

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

Die ästhetisch-funktionelle Reduktionsplastik bei überprojizierten und funktionellen Spannungsnasen – Teil 2: Prinzipien der Chirurgie bei überprojizierten und funktionellen Spannungsnasen

Autor Prof. Dr. Hans Behrbohm, Berlin

Bei den überprojizierten und Großnasen hat die präoperative Analyse der Nase und ihrer morphologischen Bausteine durch Inspektion und Palpation besondere Bedeutung und ist Voraussetzung für den Operationsplan. Es muss klar sein, an welchen Strukturbausteinen der Nase die entscheidenden Veränderungen und Uorientierungen erfolgen müssen. Danach richtet sich der Zugang, der so invasiv wie nötig und so minimal wie möglich sein sollte. Eine generelle Empfehlung für den zu bevorzugenden Zugang kann nicht gegeben werden, weil sie u.a. vom Ausgangsbefund und dem angestrebten Resultat abhängt. In der Serie Approaches & Techniques hatten wir in der „face“ bereits Hinweise zu den einzelnen Zugängen gegeben. Reduktionsplastiken der Nase können sich je nach

Umfang der Verkleinerung stark typverändernd auf das Gesicht auswirken.

Hier empfiehlt sich eine intensive präoperative Beratung mit Visualisierung durch Computeranimation. Zur Retropositionierung der Spitze und Verkleinerung der Nase bestehen folgende Basis-Techniken. Natürlich können diese z.B. durch Nahtechniken der Spitze ergänzt werden, wenn neben der Veränderung der Projektion der Spitze auch eine Verschmälerung erzielt werden soll:

Vereinfacht kommen zwei Prinzipien zur Anwendung:

- _ Verkleinerung bzw. Resektion hyperplastischer Strukturelemente
- _ Elektive oder komplexe Schwächung der Tip-support-Mechanismen.



Abb. 1a–d

a, c_ 24-jährige Patientin mit Höckernase und mittelgradig überprojizierter Spitze präoperativ und b, d_ zwei Jahre postoperativ.

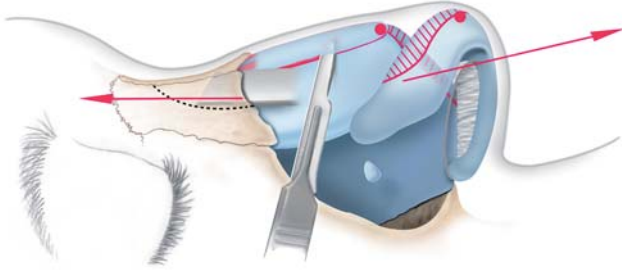


Abb. 2

Abb. 2 Das Schema zeigt das Vorgehen unter Nutzen der dynamics of Septorhinoplasty. Abtragen des knorpelig-knöchernen Höckers, Kürzen der Septumvorderkante zwischen mittlerem und vorderem Septumwinkel mit oder ohne Resektion des tip defining points.

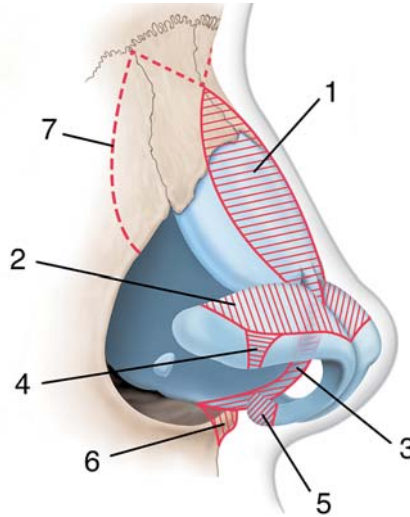


Abb. 3

Abb. 3 Wichtige und häufige Operationsschritte
 1 Absenken des Nasenrückens
 2 kraniale Volumenreduktion der Flügelknorpel
 3 Kürzen der Septumvorderkante
 4 Keilexzision aus den lateralen Flügelknorpeln, oder laterales overlapping, sliding
 5 Resektion der Fußplatten oder mediales overlapping, sliding
 6 Abtragen der Spina nasalis
 7 mediale und lateral gebogene Osteotomien.



Abb. 4a



Abb. 4b



Abb. 4c



Abb. 4d

Abb. 4a-d

a, c_ 19-jährige Patientin mit deutlich überprojizierter Nase und
 b, d_ ein Jahr nach Reduktionsplastik unter Anwendung der Operationschritte 1-7.



Abb. 5a



Abb. 5b



Abb. 5c



Abb. 5d

Abb. 5a-d

a, c_ 27-jährige Patientin mit Gesichtsymmetrie, deutlich überprojizierter Höckernase, und
 b, d_ zwei Jahre postoperativ.

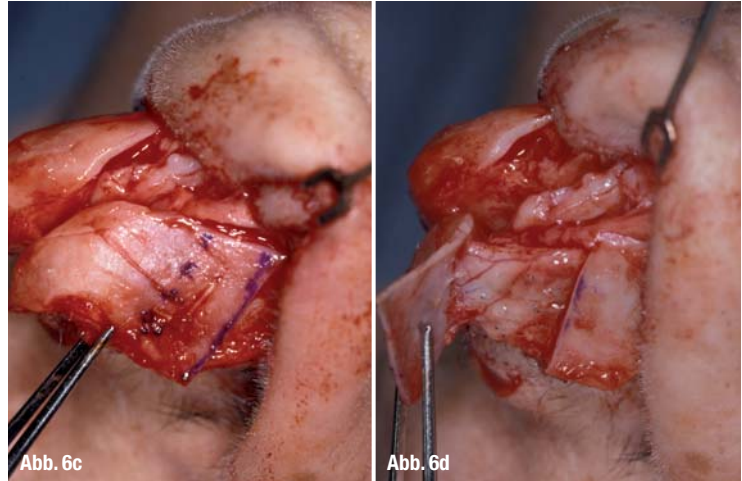
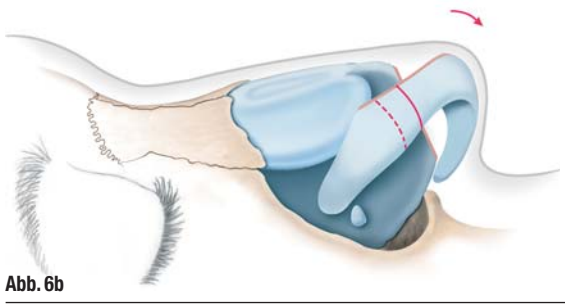
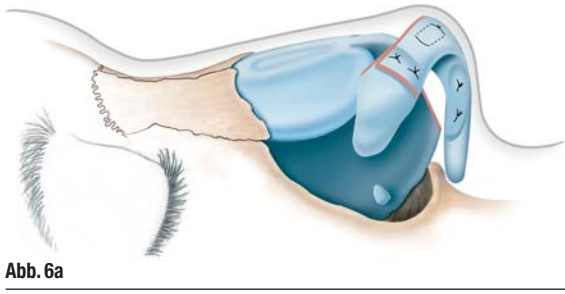


Abb. 6 a–d
 Deprojektion der Spitze durch laterales overlapping, sliding. Prinzip der Operation und intraoperative Situation bei Patientin Abbildung 5a–d.
 Fotos: Behrbohm/Tardy (Thieme 2003)



Abb. 7 a–f
 a, c, f_ 32-jährige Patientin mit paradox gebogenen Flügelknorpeln, Überprojektion der Nasenspitze mit Bifida tip.
 b, d, e_ Zwei Jahre nach Umklapp-Plastik in offener Technik.

_ Häufigste Ursachen der Überprojektion

Hyperplasie der Spina nasalis interior

Eine überprojizierte Spitze kann allein oder in Kombination mit anderen Überschussbildungen durch eine übergroße Spina nasalis anterior verursacht werden. Diese hebt das vordere Septum nach kranial. Der Nasolabialwinkel ist verstrichen und stumpf. Die Oberlippe ist verspannt und dadurch scheinbar verkürzt. Gleichzeitig besteht eine Kaudalrotation der Spitze. Durch sorgfältige äußere und innere Palpation kann zwischen Hyperplasien des kaudalen Septums und der Spina unterschieden werden (Abb. 9).

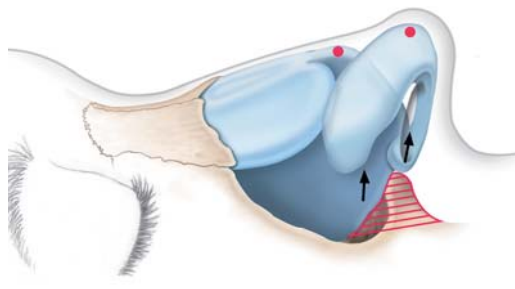
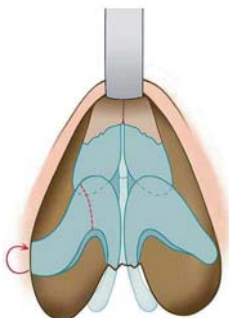


Abb. 8_ Prinzip der Operation der Patientin Abbildung 7a–f.
Abb. 9_ Überprojizierte Nasenspitze durch eine hyperplastische Spina nasalis anterior.
Abb. 10_ Patientin (a) prä- und (b) zwei Jahre postoperativ nach endonasaler Septorhinoplastik. Eversionstechnik. Präoperativ besteht ein verstrichener Nasolabialwinkel durch eine hyperplastische Spina nasalis anterior, eine Spitzenptose und ein knöchern-knorpeliger Höcker.

Hyperplasie der Flügelknorpel

Hyperplastische Flügelknorpel können die alleinige Ursache einer überprojizierten und meist ballonierten Spitze sein. Meist ist der Knorpel von hoher Elastizität und es besteht ein festes Bindegewebe. Der Nasolabialwinkel wird hierbei nicht beeinflusst (Abb. 11 und 12).

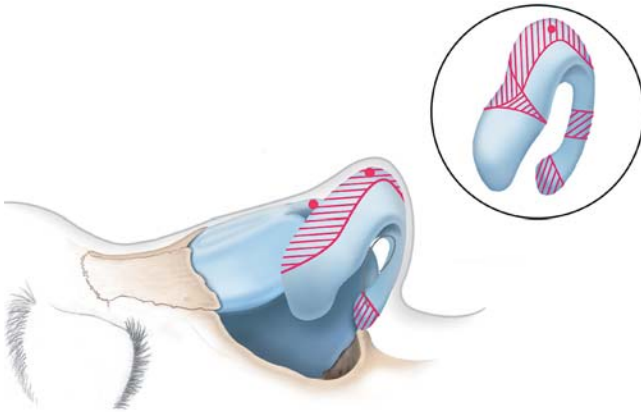


Abb. 11



Abb. 12a

Abb. 12b

Abb. 11 Überprojizierte Nasenspitze durch Hyperplasie der Flügelknorpel. (a) Rote Punkte: vorderer Septumwinkel und Tip defining point. Durch Einbeziehung des Tip defining points bei der kranialen Volumenreduktion kann die Nasenspitze bei hyperplastischen Flügelknorpeln retropositioniert werden. Rot schraffiert: mögliche Operationsschritte zur Retropositionierung der Spitze (b).

Abb. 12 Patientin mit überprojizierter Spitze durch Flügelknorpelhyperplasie (a) prä- und (b) vier Jahre postoperativ. Retropositionierung durch Interrupted-strip-Technik (Abb. 13a–d).



Abb. 13a

Abb. 13b

Abb. 13c

Abb. 13d

Abb. 13 a–d Offener Zugang.

Überlange mediale Schenkel (Columella-Hyperplasie)

Überlange und zwischen der Spina nasalis und der Spitze gespannte mediale Schenkel der Flügelknorpel führen zu typischen Veränderungen der Alar-Columella-Region. Meist besteht auch eine Hyperplasie des vorderen Septumknorpels. Typisch ist ein verstärkter seitlicher Einblick in die Nasenlöcher mit Vestibular skin show. Ein harmonischer Double break geht verloren. Der Intermediärschenkel der Flügelknorpel ist verlängert. Das ist die Ursache für ein überlanges Infratip-Dreieck (Abb. 14).

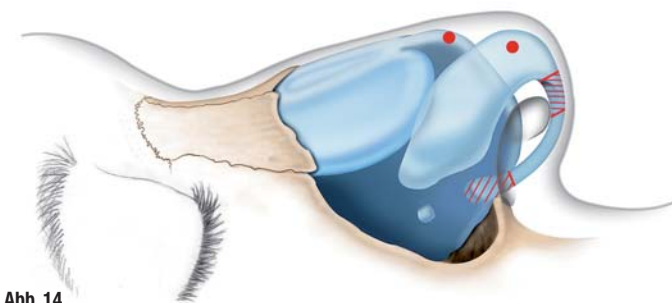


Abb. 14

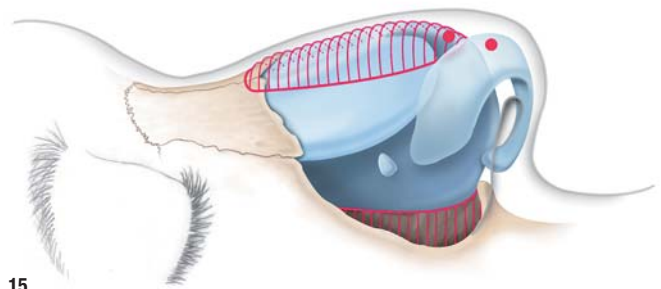


Abb. 15

Abb. 14 Überprojektion der Nase durch Columella-Hyperplasie bei überlangen medialen Schenkeln.

Abb. 15 Überprojektion der Nase durch Hyperplasie des dorsalen oder basalen Septumknorpels in dorso-basaler Richtung. Ein stark entwickelter Vomer kann den gleichen Effekt auslösen.

_Hyperplasie des Septumknorpels in dorso-lateraler Richtung oder des Vomer, Polly beak

Eine Hyperplasie des Septumknorpels in dorso-lateraler Richtung führt zu einer Aufrichtung des knorpeligen Nasenrückens. Ursache hierfür kann einerseits der Septumknorpel, aber auch ein stark entwickelter Vomer sein. Die Spitze verliert durch die Anhebung der Supratip-Region an Definition und wirkt amorph. Der vordere Septumwinkel steht über dem Tip defining point (Abb. 16a und b).

Ursache eines postoperativen Polly beaks kann eine zu geringe Kürzung des dorsalen Septumknorpels sein. Postoperative Narbenbildung, besonders bei dicker Haut, kann auch zum Polly beak führen (Abb. 17a und b).



Abb. 16_ Patientin (a) prä- und (b) zwei Jahre postoperativ. Deutliche Absenkung des Nasenrückens, Spitzenrotation nach kranial, Deprojektion durch Interrupted-strip-Technik, Columella strut in offener Technik.

Abb. 17_ (a) Patientin mit Polly beak nach Voroperation vor sieben Jahren. (b) Resultat drei Jahre nach der Revisionsoperation. Absenkung des Nasenrückens, Verminderung der Projektion über einen endonasalen Zugang (Luxationstechnik). Verbesserung der Spitzendefinition, Supratip beak.

_Hyperplasie des Septumknorpels in kranio-kaudaler Richtung

Ein stark nach kaudal ziehender hyperplastischer Septumknorpel führt zu einem typischen Bild. Meist ist der Knorpel auch in dorso-basaler Richtung hyperplastisch. Die Spitze ist schlecht definiert. Der vordere Septumwinkel (Supratip point) steht über dem Niveau des Tip defining points. Die Spitze rotiert nach kaudal, Ptose der Spitze. Es besteht ein ähnlicher Aspekt wie bei der Columella-Hyperplasie durch überlange mediale Schenkel. Der Unterschied lässt sich durch Palpation des festen kaudalen Septumknorpels im Gegensatz zum membranösen Septum erkennen. Auch hier besteht eine deutliche Vestibular skin show und ein mangelhafter Double break.

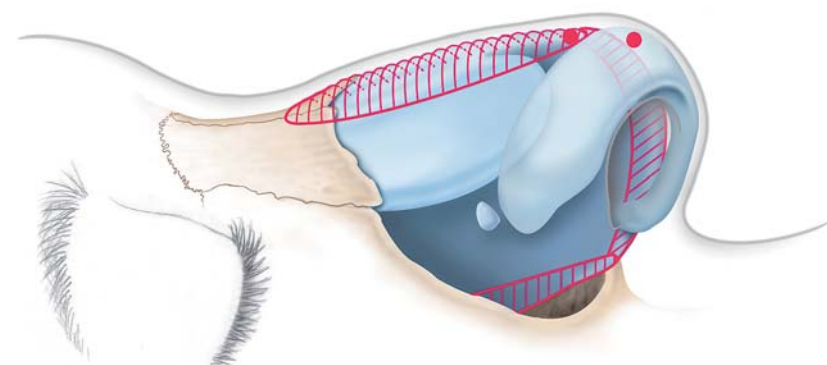


Abb. 18

Abb. 18_ Überprojektion der Nase durch Hyperplasie des Septums in kranio-kaudaler Richtung.

Abb. 19_ Patientin (a) prä- und (b) vier Jahre postoperativ. Kürzen des Septums, Absenken des Nasenrückens. Deprojektion und Kranialrotation der Spitze. Der Tip defining point wandert über das Niveau des Supratip points (vorderer Septumwinkel). Dadurch wird die Spitzendefinition verbessert, Luxationstechnik.



Grafiken aus Behrbohm/Tardy
Essentials of Septorhinoplasty, Thieme 2003

_Kontakt

face

Prof. Dr. Hans Behrbohm

Privatpraxis am Kurfürstendamm
Kurfürstendamm 61, 10707 Berlin
www.ku61.de

ETHICON

a Johnson & Johnson company

**SUTURES
Plus**

Antibacterial
Suture



IHR ZUSÄTZLICHER SCHUTZ VOR POSTOPERATIVEN WUNDINFEKTIONEN

Plus Nahtmaterial – ein neues Maß an Sicherheit



Plus Nahtmaterial schützt vor den Gefahren bakterieller Besiedelung und kann somit das Risiko einer postoperativen Wundinfektion minimieren.*

Plus Nahtmaterial – Zusätzlicher Schutz im Kampf gegen postoperative Wundinfektionen.

Informationsmaterial erhalten Sie unter: 0180-1000 829 oder unter www.ethicon.de

*Fleck et al. Triclosan Coated Sutures for the Reduction of Sternal Wound Infections: Economic Considerations. The Annals of Thoracic Surgery, 2007, Vol 84: S.232-236.
Justinger et al. Antibiotic coating of abdominal closure sutures and wound infection. Surgery, 2009, Vol. 145: 330-334.

Johnson & Johnson MEDICAL GmbH · Geschäftsbereich ETHICON Products · Robert-Koch-Straße 1 · 22851 NORDERSTEDT · DEUTSCHLAND
Telefon 0180 - 1000 829 (0,039 €/Min. a.d. Festnetz der T-Com) · Fax 0800 - 10 16 138 (kostenfrei)