182

Union Schweizerischer Chirurgischer Fachgesellschaften

Union des Sociétés Chirurgicales Suisses

Abstracts

Zusammenfassungen der Freien Mitteilungen, Posters und Videos

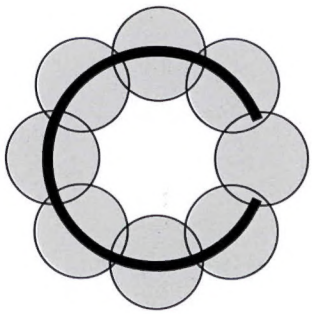
Kongress

Luzern, 22. – 24. September 1994

Résumés des communications libres, posters et vidéos

Congrès

Lucerne, 22 – 24 septembre 1994



Die Druckkosten dieser Broschüre wurden übernommen von Roche Pharma (Schweiz) AG, 4153 Reinach

Les frais d'impression de cette brochure ont été pris en charge par Roche Pharma (Suisse) SA, 4153 Reinach

272

Autor(en) / *Auteur(s)* Friedrich Carls, Bernhard Schuknecht, Hermann F. Sailer

Klinik / *Clinique:* Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsspital Zürich

Vortragender / *Présenté par:* Friedrich Carls

Titel / *Titre:* WERTIKEIT DREIDIMENSIONALER CT-REKONSTRUKTIONEN (3D-CT) IN DER CRANIO-MAXILLO FACIALEN CHIRURGIE

Dreidimensionale Rekonstruktionen von Computer-Tomographien (3D-CT) können seit über 10 Jahren hergestellt werden, wobei die Qualität der Darstellung laufend zunimmt.

In einer prospektiven Studie wurde die Wertigkeit des 3D-CT im Schädelbereich untersucht.

Material und Methoden
Bei 72 erwachsenen Patienten wurden von Juni 1992 bis Mai 1993 dreidimensionale Rekonstruktionen von Schädelbereichen nach CT-Untersuchungen hergestellt.
Zur Bestimmung der Wertigkeit des 3D-CT gegenüber axialen und coronaren CT-Schichten wurde ein vierstufiges Scoring-System benutzt. Ein Chirurg und ein Radiologe interpretierten unabhängig voneinander zuerst die dreidimensionalen und dann die originalen CT-Schichten. Es wurde der Informationsgehalt bewertet und die Zeit, welche zur Befundaufnahme und Diagnosestellung benötigt wurde.

Ergebnisse
Das 3D-CT lieferte mehr Informationen bei Patienten mit Malformationen und Asymmetrien, die den gesamten Gesichtsschädel betreffen. (n = 14)

Nicht mehr, aber schnellere Informationen lieferte das 3D-CT bei grossen Defekten des Gesichtes und Neurocraniums, bei Asymmetrien des Neurocraniums und bei stark dislozierten Frakturen, die grosse Teile des Schädels betreffen. (n = 38)

Kleinere Asymmetrien und Defekte, Frakturen mit geringer Dislokation und Tumore wurden ungünstiger im 3D-CT beurteilt. In diesen Entitäten ist das genaue Studium der Original-Schichten unerlässlich, da sonst Fehldiagnosen gestellt werden können.

Adresse des Vortragenden: *Adresse du présentateur:* Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsspital Zürich, Frauenklinikstrasse 10, 8091 Zürich

Autor(en) / *Auteur(s)* H. Schiel[1], B. Hammer[1], A. Jacob[2], J.T. Lambrecht[3]

Klinik / *Clinique:*

Vortragender / *Présenté par:* Harald Schiel

Titel / *Titre:*

[1]Klinik für Wiederherstellende Chirurgie am Kantonsspital Basel
(Chefarzt: Prof. Dr. J. Prein)

[2]Institut für Diagnostische Radiologie am Kantonsspital Basel
(Leiter: Prof. Dr. W. Steinbrich)

[3]Zahnärztliches Institut der Universität Basel, Abt. für zahnärztliche Chirurgie, Radiologie und Stomatologie
(Leiter: Prof. Dr. Dr. J.T. Lambrecht)

Neue Anwendungsmöglichkeiten der Computergraphik, die standardisierte cephalometrische Untersuchungen auswerten, geben dem Chirurgen die Möglichkeit das gewünschte Ergebnis auf dem Computermonitor darzustellen. Stereolithographische Modelle, die mit Hilfe der digitalen Daten (CT und MRI) hergestellt werden können, erlauben es dem Chirurgen in schwierigen Ausgangssituationen die Operation zu simulieren und das Endresultat zu kontrollieren.
Die konventionelle chirurgische Planung baut hauptsächlich auf zweidimensionelle Daten der Schädelröntgenaufnahmen und Patientenfotographien. Besonders bei komplexen Gesichtsfehlbildungen, -asymmetrien, -defekten und -frakturen sind die notwendigen individuellen operativen Bewegungen aus diesen Daten nur schwer vorherzubestimmen
Die dreidimensionale Darstellung bringt besonders in diesen Fällen entscheidente Vorteile, da alle Ebenen anschaulich werden. Der Operateur kann das Modell entsprechend manipulieren und Veränderungen der knöchernen Struktur und Bewegungen durchführen.
Diese Möglichkeiten sind zusätzliche Hilfsmittel der Planung und operativen Ausführung, ersetzen aber nicht die konventionellen Untersuchungen.
Wir werden diverse Patienten und die Anwendungsmöglichkeiten der Stereolithographie zeigen. Die präoperative Planung und die postoperativen Ergebnisse sollen betrachtet und analysiert werden.

Adresse des Vortragenden: Spitalstrasse 21, 4031 Basel
Adresse du présentateur: Klinik f. Wiederherstellende Chir., Kantonsspital Basel

Union Schweizerischer Chirurgischer Fachgesellschaften

Union des Sociétés Chirurgicales Suisses

Abstracts

Zusammenfassungen der Freien Mitteilungen, Posters und Videos

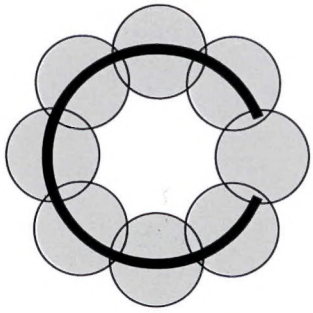
Résumés des communications libres, posters et vidéos

Kongress

Luzern, 22. – 24. September 1994

Congrès

Lucerne, 22 – 24 septembre 1994



Die Druckkosten dieser Broschüre wurden übernommen von Roche Pharma (Schweiz) AG, 4153 Reinach

Les frais d'impression de cette brochure ont été pris en charge par Roche Pharma (Suisse) SA, 4153 Reinach

~~273~~

Autor(en) / *Auteur(s)* Michael C. Locher, Milivoj Perko, Hermann F. Sailer

Klinik / *Clinique:* Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsspital Zürich
Chirurgische Klinik, Kinderspital Zürich

Vortragender / *Présenté par:* Michael C. Locher

Titel / *Titre:* VERGLEICHENDE LANGZEITERGEBNISSE DER OSTEOPLASTIK DER ALVEOLARSPALTE MIT DER METHODE NACH BOYNE ODER MIT VESTIBULÄREN MUCOPERIOSTALEN ROTATIONSLAPPEN

Der sichere vestibuläre Weichteilverschluss nach der Rekonstruktion des Alveolarfortsatzes ist für das Ergebnis des Eingriffes von entscheidender Bedeutung.
In einer retrospektiven Untersuchung wurde die Boyne'sche Methode (Boyne, 1972) denjenigen Methoden gegenübergestellt, die vestibuläre mucoperiostale Rotationslappen verwenden.

Patientengut
Zwischen 1970 und 1990 wurden durch das Cleft Palate Team bei 308 Spaltpatienten der Verschluss einer ein- oder doppelseitigen Alveolarfortsatzspalte nach der Boyne'schen Methode (in der Oslo-Modifikation) oder mit vestibulären mucoperiostalen Rotationslappen durchgeführt.
Während früher die Knochentransplantation im Adoleszentenalter vorgenommen wurde, erfolgte dies heute im Alter zwischen 8 und 12 Jahren.

Ergebnisse
Bei den Patienten mit vestibulären Rotationslappen wurde in 61% die Indikation zu einer Vestibulumplastik gestellt, während dies bei den nach der Boyne'schen Methode operierten Patienten nicht erforderlich war.
Auch die Zahl der Nahtdehiszenzen war bei den Rotationslappen grösser.

Schlussfolgerungen
Die Boyne'sche Methode bietet deutliche Vorteile gegenüber den Methoden mit Rotationslappen; sie ist seit 1980 zur Methode der Wahl in Zürich geworden.

Adresse des Vortragenden: *Adresse du présentateur:* Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsspital Zürich, Frauenklinikstrasse 10, 8091 Zürich

~~272~~ ✓

Autor(en) / *Auteur(s)* BETTEX, M., BETTEX, J-D. UND BETTEX-GALLAND M.

Klinik / *Clinique:* ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR SPALTKINDER, LINDENHOFSPITAL, BREMGARTENSTRASSE 115, 3012 BERN UND BUNDESAMT FÜR SANITÄT DES EIDGENÖSSICHEN MILITÄTDEPARTEMENTES

Vortragender / *Présenté par:* BETTEX, M.

Titel / *Titre:* BEURTEILUNG VON TRÄGERN VON LIPPEN-, KIEFER- UND/ODER GAUMENSPALTEN BEI DER MILITÄRISCHEN AUSHEBUNG

Im Krankengut unserer Arbeitsgemeinschaft sind 294 Fällen von männlichen Trägern von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, die 1992 das Alter der Rekrutierung in die Schweizerische Armee erreicht oder überschritten haben, genau dokumentiert. In Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sanität des EMD konnten die entsprechenden Aushebungsblätter gefunden und analysiert werden.

Das Krankengut besteht aus 137 totalen LKG-Spalten, 80 isolierten LK-Spalten, 58 G-Spalten, 16 Mischformen (partiellen LK-Spalten + partiellen G-Spalten) und 3 schräge Gesichtsspalten.

Die unilateralen LKG-Spalten wurden nach Le Mesurier (Lippe) und nach Grob (Gaumen), die bilateralen LKG-Spalten nach Veau und Grob operiert. Bei der unilateralen LK-Spalten wurden meist die Methoden von Le Mesurier , gelegentlich diejenige von Tennison-Bettex oder von Millard verwendet. Die bilateralen LK-Spalten wurden sytematisch nach Veau operiert.

217 (74%) Probanden wurden diensttauglich, während 70 (26%) dienstuntauglich erklärt. Die Prozentzahl der Untauglichen (26%) ist höher, als der Durchschnitt der Aushebung (ca 10%). Von den 70 Untauglich-Erklärten sind 21 wegen der Spalte oder einer Komplikation davon ausgemustert worden, und zwar die Mehrzahl wegen Ohrenkomplikationen (14 Fälle). Alle Ohrenkomplikationen trafen Träger von Gaumenspalten, isoliert oder in Kombination mit einer Lippen-Kiefer-Spalte, nie aber Träger von isolierten LK-Spalten. 21 Stellungspflichtigen wurden wegen IQ-Verminderung ausgemustert, was viel höher als der Durchschnitt ist. Bei den übrigen 35 Ausgemusterten ist der Grund der Untauglichkeit im Rahmen des Durchschnittes.

Die in direktem Zusammenhang mit der Spalte stehenden Dienstuntauglichkeiten beruhen vor allem auf Ohrenkomplikationen und nicht auf Form, Sprache oder Kauunfähigkeit. Nur zwei Stellungspflichtige sind wegen schlechtem Aussehen des Gesichtes ausgemustert worden (2 der 3 schräge Gesichtsspalten).

Diese Beobachtung ist ein Beweis, dass die Behandlung der Spalten im Allgemeinen gut gewesen ist. Es wurde aber eindeutig zu wenig Gewicht auf die Ohrenkomplikationen gestellt: Chronische Otitiden, Trommelfell-Perforationen, Cholesteatome und Mittelohrschwerhörigkeit hätten in den meisten Fällen vermieden werden können. Dies hat dazu geführt, dass in den letzten 20 Jahren ein ORL-Spezialist in die Arbeitsgemeinschaft integriert wurde und die Behandlung der Ohren schon im Kleinkindesalter (Einlegen von Paukenröhrchen) eingeleitet wurde.

Die hohe Zahl der Ausmusterungen wegen IQ-Verminderung ist ein wichtiger und unerwarteter Befund, der im Widerspruch mit den Angaben der Literatur steht. Die IQ-Verminderung wurde bis auf einen Fall von Goldenbar-Syndrom nur bei Gaumenspaltenträgern (isolierte G-Spalte oder LKG-Spalte) beobachtet. Ein Grund dafür könnte die Schwerhörigkeit sein, die bei Gaumenspalten häufig vorkommt.

Prof. Dr. med. Marcel Bettex
Kinderchirurgie
Lindenhof/Sahli-Haus
Bremgartenstrasse 115
CH-3012 BERN

Adresse des Vortragenden: *Adresse du présentateur:*

1&2

Union Schweizerischer Chirurgischer Fachgesellschaften

Union des Sociétés Chirurgicales Suisses

Abstracts

Zusammenfassungen der Freien Mitteilungen, Posters und Videos

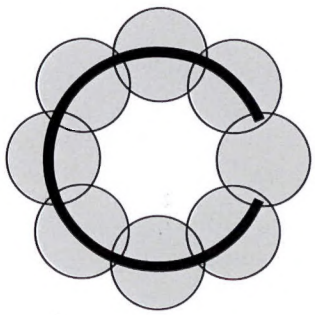
Résumés des communications libres, posters et vidéos

Kongress

Luzern, 22. – 24. September 1994

Congrès

Lucerne, 22 – 24 septembre 1994



H. Sauer

Die Druckkosten dieser Broschüre wurden übernommen von Roche Pharma (Schweiz) AG, 4153 Reinach

Les frais d'impression de cette brochure ont été pris en charge par Roche Pharma (Suisse) SA, 4153 Reinach

Autor(en) / *Auteur(s)* Klaus W. Grätz, Hermann F. Sailer

Klinik / *Clinique:* Klinik und Poliklinik für Kiefer- Gesichtschirurgie
Universitätsspital Zürich

Vortragender / *Présenté par:* Klaus W. Grätz

Titel / *Titre:* FRONTO-ORBITALE VERLETZUNGEN BEI KINDERN UND ERWACHSENEN: DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Frakturen des Os frontale können sich in den naso-ethmoidalen sowie zygomatico-orbitalen Bereich ausdehnen. Zusätzlich zu den konventionellen Röntgenaufnahmen erlaubt das Computertomogramm einschliesslich der 3D-Darstellung eine präzise präoperative Diagnostik und die Planung der Operation. Eine bicoronare Inzision bietet einen idealen chirurgischen Zugang um Frakturen der Schädelkalotte besonders des Os frontale des naso-ethmoidalen sowie des zygomatico-orbitalen Bereiches einschliesslich der Le Fort-III-Fraktur darzustellen. Mikroplatten und Mikroschrauben bilden durch ihre Dimension bei der Versorgung dieser Frakturen ein geeignetes Osteosynthesematerial, ebenso können resorbierbare Schrauben und Bänder zur Verwendung kommen. Ist eine Liquorfistel vorhanden wird der Defekt, der meistens im Bereich der Lamina cribriformis vorliegt mit einem gestielten Pericraniumlappen gedeckt. Der Sinus frontalis wird mit Lyoknorpelchips obliteriert. Sind bei einer frontalen Impressionstrümmerfraktur die Fragmente für eine gute Kontur nicht mehr verwendbar, so erfolgt die Rekonstruktion mit geteiltem Schädelknochen oder Scheiben lyophilisierten Knorpels.
Von Januar 1990 bis Dezember 1993 wurden 29 Patienten, davon 3 Kinder mit einer schweren fronto-orbitalen Fraktur versorgt. Eine permanente Schwäche des frontotemporalen Astes des N. facialis wurde bisher nicht beobachtet, ebenso kam es zu keinem Rezidiv einer Rhinorrhoe nach Versorgung einer Liquorfistel in der Frontobasis. Bei einem Patienten nach Schussverletzung musste eine Pyozele im Bereich des Sinus frontalis, der primär nicht vollständig obliteriert worden war operativ angegangen werden.
Die genaue diagnostische Abklärung und das spezifische therapeutische Vorgehen werden dargestellt.

Adresse des Vortragenden: Klinik und Poliklinik für Kiefer- Gesichtschirurgie
Adresse du présentateur: Universitätsspital Zürich, Frauenklinikstr. 10, 8091 Zürich

Autor(en) / *Auteur(s)* Dr.Dr. Thomas Räss [1], Prof. Dr. Joachim Prein [2]

Klinik / *Clinique:* [1] Praxis für Kiefer-Gesichtschirurgie, Rue du Lac 39, 1800 Vevey
[2] Klinik für Wiederherstellende Chirurgie Universität, Kantonsspital, Spitalstrasse 21, 4031 Basel

Vortragender / *Présenté par:* Dr.Dr. Thomas Räss

Titel / *Titre:* **Mögliche Indikationen zur Osteosynthese der Gesichtsschädelfrakturen beim Kind**

Die Problematik auf Grund von Zahnanlagen sowie Wachstumszonen bei der Versorgung von Gesichtsschädelverletzungen beim Kind wird als bekannt vorausgesetzt, ebenso wie die Grundlagen der Frakturklassifikation und die daraus folgenden therapeutischen Möglichkeiten.

Die Frakturen bei Kindern werden in der Regel konservativ behandelt. Dies geschieht durch Immobilisation mit Hilfe von intermaxillärer Fixation, durch kieferorthopädische Apparate sowie funktionelle physiotherapeutische Massnahmen. Unabhängig vom Alter und Dentitionsstadium ergeben sich besondere Indikationen für eine funktionsstabile oder stabilisierende Osteosynthese mittels Platten und Schrauben.

Indikationen :

- Mehrfache Frakturen des Unterkiefers
- Bimaxilläre Frakturen
- Mehrfach dislozierte Gesichtsschädelfrakturen
- Instabilität nach Reposition und konservativer Therapie
- Geistig behinderte und wenig kooperative Patienten.

Selbstverständlich gilt auch hier das Prinzip primum nihil nocere, wissend dass am wachsenden Skelett spontane, waschstumsbedingte Korrekturen möglich sind. Das Ziel ist aber die Vermeidung von posttraumatischen Deformitäten, welche gelegentlich durch das Wachstum ungünstig beeinflusst werden können.

Die Wahl des geeigneten Osteosynthesematerials muss von Fall zu Fall entschieden werden, eindeutige Richtlinien sind kaum zu erstellen. Einige Fallbeispiele werden durch den Referenten diskutiert.

Beeinflusst das Osteosynthesematerial das Wachstum ?
Die wenigen bei uns in situ belassenen Implantate haben zu keiner nachweisbaren Wachstumsstörung geführt, vielmehr wurden sie in den Knochen inkorporiert.
Wir empfehlen daher, nach gesicherter Knochenheilung, das Osteosynthesematerial am wachsenden Gesichtsschädel zu entfernen.

Adresse der Vortragenden:
Adresse du présentateur:

Union Schweizerischer Chirurgischer Fachgesellschaften

Union des Sociétés Chirurgicales Suisses

Abstracts

Zusammenfassungen der Freien Mitteilungen, Posters und Videos

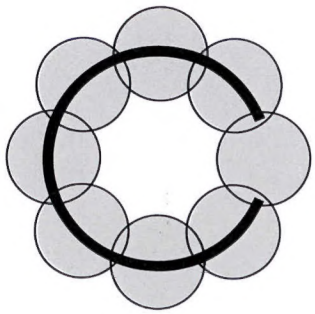
Résumés des communications libres, posters et vidéos

Kongress

Luzern, 22. – 24. September 1994

Congrès

Lucerne, 22 – 24 septembre 1994



Die Druckkosten dieser Broschüre wurden übernommen von Roche Pharma (Schweiz) AG, 4153 Reinach

Les frais d'impression de cette brochure ont été pris en charge par Roche Pharma (Suisse) SA, 4153 Reinach

Autor(en) / *Auteur(s)*: Hermann F. Sailer
Klinik / *Clinique*: Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsspital, Zürich
Vortragender / *Présenté par*: H. F. Sailer

Titel / *Titre*: **Verlängerung des Unterkiefers durch Kallusdistraktion**

Wir berichten über unsere Erfahrungen mit der Kallusdistraktion am Unterkiefer unter Verwendung eines von uns entwickelten Distraktors, der mit vier Knochenpins, ähnlich einem Fixateur externe, arbeitet.

Technisches Vorgehen: Mittels klinischer Untersuchung, Fernröntgenbild und Orthopantomogramm wird in Abhängigkeit von der Lage der Zahnkeime die Position der Pins bestimmt. In Allgemeinnarkose wird enoral ein Zugang gewählt, der jenem bei sagittaler Spaltung entspricht. Es wird eine Osteotomie der buccalen Kortikalis des Unterkiefers durchgeführt, die cranial und caudal am Unterkieferrand fortgeführt wird; lingualseits erfolgt keine Osteotomie. Die schraubenförmigen Pins werden nun percutan auf jeder Seite der Osteotomie eingeschraubt und an diesen der Distraktor fixiert. Täglich wird am Distraktor eine volle Umdrehung mit dem Schraubenzieher ausgeführt; diese Massnahme erfolgt im allgemeinen durch die Eltern des Kindes.

Vorläufige Ergebnisse: Innerhalb von ca. drei Monaten kann eine Unterkieferverlängerung bei Kindern im Alter von 3-12 Jahren um 20mm erfolgen. Indikationen waren Dysostosis otomandibularis, einseitige Ramushypoplasie nach Bestrahlung, doppelseitige Ankylose der Kiefergelenke sowie Pierre Robin Syndrom. Bei zwei Patienten bestand eine massive Sleep-Apnoe, die vollständig durch die Distraktion beseitigt wurde: Cephalometrisch liess sich die Erweiterung der oberen Atemwege metrisch nachweisen.
Die Methode der Callusdistraktion erlaubt es, im Wachstumsalter, wenn wegen der Position der Zahnkeime etc. noch nicht operiert werden kann, eine Verlängerung des Unterkiefers zu erzielen. Wir sind überzeugt, dass diese Methode in der Zukunft zum Standardrepertoire in der Kieferchirurgie gehören wird.

Adresse des Vortragenden: *Adresse du présentateur*: Prof. Dr.Dr. H.F. Sailer, Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Frauenklinikstr. 10, 8091 Zürich

ımmer

:hirurgie der Universität Basel,
, 4031 Basel

-spaltung mit Miniplatten : Stabilitätsver-
ıgen im Modellversuch

ach Obwegeser-Dal Pont bestehende
vus alveolaris inferior kann durch eine
ch des aufsteigenden Unterkieferastes
ser Spaltungsvariante ist die deutlich
ıe funktionsstabile Osteosynthese mit
öglicht.

ırbeitsgemeinschaft für Osteosynthese
er Verwendung von Unterkiefermodel-
Miniplatten bei hoher supraforaminaler
r Verwendung von 2.0-Mini-DC-Platten
ıl verankert wurden, konnte ein Stabili-
lerungen einer primär funktionsstabilen

Union Schweizerischer Chirurgischer Fachgesellschaften

Union des Sociétés Chirurgicales Suisses

Abstracts

Zusammenfassungen der Freien Mitteilungen, Posters und Videos

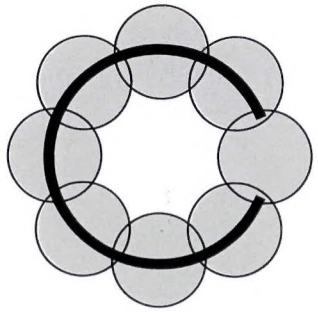
Résumés des communications libres, posters et vidéos

Kongress

Luzern, 22. – 24. September 1994

Congrès

Lucerne, 22 – 24 septembre 1994



Die Druckkosten dieser Broschüre wurden übernommen von Roche Pharma (Schweiz) AG, 4153 Reinach

Les frais d'impression de cette brochure ont été pris en charge par Roche Pharma (Suisse) SA, 4153 Reinach

Autor(en) / *Auteur(s)* Dr. Brigitte Graf-Pinthus
Dr. Markus roux, Prof. Dr. Markus Bettex
Klinik / *Clinique:* Arbeitsgemeinschaft für Spaltkinder, Lindenhofspital Bern
Vortragender / *Présenté par:* Dr. Brigitte Graf-Pinthus

Titel / *Titre:* **Kombination von Pierre Robin-Syndrom mit echter Progenie**

Im Laufe der Jahre von 1958 bis 1993 haben sich in unserem Patientengut 88 Patienten mit Pierre Robin-Syndrom angesammelt. Fünf davon zeigen die seltene ererbte Kombination von PR-Syndrom mit echter Progenie.
Bei der Geburt und bis zum 5. bis 6. Altersjahr liess sich nichts von dieser schwierigen Konstellation zweier diametraler Geburtsgebrechen vermuten. Ein erster Verdacht kam mit 7 bis 8 Jahren auf, wenn die bei den PR-Kindern bekannte spontane Mesialentwicklung der Mandibula zu stark wurde oder der Biss sich öffnete.
Familienanamnestisch bestätigten sich die Vermutungen. Es ist selbstverständlich, dass diese Patienten nur mit der Kombination Kieferorthopädie und Kieferchirurgie behandelt werden können, was bei den anderen PR-Patienten (mit Ausnahme einer ev.Genioplastik) in keinem Fall notwendig war.

Adresse des Vortragenden: Dr. Brigitte Graf, Rathausgasse 80, 3011 Bern
Adresse du présentateur:

Autor(en) / *Auteur(s)* Michael C. Locher, Hermann F. Sailer
Klinik / *Clinique:* Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsspital Zürich
Vortragender / *Présenté par:* Michael C. Locher

Titel / *Titre:* DIE ALVEOLARFORTSATZREKONSTRUKTION DURCH KNORPEL BEIM SPALTPATIENTEN

Beim adulten Spaltpatienten, bei dem kein bleibender Zahn in den Alveolarfortsatz eingereiht werden soll, bietet sich anstelle der sekundären Osteoplastik eine Chondroplastik an. Ziel der Untersuchung war es festzustellen, ob lyophilisierter Knorpel bei Spaltpatienten zur Alveolarfortsatzrekonstruktion geeignet ist.
Zwischen 1970 und 1990 haben wir bei insgesamt 28 Patienten im Alter zwischen 11 und 48 Jahren (Durchschnittsalter 21 Jahre) den Alveolarfortsatzdefekt durch Knorpel verschlossen. In 12 Fällen handelte es sich um einen Zweiteingriff nach fehlgeschlagener Beckenkammspanung oder Le Fort I Osteotomie mit gleichzeitigem Lückenschluss durch autologen Knochen.
In 3 Fällen kam es zu einem Verlust oder zu einer Resorption des Knorpels, der eine nochmalige Alveolarfortsatzrekonstruktion mit Knochen oder Knorpel erforderlich machte.
Nicht immer konnte eine Verkalkung oder Verknöcherung des eingebrachten Knorpels im Röntgenbild beobachtet werden, auch wenn klinisch der Alveolarfortsatzdefekt ausgefüllt war.
Aus unserer Sicht ist Lyoknorpel als Material für die Alveolarfortsatzrekonstruktion in den Fällen geeignet, in denen kein kieferorthopädischer Lückenschluss oder eine chirurgische Segmentverschiebung indiziert sind. Auch eine muldenförmige Einziehung, wie sie nach Knochentransplantation häufig auftritt, ist bei der Verwendung von Knorpel seltener. Dem Patienten kann weiterhin die Beckenkammentnahme erspart werden, die bei diesem Eingriff die meisten postoperativen Beschwerden bereitet.

Adresse des Vortragenden: Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie
Adresse du présentateur: Universitätsspital Zürich, Frauenklinikstrasse 10, 8091 Zürich

Union Schweizerischer Chirurgischer Fachgesellschaften

Union des Sociétés Chirurgicales Suisses

182

Abstracts

Zusammenfassungen der Freien Mitteilungen, Posters und Videos

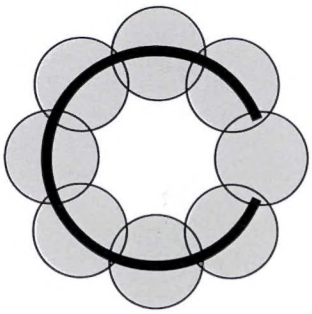
Kongress

Luzern, 22. – 24. September 1994

Résumés des communications libres, posters et vidéos

Congrès

Lucerne, 22 – 24 septembre 1994



Die Druckkosten dieser Broschüre wurden übernommen von Roche Pharma (Schweiz) AG, 4153 Reinach

Les frais d'impression de cette brochure ont été pris en charge par Roche Pharma (Suisse) SA, 4153 Reinach

Poster 68

Autor(en) / *Auteur(s)* Anita Müller, Dr.Dr. Klaus Honigmann(*)

Klinik / *Clinique* Logopädischer Dienst BS, Kanonengasse 27, 4051 Basel - (*) Klinik für Wiederherstellende Chirurgie der Universität, Kantonsspital, 4031 Basel

Vortragender / *Présenté par*:

Poster

Titel / *Titre*: **Kurzdokumentation des Sprechens - NARSOM**

Eine uneinheitliche Nomenklatur zu Sprechstörungen bei Spaltpatienten und fehlende Dokumentationen des Sprechens verunmöglichen eine Aussage zu den Behandlungsergebnissen. Mit der Dokumentation und Anlayse der Sprechbefunde wäre ein wesentliches Qualitätskriterium der Spaltbehandlung gegeben.

Wir schlagen eine Zweistufigkeit in der logopädischen Befundung vor. Die erste Stufe ist die dargestellte Kurzbefundung NARSOM, die besonders eine Verlaufskontrolle ermöglicht. Die zweite Stufe ist die umfassende logopädische und apparative Befundung bei Problemfällen.

NARSOM steht für:

N - nasaler Durchschlag
A - Artikulationsstörungen
R - Resonanzveränderungen
S - Stimmstörung
O - orofaziale myogene Insuffizienz
M - mimische Hilfsbewegungen

Dazu gehört eine Graduierungsskala von 0 bis 3:

0 - kein Befund
1 - für Logopäden/innen hör- und sichtbarer Befund
2 - für alle Personen hör- und sichtbarer Befund
3 - stark auffälliger Befund

Adresse des Vortragenden:
Adresse du présentateur:

Poster 69

Autor(en) / *Auteur(s)* Piet E. Haers, Hermann F. Sailer

Klinik / *Clinique* Department of Maxillofacial Surgery, University Hospital, ZURICH (Switzerland)

Vortragender / *Présenté par*: Piet E. Haers (Poster)

Titel / *Titre*: SPLINT DESIGNS FOR DIFFERENT INDICATIONS

Preoperative orthodontic coordination between both dental arches does not always results in a perfect occlusion with optimal interdigitation during surgery. In some cases, an instable occlusal configuration can be aimed for: a three point occlusion in Class II cases with a strong curve of Spee, posterior opening of the bite can be favorable as anti-relapse mechanism in frontal open bite situations and transverse overcorrection of the midline can be mandatory in severe asymmetries.
This dynamic approach of the occlusion during the time of surgery is supposed to avoid skeletal relapse and/or to shorten the pre- and postoperative orthodontic treatment.

On the other hand, segmental surgery such as 2 or 3-piece Le Fort I osteotomies, combinations of sagittal splitting of the mandible with step-osteotomies, symphys-otomies or subapical osteotomies of the lower front imposes additional dentoalveolar immobilisation if rigid intermaxillary fixation is to be avoided.

These considerations explain the rationale for a differentiated splint design: the occlusal splint, the overcorrection splint and the reinforced splint, which can be constructed as a combined splint for bimaxillary osteotomies.

This poster presents the different splint designs and some clinical illustration.

Adresse des Vortragenden: Department of Maxillofacial Surgery, University Hospital Zurich
Adresse du présentateur: Frauenklinikstrasse 10, CH-8091 Zurich, Switzerland

Union Schweizerischer Chirurgischer Fachgesellschaften

Union des Sociétés Chirurgicales Suisses

Abstracts

Zusammenfassungen der Freien Mitteilungen, Posters und Videos

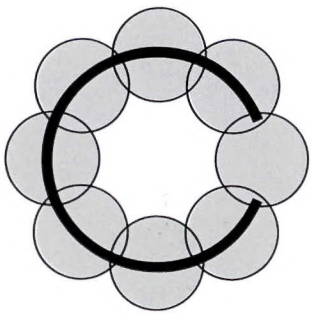
Kongress

Luzern, 22. – 24. September 1994

Résumés des communications libres, posters et vidéos

Congrès

Lucerne, 22 – 24 septembre 1994



Die Druckkosten dieser Broschüre wurden übernommen von Roche Pharma (Schweiz) AG, 4153 Reinach

Les frais d'impression de cette brochure ont été pris en charge par Roche Pharma (Suisse) SA, 4153 Reinach

~~279~~

Autor(en) / *Auteur(s)* Piet E. Haers, Hermann F. Sailer

Klinik / *Clinique:* Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsspital Zürich

Vortragender / *Présenté par:* Piet E. Haers

Titel / *Titre:* STABILITÄT NACH LE FORT I OSTEOTOMIEN MIT DRAHTOSTEOSYNTHESE

Vor der Einführung von Osteosynthesen durch Miniplatten bestand die Immobilisierung von Frakturen und Osteotomien in einer Kombination aus Drahtosteosynthesen und intermaxillärer Fixation, welche in bestimmten Fällen durch eine skelettale Aufhängung ergänzt wurde.

Die Verwendung von Miniplatten führte schnell zum Verzicht von Drahtosteosynthesen in der Kiefer- und Gesichtschirurgie, wodurch die Nachteile einer intermaxillären Fixation vermieden werden konnten und eine verbesserte Stabilität erreicht wurde.

Mit einer starren Fixation durch Miniplatten ergaben sich neue Probleme, insbesondere nach Le Fort I Osteotomien und Autorotation des Unterkiefers, da es sich als schwierig erwies am liegenden, relaxierten Patienten die kondyläre Position zu sichern. Vor allem bei instabilen intermaxillären Verhältnissen wurde bei eventueller Okklusions-Diskrepanz die Frage der Stabilisierung von der Kieferorthopädie bei weitem nicht so positiv beurteilt wie durch die Chirurgie.

In dieser Arbeit werden Indikationsstellung und Ergebnisse der Versorgung von Le Fort I Osteotomien durch Drahtosteosynthesen ohne starre intermaxilläre Fixation anhand einer prospektiven Studie (Nachuntersuchungszeitraum 1 Jahr) dargestellt. Die Auswertung erster Ergebnisse zeigt, dass die Drahtosteosynthese als halbstarre Osteosynthese angesehen werden kann bei einteiligen Osteotomien mit Aufwärts- und einer geringen Vorwärtsbewegung der Maxilla.

Adresse des Vortragenden: *Adresse du présentateur:* Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsspital Zürich, Frauenklinikstrasse 10, 8091 Zürich

277

Autor(en) / *Auteur(s)* **Dr.Dr. Beat Hammer[1], Dr.Dr. Thomas Räss [2], Prof. Dr. Joachim Prein[1]**

Klinik / *Clinique:* 1 Klinik für Wiederherstellende Chirurgie der Universität Basel, Kantonsspital, Spitalstrasse 21, 4031 Basel
2 Praxis für Kiefer-Gesichtschirurgie, Rue du Lac 39, 1800 Vevey

Vortragender / *Présenté par:* B. Hammer

Titel / *Titre:* **Korrektur asymmetrischer Dysgnathien**

Die operative Korrektur asymmetrischer Dysgnathien stellt hohe Anforderungen an die präoperative Planung und Durchführung der Operation.
Mit dem 3-D-Modellbau steht dem Chirurgen heute ein sehr hilfreiches Instrument zur Verfügung, mit dem sich Gesichtsasymmetrien analysieren und Korrekturoperationen planen lassen. Nach wie vor bildet jedoch die klinische Untersuchung und Beurteilung des Patienten die Basis, ohne welche eine sinnvolle Verwendung des 3-D-Modelles nicht möglich ist. Aus der klinischen Beurteilung müssen die Symmetrieebene sowie die weichteilbezügliche Lage des Oberkiefers auf das Modell übertragen werden.
Die Umsetzung der Operationsplanung am Patienten erfolgt mit Hilfe von Zwischenschlüsseln, welche auf der Modelloperation angefertigt werden. Die Modelloperation ist daher ein sehr kritischer Schritt, die am schädelbezüglich einartikulierten Modell gemacht wird. Eine genaue Analyse der Modelle in drei Dimensionen wird durch die Erickson-Plattform ermöglicht, die auch die Durchführung der Modelloperation an sich sehr einfach macht.
Die Planung wird anhand von Beispielen besprochen.

Adresse des Vortragenden: *Adresse du présentateur:*

Union Schweizerischer Chirurgischer Fachgesellschaften

Union des Sociétés Chirurgicales Suisses

Abstracts

Zusammenfassungen der Freien Mitteilungen, Posters und Videos

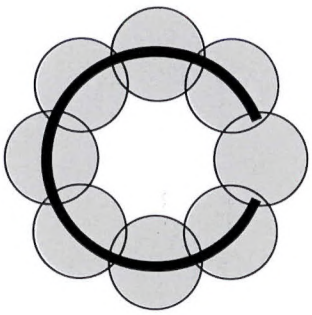
Kongress

Luzern, 22. – 24. September 1994

Résumés des communications libres, posters et vidéos

Congrès

Lucerne, 22 – 24 septembre 1994



Die Druckkosten dieser Broschüre wurden übernommen von Roche Pharma (Schweiz) AG, 4153 Reinach

Les frais d'impression de cette brochure ont été pris en charge par Roche Pharma (Suisse) SA, 4153 Reinach

Autor(en) / *Auteur(s)* Klaus W. Grätz, Hermann F. Sailer

Klinik / *Clinique:* Klinik und Poliklinik für Kiefer- Gesichtschirurgie
Universitätsspital Zürich

Vortragender / *Présenté par:* Klaus W. Grätz

Titel / *Titre:* DER TEMPORALISMUSKEL UND FASCIENLAPPEN IN DER REKONSTRUKTIVEN CHIRURGIE DER KIEFER-GESICHTSREGION

Die Möglichkeiten der Verwendung des Temporalismuskel- und Fascienlappens in der rekonstruktiven Kiefer-Gesichtschirurgie sind mannigfaltig. Es ist bekannt, dass der Grad der transoralen Rotation begrenzt ist. Unterkieferrekonstruktionen in Kombination mit dem Temporalismuskel sind gewöhlich nur zum Teil im Horizontalast sowie im Bereich des aufsteigenden Astes möglich. Rekonstruktionen im Bereich der Symphyse können schwerlich mit dem Temporalismuskel- oder Fascienlappen durchgeführt werden.
Um die Verwendungsmöglichkeiten des Temporalismuskellappens zu verbessern wurden Präparationen an der Leiche vorgenommen, sowie Tierversuche durchgeführt. Bei maximaler Dissektion des Muskels und Ablösen aller Verbindungen zur Schädelbasis und zum M. masseter kann der Rotationsgrad in einem hohen Masse verbessert werden.
Zwischen 1988 und 1993 wurden bei 40 Patienten in einem Alter zwischen 25 und 85 Jahren Rekonstruktionen mit einem Temporalismuskel bzw. Fascienlappen durchgeführt. Die meisten Patienten wurden primär oder sekundär nach Tumorexstirpation rekonstruiert, 2 Patienten nach Trauma, 8 nach Resektion bei Radioosteomyelitis und bei 3 Patienten kam der Temporalisfascienlappen bei Konturkorrekturen zur Anwendung. Bei 11 Patienten wurde der Unterkiefer mit vascularisierter Schädelkalotte oder mit freier Schädelkalotte, die mit dem M. temporalis ummantelt wurde, rekonstruiert.
Anatomie, chirurgische Technik, Indikation und Resultate werden beschrieben und repräsentative Fälle vorgestellt.

Adresse des Vortragenden: Klinik und Poliklinik für Kiefer- Gesichtschirurgie
Adresse du présentateur: Universitätsspital Zürich, Frauenklinikstr. 10, 8091 Zürich

Autor(en) / *Auteur(s)* **Dr.Dr. Thomas Räss [1], Dr.Dr. Beat Hammer[2], Prof. Dr. J. Prein [2]**

Klinik / *Clinique:* [1] Praxis für Kiefer-Gesichtschirurgie, Rue du Lac 39, 1800 Vevey
[2] Klinik für Wiederherstellende Chirurgie Universität, Kantonsspital, Spitalstrasse 21, 4031 Basel

Vortragender / *Présenté par:* Dr.Dr. Thomas Räss

Titel / *Titre:* **Die Marginotomie der Orbita als Zugang zur Schädelbasis**

Die Marginotomie der Orbita in Kombination mit einem coronaren Zugang ermöglicht eine ideale Darstellung der vorderen Schädelgrube, wenn lateral angelegt bis in die mittlere Schädelgrube und Keilbeinflügelregion. Ebenso kann der Canalis opticus inkl. der Chiasmaregion eingesehen werden.
Technisch wird durch geeignete Osteotomien der Supraorbitalrand und die Orbitadachregion, gelegentlich unter Mitnahme grösserer Anteile des Os frontale, je nach Bedarf uni- oder bilateral entfernt. Es entstehen übersichtliche Zugänge zu den frontobasalen Strukturen und der Orbita, ohne dass transdural eröffnet und das Frontalhirn stark retrahiert werden muss.
Auf Grund der genannten Vorteile ergeben sich mannigfaltige Indikationen :

- extra- und intradurale Prozesse im Bereich der vorderen Schädelgrube, Prozesse im Bereich der Keilbeinflügel,
- frontobasale Verletzungen,
- Orbita-Opticus-Traumata (Opticusdekompression)

Nach erfolgter Tumorektomie oder Versorgung von frontobasalen Duraverletzungen können immediat etwelche Weichteil- oder knöcherne Defekte rekonstruiert werden. Als autologe Materialien bieten sich Tabula externa, subgaleales Gewebe oder Muskelfaszien an. Ein Zweiteingriff zur Entnahme entfällt. Anschliessend werden die osteotomierten Fragmente reponiert und durch Mikro- oder Miniplatten osteosynthetisch stabilisiert.

Dieser Zugang wird bei uns häufig bei schweren orbito-nasoethmoidalen Frakturen sowie bei ausgedehnten frontobasalen Frakturen angewendet. Die Zusammenarbeit mit dem Neurochirurgen bei grösseren Duraverletzungen und intraduraler Problematik ist selbstverständlich. Bei frontobasalen Tumoren ist der kieferchirurgisch angelegte Zugang und die Rekonstruktion entstehender Defekte häufig gewünscht.
Fallbeispiele illustrieren den Vortrag und geben technische Hinweise.

Adresse des Vortragenden:
Adresse du présentateur: