

Inessa Elena Beck

Dr. med.

Inzidenz und Entität der Riech-, Schmeck-, Schluck- und Stimmbildungsstörungen bei PatientInnen mit Gesichtsverbrennungen

Fach/Einrichtung: Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie / BG Unfallklinik Ludwigshafen

Doktorvater: Prof. Dr. med. Christoph Hirche

Verbrennungsverletzungen gehen mit komplexen pathophysiologischen Veränderungen einher. Während Dysphonien und Dysphagien bekannte Verbrennungsfolgen sind, ist bis zum aktuellen Zeitpunkt wissenschaftlich nicht untersucht, ob Verbrennungstraumata zu einer Schädigung der Olfaktion und Gustation führen können.

In einer prospektiven, kontrollierten Beobachtungsstudie wurden Olfaktions- und Gustationsstörungen mithilfe des Sniffin' Sticks Tests (SnS) und des Geschmacksstreifentests (GS) und mittels validierter Fragebögen (SSI, gEAT-10) Dysphonie und Dysphagie untersucht. Untersuchungszeitpunkte waren subakut kurze Zeit nach dem Verbrennungstrauma und ein Jahr nach Verbrennung. Zudem wurde nach einem 1:1 matching eine Kontrollgruppe aus gesunden Probanden rekrutiert und auf die gleiche Weise einmalig untersucht.

PatientInnen mit Verbrennungen und mit Beteiligung des Gesichts zeigen kurz nach Traumaereignis und Abschluss der akutmedizinischen Maßnahmen und unmittelbar vor Entlassung eine schlechtere olfaktorische Funktion als eine Kontrollgruppe aus gesunden ProbandInnen. Risikofaktoren, die zu schlechteren Ergebnissen in der Geruchssinnestestung führen, sind das Vorhandensein eines Inhalationstraumas, eine große verbrannte Körperoberfläche ab 20%, damit verbunden eine lange Krankenhausaufenthaltsdauer und die Notwendigkeit einer chirurgischen akutmedizinischen Intervention im Kopf-Halsbereich. Die Veränderungen der Olfaktion sind in dieser Gruppe nicht permanent, die olfaktorische Funktion gleicht sich im Verlauf eines Jahres an die der Kontrollgruppe an. Es ergeben sich zu keinem Zeitpunkt Hinweise in Bezug auf Störungen der Gustation als Folge des Verbrennungstraumas. Olfaktionsstörungen werden von den PatientInnen subjektiv wahrgenommen, was für die klinische Relevanz der beobachteten Hyposmie spricht. Störungen der Stimmbildung oder des Schluckens zählen nicht zu den vorrangig zu beobachtenden Einschränkungen, die von diesen VerbrennungspatientInnen in erster Linie wahrgenommen werden.

Die olfaktorische Funktion der PatientInnen wird subakut negativ von der Verbrennungsverletzung beeinflusst, Risikofaktoren für ein negatives Outcome sind ein Inhalationstrauma, eine große vKOF ab 20%, lange Krankenhausaufenthaltsdauer und die Notwendigkeit einer chirurgischen Intervention im Kopf-Hals-Bereich. Für die Genese der Hyposmie scheinen v.a. kurzfristige Veränderungen infolge des Traumas ausschlaggebend zu sein, langfristige Veränderungen bei ausgeprägten Verbrennungstraumata lassen sich aber nicht ausschließen. Prävalenzen für Hypogeusie, Dysphonie und Dysphagie unterschieden sich statistisch nicht von denen der Kontrollgruppe, was dem durchschnittlich geringen Verbrennungsausmaß in der Kohorte geschuldet sein könnte.