

# Approaches & Techniques

## 1. Rhinoplastik – Die Eversionstechnik (non delivery oder splitting Approach)

**Autor** \_ Prof. Dr. Hans Behrbohm, Berlin

„Some times I do and some times I do not ...“ antwortete Tony Bull (London), als er während einer Round-Table-Diskussion gefragt wurde, wann er

diesen oder jenen Zugang in der Nasenchirurgie verwende. Eigentlich ist damit das Thema Zugänge erschöpfend behandelt, denn das Zitat drückt aus, dass von Fall zu Fall zwischen den Zugängen variiert werden sollte.

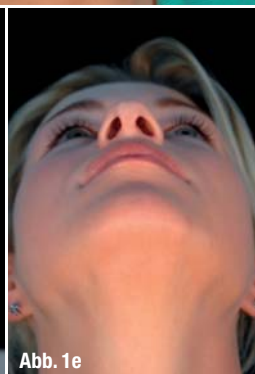
Die Wahl des Zugangs bei der Rhinoplastik ergibt sich aus den Wünschen der Rhinoplastikkandidatin/-ten, dem Knorpel-, Haut- und Bindegewebstyp und hängt auch davon ab, ob es eine primäre oder sekundäre Rhinoplastik ist. Der Operateur muss entscheiden, mit welcher Technik, zum Beispiel Naht-, Graft- oder Schnitt-Technik, er ein spezielles Problem zum Beispiel der Nasenspitze lösen möchte. Aus dem chirurgischen Plan zum Erreichen eines ästhetischen Zieles wählt der Operateur den Zugang, mit welchem er die Technik am besten umsetzen kann.

Prinzipiell sollte ein Zugang immer so invasiv wie nötig und so minimal wie möglich sein. Der Operateur kann die postoperative Wundheilung, *umso* besser kontrollieren, je kleiner die Wundflächen sind. Offene Zugänge können allein durch das umfangreiche Decollement und durch asymmetrische Schwellungen oder Vernarbungen vermeidbare Probleme schaffen.

Diese Serie, die die einzelnen Möglichkeiten und Grenzen der verschiedenen Zugänge der Rhino- und Septumplastik darstellen wird, soll ein Plädoyer für ein breites Repertoire der Zugänge und Techniken sein, die sich der Rhinoplastiker aneignen sollte, und nicht für die eine oder andere Methode. Es ist ebenso sinnlos, einen indizierten offenen Zugang zu vermeiden, wie den Versuch zu unternehmen, alle Probleme über endonasale Zugänge lösen zu wollen.

Wohl aber ist es nicht akzeptabel, dass die offene Technik als routinemäßiger Zugang der ersten Wahl gepriesen wird, weil die endonasalen Techniken nicht mehr beherrscht werden.

**Abb. 1a, c, e** \_ Junge Patientin mit leicht bullöser Spitze und Nasenhöcker präoperativ und **1b, d, f** ein Jahr nach Rhinoplastik mit kranialer Volumenreduktion der lateralen Flügelknorpel in Eversionstechnik und endonasaler Abtragung des knorpelig-knöchernen Höckers.



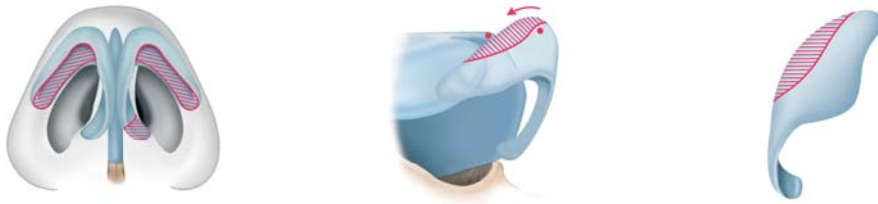


Abb. 2

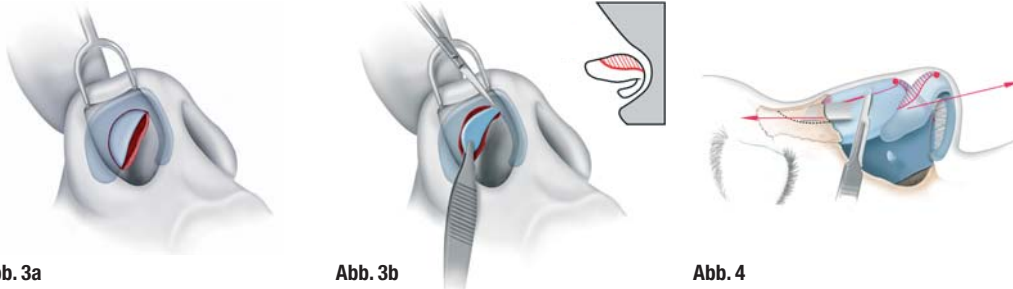


Abb. 3a

Abb. 3b

Abb. 4

**Abb. 2**\_Das Prinzip der Eversions-technik (non delivery approach). Zitat zur Abbildung 2: „Es sollte immer mehr drin bleiben als entfernt werden ...“ Norman Pastorek (New York).

**Abb. 3a**\_Die Eversionstechnik: Dargestellter kranialer Anteil des lateralen Schenkels des Flügelknorpels nach Ablösen des vestibulären Hautlappens. Rote Linie: gewünschte Exzisionslinie zur kontrollierten kranialen Volumenreduktion.

**Abb. 3b**\_Abtragen des kranialen Anteils des Flügelknorpels.

**Abb. 4**\_Prinzip der endonasalen Höckerabtragung mit Eversionstechnik.

Die Eversionstechnik (non delivery approach) ist für die Volumenreduktion der kranialen Flügelknorpel bei bullöser Nasenspitze gut geeignet. Bei Asymmetrien der Spitze kommt dieser Zugang nur in Ausnahmen zur Anwendung. Es sollte möglichst eine symmetrische Spitze mit guter Projektion, kein Bifida Tip und kein breiter stumpfer Dom(winkel) bestehen. Die Tip defining points können durch diesen Zugang nicht genähert werden, wohl aber kann die aesthetic eyebrow-line, die durch eine bullöse Spitze gestört wird, durch die Verbesserung des Übergangs vom mittleren Gewölbe zur Supratip- und Tip-Region deutlich harmonisiert werden. Die Form der kaudalen Flügelknorpel lässt sich durch diesen Zugang nicht verändern. Die Rhinoplastikkandidatin/-kandidat muss wissen, dass die Nasenspitze durch dieses Manöver weniger bullös erscheinen wird, ohne dass sie sich selbst verschmälert. Der transkartilaginäre Schnitt verläuft typischerweise kranial der Tip defining points, welche zuvor markiert werden sollten. Erreicht wird eine Verschmälerung im Supratip-Bereich und eine kraniale Rotation der Spitze, die je nach Umfang der Resektion kontrolliert werden kann und durch ein Anschragen der vorderen kranialen Septumkante unterstützt wird.

Die Kranialrotation folgt den Prinzipien der *Dynamics of Rhinoplasty*. Es kommt zu einer narbigen Schrumpfung zwischen der kaudalen Kante des Dreiecksknorpels und dem belassenen Flügelknorpel. Sie hängt vom Umfang der Volumenreduktion des kranialen Flügelknorpels ab. Die Spitzenprojektion wird bei Erhalt des Tip defining points nicht verändert, beziehungsweise kann durch eine Resektionslinie kaudal davon beeinflusst werden (Abb.2).

Wegen der geringen Invasivität und Blutung ist dieser Zugang für die simultane Anwendung mit endonasalen Operationschritten gut geeignet (Abb. 1 und 4).

**Weitere Informationen dazu:**

Funktionell-ästhetische Chirurgie der Nase, H. Behrbohm, M.E. Tardy, Thieme 2003, 244 S.



Abb. 1b



Abb. 1d

Abb. 1f

_Kontakt	face
<b>Prof. Dr. Hans Behrbohm</b>	
Privatpraxis am Kurfürstendamm 61 10767 Berlin www.ku61.de	