

Postintubatiós tracheastenosis

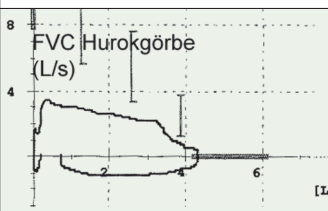
Esetleírás képekben

1. ÁBRA

Az 55 éves nőbeteget vesekőzúzás után kialakult cardiorespiratoricus elégtelenség miatt lélegeztették, tracheostoma is készült. Hazabocsátása után két héttel fulladás miatt végzett légzésfunkciós vizsgálatának eltérései alapján krónikus obstruktív légúti betegséget véleményeztek, hörgőtágító kezelést kapott.

Az ábrán jól láthatók a súlyos nagylégúti obstrukció jelei. A FIV₁ a FEV₁-nél nagyobb mértékben csökkent,

az áramlás-térfogat görbe inspiratorikus részén alacsony áramlású, platószerű lefutás mutatkozik



Paraméterek	Mért érték	Referencia-érték	Százalék
FVC (L)	4,35	5,18	84
FEV ₁ (L)	2,79	4,26	65
FEV ₁ /FVC (%)	64	81	79
PEF (L/s)	3,43	9,73	35
FIV ₁ (L)	0,54		

2. ÁBRA

Fokozódó dyspnoe, stridor miatt került intenzív ellátásra, majd osztályunkra. A bronchoszkópiánál a korábbi sztóma magasságában látott jelentős szűkület miatt három napig intubálás vált szükségessé; a trachea súlyosan gyulladt alsó harmadában granulációs szövet szűkítette körülbelül 5 mm át-mérőjűre a lument



korábbi sztóma magasságában látott jelentős szűkület miatt három napig intubálás vált szükségessé; a trachea súlyosan gyulladt alsó harmadában granulációs szövet szűkítette körülbelül 5 mm át-mérőjűre a lument

3. ÁBRA



Merev bronchoszkópok segítségével a trachea szűkület alsó harmadából kivettük a granulációs szövetet, majd feltágítottuk a tracheát és homokóra alakú Dumon-stentet implantáltunk

4. ÁBRA



Egy hónap múlva, a kontroll-bronchoszkópia során granulációs szövetet láttunk a stent fölött, a korábbi sztóma magasságában

5. ÁBRA



A thrombocytaaggregáció-gátló kezelés alatt álló beteget átmenetileg kis molekulatömegű heparinkezelésre állítottuk, majd a granulációt excizorral eltávolítottuk. A beteg azóta jól van, légzési panasza nincs. Rendszeresen kontrolláljuk

Légzési panaszok esetén minden korábban lélegeztetett vagy intubált betegnél fel kell merülnie a postintubatiós tracheastenosis gyanújának. A gyanút megerősítheti a trachea felett hallható stridoros légzés, a jellegzetes légzésfunkciós eltérés, a trachea-légsáv, illetve CT-felvétel. Gégészeti vizsgálat során a mélyen fekvő szűkületek gyakran nem láthatók.

A diagnózis felállításához – már a kórkép gyanúja esetén is – elengedhetetlen a mielőbbi bronchoszkópos vizsgálat. Az invazív beavatkozásokhoz több szakember összehangolt munkája szükséges (gyakorlott bronchológus, aneszteziológus, bronchológus szakasszisztens, intenzív osztályos háttér).

A diagnózis időben való felállítása teszi lehetővé, hogy az endoszkópos beavatkozás tervezetten végezhető legyen, így minimálisra csökkenthető a szövődmények.

Az esetet beküldte: dr. Markóczy Zsolt, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, VI. Osztály.
Levelezési cím: 1125 Budapest, Pihenő út 1.

Köszönetet mondunk dr. Herjavec Irénnek a szakmai támogatásért.