



Vannak-e kockázatai egy orrsövényműtétnek?

VI./7. fejezet: Szövődmények

VI./7.1.: Septumhaematoma

A septum felpreparált majd ismét összefektetett lemezei között vér gyűlik meg. Relatív nagyobb a veszélye, ha a gondos preparálás során egyik oldalon sem sértettük meg a lágyszöveteket. Sokan ennek elkerülésére mindenképpen ejtenek kisebb drenáló nyílást. Többek között a haematoma kialakulását hivatott megelőzni a tamponád és a külső lappal történő sinezés is. A létrejött haematomát fel kell tární, ki kell szívni, és a septum lemezeit kellő biztonsággal ismételtlen össze kell fektetni. Antibiotikus védelem indokolt.

VI./7.2.: Septumperforáció

Az SMR (Killian) technika esetében gyakoribb, de olykor septoplastica után is előfordul. Opponáló helyzetű nyálkahártyasérülés okozza. Előfordul, hogy a közvetlen postoperatív szakban még nem jön létre, csupán hónapokkal később, az alterált nyálkahártya secundaer atrophijája folytán manifesztálódik. A perforáció legtöbbször esetében kevés funkcionális panaszt okoz, ennek ellenére még az ilyen, fizikálisan panaszmentes betegek egy részét is pszichés szempontból jelentősen érinti. Szomatikus panaszt okozhat, ha a kicsiny perforáción átáramló levegő sípoló hangot ad. A hiány belső peremén gyakori a pörkösödés. A perforáció szélén porc vagy csont helyezkedhet el fedetlenül, ez sarjszövetképződést indukál, amely gyakori vérzések forrása lehet. Az orrbemenethez közel lévő hiány bizonyos szög alatt néha kívülről is látható, amely igen bizarr látványt nyújt. Valamennyi panasz gyakorisága az orrbemettől való távolsággal fordítottan arányos.

Az jatrogén septumperforációk töredékénél történik műtéti zárás, vagy annak kísérlete. Ennek egyik oka, az esetek jelentős részében, hogy panaszok híján nem áll fenn indikáció. Másfelől viszont, a zárást célzó műtétek többsége a beteg számára megterhelő, technikailag nehéz, és az eredmény a legnagyobb körültekintés mellett sem garantálható. Többször próbálkoztak a hiányba illeszthető, mandzsettagomb szerű obturátorokkal, sokszor eredménytelenül. A szomatikus panaszok egy része viszont a perforáció zárása nélkül is rendezhető. A sípoló hangot adó, kis hiányok megnagyobbítása nem fiziológiás, de többnyire eredményes, egyszerű, sokak által alkalmazott "csel". A szabadon fekvő, granuláló porc és csontszélek néhány milliméteres excíziója, majd nyálkahártyával való borítása a vérzést, pörkösödést általában megszünteti. Tényleges műtéti zárást a beteg határozott kívánsága esetén indikálunk. Ennek legkézenfekvőbb oka a kívülről is látható perforáció. A többi szomatikus panasz erősebb foka, vagy a zárás iránti fokozott pszichés igény szintén indikációt jelenthet. Kisebbségi perforációk zárására alkalmasak a septumlebenyek. A septum ép területeiről vett rotációs, transzpozíciós, vagy előre csúsztatott egyoldali lokális lebenyek akkor életképesek, ha nyelezésük posterior vagy cranialis irányú, mivel a septumot ellátó artériák erről lépnek be. Egyesek az orrkagylók nyálkahártyájából képeznek nyeles lebenyt és második ülésben vágják át a nyelet. Nagy hiányok pótlását azonban ezektől nem remélhetjük. Ilyenkor célszerűbb a vestibulum orisban a gingivo-labialis áthajlás vidékéről medialisan nyelezett lebenyt

készíteni, egy vagy két oldalon, amely a spina nasalis anterior mellett készített alagútban húzható fel az orrüregbe. A nyélátvágás itt is második ülésben történik. Valamennyi lebeny esetében a szűk viszonyok közötti manipuláció, sutura igen nagy manuális készséget igényel. Egyesek az orrszárnai árokban vezetett külső segédmetszéssel felemelik az orrszárnycsontot, ezzel javítva a feltárást.

VI./7.3.: Infekció

Septummûtét után szerencsére ritka. Többszörösen traumás anamnézisû, nehezebb esetekben, vagy fel nem ismert septumhaematoma talaján előfordulhat. Feltárás, drainage, valamennyi orrüregi idegen anyag, tampon, sínezõ lemez eltávolítása indokolt. Széles spektrumú antibiotikus kezelést kezdünk empirikusan. A tenyésztés a rezisztenciavizsgálat eredménye alapján szükség esetén antibiotikumot váltunk.

VI./7.4.: Postoperatív obstrukció

a, Elégtelenül modellált, vagy nem kellően rögzített septum redeviációt mutathat. Késõbbi reoperációt tehet szükségessé.

b, Szûk közös orrjáratok, nem kellően gondos utókezelés, de sokszor pusztán egyéni hajlam alapján is összenövések, synechák alakulhatnak ki a septum és a lateralis orrüregi fal között. Átmetszésük hagyományos sebészi úton, vagy laserrel is történhet.

c, A septumdeviáció mûtéti rendezése során mindkét orrfél geometriája megváltozik. Az orrüreg erectilis nyálkahártyarészleteinek vasomotoros regulációja olykor nem tud az új helyzethez maradéktalanul alkalmazkodni. Ez gyakran fordul elő az alsó orrkagyló hypertrophiájakor. Irreversibilis esetekben az orrkagyló nyálkahártyájának, néha csontos lemezének mértéktartó mûtéti megkissebbítésére van szükség.

VI./7.5.: Külsõ alaki eltérés

Többszörösen agresszív Killian (SMR) mûtét után fordulhat elő a profil kontúrjának megváltozása, porcok dorsum beesése, vagy a columella retrakciója. Ezeknek a szövõdményeknek a gyakoriságát a septoplastica jelentõsen csökkenti, bár ekkor is előfordulhatnak. Különösen a septumporc szándékolt, vagy véletlen leválása a lamina perpendicularisról okozhat deformitást, mivel a porcok septum ilyenkor még septoplastica esetén is "bezuhan" a septalis nyálkahártya mélyebb részeibe. Azonnali felismerés esetén célszerû rögtön megkísérelni a repozíciót és a rögzítést. A késõbbi korrekció reoperációval rendkívül nehéz.