

Deckung von Gaumendefekten mittels gestielter Naso-Labial-Hautlappen.

Von Dr. J. F. S. Esser, Spez.-Chirurg für plast. Operat. an der Kgl. chir. Klinik von Geh. Rat Prof. Bier und Augenklinik von Geh. Rat Prof. Krückmann. Fachärztl. Beirat für plast. Chirurgie beim Gardekorps.

(Mit 10 Abbildungen.)

Schon in Bruns' Beiträgen Bd. 105, S. 545 habe ich für plastischen Ersatz der Unterlippe die Verwendung von größeren und kleineren spitzigen Nasolabiallappen befürwortet. In der letzten Zeit verwandte ich diese Lappen auch zur Schließung von verschiedenen Defekten des harten und sogar weichen Gaumens. Da ich mit den Resultaten vollkommen zufrieden bin, so möchte ich nicht versäumen, diesen Weg, besonders für sehr schwierige Fälle, warm zu empfehlen.

Eine Nekrose des Lappens erlebte ich bis jetzt nicht. Die Technik gestaltet sich folgendermaßen: Es wird, wie die nebenstehende Zeichnung Nr. 1 angibt, ein je nach Bedarf kleinerer oder größerer, spitziger, unten gestielter Lappen an der Grenze von Nase und Wange geschnitten (Fig. 1). Der Lappen muß ziemlich massiv und dick sein, damit er bis zu seiner Spitze die Arteria angularis in sich hat. Der bis zu seiner Basis frei präparierte Lappen wird dann durch einen bis in die Mundhöhle perforierenden Schnitt (der Teil AB von der Lappenumschneidung A, B, C, D) zum Gaumendefekt geführt und dort an dessen angefrischten Rändern mit feinem Metalldraht (Aluminiumbronze oder Kupfer vernäht (Fig. 2). Im allgemeinen wird die Hautseite des Lappens zur Mundhöhle und also die Wundseite zur Nasenhöhle gelegt. Ab und zu ging ich auch umgekehrt vor. Es muß dann, besonders wenn an der Stelle, an welcher der Stiel den Ober- und Unterkiefer kreuzt, sich Zähne befinden, eine Bißerhöhung angebracht werden, damit nicht auf den Stiel gebissen wird. Die Vorteile des Operationsverfahrens sind die sehr günstige Prognose, die

Geringfügigkeit der Entstellung, die es zurückläßt, und die leichte Operationstechnik, die auch bequem für den Patienten ist, gegenüber Verwendung von gestielten Lappen aus größerer Entfernung, besonders von den oberen Extremitäten.

Auf der zweiten Skizze sieht man, daß der Teil BC zugenäht ist, und bei dem Abschnitt BA ein Spalt resultiert an der Stelle, an welcher der eingeschobene Lappen sich dem vorderen Schnittende nähert.

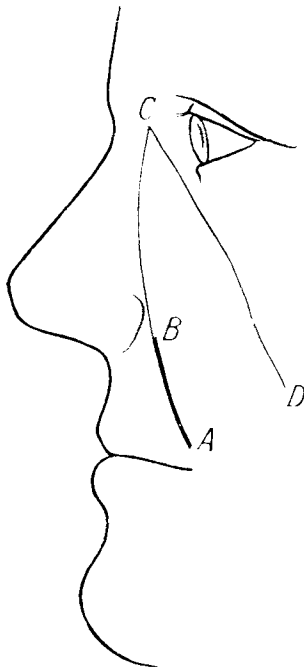


Fig. 1.

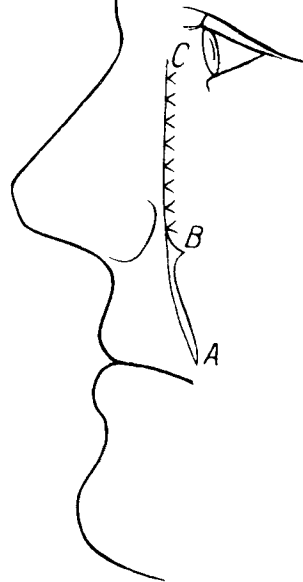


Fig. 2.

Einmal operierte ich einen Kranken, Patient Sch. in der Kgl. Universitäts-Klinik (Bilder 3, 4, 5, 6, 7), dem man den linken Oberkiefer in toto entfernt hatte wegen Sarkoms (Fig. 3, 4, 5). Der Mann hatte keinen vollständigen Abschluß zwischen Nasen- und Mundinnerem durch seine zahnärztliche Prothese, und außerdem fand diese Prothese so wenig Halt, daß sie sich fortwährend löste. Der sehr große Defekt im Gaumen wurde vollständig mit dem Nasolabiallappen ausgefüllt und dauernd ver-

geschlossen. Von den Fig. 3—5 vor der Operation sieht man auf Fig. 3 die dunkle Stelle, wo die Gaumenhälfte fehlte und auf Fig. 4



Fig. 3.

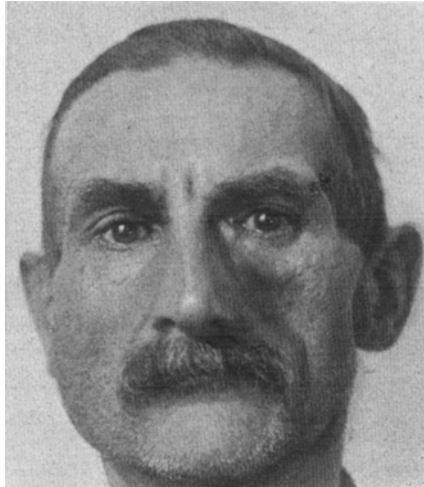


Fig. 4.

u. 5 die äußere Einsenkung und Entstellung der Wange, Fig. 6 u. 7 das Ergebnis der Operation.



Fig. 5.

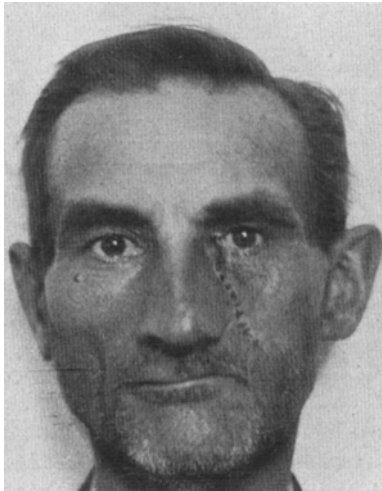


Fig. 6.

Der zweite Fall (bei Herrn Geheimrat W.) galt einem kleineren Defekte des harten Gaumens, welcher infolge Schußverletzung

entstanden war. Vorher war Patient schon ein paarmal operiert worden von Ärzten, die besonders in derartigen plastischen Opera-



Fig. 7.

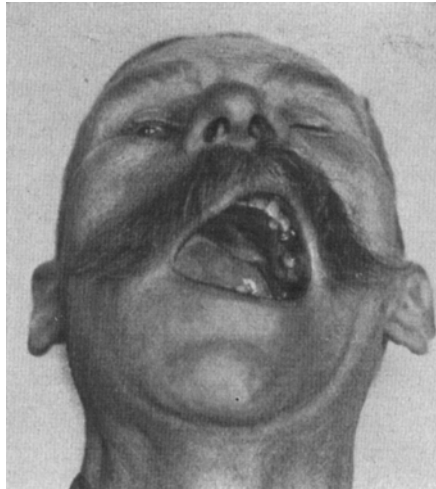


Fig. 8.

tionen sehr gewandt sind. Die Operationen hatten wohl eine gewisse Verkleinerung des Loches herbeigeführt, aber die Um-

gebung desselben war infolgedessen vollständig vernarbt, so daß irgendwelche Plastik aus der unmittelbaren Nähe vollkommen ausgeschlossen war (Fig. 8).

Der Fall konnte also als eine Art Feuerprobe angesehen werden, dazu kam noch der belästigende Umstand, daß Patient an der Seite des Defekts bis auf einen Mahlzahn sämtliche Zähne besaß, so daß der Stiel über die Zähne geführt werden mußte. Leider hatte ich versäumt, vorher vom Zahnarzt einen festen Apparat anfertigen zu lassen, um die Kiefer auseinander zu halten.

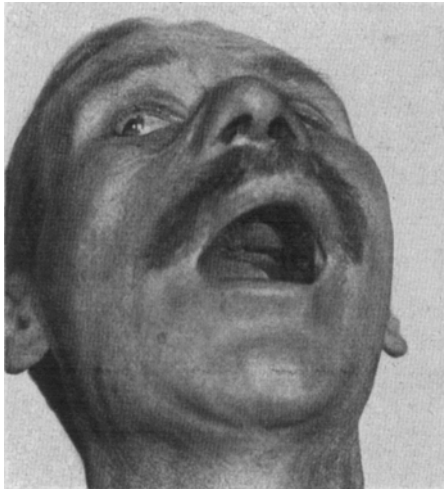


Fig. 9.

Ich mußte daher am Schluß der Operation durch Dazwischenschieben eines Stückes zahnärztlicher Abdruckmasse die Kiefer auseinander halten. Als ich den Patienten einen Tag später besuchte, bemerkte ich zu meinem Bedauern, daß das Stück Stents fort war der Stiel fest eingebissen und der stark angeschwollene ödematöse Teil des Lappens, der auf dem Gaumen lag, schwarzblau war. Sofort ließ ich durch den Zahnarzt (der Patient, der mir zur Operation von Herrn Oberstabsarzt Prof. Williger überwiesen war, befand sich im Zahnärztlichen Institut der Universität Berlin) einen besseren Mundöffner anbringen. Am nächsten Tage war zu meiner großen Verwunderung der Lappen bloß

noch ödematös, aber wieder von rosa Farbe. Der Fall heilte ganz primär und führte zu einem vollkommen zufriedenstellenden Resultat. Nur an einer Stelle war eine Naht ein wenig gelockert und es bestand erst eine ganz kleine Fistel, die aber bald spontan verschwand. Die Bilder, Fig. 8 vor der Operation und Fig. 9 nach der Stieldurchtrennung, zeigen das Operationsverfahren und das Resultat.

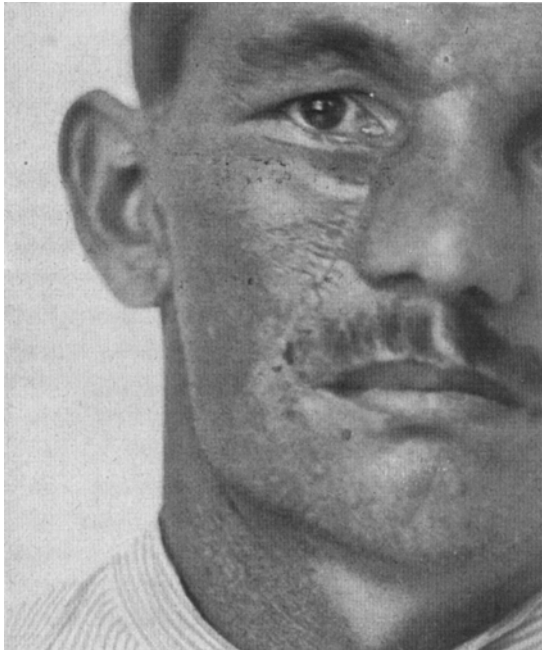


Fig. 10.

Fall 3: Patient S. aus der Königl. Klinik in Berlin hatte einen Gaumendefekt nach Schußverletzung. Dieser Fall war leichter, weil Patient zwei Mahlzähne verloren hatte, so daß der Stiel bloß über den Processus alveolaris nach innen geführt werden konnte, ohne daß eine Bißerhöhung notwendig war. Andererseits bot Patient große technische Schwierigkeiten, da der Defekt genau am Ende des harten Gaumens quer verlief, ziemlich groß war und bis über die Mittellinie reichte. Der Lappen heilte trotzdem wiederum ohne den geringsten Verlust durch Nekrose ganz primär

ein. Durch ein Mißverständnis wurde Patient, bevor der Stiel durchtrennt war, vom Stationsarzt auf längeren Urlaub geschickt, und als ich Patient beinahe 2 Monate nach der Operation wieder sah, war der Lappen wohl vollständig fest angewachsen, aber durch den fortwährenden Zug vom gespannten Stiel aus etwas nach außen gerutscht, so daß an der Spitze durch Klaffen ein kleiner Defekt entstanden war. Nach Durchschneiden des Stieles rückte der Lappen spontan weiter nach der Mittellinie. Es schloß sich das Loch ohne Operation bis auf die Hälfte. Vielleicht muß noch eine kleine Nachoperation stattfinden, die den Lappen, der an der Zahnseite überflüssig groß ist, etwas zu verschieben hat nach einseitiger Loslösung. Der Fall ist aber rezent und vielleicht heilt die kleine Öffnung spontan. Von diesem Patienten habe ich bloß ein Bild (Fig. 10) nach der Operation, um das kosmetische Resultat der Nasolabialfalte zu zeigen. Das Gaumenloch war vor und nach der Operation nicht zu photographieren, da es so tief hinten lag und Patient außerdem durch die Vernarbung infolge des Schusses den Mund nicht weit aufmachen konnte.

Auch Dr. Halle aus Berlin, der mir bei einer der Operationen assistierte und die anderen genau verfolgt hatte, führte nachher selbst diese Methode aus. Er berichtete darüber sehr günstig in der Laryngologischen Gesellschaft in Berlin unter Demonstration von Patienten.
