker divertikulum (1-2%), nyelőcső trakciós diverticulum (5%), achalasia (2-3%), hiatus hernia (5%) (15, 16, 18). Ne feledkezzünk meg arról sem, hogy ezek az elváltozások panaszmentes egyénekben is diagnosztizálhatók, főleg, ha tudatosan keressük őket, így a megfelelő következtetés levonása nagy óvatosságot igényel a klinikus részéről. Lényeges tudni, hogy a nyelési próba sem garancia kicsi tumorok felismerésére, főleg ha azok a hypoharynxban (nők, retrocricoid régió!) helyezkednek el, a nagyobb tumorokat viszont indirect laryngoscopiával felfedezhetjük (1, 10).

*Merev eszközös pharyngo-oesophagoscopia* segítségével a globusos paciensek egy részében ugyancsak diagnosztizálhatunk benignus betegségeket (hangszalag polyp, összenövések, Zenker divertikulum stb.) (20). Figyelembe véve, hogy a diagnosztikus endoszkópiák során az oesophagus perforációk gyakorisága kb. 1%, valamint, hogy más eljárások is rendelkezésünkre állnak e benignus kórképek felfedezéséhez, a rutinszerű alkalmazás meggondolandó.

A *flexibilis eszközzel végzett pharyngo-gastro-oesophagoscopia* nem túl gyakori módszer a globus miatt vizsgált betegekben. Kétségtelen előnye a merev eszközzel szemben, hogy a gyomor és a nyelőcső alsó harmada jobban vizualizálható, valamint levegő insufflációval talán a retrocricoid régió és a hypoharynx egyéb területei könnyebben

vizsgálhatók. Jól áttekinthető a nyelvgyök is, melynek hypertrophiája egyes szerzők szerint oka lehet a refluxnak (17). Vitatott kérdés, hogy a savas reflux okozhat-e nyelvgyöki hypertrophiát? Érdekes felvetés, miszerint éppen fordítva, tehát a nyelvgyöki hypertrophia lehet a GOR oka, az ismétlődő aerophagia miatt, vagy esetleg két gyakran együtt előforduló elváltozásról van szó, hasonló tünetekkel (torokköszörülés, száraz köhögés, rekedtség, gombócérzés)?

Napjainkban a globusérzés magyarázataként a *GOR kóroki szerepe* nagy népszerűségnek örvend (6, 14). Számos fül-orr-gégész kolléga hisz abban, hogy a GOR mellett a laryngo-pharyngeális reflux (LFR) betegség is oka lehet a globus pharyngeusnak, azonban a rendelkezésünkre álló szakmai bizonyítékok nem meggyőzőek teljes mértékben, főleg nem a proton pumpa inhibitorok (PPI) alkalmazására vonatkozóan (12). A különböző fül-orr-gégészeti tünetek és kórképek hátterében a GOR szerepének eltúlzott kihangsúlyozását a hazai szerzők közül *Czigner* ismertette (7).

A *kétcsatornás, 24 órás pH monitorizálással* kapcsolatos tanulmányok kihangsúlyozzák, hogy a hypopharynx pH viszonyait a mérési nehézségek miatt nehéz interpretálni. Ennek megfelelően globusos betegekben a szignifikánsan jelen lévő GOR előfordulási aránya jelentős szórást mutat a szakirodalomban: 15 % - 58 % (12). További tények, hogy a vizsgálat nem túl sok helyen alkalmazható rutinszerűen, a betegek compliance-e pedig nem túl jó. Globusérzésről panaszukodó betegek oesophagusának alsó harmadát savval perfundálva, az esetek többségében a globusérzés jelentős fokozódása tapasztalható. Az irodalmi adatok a GOR szerepét illetően mégis ellentmondásosak; ha a teória igaz is lenne, a nyelési próba nem tűnik az optimális diagnosztikus módszernek a számos álnegatív és álpozitív eset miatt (5, 14, 20).

Számos szerző javasolja a *proton pumpa gátlók (PPI) ex juvantibus* alkalmazását (12). Egyesek kiemelik, hogy a PPI mindig hatásos akkor, ha a globusérzés oka a nyelőcső felső harmadában elhelyezkedő ectopiás gyomornyálkahártya, ez azonban csak merev eszközös endoszkópiával illetve szövettani vizsgálattal bizonyítható. A globus pharyngeus miatt PPI terápiában részesülő betegekre vonatkozóan napjainkig nem publikáltak placebo kontrollált, kettős vak, prospektív, randomizált klinikai tanulmányt az irodalomban. A laryngopharyngeális reflux (LFR) empirikus PPI kezeléssel foglalkozó legtöbb tanulmány empirikus jellegű, nem placebo kontrollált, ezért fenntartásokkal értelmezhető. Az a mindössze hat eddig publikált klinikai tanulmány, mely ugyan kontrollált és prospektív volt és a PPI empirikus adása mellett tört lándzsát, nem meggyőző abban a tekintetben, hogy a kontroll csoporttal összehasonlítva a LFR tüneteit a PPI szignifikáns mértékben képes-e



enyhíteni (8). Ha elfogadjuk, hogy a LFR egyik jellegzetes tünete a globus érzés, akkor is kevés a bizonyíték arra, hogy a PPI rutinszerű adása indokolt a globusos betegeknek. A problémakör további vizsgálódás tárgyát kell, hogy képezze.

További lényeges felvetés, hogy mennyire legyünk aktívak a *pajzsmirigybetegség* oki szerepét illetően? Kétségtelen tény, hogy globusos betegek nyaki ultrahang vizsgálata során kétszer olyan gyakran találunk klinikai tüneteket nem okozó pajzsmirigy elváltozásokat (pl: apró struma nodosa), mint egészséges kontrollok esetében (16, 19). Műtetre váró, tapintható pajzsmirigy elváltozással rendelkező betegek egyharmada gombócérzésben is szenved, e betegek többségének szövettani lelete gyulladási elváltozást igazol (19). Retrosternalis terjedést mutató pajzsmirigy-megnagyobbodás kivételével nehéz elképzelni, milyen mechanizmussal okoz gombócérzést a pajzsmirigy betegsége? A pajzsmirigy mérete és a globus mértéke között összefüggés nincs (19). A némi kockázatot (pl: hangszalag bénulás) is jelentő műtét a tapasztalatok szerint nem kiváltó oka a globusnak, illetve annak mértékét később nem fokozza. Komoly terápiás dilemma lehet viszont a költséghatékonyság szempontjából az is, hogy miképpen kezeljük a pajzsmirigy elváltozásokat, ha bevezetnénk a globusos panasszal jelentkező betegekben az ultrahangos szűrővizsgálatot?

Felmerül továbbá a kérdés, hogy mit javasoljunk a negatív vizsgálati lelettel rendelkező, de a részletes orvosi felvilágosítás és megnyugtató ellenére rendszeresen visszatérő, refrakter globusérzésről panaszoló betegeknek? Ezeknek a betegeknek legalábbis egy részében a *kognitív viselkedésterápia* jelenthet reménysugarat (9). Az *antidepresszánsok és az anxiolyikumok* adásának az eddigi tapasztalatok szerint nincs sok értelme: a kérdéskörrel foglalkozó ezidáig egyetlen klinikai tanulmány végkicsengése lehangoló volt a rossz compliance, és a gyógyszereszedést a vizsgálati idő előtt befejező betegek nagy száma miatt (8).

Hasznos segítség a klinikus számára a tünetek progressziójának nyomon követése; jó hír, hogy a betegek kb. 50-60%-ának idővel mérséklődnek a panaszai. Elszomorító viszont, hogy a rendelkezésünkre álló két ilyen irányú vizsgálódás eredménye szerint a betegek 90%-ában 2-3 év elteltével is fennáll még valamilyen diszkomfort érzés a torokban, még a legalaposabb és ismételt felvilágosítás és megnyugtató ellenére is (19, 21). A tünetek enyhülése szempontjából kedvező prognosztikai faktorok: a férfi nem, ha nincs egyéb társuló tünet, ha 3 hónapnál nem régebbi a tünet (21).

Saját tapasztalataink, az irodalmi adatok valamint a jelen felmérésünk tanulságainak levonását és átgondolását követően a költséghatékonyságot is figyelembe véve véleményünk

szerint az alábbi stratégia látszik célszerűnek globusérzéssel jelentkező betegek kivizsgálása és kezelése során:

- 1.) Minden betegnél elvégzendő a *transnasális flexibilis pharyngolaryngoscopia*; ha a vizsgálat negatív és a betegnek nincsenek atípusos panaszai, akkor részletes magyarázatot illetve megnyugtatót követően a beteg elbocsátható. Három hónap elteltével kontroll vizsgálat javasolható.
- 2.) Atípusos panaszok (malignus daganat gyanúja vagy reflux gyanúja stb.) esetén az első lehetőség: *transnasális flexibilis eszközzel végzett pharyngolaryngoscopia nyelési próbával kiegészítve*, plusz szükség esetén *flexibilis eszközzel végzett oesophagoscopia*.
- 3.) Atípusos panaszok esetén egyéni mérlegelés alapján a *nyelési próba* esetleg elhagyható, de ha gyanú van malignus megbetegedésre, akkor *merev eszközzel végzett oesophagoscopia* indokolt (szövevettan!)
- 4.) *Protonpumpa gátló (PPI)* azonnali elkezdése refluxra utaló atípusos panaszok esetén nem kontraindikált, de emlékeztetünk rá, hogy nem „evidence based” terápia.
- 5.) Elhúzódó, több mint 3 hónapja fennálló panaszok esetén célszerű kizárni a *pajzsmirigy és a melléküregek megbetegedését*. *24 órás pH monitorizálás* mérlegelhető, még akkor is, ha a pharyngolaryngealis refluxnak indirect laryngoscopiával nincsenek nyilvánvaló jelei, s a refluxra utaló egyéb tünetek is negatívak. Természetesen ez a vizsgálat felesleges, ha a beteg az első találkozáskor indikált PPI terápiára kedvezően reagált. *Psychológussal* való konzultáció egyéni megítélés kérdése elhúzódó panaszok esetében.
- 6.) Dohányzó betegekben a merev eszközös vizsgálatokra egyéni mérlegelés alapján már az első találkozás után sor kerülhet, főleg, ha atípusos panaszai vannak a betegnek. A *nyelési próba* nem túl megbízható vizsgálat: azon túlmenően, hogy komoly sugárterhelés a beteg számára, a hypopharynx tumorok felében negatív eredményű (9), reflux esetében pedig gyakran ad álnegatív eredményt.

### **Köszönetnyilvánítás**

A közlemény szerzői köszönetüket fejezik mindazoknak a kollégáknak, akik kiküldött kérdőívet áttanulmányozták és megválaszták.

### **Ábramagyarázat**

1. ábra: Az első találkozáskor javasolt vizsgálatok megoszlása típusos panaszokkal jelentkező, globusérzésről panaszkodó betegek esetében.
2. ábra: Antireflux terápia (proton pumpa gátló) javaslata gombócérzéssel jelentkező betegek esetében az első vizit során.
3. ábra: A kontroll vizsgálat (3 hónap után) során javasolt vizsgálatok megoszlása típusos gombócérzéssel jelentkező betegek esetében.
4. ábra: További kiegészítő vizsgálatok elrendelésének aránya elhúzódó típusos gombócérzés esetében

### **Függelék**

Esetleírást tartalmazó kérdőív, globusérzéssel jelentkező beteg kivizsgálására és kezelésére vonatkozó kérdésekkel .

## Irodalom

1. Alaani A., Vengala S., Johnston M.N.: The role of barium swallow in the management of the globus pharyngeus. *Eur J Otorhinolaryngol*, **264**, 1095-1097, 2007.
2. Batch A.J.G.: Globus pharyngeus (part 1.). *J Laryngol Otol*, **102**, 152-158, 1988.
3. Burns P., Timon C.: Thyroid pathology and the globus symptom: are they related? A two year prospective trial. *J Laryngol Otol*, **121**, 242-245, 2006.
4. Cathcart R., Wilson J.A.: Lump in the throat. *Clin Otolaryngol*, **32**, 108-110, 2007.
5. Cherry J., Seiggel C.I., Marguleis C.I.: Pharyngeal localisation of symptoms of gastroesophageal reflux. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, **79**, 912-914, 1970.
6. Curran A.J., Barry M.K., Callanan V.: A prospective study of acid reflux and globus pharyngeus using a modified symptom index. *Clin Otolaryngol*, **20**, 552-554, 2005.
7. Czigner J.: A gastro-oesophagealis reflux-laryngopharyngealis reflux betegségről. *Fül-orr-gégegyógy.* **48**, 149-155, 2002.
8. Deary I.J., Wilson J.A., Harris M.B.: Problems in treating globus pharyngeus. *Clin Otolaryngol*, **19**, 55-60, 1993.
9. Donohue B., Thevenin D.M., Runyon M.K.: Behavioral treatment of conversion disorder in adolescence. A case example of globus hystericus. *Behav Modif*, **21**, 231-251, 1997.
10. Fenton J.E., Hone S., Gormley P.: Lesson of the week: hypopharyngeal tumours may be missed on flexible oesophagogastrosocopy. *BMJ*, **311**, 623-624, 1995.
11. Harar R.P.S., Kumar S., Saeed M.A., Gatland D.J.: Management of globus pharyngeus: a review of 699 cases. *J Laryngol Otol*, **18**, 522-527, 2004.
12. Karkos P., Wilson J.: Empiric treatment of laryngopharyngeal reflux with proton pump inhibitors: a systematic review. *Laryngoscope*, **116**, 144-148, 2006.
13. Kereszti G.: Globus hystericus? Globus pharyngeus? Reflux globus? *Fül-orr-gégegyógyászat*, **43**, 1-8, 1997.
14. Kouffmann J.A.: The otolaryngological manifestation of gastroesophageal reflux disease (GERD); a clinical investigation of 225 patients using 24-hour ambulatory pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. *Laryngoscope*, **101**, 1-78, 1992.
15. Mair I.W.S., Schroder K.E., Modalsli B.: Aethiological aspects of the globus symptom. *J Laryngol Otol*, **88**, 1033-1039, 1974.

16. *Malcomson K.B.*: Globus hystericus versus pharyngis. *J Laryngol Otol*, **82**, 219-230, 1968.
17. *Mamede R., De Mello-Filho F., Dantas O.*: Severe hypertrophy of the base of tongue in adults. *Otolaryngol Head Neck Surg*, **131**, 378-382, 2004.
18. *Maran A., Jacobson I.*: Cervical osteophytes presenting with pharyngeal symptoms. *Laryngoscope*, **81**, 412-417, 1971.
19. *Rowley H., O'Dwyer T.P., Jones A.S.*: The natural history of globus pharyngeus. *Laryngoscope*, **105**, 1118-1121, 1995.
20. *Takwoingi Y.M., Kale U.S., Morgan D.W.*: Rigid endoscopy in globus pharyngeus: how valuable is it? *J Laryngol Otol*, **120**, 42-46, 2006.
21. *Wilson J.A., Deary I.J., Maran A.G.D.*: The persistence of symptoms in patients with globus pharyngeus. *Clin Otolaryngol*, **16**, 202-205, 1990.

2013 Szentágotai Füligyőző Orr GÉGE  
Lujber László és a  
szerző engedélyével