

TERHESEK ÉS GYERMEKÁGYASOK SIDEROPENIÁS DYSPHAGIÁJA

Márkus T., Hadnagy Cs.

A *Plummer-Vinson* (10) syndroma elnevezés főleg Európában honosodott meg, de első leírói tulajdonképpen *Kelly* (4) és *Paterson* (7) voltak. *Moutier* (6) monográfia-szerű tanulmányában sikrasszáll amellett, hogy utóbbi szerzőket itt is rehabilitálni kell. *Waldenström* (11) „sideropenic dysphagia“-nak nevezi és mi is ezt az elnevezést használjuk. *Wintrobe* (12) szerint a hypochrom anaemiának egy olyan formája, melyben a nyelési nehézség egy lényeges tünet. Dolgozatában 25 idiopathiás hypochrom anaemia esetét részletezi. köztük csak egy betegnél volt a dysphagia lényeges tünet. *Witts* (13) 50 betege közül viszont 6-nál.

A dysphagiának igen sok oka lehet. A dysphagia sideropenica-t szöveti vashiány okozza és vaskezelésre tökéletesen meg is gyógyul, kivéve az elhanyagolt régi eseteket, melyekben a gyógyulás csak részleges, mint azt *Waldenström* is megjegyzi. Közismert, hogy a szöveti vashiány első-sorban a nők betegsége és a sideropeniás dysphagia is gyakori közöttük. Előző dolgozatunkban (1) 27 betegről számoltunk be, ezek 89^o-a nő volt. *Moutier* (6) idézi *Sydenham* 1682-ben írt értekezését, melyben már közel 300 évvel ezelőtt leírta, hogy a garatban és nyelőcsőben jelentkező spasmusok elsősorban azoknál az asszonyoknál figyelhetők meg, akik szülések során sok vért veszítettek és akik nem esznek elég húst. Az irodalmi adatok szerint a menopausát megelőző vérvesztések váltják ki a leggyakrabban. *Howell* (2) betegének panaszai terhességével voltak kapcsolatosak és a mi anyagunkban is a terhességek és a nem megfelelő táplálkozás a fő ok.

A dysphagia sideropenica tünetei kezdetben subjektívek: égető-bizsergő érzés a szájban, torokban; a nyelés kezd nehézkessé válni, mintha elakadna a falat a nyelőcsőben; a betegnek nincsen elég nyála, evés közben innia kell. Az étkezés időtartama elnyúlik, lassan eszik, sokáig forgatja a falatot a szájában; főleg a szilárd ételeket — mint pl. a húst — kell sokáig rágnia s a megkevesbedett nyáleválasztás miatt gyakran kell egy-egy korty vizet innia. Ezért kezd idegenkedni a szilárd ételektől és mind kevesebb húst eszik. Kezd soványodni (5) és ha nem adunk gyógyszeresen vasat, a kezdeti subjektív tünetekhez objektív tünetek is társulnak (röntgenen spasmus látható, a fül-orr-gégészeti vizsgálat atrophias nyálkahártyát talál) és ha még mindig késik a megfelelő kezelés, a táplálkozással kapcsolatos mikrotraumák kis vérző sebeket hoznak létre, idült gyulladás, oesophagitis alakul ki erosiókkal (5, 9) és gyakori a malignus elfajulás (6, 7, 11).

Saját betegünk adatai: 1700 grvida és gyermekágyas vasanyag-cseréjét tanulmányozva. 3 és fél év alatt összesen 18 sideropenia okozta dysphagiás beteget figyeltünk meg (ezek közül 10 terhes és 8 gyermek-

ágyas). Utóbbiakat haematológiailag a gyermekágy első 5 napján vizsgáltuk; mind a 8-an terhességük során váltak dysphagiássá (az egyik már a VII. hónapban). A gravidák közül egy már az első terhessége II. hónapjában dysphagiás lett, egyik az V. hónap során, a többi később. Nyolcan (44%) primiparák voltak. Háromnál több gyermeke csak egyik volt (4 szülés), a többinek 1—3. Az egyik 3 élő gyermeket szült anyának ezenkívül még 4 spontán abortusa is volt.

A haematológiai vizsgálatokat illetőleg, a haemoglobint Asid-Cyanhämoglobin-Reagenz „s”-et használva spectrophotometriásan, a haematokrit értéket TH—11 Janetzki haematokrit centrifugával, a serum vasat Heilmeyer-Plötner szerint határoztuk meg. A serum folsavat L-casei-vel, *Spray* (8) szerinti módszerrel határoztuk meg.

11 g⁰/₀-alatti haemoglobin szintet, illetve 32% alatti haematokrit értéket 10 esetben (= 55%) találtunk. Egy beteg kivételével a serum vas szint 64 gamma⁰/₀ alatti volt minden esetben, de a morfológiai haematológiai vizsgálatok ebben az egy esetben is vashiányra utaltak. A serum összes-megkötőképessége (TIBC) 360 gamma⁰/₀, illetve e feletti volt. Két betegnél az anaemia jellege az erythroblastok maturációját illetően dimorph volt (mind vashiány, mind folsavhiány). Ezek között az egyikben a megaloblastos vérképzés állt előtérben, az erythroblastok 20%-a sideroblast és a reticulumsejteknél is sok volt a vas-rög, de a serum vas-szint 44 gamma⁰/₀-ra csökkent. A vizsgált dysphagiás terhesek serum-fólat szintje 3,7 mg/ml alá nem süllyedt.

A sideropeniás dysphagia nem egy önálló syndroma, hanem rész-tünete a szöveti vashiánynak, melynek a többi jelei is megvannak. A dysphagia rendszerint nem fő tünet, a betegnek nem ez a főpanasza, csak a kikérdezés során tűnik ki. Betegeink közül viszont 4-nél fő tünet volt. *Jasinski* és *Roth* (3) szerint feldolgozva a szöveti vashiány objektív és subjektív tüneteit, dysphagiás terhesek között a következőket állapítottuk meg:

az esetek %-ában

A körmökön hosszanti, vagy harántredők láthatók	55
Platonichia	17
A körmök törnek	66
A bőr száraz	72
A szájzúgban rhágádképződés	50
Nyelv papilla atrophia	22
A haj száraz, török, hull	28
Korai őszülés	11
Subfebrilitás	11
Banális fertőzésekkel szembeni csökkent ellenállás	44
Csökkent testi és/vagy szellemi teljesítőképesség	83
Fokozott aluszékonyság, alvásszükséglet	61
Fejfájás	50
Viszketés	39

Végtagok zsibbadása	61
Paraesthesiák	55
Idegesség, fokozott ingerlékenység	61
Depressio, melancholia, apathia	33
Jelen terhesség előtt már fennálló frigiditás	28

A sideropeniás dysphagia létrejöttének okai

az esetek %/ó-ában

Fokozott vérvesztés menstruációk révén	44
Előző szülések és/vagy abortuszok során bekövetkezett nagyobb vérvesztés	39
Más úton létrejött nagyobb vérvesztés (pl. orrvérzés)	11
Helytelen táplálkozás (kevés húsfogyasztás)	55

A fenti vashiányhoz vezető okok több esetben halmozódtak. Megjegyezni óhajtjuk, hogy 18 dysphagiás terhesünk egyike sem részesült terhessége alatt megfelelő vaskezelésben, ellenben 5-en kaptak a pontosan ki nem vizsgált vérzékenységük kezelésére B₁₂ vitamint, ami az erythropoiesis serkentése által a szöveti vashiányt még fokozta.

3 sovány dysphagiás esetében pár hónappal a szülés után elvégeztük a xylose-próbát és mindhármuk esetében ez malabsorbtióra utalt: 5 óra alatt a perorálisan beadott xylosénak mindössze 10—12—15 %/ó-a ürült a vizelettel (normálisan legalább 20 %/ó). Egy esetben a Storz-szondával végzett bélbiopsia eredménye bélnyálkahártya atrophia volt. Hogy ezek a malabsorbtiók tényezők szerepet játszottak-e a szöveti vashiány kialakulásában, vagy pedig másodlagos következményei a már fennálló vashiálynak, azt nem tudjuk.

Kezelés. Amennyiben elegendő mennyiség áll rendelkezésünkre, elsősorban parenterálisan adjuk a vasat (i. v. Ferrlecit 10—20 amp. összesen), mert megfigyeléseink szerint gyorsabban hat, majd per os készítményekkel folytatjuk a kezelést, míg a serum vas szint nem normalizálódik és a szöveti vashiány összes tünetei el nem tűnnek.

Waldenström is (11) a leggyakoribb és legkönnyebben gyógyítható dysphagia-féleségnek tekinti a vashiányost. Ha a panaszok nem régi keletűek, gyorsan meg is gyógyul. Minél elhanyagoltabb, annál későbbre várható az eredmény.

A 18 betegünk közül 15-nek gyorsan meggyógyult a dysphagiája (10 amp. Ferrlecit), egyik 25 ampullát igényelt, egyet pillanatnyilag is kezelünk, egy pedig ezzel a kezeléssel szemben refracter maradt. Dysphagiáját terhessége során állapították meg, létrejöttében a vashiány is szerepet játszhatott (mivel nyelési panaszai bizonyos mértékben enyhültek a vaskezelés után), de elsősorban a scleroderma, Sjörgeren syndroma és polyarthritis chronica evolutiva volt a kórok. Ez utóbbi betegünk tehát nem is sorolható teljes mértékben a sideropeniás dysphagiák csoportjába.

Irodalom

1. *Hadnagy Cs., Márkus T.*: Dysphagia sideropenica. (Közlés alatt);
2. *Howell J. T., Monto R. W.*: New Engl. J. Med. (1953), 249, 1009; 3. *Jasinski B., Roth I.*: Larvierte Eisenmangelkrankheit. B. Schwabe, Basel, 1954; 4. *Kelly A. B.*: J. Laryng. Otol. (1919), 34, 285; 5. *McGee L. C., Goodwin T. M.*: Ann. Int. Med. (1938), 11, 1498; 6. *Moutier F.*: Arch. Mal. Ap. Dis. (1951), 40 Suppl., 53; 7. *Paterson D. R.*: J. Laryng. Otol. (1919), 34, 289; 8. *Spray G. H.*: J. Clin. Path. (1964), 17, 660; 9. *Suzman M. M.*: Arch. Int. Med. (1933), 51, 1; 10. *Vinson P. P.*: Minnesota Med. (1922), 5, 107; 11. *Waldenström J., Kjellberg S. R.*: Acta Radiol. (1939), 20, 618; 12. *Wintrobe M. M., Beebe R.*: Medicine (1933), 12, 187; 13. *Witts L. J.*: Guy's Hosp. Rep. (1931), 81, 193.

SIDEROPENIC DYSPHAGIA IN GRAVIDAE AND PUERPERAE

The authors present 18 cases of pregnant women and those in childbed with sideropenic dysphagia as for the importance, frequency and presumed causes of this disease. In 55% of the cases haemoglobin concentration was under 11 g%; haematocrite showed less than 32%. In all cases but one — in which the basic disease was scleroderma, P.C.E. — sideraemia was under 64 gamma%, but the findings of haematological and morphological examinations pleaded for iron deficiency in this single case, too. In 17 out of the 18 cases dysphagia resulted from sideropenia which is cured by martial treatment. The most frequent causes of sideropenic dysphagia established by the authors were as follows: pathologic blood loss by various routes and alimentation with insufficient iron content (insufficient meat intake).

