

## 6. Zusammenfassung

In dieser Arbeit wurden die Behandlungsunterlagen von den 108 Patienten der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, bei denen 1990 bis 2002 intraorale Defekte nach Tumorresektion durch mikrovaskulär reanastomosierte Unterarmklappen verschlossen worden waren, gesichtet. Zusätzlich konnten 2003 dazu 50 Fragebögen ausgewertet und Nachuntersuchungen an 43 Patienten durchgeführt werden.

Ziel dieser Arbeit war die Analyse der Morbidität in der Empfänger- und Spenderregion, unter besonderer Berücksichtigung funktioneller und ästhetischer Defizite sowie die Einschätzung der Folgezustände der Tumorerkrankung durch den Patienten selbst und der Vergleich mit den gewonnenen Untersuchungsergebnissen.

Zusätzlich wurde eine Überlebensanalyse erstellt.

Bei der Nachuntersuchung wurden die Unterarmkraft mit dem Isobex-Muskelkraft-Analysegerät, die Sensibilität mit dem Semmes-Weinstein-Test und die Hautfeuchtigkeit mit dem Corneometer CM 820 gemessen. Weiterhin wurde ein Schmecktest durchgeführt.

Die Messung der Unterarmkraft mit dem Isobex-Muskelkraft-Analysegerät hat gezeigt, dass die Kraft im operierten Unterarm im Vergleich zum nicht operierten Unterarm geringer war. Ein möglicher Zusammenhang zwischen der reduzierten Kraft sowie Lappengröße, regionärer Lymphknotenausräumung bzw. postoperativ aufgetretenen Komplikationen in der Spenderregion konnte nicht gefunden werden. Die Kraft der Probanden in der Kontrollgruppe ist in beiden Unterarmen wesentlich größer gewesen. Die Patienten schätzten ihre Beeinträchtigung der Unterarmmuskelkraft korrekt ein. Der reduzierte Allgemeinzustand scheint für den Kraftverlust verantwortlich zu sein und wurde von den Patienten als störender empfunden als die zusätzliche Schwächung der Unterarmkraft im operierten Unterarm. Ob ein Kräftetraining zu einer verbesserten Leistung der Unterarmmuskulatur und damit geringeren Einschränkung führt, bleibt zu untersuchen.

Die Sensibilität der Empfängerregion war im Vergleich zur übrigen Mundhöhle deutlich herabgesetzt. Dagegen war die Sensibilität der Spenderregion besser als die der Empfängerregion, erreichte aber nicht das Niveau des übrigen Unterarms. Dennoch fühlten sich die Patienten durch die verminderte Berührungsempfindung weder in der Empfänger-

noch in der Spenderregion beeinträchtigt.

Die Hautfeuchtigkeit im Bereich des Unterarmklappens war geringer als die der übrigen Mundhöhle. Auch die Spenderregion erreichte nicht die Hautfeuchtigkeit des übrigen Unterarms. Durch eine zusätzliche Radiatio wurde die Mundtrockenheit verstärkt. Diese Mundtrockenheit stellt ein Problem dar. Sie wirkt sich negativ auf Geschmack, Schluckvorgang etc. aus. Die Folgen der Mundtrockenheit verschlechtern das Allgemeinbefinden der Patienten. Eine engmaschige Kontrolle, Prophylaxe und Behandlung mit Speichelersatzmitteln ist erforderlich. Es bestand ein Zusammenhang zwischen Patientenangabe und Messung. Statistisch gesehen ist dieser jedoch nicht von Relevanz.

Das Schmeckvermögen der untersuchten Patienten war reduziert. Eine zusätzlich durchgeführte Bestrahlung und/oder Chemotherapie erhöhte die Reizschwelle für gustatorische Stoffe. Die Einschätzung der Patienten über die Beeinträchtigung des Schmeckens wurde durch den Test bestätigt.

Die 5-Jahres-Überlebensrate betrug 56%. Bei R<sub>0</sub>-Resektion stieg die 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit auf 62%. Eine R<sub>0</sub>-Resektion verringerte das Risiko einer Rezidivierung und sekundären Metastasierung. Die 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit weiblicher und abususfreier (Nikotin und/oder Alkohol) Patienten war größer.

Die Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis war bei den Patienten mit Lebenspartner/in größer. Die Zufriedenheit mit dem Zahnersatz hing sowohl prä- als auch postoperativ von dessen Beschaffenheit ab. Patienten mit feststehendem Zahnersatz waren zufriedener. Eine Beeinträchtigung der Ästhetik in der Spenderregion wurde von den meisten Patienten nicht angegeben.

Die postoperativen Einschränkungen wurden vor allem durch die adjuvante Radatio und/oder Chemotherapie hervorgerufen und nicht durch die chirurgische Behandlung an sich. Im Zusammenhang mit der präoperativen Aufklärung des Patienten mit Mundschleimhautkarzinom sollten diese Aspekte hinsichtlich der zu erwartenden Einschränkungen bzw. Lebensqualitätseinbußen eine stärkere Berücksichtigung erfahren.