

Angeborene Fehlbildungen
Entwicklungsstörungen nach
Verletzungen im Wachstumsalter
Freie Vorträge

Herausgegeben von
Norbert Schwenzer und Michael Ehrenfeld



Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York

Inhaltsverzeichnis

Angeborene Fehlbildungen

FARMAND, M.; HIRSCHFELDER, U.; HIRSCHFELDER, H.; MÜSSIG, D. Dreidimensionale Darstellung der knöchernen kraniofazialen Strukturen von angeborenen Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen	1	GUBISCH, W.; GREULICH, M. Zur Korrektur der Nasendeformität bei einseitigen Lippen-Kiefer-Gaumenspalten	38
KLEIN, H.-M.; VOY, E.-D.; SCHNEIDER, W. Erzeugung und Manipulation dreidimensionaler medizinischer Bilddaten zur Operationsplanung bei komplexen kraniofazialen Mißbildungen	4	NEUKAM, F. W.; BRACHVOGEL, P.; BERTEN, H.; SCHELLER, H. Sekundäre Korrekturen bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalträgern	41
MÜHLING, J.; COLLMANN, H.; SÖRENSEN, N. Zum Hypertelorismus und seiner speziellen Behandlungsproblematik	8	PAULUS, G. W. Erfahrungen mit Nasenkorrekturen bei LKG-Spaltpatienten mit hochgradigen Deformierungen im Kiefer- und Nasenbereich	43
HASSLER, W.; EHRENFELD, M. Methoden der osteoplastischen Rekonstruktion bei kraniofazialen Osteotomien zur Korrektur von Kraniosynostosen	10	SCHMELZEISEN, R.; HAUSAMEN, J.-E.; LOEBELL, E.; HACKI, T. Ergebnisse nach sprachverbessernden Operationen bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten	46
BUCHHOLZ, R.; HASSLER, W. Operative Versorgung von Spaltbildungen des Kopfes	14	HERWERTH, M.; SCHMELZLE, R.; HELLNER, D.; GRUNDMANN, B. Anwendung der autologen Knochentransplantation bei sprachverbessernden Operationen	48
GEYER, G.; HELMS, J.; SÖRENSEN, N.; HOFMANN, E. Rekonstruktion des Sellabodens mit Glasionomerzement	15	BOOTZ, F.; JAHNKE, K.; KEINER, S. Chirurgie großer Mittelohrmißbildungen	51
SCHWENZER, N. Seltene Spaltbildungen des Gesichts	17	LENK, R.; BERGHAUS, A.; JOVANOVIC, S.; GUNDLACH, P. Langzeitergebnisse nach Ohranlegeplastik	53
SCHMID, E. Konstruktion der Nase bei angeborener totaler Nasenaplasie	20	KRISCH, A.; HERBERHOLD, C. Chirurgische Rehabilitation der Mikrotie 3. Grades	54
EHRENFELD, M.; BACHER, M.; HILDEBRAND, H.; SCHWENZER, N. Wandel in der Therapie von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten am Beispiel der Tübinger Klinik	22	BRUNNER, F. X.; GEYER, G.; HAGEN, R.; MÜLLER, J. Klinisch-diagnostische, morphologische und therapeutische Gesichtspunkte bei Fehlbildungen der äußeren und inneren Nase	57
MATRAS, H. Bilanz über sieben Jahre Chirurgie von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten	27	STEINHÄUSER, E. W. Funktionelle und ästhetische Korrektur von seltenen maxillo-fazialen Dysostosen	59
FLEINER, B.; HOFFMEISTER, B.; HOSENFELD, D. Van-der-Woude-Syndrom und Stickler-Syndrom – autosomal dominant vererbte Fehlbildungen in Kombination mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten	30	GEHRKE, G.; WEHRMANN, M.; KIMMEL, R.; BSCHORER, R.; EICHHORN, W. Angeborene Zysten und Fisteln im Bereich des Halses	64
KRÜGER, E.; KRUMHOLZ, K.; SPANAKIS, E. Spätergebnisse nach primärer Osteoplastik bei einseitigen Lippen-Kiefer-Gaumenspalten	33	KRAINAU, R.; GRUNDMANN, B.; SCHMELZLE, R.; HELLNER, D. Laser: Eine Alternative bei der Behandlung des Naevus flammeus	67
REINERT, S.; HESS, M.; NIERMANN, F.; LAMPRECHT, A. Funktionelle Spätergebnisse nach einseitiger Gaumenspaltpplastik im Alter von 2 Jahren	36	VOY, E.-D. Demonstration zur Praxis der konservativen und operativen Therapie von Hämangiomen	68
		HELLNER, D.; SCHMELZLE, R.; ZEUMER, H. Therapiemöglichkeiten der Hämangiome im Kindes- und Erwachsenenalter	71

MAST, G.; EHRENFELD, M.; SCHWENZER, N.; BIEN, S.; PETERSEN, D. Therapie konnataler Angiome – Ergebnisse nach endovaskulärer und chirurgischer Behandlung	74	SEYFERT, CHR.; STOCK, A. Intraartikuläre Medianusschädigung nach Ellen- bogenluxationsfraktur im Kindesalter	119
DROMMER, R. B. Das Hygroma cysticum colli – ein Fallbericht	79	DALLEK, M.; GOSSE, H.; JUNGBLUTH, K.-H. Korrektur nach Epiphysenverletzungen	121
SEITZER, D.; NIEDNER, W. Plastisch-operative Korrektur der Rüsselbrust	81	VOLKMANN, R.; WELLER, S.; MEEDER, P. J. Die Korrekturosteotomie der langen Röhrenkno- chen bei posttraumatischer Fehlstellung an der unte- ren Extremität im Wachstumsalter	125
MÜLLER, G. Modifizierte Techniken zur Reduktionsplastik bei Brustasymmetrien	83	SCHNEIDER, D. Häufigkeit und Formen der Entwicklungsstörungen nach Kiefer-Gesichtsverletzungen im Kindesalter . . .	127
MÜLLER, A.; KAUFMANN, M.; ENGEL, K.; WEBER, B.; BASTERT, G. Langzeitergebnisse nach Reduktionsplastik der Brust – Erfahrungen an der Universitäts-Frauen- klinik Heidelberg	85	ECKARDT, A.; HESSLING, K. H.; REICH, R. Isolierte Kollumfrakturen im Wachstumsalter – retrospektive Analyse von 50 Fällen	129
WALZ, K.-A.; WINKLER, U.; KROEPFL, D. Plastisch-operative Korrektur bei angeborenen Fehlbildungen des weiblichen Genitale mit Zeichen der Virilisierung	87	DUMBACH, J.; SPITZER, W. J. Beitrag zur Korrektur von Ankylose und Mikro- genie nach Kiefergelenkfrakturen im Wachstums- alter	131
WACHTER, I.; BRUMBERGER, V.; EIERMANN, W. Nachuntersuchungsergebnisse zur Operation nach Vecchietti bei Aplasia vaginae	90	Freie Vorträge	
BICHLER, K.-H.; BUCK, G. M.; WILBERT, D. M. Plastisch-rekonstruktive Maßnahmen am männli- chen Genitale	92	SCHLIEPHAKE, H.; NEUKAM, F. W. Dreidimensionale quantitative Charakterisierung von Knocheneinwuchs in poröse Knochenersatzma- terialien aus Hydroxylapatit	136
WILL, B. E.; HASSLER, W. Plastische Deckung von Spaltbildungen im Bereich der Wirbelsäule	94	GALLA, TH. J.; MESSMER, K.; BARKER, J. H. Intravitalmikroskopische Analyse der Mikrozirkula- tion beim Delay-Phänomen	139
GIEHL, J.; KÜSSWETTER, W. Operative Korrektur des Rippenbuckels bei der idiopathischen Skoliose	96	HOTZ, G. Konturkorrektur mit formbaren Implantaten aus Hydroxylapatitkeramik-Fibrinklebung	141
BEHRENS, P.; TUSCHICK, B. Polydaktylieformen an Hand und Fuß und deren Klassifikation	99	MÜLLER, G.; GREGER, B.; BOOTZ, F. Gibt es einen Platz für resorbierbares Nahtmaterial in der Mikrovaskularchirurgie?	144
REICHERT, B.; WEISSE, M.; BERGER, A. Spätergebnisse nach funktionellen Rekonstrukti- onen von Fehlbildungen der Hand	104	FEIFEL, H.; RIEDIGER, D.; WEISKE, R.; EHRENFELD, M. Messung der Knochendichte nach mikrochirur- gischer Transplantation vaskularisierter Becken- späne	147
SCHMITT, E.; HEISEL, J.; Angeborene Fehlbildungen im Vorfußbereich und operative Korrekturmöglichkeiten	106	KLESPEL, B.; FIGARI, M.; SCHMELZLE, R. Die mikrochirurgische Gefäßanastomose nach vor- ausgegangener Chemotherapie im rasterelektronen- mikroskopischen Bild	150
Entwicklungsstörungen nach Verletzungen im Wachstumsalter		SÄTZLER, R.K.-E.; KAMLER, M.; LEHR, H. A.; GALLA, TH. J.; MESSMER, K. Prävention von Hautlappennekrosen bei ischämischen Hautlappen und Verbesserung der Wundheilung bei Ischämie durch die vasoaktive Substanz Buflomedil	153
VON STREMPPEL, A.; GOSSÉ, F.; SANDER- SCHEUERMANN, A. Entwicklungsstörungen der wachsenden Wirbelsäule im Hochleistungssport	112	BUJIA, J.; REIMANN, V.; PITZKE, PH.; WILMES, E.; HOLTMANN, ST.; KASTENBAUER, E. In-vitro-magnetresonanztomographische Gütebe- stimmungen von Knorpeltransplantaten	156

BECKER, H.; LAUBERT, A.; REUMANN, K. Rechnergestützte präoperative Konstruktion und Herstellung individueller alloplastischer Implantate	158	PROBST, J. Bildgebende Verfahren unter besonderer Berücksichtigung der Kernspintomographie/Magnetresonanztomographie (KST/MRT) als Indikationshilfe zu plastisch-wiederherstellungschirurgischen Operationen an der Handwurzel	185
WINDOLF, J.; INGLIS, R.; RUEGER, J. M.; PANNIKE, A. Plastische und wiederherstellende Operationen an HIV-positiven Patienten – eine Kontraindikation?	161	HEGELMAIER, CHR.; LANGE, W. P. Die Wiederherstellung der Supinationsfunktion nach körperfernen Bizepssehnenrupturen	186
EMMRICH, K.-H.; HÜTTENBRINK, K.-B.; MEYER-RÜSENBERG, H.-W. Restenosen nach Dacryocystorhinostomia externa – kombinierte Operationen mit endonasaler Folien-einlage	162	HEISEL, J.; SCHMITT, E. Klinische Verlaufsbeobachtungen bei primärer und sekundärer Resektionshüfte	189
LAWIN-BRÜSSEL, CHR. A., GRENZEBACH, U. H.; BUSSE, H. Lidersatz	164	SCHMITT, O.; SCHMITT, E.; SCHNEIDER, U. Ergebnisse der operativen Stabilisierung im lumbal- bzw. lumbosacralen Übergangsbereich unter Verwendung verschiedener Stabilisierungsverfahren	194
GRENZEBACH, U. H.; RADEMACHER, P.; BUSSE, H. Zur Problematik der Revisions-Operationen nach Suspensionsverfahren mit Gore-tex zur Korrektur der Ptosis	166	SINGEWALD, M.; RISCHKE, B.; WESTERMANN, K.; BRANDIS, A. Freie Patellarsehnen-Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes mit PDS-Augmentation	197
GRÄBER, I.; JOVANOVIĆ, S.; BERGHAUS, A. Subjektive und objektive Bewertung des Ergebnisses nach Rhinoplastik – eine retrospektive Studie	169	BABAYAN, R. Der thorakoabdominale Lappen zum Weichteiler-satz an der Thoraxwand	198
SCHAUSS, F.; DRAF, W. Die offene Rhinoplastik – eine Möglichkeit zur Lösung von Problemfällen	171	BRAICK, H.-G. Die operative Behandlung der sacralen Dekubital-geschwüre des alten Menschen in einer allgemeinchirurgischen Abteilung	199
SCHRADER, M.; VANHOUCHE, F.; JAHNKE, K. Sofortrekonstruktion des Nasenseptums beim Septumabszeß im Kindesalter	174	HAHN, M.; GLÄSER, E.; BÖTEL, U. Differenzierte Behandlungsmöglichkeiten tiefer Dekubitalulzera der Beckenregion durch gestielte Muskel-Haut-Plastiken	202
HÖHMANN, D. H.; KRIEGER, S. Tumorchirurgische und plastisch-rekonstruktive Anforderungen an die Exzision der Basaliome und malignen Melanome im Kopf- und Halsbereich	176	RUDOLPH, H. Was muß der Kliniker heute über Sterilisation und das Einwegproblem wissen?	204
KEMPF, H.-G. Klinik und Therapie neurogener Tumoren im Kopf-Hals-Bereich	179	STUDTMANN, V.; RUDOLPH, H. Die congenitale Patelladysplasie	207
MEYER, H.-J.; SCHMIDT, W.; SCHUSS, U. Modifikation des freien Latissimus-dorsi-Lappens zur Rekonstruktion nach erweiterter Oberkieferre-sektion	181	ADOLPH, H. P.; RUDOLPH, H.; KRAUSS, D. Die Reparatur großer Knorpeldefekte mit dem Spongiosablock	210
HAGEN, R.; BRUNNER, F. X. Einsatzmöglichkeiten mikrovaskulärer Techniken in der Trachealchirurgie	183	Sachverzeichnis	212

Subjektive und objektive Bewertung des Ergebnisses nach Rhinoplastik – eine retrospektive Studie

Einleitung

In der Literatur gibt es zahlreiche Vorschläge zur Definition eines idealen Gesichts anhand von meßbaren Gesichtswinkeln und -proportionen, wie z. B. von Humphries u. Powel (1984) Papel u. Park (1988). Die folgende Studie sollte klären, ob sich derartige Profilvermessungen auch dazu eignen, das ästhetische Ergebnis nach Rhinoplastik zu objektivieren. Von besonderem Interesse war dabei ein Vergleich mit der vom Patienten selbst angegebenen subjektiven Ergebnisbewertung nach dem Eingriff.

Material und Methode

Unserer Untersuchung lag ein Gesamtkollektiv von 206 Patienten zugrunde, bei denen 1983–1988 am Klinikum Steglitz eine Rhinoplastik durchgeführt wurde. 78 Patienten waren weiblich, 128 männlich. Die ausländischen Patienten machten einen relativ großen Anteil des Kollektivs aus und wurden deshalb gesondert betrachtet. Von diesen waren 24 weiblich, 52 männlich. Dieses Kollektiv ausländischer Patienten besteht nahezu ausschließlich aus Südeuropäern, vorwiegend Türken, Jugoslawen, Griechen und Italienern. Im Beobachtungszeitraum waren an den Eingriffen insgesamt 12 Operateure beteiligt.

Die subjektive Ergebnisbewertung erfolgte anhand eines Fragebogens, bei dem die Patienten unter anderem selbst angaben, ob sie mit dem Operationsergebnis zufrieden, eingeschränkt zufrieden oder nicht zufrieden waren. Die objektive Erfassung geschah durch Vermessung von Gesichtsproportionen anhand prä- und postoperativer Fotos (Abb. 1a, b).

Für die objektive Ergebnisbewertung wurde die Vermessung des Nasofrontal-, Nasofacial-, Nasomental- und Nasolabialwinkels herangezogen (Abb. 2), außerdem die Bewertung von Asymmetrien der Spitze, des Columella-profils, des Nasenrückens und ein eventuelles Abweichen von der Medianlinie.

Jeder Nasendeformität wurde je nach Abweichung des gemessenen Proportionswertes vom Normalwert eine Punktzahl zugeordnet. Mit dem Ausmaß der Deformität steigt der zugeordnete Punktwert an.

Die objektive Ergebnisbewertung orientiert sich an der prozentualen postoperativen Punktwertveränderung gegenüber dem präoperativen Wert. Eine Veränderung über 60% wurde als gutes, eine Änderung unter 40% gegenüber dem präoperativen Wert als nicht zufriedenstellendes Ergebnis gewertet. Lag die Veränderung dazwischen, wurde das Ergebnis mit Einschränkung zufriedenstellend bewertet. Die Punktwertverteilung ist vergleichbar mit der von Anderson u. Ries (1986) vorgeschlagenen Methode, die von uns allerdings modifiziert wurde.

Die objektive Ergebnisbewertung wurde der durch Fragebogen erhobenen subjektiven Bewertung gegenübergestellt. Das Antwortkollektiv war etwa halb so groß wie das Gesamtkollektiv.

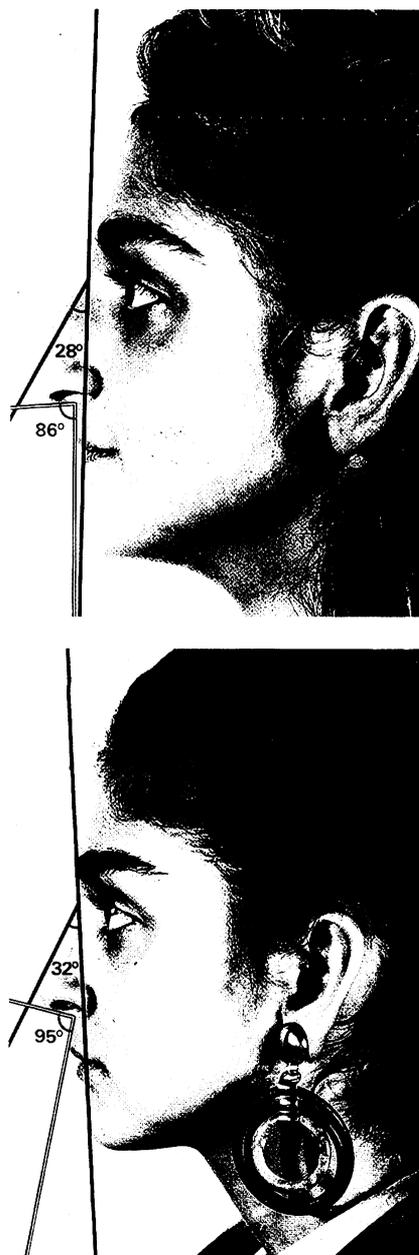


Abb. 1a, b Beispiel für einen Rhinoplastikbefund.

a Präoperativ, b postoperativ. Eingezeichnet sind der Nasen-Gesichts-Winkel (schwarz) und der Nasolabialwinkel (schwarz/weiß)



Abb. 2 Nasofrontal- und Nasomentalwinkel

Ergebnisse

Bei der Betrachtung der Ergebnisse ergab sich für das Gesamtkollektiv eine deutliche Verschiebung des Punktwertmaximums vom präoperativen zum postoperativen Zustand. Diese Verschiebung des Punktwertgipfels zu kleineren Werten bedeutet eine deutliche Verbesserung bei der objektiven Bewertung. Für das gesondert betrachtete Kollektiv der ausländischen Patienten ergibt sich bezüglich der postoperativen Verbesserung, die sich im niedrigeren Punktwert nach dem Eingriff ausdrückt, kein Unterschied zum Gesamtkollektiv. Auch männliche bzw. weibliche Patienten unterscheiden sich in dieser Hinsicht nicht vom Gesamtkollektiv.

Beim Vergleich der objektiven mit der subjektiven Ergebnisbewertung findet man übereinstimmend den überwiegenden Anteil der Patienten bei den guten bzw. mit Einschränkung zufriedenstellenden Resultaten. Beim direkten individuellen Vergleich zeigt sich, daß in ca. 70% die objektive mit der subjektiven Bewertung übereinstimmt. In fast allen übrigen Fällen lag die objektive Bewertung besser als die subjektive. Die isolierte Betrachtung der männlichen bzw. weiblichen Patienten zeigt hier keinen Unterschied zum gesamten Antwortkollektiv.

Der Vergleich der subjektiven und objektiven Ergebnisbewertung bei ausländischen Patienten zeigt einen Unterschied zum gesamten Kollektiv. Hier finden sich häufiger subjektiv schlechte Bewertungen, die nicht mit objektiv erfaßten Ergebnissen begründbar sind. Die Ursache hierfür könnte darin liegen, daß in der Ausländergruppe relativ mehr junge Patienten unter 20 Jahre vertreten sind.

Die Betrachtung der Ergebnisbewertung nach Altersgruppen ergibt nämlich, daß junge Patienten auffallend häufig mit dem Ergebnis subjektiv nur mit Einschränkung oder nicht zufrieden sind, wogegen in der gleichen

Altersgruppe die objektiven Messungen überdurchschnittlich häufig ein gutes Ergebnis aufweisen. Möglicherweise haben jüngere Patienten in Verknüpfung des technisch Machbaren eine unrealistisch hohe Erwartung an das Operationsergebnis.

Aus der Fülle der weiteren Ergebnisse, die diese Studie zutage förderte, sei noch auf die Ergebnisbewertung in Abhängigkeit vom Operationsjahr hingewiesen. Im Laufe der Jahre nahm subjektiv und objektiv der jeweilige Anteil der guten Ergebnisse deutlich zu. Gleichzeitig nahm auch die Übereinstimmung zwischen Untersucher und Patient über diese Ergebnisbewertung zu. Ursache hierfür ist möglicherweise eine effektive Besserung der operativen Leistung durch Training und Schulung, andererseits aber auch eine zunehmend bessere Patientenauswahl und ausführlichere Aufklärung. Wahrscheinlich spielt auch die zunehmende Häufigkeit dieses Eingriffs am Klinikum Steglitz eine Rolle.

Diskussion

Zusammenfassend möchten wir vor allem folgende Resultate der Studie hervorheben:

Die ausgewählten Meßmethoden sind geeignet, das Ergebnis nach Rhinoplastik objektiv zu erfassen. In Übereinstimmung mit der subjektiven Bewertung wurden ganz überwiegend gute oder mit Einschränkung zufriedenstellende Ergebnisse erzielt. Die Resultate legen nahe, jüngere Patienten, insbesondere, wenn sie Ausländer sind, besonders eingehend über die Möglichkeiten der plastischen Korrektur aufzuklären, damit keine unrealistische Erwartungshaltung aufkommt. Schließlich sei noch erwähnt, daß der überwiegende Teil der Patienten, der mit dem Operationsergebnis nicht vollständig zufrieden war, sich eine ausgeprägtere und weitergehende Änderung der Nasenform gewünscht hätte. An einer Universitätsklinik, an der auch jüngere Operateure bei solchen Eingriffen beteiligt sind, sollte man aber im Zweifelsfall dennoch eher ein konservatives Vorgehen empfehlen, damit es nicht zu einer Erhöhung der in unserem Kollektiv niedrigen Rate an Komplikationen und Revisionseingriffen kommt.

Zusammenfassung

206 Patienten der HNO-Klinik des Universitätsklinikum Steglitz aus den Jahren 1983–1988 wurden bezüglich des kosmetischen Ergebnisses nach Septorhinoplastik nachuntersucht. Methodisch wurden anhand prä- und postoperativer Fotos objektive Bewertungskriterien der Ergebnisse (Profilwinkel, Nasenlänge etc.) erfaßt. Gleichzeitig erfolgte eine Befragung der Patienten über ihre subjektive Einschätzung des Resultates (Rücklauf der Fragebögen bei 50%). Es zeigt sich, daß der überwiegende Teil der Patienten das Ergebnis in guter Korrelation zu den objektiven Messungen als gut bzw. zufriedenstellend einstufte. Sofern das Ergebnis als schlecht empfunden wurde, wurde als Begründung nahezu immer eine Unterkorrektur angegeben.

Die Studie versucht zu klären, wie weit subjektive und objektive Bewertung nach Nasenplastik übereinstimmen, und ob bestimmte Patientengruppen (männlich, weiblich, jung, alt) sich hinsichtlich der subjektiven oder objektiven Ergebnisbewertung unterscheiden.

Literatur

- Anderson, J. R., Ries: Rhinoplasty: Emphasizing the external approach, Thieme, New York 1986
- Humphries, B., H. Powell: Proportions of the Aesthetic Face, Thieme, New York 1984
- Papel, I. D., R. I. Park: Computer imaging for instruction in facial plastic surgery in a residency program, Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 114 (1988) 113–119

Kontaktadresse:

Dr. S. Jovanovic
Universitäts-HNO-Klinik
Klinikum Steglitz der FU Berlin
Hindenburgdamm 30
1000 Berlin 45