

MKG-Chirurgie 2023 · 16:99–101
<https://doi.org/10.1007/s12285-023-00408-2>
Angenommen: 3. März 2023

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2023



Rekonstruktive Chirurgie

Tobias Ettl¹ · Frank Hölzle²

¹ Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg, Deutschland

² Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Uniklinik RWTH Aachen, Aachen, Deutschland

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Defekte im Kopf-Hals-Bereich entstehen durch ablativ-chirurgische, Trauma oder Fehlbildungen, aber auch durch Infekte, Bestrahlung und antiresorptive Medikamente. Für die betroffenen Patienten kann dies regelmäßig eine extreme Einschränkung an Funktionalität, Ästhetik und sozialer Integration, wie es bei keiner anderen Lokalisation zu finden ist, mit sich bringen. Aus diesem Grunde kommt der rekonstruktiven Chirurgie gerade in dieser anatomischen Region eine besonders hohe Bedeutung zu.

Noch bis und nach dem zweiten Weltkrieg beschränkten sich die rekonstruktiven Techniken auf lokale Lappenplastiken, freie Spalt- oder Vollhauttransplantate und einzelne Fernlappen wie etwa den Rundstiellappen. Der von Bakamjian 1965 verbreitete Deltopectoralappen (eine ähnliche technische Beschreibung gab es schon 1917 von J. L. Aymard, in *The Lancet* publiziert) und der von Ariyan u. Baek 1979 popularisierte Pectoralis-major-Lappen waren für 2 Jahrzehnte die „Arbeitspferde“ der rekonstruktiven Kopf- und Halschirurgie [1–4]. Dabei blieben jedoch Defekte der Schädelbasis und insbesondere auch der Kiefer trotz Einsatz dieser gestielten Fernlappen anspruchsvolle Herausforderungen.

Durch die Pionierarbeiten von H. J. Buncke, W. R. Panje, I. A. McGregor, R. K. Daniel, I. Taylor und weiteren nahmen die mikrovascular reanastomosierten freien Lappen Mitte der 1970er Jahre ihren Anfang, konnten sich aber aufgrund der initialen Schwierigkeiten bei den Anastomosen in

den folgenden 20 Jahre nicht gegenüber den gestielten Lappen durchsetzen [5–8].

Seit den 1990er Jahren bis zum heutigen Zeitpunkt prägen die mikrochirurgischen Techniken die rekonstruktive Chirurgie. Neu hinzugekommen sind nun v. a. digitale und virtuelle technische Entwicklungen, die sowohl die Planung als auch die Durchführung komplexer rekonstruktiver Operationen erleichtern und dabei die Komplikationsrisiken verringern.

» **Digitale und virtuelle technische Entwicklungen erhöhen die rekonstruktive Präzision**

Gehört die rekonstruktive Chirurgie der Vergangenheit an, weil wir in Zukunft größere Tumoren nur noch per Radio- oder Immuntherapie behandeln? Sicherlich nicht! Auch wenn die onkologischen Erfolge der Immuntherapie für die Zukunft hoffen lassen, so sind erfolgreiche Remission nach wie vor nur Minderheiten vergönnt. Die ablativ-chirurgische, v. a. gestützt von einer präzisen, den Bedürfnissen des individuellen Patienten angepassten rekonstruktiven Chirurgie wird ihren Stellenwert auch in den nächsten Jahren behaupten. Ebenso wird diese individualisierte Präzisionschirurgie bei nicht-onkologischen rekonstruktiven Indikationen ohne Zweifel ihre Bedeutung behalten oder sogar mehren. Diese besonders anspruchsvolle Form der Chirurgie wird eine zentrale Kompetenz unseres Fachs bleiben und gerade im Gesichtsbereich unsere herausragende Position festigen.

Die vorliegende Ausgabe beginnt mit einer Übersichtsdarstellung zu den aktuellen Techniken mikrovascularer Rekon-



Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Tobias Ettl



Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Frank Hölzle



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

truktionen bis hin zu Lösungen in Extremsituationen, wenn man mit dem „Rücken zur Wand“ steht. Der zweite Beitrag unterstreicht die mittlerweile herausragende Bedeutung des anterolateralen Oberschenkellappens (ALT) als „Allrounder“ unseres Fachs und zeigt die Schlüsselschritte und Fallstricke bei der Transplantathebung. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie impliziert immer die Chirurgie am Kieferknochen – unser Alleinstellungsmerkmal im Kopf-Hals-Bereich –, das verdeutlicht das Update zu den knöchernen Rekonstruktionen, das die neuen Möglichkeiten der CAD/CAM-Planung bis hin zur Navigation mittels „augmented reality“ aufführt. An eine CAD/CAM-Planung schließt sich häufig die Verwendung eines patientenspezifischen Implantats an, um verloren gegangene Schädel- und Gesichtskonturen nahezu ideal zu rekonstruieren. Der vierte Beitrag fasst hierzu die aktuellen Entwicklungen zusammen.

Abgerundet wird diese Ausgabe, auch als Ausdruck der Interdisziplinarität mit den Kollegen der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, durch einen Überblick über die aktuellen Rekonstruktionsmöglichkeiten des Larynx. Wenn auch die Erkrankungen des Kehlkopfs nicht zur Kernkompetenz eines Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen gehören, so ist das Wissen um diese für die Mitbetreuung dieser Patientengruppe, z. B. im Rahmen zahnärztlicher Sanierungen oder einer implantatprothetischen Rehabilitation, für unser Fach unerlässlich.

Wir sind sicher, Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe einen informativen Überblick über dieses spannende und sich ständig weiterentwickelnde Thema geben zu können, und wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen der Beiträge.

Ihre
Tobias Ettl und Frank Hölzle

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Tobias Ettl
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg, Deutschland
tobias.ettl@ukr.de

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Frank Hölzle
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Uniklinik RWTH Aachen
Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen, Deutschland
fhoelzle@ukaachen.de

Interessenkonflikt. T. Ettl und F. Hölzle geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bakamjian VY (1965) A two-stage method for pharyngo-esophageal reconstruction with a primary pectoral skin flap. *Plast Reconstr Surg* 36:173–184
2. Aymard JL (1917) Nasal reconstruction.: with a note on nature's plastic surgery. *Lancet* 190:888–892
3. Ariyan S (1979) The pectoralis major myocutaneous flap. A versatile flap for reconstruction in the head and neck. *Plast Reconstr Surg* 63:73–81
4. Baek SM, Biller HF, Krespi YP et al (1979) The pectoralis major myocutaneous island flap for reconstruction of the head and neck. *Head Neck* 1:293–300
5. Panje WR, Bardach J, Krause CJ (1976) Reconstruction of the oral cavity with a free flap. *Plast Reconstr Surg* 58:415–418
6. Daniel RK, Taylor GI (1973) Distant transfer of an island flap by microvascular anastomoses. A clinical technique. *Plast Reconstr Surg* 52:111–117
7. Kaplan EN, Buncke HJ, Murray DE (1973) Distant transfer of cutaneous island flaps in humans by microvascular anastomoses. *Plast Reconstr Surg* 52:301–305
8. McGregor IA, Jackson IT (1972) The groin flap. *Br J Plast Surg* 25:3–16



Welches Thema interessiert Sie?

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

welche Inhalte wünschen Sie sich in der Rubrik „CME Zertifizierte Fortbildung“ in der Fachzeitschrift *Die MKG-Chirurgie*?

Senden Sie uns Ihren Themenwunsch per E-Mail an
saskia.rehse-becker@springernature.com

Hier steht eine Anzeige.

