

# CHIRURGICKÁ LÉČBA OBSTRUKČNÍ SPÁNKOVÉ APNOE A HABITUÁLNÍ RONCHOPATIE NA ORL KLINICE V HRADCI KRÁLOVÉ V ROCE 2012

P. Sila<sup>1</sup>, Z. Dufek<sup>1</sup>, A. Hrdlička<sup>2</sup>



<sup>1</sup>Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, FN Hradec Králové, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v HK  
<sup>2</sup>ORL ambulance Rychnov nad Kněžnou

## Úvod

Obstrukční spánková apnoe (OSA) je onemocnění, které je charakterizováno opakující se obstrukcí stěny hltanu ve spánku. Symptomy OSA jsou nadměrná denní únava, nevykonnost, ospalost. Z dlouhodobého pohledu ohrožuje pacienta možný vývoj závažných onemocnění kardiovaskulárních, metabolických, neurologických a psychických.

Diagnostika OSA se opírá o somnografické vyšetření. Dle zjištěného stupně OSA a výsledku klinického vyšetření lze pacientovi nabídnout ventilační léčbu s přetlakovým dýcháním (OSA vyššího stupně), nebo léčbu chirurgickou. Ta bývá indikována také u pacientů netolerujících přetlakovou ventilační terapii, přičemž u některých nemocných dochází k výrazné redukci stupně OSA, či dokonce k úplnému vymizení apnoických pauz. Na základě uvedených zkušeností jsme analyzovali diagnostické možnosti somnologického klinického vyšetření.

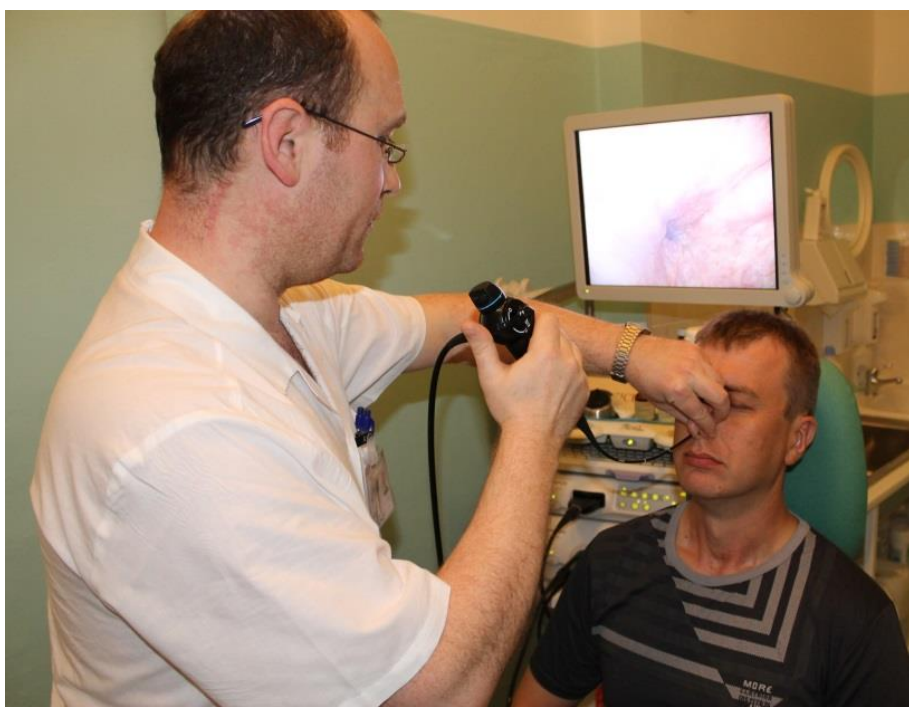
## Cíle

Definování optimálního diagnostického algoritmu pro určení typu chirurgické léčby u pacientů s OSA a habituální ronchopatií. Zhodnocení úspěšnosti chirurgické léčby na základě subjektivního hodnocení operovaných nemocných.

## Materiál a metody

Retrospektivní studie 57 pacientů (43 mužů, 11 žen, medián věku 48 let), operovaných v průběhu roku 2012 pro habituální ronchopatii a OSA. Každé operaci předcházelo zjištění BMI a Epworské škály spavosti. Současně bylo provedeno somnologické klinické vyšetření pomocí tzv. Müllerových manévrů (obr. 1-3), určení Mallampatiho klasifikace a posouzení velikosti krčních tonzil dle Friedmana. Pozornost byla věnována také nosní průchodnosti (endoskopie, rinomanometrie), anatomii patrových oblouků, uvuly a oblasti kořene jazyka. Následně pacient absolvoval polysomnografické vyšetření, které je nezbytné pro diferenciální diagnostiku mezi OSA a ronchopatií. Na základě zhodnocení všech vyšetření byl stanoven optimální typ chirurgického výkonu. Po 3-6 měsících od operace bylo provedeno kontrolní somnologické klinické vyšetření ke zhodnocení efektu operace včetně subjektivního hodnocení spokojenosti pacientů. S odstupem 6-12 měsíců po výkonu byla indikována kontrolní somnografie.

Obr.1: Müllerův manévr I (celkový pohled)



Obr. 2: Müllerův manévr I (endoskopie před začátkem manévru)



Obr. 3: Müllerův manévr I (významná laterální obstrukce)



## Výsledky

Výsledky parametrů klinického vyšetření a provedené chirurgické výkony shrnují tabulky 1 a 2.

Tabulka 1: Mediany parametrů klinického vyšetření

	ronchopatie	OSA I. stupně	OSA II. stupně	OSA III. stupně
počet pacientů	7	16	23	11
věk	40,5	49	51	45
BMI	25,9	26,8	28,3	30,3
Epworská škála spavosti	4	6	9	15
velikost krčních tonzil dle Friedmana	2	1	2	1,5
Mallampatiho klasifikace	1	1,5	2	2
procentuální obstrukce - Müller I	70%	90%	90%	95%
procentuální obstrukce - Müller II	30%	30%	50%	30%

Tabulka 2: Počet výkonů v jednotlivých kategoriích, v závorce subjektivní nespokojenost pacienta s výkonem

Typ výkonu	ronchopatie	OSA I. stupně	OSA II. stupně	OSA III. stupně
UPPP	1	3 (1)	12	7
LAUP	4	12	10 (1)	2
uvulektomie	2	1(1)	1	2
septoplastika	2	1	5	3
tonzilektomie	0	0	0	1
mukotomie	2	4	8	5

## Závěr

Za nejdůležitější metody klinického somnologického vyšetření považujeme klasifikaci dle Mallampatiho a podtlakové Müllerovy manévry, které pomáhají určit nejen místo, ale i rozsah obstrukce dýchacích cest.

Dle subjektivního hodnocení pacientů je chirurgická léčba ronchopatie a OSA vysoce úspěšná (nespokojenost u 5,3 % souboru).

Chirurgickou léčbu lze indikovat i u vyššího stupně OSA jako alternativu ventilační terapie za předpokladu splnění indikačních kritérií.