

ISSN 1643-0050

magazyn OTORYNO-
LARYNGOLOGICZNY

KWARTALNIK • STYCZEŃ – MARZEC 2002 • TOM I • ZESZYT 1

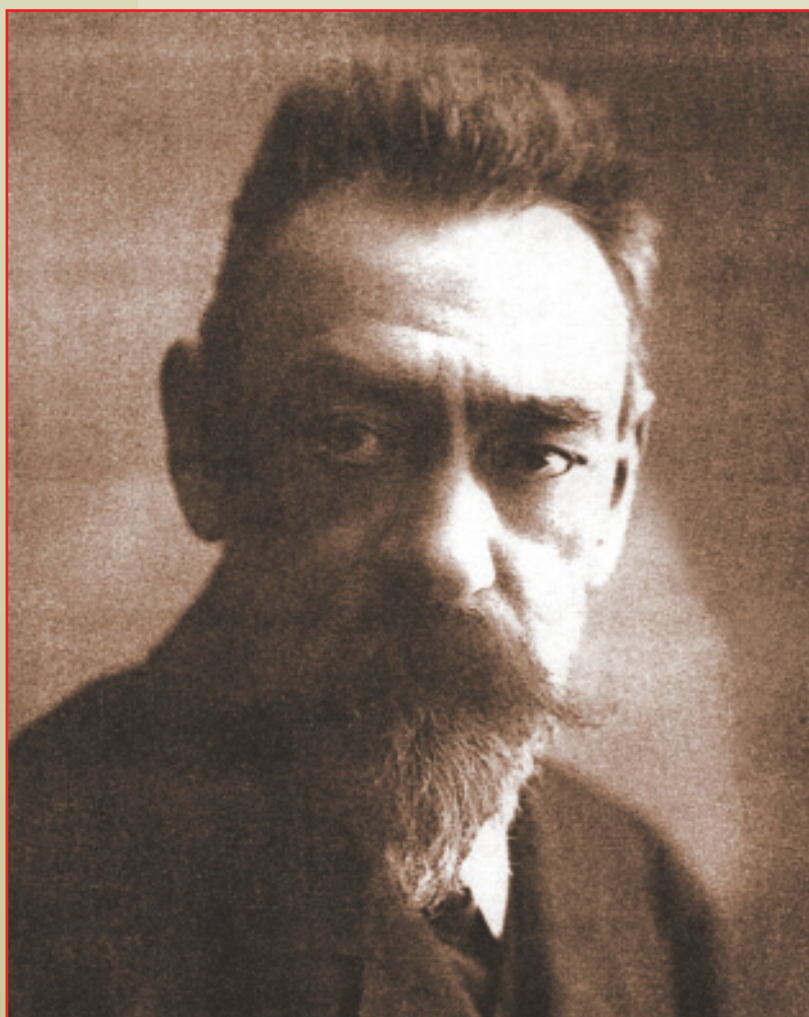
No 1

● PŁYNOTOK NOSOWY – DIAGNOSTYKA

prof. dr hab. med. Antoni Krzeski
lek. med. Marta Held-Ziółkowska

● CHORZY NA RAKA KRTANI
I GARDŁA DOLNEGO – SPECYFIKA PRZYPADKU

prof. dr hab. med. Grzegorz Janczewski



Przemysław Wiktor Odrowąż-Pieniążek

W N U M E R Z E

TWORZYLI POLSKĄ LARYNGOLOGIE	4
dr hab. med. Andrzej Kierzek	
PŁYNÓTKI NOSOWE – DIAGNOSTYKA	5
prof. dr hab. med. Antoni Krzeski lek. med. Marta Held-Ziółkowska	
CHOROBY NA RAKA KRTANI I GARDŁA DOLNEGO – SPECYFIKA PRZYPADKU	14
prof. dr hab. med. Grzegorz Janczewski	
SPRAWOZDANIE	18
dr med. Irena Krzeska-Malinowska	

Komitet redakcyjny:

redaktor naczelny – prof. dr hab. med. Antoni Krzeski
sekretarz redakcji – dr med. Agnieszka Strzembosz

Patronat naukowy:

Katedra i Klinika Otolaryngologii Akademii Medycznej
w Warszawie

Rada naukowa:

przewodniczący
– prof. dr hab. med. Grzegorz Janczewski
członkowie:
– prof. dr hab. med. Teresa Goździk-Żołnierkiewicz
– dr hab. med. Krzysztof Kochanek
– prof. dr hab. med. Barbara Maniecka-Aleksandrowicz
– dr hab. med. Kazimierz Niemczyk
– prof. dr hab. med. Bożena Tarchalska
– prof. dr hab. med. Edward Zawisza

Adres korespondencyjny:

Magazyn Otolaryngologiczny
02-218 Warszawa 124, skr. poczt. 60

e-mail: magazynorl@yahoo.com

Opracowanie graficzne, skład i łamanie:

M-art, Jolanta Merc, tel. 739 88 24

© Wydawca:

prof. dr hab. med. Antoni Krzeski
00-681 Warszawa, ul. Hoża 37, lok. 5, tel. 627-15-50
przy współpracy UCB-Pharma
Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie w części lub w całości
bez uzyskania zezwolenia wydawcy jest zabronione.

Drodzy Czytelnicy!

Przekazujemy Państwu pierwszy numer nowego kwartalnika pt.

„Magazyn Otolaryngologiczny”.

Podejmując się wydawania tego periodyku przeznaczonego dla praktyków otolaryngologów, ale nie tylko dla nich, chcemy złagodzić skutki znanych Państwu trudności publikowania aktualnych podręczników otolaryngologii. Nasze środowisko nie jest zbyt liczne, toteż niskie nakłady monografii poświęconych poszczególnym działom naszej specjalności są niezwykle kosztowne. Polskie Towarzystwo Otolaryngologów, Chirurgów Głowy i Szyi nie zajmuje się działalnością wydawniczą, która odpowiadałaby istotnemu zapotrzebowaniu środowiska. „Magazyn Otolaryngologiczny” jest w naszym zamierzeniu próbą wypełnienia tej luki. Chodzi o popularyzację stanu współczesnej otolaryngologii przez publikację artykułów poglądowych pisanych przez kompetentnych autorów na zamówienie Redakcji.

Proponujemy także Kolegom przygotowującym prace doktorskie i habilitacyjne, ich Promotorom i Opiekunom publikowanie na naszych łamach artykułów poglądowych opartych na tekstach wspomnianych prac. Uznajemy, że jesteście Państwo ekspertami w opracowywanych przez siebie zagadnieniach, a właśnie strony „Magazynu Otolaryngologicznego” mogą stanowić znakomite forum do zapoznania z nimi otolaryngologów polskich.

Radę Naukową stanowić będzie zespół samodzielnymi pracownikami naukowymi Katedry i Kliniki Otolaryngologii Akademii Medycznej w Warszawie.

Zamiarem Redakcji jest dostarczanie czytelnikom kolejnych zeszytów „Magazynu Otolaryngologicznego” bezpłatnie. **Warunkiem ich otrzymania jest odesłanie nam załączonego formularza zamówienia.**

Możliwość bezpłatnego rozsyłania kwartalnika zawdzięczamy zrozumieniu wagi doskonalenia specjalistów otolaryngologów i hojności firmy UCB-Pharma, dlatego też na ręce Pani Doktor Katarzyny Pawelskiej, przedstawicielowi UCB-Pharma, składam w imieniu własnym i Państwa serdeczne podziękowania.

prof. dr hab. med. Antoni Krzeski
Redaktor naczelny

Warszawa, styczeń 2002 r.

TWORZYLI POLSKĄ LARYNGOLOGIE

PRZEMYSŁAW WIKTOR
ODROWĄŻ PIENIAŻEK
(1850–1916)

Urodzony w Warszawie, studiował na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego, gdzie w 1874 r. otrzymał dyplom lekarza.

Rynolaryngologii uczył się w Wiedniu u pionierów tej dyscypliny, m. in. u Leopolda Schroetera, Carla Stoercka i Johanna Schnitzlera. *Veniam legendi* otrzymał na podstawie rozprawy „Uwagi nad mechanizmem zamknięcia głośni chrząstkowej przy wydaniu głosu w stanie zdrowia i nad zaburzeniami w tymże”. 10 sierpnia 1879 r. został pierwszym na ziemiach polskich docentem chorób nosa, gardła i krtani (1).

Był autorem podręcznika „Laryngoskopia oraz choroby krtani i tchawicy” (Kraków 1879). Uzupełnienie do tego dzieła ukazało się w 1887 r. Współredagował również znane podręczniki zagraniczne, m.in. austriackie i niemieckie.

W 1879 r. uzyskał pozwolenie wykładania rynolaryngologii na Uniwersytecie Jagiellońskim, prowadził także poradnię laryngologiczną. Przypadki wymagające interwencji chirurgicznej operował na oddziale chirurgicznym Alfreda Obalińskiego. W czerwcu 1894 r. uzyskał prawo do utworzenia oddziału chorób górnych dróg oddechowych. Oddział przemianowano, na jego wniosek, na klinikę Uniwersytetu Jagiellońskiego, a jemu przyznano etat asystenta. „Wiele palących potrzeb pokrywał... własnym sumptem” – informowano później. Profesorem nadzwyczajnym rynolaryngologii został w 1888 r., a zwyczajnym – w 1903 r.

Opublikował ponad 40 prac naukowych, wiele w językach obcych. Na pytanie, co najważniejszego zdziałał, Jan Miodoński odpowiadał:

„Zdobył dla medycyny klinicznej tchawicę i oskrzela na dziesięć prawie lat przed innymi. Tylko wielkie odkrycia dają się ująć tak krótko i jednoznacznie”. W 1884 r. jako pierwszy na świecie dokonał tracheobronchoskopii dolnej u 4-letniego dziecka; zapamiętać trzeba, że właśnie na dziesięć lat przed Gustavem Killianem. Opisywał powikłania błonicy gardła i krtani, cechy przerostowego zapalenia strun głosowych, podał sposób różnicowania porażen mięśni i nerwów krtani, przedstawił objawy nowotworów krtani. Udoskonalił i zmodyfikował operację rozszczepiania krtani, zajmował się leczeniem zwężeń krtani, tchawicy i oskrzeli różnego pochodzenia, wydobywaniem ciał obcych z górnych i dolnych dróg oddechowych, próbował leczyć astmę oskrzelową i sprawy obrzękowe górnych dróg oddechowych (kiedy jeszcze o alergii nie słyszano). Opracował metodę znieczulania i blokady nerwu krtaniowego górnego wodnym roztworem kokainy specjalnie skonstruowaną strzykawką (2).

Prowadził szeroką praktykę prywatną: leczył m.in. rodzinę Henryka Sienkiewicza (3).

Dwóch jego uczniów zostało profesorami: Aleksander Baurowicz (1867–1949) i Franciszek Nowotny (1872–1924) (4).

dr hab. med. Andrzej Kierzek
50-334 Wrocław, ul. Rozbrat 5 m. 6

PRZYPISY

(1) J. Sekula, E. Olszewski: Historia Kliniki Oto-Ryno-Laryngologii w Krakowie. Otolaryngol. Pol. 1986, t. XL, nr 4, s. 297-301

(2) J. Miodoński: Historia Kliniki Oto-Ryno-Laryngologicznej w Krakowie. Mat. Nauk. Sekcji Hist. Pol. Tow. Otolaryngol. 1986, t. II, nr 7, s. 638-640

(3) M. Skulimowski: Nieznane listy Henryka Sienkiewicza do Przemysława Pieniędzy. Wiad. Lek. 1957, t. X, nr 10, s. 469-470

(4) J. Sekula, E. Olszewski: op. cit., s. 301

(fotografia na okładce pochodzi ze zbiorów A. Kierzka)

PŁYNOTOK NOSOWY – DIAGNOSTYKA

prof. dr hab. med. Antoni Krzeski*
lek. med. Marta Held-Ziółkowska*

Cerebrospinal rhinorrhea is called a discharge of cerebrospinal fluid through the fistula between anterior skull base and the nasal cavity, paranasal sinuses or tympanic cavity. The fracture of the bone and the tear of the dura mater leads to the rhinorrhea and may be caused by a trauma, including iatrogenic trauma, inflammatory process, tumors or by congenital malformations. Authors present different diagnostic methods of detection and localization of the cerebrospinal fluid fistula.

(Mag. ORL, 2002, 1, 1, 5-12)

Praca recenzowana

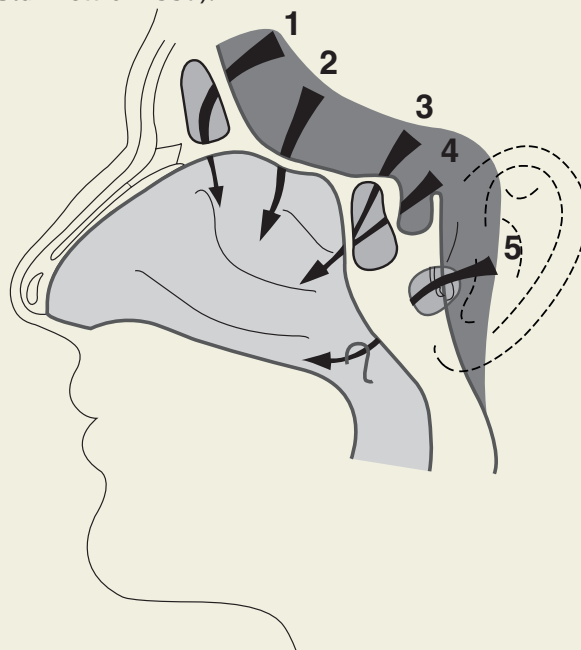
Wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego przez nos zwany płynotokiem nosowym (*rhinorrhoea cerebrospinalis*) jest zjawiskiem patologicznym, będącym konsekwencją powstania przetoki pomiędzy wnętrzem czaszki a stropem jamy nosowej, sitowiem, zatoką czołową, klinową bądź jamą bębenkową. Płynotok nosowy najczęściej pojawia się w następstwie urazu tych struktur anatomicznych lub jako skutek procesów chorobowych, prowadzących do zniszczenia struktur kostnych i opony twardej w obrębie tych regionów. Przetoka stanowi potencjalne wrota zakażenia z jamy nosowej i zatok przynosowych bezpośrednio do wnętrza czaszki, prowadząc do rozwoju zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych bądź zapalenia tkanek mózgu.

Płynotok nosowy może objawiać się jako niewielki wodojasny wyciek z jamy nosowej, tym samym naśladując nieżyt nosa. Rozróżnienie tych dwóch stanów klinicznych jest niejednokrotnie szczególnym wyzwaniem dla lekarza, podobnie jak decyzja o sposobie leczenia.

Samoistny wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego przez nos opisał po raz pierwszy w piśmiennictwie medycznym w 1676 r. Willis (Burgio i Marks 1995). W 1700 r. duński chirurg Bidloo odnotował po raz pierwszy w literaturze płynotok pourazowy, który nazwał „wyciekaniem płynu z nosa podobnym do fontanny”. Miller w 1826 r. opisał płynotok nosowy „pod wy-

sokim ciśnieniem”, powstały w przebiegu wodogłowia (Pearson 1995).

Przetoka, przez którą dochodzi do wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, powstaje najczęściej w miejscu, w którym kości tworzące podstawę czaszki są stosunkowo najcieńsze. Z tego powodu w większości przypadków płynotoków nosowych przetoka jest umiejscowiona w obrębie blaszki sitowej lub stropu sitowia przedniego i/lub tylnego (ok. 40%). Miejscem wycieku może być też tylna ściana zatoki czołowej (15%) oraz sklepienie zatoki klinowej (15%). Płyn mózgowo-rdzeniowy w niektórych przypadkach może docierać do jamy nosowej również z ucha środkowego przez trąbkę słuchową (ryc 1). W tych przypadkach najczęściej dochodzi do uszkodzenia ciągłości pokrywki jamy bębenkowej, należącej do elementów tworzących podstawę środkowego dołu czaszki. Głównym objawem tej postaci wycieku jest spływanie wydzieliny do gardła (Papay i in. 1989, Pearson 1995, Stankiewicz 1997).



Ryc. 1. Miejsca wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego:
1 – zatoka czołowa, 2 – strop jamy nosowej i sitowia,
3 i 4 – górna i tylna ściana zatoki klinowej,
5 – z jamy bębenkowej przez trąbkę słuchową.

(rys. opracowano na podstawie Papay'a i in. 1989)

*Klinika Otolaryngologii AM w Warszawie,
kierownik: prof. dr hab. med. Grzegorz Janczewski,
ul. Banacha 1 a, 02-097 Warszawa

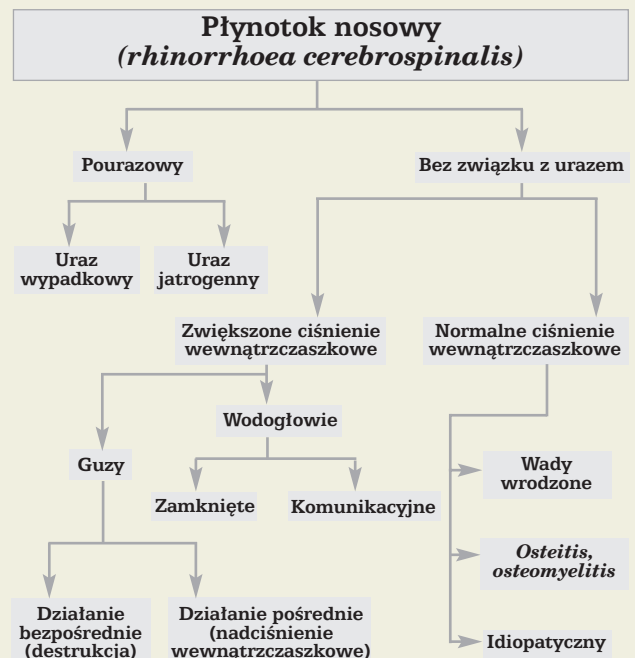
Wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego przez nos następuje w wyniku bezpośredniej łączności przestrzeni płynowej wewnątrz czaszki ze stale, również w stanie zdrowia, zakażoną przestrzenią jamy nosowej i nosogardła. Uszkodzenie kostnej i oponowej bariery ochronnej mózgu może być przyczyną rozwoju zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych bądź zapalenia tkanek mózgu. Prawdopodobieństwo tego powikłania zwiększa się wówczas, gdy wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego utrzymuje się ponad 7 dni lub gdy istnieje przepuklina mózgowa do jamy nosowej i zatok przynosowych. Rozwinięcie się zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych bądź mózgu jest stanem zagrożenia życia. Śmiertelność w tych przypadkach sięga u dorosłych 10%, a u dzieci znacznie więcej (Eljamel i Foy 1991, Caldicott i in. 1973). Najczęściej stwierdzanymi patogenami są *Streptococcus pneumoniae* i *Haemophilus influenzae* (Papay i in. 1989, Ząbek 1994), które są również przyczyną większości przypadków zatokopochodnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych (Burgio i Marks 1995).

Analizy kliniczne wykazują, że do rozwoju zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych znacznie częściej dochodzi w wyniku płynotoków późnych i/lub długotrwałych niż w przypadku wycieków wczesnych, które pojawiły się bezpośrednio po urazie. Spostrzeżenia te powinny mieć wpływ na podejmowanie decyzji o sposobie leczenia operacyjnego płynotoku nosowego (Eljamel i Foy 1991).

Odma śródczaszkowa (*pneumocephalus*) jest innym, równie groźnym dla życia powikłaniem, które ujawnia się u około 30% pacjentów z pourazowym płynotokiem nosowym (Burgio i Marks 1995). Rozwijając się może jako odma wentylowa, powstała w następstwie działania mechanizmu zastawkowego w miejscu uszkodzenia, prowadząc do wzrostu ciśnienia śródczaszkowego. Zjawisko to obserwuje się zwłaszcza w następstwie gwałtownego wzrostu ciśnienia w jamie nosowej, na przykład podczas kaszlu czy kichania. Odma śródczaszkowa może się również rozwinąć u osoby z płynotokiem nosowym, u której zastosowano drenaż lędźwiowy, jako następstwo wytworzenia podciśnienia w przestrzeniach płynowych („objaw syfonu”) (May i in. 1993, Papay i in. 1989). Powstała odma śródczaszkowa wywołuje objawy ciasnoty wewnątrzczaszkowej, bóle głowy, zaburzenia świadomości, utratę przytomności i drgawki. Wystąpienie tych objawów wymaga natychmiastowej interwencji chirurgicznej ze względu na możliwość rozwinięcia się zespołu wklonowania pnia mózgu (Ząbek 1994).

Klasyfikację płynotoków nosowych ze względu na przyczynę i patogenezę przedstawiono na **ryc. 2**. Płynotok może się pojawić w następstwie przebytego urazu lub w wyniku procesu rozrostowego, prowadzącego do zniszczenia struktur kostnych, bądź też jako wynik procesu zapalnego kości, wodogłowia, wrodzonych ubytków kostnych lub też bez uchwytnej przy-

czyny. W grupie osób, które doznały urazu głowy, pojawia się w około 2–3% przypadków, a u co drugiego poszkodowanego jest związany ze złamaniem podstawy przedniego dołu czaszki. Przyczyną urazów przebiegających z płynotokiem nosowym są najczęściej wypadki komunikacyjne lub napady z pobiciem (Burgio i Marks 1995, Papay i in. 1989, Stankiewicz 1991).



Ryc. 2. Przyczyny płynotoku nosowego (Har-El 1999, Ommaya 1976).

W ostatnich latach odnotowuje się zwiększenie liczby urazów jatrogennych, prowadzących do powstania płynotoku nosowego, jako konsekwencję stosowania nowoczesnych technik chirurgicznych w obrębie podstawy czaszki.

Płynotok nosowy może wystąpić w różnym czasie po urazie, przy czym nie wykazano bezpośredniego związku czasowego między doznaniem urazu a wyciekaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. W zależności od czasu, w jakim płynotok ujawnia się po przebytej urazie, wyróżnia się:

- płynotok bezpośredni (natychmiastowy), występujący w ciągu 48 godzin od urazu,
- płynotok wczesny, który pojawia się w okresie do jednego miesiąca od urazu,
- płynotok późny, występujący około 3 miesiące po urazie,
- płynotok odległy, który pojawia się wiele miesięcy, a nawet lat po urazie (Burgio i Marks 1995, Stankiewicz 1997).

Według Westmore'a i Whittama (1982) 90% płynotoków pourazowych to płynotoki wczesne. Większość wycieków występujących z opóźnieniem jest obserwowana około 3 miesiące po urazie (Stankiewicz 1997).

Późne ujawnienie się objawów płynotoku nosowego jest następstwem wchłonięcia się krwiaka bądź ustąpienia obrzęku czy też stanu zapalnego tkanek, które blokowały szczelinę złamania. Zjawisko to może być również następstwem procesu bliznowacenia tkanek, który może prowadzić do przemieszczenia brzegów rozdartej opony twardej (Loew i in. 1984, Okada i in. 1991). Myers i Sataloff (1984) zwracają uwagę, że upośledzenie ukrwienia oraz martwica tkanek rany, na przykład w wyniku ucisku przez odłam kostny, również może otworzyć drogę dla wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego. Calcatera (1985) zauważa, że w następstwie urazu może dojść do wpuklenia się opony twardej do szczeliny złamania, co po pewnym czasie, w wyniku działania ciśnienia wewnątrzczaszkowego, niedokrwienia i rozwoju stanu zapalnego tkanek, może spowodować ścięczenie, a następnie przerwanie ciągłości opony twardej. Niekiedy jednak niewielki płynotok może pozostawać niezauważony przez wiele lat, a o istnieniu przetoki może świadczyć dopiero rozwinięcie się zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Warto zauważyć, że wystąpienie płynotoku jatrogennego obserwuje się w połowie przypadków w pierwszym tygodniu po operacji. Prawdopodobnie jest to konsekwencją bądź pooperacyjnego obrzęku tkanek, który blokuje miejsce powstałej przetoki, bądź zastosowania ścisłego opatrunku, który do momentu usunięcia uszczelnia miejsce uszkodzenia.

Tabela 1. Częstość występowania płynotoków nosowych w zależności od przyczyny (Stankiewicz 1997)

PRZYCZYNA PŁYNOTOKU	CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA (%)
Pourazowy	90
– powypadkowy	80
– jatrogenny	10
Niezwiązany z urazem	10
– z podwyższonym ciśnieniem wewnątrzczaszkowym	5
– z prawidłowym ciśnieniem wewnątrzczaszkowym	5

Odrębną grupę (ok. 10% wszystkich przypadków wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego przez nos) (Stankiewicz 1997) stanowią chorzy z płynotokiem nosowym niezwiązanym z urazem twarzowo-czaszkowym. Wyróżnia się wśród nich przypadki ze wzmożonym ciśnieniem śródczaszkowym oraz przypadki z prawidłowym ciśnieniem (**tab. 1**). Pierwsze są związane z występowaniem wodogłowia bądź szybko wzrastających guzów wewnątrzczaszkowych i stanów zapalnych po ich napromienianiu lub chemioterapii.

Drugie wiążą się z rozrostem guzów zewnątrz- i wewnątrzczaszkowych, prowadzących do zniszczenia struktur kostnych podstawy przedniego dołu czaszki. Wśród innych przyczyn należy wymienić wrodzone ubytki lub odmienności w budowie struktur kostnych przedniego i środkowego dołu czaszki oraz procesy zapalne (*osteitis, osteomyelitis*) toczące się w tym rejonie (Har-El 1999, Ommaya i in. 1976).

Przyczyną płynotoku nosowego może być również zespół „pustego siodła”, który powstaje w następstwie wrodzonego braku przepony siodła tureckiego, co stwarza możliwość wgłobiania się do siodła uchyłku pajęczynówki. Stopniowe powiększanie się uchyłku i przenoszone przez niego pulsowanie prowadzi do powiększania się siodła, a z czasem do zaniku tworzącej go kości. Powstaje *meningocoele* lub *meningoencephalocoele*, a następnie dochodzi do wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego (Głowacki i Haftek 1988).

Na szczególną uwagę zasługują tzw. płynotoki samoistne, określane również jako spontaniczne lub idiopatyczne. Powstają one bez związku z urazem czy inną uchwytą przyczyną. W piśmiennictwie pojęcie „samoistny” jest niekiedy stosowane w odniesieniu do płynotoków niezwiązanych z urazem (May i in. 1995, Stankiewicz 1997). Niejednokrotnie określenie „wyciek samoistny” (spontaniczny) jest używane zamiennie z terminem „wyciek idiopatyczny” (Ommaya 1976). Har-El (1999), dokonując przeglądu piśmiennictwa dotyczącego terminologii płynotoków nosowych wykazuje, że większość płynotoków samoistnych w rzeczywistości ma swoją uchwytą przyczynę, którą można rozpoznać różnymi metodami diagnostycznymi, endoskopowymi i/lub radiologicznymi, bądź podczas zabiegu chirurgicznego (występowanie szczeliny pourazowej). Jego zdaniem płynotoki samoistne powinny być odróżniane od płynotoków idiopatycznych.

Ustalenie bezpośredniej przyczyny płynotoku idiopatycznego nie jest możliwe, dlatego stwarza on największe problemy diagnostyczne i lecznicze. Jest to schorzenie niezwiązane z urazem i pojawia się bez wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego. Jest niezwykle rzadką przyczyną wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego. Ommaya i in. (1968) uważa, że w tych przypadkach płynotok może wystąpić w wyniku miejscowej atrofii struktur odgraniczających przestrzeń płynową, przede wszystkim w rejonie blaszki sitowej i siodła tureckiego, powstałej w następstwie niedokrwienia czy procesów osteoporotycznych. Bezpośrednie wystąpienie płynotoku nosowego może być konsekwencją wahań ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, zwłaszcza w sytuacji jego gwałtownych wzrostów, na przykład w następstwie kaszlu, który może spowodować uszkodzenie osłabionej tkanki kostnej (Applebaum i Chow 1993).

Badania anatomiczne Gacek'a (1990) oraz Schuknechta i Gulya (1986) potwierdzają teorię idiopatycz-

nego płynotoku usznego i nosowego jako następstwa patologicznego występowania ziarnistości pajęczynówki, której fizjologiczną czynnością jest wchłanianie nadmiaru płynu mózgowo-rdzeniowego do krążenia. Obecność ich na podstawie czaszki poza światłem zatok żylnych, zwłaszcza w okolicy sitowia i zatoki klinowej, może prowadzić do niedokrwienia i odczynu zapalnego otaczających struktur kostnych poprzez udzielone pulsowanie i ucisk, powodując w konsekwencji ich zniszczenie i wytworzenie się przetoki płynowej.

ROZPOZNAWANIE PŁYNOTOKU NOSOWEGO

Przeprowadzając diagnostykę w kierunku wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego przez jamę nosową poszukuje się odpowiedzi na dwa zasadnicze pytania: czy obserwowany wyciek jest rzeczywiście płynotokiem nosowym, a jeżeli tak, to w którym miejscu znajduje się przetoka płynowa.

Należy uwzględnić następujący schemat postępowania:

1. Identyfikacja płynotoku:
 - badanie podmiotowe i przedmiotowe
 - diagnostyka biochemiczna płynu wyciekającego z jamy nosowej.
2. Lokalizacja miejsca wycieku:
 - diagnostyka obrazowa
 - badania radioizotopowe
 - badania z zastosowaniem znaczników.

Badanie podmiotowe

Zebranie dokładnego wywiadu jest podstawą dalszego planowania badań diagnostycznych i postępowania leczniczego. Informacje zebrane od pacjenta często pomagają uniknąć długotrwałego i kosztownego procesu diagnostycznego. Wywiad chorobowy powinien zawierać następujące pytania (Pearson 1995, Janczewski 1997):

- Czy chory obserwuje wycieki przejrzystego płynu z nosa?
- Czy płyn wycieka z jednej (której), czy z obu jam nosa?
- Czy wyciek jest ciągły, czy występuje z przerwami? Co go wywołuje i wzmacnia?
- Czy wyciekowi towarzyszy blokada jamy nosowej i kichanie?
- Czy w pozycji leżącej chory musi częściej przełykać?
- Czy w przeszłości wystąpił uraz trzewioczaszki?
- Czy występuje zaburzenie lub utrata węchu?
- Czy chory przechodził ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych? Ile razy?

Typowy obraz płynotoku nosowego to jednostronny wyciek wodnojasnego płynu z jamy nosowej. Objaw ten jest prawie jednoznaczny z rozpoznaniem płynotoku nosowego u pacjenta po urazie twarzowo-

-czaszkowym związanym z wypadkiem lub operacją przebytą w obrębie przedniego lub środkowego dołu czaszki. Postawienie właściwej diagnozy może być trudniejsze w przypadkach wodnistego wycieku z nosa, który pojawia się w odległym czasie po urazie. Wtedy połączenie faktu urazu i wycieku nie jest tak oczywiste, a płynotok może być mylnie uważany za objaw alergii lub reakcji naczynioruchowej błony śluzowej nosa.

Strona wystąpienia wodnojasnego wycieku z jamy nosowej zwykle ukierunkowuje poszukiwania ewentualnego miejsca uszkodzenia podstawy czaszki. Z reguły płynotok występuje po stronie uszkodzenia, jednak w szczególnych przypadkach, zwłaszcza gdy w następstwie urazu grzebień koguci lub lemiesz są przemieszczone, płyn może się przedostawać na stronę przeciwną przez nozdrza tylne bądź przez perforację w przegrodzie nosowej. Płynotok zwykle nasila się w pozycji stojącej lub przy pochyleniu głowy do przodu. Odchylenie głowy do tyłu lub pozycja na wznak powoduje spływanie płynu do nosogardła, a pacjent uskarża się wówczas na konieczność częstego przełykania (Pearson 1995).

Przy podejrzeniu wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego ważną wskazówką mogą też być objawy towarzyszące, które naprowadzają proces diagnostyczny na właściwy tor. Wystąpienie upośledzenia odczuwania zapachów (hiposmia lub anosmia), zwłaszcza po jednej stronie, może wskazywać na uszkodzenie nerwów węchowych przechodzących przez blaszkę sitową. Objaw ten według Stankiewicza towarzyszy 60% płynotoków pourazowych. Pourazowe uszkodzenie nerwu wzrokowego z towarzyszącym wodnojasnym wyciekem z nosa po tej samej stronie może świadczyć o złamaniu kości podstawy czaszki w obszarze zatoki klinowej i komórek sitowych tylnych (Stankiewicz 1997).

Niekiedy nawracający płynotok z jamy nosowej może być poprzedzony silnymi, napadowymi bólami głowy, które znacznie słabną lub zanikają w momencie jego wystąpienia. Jeśli dodatkowo dołączą się zaburzenia widzenia, objawy te mogą sugerować wzmożone ciśnienie śródczaszkowe spowodowane wodogłowieciem lub istnienie guza albo odmy śródczaszkowej.

W niektórych przypadkach wyciekający płyn mózgowo-rdzeniowy może się gromadzić w przestrzeniach zatok przynosowych, a pojawiać jedynie przy pochyleniu głowy („objaw zbiornika”). Obrzęk błony śluzowej jamy nosowej, będący konsekwencją procesu zapalnego lub też alergii, może blokować ujścia zatok przynosowych i umożliwiać jedynie okresowe wyciekanie zgromadzonego płynu z jam zatok.

Należy zwrócić szczególną uwagę na chorych, u których wystąpiły epizody zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, głównie o etiologii paciorkowcowej.

U tych chorych należy rozważyć możliwość istnienia szczeliny pourazowej w strukturach kostnych tworzących podstawę przedniego lub środkowego dołu czaszki oraz bezwzględnie wykluczyć występowanie płynotoku skąpoobjawowego. Szczególnie ważne jest zebranie wywiadu w kierunku urazu twarzowo-czaszkowego, który mógł mieć miejsce nawet przed wieloma laty, gdyż właśnie w tych przypadkach istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo istnienia szczeliny w strukturach podstawy czaszki, która stanowi wrota dla penetracji infekcji bakteryjnej z jamy nosowej do wnętrza czaszki (Har-El 1999, Stankiewicz 1997).

Badanie przedmiotowe

Badanie laryngologiczne powinno obejmować dokładną ocenę jamy nosowej, uzupełnioną badaniem endoskopowym, ocenę uszu (objawy złamania kości skroniowej, stany zapalne, stan po operacji otologicznej, otoneurologicznej w obrębie kości skroniowej i/lub środkowego dołu czaszki) i pozostałych okolic w obrębie głowy i szyi oraz wnikliwą ocenę czynności nerwów czaszkowych. Przy podejrzeniu wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego pomocne są próby, które powodują wzrost ciśnienia śródczaszkowego, a w konsekwencji ujawniają lub wzmagają płynotok. Są to: próba Valsalvy (próba wydmuchania powietrza przez nos przy zaciśniętych nozdrzach przednich i zamkniętych ustach) oraz próba Queckenstedta (jednoczesne uciśnięcie obu żył szyjnych). Również pochYLENIE głowy może ujawnić wyciek płynu, który zgromadził się w zatoce przynosowej („objaw zbiornika”) (Stankiewicz 1997).

U chorych po niedawnym urazie twarzowo-czaszkowym wyciekający płyn mózgowo-rdzeniowy może być zmieszany z krwią. We wstępnym rozpoznaniu płynotoku nosowego może być pomocne zauważenie tzw. objawu halo, nazywanego również „objawem pierścienia”. Kapiąca na bibułę filtracyjną lub inną higroskopijną powierzchnię (gaza, lignina) wydzielina z jamy nosowej zarysowuje na jej powierzchni obraz podwójnego pierścienia, świadczącego o różnej dyfuzji obu płynów. Wysychanie klarownego płynu z jamy nosowej bez cech „usztynienia” gazy lub bibuły również może świadczyć, że jest to płyn mózgowo-rdzeniowy. Obie próby obarczone są jednak dużym błędem i mogą dawać wyniki fałszywie dodatnie.

Diagnostyka biochemiczna

Zasadniczym etapem w diagnostyce płynotoku jest ustalenie, czy obserwowany wyciek z jamy nosowej jest faktycznie płynem mózgowo-rdzeniowym. Dokonać tego można za pomocą szeregu testów biochemicznych. Parametry biochemiczne prawidłowego płynu mózgowo-rdzeniowego przedstawia **tabela 2**.

Stężenie glukozy. Prawidłowy płyn mózgowo-rdzeniowy zawiera ponad 40 mg/dl glukozy, podczas

Tabela 2. Właściwości fizyczne i skład płynu mózgowo-rdzeniowego (Krupp i in. 1973)

CECHA	CHARAKTERYSTYKA
Wygląd	bezbarwny
Przejrzystość	zupełna
Ciśnienie	1,0–2,0 kPa, (100–200 mmH ₂ O)
Komórki	< 4 w mm ³ , < 4/μl (komórki jednojądrowe)
Glukoza	2,24–5,04 mmol/l (mEq/l), 40–90 mg% (mg/dl) (ok. 60% stężenia w surowicy krwi)
Chlorki	120–130 mmol/l (mEq/l), 700–750 mg% (mg/dl)
Białko	0,3–0,4 g/l, 30–40 mg% (mg/dl)

gdy wydzielina błony śluzowej nosa jedynie 10 mg/dl. Najczęściej stosowany jako wstępny test diagnostyczny jest test glukozowo-peroksydazowy, szybki i niedrogi, jednak obarczony dużym błędem. W przypadku reakcji substancji redukujących występujących we łzach i wydzielinie błony śluzowej nosa wynik testu może być dodatni nawet przy małej ilości glukozy. Test wskaże wynik fałszywie dodatni również przy występowaniu domieszki krwi. Wynik może być fałszywie ujemny u chorego na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, ponieważ może ono powodować znaczne zmniejszenie stężenia glukozy w płynie.

Stężenie chlorków można oznaczać, dysponując niewielką ilością płynu mózgowo-rdzeniowego. Jeśli w wodnistym płynie wyciekającym z jamy nosowej stwierdza się duże stężenie chlorków, istnieje prawdopodobieństwo, że jest to płyn mózgowo-rdzeniowy.

Test glukozowo-peroksydazowy, podobnie jak oznaczanie stężenia chlorków, cechuje się małą czułością i swoistością, dlatego przy dostępie do coraz dokładniejszych metod diagnostycznych jest uważany za „gruby” test orientacyjny.

Test na obecność β₂-transferyny jest aktualnie najbardziej czułym i swoistym testem w diagnostyce płynotoku nosowego. U człowieka to swoiste białko występuje jedynie w płynie mózgowo-rdzeniowym, perylimfie oraz w ciele szklistym oka. β₂-transferyna nie występuje w surowicy, wydzielinie błony śluzowej nosa, ślinie i łzach, z wyjątkiem rzadkich anomalii genetycznych i stłuszczenia wątroby (Nandapalan 1996, Pearson 1995). Oznaczenia dokonuje się na drodze elektroforezy. Poza dużą czułością, swoistością, szybkością oznaczenia i nieinwazyjnością, ogromną zaletą tego testu jest możliwość posłużenia się niewielką ilością pobranego płynu, między 1 a 50 ml. Badanie to ma niestety ograniczone zastosowanie ze względu na małą dostępność i wysoki koszt.

Diagnostyka obrazowa

W przypadkach bardzo skąpego wycieku opisane powyżej testy mogą się okazać niewystarczające do jednoznacznego stwierdzenia, czy obserwowany wyciek jest płynem mózgowo-rdzeniowym. Nie informują również o umiejscowieniu przetoki. Stwarza to konieczność przeprowadzenia innych badań, które pozwalają na ustalenie miejsca uszkodzenia w obrębie struktur podstawy czaszki, a tym samym umożliwiają podjęcie decyzji o sposobie leczenia. Wśród nich istotne znaczenie mają badania obrazowe (Pruszyński 1999).

Przeładowe zdjęcia radiologiczne mózgo- i trzwioczaszki mogą ujawnić jedynie wyraźne zmiany, takie jak duża szczelina złamania, poziom płynu w zatoce przynosowej czy powietrze we wnętrzu czaszki. Uwidocznienie odmy śródczaszkowej, szczególnie u pacjenta z urazem głowy w wywiadzie, jest patognomiczne dla przetoki w oponie twardej. W przypadkach niejednoznacznego wywiadu oraz w wyniku nakładania się poszczególnych struktur anatomicznych na zdjęciu przeglądowym identyfikacja miejsca niewielkiego uszkodzenia nie jest możliwa.

Tomografia komputerowa (TK) wykonana w oknie kostnym pozwala na ustalenie miejsca złamania kości podstawy czaszki i miejsca wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego. Wykonywana w oknie skierowanym na identyfikację tkanek miękkich dostarcza również istotnych informacji o istnieniu patologicznych zmian w obrębie tkanek mózgowych, organicznych lub pourazowych. Możliwość zastosowania różnych okien z oceną gęstości tkanek pozwala na różnicowanie kości, tkanek miękkich, płynów i powietrza. Uwidocznia ważne życiowo struktury, takie jak kanał tętnicy szyjnej, oczodoły i ich zawartość, nerwy wzrokowe. Badanie to nie wymaga współpracy chorego, dlatego można je wykonać również u osoby nieprzytomnej.

Czytelność obrazów tomograficznych jest zapewniona dzięki możliwości wykonywania zdjęć w różnych płaszczyznach i warstwach o odpowiednio dobrej grubości. Najkorzystniejsze dla oceny podstawy przedniego dołu czaszki są płaszczyzny czołowa i strzałkowa. Dodatkowe zastosowanie płaszczyzny poprzecznej umożliwia ocenę długości szczeliny złamania. Tomografia komputerowa w dość precyzyjny sposób uwidocznia miejsce uszkodzenia struktur kostnych (szczelinę złamania lub ubytek), przemieszczenie grzebienia koguciego, co świadczy o pęknięciu w obrębie blaszki sitowej, występowanie *meningocoele* lub *encephalocoele*, poziom płynu w zatoce klinowej lub czołowej czy też występowanie odmy śródczaszkowej. Wiele kontrowersji wywołuje stosowanie cysternografii TK z zastosowaniem preparatów kontrastujących (Metrizamid). Zwolennicy tej metody uważają, że znacznie zwiększa ona czułość badania w zakresie

różnicowania tkanek miękkich i pozwala na precyzyjną lokalizację wycieku (Applebaum i Chow 1993, Stankiewicz 1997). Warunkiem powodzenia badania jest jednak występowanie „aktywnego” płynotoku. W przypadkach jedynie niewielkiej przetoki oraz przy niskim ciśnieniu wewnątrzczaszkowym istnienie uszkodzenia może zostać niepotwierdzone. W tych przypadkach podwyższenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, na przykład za pomocą iniekcji soli fizjologicznej do przestrzeni podpajęczynówkowej, pozwala na uwidocznienie miejsca przetoki. Przeciwnicy cysternografii TK twierdzą, że badanie to jest zbyt mało czułe dla diagnostyki płynotoku nosowego, natomiast naraża pacjenta na możliwość wystąpienia reakcji nadwrażliwości na stosowane dołędźwiowo preparaty kontrastujące (Schmerber i in. 2001).

Nowych możliwości diagnostycznych dostarcza spiralna tomografia komputerowa (STK), wprowadzona do diagnostyki na początku lat 90. Polega ona na połączeniu ciągłego ruchu obrotowego układu lampy–detektory z podłużnym przesuwem stołu. Technika ta pozwala na znaczne skrócenie czasu badania oraz stosowanie małych wartości ekspozycji bez pogarszania jakości obrazu. Umożliwia ponadto trójwymiarową rekonstrukcję obrazu (opcja 3-D) oraz rekonstrukcję w dowolnych płaszczyznach (Adamiak i Kadłubowski 1998, Szwejsda 1999).

Rezonans magnetyczny (MR). Wartość diagnostyczna tego badania w diagnostyce płynotoków nosowych budzi wiele kontrowersji. Spośród wszystkich metod diagnostyki obrazowej MR cechuje się największą rozdzielczością kontrastową w odniesieniu do tkanek miękkich, jednak nie pokazuje zarysów kości, co ogranicza jego zastosowanie w rozpoznawaniu szczelin pourazowych struktur kostnych tworzących podstawę czaszki. Nie dyskwalifikuje to jednak MR w diagnostyce płynotoków nosowych. W wybranych przypadkach badanie to jest bardzo pomocne w rozpoznawaniu *menigocoele*, *encephalocoele*, a także procesów rozrostowych powodujących destrukcję kości, natomiast przy „aktywnym” płynotoku doskonale ukazuje wyciek płynu mózgowo-rdzeniowego, zwłaszcza jeżeli dodatkowo zastosuje się dołędźwiowo odpowiedni roztwór Gadoliny-DTPA (połączenie Gadoliny z albuminą, bezpieczne przy stosowaniu dołędźwiowym) (Levy i in. 1995). W porównaniu z cysternografią TK, obarczoną możliwością groźnych powikłań, jest to metoda całkowicie bezpieczna. Możliwość rekonstrukcji obrazu w dowolnej płaszczyźnie pozwala na lokalizację miejsca uszkodzenia.

Diagnostyka radioizotopowa

Badania scyntygraficzne znajdują coraz szersze zastosowanie w diagnostyce płynotoku nosowego. W celu uwidocznienia wycieku stosuje się dołędźwiowo albuminę znaczoną radioizotopem. Znacznikami

mogą być izotopy radioaktywne sodu (^{24}Na), jodu (^{131}I), indu (^{111}In) i technetu ($^{99\text{m}}\text{Tc}$). Połączenie radioizotopu z albuminą powoduje znacznie mniej powikłań niż stosowane wcześniej roztwory samych znaczników (Stankiewicz 1997). Obraz scyntygraficzny jest rejestrowany w gammakamerze w projekcjach A–P, P–A i bocznych (prawej i lewej) (Chmurzyńska i Ligęziński 1998). U pacjentów z płynotokiem nosowym stwierdza się przeciekanie znacznika z przestrzeni wewnątrzczaszkowej do jamy nosowej, nosogardła lub do przestrzeni zatok przynosowych. W innej metodzie z zastosowaniem znaczników radioizotopowych oznacza się ich aktywność na tamponach umieszczanych w jamie nosowej. Tampony umieszcza się w miejscach, z których potencjalnie może wyciekać płyn mózgowo-rdzeniowy, tzn. w okolicy stropu jamy nosowej (okolica blaszki sitowej), zachyłka klinowo-sitowego, w przewodzie nosowym środkowym oraz w okolicy tylnej części dna jamy nosowej (ujście trąbki słuchowej). Po dołędźwiowej iniekcji roztworu zawierającego radioizotop układa się chorego w pozycji, która najbardziej sprzyja uaktywnieniu się płynotoku. Po kilku godzinach tampony usuwa się z jamy nosowej i bada na zawartość radioaktywnego izotopu.

Znaczniki płynu mózgowo-rdzeniowego podawane dołędźwiowo

Badanie to polega na dokanałowym podaniu barwników lub znaczników drogą punkcji lędźwiowej, a następnie poszukiwaniu ich w jamach nosa. Spośród wielu stosowanych preparatów współcześnie za bezpieczny znacznik uznaje się jedynie fluoresceinę. Test z jej zastosowaniem jest obecnie powszechnie akceptowany i stosowany w wiodących ośrodkach klinicznych na świecie. Został rozpowszechniony przez Messerklingera (Messerklinger i Naumann 1995, Stammberger i Hawke 1993). Fluoresceinę podaje się dołędźwiowo w postaci jałowego 5% roztworu, w ilości 0,5 do 1 ml. Roztwór wykonuje się na bazie jałowego proszku fluoresceinowego (np. Sodium Fluorescein Powder – Merck Company). Po wykonaniu punkcji lędźwiowej znacznik miesza się z około 5 ml pobranego płynu mózgowo-rdzeniowego i bardzo wolno wprowadza tą samą drogą do przestrzeni podpajęczynówkowej. Na mniej więcej 30 minut chorego układa się w pozycji z głową nieco poniżej tułowia. Po tym czasie w badaniu endoskopowym można dokładnie wykazać miejsce wycieku – obszar zabarwiony przez fluoresceinę na zielonożółty kolor. Jeśli wyciek jest bardzo skąpy, ocenę może ułatwić przesłonięcie światła endoskopu niebieskim lub czarnym filtrem. Podobnej oceny można dokonać w badaniu otoskopowym. Gdy skorzystanie z metody endoskopowej nie jest możliwe, niewielkie tampony można umieścić w jamie nosowej (w okolicy stropu jamy nosowej, zachyłka klinowo-sitowego, w przewodzie nosowym

środkowym i w okolicy tylnej części dna jamy nosowej), podobnie jak w badaniu z zastosowaniem znaczników radioizotopowych. Po upływie kilku godzin tampony należy usunąć i poddać badaniu w świetle ultrafioletowym (lampa Wooda) na obecność fluoresceiny. Przy bardzo skąpych wyciekach w badaniu na obecność fluoresceiny może być użyteczna elektroforeza żelowa. Wykonując test fluoresceinowy należy pamiętać, że preparat ten stosowany w dużych stężeniach wywołuje objawy niepożądane (Mattox i Kennedy 1990). Messerklinger w swojej wieloletniej praktyce zawodowej wykonał ponad 700 tych badań i tylko dwa razy zaobserwował powikłania. Było to w jednym przypadku zwiększenie ciepłoty ciała, w drugim drgawki, które wystąpiły u osoby chorej na padaczkę (Messerklinger i Naumann 1995). Obecnie test fluoresceinowy stosuje się również jako wstępny etap wewnątrznosowego zabiegu operacyjnego zaopatrzenia płynotoku metodą endoskopową, jako metodę ujawniającą bezpośrednio miejsce wycieku.

Jones i in. (2001) zaproponował modyfikację dołędźwiowego testu fluoresceinowego w postaci testu donosowego. Znacznik przygotowany w takim samym stężeniu jak do punkcji lędźwiowej aplikuje się do jamy nosowej. Następnie w świetle endoskopu obserwuje się wypłukiwanie fluoresceiny przez wyciekający płyn mózgowo-rdzeniowy i/lub zmianę jej zabarwienia z żółtego na bardziej zielonkawe.

Pomimo stosowania różnych technik diagnostycznych, ustalenie miejsca wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego bywa niekiedy bardzo trudne, zwłaszcza w przypadku niewielkich przetok. Wówczas identyfikacja miejsca uszkodzenia jest możliwa tylko śródoperacyjnie.

Bezpośrednie sąsiedztwo zakażonej okolicy jamy nosowej i zatok przynosowych z wnętrzem czaszki sprawia, że powstanie przetoki płynowej powinno być zawsze traktowane jako stan zagrożenia życia. Wymaga to wdrożenia szybkiej diagnostyki i podjęcia decyzji o właściwej terapii, zwykle chirurgicznej. Na uwagę zasługuje różnica stanowisk w tej kwestii między publikacjami europejskimi i amerykańskimi. Szkoła europejska skłania się ku natychmiastowemu podejmowaniu decyzji o przeprowadzeniu leczenia chirurgicznego z uwagi na możliwość rozwinięcia się zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, a tym samym stanu zagrożenia życia chorego (Stammberger i Hawke 1993). Szkoła amerykańska jest bardziej zachowawcza. Szczególnie w przypadkach pourazowych zaleca obserwację pacjenta przez 10-14 dni i podjęcie leczenia chirurgicznego dopiero po nieskutecznym leczeniu zachowawczym (Burgio i Marks 1995, Stankiewicz 1997). Wszyscy autorzy są jednak zgodni co do konieczności zastosowania bezpośredniego śródoperacyjnego zaopatrzenia chirurgicznego miejsca uszkodzenia w przypadkach wystąpienia płynotoku jatrogennego. ●

PIŚMIENNICTWO

- Adamiak G., Kadłubowski A. (1998) Przydatność tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego w diagnostyce chorób nosa i zatok przynosowych. W: Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób nosa i zatok przynosowych. A. Ligęziński (red.), Kraków, Medycyna Praktyczna.
- Applebaum E.L., Chow J.M. (1993) CSF leaks. W: Otolaryngology – Head and Neck Surgery. T. 1, C.W. Cummings (red.), St. Louis, Mosby – Year Book.
- Burgio D.L., Marks S.C. (1995) Cerebrospinal fluid fistula. W: Trauma of the nose and paranasal sinuses. R.H. Mathog (red.), New York, Thieme.
- Calcaterra T.C. (1985) Diagnosis and management of ethmoid cerebrospinal rhinorrhea. Otolaryngol. Clin. North Am., 18, 99.
- Caldicott W.J.H. i in. (1973) Traumatic cerebrospinal fluid fistulas in children. J. Neurosurg., 38, 1.
- Chmurzyńska A., Ligęziński A. (1998) Badania scyntygraficzne w diagnostyce chorób nosa i zatok przynosowych. W: Postępy w diagnostyce i leczeniu chorób nosa i zatok przynosowych. A. Ligęziński (red.), Kraków, Medycyna Praktyczna.
- Eljamel M.S., Foy P.M. (1991) Acute traumatic CSF fistulae: the risk of intracranial infection. Br. J. Neurosurg., 4, 381.
- Gacek R.R. (1990) Arachnoid granulation – cerebrospinal fluid otorrhea. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 99, 854.
- Glowacki J., Haftek J. (1988) Nowotwory układu nerwowego. W: Neurochirurgia. J. Bidziński (red.), Warszawa, PZWL.
- Har-El G. (1999) What is „spontaneous” cerebrospinal fluid rhinorrhea? Classification of cerebrospinal fluid leaks. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 108, 323.
- Janczewski G. (1997) Symptomatologia chorób nosa i zatok przynosowych. W: Choroby nosa i zatok przynosowych. A. Krzeski, G. Janczewski (red.), Warszawa, Sanmedia.
- Jones M.E. i in. (2000) Identification of intranasal cerebrospinal fluid leaks by topical application with fluorescein dye. Am. J. Rhinology, 14, 2, 93.
- Krupp M.A. i in. (1973) Vademecum diagnostyki i terapii. Warszawa, PZWL.
- Levy L.M. i in. (1995) Flow-sensitive magnetic resonance imaging in the evaluation of cerebrospinal fluid leaks. Am. J. Otol., 16(5), 591.
- Loew F. i in. (1984) Traumatic, spontaneous and postoperative CSF rhinorrhea. Adv. Tech. Stand. Neurosurg., 11, 169.
- Mattox D.E., Kennedy D.W. (1990) Endoscopic management of cerebrospinal fluid leaks and cephaloceles. Laryngoscope, 100, 857.
- May M. i in. (1993) Complications of endoscopic sinus surgery. W: Endoscopic sinus surgery. H.L. Levine, M. May (red.), New York, Thieme
- May J.S. i in. (1995) Spontaneous cerebrospinal fluid. Am. J. Otol., 16, 765.
- Messerklinger W., Naumann H.H. (1995) Surgery of the paranasal sinuses. W: Head and neck surgery. H.H. Naumann (red.), New York, Thieme.
- Myers D.L., Sataloff R.T. (1984) Spinal fluid leakage after skull base surgical procedures. Otolaryngol. Clin. North Am., 17, 601.
- Nandapalan V. i in. (1996) Beta-2-transferrin and cerebrospinal fluid rhinorrhoea. Clin. Otolaryngol., 21, 259.
- Okada i in. (1991) Unusually late onset of cerebrospinal rhinorrhea after head trauma. Surg. Neurol., 35, 213.
- Ommaya A.K. (1976) Cerebrospinal fluid rhinorrhea. Neurology, 14, 106.
- Ommaya A.K. i in. (1968) Non-traumatic cerebrospinal fluid rhinorrhea. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 31, 214.
- Papay F.A. i in. (1989) Rigid endoscopic repair of paranasal sinus cerebrospinal fluid fistulas. Laryngoscope, 99, 1195.
- Pearson B.W. (1995) Cerebrospinal fluid rhinorrhea. W: The sinuses. P.J. Donald (red.), New York, Raven Press.
- Pruszyński B. (1999) Radiologia – Diagnostyka obrazowa. Warszawa, PZWL.
- Schmerber S. i in. (2001) Identification and localization of cerebrospinal fluid rhinorrhea of the roof of the ethmoid and sphenoid cells. Rev. Laryngol. Otol. Rhinol., 122, 1, 13.
- Schuknecht H.F., Gulya A.J. (1986) Anatomy of the temporal bone with surgical implications. Philadelphia, Lea and Febiger.
- Stammberger H., Hawke M. (1993) Essentials of endoscopic sinus surgery. St. Louis, Mosby.
- Stankiewicz J.A. (1991) Cerebrospinal fluid fistula and endoscopic sinus surgery. Laryngoscope, 101, 250.
- Stankiewicz J.A. (1997) Cerebrospinal fluid rhinorrhea. W: Rhinologic diagnosis and treatment. T.V. McCaffrey (red.), New York, Thieme.
- Szwejdka E. (1999) Diagnostyka obrazowa. W: Urazy kości skroniowej. H. Skarżyński, J. Wysocki (red.), Warszawa, IFIPS.
- Westmore G.A., Whittam D.E. (1982) Cerebrospinal fluid rhinorrhea and its management. Br. J. Surg., 69, 489.
- Ząbek M. (1994) Urazy czaszkowo-mózgowe. Warszawa, PZWL.

MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA

POSTĘPY W RYNOLOGII

Klinika Otolaryngologii
Akademii Medycznej w Warszawie

Warszawa
12–14 czerwiec 2003 r.



WYKŁADY PROWADZĄ

- Prof. V. J. Lund
- Prof. E. B. Kern
- Prof. G. Rettinger
- Prof. H. Stammberger
- Prof. M. E. Tardy

TEMATYKA

- Chirurgia nosa zewnętrznego
- Choroby alergiczne i infekcyjne
- Chirurgia endoskopowa zatok przynosowych
- Guzy masywu szczękowo-sitowego
- Choroby ziarninujące nosa i zatok

• TEMATY WOLNE

Zgłoszenia

Klinika Otolaryngologii AM w Warszawie

02-097 Warszawa, ul. Banacha 1 a

fax: (+ 48 22) 658 03 13

e-mail: kro@amwaw.edu.pl

<http://www.amwaw.edu.pl/~kro/>

CHORZY NA RAKA KRTANI I GARDŁA DOLNEGO – SPECYFIKA PRZYPADKU

prof. dr hab. med. Grzegorz Janczewski*

This chapter will discuss some problems which may be met by clinicians in diagnostics and management of patients with cancer of the larynx. A special attention is put to a specificity of these problems apparently not present in the individuals with other malignant diseases. This awareness provides a substantial help for clinicians in achieving an appropriate interpersonal communication with patient and his family members.

(Mag. ORL, 2002, 1, 1, 14-17)

Praca recenzowana

Rozpoznanie raka zazwyczaj wywołuje u chorego ciężki stres emocjonalny, który może ulec nasileniu w trakcie wdrażania dalszych procedur diagnostycznych i leczniczych. Rak krtani i gardła dolnego zwykle bywa rozpoznaniem szczególnie trudnym do przyjęcia dla pacjenta i jego rodziny, ale także dla lekarza – ze względu na konieczność dokonania jatrogennych okaleczeń, z których wynikają poważne zmiany w czynności układów oddechowego, pokarmowego, a nade wszystko zaburzenia mowy. Chory musi się liczyć z tym, że skutkiem choroby i jej leczenia mogą być ograniczenie lub utrata głosu, trudności w przetykaniu, zmiany w drogach oddechowych, bóle i napięcia związane z leczeniem chirurgicznym, napromiowaniem czy chemioterapią, ograniczenie lub zaniechanie aktywności zawodowej i społecznej, trudności w komunikowaniu się z otoczeniem, a także zaburzenia w sferze seksualności. Prowadzi to do złożonych zmian w psychice pacjenta dotyczących samooceny i samoidentyfikacji (7).

Po ustaleniu rozpoznania lekarz musi podjąć decyzję o sposobie poinformowania chorego o istocie schorzenia, ale także o możliwościach leczenia i rokowaniu. Ten obowiązek rozstrzyga w sensie prawnym art. 31 Ustawy „O zawodzie lekarza”, który mówi w pkt 1: „Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi

lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich stosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu”.

W polskiej praktyce medycznej nie jest to wcale łatwe, zważywszy na nikłą wśród ogółu społeczeństwa wiedzę na temat budowy organizmu ludzkiego, zasad jego funkcjonowania i możliwych chorób. Komunikowanie się z chorymi na raka krtani i gardła dolnego jest dodatkowo utrudnione z powodu faktu, że często są to ludzie dość prymitywni, uzależnieni od alkoholu, w złym stanie ogólnym z powodu chorób układowych, często w zaawansowanym wieku.

Badania świadomości ogólnomedycznej oraz stopnia przyswajania objaśnień udzielanych przez lekarza w okresie przedoperacyjnym, przeprowadzone wśród pacjentów oddziałów chirurgicznych na terenie Wielkopolski (3) wykazały, że zarówno wiedza ogólnomedyczna, jak i rozumienie informacji przekazywanych przez lekarza były nader ograniczone. Główną tego przyczyną był brak podstawowej wiedzy na temat choroby będącej przyczyną hospitalizacji, wykazywany przez 20-50% chorych przyjętych na oddziały chirurgiczne. Zdumiewająca była także ilość błędnych przekonań co do możliwości wyleczenia raka czy też przedłużenia życia chorego. Znaczna część chorych trafiających do lekarza w zaawansowanym stadium choroby mówi wprost, że nie było dotychczas konieczności szukania pomocy lekarskiej, *bo nie bolało*, poza tym chorzy kryli się ze swymi dolegliwościami i unikali lekarza, aby ten, jak to określił jeden z chorych, *nie powiedział mi, że mam raka*.

Mimo że 67% chorych ocenia pozytywnie ideę, formę i treść objaśnień przedoperacyjnych, to co drugi nie jest w stanie zrozumieć istoty planowanego zabiegu. To dowodzi, jak ważna u chirurga w tym momencie kontaktu z chorym jest jego umiejętność porozumienia się z chorym i jego najbliższymi (5), gotowość do odbycia poufnej rozmowy, w której uwzględniając poziom wy-

*Klinika Otolaryngologii AM w Warszawie,
ul. Banacha 1 a, 02-097 Warszawa

kształcenia i intelektu rozmówców, w sposób dla nich przystępny wytłumaczy im sytuację zdrowotną pacjenta i możliwości ratowania jego zdrowia i życia.

Jest naturalne, że w tej niezwykle trudnej sytuacji życiowego zagrożenia chory szuka poczucia bezpieczeństwa i pocieszenia. Wspomniane powyżej badania z Wielkopolski (3) wykazują, że około 60% chorych deklaruje możliwość cofnięcia zgody na leczenie operacyjne w przypadku uzyskania obszerniejszych informacji na temat ewentualnych powikłań leczenia, które ze swej natury są odstrasżające. Wydaje się, że na ogół chory chce wierzyć, że lekarz chce mu pomóc, ten więc nie powinien nieopatrnie sugerować, że może się przytrafić wszystko, co najgorsze.

Artykuł 31 Ustawy „O zawodzie lekarza” w pkt 3 przewiduje, że: „Na żądanie pacjenta lekarz nie ma obowiązku udzielać pacjentowi informacji, o której mowa w pkt 1”, jednak tego rodzaju sytuacja powinna być udokumentowana w historii choroby w celu uniknięcia w przyszłości oskarżenia o zaniechanie obowiązku uświadomienia pacjenta co do istoty jego choroby, jej zaawansowania i możliwości, a zwłaszcza niemożliwości jej optymalnego leczenia.

Ustawodawca przewidział także sytuację, w której lekarz wzbrania się przekazać choremu pełną informację o jego rzeczywistym stanie zdrowia i wynikającym z niego fatalnym rokowaniu co do życia w przypadkach zaawansowanego nowotworu. Mówi o tym art. 31 Ustawy w pkt 4: „W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji”.

Pomijając suchy język prawniczy, ostateczna decyzja w tym względzie należy do lekarza i jest podejmowana za każdym razem w zależności od stanu fizycznego i psychicznego pacjenta oraz możliwości kontaktu z jego najbliższymi.

Leczenie raka krtani i gardła dolnego musi być planowane indywidualnie dla każdego chorego. Jakkolwiek swoista moda na ustalanie standardów postępowania dotarła także do onkologii, to truizmem jest stwierdzenie, że nie ma dwóch takich samych przypadków. Chorzy, ich najbliższe otoczenie oraz lekarze zaangażowani w diagnozowanie i leczenie muszą zdawać sobie sprawę z tego, jakie konsekwencje wynikają z przyjęcia określonych metod postępowania. Jest więc wskazane i wymagane prawem przedstawienie możliwości i niemożliwości stosowania metod alternatywnego leczenia.

Lekarz powinien mieć świadomość, że podejmując się leczenia, zobowiązuje się wobec każdego pa-

cjenta do sumiennego postępowania zgodnego z zasadami wiedzy lekarskiej, **ale nie do rezultatu** tego postępowania. Zasada ta opiera się na rozróżnieniu pomiędzy zobowiązaniem rezultatu a zobowiązaniem starannego działania. Chociaż lekarz jest zobowiązany uczynić wszystko, aby zamierzony rezultat osiągnąć, to nigdy nie może odpowiadać za brak pomyślnego wyniku leczenia, który **nie jest absolutnie pewny** ze względu na przykład na zaawansowanie procesu chorobowego lub na nie zawsze jednakową i możliwą do przewidzenia reakcję organizmu.

W organizmie chorego po operacji zachodzi biologiczny proces **gojenia**, którego wiele czynników może pozostawać poza kontrolą lekarza, choć jego zadaniem jest zapewnienie najlepszych ku temu warunków, zgodnie ze stanem nauk biologicznych i lekarskich. Tak więc **zobowiązaniem lekarza nigdy nie może być wyleczenie**.

W raporcie amerykańskiej Komisji Prezydenckiej badającej problemy etyczne w medycynie zauważono: „Stwierdzenie, że medycyna to dziedzina pełna niepewności, wcale nie jest czymś niezwykłym. Mimo całej obecnej wiedzy medycznej nie da się z całkowitą pewnością przewidzieć wyniku nawet najbardziej typowych chorób i metod leczenia. Niepewny jest nie tylko ostateczny wynik interwencji. To samo można powiedzieć o licznych etapach pośrednich – rozpoznaniu bądź leczeniu, które też nie są pewne” (6).

Anderson (1) podtrzymuje, że: „Niepewność jest wciąż jedną z zasadniczych cech medycyny. Kliniczne metody diagnozowania są dalekie od ideału, przebieg choroby często urąga przewidywaniom, a skuteczność tej samej metody bywa różna u różnych pacjentów. Błąd jest więc nieodłącznym składnikiem praktyki medycznej”.

Jedno z najtrudniejszych pytań, na jakie z uwagą i napięciem oczekuje się odpowiedzi, dotyczy rokowania co do szans na życie w danym przypadku. Każdy, kto posiada odpowiednio duże doświadczenie wynikające z liczby obserwowanych chorych, zdaje sobie sprawę, jak bardzo trzeba być ostrożnym w formułowaniu takich ocen. „Jest wiele niedogodności bycia laryngologiem seniorem – stwierdził Harold Baron – ale w tej sytuacji mamy niezwykle ważny atut: **doświadczenie kliniczne**, a to oznacza świadomość, jak wyglądają na ogół odległe wyniki leczenia”.

Stwierdzenie to jest szczególnie aktualne w odniesieniu do prognozowania szans chorego na raka krtani i gardła dolnego, zwłaszcza że w ciągu ostatnich 20 lat zwiększyła się liczba niepowodzeń leczenia w przypadkach, w których dawniej byliśmy skłonni do nadmiernego optymizmu.

W powszechnej praktyce lekarskiej obserwuje się jeszcze jeden czynnik, który należy uwzględnić przy rozpatrywaniu tego problemu: lekarze różnią się także między sobą zarówno wiedzą, jak i doświadczeniem

i umiejętnościami technicznymi. Dość powszechnym zjawiskiem są niepewność i rozbieżne opinie w ocenie poszczególnych przypadków chorobowych. Środowisko medyczne niechętnie się do nich przyznaje, co utrudnia uświadomienie w tym względzie opinii publicznej, w tym sądownictwa. Do rozmów z chorym i jego rodziną wkradają się wtedy dwuznaczności, kłamstwo lub unikanie odpowiedzi. Dość często ordynator deleguje do tych rozmów najmniej doświadczonych współpracowników, co jest dowodem jego braku odpowiedzialności zarówno wobec chorego, jak i zespołu lekarskiego.

Konieczność przeprowadzenia tak zwanej trudnej rozmowy z chorym dość często oznacza nakaz przekazania mu wszystkich własnych wątpliwości co do stanu jego zdrowia i wyboru optymalnych w jego przypadku metod leczenia. Ostateczna decyzja dotycząca dalszego postępowania musi być wynikiem tej rozmowy – dyskusji z pacjentem.

Należy pamiętać o tym, że samo zachorowanie na raka wiąże się ze zwiększonym niebezpieczeństwem ciężkich depresji, z tendencjami samobójczymi łącznie, związanymi z obawą pogorszenia **jakości życia** (10). W pierwszym wydaniu „Onkologii klinicznej” wydanej w 1972 r. przez Międzynarodową Unię Przeciwrakową (8) słusznie zwracano uwagę, że: „Przez rokowanie należy rozumieć przewidywanie nie tylko długości życia, ale także jakości przeżycia. Ten ostatni, bardzo ważny czynnik nie jest uwidaczniany w statystykach opisujących wyniki leczenia”. Tymczasem rozpoznanie raka krtani i gardła dolnego, zwłaszcza w stadium względnie zaawansowanym, oznacza zazwyczaj leczenie okupione częściową lub całkowitą utratą głosu, zaburzeniami połykania, zmianą wyglądu i innymi ograniczeniami.

Wszyscy leczeni odczuwają jako szczególnie upośledzające zaburzenia głosu lub jego utratę, co zbyt często spotyka się z niezrozumieniem lekarzy, w tym zwłaszcza lekarzy orzeczników, którzy w swojej praktyce nie zetknęli się wcześniej z takimi przypadkami. Należy zdać sobie sprawę, że pełna sprawność głosowa jest ważna nie tylko dla ludzi o wysokim wskaźniku inteligencji, zwłaszcza kierujących zespołami ludzkimi. Nie chodzi jedynie o zdolność do wypowiadania słów, ale także o tembr głosu, jego napięcie, akcenty wskazujące na stan emocjonalny mówcy, wyrażany specyficznym sposobem mówienia. Wszyscy jesteśmy obdarzeni szczególnymi cechami głosu, po których jesteśmy rozpoznawani. Znana jest możliwość rozpoznawania charakterystycznych dla danego osobnika widm akustycznych głosu, co jest wykorzystywane w kryminalistyce. Dla mężczyzn, którzy częściej niż kobiety chorują na raka krtani i gardła dolnego, utrata głosu wiąże się z kompleksem kastracji, wobec znanego faktu, że głos każdego osobnika niesie cechy właściwej płci. Katastrofą bywa dla wielu utrata dominacji głosem w domu, środowisku pracy czy

zamieszkania. Tak więc utrata głosu to coś więcej niż utrata zdolności komunikowania się z otoczeniem (9).

U wielu chorych przygotowywanych do leczenia, zwłaszcza operacyjnego, odrazę i przerażenie budzi widok innych pacjentów z tracheostomą i możliwość, że oni mogą wyglądać tak samo. Problemy z zaburzeniami smaku i węchu, „mokry” nos, częste zakażenia dróg oddechowych, kaszel z odkaszuszaniem wydzieliny, mniejsza na ogół sprawność fizyczna, wstyd posiadania stomy czy niemożność korzystania z uroków kąpieli – perspektywa tego wszystkiego sprawia, że niekiedy chory odmawia zgody na leczenie chirurgiczne nawet wtedy, kiedy jest to jedyna szansa na ratowanie życia. Dla lekarza ważne w takich sytuacjach jest orzeczenie Sądu Najwyższego, który w uzasadnieniu wyroku w sprawie precedensowej tłumaczył: „Do pacjenta należy decyzja, czy za cenę bardzo poważnego kalectwa pragnie na jakiś czas przedłużyć sobie życie, czy też bez ryzyka takiego kalectwa chce życie swoje pozostawić naturalnemu biegowi”.

Lekarz musi zdawać sobie sprawę z karnej i cywilnej odpowiedzialności za wykonywanie wszelkich zabiegów diagnostycznych i leczniczych bez udokumentowanej zgody pacjenta. Nowy kodeks karny traktuje wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta jako przestępstwo (2) zaopatrzone sankcją od kary grzywny do pozbawienia wolności do lat dwóch. W terminologii prawniczej przestępstwo wykonania zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta jest tzw. przestępstwem bezskutkowym, czyli dokonaniem z chwilą przedsięwzięcia zachowania, bez względu na jego rezultaty. Lekarz więc popełnia przestępstwo nawet wtedy, gdy dochował zasad sztuki lekarskiej, a podjęta przezeń interwencja dała jak najlepsze wyniki. Niezbędne w takim kontekście prawnym jest odwoływanie się do zgody pisemnej pacjenta na proponowane leczenie zawsze, gdy tylko to jest możliwe, gdyż zabezpiecza to niejako lekarza w przypadku ewentualnego procesu z powództwa osoby leczonej.

Niekiedy powstaje trudny problem ratowania życia pacjenta w sytuacji, kiedy nie wyraża on na to zgody. Przykładem może być chory na zaawansowanego raka krtani odmawiający pisemnej zgody na zabieg założenia tracheostomii nawet w sytuacji narastającej w sposób dramatyczny duszności. Otóż tak długo, jak chory pozostaje przytomny, żaden lekarz nie może podjąć jakichkolwiek działań „na siłę”. Gdy jednak pacjent straci przytomność, uzasadnione jest domniemanie, że utracił on szansę na zmianę decyzji co do sprawy o znaczeniu zasadniczym, czyli co do ratowania życia. Panuje dość zgodna opinia, także wśród prawników, że w takiej sytuacji lekarz ma prawo ratować życie jako dobro najwyższe, podobnie jak się to czyni ratując samobójców. Faktycznie, tracheostomia wykonana w tych przypadkach nie leczy choroby zasadniczej, ale jedynie ratuje życie.

Stan wyższej konieczności, w jakim działa wtedy lekarz, kasuje karalność za ten czyn. Co więcej, uszanowanie woli chorego i w sytuacji zagrożenia zaniechanie działań ratujących mu życie grozi odpowiedzialnością karną z art. 30 Ustawy „O zawodzie lekarza”. Życie ma jednak swoje prawa i bezprawia, dlatego w przypadku odmowy poddania się badaniom diagnostycznym zasadniczym dla rozpoznania choroby nowotworowej i/lub leczeniu zaproponowaną metodą konieczne jest uzyskanie na piśmie stosownego oświadczenia. Chory powinien w nim stwierdzić, że poinformowany przez lekarza X o istocie choroby, możliwościach jej badania i leczenia oraz zagrożeniach dla zdrowia i życia płynących z zaniechania tego badania i leczenia, z całą świadomością odmawia poddania się temu postępowaniu.

W sytuacji kiedy pacjent nie zgadza się na poddanie się procedurom diagnostycznym i leczniczym oraz na podpisanie oświadczenia odmowy, niezbędne jest dokonanie w dokumentacji lekarskiej odpowiedniego wpisu. Powinien on być podpisany i zaopatrzony osobistymi pieczętkami dwóch lekarzy lub lekarza i współpracującej z nim pielęgniarki. Brak takiej dokumentacji może być wykorzystany przez rodziny chorych, które wcale nierzadko wysuwają roszczenia po ich śmierci z tytułu „zaniechania przez lekarza działań właściwych dla rozpoznania i leczenia przypadku”.

W polskiej kardiologii nie tylko uznano rolę psychologa w prowadzeniu chorych po zawale mięśnia sercowego, ale współpraca lekarza i psychologa w tych przypadkach staje się już chwalebny standardem. Wciąż jednak nie dopracowano się podobnego modelu postępowania w laryngologii, gdzie również ważne jest zapewnienie opieki psychologa czy nawet psychiatry chorym na raka krtani i gardła dolnego zarówno w okresie rozpoznawania istoty schorzenia, w trakcie leczenia, jak i w okresie katamnezy. Wynika to z jednej strony z niedoceniań problemu przez laryngologów, z drugiej zaś spowodowane jest trudnościami finansowymi, z jakimi się boryka polska służba zdrowia. Tymczasem sytuacja chorego na raka i jego rodziny od chwili rozpoznania choroby jest wielkim szokiem psychicznym, którego skutkiem w znacznej części przypadków jest depresja (4).

Pruszewicz (9) zwraca uwagę, że w przywracaniu chorego do aktywnego życia rehabilitacja jego psychiki jest tak samo ważna jak rehabilitacja głosu i mowy. W Polsce chory na raka krtani jest na ogół pozbawiony osłony przed szokiem emocjonalnym związanym zarówno z rozpoznaniem choroby, jak i perspektywą konsekwencji leczenia, zwłaszcza radykalnych zabiegów chirurgicznych. Pośród priorytetów polskiej służby zdrowia zasadność zorganizowania przed- i pooperacyjnej opieki psychologicznej i socjalnej jest, jak wiadomo, uznawana za sprawę

drugorzędnej wagi. Tymczasem warto się w tym względzie wzorować na krajach rozwiniętych, w których wpływ psychospołeczny zachorowania na raka krtani i gardła dolnego jest zmniejszany wysiłkami dobrze zorganizowanych zespołów wielospecjalistycznych lekarzy, psychologów, psychiatrów oraz pracowników służb socjalnych. Rehabilitacja chorych po leczeniu obejmuje terapię zaburzeń głosu i mowy, analizę dalszej przydatności do pracy, rozmowy z rodzinami i pracodawcami, działania ułatwiające adaptację do prowadzenia codziennego życia zbliżonego do normalności (4).

PIŚMIENNICTWO

1. Anderson I. i in.: Medical uncertainty and the autopsy. Occult benefits for students. *Human Pathol.*, 1990, 21, 128.
2. Dukiet-Nagórska T.: Zmiany stanu prawnego w zakresie cywilnej i karnej odpowiedzialności lekarzy. *Wiad. Lek.*, 1999, 52, 52.
3. Gabriel M., Pawlaczyk K., Krasieński Z.: Ocena świadomości ogólnomedycznej oraz stopnia przyswojenia objaśnienia przedoperacyjnego wśród pacjentów chirurgicznych. *Przegl. Lek.*, 1999, 56, 121.
4. Hilgers F. i in.: Physical and psychosocial consequences of total laryngectomy. *Clin. Otolaryngol.*, 1990, 16, 421.
5. Janczewski G.: Otolaryngolog a jego pacjent. *Otolaryngol. Pol.*, 2000, 54, 207.
6. Lidz M., Meisel L.: Informed consent and the structure of medical care. *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine. Making Health Decisions*, 1998, 317.
7. McQuellon R., Hurt G.: The psychosocial impact of the diagnosis and treatment of laryngeal cancer. *ORL Clin. N. Am.*, 1997, 30, 231.
8. Onkologia kliniczna, PZWL, Warszawa 1973.
9. Pruszewicz A.: Analiza i ocena czynników wpływających na rehabilitację głosu i mowy u chorych po całkowitym wycięciu krtani. *Roczniki AM w Poznaniu*, t. 5. 1971, 70.
10. Shapiro P., Kornfeld D.: Psychiatric aspects of head and neck cancer surgery. *Psychiatr. Clin. N. Am.*, 1987, 10, 87.

Praca stanowi rozdział przygotowywanej do druku monografii „Rak krtani i gardła dolnego” pod redakcją E. Osuch-Wójcikiewicz i G. Janczewskiego.

SPRAWOZDANIE Z UROCZYSTEGO ZEBRANIA Oddziału Mazowieckiego PTORL-CHGiS

Z okazji 80-lecia działalności Kliniki Otolaryngologii w Warszawie 18 października 2001 r. odbyło się uroczyste zebranie Oddziału Mazowieckiego PTORL-CHGiS.

Zebranie prowadził prof. G. Janczewski. Po powitaniu gości prof. Janczewski pogratulował prof. A. Krzeskiemu, dr hab. med. J. Frubie, dr hab. med. E. Osuch-Wójcikiewicz i dr hab. K. Kochankowi tytułów i stopni naukowych uzyskanych w Katedrze i Klinice Otolaryngologii Akademii Medycznej w Warszawie w bieżącym roku.

Następnie prof. Janczewski przedstawił w skrócie sylwetki wielkich pionierów laryngologii polskiej: prof. Antoniego Jurasza, prof. Przemysława Pieniążka, a następnie laryngologii warszawskiej: prof. Feliksa Erbricha i dr. Teodora Herynga. Przypomniał zebrany słowa Bernarda z Chartres, że „jesteśmy karłami, którzy wspięli się na ramiona olbrzymów. W ten sposób widzimy więcej i dalej niż oni, ale nie dlatego, że wzrok nasz jest bystrzejszy i wzrost słuszniejszy, lecz dlatego, iż oni dźwigają nas w górę i podnoszą na całą swoją gigantyczną wielkość”. Składając więc hołd wysiłkowi intelektualnemu poprzednich pokoleń laryngologów, należy pamiętać również o tych, którzy ginęli za wolną Polskę. Naszym moralnym obowiązkiem jest nie tylko pamiętać, ale tę prawdę przekazywać następnym pokoleniom.

Dr hab. med. Andrzej Kierzek wygłosił wykład pt. „Znaczenie warszawskiej myśli otolaryngologicznej XIX i początku XX wieku dla rozwoju tej specjalności w Polsce”, w którym przedstawił sylwetki warszawskich chirurgów, ftyzjatrów,

internistów, a następnie laryngologów pracujących w Warszawie. Prelegent wykazał, że ośrodek akademicki, jakim była powołana w 1921 r. Klinika Laryngologiczno-Otaryczna Uniwersytetu Warszawskiego, powstała w środowisku, którego poziom intelektualny i zawodowy nie odbiegał od poziomu europejskiego. Zwrócił uwagę, że pierwszy kierownik Kliniki, prof. Feliks Erbrich, wyszedł ze szkoły Alfreda Sokołowskiego, wybitnego ftyzjatra warszawskiego, i był specjalistą gruźliczego zapalenia górnych dróg oddechowych. Prelegent oddał cześć następnym pokoleniom laryngologów warszawskich, którzy, stale śledząc stan wiedzy w zakresie naszej specjalności oraz współpracując z najlepszymi ośrodkami europejskimi, przyczynili się do tego, że laryngologia warszawska, a zwłaszcza Klinika Warszawska, jest zaliczana do ścisłej czołówki w Polsce.

W dalszej części zebrania głos zabrali wychowankowie warszawskiej Kliniki: dr hab. med. S. Bień, prof. A. Kukwa, prof. H. Skarżyński i dr hab. med. Z. Sonnenberg. Wspominali oni nie tylko lata spędzone w Klinice, ale i swoich Mistrzów: prof. Zb. Bochenka, prof. J. Kusia, dr. T. Jeglińskiego, dr. A. Osóbkę-Morawską. Następnie z okazji 80-lecia działalności Kliniki Otolaryngologicznej w Warszawie życzenia sukcesów, gratulacje i bukiety kwiatów na ręce prof. G. Janczewskiego złożyli: prof. A. Ligęziński, dr M. Kawiorska i dr M. Strauss.

Po części oficjalnej spotkania uczestnicy zostali zaproszeni na poczęstunek przygotowany przez sponsorów – firmy farmaceutyczne: Krkę Polska, Servier Polska, Solvay Pharma, Biochemie, Beaufour Ipsen International.

W zebraniu wzięło udział 154 lekarzy z Warszawy i terenu województwa mazowieckiego.

dr med. Irena Krzeska-Malinowska
Sekretarz Oddziału Mazowieckiego PTORL-CHGiS

Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Otolaryngologów Polskich i Francuskich Warszawa 19–20.04.2002 r.

ORGANIZATORZY:

Katedra i Klinika Otolaryngologii
AM w Warszawie,
Klinika Otologii i Otoneurologii w Lille,
Klinika Otolaryngologii w Nancy

TEMATYKA:

I dzień : *Postępy w leczeniu zaburzeń słuchu*

II dzień : *Postępy w leczeniu nowotworów
krtani i gardła*

(Szczegółowy program wykładów zostanie
przesłany po otrzymaniu zgłoszenia)

WYKŁADOWCY:

Prof. Ch. Petit (Paryż), Prof. C. Simon (Nancy),
Prof. F.M. Vaneecloo (Lille) oraz
Profesorowie z renomowanych ośrodków
klinicznych w Polsce

ZGŁOSZENIA:**A) listownie pod adresem:**

Klinika Otolaryngologii AM w Warszawie,
(Konferencja Otolaryngologów Polskich
i Francuskich)
02-097 Warszawa, ul. Banacha 1a

B) pocztą elektroniczną pod adresem:

kniemcz@amwaw.edu.pl
Temat-Konferencja

C) faxem pod numerem: (+22) 658-03-13**KOSZTY UCZESTNICTWA:**

1 dzień – 150 zł, 2 dni – 200 zł

**Termin nadsyłania zgłoszeń upływa z dniem
31.01.2002 r.**

Termin wpłat za uczestnictwo do **1.03.2002 r.**

Wpłaty za uczestnictwo w Konferencji należy do-
konywać na następujące konto:

Stowarzyszenie Wspierania Laryngologii
na Banacha,
02-097 Warszawa, ul. Banacha 1a

PKO BP V/O Warszawa

Nr konta: **8110201055122830267**

tytuł wpłaty

„Otoneurochirurgia – Konferencja”

Niniejszym zgłaszam uczestnictwo w **Konferencji Naukowo-Szkoleniowej
Otolaryngologów Polskich i Francuskich (Warszawa 19–20. 04. 2002 r.)**

Imię i nazwisko.....

Tytuł naukowy.....

Adres, kod.....

Telefon lub e-mail.....

A) cała konferencja

B) pierwszy dzień

C) drugi dzień