

## Fallpräsentation einer Unterkieferweichgewebsrekonstruktion nach Kriegsverletzung im 2. Weltkrieg

**Sprache:** Deutsch

**Autoren:**

Dr. Annette Rabel, Prof. Dr. Andrea Maria Schmidt-Westhausen  
 Charité - Universitätsmedizin Berlin  
 CharitéCentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
 Bereich Oralmedizin, Zahnärztliche Röntgenologie und -Chirurgie

**Datum/Veranstaltung/Ort:**

17.- 19. Mai 2007  
 57. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie  
 Wiesbaden

### Einleitung

Schussverletzungen verursachen meist erhebliche Gewebeerstörungen mit sehr unregelmäßigen und atypischen Gewebeerstörungen, die bei der Erstversorgung vor Ort mit erschwerten Bedingungen oft zu suboptimalen Resultaten führen. Wir stellen einen Fall vor, der verdeutlicht, dass trotz schwieriger Umstände zu Kriegszeiten ein ästhetisch ansprechendes und funktionelles Ergebnis erzielt werden konnte.

### Material und Methoden

#### Kasuistik

Ein 81-jähriger Patient wurde auf Grund einer infizierten radikulären Zyste der Radix relicta 35 zur Weiterbehandlung in unsere Klinik überwiesen. Durch eine symptomatische Therapie mit Inzision und Drainage konnte der akute Zustand in einen chronischen überführt werden. Eine anschließende kausale Therapie mit Zahnsanierung lehnte der Patient ab. Extraoral auffällig waren periorale Narben in der Submentalfalte und der linken Nasolabialfalte mit Wulstbildung in der linken Kommissur, ein hoher Muskeltonus mit einer nur gering ausgeprägten Unterlippe und die eingefallene linke Halsseite mit einem vertikalen Narbenzug, welche auf das Fehlen des M. sternocleidomastoideus sinister hindeutete (Abb. 7). Bei dem vorgestellten Patienten liegt eine Kriegsverletzung v. a. der Unterkieferweichgewebe durch Granatsplitter (ICD-10/Y36.2) von linkslateral im August 1944 zugrunde. Die Notversorgung vor Ort im Lazarett bestand aus Schienung der Mandibula und Defektdeckung mit Hilfe einer Kinnkappe. Von 1945-1948 erfolgten diverse Operationen zur Defektdeckung und Narbenkorrekturen, gefolgt von einer Vestibulumplastik mit einem Spalthauttransplantat Ende der 60er Jahre und die Anfertigung des noch heutzutage inkorporierten Zahnersatzes. In der aktuell angefertigten PSA (Abb. 3) ist eine paramediane Stufe im caudalen Corpusrand Regio 32 als partieller ossärer Defekt erkennbar, knöcherne Rekonstruktionen waren nicht vorhanden. Anhand der Fotografien (Abb. 4-7), Berichte des Patienten und Verlauf der Narbenzüge wollen wir im Folgenden versuchen, die durchgeführte Art der Weichgewebsrekonstruktion unter Berücksichtigung der damaligen Möglichkeiten retrospektiv zu erörtern. Bilaterale Lappenplastik nach Karapandzic<sup>5</sup> (Abb. 8): Beträgt der Defekt 50-75% der ursprünglichen Unterlippenlänge ohne Beteiligung der Kommissuren, ist dieser Verschiebelappen die Therapie der Wahl. Bei der bilateralen Rotation von Gewebe aus dem perioralen Bereich und der Oberlippe nach kaudal-medial entsteht allerdings eine Mikrostomie, die die Nahrungszufuhr und die Ein- und Ausgliederung von Zahnersatz möglicherweise erschwert. Bei sehr umfangreichen Defekten besteht die Gefahr einer zu stark gespannten Unterlippe mit überhängender Oberlippe. Die bei dieser Plastik resultierende nahezu runde Narbe ist bei dem vorgestellten Patienten jedoch nicht vorhanden. Bilaterale Trapez-Lappenplastik nach Bernard<sup>1</sup> - Fries<sup>2</sup> (Abb. 9): Der Verschiebelappen dient der kompletten Unterlippenrekonstruktion. Dafür werden aus dem lateralen Kinnbereich entlang der Submentalfalte Trapezlappen gebildet, die symmetrisch bis in die Mittellinie verschoben werden. Ausgleichsdreiecke müssen an den Nasolabialfalten sowie an der Submentalfalte exzidiert werden. Diese Art der Defektdeckung ist im vorliegenden Fall unwahrscheinlich, da in der rechten Nasolabialfalte keine Narbenzüge zu erkennen sind. Rundstiel-Lappenplastik nach Ganzer<sup>3, 7</sup> (Abb. 10): Der Roll-Wander-Lappen, der bei Kriegsverletzten des 2. Weltkrieges in großem Umfang Anwendung fand<sup>4</sup>, wurde wahrscheinlich zur primären Defektdeckung im Bereich des Kinns (Abb. 5) aus dem M. sternocleidomastoideus als myokutaner Schwenklappen verwendet. Das würde den Narbenzug am Hals, das Fehlen des Muskels und die perioralen Narbenzüge in der linken Nasolabialfalte sowie in der Submentalfalte erklären. Mukosaadvancement nach Langenbeck<sup>6</sup> - Bruns: Die Rekonstruktion des Vermillion der Unterlippe erfolgte anscheinend mit Hilfe dieser Technik durch Mobilisierung der vestibulären Mukosa, was die nachträglich erfolgte Vestibulumplastik mit einem Spalthauttransplantat zur Folge hatte.



Abb. 1: Modellgußprothese mit vestibulärem Schild.

Abb. 2: Vestibulumplastik mit Spalthauttransplantat.



Abb. 3: Panoramaschichtaufnahme von Dezember 2006.



Abb. 4 : April 1944.



Abb. 5: April 1945.



Abb. 6: März 1948.



Abb. 7: Dezember 2006.

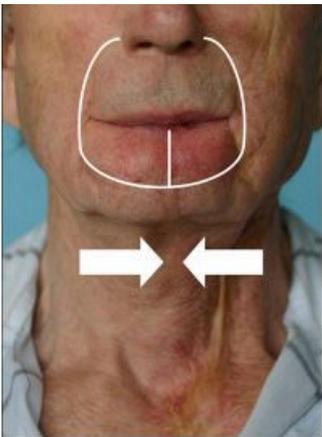


Abb. 8: Lappenplastik nach Karapandzic.

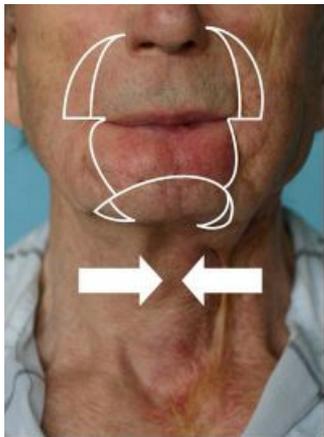


Abb. 9: Trapez-Lappenplastik nach Bernard-Fries.

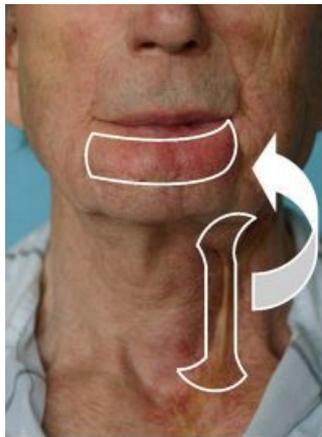


Abb. 10: Rundstiel-Lappenplastik nach Ganzer.

### Schlußfolgerungen

Durch die Inauguration neuer Techniken stehen derzeit einige weitere Möglichkeiten zur Defektdeckung dieses großen Ausmaßes zur Verfügung, die im Folgenden diskutiert werden. Mikrochirurgischer Gewebettransfer (Abb. 11): Die durch die mikrochirurgisch anastomosierten Fernlappen verbundene Unabhängigkeit von der Defektregion erlaubt die Rekonstruktion von umfangreichen Arealen. Nachteilig wirkt sich allerdings die unterschiedliche Textur, Kolorit, Dicke und Behaarung der freien Transplantate auf die Ästhetik aus, da die ästhetischen Einheiten des Gesichts unterbrochen werden. Grundsätzlich sind deshalb für Defektdeckungen im Gesichtsbereich lokale Lappenplastiken zu bevorzugen. Bilaterale Expansionstechnik (Abb. 12): Eine andere Maßnahme stellt heutzutage die Dehnung der Gesichtshaut mittels Hautexpander dar. Dadurch können die Möglichkeiten einer lokalen Lappenplastik mit Hilfe des gewonnenen Hautüberschusses erweitert werden. Die Indikation der Expansionstechnik besteht aufgrund der mehrwöchigen Wartezeit jedoch nicht in der Primärversorgung, sondern in der Sekundärbehandlung. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das vorliegende Ergebnis der Rehabilitation auch in der heutigen Zeit mit einem erweiterten Spektrum an Behandlungsoptionen ästhetisch und funktionell kaum zu optimieren gewesen wäre.



Abb. 11: Simulation des mikrochirurgischen Gewebetransfers.

Abb. 12: Simulation der bilateralen Expansionstechnik.

## Literatur

1. Bernard C. Cancer de la lèvre inférieure: restauration à l'aide de lambeaux quadratiques latéraux. *Scalpel Liège* 1952;5:162.
2. Fries R. Über eine neue Methode der primären Wiederherstellung des Mundwinkels nach Karzinomexstirpation. *Österr Z Stomat* 1962;59:366.
3. Ganzer H. Die Bildung langgestielter Stranglappen bei Gesichtsplastik. *Berl Klin Wochenschr* 1917;54:1095.
4. Ganzer H. Die Kriegsverletzungen des Gesichtes und Gesichtsschädels. Barth, Leipzig 1943.
5. Karapandzic M. Reconstruction of lip defects by local arterial flaps. *Plast Reconstr Sur* 1974;66:93-97.
6. Langenbeck B. Neue Verfahren zur Cheiloplastik durch Ablösung und Verziehung des Lippensaumes. *Dtsch Klinik* 1855;7:1-3.
7. Schuchardt K. Der Rundstiellappen in der Wiederherstellungschirurgie des Gesichts-Kieferbereichs. Thieme, Leipzig 1944.

*Dieses Poster wurde übermittelt von Dr. Annette Rabel.*

### Korrespondenz-Adresse:

*Dr. Annette Rabel*  
 Charité - Universitätsmedizin Berlin  
 CharitéCentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
 Bereich Oralmedizin, Zahnärztliche Röntgenologie und -Chirurgie  
 Aßmannshäuser Straße 4-6  
 D-14197 Berlin

