

Klinische Wertigkeit der Biopsie von Nasenseptumdefekten

Einleitung: Mehr als die Hälfte der sympto-matischen Nasenseptumdefekte sind auf Operationen am Nasenseptum zurückzuführen. Während die Genese dieser Defekte in der Regel eindeutig ist, bereitet die Differentialdiagnose der idiopathischen Nasenseptumdefekte erhebliche Schwierigkeiten. Nur in sehr wenigen Fällen kann anamnestisch eine Ursache gefunden werden, wie z.B. bei Kokainabusus oder bekannten System-erkrankungen (M. Wegener). Auch der endonasale Befund ist selten diagnostisch wegweisend. Dabei werden sowohl völlig reizlose Schleimhaut, Ulkus-bildungen in der Defektzirkumferenz und chronisch rhinopathische Schleimhautveränderungen beobachtet. In vielen Fällen wird daher eine Biopsie aus dem Defektrand zur histologischen Untersuchung entnommen.

Die eigene klinische Erfahrung der letzten 15 Jahre erstreckt sich auf mehr als 600 selbst operierte Nasenseptumdefekte. Die Ätiologie von ca. 1/3 dieser Defekte konnte anamnestisch nicht geklärt werden. Bei diesen wurde eine „spontane“ bzw. „idiopathische“ Genese angenommen. In keinem Fall führten gelegentlich vorhandene auswärtige histopathologische Befunde zu therapeutischen Konsequenzen. Daher sollte in dieser Studie untersucht werden, ob der histologische Befund einen Beitrag zur Ursachenforschung von idiopathischen Septumdefekten leisten kann bzw. ob sich dadurch in der geplanten operativen Therapie Änderungen ergeben.

Methode: Von August 2012 bis August 2014 wurden 138 Patienten mit Nasenseptumdefekten vom Autor operiert und nachuntersucht. 73 Patienten hatten einen postoperativen oder post-traumatischen Defekt des Nasenseptums und bei 65 Patienten konnte anamnestisch die Ursache nicht geklärt werden. Neben der präoperativen anamnestischen und endonasalen Befunderhebung wurde bei 15 Patienten mit einem postoperativ oder traumatischen Defekt und bei allen 65 nicht voroperierten Patienten während der Nasenseptumrekonstruktion intraoperativ eine Biopsie aus dem Defektrand entnommen und histologisch untersucht. Bei 20 Patienten wurde präoperativ eine reizlose Schleimhaut (Abb. 1 a) beobachtet, bei 14 eine

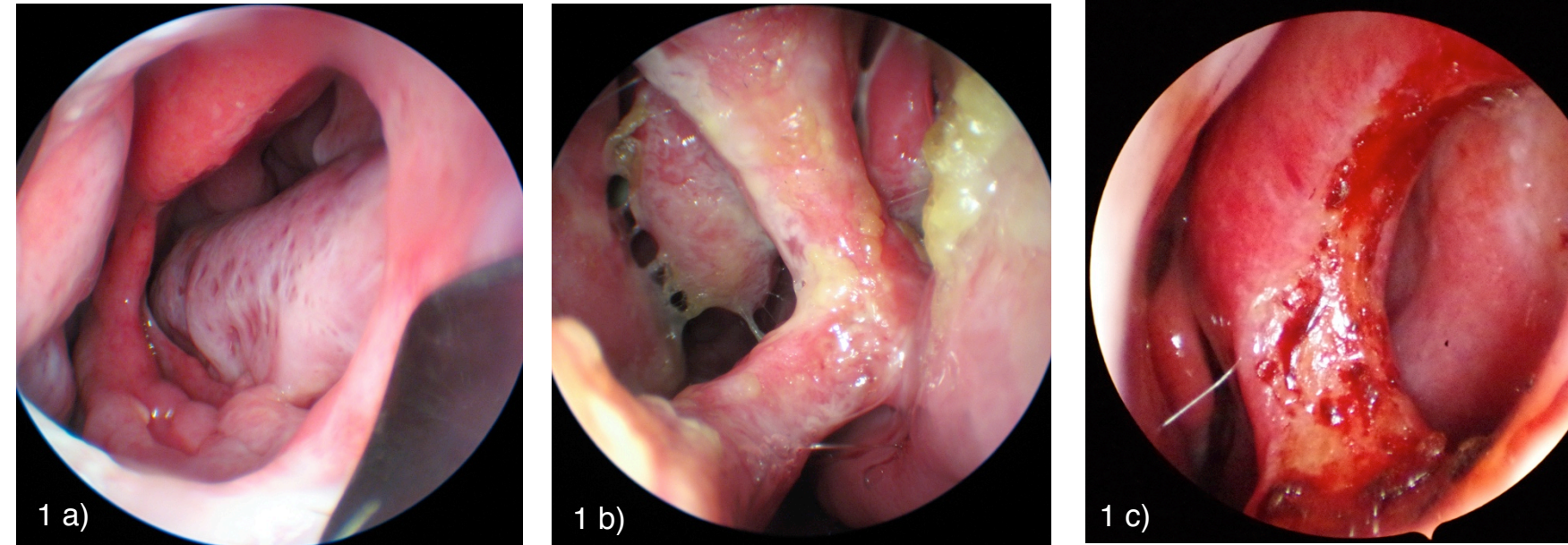


Abb.1: Nasenseptumdefekte: a) mit reizloser Schleimhaut, b) mit Schleimhautulkus, c) mit chronischer Rhinopathie

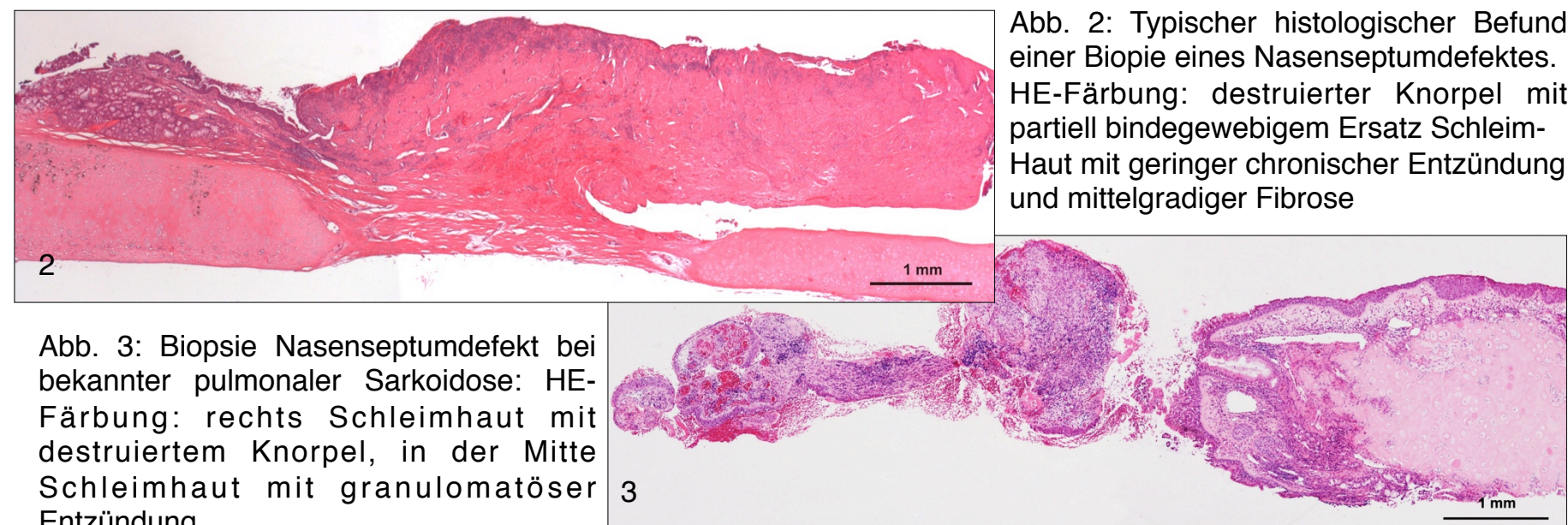


Abb. 2: Typischer histologischer Befund einer Biopsie eines Nasenseptumdefektes. HE-Färbung: destruiertes Knorpel mit partiell bindegewebigem Ersatz Schleimhaut mit geringer chronischer Entzündung und mittelgradiger Fibrose

Abb. 3: Biopsie Nasenseptumdefekt bei bekannter pulmonaler Sarkoidose: HE-Färbung: rechts Schleimhaut mit destruiertem Knorpel, in der Mitte Schleimhaut mit granulomatöser Entzündung

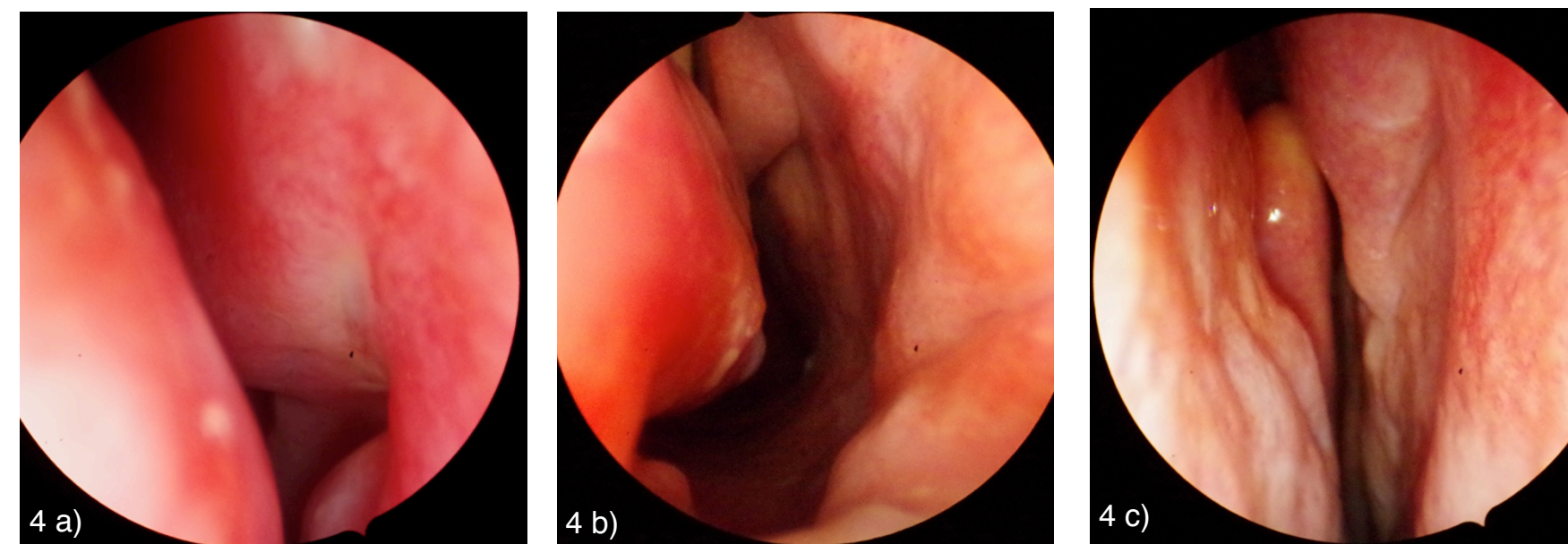


Abb. 4: Z.n. Septumdefektverschluss entsprechend Abb.1 a), b) und c)

einseitige und bei 3 eine beiderseitige Schleimhaut-ulzeration (Abb. 1 b). 43 Patienten wiesen neben einer ausgeprägten Borkenbildung eine vulnerabel-aufgeworfene Schleimhaut im Sinne einer chronischen Rhinopathie (Abb. 1 c) auf. Diese Schleimhautveränderungen traten sowohl bei idiopathischen als auch bei postoperativen Septumdefekten auf. Bei einem Patienten mit einem postoperativem Nasenseptumdefekt war eine pulmonale Sarkoidose bekannt.

Ergebnisse: Bei allen 65 nicht voroperierten und 14 voroperierten Patienten ergaben die histologischen Untersuchungen aus den Defekträndern fibröses Gewebe mit mehr oder weniger chronischer Entzündung und in einigen Fällen mit Plattenepithelmetaplasie. Eine spezifische Genese der Septumdefekte konnte hier nicht nachgewiesen werden. Nur in einem Fall – bei dem anamnestisch eine Sarkoidose eruiert werden konnte – konnten granulomartige Veränderungen mit epitheloidzellig transformierten Makrophagen histologisch diagnostiziert werden. 90 % der Septumdefekte konnten komplett verschlossen werden bei einem Nachbeobachtungszeitraum von 3 Monaten bis 2 Jahren. Es bestand keine Korrelation des präoperativen Schleimhaut-befundes mit der Kompletverschlussrate.

Schlussfolgerungen: Histologische Untersuchungen von Biopsien aus den Defekträndern von Nasenseptumdefekten leisten keinen Beitrag zur präoperativen Differentialdiagnose und führen nicht zu einer Änderung des operativen Vorgehens. Das wichtigste diagnostische Instrument zur Ursachenforschung bei vermuteten idiopathischen Nasenseptumdefekten ist die differenzierte Anamnese. Insbesondere bei reizlosen Defekträndern sollte eine präoperative Biopsie von Septumdefekten unterbleiben, um den Defekt nicht noch zusätzlich zu vergrößern, damit die Prognose eines Kompletverschlusses nicht verringert wird. Diese Ergebnisse decken sich mit anderenorts gemachten Erfahrungen bei geringeren Fallzahlen.