



Chirurgie der Gesichtshaut

Die plastisch-rekonstruktive Gesichtschirurgie als Teilgebiet der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie erarbeitet Konzepte zur Wiederherstellung von Funktion und Form einzelner Gesichtsteile, die durch Krankheiten, Unfälle oder Missbildungen geschädigt wurden. Diese Ausgabe von *Der MKG-Chirurg* widmet sich im Leitthema der Chirurgie der Gesichtshaut und damit einem wichtigen Teilaspekt der plastisch-rekonstruktiven Gesichtschirurgie. Die rekonstruktiven Verfahren der Gesichtshautchirurgie sind bei der Versorgung von Hautdefekten durch die Anwendung überwiegend lokaler und regionaler Lappenplastiken und Transplantate geprägt.

Die häufigste Ursache für Hautdefekte des Gesichts und des Kopf-Hals-Bereichs liegt in der Resektion von malignen Tumoren, in erster Linie von Basalzellkarzinomen (BZK, 77 %), gefolgt von Plattenepithelkarzinomen (PEC, 21 %) und Melanomen (MM, 1–2 %) sowie anderen seltenen malignen Neoplasien [1, 2].

Die Inzidenz des BZK als häufigstem malignen Tumor in Mitteleuropa beträgt in Deutschland aktuell etwa 200/100.000 Einwohner und Jahr, mit seit Jahrzehnten steigender Tendenz. Insgesamt erkranken nach Schätzungen auf der Basis von 6 Krebsregistern in Deutschland fast 220.000 Menschen an nicht melanotischen Hautkrebsformen. An den unterschiedlichen Formen des MM erkrankten 2014 etwa 21.500 Personen. Allein diese Zahlen verdeutlichen die Relevanz dieser Krankheitsbilder in sozioökonomischer Hinsicht und damit auch die Bedeutung für die MKG-Chirurgie.

Aber auch die Entfernung von benignen Tumoren, kongenitalen Hautveränderungen sowie Unfälle können zu

entsprechenden Defekten führen. Die Rekonstruktion von benignen Tumoren und anderen Defekten erfolgt im Prinzip nach den gleichen Gesetzmäßigkeiten wie bei den Malignomen. Natürlich können Radikalität und Umfang der Eingriffe bei benignen Veränderungen im Vergleich zu malignen Tumoren oft schonender gestaltet werden, jedoch behalten die Grundprinzipien der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie der Haut des Kopf-Hals-Bereichs auch hier ihre Gültigkeit.

In den meisten Fällen können Defekte des Gesichts mit Nahlappenplastiken versorgt werden. Neben Hauttransplantaten muss nur in wenigen Fällen auf freie Transplantate oder (freie) Fernlappen zurückgegriffen werden. Damit spielt die Chirurgie der Gesichtshaut, einschließlich solcher lokaler Lappenplastiken, eine wichtige Rolle in der ambulanten Gesichtschirurgie und ist aus dem MKG-chirurgischen Alltag nicht wegzudenken. Gestielte und freie Fernlappenplastiken finden eher bei großen und insbesondere mehrschichtigen Defekten Verwendung.

» Ein Kriterienkatalog für die passende Therapie trägt zur höheren Präzision mit gutem Ergebnis bei

In der zur Verfügung stehenden Literatur wird für definierte Defektlokalisationen ein breites Spektrum von möglichen Lappenplastiken angegeben. Gerade auch für die jüngeren Kolleginnen und Kollegen ist es sinnvoll, über einen Algorithmus zur Orientierung zu verfügen.

In der vorliegenden Ausgabe von *Der MKG-Chirurg* werden verschiedene

Aspekte und Teilbereiche der Gesichtshautchirurgie beleuchtet. Über einen Kriterienkatalog bei der Auswahl der passenden Therapie wird eine Hilfestellung gegeben, um eine höhere Präzision mit guten Ergebnissen zu erreichen. Wichtige Kriterien sind u. a. onkologische Aspekte wie Sicherheitsabstände und richtige Entnahmetechniken, anatomische und funktionelle Aspekte der Gesichtshaut und ihrer ästhetischen Untereinheiten, Grundprinzipien der plastischen Chirurgie und ihre Anwendung bei Lappenplastiken des Gesichts sowie die Berücksichtigung patientenindividueller Kofaktoren.

Bei der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie der Haut im Kopf-Hals-Bereich sind Funktion und Ästhetik immer untrennbar miteinander verwoben. Eine erfolgreiche Gesichtshautchirurgie ist dabei an eine ausreichende Expertise und Erfahrung des Operateurs gebunden. Neben grundlegenden chirurgischen Kenntnissen und Fertigkeiten im Rahmen einer entsprechenden gründlichen, stufenweisen chirurgischen Ausbildung sind insbesondere für unser Fachgebiet auch spezielles Wissen und chirurgisches Können eine Voraussetzung, damit die Gesichtshautchirurgie in der erforderlichen Qualität gewährleistet wird.

Kommt die plastisch-rekonstruktive MKG-Chirurgie an ihre Grenzen oder gehen sogar ganze Gesichtsorgane wie z. B. Nase, Ohr oder Auge verloren, stellt die kraniofaziale Epithetik eine Versorgungs- und Rehabilitationsmöglichkeit auch in schwierigen Situationen dar. Die Gesichtsepithetik wird in dieser Ausgabe in Form eines CME-Beitrags beleuchtet.

Dr. Kurt Dawirs
PD Dr. Dr. Kai Wermker

Korrespondenzadresse



Dr. K. Dawirs
MKG-Chirurgie Essen-Süd,
Praxisklinik Dr. Dawirs &
Kollegen
Hatzper Str. 36, 45149 Essen,
Deutschland
kurt@dawirs.de



PD Dr. Dr. K. Wermker
Klinikum Osnabrück GmbH,
Klinik für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie, plastische
und ästhetische Operationen
Am Finkenhügel 1,
49076 Osnabrück,
Deutschland
kai.wermker@klinikum-os.de

Interessenkonflikt. K. Dawirs und K. Wermker geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Gordon R (2013) Skin cancer: an overview of epidemiology and risk factors. *Semin Oncol Nurs* 29(3):160–169. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2013.06.002>
2. Global Burden of Disease Cancer Collaboration (2019) Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 29 cancer groups, 1990 to 2017. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Global Burden of Disease Cancer Collaboration. JAMA Oncol.* <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2019.2996>

Extrem resistente Keime verbreiten sich über Kliniken

Die entscheidenden Multiplikatoren bei der Verbreitung extrem resistenter Bakterien sind laut einer Studie die Krankenhäuser.

Krankenhäuser und die Verlegung von Patienten leisten den entscheidenden Beitrag zur Verbreitung von Erregern mit extrem hoher Antibiotikaresistenz. Zu diesem Ergebnis kam eine internationale Forschergruppe unter der Leitung des Universitätsklinikums Freiburg in einer Studie. Nur eine geringe Rolle spielen demnach Übertragungen in der Allgemeinbevölkerung, aus der Umwelt, der Landwirtschaft und über Lebensmittel. Die Anzahl an Todesfällen, die sich auf eine Infektion mit extrem resistenten Erregern zurückführen lassen, hat sich zwischen 2007 und 2015 in Europa mehr als versechsfacht.

Nahe Häuser – ähnliche Erreger

Die Verbreitungswege extrem resistenter Bakterien ließen sich anhand detaillierter genetischer Analysen nachvollziehen. In 455 Krankenhäusern in 36 europäischen Ländern wurden 6 Monate lang Proben gesammelt. Auf Grundlage dieser repräsentativen Erreger-Stichprobe sequenzieren die Forscher die gesamte genetische Information von fast 2.000 Bakterien der Spezies *Klebsiella pneumoniae*. Dabei nahmen die genetischen Unterschiede zwischen extrem resistenten Isolaten zu, je größer die Entfernung zwischen den Krankenhäusern war. Hingegen stammte die Mehrzahl der genetisch ähnlichsten Isolate von Patienten, die innerhalb des Beobachtungszeitraums im selben Krankenhaus behandelt wurden. Diese Beobachtungen sprechen dafür, dass sich extrem resistente Bakterien vor allem innerhalb einzelner Krankenhäuser sowie bei der Verlegung von Patienten zwischen geografisch naheliegenden Krankenhäusern verbreiten, so die Studienautoren.

Quelle: Universitätsklinikum Freiburg basierend auf:
www.nature.com/articles/s41564-019-0492-8

Hier steht eine Anzeige.

