

616.145—007.272—089.166

DEKOMPRESIE HORNÍ DUTÉ ŽÍLY PODLE SCHRAMELA A OLINDEA

Plukovník MUDr. Bedřich PITRA

chirurgické oddělení vojenské nemocnice v Českých Budějovicích
(náčelník plukovník MUDr. Bedřich PITRA)*K 60. narozeninám genmjr. prof. MUDr. Zdeňka Kunce, DrSc.*

Klinický syndrom horní duté žíly je dostatečně znám a byla o něm řada sdělení jak v literatuře naší, tak i zahraniční. U nás se touto otázkou zabývali Krčílek a Skop, Ondrejčák a Rippa, Švábeník, Lhotka a Podzimek, Lichtenberg a Šťastný. Při plném rozvinutí je klinický obraz obstrukce horní duté žíly podle Diviše „do očí bijící“ a je charakterizován triádou příznaků: otokem obličeje, krku a horních končetin, cyanózou a rozšířením povrchných žil hlavy, krku a hrudníku.

Stupeň vyznačení klinických symptomů může být rozličný. Závisí na lokalizaci a rozsahu uzavěru žíly a dále na stupni vyvinutí kolaterálního oběhu. Při dalším postupu patologického procesu do ostatních orgánů mediastina se objevuje dušnost a bušení srdce. Tyto příznaky se zvětšují zvláště při tělesné námaze. Zvětšují se edémy jak na obličeji, tak na horních končetinách a hrudníku, objeví se i hydrotorax a neurologické příznaky. Při pozvolném vývinu neprůchodnosti horní duté žíly nebývají vyvinuty všechny cha-

rakteristické příznaky. V počátcích bývá otok málo výrazný. Stesky nemocného na závratě, nespavost, dušnost, záchvaty kašle a bolení hlavy mají vzbudit podezření na počínající obstrukci horní duté žíly. Zvláště když k tomu ještě přistoupí to, že tito nemocní nemohou spát v horizontální poloze a usnou pouze vsedě. Rozšíření kolaterálních žil může způsobit i krvácení z nosu nebo krku.

K určení diagnózy přispívá měření žilního tlaku na horních končetinách. Bývá vždy zvýšen. Při vdechu o něco poklesne, při výdechu se zvyšuje. K rozlišení od srdeční vady nám pomáhá zkouška fyzickou námahou. U obstrukce dochází ke zvýšení žilního tlaku, u srdeční vady se žilní tlak nemění.

Nejcennější diagnostickou metodou dovolující určit překážku a kolaterální oběh je venografie. Vyšetření je nutno dále doplnit rtg hrudníku, eventuálně tomografií, pneumomediastinem, u karcinomu bronchu bronchoskopií a bronchografií.

Diagnóza obstrukce horní duté žíly ve většině případů nepůsobí obtíže. Potíže nám však působí stanovení etiologického činitele, které je někdy i nemožné, přitom však ke správné terapii nezbytně nutné.

Horní dutá žíla je uložena v přední části mediastina těsně při hrudní stěně, takže může být snadno komprimována všemi expanzivními procesy v hrudníku. Nejčastější příčinou uzávěru bývá bronchogenní karcinom pravého horního bronchu, primární maligní nádory mediastinálních uzlin (lymfosarkom, retikulosarkom, Hodgkin) nebo jejich metastatické postižení, popř. jiné maligní nádory mediastina, vycházející z thymu nebo z tyreoidy. Také aneurisma aorty bývá častou příčinou komprese až uzávěru horní duté žíly.

Další skupinu tvoří benigní nádory mediastina, které při dosažení určité velikosti utiskují horní dutou žílu. I chronická fibrózní mediastinitis na podkladě těžké respirační infekce nebo po úrazu hrudníku může způsobit syndrom horní duté žíly.

Nejméně častou příčinou je flebotrombóza, vzniklá mnohdy bez zjevné příčiny. Zcela výjimečně může vést ke vzniku syndromu horní duté žíly onemocnění osrdečníku.

Průběh onemocnění a prognóza odvisí především od etiologického činitele, od místa a rozsahu uzávěru a od vytvoření kolaterálního oběhu. Ten bývá zejména u benigních onemocnění dostatečně vyvinut, takže jsou známá pozorování tohoto syndromu i několik desítek let. Dojde-li však k rychlému vzniku uzávěru s nemožností vývinu kolaterálního oběhu, pak se brzo dostaví značné obtíže, často bez možnosti terapeutického zásahu.

Léčení obstrukce horní duté žíly je velmi svízelné. Velké obtíže nemocného nás však nutí přemýšlet o nejvhodnějším způsobu léčení. Medikamentózní léčba je někdy účinná při chronických fibrózních mediastinitidách, kdy podle

etiologie je možno použít specifickou léčbu, antituberkulotika, antikoagulantia. U zhoubných nádorů bývá účinná rtg terapie, eventuálně v kombinaci s cytostatiky.

Chirurgickou léčbu je možno rozdělit do 5 skupin:

1. exstirpace nezhooubného nádoru mediastina,
2. dekompresivní operace, spočívající buď v resekci většího počtu žebíř s částečným odstraněním nádoru, nebo v podélném protěti sternu. Výhody této metody publikoval Lhotka.
- Další skupinu tvoří výjimečné a pozoruhodné operace, které mají své problémy spočívající:
3. v dezobstrukci horní duté žíly,
4. v anastomóze veny azygos s ouškem nebo předsíní pravého srdce,
5. v obejití neprůchodného úseku horní duté žíly cévním štěpem.

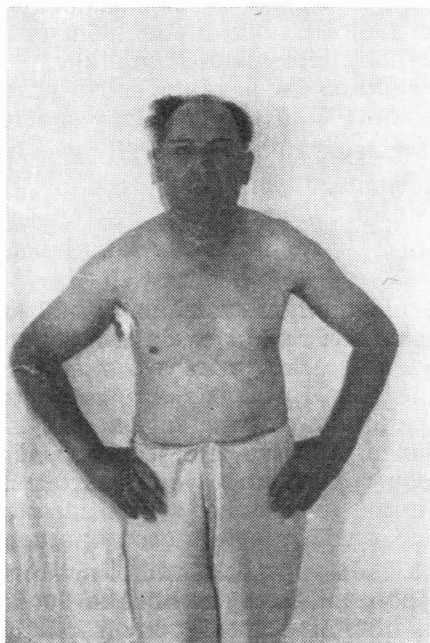
Nemocní s maligní obstrukcí (až 90 %) nemají většinou velkou naději na delší život, a proto se u nich velmi těžko prosazuje většina operativních zákroků. Torakotomie u sešlých nemocných s respirační insuficiencí a velkým městnáním v horní polovině těla je nebezpečná. Technicky jsou tyto operace velmi náročné, a proto je vždy nutné velmi dobře zvážit, zda riziko těchto výkonů vyváží úlevu, kterou operace přinese.

V roce 1961 popsal Schramel a Olinde jednodušší výkon, totiž spojení horního kaválního systému s dolním pomocí veny sapheny magny, kterou vedli podkožním tunelem břicha a hrudníku a napojili ji na zevní jugulární žílu nad klíčkem. Obtíže z městnání rychle ustoupily. Nemocný za 5 týdnů po výkonu zemřel, pitván nebyl pro nesouhlas příbuzných, takže o průchodnosti spojky se autoři nemohli přesvědčit. V roce 1965 publikoval u nás Lichtenberg a Šťastný podobný případ. Tato sdělení nám byla podkladem k operaci našeho nemocného.

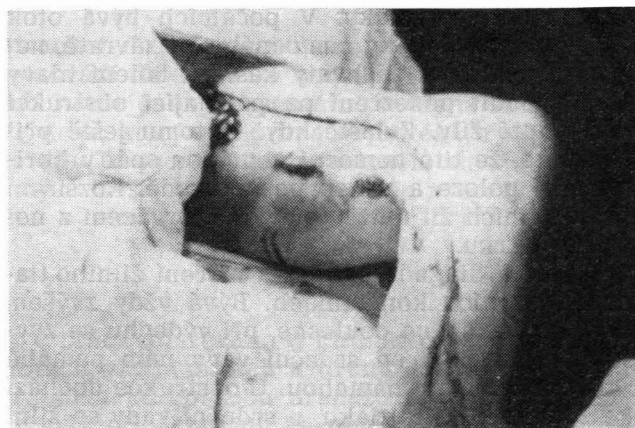
Vlastní pozorování

Nemocný D. H., narozený 1902, číslo choroby 1611/66. Asi 4 měsíce před přijetím na naše oddělení upozoroval, že má pocit napětí v krku, špatně se mu polyká, hůře mluví, má bolesti hlavy a závratě, které se horšily při předklonu. Brzy mu začala otékat víčka a obličej, zesílil mu krk a hůře se mu dýchalo. Dušnost byla horší po námaze nebo vleže. Pro tyto obtíže byl vyšetřen na interním oddělení OÚNZ, kde byla provedena tomografie mediastina a venografie horní duté žíly a stanovena diagnóza syndromu útlaku horní duté žíly na podkladě tumoru mediastina, vycházejícího pravděpodobně z pravého bronchu. Dne 29. 8. 1968 byl přeložen na naše oddělení. Při přijetí bylo nápadné značné zarudnutí až cyanóza obličeje, naplněné krční žíly, široký krk s palpačně měkkým prosáknutím po jeho obou stranách zasahujícím do nadklíčkových jamek. Obvod krku jsme naměřili 45 cm. Na přední straně hrudníku byly stromkovité flebektazie, které za-

sahovaly až na horní polovinu břicha (viz obr. 1). Nemocný byl v klidu dušný a dušnost se podstatně zhoršovala vleže nebo po sebemenší námaze. TK 240/130. V pravé axile byly zvětšené uzliny, o kterých bylo souzeno, že to jsou metastázy základního onemocnění. Histologické vyšetření však prokázalo pouze sinus katar.



Stav nemocného se den ze dne zhoršoval. Edém v oblasti horní duté žíly se zvětšoval. Dušnost narůstala a objevily se známky stridoru. Konzultující onkolog nepovažoval za tohoto stavu za vhodné přikročit k radioterapii. Proto jsme se rozhodli k provedení operace podle Schramela-Olindea. Výkon byl proveden v lokální anestézii. Na levé dolní končetině byl z krátkých podélných řezů vypreparován žilní štěp z veny sapheny magny až k vnitřnímu kotníku v délce 75 cm (obráz. 2). Pak jsme provedli tunelizaci v podkoží levé poloviny břicha a hrudníku a žilní štěp jsme napojili na zevní jagulární žílu end to side.



Již první pooperační den došlo ke zlepšení stavu nemocného, ustoupila cyanóza a otok obličeje a krku. V dalších pooperačních dnech se zmenšil objem krku o 4 cm (viz obr. 3). Podstatně se upravily dechové obtíže, ustoupily poruchy polykání a řeči. Postupně zmizely závratě i pocit napětí v hlavě a krku. Přetrvávaly jen záchvaty noční dušnosti, které však nedosahovaly předoperační intenzity. Stav nemocného se během 14 dnů zlepšil natolik, že bylo možno zahájit léčbu ozařováním a cytostatiky. Toto zlepšení přetrvávalo 5 měsíců po provedené operaci, nemocný pravidelně dojížděl na kontrolní vyšetření na onkologické oddělení. Pak došlo náhle ke zhoršení a nemocný zemřel v 6. měsíci po operaci.

Souhrn

Podána zpráva o chirurgickém léčení syndromu horní duté žíly podle Schramela-Olindea. Tato metoda se ukázala vhodnou i pro velmi pokročilý stav syndromu horní duté žíly, který nelze řešit radikálně.

Literatura

1. Hanlon, C. R., Danis, R. K.: Ann. Surg., 1965:771.
2. Krčlík, A., Skop, V.: Vnitřní lék., 2/5, 1956:435—438.
3. Krčlík, A., Skop, V.: Čas. Lék. Čes., 91, 1952:631—637.
4. Lhotka, J., Podzimek, A.: Rozhl. v chir., 40, 1961, 7:453.
5. Lichtenberg, J., Štátný, B.: Rozhl. v chir., 44, 1965, 7:478.
6. Ondřejčák, M., Rippa, A.: Bratisl. lék. listy, 36, 1956:532—537.
7. Ondřejčák, M., Rippa, A.: Bratisl. lék. listy, 33, 1953:532.
8. Schramel, R., Olinde, H. D.: The J. thorac. and cardiovasc. Surg., 41, 1961:375.
9. Švábeník, J.: Vnitřní lékařství, 6/7, 1960:733—738.