

PŘÍSPĚVEK K LÉČBĚ PATROVÝCH HLÍZ

Pplk. MUDr. Tibor NÉMETH, CSc.

oddělení obličejové a čelistní chirurgie Ústřední vojenské nemocnice, Praha
(náčelník: plk. doc. MUDr. J. Kufner, DrSc.)

Chirurgická léčba patrové hlízy je poměrně jednoduchá a spočívá v incizi nebo v excizi oválného okénka v oblasti blíže střední čáry, abychom zákrokem nepoškodili povodí palatinální artérie. Po incizi se doporučuje tuto ránu drénovat, drén buď jenom zavést, přišít, nebo denně incizní ránu peánkem dilatovat a drén nezavádět.

Nejčastěji vzniká patrová hlíza od infikovaného malého řezáku, méně často od palatinálních apexů přemolárů nebo molárů. V krátkém sdělení se chceme zabývat léčbou patrových hlíz, které vznikají od malých horních řezáků.

Běžný, rutinní postup po diagnóze a při léčbě patrové hlízy je ten, že se provede intraorální incize a trepanace příčinného zubu. V dalším postupu se příčinný zub lege artis ošetří, zaplní a v případě periapikálního nálezu se provede amputace kořenového hrotu. Tento postup je vhodný v naprosté většině případů.

Jiný by měl být postup ošetření patrové hlízy v těch případech, kdy jde o zhnisalou větší radikulární cystu z oblasti horních malých řezáků s uzurací patrové kostěné lamely. V těchto případech nám klasický, dříve uvedený chirurgicko konzervativní postup přináší některé problémy. Především v tom, že se rána po incizi na patře hůře hojí a při následném

nutném chirurgickém odstranění vaku cysty mohou vzniknout orocystická nebo orocystoantrální či orocystonazální patrová spojení, která se velmi obtížně uzavírají, protože pod suturou chybí kostěný podklad.

Jako příklad chceme demonstrovat dva nemocné, kteří byli hospitalizováni na oddělení čelistní a obličejové chirurgie ÚVN v Praze. U obou šlo o velké zhnisalé kořenové cysty s patrovou propagací, vycházející od zubu 2 plus. Hlízy byly primárně ošetřeny incizí na patře a trepanací příčinného zubu. Až po incizi byl zhotoven rtg snímek a po zjištění velké kořenové cysty byl jeden z nich (pac. G. M.) odeslán na naše oddělení k operaci, druhý (pac. H. V.) byl operován mimo náš ústav. Na našem oddělení i v mimopražské nemocnici byla provedena u pacientů exstirpace cysty s převedením její dutiny do spodiny nosní pro intimní blízkost cystické dutiny s dolním nosním průchodem. Asi za dva měsíce po výkonu se u obou pacientů objevila patrová komunikace v místě dřívější incize, která ústila do dutiny po exstirpaci cysty. Oba pacienti byli poté hospitalizováni na našem oddělení a po klinickém vyšetření, výpláších a bakteriologickém vyšetření jim byla komunikace uzavřena patrovým lalůčkem na distální

stopce. U pacienta G. M. byla nutná po dvou měsících reoperace.

Diskuse

Podrobně probíráme léčení patrových hlíz proto, že se nám zdá, že rutinně prováděná incize může vést k určitým komplikacím a obtížím jak ze strany pacienta, tak ze strany ošetřujícího lékaře. Pro pacienta je patrová komunikace velmi nepříjemná a pro chirurga léčebně velmi nevděčná. V uvedených případech (velká cysta, uzurace patrové kosti, infekce) je vždy nebezpečí rozpadu sutury a obnovení komunikace, protože sutura neleží na kosti. Považujeme proto za vhodnější u patrových hlíz, které vzniknou na podkladě větší radikulární cysty, provádět incizi ve vestibulu s následnou dokonalou trepanací příčinného zubu. Dříve však, než přistoupíme k incizi, je nezbytně nutné si předem zhotovit dobrý rtg snímek, protože podle velikosti nálezu budeme provádět zákrok. Obsah cysty se dá evakuovat i vestibulární incizí a trepanací zubu a při další chirurgickokonzervativní léčbě usnadníme práci chirurgovi a především předejdeme a zabráníme pozdějšímu možnému vzniku patrových komunikací, které se velmi obtížně hojí. Je na místě připomenout, že malé

patrové komunikace se musí většinou řešit velkými patrovými laloky nebo laloky z jazyka. Malé rotované lalůčky při léčení výše uvedených komunikací nejsou vhodné.

Závěr

V předložené práci bylo poukázáno na uvážlivost při ošetřování patrových hlíz. V případech infikovaných velkých kořenových cyst od horních frontálních zubů s propagací na patro doporučujeme provést nejdříve rtg vyšetření postižené oblasti a podle velikosti nálezu pokračovat v léčbě. U těchto cyst neprovádět incize na patře, jako prevenci vzniku patrových, těžko léčitelných komunikací, ale incize vestibulární s trepanací příčinného zubu.

Literatura

1. Edlan, A.: Intraorální incize. Čs. Stomat., LX, 2, 1960.
2. Nasteff, D.: Operationslehre der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie. Berlin, VEB 1971.
3. Thiecke, R. W.: Oral pathology 1965.
4. Thoma, K. H.: Oral surgery. St. Louis 1958.
5. Toman, J.: Ústní a čelistní chirurgie. Avicenum 1972.
6. Živný, J.: Oronasální komunikace. Čs. Stomat., 5, 1956, s.