

KAZUISZTIKA

Hat agyideg bénulását okozó herpes zoster

SZILÁGYI IMRE DR., GABNAI MARIT DR., BERTA IZABELLA DR. 195

TUDOMÁNYOS HÍREK

A Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete Fej-Nyaksebészeti Szekciójának

1999. április 16-án rendezett alakuló tudományos ülésén elhangzottak

rövid összefoglalója 199

Szakmai- és személyi hírek 168

Könyvismertetés 212

Kongresszusi hírek 188, 194

Társasági hírek 194

Módszertani ajánlás az ajak- és/vagy szápadhasadékos betegek kezelésére 217

Contents

Supracricoid lateral laryngeal resection for treatment
of piriformal recess cancer

G. RÉPÁSSY, A. HIRSCHBERG, Ö. REZEK, M. KISELY, Á. TÓTH, Á. JUHÁSZ. 155

Simple and save puncture technique for primary and secondary
voice prosthesis implantation

G. LICHTENBERGER 163

The success of the audiologist is the contentment of the weak of hearing

J. VAJDA 169

The treatment of oropharyngeal dysphagia in swallowing disorder following
supraglottic resection

K. MÉSZÁROS, L. CSÁKÓ, T. HACKI 175

The characteristics of FESS in childhood

L. CSÁKÓ, B. LIKTOR, GY. HALMOS 180

The limits of tumour diagnostics on the comparison
of TNM, pTNM in the operational material of our departement

B. MESTER, T. GARAI, B. ZEMPLÉN 189

Herpes zooster causing the palsy of six cerebral nerves

I. SZILÁGYI, M. GABNAI, I. BERTA 195

Simmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Fül-orr-gégészeti, Fej-Nyaksebészeti Klinika (Igazgató: Répássy Gábor dr., egyetemi tanár)**Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Orvostudományi Kar Fül-, Orr, Gégeklínika (Igazgató: Sziklai István dr., egyetemi tanár)***Supracricoid laterális gégereseccio
a recessus piriformis rák kezelésére**

RÉPÁSSY GÁBOR DR.,* HIRSCHBERG ANDOR DR.,*

REZEK ÖDÖN DR.,* KISELY MIHÁLY DR.,**

TÓTH ÁGNES DR.,** JUHÁSZ ATTILA DR.**

Közlésre érkezett: 2000. II. 21.

Kulcsszavak:**funkciómegtartás, recessus piriformis tumor, sebészi terápia****ÖSSZEFOGLALÁS**

Új, funkciómegtartó műtétről, a supracricoid laterális gégereseccióról számolnak be a szerzők a recessus piriformis tumor kezelésére. Részletesen ismertetik a műtét technikáját. 6 év során (1994-1999) 18 esetben végezték ezt a műtétet. Az onkológiai eredmények még nem ítélték meg az eltelt idő rövidsége miatt. Egy beteg meghalt a 6. postoperatív napon egyre romló általános állapot és keringési elégtelenség miatt. További 1 beteget távoli metastasisok miatt vesztek el. 2 betegen észleltek lokális recidívát a laterális garatfalon. Az egyik esetben a reoperáció ellenére a daganatos állapot progrediált és a beteg meghalt. A megkímélt gégerészletet egy esetben sem érintette a tumoros recidíva. Szerzők az általuk ismertett műtét módszert alkalmas funkciómegtartó kezelésnek tartják a recessus piriformis rák szelektív eseteiben.

BEVEZETÉS

Régebbi patológiai és fül-orr-gégészeti tankönyvek a recessus piriformisról kiinduló rákot külső gégerakként taglalták. Ez ma már elavult csoportosításnak tekinthető, annak ellenére, hogy a recessus piriformis anatómiailag igen szoros kapcsolatban áll a gégevel. Tudjuk, hogy határai laterálisan a pajzsporc lemezének részlete, medialisán a gyűrűporc, kannaporc és az ahhoz tartozó izomzat, illetve ezen képleteket borító nyálkahártya. Ma már e tumort a hypopharynx tumorok közé soroljuk. A gégerák sebészi terápiájában a funkciómegtartó igény parancsolóan lépett fel, de hypopharynx tumorok esetében általában csonkoló műtét jöhetett szóba és nemigen mertük megfogalmazni a gége-funkció megtartásának lehetőségét.

Már évek óta foglalkoztatta munkacsoportunkat annak a célnak a megvalósítása, hogy a recessus piriformis rák sebészi terápiájára a gége funkcióját megőrző módszert alkalmazzunk. 1994-ben végeztünk először részleges gégereseccióval egy-

bekötött pharynx resectiot kisebb recessus piriformis tumor esetén. 1994-1999 években 18 betegen történt supracricoid lateralis gégereseccio. Indokoltak láttuk, hogy beszámoljunk kezdeti próbálkozásainkról, közöljük a műtési technikát, és tapasztalatainkat.

BETEGANYAG

Az elmúlt hat év során (1994-1999) 18 esetben végeztünk lateralis supracricoid gégereseccioval egybekötött parciais pharyngectomiát. A betegek adatait táblázatban foglaltuk össze. (I. Táblázat)

Sor-szám	Beteg neve	kora	neme	opus	dekanülálás	Tápszonda eltávolítás	Megjegyzés
1.	Sz.I.	43 éves	férfi	1994.	12 nap	15 nap	Tumormentes
2.	R.B.	45 éves	férfi	1996.	12 nap	15 nap	Tumormentes
3.	L.I.	65 éves	férfi	1997.			Műtét után 6. napon meghalt.
4.	K.I.	55 éves	férfi	1997.	12 nap	15 nap	Garati recidíva. Meghalt.
5.	K.Z.	46 éves	férfi	1998.	12 nap	15 nap	Tumormentes
6.	M.E.	57 éves	férfi	1998.	12 nap	15 nap	Tumormentes
7.	H.J.	64 éves	férfi	1998.	12 nap	15 nap	Tumormentes
8.	Z.M.	57 éves	no	1998.	42 nap	46 nap	Tumormentes
9.	K.Z.	48 éves	férfi	1998.	12 nap	15 nap	Tumormentes
10.	R.F.	49 éves	no	1998.	12 nap	15 nap	Távoli áttétek. Meghalt.
11.	Ch.I.	56 éves	férfi	1999.	12 nap	15 nap	Tumormentes
12.	L.I.	44 éves	férfi	1999.	12 nap	15 nap	Tumormentes
13.	K.K.	47 éves	férfi	1999.	48 nap	52 nap	Tumormentes
14.	Sz.I.	52 éves	férfi	1999.	12 nap	15 nap	Tumormentes
15.	V.S.	52 éves	férfi	1999.	12 nap	15 nap	Tumormentes
16.	V.M.	41 éves	férfi	1999.	12 nap	15 nap	Garati recidíva. Reoperatio.
17.	G.P.	49 éves	no	1999.	12 nap	15 nap	Tumormentes
18.	Sz.I.	48 éves	férfi	1999.	12 nap	15 nap	Tumormentes

Hét beteg esetében, 5-15 mm átmérőjű kisebb recessus piriformis tumort diagnosztizáltunk azonos oldali manifest nyaki metastasisissal (1.,2.,11.,12.,14.,17.,18.). Radikális nyaki dissectioval egybekötött lateralis supracricoid gégereseccio és részleges pharyngectomiát végeztünk. Mind a hét beteg zavartalanul gyógyult, a 12. napon a kanült eltávolíthattuk, nyelés, légzés rendben. Ellenőrzések során eddig még nem észleltünk daganatos recidívát.

Egy betegen (3.) jobb oldali recessus piriformis tumort diagnosztizáltunk manifest nyirokcsomó metastasist nem észleltünk. Azonos oldali funkcionális nyaki dissectiot és lateralis supracricoid gégereseccio végeztünk. A műtét utáni napokban folyamatosan szivárgó vérzést tapasztaltunk. Vérzéscsillapító gyógyszeres terápiára és transfúzióra volt szükség. A postoperatív második napon a sebet ismét feltártuk keresve a vérzés forrását. Diffúz vérzést észleltünk, de a nagyobb erek felől nem találtuk meg a vérzés forrását.

Általános vérékenységre utaló laboratóriumi leleteket nem kaptunk. A műtét utáni 6. napon ismételt nagyobb diffúz vérzés lépett fel. A vérzés ellátása céljából a beteget a műtőbe vittük, de mielőtt még a sebet feltárhattuk volna, a beteg exhaltált. A kórboncolás során sem lehetett kimutatni nagyobb érből eredő vérzést.

Két beteg esetében (6.-7.) észleltünk a recessus piriformis medialis faláról kiinduló kicsi primer tumort nyaki metastasis nélkül. Nyaki dissectio nem történt. Mindkét esetben lateralis supracricoid gégereseccio végeztünk.

Három betegen észleltünk daganatos recidívát a műtési kezelés után egy évvel (4., 10., 16.). Két betegen (4., 16.) a lateralis és részben a hátsó garatfalán keletkezett lokális recidíva.

Az egyik betegen (4.) reoperációt végeztünk, teljes gégeeltávolítás és részleges garatresectio történt. Ezután három hónapon belül a parapharyngealis regio daganatos infiltráltságát állapíthattuk meg. Palliatív cytostaticus terápiában részesült a beteg, majd a daganatos betegség következtében meghalt. A másik betegen (16.) a lateralis garatfalán és részben a hátsó garatfalán recidívát találtunk. Reoperációt végeztünk a garat csaknem egészét eltávolítottuk, ellenoldalon keskenyebb csíkot tudtunk csak megkímélni és a rekonstrukciót pectoralis major myocutan szigetlebennnyel végeztük. A bennmaradt gégerészletet meg tudtuk kímélni. Tulajdonképpen a recidíva mindkét esetben garatban keletkezett, a gége tumormentes volt.

A harmadik betegen (10.) távoli metastasist észleltünk, lokális recidíva nem volt. Többszörös tüdőáttétek és csontmetastasisok végül is a beteg halálához vezettek. A recessus piriformis lateralis faláról kiinduló, de kiterjedtebb hypopharynx tumort diagnosztizáltunk 3 betegen (5.,9.,15.). A tumor ráterjedt a lateralis garatfalra, részben a hátsó garatfalra. Azonos oldali nyaki dissectiot és lateralis supracricoid gégereseccio végeztünk részleges garateltávolítással. Ezen három beteg esetében a sebgyógyulás, dekanülálás zavartalanul ment végbe és az ellenőrzések során recidívát nem észleltünk.

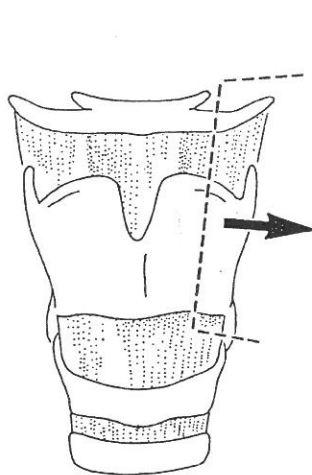
Két beteg esetében (8., 13.) a radikális nyaki dissectiot és supracricoid lateralis gégereseccio követően a seb szétvált és garati fistula alakult ki. A kanült a műtét után 6 héttel tudtuk csak eltávolítani. Tápszondát is hosszú ideig kellett alkalmaznunk. Mindkét esetben sarjadzást találtunk, melyet ismételt endolaryngealis microscopia során eltávolítottunk. Az eltávolított sarjszövet histológiai vizsgálata daganatos recidívát nem igazolt. Végül is a dekanülálás sikeres volt, azóta kontroll vizsgálatok során recidívát nem észleltünk.

Egy betegen találtunk recessus piriformis tumort nyaki áttétrel, valamint második tumorként az uvulát és lágyszájpadot érintő mesopharynx tumort. Radikális nyaki dissectiot, supracricoid lateralis gégereseccio végeztünk és a szájüregben keresztül végzett excisióval távolítottuk el a mesopharynx tumort.

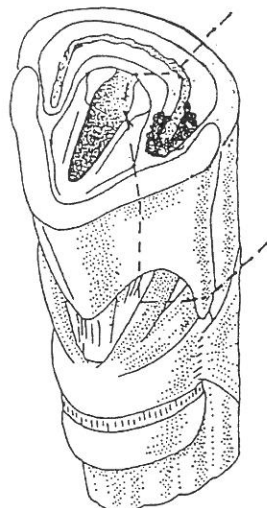
Zavartalanul gyógyult, dekanüláltuk, azóta a kontrollok során recidívát nem találtunk. A betegek a műtétet követően telecobalt irradiációs kezelésben részesültek.

MŰTÉTI TECHNIKA

A műtétet intratrachealis narcosisban végeztük. Szabályos tracheotomia és tubuscseré után narcosisban folytatjuk a műtétet. Azonos oldali radikális nyaki dissectiot végzünk. Recessus piriformis tumor esetén az esetek nagy részében manifest nyaki metastasis észlelhető, ennek hiányában, sajnos, csak igen ritkán dönthetünk funkcionális nyaki dissectio mellett. A feltárás többféle bőrmetszéssel megoldható, javasolható egy olyan ív alakú bőrmetszés, mely a processus mastoideustól a supraclavicularis árokba irányul. A felső középső harmad határán horisontalis metszés következik a nyak középvonaláig a gége előtt. A nyaki dissectio elvégzése után a gége előtti izmokat az azonos oldalon átvágjuk, a gégét sceletisáljuk. Kipreparáljuk az artéria és véna laryngea superiort és lekötjük. Átvágjuk a constrictor izomzatot úgy, hogy a pajzsporc lemezének egésze és annak felső szarva is kivehető legyen. Ha a tumor a lateralis garatfal nagyobb részét is elfoglalja, a nyelvcsontot is kipreparáljuk és az azonos oldalon a nyelvcsont felét resecaljuk. Ezután végezzük a pharyngotomiát. Ha a tumor csak kisebb és a recessus piriformisra lokalizálódik, akkor elegendő a nyelvcsont alatt történő infrahyoid pharyngotomia. A pajzsporc lateralis élétől medialisán 2,5 cm-re hosszanti resectios vonalat jelölünk ki (1. ábra). A vonal mentén a porcot fűrészszel átvágjuk. A már elvégzett pharyngotomiás nyílás révén láthatóvá válik a tumor és a laterális garatrészlet kiemelése során szemünk ellenőrzése mellett végezhetjük a resectiot úgy, hogy az általunk vezetett metszés az ép szövetben történjen (2. ábra). Tulajdonképpen a resectio két irányban történik a medialis metszésünk során átvágjuk a pharyngoepiglotticus redőt, aryepiglotticus redőt, majd a paraglotticus térség hátsó harmadát is magában foglaló metszésünket egészen a hangszalag középső részletéig vezetjük. Itt átvágjuk a



1. ábra: A resectios vonal kijelölése a pajzsporc lemezén



2. ábra: Sémás ábra a gégéről. A glotticus síkban fekvő horisontalis metszeten látható a medialis és hátsó resectios vonal

hangszalagot a processus vocalis előtt úgy, hogy azonos oldali ary-regio, aryporc is eltávolításra kerül. A lateralis resectios vonal a pajzsporc lateralis élének irányában történik, kicsi tumor esetében az éle mentén, de kiterjedt tumor esetében a lateralis garatfal nagyobb részlete is eltávolításra kerül. A lateralis pajzsporc részlet eltávolításakor a pajzsporc alsó szarva bennmaradhat, tulajdonképpen a gyűrűporc íve szintjében egyszerűen erősebb ollóval átvágható. Amikor átvágtuk az alsó szarvat, a gyűrűporc fölött az alsó resectios vonalat is teljessé tesszük és a pajzsporc lemezrészlettel együtt az azonos oldali ary-régiót és a hozzátartozó gégerészletet eltávolítjuk.

REKONSTRUKCIÓ:

A defektus zárására ajánlatos 2.0-s felszívódó monofil varróanyagot alkalmazni. A varrat legkritikusabb része a garatfal bennmaradó részletének pajzsporc lemezéhez való egyeztetése. A pajzsporcra erős tüvel áthatolhatunk keményebb, elcsontosodott porc esetén 4-5 kisebb lyukat fúrunk a pajzsporc lemezén és itt a tüvel vezetjük át a varrófonalat. Csomós varratokkal varrjuk a lateralis garatfalat a pajzsporc részlethez, majd felfelé haladva zárjuk a garati defectust. Ha a garatból nagyobb részletet kellett eltávolítani, kiterjedtebb tumor esetén, akkor a hátsó fali garatrészletet részben felpreparálhatjuk, hogy könnyebben varrhassuk a defectust. Miután a submucosus csomós varratokkal zártuk a garatot, a gége előtti izomzathoz is felszívódó varróanyagot használunk. Végül a sebet subcutan varratokkal és bőrvarrattal zárjuk. Az egész műtét közben ajánlatos az a törekvés, hogy a tracheotomiás nyílás környéke a műtési területtől separált maradjon, tehát törekedjünk arra, hogy a radikális nyaki dissectio és a gégereseccio műtési területe ne közlekedjen a tracheotomia környékével. A műtét végén felfújható mandzsettával rendelkező műanyag kanül alkalmazása javasolt.

MEGBESZÉLÉS

A hypopharynx laphámrákai közül leggyakoribb a recessus piriformis tumor. Korábban elterjedt volt szakmánkban az az álláspont, miszerint a hypopharynx tumor inoperabilis. A sebészeti terápia általában a teljes gégeeltávolítással egybekötött részleges garateltávolítás. Az elmúlt években a myocutan lebeny rekonstrukciók még inkább kiterjesztették az operabilitás határait.

A funkciómegtartó gégesébszetben az indikáció alapja a tumor kiterjedésének pontos ismerete. Vizsgálatokat végeztünk a recessus piriformis rák gégére és garatra terjedésére vonatkozóan. Megállapítottuk, hogy korai stádiumban a gége nagyrészt tumormentes lehet és a műtét során megkímélhető. Ezen pathoanatomiai eredményeinkről más közleményben számolunk be. 1994-ben végeztük az első supra-cricoid laterális gégeresecciot recessus piriformis tumor esetén. Tulajdonképpen ez a műtét alapjaiban nem új, hiszen ismeretesebb közlemények és beszámolók részleteikben eltérő, de hasonló műtétekről.

A recessus piriformis rák részleges gégeeltávolítással történő kezeléséről már 1960-tól találhatunk adatokat (1., 5., 8., 11., 14., 16., 20., 21.).

A sikertelen eredmények, a lokális recidíva ezt a törekvést visszavetette (9.,13.,18.,22.,24.), majd a 90-es években *Laccourreye* (15.,16.,17.), *Barzan* (3.), *Gavilan* (12.) nevéhez fűződő és egyre inkább elterjedő supracricoid hemilaryngopharyngectomy eredményessége igazolni látszik a funkciómegtartó szemléletet.

1996-ban az Európai Fül-orr-gégészeti Kongresszuson (EUFOS 1996 Budapest) a gége és hypopharynx tumorok sebészi terápiájával külön kerekasztal sectio foglalkozott, moderátora egyikünk (*Répássy*) volt, ahol először számoltunk be eredményeinkről (24.). E kerekasztal konferencián megismerhettük *Weinstein* a "supracricoid hemilaryngopharyngotomy" műtét technikáját.

Az Európai Foniátriai Társaság Kongresszusán közöltük az általunk végzett műtét funkcionális eredményeit (UEP 1997 Budapest) (23.).

Fül-orr-gégészeti egyesületi üléseink egyikén (szóbeli közlés 1998.) *Balaton* és *Élő* számolt be a hemilaryngopharyngectomy módszeréről és ismertetette első eredményeiket, majd 7 betegükön végzett műtétről cikk is született (2). A műtét alapelveit tekintve a mi módszerünk is hasonló, melyet 1994-ben indítottunk, noha technikai részleteiben nem mindenben egyezik meg.

A daganatsebészetben igen sokat fejlődött a minimal invazív gégesebészet. Az endolaryngealis CO₂ laser excisios módszernek egyre nagyobb az indiciós területe (4.,7.,10.,25.). *Czigner* saját tapasztalatai alapján a recessus piriformis rák laseres terápiájával kapcsolatban igen kritikusan foglal állást. Felhívja a figyelmet a technikai problémákra és megállapítja, hogy a direkt laryngoscopiás eszközzel a recessus piriformis regioja csak részben tárható fel és a CO₂ laser egyenes vonalú sugarával végzett resectios vonalak iránya korlátozott (6.). Egyetértünk megállapításával, miszerint a recessus piriformis rák kezelése laryngoscopus feltárással, laser excisioval nem biztonságos.

Zeitek közleményében a hypopharynx tumorok szelektív eseteit alkalmasnak véli endoscopus laser-excisios kezelésre (28). Anyagából kitűnik, hogy a hypopharynx tumorok közé kisebb, a pharyngoepiglotticus redőn ülő illetve hátsó fali tumort sorol. Egészeben a CO₂ laser excisiot igen jó, a maximális funkciómegtartó minimalisan invazív módszernek tartja (27). A korrekt követési adatokból azonban az is kitűnik, hogy túlságosan magas a lokális recidívák száma.

Úgy véljük, hogy recessus piriformis rák esetében az endolaryngealis laser excisio alkalmazása nem helyes és a tumor biztonságosabban távolítható el külső feltárással az általunk alkalmazott supracricoid lateralis gégereseccioval.

Ahhoz, hogy a műtét onkológiai eredményességét megítélhessük, még csak igen rövid idő telt el. Az ilyen kiértékeléshez legalább öt éves periódus szükséges. Első betegünk akit 1994-ben operáltuk, 6 éve tünetmentes és tumormentes. Elmondható tehát, hogy meggyógyult. Többi betegünk esetében bármilyen megállapítás még korai lenne. Mégis úgy tűnik, hogy az eredmények jók. A 18 beteg közül eddig 3 beteg halt meg. Egyik a műtét utáni 6. napon vérzés, keringési elégtelenség, egyre romló általános állapot, a másik távoli metastasisok (tüdő, csont) miatt. 2 betegen észleltünk lokális recidivat a lateralis garatfalon és a parapharyngealis térben. Mindkét beteg esetében a gége tumormentes volt. Ismeretes, hogy hypopharynx tumor esetén a beteg túlélési esélye sokkal rosszabb, mint gégerák esetén (19., 26.). Ennek

a magyarázata úgy véljük - nem a sebészi terápia nem kellő radikalitásában, hanem inkább a tumor biológiai természetében keresendő. Magunk megállapítjuk, hogy az a korábbi terápiás elv, miszerint hypopharynx tumor esetén, ha resectabilis a tumor, csakis csontoló műtét a teljes gégeeltávolítás és részleges garat resectio jön szóba, nem tartható tovább. A recessus piriformis tumor terjedésének ismeretében megfelelő szakértelemmel most már törekedni kell a gégefunkció megőrzésére, mert a beteg életminősége lényegesen jobb, mint teljes gégeeltávolítás esetén. Recessus piriformis tumor esetén is a sikeres funkciómegtartó műteti terápia a korai diagnózistól függ. Bízunk benne, hogy a jövőben a recessus piriformis tumor szelektált eseteiben egyre több beteg a gége funkcióját megkímélő műtét fog történni.

IRODALOM

1. *Andre P, Pinel J, Laccourreye H*: La chirurgie partielle verticale dans les cancers du sinus piriforme Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 82,901-908(1965)
2. *Balaton Z, Élő J*: Indication and surgical technique for extended hemilaryngectomy Eur. Arch. Otorhinolaryngol 256,400-402(1999)
3. *Barzan L, Commoretto R*: Hemipharyngectomy and hemilaryngectomy for piriform sinus cancer: rekonstrukción with remaining larynx and hypopharynx and with tracheostomy Laryngoscope 103,82-86(1993)
4. *Bánhidó F, Kásler M*: The use of lasers in otorhinolaryngology and head and neck surgery Fortschritte der Onkologie 16. Akademie Verlag. Berlin (1989)
5. *Chantrain G, Deraemaeker R, Andry G, Dor P*: Wide vertical hemipharyngolaryngectomy with immediate glottic and pharyngeal rekonstrukción using a radial forearm free flap: preliminary results Laryngoscope 101,869-875 (1991)
6. *Czigner J, Csanády M, Iván L.*: Endoszkópos lasersebészet lehetőségei a gégebemeneti carcinomák terápiájában Magyar Onkológia 42,220-223 (1998)
7. *Czigner J, Sávoy L*: Endoscopic CO₂ faser surgery for vocal cord cancer Diagnostic, Therapeutic Endoscopy 1,69-74(1994)
8. *Dumich PS, Pearson BW, Weiland LH*: Suitability of near-total laryngopharyngectomy in piriform sinus carcroma Arch Otolaryngol Head Neck Surg 110,664-669 (1984)
9. *El Badawi SA, Goepfert H, Fletcher GH, Herson J, Oswald MJ*: Squamous cell carcinoma of the piriform sinus Laryngoscope 92,357-364 (1982)
10. *Élő J, Koppány J, Takácsi-Nagy L*: A gége marginális tumorainak CO₂-faser-sebészete Fül-orr-gégyógyászat 42,101-106 (1996)
11. *Freeman RB, Marks JE, Ogura JH*: Voice preservation in treatment of carcinoma of piriform sinus Laryngoscope 89,1855-1863 (1979)
12. *Gavilan J, Monux A, Gavilan C*: Extended hemilaryngectomy with epiglottic rekonstrukción Otolaryngol Head Neck Surg 4,286-290 (1993)
13. *Kleinsasser O, Glantz H, Kimmitch T*: Zur Behandlung der Karzinome des Sinus Piriformis HNO 37,460-464 (1989)
14. *Kreps YP, Sission GA*: Voice preservation in piriform sinus carcinoma by hemicricolaryngopharyngectomy Ann Otol Rhinol Laryngol 93,306-312 (1984)
15. *Laccourreye O*: Suprakricoidale Hemilaryngopharyngectomie. Ein Erfahrungsbericht über 20 Jahre: 1964-87. Arch Otorhinolaryngol (Suppl) 2,28-30 (1991)
16. *Laccourreye H, Lacau St Guily J, Brasnu D, Fabre A, Ménard M*: Supracricoid hemilaryngopharyngectomy. Analysis of 240 cases. Ann Otol Rhinol Laryngol 96,217-221(1987)
17. *Laccourreye O, Mérite-Drancy A, Brasnu D, Chabardes E, Cauchois R, Ménard M, Laccourreye H*: Supracricoid hemilaryngopharyngectomy in selected piriform sinus carcinoma staged as T2 Laryngoscope 103,1373-1379 (1993)

18. Marks JE, Kurnik B, Powers WE: Carcinoma of the piriform sinus: An analysis of treatment results and patterns of failure *Cancer* 41,1008-1015 (1978)
19. Marks SC, Lolachi CM, Shamsa F, Robinson K, Ared A, Jacobs JR: Outcomes of pyriform sinus cancer: a retrospective institutional review *Laryngoscope* 106, 27-31 (1996)
20. Ogura JH, Jurema AA, Watson RK: Partul laryngopharyngectomy and neck dissection for piriform sinus cancer *Laryngoscope* 70,13 99-1417 (1960)
21. Ogura JH, Marks ME, Freeman RB: Results of conservation surgery for cancers of supraglottis and piriforms sinus *Laryngoscope* 90,591-600 (1980)
22. Pingree TF, Davis RK, Reichman O: Treatment of hypopharyngeal carcinoma: A 10-year review of 1362 cases *Laryngoscope* 97,901-904 (1987)
23. Répássy G: Voice, speech and swallowing after surgery XX.th Congress of the Union of European Phoniaticians-. Budapest, November 6-9 (1997)
4. Répássy G: Functional surgery of the hypopharynx and the larynx 3'd Congress of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) Budapest, June 9-14 (1996)
25. Steiner W: Experiences in endoscopic faser surgery of malignant tumors of upper aerodigestive tract *Adv. Otorhinolaryngol* 39, 135-144 (1988)
26. Vandenbrouck C, Eschwege F: Squamous cell carcinoma of the piriform sinus: Retrospective study of 3 51 cases treated at the institut Gustave-Roussy Head Neck Surg. 10,4-13 (1987)
27. Zeitek SM, Vaughan ChW, Domanowski GF: Laser epiglottectomy: Endoscopic technique and indications *Otolaryngol Head Neck Surg.* 103,337-343 (1990)
28. Zeitek SM, Koufman JA, Davis K, Vaughan ChW: Endoscopic treatment of supraglottic and hypopharynx cancer *Laryngoscope* 104,71-78 (1994)

SUMMARY

Gábor Répássy, Andor Hirschberg, Ödön Rezek, Mihály Kisely, Ágnes Tóth, Attila Juhász: Supracricoid lateral laryngeal resection for treatment of piriformal recess cancer

Keywords: Maintenance of function, piriformal recess tumour

Authors give account on a new function maintaining operation, the supracricoid lateral laryngeal resection for treatment of piriformal recess tumours. The operational technique is outlined in details. They had performed this type of operation in 18 cases during 6 years (1994-1999). The oncological results can not yet be judged because of shortness time passed. One patient died because of continually worsening general condition and circulatory insufficiency on the 6th day. Another patient was lost because of distant metastases. Local recurrences were observed on the lateral pharyngeal wall in 2 patients. The tumorous recurrence had not reached the maintained laryngeal section in either case.

Authors consider the operational method accounted a suitable function maintaining treatment in selective cases of piriformal recess cancer.

ZUSAMMENFASSUNG

G. Répássy, A. Hirschberg, Ö. Rezek, M. Kisely, Á. Tóth, Á. Juhász:

Die supracricoidale laterale Kehlkopfresektion als Behandlung des Recessus piriformis-Tumors.

Schlüsselwörter: Funktionserhaltung, Recessus piriformis-Tumor, chirurgische Therapie

Verff. berichten über eine neue funktionserhaltende Operation, die supracricoidale laterale Kehlkopfresektion, zur Behandlung des Krebses im Recessus piriformis. Sie beschreiben ausführlich die Operationstechnik. Innerhalb von 6 Jahren (1994-1999) führten sie die Operation in 18 Fällen aus. Die onkologischen Ergebnisse können wegen der Kürze der Zeit noch nicht beurteilt werden. 1 Patient starb am 6. Tag nach der Operation wegen zunehmend schlechten Allgemeinzustandes und Kreislaufinsuffizienz, ein weiterer Patient starb an Fernmetastasen. Bei 2 Patienten entstanden Rezidive an der lateralen Rachenwand. Die bei der Operation geschonten Kehlkopfregionen waren in keinem Fall vom Tumorzidiv berührt. Die vorgestellte Operationsmethode ist zur funktionserhaltenden Behandlung ausgewählter Fälle von Recessus piriformis-Tumoren geeignet.

Szent Rókus Kórház (Budapest) Fül-orr-gége, Fej-nyaksebészeti Osztály*
(ov. főorvos: Prof. dr. Lichtenberger György)

Egyszerű és biztonságos primer és secunder punkciós módszer hangprotézis implantációhoz

LICHTENBERGER GYÖRGY DR.

Kulcsszavak: ET-punkció, hangprotézis, kúptrokár, túátnyomó

Közlésre érkezett: 2000. III. 22.

ÖSSZEFOGLALÁS

Szerző a hangprotézis implantációhoz egyszerű és biztonságos punkciós technikát dolgozott ki.

A garatot feltárja a laryngoscoppal, melyet egészen a nyelvcső bemenetig vezet. A szerző által konstruált, majd a német Richard Wolf cég által sorozatgyártásra továbbfejlesztett endo-extralaryngeális túátnyomó műszer disztális végét a laryngoscopen keresztül bevezeti a nyelvcsőbe. A műszert addig vezeti, míg annak disztális, hajlított, tompa vége nem tapintható a tracheostoma felső harmadában. A tűt a 2/0-s prolen fonállal belülről kifelé átnyomja a tracheostoma felső harmadában. A hegyes fémkúpon - melybe egy tű van rögzítve - és a katéteren átvezeti a hurkot képező kettős dróthuzalt és azt az átfúrt ellentartó golyó mögött rögzíti. Ezt követően a 2/0-s prolen vezető fonalat összeköti a drót hurokkal. A fonal és a dróthuzal meghúzásakor a fémkúp hegyes vége — belsejében a tűvel — perforálja a lágyszöveteket és magával húzza a katétert.

Ezután a hangprotézis könnyen behelyezhető a szokásos módon a fisztulába. Az oesophago-trachealis (ET) punkció előnye a Blom-Singer-punkcióval szemben, hogy a nyelvcső vagy a garat hátsó falának sérülése kizárt és a punkcióval kapcsolatos szövődeményekkel nem kell számolni.

BEVEZETÉS

Laryngectomizált betegek hangképzésére a hangprotézis implantáció előtti időben két lehetőség adódott. Az egyik az úgynevezett oesophagopharyngealis hangképzés, a másik az elektrolarynx használata

A Blom-Singer-punkció és a hangprotézis implantáció mérföldkő volt a laryngectomizált betegek beszédrehabilitációjában.

Blom és Singer úgynevezett "duck bill" protézisről szóló első közleménye (1980) után évről-évre jelentek meg más szerzőktől is publikációk újabb és újabb protézisekről. Az új protézisek mellett új módszerekről - insufflációs teszt, lidocain teszt - is beszámoltak, amelyek az implantáció várható eredményeiről adtak felvilágosítást. Míg a műtét előtti diagnosztikai módszerek és a hangprotézisek minősége egyre fejlődött, a punkciós technika az utolsó 20 évben nem változott. Még ma is a két évti-

* Cím: 1085 Budapest, VIII. Gyulai Pál u. 2.