

85. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie 28.01.-01.06.2014 in Dortmund

(Thematik: Plastisch-ästhetische Operationen in der Kopf-Hals-Chirurgie)

Nasenseptumdefektverschluss und Rhinoplastik: ein- oder zweizeitiges Vorgehen?

Dr. med. Thoralf Stange

HNO-Zentrum Neuss, Krämerstr. 1-3, 41460 Neuss, www.hno-neuss.de

stange@hno-neuss.de

Abstract

Einleitung: Sowohl bei spontanen als auch bei postoperativen Nasenseptumdefekten bestehen oft zusätzliche Deformitäten der äußeren Nase. Die Planungen zum operativen Vorgehen werden erstens aufgrund der sehr schwierigen geweblichen Voraussetzungen bei vernarbten und partiell zerstörten anatomischen Strukturen erschwert. Zweitens ist es fraglich, ob innere und äußere Pathologien gleichzeitig behandelt werden können. Elegant und für den Patienten komfortabel ist natürlich die operative Korrektur in einer Sitzung. Daher soll entsprechend den in den letzten 5 Jahren gemachten persönlichen Erfahrungen des Autors statistisch sowie an einigen Fallbeispielen erläutert werden, in welchen Fällen beide Korrekturen gleichzeitig durchgeführt werden können und in welchen Fällen besser zweizeitig vorgegangen werden sollte.

Method: Von 2008 bis 2012 wurden vom Autor 278 Nasenseptumdefekte mit der erweiterten Brückenlappentechnik nach Schultz-Coulon operiert und in 63 Fällen gleichzeitig eine äußere Nasenkorrektur durchgeführt. Die Defekte wurden nach Vermessung in 4 Gruppen eingeteilt: Kleine Septumdefekte (Typ I) nahmen maximal ein Drittel der Septumhöhe im Defektbereich ein, mittelgroße Defekte (Typ II) waren zwischen einem Drittel und der Hälfte der Septumhöhe im Defektbereich hoch, große Defekte (Typ III) zwischen der Hälfte und zwei Drittel und sehr große Septumdefekte (Typ IV) höher als zwei Drittel der Septumhöhe im Defektbereich. Die Nachbeobachtungszeit betrug mindestens 12 Monate.

Ergebnisse: Von den Nasenseptumdefektverschlüssen ohne Rhinoplastik (-R) konnten 91 % vollständig verschlossen werden. Wurde gleichzeitig eine Rhinoplastik (+R) durchgeführt, ergab sich eine Komplettverschlussrate von 74 %. Für die unterschiedlichen Defektgrößen ergaben sich verschiedene Erfolgsquoten: Kleine Defekte ohne Rhinoplastik (Typ I – R) 97 % / mit Rhinoplastik (Typ I + R) 85 %; mittelgroße Defekte (Typ II - R) 96 % / (Typ II + R) 59 %; große Defekte (Typ III - R) 66 % / (Typ III + R) 40 %; sehr große Defekte (Typ IV - R) 33 %. Bei Typ IV Defekten wurden keine zusätzlichen rhinoplastischen Maßnahmen durchgeführt.

Schlussfolgerungen: Damit kann man feststellen, daß bei kleinen Nasenseptumdefekten zusätzliche rhinoplastische Maßnahmen durchgeführt werden können, ohne die Prognose des Komplettverschlusses wesentlich zu beeinträchtigen. Bei mittelgroßen Defekten sollte nach Möglichkeit ein zweizeitiges Vorgehen gewählt werden und nur in ausgewählten Fällen (z.B. Erst-OP, Absenkung des Nasenrückens) zusätzliche rhinoplastische Maßnahmen erfolgen, da sonst die Prognose des

Komplettverschlusses erheblich abnimmt. Bei großen Defekten sollte man grundsätzlich ein zweizeitiges Vorgehen planen.