

# Rhinoplasty to go – „Wunschoperationen ohne Nebenwirkungen“

**Autor** Prof. Dr. med. Hans Behrbohm

**\_Jedem Operateur** werden bei diesem Slogan die Warnlampen angehen oder die Haare zu Berge stehen, widerspricht er doch eigentlich allen traditionellen Werten und Rahmenbedingungen einer seriösen Chirurgie. Wir erwarten eine sorgfältige Diagnostik und Analyse des individuellen morphologischen Problems und der psychologischen Situation einer Rhinoplastikkandidatin bzw. eines -kandidaten. Sicher, daran sollten auch keine Abstriche akzeptiert werden. Aber wir werden insbesondere in der Altersgruppe der 20- bis 40-Jährigen, zunehmend mit dem Wunsch nach einer perfekten Operation mit minimaler Downtime, geringen Schwellungen und Hämatomen konfrontiert.

Niemand sollte sich von bewährten Prinzipien abbringen lassen, aber ein besonderer Stachel der Herausforderung verbirgt sich in diesem Wunsch, der Anlass sein könnte, das Repertoire der bewährten Techniken nochmals abzufragen, ob nicht noch weniger Invasivität und mehr Effektivität einer Rhinoplastik im konkreten Fall zum Ziel führen.

## **\_Untersuchung und Aufklärungsgespräch**

Hilfreich ist hierbei ein Ranking der gewünschten Veränderungen. Welche Veränderung ist wichtig, welche marginal? Ein geeignetes Instrument zur

Visualisierung der Wünsche der Kandidaten ist die präoperative Simulation mit einem Computerprogramm. Wir wenden seit ca. zehn Jahren das Programm Alterimage (Seattle) an. Das „Simulationsgespräch“ liefert klare Hinweise über die Vorstellungen des Patienten und kann auch dazu genutzt werden, um Informationen über psychische und psychologische Hintergründe des Korrekturwunsches zu erlangen. Zudem können die Auswirkungen der Veränderung der Nase auf das Gesamtgesicht deutlich gemacht werden. Der Arzt kann dabei auf eine realistische Erwartungshaltung Einfluss nehmen. Wenn während der Simulation deutlich wird, dass auch eine erfolgreiche Operation nicht zu einer zufriedenen Rhinoplastikkandidatin/-kandidaten führen würde, sollte die Operation verschoben, abgesagt bzw. eine psychoanalytische Exploration empfohlen werden.

Das Beispiel 1 zeigt etwas anderes. Der Operateur ist gut beraten, die Wünsche der Patienten nie eins zu eins zu übernehmen, sondern immer kritisch zu prüfen. Eine 20-jährige Patientin suchte die Sprechstunde mit dem Wunsch einer Höckerabtragung auf. Genau das hätte aber weder zu einer Verbesserung der Nasenform noch zu einem Attraktivitätsgewinn des Gesichtes geführt. Ein völlig anderer Weg wurde beschritten:

## **\_Patienten-Beispiel 1**

Eine 20-jährige Patientin stellte sich mit dem Wunsch zur Abtragung eines Nasenhöckers und Verschmälerung der Nasenspitze vor. Eine „Höckerabtragung“ hätte jedoch nicht zur Verbesserung des ästhetischen Outcome beigetragen, im Gegenteil.

### **Befundanalyse**

Abb. 1a – Frontal: Missverhältnis zwischen einer zarten und dünnen Nasenpyramide und einer dicken Spitze.

Abb. 1b – Profil: Tiefe Nasenwurzel (Nasofrontalwinkel).

Abb. 1c – Basis: Boxy tip.





Abb. 1d



Abb. 1e



Abb. 1f



Abb. 1g

### Konzept der Operation

Keine Reduktion des Nasenrückens!

Abb. 1d: Stattdessen – Augmentation des Nasofrontalwinkels mit einem Onlay graft aus dem Septum nasi. Delivery approach.

Abb. 1e–g: Transdomale Naht zur Verschmälerung der Spitze und Verfeinerung des interdomalen Winkels.

Abb. 1e: Beginn der Interdomalnaht mit dem medialen Einstich. Dieser wird dann nach medial zurückgeführt.

Abb. 1f: Durchziehen des Fadens zu Gegenseite.

Abb. 1g: Interdomale Naht der Gegenseite. Durch Festziehen ändert sich sowohl der inter- als auch der transdomale Abstand.

### Philosophie

Jede Rhinoplastik sollte vom Operateur mit dem Impetus erfolgen, mit einem möglichst effektiven Spektrum von OP-Schritten zu einer maximalen Gesamtwirkung auf das Gesicht zu gelangen. Auch die OP-Zeit ist dabei nicht ohne Bedeutung. Je kürzer eine Operation, desto geringer werden die zu erwartenden Schwellungen sein. Je weniger Gewebsreaktionen einsetzen, desto schneller und komplikationsloser verläuft die Wundheilung. Bei Rhinoplastiken entspricht das einer kürzeren sozialen Downtime bis zur Erlangung der vollständigen Geschäftsfähigkeit. Anderson bezeichnete die Rhinoplastik als „the thinking man's operation ...“. Auch dafür ist der gezeigte Fall beispielhaft (Abb. 1h–j).

Sechs Monate postoperativ zeigt sich ganz unabhängig von der detaillierten Verbesserung der Nasenform ein Gewinn für die Gesamtausstrahlung und Attraktivität durch einen befundbezogenen und wenig invasiven Eingriff.

Wenn eine Operation im „to go“-Modus erfolgen soll, müssen einige besondere Voraussetzungen gegeben sein und besonders kritisch vorher bewertet werden (siehe Essentials der präoperativen Analyse). Nicht alle Kandidatinnen und Kandidaten sind z.B. allein wegen der Neigung zu Hämatomen und dem individuellen Bindegewebstyp dafür geeignet. Wenn Patientinnen beispielsweise über spontane Hämatome ohne erinnerliches Trauma berichten, scheiden sie für die „to go“-Variante aus. Das muss im Rahmen des Aufklärungsgesprächs

Abb. 1h–1j\_ Der postoperative Befund.

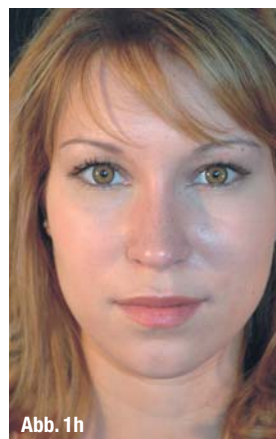


Abb. 1h



Abb. 1i

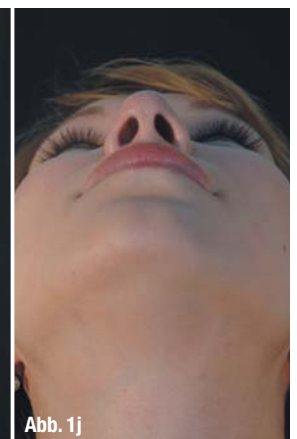


Abb. 1j

klar formuliert werden, damit Enttäuschungen allein durch das „aus dem Ruder“-Laufen des gewünschten Zeitplans vermieden werden.

### Essentials der präoperativen Analyse

- \_ Hauttyp- und -dicke
- \_ Bindegewebstyp
- \_ Knorpelbeschaffenheit (z.B. weich, dick, Elastizität, Formbarkeit?)
- \_ Neigung zu Hämatomen
- \_ Voroperationen?
- \_ Länge der Nasenbeine

Um das Operationstrauma gezielt zu minimieren, sind folgende Operationstechniken/-schritte zu empfehlen:

**Abb. 2** Mini-Diamanten ermöglichen Präparationen in allen Richtungen und reduzieren die Gefahr von Verletzungen am knöchern-knorpeligen Übergang.

**Miniosteotomie:** Die Verwendung von Miniosteotomen ermöglicht präzise Knochenschnitte, ohne das Periost zu verletzen. Dadurch werden Hämatome weitgehend vermieden und Schwellungen reduziert.

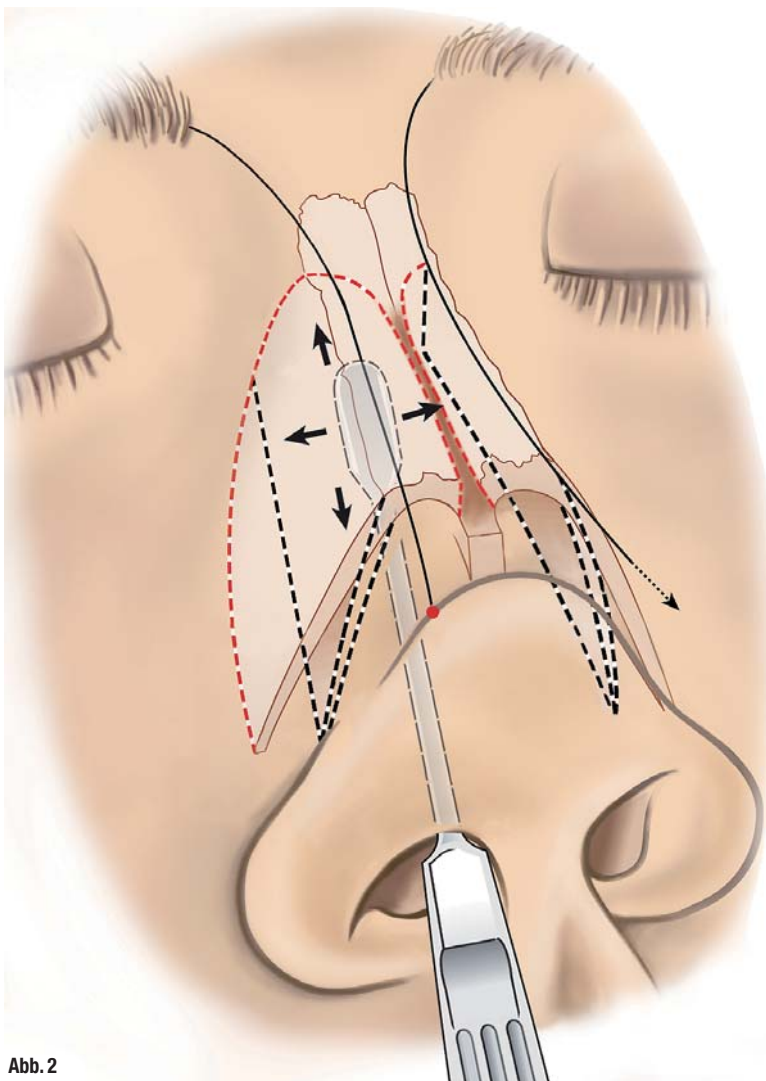


Abb. 2

Zugleich fungiert das intakte Periost als Schienung der frakturierten und neu positionierten Fragmente.

### **Endoskopisches Decollement und Aufsuchen des Periosts**

Eine blinde oder akustisch kontrollierte Orientierung über die erreichte Präparierschicht an der Kante der Apertura piriformis bzw. der K-stone-Region kann zu einer vermeidbaren Traumatisierung des Periosts führen. Optische Kontrolle mit dem Endoskop bzw. dem optischen Aufricht erleichtert die gezielte Abhebung des Periost und die Positionierung des Rubens-Osteotoms bzw. der Osteotome für die lateralen Osteotomien.

### **Raspeln oder Diamanten**

Raspeln traumatisieren das Gewebe während einer Rhinoplastik am meisten. Wir verwenden deshalb nur verschieden körnige Diamanten und Mini-Diamanten, um Knochenkanten zu entgraten oder dezente Reduktionen des Niveaus nach den Osteotomien zu erreichen. Die Gewebsreaktionen sind geringer (Abb. 2).

### **Intraoperative Eiswasserkühlungen**

Eiswasser gekühlte Mulllagen sollte intraoperativ in geeigneten Momenten verwendet werden, um Schwellungen zu vermeiden. Nur bei geringen intraoperativen Schwellungen können Feinheiten kontrolliert werden.

### **OP-Zeit unter zwei Stunden**

Jede Operation sollte am Vortag im Kopfe des Operateurs stattfinden. Sicher, unabhängig davon gibt es immer noch genügend zu improvisieren. Dennoch, ein klares operatives Konzept vermindert die OP-Zeit. Unabhängig von speziellen Ausnahmen sollte eine geschlossene, moderne Rhinoplastik in ca. zwei Stunden erfolgen können.

### **Tapen mit „Schisslaweng“**

Das Taping am Ende der Operation hat erheblichen Einfluss auf den abgelösten Weichteilmantel und sollte möglichst optimal erfolgen. Wir verwenden Steri-Strips von 3M (USA). Erforderlich ist ein Vorspannen der Tapes und ein Aufbringen mit dosiertem Zug. Dadurch ist eine optimale Zugwirkung auf neu geformte Flügelknorpel in den ersten Tagen nach der Operation möglich. Zugleich kann der präparierte Tunnel zwischen dem Nasenskelett und dem SMAS- und Hautmantel komprimiert werden und verhindert Ödeme, Hämatome und Granulationen.

### Patienten-Beispiel 2

Das Beispiel zeigt eine 21-jährige Patientin mit dem Wunsch einer Höckerabtragung und Verschmälerung der knöchernen und knorpeligen Nase.



Abb. 3a – Frontal: Junge Patientin mit breiter Nasenpyramide und Nasenspitze.

Abb. 3b – Profil: Höckernase bei Vorgesicht.

Abb. 3c – Basis: Breite Nasenspitze in der Basisansicht.

Abb. 3d – Schema der Osteotomie des Nasenhöckers und der lateral gebogenen Miniosteotomien.  
Abb. 3e – Die Patientin kurz vor der Gipsabnahme.  
Abb. 3f – Frontal: Die Patientin nach der Abnahme des zweiten Nasengipses am zehnten postoperativen Tag. Die Haut ist schuppig und trocken und muss in den folgenden Tagen mit Feuchtigkeitscremes gepflegt werden.

Abb. 3g – Profil: Z.n. Reduktionsplastik der Nase.

Abb. 3h – Basis: In dieser Ansicht maskieren Schwellungen den Verschmälerungseffekt der Nasenspitze zu diesem frühen postoperativen Zeitpunkt.

lungen gering zu halten. Diese Dinge sind Zeichen einer normalen Wundheilung und prinzipiell unvermeidbar. Darüber sollten die Patienten informiert werden. Ob dem immer öfter gestellten Wunsch einer möglichst kurzen Downtime entsprochen werden kann, hängt von der ganz konkreten anatomischen und Gewebesituation ab. Intraoperativ kann in gewissem Maße gezielt Einfluss auf die Intensität dieser Gewebereaktionen genommen werden.

Literatur beim Verfasser.

### Zusammenfassung

Jeder Operateur hat das Ziel, seinen Patienten eine möglichst atraumatische Operation anzubieten, um postoperative Hämatome, Ödeme und Schwel-

<b>_Kontakt</b>	<b>face</b>
<p><b>Prof. Dr. med. Hans Behrbohm</b>                  Privatpraxis KU61                  am Kurfürstendamm Berlin                  www.ku61.de</p>	
<p><b>Infos zum Autor</b></p> 	

