

Therapie einer mehrfach behinderten Patientin unter klinischer Hypnose

In der vorliegenden Kasuistik wird die oralchirurgische Behandlung einer durch einen Hirntumor körperlich und geistig behinderten Patientin geschildert, die anstatt einer ursprünglich empfohlenen Behandlung in Narkose eine Therapie unter kombinierter Lokalanästhesie/Hypnose wünschte. Trotz erheblicher ärztlicher Bedenken erwies sich die Patientin als ausgezeichnet trancefähig und erlebte die Behandlungssitzungen nahezu stressfrei. Eine ausgedehnte chirurgische Zahnsanierung konnte komplikationslos und unter guten Behandlungsbedingungen durchgeführt werden.

Priv.-Doz. Dr. med. dent. Dr. med. Dirk Hermes, Dr. med. Jutta Stec/Lübeck*, Priv.-Doz. Dr. med. Ludger Bahlmann/Höxter**, Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Klaus/Münster-Hiltrup***

■ Eine 23-jährige Patientin stellte sich auf Veranlassung der neu gewählten Hauszahnärztin zur Erstberatung in unserer Klinikambulanz vor. Nach Auskunft der begleitenden Mutter war wegen einer schweren Allgemeinerkrankung seit Jahren keine zahnärztliche Diagnostik und Therapie in Anspruch genommen worden. Aufgrund rezidivierender intraoraler Beschwerden sei eine Behandlung nunmehr nicht weiter aufschiebbar. Vor eventuellen zahnerhaltenden und prothetischen Maßnahmen wurde von hauszahnärztlicher Seite eine chirurgische Dentalanierung unter Vollnarkose gewünscht.

Fallbericht

Allgemeine Anamnese

Die Patientin wurde fremdanamnestisch 1996 durch allgemeine Sehverschlechterung und zunehmendes Dop-

pelbildsehen klinisch auffällig. Entsprechende radiologische und stereotaktische Diagnostik erbrachte den Nachweis eines im Bereich des III. Hirnventrikels lokalisierten Hypothalamusglioms (pilozystisches Astrozytom, WHO Grad I; Abb. 1). Ein tumorbedingter Verschlusshydrozephalus mit Erhöhung des intrakraniellen Drucks wurde zunächst durch Anlage einer ventrikuloperitonealen Liquordrainage therapiert (Abb. 2). Zeitlich verzögert erfolgte die subtotale Resektion des niedrig malignen Hirntumors. Zystische Rezidive des durch seine anatomische Lage nicht vollständig resektablen Astrozytoms wurde mehrere Male endoskopisch punktiert. Entzündliche Komplikationen im Bereich des abdominalen Schenkels der Liquordrainage bis hin zur 4-Quadranten-Peritonitis machten multiple chirurgische Revisionen mit teilweise lang dauernden intensivmedizinischen Behandlungen notwendig. Aufgrund einer tumorchirurgisch bedingten Funktionsstörung

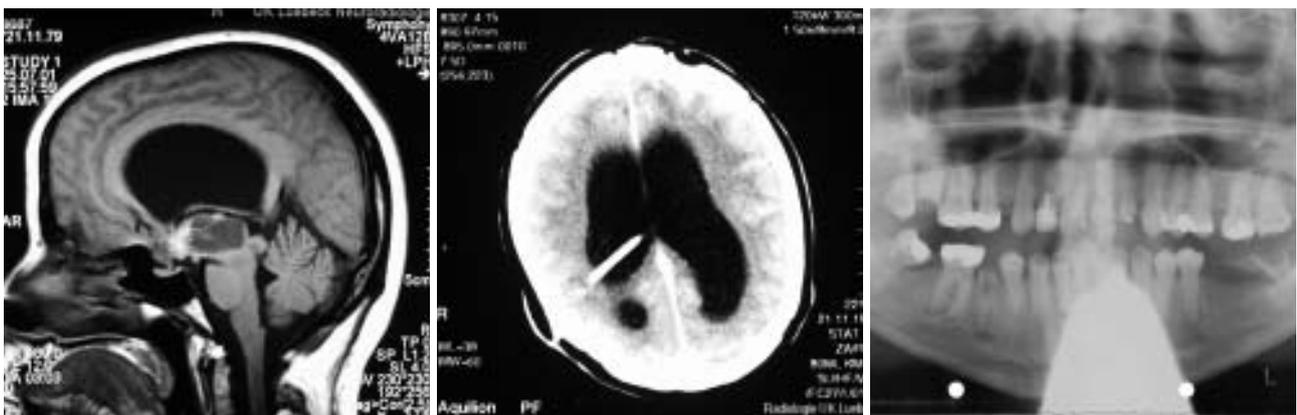


Abb. 1: Kranielle Magnetresonanztomografie, sagittaler Strahlengang. Deutlich erweiterter Seitenventrikel. Kaudal davon lokalisierter, inhomogen-zystischer, teils unscharf begrenzter Mittellinientumor im Bereich des III. Ventrikels. – **Abb. 2:** Kranielle Computertomografie, transversaler Strahlengang. Deutlich erweiterte Seitenventrikel bei verstrichenen äußeren Liquorräumen. Über eine Bohrlochtrepanation von rechts eingebrachte Ventrikeldrainage. – **Abb. 3:** Mitgeführtes Orthopantomogramm der Patientin.

(Abb. 1 und 2 mit freundlicher Genehmigung durch Herrn Prof. Dr. med. D. Petersen, Abteilung Neuroradiologie, Institut für Radiologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck.)

* Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Lübeck

** Institut für Anästhesie, Klinikverbund Weser-Egge, Höxter

*** Abteilung für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Herz-Jesu-Krankenhaus Hiltrup, Münster-Hiltrup