

Sekundäre SCM-Myotomie zur Korrektur des dysmorphen Tracheostomas

Kohnen B. , Schäfer P., Kress P., Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf-Halschirurgie, Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen gGmbH

Einleitung

Ein dysmorphes Tracheostomaprofil behindert die Hilfsmittelversorgung nach totaler Laryngektomie massiv. Häufig bilden die sternalen Ansätze des Musculus sternocleidomastoideus (SCM) die prominentesten Hindernisse bei der Versorgung mit Pflastern oder Kanülen (1). Ist ein luftdichter Verschluss mit diesen Hilfsmitteln nicht möglich, besteht alternativ die Möglichkeit einer individuellen Anfertigung einer Tracheostomaepithese. Dies geht jedoch oft mit erhöhten Kosten einher, kann zu Druckstellen oder rezidivierenden Entzündungen führen. Manchmal gelingt auch mit Epithese kein luftdichter Abschluss des Tracheostomas zur Stimmrehabilitation mittels Stimmprothese.

Auch wenn für die primäre intraoperative SCM-Myotomie keine signifikante Verbesserung der Tracheostomageometrie, nachgewiesen werden konnte (2) und diese nicht standardmäßig im Rahmen der Laryngektomie durchgeführt werden sollte, so kann die sekundäre SCM-Myotomie im ausgewählten Einzelfall ein effizientes Mittel zur Abflachung des Tracheostomas sein.

Methoden

Ein 68-jähriger laryngektomierter Patient wurde in unserer Klinik vorstellig, nachdem er aufgrund eines dysmorphen, extrem tief liegenden Tracheostomas (Abb. 1) extern mit einer Tracheostomaepithese versorgt wurde. Mit dieser war jedoch weiterhin kein luftdichter Abschluss des Tracheostomas zum Sprechen möglich (Abb. 2a+2b). Wir führten daher in Intubationsnarkose eine sekundäre, beidseitige Myotomie der sternalen Ansätze des SCM über kleine Hautinzisionen lateral des Tracheostomas

durch. Die Myotomie erfolgte im Bereich des kaudalen 1/3 der Muskelbäuche, unter Aussparung der Ansatzsehnen zur Schonung der Durchblutung (Abb. 3).

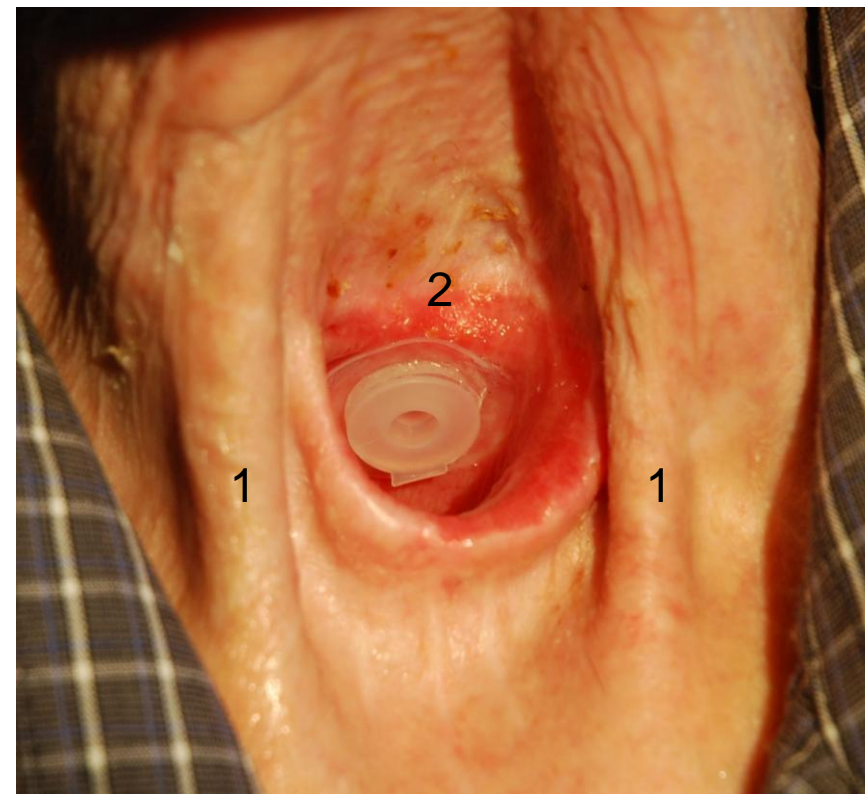


Abb. 1: Präoperativ ungünstiges Tracheostoma. sternaler Ansatz des SCM (1), dazwischen das Tracheostoma in einer Mulde (2)



Abb. 2a: Versorgung mit einer ungünstigen, schlecht abdichtenden Tracheostomaepithese



Abb. 2b: Ungünstige, schlecht abdichtende Tracheostomaepithese



Abb. 3: Intraoperativer Befund mit abgeflachtem Halsprofil und einliegenden Wunddrainagen

Ergebnisse

Bereits intraoperativ kam es zu einem deutlichen Abflachen des Halsprofils, so dass umgehend eine Versorgung mit einem herkömmlichen Tracheostomapflaster und einem HME-Filter erfolgen konnte (Abb. 4). Die Wundheilung verlief stadiengerecht, ohne Schmerzen oder Funktionseinschränkungen. Das Sprechen war im Anschluss problemlos möglich.



Abb.: 4: Postoperativer Befund mit hautschonendem Tracheostomapflaster

Schlussfolgerung

Eine primäre SCM-Myotomie ist im Rahmen der totalen Laryngektomie nicht routinemäßig indiziert, da keine signifikante Tracheostomaabflachung im Vergleich zu Patienten ohne SCM-Myotomie nachgewiesen werden konnte (2). Ist die Versorgung eines dysmorphen Tracheostomas mit Standardhilfsmitteln jedoch nicht zu erreichen, kann die sekundäre SCM-Myotomie eine wirksame Maßnahme zur Korrektur des Tracheostomaprofils darstellen. Es handelt sich um einen technisch einfachen, kurzen Eingriff, der auch in Lokalanästhesie erfolgen kann.

(1) van der Houwen EB, van Kalker TA, Post WJ, Hilgers FJ, van der Laan BF, Verkerke GJ, Does the patch fit the stoma? A study on peristoma geometry and patch use in laryngectomized patients, *Clinical Otolaryngology*. 2011 Jun; 36(3), 235-41

(2) Van Kalker TA, van der Houwen EB, Duits MA, Hilgers FJ, Hebe a, Mostafa BE, Lawson G, Martinez Z, Woisard V, Marioni G, Ruske D, Schultz P, Post WJ, Verkerke BJ, van der Laan BF, Worldwide, multicenter study of peristoma geometry and morphology in laryngectomees and its clinical effects, *Head Neck*. 2011 Aug; 33(8):1184-90