

Infothek

100 Jahre Kieferhöhlenspülung

„Ubi pus, ibi evacua“

Die Kieferhöhlenspülung war in den letzten 100 Jahren die am häufigsten durchgeführte Operation. Doch heute wird sie selbst in den HNO-Praxen kaum noch praktiziert und in den Weiterbildungskliniken wird das Wissen um diese einfache und schnelle Therapieform nicht mehr vermittelt. Der heutige Stellenwert der Kieferhöhlenpunktion oder der Kieferhöhlenspülung wird kontrovers diskutiert.

Leonardo da Vinci (1489), Nathaniel Highmore (1651) und Joannis Baptista Morgagni (1721) waren die ersten Wissenschaftler, welche die Anatomie der Nasennebenhöhlen (NNH) beschrieben haben. Morgagni hat darüber hinaus noch die Concha nasalis sup. entdeckt (Concha Morgagni; siehe Abb. 3). Der hochberühmte und angesehene Leibarzt des Königs von Großbritannien und Direktor des akademischen Hospitals der Universität zu Göttingen, August Gottlieb Richter, empfahl 1792 bei einer Vereiterung der „Oberkinnbackenhöhlen“ noch die Meibomsche Methode von 1718: *„Nach derselben ziehet man einen der obern Backenzähne der schadhafte[n] Seite aus, durchbohrt den Boden seiner Zahnhöhle, und schafft auf diese Art eine Oeffnung in die Kinnbackenhöhle, wodurch nicht allein das Eiter ausfließet, sondern auch die nöthigen Einspritzungen geschehen können“*.

Offensichtlich wurde schon damals rege über die verschiedenen Zugangswege zur Kieferhöhle diskutiert. Louis Lamoriers Methode der Öffnung über die Fossa canina (Abb. 4) wurde 1743 veröffentlicht. Ein weiterer Zugang über das natürliche Ostium war ebenfalls bekannt und ermöglichte die „stumpfe“ Spülung. Erst 1886 propagierte der Chirurg und Billroth-Schüler Johann von Mikulicz-Radecki (1850–1905) die Anlage einer permanenten Drainage der „Highmoreshöhle“ im unteren Nasengang mittels eines Troikarts. Wie bei einer neuen Operationsmethode üblich, gab auch damals jeder Professor sein eigenes Instrument an. Bekannt sind die Troikarts nach Krause, Sprenger und Halle. Erst die Chirurgen Schmidt in Frankfurt 1888 und Lichtwitz in Bordeaux 1890 führten die uns noch heute bekannten englumigen Punktionskanülen mit circa 1,5–2 mm Durchmesser ein (Abb. 1). Für die

62 Magazin

Mittlerweile wird die Indikation zur Kieferhöhlenspülung nur noch selten gestellt. Doch in der Not kann auch eine alte Methode hilfreich sein.

65 Kleinanzeigen

Nutzen Sie unser Service-Angebot und schalten Sie eine kostenlose Anzeige.

68 Medizin & Markt

Neues aus Industrie und Forschung

74 Buchtipps

- The Daschner Guide to In-Hospital Antibiotic Therapy
- Ansichtskarten erzählen Krankenhausgeschichte
- Anatomische Anekdoten

75 Termine

ob Aus-, Fort- oder Weiterbildung: die wichtigsten Veranstaltungen auf einen Blick



Abbildung 1: scharfe Kieferhöhlenkanülen nach Halle, Lichtwitz, Körner und Killian



Abbildung 2: Stumpfe Kieferhöhlenkanülen nach Siebenmann, Hartmann, Killian, von Eiken und Bloch

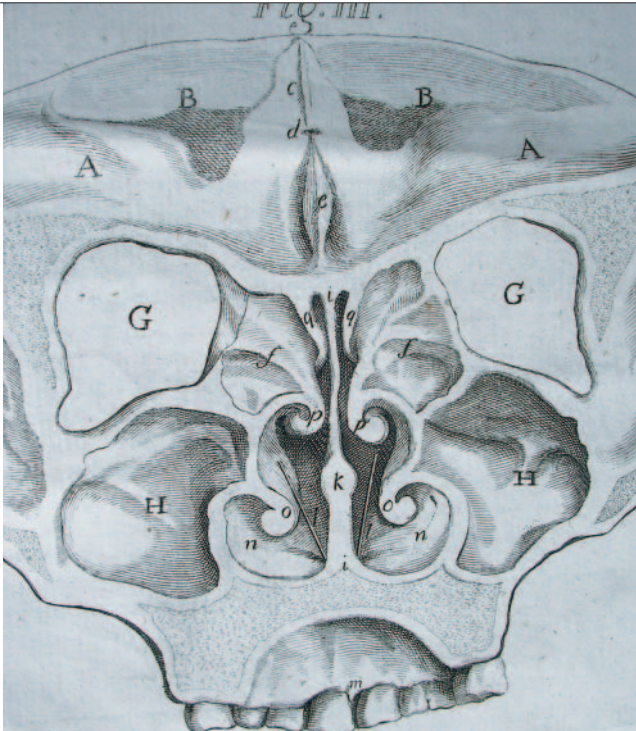


Abbildung 3: Anatomie der Nasennebenhöhlen aus „Adversaria Anatomica Omnia“ von Morgagni (1721)



Abbildung 4: Zugang nach Lamorier (1743)

© alle Fotos: Wolf Lübbers, Hannover

stumpfe Spülung über das Ostium nasale boten sich die Kanülen der Rhinologen Fränkel, Killian oder von Eiken an. Selbst die Kanüle nach Bloch zur Spülung durch die Alveolare wurde noch 1930 angeboten (Abb. 2).

Siegeszug der Punktion

Laut Prof. Harald Feldmann ist die Kieferhöhlenpunktion in den letzten 100 Jahren zu der am häufigsten ausgeführten Operation überhaupt geworden. Diagnostische Punktionen, wie primär von Schmidt angegeben, waren in Ermangelung von Röntgen oder Sonografie allgemein üblich. Jeder chronische Ohrtubenkatarrh und jede Otitis media „verlangte“ zur Kausalitätsabklärung nach einer Kieferhöhlenpunktion.

Meistens wurde nicht nur punktiert, sondern zudem die Kieferhöhle mit Wasser oder diversen Lösungen (wovon Borsäure oder Rivanol noch die mildesten waren) ausgespült. Mit einer Klyso-pumpe wurde die Spülflüssigkeit durch ein Schlauchsystem über ein Einwegventil in die Kieferhöhle eingebracht. Zum Schluss wurde noch kräftig Luft in die Höhle geblasen. Dieser Therapieschritt wurde nicht mehr empfohlen, nachdem eine zerebrale Luftembolie gerichtskundig wurde. Leider ist so aufgrund der schmerzhaften Prozedur bei den leidtra-

genden Patienten im Laufe der Jahre eine verständliche Abneigung gegenüber den vermeintlich groben Therapiemethoden der HNO-Ärzte entstanden. Ängstliche Vorurteile getreu dem Motto „Geh da nicht hin, der spült ja immer gleich“ prägten über Jahrzehnte ein Negativimage unseres Faches. Was soll ein Patient

auch Positives empfinden, wenn die Spül-nadel mit einem Hammerschlag (Abb. 5) oder gar durch einen kräftigen Kopfstoß des Arztes knirschend durch den Schädelknochen getrieben werden musste. Diese auch psychischen Traumatisierungen haben viele Patienten über Jahre nicht überwinden können.

Die „scharfe“ Kieferhöhlenspülung

Mit einem Wattetriller werden ein Lokalanästhetikum und ein Vasokonstringens (z.B. Pantocain/Privin) unter die untere Nasenmuschel der zu punktierenden Seite eingebracht. Nach zehn Minuten wird die Analgesie überprüft. Die Nadel (englumige Röhre mit einem innen liegenden Troikart) wird mit der ganzen Hand wie ein Wanderstab umgriffen, der Daumen liegt auf dem breiten Verschlusssteil des Troikarts. Die Kanüle wird nun unter Sicht dicht unter den Ansatz der unteren Muschel eingeführt, die Nadelspitze soll circa 1–1,5 cm hinter dem Muschelkopf liegen. Anschließend wird die Nadelspitze unter Beiseitebiegung des knorpeligen Nasenseptums steil auf den oberen äußeren Augenwinkel gerichtet und mit kontrollierter Kraft der Knochen zur Kieferhöhle hin durchstoßen. In der Regel ist der Knochen hier papierdünn. Selten kann der Knochen jedoch auch extrem dick sein, sodass ein Hammer zum Durchschlagen der Nadel benötigt wird (Patientenaufklärung bei diesem Erfordernis seit alters her: „Es klopft jetzt, Sie müssen nicht ‚Herein!‘ rufen“). Nach Durchdringen des Knochens wird die Nadel bis zum Auftreten eines erneuten Widerstandes (= Kieferhöhlenhinterwand) vorgeschoben und sofort um 1 cm zurück gezogen (so lässt sich sicher eine schmerzhaftige Unterspritzung der Schleimhaut vermeiden). Abschließend wird das Troikart herausgezogen und mit einer 10 ml Rekordspritze kann nun die Aspiration oder Ausspülung der Kieferhöhlen mit physiologischer Kochsalzlösung erfolgen. Die Spülflüssigkeit sollte möglichst über das natürliche Ostium abfließen. Wenn nicht, sollte eine zweite Kanüle parallel zur ersten eingelegt werden, sodass ein sicherer Abfluss der Spülflüssigkeit gewährleistet ist. Nach erfolgter Punktion oder Ausspülung lässt sich die Nadel unter Sicht herausziehen (Abb. 5).



Abbildung 5: bleigefüllte Hämmer für den Einsatz bei dicker Kieferhöhlenwand

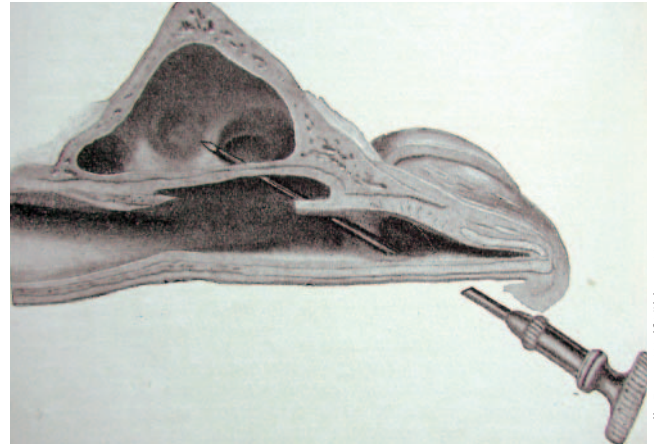


Abbildung 6: Lage der Kieferhöhlenkanüle (Ansicht von cranial). Die Kanüle durchbohrt scheinbar das Septum, welches aber nur beiseite gedrückt wird.

© alle Fotos: Wolf Lübbers, Hannover

Die heutige Meinung

Was ist aus der einst häufigsten NNH-Operation geworden? Selbst ein altgedienter Oberarzt einer großen Universitätsklinik bekommt Schweißperlen auf der Stirn, wenn er unvermittelt bei der Vertretung eines „Alten Niedergelassenen“ mit dem Wunsch nach einer Kieferhöhlenpunktion konfrontiert wird. Obwohl auch heute noch in Gebührenordnungsverzeichnissen der GKV und PKV vorhanden und somit (gut?) bezahlt, wird die Kieferhöhlenpunktion heute kaum noch durchgeführt. Das hat zahlreiche Gründe:

1. Die diagnostische Punktion der Kieferhöhle ist im Zeitalter von MRT, CT, Röntgen und Sonografie überflüssig geworden.
2. Die Patienten kommen frühzeitiger in HNO-fachärztliche Behandlung und die Indikation zur antiallergischen Therapie oder zur sanierenden Septum- oder NNH-Operation wird großzügiger gestellt.
3. Die purulente dentogene Sinusitis ist heute eine Seltenheit. Die konsequente konservierende Zahnheilkunde mit guten Wurzelbehandlungen hat hierbei ihren wertvollen Beitrag geleistet.
4. Obwohl neuere Studien bei der akuten Sinusitis von einem primär rein viralen Geschehen ausgehen, das eigentlich keiner antibiotischen Therapie bedarf, hat die vor allem von Hausärzten praktizierte frühzeitige antibiotische The-

rapie einen offensichtlich prophylaktischen Nutzen, um bakterielle Superinfektionen und Komplikationen zu vermeiden. Auch ist die Antibiotikatherapie heute sicherer und damit zielführender geworden, sodass besonders die gefürchteten, unter Druck stehenden Kieferhöhlenempyeme mit Orbitabeteiligung häufig vermieden werden können. Auch die lokale oder systemische Kortisontherapie hat sich trotz der nebulösen Kortisonangst als äußerst segensreich erwiesen.

5. Besonders die „scharfe“ Spülung über den unteren Nasengang ist schmerzhaft und potenziell risikoreich. Iatrogene Verletzungen der Wangenweichteile, der Orbita, der Fossa infraorbitalis und des N. opticus sowie großer Blutgefäße bis hin zur Luftembolie sind bekannt.
6. Eine therapeutische Punktion zur reinen Eiterdrainage – sofern von einem erfahrenen HNO-Arzt lege artis durchgeführt – scheint im Einzelfall gerade bei Kontraindikationen gegenüber einer medikamentösen Therapie oder Operation (z.B. bei Gravidität) wegen der schellen Beschwerdefreiheit auch heute noch beim erwachsenen Patienten angezeigt zu sein. Aber hierüber wird derzeit immer noch kontrovers diskutiert.

Hilfe in der Not

Wenn morgens um vier der diensthabende Kollege aus der Neurochirurgie

in die HNO-Ambulanz schleicht und behauptet, seine Zähne fallen aus, sein Schädeldach hebe sich ab und das Auge quelle hervor und er seit vier Wochen gehofft habe, der Schnupfen höre von alleine wieder auf, dann kommt die große Stunde des alten HNO-Haudegens. Und wenn anschließend ohne aufwendige diagnostische Maßnahmen und ohne Zeitverzug 10 ml dickrahmigen grünlich-fötiden Eiters aus der Kieferhöhle abgesaugt sind, wird Ihnen der Kollege voller Dankbarkeit ob der sofortigen Beschwerdefreiheit versprechen, dass er die bei ihnen selbst längst fällige Bandscheibenoperation ohne Rechnungsstellung durchführen wird.

Es gilt immer noch: In der Hand des Geübten ist auch eine alte Methode in der Not hilfreich. Und aus dem saloppen „Macht heute keiner mehr“ wird ein bescheideneres Bekenntnis: „Kann heute keiner mehr“. Schade!

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