Harry Mennig

Plastische Deckung großer Lücken des Schlundes und der Speiseröhre durch Rundstiellappen

VEB VERLAG VOLK UND GESUNDHEIT · BERLIN

Dr. Harry Mennig
Dozent für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde an der Universität Jena

Plastische Deckung großer Lücken des Schlundes und der Speiseröhre durch Rundstiellappen

Mit 75, teilweise farbigen Abbildungen

VEB VERLAG VOLK UND GESUNDHEIT BERLIN
1954

Plastische Deckung großer Lücken des Schlundes und der Speiseröhre durch Rundstiellappen

Dr. Harry Mennig
Dozent für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde an der Universität Jena

Plastische Deckung großer Lücken des Schlundes und der Speiseröhre durch Rundstiellappen

Mit 75, teilweise farbigen Abbildungen

VEB VERLAG VOLK UND GESUNDHEIT BERLIN
1954

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbook.com

Aus der Universitätsklinik
für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten Jena
(Direktor: Professor Dr. Johannes Zange)

Erstes Tausend / Alle Rechte vorbehalten
Copyright 1954 by VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin
Printed in Germany / Lizenz-Nr. 210 (445/79/53)
Satz, Druck und Bindearbeit: VEB Berliner Druckhaus Münzstraße
Gesetzt aus Primus

Meinen Eltern zum Gedächtnis

VORWORT

Die vorliegende Arbeit ist organisch im Laufe von sieben Jahren entstanden. Nach den ersten Erfolgen bei der plastischen Deckung großer Lücken des Schlundes und der Speiseröhre mit Rundstiellappen hatten wir die Überzeugung gewonnen, daß sich mit diesem Verfahren auch in ungünstigsten und schwierigsten Fällen funktionell und kosmetisch gute Ergebnisse erzielen lassen. Dies bestätigten uns die gelungenen Plastiken bei einigen weiteren Kranken mit ungewöhnlich großen und ungünstig gelegenen Pharynxdefekten.

Um aber auch eine bildlich umfassende Darstellung aller bei der Ausführung solcher Großplastiken auftretenden Möglichkeiten geben zu können, haben wir die Veröffentlichung dieser Monographie erst vorgenommen, als Erfahrungen und Erfolge an neun Kranken vorlagen.

Dadurch ergab sich der Vorteil einer systematischen Beschreibung vom verhältnismäßig einfachen zum schwierigsten Fall; auch konnten wir aus der Fülle der Abbildungen jeden Behandlungsakt und seine Besonderheiten veranschaulichen.

Da in der Literatur sowohl des Fachgebietes als auch der Chirurgie nur vereinzelte kasuistische Beiträge über die plastische Deckung großer Lücken des Schlundes und der Speiseröhre mit Rundstiellappen zu finden sind, glauben wir uns auf Grund unserer Erfahrungen und Erfolge zu einer monographischen Darstellung berechtigt.

Mein Dank gilt zuerst meinem hochverehrten Chef und Lehrer, Herrn Prof. Z a n g e , der die klinische Arbeit stets wohlwollend gefördert und unterstützt hat und bei der schriftlichen Darstellung beratend zur Seite stand.

Dankbare Anerkennung gebührt der med.-techn. Assistentin an unserer Klinik, Fräulein E. v. P i l a r , die mit Hingabe und Sorgfalt die Aufnahmen anfertigte. Auch unserem med.-wissenschaftlichen Zeichner, Herrn K.-H. S e e b e r , der die Zeichnungen besorgte, sei an dieser Stelle gedankt.

Nicht zuletzt erwarb sich der Verlag Dank und Anerkennung für die gute Ausstattung des Buches und die tadellose Wiedergabe der Abbildungen.

Jena, Juli 1953 H. Mennig

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort 7

Inhaltsverzeichnis 9

Einleitung 11

Plastische Deckung großer Lücken des Schlundes und der Speiseröhre durch Rundstiellappen 13

I. Entstehung der Defekte (Geschichtliches) .. 15

a) bei rein chirurgischer Behandlung 15

b) seit Einführung der Röntgenbestrahlung 15

c) bei Erweiterung der Anzeigestellung 17

d) unter besonderen Umständen 18

II. Bisherige Behandlung und ihre Ergebnisse 18

a) Kutane Plastik (Gluck-Soerensen) 18

b) Andere Formen der Nahplastik (Wessely u. a.) 19

c) Innere Defektplastik (A. Seiffert) 21

d) Nahplastik mit Stranglappen (Ganzer) 21

e) Plastik mit abgewandeltem „Kriechlappen" (Stenstrom) ... 21

f) Vereinzelte Versuche mit Rundstiellappen 22

III. Prothetische Überbrückungen 22

a) Trichterschlauch nach Soerensen 22

b) Kautschuk- und Kunststoffprothesen 22

c) Pelottenverbände 27

d) Nachteile bei der Anwendung 27

IV. Umfang, Gestalt und Sitz der möglichen Lücken 28

V. Grundsätzliches zur Wahl der Methode 30

a) Gegenanzeigen für Nahplastiken 30

b) Anzeigen für Fernplastiken 31

VI. Vorteile der Fernplastik durch Rundstiellappen 31

a) Zuverlässige Blutversorgung 32

b) Begrenzte Schrumpfung 32

c) Gute Verpflanzungsfähigkeit 32

d) Beseitigte Infektionsgefahr 32

e) Aseptische Operationsmöglichkeit 32

此为试读，需要完整PDF请访问：www.ertongbook.com

VII. Allgemeines über Rollappenplastik bei Schlund- und Speiseröhrenlücken 32
a) Anlegen des Rollappens 33
b) Zwischenverpflanzung 33
c) Umstellung der Blutversorgung im Rundstiel 33
d) Innere Deckung der Schlundlücke 34
e) Befestigung der Außendecke 34
f) Vorbereitung der Haut am Entnahmeort 35
g) Zwangsstellung des Kopfes oder Armes 35
h) Schmerzausschaltung 35
i) Wärmeanwendung 36
k) Penicillinanwendung 36
l) Behandlung von Wundflächen 36

VIII. Durchführung der Rundstielplastik im Einzelfalle 37
a) Wahl des Zeitpunktes 37
b) Aufstellung des Operationsplanes 38
c) Vorbereitende, vorbeugende und unterstützende Maßnahmen vor und während der Plastik 39
d) Wahl der Plastikhaut 42
e) Zwischentransport, Ruhigstellung und Verbände 48
f) Die Deckung der Lücke 56
1. Voraussetzungen 56
2. Die Verschlußplastik 59
α) Die Innendeckung 59
β) Die Außendeckung 64
3. Rückverpflanzung 71
g) Besonderheiten in Verlauf und Heilungsausgang 72

IX. Unsere Ergebnisse (mit Krankengeschichten) 74

Schlußbetrachtung 99
Schrifttum 100

EINLEITUNG

Oberster Grundsatz aller chirurgischer Krebsbehandlung ist die vollständige Ausrottung der Geschwulst weit im Gesunden, gegebenenfalls sogar ohne Rücksichtnahme auf Funktion und Kosmetik; nur die Erhaltung lebenswichtiger Organe oder Organteile beschränkt dann das ausrottende Vorgehen. Die in solchen Fällen entstehenden Verstümmelungen treffen allerdings den Kranken oft sehr schwer, besonders wenn die Entstellung groß ist und daseinswichtige Funktionen wegfallen oder nur notdürftig überbrückbar sind, so daß sie eine Wiedereinfügung in die menschliche Gemeinschaft und in das Berufsleben erschweren oder gar ganz verhindern.

Die plastische Chirurgie ist hier eine wichtige Helferin. Sie vermag oft weitgehend verlorengegangene Funktionen und äußere Form wiederherzustellen und gibt dadurch zugleich die Möglichkeit, die Grenzen radikaler chirurgischer Krebsausrottung beträchtlich zu erweitern. Was bei der Beseitigung des Krebses selbst an lebenswichtigen Teilen zerstört wurde, läßt sich in gewissem Umfange plastisch wieder aufbauen, woraus eine Leistungssteigerung bei der Krebsbekämpfung erwächst, auch in den Gesamterfolgen.

Entstehung großer Gewebslücken bei der Krebsausrottung läßt sich auch im Hals-, Mundboden- und Kiefergebiet manchmal nicht vermeiden, will man die Geschwulst nach chirurgischen Grundsätzen im Gesunden ausschneiden und sich damit selbst an schon fortgeschrittene Fälle wagen. Man steht dann nachträglich vor der Notwendigkeit, die Lücken zur Wiederherstellung des Schluckaktes, auch des Sprechaktes, plastisch wieder zu schließen und dies zugleich mit möglichst gutem kosmetischen Ergebnis zu tun.

Ein Überblick über die Entwicklung in der Behandlungsweise der Krebse des Kehlkopfes und des Kehlrachens zeigt, daß unter besonderen Umständen häufiger und dann meist ungewöhnlich große und ungünstig gelegene Pharynx-Oesophagusdefekte entstehen können. Zugleich ergab die Prüfung der Verfahren zur plastischen Deckung von Lücken des Schlundes und der Speiseröhre, daß die Wiederherstellung in solchen Fällen mit den bisher üblichen Plastikmethoden nicht in jeder Hinsicht zufriedenstellend möglich ist.

Prothetische Behelfe sind nicht auf Dauer, sondern nur als Überbrückung bis zur Ausführung der Plastik anwendbar.

Um das traurige Schicksal der Kranken mit großen Schlund- und Speiseröhrenlücken zu kennzeichnen, genügen wohl folgende kurze Hinweise auf ärztliche und soziale Gründe, die den Wiederaufbau des Schluckrohres verlangen:

Erst die wiederhergestellte Funktion des Schluckens zur Nahrungsaufnahme und der Fortfall des Speichelabflusses durch die Schlundlücke macht dem Kranken die Rückkehr in die häusliche Gemeinschaft und in eine geregelte Berufstätigkeit möglich, weil erst dann die bis dahin erforderliche vermehrte Wartung und Pflege entfällt. In manchen Fällen ist die Entlassung aus klinischer Behandlung überhaupt nur nach einer entsprechenden Plastik verantwortbar.

Ebenso wichtig wie die Wiederherstellung des normalen Schluckaktes ist nach Verlust des Kehlkopfes die Verschaffung einer brauchbaren Ersatzstimme (Pharynxsprache), was auch nur durch den plastischen Neuaufbau des Schluckrohres möglich ist. Der Erwerb einer guten Pharynxstimme macht den Kranken erst wieder recht berufsfähig, stärkt dazu sein Selbstvertrauen, macht ihn sicher im gesellschaftlichen Umgang und hebt seine Daseinsfreude beträchtlich.

Daneben spielt aber auch die Herstellung eines möglichst guten äußeren Aussehens eine nicht unwesentliche Rolle. Auf ein zugleich einwandfreies kosmetisches Ergebnis der Plastik ist daher noch zusätzlich Wert zu legen.

Im Jahre 1946 regte mich mein Lehrer, Herr Professor Zange, an, ein Verfahren zur plastischen Deckung großer Lücken des Schlundes und der Speiseröhre auszuarbeiten, das als Methode der Wahl allen Anforderungen gerecht werde und geeignet sei, zuverlässig gerade in schwierigen Fällen den Defekt, wäre er auch noch so groß und ungünstig gelegen, abschlußfest und mit gutem funktionellen und kosmetischen Ergebnis zu decken.

Ich habe mich seitdem mit dieser Frage eingehend beschäftigt und lege das Ergebnis im folgenden vor in dem Glauben, einen nutzbringenden Beitrag zur Wiederherstellungschirurgie geleistet zu haben, der auf seine Art auch der Bekämpfung der bösartigen Geschwülste zu Hilfe kommt.

Plastische Deckung
großer Lücken des Schlundes
und der Speiseröhre
durch Rundstiellappen

I. Entstehung der Defekte

(Geschichtliches)

Gluck und Soerensen, die Bahnbrecher der neueren Chirurgie der oberen Luft- und Speisewege, haben mit der Ausarbeitung ihrer klassischen Operationsverfahren und der Aufstellung klarer Operationsanzeigen die Ära wirklich anhaltender operativer Erfolge bei den bösartigen Geschwülsten dieses Gebietes begründet, und ihre Ergebnisse gelten heute noch als vorbildlich.

a) In dieser Zeit der rein chirurgischen Behandlung der Krebse des Kehlkopfes und Kehlrachens entstanden große Lücken des Schluckrohres immer dann, wenn mit der Totalexstirpation des Kehlkopfes zugleich der Pharynx und Anfangsteil des Oesophagus quer reseziert werden mußte, gelegentlich auch, wenn ein Teil des im übrigen entfernten Schlund- und Speiseröhrenabschnittes erhalten werden konnte. Dagegen kam es bei reiner Totalexstirpation des Kehlkopfes ohne quere Pharynxresektion nur sehr selten zu stellenweisem Offenbleiben oder Wiederöffnen des Pharynx, also zur Bildung einer kleineren oder größeren Pharynxfistel, wenn nämlich die Mitnahme (Teilresektion) eines größeren Stückes des angrenzenden Schlundes notwendig wurde.

b) Mit der Einführung der Röntgenstrahlen in die Behandlung der bösartigen Geschwülste des Kehlkopfes und Kehlrachens traten zwei Gesichtspunkte zusätzlich in Erscheinung, von denen der eine an dieser Stelle, der andere weiter unten für unsere Betrachtung von Bedeutung ist. Führte die Röntgenbestrahlung nicht zum Erfolge und mußte nach kürzerer oder längerer Zeit die Totalexstirpation des Kehlkopfes vorgenommen werden, kam es viel häufiger als zu Zeiten der primären Operationsbehandlung zum Auftreten von Pharynxfisteln kleineren oder größeren Umfanges, und zwar auch bei einfacher Totalexstirpation des Kehlkopfes, leichter aber noch bei gleichzeitigen Teilresektionen des Pharynx.

Durch die Röntgenintensivbestrahlung wird die Haut geschädigt, das Gewebe darunter ist dann weniger widerstandsfähig gegen Wundinfektionen und neigt eher zu Gewebsnekrosen. Daher kam es nun häufiger zu Nahtdehiszenzen der Pharynxschleimhaut und Fisteln der äußeren Haut, die manchmal die ganze Vorderwand des Pharynx einnahmen und eine breite Öffnung des Schlundes und Halsteiles der Speiseröhre nach außen darstellten. Auch heute, obwohl uns Sulfonamide und Penicillin zur Verfügung stehen, sind wir vor solchen postoperativen Ereignissen bei vorbestrahlten Fällen noch nicht sicher, wie eigene Erfahrungen gelehrt.

Welch tiefgreifende Veränderungen die Halsweichteile durch eine Röntgenstarkbestrahlung erleiden, sehen wir, wenn wir nach einer solchen

此为试读,需要完整PDF请访问: www.ertongbook.com