Fortschr Kiefer Gesichtschir 29.53.1984
55 5/6

In den Jahren 1981 und 1982 wurden in der Universitäts-Zahn-, Mund- und Kieferklinik Kiel 9 Sofortrekonstruktionen nach partieller Resektion des Unterkiefers bei chronischer Osteomyelitis oder infizierter Radioosteonekrose durchgeführt. In 1 Fall mußte bei einer persistierenden intra-extraoralen Fisteleiterung der Verlust des Spanes beklagt und bei 1 Patienten eine zweite Operation mit Beckenspongiosatransplantat vorgenommen werden, da der erste Spongiosaspan resorbiert war.

Zusammenfassung

Aufgrund anatomischer und biomechanischer Überlegungen wird ein unterschiedliches Konzept des Sofortersatzes mittels Beckenkammspongiosatransplantationen vom enoralen Zugang bei Unterkieferosteomyelitis sowie infizierter Radioosteonekrose angegeben. Es werden die Unterkieferregionen „horizontaler Unterkieferast, Kinnregion sowie Kieferwinkel und Ramus ascendens" als prinzipiell unterschiedliche Regionen genannt. Trotz infiziertem Lager werden bei sofortigem Ersatz gute klinische Ergebnisse erzielt.

Literatur

Mowlem, R.: Osteomyelitis of the jaw. Proc. roy. Soc. Med. 38 (1945) 452

Müller, M. E., M. Allgöwer, H. Willenegger: Manual der Osteosynthese. Springer, Berlin 1969

Nastew, D.: Intraorale Kieferresektion. Zahnärztl. Prax. 18 (1958) 205

Obwegeser, H.: Simultaneous resection and reconstruction of parts of the mandible via the intraoral route in patients with and without gross infections. Oral Surg. 21 (1966) 693

Plumpton, S.: Surgical correction of unilateral mandibular prognathism by intra-oral osteotomy of the Symphysis. Brit. J. plast. Surg. 20 (1967) 70

Spiessl, B.: Osteosynthese bei sagittaler Osteotomie nach Obwegeser-Dal Pont. In Schuchardt, K., R. Stellmach: Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie, Bd. XVIII. Thieme, Stuttgart 1974 (S. 145)

Spiessl, B.: A new method of anatomical reconstruction of extensive defects of the mandible with autogenous cancelluos bone. J. max.-fac. Surg 8 (1980) 78

Mauricio Vargas, Hermann Sailer und Beat Hammer, Zürich

Ergebnisse der Unterkieferdekortikation bei Osteomyelitis mandibulae

Einleitung

Die Methode der Dekortikation wurde von MOWLEM (1945) zur Behandlung der sekundär-chronischen Osteomyelitis des Unterkiefers angegeben. OBWEGESER hat die Indikation zur Dekortikation auch auf die akute und die primär-chronische Osteomyelitis mandibulae ausgedehnt.

Die Ergebnisse, die an der Kieferchirurgischen Klinik des Universitätsspitals Zürich mit dieser Behandlungsmethode erzielt wurden, sollen übersichtsweise dargestellt werden. Die Durchführung der Methode setzen wir als bekannt voraus. Es sei lediglich erwähnt, daß der Eingriff grundsätzlich auf oralem Weg durchgeführt wird und daß der N. mandibularis freigelegt werden muß.

Ergebnisse

Im Zeitraum von 1970–1981 wurde bei 63 Patienten, 41 Männern und 22 Frauen, eine Dekortikation durchgeführt. Bei 14 Patienten handelte es sich um eine akute, bei 37 um eine sekundär-chronische und bei 12 Patienten um eine primär-chronische Osteomyelitis (Tab. 1). Während bei der akuten und sekundär-chronischen Osteomyelitis deutlich die männlichen Patienten überwiegen, erkrankten an der primär-chronischen Form mehr Frauen als Männer.

Bei den 63 Patienten wurden insgesamt 72 Dekortikationen vorgenommen; die Zahlen erklären sich dadurch, daß bei 3 Patienten mit sekundär-chronischer Osteomyelitis 2mal, bei 1 weiteren 3mal und bei 4 Patienten mit primär-chronischer Osteomyelitis nach Zeiträumen von 7 Wochen bis zu 8 Monaten ebenfalls 2mal dekortiziert werden mußte, bis eine Ausheilung

Tabelle 1 Dekortikation bei verschiedenen Osteomyelitisformen: Die sekundär-chronische Osteomyelitis ist am häufigsten vertreten. Primär-chronische und akute Osteomyelitisformen rangieren zahlenmäßig deutlich dahinter. Während bei der akuten und bei der sekundär-chronischen Osteomyelitis männliche Patienten stark überwiegen, erkranken mehr Frauen als Männer an der primär-chronischen Osteomyelitis

	Männlich	Weiblich	Total
akute Osteomyelitis	11	3	14
sekundär-chronische Osteomyelitis	25	12	37
primär-chronische Osteomyelitis	5	7	12

Tabelle 2 Reoperation nach Dekortikation

	2 Operationen	3 Operationen
akute Osteomyelitis	–	–
sekundär-chronische Osteomyelitis	3	1
primär-chronische Osteomyelitis	4	–
total	7	1

Tabelle 3 Lokalisation und Ausdehnung bei Dekortikation (n = 63)

Korpus und Ramus	Korpus	Korpus und Angulus	Angulus	Total
34	27	8	3	72

erfolgte (Tab. 2). Bei diesen Patienten hatten Restsymptome im Sinne von bleibender oder rezidivierender stärkerer Schwellung und von Schmerzen bestanden.

Die Lokalisation und das Ausmaß der Dekortikationen wurden am Orthopantomogramm bestimmt. Es zeigte sich, daß 34mal Korpus und Ramus, 17mal das Korpus allein, 8mal Korpus und Angulus, und 3mal (bei 3 Fällen mit posttraumatischer Ostitis) der Angulusbereich allein dekortiziert wurde (Tab. 3). Eine Dekortikation im Unterkieferfrontbereich war im Beobachtungszeitraum nicht vorgekommen.

Bei den Nachkontrollen fanden sich neben den genannten Patienten mit Rezidiven 2 weitere Patienten mit sekundär-chronischer Osteomyelitis mit gelegentlich leichten Schwellungen und Schmerzen, die auf Grund der Seltenheit des Auftretens und der geringen Intensität der Beschwerden keine Reoperation wünschten.

Alle 14 Patienten mit akuter Osteomyelitis waren nach der Dekortikation beschwerdefrei und ohne Restsymptome.

Weniger günstig waren die Ergebnisse bei der primär-chronischen Osteomyelitis. Ein Verschwinden der Symptomatik konnte nur bei 7 von 12 Patienten erzielt werden; wir sprechen bewußt nicht von Heilung, da bei mehreren der 5 Patienten mit Rezidiven mehrjährige symptomlose Intervalle bis zum nächsten Schub beobachtet wurden. Wir werden an anderer Stelle diese Patientengruppe detailliert vorstellen.

Die Überprüfung der Sensibilität im Versorgungsgebiet des N. mandibularis zeigte, daß rund 46% aller Patienten vor der Operation Sensibilitätsstörungen im Sinne einer Hyp-, Par- oder auch Hyperästhesie aufwiesen. 1 Jahr postoperativ haben bei kritischer Beurteilung rund 60% der Patienten noch eine meist unbedeutende Hypästhesie, die der Patient selbst nicht bemerkt und ihm vielfach durch die Nachuntersuchung erst bewußt gemacht wird. 2 Patienten, bei denen der N. mandibularis akzidentell bei der Operation durchtrennt wurde, wiesen Anästhesien im betroffenen Unterlippenbereich auf.

Diskussion

Wir plädieren für eine frühzeitige Dekortikation in jedem Stadium der Osteomyelitis des Unterkiefers. Die Dekortikation zeigt die besten Ergebnisse bei Fällen von akuter Osteomyelitis. Wir empfehlen die Operation daher frühzeitg, da nicht alle Fälle von akuter Osteomyelitis durch Antibiotikatherapie ausheilen und dann in eine sekundär-chronische Form übergehen. Zwar sind die Heilungschancen nach Dekortikation in diesem Stadium günstig, doch kommen gelegentlich (vgl. Tab. 2) Rezidive vor; erneute Dekortikationen erhöhen das Risiko der intraoperativen oder postoperativen Fraktur und der Läsion des N. mandibularis. Nicht befriedigend sind die Ergebnisse bei primär-chronischer Osteomyelitis. Eine Therapie der Wahl bei dieser Osteomyelitisform scheint nicht zu existieren. In Ermangelung einer wirksameren Therapie ist eine Dekortikation unter adäquater Antibiotikabegleittherapie nach Resistenzbestimmung unter Zuhilfenahme einer präoperativen Knochenbiopsie (Farmand, S. 18) anzuraten; bei Erfolglosigkeit sind die Resektion großer Kieferabschnitte und die Sofortrekonstruktion zu diskutieren.

Die Ergebnisse nach Dekortikation bei Radioosteomyelitis des Unterkiefers werden an anderer Stelle (Sailer u. Engelke, S.) berichtet.

Zusammenfassend können mit den genannten Einschränkungen die guten Erfahrungen anderer Autoren (Mowlem 1945, Obwegeser 1960, Becker 1964, Trauner 1964, Hjorting-Hansen 1970, Tillmann 1972) mit der Dekortikation des osteomyelitischen Unterkiefers bestätigt werden.

Zusammenfassung

Es wird über Ergebnisse, die an der Kieferchirurgischen Klinik des Universitätspitals Zürich von 1970 – 1981 nach Dekortikation des osteomyelitischen Unterkiefers erhoben wurden, berichtet. Von erfaßten 63 Patienten lagen bei 14 eine akute, bei 37 eine sekundär-chronische und bei 12 eine primär-chronische Osteomyelitis vor. Die besten Ergebnisse ließen sich bei akuter und gute Ergebnisse bei sekundär-chronischer Osteomyelitis durch ausgedehnte Dekortikation erzielen. Weniger günstig waren die Ergebnisse bei der primär-chronischen Form der Osteomyelitis.

Literatur

Becker, R.: Therapeutische Konsequenzen aus der Aenderung des Krankheitsbildes der Osteomyelitis. In Schuchardt, K.: Fortschritte der Kiefer- und Gesichts-Chirurgie, Bd. IX. Thieme, Stuttgart 1964

Hjorting-Hansen, E.: Decortication in treatment of osteomyelitis of the mandible. Oral Surg. 29 (1970) 641

Mowlem, R.: Osteomyelitis of the jaw. Proc. roy. Soc. Med. 38 (1945) 452

Obwegeser, H.: Aktives chirurgisches Vorgehen bei der Osteomyelitis mandibulae. Öst. Z. Stomat. 57 (1960) 216

Tillmann, K.: Erfahrungen mit der Dekortikation nach Mowlem-Obwegeser bei der chronischen Osteomyelitis. Dtsch. Z. Stomat. 21 (1972) 643

Trauner, R.: Die Osteomyelitis der Kiefer. In Schuchardt, K.: Fortschritte der Kiefer- und Gesichts-Chirurgie, Bd. IX. Thieme, Stuttgart 1964