Schechter [10] beschrieb einen Zugang zum Zungengrund über eine paramediane Mandibulotomie, die Resektion des Tumors erfolgte nach einer lateralen Pharyngotomie. Anschließend folgte die Präparation des Zungenlappens [10].

Der hier vorgeschlagene modifizierte Zugangsweg [1,3] über eine mediane Mandibulotomie ermöglicht eine optimierte Übersicht und problemlose Resektion des Tumors. Auf dem modifizierten Zugangsweg erfolgt gleichzeitig die Präparation des neurovaskulären Transplantats, was eine deutliche Verkürzung der Operationszeit gegenüber anderen Verfahren bedeutet. Durch den Verzicht auf eine laterale Pharyngotomie ist zusätzlich das Risiko einer Verletzung des N. hypoglossus und der A. lingualis reduziert. Die Rekonstruktionsmethode ist zudem eine Möglichkeit, Patienten mit Rezidiven im Bereich des Zungengrundes nach einer horizontalen Kehlkopfteilresektion organerhaltend, d. h. ohne eine Resektion des Larynx, zu versorgen [2].

In den ersten Tagen nach der Operation kommt es zu einer Abweichung der Zunge zur Gegenseite, da der anterioren Zunge das muskuläre Widerlager fehlt. Störungen der oralen Boluskontrolle und Schwierigkeiten bei der Artikulation bessern sich nach wenigen Tagen (■ Abb. 6).

Remmert [7] berichtet über 18 Zungengrundresektionen mit 5 vollständigen Zungengrundresektionen. Die Versorgung der Defekte erfolgte mit einem Infrahyoidallappen, kombiniert mit einem freien Radialistransplantat. In 94% der Fälle konnte die Trachealkanüle nach im Mittel 41 Tagen entfernt werden, die Nährsonde, die in 89% der Fälle entfernt werden konnte, verblieb im Mittel 32 Tage.

Auch wenn in der eigenen Patientengruppe keine vollständigen Zungengrundresektionen durchgeführt wurden und somit die Gruppen nur eingeschränkt vergleichbar sind, sind die Zeiten bis zur Entfernung der Trachealkanüle und nasogastralen Sonde zufriedenstellend.

Die vorgestellte Rekonstruktionsmethode eignet sich nicht für eine vollständige Zungengrundresektion. Ist die vasculäre oder neurale Versorgung des anterioren Anteils der Zunge nicht gesichert, müssen erweiterte Rekonstruktionsverfahren [7,11] gewählt werden.

Fazit

Der Set-back-Zungenlappen ist eine Alternative in der Versorgung von Zungengrunddefekten nach Resektionen von der Hälfte oder 3/4 des Zungengrundes. Die einfache Handhabung und guten Ergebnisse des neurovaskulären Transplantates in der Restitution des Schluckvorgangs erweisen sich dabei als Vorteil.

Korrespondierender Autor

Dr. R. O. Seidl

Ltd. Oberarzt der Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Unfallkrankenhaus Berlin, Warener Straße 7, 12683 Berlin
E-Mail: ROSeidl@UKB.DE

Danksagung

Wir bedanken uns bei dem Institut für Radiologie am UKB (Direktor: Priv.-Doz. Dr. S. Mutze) für die freundliche Überlassung der Untersuchungsbefunde.

Literatur

1. Alperin KM, Levine HL, Wood BG, Tucker HM (1984) Approach to and reconstruction for lesions of the posterior third of the tongue via midline glossotomy. *Head Neck Surg* 6: 744–750
2. Bergmann JA (1983) „How I do it“ – head and neck plastic surgery. A targeted problem and its solution. Use the set-back tongue flap for carcinoma of the base of tongue following supraglottic laryngectomy. *Laryngoscope* 93: 516–517
3. Denecke HJ (1979) Die oto-rhino-laryngologischen Operationen im Mund- und Halsbereich. Springer, Berlin Heidelberg New York S 119–120
4. Logemann JA (1988) Swallowing physiology and pathophysiology. *Otolaryngol Clin North Am* 21: 613–623
5. McConnel FM (1991) Reconstruction of the oral cavity. *Dysphagia* 6: 124–131
6. Metternich FU, Puder C, Brusis T (1996) Die suprahyoide Pharyngotomie zur chirurgischen Therapie maligner und benigner Oro- und Hypopharynxtumoren. *HNO* 44: 242–245
7. Remmert S (2001) Rekonstruktion von großen Defekten der Zunge. *HNO* 49: 143–157
8. Remmert S, Majocco A, Sommer K, Ahrens KH, Weerda H (1994) Neue Methode der Zungenrekonstruktion mit neurovaskulären infrahyoidalen Muskelfaszielappen. *Laryngorhinootologie* 73: 198–201
9. Salibian A, Allison G, Rappaport I, Krugmann M, McMicken B, Etchepare T (1990) Total and subtotal glossectomy: Function after microvascular reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 4: 513–524
10. Schechter GL, Sly DE, Roper II AL, Jackson RT, Bumattay J (1980) Set-back tongue flap for carcinoma of the tongue base. *Arch Otolaryngol* 106: 668–671
11. Shindo ML, Costantino PD, Friedmann C et al. (1992) The pectoralis major myofascial flap for intraoral and pharyngeal reconstruction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 118: 707–711
12. Walther EK, Rödel R, Deroover M (1990) Rehabilitation der Schluckfunktion bei Patienten mit Pharynxkarzinomen. *Laryngorhinootologie* 69: 360–368

HNO 2003 · 51:562
DOI 10.1007/s00106-003-0916-9
Online publiziert: 25. Juni 2003
© Springer-Verlag 2003

P.-S. Mauz · A. Tropitzsch · D. Funk ·
M. Dworschak · P. K. Plinkert

Kunststoff-Einmalinstrumente aus Hochleistungspolymer bei Tonsillektomien und Adenotomien

HNO (2003) 51:405–413

In dem Beitrag „Kunststoff-Einmalinstrumente aus Hochleistungspolymer bei Tonsillektomien und Adenotomien“ von Mauz et al. wurde in der Tabelle 3 der Preis für den SUSI-Tonsillenschnürer (Artikelnummer OM760SU) falsch wiedergegeben. Der korrekte Preis lautet 9,90 EURO. Der Verlag bittet dieses Versehen zu entschuldigen.

The online version of the original article can be found at <http://dx.doi.org/10.1007/s00106-003-0867-1>