

617.78-001.5

PŘÍSPĚVEK K NÁZORŮM NA LÉČBU HYDRAULICKÝCH ZLOMENIN OČNICE

MUDr. Kamil KAŠTOVSKÝ

Otorinolaryngologické oddělení Vojenské nemocnice, Olomouc
(ředitel: plk. MUDr. Milan Veselý)

Tabulka 1

Rozdělení úrazů obličejového skeletu

A. Dolní obličejová etáž:	
-	zlomeniny alveolárního výběžku
-	luxace mandibuly
-	zlomeniny mandibuly (v ozubené části, za zubní řadou, kloubního výběžku a svalového výběžku)
B. Střední obličejová etáž:	
-	zlomeniny nosních kůstek
-	zlomeniny maxily (typu Le Fort I, II, III a sagitální zlomeniny)
-	zlomeniny nazomaxilárního komplexu
-	zlomeniny zygomaticomaxilárního komplexu
-	zlomeniny očné
C. Horní obličejová etáž:	
-	zlomeniny frontobazální
D. Kombinované zlomeniny	

Četnost úrazů obličejového skeletu u příslušníků AČR ve spádové oblasti Vojenské nemocnice Olomouc v posledních letech nepřibývá a jejich závažnost se spíše snižuje. Víme však, že tato skutečnost není dána úbytkem těchto úrazů, ale skutečností, že donedávna platný systém „bodového vytěžení pacienta“ způsobil obří zájem nemocnic ošetřovat vojáky v činné službě v civilních zařízeních. Po zavedení paušálních plateb očekáváme návrat k historickým praktikám a léčbě vojáků opět ve vojenských zařízeních.

Z dokumentovaných případů vyplývá, že nejčastější příčinou zlomenin obličeje jsou potyčky mezi vojáky. U civilních nemocných, kteří byli hospitalizováni na našem oddělení, převládají ve shodě s jinými autory úrazy dopravní, trestné a nahodilé (9).

Úrazy obličejů jsou typicky mezioborovou oblastí otorinolaryngologie.

Léčebné postupy pak musí sledovat hned několik cílů: co možná dokonalou úpravu anatomických poměrů s nápravou poruch funkčních v oblasti dýchací a polykací, senzorických funkcí zraku a čichu a dále i cíl výsledného kosmetického efektu v souvislosti působení eventuálních porážkových deformit na psychiku jedince (3).

Na klasifikaci zlomenin se názory různých odborníků liší - od základní řady zavedené Le Fortem (r. 1901) přes dělení na zlomeniny centrální a laterální (ze 40. let) po závěry Kleinsassera z r. 1982 o opakování některých typů zlomenin, ale jen s výjimečnou možností jejich zařazení do známých schémat (3).

V roce 1993 se ve stomatologické literatuře objevuje názor Machálka na zlomeniny nedislokované, segmentální, dislokované a tříštivé a z tohoto třídění upřesňuje léčebné postupy (4).

Ve svém krátkém sdělení se chci věnovat poznámkám o našich zkušenostech s léčbou hydraulických zlomenin očníce. Autoři (9) je řadí mezi přímé zlomeniny očníce a mají je za méně časté.

Mechanismus vzniku je vysvětlován náhlým zvýšením intraorbitálního tlaku vzniklým úderem oblého předmětu na bulbus. Bulbus je vtážen do očníce a na zlomek sekundy enormně vzroste intraorbitální tlak šířící se všemi směry. Bulbus však obsahuje z větší části kapalinu, která působící síle dobře odolává, a výsledkem zvýšení tlaku v očníci je pak prolomení kostěného krytu.

Nejčastěji je ničena spodina očníce, tvořená tenkými lamelami kosti nad A. H. Klinika poranění se pak odvíjí od stupně dislokace a prolapsu měkkých tkání s kostěnou tříští do lumina maxilární dutiny.

Jako samostatná jednotka byla tato zlomenina nazvaná americkými autory „blow-out“ popsána v roce 1957. V naší literatuře nese několik synonym: hydraulická, intraorbitální či retromarginální zlomenina očníce (9).

Za důležité v diagnostice hydraulické zlomeniny považujeme anamnestická data o úrazu samém, následuje RTG vyšetření - alespoň poloaxiální snímek VDN spolu s očním vyšetřením se zaměřením na přítomnost či stupeň diplopie. CT vyšetření považujeme za suverénní metodu k vyřešení ev. pochybností při stanovení diagnózy.

Tabulka 2

Klasifikace zlomenin očníce

- | | |
|----|--|
| 1. | Zlomeniny očníce při frontobazálních poraněních |
| 2. | Zlomeniny nazoorbitální |
| 3. | Zlomeniny očníce při úrazech zygomaticomaxilárních |
| 4. | Hydraulické zlomeniny očníce |

V průběhu let 1992-1997 jsme hospitalizovali 15 nemocných s hydraulickými zlomeninami očníce. Šest z nich bylo léčeno a sledováno bez operace, 9 jsme operovali.

Za hlavní důvod k operačnímu řešení jsme pokládali diplopii (objektivizovanou pomocí Hessova štítu) a rozsah herniace obsahu a dislokace kostních úlomků. S příznaky nápadnějšího enoftalmu, poruchy čítí n. infraorbitalis či oploštění lícni oblasti nebo s antimongoloidním postavením oční štěrbin jsme se nesetkali.

Používáme přístup transantrálního s repozicí prolabovaných struktur a s optickou kontrolou. Test pasivní dukce provádí oftalmologem poučený operátor, v případě pochyb přivolaný oftalmolog. Až poté zavádíme do maxilární dutiny vzpěru. Tu volíme v podobě upraveného hydronového sloupku a ve shodě s názory primáře ORL oddělení ÚVN Praha (12) pracujeme dvoudobým operačním postupem, při kterém odstraňujeme z další antrotomie sloupek po uplynutí nejméně 8 týdnů.

K lepší fixaci sloupku v maxilární dutině využíváme jeho pružnosti s tím, že sloupek opíráme o dno maxilární dutiny a napínáme do podoby luku. Takto zajistíme nepohyblivost vzpěry. Oční kontroly v pooperačním období jsou časté. U každého operovaného používáme antibiotika.

Z uvedených operovaných jsme zaznamenali zhojení v 8 případech, 1krát byla nutná revizní operace. Zde se jednalo o zlomeninu starší 10 dnů - pacient hospitalizován původně na jiném pracovišti, neoperován a pro nekázeň (voják základní služby) odeslán k nám. Zde operován pro výraznou diplopii s vertikální disparací obrázků. Sedmý pooperační den za příznaků mizení diplopie poskakoval s návštěvou po schodech a zřejmě na základě těchto mechanických ořesů se sloupek uvolnil a nastoupila opět diplopie. Pro mou nepřítomnost (dovolená) byl revidován na stomatologické klinice, diplopie se upravila jen částečně.

Hodnocení

Uvedený soubor nemocných není sice velký, ale na základě našich poznatků ve shodě s jinými autory můžeme říci, že operace pomocí transantrálního přístupu s repozicí a fixací gelovým sloupkem je pořád ještě vhodným operačním postupem. Při odstraňování hydronového sloupku jsme ani v jednom případě nenalezli změny na sliznici maxilární dutiny, ani u jednoho operovaného jsme nezaznamenali zánětlivou komplikaci.

Týmová spolupráce je zde při řešení hydraulických zlomenin očníce samozřejmostí. Máme relativní výhodu v tom, že již několik let u nás funguje spojení ORL a očního oddělení v jeden celek lůžkové části s povinností péče i o ev. stomatologické pacienty. Spolupráce je tedy jaksí samozřejmostí.

Souhrn

Autor na základě svých dobrých zkušeností připomíná jednu z metod operace zlomenin očníce

transantrální cestou s repozicí a následnou fixací gelovým sloupkem.

Literatura

1. BŘEH, J., aj.: Komplexní léčba úrazů vedlejších dutin nosních. Čs. Otolaryngol., 1991, roč. 39, s. 165-169.
2. KUZMENSÝ, J. - DIVIŠOVÁ, J.: Příznaky očních poruch u zlomenin střední a horní třetiny obličejového skeletu. Čs. Otorinolaryngol. Foniatr., 1992, roč. 41, č. 2, s. 159-163.
3. LUKÁŠ, J.: K problematice úrazů vedlejších nosních dutin. Čs. Otorinolaryngol., 1994, roč. 43, č. 4, s. 250-253.
4. MACHÁLKA, M.: Diagnostika a rozdělení zlomenin zygomaticomaxilárního komplexu. Čs. Stomatol., 1993, roč. 93, č. 5, s. 269-274.
5. MRAČEK, Z.: Frontobazální poranění. 1. vyd. Praha, Avicenum, 1980.
6. NÉMETH, T. - KOZÁK, J. - VOSKA, P.: Úrazy obličeje. 1. vyd. Praha, Avicenum, 1991.
7. OTRADOVEC, J.: Choroby očníce. 1. vyd. Praha, Avicenum, 1986.
8. PELLANT, A., aj.: Zlomeniny střední a horní obličejové etáže spojené s poraněním očníce. Otorinolaryngol. Nova, 1992, č. 2, s. 268-271.
9. PODLEŠÁK, T., aj.: Diagnostika a léčba zlomenin očníce a zygomatického komplexu. Čs. Otorinolaryngol., 1995, roč. 44, č. 3, s. 154-159.
10. ŠKERÍK, P. - DIVIŠOVÁ, J. - KUZMENSÝ, J.: Zlomeniny střední obličejové etáže se spolupostihem orbity. Čs. Otorinolaryngol. Foniatr., 1992, roč. 40, č. 80, s. 86-92.
11. ŠKERÍK, P. - HYBÁLEK, I. - REMA, J.: Náhlé a neodkladné stavy v otorhinolaryngologii. Praha, Avicenum, 1985.
12. VOLDŘICH, Z. - CIGÁNEK, L. - KOZÁK, J.: Chirurgické řešení zlomeniny spodiny očníce pomocí polymerních materiálů. Čs. Otolaryngol., 1983, roč. 32, č. 6, s. 332-339.

Klíčová slova: Hydraulická zlomenina očníce; Gelová fixace.

Do redakce došlo 26. 3. 1998