

Therapie der Orbitabodenfraktur

Wann ist eine Operation indiziert?



Frage: Wie lauten die aktuellen Empfehlungen zum Vorgehen bei Orbitabodenfraktur? Wann kann konservativ therapiert werden, wann besteht die Indikation zur Operation?

Antwort: Im Folgenden soll der aktuelle Standard der Versorgung von Orbitabodenfrakturen dargestellt werden, ohne auf die Primärversorgungsphase polytraumatisierter Patienten einzugehen. Trotzdem sei an eine sorgfältige und umfassende Untersuchung des Patienten nach Trauma erinnert, um Begleitverletzungen – bei vermeintlich isolierter Orbitabodenfraktur – nicht zu übersehen.

Die Einteilung von Mittelgesichtsfrakturen erfolgt nach Lokalisation und Frakturtyp, wobei die isolierte Orbitabodenfraktur als Sonderform der lateralen Mittelgesichtsfraktur anzusehen ist. Ursache ist in der Regel eine stumpfe Gewalteinwirkung auf das Mittelgesicht, die auf den Orbitaboden fortgeleitet wird.

Die Klinik der Orbitabodenfraktur ist mannigfaltig und reicht von einem „Nebenbefund“ in der Computertomografie (hängender Tropfen) bis zu einer kompletten Luxation des Orbitainhaltes in die Kieferhöhle. Je nach Ausmaß der Weichteilbeteiligung kommt es zu Sensibilitätsstörungen im Versorgungsbereich des N. infraorbitalis, einem Enophthalmus sowie Augenmotilitätsstörungen und Diplopie beim Blick nach oben als Folge ei-

ner Einklemmung des M. rectus inferior.

Diagnostisch ist eine dreidimensionale Röntgendiagnostik mit multiplanarer Rekonstruktion (Computertomografie oder digitale Volumetomografie) sinnvoll. Je nach Ausmaß des Traumas ist eine interdisziplinäre Beurteilung durch Kollegen der HNO-Heilkunde, der Augenheilkunde, der Radiologie sowie der MKG-Chirurgie erforderlich.

Therapeutisch kann bei kleinen Defekten ohne funktionelle Beeinträchtigung ein konservatives Vorgehen empfohlen werden. Dieses umfasst ein Schnäuzverbot, eine Antibiose sowie antiphlogistische und analgetische Maßnahmen nach individuellem Befund und Bedarf.

Die operative Reposition richtet sich nach dem Ausmaß der Fraktur und den bestehenden Symptomen des Patienten. Eine sofortige OP-Indikation besteht bei anhaltendem orbitokardialen Reflex (Bradykardie, Hypotonie, Nausea und pathologisch vertiefte Atmung), während eine Einklemmung von Weichgeweben mit akuter Aufblickhemmung durch Inkarzation des M. rectus inferior eine dringliche OP-Indikation darstellt und binnen 24 Stunden versorgt werden sollte. Weitere OP-Indikationen sind ein Enophthalmus größer als 2 mm, eine Diplopie, eine Hypästhesie sowie ein signifikanter Gewebeprolaps und großflächige Defekte. In diesen Fällen kann zunächst ein Rückgang der Gewebeschwellung abgewartet wer-

den und die Primärrekonstruktion binnen 14 Tagen nach Trauma erfolgen.

Zur operativen Rekonstruktion des Orbitabodens stehen verschiedene Zugänge und Materialien zur Verfügung. Einen Goldstandard kann man nicht definieren, vielmehr sollte der Operateur mit verschiedenen Techniken vertraut sein, um den individuellen Befund adäquat versorgen zu können. Uns hat sich der Subziliarschnitt mit Darstellung des knöchernen Orbitarandes bewährt, von wo aus der destruierte Orbitaboden exponiert und reponiert wird. Als weitere Zugänge sind auch ein transkonjunktivaler oder sub tarsaler Zugang möglich.

Nach der Reposition prolabierte Weichgewebe kann eine Deckung des Defektes mit Faszie oder PDS-Folie vorgenommen werden. Für größere Defekte stehen z. B. Titan-Mesh-Plastiken zur Verfügung, die individuell geformt oder computergestützt angepasst werden können. Auch Keramiken und Metallplatten können zum Einsatz kommen, während neu entwickelte Biomaterialien auf Grund fehlender Langzeitergebnisse nur zurückhaltend eingesetzt werden sollten.

Ergänzend können umschriebene Defekte auch transmaxillär versorgt werden. In diesen Fällen wird nach Entsplitterung und Reposition des prolabierte Gewebes der Defekt unterfüttert und mit einem Antralballonkatheter abgestützt, der für bis zu 14 Tage in situ bleibt, um den Frakturbereich zu schienen.

Die vorliegenden Studien konnten bisher keine signifikante Überlegenheit des einen oder anderen OP-Verfahrens messen, auch die verwendeten Materialien scheinen keinen signifikanten Einfluss auf den Verlauf zu haben, der allgemein eine gute Prognose hat.

Haben Sie auch eine fachliche Frage?

Das „Consilium HNO“ ist ein Service des Unternehmens Infectopharm. Als HNO-Arzt haben Sie die Möglichkeit, selbst Fragen zum gesamten Fachgebiet zu stellen. Schreiben Sie dazu an Dr. Kristin Brendel-Walter, Von-Humboldt-Straße 1, 64646 Heppenheim, oder schicken Sie eine E-Mail an consilium@infectopharm.com. Ihre Frage wird anonym an ein Mitglied des Expertenpools weitergeleitet, Sie erhalten eine schriftliche Antwort.

Wenn Sie sehen wollen, was die Kolleginnen und Kollegen so fragen, können Sie im Archiv des „Consilium HNO“ unter www.infectopharm.com/consilium stöbern. Außerdem werden redaktionell ausgewählte, allgemein interessante Anfragen zusätzlich in der Zeitschrift „HNO-Nachrichten“ publiziert.

red

Dr. med. Felix Gahlen

Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie der Ruhr-Universität Bochum
Überörtliche HNO-Gemeinschaftspraxis
Waltrup / Datteln