

Botuliini orofaryngeaalisen dysfagian hoidossa

Botuliinia on käytetty orofaryngeaalisen dysfagian hoidossa silloin, kun nielemisvaikeus johtuu ruokatorven yläsulkijan eli m. cricopharyngeuksen kireydestä. Tila voi olla idiopaattinen eli sen syy jää avoimeksi, tai vaihtoehtoisesti liittyy neurologisiin sairauksiin kuten aivohalvaukseen, ALS:ään, Parkinsonin tautiin tai MS-tautiin. Joskus ongelma ilmenee pään ja kaulan alueen syöpäkirurgian komplikaationa (Ming-Jang ym. 2004). Diagnoosi on radiologinen: videofluorografiassa potilas nielee varjoainetta, jolloin lihaksen kireys aiheuttaa dorsaalisen vallimaisen muutoksen ruokatorven yläsulkijan alueella sekä varjoaineen kertymisen alanieluun. Tyypillinen potilas on iäkäs henkilö, joka on saattanut laihtua jopa kakektisen laihaksi vähitellen pahentuneen nielemisvaikeuden vuoksi. Botuliini voidaan annostella cricopharyngeuslihaksen joko kaulalta polikliinisesti EMG-ohjauksessa (Murry ym. 2005) tai hypofaryngoskopian yhteydessä yleisanestesiassa. HYKS:n korvaklinikalla on hoidettu joitakin potilaita viimeksi mainitulla menetelmällä, ja osassa näistä toimenpiteistä on käytetty myös EMG-ohjausta lihaksen paikantamiseksi. Kirjallisuudessa annokset vaihtelevat 2,5:n ja 100 yksikön välillä (onabotulinumtoksiini A). Kaulalta pistokset voidaan antaa useampaan kohtaan: cricopharyngeuslihaksen, 2 cm ylemmäs nielun inferiorisiin supistajalihaksiin ja 1–2 cm cricopharyngeuslihaksen pistokohdasta alaspäin, jolloin saavutetaan ylempi esofageaalinen lihaksisto. Omat potilaamme on hoidettu yleisanestesiassa kahdella cricopharyngeuslihaksen horisontaaliseen osaan annetulla ruiskeella, ja käyttämämme onabotulinumtoksiini A:n määrä on vaihdellut 30:n ja 100 yksikön välillä.

Ongelmana hoidon tehon seurannassa on hyvien mittareiden puute. Potilaan subjektiivisen kokemuksen arviointia on rajoittanut se, että validoitu suomenkielinen kyselykaavake on ollut käytettävissämme vasta muutaman vuoden ajan (Aherto ja Vilkmann 2008). Vi-

deofluorografian voi toistaa, mutta mikäli potilas kokee nielemisen helpottuneen, saattaa säderasitusta aiheuttavan tutkimuksen uusiminen olla hankalasti perusteltavissa. Toisaalta videofluorografian herkkyys ei ehkä ole riittävä osoittamaan hoidon jälkeisiä muutoksia. Parantunut nielemisfunktio FEES- eli functional endoscopic evaluation of swallowing -tutkimuksessa antaa viitteellisen kuvan hoidon onnistumisesta, samoin potilaan painon nousu. FEES-tutkimuksessa nenän kautta asetetulla taipuisalla tähystimellä seurataan kontrastiaineen kulkua etenkin alanielun ja kurkunpään alueella. Tutkimuksen avulla ei päästä kuitenkaan suoraan arvioimaan cricopharyngeuslihaksen tilaa. Kirjallisuuden mukaan hoidon vaikutus alkaa noin seitsemän päivän kuluttua ja kestää yleensä vähintään neljä kuukautta (Moerman 2006). Komplikaatiot ovat harvinaisia, ja hoidosta on hyötynyt eri tutkimuksissa 20–100 % potilaista. Mikäli oireet palaavat, ruiskutuksen voi uusua. Vaihtoehtona on myös cricopharyngeuslihaksen kirurginen katkaiseminen nielemisvaikeuden helpottamiseksi etenkin silloin, jos botuliiniannosta suurentamallaakaan ei saada toivottua hoitovastetta (Laurikainen ym. 1997). ■

LEENA-MAIJA AALTONEN, korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri

KIRJALLISUUTTA

- Aherto A, Vilkmann E. Deglutition handicap index -kyselyn (DHI) suomennos 2008. HYKS:n korvaklinikka, foniatrian poliklinikka.
- Laurikainen E, Aitasalo K, Virolainen E, Sipilä J, Marttila R. Rengasrustoliuksen katkaisu nielemishäiriön hoitona. *Duodecim* 1997;113:507.
- Ming-Jang C, Yeun-Chung C, Tzu-Yu H. Prolonged effect of botulinum toxin injection in the treatment of cricopharyngeal dysphagia: case report and literature review. *Dysphagia* 2004;19:52–7.
- Moerman M. Cricopharyngeal Botox injection: indications and technique. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;14:431–6.
- Murry T, Wasserman T, Carrau RL, Castillo B. Injection of botulinum toxin A for the treatment of dysfunction of the upper esophageal sphincter. *Am J Otolaryngol* 2005; 26:157–62.