

Przetoki skórne jako powikłanie po laryngektomii całkowitej – analiza materiału Kliniki Otolaryngologii WUM i przegląd piśmiennictwa

Pharyngocutaneous fistula as a complication after total laryngectomy – clinical study and literature review

Anna Rzepakowska, Ewa Osuch-Wójcikiewicz, Aleksandra Ochal-Choińska, Antoni Bruzgielewicz, Piotr Chęciński, Jagna Nyckowska, Paweł Szwedowicz

SUMMARY

Pharyngocutaneous fistula is an important therapeutic problem. It occurs in approximately 20% of cases as a complication after total laryngectomy, performed due to the larynx and/or hypopharynx cancer. The process of fistulas' conservative treatment is very long and sometimes reconstructive surgery of the pharynx and esophagus is necessary. Clinically, it is desirable to isolate a group of patients with risk factors of this complication. Numerous pathologies implicated in fistula formation are mentioned in the literature: wound infection, radiotherapy prior to surgery, hypoalbuminaemia, concomitant general diseases, postoperative anemia, location of the cancer in larynx and many others.

Objective: This paper analyzes the incidence and etiology of cutaneous fistulas after total laryngectomies as well as overall characterization of risk factors on the basis of the material collected by the Department of Otolaryngology Medical University of Warsaw between the years 2006–2011. Furthermore, an analysis of the literature on cutaneous fistula after total laryngectomy of the last 10 years was performed.

Material and methods: A retrospective analysis of medical records of patients with laryngeal and hypopharyngeal cancer, treated with total laryngectomy was performed. 12 patients developed cutaneous fistula in the early postoperative period.

Results: The mean time of appearance of fistula after total laryngectomy was 19.3 days. In most cases, conservative management was used to obtain fistulas' closure – after an average of 32.5 days. For two patients operative closure was needed. Microbiological study confirmed the infection in the region of the fistula in 10 patients. There were identified different pathogens, both aerobic and anaerobic bacteria and fungi. 3 patients with a fistula were pre-operatively irradiated. The most common location of the cancer in this group was supraglottic area and piriform recessus (8/12 patients).

Conclusions: The pathogenesis of cutaneous fistula as a complication after total laryngectomy seems to be complex. The most significant risk factors for fistula formation are: radiotherapy, supraglottic location of the tumor, extension of the surgery to the pharynx and malnutrition of the patient. Postoperative wound infection favors the formation of fistulas and extends their healing time. It seems reasonable to plan the surgery with the reconstruction of the pharynx for patients with several risk factors of fistulas' onset.

Hasła indeksowe: przetoka skórno-gardłowa, przetoka skórno-przełykowa, powikłanie, laryngektomia całkowita, rak krtani, rak krtani i gardła dolnego

Key words: pharyngocutaneous fistula, complication, total laryngectomy, laryngeal cancer, hypopharyngeal cancer

©by Polskie Towarzystwo Otolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

Otrzymało/Received:

01.07.2011

Zaakceptowano do druku/Accepted: 05.08.2011

Katedra i Klinika Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med.

K. Niemczyk

Wkład pracy autorów/Authors contribution: Wg kolejności

Konflikt interesu/Conflicts of interest:

Autorzy pracy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Adres do korespondencji/

Address for correspondence:

imię i nazwisko: Anna Rzepakowska

adres pocztowy:

Katedra i Klinika Otolaryngologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny ul. Banacha 1A

02-097 Warszawa

tel. 22 599 20 21

fax 22 599 11 56

e-mail anula_g@tlen.pl

Otolaryngol Pol 2011;
65 (5a): 22-30

Wprowadzenie

Przetoka gardłowo-skórna lub przełykowo-skórna po laryngektomii całkowitej jest połączeniem, przez które na skórę wydostaje się ślina, pomiędzy światłem przewodu pokarmowego a skórą szyi, powstającym

głównie w okolicy cięcia na szyi lub rzadziej w okolicy tracheostomii [1]. Wyróżnia się przetoki wczesne, które są powikłaniem procesu gojenia po zabiegu operacyjnym i występują do 30 dni od zabiegu, oraz przetoki

późne, które najczęściej związane są ze wznową procesu nowotworowego lub nieradykalnym zabiegiem operacyjnym. Częstość występowania wczesnych przetok po laryngektomii całkowitej jest różna od 2,6% do 65,5% [2]. Większość przetok pojawia się w 7.–10. dobie po operacji [2].

W literaturze wymienianych jest wiele czynników, które mogą predysponować do powstania przetoki w okresie pooperacyjnym, do najczęściej wymienianych należą:

- zakażenie rany pooperacyjnej,
- pierwotne leczenie radioterapią i/lub chemioterapią,
- lokalizacja guza,
- zaawansowanie nowotworu w krtani i gardle dolnym,
- obecność przerzutów do węzłów chłonnych,
- rozległość zabiegu operacyjnego,
- błędy techniczne w zaopatrywaniu błony śluzowej gardła i przełyku,
- wiek pacjenta,
- współistniejące choroby ogólne,
- niedożywienie pacjenta,
- wcześniej wykonana tracheotomia,
- wczesne karmienie doustne.

Powikłanie laryngektomii całkowitej wystąpieniem przetoki skórnej może przyczynić się do:

- zwiększonej chorobliwości pacjenta,
- wydłużenia hospitalizacji,
- wzrostu kosztów leczenia,
- zwiększenia deficytu w odżywieniu pacjenta,
- w rzadkich przypadkach może być zagrożeniem życia (w przypadku uszkodzenia ściany tętnicy szyjnej).

Postępowanie lecznicze w przypadku wystąpienia przetoki wczesnej opiera się w początkowym okresie na leczeniu zachowawczym: zmiany opatrunków, antybiotykoterapia w oparciu o wyniki badań mikrobiologicznych, karmienie przez sondę. W przypadku nieskuteczności opisanego leczenia wykonuje się chirurgiczne zaopatrzenie przetoki skórnej, polegające albo na bezpośrednim zaszyciu brzegów przetoki i skóry, albo na zastosowaniu operacji rekonstrukcyjnych gardła dolnego i przełyku. U chorych z późnymi przetokami skórnymi po laryngektomii (>30 dni od operacji) zawsze powinna być przeprowadzona szczegółowa diagnostyka celem wykluczenia wznowy nowotworu.

Materiał i metody

W pracy dokonano retrospektywnej analizy dokumentacji medycznej chorych z rakiem krtani i gardła dolnego, hospitalizowanych w Klinice Otolaryngologii WUM w latach 2006–2011, u których jako metodę leczenia zastosowano laryngektomię całkowitą, a w okresie pooperacyjnym wystąpiła przetoka skórno-gardłowa lub skórno-przełykowa. Nie analizowano powikłań u chorych z wytworzoną po laryngektomii całkowitej orostomą i wszytym do skóry przełykiem oraz u chorych

po laryngofaryngoesofagektomii z rekonstrukcją drogi pokarmowej jelitem cienkim.

Operację całkowitego usunięcia krtani wykonuje się w klinice klasycznie, a na gardło dolne i przełyk zakłada się 3 warstwy szwów i szew okrężny na nasadę języka. Drenaż ssący usuwany jest zazwyczaj w 2 dobie po operacji. Karmienie przez sondę włączane jest w pierwszej dobie i kontynuowane do 12.–14. doby. Po usunięciu sondy chory ma zalecenie przyjmowania przez 3 tygodnie diety przecieranej.

Ponadto w pracy dokonano analizy piśmiennictwa dotyczącego przetok skórnych po laryngektomiach całkowitych z ostatnich 10 lat pod kątem czynników ryzyka wystąpienia tego powikłania oraz proponowanych przez autorów sposobów leczenia przetok.

Wyniki

W Klinice Otolaryngologii WUM w okresie od stycznia 2006 do maja 2011 roku u 207 chorych wykonano całkowite usunięcie krtani z powodu raka. Przetoka gardłowo-skórna we wczesnym okresie pooperacyjnym wystąpiła u 12 chorych (5,8%). Średnia wieku chorych z przetokami wyniosła 61 lat (53–71 lat). Wśród chorych były 4 kobiety i 8 mężczyzn. Przetokę rozpoznawano w różnym czasie od 6 do 45 dni od operacji, średnio po 19,3 dnia. U większości chorych przetoka wystąpiła do 30. dnia od leczenia operacyjnego, tylko w jednym przypadku rozpoznano ją w 45. dobie. U tego chorego wykluczono wznowę nowotworu w direktoskopii z pobraniem wycinków, stąd przetokę pomimo późniejszego jej wystąpienia zaliczono do wczesnych powikłań pooperacyjnych.

W tej grupie chorych dokonano analizy różnych czynników mogących predysponować do wystąpienia przetoki po laryngektomii całkowitej. Współistniejące choroby ogólne stwierdzono u 8 chorych (nadciśnienie tętnicze – 4, niewydolność serca – 3, POChP – 3, cukrzyca – 2, niewydolność nerek – 1). Wśród chorych 3 osoby (25%) były ze wznową raka po uprzednim leczeniu radioterapią (u 2 osób wznowa wystąpiła po roku, u 1 – po 5 latach). Przeważała lokalizacja raka w obrębie zachyłków gruszkowatych i nadgłośni – 4 na 12 chorych (33,3%), u pozostałych pacjentów zajęte były różne piętra krtani (Tab. I).

Zaawansowanie kliniczne guza określono u 8 chorych na T3, u 2 – T4a, u 1 – T2.

Spośród 12 chorych u 5 wykonano laryngektomię całkowitą, u 3 dodatkowo poszerzono ją o częściową faryngektomię i operację Crile'a, u 2 usunięto również płat tarczycy, u 1 wykonano monoblok krtaniowy, a u 1 chorego resekowano krtani wraz z nasadą języka. U żadnego chorego nie wszczepiono protezy głosowej. Tracheotomię przed laryngektomią całkowitą miało wykonanych 4 chorych (33,3%). Spośród innych wczesnych powikłań po operacji u 1 pacjenta

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3170983>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3170983>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)