

Gombócérzés a torokban

Diagnosztikai és terápiás buktatók



Gerlinger Imre

A globus pharyngeus – gombócérzés a torokban – a mindennapi orvosi gyakorlatban előforduló viszonylag gyakori panasz; a lakosság 6%-a élete folyamán előbb-utóbb megtapasztalja. Hippokratész már 2500 évvel ezelőtt említést tett erről a tünetről (1). A kifejezés egyrészt a latin globus (gömb, labda) szóból ered, másrészt arra utal, hogy egykoron az uterus diszfunkciójával magyarázták a nőkön gyakoribbnak ítélt hisztériás tüneteket. John Purcell 1704-ből származó leírásában a gége előtti izmok kontrakcióját vélte a tünet hátterében álló oknak (1). Malcomson 1968-ban mutatott rá először, hogy a legtöbb gombócérzésről panaszkodó egyén nem hisztérikus alkatú, s ő javasolta a globus pharyngeus terminológiát (1).

Az etiológiát illető elképzelések változatosak (2). A múlt század 40-es éveiben a cricopharyngealis spasmus oki szerepe merült fel, ezt azonban a manometriás vizsgálatok nem erősítették meg. Az 1950-es években helyi okokkal (például nyelvgyöki hypertrophia) magyarázták a gombócérzést. Az 1970-es években a nyaki osteophyták, illetve a vashiányos anaemia oki szerepét hangsúlyozták; a legutóbbi évek népszerű etiológiai elmélete pedig gastrooesophagealis reflux (GOR) fennállását feltételezi a háttérben. További oki tényezőként az alábbi lehetőségek merülnek fel az irodalomban: pszichiátriai betegségek, a temporomandibularis ízület diszfunkciója, pajzsmirigybetegségek, hátrahajló epiglottis, ectopiás gyomornyálkahártya az oesophagus felső harmadában, viszkózus váladék megtapadása az epipharynx hátsó falán (2). Az okokra vonatkozó elméletek sokasága is bizonyítja, hogy valószínűleg multifaktoriális problémával állunk szemben, amelynek egységes kezelési elve nincs.

A torokban fellépő gombócérzés nem köthető élet-

korhoz, bármely korosztályban előfordulhat, de 20 éves életkor előtt rendkívül ritka. A megfigyelések szerint kétszer annyi nő panaszlik globusérzésről, mint férfi (1, 2).

Mire összpontosítsunk a kórtörténet felvételekor?

A globus pharyngeus nem egy kizárásos alapon felállított klinikai diagnózis, hanem olyan tünet, amelynek kapcsán számos tényezőt érdemes figyelembe venni az anamnézis felvétele során.

A gombócérzés jellegzetessége, hogy mind intenzitását, mind karakterét illetően rendkívül változatos lehet. A betegek rendkívül eltérő módon írják körül, de egyazon beteg is képes az idő múlásával a gombócérzést változó intenzitással és karakterisztikával jellemezni. Számosan érzik úgy, hogy hosszú ideje egy hajsza maradt a torokban, esetleg mogoró- vagy diódarab akadhatott fenn a nyelvgyök magasságában. Az is előfordul, hogy a betegek feszülő érzésről, duzzanat érzéséről vagy a torokban állandósuló kaparó érzésről számolnak be. A legtöbb beteg a nyelvgyöki régió közepe tájának magasságában, a torok mélyén éli meg, de megfigyeléseim szerint az érzés intenzitása az évek során előbb-utóbb mérséklődik. Az sem ritka, hogy a panasz idővel lateralizálódik, viszont lényeges, hogy sohasem progrediál. Ez egy fontos differenciáldiagnosztikai szempont, amire a beteg figyelmét fel kell

A szakorvos legfontosabb feladata kizárni a panasz mögött esetleg megbújó malignus megbetegedést. Ennek valószínűsége nagyon csekély.

Levelezési cím: Dr. Gerlinger Imre, Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Fül-orr-gégészeti és Fej-nyaksebészeti Klinika, 7621 Pécs, Munkácsy M. u. 2. E-mail: i.gerlinger@freemail.hu

hívni, főleg akkor, ha a panasz mögött daganatfóbia is észlelhető.

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

A magas vérnyomás miatt ACE-gátlót szedő betegek is panaszkodhatnak köhécseletről, ritkábban gombócérzésről, ezt a differenciáldiagnosztika során ne vesszük szem elől!

A fizikális vizsgálat legyen lényegre törő, ugyanakkor eléggé alapos ahhoz, hogy a beteg érezze: panaszát komolyan vesszük.

Egyes szerzők szerint fontos elkülönítő diagnosztikai szempont, hogy vajon a beteg nyelése során is érzé-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 (3). Tapasztalataim szerint vannak olyan betegek, akik főként 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, tapasztalataim szerint, nagyon csekély, de célszerű rákérdezni, hogy szerepel-e a panaszok között dysphagia, odynophagia, ismétlődő aspiráció; észlelt-e fogyást az elmúlt hónapokban, volt-e véresen festenyzett köpete, fennáll-e fájdalom, illetve rekedtség, esetleg bűzös lehelet. Van-e tapintható csomó a beteg nyakán? Ezek a kérdések természetesen a malignus daganatok szempontjából nagy kockázatú betegek esetében (láncdohányosok, alkoholisták, 50 év-nél idősebbek, szájápolást elhanyagolók) fokozott jelentőségűek (3).

Komolyan kell venni az egyes betegek által jelzett 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 nők körében (3). Nyugtalanság és ingerlékenység gyakran szerepel a globus miatt vizsgált betegek kórtörténetében, de téves az a gyakran tapasztalt felfogás, hogy az indultatos természet vagy az érzelmekben bekövetkezett változás gombócérzéshez vezethet. Hosszú évekip követve, rendszeresen kontrollálva ezeket a betegeket, megállapíthatjuk, hogy legtöbbször változatlan marad nyugtalanságuk-ingerlékenységük mértéke.

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 személyek

gyakrabban számolnak be olyan panaszokról – például fejfájás, hasi fájdalom, fülzúgás, irritábilis bél szindróma, viszketés –, amely mögött a részletes kivizsgálásnál sosem található organikus ok.

A betegvizsgálat fontosabb szempontjai

A fizikális vizsgálat legyen lényegre törő, ugyanakkor eléggé alapos ahhoz, hogy a beteg érezze: panaszát komolyan vesszük (3).

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

Az ambuláns szakorvosi vizsgálat részét kell képeznie az orron át bevezetett flexibilis pharyngolaryngoscopus 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 panaszt esetenként magyarázó pharyngolaryngealis refluxra utaló esetleges elváltozásokat (supraglotticus oedema vagy erythema, posterior laryngitis képe).

Terápiás elvek

Ha a gombócérzés mellett más panasz nem áll fenn, akkor első és legfontosabb feladatunk a beteg megnyugtatótatása (1. ábra). Szánjunk elegendő időt rá és magyarázzuk el, hogy egy rendellenes érzésről van szó, ez az esetek döntő többségében – hasonlóképpen, mint a sokak által megtapasztalt viszketés vagy fülzúgás – ártalmatlan. Próbáljuk meg rávenni a beteget arra, hogy törekedjen tudatosan kerülni a száraz nyelést, ezáltal ugyanis a teljes nyelési ciklus lezajlik, állandósítva a panaszt. (Hasonló a helyzet, amikor a viszketésről panaszokodó beteget arról igyekezzünk meggyőzni, hogy tudatosan kerülje a vakaródzást.)

A globus pharyngeus klinikai diagnózis, és nem kizáró alapon állítjuk fel. Napjainkig a fül-orr-gégészeti szakirodalom mindössze egyetlen esetet ismer, ahol a régóta fennálló panasz hátterében a kivizsgálás során végül malignus megbetegedést diagnosztizáltak (3). (Ebben az esetben a véletlen egybeesés szerintem nem zárható ki.) A felső légutak és a felső tápcsatorna malignus megbetegedésére utaló tünetek (dysphagia, fájdalmas nyelés, vérköpés, fogyás, epiphora, nehézlégzés, tapintható nyaki nyirokcsomók) esetén, valamint a panasz lateralizációja kapcsán alapos kivizsgálás indokolt, elsősorban a régóta dohányzó, alkoholkedvelő, 50

év feletti, a szájąpolást elhanyagoló betegek. Az egyik lehetőség a kontrasztanyag (bárium-) nyelési próba, a másik a flexibilis vagy merev eszközzel végzett pharyngoosophagoscopia. Ha malignus megbetegedésre nincs gyanú, akkor további vizsgálat, véleményem szerint, csak akkor szükséges, ha terápiás konzekvenciája van.

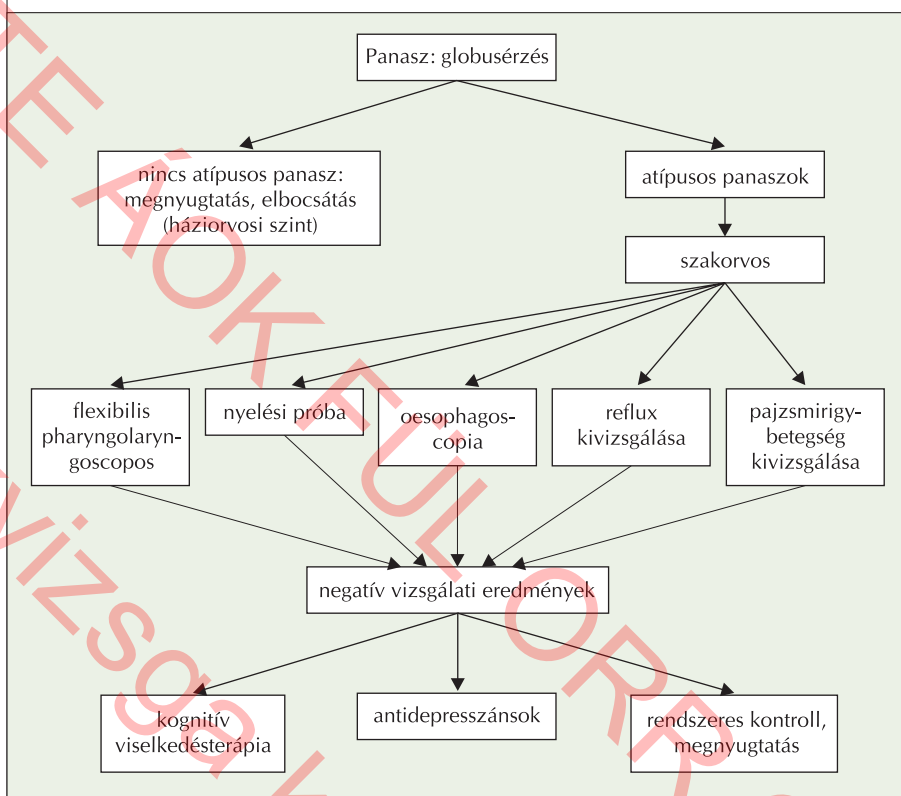
A nyelési próba során – amely 75 mellkas-röntgenfelvétel terhelésével egyenértékű és körülbelül 70 000 Ft-ba kerül – a tapasztalatok szerint az esetek harmadában vagy negyedében valamilyen olyan benignus elváltozás diagnosztizálható, amely nem mindig jár társuló tünetekkel (4). Fontos hangsúlyozni, hogy e patológiai elváltozásoknak csupán elenyésző része igényel sebészi megoldást. A leggyakoribb diagnózisok és százalékos gyakoriságuk a következők: hiatus-hernia, illetve refluxbetegség (8-18%), cervicalis osteophyta (1-23%), a musculus cricopharyngeus spasmus (2-3%), Zenker-diverticulum (1-2%), a nyelőcső traktus diverticuluma (5%), achalasia (2-3%), hiatus-hernia (5%). 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 hypopharynxban (nők, retrocricoid régió!) helyezkednek el, a nagyobb tumorokat viszont indirekt laringoszkópiával felfedezhetjük (4).

Merev eszközös pharyngoosophagoscopia segítségével a globus panaszoló személyek egy részénél ugyancsak diagnosztizálhatunk benignus betegségeket (hangszalagpolip, összenövés, Zenker-diverticulum stb.) (5). A rutinszerű alkalmazás azonban nagyon meggondolandó, figyelembe véve azt, hogy a diagnosztikus endoszkópiák során az oesophagusperforációk gyakorisága körülbelül 1%, továbbá más eljárások is rendelkezésünkre állnak e benignus kórképek felfedezéséhez.

A flexibilis eszközzel végzett pharyngogastro-oesophagoscopia nem túl gyakori módszer globus miatt vizsgált betegekben. A merev eszközzel szemben kétségtelen előnye, hogy a gyomor és a nyelőcső alsó harmada jobban vizualizálható, valamint levegőinsufflációval talán könnyebben vizsgálható a retrocricoid régió és a hypopharynx egyéb területei. Jól áttekinthető a nyelvgyök is, egyes szerzők szerint ennek hypertrophiája oka lehet a refluxnak (6). Vitatott kérdés, hogy a savas reflux okozhat-e nyelvgyöki hypertrophiát. Érdekes felvetés, miszerint éppen fordítva, tehát

1. ÁBRA

A globus pharyngeus kivizsgálásának algoritmus



a nyelvgyöki hypertrophia – az ismétlődő aerophagia miatt – lehet a gastrooesophagealis reflux oka, vagy esetleg két gyakran együtt előforduló elváltozásról van szó, hasonló tünetekkel (torokkösörülés, száraz köhögés, rekedtség, gombócérzés).

Napjainkban a globusérzés magyarázataképpen nagy népszerűségnek örvend a gastrooesophagealis reflux kóroki szerepe (7). Számos fül-orr-gégész kolléga hisz abban, hogy a gastrooesophagealis reflux mellett a laryngopharyngealis reflux (LFR) betegség is okozhat globus pharyngeust, azonban a rendelkezésünkre álló szakmai bizonyítékok nem meggyőzőek teljes mértékben, főleg nem a protonpumpa-inhibitorok (PPI) alkalmazására vonatkozóan (8).

– A kétsatornás, 24 órás pH-monitorozással 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% (8). Globusérzésről panaszoló 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 – a számos álnegatív és álpozitív eset miatt – nem tűnik optimális diagnosztikus módszernek (5, 7).

– Számos szerző javasolja a protonpumpagátlók ex juvantibus alkalmazását (8). Egyesek kiemelik, hogy a

Nem ritka,
hogy a panasz
idővel
lateralizálódik,
viszont
lényeges, hogy
sohasem
progrediál.
Ez fontos
differenciál-
diagnosztikai
szempont,
amire a beteg
figyelmét fel
kell hívni,
főleg akkor,
ha a panasz
mögött
daganatfóbia is
észlelhető.

protonpumpagátló mindig hatásos akkor, ha a globus oka a nyelőcső felső harmadában elhelyezkedő ectopiás gyomornyálkahártya, ez azonban csak merev eszközös endoszkópiával, illetve szövettani vizsgálattal bizonyítható. A globus pharyngeus miatt protonpumpagátló-terápiában részesülő betegek vonatkozóan napjainkig nem publikáltak placebokontrollált, kettős vak, prospektív, randomizált klinikai tanulmányt az irodalomban. A laryngopharyngealis reflux empirikus protonpumpagátló-kezelésével foglalkozó legtöbb tanulmány empirikus jellegű, nem placebokontrollált, ezért fenntartásokkal értelmezhető. Az eddig publikált mindössze hat klinikai tanulmány, amely ugyan kontrollált és prospektív volt, és a PPI empirikus adása mellett tört lándzsát, nem meggyőző abban a tekintetben, hogy a kontrollcsoporttal összehasonlítva a protonpumpagátló szignifikáns mértékben képes-e enyhíteni a laryngopharyngealis reflux tüneteit (9). Ha elfogadjuk, hogy a laryngopharyngealis reflux egyik jellegzetes tünete a globusérzés, akkor is kevés a bizonyíték arra, hogy indokolt-e a protonpumpagátló rutinszerű adása a betegeknek. A problémakör további vizsgálódás tárgyát kell, hogy képezze.

Mennyire vagyunk aktívak a pajzsmirigybetegség oki szerepét illetően? Kétségtelen tény, hogy globusos betegek nyaki ultrahangvizsgálata során kétszer olyan gyakran találunk klinikai tüneteket nem okozó pajzsmirigy-elváltozásokat (például apró struma nodosát), mint egészséges kontrollok esetében (2). Műtetre váró, tapintható pajzsmirigy-elváltozású betegek egyharmadának gombócérzése is van, e betegek többségének szövettani lelete gyulladással elváltozást igazol (2). A 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 (2). A némi kockázatot (például hangszalagbénulás) is magában rejtő 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 betegek az ultrahangos szűrővizsgálatot.

Felmerül a kérdés, hogy mit javasoljunk a negatív vizsgálati leletet mutató, de a részletes orvosi felvilágosítás és megnyugtató ellenére rendszeresen visszatérő, refrakter globusérzésről panaszkodó betegeknek? Ezeknek a betegeknek, legalábbis egy részüknek, a kognitív viselkedésterápia jelenthet reménysugarat. Az antidepresszánsok és az anxiolyticumok adásának az eddigi tapasztalatok szerint nincs sok értelme: a kérdéskörrel foglalkozó – ez idáig egyetlen – klinikai tanulmány végkicsengése lehangoló volt a rossz compliance és a vizsgálatot idő előtt befejező betegek nagy száma miatt (9).

Hasznos segítség a klinikus számára a tünetek progressziójának nyomon követése; jó hír, hogy a betegek 60%-ának idővel mérséklődnek a panaszai. Elszomorító viszont, hogy a rendelkezésünkre álló két ilyen irányú vizsgálat eredménye szerint a betegek 90%-ának – még a legalaposabb és ismételt felvilágosítás és megnyugtató ellenére is – két-három év elteltével is fennáll még valamilyen diszkomfortérzés a torokban (10). A tünetek enyhülése szempontjából kedvező prognosztikus faktorok: a férfi nem, ha nincs egyéb társuló tünet, ha három hónapnál nem régebbi a tünet (10).

Összegzés

Saját tapasztalataink és az irodalmi ismeretek alapján – a költséghatékonyságot is figyelembe véve – az alábbi stratégia látszik célszerűnek globusérzéssel jelentkező betegeknek:

– Transnasalis flexibilis pharyngolaryngoscopia; ha a vizsgálat negatív és a betegnek nincsenek atípusos panaszai, akkor részletes magyarázatot követően a beteg elbocsátható.

– Atípusos panaszok (malignus daganat vagy reflux gyanúja stb.) esetén az első lehetőség: transnasalis flexibilis eszközzel végzett pharyngolaryngoscopia nyelési próbával kiegészítve, plusz szükség esetén flexibilis eszközzel végzett oesophagoscopia.

– Atípusos panaszok esetén egyéni mérlegelés alapján a nyelési próba esetleg elhagyható, de ha malignus megbetegedés suspituma áll fenn, akkor merev eszközzel végzett oesophagoscopia indokolt.

IRODALOM

1. Harar RPS, Kumar S, Saeed MA, Gatland DJ. Management of globus pharyngeus: a review of 699 cases. *J Laryngol Otol* 2004;118:522-7.
2. Burns P, Timon C. Thyroid pathology and the globus symptom: are they related? A two year prospective trial. *J Laryngol Otol* 2006;121:242-5.
3. Cathcart R, Wilson JA. Lump in the throat. *Clin Otolaryngol* 2007;32:108-10.
4. Alaani A, Vengala S, Johnston MN. The role of barium swallow in the management of the globus pharyngeus. *Eur J Otorhinolaryngol* 2007;264:1095-7.
5. Takwoingi YM, Kale US, Morgan DW. Rigid endoscopy in globus pharyngeus: how valuable is it? *J Laryngol Otol* 2006;120:42-6.
6. Mamede R, De Mello-Filho F, Dantas O. Severe hypertrophy of the base of tongue in adults. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;131:378-82.
7. Kouffmann JA. 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* 1992;101:1-78.
8. Karkos P, Wilson J. Empiric treatment of laryngopharyngeal reflux with proton pump inhibitors: a systematic review. *Laryngoscope* 2006;116:144-8.
9. Deary IJ, Wilson JA, Harris MB. Problems in treating globus pharyngeus. *Clin Otol* 1993;19:55-60.
10. Wilson JA, Deary IJ, Maran AGD. The persistence of symptoms in patients with globus pharyngeus. *Clin Otolaryngol* 1990;16:202-5.