232

3. Knöcherne Gesichtsverletzungen

K. W. Grätz und H. F. Sailer

3.1 Allgemeine Richtlinien

Die Behandlung von Gesichtsschädelverletzungen hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten wesentlich geändert. Die Prinzipien der Therapie komplexer kranio-maxillofazialer Verletzungen haben sich von einer mehr konservativen aufgeschobenen operativen Versorgung zur sofortigen aggressiven Behandlung möglichst in einer Sitzung entwickelt. Manson und Gruss haben die Prinzipien der Therapie verfeinert, sie enthalten: 1. die großzügige Darstellung aller Frakturseg mente, 2. die präzise anatomische Reposition und rigide interne Fixation, 3. wenn nötig die sofortige Knochentransplantation und 4. die definitive Versorgung der Weichteile.

Eine optimale Behandlung von Patienten mit Gesichtsschädelverletzungen ist nur durch die Behandlung im Team gewährleistet. Abhängig vom Ausmaß der Verletzung ist die Hilfe von Kollegen der Allgemeinen Traumatologie, der Neurochirurgie, der Ophthalmologie, Otolaryngologie und der Plastischen Chirurgie notwendig und wertvoll.

Grundsätzlich muß der Patient mit Gesichtsschädelverletzungen auch auf andere, ihn gefährdende Verletzungen untersucht werden. Diese können häufig schwerer und sicher lebensbedrohender als die Gesichtsverletzungen sein. Die initiale Behandlung jedes Traumapatienten beginnt bekanntermaßen zunächst mit der Sicherung von Atmung und Kreislauf. Bei weniger schweren Gesichtsschädelverletzungen ist die endotracheale Intubation, von Vorteil nasal, die adäquate Behandlung, um die Luftwege frei zu halten. Gelegentlich muß jedoch bei schweren kranio-maxillofazialen offenen Verletzungen, wie z. B. Schußbrüchen, die Tracheotomie durchgeführt werden.

Die Glasgow-Coma-Scale gibt uns Informationen betreffend zusätzlicher Schädel-Hirn-Verletzungen. Es sollte jedoch stets bedacht werden, daß auch ein tiefer Coma-Score nicht dazu verleiten darf, die definitive Versorgung der Gesichtsschädelfrakturen nicht in einer Sitzung vorzunehmen, da der Ausgang der Schädelhirnverletzung und der Bewußtseinsgrad des Patienten nur schwer vorhergesagt werden können. Auch Patienten mit Schädelhirntrauma können einer prolongierten Anästhesie ohne Komplikationen ausgesetzt werden, vorausgesetzt der intrakranielle Druck wird kontinuierlich gemessen und beläuft sich auf weniger als 25 mmHg.

Die genaue Diagnose der Gesichtsschädelverletzung erfolgt durch sorgfältige Erhebung der Anamnese und des extra- und enoralen Befundes. Dabei ist besonders wichtig, daß auch die dentale Anamnese erhoben wird, da das Wissen um eine vorbestehende Malokklusion den Behandler vor erheblichen Frustrationen intraoperativ bewahren kann.

Radiologische Untersuchungen sollten mit Aufnahmen der Halswirbelsäule beginnen, da Verletzungen der Halswirbelsäule weitere Standardauf-