

Σφυρίζοντας αμέριμνα...

Αντώνης Παπαγιάννης
Κλινική Άγιος Λουκάς
Θεσσαλονίκη

Ιστορικό

- Γυναίκα 56 ετών, ΔΥ, μη καπνίστρια
- 2007: Ιστορικό 'αλλεργικού άσθματος' από 2 έτη → ανοσοθεραπεία
- Αναφέρει αυξημένα ρινικά ενοχλήματα και πόνο και ενόχληση στο λαιμό, χωρίς συριγμό ή δύσπνοια
- Περιστασιακά μικρές αιμοπτύσεις
- Το 1990 9μηνη αγωγή για σπηλαιώδη TB
- Υποθυρεοειδισμός υπό θεραπεία

Αρχική εξέταση

- Κλινικώς: Κορεσμός 97%. Φάρυγγας και πνεύμονες κ.φ. FEV1= 1,76 (68%), FVC= 2,51 (82%), FEV1/FVC= 70%.
- HRCT: ινωδοσκληρυντικά στοιχεία σε διάφορα τμήματα και εκτατικοί βρόγχοι (χρόνιες TB αλλοιώσεις, χωρίς σημεία ενεργού νόσου)
- Αγωγή: τακτικά LABA+ICS, ρινικό στεροειδές.

Ιστορικό - 2

- **2009**: Αναφέρει περιστασιακά ερυθρή απόχρεμψη, χωρίς πυρετό ή άλλα ενοχλήματα. Δεν πήρε φάρμακα. **ΑαΘ**= αμετάβλητη εικόνα. Καμία άλλη ενέργεια.
- **Δεκ. 2009**: Δύσπνοια και βήχας, με διακυμάνσεις. Επίσης περιστασιακά συριγμός. Άρχισε πάλι να παίρνει εισπνεόμενα και Singulair → βελτίωση.

Ιστορικό - 3

- **28/5/2010**: Πρόσφατο 'κρυολόγημα' με κίτρινη απόχρεμψη → κλαριθρομυκίνη για 10 μέρες. Προ εβδομάδος δύσπνοια-δυσκολία στο λαιμό-συριγμός → άρχισε Medrol. Μετά 2 μέρες 'ασθματική κρίση': εξετάσθηκε στο ΑΧΕΠΑ (ΑαΘ= κ.φ.), μετά την οξεία αντιμετώπιση βελτιώθηκε, αν και είχε κάψιμο στο λαιμό και βραχνάδα.

- Κλινικώς: Κορεσμός 97%. Φαρυγγίτιδα. Παράταση εκπνοής με συριγμό. FEV1= 1,55 (60%), FVC= 3,27 (103%), FEV1/FVC= 47% (σχόλιο: κακή τεχνική).
- Δ: ?λαρυγγικό οίδημα. Rx Medrol, εισπνοές, τοπική αγωγή για τον φάρυγγα.
- 31/5/2010: Βελτιωμένη αναπνοή και φωνή. Μείωση της κορτιζόνης.

Ιστορικό - 4

- **7/6/2010**: Τελείωσε την κορτιζόνη. Βελτιωμένη αναπνοή, αλλά δυσκολία στη βαθιά αναπνοή. FEV1= 1,70 (66%), FVC= 2,86 (90%) [τεχνικά ατελής – αναξιόπιστη].
- **ΩΡΛ**= δεν έχει πρόβλημα με τον λάρυγγα. Τραχειίτιδα. Διάχυτο ερύθημα αρυταινοειδών, ?ΓΟΠ→ αναφέρει ότι παλαιότερα είχε πάρει ανάλογη αγωγή.
- Σύσταση να εξετάσει τον οισοφάγο.

Ιστορικό - 5

- **23/6/2010**: Στο ΤΕΠ 'Παπανικολάου' με δύσπνοια, τραχύ συριγμό και αλλοίωση φωνής, αντιμετωπίζεται εξωτερικά. **ΑαΘ** αναφέρεται φυσιολογική. Rx: Medrol και εισπνοές, καθώς και PPI τακτικά.
- **2/7/2010**: Σημαντική βελτίωση στην αναπνοή, αλλά έχει βραχνάδα και συριγμό. Σφ. 88, κορεσμός 98%, **μακροσκοπικός συριγμός με σχετικά σιωπηλό θώρακα**. Δοκιμάζει επιπλέον και θεοφυλλίνη, που τη σταματά λόγω γαστρικής δυσανεξίας.

Ιστορικό - 6

- **8/7/2010**: Προοδευτική επιδείνωση μόλις διέκοψε την κορτιζόνη, με δύσπνοια, βήχα, βράγχος φωνής και τραχύ εισπνευστικό συριγμό στον τράχηλο. Πνεύμονες σιωπηλοί. $FEV1 = 0,43$ (17%), $FVC = 1,44$ (45%), $FEV1/FVC = 30\%$, επιπέδωση της εκπνευστικής καμπύλης.
- Παραπέμπεται στο 'Ιπποκράτειο' για ΩΡΛ εξέταση για πιθανή εξωθωρακική απόφραξη της αεροφόρου οδού. Οι ΩΡΛ στους παθολόγους → εισάγεται στον 'Άγιο Λουκά'.

Η διάγνωση

- **9/7/2010**: Αξονική τραχήλου= από τον ΔΕ λοβό του θυρεοειδούς εξορμάται ανομοιογενής εξεργασία διαμέτρου 3,5 cm, η οποία διαβρώνει το πρόσθιο και δεξιό τοίχωμα της τραχείας και όζος διαμέτρου 1,4 cm προβάλλει στον αυλό της τραχείας, με σημαντική απόφραξη αυτής. Δεν παρατηρούνται λεμφαδένες ή άλλες ανωμαλίες.
- Επιβεβαίωση με υπερήχους.

Study Date: 07/09/2010
Study Time: 13:13:03.375000



A

P

13CM

85% (0)
Tube
Tilt: 0
ET:

W: 330/1500 (330)
L: 30/400 (30)

F

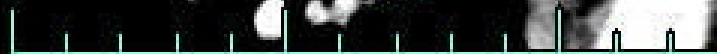


Row: 484
Column: 484

ID: 92577
Acq#: 1148164
Study Date: 07/09/2010
Study Time: 13:17:03.373000

R

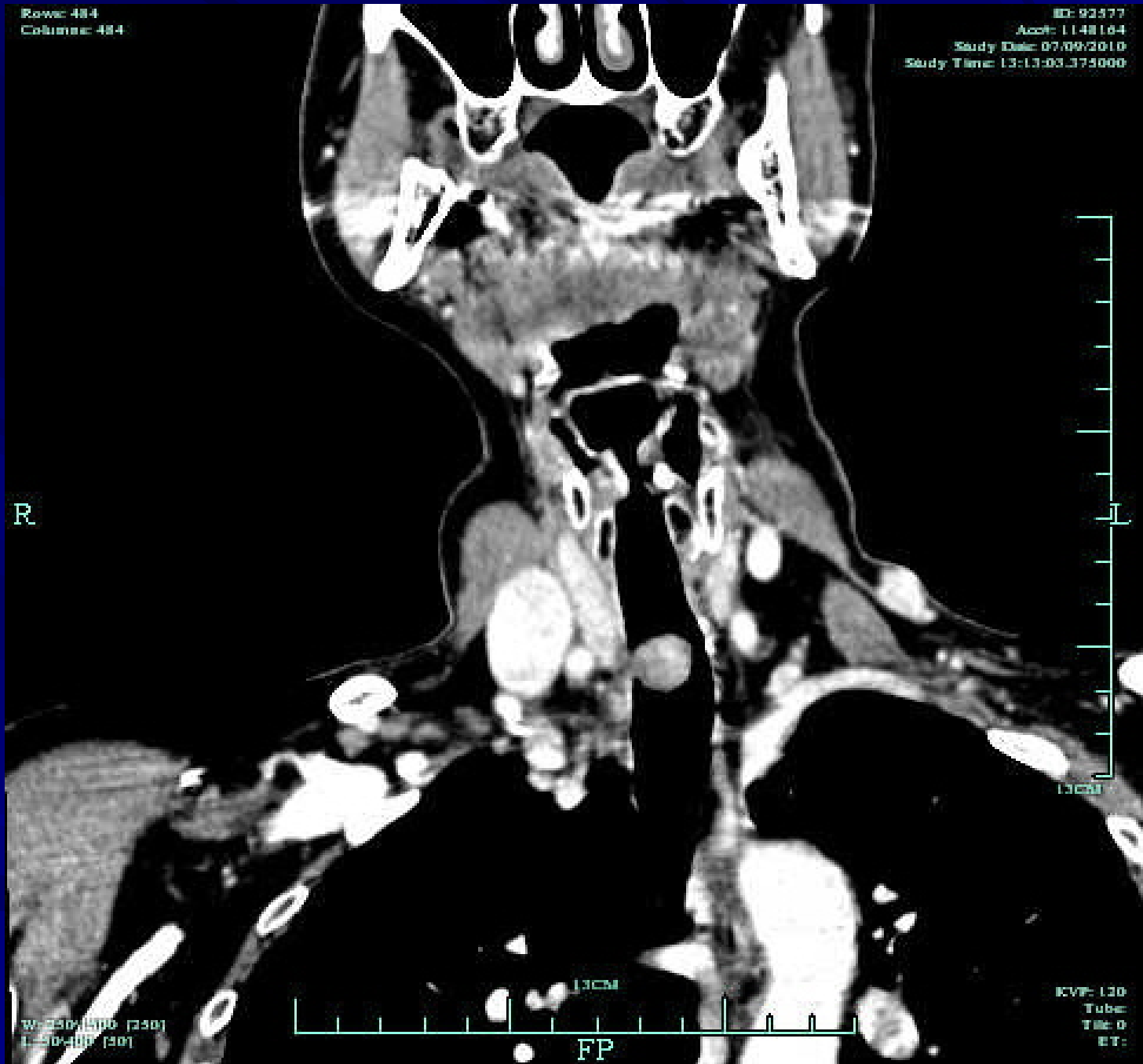
W: 230 (50) (350)
L: 50 (40) (30)



FP

KVP: 130
Tube:
Tilt: 0
ET:

13CM





W: 250/1500 [250]
L: 50/400 [50]

KVP: 130
Tube: [unreadable]
Time: 0
ET: [unreadable]

Αρχική αντιμετώπιση

- **14/7/2010**: Χειρουργική τραχειοστομία και βιοψία από όγκο που βρίσκεται στην προσθιοπλάγια επιφάνεια της τραχείας, διηθεί και διαπερνά το τοίχωμά της, σχηματίζοντας όζο που καταλαμβάνει το 80-90% του αυλού. Επίσης βιοψία από το ενδοτραχειακό τμήμα με άκαμπτο ενδοσκόπιο.
- **Μετεγχειρητικά**: υποδόριο εμφύσημα και ΔΕ πνευμοθώραξ → παροχέτευση ΔΕ, με άμεσο καλό αποτέλεσμα. Επίσης ΔΕ λαγονομηριαία φλεβοθρόμβωση → σε αντιπηκτική αγωγή.



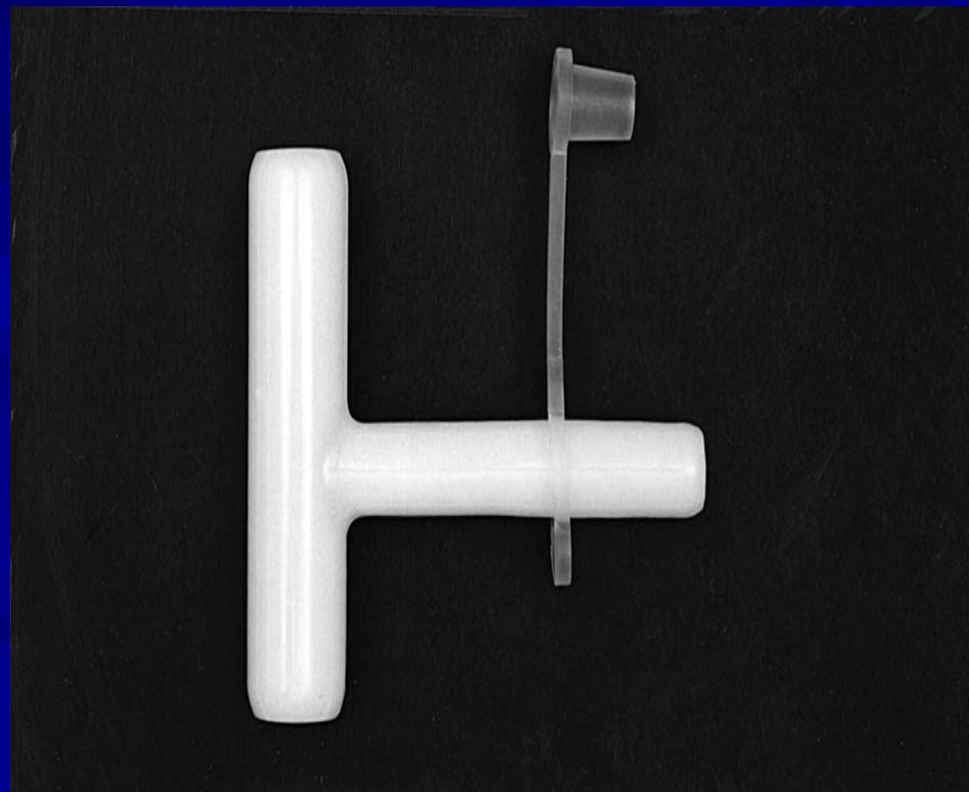
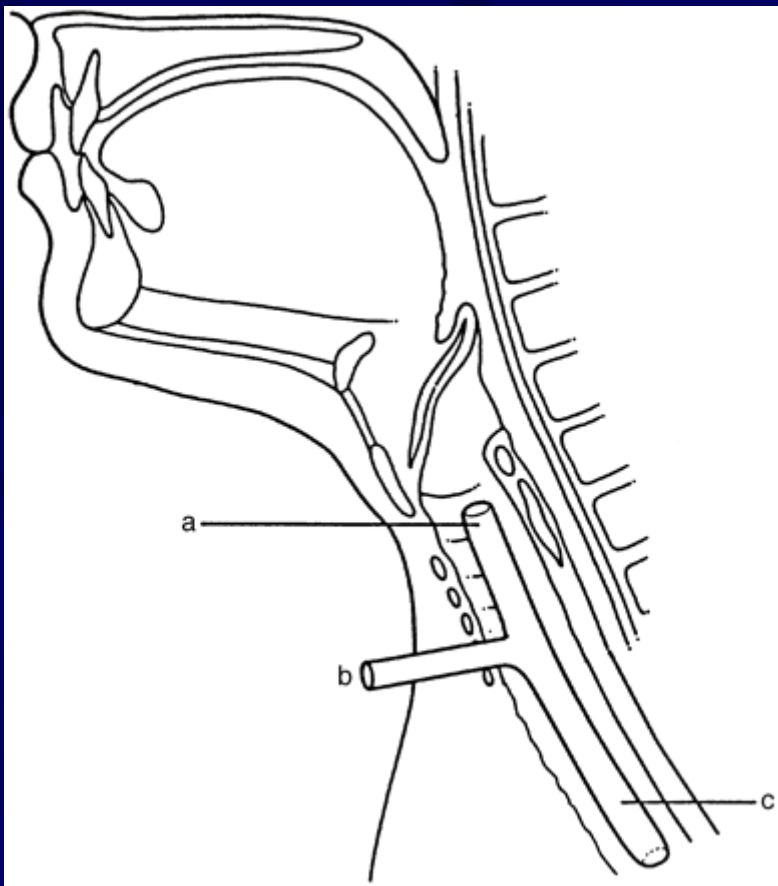
Ιστολογική εξέταση

- Καθολική κατάληψη του υλικού της βιοψίας από στοιχεία **θηλώδους καρκινώματος υψηλής διαφοροποίησης**, συμβατά με νεόπλασμα του θυρεοειδούς. Παρόμοια εικόνα και στο υλικό από την τραχεία, με επιπλέον εκτεταμένες φλεγμονώδεις διηθήσεις και αιμορραγικού τύπου νεκρωτικές αλλοιώσεις.

Οριστική αντιμετώπιση

- Ολική θυρεοειδεκτομή και αφαίρεση του ενδοτραχειακού τμήματος μαζί με 2-3 ημικρίκια της τραχείας και τοποθέτηση σωλήνα T (Montgomery), με ακέραια τα λαρυγγικά νεύρα και όλους τους παραθυρεοειδείς αδένες.
- Άμεση αποδιασωλήνωση με πλήρη αποκατάσταση της αναπνοής και της ομιλίας στο φυσιολογικό.





Ιστολογική εξέταση

- Θηλώδες καρκίνωμα του ισθμού του θυρεοειδούς, υψηλού βαθμού διαφοροποίησης Σταδίου IVA, με επέκταση προς τους προτραχειακούς ινομυώδεις ιστούς και με εκτεταμένη διήθηση του τραχειακού χόνδρου.



13/9/2010



12/10/2010

Όγκοι της τραχείας

■ Πρωτοπαθείς:

- Καλοήθεις
- Κακοήθεις

■ Δευτεροπαθείς:

- Τοπική επέκταση (από λάρυγγα, θυρεοειδή, πνεύμονα, οισοφάγο)
- Μεταστάσεις στην τραχεία (νεφρός, μελάνωμα, θυρεοειδής)
- ή στο μεσοθωράκιο (μαστός)

Κλινικές εκδηλώσεις

- Απόφραξη (δύσπνοια, συριγμός, stridor)
- Εξέλκωση βλεννογόνου (βήχας, αιμόπτυση)
- Διήθηση άλλων οργάνων (οισοφάγος= δυσφαγία, λαρυγγικό νεύρο= βράγχος φωνής)
- Απομακρυσμένες μεταστάσεις
- Συχνά τίθεται εσφαλμένη διάγνωση άσθματος επί χρόνια—αν δεν βελτιώνεται με τη θεραπεία, ας σκεφτόμαστε και την τραχεία!
- Στην ΑαΘ οι πνεύμονες είναι φυσιολογικοί.

Ενδείξεις απόφραξης ανώτερου αεραγωγού

- Περιορισμός εισπνευστικής ροής
- Οξύς εισπνευστικός συριγμός (stridor)
- Δυσχέρεια καθαρισμού εκκρίσεων
- Βήχας με «βόεια» χροιά
- Αλλοίωση της φωνής
- Επίταση της δύσπνοιας με την κόπωση ή τον υπεραερισμό
- Μεταβολή των συμπτωμάτων με τις κινήσεις του τραχήλου

Διερεύνηση

- Καμπύλη ροής-όγκου: επιπέδωση του εισπνευστικού και του εκπνευστικού σκέλους
- Δείκτης Empey
- ΩΡΛ ενδοσκοπηση: όχι μόνο λάρυγγας!
- Αξονική με 3-διάστατη ανασύνθεση: η καλύτερη μέθοδος απεικόνισης
- Υπερηχογράφημα θυρεοειδούς



7/6/2010



8/7/2010

Δείκτης Empey

- **Δείκτης Empey: FEV1 (ml) / PEFr (L/min)**
- Συνήθως <10 σε φυσιολογικά άτομα και ασθενείς με αποφρακτικές καταστάσεις ενδοθωρακικού τύπου
- **Τιμές >10 υποδηλώνουν απόφραξη των ανωτέρων αεραγωγών**

Σπιρομετρήσεις

	<u>28/5/10</u>	<u>7/6/10</u>	<u>8/7/10</u>
FEV1	1,55 (60%)	1,7 (66%)	0,43 (17%)
FVC	3,27 (103%)	2,86 (90%)	1,44 (45%)
Tiffeneau	47%	59%	30%
PEFR	107 (30%)	126 (35%)	???
Empey	14,5	13,5	???

Μετεγχειρητική σπιρομέτρηση

- 2 μήνες μετά την επέμβαση:
 - FEV1 = 1,92 L (74,8%)
 - FVC = 2,84 L (89,6%)
 - Δείκτης Empey 12,5 (λόγω της άκαμπτης στένωσης του αυλού)
 - Τακτικές αναρροφήσεις εκκρίσεων
 - Συνεχής ύγρανση ατμόσφαιρας

Αντιμετώπιση

- Τοπικά περιορισμένοι όγκοι: εκτομή τραχείας και αποκατάσταση ± stent
- Ενδοσκοπική αφαίρεση (core-out, laser)
- Ανεγχείρητοι όγκοι: ακτινοβολία σε συνδυασμό με ενδοτραχειακή θεραπεία για το οίδημα
- Βραχυθεραπεία
- Χημειοθεραπεία (?)

Πρόγνωση

- 1/3 ασθενών: ανεγχείρητοι
- 1/3: εξαιρεσιμοι με δυνατότητα αποκατάστασης τραχείας
- 1/3: εξαιρεσιμοι χωρίς δυνατότητα αποκατάστασης (= μόνιμη τραχειοστομία)

Σχόλιο

- Η τραχεία βρίσκεται στα όρια της ‘δικαιοδοσίας’ των ΩΡΛ και των πνευμονολόγων, και συνεπώς είναι εύκολο να παραβλεφθεί και από τις δυο ειδικότητες.
- Ας μη την ξεχνούμε ως τμήμα της αναπνευστικής οδού, έστω κι αν ακραία προβλήματα όπως το παραπάνω είναι—ευτυχώς—σπάνια.

Ευχαριστίες

Στην αντιμετώπιση της ασθενούς συνέβαλαν ουσιαστικά οι συνάδελφοι:

- Α. Γκορόπουλος, χειρουργός ενδοκρινών
- Ι. Κωνσταντινίδης, ΩΡΛ
- Κ. Τσακιρίδης, θωρακοχειρουργός
- Ρ. Κατσάρκα, αναισθησιολόγος
- Γ. Ιωαννίδης, εντατικολόγος