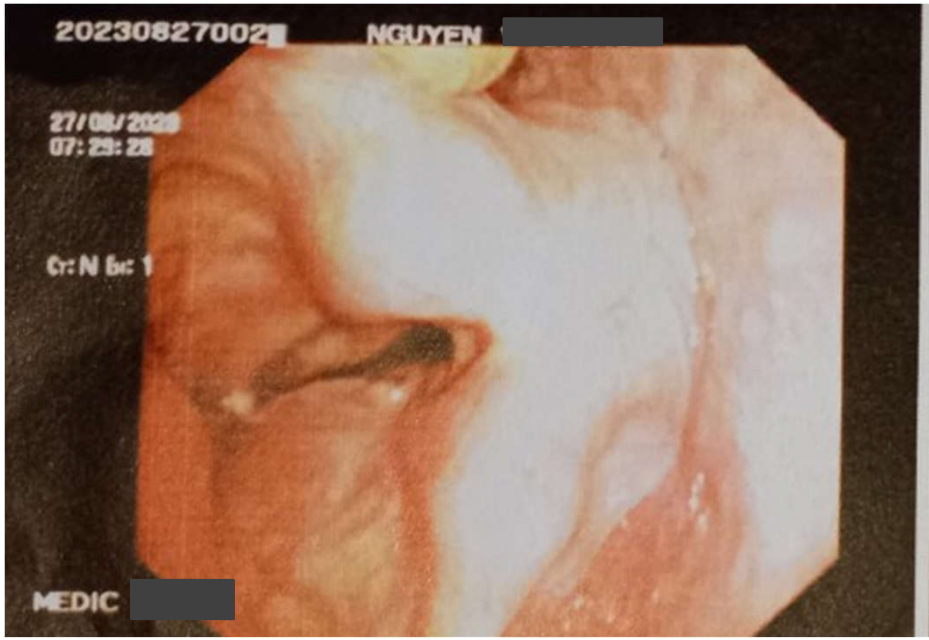
NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP PHÙ REINKE

BS TRƯƠNG NGỌC LỄ

CASE REPORT

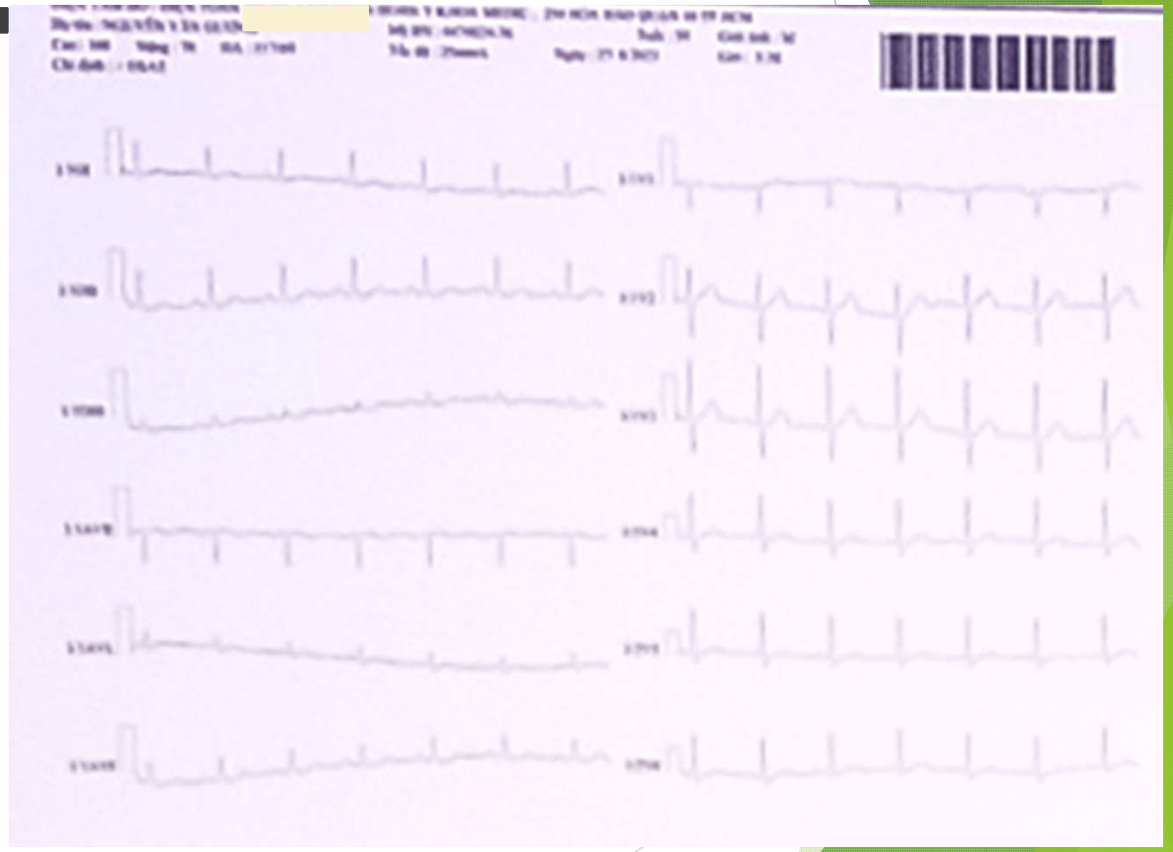
- Bệnh nhân:Nguyễn Văn..,nam,59 tuổi
- ĐC : Khánh Hòa
- LDĐK:Khàn tiếng
- Bệnh sử:
- Cách nhập viện 2 tháng,bệnh nhân khàn tiếng, tăng dần, cảm giác mệt nói phải gắng sức .Bệnh nhân không tiền sử bệnh dạ dày,trào ngược ddtq,có hút thuốc lá.Bệnh nhân đã điều trị ở nhiều BV không giảm nên đến Medic khám.

CASE REPORT

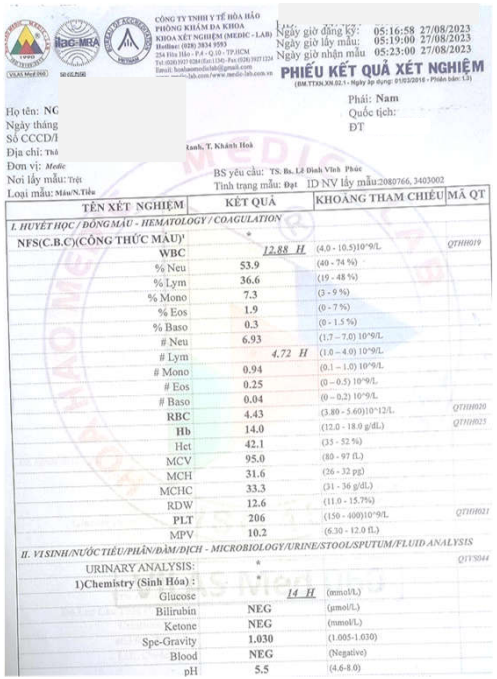


VIDEO

MEDIC



MEDIC



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
KHOA XÉT NGHIỆM (MEDIC - LAB)
Hotline: (028) 3834 9593
254 Hòa Hảo - P.4 - Q.10 - TP.HCM
Email: hoahaomedicinlab@gmail.com
www.medic-lab.com.vn

Ngày giờ đăng ký: 05:16:58 27/08/2023
Ngày giờ lấy mẫu: 05:19:00 27/08/2023
Ngày giờ nhận mẫu 05:23:00 27/08/2023

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

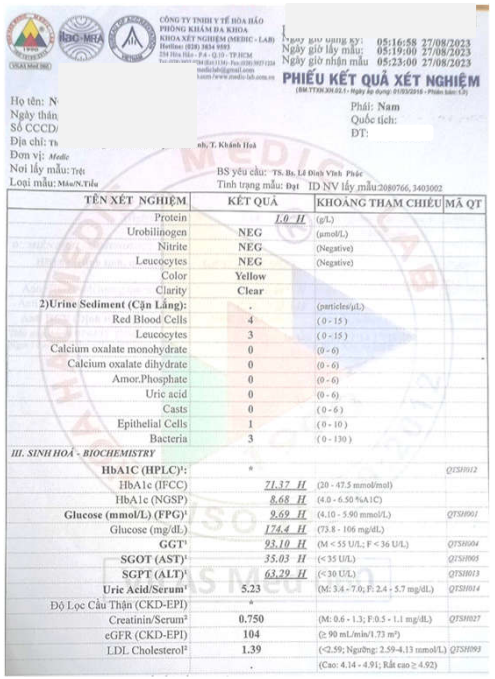
(BM.TTXN.XN.02.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.5)

Họ tên: NG
Ngày tháng
Số CCCD/I
Địa chỉ: Thô
Đơn vị: Medic
Nơi lấy mẫu: Trệt
Loại mẫu: Máu/N.Tiểu

Phái: Nam
Quốc tịch:
ĐT:

BS yêu cầu: TS. Bs. Lê Dinh Vinh Phúc
Tình trạng mẫu: Đạt ID NV lấy mẫu:2080766, 3403002

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. HUYẾT HỌC / ĐÔNG MÁU - HEMATOLOGY / COAGULATION			
NFS(C.B.C)(CÔNG THỨC MÁU)¹	*		
WBC	*12.88 H*	(4.0 - 10.5)10^9/L	QTHH019
% Neu	53.9	(40 - 74 %)	
% Lym	36.6	(19 - 48 %)	
% Mono	7.3	(3 - 9 %)	
% Eos	1.9	(0 - 7 %)	
% Baso	0.3	(0 - 1.5 %)	
# Neu	6.93	(1.7 – 7.0) 10^9/L	
# Lym	*4.72 H*	(1.0 – 4.0) 10^9/L	
# Mono	0.94	(0.1 – 1.0) 10^9/L	
# Eos	0.25	(0 – 0.5) 10^9/L	
# Baso	0.04	(0 – 0.2) 10^9/L	
RBC	4.43	(3.80 - 5.60)10^12/L	QTHH020
Hb	14.0	(12.0 - 18.0 g/dL)	QTHH025
Hct	42.1	(35 - 52 %)	
MCV	95.0	(80 - 97 fL)	
MCH	31.6	(26 - 32 pg)	
MCHC	33.3	(31 - 36 g/dL)	
RDW	12.6	(11.0 - 15.7%)	
PLT	206	(150 - 400)10^9/L	QTHH021
MPV	10.2	(6.30 - 12.0 fL)	
II. VI SINH/NƯỚC TIỂU/PHÂN/ĐÀM/DỊCH - MICROBIOLOGY/URINE/STOOL/SPUTUM/FLUID ANALYSIS			
URINARY ANALYSIS:	*		QTVS044
1)Chemistry (Sinh Hóa) :	*		
Glucose	*14 H*	(mmol/L)	
Bilirubin	NEG	(μmol/L)	
Ketone	NEG	(mmol/L)	
Spe-Gravity	1.030	(1.005-1.030)	
Blood	NEG	(Negative)	
pH	5.5	(4.6-8.0)	



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
KHOA XÉT NGHIỆM (MEDIC - LAB)
Hotline: (028) 3834 9593
254 Hòa Hảo - P.4 - Q.10 - TP.HCM

Ngày giờ đăng ký: 05:16:58 27/08/2023
Ngày giờ lấy mẫu: 05:19:00 27/08/2023
Ngày giờ nhận mẫu 05:23:00 27/08/2023

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

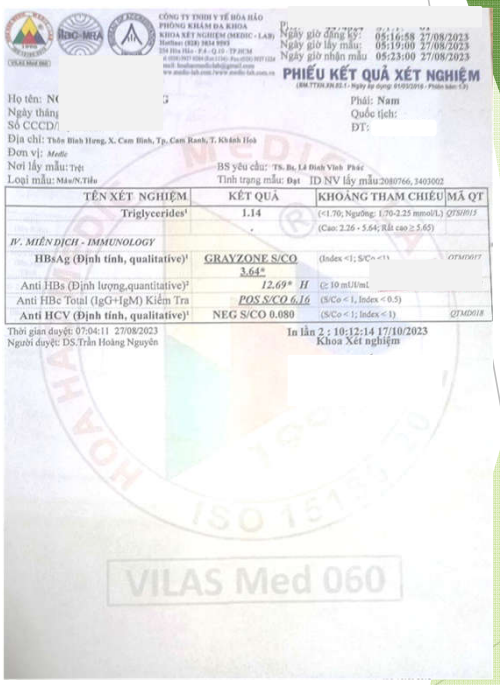
(BM.TTXN.XN.02.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.5)

Họ tên: N
Ngày thán
Số CCCD/
Địa chỉ: Th
Đơn vị: Medic
Nơi lấy mẫu: Trệt
Loại mẫu: Máu/N.Tiểu

Phái: Nam
Quốc tịch:
ĐT:

BS yêu cầu: TS. Bs. Lê Dinh Vinh Phúc
Tình trạng mẫu: Đạt ID NV lấy mẫu:2080766, 3403002

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Protein	*1.0 H*	(g/L)	
Urobilinogen	NEG	(μmol/L)	
Nitrite	NEG	(Negative)	
Leucocytes	NEG	(Negative)	
Color	Yellow		
Clarity	Clear		
2)Urine Sediment (Cặn Lắng):	.	(particles/μL)	
Red Blood Cells	4	(0 - 15)	
Leucocytes	3	(0 - 15)	
Calcium oxalate monohydrate	0	(0 - 6)	
Calcium oxalate dihydrate	0	(0 - 6)	
Amor.Phosphate	0	(0 - 6)	
Uric acid	0	(0 - 6)	
Casts	0	(0 - 6)	
Epithelial Cells	1	(0 - 10)	
Bacteria	3	(0 - 130)	
III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
HbA1C (HPLC)¹:	*		QTSH012
HbA1c (IFCC)	*71.37 H*	(20 - 47.5 mmol/mol)	
HbA1c (NGSP)	*8.68 H*	(4.0 - 6.50 %A1C)	
Glucose (mmol/L) (FPG)¹	*9.69 H*	(4.10 - 5.90 mmol/L)	QTSH001
Glucose (mg/dL)	*174.4 H*	(73.8 - 106 mg/dL)	
GGT¹	*93.10 H*	(M < 55 U/L; F < 36 U/L)	QTSH004
SGOT (AST)¹	*35.03 H*	(< 35 U/L)	QTSH005
SGPT (ALT)¹	*63.29 H*	(< 30 U/L)	QTSH013
Uric Acid/Serum¹	5.23	(M: 3.4 - 7.0; F: 2.4 - 5.7 mg/dL)	QTSH014
Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum²	0.750	(M: 0.6 - 1.3; F:0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	104	(≥ 90 mL/min/1.73 m²)	
LDL Cholesterol²	1.39	(<2.59; Nguỡng: 2.59-4.13 mmol/L)	QTSH093
	.	(Cao: 4.14 - 4.91; Rất cao ≥ 4.92)	



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
KHOA XÉT NGHIỆM (MEDIC - LAB)
Hotline: (028) 3834 9593
254 Hòa Hảo - P.4 - Q.10 - TP.HCM

Ngày giờ đăng ký: 05:16:58 27/08/2023
Ngày giờ lấy mẫu: 05:19:00 27/08/2023
Ngày giờ nhận mẫu 05:23:00 27/08/2023

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

(BM.TTXN.XN.02.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.5)

Họ tên: NG
Ngày thán
Số CCCD/
Địa chỉ: Thôn Bình Hưng, X. Cam Bình, Tp. Cam Ranh, T. Khánh Hoà
Đơn vị: Medic
Nơi lấy mẫu: Trệt
Loại mẫu: Máu/N.Tiểu

Phái: Nam
Quốc tịch:
ĐT:

BS yêu cầu: TS. Bs. Lê Dinh Vinh Phúc
Tình trạng mẫu: Đạt ID NV lấy mẫu:2080766, 3403002

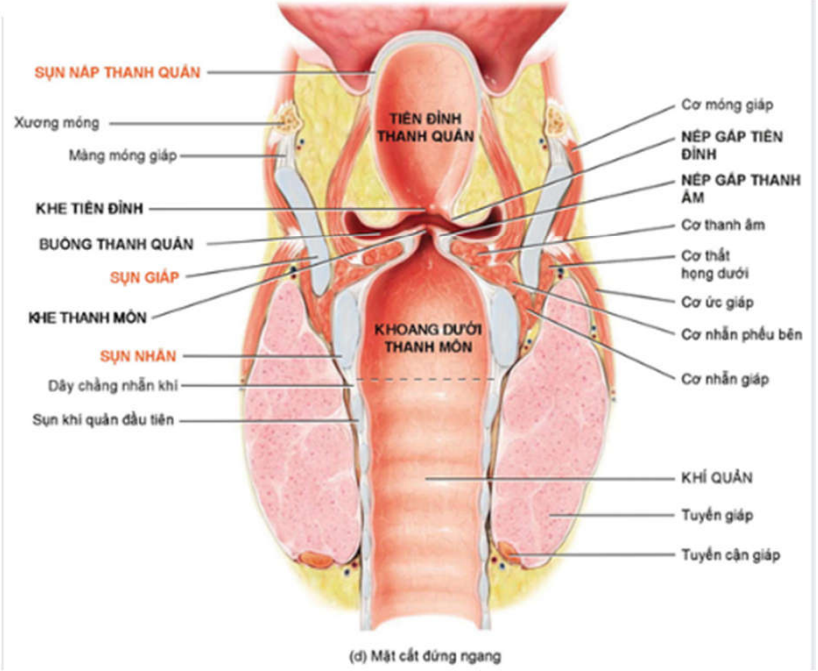
TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Triglycerides¹	1.14	(<1.70; Nguỡng: 1.70-2.25 mmol/L)	QTSH015
	.	(Cao: 2.26 - 5.64; Rất cao ≥ 5.65)	
IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
HBsAg (Định tính, qualitative)¹	GRAYZONE S/CO 3.64*	(Index <1; S/Co <1)	QTMD017
Anti HBs (Định lượng,quantitative)²	*12.69* H*	(≥ 10 mUI/mL	
Anti HBc Total (IgG+IgM) Kiểm Tra	*POS S/CO 6.16*	(S/Co < 1, Index < 0.5)	
Anti HCV (Định tính, qualitative)¹	NEG S/CO 0.080	(S/Co < 1; Index < 1)	QTMD018

Thời gian duyệt: 07:04:11 27/08/2023
Người duyệt: DS.Trần Hoàng Nguyên

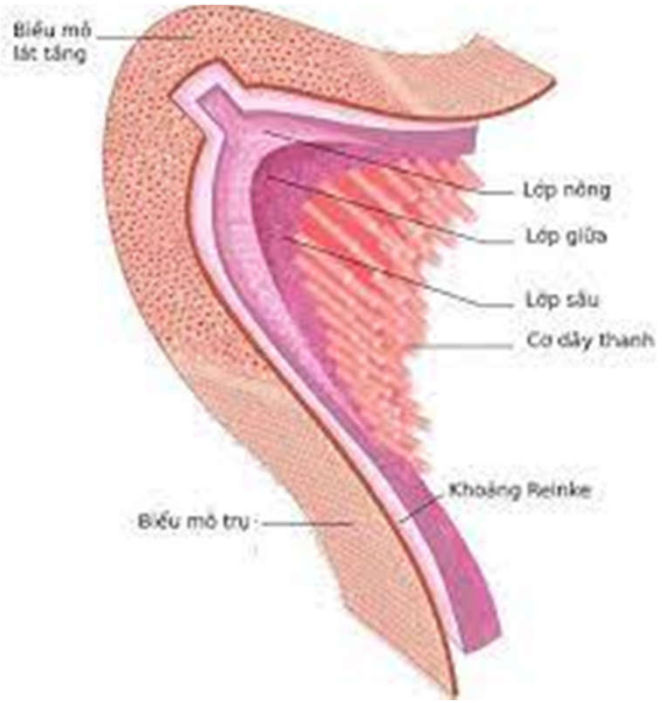
In lần 2 : 10:12:14 17/10/2023
Khoa Xét nghiệm

VILAS Med 060

Reinke's edema



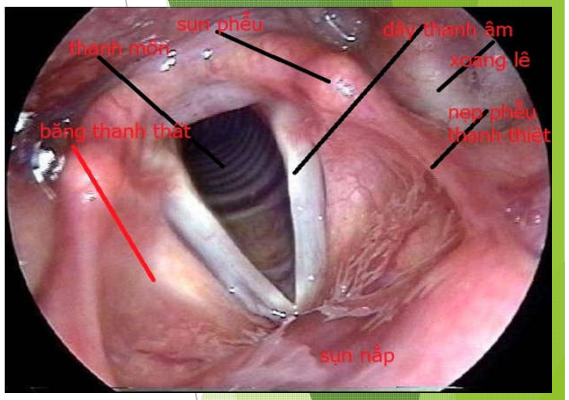
(d) Mặt cắt đứng ngang



- Reinke's edema is the swelling of the vocal cords due to fluid (edema) collected within the Reinke's space
- First identified by the German anatomist Friedrich B. Reinke in 1895, the Reinke's space is a gelatinous layer of the vocal cord located underneath the outer cells of the vocal cord.

Reinke's edema

- In order for humans to produce sound for speech, the vocal folds must readily vibrate. The two layers of the vocal cords that vibrate are the Reinke's space and the overlying epithelium.
- Accumulation of fluid within the Reinke's space alters the elasticity of the vocal cord, making it less stiff and more gelatinous. This slows the vocal cord vibration, which results in a deepened and hoarse voice.
- The pathophysiology or mechanism of Reinke's edema is not well known, however, chemicals contained within cigarette smoke are associated with an increased vascular permeability of blood vessels, which results in fluid leaking into the Reinke's space. Normally, the vocal cords are surrounded by neatly aligned blood vessels, however, these blood vessels can become disarranged and fragile in Reinke's edema
- Causes :Smoking is the number one cause of Reinke's edema. Other factors include gastroesophageal reflux,chronic overuse of the voice.



Signs and symptoms

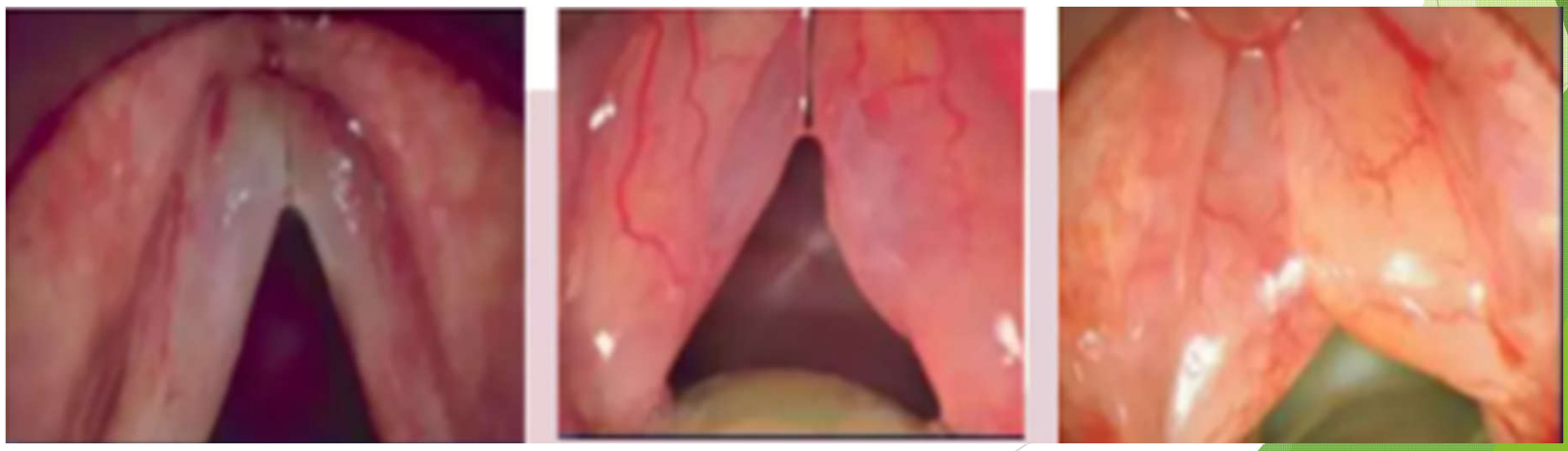
List of common symptoms:

- A "sac-like" appearance of the vocal folds
- Hoarseness and deepening of the voice
- Trouble speaking (dysphonia)
- Reduced vocal range with diminished upper limits
- Stretching of the mucosa (distension)
- Shortness of breath (dyspnoea)

The most common clinical symptom associated with Reinke's edema is an abnormally low pitched voice with hoarseness. The low pitch voice is a direct result of increased fluid in the Reinke's space, which vibrates at a lower frequency than normal .

Diagnosis

- Laryngoscopy :allows the doctor to visualize movement of the vocal cord.various degrees of balloon-like swelling of the vocal folds are seen.
- Reinke's edema is characterized by a "sac-like" appearance of the vocal folds. The edema is a white translucent fluid that causes a bulging (distension) of the vocal cord.
- Based on the results of the laryngoscopy, Reinke's edema can be classified using a standardized system set in place by Yonekawa. This system characterizes the disease based on severity.
- Yonekawa Classification:
  - Grade I – Lesions contact the anterior third of the vocal fold
  - Grade II – Lesions contact the anterior two-thirds of the vocal fold
  - Grade III – Lesions contact the entirety of the vocal fold



Treatment

- The first step in treating Reinke's edema is to eliminate or control those risk factors that are causing the disease. This includes the cessation of smoking, the control of Gastroesophageal reflux using antacids or Proton Pump Inhibitors (PPIs), and the discontinuation of activities that cause vocal distress.
- Those experiencing a hoarseness of the voice may choose to undergo voice therapy to improve the voice's quality and range .
- If is not sufficient to improve the patient's symptoms, surgery may be required.

+The goal of surgical management of Reinke's edema is two-fold. First, to reduce the degenerated excess superficial lamina propria and secondly to preserve the healthy vibratory lamina propria and epithelium.

+Surgical intervention involves making a precise excision of the edematous superficial lamina propria while leaving some gelatinous material to ensure future propagation of the mucosal wave

ĐIỀU TRỊ: PHÁC ĐỒ BỘ Y TẾ

4. Các thể lâm sàng:

4.1. Phù Reinke: Do khoảng Reinke có cấu trúc lỏng lẻo nên dịch viêm tích tụ làm phù nề một hoặc cả hai bên dây thanh, giống như dạng polyp. Bệnh nhân khàn tiếng nặng, kéo dài, tăng dần.

4.2. Hạt xơ dây thanh: VTQ mạn tính tái phát hoặc phát triển thành hạt xơ dây thanh. Hạt xơ là loại u nhỏ bằng hạt tấm nhỏ, đường kính khoảng 1mm, mọc ở bờ tự do của dây thanh ở vị trí 1/3 trước và 1/3 giữa của hai dây thanh. Khi phát âm hai hạt xơ ở hai bên dây sẽ tiếp xúc với nhau làm cho dây thanh ở phía trước và phía sau không thể tiếp xúc được gây ra khàn tiến.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Hạn chế sử dụng giọng khi điều trị bệnh.
- Điều trị tại chỗ: các thuốc giảm viêm, giảm phù nề như: corticoid, men tiêu viêm…
- Điều trị toàn thân: bằng thuốc giảm viêm, giảm phù nề như: corticoide, men tiêu viêm…
- Điều trị các ổ viêm mũi họng, viêm xoang, hội chứng trào ngược dạ dày thực quản và các bệnh toàn thân khác.
- Liệu pháp luyện giọng.
- Phẫu thuật khi điều trị nội khoa không hiệu quả, VTQ có hạt xơ dây thanh.

2. Điều trị cụ thể:

2.1. Tại chỗ: Xông, khí dung hoặc làm thuốc thanh quản: Hydrocortisone + Alpha chymotripsine…

2.2. Toàn thân:

- Chống viêm steroid: prednisolon, methylprednisolon, dexamethasone…
- Chống viêm dạng men: alpha chymotrypsin, lysozym…

2.3. Luyện giọng:

Căn cứ vào tình trạng tổn thương giọng, cách thức sử dụng giọng của bệnh nhân để phối hợp cùng chuyên viên luyện giọng, đưa ra các bài tập thích hợp.

2.4. Phẫu thuật:

Vi phẫu thuật thanh quản qua soi thanh quản trực tiếp hoặc gián tiếp, qua ống soi mềm hoặc soi treo thanh quản…

Chỉ định:

- Phù Reinke
- Hạt xơ dây thanh
- VTQ mạn kết hợp bệnh lý khối u thanh quản

2.5. Nâng đỡ cơ thể: Bổ sung yếu tố vi lượng, sinh tố, vitamin, dinh dưỡng...

BÀN LUẬN:

- Đa số điều trị nội bệnh nhân khỏi bệnh.
- Một số trường hợp bệnh kéo dài ,cần phẩu thuật (do phù Reinke có thể dẫn đến nhiều biến chứng lâu dài). Bên cạnh triệu chứng khó phát âm (suy giảm khả năng tạo âm thanh khi nói), biến chứng nghiêm trọng nhất là tắc nghẽn đường thở (do dây thanh bị phù nặng) ,ảnh hưởng công việc và chất lượng cuộc sống.
- Khi nào cần chỉ định phẩu thuật ,mối liên quan giữa hình thái dây thanh qua nội soi thanh quản và chỉ định phẩu thuật ?

Vocal function in Reinke's edema--degree of the lesion and indication of the operation.

Y Shiba 1, G Mizojiri, T Nozaki

Abstract

Fifty three cases of Reinke's edema were classified into 3 groups according to Yonekawa's proposed classification. Of these cases, 14 were Type I, 22 were Type II and 17 were Type III. In each case, psychoacoustic evaluation using the "GRBAS" scale and phonatory function tests (fundamental frequency, air flow rate, sound pressure level and maximum phonation time) using Nagashima PS-77 phonatory function analyzer were performed. Psychoacoustically, the voice quality before surgery was estimated moderately impaired, in general, with high grade Roughness accompanied by Asthenisity and Strainedness. Cases with more severe lesions showed much worse psychoacoustic evaluation results and severely impaired phonatoy function, but they also showed greater improvement after surgery. Phonatory function improved significantly within a month and psychoacoustic evaluation improved significantly from 1 to 3 months after surgery, though neither returned to the normal range. In conclusion, we consider that surgical therapy is appropriate in Type II and III cases, with voice therapy and cessation of smoking also necessary for good recovery.

Reinke's edema management and voice outcomes

Karuna Dewan, MD, FACS, [1] Dinesh K. Chhetri, MD, FACS, [2] and Henry Hoffman, MD [3]

Abstract

Objectives

Reinke's edema is a chronic disease of the respiratory tract that occurs in adults with a history of chronic smoke exposure. Also known as polypoid corditis, polypoid laryngitis, and polypoid degeneration of the vocal fold, it is strongly associated with smoking, frequently with vocal misuse/abuse, and occasionally with laryngopharyngeal reflux. Reinke's edema remains a cause of chronic dysphonia that is difficult to manage. This review provides perspectives on current and future management of Reinke's edema.

Results

Reinke's edema impacts <1% of the population. The excessive mass is seen in polypoid degeneration results in a loss of pitch control and a rough voice. Women are more likely to present for treatment as the characteristic lowering of vocal pitch is more noticeable in women than men. Multiple grading systems have been proposed within the literature. The current standard of care is surgical excision, after smoking cessation. The microflap technique remains the approach of choice for bulky lesions. Surgical management of Reinke's edema has evolved with the introduction of various lasers into otolaryngologic practice; some which can now be used in the office setting. While many management approaches have been described within the literature, there is a little direct comparison and no obvious superior method of Reinke's edema management.

Conclusion

To date, the biology of Reinke's edema is not well understood. Additional research is needed further elucidate the role of uncontrolled reflux in the development and recurrence of Reinke's edema.

1.6. Surgical management of Reinke's edemaInitial management of Reinke's edema usually includes recommendation to stop smoking and undergo voice therapy.[31, 32, 33] When the improvement in voice is not satisfactory for the patient, surgical intervention should be the treatment of choice.[34] Uncontrolled LPR is associated with impaired re-epithelialization of the vocal folds after surgical procedures for Reinke's edema.[35] The goal of surgical management of Reinke's edema is two-fold. First, to reduce the degenerated excess superficial lamina propria and secondly to preserve the healthy vibratory lamina propria and epithelium. However, it is important to remember that surgical intervention is the first line of treatment when a patient presents with dyspnea, airway compromise, or respiratory distress. Postoperatively, it is important to restore motion of the epithelial layer over the ligament as well as to avoid development of scar. Several therapeutic modalities have been described. Surgical intervention involves making a precise excision of the edematous superficial lamina propria while leaving some gelatinous material to ensure future propagation of the mucosal wave. Surgical intervention may differ based upon different surgical technique and instruments used. After surgical intervention, the inciting stimulus should be reduced whether it is smoking, reflux, or vocal overuse. Postoperative voice therapy is also integral in producing the best possible voice outcome. Surgical intervention for RE can be performed with cold steel technique or with the help of a laser. The mostly commonly utilized lasers are the carbon dioxide (CO_2), potassium titanyl phosphate (KTP) laser, and 445 nm wavelength laser (blue laser).[36, 37, 38]Cold steel technique ; Microdebrider ; Lasers ; Injection of hyaluronidase ; Intralesional steroid injection

Phonosurgery of Reinke's edema with microdebrider

Egle Grigaliute [1], Maria Novella Fiamingo [2], Pasquale Gianluca Albanese [2], Ignazio La Mantia [2]

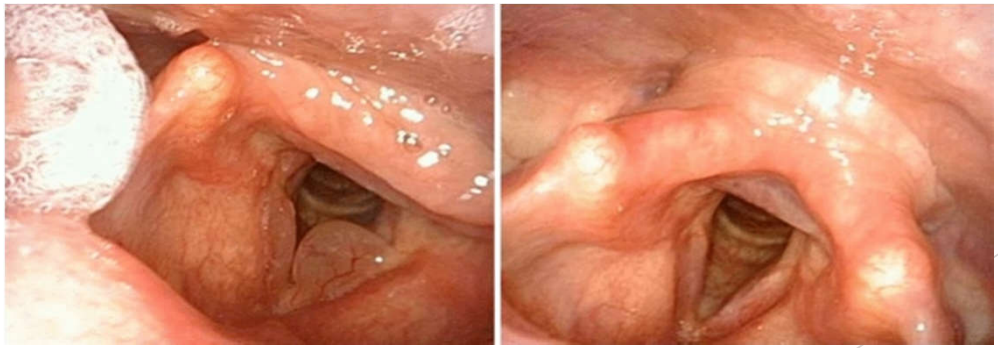
Abstract

Purpose: To present our experience with a new microsurgical approach for treatment of the Reinke's edema in suspension laryngoscopy-microdebridement. After a short review of existing literature we introduce speech therapy before and after the surgery into the protocol.

Methods: The authors compare the phonatory outcome, laryngostroboscopical results and subjective improvement of the voice of 30 patients with Reinke's edema that were operated with either microdebridement or cold steel surgery techniques. "Sandwich" speech therapy strategy was applied for the vocal rehabilitation before and after surgery in both patient groups.

Results: After the microdebridement and the speech therapy the mucosal wave was regular, symmetric and periodic in all patients. No signs of abnormal scar tissue or anterior adhesions were observed. Significant improvement of vocal parameters was found after the surgery in both groups of patients: operated with the microdebridement technique and the cold steel technique. The subjective voice evaluated by Voice Handicap Index (VHI-10) was improved for both patient groups in a homogenous way.

Conclusions: Based on the similarity of the vocal outcome in the two groups, microdebridement of the vocal folds is an excellent method for removing the edema of the Reinke's space. Careful suction at a low voltage protects the lamina propria during the microdebridement. The authors discuss the indication to this innovating procedure in patients with difficult laryngeal exposure and small operating field.



This study also shows the preoperative state of Reinke's edema and vocal folds morphology at different stages after combined therapy (Figure 1).

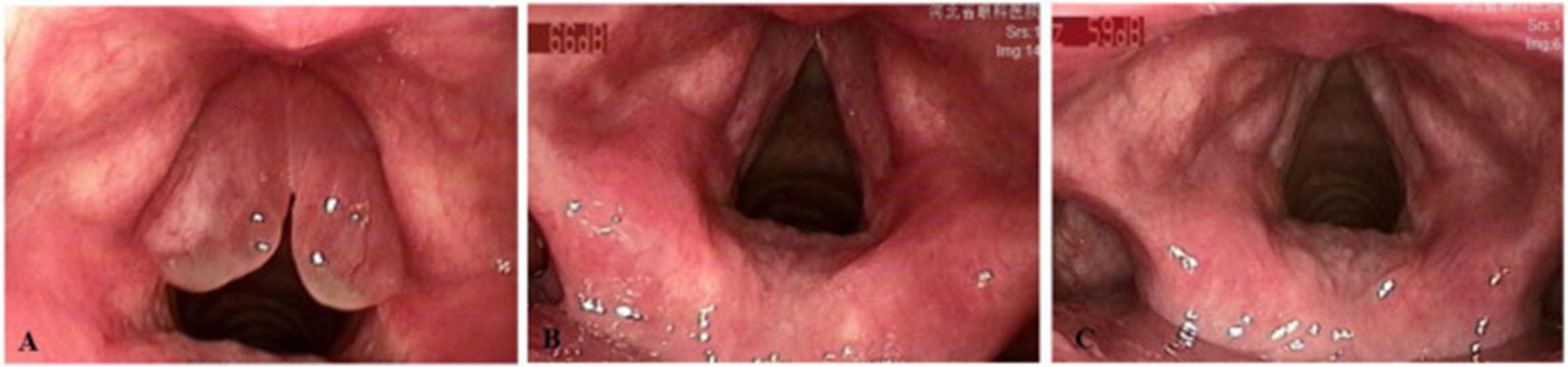


FIGURE 1. Endoscopic manifestations of Reinke's edema. **A.** Preoperative; **B.** 1month after operation; **C.** 3 months after operation

VIDEO

KẾT LUẬN:

- Phù Reinke là tình trạng phù nề lan tỏa của lớp đệm nông của dây thanh.
- Nguyên nhân là do tiếp xúc lâu dài với khói thuốc lá,trào ngược dạ dày thực quản không được kiểm soát , lạm dụng giọng nói …
- Triệu chứng chính : khó phát âm , khàn giọng, triệu chứng đáng lo ngại là khó thở. Một số trường hợp bệnh kéo dài gây ảnh hưởng lớn đến công việc và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.
- Chỉ định phẩu thuật sớm có thể dựa trên phân loại hình thái dây thanh qua nội soi thanh quản.
- Can thiệp phẩu thuật sớm (trong khi cai thuốc lá và trị liệu giọng nói) giúp cải thiện lâm sàng tốt cho bệnh nhân.

REFERENCES

- Reinke's edema management and voice outcomes.Karuna Dewan, MD, FACS, Dinesh K. Chhetri, MD, FACS and Henry Hoffman, MD .
- Tavaluc R, Tan-Geller M. Reinke's edema. Otolaryngol Clin North Am. 2019;52(4):627-635.
- Noordzij JP, Woo P. Glottal area waveform analysis of benign vocal fold lesions before and after surgery. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2000;109(5):441-446.
- Reinke's edema: a proposal for a classification based on morphological characteristics. Marco de Vincentiis, Massimo Ralli, Fabrizio Cialente.
- Assessment of voice quality after carbon dioxide laser and microdebrider surgery for Reinke edema.Paweł Krzysztof Burduk , Małgorzata Wierzchowska , Monika Orzechowska , Wojciech Kaźmierczak , Katarzyna Pawlak-Osińska.
- Clinical grading of Reinke's edema.Melin Tan , Paul C Bryson , Casey Pitts , Peak Woo , Michael S Benninger .
- A Clinical Study of Reinke's Edema. Hiroko Yonekawa
- Phonosurgery of Reinke's edema with microdebrider.Egle Grigaliute, Maria Novella Fiamingo, Pasquale Gianluca Albanese, and Ignazio La Mantia.
- Vocal function in Reinke's edema--degree of the lesion and indication of the operation.Y Shiba 1, G Mizojiri, T Nozaki
- The Clinical Efficacy of Microsuture Technique Combined With Voice Therapy in Patients with Reinke's Edema.Zhitao Fan, Wenxin Dong, Yabo Wang, Jinglei Fang, Xuexia Wang, Xiaolan Zhang

MEDIC

CÁM ƠN QUÝ THẦY CÔ VÀ QUÝ ĐỒNG NGHIỆP ĐÃ THEO DÕI