

Nasenpolypentfernung gestern und heute

Von Hippokrates bis zur FESS

Die Nasenpolypentfernung gehört heute zum Standard der HNO-Eingriffe. Vor über 2.400 Jahren entwickelte Hippokrates die Entfernungsmethode mit der Schlinge. Dieser ambulante Eingriff wird teilweise noch heute von Patienten gewünscht, die große Operationen mit Vollnarkose vermeiden wollen.

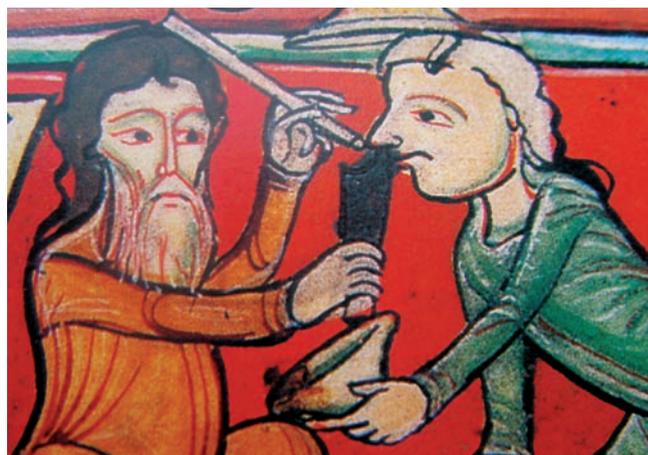


Abb. 1-4: © Dr. Wolf Lübbers, Hannover

Abbildung 1: Nasenpolypentfernung mit dem Messer

Hippokrates von Kos (etwa 460–370 v. Chr.) zählt zu den berühmtesten Ärzten des Altertums. Neben der in Abbildung 2 zitierten „Schlingenmethode“ hat er noch weitere Operationstechniken zur Entfernung von Nasenpolypen angegeben. An anderer Stelle empfiehlt er kleine, an einem Faden befestigte Schwämmchen durch die Choane von hinten nach vorne durch die Nase zu ziehen oder es wurde vorgeschlagen einen kräftigen Faden, in dem mehrere dicke Knoten eingebunden wurden so zu sagen als Endlosschleife von hinten nach vorne mehrmals durch die Nase zu ziehen bis alle Nasenpolypen entfernt sind.

Als Nachbehandlung wurde empfohlen, in Honig aufgekochte Kupferblüte lokal anzuwenden und mit Honig bestrichene Leinwandcharpie (Leinwandfasern) einzulegen. Zeitgenössische Autoren empfahlen auch „Ätzmittel“ um die Polypen zum abfaulen zu bringen. Auf einer mittelalterlichen Abbildung lässt sich erkennen, dass die Nasenpolypen damals auch mit einem lang gestielten Messer einfach nur abgeschnitten wurden (Abb. 1).



Abbildung 2: Polypenschnürer nach Wilde

Vom 15. bis zum 18. Jahrhundert hat sich die Anwendung von geraden oder gebogenen Polypenzangen eingebürgert. Mit diesen oft monströsen Instrumenten sollten die Polypen gefasst werden, um sie dann an der „Wurzel“ abzdrehen. Im 19. und 20. Jahrhundert wandte man sich dann wieder der Schlingenmethode zu. Beliebt war die Einfach- oder die Doppellöhre nach Levert oder Kek. Auch die Bellocq'sche Röhre wurde genutzt, um die Fadenschlinge anzubringen (Abb. 3a+b). William Wilde (1815–1876), Vater von Oscar Wilde, hat seine primär zur Ohrpolypentfernung konstruierte Schlinge zur Entfernung von Nasenpolypen eingesetzt. Anton von Tröltzsch schreibt zum Polypenschnürer nach Wilde: „Mit diesem kleinen Instrumente operirte ich schon öfter kleine hochsitzende Nasenpolypen, denen man anders hätte kaum beikommen können.“ Dieser einfache Typ des Polypentferners fand sich noch bis 1950 in allen gängigen HNO-Instrumenten-Katalogen (Abb. 2).

Seiner Zeit voraus

Hippokrates war mit seiner Schlingenmethode seiner Zeit weit voraus. HNO-Ärzte nutzen die von ihm angegebene Methode in den ursprünglichen Grundzügen in Einzelfällen auch heute noch.

Nur der pflanzliche oder tierische „Schlingfaden“ wurde im Laufe der Jahre durch einen Metalldraht ersetzt. Die operative Ausbildung legte Mitte des letzten Jahrhunderts sehr viel Wert auf den differenzierten Einsatz der verschiedenen Schlingentypen. Die „Scharfe Schlinge“ war nur zur Entfernung der polypös verdickten hinteren Muschelenden gestattet, während die „Stumpfe Schlinge“ zur Entfernung von Siebbeinpolypen vorgesehen war. Der Patient sollte aufrecht sitzen, damit sich die Polypen nicht in den Choanalbereich bewegen und praktisch von oben und von „selbst“ in die Schlinge fielen. Man durfte auch nicht kontinuierlich ziehen, sondern musste die Polypen mit mehreren ruckartigen Bewegungen herausreißen. Das führte manchen Patienten zu der Bemerkung: „Na, Herr Doktor, heute hat Ihre Hand aber ganz schön gezittert, als sie die ‚Dinger‘ rausgerissen haben.“ Und eine äußerst feine Dame, die den Ausdruck „Polypen“ offensichtlich als vulgär empfand, wollte die „Nasenpolypisten“ entfernt haben.

Aus diesen Zeiten, in denen es keine Seltenheit war, wenn die Patienten drei-, vier- oder fünfmal zur Polypentfernung an den Nasennebenhöhlen operiert wurden, stammte eine sehr „treue“ Patientengruppe, die zur Vermeidung noch-

„Wenn ein Polyp aus der Nase austritt, so hängt er mitten aus den Knorpelmassen heraus, so wie ein Zäpfchen. Wenn der Betreffende den Atem ausstößt, so geht der Polyp nach außen und ist weich, wenn er den Atem einzieht, geht der Polyp nach hinten. Der Patient hat eine gedämpfte Stimme, und wenn er schläft schnarcht er (...) Unter solchen Umständen mache man einen Sehnenfaden, mache an dem selben eine kleine Schlinge (...) Darauf fädele man das Ende der Schnur durch einen Zinnstab, lege als dann die Schlinge in die Nase ein, (...) lege die Schlinge um den Polypen herum, ziehe sobald der Faden herum gelegt ist den Stab nach dem Munde durch, erfasse ihn und ziehe in der nämlichen Weise, in dem sich die Schlinge dagegen stemmt. Nach dem man den Polypen herausgezogen hat, behandle man den Patienten (...) mit Honig auf Leinwandcharpie.“

HIPPOKRATES, DIE KRANKHEITEN, KAP. 33 FF. ZIT. NACH K. KASSEL, 1914



Abbildung 3a+b: Polypenentfernung (um 1780)

maliger großer OPs mit Krankenhausaufenthalt und Vollnarkose, den kleinen, ambulant in der Praxis durchgeführten Eingriff mit der Schlinge bevorzugten.

Die Patienten erschienen je nach Beschwerden alle ein bis zwei Jahre zum „Polypenrausreißen“. Hauptsache, die Nasenatmung wurde wieder frei. Bei gutwilligen Patienten konnte man sogar den Riechspalt „säubern“ und die zumindest teilweise Wiederherstellung des Geruchsinns erreichen. Abschließend wurde mit der Siebbeinzange einmal in das Siebbein „gebissen“, damit gewisse Abrechnungsziffern ihre Berechtigung fanden. Damals nahmen die Polyposis-Patienten die gehäuften Eingriffe in schicksalhafter Ergebnisheit mehr oder weniger klaglos hin: „Herr Doktor, es ist wieder so weit. Bitte einmal Unkraut ziehen...“ (Abb. 4)

Die Eingriffe sollten nach Wunsch des Patienten mit einfachem Aufwand die Nasenatmung im Sinne einer Palliativoperation wiederherstellen. Der so vorprogrammierte Misserfolg lag sicher nicht nur an der noch nicht so ausgefeilten Operationstechnik, sondern auch an der unzureichenden Nachsorge mit lokalen Kortikoiden und den unzureichenden Desensibilisierungsstrategien.

Nasenpolypenentfernung heute sicherer

Heute erfolgt neben der konsequenten Abklärung einer möglichen allergischen Genese auch die Identifikation von Patientenkollektiven, welche durch Ihre Grunderkrankung zu einer Rezidiv-Poly-

posis neigen können. So leiden die Patienten beim Morbus Widal zusätzlich zur Polyposis nasi an Asthma bronchiale und einer Aspirinunverträglichkeit (Sampter Trias). Eine im Anschluss an die Operation durchgeführte Aspirin-Desensibilisierung kann die Rezidiv-Häufigkeit mindern, birgt aber auch die Unannehmlichkeiten einer Aspirin-Dauermedikation.

Umfassende Therapiekonzepte, welche auch insbesondere die Wichtigkeit der konsequenten Nachbehandlung hervorheben, wurden von Messerklinger, Wigand, Stammberger oder Draf entwickelt. Die gezielte Diagnostik durch die Computertomographie und die minimal



Abbildung 4: „Chronische Nasenpolypenoperation“

invasive Chirurgie durch ausgefeilte endoskopische Techniken führten zum Konzept der „Functional Endoscopic Sinus Surgery“ (FESS). Weiterentwicklungen der Operationsinstrumente wie der „Shaver“ erlauben als Saug-Schneid-Instrument ein gezieltes übersichtliches blutleeres Abtragen der Polyposis.

Die Gefahren dieses Instrumentes machen allerdings auch auf die Grundvoraussetzung jeder Nasennebenhöhlenoperation aufmerksam: die richtige räumliche Orientierung. Daher ist als letzter Meilenstein in der Nasennebenhöhlenchirurgie die Entwicklung der Computergestützten Navigationssysteme zu nennen. Die intraoperative Orientierung mit CT- und MRT-Datensätzen verbessert neben der Operationsqualität vor allem die Operationsicherheit.

So scheint heute die Nasenpolypenentfernung mit der gleichzeitig durchgeführten Nasennebenhöhlenoperation insgesamt komplikations- und rezidivfreier zu sein, mit der Folge, dass Patienten mit einer „chronischen Nasennebenhöhlenoperation“ insgesamt seltener werden.

Literatur bei den Verfassern

Dr. med. Wolf Lübbers
Herrenhäuser Markt 3, 30419 Hannover

Dr. med. Christian W. Lübbers
HNO-Klinik des Klinikums Dachau
Amper Kliniken AG
Krankenhausstr. 15, 85221 Dachau