

Prof. Dr. Ranko Mladina
umirovljeni ORL specijalist
Klinika za uho, grlo i nos i kirurgiju glave i vrata
KBC Zagreb

Poštovani gospodine glavni uredniče,

Želio bih čestitati gospođi profesorici Bašić – Jukić, uvaženoj internistici KBC Zagreb, na trudu uložene u pisanje vrlo vrijednog rada koji je objavljen u najnovijem broju časopisa Acta Medica Croatica. Rinosinusološki me dio njena članka nadahnuo i potakao na pisanje gornjih redaka i hvala joj za to! U tom pogledu, dometnuo bih tek da u hrvatskom jeziku rinosinusolozi upalu sinusa pišu kao **sinuitis**, a ne **sinusitis**. To je zato jer je na latinskom jeziku nominativ imenice sinus upravo takav, dakle **sinus**, ali genitiv ove imenice je **sinu**. Upalu nekog organa označava se latinski da se genitivu dotičnog organa doda nastavak **-itis**, pa je, prema tome, pravilan izraz za upalu sinusa **sinuitis**, a nikako **sinusitis**. U anglosaksonskoj je literaturi uobičajeno pisati **sinusitis**, ali to je posljedica tamošnje niske razine školovanosti u pogledu stranih, a poglavito latinskoga jezika. „Sinusitis“ je jednostavno opće prihvaćen idiom u pisaca na engleskom i drugim zapadnoeuropskim zemljama, i nije na nama da to ispravljamo. Nadalje, bez obzira na to, nikako ne bi trebalo zaboraviti da je arhaični, ali izvorni latinski naziv za ovaj sinus **antrummaxillaris**. Odatle je naziv za kirurško formiranje otvora u području medijalne stjenke maksilarnoga sinusa: **antrostoma**, nipošto **anterostoma**. Nadalje, u četvrtoj je rečenici sažetka rada navedeno da je „ obradom pronađena destrukcija tkiva oko zahvaćenog paranasalnog sinusa“, ali podatci o vrsti navedene destrukcije u kasnijem tekstu nedostaju. Pri kraju sažetka je navedeno, kao zaključak, da je u opisanim slučajevima preporučljiv „agresivan kirurški pristup s odstranjivanjem nekrotičnog tkiva“, ali kasnije, u samome tekstu, nema detaljnijih opisa kako se to „agresivno“ operira sinus. Ja znam kako se to radi jer je do 1990. godine to bio i moj kirurški djelokrug. Uvođenjem endoskopske sinusne kirurgije (prvu sam takvu operaciju u nas napravio, nakon edukacije u Austriji, Njemačkoj i SAD, dana 7. prosinca 1990. u lokalnoj anesteziji), „agresivno“ je operiranje sinusa u načelu otišlo u povijest, osim, naravno, u slučajevima malignih bolesti. Nadalje, gledano rinosinusološki, u tekstu se pojavljuju dvije slike, obje su CT snimke sinusa, ali, nažalost, samo u aksijalnim projekcijama (grubo rečeno-vodoravnim), a za detaljnu spoznaju o stvarnom stanju sinusa potrebna je svakako i tzv.

koronalna projekcija (grubo rečeno-vertikalna). Tako se u opisu slike 1u navedenom članku navodi kako se vidi posve ispunjen desni maksilarni sinus, ali to se ne može tvrditi ako nema i koronalne projekcije. Jer, može se raditi o promjenama samo na dnu ili najviše u donjoj polovini sinusa, ali kakvo je stanje cijele šupljine iz ove slike se ne zna. Navedena slika 1 je učinjena u razini sloja koji je na slici u istoj razini s donjim nosnim hodnikom, dapače, lijepo su prikazani stražnji dijelovi nosne pregrade i oba stražnja pola donjih nosnih školjki, epifarinks pa čak i oba ušća Eustachijeve tube. Uz sav moj trud, na ovoj slici ne vidim nikakvih znakova okolne destrukcije dotičnog maksilarnog sinusa. Usput, na nosnoj se pregradi jasno vidi ono što se na aksijalnim projekcijama posebno lako prepoznaje, a to je deformacija lamine perpendikularis (jedan od koštanih dijelova septalne plohe, ujedno i najveći dio septuma) i to u obliku slova „C“, što u rinologiji, kako u nas tako i u svijetu, već više od tri desetljeća označavamo kao gore spomenutu deformaciju septuma tipa 3. Nadalje, na slici 1 se jasno vidi da nedostaje prednji dio nosne pregrade, tj. onaj hrskavični dio (lamina kvadrangularis). Defekt u ovome dijelu septuma ne možete ni po kojim kriterijima dovesti u vezu s Aspergillusom nađenim u čeljusnim sinusima (1,2). Najvjerojatnije se ovdje radilo o kroničnom nosnom vestibulitisu (iz anamneze se doznaje da je bolesnik godinama muku mučio s krustama u nosu), a nosni vestibulitis nije ništa drugo do li upala kože koja prekriva nosno predvorje. Bilo bi dobro znati je li bolesnik imao u anamnezi imao smetnje tipa učestalih, povremenih krvarenja iz nosa, poglavito iz uvijek iste strane, varicescruis, hemoroidalni sindrom i je li imao (ili netko od bliskih srodnika) vaskularni cerebralni insult. Ova su patološka stanja vrlo često povezana s rekurentnim krvarenjima iz nosa potaknutih upalom kože nosnoga prevorja, a na terenu proširenih vena u tzv. Kieselbachovu pleksusu smještenom na septumu u samom predvorju (sindrom poznat pod nazivom RecurrentEpistaxisfromKiesselbach'sAreaSyndrome ili skraćeno REKAS) (3-7). Česta krvarenja i intervencije liječnika (tamponade, kauterizacija krvareće, ektatične žilice) mogu rezultirati konačnim prpadanjemseptalna tkiva i na CT snimkama se može vidjeti da nedostaje septum u posve prednjim dijelovima. Daleko je najčešći uzrok vestibulitisanasi, pa i REKAS-u, bakte-

rija *Staphylococcus pyogenes aureus*, a nikako gljivica *Aspergillus*. Dakle, najvjerojatnije se ipak radilo se o dva odvojena klinička entiteta. Nadalje, na slici 2 se opisuje stanje nakon liječenja, ali, ako već uspoređujemo dvije CT snimke istoga sinusa u aksijalnim projekcijama (ili bilo kojim drugim) onda neka budu snimke iste razine. Razina snimke na slici 2 je razina srednjeg nosnog hodnika ili čak nešto kranijalnije jer se vide glave gornjih nosnih školjki i praktički čitav sfenoidalni sinus! To u sinusologiji nikako nije uspoređljivo (donji i srednji nosni hodnik). Nadalje, iz ove je slike posve jasno da je netko korektno napravio zahvat na desnom čeljusnom sinusu i to je, prema mome znanju, napravio tzv. srednju **antrostopu**. Ovaj je zahvat zacijelo napravljen, ako je to rađeno na Rebru, od strane rebarskog otorinolaringologa, endoskopski. A endoskopska kirurgija ne spada u „agresivne“ kirurške zahvate. Obrnuto! Vrlo je precizna i djelotvorna, ali ne i agresivna.

LITERATURA

1. Mladina R. Aspergilom maksilarnoga sinusa. *Symp Otorhinolug* 1986; 21: 89-93.
2. Mladina R. Aspergilom maksilarnoga sinusa. *Liječ Vjesn* 1987; 109: 288-291.
3. Mladina R. REKAS (Recurrent Epistaxis from Kiesselbach's Area Syndrome). *Chir Maxillofac Plast* 1985; 15: 91-95.
4. Mladina R. Conservative treatment of Recurrent Epistaxis from Kiesselbach's Area Syndrome (REKAS). *Symp Otor-*

hinol Iug 1989; 24: 225-229.

5. Mladina R, Šprem N. Relation entre les deformations du bord palatine du septum et le phenomene des angiectasies du plexus de Kiesselbach et des autres plexus veineux chez les patients avec des epistaxis a repetition. *Sympotorhinolaryngol* 1992; 27: 111-115.

6. Mladina R, Čavčić J, Šubarić Recurrent epistaxis from Kiesselbach's area syndrome in patients suffering from hemorrhoids: factor fiction. *Arch Med Research* 2002; 33: 1-2.

7. Mladina R, Skitarelić N, Skitarelić N. Isrecurrent epistaxis from Kiesselbach's area (REKAS) in any relationship to the hemorrhoidal disease? *Medical Hypotheses* 2009; 73: 955-957.

Dragi Uredniče,

Veselimo se interesu koji je prikaz slučaja „Aspergiloza paranazalnih sinusa u bolesnika s transplantiranim bubregom“ pobudio u čitatelja Vašeg časopisa i zahvaljujemo na mogućnosti da odgovorimo na pismo prof. Mladine.

Aspergiloza paranazalnih sinusa je rijetka komplikacija u bolesnika s transplantiranim bubregom koji su zbog primjene imunosupresiva izloženi različitim patogenima. U prikazu slučaja smo iznijeli internistički pogled na problem, te ovim putem zahvaljujemo prof. Mladini na iscrpnom pregledu problema sa strane otorinolaringologa.

S poštovanjem
Prof. dr. sc. Nikolina Bašić-Jukić