



**Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**  
**Fakultät für Klinische Medizin Mannheim**  
**Dissertations-Kurzfassung**

**Therapie der Spaltnasen an der Klinik für Plastische Chirurgie des  
Marienhospitals / Stuttgart**

Autor: Myriam Grüner  
Einrichtung: Hals-Nasen-Ohrenklinik  
Doktorvater: Prof. Dr. K. Hörmann

In dieser retrospektiven Studie wurden die Daten von 1137 Patient aus der Klinik für Plastische-, Gesichts-, Kiefer-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Stuttgarter Marienhospitals untersucht, die wegen einer Nasendeformität im Rahmen einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte operativ behandelt wurden.

Das in dieser Studie untersuchte Patientenkollektiv hat im Vergleich zu anderen Studien eine typische Verteilung was den Spalttyp und das Geschlecht betrifft. Am häufigsten sind Spalten des Typ I (74,3%), bei denen das männliche Geschlecht überwiegt, gefolgt von Spalten des Typ II (16,8%), bei denen die weibliche Anzahl überwiegt. Bei den fehlenden 8,9% handelt es sich um ungenaue Diagnosen oder Mischformen. Ein leichter Anstieg der Spaltfrequenz konnte in den Geburtsjahren 1982 bis 1995 bei den Typ II Spalten beobachtet werden. Bei 14% der Patienten ist ein/e weitere/r Spalträger/in in der Familie bekannt.

Die Geschlechterverteilung aller erfaßten Eingriffe an der Nase fällt entsprechend der Überzahl an männlichen Spaltträgern zu Gunsten der Männer aus. Infolge der immer besseren Primär- und Sekundärversorgung und einer Zunahme an plastisch chirurgischen Zentren ist seit 1988 eine Abnahme sowohl der Patientenzahl als auch der Spaltnasenoperationen pro Jahr zu beobachten.

Das Therapieschema sieht prinzipiell vor, daß zum Zeitpunkt der primären Lippenoperation an der Nase nur der Nasenboden, die Naseneingangsschwelle und der Nasenflügel medialisiert wird. Die definitiven Spaltnasenkorrekturen (kombinierte Rhino-Septum-Plastik) werden bis auf wenige Ausnahmen erst nach der Menarche bzw. Stimmbruch (Wachstumsabschluß) vorgenommen.

Als Zugang zur Korrektur der Nasendeformierung wird im Marienhospital der geschlossene Zugang drei mal häufiger als der offene angewandt. Ausnahmen bildeten voroperierte Patienten und Patienten mit doppelseitige Spalten, bei denen offener und geschlossener Zugang ungefähr in gleichem Maße verwendet wurden. Bei Anwendung eines offenen Zugangs verringerte sich die Zahl der erforderlichen Nachkorrekturen und verkürzte sich die Therapiedauer.

Seit 1981 wurde neben der konventionellen Septumplastik die extrakorporale Septum-transplantation in 53% der Fällen zur Korrektur der Nasenscheidewand verwendet. Obwohl diese Technik hauptsächlich bei schweren Septumdeformierungen zum Einsatz kam, konnten mit dieser aufwendigen Technik funktionell und ästhetisch sehr günstige Ergebnisse erzielt werden.