



Nasenseptumdefekte bei Kindern

Thoralf Stange

EINLEITUNG

Nasenseptumdefekte treten bei Kindern äußerst selten auf. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Häufigkeit und Ätiologie grundlegend von Septumdefekten im Erwachsenenalter. Epidemiologische Daten sind dazu nicht bekannt. In der Literatur werden einzelne Fälle beschrieben, die überwiegend auf nasale Fremdkörper zurückzuführen waren (2) oder aber als Ursache spezifische Erkrankungen, wie z.B. systemische juvenile Rheumatoidarthritis (1) oder M. Crohn (3) vermutet wurden. Bei der operativen Rekonstruktion müssen wir uns neben den sehr schlechten lokalen geweblichen Voraussetzungen und den operationstechnischen Problemen besonders mit den kleinen anatomischen Verhältnissen auseinandersetzen. Eine minimal-invasive Operationstechnik ist bei Kindern aufgrund des noch nicht abgeschlossenen Mittelgesichtswachstums zwingend erforderlich. In Deutschland hat sich für die Rekonstruktion von Nasenseptumdefekten die Brückenlappentechnik nach Schultz-Coulon (4, 7) als Methode der Wahl erwiesen (5, 6). Es sollte untersucht werden, ob diese Technik auch bei Kindern mit guten Ergebnissen angewendet werden kann.

PATIENTEN UND METHODEN

Es wurden 12 Kinder (Alter 10-14 Jahre, 7 männl., 5 weibl.) an einem symptomatischen Nasenseptumdefekt operiert (Abb. 1 a-c). Ursächlich waren bei 6 Kindern eingebrachte Fremdkörper und dabei insbesondere Batterien (4 Fälle) und kleine Scheibenmagnete (2 Fälle, Abb. 2 a-c). Zwei Kinder hatten ein vorangegangenes – äußerlich nicht sichtbares – Nasentrauma, bei den restlichen 4 Kindern konnte keine Ursache gefunden werden. Die Patienten gaben Nasenatmungsbehinderung und insbesondere häufige Epistaxis an. Die sonst sehr häufige Krustenbildung war weniger ausgeprägt, außerdem fehlten die typischen chronisch-rhinopathischen Schleimhautveränderungen, die man häufig bei Erwachsenen mit Nasenseptumdefekten beobachtet. Die Defekte wurden entsprechend (5) ihrer relativen Größe eingruppiert. Dabei handelte es sich überwiegend um klein- bis mittelgroße Defekte (Tabelle 1). Die Rekonstruktion erfolgte bei allen Patienten mit der erweiterten Brückenlappentechnik nach Schultz-Coulon (Abb. 3). Der Nachbeobachtungszeitraum lag zwischen 4 Jahren und 10 Monaten.

Typ I: Klein	Maximal 1/3 der Septumhöhe im Defektbereich	n=4
Typ II: Mittelgroß	Zwischen 1/3 und 1/2 der Septumhöhe im Defektbereich	n=6
Typ III: Groß	Zwischen 1/2 und 2/3 der Septumhöhe im Defektbereich	n=2
Typ IV: Sehr groß (subtotal)	> 2/3 der Septumhöhe im Defektbereich	n=0

Tabelle 1

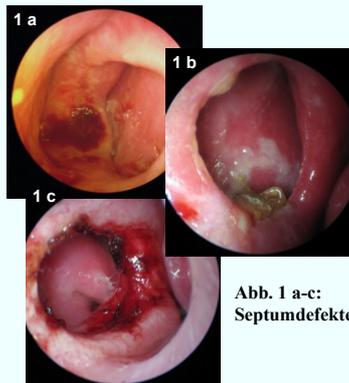


Abb. 1 a-c: Septumdefekte

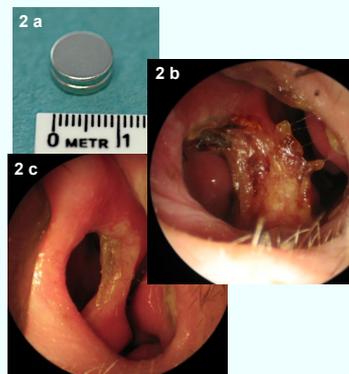


Abb. 2 a: Vom Septum entfernte Scheibenmagnete; b: Septumdefekt 7 Tage nach Magnetentfernung; c: 5 Monate nach Magnetentfernung

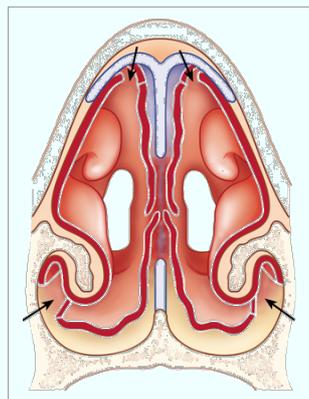


Abb. 3: Schema erweiterte Brückenlappentechnik / aus (7)

ERGEBNISSE

Bei 10 von 12 Kindern (83 %) gelang die vollständige Septumrekonstruktion (Abb. 4 a). Die präoperativ angegebene Epistaxis bestand bei den Kindern nicht mehr. 3 der 10 Kinder klagten postoperativ über gelegentlich auftretende Nasenatmungsbehinderung. Bei einem Kind mußten wir einen postoperativen asymptomatischen Rezidivdefekt von 3 mm beobachten (Abb. 4 b). Ein weiteres Kind mit auffälligen sehr häufigen postoperativen digitalen Manipulationen an der Nase klagte bei einem Rezidivdefekt von 10 mm Größe über eine Nasenatmungsbehinderung. Formveränderungen der äußeren Nasen traten in keinem Fall auf. Spezifische Erkrankungen als mögliche Ursache der Septumdefekte spielten im Vergleich zu den in der Literatur beschriebenen Einzelfällen bei unseren Patienten keine Rolle.

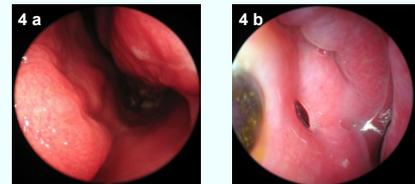


Abb. 4 a: 12 Wochen nach Septumdefektverschluss (Pat. aus Abb. 2); b: Rezidivdefekt 3 mm

DISKUSSION

Im Kindesalter sind Septumdefekte hauptsächlich Folge von endonasal eingebrachten Fremdkörpern und damit traumatisch bedingt. Die Behandlung sollte – wenn es die Beschwerden zulassen – so lange wie möglich konservativ erfolgen. Eine OP-Indikation besteht erst bei erheblicher Symptomatik. Zur Septumrekonstruktion eignet sich – wie bei Erwachsenen – die Brückenlappentechnik aufgrund der wiederholbaren guten Ergebnisse und des minimal traumatisierenden endonasalen Zuganges.

LITERATUR

- 1) Avcin T, Silverman ED, Forte V, Schneider R. Nasal septal perforation: a novel clinical manifestation of systemic juvenile idiopathic arthritis/adult onset Still's disease. J Rheumatol 2005; 32(12), 2429
- 2) Chua Dy, Tan HK. Repair of nasal septal perforations using auricular conchal cartilage graft in children: report on three cases and literature review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2006; 70(7), 1219
- 3) Kriskovich MD, Kelly SM, Jackson WD. Nasal septal perforation: a rare extraintestinal manifestation of Crohn's disease. Ear Nose Throat J 2000; 79(7), 520
- 4) Schultz-Coulon HJ. Das Brückenlappenkonzept zum Verschluss großer Septumdefekte. HNO 1989; 37: 123
- 5) Stange T. Möglichkeiten der Rekonstruktion von Nasenseptumdefekten. Laryngo-Rhino-Otologie 2011; 90, 709
- 6) Stange T, Schultz-Coulon HJ. Nasenseptumdefektverschlüsse in Deutschland: Eine aktuelle Bestandsaufnahme. Laryngo-Rhino-Otologie 2010; 89(3), 157
- 7) Stange T, Schultz-Coulon HJ. Nasenseptumdefektverschluss: Die endonasale erweiterte Brückenlappen-technik. Endo-Press, 2009