

# Nasenrekonstruktion durch Stirnlappenplastik

Autor\_ Dr. med. André Borsche

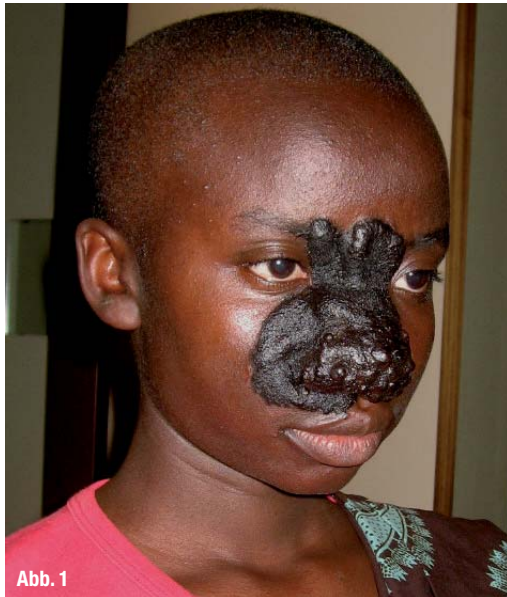


Abb. 1\_ Riesen-Nävus der Nase (Giant Nevus).

Abb. 1

Während die Wiederherstellung der äußeren Nasenregionen im Rahmen der Hauttumor Chirurgie zu den täglichen Aufgaben eines Plastischen Chirurgen zählen, sind die großflächigen Defekte wesentlich aufwendiger zu planen und bedürfen meist einer mehrdimensionalen Wiederherstellung. Hierbei spielen die ästhetischen Einheiten und Subunits der Nase eine wesentliche Rolle.

Abb. 2\_ Tumorresektion.

Abb. 3\_ Defektwunde.

Abb. 4\_ Nasenrekonstruktion durch Stirnlappenplastik.

Voraussetzung zur Rekonstruktion großer Nasen- und Gesichtsdefekte ist eine entsprechende Innenauskleidung und gegebenenfalls ein Mukosa-Er-

satz, da ansonsten unweigerlich mit einer inneren Schrumpfung zu rechnen ist. Hierfür sind lokale Umkipplappenplastiken oder Hauttransplantate als sicherer Untergrund für eine äußere Bedeckung erforderlich.

Um eine formschöne Nase zu rekonstruieren, bedarf es natürlich auch eines stabilen Gerüsts. So benötigen komplexe Defekte Transplantate aus Rippenknorpel, Ohrknorpel oder, wenn noch vorhanden, Knorpel von der Nasenscheidewand. Nur so können die Nasenöffnungen aufgespannt offengehalten werden und funktionell unbehindert der Luftstrom durch die Nasenlöcher fließen.

Die äußere Wiederherstellung der Nase allein durch ein Hauttransplantat führt häufig nicht zu einem befriedigenden Ergebnis, insbesondere wenn es sich nicht nur um einen oberflächlichen Defekt handelt. Da sich die Rekonstruktion in jedem Fall an den ästhetischen Einheiten bzw. an den Subunits orientieren sollte, ist es manchmal besser, eine Defektfläche entsprechend zu vergrößern, um eine symmetrische Wiederherstellung zu ermöglichen. Die Nase in der Medianlinie des Gesichtes erlaubt immer einen spiegelbildlichen Vergleich mit der Gegenseite, sodass Ungleichheiten sofort optisch ins Auge fallen. Insofern ist es auch naheliegend, die Rekonstruktion von mittig oben, d. h. von der Stirn aus, zu planen. Der paramedian gestielte Stirnlappen ist hier die Methode der Wahl und gehört ja als indian flap zu den historischen Meilensteinen der Plastische Chirurgie (Sushruta 6. Jh. vor Chr.)

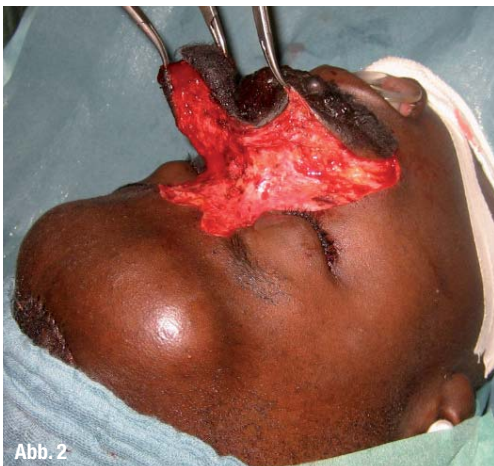


Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



**Abb. 5\_** Nase mit Stirnlappen ausgeformt.

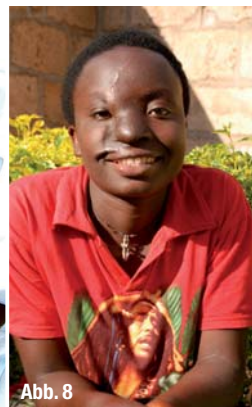
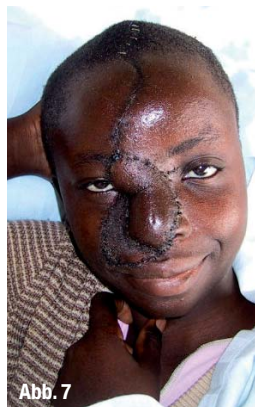
**Abb. 6\_** Der erste Blick in den Spiegel.

Der paramediane Stirnlappen bietet für die Nasenrekonstruktion viele Vorteile, die den Aufwand des meist zweizeitigen operativen Vorgehens ausgleichen. Als axial gestielter Lappen, versorgt von den supratrochlearen Gefäßen der Stirn, besitzt er eine exzellente Durchblutung, die sogar für eine Rekonstruktion bis zum Nasensteg ausreicht. Die zur Verfügung stehende Haut an der Stirn erlaubt ein großflächiges Lappendesign und der Hebedefekt ist entweder nach weiträumiger Mobilisation direkt zu verschließen, der Sekundärheilung zu überlassen oder zu transplantieren. Die Hautqualität des Stirnlappens ist ausgezeichnet, Textur und Farbe passen zur Nase. Auch trägt der Lappen nur wenig auf und eignet sich ideal zur Ausformung der Nasenkonturen. Der 180 Grad Lappendrehpunkt an der medialen Augenbraue mag zunächst auffallend wirken, kann aber in der Regel nach drei Wochen durchtrennt und anmodelliert werden. Abhängig von der Vaskularisation des Untergrundes kann dann auch schon eine Autonomisierung des Lappens eingetreten sein, sodass eine Ausdünnung in der Nasenspitzenregion möglich wird.

Wenn die Stirn nicht als Spenderregion für eine Lappenplastik zur Verfügung steht, zum Beispiel bei Vernarbungen infolge schwerer Verbrennungen, bedarf es meist einer mikrochirurgischen Rekonstruktion. Als freier Lappen bietet sich hier der Radialis-Lappen an oder jeder andere fasziokutane Lappen, wobei natürlich ein Kompromiss bezüglich Hautfarbe und Textur der Nase eingegangen werden muss.

Auch im Rahmen von INTERPLAST-Einsätzen werden wir immer wieder mit Patienten konfrontiert, die schwere Nasendefekte aufweisen. Eine aufwendige Rekonstruktion ist aber meist nicht ausreichend sicher während eines nur kurzen Aufenthaltes im Entwicklungsland zu realisieren. Gerade wenn mehrere Operationen hintereinander notwendig sind oder die Verhältnisse vor Ort eine ungenügende fachliche Nachbetreuung erwarten lassen, ist das Risiko für die Patienten zu hoch. Operiert

ist schnell und die Heilung langsam – das längerfristige Operationsergebnis muss für den Patienten tatsächlich auch eine Verbesserung erbringen. Deshalb laden wir gelegentlich unsere ausländischen Patienten nach Deutschland in das Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach ein.



**Abb. 7\_** Eine Woche nach der Operation.

**Abb. 8\_** Patientin glücklich in ihrer Heimat Ruanda.

Anhand einer jungen Patientin aus Afrika werden die oben aufgeführten Rekonstruktionsprinzipien der Nase dargestellt.

Gloriosa aus Ruanda war gekennzeichnet durch einen benignen Riesennävustumor, der sich über die ganze Nase und Teile der rechten Wange erstreckte. Ihr Gesicht ständig verhüllt in einem Tuch, war sie ausgestoßen von der Dorfgemeinschaft.

Das MRT in Deutschland ergab glücklicherweise, dass sich die Tumorstrukturen nur auf die äußeren Gewebeschichten beschränkten. Nach ausgedehnter Resektion des Tumorgewebes, Aufdehnung der Stirn mit einem Expander und temporärer Kunsthautbedeckung erfolgte eine Woche später die Rekonstruktion mit einem paramedianen Stirnlappen (10 x 4,5 cm). Die angrenzende Wangenpartie wurde mit Vollhaut gedeckt und der Hebedefekt an der Stirn primär verschlossen. Der Heilungsverlauf war bis in die Lappenspitze problemlos. Regelmäßige Fotos belegen eine fröhliche junge Frau, die inzwischen geheiratet hat.

<b>_Kontakt</b>	<b>face</b>
	
<p><b>Dr. med. André Borsche</b>                  Chefarzt                  Diakonie Krankenhaus                  Ringstraße 64                  55543 Bad Kreuznach                  Tel.: 0671 605-2110                  Fax: 0671 605-2112                  E-Mail:                  Andre.Borsche@t-online.de</p>	
<p><b>Infos zum Autor</b></p> 	