

Rekonstruktion in der HNO Onkologie

Prof. Dr. Boban M. Erovic

Institut für Kopf- und Halskrankungen, Evangelisches Krankenhaus Wien

Diagnose 'Krebs' ist nicht nur für den Patienten und dessen Angehörige eine unglaubliche Herausforderung, sondern auch für das behandelnde und betreuende medizinische Personal. Wenn in dieser Phase neben der Krebsbehandlung durch die HNO und Strahlentherapie auch noch das Thema 'Wiederherstellung des Defektes nach der Operation' zur Sprache kommt, ist die Verunsicherung bei den Patienten sehr groß. Dieser Verunsicherung kann man soweit entgegenreten, indem die Aufklärung über diese Eingriffe umfassend, aber trotzdem verständlich stattfinden.

Nach jeder Tumoroperation entsteht ein Defekt der nach seiner Größe, Funktion und Lage analysiert werden muss.

Genau nach diesen 3 Säulen richtet sich auch die darauffolgende Rekonstruktion: der gewählte Lappen muss einerseits den Defekt *i)* flächen-, und volumsmäßig ausfüllen, *ii)* die Funktion weitgehend wiederherstellen und *iii)* die Ästhetik maximal erhalten.

Um diesen 3 Ansprüchen gerecht zu werden, hat man als rekonstruktiver Chirurg aus einer Vielzahl von rekonstruktiven Techniken eine Wahl zu treffen. Dennoch darf der Tumorchirurg niemals den Tumor nach seinen rekonstruktiven Möglichkeiten reseziieren, denn sonst besteht immer die Gefahr, dass man unbewusst den Tumor nicht entsprechend seiner Ausdehnung, und mit einem ausreichenden Abstand, entfernt.

Ein guter Leitfaden und Hilfe bietet die so genannte „Rekonstruktive Leiter“, welche bei den meisten Defekten gute und machbare Lösungen vorschlägt:

Die erste Sprosse dieser Leiter ist das Ausgranulieren, gefolgt vom primären Verschluss des Defektes. Viele Studien haben gezeigt, dass je einfacher die Wiederherstellung des Defektes ist, umso besser ist die Funktion und das ästhetische Ergebnis. Größere Defekte, wo auch eine deutliche Vernarbung oder Funktionsverlust nach Granulation oder primären Verschluss auftreten kann, sollten entweder mit einem Schwenklappen, einer Spalt-, oder Vollhauttransplantation verschlossen werden. Sollte aufgrund der Größe und des Volumens auch die Hauttransplantation nicht ausreichend sein, muss man auf die Lappenchirurgie mit Lappentransfer zurückgreifen. Hierbei unterscheidet man zwischen gestielten/regionalen und freien/mikrovaskulären Gewebstransferen. Im Allgemeinen ist zu bemerken, dass die Rekonstruktion mit einem freien oder regionalen/gestielten Lappen von vielen medizinischen, technischen, aber vor allem Patienten Faktoren abhängig ist.

Die Wahl zwischen diesen beiden Lappengruppen stützt sich einerseits auf die Art (Größe, Lage und Funktion) des Defektes, aber auch folgende internistische Parameter des Patienten:

- sind Co-Morbiditäten vorhanden, die die Operationszeit einschränken oder gar unmöglich machen?
- sind Voroperationen im Bereich des Lappens vorhanden, die eine sichere Lappenchirurgie einschränken können?

- lehnt der Patient eine Rekonstruktion mit einem freien Lappen, aufgrund der längeren Operationszeit ab?
- oder wegen des erhöhten Risikos, dass der freie Lappen absterben könnte?
- wird die Operation generell wegen des erhöhten Aufwandes abgelehnt?

Zu den Patienten-abhängigen Faktoren ist sicherlich die Angst und die Ungewissheit vor einem großen Eingriff der wichtigste Faktor, der die weitere Behandlung verändern kann.

In den seltensten Fällen können technische Gegebenheiten, wie das Nicht-Vorhanden-Sein von Mikroinstrumenten, Mikroskop oder Nahtmaterial, oder die Ausbildung in mikrovaskulärer Chirurgie, die für eine mikrovaskuläre Rekonstruktion notwendig sind, gegen eine große Rekonstruktion sprechen. In Österreich werden an allen größeren HNO Abteilungen Lappenchirurgische Operationen durchgeführt, in den meisten Fällen in Kooperation mit der Mund-Kiefer Gesichtschirurgie und Plastischen Chirurgie. Diese Vorgehensweise ist auch jene, die zu bevorzugen ist, denn der Fachübergreifende Austausch sorgt für die optimale Patientenversorgung in diesem sehr komplexen Betätigungsfeld.

Nichtsdestotrotz sollte jeder rekonstruktive Eingriff ausführlich mit dem Patienten und, wenn möglich, auch mit den Angehörigen besprochen werden. Auf alle Fragen, Ängste und Ungewissheiten, so weit eben auch möglich, sollten vom behandelnden Arzt eingegangen und beantwortet werden. Denn nur ein sehr gut aufgeklärter Patient ist auch 'mit-von-der-Partie' und hat auch für alle nicht vorhersehbaren Komplikationen einerseits ein gewisses Verständnis, und bringt auch die Motivation, diese Rückschläge auch gemeinsam mit dem medizinischen Personal zu meistern.

Neben der engen Zusammenarbeit mit allen Fachrichtungen und Angehörigen ist es auch besonders wichtig, mit den niedergelassenen Zuweisern, in Bezug auf Therapieentscheidung und Therapiefortschritt, zusammenzuarbeiten. Ein Ansprechpartner sollte telefonisch schnell und unkompliziert erreichbar sein, um eine enge Kommunikation zu ermöglichen und aufrecht zu erhalten. Denn nach der Operation, ist vor der Rehabilitation und Eingliederung in den Alltag des Patienten. Hierfür ist wie immer jegliche Kooperation von entscheidender Bedeutung, um eine optimale Patientenbetreuung außerhalb des Krankenhauses zu ermöglichen und schlussendlich auch zu erreichen.