

616.716.8-007.253-031.77-089

ANTROORÁLNÍ PÍŠTĚLE A KOMUNIKACE

Plk. MUDr. M. FIALA

Otolaryngologické oddělení vojenské nemocnice v Českých Budějovicích
(náčelník: plk. MUDr. Miloš Fiala)**Úvod**

Spontánní antroorální komunikace nejsou časté. Kongenitální nebyly popsány [5], sekundární zjistíme někdy při maligním, ale i benigním nádoru [4]. Častěji se vyskytují jako komplikace po léčebných výkonech a to:

1. po radikální operaci čelistní dutiny v přední stěně v řase bukogingivální
2. po extrakci zubu v alveolu

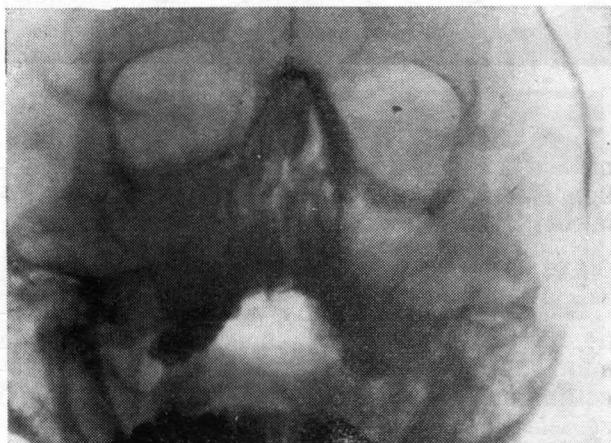
Vlastní pozorování

Od roku 1970 do roku 1979 jsme operovali na našem oddělení 266krát podle Caldwell-Luca, přičemž jsme sanovali 25 (9,4 %) antroorálních komunikací. Dvakrát (0,8) šlo o komunikaci, která byla následkem radikální operace, 23krát (8,6 %) následkem stomatologického výkonu. (Poznámka: v tomto sdělení budeme používat označení komunikace jako nad-

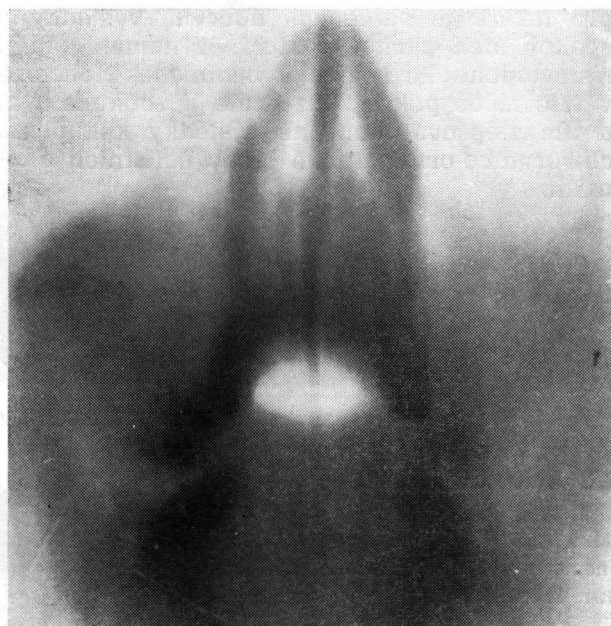
řazeného pojmu, protože nemůžeme často posoudit, kdy šlo o pravou píštěl a kdy o pouhou dehiscenci tkáně bez vlastní výstelky.)

1. Komunikace po radikální operaci čelistní dutiny

Nemocný č. 1 des. zákl. služby S. M., č. chorob. 89/76 a 180/76. Došel s nebolestivým otokem tváře 3 měsíce trvajícím a stále narůstajícím. Místní nález: nádor velikosti švestky, vycházející z pravé čelistní dutiny, vrůstající do tváře. Rtg. VND (obr. 1 a obr. 2), závěr: dys-



Obr. 1. Dystrofický kostní proces v těle jařmové kosti s destrukcí laterální stěny antra vpravo-předozadní rtg prosté vyšetření



Obr. 2. Dystrofický kostní proces v těle jařmové kosti s destrukcí laterální stěny antra vpravo-předozadní rtg tomografické vyšetření

trofický kostní proces v těle kosti jařmové s destrukcí laterální stěny antra. Při operaci v celkové anestézii byl odstraněn útvar dobře ohraničený, velikosti malé mandarinky, nacházející se pod milimetrovou slizniční vrstvou,

který způsobil defekt části přední stěny čelistní dutiny a excesivní ztenčení zbývajících stěn. Dilatace čelistní dutiny byla odhadnuta na 50 cm³. Bylo šito ve dvou vrstvách při nepatrném množství tkáně, které bylo k dispozici. Hojení probíhalo normálně, ale po měsíci vznikla komunikace v přední stěně antra. Po revizní operaci normálním pooperačním nálezem v dutině došlo ke zhojení.

Nemocný č. 2 rtn. z pov. K. J., č. chorob. 117/77 s akutní pravostrannou polysinusitidou byl po neúspěchu konzervativního léčení (bloky při punkcích) operován podle Caldwell-Luca s etmoidektomií. Po operaci měl všechny obtíže výraznější, než bývá obvyklé. Pátý den plival krev, z rány neustále odsával sekreci i přes zákaz. Osmý den uvedeno v chorobopise, že se rána hojí per secundam, výplach však byl čistý, devátý den se počíná uvažovat o komunikaci, desátý den je komunikace jasná, výplach je hnisavý. Vyplachováním dutiny došlo k čistým výplachům, komunikace však přetrvávala. Pro nepřítomnost náčelníka oddělení byl odeslán na ORL oddělení ÚVN Praha, kam došel po několika dnech s flegmónou tváře. Po jejím uklidnění byla provedena revizní operace čelistní dutiny s etmoidektomií a sphenoidektomií s nálezem hyperplastických pooperačních tkání. I při značném nedostatku měkkých tkání po excizi komunikace se zhojil per primam.

Uvedené dva případy by jistě nestačily k získání vlastních zkušeností, v uplynulých desetiletích jsme však měli komunikací již více, jak se zmíníme v diskusi.

2. Komunikace po extrakci zubu horní čelisti

Podle Weignera [6] se čelistní dutině nejvíce přibližuje 3. stolička, dále 2. a 1. stolička a 2. předstolička. Námi ošetřované komunikace vznikly nejčastěji po extrakci první stoličky (11krát — 47,8 %), druhé stoličky a druhé předstoličky (5krát — 21,7 %). Toto zjištění se shoduje se zkušenostmi stomatologů.

Alveolární komunikaci může napomáhat anatomická odchylka čelistní dutiny. Palatinální reces, který někdy vybíhá pod spodinu nosu, byl příčinou komunikace u druhého řezáku (K. F. chor. č. 17/44). Jindy může dojít k vytvoření zubní cysty na předních zubech, která potom vytvoří růstem komunikaci s čelistní dutinou. U dvou nemocných jsme se setkali s oboustrannou komunikací. Jednoho jsme operovali oboustranně podle Caldwell-Luca, u druhého došlo ke spontánnímu zhojení komunikace vzniklé před časem na jedné straně, kde byl rovněž rtg nález dutiny normální a operovali jsme pouze jednostranně. Akutní komunikace s cizími tělesy jsou snášeny dobře, pouze tři nemocní z osmi měli bolesti, a otok rychle ustupující. Nemocní s chronickými cizími tělesy a píštělemi měli obtíže vždy. Stěžovali si na otoky, bolesti, pocit plnosti. Některé znervožňovalo, že jim uniká vzduch z nosu do dutiny ústní.

Častost komunikací podle extrahovaných zubů

Tab. 1

	1	2	3	4	5	6	7	8	Celkem
Komunikace bez cizího tělesa		1×		1×	5×	6×	1×		14×
Komunikace s fragmenty zubů						4×	4×		8×
Komunikace s jiným cizím tělesem						1×			1×
Celkem		1×		1×	5×	11×	5×		23×

Časový interval od nehody k operaci

Tab. 2

Operace	1. den	3.–7. den	14.–21. den	Děle	Celkem
Zubní kořen v čelistní dutině	1×	5×	1×	1×	8×
Komunikace a podezření na zubní kořen v dutině		3×			3×
Komunikace a jiné cizí těleso				1×	1×
Komunikace se zánětem v dutině		1×	1×	9×	11×
Celkem	1×	9×	2×	11×	23×

Tabulka 2 ukazuje, že u komunikací s cizími tělesy jsme operovali dříve, u prostých komunikací později. Obtíže této druhé skupiny trvaly od jednoho týdne do jednoho měsíce. Porovnání makro a mikroskopických nálezů v operovaných čelistních dutinách je patrné na tabulce 3.

U 23 operovaných byl 22krát (95,6 %) zjištěn zánět sliznice a to:

a) Akutní zánět, kdy se sliznice jevila makroskopicky jako kyprá, zarudlá, prosáklá tkáň síly 1–1,5 cm s četnými hemoragiemi, které byly popsány i histologem. Tento druh zánětu jsme popsali v operačním protokole 3krát (13 %). Histologem byl zjištěn 2krát (8,5 %), vždy u akutních cizích těles, avšak i u těchto jsme našli 3krát chronický zánět.

b) Chronický zánět jsme hodnotili 19krát (80,2 %), histologicky byl prokázán 20krát (86,9). Naprostou hypertrofii jsme usuzovali 3krát, hnísavou formu zánětu se zapáchající sekrecí jsme viděli rovněž 3krát a to vždy u cizích těles. Hnísavý zánět byl 2krát u chronických cizích těles, jednou u operovaného s vtačeným zubním kořenem do čelistní dutiny před třemi týdny. Polypózní hyperplazii sliznice jsme nacházeli nejčastěji u prostých antroorálních komunikací a sice 6krát (26,0 %). Polypózní sinusitida byla mikroskopickým vyšet-

řením potvrzena rovněž 6krát. Nejčastějším histologickým nálezem byla prostá hyperplazie, celkem 14krát (60,9 %).

V hrubých rysech jsme se s histologem shodovali. Jeho diagnóz bylo přirozeně více, někdy nám mikroskopický nález terpve osvětlil skutečné poměry v antru. U nemocného V. V. č. chor. 113/79 jsme uvedli v operačním protokolu: dutina je vyplněna kulovitým útvarům tuhé až kostní konzistence, chronická hypertrofická sinusitis. Histolog. nález: 1. cévnatě vazivo, plazmatocyty v převaze, 2. sliznice cysty, ztlustělý periost, radiální spongiózní kost, osteomyelofibróza, 3. sliznice dutiny bez zánětlivých změn.

Vysvětlení: cysta s kostní stěnou vyplňovala prakticky celou dutinu. Tato měla jakoby dvojíto kostní stěnu. Cysta kopírovala dutinu a její sliznici jsme považovali za sliznici dutiny. Nepatrný zbytek sliznice při etmoidálním recesu kvalifikoval histolog jako normální sliznici.

Byly i jiné histologické nálezy zasluhující pozornosti: 2krát dlaždicobuněčná metaplazie, 3krát eozinofilní granulocyty, 4krát dentální cysty, granulomy, osteom.

Odhaduje se, že počet odontogenních sinusitid dosahuje 7–14 % (2). K tomu můžeme podle uvedených pozorování udát, že i počet operací čelistních dutin pro iatrogenní stoma-

Tab. 3

Makro a mikroskopické nálezy v čelistních dutinách

	Zubní kořen v dutině		Cizí těleso v dutině		Podezření na cizí těleso v dutině		Antroorální komunikace		Celkem	
	makro.	mikro.	ma.	mi.	ma.	mi.	ma.	mi.	ma.	mi.
1. Sliznice normální	1							1	1	1
2. Akutní zánět s hemoragiemí	3	2							3	2
3. Chronický zánět – prostá hypertrofie	1	6		1	1	1	1	6	3	14
– prostá polyposis	2	1	1			1	6	4	9	6
– cystická degenerace					1	1	3	1	4	2
– polyposis s hnisem	1		1	1			1		3	1
– eozinofilie		1		1				1	—	3
4. Dentální cysty granulomy		1					1	1	1	1
5. Osteomy		1		1					—	2
Celkem	8	12	2	3	2	3	12	14	24	32

tologické komplikace dosahuje na našem oddělení tohoto počtu a to 9,6 % (1). Jsou známé těžké, život ohrožující komplikace odontogenních sinusitid (8), které jsou časem zveřejněny. V naší sestavě nemáme tak těžké komplikace, nicméně 6 perimaxilárních komplikací, které jsme pozorovali v naší sestavě je počet, který se u rinogenních nevyskytuje. Naš nejtěžší nemocný byl P. P., č. chor. 8/70, u kterého došlo k osteomyelitidě přední stěny antra, když byla u něho vyplněna zubní hmotou dentální cysta, který trpěl horečkami, bolestmi a otoky tváře, a V. V., č. chor. 113/79, s recidivujícím abscesem tváře, několikrát téměř každý měsíc incidovaným, s místním nálezem výše popsaným.

Onemocnění sliznice nepřekračovalo na jiné dutiny. I když jsme 6krát provedli vnitřní etmoidektomii, ani jednou jsme nehodnotili jako polysinusitis, častou u rinogenní sinusitidy. Dále stojí za zmínku, že jsme neviděli jen částečné onemocnění sliznice, např. jen v okolí pístěle. Sliznice byla vždy postižena celá.

Rozprava

Na otázku, proč po radikální operaci čelistní dutiny někdy vznikne antroorální komuni-

kace, není patrně jednoznačná odpověď. Prostá dehiscence tkáně při šití operační rány není zřejmě jedinou příčinou.

Makbeth (3), Seiffert (6) a Zange (8) i jiní operační ránu nešíjí a jsou toho názoru, že nešíť rána se sama lépe adaptuje a sroste než rána šitá. Sami jsme vícekrát byli svědky hojení rány per primam, i když byla opakovaně otevírána při vkládání různých materiálů do čelistní dutiny po úrazech, kdy mukoperiostální lalok byl tenký a proděravělý. Vznik komunikace po radikální operaci považujeme za méně časté pozorování, ale Lange (3) uvádí, že nejde o řídkou komplikaci.

K sanaci komunikace nestačí podle našeho názoru provést běžnou plastiku pístěle. Je nutno odpovědně posoudit, zda není nutno provést revizní operaci dutiny nebo i dalších z onemocnění podezřelých dutin. Pokud nejde o nezhojení rány z důvodu celkového onemocnění, je lépe připouštět možnost účasti či spoluúčasti zánětu v dutině na vznik pooperační komunikace. Naš první nemocný se zhojil po revizní operaci a v tomto případě jsme připouštěli jako příčinu skutečně nedostatek tkáně snad atrofickým procesem poškozené. Seiffert (6) upozorňuje na tyto možnosti po operaci radikulárních cyst a doporučuje pro před-

cházení píštělí operace cestou endonazální, pokud to je jen možné. Podle Langeho (3) se však tato cesta v poslední době opouští.

U našeho druhého nemocného šlo o hojení rány per secundam, s pozdní infekcí tváře. Flegmona mohla mluvit pro cizí těleso, které však nalezeno nebylo. Za příčinu je možno považovat malou radikalitu první operace, ale nechtěli bychom též nechat bez povšimnutí neustálé malverzace operační rány samotným nemocným.

Pro předcházení komunikací po radikálních operacích čelistní dutiny jsme si již před léty vytkli tato pravidla: Horizontální řez vedeme dosti vysoko a s rovinou proloženou šikmo vzhůru, v dolní části operační rány musíme získat dostatečně velký lalok odloučený s periostem, ránu šijeme ve dvou vrstvách gatgutem, operujeme v antibiotické cloně a hlavně se vyvarujeme poškození alveolu ponecháním dostatečně velkého můstku kosti nad bází dutiny. Vyvarujeme se kontrolování rány a elevování horního rtu do deseti až čtrnácti dnů po operaci. Stehy neodstraňujeme. Rovněž nabádáme nemocného, aby byl k operační ráně šetrný a nepozoroval nedočkavě její hojení. Zakazujeme mu smrkat a z rány odsávat.

Komunikace po extrakci zubu operujeme vždy radikálně podle Caldwell-Luca. To proto, že akutní komunikace se dostanou na naše oddělení pouze tehdy, kdy má stomatolog podezření, že zatlačil zubní kořen do dutiny, a potom považujeme za nezbytnou radikální operaci, pokud postižený nedorazí do 8 hodin od nehody, dokud je ještě možno odstranit kořen prostou antrotomií přední stěny, jak jsme podrobně uvedli v jiné naší práci (1). Chronické odontogenní píštěle navíc se zánětem v čelistní dutině zásadně považujeme za podezřelé z cizího tělesa.

Komunikace po radikální operaci šijeme po odstranění jejího okolí jako při normální operaci podle Caldwell-Luca. Komunikaci po extrakci zubu kryjeme co největším lalokem po-

loženým přes otvor v alveolu vytvořeným ze sliznice dutiny nosní, s déle ponechanou tamponádou. Pouze mimořádně velická komunikace se nám takto nepodařila uzavřít.

Souhrn

Na ORL oddělení ve vojenské nemocnici v Českých Budějovicích provedli od roku 1970 do roku 1979 266 radikálních operací podle Caldwell-Luca. Z toho 25krát (9,4 %) pro antroorální komunikace. Dvakrát (0,8 %) bylo operováno pro komunikace po radikální operaci, 23krát (8,6 %) po extrakci zubu. Nehojící se komunikace nemají podle názoru autora jednoznačný původ, značnou roli hraje nezhojený proces v čelistní dutině, což dokládá patologickými nálezy na sliznici operovaných dutin i nálezem cizích těles.

Literatura

1. Fiala, M.: Naše zkušenosti s léčbou odontogenních komplikací po stomatologických výkonech. Referát na XXVIII. prac. dnech Slovenské ORL společnosti 1980, Podskali.
2. Kotyza, Fr.: Nespecifické záněty vedlejších dutin nosních. Základy otolaryngologie, Praha, SZdN 1959, s. 251—253.
3. Lange, G.: Operative Behandlung der entzündlichen Nasennebenhöhlen-Krankheiten. In: Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde in Praxis und Klinik in Berendes, J., Link, R., Zöllner, F., Stuttgart, Thieme 1977, s. 13.8 až 13.10.
4. Neuman, K.: Spongiózní osteom čelistní dutiny. Čs. Otolaryng., 27, 1978, č. 1, s. 50—52.
5. Pellant, A.: Vývojové vady v oto-rhino-laryngologii. Praha, Akademia 1976.
6. Seiffert, A.: Die Operationen an Nase, Mund und Hals. Leipzig, Ambrosius 1953, s. 91—93, s. 142—145.
7. Weigner, K.: Topografická anatomie hlavy. Praha, Springer 1930, s. 315—318.
8. Zange, J.-Schuchardt, K.: Rhinologische und plastische Operationen auf Grenzgebieten mit der Ophthalmologie und Chirurgie. Leipzig, Thieme 1950, s. 1187—1188, s. 1157—1158.