

617.541-001-06-007.253

PRIEDUŠKOVO-KOŽNÁ PÍŠTALA PO PORANENÍ HRUDNÍKA ČREPINOU

Podplukovník MUDr. Štefan CYPRICH, oddelenie tuberkulózy,
Vojenská nemocnica SNP v Ružomberku

Pod prieduškovou píšťalou rozumieme taký chorobný stav, pri ktorom sa v dôsledku poranenia, operácie, alebo patologického procesu vytvára trvalé spojenie priedušky cez otvor vonkajšej steny hrudnej s atmosférickým vzduchom (prieduško-kožná píšťala), alebo vzniká spojenie priedušky s pohrudničnou dutinou (prieduško-pohrudničná píšťala), s dutinou v pľúcach (prieduško-pľúcna píšťala), alebo s inými orgánmi (pažerák, žalúdok, pečeňka . . . , prieduško-orgánová píšťala) [KUPRIJANOV].

O prieduškovej píšťale ako samostatnej nozologickej jednotke hovoríme len vtedy, ak pretrvávajú píšťala, a proces, ktorý dal podnet k jej vzniku, už odoznel. V ostatných prípadoch je priedušková píšťala len pridruženou komplikáciou, ktorá môže mať rozhodujúci vplyv na ďalší vývin základného onemocnenia.

Oneskorená prieduško-kožná píšťala, ktorá vzniká mnoho rokov po poranení, je zjavom veľmi zriedkavým.

Vlastné pozorovanie

Na našom oddelení sme mali možnosť vyšetriť a liečiť nemocného s prieduško-kožnou píšťalou, ktorá vznikla po desiatich rokoch po poranení hrudníka črepinou granátu. Pretože je svojím charakterom a priebehom zaujímavá, krátko o nej referujeme.

Nemocný V. Š., 20ročný vojak prvého ročníka základnej služby, odoslaný na naše oddelenie s diagnózou: výpotkový zápal pohrudnice vpravo zistený pri abrografickom vyšetrení.

Z anamnézy: Rodinná bezvýznamná, v osobnej udáva v desiatich rokoch mnohonásobné povrchné poranenie tela črepinami pri výbuchu granátu z väčšej vzdialenosti, po ktorom bol len vyšetrený, liečený nebol. Pred tromi rokmi zápal pľúc vpravo, liečený obvodným lekárom. Pred dvoma mesiacmi pre teploty, bolesti na pravej strane hrudníka a silný kašeľ bol krátko liečený na ošetrovni útvaru.

Nález pri príchode: Subjektívne suchý kašeľ, bolesti nad pravou bázou pľúc pri dýchaní. Objektívne na prehľadnej snímke pravý vonkajší uhol tupý, jemne zastretý. Ináč normálny nález pľúcny. Do tieňa pečienky sa medzi siedmym a ôsmym rebrom vpredu laterálne premieta malý kovový sýty tieň. Fyzikálne malé poklepové prítlmenie s oslabeným dýchaním vpravo nad bázou. FW 25/57, Mantoux - II - infiltlát v priemere 6 mm, KO - normálne hodnoty.

Pri celkovej prehliadke na prednej ploche dolnej časti hrudníka, brucha a dolných končatín zhojené malé jazvy po mnohonásobnom poranení črepinami.

Po liečbe PNC skiaskopická kontrola po 7 a 14 dňoch vykazuje ústup zmien; na vrstvových snímkach pretrvávajú vo vonkajšom uhle nehomogenné zatienenie (snímka 1), FW 3/9.

Subjektívne nemocný pozoruje stupňujúci sa kašeľ s malou expektoráciou. Pre nález nosných polypov prevedená operácia. V priebehu ďalšieho pozorovania stupňujúci

sa dráždivý kašeľ s vykašľávaním žltého spúta, postupný výstup teplôt. Na prednej stene hrudníka, v prednej axilárnej čiare vo výške rebrového oblúka zvytvára sa pomaly podkožné zdurenie, bez zápalových zmien na koži. Zahájená liečba antibiotikami so širokým účinkom. Napriek tomu obtiaže pretrvávajú, zdurenie na hrudnej stene sa zväčšuje na veľkosť vajčeka a nachádzame zreteľnú fluktuáciu. Punkciou získaný hustý žltohnedý sekrét, kultivačne sterilný. Po niekoľkých dňoch otvorila sa na povrchu hrudníka malá píšťala, cez ktorú pri tlaku vyteká väčšie množstvo hnisu s prímiesou krvi. Celková liečba antibiotická doplnená i miestnym podávaním do píšťaly. Pre podozrenie na možnosť spojenia s prieduškou použité metylenovej modrej k výplachu, ktorá sa objaví i vo vykašľanom obsahu. K upresneniu pomerov v abscesovej dutine a objasneniu spojenia s prieduškou prevedená fistulografia (snímka 2), ktorá vedľa rozsiahlej kapsy s viacerými chobotnatými výbežkami ukazuje spojenie abscesovej dutiny s prieduškou dolného bočného segmentu dlhou nepravidelnou píšťalou, ktorou sa pri fistulografii naplnila prieduška dolného bočného segmentu s jej nepravidelným rozšírením a postupne i ostatné priedušky dolného laloku.

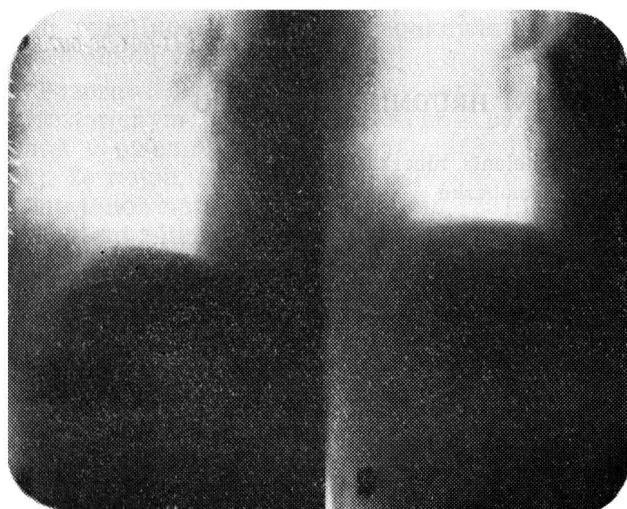
Po neúspešnej trojmesačnej konzervatívnej liečbe s pokusmi o uzavretie píšťaly rozhodli sme sa indikovať chirurgické riešenie, s predpokladom odstránenia cudzieho telesa, likvidácie hnisovej kapsy, likvidácie vonkajšej i vnútornej píšťaly s predpokladom možnej resekcii pľúc.

Po presnej lokalizácii cudzieho telesa a priebehu píšťaly, ako i rozsahu a uloženia hnisovej kapsy prevedená v celkovom endotracheálnom znecitlivení zadná bočná torakotómia v siedmom medzirebrí vpravo. Pľúca v rozsahu dolného laloku plošne prirastené — odlúčené extrapleurálne. Periferný úsek 9. segmentu chronicky zápalovo zmenený, fixovaný k abscesovej dutine uloženej v prednom bočnom bráničnom uhle. 9. segment odstránený technikou segmentárnej resekcii, spojený chronickou píšťalou s abscesovou dutinou. Excidované kožné výústenie píšťaly, odkiaľ nasondovaná dutina, ktorá je mnoholaločnatá. Veľká časť abscesovej kapsy resekovaná, zbytok exkochleovaný. Cudzie teleso sa nepodarilo nájsť, ani odstrániť.

Pooperačný priebeh bol normálny, nemocný po šiestich týždňoch prepustený do domácej liečby.

Po troch mesiacoch prišiel nemocný znovu na oddelenie v zhoršenom stave. V operačnej jazve v oblasti pôvodnej píšťaly široko otvorená píšťala s granuláciami, z ktorej vyteká väčšie množstvo hnisu. Na rtg. snímke pľúc nevidieť žiadnych zmien oproti prepusteniu. Nemocný neudáva, že by vykašľával hnis.

Po antibiotickej príprave celkovej i miestnej a laváži abscesovej kapsy prevedená znovu fistulografia, ktorá ukazuje mnoholaločnatú abscesovú kapsu v pôvodnom mieste, nepotvrzuje však spojenie s prieduškou (snímka 3). K doplneniu a upresneniu umiestnenia cudzieho telesa prevedená i vzduchová náplň kapsy (snímka 4), ktorá upresňuje jej rozsah a ukazuje, že v jej najnižšie uloženom výbežku je umiestnené cudzie teleso, obklopené vzduchovou náplňou. Cudzie teleso bolo teda hlavným vyvolávacím momentom, ktorý zapríčinil vznik i recidívu píšťaly. Z uvedených dôvodov prevedená znovu v celkovom znecitlivení torakotómia v 7. medzirebrí vpravo. Prístup do dutiny hrudnej sťažený pre rozsiahle zrasty nad dolným lalokom, ktorý musel byť uvoľnený extrapleurálne. Po jeho uvoľnení sme narazili v prednom bočnom bráničnom uhle na rozsiahlu abscesovú kapsu, široko naliehajúcu na bránicu i na stenu hrudní. Pri jej uvoľňovaní od steny hrudnej zisťujeme zreteľné nahľadanie 8. rebra, preto jeho prednú časť resekujeme, čím sa podstatne zlepšil prístup k abscesovej kapse. Po jej incidovaní a vyprázdnení obsahu nachádzame

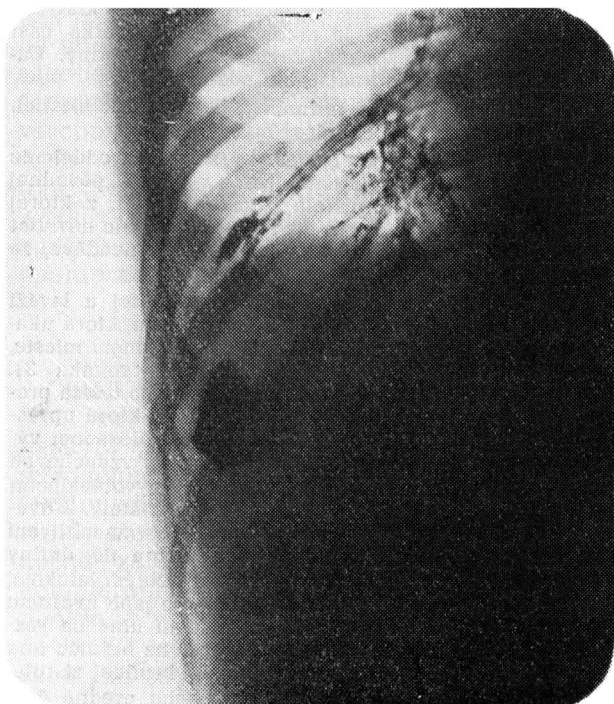


Snímka 1

v jej najdistálnejšom výbežku nepravidelné kovové cudzie teleso, vklínené už do tkane bránice. Po opatrnej preparácii podarilo sa oddeliť celú abscesovú kapsu a vcelku odstrániť. Po prevedení dekortikácie dolného laloku a oddelenej drenáži dutiny hrudnej a priestoru abscesovej dutiny defekt na stene hrudnej krytý plasticky.

Pooperačný priebeh dobrý. Nemocný za 6 týždňov vo veľmi dobrom stave s dobrými funkčnými hodnotami, dobre rozvinutými pľúcami a pevne zhojenou jazvou prepustený do domáceho ošetrovania. Pri kontrole za 3 a 6 mesiacov bez obtiaží, rana pevne zhojená (snímka 5).

Histológia: Z resekovaného segmentu: gangrenózne nekrotické zmeny, píšťala s granuláciami a nekrotickými zmenami.



Snímka 2

Diskusia

Prieduškové píšťaly v normálnej praxi sú zriedkavým onemocnením, zato sú pomerne častou komplikáciou strelných poranení hrudníka, hlavne vojnových, spôsobených nepravidelnými črepinami.

V dobe pred širokým použitím antibiotík boli častou komplikáciou i u chronických hnisavých onemocnení pľúc a pohrudnice. Relatívne častejší výskyt priniesol so sebou rozvoj hrudnej chirurgie — tu sa častejšie vyskytujú po operáciách pre hnisavé procesy ako pre iné maligné onemocnenia.

Väčšinu prieduškových píšťal tvoria píšťaly prieduško-pohrudničné a pľúcne (90 %) a len malú časť píšťaly prieduško-kožné. Vytvárajú sa bezprostredne v priebehu onemocnenia, alebo v krátkom časovom úseku po poranení. Len veľmi zriedkavo vznikajú oneskorene po niekoľkých rokoch.

Viacerí autori navrhli klasifikáciu týchto onemocnení z rôznych hľadísk (LINBERG, TALMAN, SAUERBRUCH).

Praktickým potrebám zodpovedá klasifikácia prijatá na základe bohatých skúseností vo Veľkej vlasteneckej vojne, ktorá rozoznáva:

1. píšťaly prieduško-kožné
 - a) vyúsťujúce širokým otvorom, krytým mnohovrstevným epitelom,
 - b) vyúsťujúce úzkym kanálom, tvoreným zápalovými granuláciami s mnohonásobnými rozšíreniami a nekrotickými úsekmi.
2. píšťaly prieduško-pohrudničné
 - a) vonkajšie
 - b) vnútorné
3. píšťaly prieduško-pľúcne
 - a) vonkajšie
 - b) vnútorné
4. píšťaly prieduško-orgánové (žalúdočné, pečienkové, pažerákové atd.).

Všetky môžu vytvárať jednotlivé alebo mnohonásobné píšťaly.

Klinický obraz prieduškových píšťal je mnohový, a tak raz ovláda klinický obraz samotná píšťala, inokedy je jej prítomnosť prekrytá príznakmi empyemu hrudníka, chronickým hnisavým onemocnením pľúc alebo iných orgánov.

Diagnostika prieduško-kožných píšťal nebýva obyčajne ťažká, predsa však, hlavne píšťaly s úzkym kanálovým vyústením, bývajú často zamieňané s píšťalami hrudnej steny.

Správnu metódu liečby možno voliť len na základe starostlivého vyšetrenia a pozorovania nemocného, ktoré nás vedľa znalostí celkového stavu informuje o druhu a charakteru píšťaly, o prítomnosti alebo neprítomnosti dutín, rozšírení alebo chobotnatých výbežkoch, o prítomnosti osteomyelitických procesov rebier a o prítomnosti cudzích telies a iných zmenách prieduškového stromu, pľúc, pohrudnice a hrudnej steny. Vyšetrenie musí nám objasniť i spôsob a mechanizmus vzniku píšťaly, ako i hlavný faktor, ktorý



Snímka 3



Snímka 4

rozhoduje o jej existencii a pretrvávaní. Liečba musí byť zameraná nielen k odstraneniu píšťaly, ale hlavne jej príčiny, s využitím konzervatívnych i radikálne chirurgických prostriedkov.

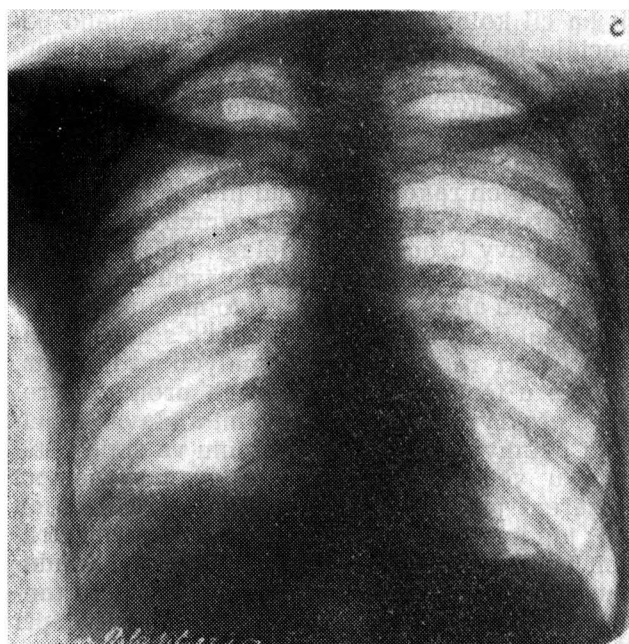
U popísaného nemocného išlo o prieduško-kožnú píšťalu, ktorá vznikla 10 rokov po prenikajúcom poranení hrudníka črepinou granátu. Vzhľadom na to, že v žiadnom zdravotníckom zariadení, kde bol nemocný pred tým vyšetrovaný, sa nezachovala objektívna dokumentácia, vysvetľujeme si vznik píšťaly takto: Po prenikajúcom poranení hrudníka ostala v perifernom úseku pľúc (v 9. segmente) vhojená črepina. Jej pôsobením, možno i vlivom interkurentnej infekcie došlo k vzniku chronickej zápalovej reakcie — gangrenózneho procesu v pľúcach, postupnému putovaniu črepiny až po bránicu, k vzniku pohrudničnej reakcie, vytvoreniu ohraničeného abscesu v bráničnom uhle, k osteomyelitíde 8. rebra a vytvoreniu kožnej píšťaly, spojenej cez absces a vysekvestrovaný kanál s prieduškou, v nej k vzniku degeneratívne ektatických zmien.

Hlavnou príčinou jej vzniku bola prítomnosť cudzieho telesa, príčinou jej udržiavania degeneratívne zmeny priedušky, gangrenózny proces v pľúcach, prítomnosť rozsiahleho abscesu s novými chobotnatými výbežkami a osteomyelitída 8. rebra.

Z toho dôvodu sme volili i liečebný postup tak, že po celkovej i miestnej, pomerne dlhej antibiotickej príprave sme odstránili proces na prieduške a pľúcach — resekciou 9. segmentu, abscesovú kapsu — jej extirpáciou, odstránili cudzie teleso a resekovali postihnuté 8. rebro.

Súhrn

Popísaný prípad prieduško-kožnej píšťaly, ktorá vznikla 10 rokov po prenikajúcom poranení hrudníka. V diskusii krátko poukávané na hlavné problémy prieduškových píšťal a objasnený vznik píšťaly u nemocného a zdôvodnený liečebný postup.



Snímka 5

Резюме

Описан случай бронхо-кожного свища, возникшего через 10 лет после проникающего ранения грудной клетки. Обсуждаются главные проблемы бронхиальных свищей, дано объяснение возникновению свища у больного и обоснован выбранный метод лечения.

Summary

A case of a tracheo-cutaneous fistule, which occurred 10 years after a penetrating injury of the chest,

is described. The main problems of tracheal fistules are briefly discussed, the reason why the fistule occurred in this patient and the therapy is explained.

Poznámka:

(Operácie prevedené na chirurgickom oddelení vojenskej nemocnice Ružomberok).

Písomníctvo u autora.