

Angela Margarete Schmid

Dr. med. dent

## **Untersuchungen zur Entnahmemorbidität an der Entnahmestelle bei knöchernen Rekonstruktionen mittels mikrochirurgisch reanastomosierten Beckenkamm- und Fibulatransplantaten in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**

Fach/ Einrichtung: Mund-Zahn-Kieferheilkunde

Doktorvater: Priv.-Doz. Dr.med.dent. Christian Mertens

In der rekonstruktiven Kopf-Hals-Chirurgie haben sich sowohl das mikrovasculär reanastomosierte Beckenkammtransplantat als auch das mikrovasculär reanastomosierte Fibulatransplantat neben anderen Transplantatformen etabliert und bewährt. Wenngleich die Patienten durch die Möglichkeit der Wiederherstellung von Funktion und Ästhetik mithilfe von autologen Transplantaten in hohem Maße profitieren, so geht doch die Transplantatentnahme mit einer, teilweise nicht unerheblichen, Entnahmemorbidität einher.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde die Entnahmemorbidität nach mikrovasculär reanastomosiertem Fibula- und Beckenkammtransplantat anhand des Patientenguts der Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsklinikums Heidelberg untersucht (n = 46). In der Zeit von August 2012 bis August 2013 wurden sowohl postoperative Komplikationen anhand der Krankenakten erfasst als auch Langzeitmorbiditäten mithilfe einer klinischen Untersuchung und Befragung festgestellt. Ferner wurden zwei orthopädische Scores durchgeführt („AOFAS-Ankle-Hindfoot-Score“, „Harris Hip Score“) und die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasst (SF-36-Fragebogen).

Postoperative Komplikationen, die vornehmlich nach Beckenkammtransplantatentnahme auftraten, waren: Verlängerte Wunddrainagedauer, ausgeprägte Hämatom- und Serombildung, sowie die Ausbildung von Hernien.

Nach Fibulatransplantatentnahme konnten hingegen vermehrt Wundheilungsstörungen, Wundinfektionen, Ödeme oder Sehnenexpositionen an der Entnahmestelle beobachtet werden. Zudem war häufig das Auftreten einer Großzehenheberschwäche oder die Ausbildung einer Krallenzehe erkennbar. Bei der Betrachtung des Narbenbefundes erzielten die untersuchten Fibulapatienten deutlich schlechtere Befunde ( $p = 0,018$ ).

Eine veränderte Berührungsempfindung war für beide Patientengruppen auffallend häufig zu

beobachten: Bei 92,59 % der untersuchten Beckenkammpatienten und 57,89 % der Fibulapatienten waren Sensibilitätsstörungen objektiv feststellbar.

Persistierende Schmerzen traten hingegen in beiden Gruppen vergleichsweise selten auf. Die Patienten, die ein Beckenkammtransplantat erhalten hatten, berichteten tendenziell häufiger über persistierende Schmerzen (11,11 %) als die Patienten, bei denen ein Fibulatransplantat durchgeführt wurde (5,26 %). Die mithilfe einer Visuellen Analogskala von den Beckenkammpatienten angegebene Schmerzintensität lag zudem über den Werten des Fibulakollektivs. Es wurden mehrere Einflussfaktoren auf das Vorhandensein von Schmerz untersucht. Neben der Dauer des stationären Aufenthalts konnten keine weiteren Einflussfaktoren ermittelt werden.

Optisch auffällige Gangabweichungen waren nach Beckenkammtransplantatentnahme bei 59,26 % und nach Fibulatransplantatentnahme bei 21,05 % der Patienten zu beobachten. Die untersuchten Beckenkammpatienten benötigten zudem zum Treppensteigen und zum Gehen auf flachem Grund häufiger Hilfsmittel. Im Gesamten waren die Untersuchungsergebnisse der orthopädischen Scores für die Fibulapatienten tendenziell besser.

Im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität waren die Ergebnisse nach Beckenkammtransplantation gerinfügig besser, wenngleich beide Gruppen mit ihren Ergebnissen deutlich unter den Vergleichswerten der deutschen Normstichprobe lagen.

Die vorliegenden Studienergebnisse ermöglichen keine klare Favorisierung einer der beiden untersuchten Möglichkeiten mikrovaskulärer Rekonstruktion, da für beide Transplantatformen zum Teil schwerwiegende Entnahmemorbiditäten aufgezeigt werden konnten. Es bedarf zusätzlicher Studien, die die Entnahmemorbidität nach Fibula- und Beckenkammtransplantatentnahme weiter untersuchen und zudem die Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten näher beschreiben. Ferner sollte nach wie vor der Benefit des Patienten, der sich aus einer erfolgreichen Rekonstruktion im Kopf-Hals-Bereich ergibt, im Fokus stehen und somit die Entscheidung für eine geeignete Spenderregion anhand der individuellen Anforderungen durch die Beschaffenheit des Defektes der Empfängerregion getroffen werden.