

*Seit Ort ist Gehörort, genau wie die anderen*

# Medizinische Hochschule Hannover

Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Direktor: Prof. Dr. med. Th. Lenarz

*unterschiedlich zum Strich vorzige Kollegen. Siehe OP-Heft-  
GHNK*

## OPERATIONSprotokoll

Klinik: HNO

Station: 44 B

Patient: **Stey, Veronika**

A-nr: **96082902**

I-Zahl: **08.03.51**

OP-Datum: **13.08.96**

OP-Beginn:

OP-Ende:

Saal: **15-II**

Operateur: **Prof. Lenarz**

Instrument 1: **Christa Wöhler**

Ass. I: **OA PD Dr. Kempt**

Instrument 2:

Ass. II: **Dr. Mack**

Saaldienst: **Katrin Gärling**

Ass. III:

Anästhesieart: **ITN**

Ass. IV:

Anästhesist: **Dr. Raymondos**

### OPERATIVE DIAGNOSE:

**chronische Sinusitis sphenoidalis links, verlängerter Hamulus pterygoideus rechts**

### OPERATION:

**endonasale Siebbein- und Keilbeinhöhlenoperation links (2-7-1), zusätzlich Caldwell-Luc-Operation der linksseitigen Kieferhöhle mit Exploration der Fossa pterygopalatina (2-16-7), Septumplastik (2-3-1), Conchotomie beidseits (2-4-1), (2-4-1), Tonsillektomie rechts (4-2-1) und Fremdkörperentfernung (2-10-1) sowie Resektion des verlängerten Hamulus pterygoideus rechts in ITN**

Prof. Lenarz-ga 16.08.96

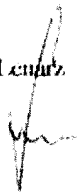
Nach zusätzlicher Oberflächen- und Infiltrationsanästhesie erfolgt zunächst die Inzision der Mukosa im Bereich der rechten Septumseite. Anschließend Resektion eines nach rechts ausladenden Sporns knorpelig-knöchern. Danach Reimplantation von Septumknorpel und Naht. Damit ist das Septum gerade. Es erfolgt anschließend die endonasale Siebbein- und Keilbeinhöhlenoperation links mit Entfernung von zahlreicher, verdickter Schleimhaut. Zusätzlich kann in einem lateralen Recessus der Keilbeinhöhle hinter der Kieferhöhle eine Zyste entfernt werden. Zur Kontrolle, ob es sich um einen Tumor in der Fossa pterygopalatina handelt, wird anschließend eine Caldwell-Luc-Operation links durchgeführt. Nach Infiltrationsanästhesie der Wangenweichteile erfolgt die enaurale Schmittführung, Abschieben der Weichteile von der Vorderwand der Kieferhöhle. Eröffnen der Kieferhöhle, Wegnahme von Anteilen der Vorderwand. Danach Inspektion. Es erfolgt dann die Anlage eines Fensters zum mittleren Nasengang und zum Siebbein. Danach Wegnahme der hinteren Kieferhöhlenwand und Inspektion, Exploration der Fossa pterygopalatina. Dort findet sich lediglich Fettgewebe, jedoch kein Tumor. Der laterale Recessus der Keilbeinhöhle kann ebenfalls eingesehen und weiter von verdickter Schleimhaut befreit werden. Danach Einlage von Fingerlingtamponade in Siebbein, Kieferhöhle. Es erfolgt noch die Conchotomie der unteren Muschel mit der geraden Muschelschere und der Muschelschlinge. Blutstillung mit bipolarer Koagulation. Zusätzlich Einlage

*OP als Folge von Schilddrüsen-Knoten - Befund  
C2 - Bestrahlungspartik - Spalte Weichteil 2 et fossa  
rechte Nasenmuschel Siehe OP-Heft*

**Seite 2 zum Operationsprotokoll vom 13.08.96 der Patientin STEY, Veronika \*08.03.51**

von je zwei Fingerlingtamponaden beidseits und Einsetzen der Septumschienen, die mit durchgreifender Naht am vorderen Steg befestigt werden. Umlagern der Patientin. Einsetzen des Tonsillensperrers zur Inspektion. Palpation. Es findet sich eine verlängerte Hamulus pterygoideus auf der rechten Seite. Zunächst Tonsillektomie in typischer Weise. Danach erfolgt die zusätzliche Keilexzision vom Zungengrund rechts. Anschließend wird der parapharyngeale Raum rechts bis hoch zum harten Gaumen exploriert. Der verlängerte Hamulus wird reseziert und die dort inserierende Muskulatur, die strangförmig verdickt ist, durchtrennt. Auf diese Weise deutliche Erweichung des Gewebes. Naht der Schleimhautwunde mit Vicryl-Einzelknopfnähten. Ausführen des Sperrers.

Prof. Leupolz



# Fazit OP Handakte Wichtig

Datum

12.8.96 Stat. Kupf. 44B  
noch

(A: 7 u. Plattenfall 11/92

mit Absprengung von Knochen fragment  
ausst. Kiefer C2

Spalte wandert 2. H. Fossa pterygopal.  
Nasenöhle (re)

Bej. I Gas o. B

II re Nasenöhle untere Rand unterer  
Kiefer -> Ekt.

III frei

IV massig

V frei

VI o. pathol. Rest

Proc: Chef: TE m. Hantelresektion (re)

Endonasale Küllbin OP

ggf. Transmaxillare Küllbin OP (re)  
in Nasose

13.8.95 (OP)

14.5. (1) p-OP o. Probleme, starke  
Schmerzen, trocken,  
gelblich wackelt aus dem Bet

15.5. (2) p-OP: immer noch Jammern  
trocken, Dampf in Coco

16.8. (3) p-OP. Schmerzen, o. Blut trocken

12  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55

Datum 16.7.96 Uhrzeit:

Arzt: Prof. Lennarz

Jetzige Anamnese:

11/92 Verkehrsunfall  
 -) doppelseitiger Ovarialabschnitt HWS 6/7  
 Regelpalitur C2  
 ein hochbetonter Sander lt.  
 Pat. durch die Nase evtl. Epipharynx  
 li

Ohren:

Gehörgänge

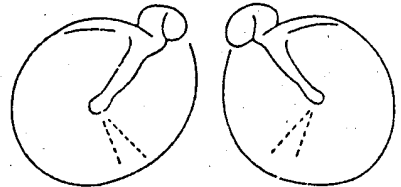
Trommelfell

rechts:

links:

o.o.

re



li

Sekretion

Prothesenversuch

Tuben

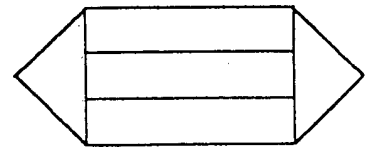
Fistelsymptom

Weber W

Rinne R

SPN

PN



II. Nase:

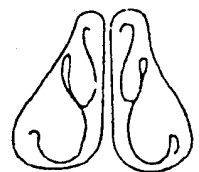
äußerlich

Schleimhaut

Septum

Atmung

SD. ... 4d, ...



III. Nasenrachen:

Ausprossende Bru  
 Sichelbasisprothese

