



„GEHEIMNISSE DER AUGENHÖHLE“ PRESSEKONFERENZ

Österreichische Gesellschaft für Mund-Kiefer- u. Gesichtschirurgie
anlässlich der Jahrestagung 2012
Donnerstag, 26.1.2010, 9:30h-10:30h

Verletzungen an Gesichtsschädel & Augenhöhlenwänden

Trotz hochentwickelter Schutzmaßnahmen (Helm, Kinnschutz, Zahnschutz, etc.) bleibt der Kopf ein exponierter Teil des Körpers und ist sehr häufig Verletzungen ausgesetzt. Besonders deutlich zeigt sich dies bei Verkehrs- (z.B. Motorrad) und zunehmend auch bei Sportverletzungen (z.B. Schifahren, Snowboarden, etc.). Langzeitstudien weisen auf ein konstantes Anwachsen der Unfallzahlen in den letzten 30 Jahren hin. An unserer Klinik sind 30% der Verletzungen sportbedingt.

Dem Gesicht, als überaus wichtigem Ausdruck der Persönlichkeit des Menschen, wird bei allen chirurgischen Eingriffen besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Vorrangiges Ziel der traumatologischen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ist eine rasche und umfassende funktionelle und ästhetische Wiederherstellung. Dabei werden atraumatische, d.h. gewebeschonende chirurgische Verfahren verwendet, die den PatientInnen durch frühe Mobilisation eine rasche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess bzw. in ein normales Leben ermöglichen.

Prinzipiell ist eine Fraktur als plötzliche Unterbrechung der Kontinuität des Knochens definiert. Die Elastizitätsgrenze des Knochens wird durch direkte oder indirekte Gewalteinwirkung überschritten und dadurch entstehen nach Fraktur zwei oder mehrere Bruchstücke.

Mit den modernen dimensionsmäßig differenziert abgestuften miniaturisierten Platten- und Schraubensystemen aus Titan, die in einer Vielzahl funktioneller Formen verfügbar sind, können Mittelgesichts-, Orbita- und Unterkieferfrakturen im Sinne einer auf die jeweilige Fraktursituation abgestimmten funktionsorientierten Osteosynthese standardmäßig effizient versorgt werden.

Seit einigen Jahren finden bioresorbierbare Osteosynthesematerialien zunehmend Verwendung. Diese Biomaterialien lösen sich nach Abheilung des Knochenbruchs (ähnlich wie chirurgische Fäden) im Körper auf. Sie werden zu Wasser und Kohlensäure abgebaut und ausgeschieden. Dieses Vorgehen erspart den PatientInnen eine Zweitoperation zur Entfernung des konventionellen Osteosynthesematerials. Eine spezielle Indikation für resorbierbare Materialien besteht bei Kindern, da bei kleinen Patienten im Wachstum eine Entfernung von nicht resorbierbarem Osteosynthesematerial notwendig ist.

Für die Rekonstruktion des Orbitabodens bei einfachen Orbitabodenfrakturen oder geringfügigen Defektfrakturen hat sich die Anwendung von resorbierbarem Rekonstruktionsmaterial bewährt. Bei ausgedehnten Defekten bis hin zum kompletten Verlust des Orbitabodens und/oder der medialen Wand empfiehlt sich die Rekonstruktion mit alloplastischem Material oder auch die Verwendung körpereigener Materialien. Bei Verwendung biokompatibler Materialien können Zweiteingriffe zur Knochenentnahme (Operationsverlängerung, Narbenbildung) konsequent vermieden werden. Bei ausgedehnten Frakturen werden Mikrotitangitterimplantate wegen ihrer guten Plastizität und dreidimensionaler Formgebung zur Deckung von größeren Orbitawanddefekten empfohlen, sodass auf zusätzliche Zugänge zur Stützung des Orbitabodens weitgehend verzichtet werden kann.

Zur exakten Umsetzung des operativen Vorgehens haben sich 3-D Planungen und intraoperative Navigation nach Präformierung alloplastischer Implantate bewährt. Die Möglichkeiten der computergestützten intraoperativen Navigation erlauben die Kontrolle der Positionierung der orbitalen Implantate und Perfektionierung der Operationsergebnisse.

Univ.-Prof. Dr. Dr. Wolfgang Puelacher

Geschäftsführender OA, Univ.-Klinik f. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
(Direktor: Univ. Prof. Dr. Dr. Michael Rasse)
Medizinische Universität Innsbruck,
6020 Innsbruck, Anichstr. 35, Austria, EU
Tel.: +43 (512) 504 24383; wolfgang.puelacher@i-med.ac.at