

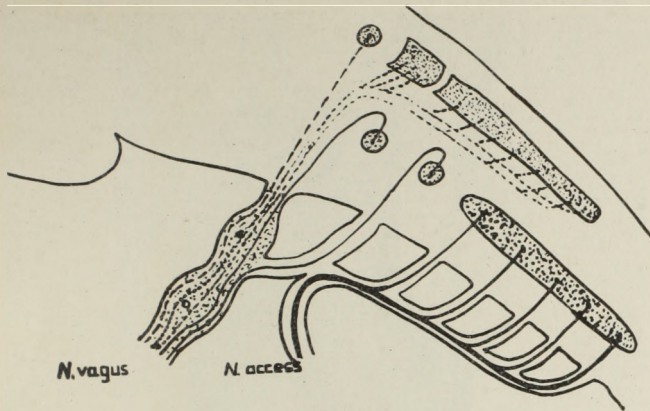
Csorba Antal dr. orvosezredes:

A N. accessorius biopsiás sérüléseinek megelőzése

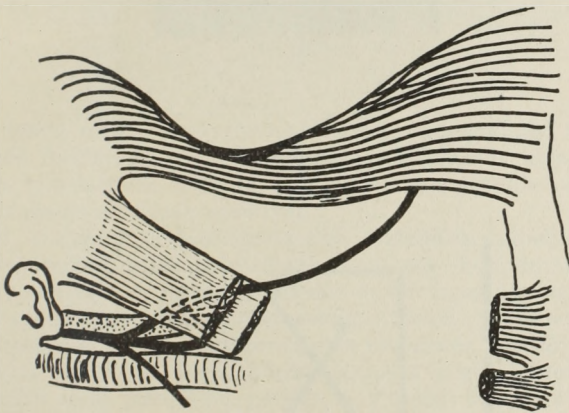
A nyaki nyirokcsomó biopsiák a trigonum colli laterale területén a n. accessorius sérülésének veszélyével járnak. Kérdés, milyen lehetőség adódik ma a diagnosztikai próbaexcisiók terjedő irányzata mellett ennek a nem kívánatos szövödménynek az elkerülésére.

Előljáróban néhány szót a n. accessorius topographiájáról (1. sz. ábra). A XI. agyideg a nyúltvelői oralis és a felső nyaki segmentumokban elhelyezkedő spinalis motoros magból ered s rostjai a foramen magnumon át lépnek be a hátsó scalába, majd a glossopharyngeus és vagus kfsérétében a foramen jugularen keresztül hagyják el a koponyát. Az oralis magból eredő radix internus a vagushoz csatlakozik s a továbbiakban ennek egy részét alkotja; bennünket most a spinalis eredetű radix externus érdekel. (2. sz. ábra). Kezdetben a carotis interna és a vena jugularis között fut, majd az utóbbit előlről keresztelve — legalábbis az esetek kétharmadában, egyébként mögötte, sőt rajta keresztül — ferdén le és hátrafelé halad s a m. sternocleidomastoideus felső szakasza alá lép s ott leadja az izmot innerváló motoros rostokat. Egészében motoros rostokból áll, sensibilis contingense nincsen. Az a pont, ahol a rostok belépnek az izomba, kb. 4 cm-rel a processus mastoideus alatt található. A m. trapeziust innerváló rostok megtartják a hátra- és lefelé haladó irányt s kilépve a sternocleidomastoideus hátsó széle alól, ferdén keresztelik a trigonum colli laterale s omotrapezioidiumot s a trapeziust elérve annak állományában tűnnek el. A hozzáférhető általános és speciális anatómiai művek nem adják meg a belépés viszonyított magasságát. Egyébként a sternocleidomastoideus keresztelési magasságánál sem határozott az említett 4 cm-es adat: „4 cm vagy ennél több” — írja pl. *Hollinshead*. Az ideg a trigonum colli lat.-ban a bőr eltávolítása után még nem tűnik elő, mert a felületes fasciát csak a bőridegek perforálják: n. auriculotemporalis, nn. supraclaviculares, n. cutaneus colli s feljebb a n. occipitalis minor. Az accessorius a felületes és középső fascia között foglal helyet, tehát az előbbi lefejtése után válik láthatóvá (3. sz. ábra). A m. levator scapulae fekszik. Az accessorius rostjaihoz itt csatlakoznak még rostok a felső cervicalis gyökerekből, amelyeknek motoros vagy sensoros jellege nem tisztázott és mennyiségük is variabilis. Ha igaz, hogy motoros rostokat szállítanak, érthetővé válik, miért okoz néha teljesnek látszó accessorius-laesio csak részleges trapezius-bénulást.

A trigonum colli lat. területén, az omohyoideus feletti háromszögben végzett beavatkozások sérthetik a felsorolt bőridegeket, aminek a hypaesthesiától eltérően egyéb gyakorlati következménye nincs s a beteget érdemlegesen nem zavarja. Tartós működési zavart okoz azonban az accessorius laesioja. A trapezius-denervatio a következő tartási és funkciózavarral jár: a clavicula lateralis végét, acromiont és spina scapulae t függesző felső portio kiesése miatt a váll a kóros oldalon alacsonyabban áll. Az izom

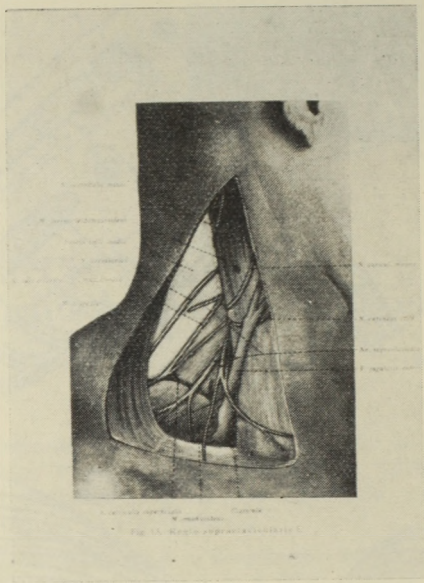


1. ábra

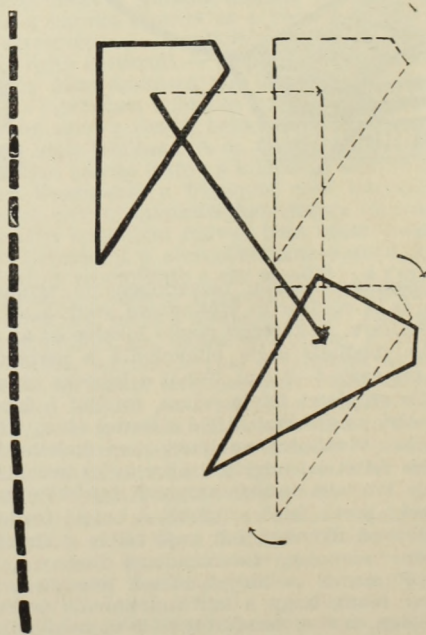


2. ábra

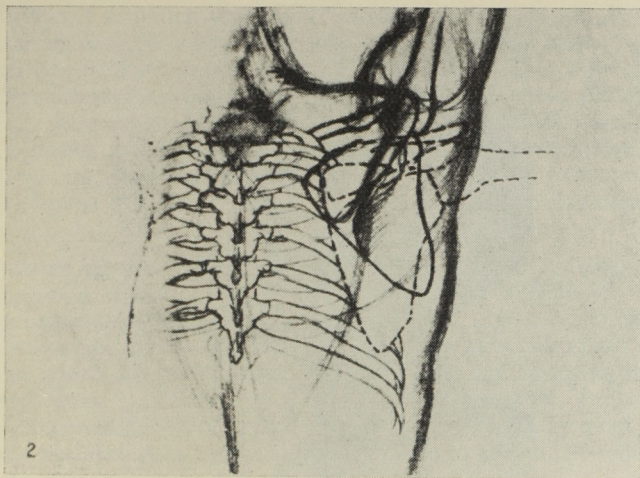
elülső szélét magában foglaló bőrredőben jól tapintható a térfogatában csökkent izom és a contractio csökkenése vagy kiesése, ha a beteget felszólítjuk vállmelésre. A középső portio kiesése és az antagonisták túlsúlya miatt a lapocka medialis széle eltávolodik a gerincoszloptól (normálisan felnőttéknél a távolság 6–7 cm). Tehát a lapocka oldalra csúszott és a kar súlya a lateralis szögletet lefelé húzza, miáltal a lapocka a rá merőleges tengely körül felső szögletével kifelé elfordul (4 sz. ábra). Érdemleges működési zavar a kar vízszintes emeléséig nem észlelhető, azonban a vízszintesen túli emelés feltétele, hogy a trapezius az acromialis részt fel- és befelé s a serratus lateralis az alsó szögletet kifelé húzza, vagyis a lapocka a merőleges tengely körül felső szögletével befelé forduljon el (5. sz. ábra). Ez a functio szenved ilyenkor, bár nem teljes a kiesés, mert gyengébb synergéták (levator scapulae, rhomboideus) bizonyos, korlátolt fokú kar-emelést lehetővé tesznek — természetesen jelentősen csökkent izomerővel. A következmény tehát, hogy a kar functionális értéke, ha nem is súlyos fokban, de csökken, ami a lecsúszott váll nem kívánatos aspectusán kívül fizikai munkásoknál érezhető erővesztéséget is jelent.



3. ábra



4. ábra

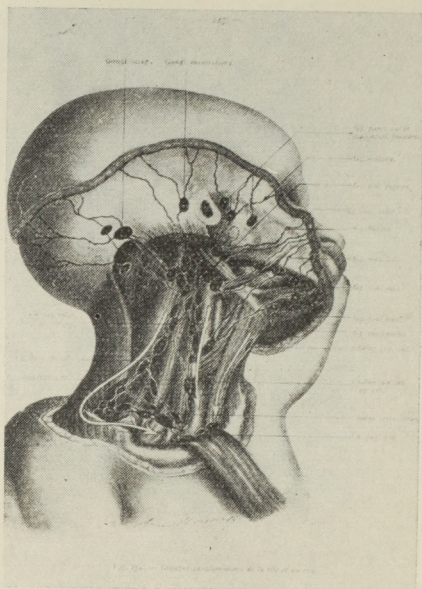


5. ábra

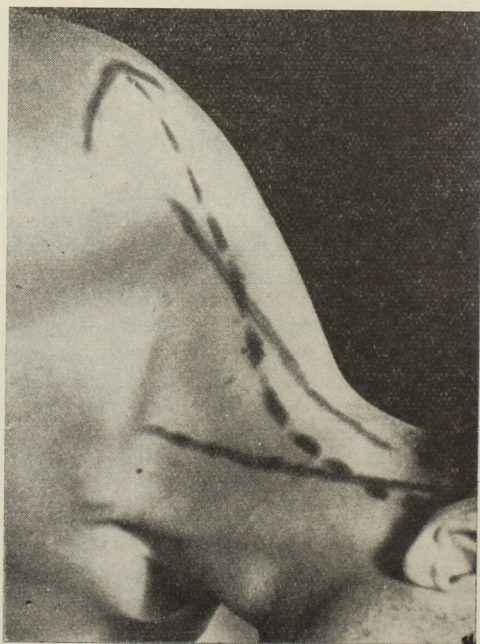
Megemlítendő még a supraclavicularis nyirokútrendszer felépítési sajátossága, minek folytán az accessorius lefutása közelében, azzal parallel nyirokcsomólánc helyezkedik el (6. sz. ábra). Ez a topographiai adottság érthetővé teszi a biopsiás sérülések veszélyét.

1961—68 között 6 accessorius-laesiót észleltünk, amelyek a lateralis háromszögben végzett műtét után léptek fel. Nincs olyan adatunk, hogy már a műtét előtt esetleg a terimenagyobbodás direkt nyomása sértette volna az ideget. Négy esetben nyirokcsomópróbaexcísió történt, 1 esetben branchiogen cystát távolítottak el, s 1 esetben ismeretlen elváltozás excísiója történt (nem kaptunk adatot a műtétet végző kórháztól). A 6 közül 1 esetben volt csak közvetlen műtét után jelentkező paresis, a többinél napok, 1—2 hét múlva regisztrálta a beteg a mozgászavart. A latentia nyilván arra utal, hogy a hegképződés során vonódott be a folyamatba az accessorius, nem történt direkt sérülés. A betegek rövidebb-hosszabb fizioterapiás kezelésben részesültek; katamnesticus vizsgálatokat nem végeztünk a gyógyulás fokának tisztázása végett, pszichológiai indokból. Két esetben évek múlva észleltük a trapeziuskárosodást, tehát biztosan adódnak defekttel gyógyult esetek is. Idegsebészeti procedurát nem javasoltunk. Az idegsebészek teljes folytonosság-megszakítás esetén nem szívesen vállalják a varratot, mert a csonkokat igen nehéz megtalálni és azonosítani. Eseteinknek egyébként külön érdekességük nincs, a peripheriás ideglaesionak megfelelő elektromos statust mutatták chronaxianövekedéssel, az elfajulási reactio jellegzetességeivel. Jogi eljárás megindítására tudomásunk szerint nem került egy esetben sem sor.

Rátérünk arra a kérdésre, hogyan lehetne biztonsággal elkerülni az accessorius-sérüléseket? Megbízható topographiai projectiós módszere volna szükség az ideg lefutásának lehető pontos, műtét előtti meghatározása végett. Mi felnőtt fiatalokon neuroindirect ingerléses vizsgálatokkal a következő eredményekre jutottunk (7. sz. ábra) Normális egyenes fej-nyak-váll-tartás mellett, ha a processus mastoideus csúcsán és az akromion hátsó szögletén ke-



6. sz. ábra



7. sz. ábra

resztül (mindkettő kitűnően tapintható) verticalis síkot fektetünk, a sík met-szészvonala a nyakon az accessorius lefutásának vonalát adja. Tehát a két tájékozódási pontot a legrövidebb vonallal összekötve, ahol a kirajzolt vonal metszi a sternocleidomastoideus hátsó szélét, ill. a trapezius elülső szélét — ott lép be, ill. ott hagyja el az ideg a trigonumot. Felnőttnél, ha tartási rend-ellenesség nincsen, a sternocleidomastoideus hátsó szélének metszési pontjánál kb. 6.5—7 cm, a trapezius elülső szélénél ennek kb. kétszerese a proc. mastoideustól mért távolság. Az utóbbi pont magassága a clavicula felett kb. 5. cm.

Ha a vonal mentén helyezkedik el a szóbanforgó nyirokcsomó, jobb nem nyúlni hozzá, mert ha finom preparálással nem sérül is az ideg, a heg később károsíthatja. Ilyen esetben megkísérelhető a tű-biopsia. Kétes eset-ben a nyirokcsomó területének elektromos ingerléses vizsgálatával biztos választ lehet adni a képlet és az accessorius topographiai viszonyára s ennek eredményétől lehet függővé tenni a beavatkozás elvégzését. A vizsgálatot az ideggyógyász percek alatt el tudja végezni s kirajzolja dermatograph-fal az ideg lefutási vonalát. A sebész ezután dönthet a műtét kérdésében. Egyéb-ként nyilván a belgyógyász is megteheti a szükséges lépéseket a kérdés tisztázására, mielőtt a sebészhez fordul.

I R O D A L O M

1. *Barcsay J.*: Művészeti Anatómia, Művelt Nép 1953. — 2. *Hollinshead W. H.*: Anatomy for Surgeons. Vol. 1. — Casel London 1954. — 3. *Kiss Ferenc*: Táj-anatómia. Szeged 1933. — 4. *Kiss—Szentágothay*: Rendszeres bonctan. Medicina 1958. — 5. *Loos D.*: Primum nil nocere — Med. Sachverständige 56, 205—208 p. 1960. — 6. *Rouvière*: Anatomie Humaine. Tom I—Masson Paris 1948.

Чорба А., полковник м/сл.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ДОБАВОЧНОГО НЕРВА ПРИ БИОПСИИ

Dr. A. Csorba, Oberst d. med. D.:

VORBEUGUNG DER BIOPTISCHEN VERLETZUNGEN DES N. ACCESSORIUS