

EUSKAL HERRIKO LARINGEKTOMIZATUEK ERE HITZ EGIN DEZAKETE

Jesus Algaba

*Sail baten azkena
izango den
artikulu honetan,
Jesus Algabak eta
bere ekipoak,
egindako ikerketen
ondorioz burutu
diren tekniken
berri emango
digute. Talde
honek nazioarteko
mailan dihardu eta
zenbait
kongresutan
aurkeztu ditu bere
lan-metodoak*



Fistuloplastia fonatoria egiteko kentzen den laringe-zona

AURREKO artikuluetan esan bezala, fistuloplastia primarioak eta sekundarioak izan dira gure azterketaren ardatz. Gure teknika kirurgikoen berri emateko, bana-keta bera hartuko dugu erdigunezkat.

Fistuloplastia fonatorio primarioa Å

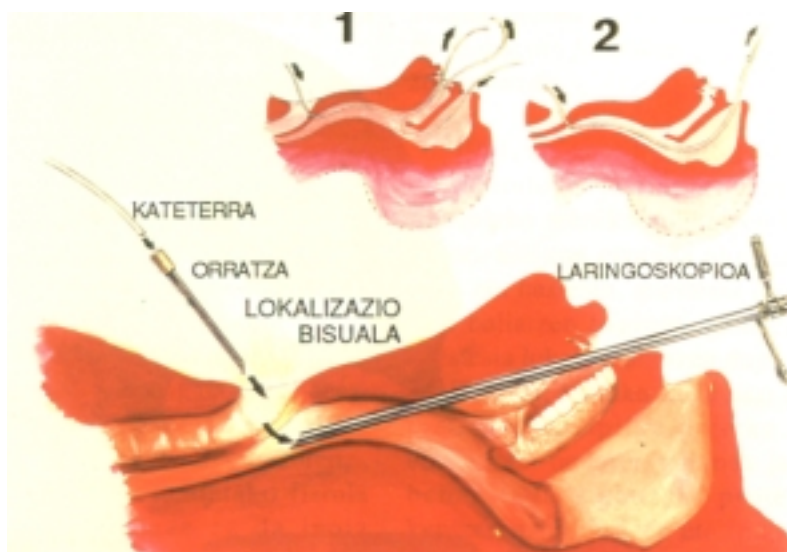
1981. urteko uztailan hasi ginen fistuloplastia fonatorio primarioak egiten.

Zenbaitentzat fistulan protesia jartzea ohitura eta arrakasta den bitartean, guretzat gaixoa protesirik gabe ibiltzea da helburua.

Edozein teknika kirurgikok iraun eta heda dadin nahi bada,

burutzen erraza, lasterra eta eraginkorra izan behar du.

Hona hemen gure teknika kirurgikoan eman behar diren urratsak:



Ziztadaz eta anestesia orokorrez egindako fistuloplastia fonatorioa

1) U erako ebakia

Ohizko laringektomietan bezala, larruazala eta nerbio muskulokutanea altxatzen dira.

2) Trakeotomia

Fistuloplastia egiteko trakeotomi motak badu garrantzia. Trakeotomia U eran, ebaki horizontalaren bidez eta lehen edo bigarren eraztun trakealaren behe aldean egingo dugu.

3) Gongoil-hustuketa

Gongoilen egoeraren arabera, berauek hustutzeari ekingo diogu.

4) Laringe-erazketa

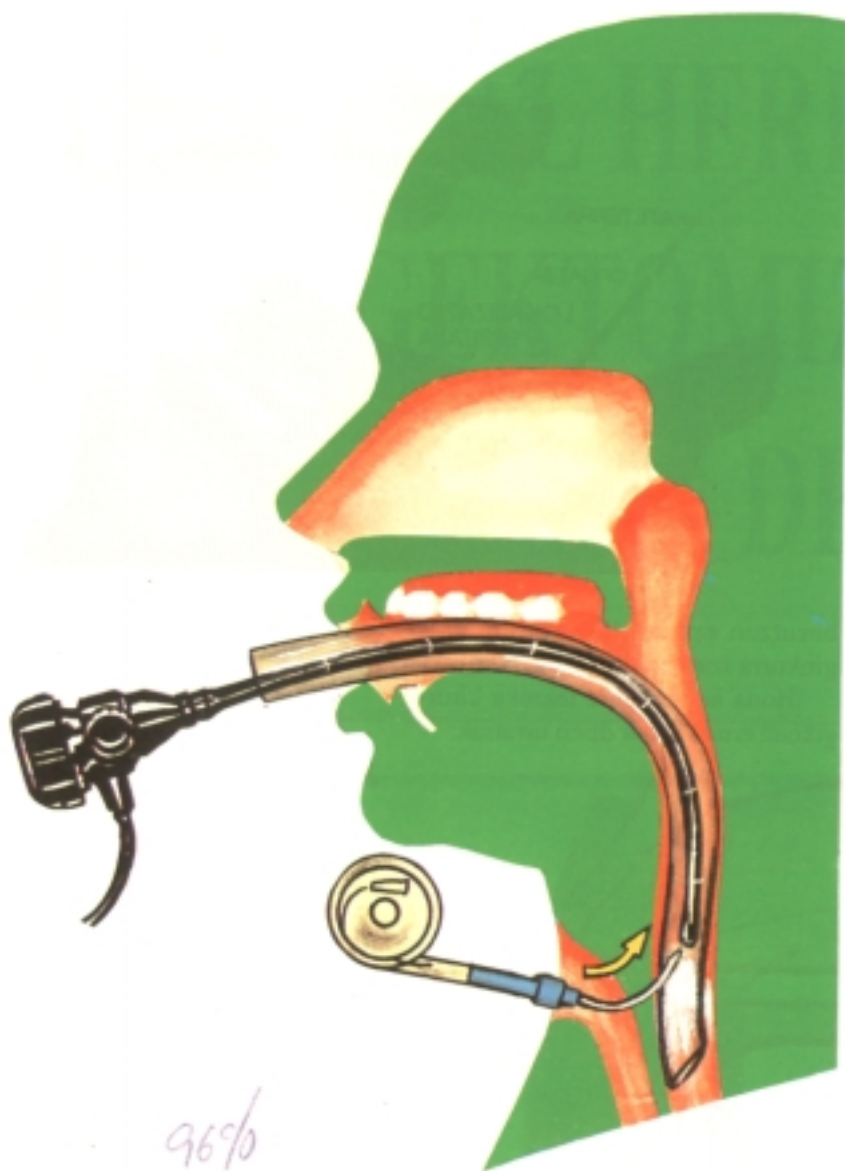
Lehenbizi laringea, hioidea barne, goitik behera erazuten da eta ondoren, beharrezkoa ikusten bada, behetik gora.

5) Krikoide-aurreko mukoperikondrioaren kontserbazioa

Laringea erazterakoan zigilu krikoidea kontserbatu bada, bisturiaren bidez mukoperikondrioaren goiko ertz osoan ebakia egin



Fistula trakeoesofagikoa hauxe izango litzateke



Ziztadaz eta anestesia lokalez egindako fistuloplastia fonatorioa

11) Faringea ixtea

Faringostomarik gera ez dadin mukosa faringo-esofagikoaren mailan bi joscura egiten ditugu. Gure esperientziaren arabera ez da faringostomarik gertatzen.

12) Joscura planoka

Larruazala eta nerbio muskulokutaneoak jaisten dira. Gongoilak zeuden lekuan *redoiak* jarri eta joscura erdiko lerrotik eta zeta finez, hasieran, hasten dugu. Larruazala mukoperikondrioari josten zaio eta trakeostomaren goi aldean osatuko da.

Teknika kirurgiko honen bidez irensketa hobetu da eta protesi gutxi jarri behar izan ditugu. Gai-xoetako %14ak bakarrik behar izan du protesia.

Teknika honen bidez tratatutako gaixoak, trakeostoma behatzaz estaliz edo balbula fonatorioa ipiniz hitz egin dezake. Behar izanez gero, trakeostoman silikonazko hoditxoak jarriko dira. Honela, trakeostomaren estaldura hobetzen da eta, beraz, ahotsaren kalitatea.

eta beherantz askatuko dugu, krikoidaren azpiko ertzeraino iritsi arte. Une horretan krikoida erauzi egiten da.

6) Fistula egitea

Fistula (ongi funtzionatzea eta ixtea nahi badugu) ahalik eta ondoen egitea da gure teknikaren urratsik garrantzitsuenak da.

7) Muskuloplastia

Muskulu krikofaringeoak, beren ezarpen krikoidetik moztu direnean, atzerantz, hau da, hes-tegorriaren alboetarantz uzkuritzen dira. Beraz, bilatu eta pintzatu egin behar ditugu. Gero, muturrak hartu eta erdiko lerroan josiko ditugu. Horrela fistularen

gainean juxtu-juxtu geratuko dira.

8) Fistuloplastiaren estaldura

Erdiko lerroan jositako muskulua estaliko dira.

9) Zunden kokapena

(K-31) haurren elikadurarako zunda fin bat sartuko dugu fistulan.

10) Tunelizazioa

Mukoperikondrioaren goi aldean bizpahiru puntu ematen ditugu dexon bidez eta tunel txiki bat eraikitzen dugu. Tunel honek, trakeostoma zabala osatzeko eta fistula, trakeostomaren goi aldean oso ezkutuan ez geratzeko adina-koa izan behar du.

Fistuloplastia fonatorio sekundarioak

Atal honetan bi ebaketa-mota daude:

- * Igoera trakealez egindako fistuloplastia sekundarioa
- * Ziztada trakealez egindako fistuloplastia sekundarioa

Azter ditzagun, bada, bi ebaketa-mota hauek.

Igoera trakealez egindako fistuloplastia sekundarioa

Laringektomia totalaren unean krikoida kendu ez ziztaien gaixoei aplikatzen hasi ginen teknika hau,

zeren eta gaixo hauei ezin bait zitzaien ziztada trakealaren teknika aplikatu. Teknika honen emaitza onak ikusiz eta gaixoa protesirik gabe ibil zitekeela ikusiz, krikoida erauzitako gaixoengan ere aplikatzen hasi ginen.

Teknika kirurgikoa, fistuloplastia fonatorio primarioan azaldu dugunaren antzekoa da.

Krikoida aurrez erauzi ez bada, lehen eraztun trakealeraino askatzen da. Krikoiderik ez baldin badago, bigarren eta hirugarren eraztun trakealeraino askatzen da.

Trakearen atzeko horman 8 mm-ko luzerako ebaki bertikala egiten dugu, goiko aldearekin bizpahiru milimetro utziz. Hemen, fistuloplastia fonatorio primarioan erabilitako teknika berberaz, hestegorriarekin fistula eratzen da.

Ziztada trakealaren ordez teknika hau erabiltzearen arrazoia, gaixoa protesirik gabe ibili ahal izatea da. Hala ere, trakeostomak oso txikiak, gaixoa lepalodia, horma trakeoesofagikoa oso zabala edo bide faringoesofagikoa estua

denean, ziztada trakeala egitea hobe da.

Gaixoek lehendik ahots erigmofoniko pixkat baldin badute, ebaketaren ondoren ez dutela airea tragatu behar (biriketako airea erabili baizik) ulertu behar dute. Gaixoek berehala bereganatzen dute fonaziorako mekanismo berri hau. Hala ere, ahots erigmofonikoa mantentzen dute eta nahi dutenean erabil dezakete. Zenbait gaixok dioenez, bere ahots erigmofonikoa hobetu egin omen da ebaketaren ondoren.

Kirurgikoki landutako fistula denez, normalean ez da inoiz itxiko. Jateko edo edateko protesia behar badute ere, lo edo hitz egiteko ken dezakete, fistula ixteko arriskurik gabe.

Protesia jarri behar duten gaixoen kasuan, oso erraza da protesia jartzea, zeren eta fistula beti irekirik bait dago eta protesiak motzak izaten bait dira.

Protesirik gabe, gaixoen bi herenak ongi irensten du eta heren batek bakarrik behar du irensketarako protesia.

Ziztada trakealez egindako fistuloplastia fonatorio sekundarioa

1981. urtean, SINGER-BLOM-en metodoari jarraituz, ziztada trakealeko teknika aplikatzen hasi ginen. Gaixoa etzanda ahoz gora ipini eta hasieran, anestesia orokorraz baliatzen baginen, gaur egun anestesia lokala erabiltzen dugu.

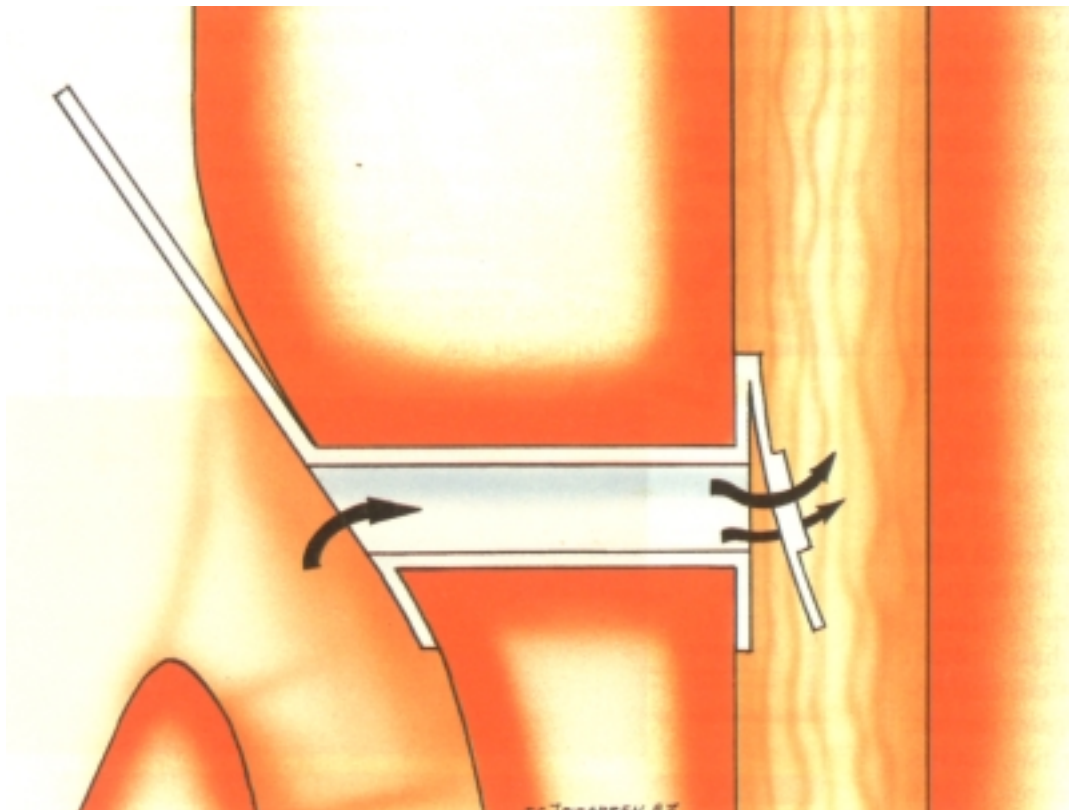
Horrela, teknika kirurgiko hau era ibiltariz aplika daiteke eta ebaketaren ondoren gaixoak jakin behar dituen gauzak, protesia kentzea nahiz jartzea eta trakeostoma behatzez ongi estaltzea dira.

Oso teknika erraza da eta bost minututan burutzen dena.

Ziztada egiteko aukeratutako lekuan 1 cm³ anestesia lokal sartzen da injekzioz.

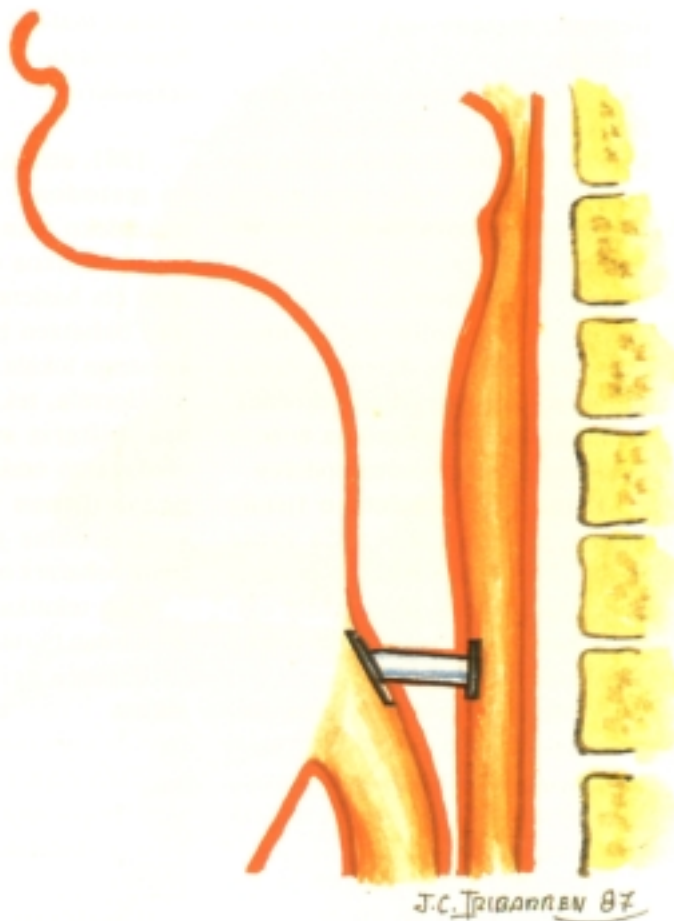
Tefloizko tutu bat ahotik sartzen da eta tutu honetatik fibroskopioa, ziztadarako orratza ikusi ahal izateko.

Orratza duen kateterra tutuan zehar sartzen da, ahotik ateratzen ikusi arte.



**Gure protesi fonatorioaren eta bere funtzionamendua-
ren eskema**

Protesi fonatorioaren eta bere kokagunearen eskema



Ondoren, fistula zabaldu eta bertan protesia kokatzen dugu. Horrela gaixoa berehala has daiteke hitz egiten. Teknika hau anes-tesia orokorraz erabil daiteke, gaixoen egoerak hori eskatzen duenean.

Teknika hau burutzen erraza da eta kirurgilariak ez du trebezia be-rezirik eduki behar.

Lortzen den ahotsa, ahots erig-mofoniko onena baino hobea da.

Arrakasten portzentaia %80 ÷ %90 bitartekoa da eta altuagoa izan daiteke egokitasunak ongi betetzen badira.

Protesi fonatorioak

Lehen protesi fonatorioak SIN-GERek eta BLOMek 1979. urtean EEBBetan aurkeztu zituzten. Orduz geroztik zenbait protesi azaldu da merkatuan eta une honetan aleman bat, frantziar bat, holandar bat, italiar bat, estatu-batuar batzuk eta geurea (1983. urtean plazaratu genuena) daude.

Gure protesi fonatorioa siliko-nazkoa da eta bi diametroko zein hiru luzerako ereduak egin ditugu. Protesi honek ez du koskarik, ez trakean ezta hestegorrian ere eta bere babes-mekanismoa mintz era-koa da.

Zenbait protesi medikuak alda-tu behar duen bitartean, gurea gai-xoak berak alda dezake. Horrela gaixoa medikuarekiko independen-te bihurtzen da.

Protesia, ziztada trakealez egin-dako teknika sekundarioetan eta

likido-ihesa duten igoera trakeale-ko tekniketari, erabiltzen da.

Balbula fonatorioak

Teknika kirurgiko guztiek duten arazoa trakeostoma sortzea da. Beraz, fonatu ahal izateko (ahos-katzeko, alegia) trakeostoma estali egin beharko da.

Trakeostoma ixteko erarik erra-zena behatzaz baliatzea da, baina horrela aritzeak eragozpen batzuk sortzen ditu. Batetik, fonaziorako esku bat erabiltzeak lanerako esku hori ezin dela erabili esan nahi du. Bestalde, eskuak garbiak ez ba-daude ez da batere higienikoa trakeostoma behatzez estaltzea.

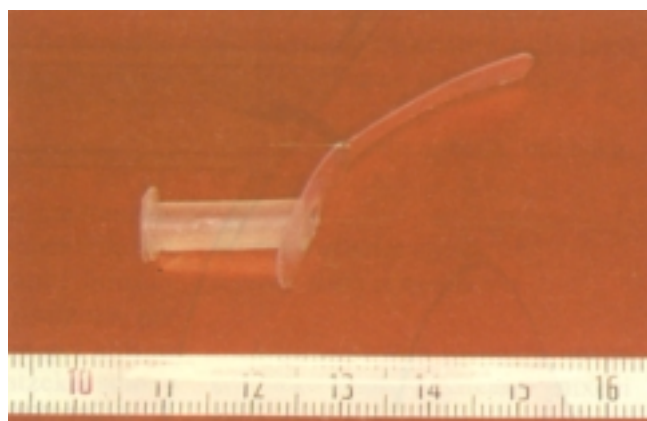
Horregatik, trakeostoma estal-tzeko sistema berriak azaldu dira. Une honetan lau eredu desberdin daude merkatuan balbula fona-torioaren alorrean: bi estatuba-tuarrak, bat alemana eta bestea ingelesa. Balbula fonatorioen bidez, gaixoak behatza trakeos-toman periodikoki jartzea ebitatzen da.

Fistuloplastia fonatorioen emaitza fonatorioak

Ebaketa hauen ondorioz garrantzitsuenetakoa hitz egiteko errehabilitaziorik behar ez izatea da; gaixoek berehala ikasten bait dute hitz egiten.

Ahotsaren kalitateari dago-kionez, zenbait parametrok neur-tzen du faktore hau.

Gure protesi fonatorioa



Ulargarritasuna

Fistuloplastia fonatorioa jasan duten gaixoen ahotsa oso ulgarria da telefonoz hitz egiten ari direnean, nahiz eta zarata handi xamarrara egon.

Fonemen ahoskatzea, ahots erigmofonikoarekin baino garbiagoa da.

Frekuentzia

Frekuentzia gaixo batetik bestera aldatu egiten da. Gaixo batek berak ere, frekuentzia nahi bezala alda dezake. Batzuek abestu ere abes dezakete.

Zalutasuna eta erritmoa

Airea irentsi behar ez denez eta biriketako airea erabil daitekeenez, erritmoa ahots naturalaren antzekoa da.

Intentsitatea

Ahots fistuloplastikoaren intentsitatea ahots erigmofonikoarena baino handiagoa da. Lehenengoaren intentsitatea 70 ÷ 95 dB bitartekoa den bitartean, bigarrenarena 57 ÷ 70 dB bitartekoa da.

Onargarritasuna

Ahots fistuloplastikoa ahots erigmofonikoa baino askoz ere onargariagoa da gizartean. Gaixoa bera ere, gustorago sentitzen da ahots fistuloplastikoarekin ahots erigmofonikoarekin baino.

Ikuspuntu klinikotik emaitzak aldakorak dira; eta kirurgilarien erizpidearen araberakoak.

Guk 300 fistuloplastia egin ditugu; horietatik 175 fistuloplastia primario eta 125 sekundario. Arrakasten portzentaia %85ekoa izan da. Emaitza hauek nahikoa onak dira bide honi jarraitu ahal izateko.

Hemen bukatzen da laringektomiari buruzko artikulu-segida hau. Garai batean heriotza zekarren gaixotasunak. Gaur egun, berriz, biziak gainditu egin du. M

Euskaratzaileak:

J. Aizpurua Sarasola eta J. Agirre