

# L'homme au nez cassé — der Mann mit der gebrochenen Nase

**Autoren** \_Priv.-Doz. Dr. Dr. Niels Christian Pausch, Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich, Priv.-Doz. Dr. Dr. Thomas Hierl, Leipzig

Als der französische Bildhauer und Zeichner François Auguste René Rodin (1840–1917) im Jahre 1864 die Büste eines Mannes mit gebrochener Nase schuf (Abb. 1), zeigten sich die auf ideal-klassizistische Ästhetik fixierten Juroren des Pariser Salons wenig begeistert.<sup>10,11</sup> Dabei begründete die Auflösung des starren neoklassischen Kanons, für die Rodin später geschätzt und gerühmt wurde, sicher nur einen Teil der Gesamtkritik. Zur Zeit der Jahrhundertwende beeinflusste die ideal-ästhetische Verklärung des klassizistischen Schönheitsideals, insbesondere die damit einhergehenden Forderungen nach Harmonie und Symmetrie, noch entscheidend die europäische Kunst. Die plastische Abbildung einer Entstellung passte somit wenig zum Zeitge-

schmack des ausgehenden 19. Jahrhunderts. Auch aus heutiger Sicht erscheint es bei der Betrachtung der Büste bemerkenswert, wie nachhaltig eine deformierte Nase die Ästhetik eines sonst wohlproportionierten Gesichtes stören kann. Worauf ist diese ästhetische Schlüsselposition unseres Riechorgans zurückzuführen?

Die Nase repräsentiert den einzigen vertikalen Vektor des Gesichtes in der Frontalansicht und gibt dem Profil einen Großteil seiner Charakteristik.<sup>2</sup> Entstellungen der Nase bewirken damit auch eine negative Beeinflussung des Gesamtgesichtes. Das Organ Nase spielt aber nicht nur räumlich in unserem Gesicht, sondern auch in unserer alltäglichen Gedankenwelt eine gewisse Rolle, ganz gleich, ob wir uns dessen bewusst sind oder nicht. Das beweisen nicht zuletzt die vielen umgangssprachlich-sprichwörtlichen Redewendungen, die auf unsere Nase Bezug nehmen (Tab. 1).

Unsere Nase ist aufgrund ihrer vergleichsweise exponierten Lage im Gesicht aber auch anfällig für Verletzungen. Bei der Einleitung von traumatisierenden Kräften wird das Nasengerüst dementsprechend häufig eingedrückt oder seitlich ausgelenkt. Die möglichen Verletzungsfolgen sind vielfältig. Neben knöchernen Verletzungen im Sinne von Frakturen des Nasenbeins bzw. des angrenzenden Oberkiefers können auch knorpelige Strukturen der Nasenpyramide verletzt werden. Auch kann das Bindegewebe der Knorpel-Knochen-Grenze einreißen. Regelmäßig finden sich begleitende Frakturen der Nasenscheidewand, sodass die Bezeichnung Nasenbeinfraktur das Ausmaß der Verletzungen oft nur ungenügend wiedergibt. Weichteilverletzungen im Rahmen von Nasengerüstfrakturen sind ebenfalls häufig vorzufindende Befunde. Hierzu gehören Hämatome der Haut und des Nasenseptums sowie Platzwunden über dem Nasenrücken im Sinne einer offenen Fraktur.

Idiom	Bedeutung
Die Nase vorn haben	Vordere (günstige) Position
Eine Nasenlänge voraus sein	Vorsprung haben
Etwas vor die Nase halten/heben	Schonungslose Konfrontation
Einen guten Riecher haben	Spürsinn, Intuition
Sich eine blutige Nase holen	Niederlage bei Auseinandersetzung
Eins auf die Nase bekommen	Feindselige Abweisung, Warnschuss
Die Nase hoch tragen, hochnäsiger sein	Arroganz
Immer der Nase nach	Intuitive Navigation
Ein Naseweis sein	Besserwisser; vorwitzig/vorlaut sein
Sich an der Nase herumführen lassen	Irreführt werden, Täuschung
Sich auf der Nase herumtanzen lassen	Duldung von Respektlosigkeit
Seine Nase überall hineinstecken	Unerwünschte Einmischung
Es jemanden an der Nase ansehen	Ahnung verborgener Gedanken/Vorgänge
Auf die Nase fallen	Rückschlag, Misserfolg
Sich eine goldene Nase verdienen	Zu Reichtum gelangen
Die Nase voll haben	Überdross
Die Nase rümpfen	Demonstration von Widerwillen/Abneigung
Alles aus der Nase ziehen müssen	Zähflüssiger Gesprächspartner
Sich an die eigene Nase fassen	Selbstkritik üben

Nasengerüstfrakturen wurden bereits im Altertum beschrieben. Sowohl in der altägyptischen Heilkunde als auch im antiken Griechenland waren Maßnahmen zur Reposition, Schienung und Tamponade bekannt, ebenso die negativen Folgen von Entstellungen der Nase.<sup>8</sup>

An diesem Grundprinzip der Versorgung hat sich bis heute nur wenig geändert. Jenseits von Kriegshandlungen sind allerdings die heutigen Ursachen für Nasengerüstfrakturen eher in Stürzen (insbesondere bei älteren Patienten infolge von Synkopen bzw. Alterschwäche), tätlichen Auseinandersetzungen, Verkehrsunfällen und Sportverletzungen zu sehen.<sup>3,9</sup>

Die heute übliche Therapie besteht in der anatomischen Reposition und Schienung des frakturierten Nasengerüsts in örtlicher Betäubung oder in Intubationsnarkose. Bei geschlossenen seitlichen Deviationen der Nasenachse ohne sichtbare Traumatisierung des Naseninneren ist meist schon eine einfache manuelle Reposition ausreichend. Schwieriger sind Impressionen des Nasengerüsts zu behandeln, da das genaue Ausmaß der Konturverschiebung durch das letztlich immer vorhandene Begleitödem nicht immer visuell auszumachen ist. Unterbleibt die sachgemäße Versorgung einer dislozierten Fraktur, so heilt das Nasengerüst in Fehlstellung aus. Mögliche Folge sind dann sichtbare kosmetische Entstellungen bzw. Nasenatmungsbehinderungen.<sup>1,3,9</sup> Die Betroffenen können auch über Riechstörungen klagen;<sup>5</sup> ebenso sind Probleme beim Tragen von Brillen oder Atemschutzgeräten möglich.<sup>4</sup> Geringe Abweichungen der Anatomie der inneren Nase, wie sie auch nach regelrechter Reposition resultieren können, führen mitunter zur Dekompensation einer vorbestehenden, eventuell jahrelang gerade noch kompensierten Belüftungsstörung der Nase, die dann symptomatisch wird. In diesen Fällen ist eine Sekundärkorrektur im Rahmen einer Septumplastik bzw. Septorhinoplastik angezeigt. Zum Auffüllen von Substanzdefiziten, wie sie zum Beispiel in Form von Sattelnasendeformitäten zu beobachten sind, können Knorpeltransplantate aus Sep-



Abb. 1

**Abb. 1** „Mann mit gebrochener Nase“. Bronze, F. A. R. Rodin (1864); Rodin-Museum Paris, Inventarnummer 755.

tum, Concha- oder Rippenknorpel verwendet werden.

Die von Rodin 1864 gestaltete Büste zeigt offenbar eine solche in Fehlstellung verheilte Nase. Ein Arbeiter des Pariser Pferdemarktes hat hierfür Modell gestanden, der wohl durch ein Trauma eine derartige Fraktur erlitten hat. Offensichtlich erfolgte auch keine primäre Therapie, obgleich diese zum Zeitpunkt der Jahrhundertwende bekannt und nicht unüblich war. Sekundäre operative Korrekturen derartiger Unfallfolgen müssen zur damaligen Zeit allerdings als absolute Ausnahme bezeichnet wer-

**Abb. 2** Klinische Situation eines Patienten mit Mittelgesichts-trauma am Unfalltag. Es bestehen eine Nasengerüstdeformität und ein orbitales Hämatom rechts.

**Abb. 3–5** Situation ein Jahr nach dem Unfall mit unveränderter Fehlstellung (Schiefsattelnase, frontal und seitlich).



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5

**Abb. 6–8** Postoperative Situation (frontal und seitlich) drei Monate nach Sekundärkorrektur durch Septorhinoplastik.



den. Zwar existieren erste Publikationen über rhinoplastische Maßnahmen, so z. B. von Robert Weir (1838–1894), welcher als erster die laterale Osteotomie über eine schräge paranasale Hautinzision vornahm,<sup>14</sup> von John Orlando Roe (1848–1915), welcher den endonasalen Zugang zur Vollendung brachte und den Begriff „Korrektive Rhinoplastik“ prägte,<sup>12</sup> und natürlich vom Pionier der Rhinochirurgie Jacques Joseph (1865–1934), der bis heute in Gebrauch befindliche Techniken erarbeitet hat.<sup>7</sup> Heute ist die Sekundärkorrektur in Fehlstellung verheilter Frakturen selbstverständlicher Bestandteil der Rhinochirurgie.

In unserer Klinik wurden innerhalb der letzten zehn Jahre 438 Patienten mit der Diagnose Nasengerüstfraktur versorgt. Nur 21 Patienten (4,8%) davon bedurften einer Wiedereinweisung zur operativen Korrektur postoperativer Folgezustände bezüglich der Nasenform oder -funktion. Diese Häufigkeit entspricht der in der Literatur angegebenen Zahl der nach Nasenbeinfrakturen erforderlichen Septorhinoplastiken, allerdings wurde in älteren Arbeiten auch über zum Teil deutlich höhere Zahlen von bis zu 50% berichtet.<sup>9,13</sup> Die Ursachen für ein kosmetisch oder funktionell ungenügendes Ergebnis können sehr unterschiedlich sein. Bei polytraumatisierten Patienten ist durch extreme Weichteilschwellung die Reposition und Schienung mitunter nur kompromisshaft möglich. Auch kommt es vor, dass Patienten eine operative Versorgung zum Unfallzeitpunkt ablehnen oder trotz durchgeführter Reposition eine Schiefnase, Sattelnasen- oder Höckerdeformität bzw. Nasenatmungsbehinderung beklagen.

Beispielhaft wird ein männlicher Patient (Alter 46 Jahre) mit posttraumatischer Nasendeformität infolge mehrerer tätlicher Auseinandersetzungen dargestellt, der sich ein Jahr nach dem Unfallereignis in unserer Klinik zur sekundären Korrektur vorstellte. Zu diesem Zeitpunkt bestand eine rechtskonvexe Schief-Sattel-Nase mit stark behinderter Nasenatmung (Abb. 3, 4 und 5). Die operative Korrektur erfolgte in Intubationsnarkose. Als Orientie-

rungshilfe nutzten wir Fotos des Patienten aus der Zeit vor den Unfallereignissen. Es wurden nach entsprechender Begradigung des in Fehlstellung verheilten Nasenseptums und Entnahme einiger Septumspäne multiple Osteotomien der konvex bzw. konkav deformierten Ossa nasalia vorgenommen. Hierbei erfolgte die Anwendung der bei Schiefnasenkorrekturen üblichen rhinoplastischen Bausteine.<sup>6,7</sup> Ergänzend zu den einfachen vertikalen Osteotomien der Basisrhinoplastik mussten hierzu zusätzliche horizontale Trennungen erfolgen, um die seitliche konkave bzw. konvexe Verkrümmung des Nasenbeins beseitigen zu können. Nach leichter Reduktion der Höhe des knöchernen Nasenrückens wurde die im Profil eingesunken wirkende knorpelige Nasenrückenkontur durch ein Septumtransplantat augmentiert.

Zusätzliche Domnähte akzentuierten die unfallbedingt abgeflachte, verbreiterte Nasenspitze. Ein Nasengips stabilisierte für zwei Wochen das erzielte Ergebnis. Mit diesen Maßnahmen konnte nach Abklingen der Schwellung ein gutes postoperatives Ergebnis mit ästhetisch ansprechender Form und einer unbehinderten Nasenatmung erreicht werden (Abb. 6, 7 und 8).

Nasengerüstfrakturen sind Verletzungen im Gesichtsbereich, deren operative Primärversorgung bleibende Deformierungen der Nase (Achsenabweichungen, Höckerbildung, Sattelnasendeformität, sichtbare Unebenheiten des Nasenrückens, Nasenatmungsbehinderungen) abwenden soll. Unterbleibt diese Maßnahme oder führt sie nicht zum gewünschten Erfolg, kann bei entsprechendem Patientenwunsch eine sekundäre Rhinoplastik z. B. ein Jahr nach dem Unfallereignis durchgeführt werden. Bei gesetzlich versicherten Patienten erfolgt normalerweise nach schriftlichem Antrag und Prüfung durch den MDK die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse, bei allen privat versicherten Patienten wird in der Regel ebenfalls die Krankenkasse auf Antrag die Kosten für die Operation einschließlich der Krankenhausbehandlung überneh-

**\_Kontakt** face

**Dr. Dr. Niels Christian Pausch**  
 Universität Leipzig  
 Klinik und Poliklinik für  
 Kiefer- und Plastische  
 Gesichtschirurgie  
 Nürnberger Straße 57  
 04103 Leipzig

men. Üblicherweise wird der Operateur dem Antrag eine Fotodokumentation, den klinischen Befund der gegenständlichen Nase, einen Rhinomanometrie-Befund und eventuell vorhandene Unterlagen zum Unfallhergang beifügen.

Bei der Indikationsstellung sind auch soziale und berufliche Belange zu berücksichtigen. Patienten mit schwierigem sozialen Umfeld erleiden durch Rohheitsdelikte mitunter mehrfache Nasentraumen in Folge. Eine Korrektur sollte nur dann erfolgen, wenn ein Rückzug aus problematischen Milieus glaubhaft versichert wird bzw. Partnerschaften mit häuslicher Gewalt beendet wurden. Bei Boxern wird man aus naheliegenden Gründen vor Beendigung der aktiven Ausübung dieser Sportart jegliche Korrekturen ablehnen. Ballsportarten bergen prinzipiell immer das Risiko einer erneuten Traumatisierung der eventuell gerade reponierten oder sekundär korrigierten Nase. Soll eine traumatisch bedingte Fehlförmigkeit der Nase bei einem solchen Sportler korrigiert werden, muss in jedem individuellen Einzelfall gemeinsam mit dem Patienten eine Entscheidung gefunden werden. Funktionelle Maßnahmen zur Verbesserung der Nasenatmung, wie z. B. die Reduktion von Nasenmuschelgewebe, können natürlich unabhängig von diesen Erwägungen immer angeboten werden.

**Literatur**

[1] Atighechi S, Karimi G (2009) Serial nasal bone reduction: a new approach to the management of nasal bone fracture. *J Craniofac Surg.* 20(1): 49–52  
 [2] Babuccu O, Latifoglu O, Atabay K, Oral N, Cosan B (2003) Sociological aspects of rhinoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 27: 44–9  
 [3] Bremke M, Gedeon H, Windfuhr JP, Werner JA, Sesterhenn AM (2009): Nasal bone fracture: etiology, diagnostics, treatment and complications. *Laryngorhinootologie.* 88 (11):711–716  
 [4] Eng H, Chiu RS (2002) Spectacle fitting with ear, nose and face deformities or abnormalities. *Clin Exp Optom.* 85 (6): 389–391  
 [5] Hornung DE, Leopold DA (1999) Relationship between uninasal anatomy and uninasal olfactory ability. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 125 (1): 53–58  
 [6] Huizing EH, de Groot JA (2003): *Functional Reconstructive Nasal Surgery.* Thieme-Verlag Stuttgart New York  
 [7] Joseph J (1931) *Nasenplastik und andere Gesichtsplastiken.* Curt Kabitzsch-Verlag Leipzig  
 [8] Kassel K (1914) *Geschichte der Nasenheilkunde.* Georg Olms Verlag Hildesheim (Nachdruck 1967), Band I und II  
 [9] Mondin V, Rinaldo A, Ferlito A (2005) Management of nasal bone fractures *Am J Otolaryngol.* 26 (3):181–185  
 [10] Néret G (2007) *Auguste Rodin – Skulpturen und Zeichnungen.* Taschen-Verlag Köln: 20–21  
 [11] Rilke RM (1984) *Auguste Rodin.* Insel/Suhrkamp-Verlag Frankfurt Berlin  
 [12] Roe JO (1887) The deformity termed „pug nose“ and its correction by a simple operation. *Med Rec.* 31: 621  
 [13] Waldron J, Mitchell DB, Ford G. (1989) Reduction of fractured nasal bones: local versus general anesthesia. *Clin Otolaryngol.* 14: 357–359  
 [14] Weir R (1880) Operations for deformities of the nose. *NY Med J.* 31: 203–4

ANZEIGE



Der Dermaroller® wurde 1999 von Horst Liebl erfunden und 2000 patentiert. Er ist ein gemäß dem MPG zertifiziertes Medizinprodukt und CE-gekennzeichnet. Dabei handelt es sich um eine mit Mikronadeln besetzte Walze mit Handgriff. Je nach Einsatzgebiet variieren die Nadellängen von 0,2mm für transdermales Einschleusen von Wirkstoffen bis hin zu 1,5mm langen Mikronadeln aus Edelstahl medizinischer Güte. (Für Verbrennungsnarben werden auch 2,5mm lange Nadeln eingesetzt.) Die Wirksamkeit dieser **nicht-ablativen** und **minimal-invasiven** Therapie wurde in zahlreichen Veröffentlichungen rund um den Erdball belegt. Sie hat als Collagen-Induktions-Therapie (CIT) Eingang in die medizinische Fachwelt gefunden.

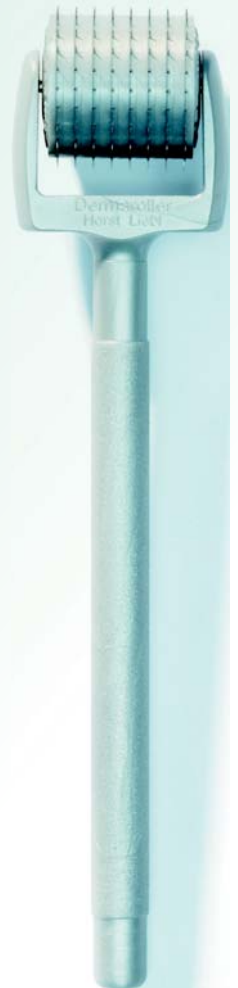
Fast jedes Jahr erschließen sich dem Dermaroller® neue Therapiefelder, wie die Behandlung von atrophischen und hypertrophen Narben, Aknenarben assoziierte Pigmentstörungen bei dunklen Hauttypen (siehe Bild links), Melasma, Striae, Straffung von Hautgewebe, Falten etc.

Zur Behandlung von Falten, Aknenarben etc. sind Nadellängen von **1,5mm** absolut ausreichend und effektiv. Mit über 300.000 weltweit ausgelieferten Dermarollern verfügen wir über ein ausgezeichnetes Feedback und uns wurde übereinstimmend bestätigt, dass nach 3 bis 4 Narbenbehandlungen dauerhafte Korrekturen im Bereich von >70% als realistisch angesehen werden können. Diese deutliche Verbesserung beruht im Wesentlichen auf der Bildung neuer Collagenstrukturen und der Einsprossung neuer Blutgefäße in die perforierte Narbe. Nach dem Einsatz des **Original Dermarollers** kommt es nur zu minimalen, praktisch nicht sichtbaren Schwellungen.

Die leichte Rötung ist spätestens nach 1 bis 2 Tagen abgeklungen. Arbeitsausfälle und Nebenwirkungen sind unbekannt.

Für den Anwender des Dermarollers vereinigt dieser gleich mehrere Vorzüge: Preiswert (89,- Euro zzgl. MwSt. und Versand), damit keine hohen Anschaffungskosten und exzellente Ergebnisse ohne Nebenwirkungen wie Narben oder Pigmentverschiebungen.

**Vertrieb und Schulungen** über die Firma Praxima in Freiburg im Breisgau. Tel. 0761 12049-10, info@praxima.de und Dermaroller Sarl Deutschland, Lindener Str. 15, 38300 Wolfenbüttel, Tel. 05331 882 4725, info@dermaroller.de, www.dermaroller.de



Dermaroller Modell MF8 mit 192 Mikronadeln von 1,5 mm Länge (ca. Originalgröße)