

*Debreceni Orvostudományi Egyetem Fogászati Klinika  
(igazgató: dr. Keszthelyi Gusztáv egyetemi tanár), Debrecen  
Debreceni Orvostudományi Egyetem III. sz. Belgyógyászati Klinika  
(igazgató: dr. Szegedi Gyula egyetemi tanár), Debrecen\**

## **Actinomycosis talaján kialakult pharyngocutan defektus sebészi kezelése**

DR. REDL PÁL, DR. GYULAHÁZI JUDIT, DR. PÓTI SÁNDOR  
és DR. ILLÉS ÁRPÁD\*

A pharyngocutan defektus nem ritka szövődménye a kiterjesztett száj-garati-, illetve gégerákok sebészi kezelésének [13]. Előfordulási gyakorisága egyes szerzők anyagában 2–66%-ig terjed. Kialakulásának okai között a nyak preoperatív besugárzása, az alacsony postoperatív hemoglobinszint, preoperatív tracheotomia, helytelen sebészi technika szerepelhetnek [10, 12]. Esetünkben a nyak kiterjedt gyulladásos megbetegedése, actinomycosis és a nyak többszörös sebészi feltárása vezetett a pharyngocutan defektus kialakulásához [4]. A súlyos szisztémás megbetegedés a defektusok előfordulási gyakoriságát növelheti [5]. A konzervatív kezelésre spontán nem záródó pharyngocutan sipolyok sebészi kezelése nehéz feladat. A defektusok zárása során felhasználásra kerülhetnek a sipoly mellett preparálható random lebenyek, a régióban preparálható axiális vérellátású regionális nyeles bőrlebenyek [6, 7, 8].

Rekonstruktív lehetőség még a musculocutan lebeny, illetve a szabadon mikrovaskularis technikával átültetett fasciocutan lebenyek [1, 2, 3, 9, 11].

### **Esetismertetés**

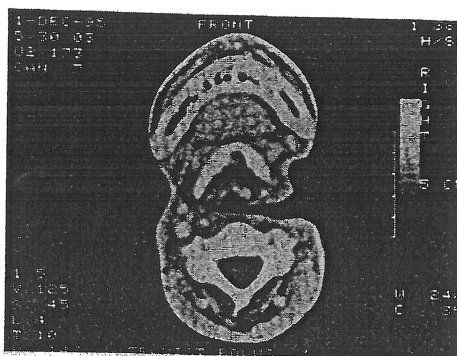
Cs. F. 26 éves betegnek 15 éve ismert Hodgkin-kórja. Első alkalommal radioterápiával, majd a 10 évvel ezelőtti relapsusakor cyclophosphamide, vinblastine, procarbazine, prednisolone (CVPP) típusú polikemoterápiával sikerült teljes remissziót elérni, amely azóta tartósan bizonyult. A polikemoterápia óta ismert steroid provokálta inzulin dependens diabetes mellitusa.

Két éve hirtelen kialakult, progrediáló nyaki gyulladásos tünetek miatt kétoldali recurrens bénulás, légzési elégtelenség alakult ki,

Érkezett: 1999. május 3.

Elfogadva: 1999. június 15.

ezért tracheotomia vált szükségessé. A gyulladós tünetek miatt kialakult fascianecrosis talaján az arteria carotis communis falán ál-aneurysma keletkezett, és ennek rupturája miatt sürgősséggel a carotis communis lekötése vált szükségessé. A gyulladás hátterében *Actinomyces israeli* és kevert infekció igazolódott bakteriológiai vizsgálattal, mely a célzott, váltott antibiotikus kezelésekre hatására javult, azonban a többszörös nyaki feltárások után a nyak jobb oldalán 3-4 cm átmérőjű, a hypopharynxba vezető és ott cca. 1 cm-es átmérőjű kürtő alakú (1. ábra) pharyngocutan defektus maradt vissza. A nyak deszkakemény, a sipoly konzervatív kezelésre nem mutat záródási tendenciát. Egy ízben történt sipolyzárási kísérlet a környezetben

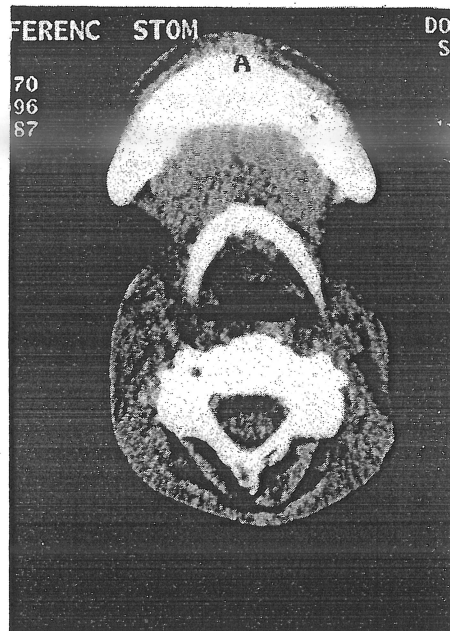


1. ábra. A pharyngocutan-defektus komputertomographiás képe

preparált Mütter-lebény felhasználásával. A korai posztoperatív szakban kialakult gyulladós tünetek kíséretében azonban a sipoly recidivált. Tekintettel a korábbi besugárzás, műtétek és gyulladások következtében heges, merev, rossz vérellátású nyaki viszonyokra, a defektus zárásához a régiótól távolabbról vett nyeles musculocutan lebeny mellett döntöttünk. A mikrosebészeti technikával átültetett szabad lebeny alkalmazásának feltételei a nyakon az előzmények miatt nem voltak meg. A sipoly zárásához pectoralis major musculocutan lebenyt preparáltunk, mely 7 cm átmérőjű bőrszigetet hordozott. A bőrszigetet úgy helyeztük el a lebenyen, hogy az izomalap túlérjen rajta. A lebenyt a supraclavicularisan kialakított alagúton húztuk a befogadó ágyba. A túlerő izomrésszel töltöttük ki a kürtőszerűen a hypopharynxba nyúló sipolyt és a bőrszigettel zártuk a nyaki bőrhiányt. A posztoperatív szak eseménytelen volt. A nasogastrikus szondát az ötödik napon távolítottuk el, ezt követően a nyelés akadálytalan volt. A bőrsziget jól belesimult a nyak kontúrájába (2. ábra). A táplálkozás során korábban jelentkező – a sipolyjáratból történő utócsorgásból származó – félrenyelés is javult. Ennek oka a sipolyüreg izommal történt kitöltése volt (3. ábra).



2. ábra. A defektus pectoralis maior musculocutan lebennyel zárva



3. ábra. Kontroll komputertomographiás kép a zárás után

### Megbeszélés

A pharyngocutan fistula elsősorban a kiterjedt garat-gége-rákok sebészi kezelésének szövődménye. Előfordulási gyakoriságát, mely 2–66%-ig változik az irodalom adatai szerint, befolyásolja az előzetes besugárzás, a műtét utáni alacsony hemoglobinszint, a sebészi technikák és szisztémás betegségek is. Betegünk esetében a nyaki gyulladás és a sebészi kezelés szövődményeként kialakult defektus helyi oka a gyermekkori nyaki radioterápia, a nyirokkeringési zavar, fibrosis és a szisztémás immundeficiencia, amely a Hodgkin-kórral, annak kezelésével, valamint a diabetes mellitussal hozható összefüggésbe.

A defektusok zárására a konzervatív kezelésen túl számos sebészi megoldás kínálkozik. A sipolyok zárására több eljárás ismert:

1. direkt zárás
2. környékről preparálható random lebenyek
3. regionális nyeles lebenyek
4. musculocutan lebenyek

5. mikrosebészeti technikával átültetett szabad fasciocutan lebenyek. Esetünkben a 15 éve ismert és kezelt Hodgkin-kóros betegen a nyak actinomycosisának szövődményeként a nagyfokú szövetelhalás és a szükséges sebészi feltárások következtében alakult ki defektus. A sipolyjárat átmérője a nyak bőrén 2-4 cm, míg a hypopharynxban

cca. 1cm volt. A rendkívül heges, rossz keringésű nyakon a korábbi random lebennyel végzett zárás eredménytelen volt. A mikrosebészeti technika a recipiens erek hiánya miatt nem volt megvalósítható. Az ismerttetett okok miatt a sipoly zárását pectoralis major musculocutan lebennyel végeztük el. A bőrszigeten túlnyomó izomrész jól kitöltötte az üreget, és a bőrsziget zárta a nyaki bőrhiányt, mely a heges sipolyszél kimetszése után keletkezett.

A defektust (pharyngo-cutan) üreges szerv esetén két hámréteggel kell zárni. Jelen esetben a garat kis nyílása (szűk rése) miatt erre nem volt szükség, mert a musculocutan lebény több szöveti komponense a nyak bőrét és a lágyszövetek szövethiányát pótolta, a garat felett az izom másodlagosan hámosodott. A musculocutan lebennyel végzett zárás előnyei:

1. egy ülésben elvégezhető műtét;
2. könnyű biztonságos műtéti technika;
3. több szöveti komponenst tartalmazó komplex defektus pótlása optimálisan elvégezhető;
4. akár két szigetlebény is kialakítható.

IRODALOM: 1. Ariyan, S.: The pectoralis major myocutaneous flap. *Plast. Reconstr. Surg.*: 63, 73, 1976. – 2. Car, M.: Reconstruction of cutaneous-pharyngeal fistula in two layers using microvascular free flap (a preliminary report). *Br. J. Oral Maxillofac Surg.*: 33, 324, 1995. – 3. Dealaere, P., Boeckx, W. D., Ostyn, F., Tyberghein, J., Guelinckx, P.: Hypopharyngeal stenosis and fistulas. Use of the radial forearm flap. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.*: 114, 1326, 1988. – 4. Ennouri, A., Hajri, H., Bouzouita, K. A., Marrekhi, H.: Cervicofacial Actinomycosis. Apropos of 5 cases. *Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. (Bord.)*: 110, 165, 1989. – 5. Kaufmann, D., Longo, D. L.: Hodgkin's disease. *Crit. Rev. Oncol/Hematol.*: 13, 135, 1992. – 6. Kimura, Y., Tojima, H., Nakamura, T., Harada, K., Koike, Y.: Deltopectoral flap for one-stage reconstruction of pharyngocutaneous fistulae following total laryngectomy. *Acta Otolaryngol Suppl. (Stock.)*: 511, 175, 1994. – 7. Kovács Á., Martinovics J., Tóth K., Ribári O.: Gégekiirtás után kialakult garatsipolyok zárása. *Fül-Orr-Gége Gy.*: 25, 138, 1979. – 8. Kovács Á., Borbély L.: Gégekiirtás után kialakult defektus pharyngo-oseophageocutanus zárásának új lehetősége. *Fül-Orr-Gége Gy.*: 31, 179, 1985. – 9. Krauss, M., Jethon, J.: Closure of pharyngeal and esophageal fistulas after laryngectomy with musculo-cutaneous flaps using pectoralis major muscle. *Otolaryngol Pol.*: 41, 253, 1987. – 10. Lavelle, R. J., Maw, A. R.: The aetiology of post-laryngectomy pharyngocutaneous fistulae. *J. Laryngol. Otol.*: 86, 785, 1972. – 11. Matulic, Z., Matulic, J., Kovacic, M.: Closure of pharyngocutaneous fistula with a deltopectoralis flap and ipsilateral pectoralis major musculocutaneous flap. *Chir. Maxillofac. Plast.*: 17, 109, 1987. – 12. Papazoglou, G., Doundoulakis, G., Terzakis, G., Dokianakis, G.: Pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy: incidence, cause and treatment. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. Oct.*: 103, 801, 1994. – 13. Thawley, S. E.: Complications of combined radiation therapy and surgery for carcinoma of the larynx and inferior hypopharynx. *Laryngoscope.*: 91, 677, 1981.

Dr. Redl, P., dr. Gyulaházi, J., dr. Póti S., dr. Illés, Á.: *Surgical repair of pharyngocutaneous defects resulting from actinomycosis*

The pharyngo-cutan defect is a frequent complication of oropharynx and larynx operations. The not frequent serious actinomycotic inflammation of the neck, and in its treatment the repeated surgical incision was in the background of the defect. The authors review the possibilities of closing these defects, and they describe the method used.

**Key words:** actinomycosis, cervicofacial, cutaneous fistula, pharyngeal diseases, wound healing, surgery, plastic