

Dr. Bodó György orvos ezredes, az orvostudomány doktora, dr. Heid Lóránt

Sérülés okozta heges gégeszűkület*

Érkezett: 1989. 06. 30.

Kulcsszavak: trauma, sérülés, gégeszűkület

Szerzők két olyan esetet közölnek, melyekben sérülés heges gégeszűkületet okozott. A gégét Réthi-féle laryngotomia anteriorral és posteriorral tárták fel. Egyik esetben a gégét szűkítő hegtömeget eltávolították. A másik esetben a gyűrűporc laminájának összetört darabjait eltávolították, de a musculus interarytenoideust épen hagyták. Mindkét esetben hosszabb időre tágitót helyeztek a gége ürterébe. Azon esetben, melyben a m. interarytaenoideust megőrizték, a hangképzés tökéletessé vált és a hangszalagok mozogtak. Esetük hozzájárul ahhoz a megfigyeléshez, hogy a hosszú ideig fenn tartott conicostoma nem károsítja a gégét.

A különböző eredetű gégesérülések leggyakoribb következménye a heges szűkület. Megoldásukra 1937-ben *Jackson és fia* (8) a hegek tágitását ajánlotta. Később a tágitás eredménytelensége miatt a pajzsporc elülső részének átmetésével igyekeztek megoldani a szűkületet. A heges gégeszűkületek igazi megoldását *Réthi* (10) dolgozta ki azzal, hogy a pajzsporcot, valamint a gyűrűporcot elől és a gyűrűporc lamináját átvágta, a musculus interarytenoideust kirtotta, az így felezett gégét széthúzta és hosszú időre tágitót helyezett be a gége lumenébe. Az ily módon gyógyult gége tággyá vált, de a hangképzés rossz volt. Előfordult az is, hogy a kétfelé vágott gége utólag beszűkült, ezért *Aboulker* (1) a szétválasztott gégefelek elülső részébe porcot, *Ward* (13) a szétválasztott gége elülső részébe nyelvcsonot darabot és izmot, *Zalzal* (14) a hátsó részbe bordaporcot ültetett be. *Cohen* (6) kisebb hegesedések megoldására laryngomicroscopon keresztül lézerrel oldotta meg a heges szűkületet. A sérülés miatt előállt gégeszűkület megoldásáról egyikünk (3, 4, 5) már beszámolt. A magyar szerzők közül *Bánfai* (2), *Ribári és Petri* (12), *Lichtenberger, Kulka és Frint* (10) valamint *Lellei és Hirschberg* (9) az elmúlt évek irodalmában közölték tapasztalataikat.

* A Magyar Fül-orr-gégeorvosok 33. Kongresszusán, Szegeden, 1989. június 3-án elhangzott előadás alapján

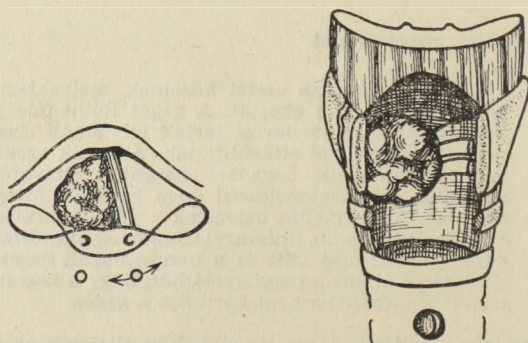
Az utóbbi időben két eset kapcsán azt a kérdést vizsgáltuk, hogy a Réthi-féle laryngotomia anterior és posterior alkalmas-e jelenleg is a heges gégeszűkületek megoldására, továbbá a leírtakon kívül van-e más lehetőség Réthi Aurél gondolatának továbbfejlesztésére.

Esetismertetés

1. eset

A. D. A. 30 éves etióp katona, akinek gégejét 1983-ban átlőtték. A lövedék a pajzsporc bal oldala felett hatolt a gégebe és jobb oldalon a pajzsporc felső szélénél távozott. Etiópiában tracheotomisálták, és három ízben operálták gennyesedés és fistula miatt.

1987. augusztus 1-jén került kórházunkba, ahol először karanténizálták. Osz-tályunkra a következő statussal vettük fel: a nyak elülső részén hegek, tracheostoma, benne canule, a gége ürtere zárt. 1987. szeptember 2-án Réthi II. műtétet végeztünk, melynek során a hegtömeget lefejtettük a jobb hangszalagról.



1. ábra. A. D. A. gégetükri képe és a tört gége rajza

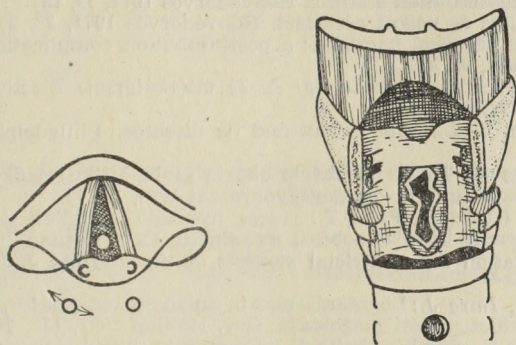
Thost—Réthi dilatort helyeztünk be, melyet fél év múlva 1988 márciusában eltávolítottunk. Ekkor kiderült, hogy a jobb aryepiglottikus redőben heg maradt. Ezt eltávolítottuk a laryngostomán keresztül. A laryngostomát 10 nap múlva kettős bőrplasztikával zártuk.

Statusa távozáskor: tág gége, bal gégefél minimálisan mozog, erőltetett légzés akadálytalan és erősen rekedten pohnál.

2. eset

L. G. 24 éves katona, aki 1988 februárjában autóbalesetet szenvedett, polytraumatisáltá vált. Conicotomiát végeztek és hat hétig comatósus állapotban géppel lélegeztették. 1988 márciusában mandibulatörését reconstruálták. Mobilizálás után fokozatosan dyspnoe és rekedtség alakult ki. Június 7-én vettük fel a gégeosztályra a következő statussal: bal hangszalag bénult, jobb hangszalag mozgása korlátozott, melső commissura alatt kis hegcsomó a conico-

tomia helyén. Tracheostomiát és Réthi II. műtétet végeztünk. A gége feltárásakor conicostoma belső felszínén mérsékelten bedomborodó heget találtunk. A gége hátsó felén a lamina törött darabjai szűkítették a gége ürterét. A tört részeket eltávolítottuk, és a felezett gégét széthúztuk, viszont a musculus interarytenoideus megkíméltük. Dilatátort helyeztünk be, melyet 4 hónap múlva távolítottunk el, és zártuk a stomát.



2. ábra. L. G. gégetükri képe és a feltárt gégében a tört lamina rajza

A kórházat akadálytalan légzéssel és tökéletes phonatioval hagyta el. Nyakán a stomák helyén hegek voltak, és mindkét gégefél mozgása normális volt.

Megbeszélés

Két heges gégeszűkületet Réthi-féle elülső és hátsó laryngotomiával oldottunk meg. Az első esetben a gégefeltárás lehetővé tette, hogy a gége ürteréből a hegeket, a másodikban azt, hogy az összetört lamina porcait eltávolítsuk. Az eltört porcok rendezése során a cricoarytaenoidalis ízületek működése helyreállt. Interarytenoidalis izomzat átvágása a gége bénulását jelentette volna. Ez arra a gondolatra vezetett minket, hogy a jövőben a m. arytaenoideus átvágásától eltekintünk. Megtartása lehetővé tette a hangszalagok mozgását.

A négy hónapig benntartott tágító ellenére az izomzat és mindkét oldalon a cricoarytaenoidalis ízület mozgása alig károsodott, néhány napi gyakorlás után a hangszalagok mozgása tökéletessé vált, és a hang feltisztult.

A conicotomia kérdésére is tanulsággal szolgált a második eset. A mesterséges légzést fenntartó cső 6 hétig a conicostomában volt, eltávolítása után úgy tűnt, hogy a fokozatos kialakuló nehézlégzést a conicostomát záró hegtömeg okozza. A gége feltárásakor kiderült, hogy a heg alig szűkítete a gégelument. Ez az eset is alátámasztja Holst (7) állításait, aki számos eset alapján megállapította, hogy a conicostomia akár fél évig történő fenntartása sem okoz több complicatiót, mint a tracheostomia.

Végezetül azt a következtetést vonhatjuk le, hogy az elülső és hátsó laryngotomia Réthi szerint ma is sikerrel alkalmazható a gégeszűkületek megoldására. Az irodalomban található fejlesztéseken kívül az interarytaenoidalis izomzat megőrzését hasznosnak tartjuk megfelelő esetben.

IRODALOM

1. *Aboulker P., Demalden J. E.*: Procédé d'élargissement laryngo-trachéal au cours des sténoses. Ann. Otolaryngol. (Paris) 1969, 86, 757.
2. *Bánfai P.*: Paryngo-tracheale Stenosen nach Langzeitintubation und ihre operative Behandlung bei Kindern. HNO 1980, 28, 47.
3. *Bodó Gy.*: Gégesérültek ellátásában szerzett tapasztalataink. Fül-orr-gégegyógyászat 1971, 17, 65.
4. *Bodó Gy.*: Fedett gégesérülések ellátása. Honvédorvos 1971, 23, 181.
5. *Bodó Gy.*: A gége lőtt és vágott sérülései. Honvédorvos 1971, 23, 255
6. *Cohen S. R.*: Pseudolaryngeal paralysis: a postintubation complication. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1981, 90, 483.
7. *Holst M., Hedenstierna G., Kumlien J. A. és munkatársai*: Elective coniotomy. Acta Otolaryngol 1983, 96, 329.
8. *Jackson C., Jackson C. L.*: The larynx and its diseases. Philadelphia, Saunders, 1937.
9. *Lellei I., Hirschberg J.*: Tartós intubáció okozta szubglottikus szűkületek műtéti megoldása gyermekkorban. Fül-orr-gégegyógyászat 1989, 34, 75.
10. *Lichtenberger Gy., Kulka F., Frint T.*: Heges nyelvcső szűkület, gégedeformitás és feloldali n. recurrens bénulás sebészi megoldása. Orv. Hetilap 1984, 125, 1637.
11. *Réthy A.*: An. operation for cicatricial stenosis of the larynx., J. Laryngol Otol 1956, 70, 283.
12. *Ribári O., Petri G., Imre J.*: Lúgmarás okozta súlyos garat-, gége-, légcső-, nyelöcsősérülés és szűkület műtéti megoldása. Orv. Hetilap 1981, 122, 2479.
13. *Ward P. H., Canalis R., Fee W., Smith G.*: Composite hyoid-sternohyoide muscle grafts in humans. Arch. Oto Laryngol. 1977, 103, 531.
14. *Zalzal G. H.*: Rib cartilage grafts for the treatment of posterior glottic and subglottic stenosis in children. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1988, 97, 506.

Szerző címe: Dr. Bodó György, 1117 Budapest, Móricz Zsigmond körtér 8.

Col. Gy. Bodó M.D.M.C., L. Heid M.D.:

SCARRY LARYNGOSTENOSIS PROVOKED BY INJURY

The authors report on two cases with scarry laryngostenosis caused by injury. The larynx was explored by anterior and posterior laryngotomy according to Réthy. In one of the cases, the scar mass narrowing the larynx was removed. In the other case, only the broken laminar fragments of the annular cartilage were removed while the interarytenoid muscle remained intact. In both cases, a dilator was introduced in the laryngeal space for a longer period of time. In the patient with intact interarytenoid muscle, the phonation was completely restored and the vocal cords revealed normal movements. Based on their findings, the authors emphasize that the long-lasting conicostoma has no harmful effect on the larynx.

Полковник м/с Дь. Бодо, Л. Хейд:

РУБЦОВЫЙ ЛАРИНГОСТЕНОЗ, БОЗНИКАЮЩИЙ ПОСЛЕ ПОРАЖЕНИЯ

Авторы сообщают о двух случаях ларингостеноза, вызванного поражением. Для подхода к гортани применяли переднюю ларинготомию по Рети. В одном случае рубцовая масса, суживающая гортань, была удалена. В другом случае удалены были только осколки пластинки кольцевидного хряща, а межчерпаловидная мышца осталась на месте. В обоих случаях расширитель гортани был введен на длительный срок. В случае сохранения межчерпаловидной мышцы, звукообразование было совершенно восстановлено, голосовые связки стали подвижными. Данный случай также говорит о том, что длительная коникостома не приводит к напушению гортани.