

face

international magazine of orofacial esthetics

3²⁰¹⁰

Fachbeitrag

Komplikationen durch permanente Filler im Gesicht

Spezial

Ästhetische Chirurgie – Lifestyle-Operationen oder mehr?

Hilfsprojekt

Ärzte der Welt: „Aktion Lächeln“

edmund

Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht

Video in der E-Paper-Version der face unter: www.zwp-online.info/publikationen



DEMO-DVD

Unterspritzungstechniken jetzt auf DVD

Ab sofort ist eine brandaktuelle DVD zum Thema Unterspritzungstechniken zum Preis von 50 € zzgl. MwSt. und Versandkosten erhältlich. Der renommierte Dermatologe Dr. Andreas Britz demonstriert hier alle relevanten Techniken der Faltenunterspritzung und Lippenaugmentation mit verschiedenen Materialien in der praktischen Anwendung.

In der modernen Leistungsgesellschaft der westlichen Welt ist das Bedürfnis der Menschen nach Vitalität sowie einem jugendlichen und frischen Aussehen ein weitverbreitetes gesellschaftliches Phänomen. Die Ästhetische Medizin ist heute in der Lage, diesen Wünschen durch klinisch bewährte Verfahren in weiten Teilen zu entsprechen, ohne dabei jedoch den biologischen Alterungsprozess an sich aufhalten zu können. Als besonders minimalinvasiv und dennoch effektiv haben sich in den letzten Jahren die verschiedenen Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht bewährt.

Entscheidende Voraussetzung für den Erfolg ist jedoch die fachliche Kompetenz und die Erfahrung des behandelnden Arztes sowie interdisziplinäre Kooperation.

Mehr als 3.000 Teilnehmer haben in den letzten Jahren die Kurse der OEMUS MEDIA AG zum Thema „Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht“ besucht. Um dieses Fortbildungsangebot sowohl inhaltlich als auch im Hinblick auf den Nutzwert für den Teilnehmer aufzuwerten, werden jetzt zusätzlich zu den Live-Demonstrationen im Rahmen der Kurse die verschiedenen Standardtechniken auch per Videoclip gezeigt. Dieses Videomaterial erhält jeder Kursteilnehmer für den Eigengebrauch in Form einer DVD.

Ab sofort kann diese Demonstrations-DVD auch unabhängig von einer Kursteilnahme zum Preis von 50 € zzgl. MwSt. und Versandkosten erworben werden.

Hinweis: Die Ausübung von Faltenbehandlungen setzt die entsprechenden medizinischen Qualifikationen voraus.

Kontakt

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 08
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: event@oemus-media.de
www.oemus.com



50€

NEU!

Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht

mit Live- und Videodemonstration



DEMO-DVD



Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht

DEMO-DVD

mit Live- und Videodemonstration

Hinweis:
Die Ware ist vom Umtausch ausgeschlossen.
Spieldauer: 20 Minuten



BESTELLFORMULAR

per Fax an

03 41/4 84 74-2 90

oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

Hiermit bestelle ich die brandaktuelle **Demo-DVD** (bitte Zutreffendes ausfüllen)

Titel/Name/Vorname _____

Anzahl: _____

Praxisstempel

Datum/Unterschrift _____

E-Mail _____





Prof. Dr. Günter Germann

Ästhetische Chirurgie = „Lifestyle-Chirurgie“

Keine Disziplin der Plastischen Chirurgie wird, gerade von Außenstehenden, so kritisch beleuchtet wie die Ästhetisch-Plastische Chirurgie. Nicht zu selten wird in Medien, die für sich einen gewissen intellektuellen Anspruch formulieren, Ästhetische Chirurgie gleichgesetzt mit Lifestyle-Medizin. Liest man sorgfältig, findet man Begriffe wie „Erfüllungsgehilfe der Modeindustrie, neue Trends werden am Körper umgesetzt“, „Heute dicke Lippen, morgen betontes Gesäß“ oder „Plastische Medizin als Auftragsmedizin“.

Die ernsthaften Plastischen Chirurgen unter den ästhetisch tätigen Kollegen bemühen sich seit Jahren, diese Vorurteile auszuräumen und weisen unermüdlich auf die, doch in vielen Fällen positiven, Auswirkungen für die Gesamtbefindlichkeit der Patienten hin, wenn Ästhetische Chirurgie seriös indiziert und durchgeführt wird. Natürlich ist es dabei nicht hilfreich, dass erst kürzlich wieder tagelang Meldungen durch die Presse geister-ten, dass jetzt endlich eine bestimmte Form der Rhinoplastik Millionen von Chinesen beglücken soll. Solche Vorhaben, und seien es auch nur laut geäußerte Gedanken, sind für die Gegner der Ästhetisch-Plastischen Chirurgie natürlich ein „gefundenes Fressen“.

Unbestritten ist sicher, dass ästhetisches Empfinden und der Versuch, das eigene Aussehen zu verbessern und den Traditionen bzw. „Wertevorstellungen des Stammes“ anzupassen, eine schon seit Jahrtausenden dokumentierte, festgehaltene Eigenschaft des Menschen ist.

Wie sonst ist es zu erklären, dass sich schon vor 5.000 Jahren Hinweise auf Schminktechniken gefunden haben und Techniken zur Beeinflussung auch der Körperform schon in frühen Stufen des Homo sapiens üblich waren. Dies mag kulturgeschichtlich von Interesse sein und die Basis für eine philosophische Diskussion bieten. Der Frage aber, ist Ästhetische Chirurgie bloße Lifestyle-Chirurgie, müssen wir uns heute akut stellen, wobei die Rolle der Ästhetischen Chirurgie sorgfältig definiert werden muss.

Im vorliegenden Heft beschäftigt sich ein Artikel ausführlich mit dieser Frage und dem Versuch, basierend auf dem Bild dieser Disziplin in den Medien, zumindest grundsätzliche Antworten zu geben.

Prof. Dr. Günter Germann



PE-Implantate 20



Instrumentenkunde 38



Hilfsprojekt 60

| Editorial

- 03 Ästhetische Chirurgie = „Lifestyle-Chirurgie“
_Prof. Dr. Günter Germann

| Fachbeiträge

- _Rhinochirurgie
06 ... **Cyrano kommt**, die Nase ist schon da ...
Die ästhetisch-funktionelle Reduktionsplastik bei überprojierten und funktionellen Spannungsnasen – Teil 1. Klinische Anatomie und Indikationen
_Prof. Dr. Hans Behrbohm
- _LKG-Spalten
10 Nasendeformitäten bei **Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten** und ihre chirurgische Korrektur
_Priv.-Doz. Dr. Dr. Niels Christian Pausch, Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich, Priv.-Doz. Dr. Dr. Thomas Hierl
- _Tumorchirurgie
16 **Grundsätzliche Erwägungen** bei der operativen Therapie von **kleineren und mittleren Tumoren** der Haut im Gesichtsbereich – Die spezielle Problematik der Gesichtshaut
_Dr. Dr. Michael Wiesend, Dr. Bettina Hübinger-Wiesend
- _PE-Implantate
20 **PE-Implantate** zur Herstellung der Gesichtsharmonie
_Dr. Dr. Manfred Nilius, Juliana-Theresa Schell, Dr. Sandra Liesen, Dr. Jochen Arentz, Dr. Fred Buschmann, ZTM Rainhard Goeken, Dr. Nader Amirfallah, Dr. Peter Degano, Dr. Mirela-Oana Nilius
- _Rhinochirurgie
26 **Prinzip, Technik und Ergebnisse** der endonasalen Septorhinoplastik zur Nasenspitzen- und Nasenrückenformung
_Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig, Dr. Antonio de Lafuente, Dr. Frank Michael Hasse
- _Filler
34 **Komplikationen durch permanente Filler** im Gesicht – Alternativen
_Dr. Michaela Montanari, Dr. Andreas Arens, Prof. Dr. Jutta Liebau
- _Instrumentenkunde
38 **1 x 1 der Präparier- & Instrumentenkunde** für die Plastische Gesichts- und Halschirurgie
Schneidende Instrumente, Teil 2: Scheren
_Prof. Dr. Hans Behrbohm

- _Hautrejuvenation
42 **Radiowellen & Weihrauch** – ein neues Verfahren zur Faltenglättung und Hautverjüngung
_Dr. med. Hans-Ulrich Jabs
- _Kieferchirurgie/Kieferorthopädie
44 **Änderung der sagittalen Relation** durch **kieferorthopädisch-chirurgische Therapie**
_Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted, Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Josip Bill

| News

- 48 **Marktinformationen**

| Spezial

- _Soziologische Betrachtung
50 **Ästhetische Chirurgie – Lifestyle-Operationen** oder mehr?
_Prof. Dr. med. Günter Germann

| Information

- _Fortbildung
54 M.E.Tardy jr. bei „**Nose, Sinus & Implants**“ – eine Legende in Berlin
_Prof. Dr. Hans Behrbohm
- _Buchvorstellung
55 **Bostwick's plastic & reconstructive Breast Surgery**, 3rd Edition von Glyn E. Jones, Quality Medical Publishing, Inc. St. Louis, Missouri 2010
_Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig
- _Recht
56 **Wenn schon kündigen, dann richtig!** Fallstricke bei der Kündigung eines Arbeitsvertrages durch die GbR (LAG Niedersachsen, Urt. v. 11.12.2009 – 10 SA 594/09).
_Rechtsanwalt Dr. Ralf Großbölting, Rechtsanwalt Dennis Hampe, LL.M.
- _Hilfsprojekt
60 **Ärzte der Welt: „Aktion Lächeln“**
_Priv.-Doz. Dr. Dr. Katja Schwenzer-Zimmerer

| Impressum

- 66 Verlag, Redaktion



— LABORATORIES —
TEOXANE
GENEVA

VORANKÜNDIGUNG

1. EXPERT DAY

Ästhetik im Wandel -
Volumen im Trend

Düsseldorf - 6. November 2010

INTERNATIONALE REFERENTEN & LIVE - DEMONSTRATIONEN

Top-Referenten präsentieren in einem eintägigen Symposium die neusten Trends der minimalinvasiven Ästhetik mittels Hyaluron.

Ziel dieser Veranstaltung ist, bereits praktisch tätigen Ärzten innovative Injektionstechniken und Einsatzmöglichkeiten der **TEOSYAL®** Präparate zu demonstrieren.



DAS BESTE AUS HYALURONSÄURE

TEOSYAL
EFFIZIENT • SICHER • WIRKSAM

... Cyrano kommt, die Nase ist schon da ...

Die ästhetisch-funktionelle Reduktionsplastik bei überprojizierten und funktionellen Spannungsnasen – Teil 1. Klinische Anatomie und Indikationen

Autor _ Prof. Dr. Hans Behrbohm, Berlin

_In dem romantisch-komödiantischen Versdrama Cyrano de Bergerac von Edmond Rostand (1897) leidet der Titelheld unter einer riesigen Nase.

Spötter darüber sterben in Duellen. Er ist in seine gut aussehende Cousine Roxane verliebt, wagt wegen seines Stigmas jedoch nicht, sich ihr zu offenbaren. Stattdessen unterstützt er Christian von Neuvillette, der die Zuneigung von Roxane genießt, indem er an seiner Stelle Gedichte verfasst, die die Begehrte betören ...

Die Gestalt des Cyrano zeigt exemplarisch den großen Leidensdruck, der von einer Großnase oder überprojizierten Nase ausgehen kann. Die Betroffenen empfinden sehr früh die Störung der Gesichtsästhetik und wünschen sich eine Reduktion des dominierenden und den Gesichtsausdruck prägenden Gesichtsmerk-

mals. Insofern gehört diese Formvariante auch heute zu den wichtigen Indikationen der ästhetischen Rhinoplastik. Häufig ist die überprojizierte Nase mit einem funktionellen Phänomen verbunden – der sog. funktionellen Spannungsnase. Überprojizierte und funktionelle Spannungsnasen werden durch Überschussbildungen der knorpeligen Nase charakterisiert. Das zentrale Problem ist ein überlanger Septumknorpel in baso-dorsaler Richtung in Verbindung mit hyperplastischen Dreiecksknorpeln. Beide Knorpel entwickeln sich gemeinsam aus einer Anlage. Typisch ist deshalb eine kombinierte Hyperplasie, die oft auch die Flügelknorpel betrifft. Dieses Wachstum führt zu einer Anhebung des gesamten Nasenrückens. Die Nasenpyramide ist schmal und erinnert an

Abb. 1a–c _ Jugendbild einer jungen Bühnenkünstlerin mit überprojizierter Nase. Damals war es durchaus üblich, Abformungen des Gesichtes anzufertigen, um daraus Gipsmodelle zur präoperativen Befunddokumentation und Operationsplanung zu erstellen.



Abb. 1a



Abb. 1b

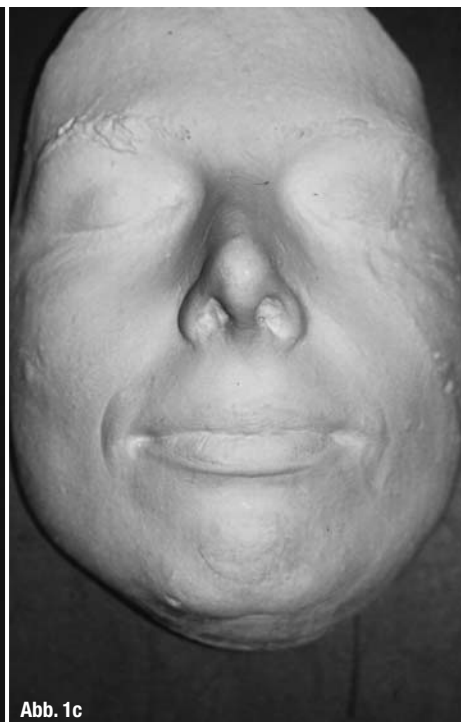


Abb. 1c



die Wölbung des hohen schmalen gotischen Spitzbogens. Durch die Überschussbildungen entsteht ein dysharmonisches Verhältnis zwischen Nase und Gesicht. Sie ist zu groß und zu hoch, überprojiziert. Unabhängig von der Größe der Nase kann nur die Nasenspitze überprojiziert sein. (Abb. 3)

Messen der Überprojektion

Joseph verwendete den Profilwinkel als Maß für die Projektion einer Nase. Den Profilwinkel bestimmte er durch den Schnittpunkt zweier Geraden. Die erste Gerade war die Tangente zwischen Glabella und Kinn, die zweite eine Tangente an den Nasenrücken. Den normalen Profilwinkel gab er zwischen 23 und 37 Grad an (Abb. 2).

Goode empfahl das Verhältnis von Nasenlänge, gemessen als Abstand zwischen Nasion und Pronasale, und Projektion gemessen zwischen dem Sulcus alaris und dem Pronasale zur Beurteilung von Unter- und Überprojektion der Nase bzw. der Nasenspitze. Als normal wurde dabei eine Verhältniszahl von 0,55–0,60 angegeben (Abb. 3).

Baud gab eine Methode zur Beurteilung des Profils an. Er schlug einen Kreis mit dem Radius Meatus acusticus externus – Pronasale (Tip defining Point) um das Gesicht und prüfte die Lagebeziehung von drei wesentlichen Profilpunkten (Pronasale, Pogonium, Stirn-Haargrenze).

Im Idealfall liegen die drei wichtigen Profilpunkte auf der Kreisbahn. Nach unseren Erfahrungen ist das Porion am oberen Tragus bzw. Gehörgangsrand als

Abb. 1 d, e Bild der Patientin im mittleren Lebensalter nach zwei Nasenkorrekturen. Durch Absenkung des Nasenrückens ohne Berücksichtigung der Stellung der Nasenspitze entstand ein deutlicher Eindruck der Überprojektion der Nase, Pinocchio-Effekt.

Abb. 1 f, g Situation zwei Jahre nach Revisionsoperation mit Deprojektion der Nasenspitze und Reduktion des Nasenrückens in Sliding-Technik.

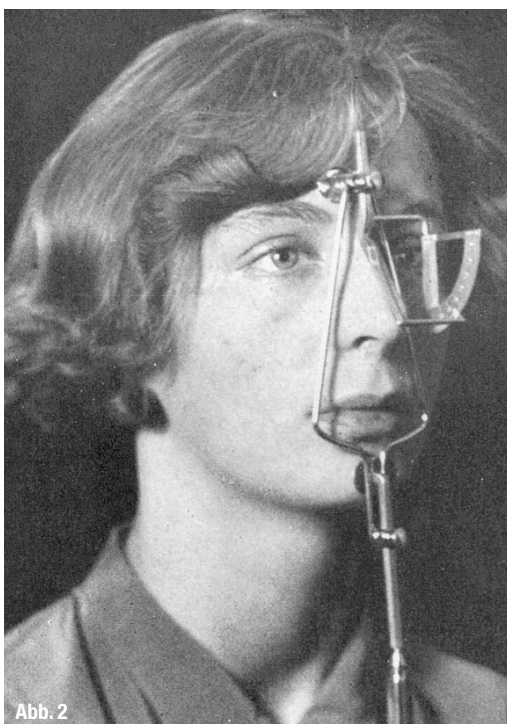


Abb. 2

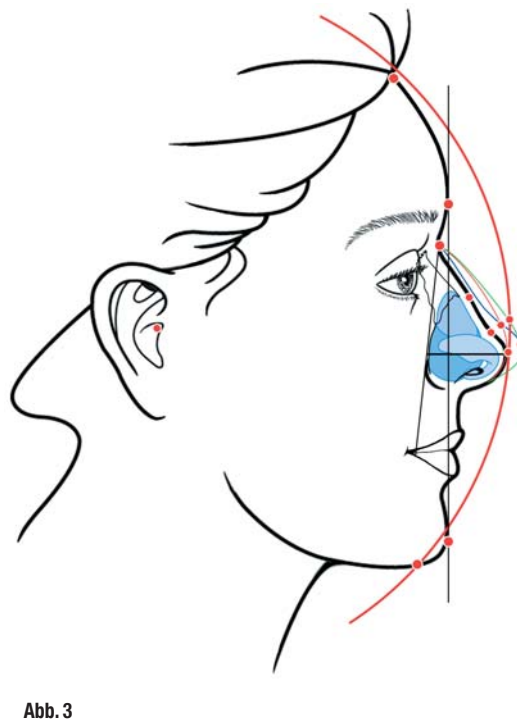


Abb. 3

Abb. 2 Profilometer nach Joseph zur direkten Bestimmung des Profilwinkels.

Abb. 3 Möglichkeiten zur Bestimmung der Projektion: a: Methode nach R. Goode, b: Modifizierte Methode nach C. Baud. Innerhalb des Gesichtskreises – Normalnase, außerhalb der Gesichtskreises – überprojizierte Nase. a und b: Schwarz – Normalnase, rot – funktionelle Spannungsnase ohne Überprojektion, blau – überprojizierte Spitze, grün – überprojizierte funktionelle Spannungsnase.



Abb. 4 a, c_ Junge Patientin mit typischer überprojizierter Nase durch Hyperplasie mehrerer Strukturelemente. Der vordere Septumwinkel überragt den Tip defining Point. Die Spitze verliert an Definition. Der Double break geht verloren. Der Nasenrücken wird durch einen knorpelig-knöchernen Höcker charakterisiert. Der Nasolabialwinkel ist stumpf und verstrichen. Die Oberlippe erscheint verkürzt.

Abb. 4 b, d_ Postoperatives Resultat drei Jahre durch Reduktionsplastik (offene Technik).

Mittelpunkt des Gesichtskreises besser geeignet. In dieser modifizierten Form hat sich uns diese Methode im Alltag sehr bewährt, weil sie die Beurteilung der Nase im Verhältnis zum Kinn und zur Stirn schnell und zuverlässig ermöglicht (Abb.4a-d).

Folgende Aussagen sind möglich:

- _ Besteht eine Überprojektion der Nase oder der Spitze?
- _ Besteht eine Progenie oder ein fliehendes Kinn?
- _ Welchen Einfluss hat die Stirn auf das Profil?

Die funktionelle Spannungsnase

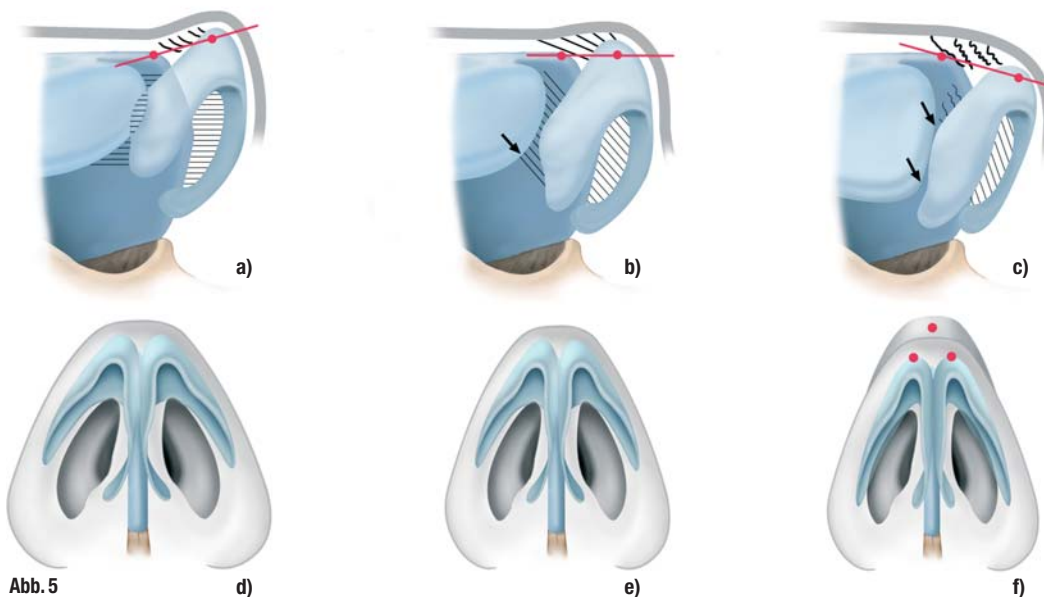
Der Begriff funktionelle Spannungsnase bezeichnet immer ein morphologisches und funktionelles Problem.

a) Funktionelle Indikationen

Meist bestehen schmale, typisch veränderte Nasenlöcher, die keine ovaläre, sondern eine schlitzförmige Form besitzen und in ein hohes „gotisches“

Vestibulum nasi führen. Dahinter zeigen sich medialisierte laterale Schenkel der Flügel- und Dreiecksknorpel. Diese führen zu einer Einengung der Nasenklappe. Die Nasenklappe wird durch den freien Rand des Dreiecksknorpels und den Septumknorpel gebildet. Sie öffnet sich normalerweise mit einem Winkel von ca. 15 Grad. Bei funktionellen Spannungsnasen ist der Winkel geringer, was allein schon zu einer Behinderung der Nasenatmung führt. Bei forciertem Nasenatmung resultieren Ansaugphänomene, die zu einem Kollaps der Nasenklappe, verbunden mit hochgradiger nasaler Obstruktion, führen. Bereits geringgradige hohe Septumdeviationen wirken sich bei solchen engen Verhältnissen aerodynamisch stark aus und verstärken die eingeschränkte Nasenatmung. Dem Begriff Nasenklappe steht heute der Begriff der Nasenklappenregion gegenüber. Dieser schließt die membranöse Verbindung zum Flügelknorpel mit dessen freien kranialen Rand und den funktionell wichtigen Kopf der unteren Nasenmuschel mit ein.

Abb. 5 a – f_ Stadien der Spannungsnase.
a_ Normalnase,
b_ kompensierte Spannungsnase,
c_ dekomensierte Spannungsnase mit Spitzenptose,
d_ normale Stellung der Flügelknorpel,
e_ Spannungsnase mit Steilstellung der Nasenlöcher und beginnender Obstruktion der Nasenklappe,
f_ hochgradige Obstruktion der Nasenklappe mit Kollapsneigung der Nasenklappe und Spitzenptose.





b) Ästhetische Indikationen

Die funktionelle Spannungsnase wird durch eine Hyperplasie des Septumknorpels charakterisiert. Typischerweise ist dieser in dorso-basaler Richtung zu lang und führt zu einer Aufrichtung der Dreiecksknorpel und des knorpeligen Nasenrückens. Der knorpelige Nasenrücken ist typischerweise konvex oder kann in einen knorpeligen Höcker übergehen, der sich im Rhinion knöchern fortsetzt. Je nach Größe des Höckers wird der Nasofrontalwinkel verkleinert. Nicht selten sind die Hyperplasien der einzelnen Knorpel auch mit einem vergrößerten Längenwachstum verbunden, was zum Eindruck der Langnase führt. Je nach anatomischer Situation entstehen bei der funktionellen Spannungsnase typische Veränderungen der Supratip-Tipregion. Der Supratip point wandert auf das Niveau der Tip defining points. Die Spitze verliert an Definition. Im Bereich der Nasenspitze ziehen elastische Fasern von der Corium-Schicht der Haut bis zum Corium des Vestibulum nasi. Die Haut ist hier schwer verschiebbar. Wenn die Hyperplasie des kaudalen Septums von den elastischen und kollagenen Fasern der Haut über der Spitze und den Bindegewebsfasern zwischen Septum und Flügelknorpeln, Dreiecks- und Flügelknorpeln und dem membranösen Septum nicht mehr „gehalten“ bzw. kompensiert werden kann, kommt es zum Absinken des Tip definig

points unter das Niveau des Supratip points in Höhe des vorderen Septumwinkels. Dieses Absinken der Spitze wird als Ptose bezeichnet. Wenn man den Tip defining point durch eine Gerade mit dem Supratip point verbindet, so kehren sich die Winkel der Nasenspitzen tangente im Vergleich zur „Idealnase“ um. Obwohl dieser Höhenunterschied im Niveau der Tip- und Supratip-Region nur ein bis zwei Millimeter betragen kann, ist seine Auswirkung auf die Ästhetik der Nasenspitze und sogar das ganze Gesicht erheblich (Abb. 5a-f, Abb. 6a-h). In der kommenden Ausgabe von der face folgt Teil 2: Analyse und chirurgische Lösungen.

Literatur

Hans Behrbohm, M.Eugene Tardy Jr.:
 Funktionell-ästhetische Chirurgie der Nase
 Thieme, 2003, 244 Seiten

Abb. 6 a – h Patientin mit funktioneller Spannungsnase und Nasenklappenstenose.
a, b prä- und postoperative Ansicht von vorn,
c präoperatives Profil,
d postoperatives Profil, zwei Jahre nach Septorhinoplastik. Deprojektion der Nasenspitze, Absenken der Supratip-Region, dadurch Supratip break, Erhalten eines hohen, individuellen Nasenrückens,
e präoperative Ansicht der Nasenbasis,
f postoperative Ansicht der Nasenbasis mit Erweiterung des Naseneingangs und der Nasenklappe,
g rechte Nasenklappe präoperativ bei Ruheatmung,
h rechte Nasenklappe präoperativ bei forcierter Inspiration (0°-Optik, Karl Storz, Tuttlingen).

_Kontakt	face
<p>Prof. Dr. Hans Behrbohm Privatpraxis am Kurfürstendamm Kurfürstendamm 61 10707 Berlin www.ku61.de</p>	

Nasendeformitäten bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten und ihre chirurgische Korrektur

Autoren_Priv.-Doz. Dr. Dr. Niels Christian Pausch, Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich, Priv.-Doz. Dr. Dr. Thomas Hierl, Leipzig

Unter den angeborenen Fehlbildungen des Gesichts stehen die Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten aufgrund ihrer Häufigkeit an erster Stelle. Weltweit wird die Prävalenz dieser Anomalie unter Erfassung der verschiedenen Expressionen (Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, Lippen-Kiefer-Spalte, Lippen- und Gaumen-Spalte) auf ca. 1 auf 500 bis 1 auf 700 Lebendgeburten geschätzt.^{2,7} Allein für Deutschland ist eine Zahl von circa 135.000 betroffenen Patienten anzunehmen. Die operative Rehabilitation der spaltbedingten Dysplasien soll die reguläre Anatomie wiederherstellen, um sowohl funktionell als auch ästhetisch gute Resultate zu erzielen. Durch den heute üblichen frühzeitigen Spaltverschluss, die Möglichkeiten der Kieferorthopädie einschließlich der kieferchirurgischen Maßnahmen wie Knochenverpflanzungen bzw. kieferverlagernde Operationen sowie die prothetischen Versorgungsmöglichkeiten durch Implantate ist dieses Ziel in vielen Fällen auch erreichbar.^{8,9,24} Die Korrektur einer eventuell bestehenden spaltbedingten Nasendeformität gilt indessen auch heute noch als technisch schwierig.²⁷ Gleichwohl ist dieser Eingriff für viele Patienten ein besonders wichtiger Teil der operativen Rehabilitation.³ Das ästhetische Hauptproblem bei der unilateralen Spaltbildung ist die Symmetriestörung der Nase, häufig kombiniert mit einem Pseudohöcker sowie einer Verbreiterung, Abflachung bzw. mangel-

haften Projektion der Nasenspitze. Bei der bilateralen Spaltbildung steht dagegen die symmetrische Abflachung und Verbreiterung des Nasengerüsts bei meist stark verkürzter Kolumella im Vordergrund. Ein wichtiger Schlüsselreiz für die mangelhafte Attraktivität der Spaltnase ist offenbar die Imitation von Altersmerkmalen. Eine eingezogene dünne Oberlippe, eine herabhängende plumpe Nasenspitze oder auch ein Nasenhöcker sind keine Attribute jugendlicher Anmut, sondern werden unwillkürlich dem höheren Lebensalter zugeordnet.¹⁷ Unsere Spaltpatienten streben jedoch nach einem erfolgreichen Abschluss der Rehabilitation mit Beginn der Volljährigkeit, um mit guten Voraussetzungen Berufs- und Partnerwahl beginnen zu können. Es ist daher ein wichtiges Anliegen, die zum Zeitpunkt der Rhinoplastik zumeist jugendlichen Patienten so weit wie möglich von ihrem Makel zu befreien. Die Schwierigkeit der Spaltnasenkorrektur liegt letztlich in der abweichenden Anatomie der Nase und des Oberkiefers.^{10,27} In Abhängigkeit von der primären Spaltbreite bzw. der jeweiligen Spaltformel kann die Nase bei isolierten, unvollständigen Lippenspalten praktisch gar nicht betroffen sein; bei vollständiger Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte liegen indessen regelmäßig ganz erhebliche Deformierungen vor (Abb.1). Bedingt durch die notwendigen Voroperationen zum Verschluss der Spaltbildung resultieren neben der ei-

Abb. 1 _Unilaterale linksseitige Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte (1. Lebensjahr), noch unversorgt.
Abb. 2 _Spalttypische Nasendysplasie bei unilateraler Spaltbildung im 18. Lebensjahr.



Radiowellen zur Faltenglättung und Hautrejuvenation

RF
Facing®

Die sichere, sanfte Methode
für ein jüngeres Gesicht
und einen strafferen Körper!

Eines von vielen
Behandlungsbeispielen

Die Innovation in der Anti-Aging-Behandlung

Mit dieser Methode erreichen Sie auch
die Patienten, die vor einem Eingriff mit
Skalpell oder Spritze zurückschrecken!



radioSURG® 2200

Das Radiowellengerät nicht nur für die RF-ReFacing®-Behandlung, sondern auch
für alle chirurgischen Maßnahmen und IGeL-Eingriffe. Das Gerät amortisiert sich schnell!

RF-ReFacing® ist ein eingetragenes Warenzeichen der Meyer-Haake GmbH.



Meyer-Haake GmbH
Medical Innovations
Am Joseph 9 · 61273 Wehrheim
Deutschland / Germany

Telefon / Phone ☎ : + 49 (0) 60 81 - 44 61 - 0
Telefax / Telefax 📠 : + 49 (0) 60 81 - 44 61 - 22
E-Mail: info@meyer-haake.com / export@meyer-haake.com
Internet: www.meyer-haake.com

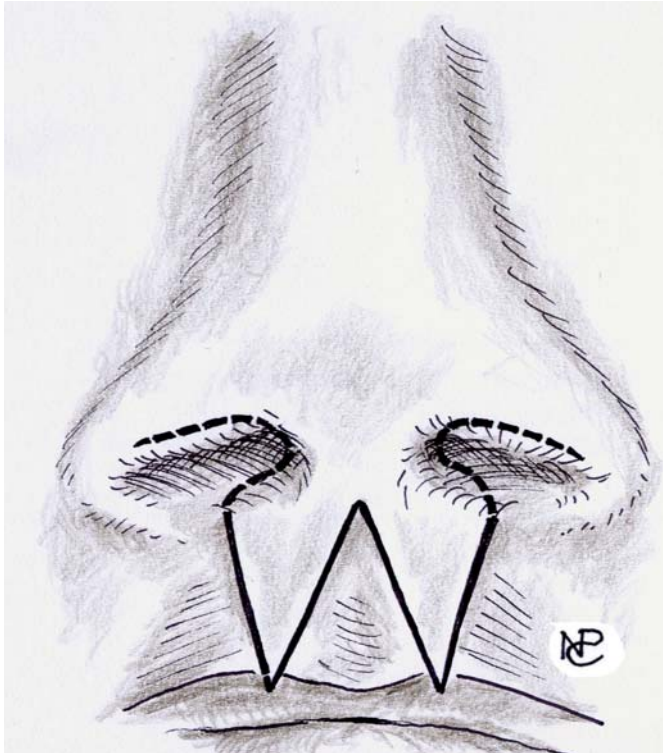


Abb. 3

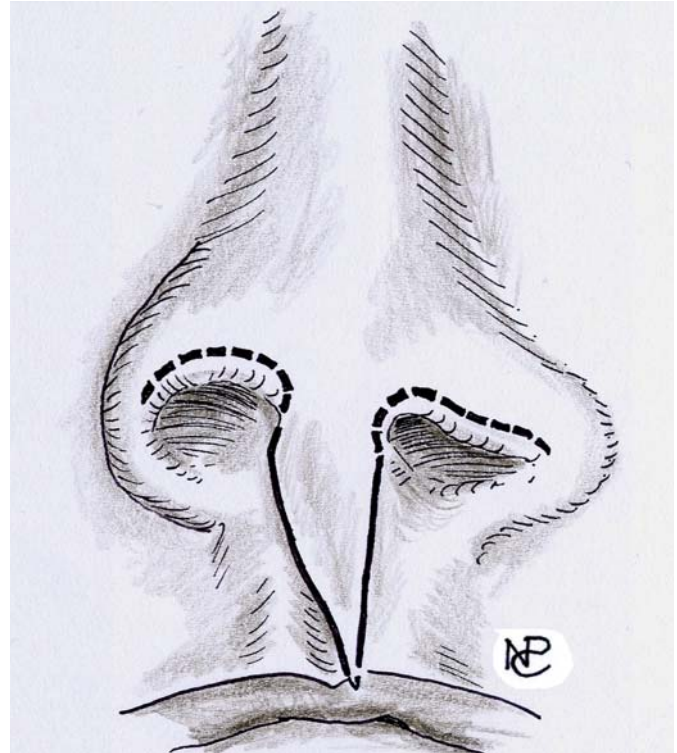


Abb. 4

Abb. 3 Gabellappenplastik bei bilateraler LKG-Spalte (nach Burian).

Abb. 4 VY-Plastik bei unilateraler LKG-Spalte (nach Potter/Bardach).

gentlichen Defektbildung nach Wachstumsabschluss (Abb. 2) zudem noch Narben im Bereich der Kolumella und des Nasenbodens, die eine Modifikation der sonst bei Rhinoplastiken üblichen Bausteine erfordern.^{4, 5, 15, 21, 34, 35} Neben der ästhetischen Verbesserung ist die Wiederherstellung einer normalen Nasenatmung ein Grundanliegen der Rhinoplastik.³⁶ Regelmäßig wird daher im Rahmen dieses Eingriffs auch die innere Nase in die Korrektur einbezogen, um Schwellgewebe zu reduzieren und die ästhetisch erwünschte Verkleinerung des Nasenvolumens zu kompensieren. Mitunter ist es notwendig, die Rhinoplastik mit speziellen flankierenden Eingriffen (zum Beispiel einer Kieferspaltosteoplastik zur Augmentation der spaltseitigen Nasenapertur) zu kombinieren. Falls die Notwendigkeit einer kieferverlagernden Operation, insbesondere einer Oberkieferosteotomie in der Le Fort I-Ebene, abzusehen ist, sollte ein derartiger Eingriff stets vor der Rhinoplastik erfolgen, da sich andernfalls die mühsam erreichte Konfiguration der Nasenbasis erheblich verschieben kann.

In unserer Einrichtung werden pro Jahr durchschnittlich 40 Nasenkorrekturen bei spaltbedingter Nasendysplasie vorgenommen. Das Alter der Patienten liegt üblicherweise zwischen 18 und 60 Jahren. Über 90 Prozent der Patienten sind zwischen 18 und 30 Jahre alt. In Ausnahmefällen kann bei Mädchen ab dem vierzehnten, bei Jungen ab dem sechzehnten Lebensjahr eine Basisrhinoplastik mit den üblichen Osteotomien und Veränderungen des knorpeligen Nasengerüsts erfolgen.¹⁶

In der Regel wird dabei die Rhinoplastik über einen offenen Zugang unter Einbeziehung der Lippennarbe durchgeführt. Aufbauend auf ältere Techniken^{11, 21} gehen die meisten der heute üblichen Schnittgeometrien zur Nasen-Lippen-Korrektur bei bilateraler LKG-Spalte auf Empfehlungen von Burian (1954) bzw. Stellmach (1973)²⁸ bzw. bei unilateraler LKG-Spalte auf Publikationen von Potter (1954) und Bardach (1987)^{1, 18} zurück (Abb. 3 und 4). Viele Modifikationen greifen diese Techniken auf.^{15, 27} Das innewohnende Prinzip der VY-Verschiebung erscheint aus unserer Sicht bis heute am besten für die Rekonstruktion der fast immer verkürzten Kolumella geeignet zu sein. Bei ausgeprägt defizitärer Kolumella (Abb. 5 und 6) geht die rhinoplastische Rekonstruktion dieser Struktur häufig zulasten der Oberlippe (Abb. 7 und 8). Hier ist dann eine Sekundärkorrektur der Lippennarbe, z. B. ein Jahr nach der Rhinoplastik, angezeigt.

Eine totale Beseitigung aller spaltbedingten Makel, insbesondere der Nase, ist allerdings unrealistisch. Dies muss im Vorfeld mit dem Patienten besprochen werden, um unrealistische Erwartungen zu dämpfen. Insbesondere bei der Korrektur der Symmetriestörung im Bereich des Naseneingangs bei unilateraler Spaltbildung sind häufig kleine Kompromisse nötig. Untersuchungen haben ergeben, dass Spaltpatienten vor allem die beim Blick von unten in die Nasenlöcher hinein häufig vorzufindende Asymmetrie als störend empfinden. Dieser Blickwinkel spielt jedoch in der Umgebung des Betroffenen, also im Alltag, eine nur untergeordnete Rolle. Die Umwelt achtet bei der ersten Betrachtung eines bisher unbekanntem

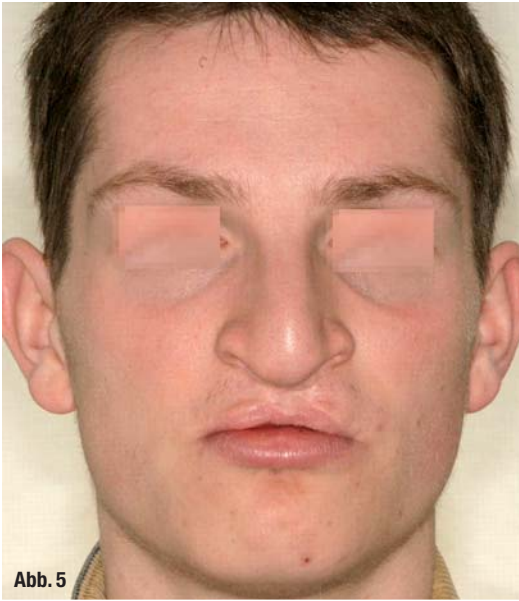


Abb. 5

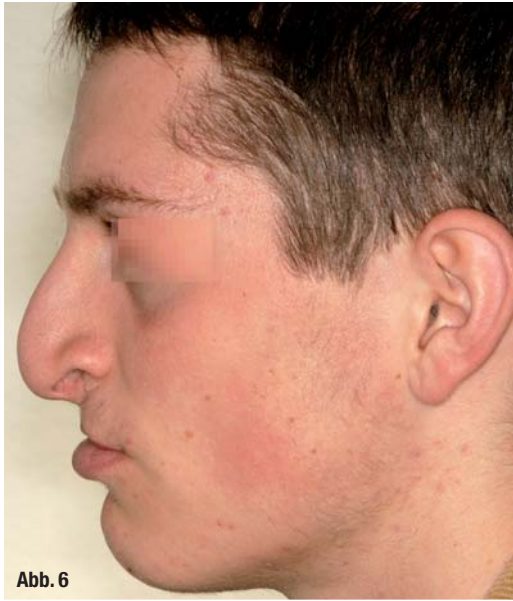


Abb. 6

Abb. 5 und 6 Patient (18 Jahre) mit bilateraler LKG-Spalte, präoperativ.
Abb. 7 und 8 Gleicher Patient zwei Jahre postoperativ nach Septorhinoplastik.



Abb. 7

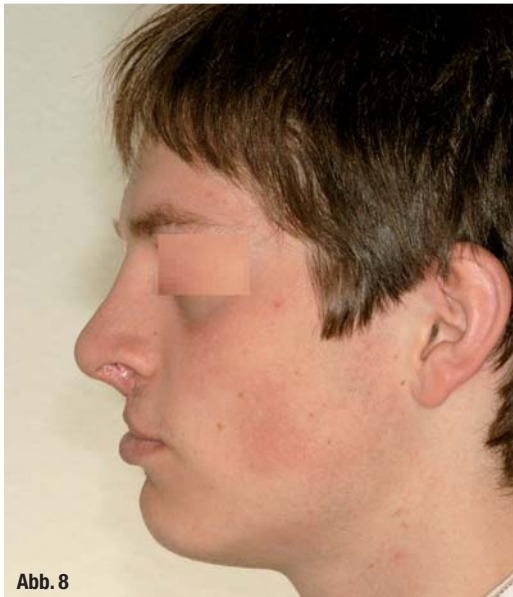


Abb. 8

Gesichtes eher auf die allgemeine Form der Nase bzw. deren Breite und Profil. Dies ist vielen Patienten nicht bewusst, da sie ihr Profil oder Halbprofil nur mithilfe von zwei Spiegeln einsehen können. Gemessen an den teilweise erheblichen Formfehlern der Nase bei Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten sind die Vorstellungen

und Wünsche der betroffenen Patientengruppe allerdings meist rational und nachvollziehbar. In Spaltpatienten begegnen uns fast nie narzisstische Persönlichkeiten mit unerfüllbaren, übertriebenen Erwartungen. Es dominieren hier Patienten mit dem ganz normalen berechtigten Wunsch, ein verbes-

Abb. 9 und 10 Patientin (16 Jahre) mit unilateraler LKG-Spalte, präoperativ.

Abb. 11 und 12 Gleiche Patientin zwei Jahre postoperativ nach Septorhinoplastik.



Abb. 9



Abb. 10



Abb. 11

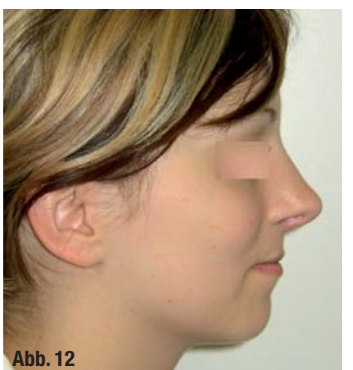


Abb. 12

_Kontakt

face

**Priv.-Doz. Dr. Dr.
Niels Christian Pausch
Prof. Dr. Dr.
Alexander Hemprich
Priv.-Doz. Dr. Dr.
Thomas Hierl**

Universität Leipzig
Klinik und Poliklinik für
Kiefer- und Plastische
Gesichtschirurgie
Nürnberger Straße 57
04103 Leipzig

sertes, vielleicht auch nur unauffälligeres Erscheinungsbild zu erlangen. Sie kennen sich nur mit dem Makel und haben sich in vielen Fällen sehr gut damit arrangiert. Da Spaltpatienten eben nicht kleinste Mängel der Gesichtsästhetik antizipieren und hierfür nach Vokabular suchen, fällt es ihnen im Beratungsbzw. Aufklärungsgespräch mitunter schwer, genau zu benennen, was genau sie an ihrer Nase stört bzw. wie diese nach der Korrektur aussehen soll. Hier gilt es, besonders behutsam die ästhetische Problematik zu erklären und über die technischen Möglichkeiten zu deren Beseitigung zu informieren.

Die Korrektur der spaltbedingten Nasendysplasie ist heute ein Eingriff mit sehr guter Aussicht auf Verbesserung der störenden Anomalien (Abb. 9–12). Nach Auffassung der Autoren ist es hierbei gerechtfertigt, bei der Planung des Eingriffes eine idealisierte

Nasenform, ja selbst eine „Typänderung“ anzustreben. Anders als bei rein ästhetischen Rhinoplastiken sonstiger Patienten, bei denen es wünschenswert erscheinen kann, die persönliche Charakteristik einer Nase in abgemilderter Form zu bewahren, finden wir bei der „Spaltnase“ häufig eine so beeinträchtigende Dekonfiguration, dass die Beseitigung dieser Mängel ein nachvollziehbares Ziel ist. Gelingt dabei eine „überdurchschnittlich“ attraktive Nasenform, so vermag solch ein Ergebnis sogar kleinere andere Schönheitsfehler (Narben, Lippenform, Kieferrelation) zu relativieren.

Weitere technische Verbesserungen der Methodik werden künftig die Akzeptanz dieser Operation erhöhen und den Patienten zu einem Äußeren verhelfen, das ihrem Alter und ihrem Lebensgefühl entspricht.

Literatur

[1] Bardach J, Salyer K, Jackson I (1987) Correction of nasal deformity associated with unilateral cleft lip. In Bardach J und Salyer K (Hrsg.): Surgical techniques in cleft lip and palate. Year Book Medical Publishers, Chicago: 68

[2] Bernheim N, Georges M, Malevez C, De Mey A, Mansbach A (2006) Embryology and epidemiology of cleft lip and palate. B-ENT 2 (4): 11–9

[3] Breier T, Hemprich A, Becker R (1993) Methodische Aspekte bei der Korrektur der spaltbedingten Nasendysplasie. Dtsch Z Mund Kiefer Gesichtschir. 17: 32–6

[4] Gubisch W (1997) Principles of cleft nose correction. Laryngorhinootol. 76 (11): 682–5

[5] Gubisch W, Bromba M (1994) A personal rhinoplasty concept for patients with cleft lip, jaw, palate. Laryngorhinootol. 73 (11): 597–602

[6] Gubisch W (1989) Cleft nose correction in unilateral cleft formation. HNO 37 (10): 415–22

[7] Gundlach KK, Maus C (2006) Epidemiological studies on the frequency of clefts in Europe and world-wide. J Craniomaxillofac Surg. 34 (2): 1–2

[8] Hemprich A (2000) Sekundäroperationen bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Mund Kiefer Gesichtschir. 4 (1): 61–7

[9] Hemprich A (1995) Das Leipziger Konzept zur funktionellen Rehabilitation von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Dtsch Z Mund Kiefer Gesichtschir. 19: 185–190

[10] Huffmann WC, Lierle DM (1949) Studies on the pathologic anatomy of the unilateral hare-lip nose. Plast Reconstr Surg. 4: 225–34

[11] Joseph J (1931) Nasenplastik und andere Gesichtsplastiken. Curt Kabitzsch-Verlag Leipzig: 7, 20, 118, 392

[12] Nolst Trenité GJ, Paping RH, Trenning AH (1997) Rhinoplasty in the cleft lip patient. Cleft Palate-Craniofacial J. 34 (1): 63–68

[13] Nolst Trenité GJ (2002) Secondary rhinoplasty in the bilateral cleft. Facial Plast Surg. 18 (3): 179–86

[14] Nolst Trenité GJ (2006) Secondary rhinoplasty in the cleft lip patient. B-ENT 2(4): 102–8

[15] Ohara H, Nakajima T, Ogata H, Ishii N, Shimizu Y (2008) Alar groove plasty using a subcutaneous flap technique in bulbous nose repair after cleft lip plasty. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 62 (7): 884–8

[16] Pausch NC, Hemprich A (2009) Möglichkeiten und Grenzen, Komplikationen und Fehler der chirurgischen Korrektur spaltbedingter Nasendysplasie. J DGPWChir

[17] Pausch NC, Pitak-Arnop P, Herzberg PY, Dhanuthai K, Hemprich A (2010) Secondary cleft rhinoplasty rejuvenates the nose: A suggestion from panel survey. Tripel O (epub)

[18] Potter J (1954) Some nasal tip deformities due to alar cartilage abnormalities. Plast Reconstr Surg. 13: 358

[19] Rethi A (1929) Über die korrektiven Operationen der Nasendeformitäten. Chirurgie 1: 1103

[20] Rettinger G, Christ P, Meythaler FH (1999) Blindness caused by central artery occlusion following nasal septum correction. HNO 38 (3): 105–9

[21] Rettinger G, O Connell M (2002) The nasal base in cleft lip rhinoplasty. Facial Plast Surg. 18 (3): 165–78

[22] Rettinger G, Zenkel M (1997) Skin and soft tissue complications. Facial Plast Surg. 13 (1): 51–9

[23] Sanvenero-Roselli G (1952) Zur plastischen Wiederherstellung von Defekten der häutigen Nasenscheidewand. Deutsch Zahnärztl Z. 1 (12): 338–45

[24] Schwenzler N, Arnold R (1998) Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Deutsch Ärztl. 95 (37) A-2262/B-1930/C-1813

[25] Simons RL (1982) Nasal tip projection, ptosis and supratip thickening. J Ear, Nose & Throat 61 (8): 452–5

[26] Sulsenti G, Palma P (1997) Complications and sequelae of nasal base and tip surgery. Facial Plast Surg. 13(1): 25–43

[27] Sykes JM, Jang YJ (2009) Cleft lip rhinoplasty. Facial Plast Surg Clin North Am. 17 (1): 133–44

[28] Stellmach R (1973) Operative Korrektur und Nachbehandlung der spaltbedingten Schiefnase. Fortschr Kiefer Gesichtschir. Band XVI (Lippen-Kiefer-Gaumenspalten: Primär- und Sekundärbehandlung): 261–5

[29] Tardy ME, Cheng EY, Jernstrom V (1987) Misadventures in nasal tip surgery: Analysis and repair. Otolaryngol Clin N Am. 20 (4): 797–823

[30] Tardy ME, Toriumi D (1989) Alar retraction: Composite graft correction. Facial Plast Surg. 6 (2) 101–7

[31] Tardy MR, Schwartz M, Perras G (1989a) Saddle nose deformity: Autogenous graft repair. Facial Plast Surg. 6 (2): 121–34

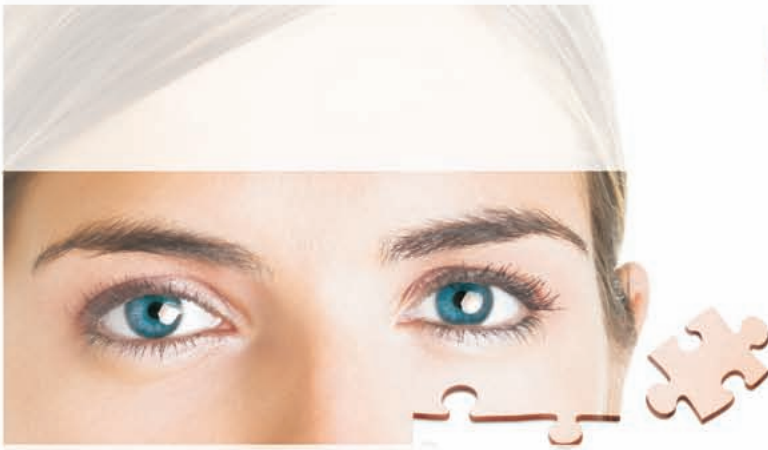
[32] Tardy ME, Kron TK, Younger R, Key M (1989b) The cartilaginous pollybeak: Etiology, prevention and treatment. Facial Plast Surg. 6 (2): 113–20

[33] Thomas JR, Tardy ME (1986) Complications of rhinoplasty. ENT Journal 65 (1): 19–34

[34] Tolhurst DE (1993) Secondary correction of the cleft lip nasal deformities. Br J Plast Surg. 36: 449–54

[35] Wang TD (2007) Secondary rhinoplasty in unilateral cleft nasal deformity. Facial Plast Surg. 23 (2): 123–7

[36] Warren DW, Hairfield WM, Dalston ET (1991) Nasal airway impairment: the oral response in cleft palate patients. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 99 (4): 346–53



Reparestim HA®

Anti-Aging Mesotherapie-Cocktail zur Injektion

Klinisch geprüfter und CE zertifizierter Wirkstoffkomplex mit 61 aktiven Wirkstoffen + HA

- 10 Vitamine
- 19 Aminosäuren
- 12 Mineralstoffe
- 2 Co-Enzyme
- 3 Fettsäuren
- 16 Antioxidantien
- + Hyaluronsäure



Inhalt:

- 5x5ml Einweg-Ampullen gebrauchsfertig
- 5x23G Entnahme-Nadeln
- 5x32G Behandlungsnadeln
- 5x1ml Injektionsspritzen

Reparatur – Auffüllung – Stimulation – Schutz

Globale Bio-revitalisierende stimulierende Wirkung
Restrukturiert, füllt und hydratisiert die Dermis



Eine exakt auf die Mesotherapie abgestimmte Daily-Care-Pflege

Easy-TCA

TCA-Peeling

Medizinisches TCA-Peeling ohne praktische Indikationseinschränkung

Kombinierbar mit allen ästhetischen Therapien (Filler, Botox, Meso)

Hohe Profitabilität durch erweiterten ästhetischen Therapieansatz

Einfachste, schnelle und effektive Anwendung



Indikationen:

Aktive Akne, Melasma, pigmentierte Keratosen, Altersflecken, kleine Falten, Hautverjüngung, chemische Blepharoplastik, chemisches Lifting

Grundsätzliche Erwägungen bei der operativen Therapie von kleineren und mittleren Tumoren der Haut im Gesichtsbereich

Die spezielle Problematik der Gesichtshaut

Autoren_Dr. Dr. Michael Wiesend, Dr. Bettina Hübinger-Wiesend, Montabaur

Einleitung

Die Entfernung von Tumoren im Gesichtsbereich ist aus mehreren Gründen als besonders heikel einzustufen.

Während man am Rumpf oder an den Extremitäten problemlos auch größere Sicherheitsabstände einhalten kann und sich keine größeren Sorgen um die Defektdeckung machen muss, steht man im Gesicht selbst bei kleinen Tumoren aufgrund ihrer ungünstigen Lokalisation oft vor der Frage: Wie bekomme ich das bloß hinterher wieder zu?

Die Haut im Gesicht ist zart und dünn, teilweise nahezu ohne Subcutis, wodurch die Gefahr des Einreißen während der Operation besteht und die Gefahr späterer Wundheilungsstörungen verschärft wird. Das Vorhandensein von Augen, Nase und Mund grenzt die „Flächen“ sehr ein, aus denen man Reservehaut holen kann.

Auch eine Vielzahl von Funktionen muss erhalten werden. Beispielsweise muss der Patient auch nach der Entfernung des Basalioms vom Oberlid das

Auge noch vollständig schließen können, um die Sehkraft zu erhalten, und der Patient mit einem Karzinom der Lippe will seine Frau noch küssen können.

Außerdem müssen Behaarungsunterschiede berücksichtigt werden. So kann man nicht auf die behaarte Kopfhaut zurückgreifen, um Defekte im Bereich der unbehaarten Schläfen zu decken, und auch der Verlauf der Augenbrauen sollte nicht verändert werden.

Insgesamt muss man damit rechnen, dass der Patient häufig schon auf kleinere Asymmetrien, Fältelungen oder Hautzipfel unzufrieden reagiert.

Die Tatsache, dass man an einem bösartigen Tumor operiert worden ist, tritt anscheinend erstaunlich schnell in den Hintergrund, wenn man sich über einen kleinen postoperativen Makel im Gesicht aufregen kann.

Selbst operativ erfahrene Hautärzte und niedergelassene Allgemeinchirurgen überweisen deshalb hier die Patienten gern an den Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen weiter.

Abb. 1a_ Basalzellkarzinom des Nasenflügels links.

Abb. 1b_ Exzision des Tumors, Ränder histologisch in sano.

Abb. 1c_ Hautmobilisation für die Rekonstruktion, Nahlappenplastik.

Abb. 1d_ Heilungsergebnis nach einem halben Jahr, leichter Narbenzug.





Abb. 2a Basalzellkarzinom des Unterlids rechts.
Abb. 2b Z.n. Exzision und temporäre Weichteildeckung mit Epigard bis zur definitiven Mitteilung des histologischen Ergebnisses.
Abb. 2c Heilungsergebnis nach einem halben Jahr, kleine Narbe am Unterlid.

Das zweizeitige Vorgehen

Da man also im Gesicht aus verständlichen Gründen den Defekt klein halten möchte, bemüht man sich zwar immer um die Exzision einer tumorverdächtigen Veränderung in toto, auf der anderen Seite aber versucht man auch, den Sicherheitsabstand so gering wie medizinisch vertretbar zu halten.

Dies führt dazu, dass die Histologie in manchen Fällen randständige Veränderungen nachweist, sodass eine Nachexzision erforderlich wird. Nicht nur Basaliome sind „unterirdisch“ oft ausgedehnter als „oberirdisch“, also klinisch, angenommen. Auch bei Plattenepithelkarzinomen sieht man manchmal nur die Spitze des Eisbergs.

Deshalb empfiehlt sich zum einen die Markierung des Präparats, klassischerweise mit Fäden, die eingeknotet und kurz geschnitten oder lang belassen werden. Die Markierung muss mit ihrer Lokalisation (lateral/medial, cranial/caudal o.ä.) dokumentiert sein, sowohl in der Akte des Operateurs als auch auf den Unterlagen für den Pathologen, sodass jeder hinterher genau sagen kann, wo genau eine Nachresektion erforderlich ist.

Denn eine unnötige komplette Umschneidung der ersten Exzision, wenn eine Nachresektion nur an einer kleinen Stelle sinnvoll ist, würde ja dem Prinzip der Kleinhaltung des Defekts zuwiderlaufen. Die Entfernung eines kleinen oder mittleren Tumors kann außer bei gravierenden Grunderkrankungen meist ambulant durchgeführt werden, denn die Probeexzision ist beim zweizeitigen Vorgehen der kleinere Eingriff.

Während der Pathologe das Präparat untersucht, kann der Patient mit einer passageren Deckung unter einem Verband sein normales Leben zu Hause weiterführen. Für diese Deckung empfiehlt

sich ein exakt zugeschnittenes Stück provisorischer Kunsthaut (z.B. Epigard), welches schön bündig eingenäht wird. Eine prophylaktische orale antibiotische Abschirmung hilft einen Infekt zu vermeiden.

Nach wenigen Tagen, wenn das histologische Ergebnis vorliegt, kann der zweite Eingriff erfolgen. Dieser beginnt mit der Entfernung des Epigards, es folgt die Anfrischung der Wunde oder gegebenenfalls die Nachresektion.

In einigen wenigen Fällen, wenn die randständigen Tumoranteile noch auf einen erheblichen klinisch unauffälligen Resttumor hinweisen, kann eine Ausdehnung auf ein dreizeitiges Vorgehen notwendig werden, das heißt, es erfolgt ein weiteres Mal der provisorische Epigard-Verschluss mit anschließendem Warten auf den Pathologen. Erst wenn alle Ränder frei sind, also der ganze Tumor draußen ist, kann man beginnen Haut zu verschieben oder zu rotieren. Denn nach dem Verschieben oder Rotieren findet sich der klinisch unauffällige Randbereich eines Tumors kaum mehr wieder.

In den meisten Fällen findet eine Nachresektion jedoch wegen minimaler randständiger Bereiche oder zur Erweiterung eines sehr knappen Sicherheitsabstandes statt und steht der plastischen Deckung im gleichen Eingriff nicht im Wege.

Die Deckung ist der größere Eingriff, da hierfür flächenmäßig erheblich weitreichendere Hautareale mobilisiert werden müssen oder ein zweites Operationsfeld hinzukommt.

Deshalb muss hier je nach Schwere der geplanten Operation oder je nach Alter und Grunderkrankungen des Patienten erstens die Notwendigkeit einer Vollnarkose/Analosedierung und zweitens die Erforderlichkeit eines stationären Settings abgewogen werden.

Abb. 3a V.a. Basaliom präauriculär links (nach Injektion von Lokalanästhesie bildet sich ein weißer Hof).

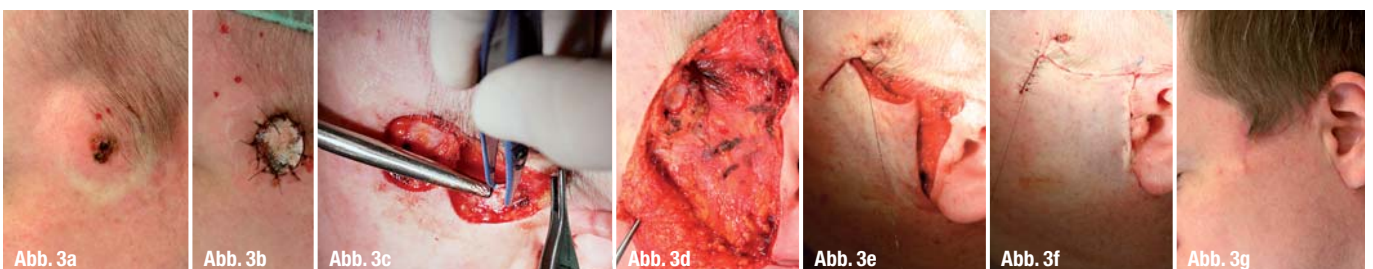
Abb. 3b Z.n. Exzision und histologische Sicherung mit temporärer Deckung mittels Epigard bis zur Mitteilung, ob der Tumor in sano reseziert wurde.

Abb. 3c Erneute Nachresektion, da Entfernung nicht in sano.

Abb. 3d Mobilisation eines kutanen Hautlappens.

Abb. 3e und f Wangenrotation und spannungsfreie Adaptation.

Abb. 3g Heilungsergebnis nach einem halben Jahr.



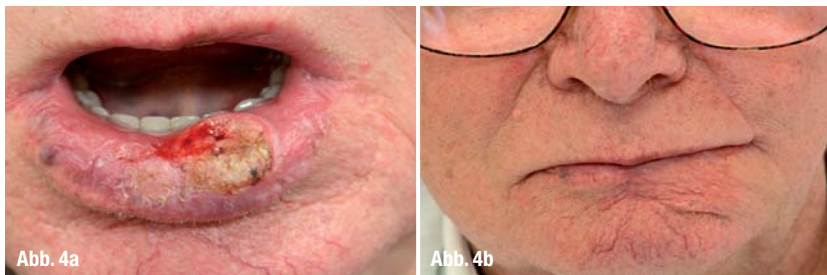


Abb. 4a

Abb. 4b

Abb. 4a Ausgedehntes Plattenepithelkarzinom der Unterlippe links, mittellinienüberschreitend.

Abb. 4b Heilungsergebnis nach einem halben Jahr. Nach Entfernung des Tumors war die Rekonstruktion der Unterlippe nach Bernard, modifiziert nach Fries (Lappen aus der Wange) durchgeführt worden.

Im stationären Setting kann über ein paar Tage hinweg die Herz-Kreislauf-Situation des Patienten überwacht werden, er kann sich körperlich schonen und so das Nachblutungsrisiko senken und er kann eine intravenöse Antibiotika-Prophylaxe erhalten. Die praktischen Erwägungen wie die Vermeidung der täglichen Fahrt zum Arzt sind heutzutage nur noch ein angenehmer Nebeneffekt für den Patienten.

_Deckungsmöglichkeiten

Am häufigsten arbeitet man im Gesichtsbereich mit lokalen Hautlappen, also Verschiebe- oder Rotationslappen.

Der große Vorteil liegt darin, dass hier die Farbe und Beschaffenheit der deckenden Haut sehr ähnlich oder sogar identisch ist. Deshalb fällt die umgesiedelte Haut selbst hier schon nach kurzer Zeit gar nicht mehr auf, und wenn die sonstige Heilung gut abläuft, sind die Narben dann nur noch bei genauem Hinsehen zu finden.

Die Verwendung von gestielten Lappen aus fernerer Regionen als dem Gesicht, der Kopfhaut oder dem Halsbereich betrifft in der Regel nur die größeren Tumoren.

Die andere Möglichkeit ist ein freies Transplantat, das im Gesicht eigentlich nur als Vollhauttransplantat üblich ist.

Das ästhetische Ergebnis einer Spalthauttransplantation ist in der Regel so, dass man es nur im absoluten Notfall (bei großflächigen Verbrennungen o.ä.) in Kauf nehmen würde.

Ein Vollhauttransplantat benötigt ein gut vaskularisiertes Bett. Ein solches ist aber nach der Entfernung eines Hauttumors manchmal nicht mehr vorhanden, sodass hier von Fall zu Fall abgewogen werden muss, ob man von einer sicheren Einheilung ausgehen darf.

Selbst wenn man die Vollhaut aus ähnlichen Hautarealen wie z.B. hinter dem Ohr oder aus dem tieferen seitlichen Hals entnimmt, muss man auch langfristig mit gewissen Unterschieden rechnen. Extremfälle wie der berühmte rosa „Flicker“ mitten auf der gebräunten Stirn oder auf der Nasenspitze sind aber eher selten und stammen meist aus einer erheblich weniger passenden Hautregion.

Gleichmaßen wichtig für den Operateur und für den Patienten ist auch der Punkt, dass man hier zwei Operationsgebiete hat und hinterher zwei Wunden, die heilen müssen und die eventuell kaschiert werden sollen. Wenn das Gesicht gut aussieht, aber alle Leute starren auf die entstellende Narbe am Hals, dann ist der Patient auch verstimmt.

Wenn der Operateur sich aller dieser Aspekte bewusst ist und sich an die medizinisch korrekte Strategie hält, sollte er dennoch bei jedem speziellen Patienten vor dem ersten Eingriff einen genauen „Worst-case“-Plan für den endgültigen Verschluss haben.

Zahlreiche Bildbände und Case-reports sowie der Austausch mit Kollegen können hier sehr hilfreich sein, ansonsten überweist man lieber einmal zu viel an ein spezialisiertes Zentrum weiter.

Abb. 5a Basalzellkarzinom des Nasenflügels rechts.

Abb. 5b Z.n. Exzision und Nachresektion, Ränder jetzt in sano.

Abb. 5c Mobilisation der Haut für den plastischen Verschluss.

Abb. 5d Z.n. Verschluss mittels Nahlappenplastik.

Abb. 5e Heilungsergebnis nach einem halben Jahr.



Abb. 5a

Abb. 5b

Abb. 5c

Abb. 5d

Abb. 5e

_Autor

face



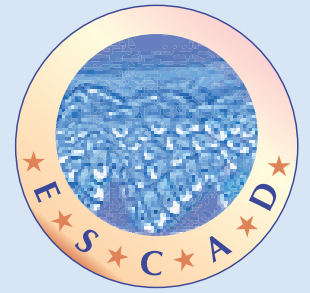
Dr. Dr. Michael Wiesend

Koblenzer Straße 11–13
56410 Montabaur
Tel.: 0 26 02/1 22-6 40
Fax: 0 26 02/1 22-6 49
E-Mail:
info@mkg-montabaur.de

Von 2002 bis 2007 in der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Zentrum für Implantologie, Ästhetische Gesichtschirurgie des Klinikums Osnabrück tätig. Zunächst als Assistenzarzt, später als Oberarzt. Seit 1. Juli 2007 Praxis im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Montabaur.



COSMODERM XVI



Dresden/Germany • December 9–12, 2010

The International Aesthetic Dermatology Congress of ESCAD

European Society
for Cosmetic &
Aesthetic Dermatology

Programme and Registration:
www.cosmoderm2010.de

In association with:

European Society of Preventive,
Regenerative and Anti-Aging
Medicine (ESAAM)

German Society of Botulinum
Toxin Therapy (DGBT)

Saxonian Society of
Dermatology

Working Committee of
Associated Dermatology
Institutes (AADI)

Cosmetic Dermatology
Society of India (CSI)



PE-Implantate zur Herstellung der Gesichtsharmonie

Autoren _ Dr. Dr. Manfred Nilius, Juliana-Theresa Schell, Dr. Sandra Liesen, Dr. Jochen Arentz, Dr. Fred Buschmann, ZTM Rainhard Goeken, Dr. Nader Amirfallah, Dr. Peter Degano, Dr. Mirela-Oana Nilius

Die Verwendung implantierbarer Biomaterialien zur Gesichtsharmonisierung und Rekonstruktion ist seit Jahren integraler Bestandteil der ästhetischen Chirurgie. Metallische und zunehmend auch keramische Implantate werden neben der dental-prothetischen Fixation und Frakturversorgung auch zur Defektrekonstruktion verwendet. Zur Substitution von Knochen- und Weichgewebsdefiziten mit primär ästhetischer Indikation kommen Polymere wie Polyethylen zum Einsatz. Der Artikel beschreibt die Verwendung von konfektionierten, individualisierten und titanverstärkten fazialen Implantaten aus Polyethylen im klinischen Einsatz der Gesichtschirurgie exemplarisch für Stirn, Mittelgesicht sowie Untergesicht.

_Einleitung

Die Nachfrage nach harmonischen Gesichtszügen und einem ästhetischen Erscheinungsbild nimmt seit Jahren stetig zu. Ebenso sinkt die Bereitschaft, für dieses Ziel große operative Eingriffe in Kauf zu nehmen. Die Industrie hat diesen Trend erkannt und bietet eine Vielzahl xenogener Implantate zur Volumensteigerung und fazialen Ausformung an.

Neben keramischen Werkstoffen – allen voran Yttrium-stabilisierte Zirkondioxide – haben sich metallische Implantate etabliert. Neben medizinischem Stahl, Chrom-Kobalt-Verbindungen erfreut sich Rein-Titan vor allem aufgrund seiner geringen Artefakt-Bildung im radiografischen Bild (CT/DVT/MRT) besonderer Beliebtheit.

Polymere werden seit mehr als 60 Jahren in der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie eingesetzt



(Rubin1983). Die längsten retrospektiven Nachuntersuchungen weisen einen Beobachtungszeitraum von 32 Jahren aus. Für die Verwendung von Polyethylen-Implantaten in den Regionen Nase, Unterkiefer, Schädel und Orbita werden Erfolgsquoten von 89 Prozent hinsichtlich der Biokompatibilität, Formstabilität und des Einwachsverhaltens dokumentiert. Seit mehr als sechs Jahren werden MEDPOR-Implantate in der Niliusklinik zur Gesichts(re)konturierung eingesetzt.

Kasuistiken

Kasuistik 1

1. Gesichtsetage (Stirn-Rekonstruktion)

Ein 61-jähriger Patient stellte sich zur Abklärung einer Weichgewebsveränderung im Stirnbereich in unserer Klinik vor. Eigenanamnestisch war ein Verkehrsunfall mit Schädel-Hirntrauma und Fraktur-Reposition Anfang der 1972er-Jahre bekannt. Infolgedessen sei es zu rezidivierenden Schwellungszuständen im Frontalbereich gekommen. In den letzten zehn Jahren wurden zwei Punktionsversuche unternommen, eine Histologie oder Zytologie wurde jedoch nicht durchgeführt. Die primären Krankenunterlagen waren aufgrund der Verjährungsfrist nicht auffindbar.

Klinischer Befund

Der Tastbefund ergab eine ca. 6 x 6 cm große, prallelastische Schwellung im Bereich des Os frontale mit Übergang zum Os nasale und Elevation der medialen Augenbrauenanteile. Dazu war eine Prolapsus der Weichgewebe im Bereich des medialen Angulus oculi rechts palpabel. Die ophthalmologische Untersuchung ergab keine Blickabweichung im Zusammenhang mit der Schwellung (Abb. 1a–c).

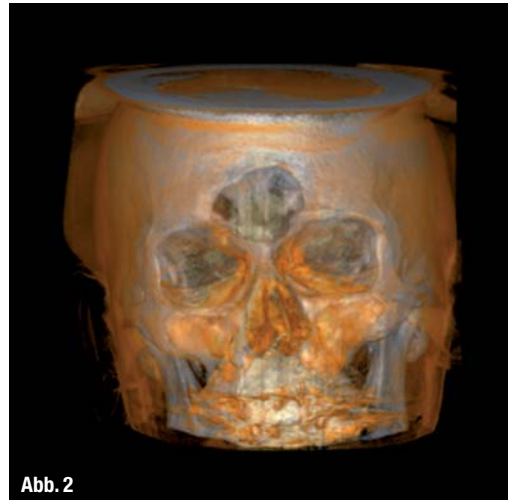


Abb. 2

Radiologischer Befund

Frontal zeigte sich eine ausgeprägte, extraaxiale, konvex bogige Raumforderung ohne Malignitätskriterien. Die ventralen Anteile zur Schädelkalotte waren deutlich pelottiert. Zum Neurocranium hin lag eine ossäre Defektzone ohne Anzeichen einer Infiltration ins Cerebrum vor (Abb. 2).

Diagnose

Sklerosierte, chronisch-entzündlich irritierte nasofrontoethmoidale Inversionszyste, mit auf das umgebende Gewebe übergreifender Vernarbung und mukoider Eindickung (Abb. 2, KaVo 3D eXam, Modus Transparent Skin).

Operatives Vorgehen

Mittels transfrontalem Zugang wurde der rostrale Zystenanteil dargestellt und die Zyste eröffnet (Abb.



Abb. 3a

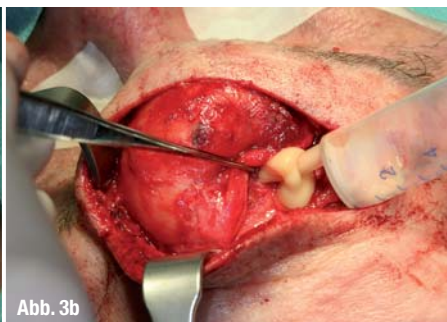


Abb. 3b

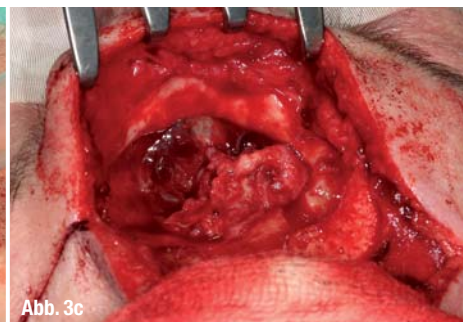


Abb. 3c



Abb. 4a

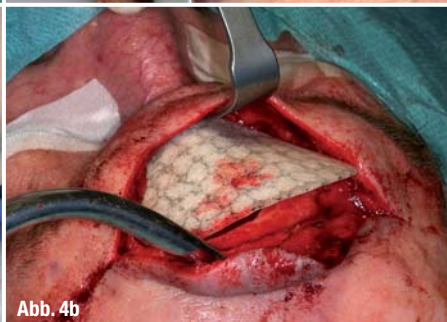


Abb. 4b



Abb. 4c

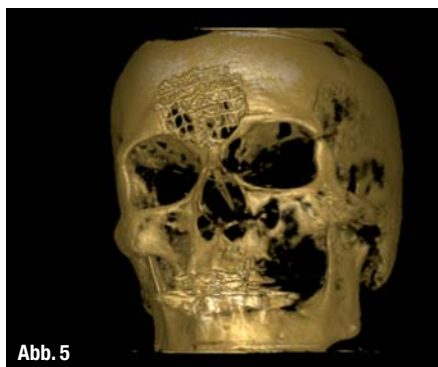


Abb. 5



Abb. 6a



Abb. 6b



Abb. 6c

3a–c). Die Schnellschnitt-Diagnostik ergab die o.g. Diagnose. Insgesamt konnte die Zyste in toto entfernt werden. Der basale Anteil des Os nasale zeigte sich nach Zystektomie arodiert. Im Bereich der Sutura frontomaxillaris wurde eine partielle Disruption der medialen Orbitawand mit Adhäsion des Zystenbalges an den M. obliquus superior und M. rectus medialis erkennbar. Im Bereich der posterioren Sinuswand stellte sich ein ca. 1,5 cm großer Knochendefekt dar; die Gehirnhäute waren jedoch nicht affektiert.

Zur Defektrekonstruktion wurde ein MEDPOR TITAN BARRIER (MTB) Implantat (50 x 76 x 1,5 mm, Fa. Porex Surgical, Newnan, GA, USA) mittels Skalpell und

Schere individualisiert, angepasst und durch Titanschrauben (Modus 2.0) fixiert (Abb. 4a, b). Die Kurvatur des Os frontale wurde mithilfe der Multiple-Layer-Technik durch Dopplung des MTB-Implantates auf dem Basisimplantat erreicht (Abb. 4). Zur Abdichtung der Seitenbereiche wurde flächig Fibrinkleber (Tissucol-Kit; 2.0 Immuno; Fa. Baxter, Unterschleißheim) auf das Implantat gebracht und der Defekt mehrschichtig mittels Naht verschlossen.

Verlaufskontrolle

Die postoperative 3-D radiologische Diagnostik zeigte eine operationstypische Schwellung und eine diskrete Spiegelbildung im Cavum ex operationem einen Tag nach Intervention. Die radiologische Darstellung des MTB gelang aufgrund des Titangitters mühelos (Abb. 5, KaVo 3D eXam, Modus Knochen). Die halbjährigen Kontrolluntersuchungen über einen Zeitraum von zwei Jahren ergaben eine volumenkonstante Projektion des Os frontale (Abb. 6a–c).



Abb. 7a



Abb. 7b



Abb. 7c



Abb. 8

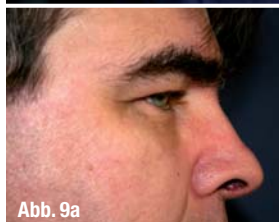


Abb. 9a



Abb. 9b



Abb. 9c

Kasuistik 2

2. Gesichtsetage (Enophthalmuskorrektur)

Ein 51-jähriger Patient stellte sich nach einer dislozierten Jochbein-, Jochbogenfraktur mit linksseitigem Enophthalmus zur sekundären Rekonstruktion in unserer Klinik vor (Abb. 7a–c). Es bestand eine geringfügige Einschränkung der Bulbusbeweglichkeit links.

Diagnose

Dislozierte Jochbeinfraktur mit Enophthalmus und Bulbustiefstand.

Operatives Vorgehen

Zur Darstellung der Fraktur erfolgte der intraorale Zugangsweg entlang der Crista zygomaticoalveolaris als Vestibulumsschnitt sowie transkonjunktival. Nach Einstellung der Fragmente durch Repositionshaken im Bereich des Jochbogens wurde transkonjunktival die Einpassung des Enophthalmusimplantates (Fa. Porex Surgical, Newnan, GA, USA) vorgenommen. Die Größe des Implantates wurde zuvor durch Vermessung beider Orbitavolumina (Orbitavolumetrie) ermittelt. Das Implantat wurde nach Einbringung und Positionierung mittels Titanschrauben am Orbitarand und Orbitaboden lagestabil fixiert (Abb. 8).

Verlaufskontrolle

Die halbjährigen Kontrolluntersuchungen über einen Zeitraum von zwei Jahren ergaben eine volumenkonstante Projektion der Orbita und des Jochbogens (Abb. 9a–c).

Kasuistik 3

3. Gesichtsetage (Kinnaugmentation)

Ein zwölfjähriges Mädchen wurde aufgrund einer tumorösen Veränderung in unsere Klinik überwiesen. Anamnestisch wurde eine zunehmende Schwellung des Unterkiefers angegeben. Nach klinischer und radiologischer Befunderhebung wurde eine intraossäre venöse Malformation des Unterkiefers von 5 x 6 cm Größe im Bereich der lingualen Mandibularsymphyse diagnostiziert (Abb. 10).

Diagnose

Intraossäre venöse Malformation des Unterkiefers im Bereich der lingualen Mandibularsymphyse.

Operatives Vorgehen

Das operative Vorgehen wurde in zwei Teilabschnitte geteilt:

1. Tumorresektion und Rekonstruktion mittels mikrovaskulärem Transplantat
2. Implantation, Gesichtsharmonisierung und prothetische Rehabilitation.

Teilabschnitt 1

Die Tumorresektion erfolgte in sano von extra- und intraoral mit Extraktion der Zähne 36 und 46 und Kronenverlängerung der Zähne 37 und 47 in ITN. Zur Defektdeckung wurde das rechte Wadenbein als mikrovaskulär gestieltes osteomyokutanen Transplantat gehoben und mittels Osteosynthesematerial als Unterkiefer rekonstruiert.

Postoperativer Befund Teil 1

Die Situation nach Ausheilung der Resektion und Einbringung des osteomyokutanen Transplantates zeigen die folgenden Bilder.

Der Befund ein Jahr später zeigt den überbrückten Defekt in seinem ganzen Ausmaß. Der extraorale Befund wies submental Narbengewebe auf. Die

Frontalansicht ergab ein verkürztes asymmetrisches Untergesicht mit Abweichung der Kinnspitze nach links sowie eine Verbreiterung des Untergesichtes im Bereich beider Kieferwinkel.

Von lateral zeigte die Profilanalyse ein nach hinten schiefes Rückgesicht. Die Auswertung des FRS ergab bei einer Okklusion der zweiten Molaren ein vertikales Defizit in der Front von etwa 4 cm sowie ein sagittales Defizit von etwa 2 cm. Die Modellanalyse wies einen labialen Kippstand der Oberkieferfrontzähne bei einer Einengung der vorderen Zahnbogenbreite um 6 mm und einer Verkürzung der hinteren Zahnbogenbreite um 2 mm auf (Abb. 11).

Teilabschnitt 2

Die dentale Implantatplanung und Positionierung wurde mit einer SimPlant-Schablone realisiert. Der 3-D-CT-Datensatz für die Schablonenherstellung diente zudem zur Herstellung eines individuellen Kinnaugmentates (Fa. Porex Surgical, Newnan, GA, USA). Hierbei wurden die Proportionen zum Mittlgesicht berücksichtigt. Zur Gesichtsharmonisierung und zur Verkürzung des labialen Kippstandes der oberen Frontzähne wurde eine Gaumennahtweiterungsplatte eingegliedert. Diese ermöglichte eine Retrusion der Zähne 12–22 und dadurch eine Reduktion der sagittalen Schneidekantendistanz. Im Rahmen der Metallentfernung wurde dann von extra- und intraoral die primärstabile Insertion von insgesamt acht Implantaten mithilfe der Bohrschablone in ITN durchgeführt.

Das in der Erstoperation eingebrachte sublingual gelegene Haut- und Muskeltransplantat wurde ausgedünnt. Eine Vestibulumplastik mit transmandibulärer Durchnaht ermöglichte trotz verbreiterter Gingiva die Abformung der Implantatpfosten sowie die Bissregistrierung von intraoral.

Danach wurde die Implantation des Kinnimplantates (Fa. Porex Surgical, Newnan, GA, USA) durchgeführt (Abb. 12).

Das individuell präfabrizierte Kinn wies eine hohe Präzision auf und konnte mit geringem Restspalt durch Osteosyntheschrauben am Restknochen befestigt werden. Nach intraoperativer Abdrucknahme erfolgte die Herstellung einer passgenauen Implant-

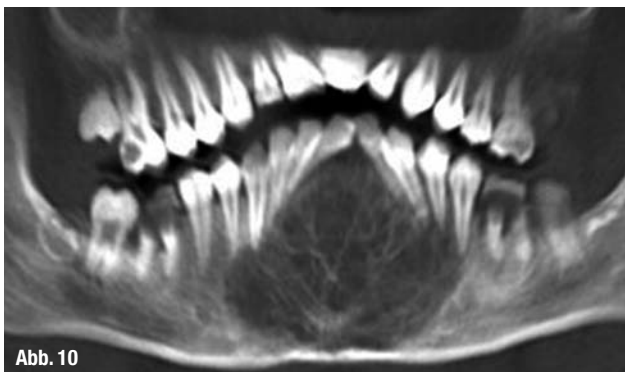


Abb. 10



Abb. 11



Abb. 12



Abb. 13a



Abb. 13b



Abb. 14a



Abb. 14b

Bridge® (Nobel Biocare, Göteborg, Schweden). Die Eingliederung der definitiven Prothetik war innerhalb weniger Tage möglich.

Verlaufskontrolle

Die postoperativen Untersuchungen dokumentieren einen Zeitraum von fünf Jahren. Die Bilder zeigen die Projektion des Untergesichtes mit dem Kinnimplantat im Verlauf der Gesichtsentwicklung vom 12. bis zum 17. Lebensjahr (Abb. 13a, b: 13 Jahre alt, Abb. 14a, b: 14 Jahre alt, Abb. 15a, b: 15 Jahre alt, Abb. 16a, b: 16 Jahre alt, Abb. 17: 17 Jahre alt).

_Diskussion

Nach wie vor gilt als goldener Standard für die rekonstruktive Gesichtschirurgie das Knochentransplantat. Hier zeigen sich vor allem volumenstabile Kalvarien-Transplantate als Donatoren den Beckenkammtransplantaten als überlegen. Knochentransplantate, vor allem jene aus dem kranialen Bereich, sind jedoch sehr schwierig zu konturieren. Das kann vor allem im Bereich der Orbitarekonstruktionen oftmals zu Malpositionen der Transplantate und in der Folge zu Resorptionen an den Transplantaten führen. Ein hohes Resorptionspo-

tenzial zeigen auch Onlay-Augmentationen im Bereich des Alveolarkammes, hier vor allem in der Maxilla. Jene im Mandibularbereich sequestrieren häufig aufgrund mangelnder Weichgewebsabdeckung. Bei der Wahl eines geeigneten Spenderknochens ist erhöhte Morbidität des Zweiteingriffs der Donorseite als potenzieller Nachteilsatz zu berücksichtigen.

Implantate aus porösem Polyethylen zeigen sich hinsichtlich ihrer Verfügbarkeit, Handhabung und Volumenstabilität als ideales Implantat für den ästhetisch-rekonstruktiven Sektor der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass hier nicht der funktionelle Knochenersatz angestrebt wird, sondern die Verbesserung der ästhetischen Kontur die Indikation für poröse Polyethylen-Implantate darstellt. In unserer Klinik wurden vorwiegend präfabrizierte, angepasste MEDPOR-Implantate aus ästhetischer Indikation eingesetzt. In der letztgenannten Kasuistik wurde ein individuell hergestelltes Implantat CAD/CAM (computer-aided manufacturing customized) zur Rekonstruktion der anterioren Mandibula bei Zustand nach Tumorresektionen eingesetzt. Mithilfe dieser Technik lassen sich ästhetisch sehr ansprechende Ergebnisse erzielen. Außerdem wird die Operationszeit erheblich reduziert. Ins Kalkül zu ziehen ist jedoch die deutlich erhöhte Kostensituation (je nach Ausmaß im Faktor 1:10).

_Einheilung

Poröse Polyethylen Implantate werden mit Osteosyntheseschrauben am darunterliegenden Knochen fixiert und zeigen damit eine gute Lagestabilität. Makroskopisch zeigt sich eine geringe fibröse Kapselbildung. Die histologischen Ergebnisse (Literaturanalyse) deuten auf eine komplette bindegewebige Durchsetzung der interkonnektierenden Poren der Implantate hin. Vereinzelt wird histologisch eine chronisch resorptive Entzündung mit angelagerten Fremdkörperriesenzellen gefunden. Insgesamt zeigt sich das Gewebe reich an Kollagen, elastischen Fasern, Fibrozyten und ist gut vaskularisiert. Zusammenfassend zeigten sich in Abhängigkeit von der Dauer der Implantatliegezeit im Körper eine abnehmende Zahl von Riesenzellen mit steigender Liegezeit. Dieses wird als Zeichen einer Fremdkörperreaktion mit geringer und abnehmender Intensität gewertet. Tierexperimentelle Versuchsstudien zeigen eine Volumenstabilität auch im funktionell belasteten Gewebe.

_Infektionsgefahr

Aufgrund der offenporigen großen Oberflächeneigenschaft scheint poröses Polyethylen eine un-

günstige Voraussetzung zur bakteriellen Besiedlung zu haben. Aufgrund der zunehmenden kompletten Vaskularisation des Transplantates ist davon auszugehen, dass eine zunehmende Infektionsprophylaxe besteht. Die komplette Vaskularisation des Transplantates hängt von der Größe ab, beträgt jedoch nach Literaturangaben bis zu einigen Monaten. Während der Einheilphase besteht erhöhte Infektionsgefahr. Bei widersprüchlichen Literaturangaben empfehlen die Autoren die antibiotische Durchtränkung des Implantates (z. B. mit Metronidazol-Lösung) im Rahmen der „Implantat-Entlüftung“ unmittelbar vor Implementierung des Implantates. Diese gelingt je nach Implantatgröße unproblematisch mithilfe großvolumiger Spritzen. Besonderes Augenmerk ist bei der Implantation auf die Weichgewebsdeckung zu richten, da die Implantat-Expositionen in der Regel zur Explantation führt. Ebenso ist auf dentale Foki zu achten, da vor allem fortgeleitete, dentogene Infektionen als problematisch beschrieben werden. In der 2003 veröffentlichten retrospektiven Studie von Yaremchuk wurden bei 162 Patienten 370 Implantate zur Gesichtsaugmentation eingesetzt, die Notwendigkeit sekundärer Eingriffe bestand bei 10 Prozent der Fälle. Hierunter fielen vor allem akute Infektionen (2 Prozent), Spätinfektionen (1 Prozent) sowie Rekonturierungsmaßnahmen (7 Prozent). Bei Durchsicht der umfangreichen Literaturergebnisse zeigen sich die schlechtesten Ergebnisse mit einer erhöhten Komplikationsrate vor allem bei der Verwendung von Implantaten bei syndromalen Erkrankungen mit multiplen Voroperationen sowie für den Bereich augmentativer Operationen der Maxilla, der Nase und des Ohrs. Dies scheint vor allem mit der Menge des zur Verfügung stehenden Weichgewebes zur Implantatdeckung zusammenzuhängen.

Ad Notam

- Die Indikation zur Verwendung von porösen Polyethylen Implantaten (PE-Implantaten, MEDPOR-Implantate) ist die ästhetisch-rekonstruktive Chirurgie.
- PE-Implantate sind volumenkonstant und zeigen ein fibrovaskuläres Einheilverhalten.
- PE-Implantate lassen sich schlecht durch bildgebende Verfahren (Ultraschall, CT, MRT, DVT) darstellen. Die Darstellung titanverstärkter PE-Implantate gelingt dagegen gut.
- PE-Implantate sind in vorgefertigter Form und als individualisiertes 3-D (CAD/CAM) Produkt erhältlich.
- Die Infektionsrate liegt bei unter 10 Prozent. Infektionen zeigen sich vor allem in der frühen Einheilphase sowie bei Exposition bzw. ungenügender Weichteildeckung.



Abb. 15a



Abb. 15b



Abb. 16a



Abb. 16b

Kontakt

face

**Dr. Dr. Manfred Nilius,
Juliana-Theresa Schell,
Dr. Sandra Liesen,
Dr. Mirela-Oana Nilius**
Niliusklinik
Londoner Bogen 6, 44269 Dortmund

Dr. Jochen Arentz
Barsbütteler Str. 6, 22043 Hamburg

Dr. Fred Buschmann
Anästhesiologische Praxis
Tremoniastraße 22, 44137 Dortmund

ZTM Rainhard Goeken
Flemming-Dental
Max-Planck-Str. 3, 59423 Unna

Dr. Nader Amirfallah
Radiologische Gemeinschaftspraxis Dr. Amirfallah
Europaplatz 11, 44269 Dortmund

Dr. Peter Degano
Bendinat, Mallorca, Spanien



Abb. 17

Prinzip, Technik und Ergebnisse der endonasalen Septorhinoplastik zur Nasenspitzen- und Nasenrückenformung

Autoren Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig, Dr. Antonio de Lafuente, Dr. Frank Michael Hasse, Hannover



Abb. 1 _ John Orlando-Roe

_ Einleitung

Die erste endonasale Nasenverkleinerung wurde von dem amerikanischen Arzt John Orlando-Roe (Abb. 1) in New York 1889 inauguriert, der als Vater der amerikanischen ästhetischen Rhinoplastik gilt. Während in Berlin der Rabiner Jakob Joseph, der sich später als Jaques Joseph umbenannte, unabhängig von Roe die gleiche Operation durchführte, nachdem er seine Ausbildung zum Orthopäden abbrechen musste und sich in eigener Praxis niederließ. Er gilt heute als herausragender Pionier, der die Grundlagen der modernen Nasenplastik schuf, die heute noch – wenn auch in geringer Abwandlung – ihre Gültigkeit besitzen.

Gleichwohl die Septorhinoplastik auf eine lange Entstehungsgeschichte zurückblicken kann, ist die Diskussion, ob der geschlossenen oder offenen Septorhinoplastik (SRP) zur primären Nasenspitzen- und Nasenrückenformung der Vorzug zu geben ist, bislang nicht abgeschlossen. Konsens besteht lediglich darüber, bei sekundären komplizierten Septorhinoplastiken, wie z. B. bei LKG Nasenplastiken, die offene Methode zu verwenden, um unter Sicht exakt die Strukturen anatomisch gerecht rekonstruieren zu können.

Um die Möglichkeiten der endonasalen Septorhinoplastik (SRP) aufzuzeigen, werden nachfolgend Indikation und Technik vorgestellt und die eigenen klinischen Ergebnisse in einer retrospektiven Studie demonstriert.

_ Indikation

Die Indikation zur endonasalen Septorhinoplastik ist abhängig von der Pathologie, wobei bei der pri-

mären Nasenchirurgie der endonasale Zugang den Vorteil der nicht invasiven Operation bietet.

Durch die Präparation avaskulärer Zwischenschichten können direkte Verletzungen von Gefäßen vermieden werden, wobei die Ablösung des nasaligen Gewebes soweit wie möglich und so viel wie nötig nur über dem knorpeligen und knöchernen Nasenrücken erfolgt und dadurch den Vorteil bietet, dass bei vorzunehmenden Transplantationen das Weichgewebe passgenau dem Transplantat angepasst werden kann. Gegenüber dem offenen Verfahren ist bei den endonasalen Septorhinoplastiken zu dem das Trauma und dadurch die Rekonvaleszenzzeit geringer und die Narbenbildung auf umschriebene Bereiche der Dissektion begrenzt.

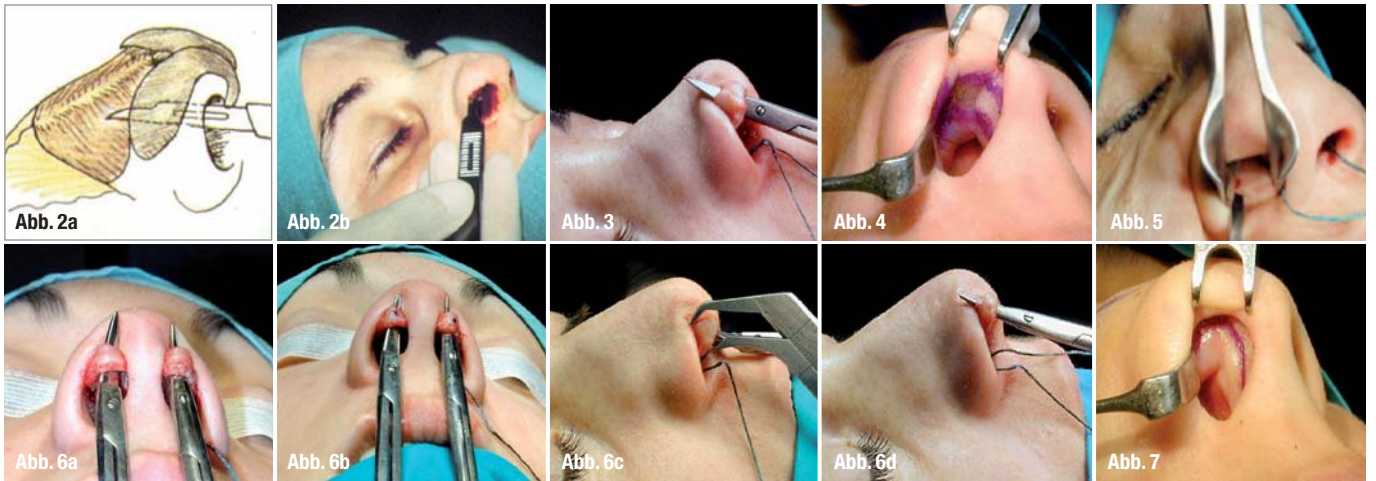
_ Die Indikationen zur endonasalen Septorhinoplastik

- _ Primäre Septorhinoplastik
- _ Primäre Nasenspitzenplastiken
- _ Primäre Nasenrückenplastiken
- _ Primäre Septumplastiken

_ Endonasale Zugänge

Die Zugänge sollten minimalinvasiv gestaltet und in Abhängigkeit der Pathologie so klein wie möglich gehalten werden.

Im Gegensatz zur heute populären offenen Septorhinoplastik, die die Inzision im Bereich des Nasenstegs mit anschließender Ablösung der Weichteile von der knorpeligen und knöchernen Nase vorsieht, werden bei der endonasalen Chirurgie neben dem Hemitransfixationsschnitt drei Inzisionen im Bereich des Nasen vestibulums als Zugangsweg zur



knorpeligen und knöchernen Nasenstruktur angeben; die interkartilaginäre, die intrakartilaginäre und infrakartilaginäre Inzision (Vestibulumrandschnitt).

Interkartilaginäre Inzision

Diese Schnittführung wird zwischen dem Oberrand des Crus laterale des Flügelknorpels und dem caudalen Rand des Dreieckknorpels von etwa 1 cm Länge angelegt. Über diese Inzision kann der Nasenrücken präpariert werden (Abb. 2a und 2b).

Intrakartilaginäre Inzision

Diese Schnittführung erhält die Integrität der Nasenklappe und ermöglicht einen optimalen endonasalen Zugangsweg zum Nasenrücken und zur Nasenspitze. Mit einem stumpfen Zweifinger-Haken wird der Nasenflügel eleviert und mit dem Mittelfinger ein leichter Druck auf den Nasenflügel ausgeübt, sodass sich die Nasenklappenregion darstellt. Das untere Ende des Dreieckknorpels lässt sich dann leicht identifizieren. In einem Abstand von 5–6 mm wird dann parallel zum Dreieckknorpel die Mukosa und der Flügelknorpel durchtrennt. Ziel dieser Schnittführung ist es, den bogenförmigen Übergang des Crus laterale in das Crus mediale zu exponieren und zu bearbeiten. Nach Durchtrennung der Haut kann auch der Knorpel gezielt inzidiert, reseziert oder bearbeitet werden. Wird der intrakartilaginäre Schnitt mit einem Flügelknorpelrandschnitt kombiniert, dann kann der Knorpel evertiert und entsprechend reseziert werden (Abb. 3).

Vestibulumrandschnitt

Die Inzision wird durch die Haut und Subcutis am unteren marginalen Rand des Crus laterale und des Doms sowie des kranialen Anteils des Crus mediale des Flügelknorpels in einem 4–5 mm großen Abstand zum Vestibulumrand auf der Innenseite des Nasenflügels angelegt. Die Länge der Inzision richtet sich nach der Art des geplanten Eingriffes. In Kombination mit dem intrakartilaginären Schnitt ermöglicht sie die Modellierung des Flügelknorpels nach der Luxationsmethode (Abb. 4).

Vestibuluminzision

Die etwa 7 mm lange, an der Apertura piriformis gelegene Inzision der vestibulären Schleimhaut ermöglicht den direkten Zugang zur lateralen knöchernen Nasenstruktur. Endonasal lässt sich submucös die Basis der Apertura piriformis mit einem kurzen Spekulum bei vertikaler Blattposition einstellen, sodass die anschließende Inzision erfolgen kann, ohne die Arteria angularis zu verletzen (Abb. 5).

„Nasenspitzenkorrektur/ Flügelknorpel-Luxation

Zur Korrektur der Nasenspitzenhöhe hat sich die Flügelknorpelreduktionsplastik im lateralen Bereich bewährt, wobei die Breite des zu resizierenden Knorpels das Ausmaß der Verkleinerung und die Höhenreduktion der Nasenspitze definiert. Dabei ist darauf zu achten, dass die Nasenspitze nach der Formgebung des Nasenrückens etwa 2–3 mm

Abb. 2a Grafische Darstellung der intrakartilaginären Inzision zur Separierung des Nasenflügelknorpels vom Dreieckknorpel.

Abb. 2b Intraoperative Illustration der intrakartilaginären Inzision.

Abb. 3 Luxation des rechten Flügelknorpels.

Abb. 4 Endonasale Ansicht der Nasenflügelrandschnitte und interkartilaginären Schnittführungsmarkierungen.

Abb. 5 Intraoperative Darstellung der Apertura piriformis mit einem kurzen Spekulum bei vertikaler Blattposition einstellen, sodass die anschließende laterale Osteotomie erfolgen kann.

Abb. 6a Intraoperative Darstellung der luxierten Nasenflügel.

Abb. 6b Vermessen der luxierten Nasenflügel.

Abb. 6c Markierung der Domspitzen-Darstellung auf den luxierten Nasenflügel.

Abb. 6d Lateralansicht des luxierten Nasenflügels nach Resektion des cephalen Knorpelanteils zur Verschmälerung der Nasenspitze.

Abb. 7 Intraoperative Ansicht der Hemitransfixationsschnittmarkierung.

Abb. 8 Intraoperative Illustration der Septumvorderkante dargestellt über einen Hemitransfixationsschnitt mit Übergang in den Vestibulumrandschnitt.

Abb. 9 Darstellung des in toto abgetragenen knorpeligen und knöchernen Nasenrückens.

Abb. 10 Intraoperative Darstellung der lateralen Osteotomie im Bereich der Apertura piriformis mit einem kleinen Meißel.

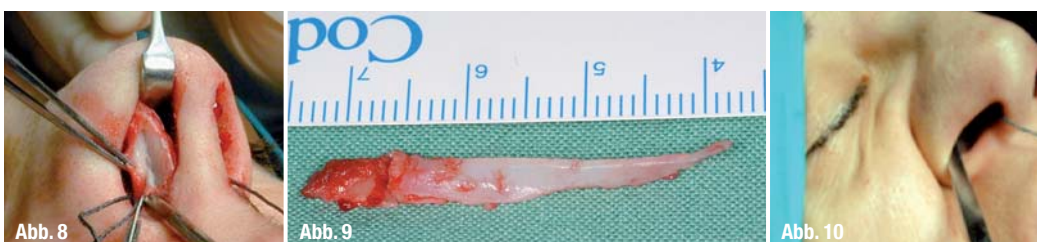


Abb. 11a–g_ Prä- und postoperative Ansicht nach Septorhinoplastik mit Nasenspitzenverkleinerung, Nasenrückenreduktion und Nasenbeinverschmälerung.

Abb. 11a_ Grafische Darstellung der durchgeführten operativen Maßnahmen.

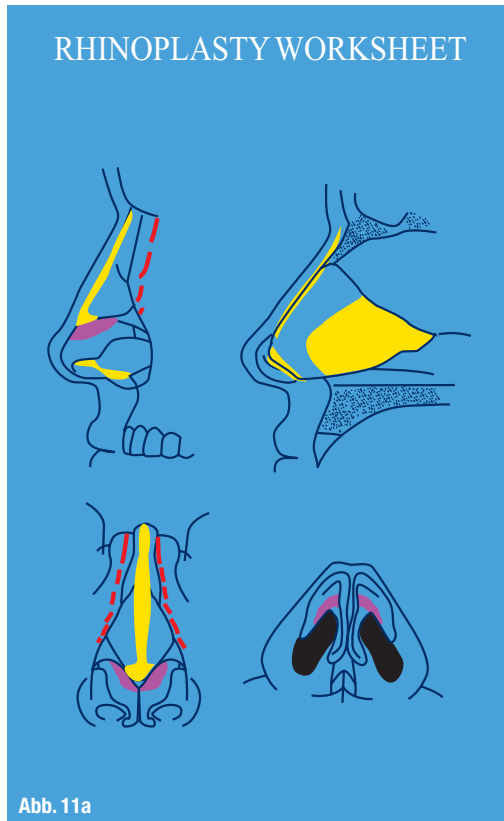


Abb. 11a

die gerade Linie des Nasenrückens überragen sollte. Ist zudem eine Flügelknorpel-Luxation zur Nasenspitzenkorrektur geplant, ist es ratsam, das laterale Ende des Flügelknorpels in situ zu belassen, um ein postoperatives Kollabieren der Nasenspitze (pinch nose) zu vermeiden und das fibroadipöse Gewebe samt des zu resizierenden Knorpels zu entfernen. Andernfalls kann es sonst im Rahmen des postoperativen Heilungsverlaufes durch die zunehmende Kontraktion der umgebenden Haut zu einer mehr oder minder knollenförmigen Dyskonfiguration der Nasenspitze führen. Die Resektion des Flügelknorpels erfolgt unter direkter Sicht, einschließlich des fibroadipösen Gewebes, mit der Schere oder auch mit dem Messer (Abb. 6a–d). In Ausnahmefällen kann die extreme Prominenz der Nasenspitze auch Folge eines zu hohen Septums sein, mit konsekutiven Funktionsstörungen im Klappenbereich.

Zur Korrektur derartiger Deformationen empfehlen sich die streifenförmige Resektion des Septumknorpeloberlandes und die Lösung der vertikalen osteokartilaginären Verbindungen des Septums, um eine ventralwärts gerichtete Rotation der Nasenscheidewand zu ermöglichen. Häufig schließt sich aus Gründen der Profilverbesserung

Abb. 11b_ Präoperative enface Ansicht.

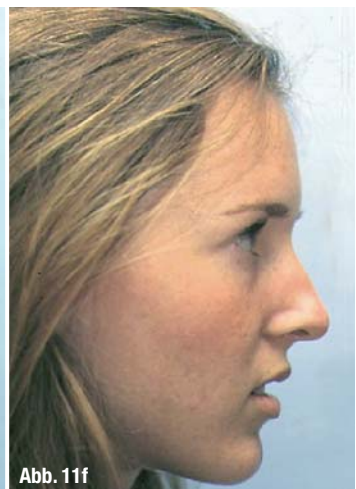
Abb. 11c_ Postoperative enface Ansicht.

Abb. 11d_ Präoperative rechts schräg laterale Ansicht.

Abb. 11e_ Postoperative rechts schräg laterale Ansicht.

Abb. 11f_ Präoperative rechts laterale Ansicht.

Abb. 11g_ Postoperative rechts laterale Ansicht.



RHINOPLASTY WORKSHEET

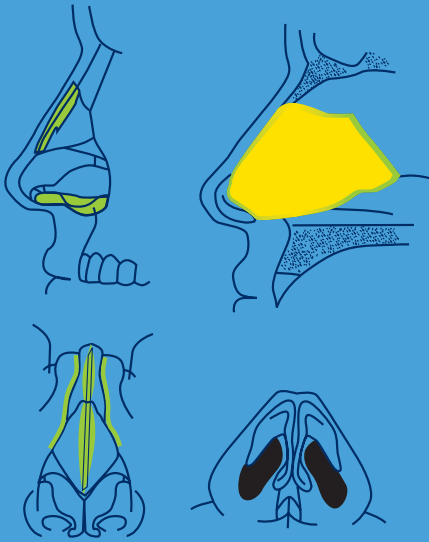


Abb. 12a

eine Nasenrückenreduktionsplastik durch eine beidseits lateral streifenförmige oder keilförmige Ostektomie der Nasenwand an.

Nasenspitzenanhebung

Durch einen flachen Septumlabialwinkel bei langer Nase kann es zu einer Disharmonie der Gesichtsproportion kommen, die sich durch eine einfache Septumvorderrand-Reduktionsplastik korrigieren lässt. Entsprechend der Gesichtsprofilanalyse und Oberlippen-Columellarelation des Patienten wird über einen Hemitransfixationsschnitt die Septumvorderkante dargestellt (Abb. 7 und 8). Weist der Patient eine lange Oberlippenrelation bei langer Nase auf, lässt sich durch Resektion des Septumspitzenbereiches eine deutliche Konturverbesserung erzielen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Resektion, die mit einem Skalpell in Höhe der Spina nasalis beginnt, nicht geradlinig durchgeführt wird, sondern, dass die Resektionslinien in Drittel eingeteilt werden sollten und das obere Drittel die Spitzenanhebung bewirkt. Auf diese Weise ist sicherzustellen, dass die unteren zwei Drittel tiefer liegen und die Nasenöffnung mehr horizontal ausgerichtet ist.

Abb. 12a-i Prä- und postoperative Ansicht nach Septorhinoplastik mit Nasenspitzenverkleinerung, Nasenrückenreduktion, Nasenverschmälerung und Nasenscheidewandbegradigung.

Abb. 12a Grafische Darstellung der vorgenommenen operativen Maßnahmen.

Abb. 12b Präoperative enface Ansicht.

Abb. 12c Postoperative enface Ansicht.

Abb. 12d Präoperative caudal exzentrische Aufnahme; deutlich imponiert die Septumdeviation.

Abb. 12e Postoperative caudal exzentrische Aufnahme.

Abb. 12f Präoperative links schräg laterale Ansicht.

Abb. 12g Postoperative links schräg laterale Ansicht.

Abb. 12h Präoperative links laterale Ansicht.

Abb. 12i Postoperative links laterale Ansicht.



Abb. 12b



Abb. 12d



Abb. 12f



Abb. 12h



Abb. 12c



Abb. 12e



Abb. 12g



Abb. 12i

Abb. 13a-g_ Prä- und postoperative Ansicht nach Septorhinoplastik mit Nasenspitzenverkleinerung, Nasenrückenreduktion in Kombination mit einer autogenen Knorpelaugmentation im Nasenspitzenbereich und Nasenverschmälerung.

Abb. 13a_ Grafische Darstellung der vorgenommenen operativen Maßnahmen.

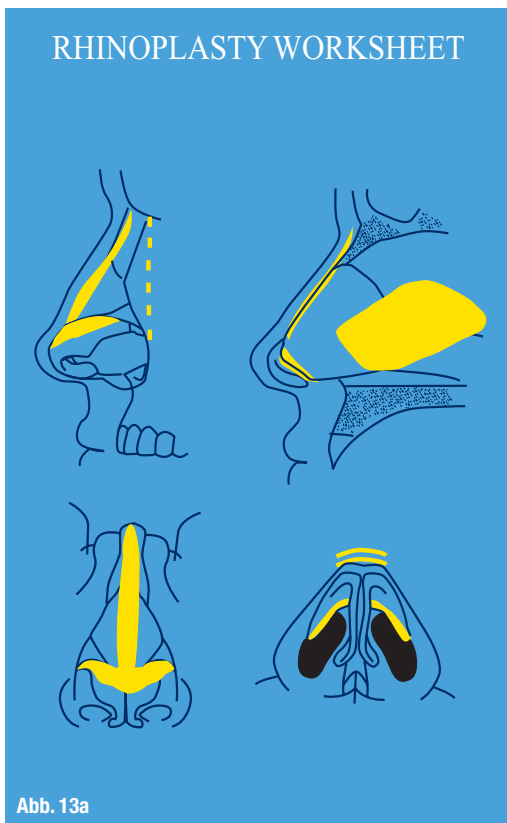


Abb. 13a

_Naseneingangsplastik

Kommt es im Rahmen der Spitzenkorrektur zur Dyskonfiguration der Nasenlöcher, dann kann eine Verschmälerung der Nasenbasis durch eine sichelförmige Resektion eines basalen Nasenflügelhautsegmentes vorgenommen werden. Dabei wird die basale Inzision in Höhe der Ansatzlinie der Nasenflügel angelegt. Die kraniale Inzision richtet sich nach dem Ausmaß der geplanten Verschmälerung und mündet an der Nasenflügelkante beginnend spitzwinkelig in die untere Inzision. Anschließend erfolgt nach Vorschlag von Peek die Querinzision hinter der Nasenflügelkante zur Schonung des vestibulären Integumentes. Es werden dabei nur der Nasenflügelrand und die „äußere Haut“ durchtrennt, die vestibuläre Haut bleibt unversehrt. Anschließend wird die Haut lateral zum Nasenflügelrand hin reseziert. Es schließt sich die Reposition mit Einzelknopfnähten an.

_Nasenrückenreduktionsplastik

Zur Korrektur des knöchernen Nasenrückens lassen sich je nach Ausgangsbefund drei grundsätzlich verschiedene Verfahren differenzieren. Die Raspel-

Abb. 13b_ Präoperative enface Ansicht; klinisch imponiert die abgesunkene und verbreiterte Nasenspitze.

Abb. 13c_ Postoperative enface Ansicht.

Abb. 13d_ Präoperative rechts schräg laterale Ansicht.

Abb. 13e_ Postoperative rechts schräg laterale Ansicht.

Abb. 13f_ Präoperative rechts laterale Ansicht.

Abb. 13g_ Postoperative rechts laterale Ansicht nach Anhebung der Nasenspitze und Abtragung des Höckers in Kombination mit einer autogenen Knorpelaugmentation im Nasenspitzenbereich.



Abb. 13b



Abb. 13d



Abb. 13f



Abb. 13c



Abb. 13e



Abb. 13g

RHINOPLASTY WORKSHEET

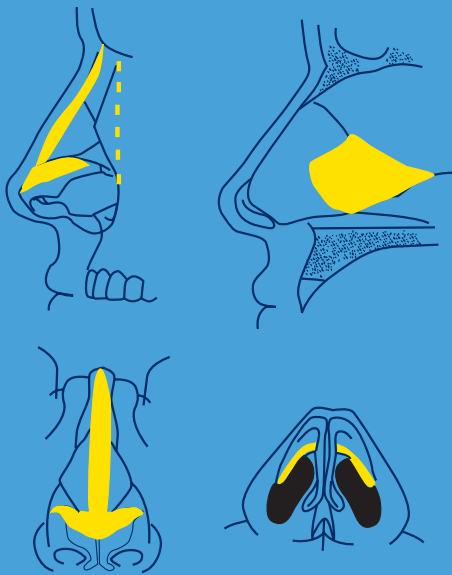


Abb. 14a

technik, die Meißeltechnik und die Ostektomie. All diesen von endonasal ausgeführten Methoden ist die subperiostale Weichgewebsablösung im Bereich des Nasenrückens gemeinsam.

Reduktionsplastik moderater Höckerbildungen

Über einen intrakartilaginären Zugang wird mit einer leicht gebogenen Schere im Bereich des Nasenrückens subperiostal die Haut bis zur Grenze der geplanten Höckerabtragung präpariert. Mit einer Raspel, die über einen intrakartilaginären Zugang in die Tasche eingeführt wird, wird mit Zug nach unten der knöcherne Höckeranteil abgeraspelt. Der Knorpel lässt sich damit nicht entfernen. Deshalb ist es zweckmäßig, den Septum sowie die in den Dreiecksknorpel gebildeten Höcker scharf mit dem Skalpell abzutragen, um alle Strukturen auf ein gleiches horizontales Niveau zu bringen.

Dabei machen klinische Beobachtungen deutlich, dass die Mukosa auch im knorpeligen Bereich für gewöhnlich intakt bleibt und den Raum zwischen Seitenknorpel und Septum überbrückt. Von klinischer Bedeutung ist bei allen Nasenrückenreduktionsplastiken, ausreichend den Knorpelhöcker-

Abb. 14a–g Prä- und postoperative Ansicht nach Septorhinoplastik mit Nasenrückenreduktion und Nasenverschmälerung.

Abb. 14a Grafische Darstellung der durchgeführten operativen Maßnahmen.



Abb. 14b



Abb. 14d



Abb. 14f

Abb. 14b Präoperative enface Ansicht; klinisch imponiert verbreiterte Nasenspitze (box Tipp).

Abb. 14c Postoperative enface Ansicht.

Abb. 14d Präoperative caudal exzentrische Aufnahme; deutlich ist die nahezu quadratische verformte Nasenspitze zu erkennen (box Tipp).

Abb. 14e Postoperative caudal exzentrische Aufnahme; die Nasenspitzenform wurde anatomisch gerecht neu geformt.

Abb. 14f Präoperative links schräg laterale Ansicht.

Abb. 14g Postoperative links schräg laterale Ansicht.



Abb. 14c



Abb. 14e



Abb. 14g

anteil zu reduzieren, um keine Disharmonie zwischen Nasenrücken und Nasenspitze zu erzeugen.

Reduktionsplastik ausgeprägter Höckerbildungen

Diese Formveränderungen bedürfen in der Regel die scharfe Höckerabtragung mit einem Osteotom oder mit einer Fräse im Bereich des Nasenrückens und oder die laterale streifenförmige Exzision der lateralen knöchernen Nasewand, sodass der Nasenrücken abgesenkt werden kann. Wie bei der Raspeltechnik wird zunächst die Haut über dem Nasenrücken unterminiert und eine Tasche präpariert. In die Tasche wird über einen intrakartilaginären Schnitt ein Aufrecht-Spekulum eingeführt und der knorpelige Höckeranteil unter Sicht scharf mit dem Skalpell reduziert. Die Inzision beginnt am Dreiecksknorpel und erfasst den kranialen Anteil der Nasenscheidewand. Ein Meißel wird eingeführt und streng in der horizontalen Ebene gehalten. Der verbliebene Knorpelanteil wird durchtrennt und der Höcker bis zur gewünschten Höhe abgetragen, bis das Osteotom unterhalb der Glabella aus dem Höcker wieder hervortritt. Der abgetragene Knochen wird in toto entfernt und die Kanten werden mit einer Raspel geglättet (Abb. 9). Durch die Abtragung des Nasenrückens kommt es fakultativ zur Eröffnung des Nasenrückens, dem sogenannten „open roof-Syndrom“, das durch ergänzende paramediane Osteotomien in Kombination mit beidseitig lateralen Osteotomien mit anschließender Approximierung der lateralen knöchernen Nasenwände korrigiert wird. Dazu wird über eine endonasale Stichinzision im unteren Bereich der Apertura pi-

riformis die laterale Osteotomie mit einem 4 mm schmalen Osteotom durchgeführt (Abb. 10). Sie erfolgt tief basal entlang einer auf der Haut markierten Linie in kranialer Richtung, biegt in Höhe der Interkanthallinie bogenförmig in die transversale Osteotomie über.

Entsprechend den Empfehlungen von Peek hat sich als Orientierungslinie für die transversale Osteotomie die Interkanthallinie bewährt, da der vergleichsweise grazile Knochen unterhalb der Glabellaregion auch bei inkompletter Osteotomie eine Verlagerung der lateral osteotomierten Nasenwände ermöglicht. Alternativ kann die laterale und transversale Osteotomie auch perkutan mit einem Meißel über eine Stichinzision durchgeführt werden.

Nach Abtragung von ausgeprägten Nasenhöckern kann es in einigen Fällen bei der kranialen Approximierung der lateralen Nasenwände, also des Nasenrückens, notwendig sein, den kleinen paramedianen zwischen Nasenseptum und Nasenbein verbliebenen Knochenanteil im Glabellabereich im Rahmen der paramedianen Osteotomien zu entfernen, um den Nasenrücken ästhetisch ansprechend ohne Ausbildung eines proximalen „open roof's“ zu verschmälern.

Nach Durchführung aller genannten Osteotomien erfolgt die digitale Annäherung der lateralen Ossa nasalia. Durch Erhalt des endonasalen Periostes ist ein endonasales Abgleiten der lateralen Nasenwände in der Regel zu vermeiden.

Bei extremer Höckerbildung kann im Rahmen der Nasenprofilplastik eine paramediane Keilresektion der lateralen Nasenwände durchgeführt werden, wobei die Spitze der Exzision glabellwärts gerichtet ist. Allerdings bedarf es der gleichzeitigen Reduktion des Nasenseptums, sodass sich die Vorgehensweise besonders in Kombination mit einer Septumplastik zur Korrektur des Nasenschiefstandes bzw. Nasenseptumschiefstandes empfiehlt.

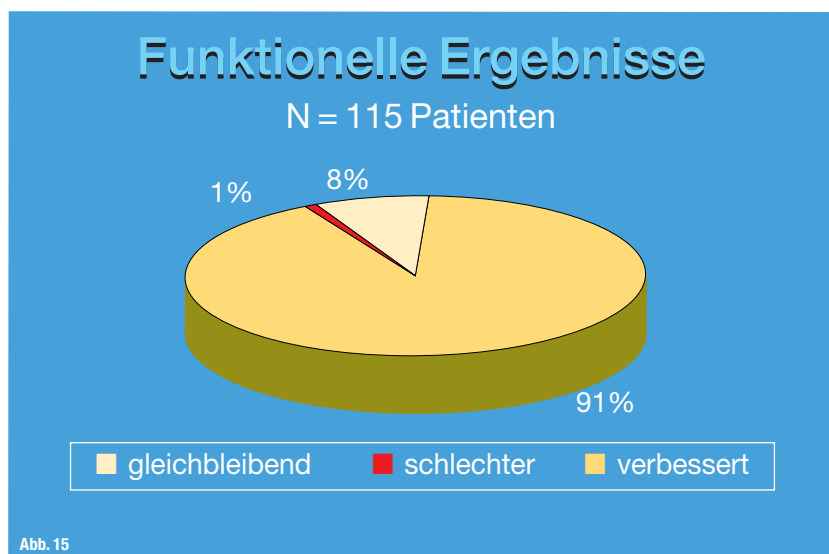
_Klinische Untersuchung

115 Patienten im Alter zwischen 22 und 54 Jahren (mittleres Alter 26,6 Jahre), bei denen keine Vorerkrankungen bestanden, unterzogen sich einer primären, geschlossenen Septorhinoplastik. Alle Patienten klagten über Veränderungen im Nasenspitzen- und Nasenrückenbereich bei Septumdeviation. Muschelhypertrophien lagen in 37 Fällen gleichzeitig vor. In Intubationsnarkose wurde unter perioperativer Antibiotikaphylaxe eine endonasale Septorhinoplastik durchgeführt.

_Ergebnisse

Bei allen Patienten kam es postoperativ zu einer signifikanten klinisch sichtbaren Elevation und

Abb. 15 Grafische Darstellung der funktionellen Ergebnisse nach endonasaler Septorhinoplastik. **Tabelle 1** Subjektive Selbsteinstufung des postoperativen ästhetischen Rhinoplastik-Ergebnisses 12 Monate postoperativ durch den Patienten; n = 115.



Ästhetisches Resultat	nicht zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
%	1,3 +/- 0,3	7,7 +/- 1,2	91,0 +/- 4,1

Verschmälerung der Nasenspitze (Abb. 11–14). Im Durchschnitt wurde eine Elevation der Nasenspitze um 1,8 mm +/- 0,8 mm erzielt; der Nasenhöcker wurde um 3,2 mm +/- 1,3 mm abgetragen. Die Wundheilung war regelrecht, sodass die Patienten nach einem zweitägigen stationären Aufenthalt entlassen werden konnten. 14 Tage postoperativ gingen die Patienten ihrer regelmäßigen Tätigkeit nach. Das ästhetische Ergebnis auf einer Skala 1 bis 10 (10 ist die höchste Bewertung) wurde von den Patienten in 91% als sehr zufrieden (8 bis 10 Punkte auf der Skala), in 7,7% der Fälle als zufrieden (7–8 Punkte auf der Skala) und in 1,3% als befriedigend (4–6 Punkte) eingestuft (Tabelle 1). Die funktionellen Ergebnisse konnten in 91% der Fälle ebenfalls verbessert werden (Abb. 15).

Diskussion

Die offene Rhinoplastik nach der Beschreibung von Jakob Joseph war zu Beginn des 20. Jahrhunderts das häufigste verwendete Verfahren und wurde durch Gillies und Millard popularisiert. Zwar hatte Roe bereits Ende des 19. Jahrhunderts die endonasale Rhinoplastik inauguriert, dennoch gewann erst durch Aufricht, Forman und Safia die endonasale Septorhinoplastik wieder an Interesse und erwies sich auch bei sekundären Rhinoplastiken als durchaus erfolgreich, trotz der Tatsache, dass häufig autogene Knorpelaugmentationsplastiken oder formende Nahtplastiken erforderlich wurden.

Der Vorteil der endogenen gegenüber der offenen Rhinoplastik liegt unwidersprochen in der geringeren Weichgewebs-Dissektion, der dadurch erzielten Zeitersparnis, der nicht sichtbaren Narben und der schnelleren Rekonvaleszenz.

Der Nachteil besteht in den nicht direkt und vollständig sichtbaren endonasalen anatomischen Strukturen. Der Operateur ist in der Regel lediglich auf die Palpation, nicht wie bei der offenen Rhinoplastik, auf die direkte Sicht angewiesen. Die geschlossene Rhinoplastik stellt deshalb erhöhte Anforderungen an den Operateur und ist mit einer erhöhten Lernkurve verbunden und Bedarf einer präzisen Indikationsstellung, welche Verfahren sich optimal für eine geschlossene bzw. offene Rhinoplastik eignen. Zwar kann über bilaterale interkartilaginäre Inzisionen Nasenrücken, Nasendreiecksknorpel und die mittlere Nasenklappe erreicht werden, aber bei aufwendigen Nasenrückenrekonstruktionen mit augmentativen autogenen Knorpelersatzplastiken ist es äußerst schwierig, eine anatomisch gerechte Konfiguration zu erzielen. Einfacher sind daher die Flügelknorpelplastiken, die über eine interkartilaginäre Inzision oder den sogenannten delivery-Techniken dargestellt, plastisch anatomisch gerecht kor-

rigiert werden können. Je nach Ausgangssituation und Ausgangsbefund der Nasenspitze können plastisch-ästhetische Formenangleichungen über eine transkartilaginäre Inzision oder zur besseren Übersicht bei geschlossenen endonasalen Verfahren der Flügelknorpel mit der Luxationsmethode erfolgen.

Nach eigenen Erfahrungen geht jedoch die extendierte Luxationsmethode mit einem erhöhten Risiko der Ausbildung postoperativer narbiger Verziehungen der Nasenspitze und damit einer Asymmetrie einher. Um diese Risiken zu reduzieren, empfiehlt es sich deshalb, den weniger traumatisierenden, extrudierten inferioren Zugang medial des Flügelknorpelrandes zur Darstellung der Flügelknorpel zu wählen. Diese Inzision stellt eine Kombination aus transkartilaginären und Flügelknorpelrand-schnitt dar. Während der laterale Flügelknorpel über einen transkartilaginären Zugang plastisch korrigiert werden kann, bleibt der anteriore Flügelknorpel unberührt.

Die endonasale Rhinoplastik ermöglicht die Korrektur des Nasenrückens und kleinere plastische Korrekturen in Bereich der Nasenspitze, wohingegen die offene Rhinoplastik komplexere Rekonstruktionen und sekundäre Rhinoplastiken mit autogenen Knorpeltransplantationen vorbehalten werden sollte, weil sie den Vorteil der besseren Übersicht bieten, einfachere Handhabungen von Knorpelplastiken ermöglichen, die das Ergebnis stabilisieren und sich für spezielle Nahttechniken anbieten, mit denen gezielt fein adjustierende Formungen des Knorpels möglich werden.

Offene Septorhinoplastiken

- “ Offene Septorhinoplastiken bieten den Vorteil der besseren Übersicht
- “ Pathologische Veränderungen sind effizienter zu behandeln
- “ Einfachere Handhabungen von Knorpelplastiken, die das Ergebnis stabilisieren
- “ spezielle Nahttechniken ermöglichen Formungen des Knorpels. _

<u>Kontakt</u>	face
<p>Professor Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig Facharzt Ästhetische und Plastische Chirurgie Paracelsus Klinik Hannover Oertzeweg 24 30851 Langenhagen/ Hannover E-Mail: info@professor-hoenig.de www.professor-hoenig.de</p>	

Komplikationen durch permanente Filler im Gesicht – Alternativen

Autoren_Dr. Michaela Montanari, Dr. Andreas Arens, Prof. Dr. Jutta Liebau, Düsseldorf



_Komplikationen im Gesichtsbereich, ausgelöst durch Injektion von permanenten Fillern, sind für den Patienten oft mit entstellenden Auswirkungen verbunden und für die behandelnden Ärzte eine therapeutische Herausforderung.

Bereits 1900 wurden erste Behandlungen zur Gesichtsveränderung durchgeführt. Dieses erfolgte sicherlich unter anderen Bedingungen, mit anderen Methoden und anderen Produkten als dieses heute der Fall ist. Seither ist die Entwicklung bezüglich der Produktpalette kontinuierlich im Fluss. In regelmäßigen

Abständen kommen neue Produkte auf den Markt, sodass mittlerweile eine Vielzahl abbaubarer und nicht abbaubarer Füllsubstanzen existiert. Diese Materialien sind zwar CE-zertifizierte Medizinprodukte, die hinsichtlich des Anforderungspotenzials dem Medizinproduktegesetz¹ unterliegen, es handelt sich aber keinesfalls um verschreibungspflichtige Medikamente. Der Anwender ist gezwungen, die Produkte, die er verwendet, insbesondere hinsichtlich der gesundheitlichen Unbedenklichkeit kritisch zu überprüfen. Als Indikationen für die Anwendung von Füllmaterialien sind einerseits ästhetische Aspekte zu nennen. Hier stehen die Behandlungen im Vordergrund, um auch im höheren Lebensalter Jugendlichkeit und Attraktivität zu erhalten. Auch die häufige Ansicht, dass attraktives Aussehen zu Erfolg im Berufsleben verhelfen und damit einer beruflichen Karriere förderlich sein kann, ist heutzutage nicht zu vernachlässigen. So ist nicht verwunderlich, dass sich auch Männer zunehmend diesen Behandlungen unterziehen. Auf der anderen Seite besteht eine medizinische Indikation z.B. im Ausgleich von Faltenbildung nach starkem Gewichtsverlust, Fettverteilungsstörungen (Lipodystrophien), Autoimmunerkrankungen, die mit Gewebedystrophien einhergehen (z. B. Lupus profundus), sowie erworbenen oder angeborenen Gesichtssymmetrien (z. B. bei der Facialisparesie).

_Fallbeispiel 1



Abb. 1a



Abb. 1b



Abb. 1c

Biologisch nicht abbaubare Füllmaterialien, also sogenannte permanente Filler, lassen sich in drei Gruppen einteilen:

- _ Injizierbares Silikon (PMS 350®, Bioplastique®)
- _ Methacrylhaltige Präparate (Artecoll®)
- _ Mischprodukte aus resorbierbaren und permanenten Substanzen (Dermalive®, Evolution®)

Bei der Anwendung permanenter Filler treten im Gegensatz zu nicht permanenten Fillern häufiger Spätkomplikationen auf. Diese entstehen oft erst Jahre nach der Behandlung und führen nicht selten zu unvorhersehbaren, dauerhaften und dramatischen Problemen für den Patienten. In der Folge sind häufig komplexe operative Maßnahmen erforderlich, verbunden mit mehrfachen operativen Schritten, und insbesondere im Gesichtsbereich aufwendigen rekonstruktiven Verfahren.

In unserer Sprechstunde sehen wir in regelmäßigen Abständen Patienten mit Komplikationen nach der Anwendung von permanenten Füllmaterialien in Gesicht und anderen Körperregionen.

Im Folgenden werden Beispiele mit ausgeprägten Folgen nach Injektionen der permanenten Füllmaterialien (Artecoll®, Dermalive® und Baumarktsilikon) im Gesicht demonstriert.

_ Fallbeispiel 1

Beispiel 1 zeigt eine 50-jährige Patientin nach Augmentation ihrer Glabellafalte durch Artecoll®. Diese Behandlung erfolgte vor zehn Jahren aus ästhetischer Absicht. Erst vier Jahre später entwickelten sich störende Verhärtungen und Knoten in dem injizierten Areal. Diese Granulome wurden im Folgenden mehrfach auswärts exzidiert. Bei ausgeprägter Rezidivfreudigkeit dieser Knötchen stellte sich die Patientin mit störenden und schmerzhaften Granulomen in unserer Sprechstunde vor. Die Patientin war psychisch belastet. Es störten Weichteilverhärtungen, die bis in den medialen Lidwinkel prolapierten (Abb. 1a-c). Auch die Narben nach Exzisionen in der Glabellaregion waren störend. Unter dem aktuellen Erscheinungsbild bestand für die Patientin ein weitaus höherer Leidensdruck als vor der initialen ästhetischen Behandlung.

Aufgrund der mehrfach erfolgten frustranen Exstirpationen haben wir zunächst eine konservative Therapie mit streng intraläsionärer Kortisontherapie in sechswöchigen Abständen durchgeführt. Der Verlauf einer möglichen Regression der Granulome durch die Kortisontherapie sollte vor weiterführenden Eingriffen zunächst abgewartet werden.

_ Fallbeispiel 2

Das weitere Fallbeispiel betrifft eine 47-jährige Patientin, welche vor zehn Jahren eine Augmentation ihrer Jochbeinregionen mit Dermalive® durch-

führen ließ. Einige Jahre nach der Behandlung kam es zu rezidivierenden Abszessen mit persistierender Fistelung auf der linken Seite (Abb. 2a-c). Weiterhin beklagte die Patientin starke Schmerzen in der Jochbeinregion. Bei der klinischen Untersuchung zeigten sich beidseits in der Jochbein-Wangenregion große, harte Tumore, welche sich auf der Unterlage als nicht verschieblich darstellten.

Es erfolgte die operative Revision mit präaurikulärem Zugang, um die Weichteiltumore zu entfernen. Im Rahmen des operativen Eingriffs zeigten sich ausgeprägte diffuse Verwachsungen mit Infiltration des Jochbeinperiosts sowie der umgebenden Muskulatur, insbesondere der Mm. zygomatici major und minor (Abb. 3), und Ummauerung von Gefäßen und Nerven, sodass uns eine vollständige Exstirpation nicht gelang. Das Weichteiltrauma durch die Operation war ohnehin schon sehr ausgeprägt (Abb. 4), sodass wir den Eingriff zunächst



_Fallbeispiel 3



auf die Entfernung der größten Fremdkörperkonglomerate (Abb. 5) beschränkten. Die histologische Aufarbeitung des Präparates ergab die vermutete Fremdkörperreaktion.

Im weiteren Verlauf kam es zu einer deutlichen Regredienz der initial sehr ausgeprägten Weichteilanschwellung und der Hämatome. Seitens der Patientin existierte der Wunsch nach einer erneuten Operation, mit dem Ziel der weiteren möglichen Entfernung der infiltrierenden Granulome. Der zweite Eingriff erfolgte ein Jahr später mit Restgranulomentfernung, Lidkantenanhebung links mittels Keilexzision am Unterlid sowie Aufhängung eines entepithelialisierten Tarsusstreifens am knöchernen Orbitarand (Abb. 6a, b).

Ein Ausgleich der entstandenen Konturasymmetrie wurde mit einer Eigenfetttransplantation (45 ml) sechs Monate später ausgeglichen (Abb. 7a–c).

_Fallbeispiel 3

Eindrucksvoll war die Anamnese einer 46-jährigen Patientin, die sich mit Rötungen, Teleangiektasien, multiplen Weichteilverhärtungen und Schmerzen im Gesicht (Abb. 8a–c) und an der Brust nach Injektion flüssigen Silikons vor fünf Jahren vorstellte. Weiterhin beklagte sie eine progrediente Gesichtsfeldeinschränkung.

Die Patientin offenbarte uns, dass ihr die Augmentation der beiden Körperregionen mit einem Medizinprodukt zu kostspielig gewesen sei. Aus diesem Grunde habe sie einen Baumarkt aufgesucht und ein flüssiges Silikonprodukt erworben. Gedanken, dass mögliche Unterschiede zwischen Baumarktprodukten und Medizinprodukten bestehen könnten, seien ihr nicht gekommen. Schließlich habe ihr eine gute Bekannte (es handelte sich nach ausdrücklichem

Nachfragen um keine/n Ärztin/Arzt) dieses Präparat zur Verschönerung injiziert.

Im Rahmen einer mehrstündigen Operation wurden multiple Fremdkörpergranulome entfernt. Es kam im weiteren Verlauf (Abb. 9, 10) zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden, insbesondere der Gesichtsfeldeinschränkung, sowie der Teleangiektasien (Abb. 11).

Anhand des letzten Fallbeispiels kann sicherlich deutlich die Notwendigkeit einer genauen Anamnese aufgezeigt werden, um festzustellen, welche Produkte verwendet wurden.

Im Vergleich zu resorbierbaren Fillern ist bei der Anwendung permanenter Materialien in der Regel eine einmalige Behandlung erforderlich, bei der im Idealfall ein reaktionsloses Ergebnis resultiert. Dennoch sind Behandlungen mit permanenten Füllmaterialien mit einer höheren Komplikationsrate² und der Gefahr von Spätfolgen³ mit irreversiblen Weichteilschäden behaftet.

_Alternative Verfahren zur Volumenaugmentation

Aus diesem Grunde sollten unserer Meinung nach alternative Verfahren zur Volumenaugmentation in Erwägung gezogen werden. Hierzu stehen autologe Substanzen, wie Eigenfett oder Dermistransplantate oder heterologe biologisch abbaubare Materialien (Hyaluronsäure, Kollagen) zur Verfügung, die zu zufriedenstellenden und komplikationsarmen Resultaten führen können.⁴

Mit Hyaluronsäure lassen sich nach unserer Erfahrung gute und zufriedenstellende Ergebnisse erzielen. Mögliche Komplikationen beschränken sich im Wesentlichen auf allgemeine Komplikationen, die bei der Verwendung solcher Produkte auftreten können. Hierzu zählen Rötungen, Schwellungen, Schmerzen und Hämatome. Allergische Reaktionen, Hautnekrosen, Infektionen und Verfärbungen haben wir bei unseren Patienten nicht beobachtet.

Eine andere Möglichkeit des Ausgleichs von Konturunebenheiten besteht in der Verwendung von Eigenfett.^{5,6}

_Fallbeispiel 4

Insbesondere HIV-Patienten, bei denen es zum Schwund des malaren Fettkörpers, am ehesten im Rahmen der antiviralen Medikation kommt, leiden unter der entsprechenden Stigmatisierung. Hier lässt sich ein guter Ausgleich des Volumendefizits mit Eigenfett erzielen (Abb. 12a und b).

_Fallbeispiel 5

Eine weitere Möglichkeit Eigengewebe als Füllmaterial zu nutzen, besteht in der Verwendung von Der-

mistransplantaten als resorptionsresistentes Füllmaterial.

Bei der Lupus-Pannikulitis, einer seltenen Autoimmunerkrankung, die nicht selten mit dem systemischem Lupus erythematoses assoziiert ist, kommt es durch vernarbende Einschmelzungen des subkutanen Fettes und der tiefen Dermis zu entsprechenden Defekten mit Prädilektion im Gesicht und an den Extremitäten, deren Ausgleich gut mit einem Dermistransplantat erfolgen kann. Bei gegebenenfalls vorbestehenden Narben ergibt sich somit ein geeigneter Zugang, um ein entsprechendes Transplantat zu entnehmen. Bei der im Bildmaterial (Abb.13a und b) dargestellten Patientin haben wir ein 12x8 cm großes Transplantat mittels Zugang einer bestehenden Sectionnarbe vom Unterbauch entnehmen können, deepithelialisiert und geteilt, sodass für beide Gesichtshälften eine adäquate Volumenaugmentation zur Verfügung stand (Abb. 14 a–c). Die Fixierung erfolgte mittels Knotung über Präpariertupfer (Abb. 15).

_Fazit

Zusammenfassend sind permanente Filler mit dem Risiko ausgeprägter Spät komplikationen, häufig verbunden mit irreversiblen Weichteilschäden, behaftet. Aufgrund der Vielfalt der zur Verfügung stehenden Materialien ist der Einsatz von permanenten Fillern gegenüber der Verwendung abbaubarer Substanzen und körpereigenen Gewebes aus unserer Sicht nicht zu empfehlen.

Stattdessen sollten abbaubare Substanzen oder körpereigenes Gewebe verwendet werden, bei denen es unserer Meinung nach lediglich zu reversiblen Komplikationen kommen kann.

Komplikationen, die nach der Verwendung von permanenten und nicht permanenten Füllmaterialien auftreten und beobachtet werden, sollten in sogenannten Fillerportalen wie z.B. www.bfarm.de, www.zentralregister-filler.de, www.fillerwelt.de gemeldet werden. Angesprochen fühlen sollten sich neben den Produktherstellern, Ärzte als Anwender und Nachbehandler von entsprechenden Komplikationen sowie die Patienten selbst. Nach Registrierung der Komplikationen und Füllsubstanzen erfolgt eine Aus-

_Fallbeispiel 4



wertung, die Anwendern und Betroffenen wertvolle Informationen bezüglich Häufigkeiten von Nebenwirkungen, Art der Komplikationen nach Faltenunterspritzungen im Speziellen sowie Hinweise auf Behandlungsmöglichkeiten geben kann.

Aufgrund der wachsenden Vielzahl der zur Verfügung stehenden Produktpaletten sowie der aktuell steigenden Behandlungen sind Nutzungen solcher Melderegister ein unverzichtbares Instrumentarium, um zuverlässig, komplikationsarm und somit patientengerecht Behandlungen durchführen zu können.

Literatur

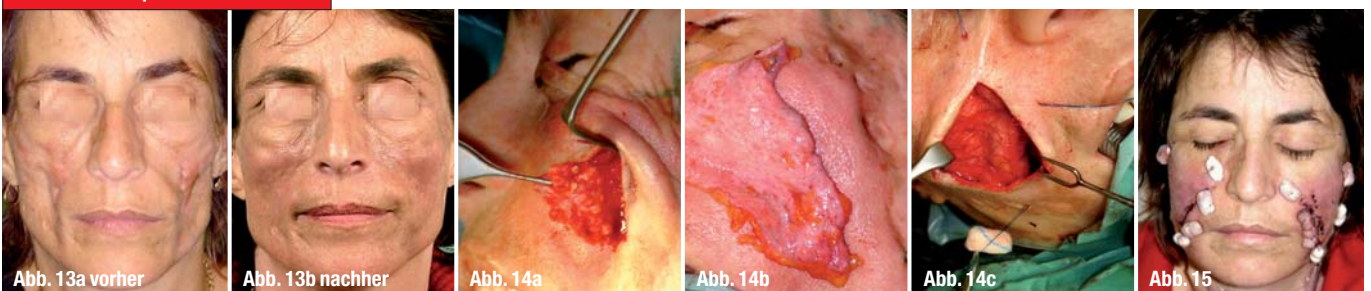
- [1] Medizinproduktegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2326) geändert worden ist, Stand: Neugefasst durch Bek. v. 7.8.2002 I 3146; zuletzt geändert durch Art. 6 G v. 29.7.2009 I 2326
- [2] B. C. Heinz¹ · U. Ladhoff¹ · Ch. Kahl² · B. Rzany² · D. von Mallek¹, Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2008 · 51:787–792, ¹ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bonn, BRD · ² dEBM, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Charité Berlin, BRD Vorkommismeldungen zu injizierbaren Füllmaterialien, Auswertung des Medizinprodukte-Beobachtungs- und -Melde systems in Deutschland
- [3] Wiest, L.G. (2009) Spektrum der Komplikationen nach Behandlung mit injizierbaren Füllmaterialien J Ästhet Chir 2:95–104
- [4] Lemperle G, Morhenn VB, Charrier U (2003) Human histology and persistence of various injectable filler substances for soft tissue augmentation, Aesth Plast Surg 27:354
- [5] Coleman SR (1995) Long term survival of fat transplants: Controlled demonstrations. Aesthetic Plast Surg: 421–425
- [6] Coleman SR (1997) Facial recontouring with lipostucture, Clin. Plast Surg. 24,2: 347–67

_Kontakt face



Dr. med. Michaela Montanari
 Oberärztin der Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie
 Katharinen-Hospital Unna
 Husemannstraße 2
 59423 Unna
 E-Mail: m.montanari@katharinen-hospital.de
www.katharinen-hospital.de

_Fallbeispiel 5



1 x 1 der Präparier- & Instrumentenkunde für die Plastische Gesicht- und Halschirurgie

Schneidende Instrumente, Teil 2: Scheren

Autor | Prof. Dr. Hans Behrbohm, Berlin

Präparierschere

Präparierscheren sind die verlängerte Hand des Operateurs. Mit ihnen berührt er die Tiefe des Gewebes. Sie sind nicht nur Dissektoren, sondern auch Sensoren für den Zustand des operierten Gewebes. Die Sensibilität für dieses Instrument muss jeder Operateur erlernen, denn sie ist die Voraussetzung für das Gewebefühl des Operateurs.

- Unterschieden werden gerade und gebogene Präparierscheren.
- Weitere Unterschiede bestehen in der Länge der Branchen und Schenkel,
- Formen und Länge der Scherenblätter.

1. Die gebogene Präparierschere

Die gebogene stumpfe Präparierschere ist eines der wichtigsten Instrumente für den Operateur. Die Schere dient der Präparation, d.h. dem möglichst atraumatischen Trennen von Gewebe in bindegewebig verbundenen Schichten. Der Operateur schiebt die Schere parallel zur Haut oder Ebene der zu trennenden Schichten vor, öffnet sie und zieht sie geöffnet zurück. Die Gewebeschichten werden durch spreizende Bewegungen der Branchen getrennt und die gewünschte Schicht geöffnet. Sollen konvexe Strukturen, wie Lymphknoten oder Drüsen dargestellt und aus der Umgebung gelöst werden, so wird die Schere

Abb. 1 | Präparation mit Präparierschere.

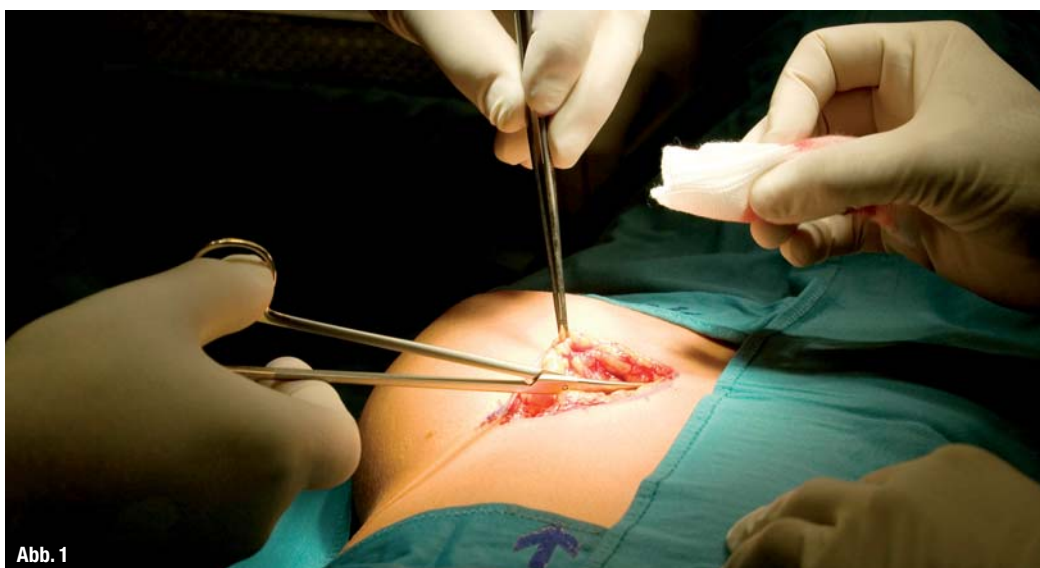


Abb. 1

der Form der zu präparierenden Struktur angelegt, d.h. die gebogene Präparierschere bleibt mit ihrer konkaven Seite z.B. dicht an einem Lymphknoten oder einer Drüse.

Hauptindikationen für die stumpfe Präparation mit der gebogenen Präparierschere ist die Unterminierung und Anhebung der Haut, aber auch die Präparation tieferer Strukturen. Bei der Hautpräparation wird diese in einem Winkel von ca. 45° auf den Operateur zu gehoben. Dadurch wird die Präparierschicht geöffnet und nicht verzogen, was bei größeren Winkeln droht.

Prinzipiell wird die Spitze beim Präparieren den weniger empfindlichen Strukturen zugewandt.

Dieses Präparieren ist möglich durch den Aufbau der Präparierschere. Die Scherenblätter besitzen einen speziellen Schräkungswinkel und einen Hohlanschluß nahe des Schraubenkopfes. Dadurch wird die Reibung reduziert und ein Einklemmen des Gewebes vermieden. Wenn man eine geschlossene Präparierschere gegen das Licht hält, kann man durch die Scherenblätter hindurchblicken. Da wo dieser Durchblick am vorderen Ende der Schere aufhört, da läuft die Schere an. Das Anlaufen geschieht mit einem ganz bestimmten Widerstand, der bei jeder Präparierschere anders ist. Das Gefühl für diesen Anlaufpunkt und -widerstand ist wichtig für das Gewebegefühl des Operateurs, denn zu dem Anlaufwiderstand addiert sich bei der Präparation der Gewebewiderstand. Dieser wird von der Textur des Gewebes, Vernarbungen, Entzündungen, Indurationen oder Tumorzustand bestimmt. Der Anlaufwiderstand entsteht durch die Auflage der Scherenteile, durch die Dreipunkt-lagerung, d.h. am Schnitt, an der Schlussfläche innen (Spiegel) und am Schraubenkopf.

Die Präparierschere dient, sozusagen erst in zweiter Instanz, dem Schneiden. Das Schneiden geschieht mit den vorderen zwei Drittel der Blattlänge. Entscheidend für die Schneidwirkung einer Präparierschere ist der Anlauf des Bicon. Dieser beträgt normalerweise ca. 6°. Bei weichem Gewebe sollte er größer als 6°, bei hartem kleiner sein. Die Form der Scherenblätter und Blattspitzen einer Präparierschere bestimmen ihren Einsatz. Prinzipiell werden gerade und gebogene Präparierscheren unterschieden.

Die Blattspitzen können spitz/spitz, spitz/stumpf oder stumpf/stumpf sein.

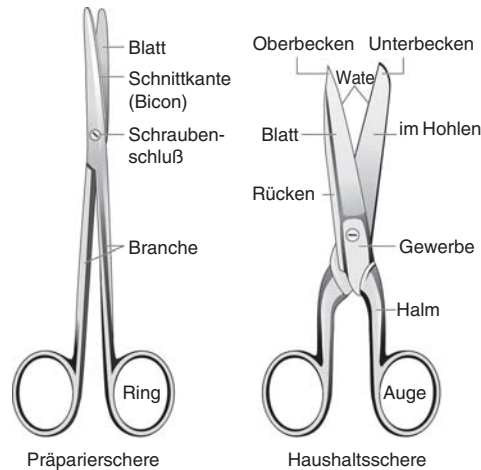


Abb. 2_ Vergleichende Darstellung von Präparier- und Haushaltsschere.

Abb. 2

_2. Die gerade Präparierschere

Die spitze gerade Präparierschere dient der scharfen Präparation. Die scharfe Präparation erfolgt z.B. bei dünnem oder fixiertem subkutanen Bindegewebe, bei straffen Bindegewebssepten, die mit der Haut oder anderen Strukturen fest verwachsen sind. Auch das Öffnen enger chirurgischer Schichten erfolgt durch scharfe Präparation. Vereinfacht gesagt, vereinfacht die Präparation mit der geraden Präparierschere die Technik des Schneidens wie mit dem Skalpell und der stumpfen Präparation mit der gebogenen Schere. Entscheidend ist die richtige und sichere Führung der Schere mit dem Zeigefinger.

_3. Die häufigsten Blattarten

3.1. Spitz-stumpf

Der Begriff beschreibt ein spitzes und ein stumpfes Blattende einer Schere. Dieser verbreitete Standardtyp dient dem Schneiden von Gewebe, Wundrändern oder auch von Nahtmaterial.

3.2. Spitz-spitz

Die Kombination von zwei spitzen Blattenden dient der scharfen, d.h. schneidenden Präparation, z.B. um fest verbundene, narbig fixierte Gewebeschichten zu trennen, oder um den scharfen „Einstieg“ in eine chirurgische Schicht, z.B. zwischen SMAS und Perichondrium des Nasenrückens, zu erreichen.

Abb. 3a und b_ Voraussetzung ist die richtige Haltung der Schere mit dem Daumen und vierten Finger. Der dritte Finger stützt die rechte Branche (beim Rechtshänder), der Zeigefinger führt die Schere.



Abb. 3a



Abb. 3b

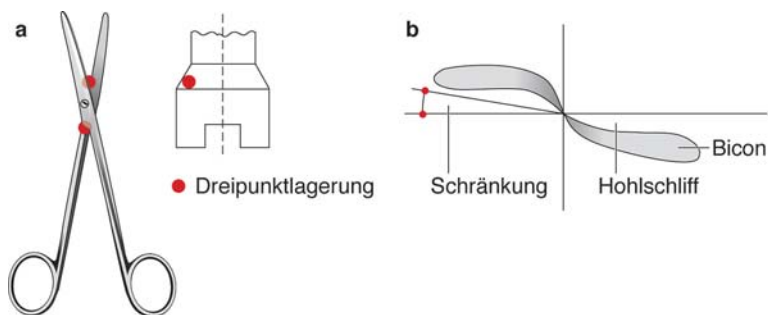


Abb. 4a und b

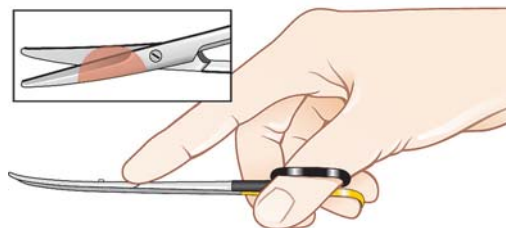


Abb. 5

Abb. 4a und b _Aufbau einer Präparierschere. Die Auflage der Scherenteile, Schränkung, Hohlschliff und Bicon bestimmen die Eigenschaften der Schere.

Abb. 5 _Der Operateur sollte ein Gefühl für den Anlaufpunkt von Präparierscheren entwickeln.

3.3. Stumpf-stumpf

a) halbstumpf – halbstumpf

Beide Blattenden besitzen zwar eine spitze Blattform, sind aber vorn stumpf. Dieser Blatttyp ist für das Präparieren im „Präzisionsbereich“, d.h. z.B. von Gefäßen und feinen Strukturen geeignet.

b) stumpf-stumpf (breit)

Häufige Blattform für die Standard- und Präparierschere zur chirurgischen Präparation und Darstellung verschiedener Gewebeschichten und Strukturen (z.B. Gefäße, Nerven, Sehnen). Die plumpen Spitzen ermöglichen das atraumatische Trennen von Strukturen.

Cave: Große stumpfe Scheren sind oft atraumatischer als kleine spitze.

Natürlich spielt die Gewebesituation für die Auswahl eine große Rolle.

c) stumpf-stumpf (schlank)

Prototyp der chirurgischen Präparierschere z.B. nach Metzenbaum oder Lexer.

d) stumpf-stumpf

Beide schlanken Blattenden besitzen kleine kugelförmige Aufsätze. Die schlanke Schere ermöglicht bei leicht gebogenem Blatt eine präzise Mikropräparation. Die „Knöpfungen“ verhindern das Einschneiden beim Vorwärtsschieben der Blätter und die Verletzung empfindlicher Strukturen. Die sog. Parotisschere weist diese Spezifika auf. Mit dieser Schere können z.B. die einzelnen Fazialisäste dargestellt werden. Die Nervenpräparation erfolgt mit dieser Schere praktisch direkt auf dem Perineurium des Nerven (z.B. N. facialis, N. accessorius).

schere weist diese Spezifika auf. Mit dieser Schere können z.B. die einzelnen Fazialisäste dargestellt werden. Die Nervenpräparation erfolgt mit dieser Schere praktisch direkt auf dem Perineurium des Nerven (z.B. N. facialis, N. accessorius).

_4. Schneidqualität

Genau wie bei einem Skalpell hängt die Schneidqualität von der Schärfe der Klinge, d.h. bei der Schere des Blattes, ihrer Form, dem Anschliff und dem Material ab, aus welcher das Scherenblatt besteht. Besonders gute Schneideigenschaften besitzen Hartmetalle wie Chrom-Wolfram-Legierungen. Die Schneiden werden in diese Scheren eingesetzt und erhalten einen Präzisionsschliff, der einen gleichmäßig weichen und scharfen Schnitt garantiert.

Diese Instrumente sind durch vergoldete Ringe oder Brachenenden gekennzeichnet. Die Standzeit von Hartmetall-Scheren ist wesentlich höher als bei Scheren ohne Hartmetall. Aber auch Hartmetall-Scheren müssen und können nachgeschliffen werden.

_5. Schleifen

Das Schleifen von Scheren ist Vertrauenssache, denn es entscheidet über die Funktionsfähigkeit und Lebensdauer eines Instruments. Die Schere muss beim Schleifen zerlegt werden. Durch den einzelnen Anschliff der Branchen entsteht ein kleiner Materi-

Abb. 6_ Die häufigsten Blattarten.

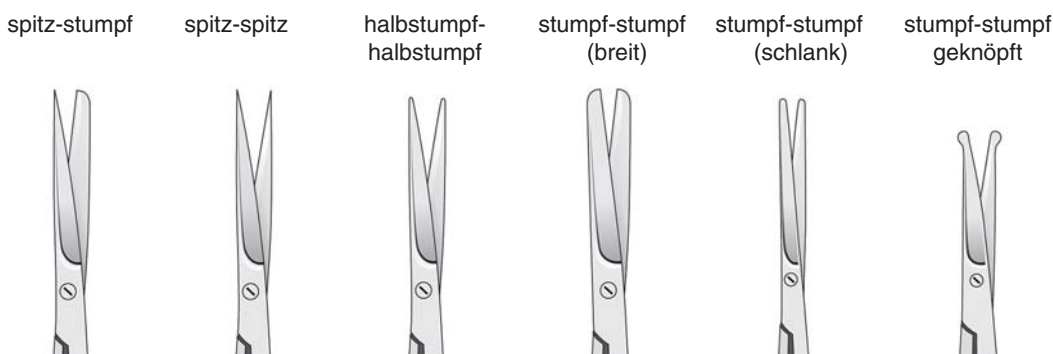


Abb. 6

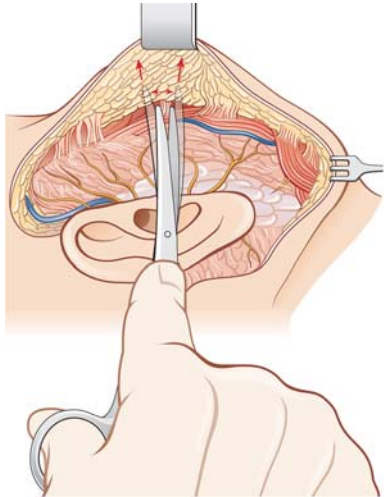


Abb. 7

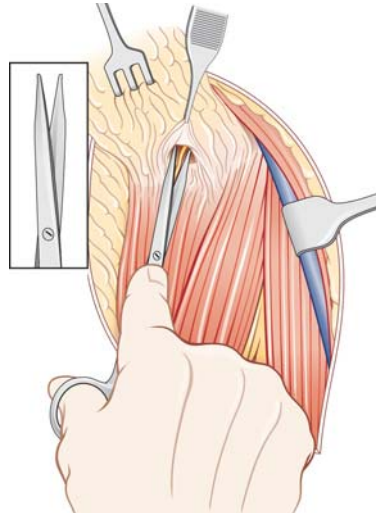


Abb. 8

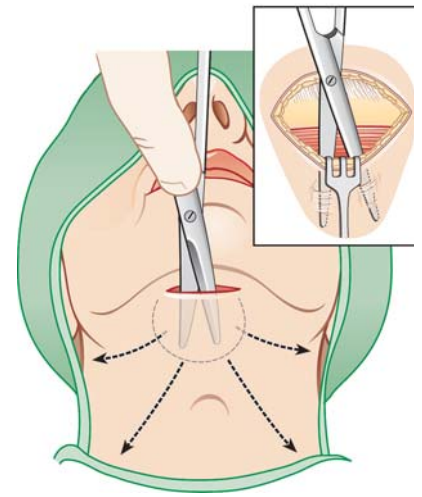


Abb. 9

alverlust. Durch das Zusammenschrauben kann die Schere (entsprechend ihrer Dreipunktlagerung, s.o.) wieder so eingestellt werden, dass sie optimal „anläuft“. Billigfirmen zerlegen die Schere nicht und gleichen den Substanzverlust durch Hammerschläge auf die Schraube aus. Durch diese „Vernietung“ ist die Schere praktisch nicht wieder schleifbar und verliert über kurz oder lang die präzise Führung der Branchen.

6. Spezialschere

Neben den verschiedenen Typen der Präparierschere gibt es einige Spezialscheren. Für das Schneiden feinsten Strukturen (Chirurgie peripherer Nerven) eignen sich Feder- oder Mikroscheren. Schaftscheren besitzen einen langen Schaft, an dessen Ende sich die Branchen öffnen. Sie ermöglichen die Präparation in Kavitäten (Mittelohr, Siebbein) über kleine z.B. endomeatale oder endonasale Zugänge. Weitere Spezialscheren sind z.B. Winkelscheren n. Fomon und Cottle.

7. Präparation eines großen Hautlappens

Präparation eines großen Hautlappens (z. B. Facelift, laterale Parotidektomie) mit Darstellung der Äste des N. facialis mit einer stumpf-stumpfen Präparierschere nach Metzenbaum. Durch abwechselndes Schneiden und Spreizen erfolgt die Ablösung des Hautlappens, der mit dem Haken angehoben wird, sodass die Sicht auf die Tiefe der Dissektion möglich wird. Große Präparierscheren sind für solche Zwecke oft atraumatischer als kleine.

8. Darstellung und Skelettierung eines peripheren Nerven

Das Gewebe oberhalb der N. accessorius wird mobilisiert und mit dem scharfen Haken angehoben.

Die Suche nach dem Nerven erfolgt mit spreizenden Bewegungen der schlanken, stumpf-stumpfen (geknöpften) Präparierschere parallel zum erwarteten Verlauf des Nerven.

Ist dieser gefunden, wird das Gewebe oberhalb des Nerven mit ein oder zwei feinen chirurgischen Pinzetten gefasst und gespannt.

Die feine Präparierschere wird in diesem Raum oberhalb und direkt auf dem Nerven vorsichtig spreizend vorgeschoben. Danach wird das auf diese Weise mobilisierte Gewebe oberhalb des Nerven und in dessen Richtung scharf durchtrennt und die Präparation wie beschrieben fortgesetzt.

9. Unterminierung größerer Hautareale

Die Unterminierung größerer Hautareale erfolgt mit der stumpf-stumpfen Präparierschere, nachdem die Inzision mit dem gebauchten Skalpell durch Haut, Subkutis und Platysma geführt wurde (siehe oben). Die Spitzen der Scherenblätter weisen nach außen und sind durch die Haut sicht- oder palpierbar. Mit dieser Vorgehensweise können Verletzungen von Gefäßen und Nerven ausgeschlossen werden, wenn die chirurgische Schicht nicht verlassen wird und so Traumatisierungen der tieferen Schichten, insbesondere der Muskulatur, vermieden werden.

Literatur

Behrbohm, Grundlagen der Instrumentenkunde für den HNO-Arzt und plastischen Gesichtschirurgen. Endo-press, Tuttingen 2007

Abb. 7_ Präparation eines großen Hautlappens.

Abb. 8_ Darstellung und Skelettierung eines peripheren Nerven.

Abb. 9_ Unterminierung größerer Hautareale.

_Kontakt

face

Prof. Dr. Hans Behrbohm

Privatpraxis am Kurfürstendamm 61

10707 Berlin

www.ku61.de

Radiowellen & Weihrauch – ein neues Verfahren zur Falten-glättung und Hautverjüngung

Autor_Dr. med. Hans-Ulrich Jabs, Nottuln

Die äußere Hautschicht, die Epidermis, stellt ein dynamisches System der fortwährenden Proliferation und Differenzierung dar. Sie besteht hauptsächlich aus Keratinozyten, Melanozyten und immunkompetenten Zellen. Struktur und Metabolismus der Epidermis haben zwei Hauptaufgaben: Die Haut vor äußeren Einflüssen zu schützen und die Hydratation und das osmotische Gleichgewicht innerer Gewebe aufrechtzuerhalten. Beide Funktionen werden vom St. corneum wahrgenommen, die äußerste der fünf Schichten der Epidermis. Die Barrierefunktion des St. corneum ist von der spezifischen Lipidzusammensetzung abhängig. Bei Barrierestörungen kommt es zu Hauterkrankungen wie beispielsweise atopische Dermatitis, Psoriasis, Rosacea, Akne, trockene und empfindliche Haut oder auch zu einer vorzeitigen Hautalterung.

Die Haut unter Stress – Heat shock proteins (HSP)

Hitzeschock-Proteine sind eine Gruppe von Proteinen, die in allen pro- und eukaryotischen Zellen vorkommen. HSP werden durch verschiedene Umwelteinflüsse, die Gefahr für das Leben der Zelle bedeuten, wie Hitze, Kälte, Hypoxämie, und durch Schadstoffe induziert.

Von Lindquist S (Annu Rev Biochem 1986; 55: 1151–91) wurde als Hauptfunktion der Hitzeschockproteine die Induktion von Thermotoleranz entdeckt, ein induzierbares Phänomen, bei dem Zellen nach einem Hitzestress resistent gegenüber einer sonst letalen Hitzebelastung werden. Maytin E et al. (J. Invest. Dermatol 1990; 95: 635–42; J. Biol Chem. 1992; 267: 23189–96; J. Invest Dermatol 1995; 104 [4]: 448–55, Farage MA. Textbook of Aging Skin. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2010) zeigten, dass eine Hitzebelastung von menschlichen Keratinozyten nicht nur zu einer Thermotoleranz und zu einem Anstieg der Hitzeschockproteinsynthese, sondern auch zu einer Unempfindlichkeit gegenüber anderen belastenden Reizen wie Schwermetalle, Hypoxie und überraschenderweise auch zu einer Resistenz gegenüber UVB-induzierten Schäden führt. Durch Radiofrequenzbehandlungen der Haut kann eine Hitzebelastung simuliert und so Hitzeschockproteine freigesetzt werden.

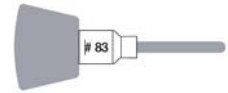
Entzündliche Hauterkrankungen und Hautalterung

Atopische Dermatitis, aktinische Keratosen, Psoriasis, Rosacea und andere Hauterkrankungen sind durch Barrierschäden und chronische Entzündungen charakterisiert. Die Hitzeschockproteinsynthese ist vermindert und die Reparaturmechanismen der Haut sind gestört. In der kontrollierten Apoptose der Keratinozyten treten Störungen auf und die Immunabwehr wird geschwächt. Parallel zu diesen Vorgängen werden vermehrt inflammatorische Enzyme wie die





(Fa. Meyer-Haake GmbH, Wehrheim) ist ein Radiofrequenzgerät für die Radiochirurgie, das bei einer Frequenz von 2,2 MHz verschiedene modulierte und unmodulierte Hochfrequenzströme erzeugen kann. Mit der gefilterten Welle und verschiedenen Koagulationsgraden wird das Gerät in der Radiochirurgie bei verschiedenen Operationen gewebeschonend eingesetzt. Mit einer speziellen RF-Konuselektrode kann das Gerät zur gezielten Radiofrequenzbehandlung der Haut eingesetzt werden. Die Energie der Radiowellen erreicht die Dermis und bewirkt eine Schrumpfung der gedehnten Kollagen- und Elastinfasern. Dadurch werden Falten geglättet und Hitzeschockproteine in der Epidermis freigesetzt.



Matrix-Metalloproteinasen gebildet. Hautalterung und -entzündung sind also dadurch gekennzeichnet, dass die Reparaturmechanismen der Haut gestört und geschwächt sind und Entzündungsmediatoren vermehrt freigesetzt werden.

Boswellia-Nanopartikel

Weihrauch (*Boswellia Carteri*, *Boswellia sacra*) ist ein Harz, das aus Wüstenbäumen der Gattung *Boswellia* durch Anritzen der Rinde gewonnen wird. Hauptanbaugebiet der Weihrauchbäume sind der vordere Orient, hauptsächlich der Oman, Jemen, Somalia und Indien. Das austretende Harz erstarrt an der Luft und wird in mühevoller Handarbeit mit einem speziellen Schabmesser geerntet und auf Weihrauchbasaren gehandelt. Weihrauchextrakte haben antientzündliche Eigenschaften und sind gut wirksam bei aktinischen Keratosen, Psoriasis, atopische Dermatitis und Akne. Von den Inhaltsstoffen der Weihrauchharze sind nach heutigem Wissensstand die Boswelliasäuren die pharmakologisch wirksamen Bestandteile. Sie hemmen die kollagenabbauenden Matrix-Metalloproteinasen und die inflammatorischen 5-Lipoxygenasen in der Haut. Für die Behandlung von entzündlichen Hauterkrankungen und Hautalterungszuständen wurde ein standardisierter Weihrauchextrakt isoliert, der mindestens 30% Acetyl-Keto- β -Boswelliasäuren enthält. Dieses harzige und stark klebende Wirkstoffkonzentrat wurde in Nanopartikel verkapselt und dadurch erst für die Haut verfügbar gemacht (Fa. KOKO GmbH & Co.KG, Leichlingen). In eine spezielle, kosmetische Gelgrundlage wurden Boswellia-Nanopartikel gemischt und dieses Boswelliagel für die Radiofrequenzbehandlungen verwendet.

Radiowellen-Boswellia-Behandlung – eine neuartige Anti-Aging-Strategie

Mit Radiowellen ist es möglich, die Haut gezielt zu erwärmen, Hitzeschockproteine zu stimulieren und durch elektromagnetische Energie Boswelliasäuren zusätzlich zu aktivieren. radioSURG® 2200

Behandlungsablauf

Die RF-Konuselektrode des radioSURG® 2200 wird mit einer Leistungseinstellung von ca. 15–20 Watt mit leichtem Druck auf das zu behandelnde Gebiet aufgelegt, sodass zwischen Elektrode und Haut kein Spalt mehr besteht. Erst dann wird das Gerät über den Fuß- oder Fingerschalter aktiviert und die Elektrode in kreisenden Bewegungen über das Behandlungsgebiet geführt. Kühlgele oder herkömmliche Ultraschallgele sollten nicht verwendet werden, da Duft- und Konservierungsstoffe eine allergisierende und sensibilisierende Wirkung auf die Haut haben, die durch Radiowellen noch verstärkt werden kann. Zur Heimbehandlung wird den Patienten folgende Pflegecreme mitgegeben: In eine DMS®-Basiscreme High Classic Plus (44 ml, Fa. KOKO, Leichlingen) werden gemischt:

- 2 ml Boswellia-Nanopartikel
- 2 ml azelainsäurehaltiges Liposomen-Konzentrat
- 2 ml nanopartikelärer Mäusedorn-Extrakt.

Die Radiowellen-Boswellia-Methode kann mit allen anderen dermatokosmetischen Behandlungen kombiniert werden. Bei korrekter Anwendung des Gerätes und der Methode wurden bisher keine Nebenwirkungen beobachtet.

Ergebnisse und Diskussion

In dieser Studie konnte gezeigt werden, dass die neuartige Anti-Aging-Behandlung mit Radiowellen und Boswellia-Nanopartikel sehr wirksam ist. Durch den Wärmereiz der Radiowellen wird der Haut eine Verbrennung simuliert, die zu einer gesteigerten Synthese von Hitzeschockproteinen in der Epidermis führt. Die Anregung des natürlichen Reparaturmechanismus der Haut ist die eigentliche „Anti-Aging-Behandlung“. Zusätzlich werden Kollagen- und Elastinfasern durch Radiowellen gestrafft und die Kollagensynthese stimuliert. Boswellia-Nanopartikel unterstützen die Reparatur der Barriere durch Hemmung der inflammatorischen 5-Lipoxygenasen und der kollagenabbauenden Matrix-Metalloproteinasen.

<u>Kontakt</u>	face
	
<p>Dr. med. Dipl.-Biochemiker Hans-Ulrich Jabs Dr. Jabs Cosmedics GbR Von-der-Reck-Str. 3 48301 Nottuln E-Mail: Praxis@dr-jabs.de www.dr-jabs.de</p>	

Änderung der sagittalen Relation durch kieferorthopädisch-chirurgische Therapie

Autoren_ Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted, Bad Mergentheim, Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Josip Bill, Würzburg



einer geringeren Vaskularisierung. Dies sind die Ursachen für langsamere Zahnbewegungen und verzögerte Gewebe- und Knochenreaktionen. Auch das fehlende Suturenwachstum, das Alter des Parodontiums, spezifische parodontale Befunde und die Atrophie des Gewebes machen die Behandlung Erwachsener besonders anspruchsvoll. Daher ist die ästhetisch orientierte Erwachsenenkieferorthopädie in der Regel interdisziplinär ausgerichtet.

Okklusion, Funktion und Ästhetik werden in der modernen Kieferorthopädie und hier speziell in der kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Behandlung als gleichwertige Parameter betrachtet. Dies wurde durch die Optimierung der diagnostischen Mittel sowie die Weiterentwicklung und zunehmende Erfahrung in der orthopädischen Chirurgie erreicht.

Die Behandlung erwachsener Patienten mit Zahnfehlstellungen und Einschränkungen der Kaufunktion gehört heutzutage zu den Standardaufgaben von Kieferorthopäden. Wenn die räumlichen Zuordnungs-Diskrepanzen von Ober- zu Unterkieferzahnbogen stark ausgeprägt und nicht nur dentoalveolär, sondern primär skelettal bedingt sind, werden die Grenzen einer konventionellen kieferorthopädischen Therapie erreicht, sodass eine kombiniert kieferorthopädisch-chirurgische Therapie für die Umstellung der Kieferbasen indiziert ist.

In diesem Artikel wird die Möglichkeit der Therapie einer skelettalen Dysgnathie (Klasse III) durch



Abb. 2a



Abb. 2b



Abb. 2c



Abb. 2d



Abb. 2e

Einleitung

Die kieferorthopädische Behandlung verfolgt in der Regel ästhetische, funktionelle und prophylaktische Ziele, wobei den einzelnen Aspekten im Einzelfall unterschiedliches Gewicht zukommt. Wachsende ästhetische Ansprüche und eine durch die Massenmedien vermittelte Kenntnis von modernen zahnärztlichen Behandlungsmöglichkeiten haben zu einem zunehmenden Interesse und einer höheren Bereitschaft Erwachsener für eine kieferorthopädische Behandlung geführt. Ästhetische Kieferorthopädie ist somit in erster Linie Erwachsenenkieferorthopädie. Als Besonderheit der kieferorthopädischen Erwachsenenbehandlung im Vergleich zur Therapie von Kindern und Jugendlichen führt die Altersinvoluktion beim Bindegewebe zur Abnahme der Zelldichte, zu einer Verdickung der Faserbündel, einer verzögerten Fibroblastenproliferation und

Abb. 1a _ Die seitliche Aufnahme einer 22-jährigen Patientin; Rückgesicht schräg nach vorne.

Abb. 1b _ Frontale Aufnahme: Die Aufnahme zeigt die, aufgrund der Latetognathie, Abweichung nach rechts. Das Oberlippenrot ist relativ schwach ausgeprägt.

Abb. 2a-e _ Klinische Situation vor Behandlungsbeginn.

eine kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Korrektur abgehandelt.

Klinische Darstellung

Anamnese und Diagnose

Die Patientin stellte sich im Alter von 21 Jahren auf eigene Veranlassung vor. Sie klagte über funktionelle sowie ästhetische Beeinträchtigungen. Die Patientin hatte im Kindesalter eine kieferorthopädische Behandlung. Die allgemeine Gesundheit ist unauffällig.

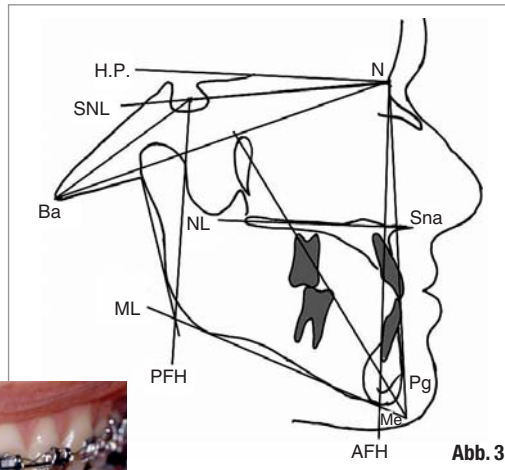
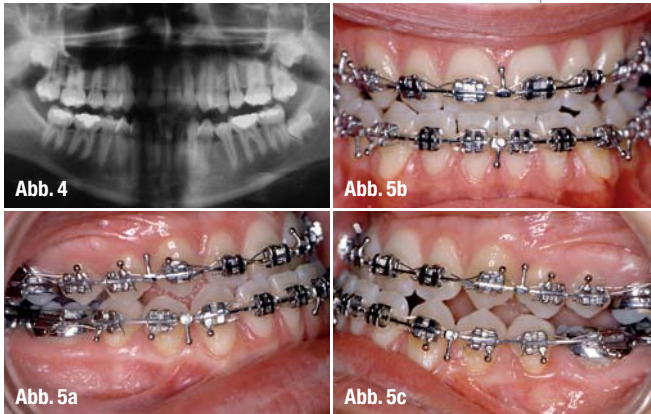


Abb. 3_ Die Fernröntgenaufnahme zeigt die disharmonische Einteilung in der Vertikalen. Das Untergesicht zeigt eine Vergrößerung in Relation zum Obergesicht.

Abb. 4_ Orthopantomogrammaufnahme vor Beginn der kieferorthopädischen Behandlung.

Abb. 5a-c_ Situation nach der orthodontischen Vorbereitung für den operativen Eingriff.

— Erfüllung der Erwartungen bzw. Zufriedenheit des Patienten
 — als besonderes Behandlungsziel die Verbesserung der Gesichtsästhetik hauptsächlich in der Sagittalen sowohl im Bereich des Untergesichtes (Unterkieferregion) als auch im Bereich des Mittelgesichtes (Hypoplasie).

Tabelle I_ Proportionen der Weichteilstrukturen vor und nach der Behandlung.

Tabelle II_ Durchschnittswerte bzw. Proportionen skelettaler Strukturen vor und nach der Behandlung.

Das Fotostat von lateral zeigt ein Rückgesicht schräg nach vorne mit Mittelgesichtshypoplasie – Regio infraorbitale –, eine flache Oberlippe und im Vergleich zum Mittelgesicht ein leicht verlängertes Untergesicht – 49 % : 51 % statt 50 % : 50 % – (Tabelle I, Abb. 1 a, b).

Es lagen weiterhin eine Angle Klasse III-Dysgnathie, frontaler und lateraler Kopfbiss rechts, nach labial gekippte Oberkieferfront sowie steilstehende Unterkieferfront vor (Abb. 2a–e).

Die FRS-Analyse (Tabelle I, II) verdeutlicht die starke sagittale und relativ schwache vertikale Dysgnathie sowohl im Weichteilprofil als auch im skelettalen Bereich. Die Parameter wiesen auf eine mesiobasale Kieferrelation und nach anterior abgelaufenes Wachstumsmuster hin (Abb. 3).

Die Panoramaaufnahme zeigt, dass alle Zähne angelegt und durchgebrochen sind. Die Zähne 18, 28 und 38 sollten fünf Monate vor dem operativen Eingriff extrahiert werden (Abb. 4).

Therapieziele und Therapieplanung

Die angestrebten Ziele dieser kieferorthopädischen bzw. kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Behandlung sind:

- die Herstellung einer neutralen, stabilen und funktionellen Okklusion bei physiologischer Kondylenposition
- die Optimierung der Gesichtsästhetik
- die Optimierung der dentalen Ästhetik unter Berücksichtigung der Parodontalverhältnisse
- die Sicherung der Stabilität des erreichten Ergebnisses

Mit alleinigen orthodontischen Maßnahmen wären die angestrebten Behandlungsziele hinsichtlich der Funktion und Ästhetik nicht zu erreichen gewesen.

Parameter	Mittelwert	vor Behandlung	nach Behandlung
G'-Sn/G'-Me'	50 %	49 %	50 %
Sn-Me'/G'-Me'	50 %	51 %	50 %
Sn-Stm/Stm-Me'	33 % : 67 %	32 % : 68 %	33 % : 67 %
Sn-Li / Li-Me'	1 : 0,9	1 : 1	1 : 1

Parameter	Mittelwert	vor Behandlung	nach Behandlung
SNA (°)	82°	85°	85°
SNB (°)	80°	86,5°	84,5°
ANB (°)	2°	-1,5° (incl. 4°)	0,5° (incl. 3,5°)
WITS-Wert (mm)	± 1 mm	-4 mm	-0 mm
ML-SNL (°)	32°	26,5°	27,5°
NL-SNL (°)	9°	4,5°	4,5°
ML-NL (°)	23°	22°	23°
Gonion-< (°)	130°	128°	130°
SN-Pg (°)	81°	87°	85,5°
PFH/AFH (%)	63 %	69 %	68 %
N-Sna/N-Me (%)	45 %	44 %	44 %
Sna-Me/N-Me (%)	55 %	56 %	56 %



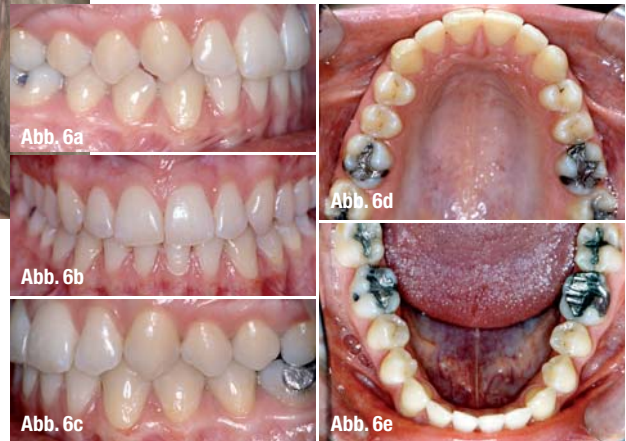
Abb. 6a–e Situation zu Behandlungsende, es liegt eine neutrale stabile Okklusion mit physiologischer Frontzahnstufe in der Sagittalen und Vertikalen vor.
Abb. 7a und b Das Behandlungsergebnis von extraoral.

Therapeutisches Vorgehen

Die Korrektur der angesprochenen Dysgnathie erfolgte in sechs Phasen:
1) Schientherapie: Zur Ermittlung der physiologischen Kondylenposition bzw. Zentrik vor der endgültigen Behandlungsplanung wurde für sechs Wochen eine plane Aufbisschiene im Unterkiefer eingesetzt. Dadurch konnte der Zwangsbiss in seinem ganzen Ausmaß dargestellt werden.

2) Orthodontie: Zur Ausformung und Abstimmung der Zahnbögen aufeinander und Dekompensation der skelettalen Dysgnathie (Abb. 6).
3) 4–6 Wochen vor dem operativen Eingriff bis zum operativen Eingriff „Schientherapie“ zur Ermittlung der Kondylenzentrik. Ziel ist die Registrierung des Kiefergelenks in physiologischer Position (Zentrik).

4) Kieferchirurgie zur Korrektur der skelettalen Dysgnathie. Nach Modelloperation, Festlegung der Verlagerungsstrecke und Herstellung des Splintes in Zielokklusion wurde die operative Unterkieferverlagerung mittels sagittaler Spaltung nach Obwegeser-Dal Pont durchgeführt.
5) Orthodontie zur Feineinstellung der Okklusion.



6) Retention: Im Unterkiefer wurde ein 3–3 Retainer geklebt. Als Retentionsgerät wurden Unter- und Oberkieferplatten eingesetzt.

Ergebnisse

Die Abbildungen 6a–e zeigen die Situation nach Behandlungsende, eine neutrale Okklusion und korrekte Mittellinie mit physiologischer sagittaler und vertikaler Frontzahnstufe. Die extraoralen Aufnahmen zeigen eine harmonische Gesichtsdrittellung in der Vertikalen und ein harmonisches Profil in der Sagittalen (Abb. 7a und b).

Die Überlagerung der Fernröntgenaufnahmen nach der orthodontischen Vorbereitung und nach dem erfolgten chirurgischen Eingriff zeigt die Änderungen und Harmonisierung im skelettalen Bereich, im Weichteilprofil und der Parameter, die infolge der Verlagerung des Unterkiefers entstanden (Abb. 8, Tabelle II).

Das OPG zeigt die Situation nach Ende der Behandlung (Abb. 9).

Abb. 8 Die Überlagerung der Fernröntgenaufnahme nach der kieferorthopädischen Vorbereitung und nach Abschluss der Behandlung zeigt eine harmonische Relation der skelettalen Strukturen sowohl in der Sagittalen als auch in der Vertikalen sowie eine Harmonisierung im Weichteilprofil zwischen Ober- und Untergesicht.

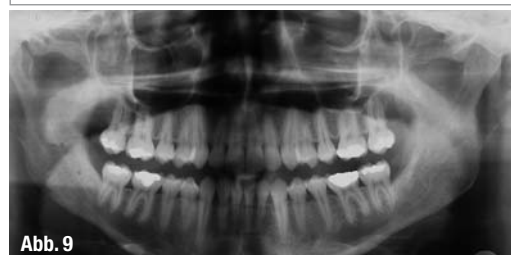
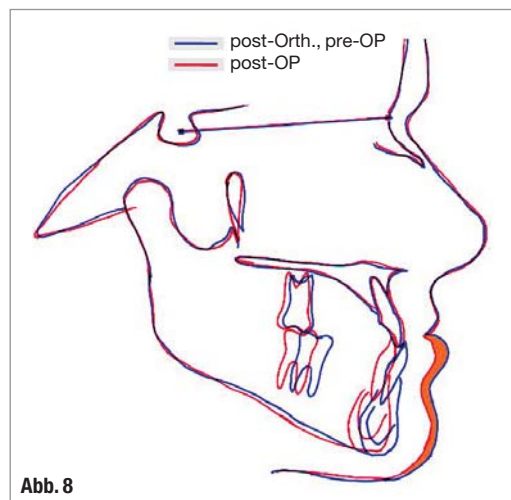


Abb. 9 Orthopantomogramm nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung.

_Kontakt	face
	<p>Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted Wolfgangstraße 12 97980 Bad Mergentheim E-Mail: nezar.watted@gmx.net</p>

SAVE CELLS

NEUE EMS SWISS INSTRUMENTS SURGERY – DIE NEUEN HEROES IN DER IMPLANTATCHIRURGIE RETTEN ZELLEN

Dem Erfinder der Original Methode Piezon ist ein Schlag gegen die Vernichtung von Zellen beim Einsetzen von Implantaten gelungen. Das Zauberwort heisst Doppelkühlung – Kühlung der Instrumente von innen und aussen bei gleichzeitigem optimalem Debrisevakuierten sowie effizientem Bohren im Maxillarbereich.

KÜHLUNG HEILT

Die einzigartige Spiralform und die interne Instrumentenirrigation verhindern den Temperaturanstieg der Instrumente während des chirurgischen Eingriffs – was eine sehr gute Knochenregenerierung bewirkt.

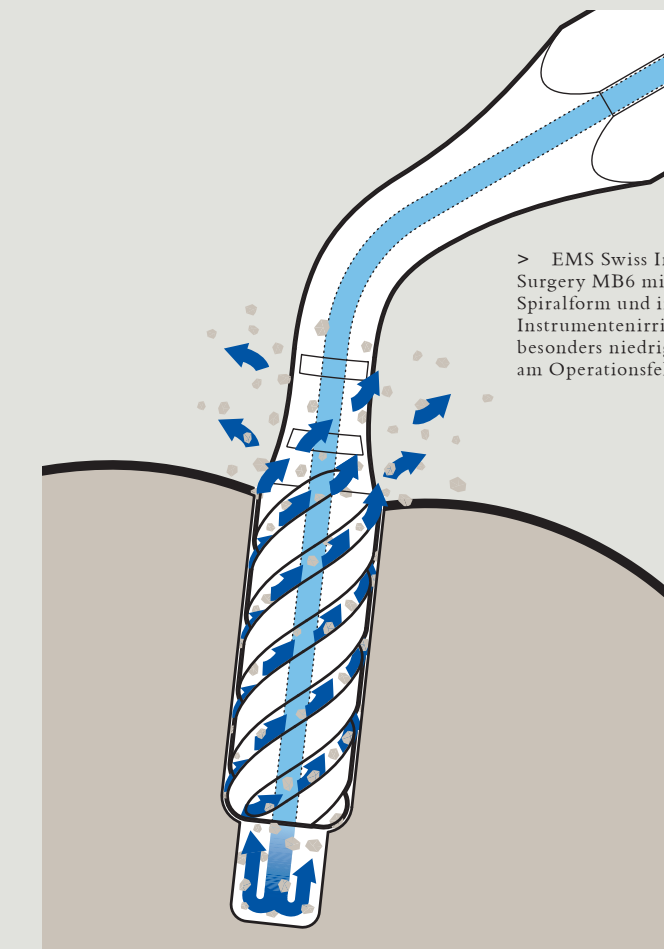
Die EMS Swiss Instruments Surgery MB4, MB5 und MB6 sind diamantbeschichtete zylindrische Instrumente zur sekundären Bohrung (MB4, MB5) sowie zur finalen Osteotomie (MB6). Mit der innovativen Doppelkühlung sind sie einmalig in der Implantatchirurgie.

KONTROLLE SCHONT

Atraumatische Vorbereitung der Implantierung bei minimaler Knochen-schädigung wird zudem erreicht durch höchste Instrumentenkontrolle.

PRÄZISION SICHERT

Selektive Schneidetechnologie bedeutet quasi kein Risiko der Beschädigung von Weichgewebe (Membrane, Ner-



> EMS Swiss Instrument Surgery MB6 mit einzigartiger Spiralform und interner Instrumentenirrigation für besonders niedrige Temperatur am Operationsfeld

ven, Arterien etc.). Unterstützt durch optimale Sicht auf das OP-Feld und geringe Blutung dank Kavitation (hämostatischer Effekt!).

Die neuen EMS Swiss Instruments Surgery stehen exemplarisch für höchste Schweizer Präzision und Innovation im Sinne der Anwender und

Patienten gleichermaßen. Eben die Philosophie von EMS.

Mehr Information >
www.ems-swissquality.com



Marktinformationen

Teoxane

ZWP online
Weitere Informationen zu diesem Unternehmen befinden sich auf www.zwp-online.info

Augmentation des subkutanen Gewebes mittels stumpfer Kanülen

Intensivkurse „Professional & Masterclass“ zeigen neueste Techniken & Trends in der Ästhetik

Die Workshop-Reihe „Sanftes Lifting und Volumenaufbau“ des Schweizer Herstellers TEOXANE wurde speziell für Ärzte konzipiert, die bereits erfolgreich mit Hyaluron-Fillern arbeiten.

Nach einer kurzen Auffrischung zum Thema Filler werden die neuesten minimalinvasiven Injektionstechniken sowie das volumengebende Produkt TEOSYAL® Ultimate vorgestellt. Bei diesem Füllmaterial handelt es sich um ein viskoelastisches Gel, welches aus retikulierter, steriler, apyogener, transparenter und quervernetzter Hyaluronsäure, nicht animalischen Ursprungs besteht. Es wurde speziell entwickelt, um tiefe, mimische Falten zu korrigieren, das Gesicht durch Volumenaugmenta-

tion zu harmonisieren sowie Konturen wiederherzustellen. Hierzu gehört be-

sonders die Akzentuierung des Wangenknochenbereiches, das Auffüllen der Wangen bei z.B. Lipodystrophie oder die Konturierung der Kinnlinie und Augmentation des Kinns. Die Injektion erfolgt von subkutan bis hin zu einer supraperiostalen Applikation mittels stumpfer, abgerundeter Kanülen. Im Gegensatz zu den herkömmlichen spitzen, scharfen Nadeln, die beim Injizieren das Gewebe durchstoßen, trennen stumpfe Kanülen die natürlichen Faserverbindungen und ermöglichen dem Patienten somit eine nahezu schmerzfreie Behandlung.

In dieser Kursreihe werden Schritt für Schritt wichtige Aspekte und Möglichkeiten der Gesichtsmodellierung aufgezeigt und Injektionstechniken für verschiedene Gesichtspartien vorgestellt. Dazu gehören neben der Analyse des Gesichts und der Injektionsareale u.a. die Produktwahl, die Grenzen und Risiken der Gesichtsaugmentation mit Hyaluron unter besonderer Berücksichtigung der anatomischen Strukturen sowie die Einsatz- und Kombinationsmöglichkeiten mit anders vernetzten Pro-

dukten. Der Theorie folgend wird im Zuge von Live-Demonstrationen an Probanden die Wiederherstellung von Gesichtskonturen, die Harmonisierung des Gesichts durch Augmentation sowie die sofortige Korrektur von tiefen Hautfalten präsentiert. Außerdem werden Varianten erläutert, um eine symmetrische und perfekte Modellierung des Gesichts zu erreichen, welche erst kürzlich im Rahmen des diesjährigen Anti-Aging-Medicine-World-Congresses in Monte Carlo von international anerkannten Referenten vorgestellt und demonstriert wurden. Ziel des Workshops ist es, die minimalinvasiven Behandlungsmöglichkeiten der Veränderungen des alternden Gesichtes wie z.B. des Verlustes von Fettgewebe mit den monophasischen Hyaluron-Produkten zu demonstrieren.

Teoxane Germany GmbH

Am Lohmühlbach 17
85356 Freising

Tel.: 0 81 61/1 48 05-0

E-Mail: info@teoxane.de

www.teoxane-cosmetic.de

_Termine

Die nächsten Workshop-Termine:

15. September 2010	Köln
02. Oktober 2010	Heusenstamm
16. Oktober 2010	Stuttgart
03. November 2010	Düsseldorf
06. November 2010	Heusenstamm
20. November 2010	Mannheim



Luventas-Medical

Herbstzeit - Peelingzeit

Der Urlaub ist zu Ende. Seele und Körper haben sich erholt. Sonne, Wind, salzige Luft setzen aber immer mehr dem größten Organ des Körpers zu, der Haut. Schön wäre es jetzt, der Haut die Möglichkeit zu geben, sich zu regenerieren und neu aufzubauen. Gerade in den südlichen Ländern Europas, Nordafrika, Amerika, Naher Osten werden das ganze Jahr Peelings durchgeführt.



Welches Peeling verwende ich, was ist das ideale Peeling?

Das ideale Peeling ist sicher, einfach und effektiv auf allen Hauttypen bei unterschiedlichen Hautproblemen anzuwenden.

Ideal für eine solche Behandlung sind medizinische Peelings, d.h. AHA-Peelings, welche den PH-Wert der Haut auf unter 0,7 bringen, oder aber TCA-Peelings.

Beim Fruchtsäure-Peeling sollten Sie darauf achten, dass es nicht zu schwach und einfach anzuwenden ist (keine verschiedenen Prozentstärken, aufwendige Zeitkontrolle und Neutralisierung), z.B. Easy Phytic (SkinTech/Luventas-Medical), universelle Stärke, keine Neutralisation, Slow-Release Technologie.

Extrem einfache, sichere und effektive Anwendung in nur 10 Minuten mit einer verbundenen 10-minütigen Okklusion (wenn gewollt).

Für eine stärkere und tiefere Wirkung verwenden Sie einfach Easy TCA (SkinTech/Luventas-Medical).

Das Problem einer vom Apotheker hergestellten TCA-Lösung ist u.a. die Vorbereitungszeit, die schwierige Kontrollierbarkeit, das Schmerzgefühl und die immer auftretende Entzündung.

Mit Easy TCA haben Sie ein Produkt, das seit mehr als 15 Jahren eingesetzt und ständig verbessert wird. Es ist das meistverkaufte TCA weltweit. Keine



Vorbereitungszeit; sobald der Patient einwilligt, können Sie die Behandlung beginnen. Einfachste Kontrollierbarkeit und dadurch Bestimmbarkeit der Eindringtiefe und des damit verbundenen Schäleffektes. Kein Schmerzgefühl, keine Entzündung (Post-Peel-Creme) und höchste Sicherheit.

Der Patient verlässt die Behandlung wie nach einer Fruchtsäurebehandlung.

Das komplette Hautbild wird verändert, die Haut straffer, die Poren werden kleiner, kleine Fältchen und Pigmentstörungen verschwinden.

Idealerweise kombiniert man eine Peelingtherapie mit einer Mesotherapie, Faltenauffüllung oder Botulinumtoxin.*

*Nur mit den oben erwähnten Produkten lassen sich direkte Kombinationstherapien in einer Sitzung durchführen.

Luventas-Medical

Franz-Lehar-Str. 16

91315 Höchststadt

Tel.: 0 91 93/5 01 29 85

Fax: 0 91 93/5 01 29 86

E-Mail: info@luventasmedical.de

www.luventasmedical.de

Ästhetische Chirurgie – Lifestyle-Operationen oder mehr?

Autor_Prof. Dr. med. Günter Germann, Heidelberg

_Kaum ein chirurgisches Fachgebiet findet so breites Medieninteresse wie die Plastische Chirurgie. Der Spannungsbogen in den Medien reicht von Begeisterung bis schärfster Ablehnung dieses Teils der Plastischen Chirurgie, zwar oft sachlich wenig begründet, aber immer emotionell betont. Häufig wird die Frage gestellt, sei es in Artikeln oder im TV, warum hat die

Plastisch-Ästhetische Chirurgie einen solchen Aufschwung erlebt und damit das öffentliche Interesse in dieser Form geweckt?

Dies einer soziologisch-wissenschaftlichen Betrachtung zu unterziehen würde sicher den Rahmen dieses Artikels sprengen, aber die Mehrzahl der Gründe ist sicherlich im Umfeld der Entwicklung unserer Gesellschaft hin zur sogenannten Informationsgesellschaft zu suchen. Dauerte es früher, zu Zeiten Goethes, Monate, bis der auferstandene griechische Kleidungsstil aus Paris nach Weimar fand, sind alle diese Informationen heute mit wenigen Mausklicks überall auf der Welt verfügbar. Besonders deutlich spiegelt sich diese Schnelligkeit der Informations-

übermittlung und der daraus folgenden Informationsverarbeitung z. B. am Erfolg der Modketten H & M und Zara wider, denen es gelingt, aktuelle Entwürfe aus den großen Modemetropolen in leicht abgeänderter Form innerhalb von wenigen Wochen in die eigenen Filialen zu bringen.

Körperbewusstsein und damit einhergehende Phänomene wie Körperkult, der

Wunsch attraktiv zu sein, zu werden oder zu bleiben, oder auch den Körper radikal zu verändern, ist dagegen kein Phänomen der neuzeitlichen Mediengesellschaft. Jede Kultur hat in ihren eigenen Entwicklungsphasen Schönheitsideale und Maßstäbe entwickelt, die Vorbild des gesamten Stammes oder in späteren Jahrhunderten der Epoche waren. Vielfach hatten diese Schönheitsideale handfeste soziale und kulturelle Hintergründe, z. B. das füllige Frauenbild aus der Rubens-Ära, das eben auch sozialen Wohlstand signalisierte. In der heutigen Zeit hat sich dieses Bild diametral gewandelt, sodass diese Körperform heute eher in sozial schwächeren Schichten gefunden wird.

Schon in den frühesten Aufzeichnungen der Menschheit zeigt sich, dass die Menschen versucht haben, ihr Äußeres zu verändern, zu verbessern oder den Riten, Vorgaben und Idealen ihrer Umgebung anzupassen. So ist Schminke viele tausend Jahre alt, das Setzen von Narben, um bestimmten Schönheitsidealen zu entsprechen, findet sich ebenfalls schon vor vielen tausend Jahren. Versuche, die Körperform zu verändern, sei es durch das Tragen der Halsringe bei afrikanischen Stämmen oder das Binden der Füße im fernen Osten, sind invasive Maßnahmen zur Veränderung der Körperform und durchaus keine Innovation der „schneidenden“ Fächer in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts.

Philosophen, Kunsthistoriker und andere Geisteswissenschaften haben über lange Zeit versucht, den Begriff der Ästhetik zu definieren, und letztlich eingesehen, dass Schönheit nicht definierbar ist. Natürlich lassen sich Kunstwerke nach den Regeln des Goldenen Schnitts beurteilen, aber die Frage, was ist schön und was wird als schön empfunden, hat bisher die Philosophie z. B. nur beschreibend definieren können, indem man mehr die Empfindungen des Betrachtenden zur Grundlage der Definition machte.

Wie so oft hat es Goethe hier auf den Punkt gebracht, wenn er feststellt: „Schönheit liegt im Auge des Be-



trachters". Obwohl Ästhetik offensichtlich nicht nach strengen Regeln zu definieren ist, gibt es offensichtlich Perzeptionen, die kultur- und epocheübergreifend gelten. So wird die Büste der Nofretete von einer überwältigenden Mehrzahl der Betrachter als schön empfunden, obwohl man davon ausgehen muss, dass sie in Natura so nicht ausgesehen haben kann, vor allem nicht, wenn man andere Abbildungen aus zeitgenössischer Zeit Nofretetes dagegenhält. Dem Künstler ist es hier aber offensichtlich gelungen, ein idealisiertes Frauengesicht so darzustellen, dass Menschen unterschiedlicher Kulturkreise mit unterschiedlichen Sichtweisen und ästhetischen Präferenzen dieses Gesicht als schön ansehen. Ähnliches gilt für ihr männliches Pendant, den Apollo von Belvedere, der auch von der Mehrzahl der Betrachter als idealisiertes Bild eines männlichen Körpers angesehen wird.

Aus dem oben Gesagten folgert, dass zur Verbesserung des Äußeren

_ Anpassung an aktuelle Schönheitsideale

_ Veränderung der Körperform

in allen Kulturen akzeptierte Rituale darstellen. Letztlich bedeutet dies, dass zwischen Kosmetik, Mode und Fitnesstraining, d. h. Anpassung des äußeren Erscheinungsbildes an geltende Trends und einem chirurgischen Eingriff zwar ein deutlicher Unterschied besteht, der aber letztlich nur gradueller Natur ist. Mit der Einführung von konservativen Maßnahmen wie Peeling, Laserbehandlung oder auch Anwendung von Füllsubstanzen unterschiedlichster Art sowie Therapie mit Botulinumtoxin ist in der letzten Dekade ein Zwischenschritt hinzugekommen, der die Grenze zwischen Kosmetik und chirurgischer Behandlung verschwimmen lässt.

Die Informationsgesellschaft stellt darüber hinaus über vielfältigste Informationsquellen, führend hierbei aber das Internet, eine Fülle von frei und schnell zugänglichen Informationen zur Verfügung, die wie in vielen anderen Bereichen der modernen Gesellschaft sowohl Informationstiefe der Patienten verbessern als auch gleichzeitig „Begehrlichkeiten wecken“.

Die große Medienpräsenz und das, gerade bei Personen aus der Showbranche, doch offene Bekenntnis zu ästhetischen Maßnahmen, ruft gleichzeitig viele Kritiker auf den Plan. Dabei wird in den meisten Fällen ohne Sachkenntnis und am Beispiel von Einzelfällen ein Urteil gefällt. Als Beispiel sei hier die Kampagne gegen den Schönheitswahn und Ästhetische Chirurgie bei Jugendlichen angeführt, die letztlich derzeit eher vor sich hindümpelt, weil gerade für die These, dass zu früh ästhetische Operationen bei Jugendlichen durchgeführt werden, jegliches Zahlenmaterial fehlt. Nichtsdestotrotz wurde im Zuge dieser von der Politik aufgegriffenen und hochgespielten Kampagne die gesamte Ästhetische Chirurgie über einen Kamm geschoren und verteufelt.

Da es sich in diesem Bereich nicht nur um einen Wachstums-, sondern auch um einen lukrativen Markt handelt, drängen natürlich viele Disziplinen in dieses Feld hinein. Unglücklicherweise, sowohl für die Öffentlichkeit als auch für die Patienten, sind darunter Kollegen aus Fächern, denen jede operative Grundausbildung fehlt und die keinerlei plastisch-chirurgische Ausbildung besitzen. Durch die Besonderheiten der Approbationsordnungen in Deutschland darf allerdings jeder approbierte Arzt letztlich fast jeden Eingriff durchführen, sofern er seine Facharztbezeichnung, die ihm Grenzen auferlegt, nicht führt. Unabhängig davon ist aber die Regelung in Deutschland so, dass eben ein Kollege aus der MKG-Chirurgie keine Brustoperationen durchführen darf oder ein Orthopäde keine Fettsaugungen, was aber immer wieder von Patienten berichtet wird. Dies ist nicht nur verantwortungslos, sondern auch forensisch gefährlich und schafft gleichzeitig Angriffsfläche gegen das Feld der Ästhetischen Chirurgie per se, da natürlich die berichtenden Medien nicht die Feinheiten der Weiterbildungsordnung auseinanderhalten können.

Einer der Vorwürfe gegen die Ästhetische Chirurgie lautet, dass sie durch die steigende Nachfrage zu einer bloßen Lifestyle-Chirurgie geworden ist, d. h. der Plastisch-Ästhetische Chirurg erfüllt jeden Wunsch jedes Patienten, ungeachtet ob diese Methode für ihn geeignet ist, um das Körperbild dem jeweils gängigen Schönheitstrend anzupassen. Interessant dabei ist zu beobachten, dass in einer Gesellschaft mit vielen kulturellen Facetten, z. B. in Deutschland, ein einheitliches Schönheitsideal nicht mehr existiert, wobei gewisse allgemeine Begriffe wie z. B. schlank, sportlich, weiterhin breite Akzeptanz genießen.

Hierbei muss zuallererst die Frage nach der Definition von „Lifestyle“ gestellt werden. Handelt es sich wirklich um ein neues Phänomen oder ist es nur eine moderne Definition von etwas, was es in allen Kulturen gab? War das bacchantische römische Gelage nicht auch eine Form von Lifestyle und schimpften die Schriftsteller in Rom nicht schon zu ihrer Zeit über die Dekadenz der Gesellschaft. Unbestritten ist, dass die Trends in früheren Kulturen länger anhielten, und deshalb nicht kurzfristige Modeerscheinungen den Lebensstil einer Gesellschaft beeinflussten. Die Lust nach Neuem war in allen Kulturen immer in gleicher Form vorhanden, nur erlaubt unsere Mediengesellschaft eine größere „Rotationsgeschwindigkeit“. Auch wenn jedes Jahr neue Modenkollektionen auf den Markt kommen, liegt die besondere Verantwortung der Ästhetisch-Plastischen Chirurgen dabei darin, nicht auch jedes Jahr ein anderes Implantat einzubauen.

Geht man davon aus, dass durch die Ästhetische Chirurgie bei vielen Patienten das Selbstwertgefühl durch einen chirurgischen Eingriff verbessert oder wiederhergestellt werden kann, hat eine seriös

durchgeführte Ästhetische Chirurgie absolut verdient ihren Platz in der Medizin. So sind hängende Oberlider, die den Eindruck permanenter Müdigkeit vermitteln, mit konservativen Maßnahmen nicht zu beheben und psychologisch unterstützende Gespräche machen es den betroffenen Patienten in der Regel nicht leichter in den Spiegel zu schauen und ein Bild zu sehen, dass ihr Gesamtwohlbefinden nicht steigert.

Wer möchte einer Mutter übel nehmen, dass sie bei einem Kind mit abstehenden Ohren eine Ohranlegeplastik durchführen lässt, obwohl dies sicher letztlich ein rein ästhetisch-chirurgischer Eingriff ist, denn eine Verbesserung der Hörfunktion wird durch Anlagen der Ohren nicht erreicht. Die Ohranlegeplastik ist ein klassisches Beispiel für eine Zwitterfunktion der ästhetischen Chirurgie, denn das Anlegen der Ohren bei Kindern wird allgemein sozial akzeptiert, weil das Kind ja nicht Spott ausgesetzt werden soll. Bis zum 12. Lebensjahr ist auch die Kostenübernahme durch die Kasse kein wirkliches Problem. Danach müssen die betroffenen Patienten „in Würde“ ihr Aussehen ertragen, denn plötzlich kommt die Kasse nicht mehr für die Kosten der Ohranlegeplastik auf. Dies bedeutet, zu Ende gedacht, dass eine psychologische Belastung für die Betroffenen offensichtlich mit Beendigung des 12. Lebensjahres abgeschlossen ist und danach in keiner Weise mehr eine solche Belastung darstellt. Wie dünn diese Argumentation ist, muss nicht näher erläutert werden.

Weitere Beispiele, in denen ästhetisch-chirurgische Maßnahmen wie Verkleinerung der Brust, Vergrößerung der Brust, straffende Abdominoplastik nach Schwangerschaften etc. das Gesamtwohlbefinden der Patienten dramatisch ändert, sind allen bekannt und in weiten Teilen auch akzeptiert. Hier wird auch von kritischen Journalisten mittlerweile eine Steigerung der Lebensqualität, eine Verbesserung des Selbstbewusstseins, in vielen Bereichen auch eine Optimierung der Leistungsfähigkeit nicht mehr negiert. In vielen chirurgischen Disziplinen wurden zudem die Verschlussstechniken der Plastischen Chirurgie übernommen, um eine gelungene Operation auch nach außen „schön“ aussehen zu lassen, weil man erkannte, wie viele Patienten den Erfolg der Operation auch am Narbenbild festmachen.

Nimmt man das Beispiel der Brustrekonstruktion, so dient diese Operation der Wiederherstellung des Körperbildes, nicht der Wiederherstellung der Stillfähigkeit. Die Funktion der wiederhergestellten Brust dient nur dazu, der betroffenen Frau ihr Körperbild und damit ihr Frausein wiederzugeben. Die Plastischen Chirurgen, die sich dieser Aufgabe widmen, verwenden enorme Anstrengungen darauf, die rekonstruierte Brust so natürlich wie möglich aussehen zu lassen. Wer aber würde auf die Idee kommen, dass es sich hier um einen ästhetisch-chi-

rurgischen Eingriff oder gar um eine „Lifestyle“-Operation handelt.

Schwierig wird es sicher bei Eingriffen, die dazu dienen, Menschen nach aktuellen Schönheitsidealen zu formen. Als Beispiel sei hier eine signifikante Zunahme des Wunsches nach Gesäßimplantaten genannt, („Jennifer Lopez Po“), weil eine Betonung dieser Körperpartie als ausgesprochen sexy dargestellt galt. Gerade in Süd- und Nordamerika galt es plötzlich als nachahmungswertes Schönheitsideal. Hier liegt es in der Hand des verantwortungsvollen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen, diesem Wunsch nicht unkritisch nachzukommen, sondern den Patientinnen klarzumachen, dass alle Implantate ein gewisses Risiko bergen, dass mit ihnen eine bestimmte Komplikationsrate verbunden ist und darauf hinzuweisen, dass eine solche Mode auch abebben kann und dann die permanente Veränderung mit Implantaten chirurgisch wieder rückgängig gemacht werden muss.

Ähnliches gilt für Waden- oder Pectoralisimplantate. Die Indikation muss streng gestellt werden, denn viele, der von den Patienten gewünschten Effekte, lassen sich auch durch entsprechendes Training erzielen. Ohne eine sorgfältige Risikobewertung sollten diese Eingriffe nicht durchgeführt werden. Leider ist häufig gerade in den Institutionen die Schwelle besonders niedrig, deren Protagonisten in Büchern und Artikeln das „Hohe Lied“ der ethisch verantwortungsvollen Ästhetischen Chirurgie singen.

An diesen Beispielen lässt sich auch deutlich erkennen, dass die konservative Ästhetische Medizin mit ihren immer größeren Möglichkeiten hier eine Zwischenstellung einnimmt. Viele Wünsche nach einem besseren Aussehen können erfüllt werden, ohne dass ein chirurgischer Eingriff notwendig ist, bleibende Veränderungen des Körpers und größere Komplikationsmöglichkeiten bleiben aber aus. Dass es aber auch in diesem Bereich zu „Lifestyle-Pannen“ kommen kann, zeigt sich am Beispiel unerotisch aufgeplusterter Lippen oder maskenhafter Botox-Gesichter, aber wie überall lassen sich Patienten und Kollegen nicht immer aufhalten.

Seriöse Ästhetische Chirurgie hat einen festen Platz in der Gesellschaft und der Medizin. Sie kann für Lebensqualität und Selbstwertgefühl der Patienten bei korrekter Indikation und Patientenselektion mehr leisten als eine falsch verstandene psychologische Unterstützung. Um eine breite gesellschaftliche Akzeptanz zu erhalten, muss allerdings um jeden Preis vermieden werden, dass durch wenige Kollegen ein Bild in der Öffentlichkeit entsteht, dass alles operiert wird, was Patienten wünschen, wenn es nur lukrativ genug ist. Das würde die Bemühungen der breiten Mehrheit der Plastisch-Ästhetischen Chirurgen um eine verantwortungsvolle Patientenversorgung zum Scheitern verurteilen.

_Kontakt **face**

**Prof. Dr. med.
Günter Germann**
ETHIANUM
Voßstraße 6
69115 Heidelberg
Tel.: 0 62 21/87 23 313
E-Mail: Guenter.Germann@
urz.uni-heidelberg.de



Nose, Sinus & Implants

29./30. Oktober 2010 | Berlin | Hotel Palace Berlin/Charité Berlin

- *Separates Programm für HNO-Ärzte*
- *Separates Programm für MKG- und Oralchirurgen, Zahnärzte*
- *Präparationskurse und Workshops*
- *Interdisziplinäres Podium/ Jubiläumsveranstaltung „10 Jahre preDent Berlin“*

Wissenschaftliche Leitung/Vorsitz
 Prof. Dr. Hans Behrbohm/Berlin (DE), Prof. Dr. Oliver Kaschke/Berlin (DE)
 Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler/Berlin (DE)



Referenten u.a.

Prof. Dr. Dr. Wilfried Engelke/Göttingen (DE)
 Prof. Dr. Hans Behrbohm/Berlin (DE)
 Prof. Dr. Axel Bumann/Berlin (DE)
 Prof. Dr. Hans Scherer/Berlin (DE)
 Prof. Dr. Walter Briedigkeit/Berlin (DE)
 Prof. Dr. Oliver Kaschke/Berlin (DE)
 Prof. Dr. Mauro Marincola/Rom (IT)
 Prof. Dr. Eugene M. Tardy jr./Chicago (US)
 Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler/Berlin (DE)
 Dr. Dr. Peter Ehrl/Berlin (DE)
 Dr. Joachim Quetz/Kiel (DE)
 Dr. Matthias Kebernik/Konstanz (DE)
 Dr. Margarita Nitka/Berlin (DE)
 Dr. Vincent Richter/Berlin (DE)
 Dr. Marcus Abboud/Bonn (DE)

Nähere Informationen zum Programm erhalten Sie telefonisch unter 03 41/4 84 74-3 08 oder unter www.oemus.com

Themen (Fr.) u.a.

- Endonasale Laserchirurgie
- 3-D-Diagnostik – Aktueller Stand und häufige Fehler
- Von Dieffenbach bis Joseph – die Ursprünge der Plastischen Chirurgie in Berlin
- Ten Commandments for secondary Rhinoplasty: Silk purses from sows ears
- Die Rhinoneoplastik nach Trauma und Tumor – State of the Art
- Schwierigkeiten bei der Nasenspitzenchirurgie
- Feintuning bei kleinen, großen Desastern – neue Strategie und Instrumente
- Die Entwicklung der dreidimensionalen Diagnostik in der Zahnmedizin
- Kieferhöhlenbefunde – welche sind therapiepflichtig?
- Kieferhöhlenbefunde – Sinuslift ja oder nein?
- Bessere Implantatprognose dank optimierter Nasenbelüftung
- DVT-basierte Therapie – Wirklichkeit oder Vision?
- Komplikationsmanagement bei der Sinusbodenelevation
- Der endoskopisch unterstützte minimalinvasive Sinuslift
- Implantate und Sinusitis – was tun?
- Überweiserorientierte DVT-Diagnostik für Zahnmedizin, Dentallabore und Schablonenhersteller
- Langzeiterfolge mit Short™ Implants im atrophierten Kiefer

Workshops (Fr.)

- zu folgenden Firmen
- 1 **NMT**
Prof. Dr. Hans Scherer/Berlin (DE)
Endonasale Laserchirurgie
 - 2 **preDent**
Dr. Dr. Peter Ehrl/Berlin (DE)
3-D-Diagnostik – Aktueller Stand und häufige Fehler

Präparationsworkshop (Sa.)

- zu folgenden Schwerpunkten
- Zugänge und Techniken bei der Septoplastik
 - Zugänge in der Rhinoplastik
 - Gewinnung von Implantaten
 - Osteotomien

Organisatorisches

Kongressgebühren Freitag, 29. Oktober 2010

HNO-Ärzte/Zahnärzte	100,- € zzgl. MwSt.
Assistenten	75,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale*	50,- € zzgl. MwSt.
Teilnahme nur am Interdisziplinären Podium	50,- € zzgl. MwSt.

* Umfasst Kaffeepause, Tagungsgetränke, Mittagessen. Die Tagungspauschale ist für jeden Teilnehmer zu entrichten.

Kongressgebühren Samstag, 30. Oktober 2010 (Präparationsworkshop)

Ärzte	400,- € zzgl. MwSt.
Assistenten	300,- € zzgl. MwSt.

Veranstalter/Anmeldung

OEMUS MEDIA AG
 Holbeinstraße 2904229 Leipzig
 Tel.: 03 41/4 84 74-3 08, Fax: 03 41/4 84 74-2 90
event@oemus-media.de, www.oemus.com

in Zusammenarbeit mit

Privat-Institut für medizinische Weiterbildung und Entwicklung auf dem Gebiet der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde e.V.

Veranstaltungsort Freitag, 29. Oktober 2010

Hotel Palace Berlin
 Budapester Straße 45, 10787 Berlin
 Tel.: 0 30/25 02-0, Fax: 0 30/25 02-11 99

Veranstaltungsort Samstag, 30. Oktober 2010

(Präparationsworkshop)
 Charité Berlin, Campus Charité Mitte (CCM)
 Institut für Anatomie (CC2), Philippsstraße 12

Übernachtungsmöglichkeit im Hotel Palace

Reservierung bitte direkt im Hotel unter dem Stichwort: „Oemus Media“. Das Abrufrkontingent ist gültig bis 30. August 2010.
 Tel.: 0 30/25 02-11 90, Fax: 0 30/25 02-11 99

Zimmerpreise

EZ 159,00 €* exkl. Frühstück DZ 169,00 €* exkl. Frühstück
 * Frühstück 29,00 € pro Person

Zimmerbuchungen in unterschiedlichen Kategorien

PRS Hotel Reservation, Tel.: 02 11/51 36 90-61, Fax: 02 11/51 36 90-62
 E-Mail: info@prime-con.de oder online www.prim-con.de

Anmeldeformular per Fax an

03 41/4 84 74-3 90

oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

Für **Nose, Sinus & Implants** am 29./30. Oktober 2010 in Berlin melde ich folgende Personen verbindlich an:
 (Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen)

- ganztägig oder nur
 Interdisziplinäres Podium
 Workshop: Präparations-WS

Titel, Name, Vorname, Tätigkeit

Freitag

Samstag

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für **Nose, Sinus & Implants** erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail:



M.E. Tardy jr. bei „Nose, Sinus & Implants“ — eine Legende in Berlin

Autor _ Prof. Dr. Hans Behrbohm, Berlin

Am 29. und 30. September 2010 wird Prof. M. E. Tardy jr. anlässlich der Kongressveranstaltung „Nose, Sinus & Implants“ wieder in Berlin weilen. Als Teacher of Honor wird er über seinen reichen Schatz klinischer Erfahrungen auf dem Gebiet der Revisionschirurgie der Nase berichten.

M.E. Tardy ist einer der weltweit wichtigsten Pioniere der plastischen Gesichtschirurgie und Rhinoplastik. Seine Präsentationen sind von perfekter Rhetorik und diadaktischer Klarheit gekennzeichnet. Seine Live-Präparationen im großen Hörsaal der Anatomie aus dem Jahre 2003 und 2005 während der Kurse „Essentials of Septorhinoplasty“ und „Nose & Face“ sind noch heute für viele Operateure Maßstab und Ansporn.

Medney Eugene Tardy wurde als ältestes von vier Kindern geboren und wuchs im Süden Indianas auf. Er absolvierte die Bloomington High School und führte deren Tennisteam zur Meisterschaft des Landes.

Er absolvierte seine Pflichtassistentenzeit im Tampa General Hospital und begann eine Ausbildung in der Gefäß- und Herzchirurgie. Zur Zeit der Luftblockade Berlins trat er der USAir Force bei und wurde 1961 mit der Auszeichnung USA Flight Surgeon of the year geehrt. Später trat er als medical officer und consultant einer Spezialeinheit der Fallschirmjäger der Air Force bei und erhielt für die Rettung eines Fallschirmspringers, der sich in seinem nicht entfalteten Schirm verfangen hatte, aus einer Höhe von 43.000 Fuß, die US Air Force Air Medal.

M. E. Tardy absolvierte seine Ausbildung in der HNO-Klinik der Universität von Illinois in Chicago und schloss eine Weiterbildung auf dem Gebiet der plastischen Gesichtschirurgie an. Später gründete er die erste Abteilung für Facial plastic surgery dort und beschäftigte sich zudem mit kraniofazialen Missbildungen. Während der Zeit an der Universität wurde er zum Professor berufen.

M. E. Tardy war Präsident der American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery und zahlreicher nationaler und internationaler Gesellschaften. Er begründete das Journal Facial Plastic Surgery. 2005 wurde eine M. E. Tardy-Vorlesung an der Universität of Illinois ins Leben gerufen, zudem wird ein nach ihm benannter Preis für besondere Leistungen an talentierte junge Ärzte vergeben.

M. E. Tardy ist Herausgeber oder Mitherausgeber von 18 Fachbüchern, die oft Meilensteine der plastischen Gesichts- und Rhinochirurgie markieren. Er ist Autor von 160 wissenschaftlichen Publikationen und über 20 medizinischen Filmen und DVDs.

Er ist mit Martha Heindel Tardy verheiratet, hat drei Töchter und sieben Enkel.

Wir freuen uns, Gene Tardy nun schon zum dritten Mal in Berlin als Teacher of Honor begrüßen zu können. Für alle, die sich mit plastischer Gesichts- und Rhinochirurgie beschäftigen, kann ich dieses Highlight nur empfehlen. _

Prof. Tardy bei Nose & Face 2005 im großen Hörsaal der Anatomie in der Charité.
Foto: Dieter Jaeger



Bostwick's plastic & reconstructive Breast Surgery, 3rd Edition

von Glyn E. Jones, Quality Medical Publishing, Inc. St. Louis, Missouri 2010

Autor | Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig, Georg-August-Universität Göttingen

Nach dem Tod von John Bostwick ist nun die dritte, völlig überarbeitete Auflage unter der Aegide von Glyn E. Jones mit einer Anzahl von international anerkannten und renommierten Autoren erschienen, die in den einzelnen Kapiteln ihre klinischen Erfahrungen und Techniken beschreiben. Bereits nach der 2. Auflage wurde deutlich, dass das zweibändige Werk zum Standardwerk der Brustchirurgie erhoben wurde und in der Folge viele Auszeichnungen gewann. Deshalb ist es auch nicht verwunderlich, dass es schließlich zur „Bibel“ der Brustchirurgie ernannt wurde. Die 3. Auflage des zweibändigen Werks ist erstmals mit vier DVDs ausgestattet, auf denen 25 verschiedene Operationen dargestellt werden. Die neue Auflage, die durch viele neue Farbabbildungen ergänzt wurde – die mittlerweile 5.000 farbigen Abbildungen summieren sich auf insgesamt 1.700 Seiten –, besticht durch die kunstvollen Zeichnungen, die die Brustanatomie und Operationstechniken verdeutlichen und dadurch den Leser schrittweise, leicht zu verstehen, an die einzelnen Operationstechniken heranführt.

Band 1 widmet sich der Arzt-Patienten-Beziehung und der angewandten Anatomie sowie der Brustaugmentation. Ergänzt wurde der Band durch Kapitel über Brustimplantate, ihre Indikation und Komplikation, unter besonderer Berücksichtigung der kohäsiven silikongelgefüllten Implantate. Weitere Kapitel setzen sich mit der Bildgebung und Verwendung von biologischen alloplastischen Brustrekonstruktionsmaterialien auseinander und beschreiben neue Technologien und Anwendungen der alloplastischen Rekonstruktionen, wie z. B. die Verwendung von biologischen Hauttransplantaten, oder schildern umfassend auch die Eigenfetttransplantation zur Brustvergrößerung sowie Operationsverfahren zu angleichenden Brustkorrekturen.

Unter Berücksichtigung der neuesten Techniken wurden neben dem Kapitel der Augmentation auch die Kapitel der Mastopexie, der Mammareduktion und der ästhetischen Mammoplastik überarbeitet und erweitert.

Neu aufgenommen in Band 1 wurde das Kapitel der Mammareduktion nach massiver Gewichtsreduktion. Detailliert wird dort auf neue Techniken der parathorakalen Gewebsreduktion in Kombination mit der Mammareduktion eingegangen und anhand von klinischen Beispielen eindrucksvoll erläutert.

Band 2 enthält die Mammarekonstruktion; nebst onkoplastischen Techniken und neuen Informationen zur Brustrekonstruktion nach Radiatio, prophylaktischer Mastektomie und Verbesserung der TRAM-Flap-Chirurgie sowie der angleichenden Fettabsaugungen werden die neuesten Entwicklungen der Perforatorlappentechnik extensiv beleuchtet, klinische Falldemonstrationen und ihre Lösungen vorgestellt und durch anschauliche, farbig gestaltete Bildmaterialien ergänzt.

Die 3. Auflage wurde erheblich unter Berücksichtigung der neusten Entwicklung in der onkologischen Chirurgie und Implantattechnologien ergänzt und zeichnet sich nebst der brillanten, kunstvoll angefertigten Farbzeichnungen und Abbildungen durch seine didaktisch hervorragend gegliederten, beigefügten vier DVDs aus, auf denen die gängigsten operativen Verfahren sehr verständlich und anschaulich geschildert werden.

Glyn E. Jones ist es in hervorragender Weise gelungen, den bekannten Stil der 1. und 2. Auflage beizubehalten und durch Hinzuziehung renommierter Autoren das zweibändige Werk umfassend auf dem neuesten Stand zu bringen. Zu Recht verdient es den Anspruch einer „Bibel“ der (onko-)plastischen Mammachirurgie.



Wenn schon kündigen, dann richtig!

Fallstricke bei der Kündigung eines Arbeitsvertrages durch die GbR (LAG Niedersachsen, Urt. v. 11.12.2009 – 10 SA 594/09).

Autoren_Rechtsanwalt Dr. Ralf Großbölting, Rechtsanwalt Dennis Hampe, LL.M., Berlin



_Im Rahmen der Beschäftigung von Arbeitskräften, sei es von Helferinnen oder von angestellten Ärzten, be-

findet sich der Arzt in der Position eines Arbeitgebers, was für ihn gleichzeitig die Übernahme einer Fülle von Rechten und Pflichten bedeutet. Insbesondere im Rahmen der Beendigung des Arbeitsverhältnisses sind grundlegende Besonderheiten zu beachten. Die wichtigsten Grundstrukturen sollten daher jedem Arzt geläufig sein.

Die Beendigung des Arbeitsverhältnisses erfolgt in der Regel durch eine ordentliche (I) oder eine außerordentliche (II) Kündigung. Einen Sonderfall der ordentlichen oder außerordentlichen Kündigung stellt die Änderungskündigung dar (III). Eine weitere Beendigung des Arbeitsverhältnisses kann dadurch zustande kommen, dass die Arbeitsvertragsparteien einen Aufhebungsvertrag (IV) schließen.

Soweit das Arbeitsverhältnis aus einem der vorgenannten Gründe endet, entstehen nachvertragliche Pflichten des Arbeitgebers, wie z.B. die Pflicht zur Zeugniserteilung.

I. Der in der Praxis wichtigste Beendigungstatbestand des Arbeitsvertrages ist die ordentliche Kündigung. Sie erfordert eine Kündigungserklärung. Die Kündigung eines Arbeitsverhältnisses ist nur schriftlich wirksam. Notwendig ist die eigenhändige Unterschrift des Kündigenden. Mangels einer Körperschaftlichen Struktur wird die BGB-Gesellschaft nach dem gesetzlichen Modell durch alle Gesellschafter vertreten. Somit müssen grundsätzlich alle Gesellschafter (z.B. einer Arztpraxis) unterschreiben, wenn nicht eine wirksame Stellvertretung vorliegt (BAG v. 21.04.2005 – 2 AZR 162/04). Das Fehlen auch

nur einer Unterschrift kann die Nichtigkeit der erklärten Kündigung zur Folge haben. Das LAG Niedersachsen (LAG Nds., Urt. v. 11.12.2009 – 10 SA 594/09) hielt die Kündigung einer Arzhelferin durch lediglich einen Gesellschafter für formnichtig.

„Unterschreibe für eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts nur ein Gesellschafter und füge er keinen Vertretungszusatz hinzu, sei nicht auszuschließen, dass die Unterzeichnung durch den oder die anderen Gesellschafter vorgesehen war und dessen/deren Unterschrift/-en noch fehlt/fehlen.“

Soweit daher Gesellschaften bürgerlichen Rechts arbeitsrechtliche Kündigungen zu erklären haben, ist darauf zu achten, dass zweifelsfrei für die Gesellschaft als solche gehandelt wird. Zudem müssen entweder sämtliche Gesellschafter unterzeichnen oder es werden Originalvollmachten über abweichende Vertretungsbefugnisse beigelegt. Eine generelle Verkehrssitte, dass in Gesellschaften bürgerlichen Rechts im Allgemeinen oder in ärztlichen Gemeinschaftspraxen im Besonderen stets ein Gesellschafter allein ohne Hinweis auf ein Handeln in Vollmacht Willenserklärungen abgibt, besteht nicht.

Im Interesse des Arbeitnehmers besteht für das Arbeitsverhältnis grundsätzlich Bestandsschutz. Der Gesetzgeber hat zum Schutze bestimmter Arbeitnehmergruppen in der Privatwirtschaft und im öffentlichen Dienst deren Kündbarkeit durch gesetzliche Hürden verboten oder eingeschränkt (besonderer Kündigungsschutz). Die im Berufsleben besonders geschützten Personengruppen sind insbesondere Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Mutterschutz), Elternzeitberechtigte, Schwerbehinderte, Auszubildende, Wehr- und Zivildienstleistende sowie Betriebsrats-/Personalratsmitglieder. Neben dem besonderen Kündigungsschutz

gibt es den allgemeinen Kündigungsschutz. Das Kündigungsschutzgesetz findet aber nicht auf alle Arbeitsverhältnisse Anwendung. Aufgrund der im Rahmen der „Agenda 2010“ zum 1. Januar 2004 vorgenommenen Gesetzesänderungen muss zwischen Arbeitsverhältnissen unterschieden werden, die zu diesem Stichtag bereits bestanden und solche, die nach diesem Zeitpunkt eingegangen wurden. Das bedeutet, dass in Unternehmen, bei dem es „alte“ und „neue“ Mitarbeiter gibt, eine gesplante Rechtslage besteht:

Für Altarbeitnehmer – also bei Mitarbeitern, die bereits vor dem 1. Januar 2004 ihre Arbeit aufgenommen haben – gilt die frühere Rechtslage. Danach hat die Anwendbarkeit des Kündigungsschutzgesetzes zwei Voraussetzungen:

– Das Arbeitsverhältnis besteht im selben Betrieb oder Unternehmen ohne Unterbrechung länger als sechs Monate.

– Der Betrieb oder das Unternehmen beschäftigt regelmäßig mehr als fünf Arbeitnehmer, wobei Auszubildende nicht mitzählen.

Für alle Arbeitnehmer, die nach dem 1. Januar 2004 ihre Arbeit aufgenommen haben (auf den Zeitpunkt des Vertragsschlusses kommt es nicht an), gilt das Kündigungsschutzgesetz nur, wenn das Unternehmen regelmäßig mehr als zehn Arbeitnehmer beschäftigt.

Die beiden Regelungen gelten parallel. Das bedeutet beispielsweise:

– Bestehen fünf „alte“ und fünf „neue“ Arbeitsverhältnisse, genießt keiner Kündigungsschutz.

– Bestehen sechs „alte“ und vier „neue“ Arbeitsverhältnisse, besteht für die „alten“ Kündigungsschutz. Die „neuen“ Mitarbeiter haben keinen Kündigungsschutz, weil die Schwellenzahl 10 noch nicht überschritten ist.

Auch wenn der Geltungsbereich des Kündigungsschutzgesetzes nicht eröffnet ist, ist der Arbeitnehmer nicht schutzlos. Arbeitnehmer müssen zumindest vor einer sitten- oder treuwidrigen Arbeitgeberkündigung geschützt werden. Das Bundesarbeitsgericht misst dementsprechend die Arbeitgeberkündigung am „Gebot sozialer Rücksichtnahme“. Neben diesen Besonderheiten muss der ordentlich Kündigende bestimmte Kündigungsfristen einhalten. Die Grundkündigungsfrist beträgt für beide Parteien einheitlich vier Wochen. Erklärt der Arbeitnehmer die Kündigung, bleibt es bei der gesetzlichen Grundkündigungsfrist, gleichgültig, wie lange das Arbeitsverhältnis schon besteht. Erklärt der Arbeitgeber die Kündigung, gelten mit zunehmender Beschäftigungsdauer verlängerte Kündigungsfristen. Je nach Beschäftigungsdauer wächst die Kündigungsfrist bis zur maximalen Länge von sieben Monaten zum Ende eines Kalendermonats. Die Regelung, dass Beschäftigungszeiten vor der Vollendung des 25. Lebensjahres keine Berücksichtigung finden,

ist aufgrund bestehender Europarechtswidrigkeit nicht mehr anzuwenden (EuGH Urt. v. 19.01.2010 – Rs. C-555/07).

Die Kündigungsfristen schützen sowohl den Arbeitnehmer als auch den Arbeitgeber vor dem unzeitigen Verlust der Leistung des anderen Teils.

Will der Arbeitnehmer die Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber nicht hinnehmen, muss er binnen drei Wochen nach Zugang der Kündigung eine Klage beim Arbeitsgericht erheben. Andernfalls gilt die Kündigung als von Anfang an rechtswirksam.

II. Eine außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund kommt in Betracht, wenn Tatsachen vorliegen, aufgrund derer es dem Kündigenden nicht zugemutet werden kann, das Arbeitsverhältnis bis zum Ablauf der Kündigungsfrist oder bis zur vereinbarten Beendigung fortzusetzen. Ebenso wie die ordentliche erfolgt auch die außerordentliche Kündigung durch eine Kündigungserklärung, die zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform bedarf. Die außerordentliche Kündigung ist innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach Kenntnis des Kündigungsgrundes zu erklären. Die Erklärung muss den Kündigungsgrund nicht angeben, um wirksam zu sein. Eine Ausnahme besteht bei der außerordentlichen Kündigung des Arbeitsverhältnisses. Allerdings muss der Kündigende dem anderen Teil auf Verlangen den Kündigungsgrund unverzüglich schriftlich mitteilen. Soweit der Kündigende diese Pflicht nicht erfüllt, kann er sich durchaus schadensersatzpflichtig machen. Das Bundesarbeitsgericht prüft grundsätzlich in zwei Schritten, ob eine außerordentliche Kündigung nach § 626 Abs. 1 BGB wirksam ist. In einem ersten Schritt wird gefragt, ob der Sachverhalt unabhängig vom Einzelfall „an sich“ geeignet ist, einen wichtigen Grund zu liefern (1), im zweiten Schritt wird in einer umfassenden Interessenabwägung untersucht, ob dem Kündigenden unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles zugemutet werden kann, das Arbeitsverhältnis bis zum Ablauf der Kündigungsfrist oder bis zur vereinbarten Beendigung fortzusetzen (2).

1. Die Liste von Gründen, die eine außerordentliche Kündigung rechtfertigen können, ist lang. Grundsätzlich kann bspw. eine krankheitsbedingte Minderung der Leistungsfähigkeit einen wichtigen Grund für eine außerordentliche Kündigung darstellen. An die Unzumutbarkeit der Weiterbeschäftigung ist ein besonders strenger Maßstab anzulegen. Insgesamt sind außerordentliche personenbedingte Kündigungen nur selten erfolgreich. Ein außerordentlicher Kündigungsgrund kann auch in dem Verhalten des Arbeitnehmers bedingt sein. Verhaltensbedingte Gründe liegen in der Praxis den meisten außerordentlichen Kündigungen zugrunde. Dies sind bspw. Beleidigungen, diffamierende oder ehrverletzende Äuße-

rungen über den Arbeitgeber, Vorgesetzte oder Kollegen. Aber auch Eigentums- oder Vermögensdelikte zum Nachteil des Arbeitgebers können eine außerordentliche Kündigung rechtfertigen. Die Rechtsprechung ist hier besonders streng. Sie macht keine Ausnahme bei Diebstahl oder Unterschlagung geringwertiger Sachen. Für die Eignung des Vermögensdelikts als „wichtiger Grund“ kommt es nicht auf die Höhe des Vermögensschadens an; auch Bagatelldelikte sind grundsätzlich geeignet, das Vertrauensverhältnis zwischen den Vertragsparteien zu zerstören. Erst auf der zweiten Prüfungsstufe (Interessenabwägung) kann die geringe Schadenshöhe unter Umständen eine Rolle spielen.

2. Soweit festgestellt wurde, dass ein bestimmter Kündigungssachverhalt „an sich“ geeignet ist, eine außerordentliche Kündigung zu rechtfertigen, bedarf es auf der zweiten Stufe der Prüfung stets einer umfassenden Interessenabwägung. Es müssen Tatsachen vorliegen, aufgrund derer dem Kündigenden unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles und unter Abwägung der Interessen beider Vertragsteile die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses bis zum Ablauf der Kündigungsfrist oder bis zu der vereinbarten Beendigung des Arbeitsverhältnisses nicht zugemutet werden kann. Erforderlich ist die Prognose, dass das Arbeitsverhältnis durch die eingetretene Störung auch künftig erheblich beeinträchtigt sein wird. Zudem muss die außerordentliche Kündigung das unausweichlich letzte Mittel sein, um die eingetretene Störung des Arbeitsverhältnisses auszuräumen. Erst wenn die zulässigen, geeigneten und angemessenen Mittel ausgeschöpft wurden, die in ihren Wirkungen milder sind als die außerordentliche Kündigung, fällt die Interessenabwägung zugunsten des Kündigenden aus. Das Bundesarbeitsgericht nennt als Beispiele für mildere Mittel: Abmahnung, Versetzung, einverständliche Vertragsänderung, außerordentliche Änderungskündigung und ordentliche Kündigung.

Das in der Praxis wichtigste „mildere Mittel“ ist die Abmahnung. Eine Abmahnung ist die Aufforderung zur Änderung eines unerwünschten Verhaltens. Sie setzt voraus, dass der Arbeitgeber

- ein bestimmtes vertragswidriges Verhalten des Arbeitnehmers beanstandet (Hinweisfunktion)
- den Arbeitnehmer zu einem künftigen vertragsgemäßen Verhalten auffordert (Ermahnungsfunktion), und
- ihm für den Wiederholungsfall arbeitsrechtliche Konsequenzen androht (Warnfunktion).

Sie sollte in der Praxis zu Beweis Zwecken schriftlich erfolgen. Das Recht zur Abmahnung unterliegt keiner Frist. Es kann aber verwirkt sein, wenn der Arbeitnehmer davon ausgehen durfte, er werde wegen seiner Verfehlung nicht mehr belangt. Die Abmahnung ist daher zeitnah zu erstellen. Zudem können zahlreiche

Abmahnungen wegen gleichartiger Pflichtverletzungen (z. B. Verspätungen) die Warnfunktion der Abmahnung abschwächen. Der Arbeitgeber muss dann die letzte Abmahnung vor Ausspruch der Kündigung besonders eindringlich gestalten, um dem Arbeitnehmer klar zu machen, dass eine weitere Pflichtverletzung nicht mehr zu einer weiteren Abmahnung, sondern zur Kündigung führen wird. Der abgemahnte und der zum Anlass für die Kündigung genommene Verstoß müssen gleichartig sein, d. h. auf derselben Wertungsebene liegen. Ob eine oder mehrere Abmahnungen der Kündigung vorausgehen müssen, hängt ab von den Umständen des Einzelfalles.

III. Das primäre Ziel der Änderungskündigung ist es nicht, das Arbeitsverhältnis zu beenden, sondern es zu geänderten Bedingungen fortzuführen. Die Änderungskündigung ist das Druckmittel, um den Abschluss eines Änderungsvertrages zu erreichen. Nur wenn der andere Vertragsteil den Arbeitsvertrag nicht zu geänderten Bedingungen fortsetzen will, soll die Kündigung das Arbeitsverhältnis beenden (sekundäres Ziel).

Die angestrebte Änderung der Arbeitsbedingungen kann auf zwei verschiedene Arten mit der angedrohten Beendigung des Arbeitsverhältnisses verknüpft sein:

- Der Arbeitgeber kann eine unbedingte Kündigung des Arbeitsverhältnisses mit dem Angebot verbinden, das Arbeitsverhältnis zu geänderten Bedingungen fortzusetzen.
- Der Arbeitgeber kann die Kündigung unter der aufschiebenden Bedingung aussprechen, dass der Arbeitnehmer das ihm unterbreitete Änderungsangebot nicht annimmt.

Die Änderungskündigung soll den Arbeitnehmer vor die Alternative stellen: entweder Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses zu geänderten Bedingungen oder Beendigung des Arbeitsverhältnisses.

IV. Letztendlich können die Parteien das Arbeitsverhältnis nicht nur vertraglich begründen, sondern auch vertraglich beenden. Der Aufhebungsvertrag bedarf der Schriftform. Es sollten alle wichtigen Punkte (Beendigung des Arbeitsverhältnisses, Abschluss von Nachforderungen, Verrechnung von Urlaubsansprüchen, Abfindung, Ausstellung eines Arbeitszeugnisses, Ausgleichsklausel) im Vertrag selbst geregelt werden. Der Aufhebungsvertrag entbindet von der Einhaltung der Kündigungsfristen, es greift weder der allgemeine noch ein besonderer Kündigungsschutz ein.

V. Aufgrund der Vielgestaltigkeit der Regelungsmöglichkeiten ist es in jedem Fall angezeigt, sich frühzeitig mit den verschiedenen Beendigungstatbeständen auseinanderzusetzen und sich ggf. eines fachkundigen Rates zu bedienen.

_Autoren face

**Rechtsanwalt
Dr. Ralf Großböling**
Fachanwalt für Medizinrecht

**Rechtsanwalt
Dennis Hampe, LL.M.**
kwm – kanzlei für wirtschaft
und medizin
Berlin, Münster, Hamburg,
Bielefeld
E-Mail: grossboelting@
kwm-rechtsanwaelte.de
www.kwm-
rechtsanwaelte.de

Partner auf www.zwp-online.info

iPad 9:41 AM

Mediacenter Bildergalerien Zahnarztuche Kliniken Labore Patientenportal Newsletter Zahnarztforum

ZWP online NEWS FACHGEBIETE FIRNEN & PRODUKTE EVENTS KAMMERN & VERBÄNDE AUS- & WEITERBILDUNG

Fachgesellschaften Kammern Berufsverbände KZVen Handwerkskammern Innungen

Fachgesellschaften Suche Alle Bereiche

IGÄM e.V. - Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin

Feldstraße 80, 40479 Düsseldorf
Telefon: 0211-1697079
Telefax: 0211-1697066
E-Mail: sekretariat@igaem.de
Internet: <http://www.igaem-online.de>

Literaturlisten

12.09.2010
Events: Kurse der IGÄM zu
Unterspritzungstechniken zur
Faltenbehandlung im Gesicht,
in Berlin und Düsseldorf
[zum Eventkalender](#)

22.09.2009
News: Ästhetik am Bodensee -
Lindauer Symposium
erfolgreich
Autor: Oemus Media AG
[zum Artikel](#)

Herzlich Willkommen bei der IGÄM

Vorstand:

Präsident Prof. Dr. Dr. Werner L. Mang	Vizepräsidentin Dr. Ulrike Then-Schlagau	Schatzmeister Prof. Dr. Dr. Eckhard Dieler	Generalsekretär Dr. Mark A. Wolter
---	---	---	---------------------------------------

Nur eine gute Ausbildung und Weiterbildung garantieren gute Ergebnisse. Dies ist das Ziel der Internationalen Gesellschaft für Ästhetische Medizin (IGÄM). Unter dem Präsidenten der IGÄM, Prof. Werner L. Mang, Ärztlicher Direktor der Bodenseeklinik Lindau, wird sich die Gesellschaft dieser Aufgabe stellen. Ein interessantes Kursprogramm und der 3. Internationale Kongress für Ästhetische Medizin und Kosmetische Zahnmedizin im Sommer 2010 bieten interessierten Ärzten die ideale Plattform zur fachlich fundierten Weiterbildung und dem Erfahrungsaustausch mit Kollegen verschiedenster Fachrichtungen. Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Arbeit der IGÄM liegt in der Patientenkommunikation. Seröse Aufklärung und Information wird hier seitens des Vorstandes groß geschrieben. Mehr Informationen über laufende Veranstaltungen und Projekte und zur Mitgliedschaft in der IGÄM erteilt die Geschäftsstelle in Düsseldorf.

Gütesiegel der IGÄM

Auf Grund der sich ständig erweiternden Nachfrage von Patienten nach qualifizierten und nachweislich erfahrenen Ärzten, Zahnärzten, Oralchirurgen und MKG Chirurgen hat der Vorstand der IGÄM beschlossen, Geprüfte Therapieschwerpunkte Zertifikate (GTSP) und als höchsten Nachweis das Gütesiegel der IGÄM e. V. (Step 2) zu vergeben, wenn bestimmte Qualifikationsanforderungen nachgewiesen werden sowie festgelegte Qualitätsanforderungen eingehalten werden. In den ausgestellten Zertifikaten und Gütesiegeln spiegeln sich die Erfahrungen der Mitglieder wider, somit wird eine seriöse und ehrliche Information potentieller Patienten gewährleistet. Alle nachgewiesenen Erfahrungen werden dann im jährlich erscheinenden Mitgliederverzeichnis (Druckversion und Homepage) Eintrag finden, welches bereits heute einer Vielzahl von interessierten Patienten als Wegweiser auf der Suche nach einem Arzt Ihres Vertrauens gilt.

[Informations-PDF zum Download](#)

3. Internationale Kongress für Ästhetische Chirurgie und Kosmetische Zahnmedizin

Seit nunmehr über 20 Jahren verweise ich auf die Wichtigkeit interdisziplinärer Ansätze und freue mich, dass wir mit unserem Internationalen Kongress diesen Weg fortsetzen. Auch 2010 wird wieder eine Vielzahl internationaler Topreferenten den Kongress gestalten. Wir legen Wert auf einen guten Programm-Mix aus wissenschaftlichen Referenten, Universitätsprofessoren und erfahrenen Praktikern. Dieser Weg hat sich bewährt und er wird konsequent Fortsetzung finden. Auch 2010 wird das Symposium traditionell am Donnerstag mit einem OP-Kurs-Programm in der Bodenseeklinik starten. In den folgenden zwei Tagen werden kompetente Referenten aus den Fachgebieten Chirurgie, Plastische Chirurgie, HNO/Kieferchirurgie, Dermatologie, Oralchirurgie und Kosmetischer Zahnmedizin interessante Vorträge und Innovationen präsentieren. Über 40 namhafte Aussteller zeigen das Neueste auf dem Gebiet der Medizintechnik, Laserinnovationen, Implantate und Anti-Aging-Medizin.

Jetzt auch als iPad- und Tablet-PC-Version verfügbar!

Besuchen Sie uns auf: www.zwp-online.info





Ärzte der Welt: „Aktion Lächeln“

Autorin _ Priv.-Doz. Dr. Dr. Katja Schwenzer-Zimmerer, Basel

Ein Lächeln ist die kürzeste Verbindung zwischen zwei Menschen – und die international verständliche vorbabylonische Sprache. Das Lächeln zurückzugeben, kann die Welt nachhaltig verändern.



Respektiert zu werden von der Familie, Nachbarn, Mitmenschen und der Gesellschaft – ein normales Leben zu führen, Liebe und Zuwendung zu bekommen, selbstständig essen und leben zu können oder einfach aus dem Haus zu gehen, ohne dass alle auf ihr entstelltes Gesicht starren – oder auffällig unauffällig wegsehen. Für viele Kinder aus Kambodscha, einem der ärmsten Länder der Erde, sind das Hoffnungen, von denen sie ihr ganzes Leben nur träumen können. Sie sind durch angeborene Fehlbildungen, Unfallverletzungen, Gewalt oder Krankheiten gekennzeichnet und haben dadurch ihr Gesicht – und ihr Lächeln verloren.

Ärzte der Welt, der deutsche Zweig der internationalen Organisation Médecins du Monde Frankreich, hat es sich zur Aufgabe gemacht, das Leid der Kinder in Kambodscha zu lindern. In Zusammenarbeit mit einheimischen Partnern, allen voran dem Gesundheitsministerium, den lokalen Verwaltungen sowie dem Landesbüro von Médecins du Monde in Phnom Penh, haben sie die „Aktion Lächeln“ als deutsch-französische Kooperation initiiert. Seit 2001 besuchen ehrenamtlich Ärzte und Krankenschwestern aus Deutschland zunächst zweimal, inzwischen sechsmal jährlich, das asiatische Land, um Kindern und Erwachsenen durch ihren ehrenamtlichen Einsatz wieder die Möglichkeit zum Lächeln zu schenken. Täglich operieren sie zwischen 10 und 20 Patienten, viele von ihnen mit Verletzungen, Narben und Verbrennungen am ganzen Körper.

Häufiger jedoch müssen sie Kinder mit angeborenen Fehlbildungen des Gesichtes, wie Lippen-Kiefer-Gaumenspalten behandeln. In Kambodscha wird geschätzt, dass mindestens eines von 300 lebend geborenen Babys mit dieser Gesichtsfehlbildung zur Welt kommt. Es könnten auch mehr sein, da keine Meldepflicht besteht und die meisten Geburten zu Hause ohne qualifizierte Unterstützung stattfinden und man von einer sehr hohen Säuglingssterblichkeit ausgehen muss. Die hohe Fehlbildungsrate könnte neben der ohnehin höheren genetisch bedingten Fehlbil-

dungsrate in Asien, unter anderem mit der immer noch sehr hohen Dioxin-Belastung in Kambodscha nach dem Einsatz des Entlaubungsgiftes Agent Orange während der vorausgegangenen Kriege zusammenhängen ... aber das ist schwer zu beweisen. Viele dieser entstellten Kinder und schwierig zu ernährenden Säuglinge werden von ihren Familien versteckt, und, falls sie das Erwachsenenalter erreichen, später von der Gesellschaft ausgegrenzt. Während bei uns die Korrektur-Operationen und Folgetherapien bei solchen Krankheitsbildern in hochqualifizierten Spaltzentren erfolgen, wird diese Chirurgie in Kambodscha kaum praktiziert. Nur wenige Kliniken, z. B. in Phnom Penh, können diese Behandlungen durchführen. Bisher fehlen neben den finanziellen Mitteln Ärzte und qualifiziertes Krankenhauspersonal generell sowie insbesondere gut ausgebildete Spezialisten (da diese unter Pol Pot fast ausnahmslos umgebracht wurden). Deshalb sind die deutschen Ärzte von „Ärzte der Welt“ auch als Ausbilder vor Ort und operieren mit ihren asiatischen Kollegen gemeinsam, zeigen ihnen Operationstechniken und helfen bei logistischen Problemen (z. B. Aufbau eines Notarzt-Systems). In Kambodscha gibt es keine Krankenversicherungen. Wer krank wird ist komplett auf sich und seine Familie gestellt. Meistens sind die Ersparnisse der Familie nach wenigen Tagen aufgebraucht und viele Patienten werden unverrichteter Dinge wieder entlassen. Nicht von ungefähr lautet ein kambodschanisches Sprichwort: „Lieber ein brennendes Haus als krank zu sein.“ Vor allem in den ländlichen Regionen ist die Versorgungslage sehr schwierig, da hier neben der entsprechenden Ausstattung auch Ärzte fehlen, die dort praktizieren wollen bzw. können, da das Einkommen auf dem Land so schlecht ist, dass es ohne Nebenjobs nicht für das Überleben ausreicht. In der jetzigen Situation bleiben die wenigen qualifizierten einheimischen Ärzte lieber in der Großstadt. Außerdem ist die Landbevölkerung so arm, dass sie nicht einmal die Krankenhausgebühr von umgerechnet 3 Dollar aufbringen könnte. Fast alle armen Patienten mit ernst-



haften Erkrankungen müssen von Ärzten ausländischer Hilfsorganisationen behandelt werden. Die „Aktion Lächeln“ wird allein durch die ehrenamtliche Tätigkeit der Ärzte und Schwestern sowie private Spenden und Sponsoren gedeckt. Durchschnittlich kostet eine Behandlung 250 Euro: ein Preis, der im westlichen Ausland nie realisierbar wäre. (Hierin sind neben den Gehältern einheimischer Helfer sämtliche Medikamente, Materialien und die Flüge der europäischen Helfer enthalten.) Mittlerweile wird die Aktion in elf weiteren Ländern durchgeführt, vorrangig im nördlichen Afrika und in Asien.

Ein Lächeln für die kleine Tai Samnang

Aw Kohn (Okun) heißt Danke auf Khmer. Die Mutter der 11 Monate alten Tai Samnang sagt Aw Kohn zu „Ärzte der Welt“. Fast einen Tag lang war sie mit ihrer

kleinen Tochter nach Kampong Cham unterwegs, um die Lippen-Kiefer-Gaumenspalte ihrer Tochter, im Volksmund auch als Hasenscharte und Wolfsrachen bekannt, von den Ärzten aus Deutschland operieren zu lassen. Ein sehr beschwerlicher Weg. Kampong Cham liegt etwa drei Autostunden westlich von der Hauptstadt Phnom Penh entfernt. Den längsten Weg waren sie zu Fuß oder per Anhalter auf Ochsenkarren unterwegs. Für Bus oder gar ein Taxi sind sie einfach zu arm. Tai Samnang kam mit dieser Missbildung auf die Welt. Ihre Mutter kennt das Schicksal, das auf sie wartet. Das Kind ist nicht das einzige Familienmitglied mit einer Spalte. Der Onkel hat auch eine ähnliche Spalte. Er wurde Zeit seines Lebens gemieden. Er sieht abschreckend aus ... die krummen Zähne ragen ihm aus dem gespaltenen Gesicht. Keiner kann seine merkwürdigen Laute verstehen, wenn er zu reden beginnt und die meisten Kinder laufen vor ihm weg. Er hatte nie die Schule besucht, nie einen Beruf gefunden. Die einzige Aufgabe, die man ihm zutraute, war Ziegenhirte. Da war er weit genug weg von den anderen Dorfbewohnern und störte nicht. Und sie hat eine Tochter ... das macht alles noch viel schlimmer. Es ist fast schon ein kleines Wunder, dass Mutter und Tochter jetzt bei den Ärzten aus Deutschland sind.

Nicht selten werden Kinder mit derartigen Missbildungen in Kambodscha versteckt oder, schlimmer noch, einfach sich selbst überlassen. Nur zufällig hat die Mutter von der „Aktion Lächeln“ im Radio der Nachbarn gehört.

Jetzt kann das kleine Mädchen endlich operiert werden und hat so die Möglichkeit, ein normales Leben zu führen, mit anderen Kindern zu spielen, zu lernen und später einmal einen Mann zu finden, der für sie sorgt. Ohne diese Operation wäre das wohl eher ein ferner Traum. Bei dem Ärzteteam in einer einfachen Krankenstation angekommen, wird Tai Samnang gründlich untersucht. Die Verständigung erfolgt über Dolmetscher. Tränen laufen dem kleinen Mädchen über die Wangen, sie hat Angst. Das ist ganz normal. Schnell können aber die Ärzte aus Deutschland das Vertrauen von Mutter und Tochter gewinnen.

Das internationale Team hat große Erfahrung. Die 7.000. Operation seit dem Beginn der internationalen „Aktion Lächeln“ steht bei diesem Einsatz auf dem OP-Plan. Ein schwieriger und anstrengender Einsatz für die Mediziner im Team von „Ärzte der Welt“. Alle chirurgischen Instrumente, Geräte und Kleidung müssen aus Deutschland mitgebracht werden. Es besteht zwar ein Grundstock im Material-Lager in Phnom Penh, das alle MDM-Teams aus Deutschland, Frankreich und Japan gemeinsam nutzen, das aber auch regelmäßig wieder aufgefüllt werden muss.

Die hygienischen Umstände sind für europäische Maßstäbe unvorstellbar. Zehn bis zwanzig Operationen (je nach Ausdehnung) pro Tag werden von den Chirurgen in Vollnarkose oder örtlicher Betäubung durchgeführt. Oft reicht es nur zu kleinen Pausen mit



etwas Obst und Cola oder Wasser auf einer Kiste vor dem improvisierten OP-Saal. Hier warten allerdings auch schon die hungrigen Patienten. Eine Operation dauert zwischen einer und vier Stunden – neurochirurgische Operationen auch länger.

Jetzt ist Tai Samnang an der Reihe. Das elf Monate alte Mädchen liegt bereits in Narkose auf dem OP-Tisch. Sie wiegt nur 7,5 kg. So viel wiegen bei uns die Säuglinge bereits mit vier Monaten. Sie schläft, aber atmet spontan. Tiefere Narkosen bedeuten ohne Beatmungsgerät stundenlanges Beatmen mit dem Beatmungsbeutel von Hand. Walther Heindl überwacht nur anhand von Puls, Sauerstoffsättigung und klinischem Eindruck den Zustand des Babys. Eine schwierige Aufgabe für den in der Dritten Welt erfahrenen Arzt, aber Routine. Knapp zwei Stunden wird Tai Samnang operiert. Der Verschluss von Gaumen und Lippe ist für ein Baby unter diesen Bedingungen eine große Operation und kann lebensgefährlich sein, wenn das Team nicht sehr erfahren mit solchen Operationen im Säuglingsalter und aufeinander eingespielt ist. Alles verläuft sehr gut. Das kleine Stofftier, gespendet von Jovanna, fünf Jahre, aus dem Kindergarten am Hebelplatz in Weil am Rhein, liegt neben der Kleinen, als sie in den Armen ihrer Mutter auf dem Boden aufwacht. Sie ist noch ein wenig benommen. Die Augen der Mutter fangen an zu leuchten, als der Verband am nächsten Tag gewechselt wird. Die entstellende Lippen-Kiefer-Gaumenspalte konnte komplett verschlossen werden. Für die einjährige Tai Samnang und ihre Familie beginnt ein neues Leben. Ihre Hauptsorge war, dass ihr Baby später keinen Mann finden würde. Sie wird ein normales Leben führen können, Lächeln, Essen und Reden sind ab sofort möglich. So kann Tai Samnang sich weitgehend so entwickeln, als wenn nichts gewesen wäre und später wie ihre Geschwister in die Schule gehen. Aw Kohn (Okun) sagt die Mutter mit Tränen in den Augen – Danke an das Team von „Ärzte der Welt“ aus Deutschland. Die nächsten Kinder warten schon.

_ Statistik

- Ein Einsatz eines Teams dauert in der Regel 12 bis 15 Tage, in der Zeit werden je nachdem zwischen 50 bis 100 Patienten behandelt.
- Seit 1990 wurden international in 12 Ländern mehr als 7.000 Operationen durchgeführt, die durchschnittlichen Kosten pro Eingriff liegen bei ca. 250 €.
- Insgesamt haben sich aus Deutschland seit 2001 20 Ärzte und 7 Schwestern freiwillig an der Aktion beteiligt.
- Die Aktion finanziert sich über Spenden. Im Jahr 2009 lagen die Kosten bei rund 71.000 € für drei Einsätze.
- Das Gesamtbudget für 12 Länder und 29 Einsätze lag im Jahr 2009 bei ca. 430.000 €.

_ Freiwillige

Regelmäßig im Jahr starten unterschiedliche Ärzte der Welt-Teams nach Kambodscha. Sie setzen sich aus hoch qualifiziertem Personal, wie Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Neurochirurgen, Zahnärzten, Anästhesisten, Intensivmedizinerinnen sowie Krankenschwestern und -pflegern zusammen. Ein einheimischer Koordinator trifft die nötigen Vorkehrungen vor Ort in Kambodscha (Mdm Phnom Penh).

_ Verschiedenes

Solche ausgedehnten, gutartigen Tumore sieht man bei uns kaum, da sie viel früher operiert werden. Solche Eingriffe werden bei Erwachsenen in örtlicher Betäubung gemacht.

Großflächige Narben sind in Kambodscha ebenfalls sehr häufig. Zum einen ist offenes Feuer in jedem Haushalt zu finden, zum anderen trägt kein Motorradfahrer irgendeine Schutzkleidung und die Bevölkerung neigt anlagebedingt zu Keloiden (wu-



chernden überschießenden Narben). Diese können schon nach banalen Hautabschürfungen entstehen. In besonders schlimmen Fällen entstehen Narben nach Säureattentaten. Diese grausamen Gewaltverbrechen kommen leider häufig vor. Man schüttet seinem Feind im Schlaf Batteriesäure in das Gesicht ... „Gesichtsverlust ist schlimmer als Tod.“

_Fall 1

Ku Chan Na ist neun Monate alt und weiß noch nicht, dass er eine Lippenspalte hat. Aber seiner Mutter ist klar, dass er mit dieser Entstellung immer ein Außenseiter sein wird. Als die Information im Radio kommt, dass das Team von Ärzten der Welt wieder in Kampong Cham ist, leiht sie sich Geld von ihren Nachbarn im Dorf für die Busfahrkarte und fährt sofort zur Klinik, obwohl sie in dieser Zeit kein Geld für ihre restliche Familie verdienen kann. Die Angst, nach zwei Tagen Fußmarsch zu spät zu kommen, ist zu groß. Als sie ankommt stellt sie sich mit ihrem Baby in die endlosen Patientenreihen. Als sie endlich behandelt werden können, hat Ku Chan Na schon lange keine Lust mehr. Sein geschenktes Spielzeug beäugt er aber neugierig. Er hat bisher kein Kuscheltier. Weil er noch so klein ist (bei Hitze kann man ein Baby nicht lange nüchtern lassen) und nur eine kurze Operation braucht, soll er gleich am nächsten Tag als erster drankommen. Seine Operation dauert nur eine halbe Stunde. Er kann sofort nach dem Aufwachen aus der Narkose von der Mutter gestillt werden. Für Ku Chan Na und Familie hat diese Busfahrkarte von den Nachbarn und eine halbe Stunde Arbeit des OP-Teams alles verändert. Er wird nur aus Erzählungen erfahren, dass er früher anders aussah als andere Kinder.

_Fall 2

Die fünfjährige Sin Channak hat schmerzhafte Schwellungen am Hals – zum Glück in ihrem Fall nur

eine stärkere Halsentzündung mit vergrößerten schmerzhaften Lymphdrüsen. Hier reicht eine medikamentöse Behandlung und mütterliche Pflege. Die Mutter ist sehr erleichtert. Auch Sin Channak bekommt ein Kuscheltier, das von Kindergartenkindern gespendet wurde. Sie bekommt den Teddybär von Anna, drei Jahre alt.

_Spendenaufruf

Um die bisher erfolgreiche „Aktion Lächeln“ auch in Zukunft zu sichern, sucht „Ärzte der Welt“ weitere Partner und Sponsoren. _

_Info	face
<p>Unser Spendenkonto: Ärzte der Welt e.V. Konto-Nr.: 1004333660 BLZ: 120 300 00 Bank: DKB</p> <p>Kontakt: Ärzte der Welt e.V. Baumbachstr. 15 81245 München Tel.: 0 89/4 52 30 81-0 Fax: 0 89/4 52 30 81-22 E-Mail: info@aerztederwelt.org www.aerztederwelt.org</p>	

_Autorin	face
<p>Priv.-Doz. Dr. Dr. Katja Schwenzer-Zimmerer (42), Mund-Kiefer-Gesichtschirurgin aus Deutschland. Sie arbeitet als Leitende Ärztin am Universitätsspital Basel (CH) und Elisabethenkrankenhaus Lörrach (DE). Sie leitet als vorwiegend plastisch und rekonstruktiv tätige Gesichtsspezialistin für angeborene und erworbene Gesichtsfehlbildungen das multidisziplinäre Behandlungszentrum für Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten und Kraniofaziale Fehlbildungen in Basel. Mit langjähriger Auslandserfahrung in Nepal, Burma und Indien auf rund 40 Auslandsmissionen seit 1998, ist sie seit 2002 regelmäßig für Ärzte der Welt und die „Aktion Lächeln“ in Kambodscha im Einsatz. Mit ihrem Mann, dem Neurochirurgen Dr. Stephan Zimmerer, leitet sie jährlich ein bis zwei Einsätze in den ländlichen Regionen der Mekong Provinz. Auch bei den nächsten Aktionen im November 2010 wird sie wieder mit einem großen Operationsteam in den Krankenhäusern Kampong Cham, O Reang Ov sowie in Kooperation mit dem Rehabilitationszentrum Kien Khleang und befreundeten Kooperationspartnern in Phnom Penh tätig sein und vielen Menschen ihr Lächeln zurückgeben.</p>	



IGÄM – Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V.

Präsident: Prof. Dr. Dr. habil. Werner L. Mang

Kursreihe: 2010

„Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht“
Anti-Aging mit Injektionen

Programm „Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht“ · Kursleiter: Dr. med. Andreas Britz

	1. KURS Live-Demo + praktische Übungen*	2. KURS Live-Demo + praktische Übungen*	3. KURS Live-Demo + praktische Übungen*	4. KURS Prüfung
BERLIN	01.10.2010, 10.00 – 17.00 Uhr vernetzte und unvernetzte Hyaluronsäure Sponsor: Pharm. Allergan	02.10.2010, 10.00 – 17.00 Uhr Botulinumtoxin-A Sponsor: Pharm. Allergan	05.11.2010, 10.00 – 17.00 Uhr Milchsäure (Sculptra), Prüfungs- vorbereitung Sponsor: Sanofi-Aventis	06.11.2010, 10.00 – 13.00 Uhr Abschlussprüfung (multiple choice) und Übergabe des Zertifikats

*Jeder Teilnehmer hat die Möglichkeit für die praktischen Übungen einen Probanden mitzubringen. Hierfür werden interessierten Teilnehmern lediglich die Materialkosten in Rechnung gestellt.

Organisatorisches

Kursgebühren je Kurs (1.–3. Kurs)
IGÄM-Mitglied 270,00 € zzgl. MwSt.
Nichtmitglied 330,00 € zzgl. MwSt.

Tagungspauschale
pro Teilnehmer 45,00 € zzgl. MwSt.
(umfasst Pausenversorgung und Tagungsgetränke, für jeden Teilnehmer verbindlich)

Abschlussprüfung (inkl. Zertifikat)
IGÄM-Mitglied 265,00 € zzgl. MwSt.
Nichtmitglied 295,00 € zzgl. MwSt.

Veranstalter/Organisation
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 08
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: event@oemus-media.de
www.oemus.com

Wissenschaftliche Leitung
IGÄM – Internationale Gesellschaft
für Ästhetische Medizin e.V.
Feldstraße 80
40479 Düsseldorf
Tel.: 02 11/1 69 70-79
Fax: 02 11/1 69 70-66
E-Mail: sekretariat@igaem.de

In Kooperation mit



Die Übergabe des Zertifikates erfolgt nach erfolgreichem Abschluss der Kursreihe. Bitte beachten Sie, dass die Kurse **nur im Paket** gebucht werden können. Wenn Sie einen der Kurse als **Nachholtermin** besuchen möchten, ist die Buchung auch einzeln möglich. Hinweis: Die Ausübung von Faltenbehandlungen setzt die entsprechenden medizinischen Qualifikationen voraus.

Weitere Informationen zu Programm und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen entnehmen Sie bitte unserer Internetseite www.oemus.com

Anmeldeformular per Fax an
03 41/4 84 74-3 90
oder im Fensterumschlag an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für den Kurs „**Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht**“ am

- 01. Oktober 2010 in Berlin
- 02. Oktober 2010 in Berlin
- 05. November 2010 in Berlin
- 06. November 2010 in Berlin

melde ich folgende Personen verbindlich an: (Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen)

_____ Mitglied IGÄM
 Nichtmitglied IGÄM

Name/Vorname/Titel

_____ Mitglied IGÄM
 Nichtmitglied IGÄM

Name/Vorname/Titel

Praxisstempel

E-Mail

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG erkenne ich an.
Falls Sie über eine E-Mail-Adresse verfügen, so tragen Sie diese bitte links in den Kasten ein.

Datum/Unterschrift

face

international magazine of orofacial esthetics



Heike Isbaner

Impressum

Redaktionsleitung/Produktmanagement:

Heike Isbaner
Tel.: 03 41/4 84 74-2 21
E-Mail: h.isbaner@oemus-media.de

Verleger:

Torsten R. Oemus

Verlagsleitung:

Ingolf Döbbelcke
Tel.: 03 41/4 84 74-0
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner
Tel.: 03 41/4 84 74-0
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller
Tel.: 03 41/4 84 74-0

Verlag:

Oemus Media AG
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-0, Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: kontakt@oemus-media.de
Deutsche Bank AG Leipzig
BLZ 860 700 00, Kto. 1 501 501

Produktionsleitung:

Gernot Meyer · Tel.: 03 41/4 84 74-5 20
E-Mail: meyer@oemus-media.de

Anzeigendisposition:

Marius Mezger · Tel.: 03 41/4 84 74-1 27
E-Mail: m.mezger@oemus-media.de

Korrektorat:

Ingrid Motschmann · Tel.: 03 41/4 84 74-1 25
Helga Friedrich · Tel.: 03 41/4 84 74-1 26
Hans Motschmann · Tel.: 03 41/4 84 74-1 26

Herstellung:

Dipl.-Des. Jasmin Hilmer · Tel.: 03 41/4 84 74-1 18

Abo-Service:

Andreas Grasse · Tel.: 03 41/4 84 74-2 01

Druck:

Messedruck Leipzig GmbH
An der Hebemärchte 6
04316 Leipzig



Erscheinungsweise/Bezugspreis

face international magazine of orofacial esthetics erscheint 4 x jährlich. Der Bezugspreis beträgt für ein Einzelheft 10 € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Jahresabonnement im Inland 35 € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Kündigung des Abonnements ist schriftlich 6 Wochen vor Ende des Bezugszeitraumes möglich. Abonnementgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt. Der Abonnent kann seine Abonnement-Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Absenden der Bestellung schriftlich bei der Abonnementverwaltung widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs (Datum des Poststempels). Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bestimmungen um ein Jahr, wenn es nicht 6 Wochen vor Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wurde.

Verlags- und Urheberrecht:

Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlegers und Herausgebers unzulässig und strafbar. Dies gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Mit Einsendung des Manuskriptes gehen das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Verfasser dieses Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderteile und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Firmennamen, Warenbezeichnungen und dergleichen in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Bezeichnungen im Sinne der Warenzeichen- und Warenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten seien und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Gerichtsstand ist Leipzig.



face

international magazine of orofacial esthetics

Abonnieren Sie jetzt!

Unter der Devise „Esthetics follows function“ wird derzeit im Hinblick auf die orofaziale Ästhetik ein neues Kapitel der interdisziplinären Zusammenarbeit von MKG- und Oralchirurgen, HNO- und Augenärzten, Dermatologen, plastisch/ästhetischen Chirurgen und Zahnmedizinern aufgeschlagen, da sich sowohl die Erhaltung als auch die Wiederherstellung der orofazialen Ästhetik zunehmend als interdisziplinäre Herausforderung erweist. Auf der Grundlage der Entwicklung neuer komplexer Behandlungskonzepte wird die ästhetische Medizin künftig noch besser in der Lage sein, dem Bedürfnis nach einem jugendlichen, den allgemeinen Trends folgenden Aussehen zu entsprechen. Gleichzeitig eröffnen sich in der Kombination verschiedener Disziplinen völlig neue Möglichkeiten.

Diesen Zukunftstrend begleitet die seit März 2007 4-mal jährlich zunächst in deutscher Sprache erscheinende Fachzeitschrift „face“ international magazine of orofacial esthetics.

Bestellung auch online möglich unter:
www.oemus.com/abo

Ja, ich möchte **face** im Jahresabonnement zum Preis von 35,00 €/Jahr zzgl. Versandkosten + gesetzl. MwSt. beziehen.

Die Lieferung beginnt mit der nächsten Ausgabe nach Zahlungseingang (bitte Rechnung abwarten) und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird (Poststempel genügt).

Antwort per Fax 03 41/4 84 74-2 90 an OEMUS MEDIA AG oder per E-Mail an grasse@oemus-media.de

Name, Vorname	
Firma	
Straße	
PLZ/Ort	
E-Mail	Unterschrift

Widerrufsbelehrung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt.

Unterschrift

STRATEGIE

**Eine gute Strategie ist die Grundlage
für jeden Erfolg**



STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE

THE DIAMOND STANDARD

KS 33.1/D/01/10/A