Plastische CHIRURGIE

9. Jahrgang • Heft 2
Juni 2009

Mitteilungen Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen – VDÄPC



Einladung zur DGPRÄC-/ VDÄPC-Jahrestagung

Aktuelle Nachrichten

Umfragen

Nekrotisierende Fasziitis

Defektdeckung an der Wange

Regenerative Gewebe-ersatzmaterialien

Speicheldrüsen-verletzungen bei Eingriffen im Gesicht

Eine Publikation des Kaden Verlags

KADEN

Postvertriebsstück D57442 Gebühr bezahlt • Dr. Kaden Verlag GmbH & Co. KG • Ringstraße 19 • 69115 Heidelberg ISSN1613-6214



Die Trilogie der Merz Dermal-Filler

- Neu: **BELOTERO® Intense** mit sehr hoher Hyaluronsäure-Konzentration für tiefe Falten und zur Volumenaugmentation
- **BELOTERO® Soft**, **Basic** und **Intense** – für jede Falte die passende Lösung
- Lang anhaltende Wirkdauer und überzeugende kosmetische Ergebnisse

www.merz.de | www.belotero.de

BELOTERO®
Der Hyaluronsäure-Filler mit CPM®

Plastische Chirurgie – „survival of the fittest“ oder Darwin und das Fach der Innovationen

Immer wieder werden, auch aus dem Kreis der Mitglieder, Befürchtungen um die Zukunft unseres Faches laut. Unbestritten ist, dass viele Nachbarfächer versuchen an der plastischen Chirurgie zu nagen, ihre Techniken zu übernehmen und Kompetenz in diesem Bereich zu erwerben. Dies wird dann gern mit dem Begriff der Regionalisierung oder Fachbezogenheit plastisch-chirurgischer Eingriffe verbrämt. Abgesehen davon, dass es nur wenigen Fächern und einer limitierten Anzahl von Kollegen gelingt, die wirklich notwendige Kompetenz zu erwerben, ist dies ein Trend, der uns seit der Geburtsstunde der plastischen Chirurgie begleitet. Dieser Trend ist sicher einerseits ärgerlich, doch stellt sich die Frage, ob er nicht zudem einen großen Darwinschen Stimulus beinhaltet, der die plastische Chirurgie antreibt, mit immer neuen Entwicklungen Vorreiter im Bereich der rekonstruktiven und der ästhetischen Chirurgie zu sein, um so die Attraktion des Faches und den Patientenzufluss zu erhalten.

Plastische Chirurgen sind gesuchte Partner anderer Fachgebiete

Hier sei beispielsweise die Wiederherstellung der weiblichen Brust genannt. Mit dem Aufkommen der brusterhaltenden Therapie sank die Zahl potentieller Rekonstruktionskandidatinnen auf zirka 30 Prozent aller Erkrankten. Als dann einige Kollegen aus der Gynäkologie begannen, Implantate, Expander oder gestielte Lappenverfahren anzuwenden, haben viele von uns schon den Untergang des Abendlandes kommen sehen. Für eine gewisse Zeit schien ihre düstere Prognose auch einzutreffen. Doch dann gelang es durch die Pionierarbeit mikrochirurgisch tätiger Kollegen, zunächst mit dem freien TRAM, dann dem MS2 und schließlich mit allen Formen der Perforatorlappen, ein für die betroffenen Frauen extrem interessantes Angebot zu unterbreiten, das auch bei den unterschiedlichsten Körperkonstitutionen durchführbar war. Dieses Angebot wurde von den Patientinnen mit großer Begeisterung aufgenommen und in Selbsthilfegruppen verbreitet. Die immer besseren Ergebnisse haben dazu geführt, dass heute die Zahl der durchgeführten Rekonstruktionen in der plastischen Chirurgie von Jahr zu Jahr steigt, weil die betroffenen Patientinnen diesen Wunsch der Rekonstruktion an ihre betreuenden Gynäkologen herantragen. In der Folge hat



G. Germann

dies bereits an vielen Stellen dazu geführt, dass die Einbindung plastischer Chirurgen in zertifizierte Brustzentren enger geworden ist und als positives Beispiel eines „Selektionsdrucks“ angesehen werden kann.

Ein weiteres Beispiel könnten die vaskularisierten Knochentransplantate darstellen. Selbstverständlich wird es Kollegen geben, die nicht plastische Chirurgen sind, zu deren Standardverfahren eine vaskularisierte Fibula oder ein vaskularisierter Beckenkamm zählt. Doch welches Fach hat ein Repertoire, das von den distal gestielten vaskularisierten Radiustransplantaten über die oben genannten Verfahren bis zum osteo-periostalen Transplantat aus der Femurkondyle reicht? Die Breite, die damit verbundenen Variationsmöglichkeiten und das umfassende Angebot für den Patienten machen auch hier unsere Stärke aus. Wir können dadurch allein oder in der interdisziplinären Kooperation ein Indikationsfeld abdecken, das von der Kahnbeinpseudarthrose über die Rekonstruktion langer Röhrenknochen, die Pseudarthrose nach Trauma oder die Rekonstruktion auch im Kopf-Hals-Bereich reicht. Damit sind wir gesuchter Partner anderer Fächer, da die zunehmende Spezialisierung auch in unseren Nachbarfächern dazu führt, dass komplexe Eingriffe nicht mehr von jedem beherrscht werden können.

Die Innovationskraft der plastischen Chirurgie sichert die Attraktivität des Faches

Als drittes Beispiel der sicher nicht vollständigen Liste ist die Allotransplantation (CTA) zu nennen. Ohne die Pionierarbeit, die sowohl im Bereich der immunologischen Basisforschung als auch auf dem Gebiet der technischen Machbarkeit durch plastische Chirurgen geleistet wurde, gäbe es weder die Hand- noch die Gesichtstransplantation. Natürlich kann man über die CTA streiten und es gibt sowohl für die Befürwortung als auch für die Ablehnung des Verfahrens reichlich Argumente. Dabei darf nicht übersehen werden, dass in den meisten Zentren, die eine Allotransplantation durchgeführt haben, doch eine gewissenhafte, seriöse Aufklärung des Patienten über die zu erwartenden Risiken stattgefunden hat, die keinesfalls verniedlicht werden dürfen. Dabei ist nach den neuesten Ergebnissen der Collaborative Transplant Study (CTS), die ein weltweites Transplantatregister darstellt, mit allen bisher eingesetzten Immunsuppressionsschemata doch mit einer nicht zu vernachlässigenden Rate an sekundären Malignomen zu rechnen. Dies mag in der Zukunft durch Verbesserung der Medikation deutlich reduzierbar sein, dennoch zeigen jüngste Beispiele in Louisville und Paris, dass ein signifikantes Restrisiko besteht. Betrachtet man indes die hohe Zahl von Amputierten oder durch Verbrennung, Trauma oder Tumor schwer stigmatisierter Gesichtsverletzter und die verhältnismäßig geringe Zahl von Allotransplantationen, so wird deutlich, dass in den meisten Zentren verantwortungsvoll mit diesem Thema umgegangen wird. Auch wenn eine Allotransplantation ohne engste Kooperation mit Disziplinen wie Immunologie, Transplantationsmedizin, Psychologie, Rehabilitationsmedizin nicht möglich wäre, waren es doch wieder plastische Chirurgen, die Vorreiter eines neuen Verfahrens waren.

Wie eng die Verzahnung zwischen Innovationen auf dem Gebiet der Rekonstruktion und der Ästhetik ist, mag das Beispiel der Matrizes zur dermalen Regeneration zeigen. Eigentlich zur Verbesserung der Hautqualität bei großflächigem Verlust aller Hautschichten gedacht, werden diese Substrate heute zunehmend zur Verstärkung der Implantatlager bei Mammaaugmentationen oder zur subkutanen Auffüllung verwendet.

Ungeachtet der Tatsache, dass man sicher über die oben genannten Beispiele diskutieren kann und die kurze Aufzählung auch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, sind sie ein Hinweis dafür, dass trotz aller Versuche uns mit den entlehnten Techniken „zu beerben“, die Innovationskraft der plastischen Chirurgie immer wieder dafür sorgt, dass wir verbesserte Verfahren mit vorher nicht erzielbaren Ergebnissen anbieten und damit die Attraktivität des Faches für Patienten, kooperierende Kollegen und unseren chirurgischen Nachwuchs langfristig sichern.



Prof. Dr. med. Günter Germann
Präsident

Yes we can!

Die Frühjahrsakademie 2009 der VDÄPC in München, die wir in Zusammenarbeit mit der DGÄPC ausgerichtet haben, hat ein sehr positives Echo hervorgerufen. Die Teilnehmerzahl war mit knapp 300 Personen so hoch wie noch nie, und das Programm hat gehalten, was es versprochen hat.

Wie vorher angekündigt, wurde im Rahmen der Frühjahrsakademie eine Mitgliederversammlung der VDÄPC abgehalten. Es wurde über den Wunsch der Muttergesellschaft abgestimmt, sich in die DGPRÄC zu reintegrieren. Mit einstimmiger Mehrheit haben sich die Mitglieder für das Fortbestehen der VDÄPC entschieden. Dieses Ergebnis ermutigt den Vorstand in seinem Engagement die Stärkung der Gesellschaft zu konsolidieren und spiegelt den Erfolg der guten Arbeit der VDÄPC seit ihrer Gründung im Jahre 1993 wider.

DGÄPC und VDÄPC: Ziel ist es, eine einzige starke „deutsche Gesellschaft" zu schaffen

Nach wie vor ist es aus unserer Sicht ungünstig, dass mit DGÄPC und VDÄPC zwei ästhetisch-plastische Gesellschaften in Deutschland existieren, die ihre Mitglieder allein aus plastischen Chirurgen rekrutieren. Bereits seit vielen Jahren gibt es immer wieder Bestrebungen, die beiden Gesellschaften zusammenzuführen, da die Schnittmenge der Gemeinsamkeiten beträchtlich ist. Die Fusionsaktivitäten wurden im Frühjahr 2008 wieder aufgenommen, als sich die Vorstände beider Gesellschaften „informell" austauschten und positive Gesprächsbereitschaft signalisiert wurde. In München wurden nunmehr von beiden Mitgliederversammlungen konkrete Schritte zur Einleitung einer Fusion positiv beschieden. Dazu gehört vor allem die Ausarbeitung einer gemeinsamen Satzung, die den Gegebenheiten beider Gesellschaften Rechnung trägt.



C. Gabka

Wir wollen nunmehr die Gelegenheit nutzen, eine einzige starke „deutsche Gesellschaft" zu schaffen. Dies gilt umso mehr, als die einstigen Beweggründe für eine extra Gruppierung der „Niedergelassenen" nicht mehr greift. Auch die Mitgliederstruktur der VDÄPC ist vornehmlich von niedergelassenen Kollegen geprägt; und die klinisch tätigen Kollegen sind durch mediale Entwicklungen genauso den spezifischen Marktbedingungen unterworfen – in viel höherem Maße, als dies früher der Fall war. Es ist daher an der Zeit, kurzfristige Partikularinteressen dem langfristigen Wohl des Fachgebietes unterzuordnen. Ich bin mir absolut sicher, dass es durch gemeinsame synergetische Aktivitäten möglich sein wird, den Verlust vermeintlich verlorengehender Vorteile mehr als zu kompensieren.

Yes we can!
Ihr



Prof. Dr. med. Christian J. Gabka

DAS BESTE AUS HYALURONSÄURE

Ultimatives Volumen

TEOSYAL Ultimate

3ml Spritze

+

einmaliges Füllvermögen

=

sofort sichtbare und langanhaltende Ergebnisse



- Augmentation des subkutanen oder supraperiostalen Gewebes
- Volumenaufbau eingefallener Gesichtsareale
- Wiederherstellung von Konturen und Gesichtsformen
- Korrektur sehr tiefer Hautfalten

Informationen zu diesem Produkt erhalten Sie über:

TEOXANE Germany

TEL : +49 81 61 14 80 50
FAX : +49 81 61 14 80 515
info@teoxane.de

LABORATORIES
TEOXANE
GENEVA

www.teoxane.com

Plastische
CHIRURGIE

Mitteilungen der
Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen
Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen – VDÄPC

Herausgeber im Auftrag des Geschäftsführenden Präsidiums:
Prof. Dr. med. Günter Germann, Ludwigshafen
Im Auftrag der
Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen
Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen VDÄPC

Erscheinungsweise: 4 Ausgaben (März, Juni, September, Dezember)

Abonnement: Bestellung beim Verlag oder bei jeder Buchhandlung

Bezugspreis: Jahresabonnement € 80,– (inkl. 7% MwSt. zzgl. Porto und Versand). Einzelheft außerhalb des Abonnements € 23,– (inkl. 7% MwSt., zzgl. Versand).
Bei Bestellung im Laufe des Jahres wird der Bezugspreis anteilig berechnet. Der Abonnent kann seine Bestellung innerhalb von 7 Tagen schriftlich beim Verlag widerrufen. Das Abonnement gilt zunächst bis zum Ende des begonnen Jahres. Es verlängert sich um jeweils ein Jahr, wenn die Kündigung nicht bis zum 31.10. schriftlich im Verlag vorliegt. Kann die Zeitschrift aufgrund Streiks oder höherer Gewalt nicht geliefert werden, so besteht kein Anspruch auf Ersatz.

Anzeigenmarketing: Ingo Rosenstock (06221/ 1377620). Zur Zeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 9/2009.
Copyright: Mit der Annahme eines Manuskriptes erwirbt der Verlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist (§ 64 UrhRG) die Verwertungsrechte im Sinne der §§ 15 ff. des Urheberrechtsgesetzes. Übersetzung, Nachdruck, Vervielfältigung auf fotomechanischem oder ähnlichen Wege, Vortrag, Funk- und Fernsehsendung sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen – auch auszugsweise – sind nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages gestattet.
Die Verantwortlichkeit für die Patientenaufnahmen liegt beim jeweiligen Autor.
Verlagsredaktion: Carola Marx (CM)
N. Krämer, Heidelberg

Dr. R. Kaden Verlag GmbH & Co. KG
Ringstraße 19, 69115 Heidelberg
Tel. 06221/1377610, Fax 06221/6599590
Email: info@kaden-verlag.de

Herstellung: Ch. Molter, Kaden Verlag
Druck und Verarbeitung: Neumann Druck, 69126 Heidelberg

Inhalt 2/2009

Editorial

Plastische Chirurgie – „survival of the fittest“ oder Darwin und das Fach der Innovationen
G. Germann 61

Yes we can!
Ch. Gabka 63

Jahrestagung DGPRÄC/VDÄPC

Einladung 70
OP-Kurse 70
Wissenschaftliches Programm 71

Nachrichten

Computerspiel für Verbrennungspatienten 66
Lasergestützte Lipolyse: Neue Features für den Smartlipo MPX 66
Handverjüngung mit Radiesse Dermalfiller 68
Verbrennungen durch Herkulesstaude 69
Lässt sich der Chefarzt vertreten, ist kein Honorar fällig 69
DGPRÄC-Geschäftsstelle mit Hans Strömsdörfer verstärkt 72
Teosyal Ultimate: Volumenaufbau durch Hyaluron 74
Würzburger „Schönheitschirurg“ erneut verurteilt 75
Kombinierte Hand- und Gesichtstransplantation: Patient gestorben 75
Schweiz: fmCh gegen Zulassungsstopp für Spezialärzte 75
Zusätzlicher Schutz vor postoperativen Wundinfektionen 76
Neue Preise bei den Gesellschaftsabonnements 103

Umfrage

Kalkulationskrankenhäuser – Daten akzeptiert? 103
Aktuelle Situation/ Veränderung durch die Honorarreform bzw. Gesundheitsfond: Benennung von regionalen Ansprechpartnern 103

Fortbildung

Chirurgische Therapie der nekrotisierenden Fasziitis
H. Ryssel 79
Problem der Defektdeckung im Bereich der Wange
A. Schwieger, W. Gubisch, H. Fischer 85
Der Einsatz von regenerativen Gewebeersatzmaterialien in der plastischen Chirurgie
M. Spies 91
Endoskopische Behandlung von Speicheldrüsenverletzungen bei Verjüngungsoperationen im Gesicht
R. E. Horch, H. Iro 96
Der Einsatz von Macrolane zur Korrektur von Volumendefekten
B. Restel, J. Restel 100

Rubriken

Personalia 99
Kongresse 72
Impressum 65
Vorstandsgremien 74
Kontaktdaten 75
Wer bietet Was? 104

Titelbild: Auf der Titelseite der Plastischen Chirurgie erscheinen für jeweils einen Jahrgang – die Kongressausgabe ausgenommen – die Arbeiten eines bildenden Künstlers. Zur Zeit erscheinen Arbeiten des Bildhauers und Malers Karlheinz Oswald (Mainz). Hier eine Portraitskulptur des Mannheimer Kunstmäzens Heinrich Vetter. Ein Beitrag über den Künstler ist auf Seite 192 in der Plastischen Chirurgie 4/2008 erschienen. Oswald wird u.a. durch die Galerie Zulauf in 67251 Freinsheim vertreten.

Lasergestützte Lipolyse: Neue Features für den Smartlipo MPX



Der Smartlipo MPX™ ist eine LaserBodySculpting Workstation, die sich durch eine weniger invasive Technik im Vergleich mit herkömmlichen Liposuktions-Methoden auszeichnet. Das lasergestützte Lipolyse-System schmilzt Fettzellen und lässt zusätzlich das Gewebe koagulieren. Im Nebeneffekt wird so außerdem die Haut gestrafft. Ermöglicht wird dies durch den Einsatz von zwei sequenziell gepulsten Nd:YAG-Wellenlängen, 1064 nm und 1320 nm (MultiPlex). Der Wunsch, optimale Ergebnisse bei gleichzeitig größtmöglicher Sicherheit für den Patienten zu erreichen, treibt die Entwicklung weiterer Komponenten des Systems stetig voran. Nun präsentiert Cynosure neue Features für den Smartlipo MPX: Das bereits bestehende intelligente Handstück SmartSense wurde um den ThermaGuide ergänzt. Durch einen in die Kanüle integrierten Temperatursensor wird während des gesamten Eingriffes kontinuierlich die Temperatur direkt im behandelten Gewebe gemessen. Die zur Hautstraffung benötigte Energie wird damit sicher erreicht und durch voreinstellbare Temperaturobergrenzen nicht überschritten. ThermaGuide bietet so eine präzise und zuverlässige Überwachung der Temperatur und schließt das Risiko thermaler Schädigungen im Gewebe aus. Die Behandlung ist für den Patienten weniger traumatisch, durch die Fotokoagulation der Blutgefäße wird die Bildung von Hämatomen reduziert. Das Behandlungsverfahren mit dem Smartlipo MPX ist geeignet für die Formung aller Körperregionen, besonders kleinerer Areale wie Arme, Knie und Hals. ■

Cynosure GmbH
Robert-Bosch-Straße 11a, 63225 Langen
Tel. 06103/2011100
www.cynosure.de

Computerspiel für Verbrennungspatienten

Eine neue Beschäftigungstherapie aus Tel Aviv verspricht schnellere Heilung für Verbrennungsopfer – insbesondere soll die Therapie Depressionen vorbeugen und den Betroffenen helfen, sich möglichst frühzeitig mit den bleibenden Narben und ihrem veränderten Aussehen zu akzeptieren. Dazu müssen die Verbrennungspatienten nichts weiter tun, als Computer zu spielen – und zwar mithilfe des „Sony Playstation EyeToy“. Der plastische Chirurg Dr. Joseph Haik hat seine konsolenunterstützte Methode bereits 2006 an der Universität Tel Aviv getestet und in der von ihm geleiteten Verbrennungsabteilung des Krankenhauses Tel HaSchomer eingeführt.



Der Patient sieht sich selbst während des Spiels zu

Der „EyeToy“ besteht aus einer Webcam, die die Bewegungen des Spielers registriert und auf einen Bildschirm überträgt. Der Benutzer sieht sich also selbst während des Spiels zu. Das nutzt Haik, um die realistische Selbstwahrnehmung seiner Patienten zu unterstützen. „Bei unserer Methode schauen die Patienten in den ‚EyeToy‘ und sehen ihr auf den Bildschirm projiziertes Bild. Das Spiel […] hilft ihnen anzunehmen, wie sie mit den Verbrennungen aussehen. Das kann dabei helfen, Depressionen zu bekämpfen, das Selbstbild zu verbessern und es ermutigt Patienten weiterzumachen, wenn andere Beschäftigungstherapien fehlschlagen“, erklärt der plastische Chirurg. Besonders die Selbstwahrnehmung sei wichtig, um eine schnelle Heilung herbeizuführen. Depressionen und andere psychische Beeinträchtigungen könnten eine Heilung schwieriger und schmerzhafter machen, als sie eigentlich wäre. Zudem würden die Patienten durch die Beschäftigung mit dem Spiel von ihren teilweise furchtbaren Schmerzen abgelenkt. Derzeit stellt Haik seine Therapie Organisationen für Verbrennungsopfer auf der ganzen Welt vor. ■ CM

Advancing Smooth Surgery

Harmonic SYNERGY™

Harmonic SYNERGY ™

DIE INNOVATION FÜR DIE PLASTISCHE CHIRURGIE

- ✓ Geringere Sekretion
- ✓ Weniger Blutungen und Schwellungen
- ✓ Präzises Präparieren
- ✓ Schneiden und Koagulieren in einem Schritt





TRANSFORMING PATIENT CARE THROUGH INNOVATION ™

ETHICON ENDO-SURGERY
a Johnson & Johnson company

Handverjüngung mit Radiesse Dermalfiller

Eine zwischen September 2008 und Februar 2009 durchgeführte Anwendungsbeobachtung zur Handverjüngung mit dem Dermalfiller Radiesse™ hat ergeben, dass der überwiegende Teil der befragten Patienten und Ärzte mit den Ergebnissen zufrieden bis sehr zufrieden sind und eine sehr starke bis starke Verbesserung erkennen.

Die beteiligten Mediziner sollten jeweils beide Hände behandeln und ein möglichst optimales Ergebnis erzielen – Injektionsmenge und Injektionstechnik wurden dem Arzt überlassen.

Nach jedem Arztbesuch (Woche 0, 2 und 12) wurde die Zufriedenheit des Arztes und des Patienten erhoben. Zusätzlich wurde eine GAIS-Bewertung (Global Aesthetic Improvement Scale) abgegeben. Insgesamt nahmen 62 Patienten bei 23 Ärzten in sechs europäischen Ländern teil. Wie erwartet war die durchschnittlich injizierte Menge mit zirka 1,5 ml pro Hand identisch. Insgesamt bewerteten 90 Prozent der Ärzte die Behandlung in Woche 0 mit „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“, in Woche 12 stieg dieser Wert auf 93 Prozent an. 93 Prozent (Wo. 0) bzw. 86 Prozent (Wo.12) aller Patienten äußerten sich ebenfalls zufrieden oder sehr zufrieden.

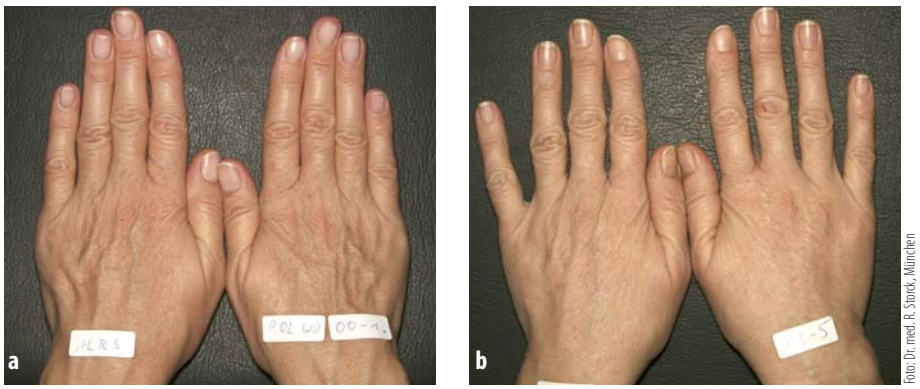


Foto: Dr. med. R. Storck, München

a) vor der Behandlung, b) nach der Behandlung (12 Wochen)

Die GAIS-Bewertungen wurden nur in den Wochen 2 und 12 vorgenommen. In Woche 2 beschrieben 98 Prozent der Ärzte die erzielten Resultate als „sehr stark verbessert“ oder „verbessert“; auch in Woche 12 konnte diese hohe Bewertung aufrechterhalten werden. Die Verträglichkeit der Behandlung war im Allgemeinen gut, es sind keine schwerwiegenden Nebenwirkungen aufgetreten. Die meisten der berichteten Nebenwirkungen wie Ödeme, Schmerzen, Hautrötungen und Empfindlichkeit an den Einstichstellen können bei Filler-Injektionen auftreten. In drei Fällen wurde außerdem über ein verspätetes Ödem berichtet, das sieben bis 14 Tage nach der Injektion auftrat, jedoch spontan wieder abklang. ■

BioForm Medical Europe B.V.
P.O. Box 4070
4900 CB Oosterhout, The Netherlands
Tel.: +31 (0)162 474 800
Fax: +31 (0)162 474 810
www.bioformmedical.com
www.radiesse.com

Kleinanzeigen

Moderne OP-Räume
in 4 Sternehotel integriert im Raum Fulda (Kurort)
für plastisch/ästhetischen ChirurgIn
(Privatkundenstamm vorhanden)
zu vermieten.

Auskünfte: K. Schneider
Ahornstraße 7, 36364 Bad Salzschlirf
Tel. 06648/55-8143, eMail: schneider@aqualux.de

Wir vertuschen professionell
Ausgebildete erfahrene, selbstständige Maskenbilderin (z. B. Staatstheater Darmstadt) bietet Hilfe zur Abdeckung mit Camouflage:

- Spezial Make-up zur Abdeckung farblicher Hautanomalien, bei Verbrennungen, Narben und Tattoos.
- Diskret, kurzfristig verfügbar
- Weitere Dienstleistungen auf Anfrage
- Wir informieren Sie gerne

Monika Geffert
Hirschstr. 21 - 64653 Lorsch - Tel. 06251/53403

Verbrennungen durch Herkulesstaude

Agrarwissenschaftler weisen darauf hin, dass die Herkulesstaude (Heracleum mantegazzianum, auch Riesen-Bärenklau genannt) – eine aus dem Kaukasus eingeschleppte Pflanze – gefährliche Verbrennungen hervorrufen kann. Die Pflanze sondert ein Sekret ab, das, wenn es auf die Haut gelangt, bei Sonneneinstrahlung Verbrennungsreaktionen hervorruft. Die ätherischen Öle reagieren, es bildet sich das Gift Furocumarin, das schmerzhafte Rötungen und Blasen verursacht. Vor allem Kinder sind durch den Doldenblüter gefährdet, da sie eine empfindlichere Haut als Erwachsene haben. Auch Fieber, Schweißausbrüche und Kreislaufschocks können die Folge des Umgangs mit der Pflanze sein. Der imposante, bis zu vier Meter hohe Doldenblüter wurde als Zierpflanze eingebürgert. Der russische Zar Alexander I. soll nach dem Wiener Kongress 1815 dem Fürsten Metternich eine riesige Malachitvase voll Samen des Riesen-Bärenklaus geschenkt haben. Im restlichen Europa kam der Bärenklau ab 1890 in Mode, zuerst in Parks des englischen Königshofs. Zur Ausbreitung hat wesentlich beigetragen, dass der Pflanze ein wirtschaftlicher Nutzen als Bienenweide und Wildschutz unterstellt wurde. Aufgrund ihrer außerordentlichen Fruchtbarkeit verdrängte sie bald heimische Arten. ■





©Wolf Herold, Wilhelmshaven

Verbrennungen 1. und 2. Grades bei einem 4-jährigen Mädchen.

Weitere Informationen unter:
http://www.herkulesstaudenbekaempfung.de

Lässt sich der Chefarzt vertreten, ist kein Honorar fällig

Vereinbaren Patient und Chefarzt ausdrücklich, dass der Arzt die Operation – im vorliegenden Fall eine kosmetische Operation – durchführen soll, wird kein Honorar fällig, wenn entgegen der Abmachung ein Kollege operiert. Der Patient muss auch den anderen Arzt nicht bezahlen. In dem kürzlich vom Oberlandesgericht Koblenz (OLG) entschiedenen Fall erhielt eine Patientin ihr Honorar in Höhe von über 7 700 Euro zurück, wie die Medizinrechtsanwälte des Deutschen Anwaltvereins mitteilten (AZ: 5 U 1309/07).

Die Patientin muss die OP nicht bezahlen, da diese gegen ihren Willen von einem anderen Arzt durchgeführt wurde

Die Klägerin unterzog sich in der Klinik des Beklagten – der dort auch als Chefarzt tätig war – einem kosmetischen Eingriff. Vereinbart war, dass der Chefarzt die Operation durchführen sollte. Er überließ dies allerdings einem Kollegen. Daraufhin verlangte die Patientin das Honorar zurück. Der Chefarzt lehnte dies unter anderem mit der Begründung ab, der Kollege sei „für Fettabsaugen zuständig". Das Landgericht gab der Frau in erster Instanz zwar Recht, war jedoch der Meinung, dass sie kein Geld verlangen könne, da die Operation gleichwohl erfolgreich durchgeführt worden sei.

Vor dem OLG bekam die Frau nun nicht nur Recht, sondern auch Geld. Bei medizinisch gebotenen Eingriffen sei die ärztliche Pflicht nicht an Personen gebunden. Hier habe es sich aber um eine kosmetische Operation gehandelt, bei der vereinbart war, dass der Chefarzt operiere. Die Klinik weise auf die Möglichkeit der Arztwahl in ihrer Werbung ausdrücklich hin. Wenn der Chefarzt einen Kollegen mit dem Eingriff betraue, müsse er vorher darüber informieren. Die Patientin müsse die Operation nicht bezahlen, da diese gegen ihren Willen von einem anderen Arzt durchgeführt wurde. Von dem Honorar seien allerdings die Kosten für die Anästhesistin abzuziehen. ■ CM

Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Plastische-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie

40. Jahrestagung der DGPRÄC
Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V.

14. Jahrestagung der VDÄPC
Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen e.V.



Lebensqualität
durch Plastische Chirurgie

Einladung zur Jahrestagung

10. bis 12. September 2009

HCC – Hannover Congress Centrum, Tagungspräsident: Prof. Dr. med. Peter M. Vogt

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

„Lebensqualität durch Plastische Chirurgie" wird das Motto der 40. Jahrestagung der DGPRÄC und 14. Jahrestagung der VDÄPC vom 10.–12. September 2009 in Hannover sein.

Sehr herzlich lade ich sie bereits heute zu dieser Veranstaltung in unsere Landeshauptstadt und weltweit bedeutende Messestadt, am Schnittpunkt wichtiger nationaler und europäischer Verkehrswege, ein.

An zwei Kongresstagen möchten wir die Fortschritte unseres Fachgebietes mit seinen 4 Säulen und der immer wichtiger werden „5. Säule" Forschung/Life Sciences intensiv reflektieren und im Kontext mit den stetig wachsenden Herausforderungen – medizinisch, wie ökonomisch – beleuchten. Neben den Schwerpunktthemen sollen aber vor allem Panels mit intensiver Diskussion namhafter Kolleginnen und Kollegen dazu beitragen, das Potential zur Schärfung des Identitätsprofils der Plastischen Chirurgie und deren Weiterentwicklung – klinisch, wissenschaftlich und gesellschaftlich – aufzuzeigen.
Neben dem wissenschaftlichen Tagungsprogramm und Operationskursen mit namhaften Operateuren werden aber auch die sozialen Aspekte nicht zu kurz kommen. Hannover stellt durch seine exzellente Verkehrsanbindung, namhafte Museen und kulturelle Veranstaltungen, Europas größten zusammenhängenden Stadtwald, und sein landschaftlich reizvolles Umland einen idealen Tagungsort für persönliche Begegnungen und fachlichen Austausch dar. Seien Sie also herzlich willkommen in Hannover vom 10. bis 12. September 2009.

Mit den besten kollegialen Grüßen
Ihr
Prof. Dr. med. Peter M. Vogt

Plastisch-Ästhetisch-Chirurgischer Kurs

9. und 10. September 2009 (für Mitglieder der DGPRÄC/VDÄPC im Rahmen der Jahrestagungen)

OP-Kurse in der Medizinischen Hochschule Hannover **Hörsaal H**

Mittwoch, 9.9.2009

8:30 Uhr Mammachirurgie – Biologische Matrix in der Implantatchirurgie
Operateur: Dr. med. Karl H. Breuing, Boston (USA)

Motorische Ersatzoperationen I
Operateur: Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Steinau, Bochum

Motorische Ersatzoperationen II
Operateur: Prof. Dr. med. Jan Fridén, Göteborg (Schweden)

Moderation: Prof. Dr. med. Günter Germann, Ludwigshafen, Priv.-Doz. Dr. med. Christoph Andree, Düsseldorf

ab 15:00 Uhr Präparationsübungen motorische Ersatzoperationen für angemeldete Teilnehmer im Institut für Anatomie der MHH

20:00 Uhr Abendessen der Teilnehmer und Operateure

Donnerstag, 10.9.2009

8:30 Uhr Mammachirurgie – Brustfehlbildung
Operateur: Prof. Dr. med. Dennis von Heimburg, Frankfurt/M.

Handfehlbildungen
Operateur: Dr. med. Vincent R. Hentz, Stanford (USA)

Moderation: Prof. Dr. med. Axel-Mario Feller, München, Priv.-Doz. Dr. med. Max Haerle, Markgröningen

~ 16:30 Uhr Ende des Operationskurses

Live-Operationen und Paneldiskussionen mit den Operateuren
Die Teilnehmerzahl ist limitiert, rechtzeitige Anmeldung wird empfohlen!

www.dgpraec2009.de

Donnerstag, 10.9.2009 Hannover Congress Centrum HCC – Kongressort

17:00 Uhr	Vorstandsitzung DGPRÄC und Sitzung der assoziierten Mitglieder
19:00 Uhr	Feierliche Eröffnung der Jahrestagungen im Blauen Salon des HCC
im Anschluss	Get Together in der Fachausstellung in der Niedersachsenhalle

Wissenschaftliches Programm am 11. September 2009 im Hannover Congress Centrum

Zeit	Roter Saal	Kuppelsaal	Blauer Saal	Bonatz Saal
8:00	Verbrennung	Carpus-Chirurgie	Abstract revisited / Kontroversen	Perforatorlappen
9:30	Pause und Besuch der Fachausstellung			
10:00		Dieffenbach-Vorlesung		
10:45	kurze Pause 10 Minuten zum Saalwechsel			
11:00	**Panel: Lebensqualität** Moderation: Ulrike Heckmann (NDR info Hamburg) Das Panel findet in der Niedersachsenhalle innerhalb der Fachausstellung statt!			Mitgliederversammlung VDÄPC im Runden Saal 11–13 Uhr
12:30	Mittagspause und Besuch der Fachausstellung / Besuch der Lunchsymposien 13:00–14:00 Uhr			
13:00	Merz Pharmaceuticals GmbH		Q-Med GmbH	KCI Medizinprodukte
14:10	Handchirurgie aktuell	Periphere Nervenchirurgie	Experimentell	
16:00		Mitgliederversammlung DGPRÄC bis 19.00 Uhr	Panel für assoziierte Mitglieder: Ask the Teacher bis 18.00 Uhr	

Wissenschaftliches Programm am 12. September 2009 im Hannover Congress Centrum

Zeit	Roter Saal	Kuppelsaal	Blauer Saal	Bonatz Saal
8:00	Alterschirurgie	Mission impossible	Ästhetische Handchirurgie / Endoprothetik	8:45–9:30 ISAPS-Sitzung
9:30	Pause und Besuch der Fachausstellung			
10:00		Festvortrag Dr. Manfred Lütz		
11:00	10 Minuten kurze Pause zum Wechsel in die Niedersachsenhalle / Fachausstellung			
11:10	**Panel: Future Perspectives in der Niedersachsenhalle** Moderation: Prof. Dr. Peter M. Vogt			
12:40	Pause und Besuch der Fachausstellung dann Wechsel in die Lunchsymposien			
13:00	Mentor Deutschland GmbH		Q-Med GmbH	Cynosure GmbH
14:00	Pause und Besuch der Fachausstellung			
14:30	Mammachirurgie Teil I	Ästhetische Chirurgie	Ökonomische Aspekte	Stammzellen
16:00	Pause und Besuch der Fachausstellung			
16:30	Mammachirurgie und Fettgewebe Teil II	Life Science	Lebensqualität	Mit den Dogmen brechen
18:00		Preisverleihung		

Rahmenprogramm

10.9.2009 19:00 Uhr Feierliche Eröffnung im Blauen Saal des Hannover Congress Centrum
Verleihung Dieffenbach Medaille an Prof. Peter R. Zellner (posthum). Laudatio: Prof. Dr. med. Fritz E. Müller
Verleihung der Höhler Nadel – Preis der VDÄPC
im Anschluss Get Together in der Fachausstellung in der Niedersachsenhalle – HCC

11.9.2009 20:00 Uhr Gesellschaftsabend
Einladung zu einem unvergesslichen Abend im Prunksaal des Maharadscha im Erlebnis-Zoo Hannover.

12.9.2009 20:00 Uhr Roter Salon meets Plastic Surgery
Große Kongress-Abschluss-Party am Samstag im VIP-Bereich der Veranstaltung Roter Salon mit bis zu 2000 Gästen im Beethovensaal des HCC

Veranstaltungsort HCC Hannover, Theodor-Heuss-Platz 1–3, 30175 Hannover

Veranstaltungsort der OP-Kurse Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

Anmeldung, Organisation, Teilnahmeregistrierung, Fachausstellung, Referentenbetreuung, OP-Kurs
Service Company Rother, Vallstedter Weg 114A, 38268 Lengede, Telefon +49 5344 915948, Telefax +49 5344 915949, uterother@t-online.de

Internet/Anmeldung und Hotelreservierung online **www.dgpraec2009.de**

DGPRÄC-Geschäftsstelle mit Hans Strömsdörfer verstärkt

Seit 1. Juni 2009 unterstützt Hans Strömsdörfer das Team der Geschäftsstelle im Berliner Langenbeck-Virchow-Haus halbtags bei Patienten- und Mitgliederanfragen sowie in der Pressearbeit. „In den letzten drei Jahren haben die Aufgaben der Geschäftsstelle, aber auch die Presseanfragen deutlich zugenommen, mit der neuen Homepage wird ein erhebliches Maß an redaktionellen Aufgaben hinzu kommen, Entlastung war hier dringend notwendig“, konstatiert Kerstin van Ark.



Nach dem Volontariat bei einer norddeutschen Tageszeitung studierte der 27jährige Redakteur Anglistik und Geschichte in Potsdam. Während des Studiums arbeitete er regelmäßig bei einem gesundheitspolitischen Pressebüro und recherchierte medizinische Fachthemen für eine Unternehmensberatung. Seine neue Aufgabe begeistert den Wahlberliner: „Die plastische und ästhetische Chirurgie ist ein sehr abwechslungsreiches Themengebiet. Der medizinische Fortschritt wird so rasch umgesetzt wie bei kaum einer anderen Fachrichtung, das öffentliche Interesse ist hoch.“ Vor allem durch die redaktionelle Mitarbeit an der neuen DGPRÄC-Website möchte Hans Strömsdörfer diesem Interesse gerecht werden. Seit fast 13 Jahren pflegt er seine eigene Website, die neue DGPRÄC-Homepage aber ist eine größere Herausforderung: „Fachleute und interessierte Laien werden exakt die Informationen finden, die sie suchen. Die Seite wird interaktiver und aktueller sein.“

KvA

Kongressse

20.–23. August 2009 Hamburg
European Plastic Surgery Research Council: 1st EPSRC Meeting
Leitung: Prof. Dr. Lars Steinsträßer, Bochum
Anfragen: Isabelle Lärz, Conventus GmbH, Markt 8, 07743 Jena, Tel. 03641/35332702, Fax: 353321
eMail: epsrc2009@conventus.de
eMail: info@epsrc.eu, www.epsrc.eu

20.–26.9.2009 Rhodos, Griechenland
The European Section of IPRAS – 11th ESPRAS Congress
Anfragen: secretary@espras2009.gr
www.espras2009.gr

26.9.2009 Bad Soden, Konferenzzentrum der Kliniken des Main-Taunus-Kreises
2. Bad Sodener Symposium für Plastische Chirurgie und Handchirurgie: Aktuelle Trends in der rekonstruktiven Chirurgie des Handgelenks: Sind alle Innovationen für den Patienten wirklich von Vorteil? Unter dem Patronat der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH), der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) sowie der Sektion Handchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
Themen: Handgelenkarthroskopie, skapholunäres Band, Skaphoid / Bewegungserhaltende und versteifende Eingriffe bei Radiokarpalarthrose / Distaler Radius, distales Radioulnargelenk
Leitung/Anfragen: Prof. Dr. M. Sauerbier, Klinik für Plastische, Hand- und Rekonstruktive Chirurgie, Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Lindenstr. 10, 65719 Hofheim am Taunus
Tel. 06192/98-4601, Fax 984602

19.–21.11.2009 Schloßhotel Pommersfelden
31. Jahrestagung der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Mikrochirurgie (DAM)
Leitung: Prof. Dr. R.E. Horch, Erlangen. Kongress-Sekretär: Dr. A. Arkudas, Erlangen
Themen (vorläufig): Gestielte und freie Perforatorlappen / Mikrochirurgische Brustrekonstruktion / Vaskularisierter Knochentransfer / Experimentelle Mikrochirurgie / Chirurgie des peripheren Nervensystems / Interdisziplinäre Rekonstruktion der kritisch durchbluteten unteren Extremität / Interdisziplinäre Fallvorstellung / Replantation – Revaskularisation / Varia. Workshops: Der Begriff der Ästhetik in der rekonstruktiven Chirurgie / Mikrochirurgische Ausbildung / Perioperatives Gerinnungsmanagement
Anfragen: Irma Goldberg, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, Universitätsklinikum, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen
Tel. 09131/853-3277, Fax 8539327
eMail: info@dam2009.de, www.dam2009.de

29.11.–3.12.2009 Neu Delhi, Indien
15th IPRAS World Congress
Anfragen: desk@ipras2009.org
www.ipras2009.org

13.–16.1.2010, Schladming, Österreich
28. Jahrestagung der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Verbrennungsbehandlung DAV)
Leitung: Priv.-Doz. Dr. Michael Steen, Halle/Saale
Anfragen: Service Company Rother, Vallstedter Weg 114A, 38268 Lengede
Tel. 05344/915948, Fax 915949
eMail: uterother@t-online.de
Programm/Online-Registrierung unter:
www.service-company-rother.de
www.dav2010.de

OP-Kurstermine

12.–13.11.2009 Stuttgart, Marienhospital
„Funktionell-Ästhetische Nasenchirurgie“
Stuttgarter OP-Kurs für Plastisch-Chirurgische Fachärzte
1. Kurstag: Nachbehandlungen in der Frühambulanz • OP-Programm • Funktionsdiagnostik ausgewählter Patienten des 2. OP-Tages • Theorie • Patientenplanung
2. Kurstag: Nachbehandlungen in der Frühambulanz • OP-Programm
Es wird eine Kursgebühr erhoben!

Anfragen/Anmeldung:
Chefsekretariat Prof. Dr. W. Gubisch, Frau Helga Kurz
Marienhospital, Klinik für Plastische Gesichtschirurgie, Böheimstraße 37, 70199 Stuttgart
Tel. 0711/6489-8241, Fax 64898242
e-mail: plg@vinzenz.de, www.professor-gubisch.de



AESTHETIC MEDICINE Awards 2009
WINNER
INJECTABLE PRODUCT OF THE YEAR

Radiesse™

just beautiful

Langanhaltender Injizierbarer Filler Für Gesicht und Hände

BIOFORM MEDICAL

FÜR EIN **NATÜRLICHES** **JUGENDLICHES** AUSSEHEN

Vorteile von Radiesse™ dermal filler:

- **100% biokompatibel; 100% biologisch abbaubar**
- **Ergibt sofortige Resultate**, erfordert eine **geringe oder keine Erholungszeit**
- Regt die eigene **Kollagen**produktion an; Resultate sind dauerhafter
- Ist **effektiv** und hat ein gutes Sicherheitsprofil
- Hat von Anwendern einen **hohen Zufriedenheitswert** erhalten



Quelle: S.Bentkover, MD, Worcester, ME.
Individuelle Resultaten können varieren.



Quelle: Mike Jasin, MD, Tampa, FL.

Bitte kontaktieren Sie uns für weitere Informationen:

BioForm Medical Europe B.V.
Postfach 4070 | 4900 CB Oosterhout | Niederlande
Everdenberg 11 | 4902 TT Oosterhout | Niederlande
E-Mail: infoeu@bioformmedical.com

Telefon: Intl: +31 (0)162 474 800
Fax: Intl: +31 (0)162 474 810
Webseite: www.bioformmedical.com | www.radiesse.com

DCN-EU-0177

Teosyal Ultimate: Volumenaufbau durch Hyaluron – erstmals und exklusiv in der 3-ml-Spritze

Teosyal Ultimate ist der neue injizierbare Hyaluronsäure-Filler der Firma Laboratories Teoxane und ideal, um mangelnder Hautelastizität und dem Verlust des Fettgewebes im Gesichts entgegenzuwirken. Das viskoelastische Gel besteht aus retikulierter steriler, apyrogener, transparenter Hyaluronsäure nicht animalischen Ursprungs. Es wurde speziell entwickelt, um das Gesicht durch Augmentation des subkutanen Gewebes zu harmonisieren, Konturen wiederherzustellen, den Wangenknochenbereich, die Wangen und das Kinn aufzupolstern sowie sehr tiefe Hautfalten zu korrigieren. Die rheologischen Eigenschaften und das starke Füllvermögen garantieren ein sofort sichtbares, natürlich wirkendes Ergebnis und eine perfekte Neumodellierung des Gesichts. Die – supraperiostale – Injektion eines großen Volumens wird zu einer einfachen Angelegenheit und ermöglicht so dem Arzt einen wertvollen Zeitgewinn.



Das exzellente Füllvermögen ermöglicht in nur wenigen Minuten ein außergewöhnliches Ergebnis

Die Injektionstiefe von Teosyal Ultimate richtet sich nach dem zu behandelten Bereich, wobei die Injektion in das subkutane Fettgewebe bis hin zu einer supraperiostalen Applikation erfolgen kann. Durch das von Teosyal Ultimate geschaffene Volumen werden der Substanzdefekt aufgefüllt und die Gesichtskonturen wieder hergestellt. Teosyal Ultimate ist biologisch abbaubar und wird mit der Zeit resorbiert. Das exzellente Füllvermögen von Teosyal Ultimate ermöglicht in nur wenigen Minuten ein außergewöhnliches Ergebnis, indem ein stützendes Polster gebildet und die Spannung der Gesichtshaut erhöht wird. Ein bis zwei Behandlungen genügen für eine optimale Korrektur über einen Zeitraum von durchschnittlich bis zu 18 Monaten. Jede Blisterpackung enthält eine mit Teosyal Ultimate vorgefüllte 3 ml-Spritze und zwei sterile 21 G 1½ Nadeln. Ultimate kann in Kombination mit den anderen Produkten der Teosyal-Reihe verwendet werden.

Die Firma Teoxane bietet deutschlandweit praktisch orientierte Workshops mit Hands-on-Charakter an. Informationen über die Termine und Veranstaltungsorte erhalten Sie bei Frau Dani Kozic unter der Nummer 08161/14805-17. ■

Teoxane Deutschland GmbH
Am Lohmühlbach 17
85356 Freising
Tel. 08161/14805-0
Fax 08161/14805-15
eMail: info@teoxane.de
www.teoxane.de

Geschäftsführende Vorstandsgremien

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen

Präsident	Prof. Dr. med. Günter Germann, Ludwigshafen
Vizepräsidenten	Prof. Dr. Dr. med. Prof. h.c. (RC) Norbert Pallua, Aachen
	Prof. Dr. med. Peter Mailänder, Lübeck
	Prof. Dr. med. Peter M. Vogt, Hannover
	Prof. Dr. med. Christian J. Gabka, München
Vertreterin Niedergelassene Mitglieder	Dr. med. Eva-Maria Baur, Murnau
Vertreter Assoziierte Mitglieder	Dr. med. Adrien Daigeler, Bochum
Sekretär	Prof. Dr. med. Hans-Eberhard Schaller, Tübingen
Schatzmeister	Dr. med. Hermann Lampe, Frankfurt/Main

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen

Präsident	Prof. Dr. med. Christian J. Gabka, München
Vizepräsident	Prof. Dr. med. Wolfgang Gubisch, Stuttgart
Sekretär	Doc. Dr. Dr. med. Johannes C. Bruck, Berlin
Schatzmeister	Dr. med. Goswin von Mallinckrodt, München

Geschäftsstelle der DGPRÄC und der VDÄPC

Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58–59, 10117 Berlin
Telefon (030) 28004450, Telefax (030) 28004459
eMail: info@dgpraec.de

Würzburger „Schönheitschirurg“ erneut verurteilt

Weil er einer schwer übergewichtigen und an Diabetes erkrankten 70jährigen vor mittlerweile sechs Jahren in einer ambulanten Operation rund 18 Kilo Fettgewebe entfernt hatte und die Frau danach wegen Komplikationen über zwei Monate im Krankenhaus verbringen musste, wurde der Würzburger „Schönheitschirurg“ Max F. nun auch in der Berufungsinstanz der vorsätzlichen Körperverletzung und des Betruges für schuldig befunden und zu einer hohen Geldstrafe verurteilt. Da der 75jährige Gynäkologe – der als reisender „Schönheitschirurg“ jahrelang in diversen deutschen Städten Behandlungen unterschiedlichster Art anbot und neue Kunden angeblich gern auf Weinfesten rekrutierte – im Verlauf des Prozesses versuchte unterzutauchen, sitzt er derzeit noch immer in Untersuchungshaft. Erst Ende April 2009 wurde er zudem in Düsseldorf wegen Steuerhinterziehung verurteilt. Weitere Ermittlungen wegen schwerer Kunstfehler des umtriebigen Arztes laufen derzeit in Heilbronn und Würzburg; zudem soll er die Würzburger Justiz während seines Prozesses bei den Übernachtungskosten betrogen haben.

Vor Gericht zeigte sich der Mediziner komplett uneinsichtig und fern jeder realistischen Selbsteinschätzung

Vor Gericht zeigte sich der Mediziner trotz eindeutiger Gutachter- und Zeugenaussagen komplett uneinsichtig und fern jeder realistischen Selbsteinschätzung: So pöbelte er gegen die Richter, „belehrte Gutachter wie Schulbuben“ und behauptete gar, nach seiner Verhaftung von Justizbeamten auf der Toilette geschlagen worden zu sein. Nun droht eine weitere Anklage wegen falscher Verdächtigungen. Auch sein Fluchtversuch im März dieses Jahres könnte noch ein juristisches Nachspiel haben. Max F. war nicht zum Verhandlungstermin erschienen, mit der Begründung, er liege „mit Verdacht auf einen Herzinfarkt“ in einer Würzburger Klinik. Als ein Amtsarzt dies bestätigen sollte, fand er den angeblich Schwerkranken nicht mehr vor; kurze Zeit später nahm man den Flüchtigen bei einer Freundin in Köln fest. Die Kosten für den Klinikaufenthalt und eine weitere Notfalleinweisung im Jahr 2005, hat der Mediziner – der ohne Krankenversicherung ist – bis heute nicht beglichen. ■ CM

Kontaktdaten **DGPRÄC**

Langenbeck-Virchow-Haus • Luisenstraße 58-59, 10117 Berlin
Telefon 030/28 00 44 50 • Telefax 030/28 00 44 59 • eMail: info@dgpraec.de • www.dgpraec.de

Dr. jur. Ulrich Baur • Steinstraße 11 • 40212 Düsseldorf
Telefon 0211/3 23 00 90 • Telefax 0211/3 23 00 80 • eMail: info@ra-baur.de • www.ra-baur.de

Baumhauer & Frenzel GmbH • Herlingsburg 16 • 22529 Hamburg
Telefon 040/254 20 39040 • Telefax 040/254 29 19 • eMail: info@b-u-f.de • www.b-u-f.de

Kombinierte Hand- und Gesichtstransplantation: Patient gestorben

Rund zwei Monate nach der weltweit ersten kombinierten Transplantation der Hände und des Gesichts, ist der Empfänger – ein 30jähriger Franzose, der bei einem Unfall schwerste Verbrennungen erlitten hatte – bei einem neuerlichen Eingriff gestorben. Wie der Leiter des Transplantationsteams, Laurent Lantiéri, mitteilte, hat sich das transplantierte Gesicht einige Wochen nach der Verpflanzung infiziert, so dass der Patient erneut operiert werden musste. Bei diesem Eingriff erlitt der Mann einen Herzinfarkt. Es habe sich jedoch nicht um eine Abstoßungsreaktion gehandelt, sagte Lantiéri. Die Ursache des Herzstillstandes sei bislang unklar, man warte nun auf die Ergebnisse der Obduktion. ■

Schweiz: fmCh gegen Zulassungsstopp für Spezialärzte

Mit der Verlängerung des Zulassungsstopps um weitere zwei Jahre und der Einschränkung auf Spezialärzte habe das Parlament eine Verlegenheitslösung getroffen, die niemandem nütze, so der fmCh. Die Nachwuchsprobleme bei den Hausärzten werden weiter bestehen, und an den Spezialärzten wird nach Ansicht der fmCh ein sinnloses Exempel statuiert, das der Qualität der ärztlichen Versorgung in der Schweiz langfristig schadet. Der Dachverband der chirurgisch und invasiv tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz will daher in den nächsten beiden Jahren für eine Ablösung des untauglichen Zulassungsstopps durch eine sinnvolle Nachfolgeregelung einsetzen. ■ www.fmch.ch

Zusätzlicher Schutz vor postoperativen Wundinfektionen
Antibakterielles *Plus*-Nahtmaterial: Dieser Faden kann Selbstverteidigung

Bloß keine Komplikationen. Das ist der Wunsch aller Patienten, denen ein Krankenhausaufenthalt bevorsteht. Leider geht dieser Wunsch nicht immer in Erfüllung. Trotz der Fortschritte in der Chirurgie und in der Hygiene ist die postoperative Wundinfektion (SSI = Surgical Site Infections) nach wie vor die häufigste Komplikation in der operativen Medizin. In Deutschland erleiden mindestens 128 000 Patienten jährlich eine derartige Infektion, also etwa jeder 30. bis 50. Patient. Aufgrund der drastischen Zunahme Antibiotika-resistenter Bakterien werden die Krankheitsverläufe deutlich schwerer und teurer.



E.-coli-kolonisierte Petrischale mit sichtbarer Hemmzone um den antibakteriellen Monocryl *Plus* Faden

Durch Fall-Kontroll-Studien konnte gezeigt werden, dass Patienten mit SSI ein zweifach höheres Letalitätsrisiko besitzen und eine um 60 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit besteht, auf der Intensivstation behandelt zu werden. Im Schnitt entstehen durch eine postoperative Wundinfektion zusätzliche Kosten von rund 3000 Euro, die Aufenthaltsdauer in der Klinik verlängert sich um etwa sieben Tage. Zusätzlich zu dem damit verbundenen Leid entstehen für das Gesundheitssystem in Deutschland Kosten in Höhe von mehreren hundert Millionen Euro im Jahr.

Das Implantat wird als Leitschiene in tiefer liegendes Gewebe genutzt

Postoperative Wundinfektionen sind ein Problem aller operativen Fachrichtungen, da sie durch Bakterien verursacht werden, die u. a. chirurgische Implantate wie Nahtmaterial besiedeln können. Haupteintragsquellen für diese Besiedelungen sind der Patient (Haut, Schleimhäute, offenes Trauma, etc.) und das OP-Team. Das Entstehen von Komplikationen wird dadurch begünstigt, dass in der Nähe eines chirurgischen Implantats weniger Bakterien für das Auftreten einer Infektion notwendig sind. Zudem können Bakterien sich leichter ausbreiten, indem das Implantat als Leitschiene in tiefer liegendes Gewebe genutzt wird.

Infektionsprävention beginnt im Kopf. Das Wissen um die Problematik ist der Anfang der Qualitätssicherung. Aufgrund der verschiedenen Möglichkeiten des Erregereintrags müssen die Präventionsmaßnahmen als Multibarrierenstrategie aufeinander abgestimmt eingesetzt werden. Direkte Interventionsmöglichkeiten bieten etwa präoperatives Screening auf multiresistente Erreger, Antiseptik und perioperative Antibiotikaprophylaxe. Intraoperativ bietet antibakterielles Nahtmaterial einen zusätzlichen Schutz vor den Gefahren bakterieller Besiedelung und reduziert somit die Risiken einer postoperativen Wundinfektion. Da sich über 60 Prozent der postoperativen Wundinfektionen auf den Bereich der Inzision beschränken, ist gerade hier ein zusätzlicher Schutz sinnvoll, der das Wachstum von Bakterien wirkungsvoll unterbinden kann.



Neben dem bereits erfolgreich eingeführten antibakteriellen Faden Vicryl *Plus* bietet Ethicon Products ab sofort auch Monocryl *Plus* als antibakteriellen resorbierbaren monofilen Faden an. Dieser zeichnet sich neben seinen exzellenten Handhabungseigenschaften durch einen erweiterten Schutz vor bakterieller Besiedelung inklusive gramnegativer Bakterien aus. Die in der natürlichen Darmflora vorhandenen gramnegativen Bakterien E. coli und Klebsiella pneumoniae können außerhalb des Darms, also am „falschen Ort“, als potentielle Krankheitserreger agieren und lebensbedrohliche Infektionen bis hin zur Peritonitis hervorrufen. Die klinische Wirksamkeit von

antibakteriellem Plus-Nahtmaterial konnte in diversen klinischen Studien nachgewiesen werden: Der Einsatz zum Wundverschluss bei neurochirurgischem Shunt war mit einer signifikant geringeren Shunt-Infektionsrate assoziiert [1]. Bei Anwendung nach medianer Laparotomie (Bauchdeckenverschluss) konnte die Wundinfektionsrate beim Placebo (n = 1082 Patienten) von 10, 8 Prozent auf 4,9 Prozent bei Vicryl®*Plus* (n = 1129 Patienten) mehr als halbiert werden, wobei die individuellen Risikofaktoren der Patienten vergleichbar waren [2]. Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, Prof. Dr. Axel Kramer aus Greifswald, empfiehlt den generellen Einsatz antibakteriellen Plus-Nahtmaterials als sinnvollen Baustein des Multibarrierenkonzeptes im Kampf gegen postoperative Wundinfektionen [3].

Eine gemeinsame Initiative: Weniger postoperative Wundinfektionen – machen Sie mit!

Um Bewusstsein für das Thema Prävention vermeidbarer postoperativer Wundinfektionen in den Köpfen aller zu etablieren und gleichzeitig evidenzbasierte Lösungsansätze zu präsentieren, haben diverse namhafte chirurgische Fachgesellschaften, darunter die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) und der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) in Kooperation mit Ethicon Products ein Fortbildungskonzept erarbeitet. Bestandteil dieses Konzeptes ist ein Lehrfilm zum Thema Prävention postoperativer Wundinfektionen. Dieser Film wurde gedreht, um zu zeigen wie Infektionen entstehen und verhindert werden können. Er beantwortet: Was ist Ritual? Was ist evidenzbasierter Standard? Was ist zu tun? Gemeinsam soll die Anzahl der postoperativen Wundinfektionen auf das mögliche Minimum reduziert werden! Machen Sie mit! ■

Prof. Dr. med. Axel Kramer, Greifswald
Lars Leppin, Norderstedt

Literatur

1. Rozzelle CJ, Leonardo J (2008) Antimicrobial suture wound closure for cerebrospinal fluid shunt surgery: a prospective, double blinded, randomized controlled trial. J Neurosurg Pediatr 2: 111–117
2. Justinger C, Moussavian MR, Schlueter C, et al (2009) Antibiotic coating of abdominal closure sutures and wound infection. Surgery 145: 330–334
3. Kramer A, Schauer F, Assadian O, Heldt P (2008) Triclosan. In: Kramer A, Assadian O (Hrsg) Wallhäußers Praxis der Sterilisation, Desinfektion, Antiseptik und Konservierung. Thieme, Stuttgart, S 760–768

Interessenten können den Film als DVD ab 15. Juli 2009 kostenlos bestellen:
Ethicon Products, Lars Leppin
Robert-Koch-Straße 11, 22851 Norderstedt
eMail: lleppin@its.jnj.com
Tel. 040/5297-5457

Dermatix®Ultra - Einfach schönere Narben



Dermatix®Ultra – zur Vorbeugung und Behandlung auffälliger oder störender Narben

- Diskret und überschminkbar
- Ideal für bewegliche Körperstellen (Schultergelenk, Ellenbogen, Knie)
- Für Kinder geeignet
- Schnell trocknend



Packungsgröße	PZN
Dermatix® Ultra Gel 15g	3701594
Dermatix® Ultra Gel 60g	3701602

***Dermatix®Ultra*: Inhaltsstoffe:** Cyclische und polymere Siloxane, Vitamin-C-Ester. **AW:** Vorbeugung u. Behandlung von hypertrophen Narben u. Keloiden nach Abschluss der Wundheilung (d.h. b. intakter/geschlossener Hautoberfl.). **Hinweise:** Nicht anwenden auf offenen Wunden, Schleimhäuten, in Augennähe, auf vorbehandelter Haut (z.B. Arzneimittel, Kosmetika). Hinterlässt Flecken auf d. Kleidung, wenn nicht vollständig getrocknet. Bei Auftritt v. Rötungen, Schmerzen o. Hautirritationen, Therapie absetzen und Arzt/Apotheker um Rat fragen. Nur äusserl. anwenden; für Kinder unzugängl. aufbewahren. Nicht über 25°C lagern. **Stand:**02/08. **Valeant Pharmaceuticals Germany GmbH. Düsseldorfer Str. 40A, 65760 Eschborn, ein Unternehmen der MEDA-Gruppe. MEDA Pharma GmbH & Co. KG, Benzstraße 1, 61352 Bad Homburg**

MEDA

ETHICON
a Johnson&Johnson company

MONOCRYL* Plus
Antibacterial (Poliglecaprone 25) Suture

DIESER FADEN KANN

SELBSTVERTEIDIGUNG

MONOCRYL® Plus –
stark in Handhabung und Schutz vor postoperativen Wundinfektionen



MONOCRYL® Plus – Ihre neue Definition von Sicherheit. Gewebepassage. Reißkraft. Knotensitz. Und zusätzlicher verstärkter Schutz vor bakterieller Besiedelung.*

MONOCRYL® Plus ist jetzt auch wirksam gegen die gram-negativen Bakterien E.Coli und Klebsiella Pneumoniae, die außerhalb der natürlichen Darmflora als potenzielle Krankheitserreger agieren.**

Plus Nahtmaterial – Zusätzlicher Schutz im Kampf gegen postoperative Wundinfektionen.

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

* Wirksam gegen Staph. aureus, MRSA, Staph. Epidermidis, MRSE, E.Coli, Klebsiella Pneumoniae.
** Ming X, Nichols M, Rothenburger S. In vivo antibacterial efficacy of MONOCRYL® Plus antibacterial suture.

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)

Chirurgische Therapie der nekrotisierenden Fasziitis

Henning Ryssel

Die nekrotisierende Fasziitis (NF) ist eine lebensbedrohliche Weichteilinfektion mit rasch fortschreitender Gangrän von Subkutangewebe und Faszie und nachfolgender Nekrose der darüber liegenden Haut [1]. Bei einer Manifestation im Bereich des Perineums und Skrotums wird die NF als Fournier-Gangrän bezeichnet [3]. Die Erkrankung zeigt eine deutliche Prävalenz bei Erwachsenen, wurde jedoch auch bei Kindern beschrieben [4, 5]. Als früher Warnhinweis ist ein inadäquat hoher Schmerz im Verhältnis zum objektiven Befund zu werten. Hinzu kommen später eine kutane Anästhesie, eine dermale Gangrän, Koagulopathie sowie eine Zellulitis, die sich gegenüber Antibiose refraktär zeigt [6]. Intraoperativ weisen gräulich nekrotisch veränderte Faszien auf eine NF hin, die bei der Dissektion durch eine verminderte Adhärenz an die Muskulatur auffallen. Bei der Dissektion treten durch die Nekrosen der Faszien kaum Blutungen auf. Weiterhin zeigt sich waschwasserfarbenes, putrides Material [6].

Ist die NF durch Streptokokken der Gruppe A hervorgerufen, so kann es zusätzlich zu einem sogenannten Streptococcal-Toxic-Schock-Syndrom kommen, das mit einer Mortalität von 30 bis 60 Prozent verbunden ist [7]. Auch bei NF, hervorgerufen durch Streptokokken der Gruppe B, sind bereits Fälle von Streptococcal-Toxic-Schock-Syndrom beschrieben [8, 9]. Die NF ist mit einer hohen Morbidität und Mortalität verbunden, sofern keine frühzeitige Therapie in Spezialzentren erfolgt [8]. Traditionell wurden diese Patienten in chirurgischen Abteilungen behandelt, doch die häufig extrem schwierigen Verläufe und die ausgedehnten Wundverhältnisse haben dazu geführt, dass diese Patienten vermehrt in Verbrennungszentren überwiesen wurden, da diese mit den aufwendigen Wund- und Intensivmaßnahmen besonders vertraut sind [1]. Die vorliegende Arbeit beschreibt die Erfahrungen mit 32 NF-Patienten, die auf unserer Verbrennungsintensivstation behandelt wurden.

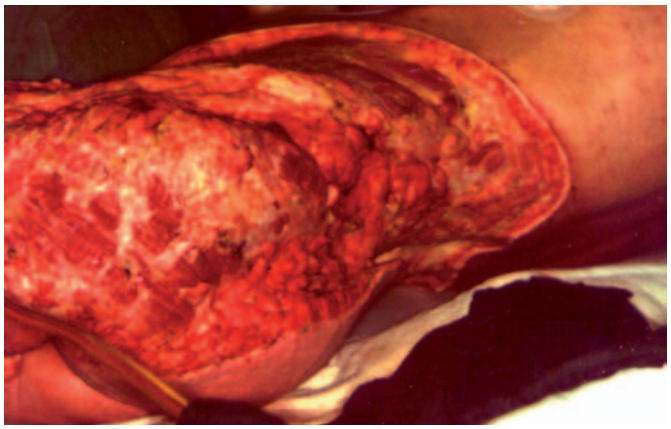
37 Prozent der Betroffenen litten auch unter Diabetes mellitus

In die retrospektive Untersuchung wurden 32 Patienten mit NF aus den Jahren 1996 bis 2006 eingeschlossen, davon 18 Männer und 14 Frauen. Das Durchschnittsalter bei Aufnahme betrug 52,2 ± 15,0 Jahre. Patienten mit großflächigen Abszessen und anderen Ursachen für postinfektiöse Weichteilverluste wurden bei dieser Studie nicht berücksichtigt. Die Patientendaten wurden hinsichtlich Alter, Nebenerkrankungen, Anzahl der Operationen, Länge des Klinikaufenthaltes, Zeit bis zur Erstoperation, betroffene Körperoberfläche, Art der Lokalisation, Keimspektrum, histologische Untersuchung und Lokalisation der NF ausgewertet. Wir dokumentierten weiterhin, ob der Patient eine Ursache, ein Trauma oder eine initiale Läsion nennen konnte. Wir werteten die Länge zwischen Symptombeginn und der ersten Operation aus. Soweit verfügbar wurden bei den Patienten die histologischen Untersuchungen und deren Ergebnisse dokumentiert. Weiterhin wurden die Lokalisation der Infektion und die Anzahl der durchgeführten Operationen festgehalten. Beim Vergleich der Gruppe der Überlebenden und Verstorbenen wurden Alter, Nebenerkrankungen, Anzahl der Operationen, Klinikaufenthalt, Zeit bis zur Operation und die Lokalisation der nekrotisierenden Fasziitis verglichen. Für die statistischen Analysen wurde eine Varianzanalyse mit Microsoft Excel Anova durchgeführt. Die statistischen Werte sind mit Durchschnittswerten ± Standardabweichung angegeben.

Bei den Nebenerkrankungen war der Diabetes mellitus mit 12 (37,5 %) Patienten am häufigsten; zehn Patienten (31,2 %) zeigten eine Hypertonie, eine Übergewichtigkeit wurde bei sechs Patienten (18,75 %) festgestellt. Weitere Nebenerkrankungen wie koronare Herzkrankheit und Niereninsuffizienz traten selten auf. Bei fünf Patienten (16 %) war eine Ursache oder eine initiale Läsion nicht zu eruieren. Bei den Patienten, die eine Läsion bemerkten, handelte es sich meist um Rötungen oder abszessähnliche Veränderungen. Als Ursa-

Fallbeispiel: 41jährige Frau nach Fettabsaugung

Die Patientin unterzog sich einer Fettabsaugung an den Oberschenkeln. Der Eingriff wurde wie geplant in zirka zweieinhalb Stunden durchgeführt, danach erfolgte im Verlauf des Tages die Entlassung in die weitere ambulante Behandlung. Bereits etwa acht Stunden postoperativ klagte die Patientin über deutliche Schmerzen sowie Kreislaufprobleme. Nach rund 14 Stunden kam es zu einem Temperaturanstieg auf über 39 Grad. Es erfolgten dann konservative Maßnahmen mit Umschlägen, sowie die Einnahme nichtsteroidaler Antirheumatika, woraufhin sich auch die Fiebersymptomatik besserte.

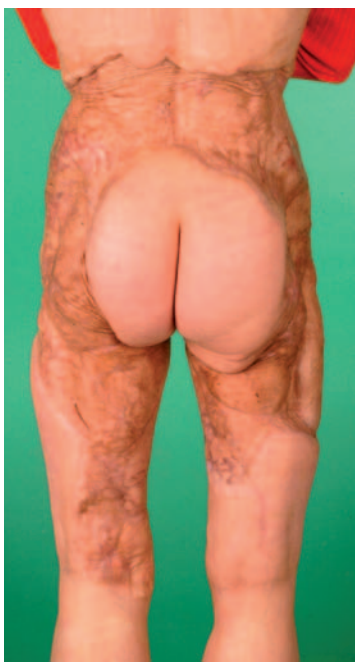




Die Gesamtsituation wurde als regulärer Verlauf nach Fettabsaugung gedeutet

Bei Persistenz der Schmerzhaftigkeit erfolgte die Wiedervorstellung bei den Erstbehandlern. Hier wurde kein Anhalt auf einen Infekt gesehen, zu diesem Zeitpunkt lag die Temperatur bei 38,2 Grad. Es erfolgte bis zu diesem Zeitpunkt noch keine Blutentnahme mit Bestimmung von Leukozyten und CRP. Die Gesamtsituation wurde als regulärer Verlauf nach Fettabsaugung gedeutet. Im weiteren Verlauf nahmen die Schmerzen zu, die Patientin hat sich mehrfach übergeben. Es erfolgte eine erneute Vorstellung bei den Erstbehandlern. Bis zu diesem Zeitpunkt bot die Patientin neben den ausgeprägten Schmerzen Symptome wie Hyperventilation und Tachykardie bis 140 und eine Hypotonie von 80 zu 40.

Etwa 38 Stunden post operationem erfolgte dann die Verlegung in eine chirurgische Klinik. Hier wurde dann erstmals der Verdacht einer nekrotisierenden Fasziitis gestellt. Die Kollegen veranlassten die Verlegung in unser Schwerbrandverletztenzentrum. Es erfolgte die chirurgische Therapie in Form einer Nekrektomie der betroffenen Hautareale inklusive der betroffenen Faszien. Im Abstrich zeigte sich eine Infektion mit Pseudomonas aeruginosa und b-hämolisierenden Streptokokken der Gruppe A. Die Histologie ergab das Bild einer nekrotisierenden Fasziitis.



Nach initialer Fremdhautdeckung und Sanierung der lokal nekrotisierenden Situation konnte eine definitive Deckung mit Spalthauttransplantaten durchgeführt werden. Die Patientin konnte im weiteren Verlauf in die ambulante Behandlung entlassen werden.

chen wurden vorausgehende endoprothetische Operationen, Venenstripping, Bagatelltraumen, Liposuktion, Mammaaugmentation und in einem Fall ein Bienenstich genannt.

Bei 31 Prozent der Patienten waren β-hämolysierende Streptokokken der Gruppe A Auslöser der Infektion

Die durchschnittliche Zeit bis zur ersten Operation betrug 4,8 ± 0,42 Tage. Bei den Patienten wurden durchschnittlich 8,2 ± 0,54 Operationen durchgeführt. Bei 24 Patienten wurde die initiale chirurgische Therapie im überweisenden Krankenhaus durchgeführt. Alle anderen Patienten wurden bei uns initial radikal débridiert und sämtliches nekrotisches Gewebe bei der Erstoperation entfernt. Bei den 32 Patienten waren insgesamt 35 Spalthauttransplantationen, drei Sekundärnähte, zwei Kniearthrodesen, 15 lokale Lappenplastiken, sieben freie Lappenplastiken, eine Unterarmamputation, eine Oberarmamputation und drei Oberschenkelamputationen zur definitiven Versorgung notwendig. Während der Phase der Wundkonditionierung wurde bei einigen Patienten erfolgreich eine vakuumassistierte Wundtherapie (VAC) eingesetzt.

Bei allen 32 Patienten wurden initiale Wundabstriche durchgeführt. Es zeigten sich bei zehn Patienten (31,2 %) β-hämolysierende Streptokokken der Gruppe A, bei drei Patienten (9,3 %) β-hämolysierende Streptokokken der Gruppe B, bei zwei Patienten (6,2 %) Pseudomonas aeruginosa und bei 17 Patienten (53,3 %) stellten sich Mischinfektionen aus den oben genannten Keimen sowie weiteren Keimen wie Staphylokokken, Klebsiellen und anderen Keimen dar. Bei zwei Patienten war der Abstrich negativ. Weiterhin wurden bei allen Patienten intraoperative Präparate zur histologischen Untersuchung gewonnen. Bei fünf der Patienten zeigte sich lediglich eine unspezifische granulomatöse Veränderung des Gewebes, die übrigen 27 Histologien zeigten das Bild einer NF.

Während der Initialphase des Wundmanagements wurden die Wundflächen nach radikalem chirurgischem Debridement mit topischen Therapeutika behandelt. Das am gebräuchlichsten angewandte topische Präparat war in dieser Studiengruppe Lavasept® (80 %). Andere antimikrobielle Substanzen wie Mafenidacetat, PVP, Jod und Weinessig wurden in Einzelfällen angewandt. Die Wahl des topischen Therapeutikums basierte auf den Abstrichergebnissen.

Von den 32 Patienten überlebten 85 Prozent (27 Patienten), 15 Prozent (5 Patienten) verstarben. In der Gruppe der überlebenden Patienten konnten 54 Prozent nach Hause entlassen werden, 46 Prozent wurden in weiterbehandelnde Institutionen oder Rehakliniken überwiesen.

Bei allen verstorbenen fünf Patienten lag eine Beteiligung des Rumpfes vor

Die obere Extremität war insgesamt zehnmal betroffen, die untere Extremität 16mal, Abdomen/Thorax 11mal, der Rücken dreimal und die Hüft- bzw. die Glutäalregion fünfmal. Bei allen verstorbenen Patienten zeigte sich eine Beteiligung des Rumpfes. Bei Patienten, die einen isolierten Extremitätenbefall zeigten, ist kein Patient verstorben. Die verstorbenen Patienten waren im Schnitt 57,0 ± 12,0 Jahre alt, verglichen mit 51,1 ± 11,2 Jahren bei den Überlebenden ($p < 0,05$). Die verstorbenen Patienten hatten mit durchschnittlich 3,6 Nebenerkrankungen eine deutlich höhere Anzahl als die Überlebenden mit 1,6 ($p = 0,05$). Die Anzahl der Operationen war bei den verstorbenen Patienten mit 12,8 gegenüber den durchgeführten Operationen bei den Überlebenden mit 7,4 nicht signifikant erhöht ($p > 0,05$). Beim Klinikaufenthalt zeigte sich eine durchschnittliche Verweildauer von 68,8 ± 6,3 Tagen bei den verstorbenen Patienten gegenüber einer Aufenthaltsdauer von 74,0 ± 7,5 Tagen bei den Überlebenden ($p > 0,05$). Der Zeitpunkt bis zur ersten Operation lag bei den verstorbenen Patienten bei 3,4 Tagen, wohingegen bei den überlebenden Patienten eine durchschnittliche Zeitdauer von 5,2 Tagen festzustellen war ($p < 0,05$). Tabelle 1 summiert die Daten Überlebende versus Verstorbene.

Die Anzahl der Patienten mit nekrotisierender Fasziitis in spezialisierten Zentren steigt insgesamt an

Die klinische Diagnose der NF kann sich schwierig gestalten. Frühe Anzeichen beinhalten Erythem mit sich ausbreitendem Ödem, Krepitus und Vesikelbildung. Ein Alarmsignal für den behandelnden Arzt muss stets ein inadäquat hoher Schmerz im Vergleich zum sichtbaren

Befund sein. Die Mortalität betrug in unserer Studie 15 Prozent, dies ist vergleichbar mit anderen großen Studien [1, 13, 23]. Die Anzahl der NF-Fälle stieg über den Zeitraum von 1996 bis 2006 zunehmend. Auch andere Zentren zeigten in den vergangenen Jahren eine ähnliche Fallzahlerhöhung [10, 11, 12]. Es ist nicht abschließend geklärt, ob dies auf vermehrte Zuweisungen in spezielle Zentren oder auf eine tatsächliche Inzidenzsteigerung zurückzuführen ist. In unserem Patientengut korrelierte das Patientenalter mit einer erhöhten Mortalität. Weiterhin zeigte sich als Risikofaktor eine höhere Anzahl an Nebenerkrankungen. Sowohl die Anzahl der Operationen als auch der Klinikaufenthalt waren bei den Verstorbenen und den Überlebenden nicht signifikant unterschiedlich, wohingegen der Zeitpunkt bis zur ersten Operation bei verstorbenen Patienten deutlich kürzer war. Diesen kürzeren Zeitraum erklären wir uns durch den meist fulminanteren Verlauf bei diesen Patienten. Als ein wesentlicher Punkt ist festzuhalten, dass bei allen verstorben Patienten eine Beteiligung des Rumpfes vorlag – während bei den Patienten mit isoliertem Befall einer Extremität kein Patient verstarb. Einer der möglichen Erklärungen ist, dass bei diesen Patienten in einigen Fällen als Ultima Ratio eine Amputation durchgeführt werden musste, wohingegen bei einer Beteiligung des Rumpfes die Therapieoptionen sowie die mögliche chirurgische Radikalität eingeschränkt sind.

Bei der Analyse der Nebenerkrankungen bleibt anzumerken, dass Übergewichtigkeit und Typ-2-Diabetes eine generelle Risikofaktorerhöhung für verschiedene Erkrankungen mit sich bringen, so dass die Kausalität nicht definitiv geklärt ist. Es gibt andere Untersuchungen, die zeigen, dass ein Diabetes mellitus als alleiniger Risikofaktor keine Erhöhung des Mortalitätsrisikos bei nekrotisierender Fasziitis ist [13]. Auffällig ist bei den Nachuntersuchungen, dass ein großer Anteil der Patienten sich nicht an einen initialen Befund oder eine initiale Läsion erinnert.

	Verstorbene	Überlebende	P-Wert
Alter	57,0 a	51,1 a	<0,05
Nebenerkrankungen	3,6	1,6	=0,05
Operationen	12,8	7,4	>0,05
Klinikaufenthalt	68,8 d	74,0 d	>0,05
Zeit bis zur 1. Operation	3,4 d	5,2 d	<0,05
Obere Extremität	2	8	–
Untere Extremität	1	15	–
Abdomen/Thorax	4	7	–
Rücken	1	2	–
Hüfte/Gluteal	1	4	–

In die Therapie sollte Clindamycin integriert werden, da es die Toxinproduktion von β-hämolysierenden Streptokokken hemmt

Verzögerungen bei der Erstvorstellung, der Diagnose und der Überweisung in ein spezialisiertes Zentrum beeinflussen das Ergebnis und die Mortalität wesentlich. Die Zeit bis zur Erstaufnahme bzw. bis zur Erstoperation war bei den verstorbenen Patienten kürzer; dies ist vermutlich auf einen wesentlich fulminanteren Verlauf zurückzuführen. Die vakuumassistierte Wundtherapie (VAC) hat sich als sehr hilfreiche adjunktive Therapie mit sehr guten Ergebnissen bei großen Defekten gezeigt [17, 18]. Bei einigen Patienten wurde als zusätzliche Therapie eine hyperbare Sauerstofftherapie angewandt. Für die lokale Wundtherapie wurden je nach Abstrichergebnis verschiedene Antiseptika verwendet, am häufigsten kamen hier Lavasept, Octenisept, Mafenidacetat und Weinessig zum Einsatz. Bei den Wundabstrichen zeigte sich am häufigsten eine Infektion mit Streptokokken der Gruppe A (31,2 %), Streptokokken der Gruppe B (9,3 %) und Pseudomonas aeruginosa (6,2 %). Mischinfektionen traten bei 53,5 Prozent der Patienten auf. Damit muss die Bezeichnung nekrotisierende Fasziitis, die bis dato klassischerweise mit Streptokokken-Infektionen assoziiert war, auf nekrotisierende Weichteilinfekte unterschiedlicher infektiologischer Genese ausgeweitet werden. Interessanterweise war bei zwei Patienten der Abstrich negativ und bei fünf Patienten zeigten sich nur unspezifische granulomatöse Veränderungen in der Histologie.

Die optimal antibiotische Therapie wurde in Tierversuchen untersucht [21, 22], doch die abstrichgerechte Antibiose bleibt weiterhin die effektivste Methode [20]. In die Therapie sollte Clindamycin integriert werden, da es die Toxinproduktion von β-hämolysierenden Streptokokken hemmt, die für den aggressiven Verlauf der NF mitverantwortlich sind [20]. Insgesamt betrachtet haben sich Verbrennungszentren als sehr

geeignet erwiesen, um NF-Patienten mit sehr großflächigen Wunden, die eine ganz ähnliche Behandlung wie Verbrennungspatienten benötigen, zu behandeln [24, 25]. In der Primärversorgung müssen deshalb die Anstrengungen dahin gehen, dass NF-Patienten in kürzester Zeit in spezialisierte Abteilungen überwiesen werden, um so das Zeitfenster bis zur Therapie zu minimieren. Obwohl die NF eine seltene Erkrankung ist, scheint sie dennoch eine zunehmende Inzidenz zu erfahren und ist noch immer mit einer hohen Morbidität und Mortalität verbunden. ■

Literatur

1. Faucher LD, Morris SE, Edelman LS, Saffle JR (2001) Burn center management of necrotizing soft-tissue surgical infections in unburned patients. Am J Surg 182: 563–569
2. Laudon I (1994) Necrotizing fasciitis, hospital gangrene, and phagedena. Lancet 344: 1416–1419
3. Efem SE (1994) The features and aetiology of Fournier's gangrene. Postgrad Med J 70: 568–571
4. Chapnick EK, Abter EI (1996) Necrotizing soft-tissue infections. Infect Dis Clin North Am 10: 835–855
5. Fustes-Morales A, Gutierrez-Castrellon P, Duran-McKinster C et al. (2002) Necrotizing fasciitis: Report of 39 pediatric cases. Arch Dermatol 138: 893–899
6. Wall DB, Klein SR, Black S, Virgilio C de (2000) A simple model to help distinguish necrotizing fasciitis from nonnecrotizing soft tissue infection. J Am Coll Surg 191: 227–231
7. Stevens DL (2000) Streptococcal toxic shock syndrome associated with necrotizing fasciitis. Annu Rev Med 51: 271–288
8. Gardam MA, Low DE, Saginur R, Miller MA (1998) Group B streptococcal necrotizing fasciitis and streptococcal toxic shock-like syndrome in adults. Arch Intern Med 158: 1704–1708
9. Kotb M, Norrby-Teglund A, McGeer A et al. (2002) An immunogenetic and molecular basis for differences in outcomes of invasive group A streptococcal infections. Nat Med 8: 1398–1404
10. Chelsom J, Halstensen A, Haga T (1994) Necrotising fasciitis due to group A streptococci in western Norway: Incidence and clinical features. Lancet 344: 1111
11. Kaul R, McGeer A, Simor AE (1995) Group A streptococcal necrotizing fasciitis in Ontario 1992–1995: Clinical, pathologic, and bacteriologic features of 62 cases. Clin Infect Dis 21: 751
12. Voelker R (1994) Making sense of the group A streptococcus scare. JAMA 272: 190
13. Elliott DC, Kufera JA, Myers RA (1996) Necrotizing soft tissue infections: Risk factors for mortality and strategies for management. Ann Surg 224: 672–683
14. Childers BJ, Potyondy LD, Nachreiner R et al. (2002) Necrotizing fasciitis: A fourteen-year retrospective study of 163 consecutive patients. Am Surg 68: 109–116
15. Bilton BD, Zibari GB, McMillan RW et al. (1998) Aggressive management of necrotizing fasciitis serves to decrease mortality: A retrospective study. Am Surg 64: 397–401
16. Wong C, Chang H, Pasupathy S (2003) Necrotizing fasciitis: Clinical presentation, microbiology, and determinants of mortality. J Bone Joint Surg 85: 1454–1460
17. Argenta LC, Morykwas MJ (1997) Vacuum-assisted closure: A new method for wound control and treatment: Clinical experience. Ann Plast Surg 38: 563–576
18. Mullner T, Mrkonjic L, Kwasny O, Vecsei V (1997) The use of negative pressure to promote the healing of tissue defects: A clinical trial using the vacuum sealing technique. Br J Plast Surg 50: 194–199
19. Heinle EC, Dougherty WR, Garner WL, Reilly DA (2001) The use of 5 % mafenide acetate solution in the postgraft treatment of necrotizing fasciitis. J Burn Care Rehabil 22: 35–40
20. Elliott D, Kufera JA, Myers RA (2000) The microbiology of necrotizing soft-tissue infections. Am J Surg 179: 361–366
21. Louie L, Simor AE, Louie M et al. (1998) Diagnosis of group A streptococcal necrotizing fasciitis by using PCR to amplify the streptococcal pyrogenic exotoxin B gene. J Clin Microbiol 36: 1769–1771
22. Barg N (1998) Comparison of four antiobiotics in a murine model of necrotizing cutaneous infections caused by toxigenic streptococcus pyogenes and staphylococcus aureus. J Antimicrob Chemother 42: 257–260
23. Brandt MM, Corpron CA, Wahl WL (2000) Necrotizing soft tissue infections: A surgical disease. Am Surg 66: 967–970
24. Heitmann C,Germann G, Tränkle M (2001) Chirurgisches Konzept und Ergebnisse bei nekrotisierender Fasziitis. Chirurg 72: 168–173
25. Ryssel H, Germann G, Riedel K, Köllensperger E (2007) Chirurgisches Konzept und Ergebnisse bei nekrotisierender Fasziitis – update an 32 Fällen. Chirurg 78: 1123–1129

Dr. med. Henning Ryssel
Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie – Schwerbrandverletztenzentrum
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen
Klinik für Plastische und Handchirurgie an der Universität Heidelberg
Ludwig-Guttmann-Straße 13, 67071 Ludwigshafen
eMail: hryssel@bgu-ludwigshafen

HYLASE® „DESSAU“

Therapiebeschleunigung und -optimierung mit Spreading-Effekt

Effektiv, schnell, schonend mit dem Spreading-Effekt:





- mindert die Viskosität der interzellulären Kittsubstanz
- erhöht die Membrandurchlässigkeit und die Gefäßpermeabilität
- beschleunigt die Resorption von Flüssigkeiten nach subkutanen und intramuskulären Injektionen
- beschleunigt die Verteilung und Resorption von paravasal ausgetretenen Flüssigkeiten
- **Vielseitig einsetzbar!**
  u.a. in den Bereichen: Ophthalmologie, Anästhesie, Onkologie, Allgemeinmedizin, Chirurgie und Dermatologie.

Service für Ärzte



Gerne senden wir Ihnen die Broschüre HYLASE® „DESSAU“ mit detaillierten und aktuellen Informationen zu.
Jetzt kostenlos bestellen:

- **fax +49 (0) 38351 76-48**

RIEMSER

RIEMSER Arzneimittel AG | An der Wiek 7 | 17493 Greifswald – Insel Riems
fon +49 (0) 38351 76-0 | fax +49 (0) 38351 76-48

www.RIEMSER.com

HYLASE® „DESSAU“ 150 I.E., HYLASE® „DESSAU“ 300 I.E, HYLASE® „DESSAU“ 1500 I.E, HYLASE® „DESSAU“ 150 I.E. Kombi, Pulver mit und ohne Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung. Zusammensetzung: Eine Durchstechflasche enthält Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung: Wirkstoff Pulver: Hyaluronidase 150 I.E., 300 I.E., 1500 I.E.. Eine Ampulle Lösungsmittel in der Kombi-Packung enthält: Wirkstoff Lösungsmittel: 0,9 % Natriumchlorid. Enthält Natriumchlorid. Anwendungsgebiete: HYLASE® „DESSAU“ 150 I.E., 300 I.E: Ophthalmologie: Kombination von HYLASE® „DESSAU“ 150 I.E. mit Lokalanästhetika bei Injektions- Anästhesie-Techniken (peribulbär, retrobulbär, sub-Tenon's) für ophthalmochirurgische Eingriffe, Therapie der postoperativen Erhöhung des inneren Augendruckes. Zur Behandlung von Gewebeschäden bei versehentlich paravasal verabreichten Kanzerostatika: Antidot bei Paravasaten von Vinca-Alkaloiden (z. B. Vincristin, Vinblastin, Vindesin, Vinorelbin), Epipodophyllotoxinen (z. B. Etoposid, Teniposid) sowie von Paclitaxel. Lokalanästhesie: Zusatz von HYLASE® „DESSAU“ 150 I.E., 300 I.E zu Lokal- und Leitungsanästhesien bei kleineren chirurgischen Eingriffen: Vergrößerung des schmerzunempfindlichen Bezirkes, schnellerer Wirkungseintritt des Lokalanästhetikums, Verringerung der postoperativen Schmerzen. Resorptionsbeschleunigung großer Flüssigkeitsmengen: als Notfall-Behandlung bei versehentlich paravasal ausgetretenen und potentiell gewebsschädigend wirkenden Flüssigkeiten (z. B. Nähr- oder Elektrolyt-Lösungen, Antibiotika, Kontrastmitteln u.ä.), zur Reduktion interstitieller Ödeme, bei Hypodermoclysis, wenn schnell, oder mehr als 1 l an einem Infusionsort oder mehr 2- 3 l/24 h infundiert werden sollen. Resorptionsbeschleunigung von s.c. oder i.m. applizierten Arzneimitteln, bessere Verteilung im Zielgewebe: HYLASE® „DESSAU“ 300 I.E: Chirurgie/Orthopädie: zur i.v. Applikation bei akuten Stadien von Paratendinitis crepitans, Periarthritis humeroscapularis, Epicondylitis humeri, Condylitis tibiae, Styloiditis radii, Punktion zähflüssiger Pleuraund Gelenkergüsse, Reduktion von Gelenksteifen nach suprakondylären Frakturen. HYLASE® „DESSAU“ 1500 I.E: Ophthalmologie: Kombination von HYLASE® „DESSAU“ 1500 I.E. mit Lokalanästhetika bei Injektions- Anästhesie-Techniken (peribulbär, retrobulbär, sub-Tenon's) für ophthalmochirurgische Eingriffe, Therapie der postoperativen Erhöhung des inneren Augendruckes. Allgemeinmedizin: zur Behandlung von Gewebeschäden bei versehentlich paravasal verabreichten Kanzerostatika, Zusatz für Lokal- und Leitungsanästhesien bei kleineren chirurgischen Eingriffen, zur Resorptionsbeschleunigung bei subkutanen oder intramuskulären Infusionen großer Flüssigkeitsmengen. Chirurgie/Orthopädie zur i.v. Applikation bei akuten Stadien von Paratenonitis crepitans, Periarthritis humeroscapularis, Epicondylitis humeri, Condylitis tibiae und Styloiditis radii, Punktion zähflüssiger Pleura-und Gelenkergüsse, Reduktion von Gelenksteifen nach suprakondylären Frakturen. Gegenanzeigen: 150 I.E., 300 I.E., 1500 I.E. darf nicht angewendet werden bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen Hyaluronidase oder Rinderproteine. HYLASE® „DESSAU“ 150 I.E., 300 I.E., 1500 I.E. darf nicht angewendet werden bei Patienten mit angeborenen Herzfehlern, venösem Stau oder Schocksymptomen. Bei Plasmainfusionen darf HYLASE® „DESSAU“ 150 I.E., 300 I.E., 1500 I.E. nicht angewendet werden, wenn die Serumproteinwerte des Patienten unter 5,5 g % (55 g / l) liegen. HYLASE® „DESSAU“150 I.E. darf wegen der Gefahr der Ausbreitung der Infektion nicht bei Patienten mit einer Infektion angewandt und nicht in ein infiziertes Areal injiziert werden. HYLASE® „DESSAU“ 150 I.E., 300 I.E., 1500 I.E. darf nicht zur Reduktion von Schwellungen verwandt werden/ nicht in Schwellungen injiziert werden, die durch Stiche oder Bisse hervorgerufen wurden. Da keine Langzeituntersuchungen an Tumorpatienten vorliegen und daher derzeit ein erhöhtes Mestastasierungsrisiko nicht mit Sicherheit auszuschließen ist, soll HYLASE® „DESSAU“ 150 I.E. , 300 I.E., 1500 I.E. nicht bei Krebspatienten angewandt werden (Ausnahme: als Antidot bei Zytostatika-Paravasaten!) drittes Trimester der Schwangerschaft, Stillzeit. Nebenwirkungen: Bei den Häufigkeitsangaben zu Nebenwirkungen werden folgende Kategorien zugrunde gelegt: Sehr häufig (≥ 1/10), häufig (≥ 1/100 bis < 1/10), gelegentlich (≥ 1/1.000 bis < 1/100), Selten (≥ 1/10.000 bis < 1/1.000) sehr selten (<1/10.000). Nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar) Erkrankungen des Immunsystems: Selten kann es nach Applikation von HYLASE® „DESSAU“ 150 I.E. 300 I.E., 1500 I.E. zu allergischen Reaktionen kommen, die in seltenen Fällen mit einer Schocksymptomatik einhergehen. Die Häufigkeit von Allergien, zu denen Anaphylaxie-ähnliche Reaktionen gehören ist unter 0,1%. Dabei können folgende Symptome auftreten: Brustschmerzen oder -enge, Schwindelgefühl, schneller Herzschlag oder „rasendes“ Herz, Kurzatmigkeit oder Schwierigkeiten bei Atmen, Hautausschlag, Urtikaria oder Jucken, Anschwellen von Gesicht, Lippen, Hals, Ohren, Armen oder Beinen, Halsenge, geringfügige Entzündungen, Rötungen oder Schmerzen, Übelkeit oder Erbrechen. Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort: Durch Hyaluronidase-Anwendung können bestehende Infektionen verstärkt werden. In seltenen Fällen kommt es zu Temperaturerhöhung, Zahnlockerung oder verstärkter Menstruationsblutung. Über unangenehme Injektionsschmerzen bei der Anwendung von Hyaluronidase wurde in Einzelfällen berichtet. Hinweise auf Notfallmaßnahmen, Symptome und Gegenmittel: Die Notfallmaßnahmen/Gegenmittel richten sich nach den durch die Nebenwirkung aufgetretenen Symptomen.

Symptome	Gegenmaßnahmen
Subjektive Beschwerden (Nausea usw.)	Injektionsunterbrechung
Hauterscheinungen (Flush, Urtikaria usw.)	Antihistaminika
Tachykardie, RR-Abfall (<90 mm Hg syst.)	Kortikosteroide i.v. (z. B. 100 bis 200 mg Prednisolon)
Dyspnoe, Schock	Adrenalin-Tropf, Sauerstoff, hochdosierte Kortikosteroide i.v. (bis 1 g Prednisolon), Volumenauffüllung
Herz- oder Atemstillstand	Reanimation

RIEMSER Arzneimittel AG | An der Wiek 7 | 17493 Greifswald-Insel Riems | fon +49 +(0) 38351 76-0 | fax +49 (0) 38351 76-48 | e-mail: info@RIEMSER.de; Stand der Information: 03/2008, Verschreibungspflichtig

Problem der Defektdeckung im Bereich der Wange

Annegret Schwieger, Wolfgang Gubisch, Helmut Fischer

Im plastisch-chirurgischen Alltag begegnet man vor allem im Zusammenhang mit der Chirurgie der Hauttumore im Gesicht immer wieder Defekten im Bereich der Wange. Eine Rekonstruktion im Gesicht ist nicht nur ein Problem der adäquaten Weichteildeckung ohne funktionelle Beeinträchtigungen, sondern immer auch ein ästhetisch anspruchsvoller Eingriff. Das Ziel der Rekonstruktion ist ein möglichst unauffälliges Operationsergebnis, damit der Patient voll in der Gesellschaft integriert bleibt.

Möchte man sich zum Thema der Defektdeckung im Bereich der Wange in den gängigen Lehrbüchern informieren, so stellt man fest, dass diesem Thema nur sehr geringer Raum vorbehalten wird. Im „Standardwerk" von Krupp – *Plastische Chirurgie, Klinik und Praxis* ist beispielsweise nur ein einziges klinisches Beispiel eines Gleitlappens im Bereich der Wange beschrieben. Auch in anderen Lehrbüchern ist das kaum anders (vgl. Tabelle 1). Nur Jackson und Olivari widmen besagtem Thema mehr Raum. Insgesamt fällt das Studium der Fachbücher ziemlich ernüchternd aus und so stellt sich die Frage: Gibt es überhaupt ein Problem? Ist nicht vielmehr alles so selbsterklärend und einfach, dass ein in der plastischen Chirurgie versierter Operateur sein Wissen auch auf die Wange anwenden und damit gute Rekonstruktionsergebnisse erreichen kann?

Während wir noch mit dieser Frage beschäftigt waren, stellte sich eine 22jährige Patientin in unserer Sprechstunde vor (vgl. Abb. 1), bei der nach einer nekrotisierenden Weichteilinfektion aufgrund von Kuhpockenviren eine Defektdeckung im Bereich der Wange entsprechend dem Lehrbuch vorgenommen worden ist. Das Ergebnis war jedoch unbefriedigend. Die Frage muss also doch wohl dahingehend beantwortet werden: Ja, es gibt in der Tat ein Problem.

Nach einem Vortrag bei der DGPRÄC-/VDÄPC-Jahrestagung 2008 in Stuttgart

Tabelle 1

Buch	Anzahl Seiten insgesamt	Anzahl Seiten zur Rekonstruktion im Gesicht (nicht Nase und Ohr)	Anzahl Seiten zur Rekonstruktion Wange
Mc Carthy: Plastic Surgery in 8 Bänden	5556	250	16
Haas: Plastische Gesichtschirurgie	120	44	3
Kastenbauer/Tardy: Ästhetische und Plastische Chirurgie an Nase, Gesicht und Ohrmuschel	470	53	5
Jackson: Local Flaps in Head and Neck Reconstruction	452	246	62
Olivari: Praktische Plastische Chirurgie	930	120	36

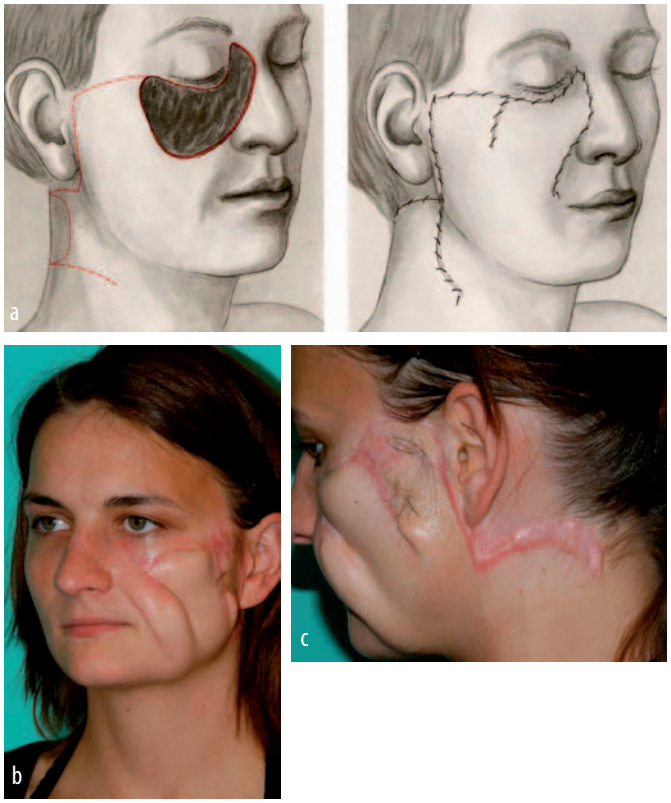


Abb. 1 **a)** Bi-Lobed-Flap zur Defektdeckung im Bereich von Unterlid und Wange aus Kastenbauer/Tardy: Ästhetische und Plastische Chirurgie an Nase, Gesicht und Ohrmuschel. **b, c)** 22jährige Patientin etwa vier Monate nach einer ähnlichen Lappenplastik wie in a) nach nekrotisierender Infektion durch Kuhpockenviren im Bereich der Wange – in diesem Zustand stellte sich die Patientin in unserer Sprechstunde vor.



Abb. 2 **a)** Defekt nach Resektion eines Hauttumors im Bereich der Wange und Anzeichnen der Ausdehnung des geplanten Hauttransplantates über die gesamte Länge des Unterlides. Der zusätzlich bestehende Defekt an der Nase wird mit einem Glabellarotationslappen gedeckt. **b)** Sechs Wochen nach Rekonstruktion mit einem Vollhauttransplantat von supraklavikulär. **c)** Verlauf nach drei Monaten. **d)** Acht Monate postoperativ



Abb. 3 Lokaler Schwenklappen aus einem Lehrbuch, eine Narbe verläuft entgegen der Hautspannungslinien.

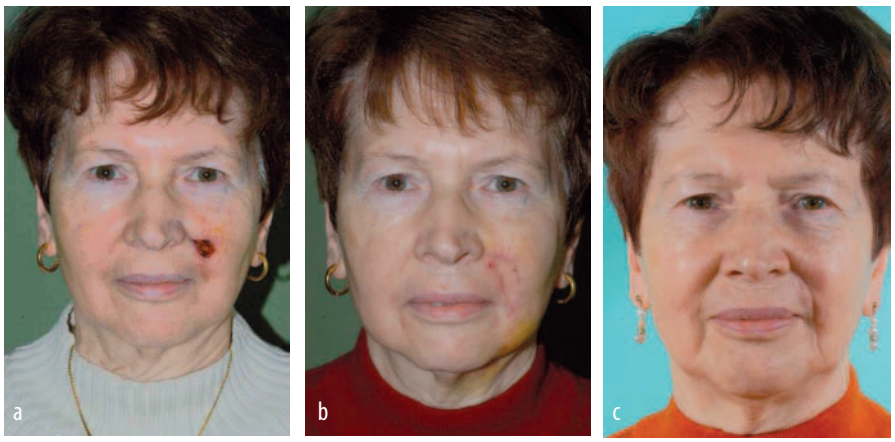


Abb. 4 **a)** Defekt nach Basaliomexzision. **b)** Ergebnis nach Deckung mit V-Y-Gleitlappen unmittelbar nach Fadenentfernung. **c)** Neun Monate postoperativ



Abb. 5 **a)** Defekt nach Basaliomresektion an Wange und Nasenabhang und Anzeichnen der geplanten Schnittführung. Der Patient hatte in Wangenmitte noch eine unklare Hautveränderung, hier wurde zunächst überlegt diese in gleicher Operation entsprechend der Anzeichnung zu entfernen. Um die Lappendurchblutung nicht zu gefährden wurde von diesem Plan jedoch wieder Abstand genommen. Der Wangenrotationslappen reicht nur bis zur Grenze der ästhetischen Einheit „Wange", der Defekt am Nasenabhang wurde mit einem Hauttransplantat gedeckt, gewonnen aus dem Burow-Dreieck lateral der Nasolabialfalte. **b)** Sechs Monate postoperativ

Das Arbeitspferd der Defektdeckung im Bereich der Wange ist der ausgedehnte Rotationslappen

Basierend auf Erfahrungen aus unserem Patientengut mit zirka 450 Rekonstruktionen im Bereich des Gesichtes pro Jahr (überwiegend nach Hauttumorentfernung) sehen wir abhängig von Größe und Lokalisation sowie Tiefenausdehnung des Defektes die gesamte Leiter der operativen Möglichkeiten vom Hauttransplantat über lokale und gestielte Lappenplastiken bis hin zum freiem Gewebetransfer auch im Bereich der Wange für indiziert. Im Folgenden soll dies anhand einiger Patientenbeispiele dargestellt werden.

Bei relativ großen Defekten, die jedoch nicht tief sind, kann ein Hauttransplantat Methode der Wahl sein. Je näher dieses Transplantat jedoch am Unterlid zu liegen kommt, umso mehr muss darauf geachtet werden, das Transplantat auf die gesamte Länge des Unterlides auszudehnen und gegebenenfalls das Unterlid zusätzlich durch eine Kanthopexie oder andere geeignete Operationsmethoden zu stabilisieren, um einem Ektropium vorzubeugen (vgl. Abb. 2). Lokale Schwenklappen, wie sie in verschiedenen Operationslehren empfohlen werden, sind zwar im Bereich der zentralen Wange hilfreich. Sie haben aber auch Nachteile, da zumindest eine Narbe (Lappen oder Hebedefekt) entgegen der Hautspannungslinien verläuft. Damit ist der Narbenverlauf ästhetisch ungünstig und das Risiko einer auffälligen Narbe entsprechend groß (vgl. Abb. 3). Einzig der Insellappen im Bereich der Nasolabialfalte ergibt in bestimmten Fällen ästhetisch ansprechende Ergebnisse (vgl. Abb. 4).

Das Arbeitspferd der Defektdeckung im Bereich der Wange ist der ausgedehnte Rotationslappen, entweder mit Rotation des Gewebes von unten mit einem Burow-Dreieck nach lateral, oder die Geweberotation von latero-kaudal mit einem Burow-Dreieck in der Nasola-



Abb. 6 a) Großer Defekt nach weiter Exzision eines Adnexkarzinoms, ein Teil des Verbandes wurde in der Tiefe der Wunde nicht entfernt, um keine Blutung zu provozieren. **b)** 18 Monate nach Rekonstruktion der Wange mit einem Rotationslappen von latero-kaudal

bialfalte bzw. etwa parallel dazu in den Hautspannungslinien (vgl. Abb. 5, 6). Im Rahmen der Operation ist sorgfältig darauf zu achten, dass kein Zug am Unterlid entsteht, indem der Lappen durch mehrere tiefe Nähte am Periost oder auch über Bohrlöcher am Nasenbein, Maxillafortsatz, Orbitarand oder/und an der straffen Temporalisfaszie fixiert wird. Da der Patient während der Operation liegt, ist es manchmal schwer zu beurteilen, ob durch den Zug der Wangenweichteile nach unten beim aufrechten Patienten ein Zug am Unterlid entsteht. Kontrollieren kann man die korrekte Aufhängung des Lappens intraoperativ am einfachsten dadurch, dass der Patient den Mund weit öffnet und gleichzeitig nach oben schaut. Stehen dann die Unterlider symmetrisch, kann man sich praktisch sicher sein, dass der Patient postoperativ kein Ektropium entwickelt.

Betrifft ein Defekt nicht nur die Wange, sondern auch benachbarte ästhetische Einheiten des Gesichtes, so sind diese unbedingt mit geeigneten Methoden getrennt zu



Abb. 7 a, b) Defekt nach offener Exzision eines Adnexkarzinoms, angezeichnet die Schnittführung der geplanten Lappenplastik als Kombination eines Bi-Lobed-Flaps mit einer Rotation von kaudal. **c)** Der Lappen ist vollständig mobilisiert. **d)** Einschwenken des Lappens in den Defekt. **e)** Nach Fixieren des Lappens mit tiefen Nähten und Resektion des Burrowdreieckes an der Nasolabialfalte sowie direktem Verschluß des Hebedefektes am Hals und retroaurikulär wird der Lappen noch genau angepasst. **f, g)** Ergebnis vier Monate postoperativ; durch die angeschlossene Strahlentherapie fehlender Bartwuchs auf der linken Seite.

rekonstruieren (vgl. Abb. 5). Modifikationen des Rotationslappens unter Einbeziehung der retroaurikulären Haut sind möglich (vgl. Abb. 7). Ist der Weichteildefekt zu groß, um mit einem Wangenrotationslappen ein ästhetisch befriedigendes Ergebnis zu erzielen, sollte die Rekonstruktion durch einen freien Gewebetransfer erreicht werden. Dies gilt auch, wenn mit dem relativ dünnen Wangenrotationslappen nicht ausreichend Gewebe zur Volumenrekonstruktion zur Verfügung steht. Allerdings ist die Textur und Farbe der Haut an der Hebestelle häufig sehr unterschiedlich zur Wangenhaut (vgl. Abb. 8). Ist eine umfangreiche Rekonstruktion im Bereich der Wange sekundär planbar, so kann ein ausreichend großer Hautüberschuss auch durch Expansion der Wangenhaut erreicht werden (vgl. Abb. 9).

In der Literatur findet sich leider in keinem der gängigen Lehrbücher eine befriedigender Algorithmus zur Rekonstruktion im Bereich der Wange. Die verschiedenen bekannten Operationstechniken müssen mühsam aus mehreren Büchern zusammengesucht werden, dabei fehlen dann jedoch häufig die genaueren Angaben zur Technik und den möglichen Stolperfallen, was die Wahl des richtigen Verfahrens schwierig macht. Folgende Techniken kommen bei uns zur Anwendung:

- Extensionlappenplastiken bei Defekten, die ohne übermäßige Spannung direkt verschlossen werden können. Dabei ist es wichtig am wachen, sitzenden, grimassierenden Patienten die genaue Richtung der Hautspannungslinien anzuzeichnen, um die Narbe in die optimale Richtung zu legen.
- Wangenrotationslappen mit sorgfältiger Fixierung an Knochen und/oder Periost, ggf. zusätzlich Kanthopexie oder Tarsalzungenplastik am Unterlid zur Ektopiumprophylaxe.
- Gleitlappen für Defekte paranasal oder nasolabial.
- Schwenklappen von submandibulär für Defekte des unteren Wangenbereiches.
- Bi-Lobed-Flaps von prä- und postaurikulär oder aus der Wangen- und Halsregion für Defekte der lateralen Wange.

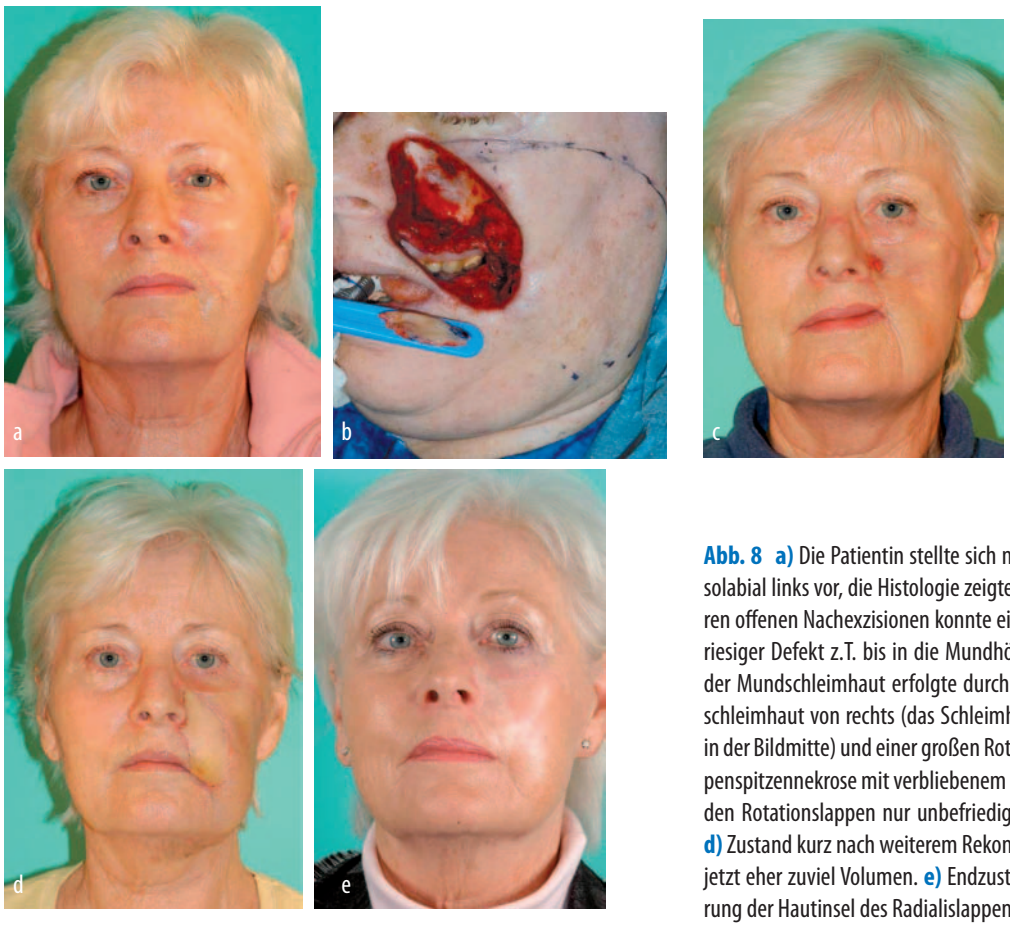


Abb. 8 **a)** Die Patientin stellte sich mit einem anoperierten Basaliomrezidiv nasolabial links vor, die Histologie zeigte die Resektion non in sano. **b)** Nach mehreren offenen Nachexzisionen konnte eine R0-Situation erreicht werden, es war ein riesiger Defekt z.T. bis in die Mundhöhle hinein entstanden. Die Rekonstruktion der Mundschleimhaut erfolgte durch ein Schleimhauttransplantat mit Wangenschleimhaut von rechts (das Schleimhauttransplantat liegt auf dem Skalpellgriff in der Bildmitte) und einer großen Rotationslappenplastik. **c)** Es kam zu einer Lappenspitzennekrose mit verbliebenem Hautdefekt, das fehlende Volumen ist durch den Rotationslappen nur unbefriedigend aufgefüllt, die Oberlippe ist verzogen. **d)** Zustand kurz nach weiterem Rekonstruktionsschritt mit freiem Radialislappen, jetzt eher zuviel Volumen. **e)** Endzustand nach Volumenkorrektur und Verkleinerung der Hautinsel des Radialislappens.



Abb. 9 **a)** Ausgedehnter kongenitaler Naevus-Zellnaevus (NZN), Z.n. einengender Exzision im Bereich der Wange. **b)** Vorbereitung der subtotalen Entfernung des NZN mit Expanderimplantation über dem Kieferwinkel und fraktionierter Füllung des Expanders. Eingezeichnet sind die Grenzen der ästhetischen Einheiten, die auch getrennt rekonstruiert werden müssen, die korrekte Lage der Nasolabialfalte ist auf der Gegenseite angezeichnet. **c)** Rekonstruktionsergebnis zwei Jahre postoperativ, die Wange wurde mit der vorexpandierten Wangenrotation gedeckt, die Oberlippe mit einer Rotationplastik mit Narbe radial zur Mundöffnung an der Oberlippe und im Verlauf der Nasolabialfalte, der Nasenabhang mit einem paramedianen Stirnlappen von links und der Nasenflügel mit einem Hauttransplantat – gewonnen aus der Haut eines Burow-Dreieckes an der Wange.

- Hauttransplantate von prä-, retroaurikulär oder vom Hals/supraklavikulär. Nahe am Unterlid sollte das Transplantat über die gesamte Länge des Unterlides geführt werden.
- Freie Lappenplastiken bei sehr großen Defekten.

Mit den aufgelisteten Techniken ist nicht immer auf Anhieb das bestmöglichste ästhetische Ergebnis zu erzielen. Schon bei der ersten Planung ist die Option des Zweiteingriffs mit dem Patienten zu besprechen: Die Narbenkorrektur, die Verschmälerung oder Ausdünnung von Lappen, sowie die Korrektur oder Resektion einer primär unverzichtbaren sich aufstauchenden Lappenbasis. Insgesamt erfordert die Rekonstruktion im Bereich der Wange die Kenntnis sämtlicher zur Verfügung stehender Möglichkeiten der plastischen Chirurgie und eine Menge Erfahrung, um die jeweils beste Operationsmethode auswählen zu können. Voraussetzung für einen komplikationsarmen Verlauf ist neben der richtigen Planung auch eine sorgfältige, gewebeschonende Operationstechnik. Sollte es trotzdem zu Komplikationen kommen (vgl. Abb. 8), ist eine sensible Patientenführung gefragt, um mit dem Patienten gemeinsam zu einem guten Endergebnis zu kommen. ■

Literatur

1. Haas E (1991) Plastische Gesichtschirurgie. Thieme, Stuttgart, New York
2. Jackson IT (1985) Local flaps in head and neck reconstruction. Mosby, St Louis
3. Kastenbauer ER, Tardy ME jr (1999) Ästhetische und Plastische Chirurgie an Nase, Gesicht und Ohrmuschel, Thieme, Stuttgart
4. Krupp S (1994) Plastische Chirurgie. Klinik und Praxis. ecomed, Landsberg
5. Mc Carthy JG (1990) Plastic surgery. Saunders, Philadelphia
6. Olivari N (2004) Praktische Plastische Chirurgie. Ein Operationsatlas. Kaden, Heidelberg

Dr. med. Annegret Schwieger
Klinik für Plastische Gesichtchirurgie
Marienhospital Stuttgart
Böheimstraße 37
70199 Stuttgart
eMail: AnnegretSchwieger@vinzenz.de

Der Einsatz von regenerativen Gewebeersatzmaterialien in der plastischen Chirurgie

Marcus Spies

Nach Tumorerkrankung oder Verletzung ist die Rekonstruktion der Form und der Funktion, trotz der heutzutage verfügbaren mikrochirurgischen Verfahren, oftmals eine Herausforderung. Häufig ergeben speziell am Körperstamm Situationen, in denen eine operative Wiederherstellung körpereigener Strukturen mit autologem Material nur begrenzt möglich ist. Speziell bei der Rekonstruktion von Bauchdeckendefekten und der sekundären oder wiederholten Rekonstruktion der weiblichen Brust mit Implantaten ist der Ersatz von einerseits stabilen, andererseits elastischen und anpassungsfähigen Gewebeschichten erforderlich. Dies bietet ein ideales Einsatzgebiet für die neuen biologischen Matrices, wie Alloderm® oder Strattice®.

Regenerative Gewebematrices können in der plastischen Chirurgie entscheidend dazu beitragen kritische Probleme bei der Rekonstruktion von Form und Funktion zu lösen. Die von der Firma Lifecell entwickelten Matrices Alloderm und Strattice bestehen aus humaner bzw. porciner Dermis und werden in einem patentierten Verfahren aufbereitetet, durch das sämtliche zellulären Komponenten entfernt werden (Abb. 1). Die immunologische Abstoßung des Implantats wird dadurch entscheidend reduziert. Gleichzeitig werden im Gegensatz zu anderen Verfahren jedoch die Zusammensetzung sowie die biochemischen Eigenschaften der extrazellulären Matrixbestandteile intakt beibehalten. Dies führt zu einer geringer ausgeprägten Entzündungsreaktion in der Wundheilungsphase bei frühzeitiger Induktion der Revaskularisation und der zellulären Besiedelung der Matrix mit Fibroblasten. Das Risiko einer Abstoßung des Gewebeersatzes wird dadurch im Gegensatz zu anderen Implantaten oder Netzen deutlich reduziert.

Einsatzgebiete sind die Brustrekonstruktion, die Kapselfibrose und der Bauchdeckenersatz

Zum Einsatz kommen diese regenerativen Gewebeersatzmaterialen hauptsächlich bei der Rekonstruktion der weiblichen Brust nach Mastektomie, um eine Verbesserung der Implantatbedeckung speziell des unteren Pols bei submuskulärer Implantation zu erreichen. Weitere Anwendungen ergeben sich in der operativen Behandlung beim Auftreten einer wiederholten Kapselfibrose nach Brustaugmentation oder beim Bauchdeckenersatz in besonders problematischen Situationen, wie etwa der ausgedehnten ventralen Bauchwandhernie, dem infizierten Bauchwanddefekt oder bei Unverträglichkeit anderer synthetischer Materialien. Hier helfen besonders die Gewebeeigenschaften des Materials sowie die in Tierversuchen nachgewiesene rasche Revaskularisation und Zellrepopulation, eine gute Integration des Materials herbeizuführen und damit auch ideale biologische Eigenschaften zu garantieren. Aufgrund des speziellen Verfahrens wird das implantierte Material nicht als Fremdkörper erkannt, eine Abstoßungsreaktion bzw. Fremdkörperreaktion bleibt aus.

Mit den biologischen Matrices ist auch bei ausgedünntem Hautmantel eine Brustrekonstruktion mit Implantat möglich

Bei der Rekonstruktion der weiblichen Brust nach Mammakarzinom kommt eine Vielzahl von Verfahren zur Anwendung. Man unterscheidet dabei die Rekonstruktion mit Implantaten oder mit Eigengewebe. Speziell bei der Rekonstruktion mit Implantaten ergeben sich immer wieder technische Probleme. In dieser Situation wird zum jetzigen Zeitpunkt die submuskuläre Platzierung des Implantates empfohlen, da andernfalls das Implantat nur durch den ausgedünnten Resthautmantel nach Ablatio bedeckt wird. Beide biologische Matrices erlauben die Rekonstruktion mit Implantaten auch dann, wenn aufgrund der Mastektomie eine nur unzureichende Weichteilbedeckung des zur Rekonstruktion verwendeten Implantates möglich ist. Dazu wird eine Art „interne Brassiere“ gebildet (Abb. 2, 3), die einerseits das Implantat stützt, anderseits eine komplette Bedeckung des unteren Pols des Implantat nach submuskulärer Platzierung erreicht. Bei sehr ausgedünntem Hautmantel nach hautsparender Mastektomie, subkutaner Mastektomie oder bei Implantatwechsel nach Kapselfibrose reduzieren das zusätzlich eingebrachte Gewebe und die Verschiebeschicht die Implantatsichtbarkeit und Tastbarkeit deutlich. Operationstechnisch erlaubt die Verwendung von Alloderm oder Strattice eine verbesserte Formgebung der rekonstruierten Brust mit einer verbesserten Definition der Submammärfalte sowie einer verbesserten Kontrolle der Implantatposition. Die bekannten Probleme, die mit der Implantatrekonstruktion verbunden sind, wie beispielsweise das sogenannte

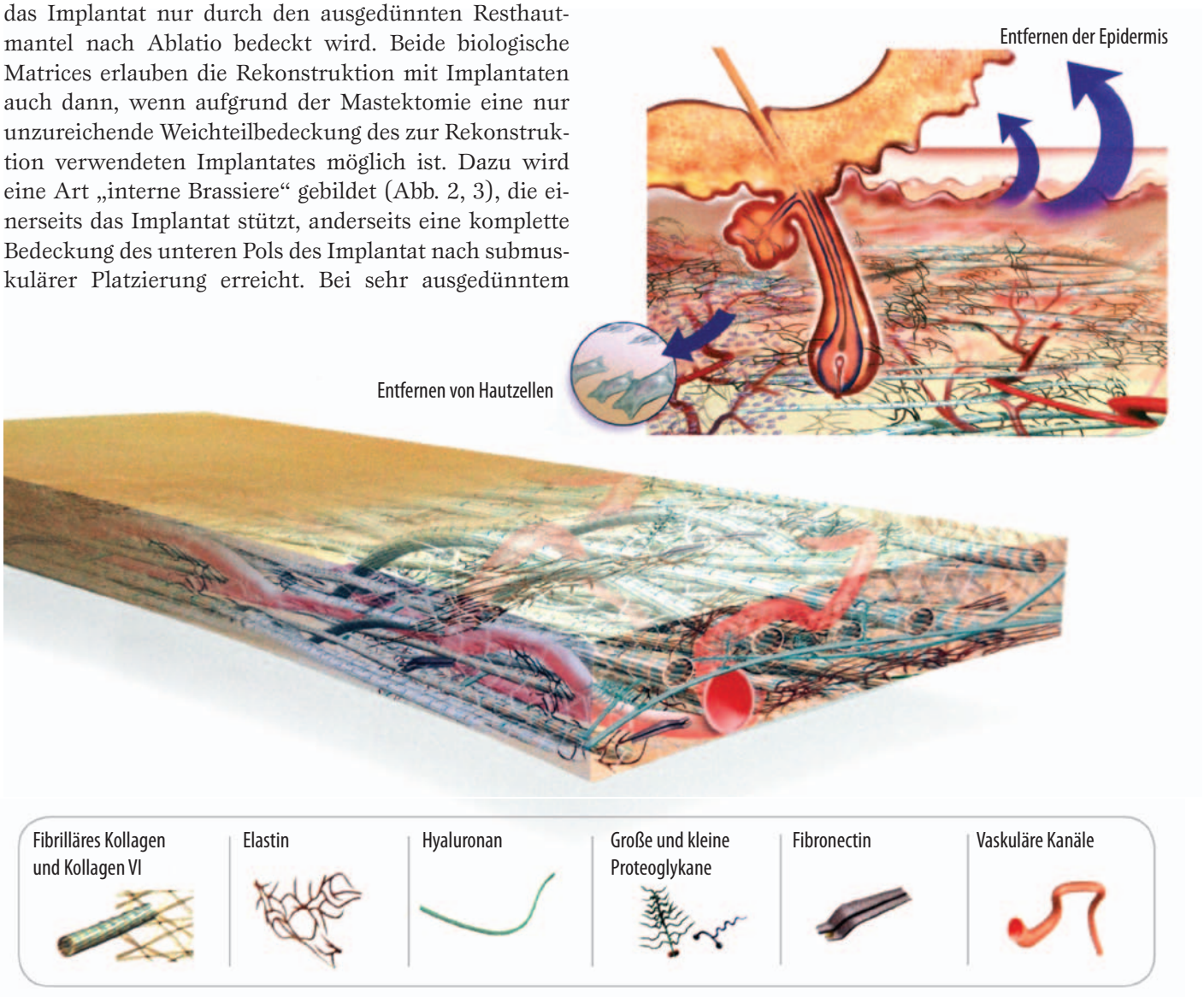


Abb. 1 Biologische Matrices. Herstellung und Eigenschaften

„Bottoming-out“, die Dislokation des Implantates oder die unnatürliche Tastbarkeit des Implantats sowie die druckbedingte Ausdünnung des Hautweichteilmantels werden dadurch vermieden. Im Gegensatz zu anderen denaturierten oder mit Kollagen-Cross-Linking behandelten Materialien, wird das Gewebe vollständig integriert, revaskularisiert und Bindegewebszellen besetzt, so dass auch hier die Eigenschaften von normalen körpereigenen, ortständigen Gewebe entstehen.

Biologische Matrices verfügen über ausreichende Stabilität und Festigkeit bei gleichzeitiger vorhandener Elastizität

Beim problematischen Bauchwandverschluss zeigt sich oft, dass synthetische Materialen, die nicht vollständig integriert werden, als Fremdkörper wirken können. Vielen Fällen eines Platzbauches oder eines Bauchwanddefektes liegt ein lokaler, gegebenenfalls auf den Boden einer Peritonitis entstandener Infekt zugrunde. Die Verwendung von synthetischem Material zum Hernienverschluss ist in diesen Fällen meist mit dem Risiko einer Ausbreitung des Infektes oder der beschleunigten Abstoßung des Materials verbunden. Biologisch regenerative Matrices wie Alloderm und Strattice verfügen hingegen über eine ausreichende Stabilität und Festigkeit bei gleichzeitiger vorhandener Elastizität, so dass hier die physiologischen Eigenschaften der Bauchwand wiederherstellbar sind. Durch die gute Revaskularisation und Integration des Gewebes sind sie auch deutlich infektresistenter als andere biologische Matrices. Selbst die gleichzeitige Anwendung der VAC®-Therapie zum temporären Hautweichteilverschluss ist möglich. Dabei wird im Regelfall das Implantat normal integriert und bildet nach Revaskularisation die Grundlage für einen Wundverschluss durch Sekundärheilung. Bei nicht infizierten großen Bauchwandhernien kann die biologische Matrix einerseits in üblicher Weise als biologisches Netz in Underlay-, Onlay- oder Overlay-Technik verwendet werden. Zusätzlich kann in Underlay-Technik auch eine Verstärkung der Bauchwandrekonstruktion durch Komponentenseparation erfolgen (Abb. 4, 5).

An den vorgestellten Anwendungsgebieten für die Anwendung von Alloderm oder Strattice lässt sich zeigen, dass mit der Entwicklung dieser biologisch regenerativen Matrices die Möglichkeiten, problematische

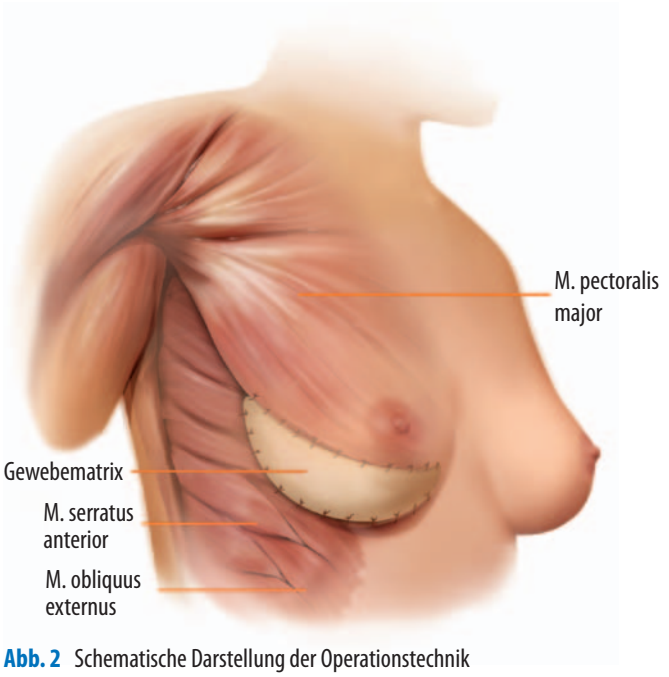


Abb. 2 Schematische Darstellung der Operationstechnik

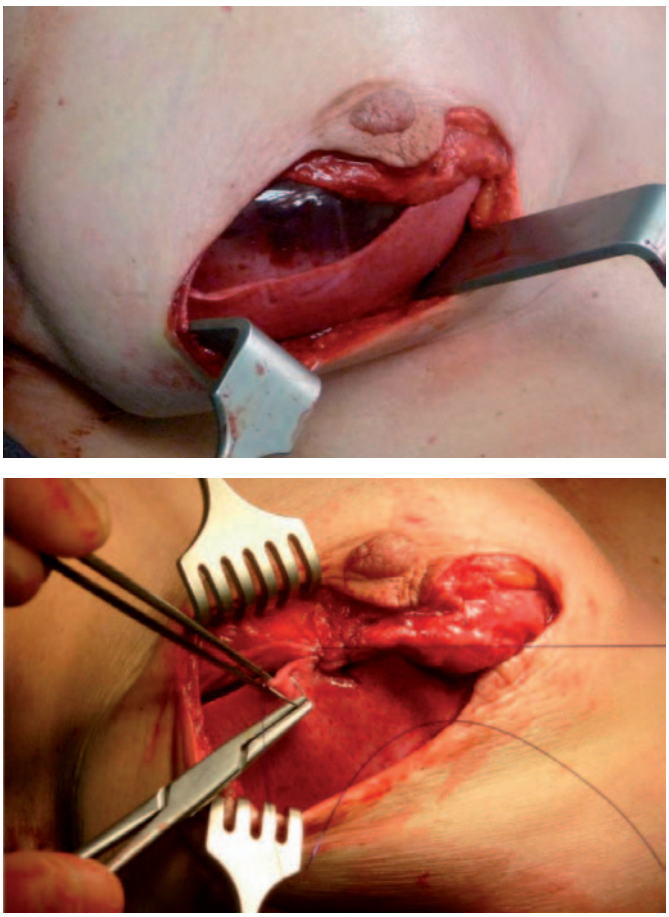
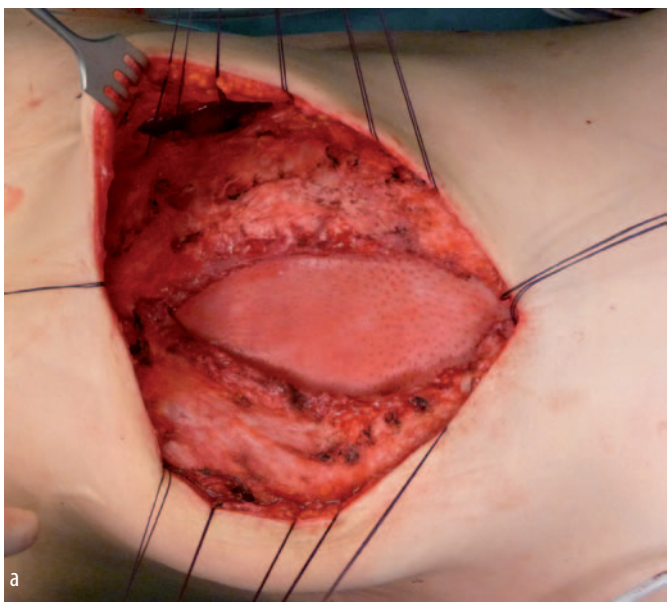
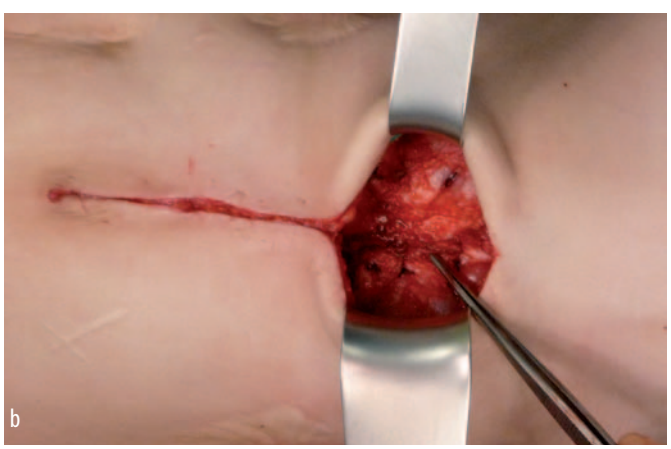


Abb. 3 Bildung einer Strattice-Schlinge als „interne Brassiere“ nach Implantatwechsel bei Kapselfibrose nach Brustrekonstruktion mit Implantat.



Abb. 4 Versorgung einer Bauchwandhernie mit Alloderm nach Abstoßungsreaktion auf synthetische Netzmaterialien.





Grenzsituationen der rekonstruktiven Chirurgie mit sicheren augmentativen Verfahren zu beherrschen, deutlich erweitert werden. ■

Literatur

1. Silverman RP, Li EN, Holton LH 3rd, et al (2004) Ventral hernia repair using allogenic acellular dermal matrix in a swine model. Hernia 8: 336–342
2. Butler CE, Langstein HN, Kronowitz SJ (2005) Pelvic, abdominal, and chest wall reconstruction with AlloDerm in patients at increased risk for mesh-related complications. Plast Reconstr Surg 116: 1263–1275
3. Breuing KH, Colwell AS (2007) Inferolateral AlloDerm hammock for implant coverage in breast reconstruction. Ann Plast Surg 59: 250–255
4. Spear SL, Parikh PM, Reisin E, Menon NG (2008) Acellular dermis-assisted breast reconstruction. Aesthetic Plast Surg 32: 418–425
5. Sandor M, Xu H, Connor J, et al (2008) Host response to implanted porcine-derived biologic materials in a primate model of abdominal wall repair. Tissue Eng Part A 14: 2021–2031

Priv.-Doz. Dr. med. Marcus Spies
Klinik für Plastische, Hand- und wiederherstellende Chirurgie
Krankenhaus Barmherzige Brüder
Prüfeninger Straße 86, 93049 Regensburg
eMail: plastischechirurgie@barmherzige-regensburg.de



Abb. 5a, b Sekundäre Bauchwandrekonstruktion mit Strattice und Komponentenseparation nach Omphalozele. **a** Strattice Underlay nach durchgeführter Komponentenseparation. **b** Verschluss der Rektusdiastase. **c, d** Sechs Monate nach Bauchdeckenrekonstruktion und einen Monat nach Nabelplastik und Korrektur der Restnarben.

LifeCell
A KCI Company



Eine innovative Technik zur Brustrekonstruktion

OP-Workshop und Symposium auf der DGPRÄC
Hannover, 9. und 11. September 2009

Ausführliche Informationen:
KCI Medizinprodukte GmbH
Freephone: 0800 783 3524

Strattice®
RECONSTRUCTIVE TISSUE MATRIX

Endoskopische Behandlung von Speicheldrüsenverletzungen bei Verjüngungsoperationen im Gesicht

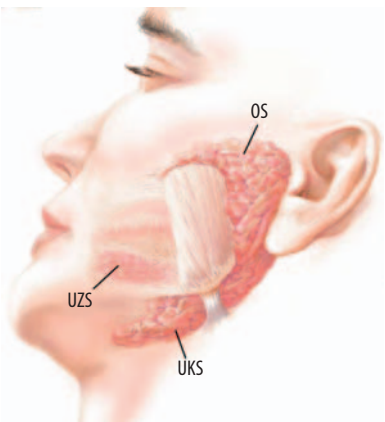
Raymund E. Horch, Heinrich Iro

Seit der historischen Beschreibung des ersten Facelifts durch Hollander 1901 wurden zahlreiche Modifikationen der Rhytidektomie mit dem Ziel einer Verjüngung des Gesichtsausdruckes entwickelt. Unter anderem durch die Mitelevation des SMAS-Gewebes, die Bourget erstmals 1928 beschrieben und Skoog 1969 weiterentwickelt hat, wurden die anatomischen Grundlagen solcher Operationen weiter aufgedeckt. Dies führte 1976 zur detaillierten Beschreibung der SMAS-Schicht durch Mitz, Peyronie und Tessier. Die Behandlung tiefer gelegener Gewebeschichten entwickelten dann Tessier 1981 und Hamra 1992 durch das sogenannte „Masklift“ und das „Composite-Facelift“ weiter [1, 2], wobei bei letzterem die Haut großflächig bis in die Tiefe unterminiert wird, um sowohl Wangenfett, SMAS-Gewebe, Teile des Musculus orbicularis oculi als auch die Haut zu straffen. Vorlieben und Erfahrungen einzelner Operateure beeinflussen dabei bekanntlich die Indikationsstellung zu den unterschiedlichen Verfahren, die zudem aus verschiedenen Gründen auch einem ständigen Wandel der Präferenzen unterliegen.

Durch immer invasivere Verfahren besteht ein erhebliches Risiko für Speicheldrüsenverletzungen

Neben den gefürchteten postoperativen Blutungen ist die Verletzung des Nervus facialis bzw. einzelner Fasern des rein motorischen Nervs, eine noch immer gefürchtete und bekannte Komplikation solcher Eingriffe. Da besonders hohe Anforderungen an die Aufklärung wegen eventuell möglicher Komplikationen oder Schädigungen durch eine Faceliftoperation bei ästhetischen Eingriffen gestellt werden, sind auch seltenere Nebenwirkungen in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung. Über die typischen Komplikationen, wie hypertrophe Narbenbildungen, Gewebeuntergang, Infektionen, narbigen Verziehungen hinaus, werden Verletzungen der Speicheldrüsen in diesem Zusammenhang allerdings nur selten berichtet.

Eine aktuelle Arbeit aus der Zeitschrift *Laryngoscope* beschreibt eine Methode der endoskopischen Behandlung von Speicheldrüsenverletzungen im Rahmen solcher Verjüngungsoperationen im Gesicht [3]. Die Autoren weisen darauf hin, dass durch die immer invasivere Verfahren mit Unterminierung der SMAS-Gewebeschicht und die anschließenden Pexienähte ein



Anatomie der Speicheldrüsen: OS = Ohrspeicheldrüse, UKS = Unterkieferspeicheldrüse, UZS = Unterzungenspeicheldrüse

erhebliches Risiko für Speicheldrüsenverletzungen besteht. Dabei kann sowohl die Kapsel, als auch das Parenchym der Glandula parotis oder des Parotisgang-Systems komprimiert oder verletzt werden. Hierdurch kommt es zur Ausbildung von Speicheldrüsenpseudozysten (Sialozelen), Parotisfisteln, anhaltenden Schwellungszuständen während der Mahlzeiten oder zu einem trockenen Mund bei mangelnder Funktion. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass es sich insgesamt um relativ seltene Komplikationen nach Faceliftoperationen handele, die aber immerhin gelegentlich beschrieben worden seien [4, 5]. Neben typischen Rhytidektomie-Operationen wurden solche Verletzungen in jüngerer Zeit nach sogenanntem Aptos-Fadenlift-Verfahren beobachtet [6, 7]. In der vorliegenden Arbeit von Nahlieli et al. werden immerhin 14 Fälle von iatrogener Speicheldrüsenverletzung und deren Behandlung beschrieben.

Anatomische Grundlagen

Die Glandula parotis liegt beim Menschen prä- und subaurikulär und reicht vom Jochbogen bis zum Kieferwinkel. Sie ist von einer bindegewebigen Kapsel (Parotisloge) umgeben. Die Drüsenzellen produzieren einen Primärspeichel, der sich auf dem Weg durch das ableitende System in seiner Zusammensetzung ändert. Der Ausführungsgang (Ductus parotideus oder Stenon-Gang) verläuft entlang des Musculus masseter und durch den Musculus buccinator in die Backenschleimhaut. Die Papille ist in der Mundhöhle gegenüber dem ersten bis zweiten oberen Molaren als kleiner dunkler Punkt zu erkennen.

Der Plexus parotideus, der aus Fasern des Nervus facialis (VII. Hirnnerv) besteht, gibt Fasern ab, die unter anderem für die Steuerung der mimischen Muskulatur im Gesicht zuständig sind. Parasympathische Fasern aus dem Nervus auriculotemporalis – also letztlich aus dem Nervus trigeminus – stellen die parasympathische Innervation.

Die Parotis wird vom Ramus parotideus der Arteria temporalis superficialis versorgt. Der Blutabfluss erfolgt über die Venae parotideae, die in die Vena retromandibularis und schließlich in die Vena jugularis interna mündet.

Ursache für die Verletzung ist vermutlich eine unzureichende chirurgische Technik in Folge mangelnder anatomischer Kenntnisse

Die Patienten wurden im Zeitraum zwischen 2001 und 2007 behandelt [3, 8, 9]. Die Diagnosestellung erfolgte durch Ultraschall, Sialographie und Sialoendoskopie der Glandula parotis, um entweder eine Obstruktion des Ausführungsganges auszuschließen oder eine Leckage zu diagnostizieren. Aufgrund ihrer Befunde schlagen die Autoren eine Unterteilung in vier unterschiedliche Typen der Verletzungsmuster vor.

Beim ***Typ 1*** handelt es sich um eine Kompression des Ductus parotideus (Stenon-Gang) in der Kurvatur um den Musculus masseter durch die Pexie des SMAS. Dieser Typ verursacht vorübergehende Schwellungszustände bei den meisten Patienten.

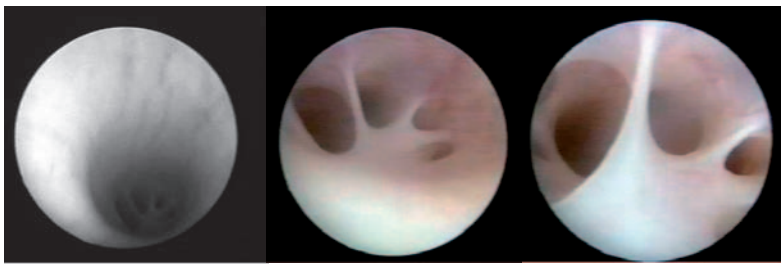
Beim ***Typ 2*** beschreiben die Autoren eine Verletzung der Parotiskapsel. Auch hierbei wird eine temporäre Schwellung der Verletzungszone beobachtet.

Beim ***Typ 3*** handelt es sich um die Kompression des Stenon-Gangs in der Kurvatur um den Musculus masseter herum, ebenfalls in Folge der Spannung des SMAS sowie um eine Lazeration der Parotiskapsel mit der Folge einer Sialozele und einer lang anhaltenden Schwellung.

Als ***Typ 4*** bezeichnen die Autoren die komplette Durchtrennung oder Durchdringung des Hauptspeicheldrüsen-Ausführungsgangs oder einer der Hauptäste. Dies resultiert ebenfalls in einer Sialozele in der Verletzungszone.

Als Ursache vermuten die Autoren eine unzureichende chirurgische Technik in Folge mangelnder anatomischer Kenntnis der Grenze zwischen SMAS und der Parotisfaszie und der Spannung der Parotiskapsel durch stumpfe oder scharfe Dissektion und Zerreißung des Speicheldrüsenausführungsganges durch Hakenzug während eines Facelifts. Als Behandlungsoptionen geben sie beim Typ 1 die konservative Therapie an. Dabei soll durch gezielte Massage der Regenerationsprozess beschleunigt werden.

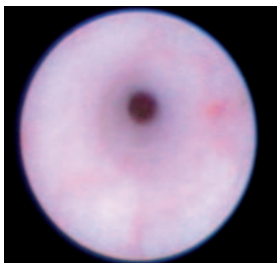
Beim Typ 2 empfehlen sie die Anlage einer Jobst Kompressionsbandage. Im Einzelfall wird auf die endoskopische Dilatation des Speicheldrüsenausführungsgang empfohlen. Beim Typ 3 setzen die Autoren eine endoskopische Dilatation des Ausführungsganges zur Drainage der Sialozele ein.



Sialoskopie. Normalbefund Gl. parotis: Stenon-Gang von distal nach proximal



Steine im Stenongang



Stenose im Ausführungsgang durch Gangfibrose

Bei der Typ-4-Verletzung wird nach endoskopischer Exploration der proximale und distale Stumpf des Ausführungsganges aufgesucht und eine Drainage als Schienung eingelegt, die für 28 Tage belassen wird. Zusätzlich werden Antibiotika und Dexamethason verabreicht.

Die Autoren begründen die Veröffentlichung dieser von ihnen beobachteten Fälle damit, dass durch die starke Zunahme ästhetischer Prozeduren im Gesicht auch zunehmend Berufsgruppen solche Eingriffe vornehmen würden, die keine entsprechende Facharztausbildung durchlaufen hätten. Die leichteren Formen der Verletzung werden allerdings nicht in der vollen Häufigkeit gesehen, da solche Patienten wahrscheinlich nicht alle in entsprechende Spezialzentren überwiesen werden. Die häufigsten hier beschriebenen Fälle bestehen in der Verletzung der Parotis während des chirurgischen Eingriffes oder Durchtrennung des Ganges mit anschließenden Parotisfisteln. Dabei wird darauf hingewiesen, dass besonders der kaudale Anteil der Glandula parotis sehr vulnerabel ist und wesentlich weniger widerstandsfähiger als der kraniale Anteil.

Bei versehentlicher Verletzung der Parotis während einer Faceliftoperation sollte die Präparation unbedingt abgebrochen werden

Grundsätzlich halten die Autoren fest, dass direkte Verletzungen des Speicheldrüsenganges am sinnvollsten durch eine sofortige Reanastomosierung oder im Falle eines Lecks durch Direktverschluss behandelt werden sollten. Ist dies nicht möglich, wird die Einlage eines Stents empfohlen, im Einzelfall kann auch die Anastomose des proximalen Ganges an die Mundschleimhaut mit Ausbildung eines neuen Orifiziums erfolgen. In der Literatur werden auch Interpositionen von autologen Saphena-Transplantaten beschrieben. Es wird darauf hingewiesen, dass bei versehentlicher Verletzung der Parotis während einer Faceliftoperation die Präparation der Speicheldrüse unbedingt abgebrochen werden sollte. Die endständigen kleinen Ausführungsgänge sollten kauterisiert und in einem solchen Fall die Parotiskapsel und die darüber liegende Faszie wieder vernäht werden. Durch Botox-Injektionen kann auch eine Minderung des Speichelflusses hervorgerufen werden, was im Einzelfall für die Abheilung sinnvoll sein kann.

Bei ausreichender Kompression von außen können Parotisfisteln häufig innerhalb einer Woche, mit oder ohne Aspirationen, wieder abheilen. Zur Vermeidung von Parotisverletzungen empfehlen die Autoren die sichere Identifizierung von anatomischen Landmarken sowie die Anwendung von Nervenstimulatoren. Ferner kann durch intravitale Anfärbung mit Methylenblau die Parotis angefärbt werden. Besondere Vorsicht ist bei Frauen mit sehr dünner Gesichtshaut geboten – wegen der unmittelbaren Nachbarschaft zwischen SMAS, Parotiskapsel und dem Stenon-Ausführungsgang.

Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, dass die Verletzung des Speicheldrüsenausführungsganges der Glandula parotis insgesamt ein in der Literatur zwar nur selten berichtetes Problem bei der Faceliftoperation ist. Durch die Beachtung der anatomischen Landmarken und die Vermeidung von unnötigem Hakenzug auf die Parotis kann das Verletzungsrisiko minimiert werden. Kommt es zu einer Verletzung mit Ausbildung einer Sialozele oder einer Fistel, ist es wichtig, dieses Problem zu erkennen. Durch Einsatz der endoskopischen Techniken kann in den allermeisten Fällen, gegebenenfalls mit längerfristiger Stent-Einlage, die Verletzung wieder behoben werden. ■

Literatur

1. Tessier P (1989) Subperiostales Facelift (Französisch). Ann Chir Plast Esthet 34: 193–197
2. Hamra S (1993) Composite rhytidectomy. Quality Medical Publishing, St Louis
3. Nahlieli O, Abramson A, Shacham R, Puterman MB, Baruchin AM (2008) Endoscopic treatment of salivary gland injuries due to facial rejuvenation procedures. Laryngoscope 118: 763–767
4. Barron R, Margulis A, Icekson M, et al (2001) Iatrogenic parotid sialocele following rhytidectomy: diagnosis and treatment – cosmetic case report. Plast Reconstr Surg 108: 1782–1784
5. McKinney P, Zuckerbraun BS, Smith JW, et al (1996) Management of parotid leakage following rhytidectomy. Plast Reconstr Surg 98: 795–797
6. Winkler E, Goldan O, Regev E, et al (2006) Stensen duct rupture (sialocele) and other complications of the aptos thread technique. Plast Reconstr Surg 118: 1468–1471
7. Baurmash HD (2004) Obstructive parotitis after rhytidectomy. J Oral Maxillofac Surg 62: 1439
8. Nahlieli O, Iro H, McGurk M, Zenk J (2007) Modern management preserving the salivary glands. Hrzeliya, Isradon
9. Nahlieli O, Levy Y (2001) Intravital staining with methylene blue as an aid to facial nerve identification in parotid gland surgery. J Oral Maxillofac Surg 59: 355–356

Prof. Dr. med. Raymund E. Horch
Direktor der Plastisch- und Handchirurgischen Klinik, Universitätsklinikum Erlangen
Krankenhausstraße 12, 91054 Erlangen
eMail: Raymund.Horch@uk-erlangen.de

Prof. Dr. med. Heinrich Iro
Direktor der Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Kopf- und Hals-Chirurgie, Universitätsklinikum Erlangen
Waldstraße 1, 91054 Erlangen

Plastische Chirurgen auf dem Deutschen Chirurgenkongress ausgezeichnet

Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Steinau, Direktor der Klinik für Plastische Chirurgie und Schwerbrandverletzte am BG-Universitätsklinikum Bergmannsheil Bochum, erhielt den von Ethicon gestifteten Erich-Lexer-Preis, die höchste klinische Auszeichnung der DGCH für seine Arbeiten zu „Gliedmaßenerhaltenden Techniken und Ergebnissen bei Weichgewebssarkomen“ und seine Verdienste in der Bearbeitung der Geschichte der DGCH. In jährlichem Wechsel erhalten Orthopäden oder Chirurgen diese Ehrung für herausragende Ergebnisse auf dem Sektor der Wiederherstellungschirurgie. Der Preis wurde erstmalig auf dem DGCH-Kongress 1973 verliehen und dient der Förderung der rekonstruktiven Chirurgie.



P. Vogt, L. Steinsträßer, H.-U. Steinau

Prof. Dr. med. Lars Steinsträßer, ebenfalls aus dem BG-Universitätsklinikum Bergmannsheil Bochum, wurde durch den DGCH- Präsidenten Prof. Dr. med. Dr. h.c. Volker Schumpelick mit dem Von- Langenbeck-Preis ausgezeichnet, dem höchstdotierten Wissenschaftspreis der DGCH. Der Preis wird für die beste eingereichte Arbeit auf dem gesamten Gebiet der Chirurgie oder ihrer Grenzgebiete zuerkannt. Prämiert wurde die Arbeit „Rolle der Effektormoleküle des angeborenen Immunsystems bei Problemwunden“. Weitere chirurgische Kollegen aus der Plastischen Chirurgie, die diese renommierte Auszeichnung in der Vergangenheit erhielten sind Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Steinau und Prof. Dr. med. Peter M. Vogt.

Dr. med. Murat Dagdelen, Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie am Roten Kreuz Krankenhaus Kassel, erhielt das Stipendium als Fortbildungshilfe für einen Forschungsaufenthalt am Shanghai First People Hospital, Shanghai, VR China.



Privatdozent Dr. med. Karsten Knobloch, Oberarzt der Abteilung für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie (Vogt) der Medizinischen Hochschule Hannover, erhielt Anfang April 2009 als erster Europäer überhaupt den Golden Hour Award for Outstanding Clinical Research. Der Preis wurde auf der Critical Care Transport Medicine Conference in San Antonio, Texas, USA verliehen. Den Preis erhielt Knobloch für die Arbeit: Immediate hemodynamic response to betablockers in thoracic pain – a preclinical study using the ultrasonic cardiac output monitor.

Dr. med. Mareike Leffler, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie am Universitätsklinikum Erlangen (Horch), wurde von der Christiane Nüsslein-Volhard-Stiftung und dem L’Oréal-UNESCO „For Women in Science“ Förderprogramm mit einem Stipendium ausgezeichnet.

Der Einsatz von Macrolane zur Korrektur von Volumendefekten

Beatrix Restel, Jan Restel

Ästhetisch unbefriedigende Körperkonturen – seien sie angeboren oder durch äußere Einflüsse wie Unfälle oder invasive Eingriffe zustande gekommen – führen bei den meisten Menschen zum Wunsch nach einer Korrektur. Allerdings bestehen auch häufig Bedenken, sich einer Operation zu unterziehen, weil das Risiko einer Narkose oder eine spätere Narbenbildung befürchtet werden. Zwischenzeitlich wurden zur Behandlung solcher Defekte Hyaluronsäure-Präparate entwickelt, die eine gute Möglichkeit bieten, mit minimal-invasiver Injektionsbehandlung konkave Körperdeformitäten aufzufüllen und so eine verbesserte Konturierung zu erreichen. Das von der Firma Q-Med entwickelte medizinische Implantat Macrolane™ hat sich sowohl für den ästhetischen Brustaufbau als auch für die Auffüllung bestimmter Körperregionen vielfach bewährt. Über 5 000 Patienten wurden mittlerweile bei verschiedenen Indikationen mit Macrolane behandelt.

Eine Auffrischungsbehandlung nach 9 bis 12 Monaten gewährleistet eine deutlich längere Haltbarkeit

Macrolane wird in zwei verschiedenen Formulierungen hergestellt, die eine unterschiedliche Hebekapazität im Gewebe besitzen: Macrolane VRF20 und Macrolane VRF30. VRF30 bewirkt eine stärkere Hebekapazität als VRF20, das eine softere Oberflächenstruktur aufweist und daher auch für sensible Körperareale geeignet ist. Das Hyaluronsäure-Gel wird mit Hilfe der patentierten Nasha™-Technologie hergestellt. Bei diesem hoch spezifischen Prozess wird im Vergleich zu anderen Hyaluronsäureprodukten im Markt nur etwa ein Prozent der biotechnologisch gewonnenen, nicht-animalischen Hyaluronsäure durch dreidimensionale Vernetzung stabilisiert. Insofern steht ein biokompatibles Produkt zur Verfügung, das physiologisch abgebaut werden kann.

Durch die Implantation dieser Hyaluronsäure vermeidet der Patient einen invasiven operativen Eingriff und erreicht einen schnell feststellbaren Effekt, ohne dass sich eine nachfolgende Auszeit als notwendig erweist. Die Sicherheit und Verträglichkeit von Macrolane ist in umfangreichen Untersuchungen und Studien belegt worden. Mit dem Verzicht auf animalische Rohstoffe erübrigen sich allergologische Testungen vor der Anwendung.

Als Wirkdauer wird von den behandelnden Ärzten, von unabhängigen Studienbeobachtern sowie von den mit Macrolane behandelten Patienten eine Dauer von mindestens 12 bis 18 Monaten angegeben. Eine Auffrischungsbehandlung nach 9 bis 12 Monaten gewährleistet eine deutlich längere Haltbarkeit. In diesem Zeitraum kann dann über eine weitere Injektion des Füllmaterials oder andere Maßnahmen entschieden werden.

Milde Nebeneffekte – meist an der Injektionsstelle – gingen innerhalb kurzer Zeit zurück

Das Hyaluronsäure-Implantat führt nicht nur auf Grund seiner physikalischen Eigenschaften – wie hohe Wasserbindung, Viskosität, Erweiterung der Zellzwischenräume – zur erwünschten Wirkung, sondern ist zudem an der Bildung von Proteoglykanen beteiligt. Außerdem reagieren viele Rezeptoren an Zelloberflächen mit Hyaluronsäure, was der Proliferation dient. Auf

diese Weise wird die natürliche Neubildung von Gerüststrukturen angeregt, was einer weiteren und länger anhaltenden Verbesserung an den Zielarealen dienen kann.

Mehrere Studien haben die Wirkung und Sicherheit von Macrolane an Patienten, die eine Korrektur konkaver Körperdeformitäten wünschten, überprüft. Die Re-

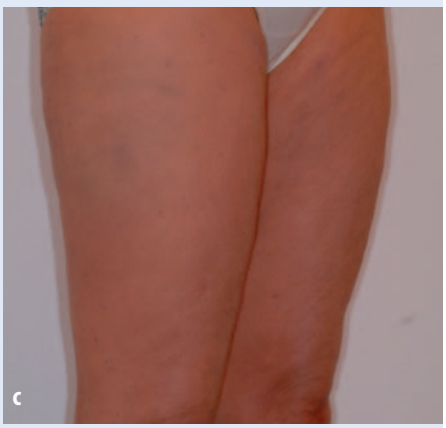
46jährige Frau nach Liposuktion

Bei der Frau wurde sechs Jahre zuvor in einer anderen Praxis eine Liposuktion mit einem völlig unakzeptablen Ergebnis vorgenommen, so dass der dringende Wunsch der Patientin nach einer umfangreichen Korrektur der Beinkontur verständlich war. Besonders gravierend waren die zahlreichen Weichteildefekte mit Verwachsungen an der Muskelfaszie.

Eine Unterfütterung mit Eigenfett war mangels vorhandenem Fettgewebe nicht möglich. Die Patientin gab nach entsprechender Abklärung der zu erwartenden Ergebnisse und umfassender Aufklärung ihr Einverständnis zur Behandlung mit Macrolane. Vor Beginn des Eingriffs wurde ein präventiver antibiotischer Schutz mit zwei Gramm Cefotiam i.v. vorgenommen. Während des Eingriffs befand sich die Patienten in einem Dämmerschlaf, der durch einen Anästhesisten eingeleitet und überwacht wurde. Zunächst wurde eine Narbenlösung mit dem Toledo-Dissektor durchgeführt und anschließend das Produkt fächerförmig verteilt. Injiziert wurde subkutan gemäß empfohlener Injektionstechnik in ein Areal von insgesamt über 50 Quadratzentimeter, wobei zirka 25 Einstichstellen verwendet wurden. Mit Hilfe einer stumpfen 12-G-Kanüle wurden etwa 130 Milliliter Macrolane VRF20 im Bereich beider Oberschenkel innen, außen und zum Teil ventral injiziert. Die Nachversorgung erfolgte ambulant, der Patientin wurde für die ersten Tage ein Schmerzmittel (Ibuprofen) und Ruhe verordnet. Nach vier Tagen konnte die Patientin ihre alltäglichen Aktivitäten wieder vollends aufnehmen und war nach einer Woche schmerzfrei. Das Aussehen des behandelten Körperareals erwies sich bei allen Nachkontrollen als sehr stark verbessert, so dass die Patienten das Behandlungsergebnis als sehr gut beurteilte (Bilder).











a Zustand nach Liposuktion mit zahlreichen Weichteildefekten, zum Teil bis zur Faszie reichend, im Bereich der Oberschenkel außen, innen und ventral bds. **b** Präoperative Planungszeichnung. **c** Ergebnis zehn Wochen post operationem; Unterfütterung mit insgesamt 130 ml Macrolane im Bereich beider Oberschenkel. **d** Toledo-Dissektor: Einstich außerhalb des Weichteildefektes. **e** Gehobene Lappenstärke nach Lösen der Narbenstränge zur Muskelfaszie.

47jährige Patientin nach Bauchdeckenplastik und Liposuktion

Die Patientin mit Zustand nach Bauchdeckenplastik und Liposuktion durch einen auswärtigen Operateur und auffälligen kontrakten Narben stellte sich mit dem Wunsch nach einem glatten Hautbild vor. Eine Narbenkorrektur mit Mobilisierung des lokalen Weichteilmantels führte erneut binnen kurzer Zeit trotz Narbenmassage und der Anwendung von Narbenspezialprodukten zu kontrakter Narbenbildung. Die Patientin wurde über Wesen und Risiken der Behandlung aufgeklärt und gab ihre Einwilligung zur Behandlung mit Macrolane. Eine Antibiotika-Prophylaxe mit zwei Gramm Cefotiam i.v. wurde vorgenommen. Der Eingriff erfolgte im Dämmerschlaf. Die Narben wurden zuerst mit einem Toledo-Dissektor gelöst, anschließend wurden subkutan 30 Milliliter Macrolane VRF30 injiziert. Diese hier beschriebene Methode bietet den Vorteil, dass eine erneute Verwachsung der Narbe mit dem Subkutan-Gewebe durch Interposition von Macrolane vermieden wird. Es wurden drei Einstichstellen genutzt.

Die Patientin konnte unmittelbar nach der Behandlung ihre Alltagstätigkeiten wieder aufnehmen. Für sechs Wochen empfahl ihr die Praxis das Tragen eines entsprechenden Mieders. Als Begleiteffekte traten lediglich ein Hämatom und das Gefühl eines „Muskelkaters" auf. Die nachfolgende Schmerzbehandlung mit Ibuprofen wurde über eine Woche durchgeführt.

Die Patientin war mit dem unmittelbaren Resultat und dem weiteren Verlauf außerordentlich zufrieden und beurteilte das Aussehen des behandelten Körperareals auch sechs Monate postoperationem im Vergleich zur Ausgangslage als deutlich verbessert.



a Zustand nach Liposuktion des Bauches mit Weichteildefekten; Zustand nach Bauchdeckenplastik mit rezidivierend kontrakter Narbenbildung.
b,c Ergebnis nach Unterfütterung mit 30 ml Macrolane acht Wochen post operationem

sultate wurden mit Hilfe eine fünfstufigen GEIS-Skala (Global Esthetic Improvement Scale) ausgewertet, wobei sich die Beurteilungen durch Patienten und Ärzte weitgehend entsprachen. Das bedeutet, dass die Erwartungen der Patienten deutlich erfüllt wurden. Milde Nebeneffekte – meist an der Injektionsstelle – gingen innerhalb kurzer Zeit zurück. Während bei der Durchführung prospektiver Prüfungen an Patienten eine definierte Prüfplanung mit ihren limitierenden Ein- und Ausschlusskriterien berücksichtigt werden muss, ergeben sich in der täglichen Praxis des plastischen Chirurgen häufig Situationen, die nur unter Beachtung aller individuellen Gegebenheiten sicher und zufriedenstellend wirksam beeinflusst werden können. An zwei Patientinnen soll dies demonstriert werden. Diese Kasuistiken bestätigen, dass sich der Wunsch nach Korrekturen teilweise als sehr dringend erweist, was aufgrund der psychischen Belastung für diese Patientinnen durch die oftmals entstellenden Deformationen auch verständlich ist. Bevorzugt werden zumeist Methoden, bei denen keine festen Implantate eingesetzt oder invasive chirurgische Eingriffe vorgenommen werden. In der Regel führt der Facharzt die Unterspritzung mit Macrolane in kurzer Zeit durch, und der Patient kann nach der Behandlung nach Hause gehen. Minimale Ausfallzeiten erlauben eine rasche Wiederaufnahme von Arbeit und Freizeitaktivitäten. In weltweit mehr als zehn Millionen Anwendungen wurden Hyaluronsäure-Produkte, die mit der Nasha-Technologie gewonnen wurden, bereits in 70 Ländern erfolgreich eingesetzt, was für eine gute Wirksamkeit und Verträglichkeit dieser Produkte spricht. ■

Dr. med. Beatrix Restel
Dr. med. Jan Restel
Königsallee 66
40212 Düsseldorf

Umfrage Kalkulationskrankenhäuser – Daten akzeptiert?

Sehr geehrte Mitglieder,
wir möchten unsere gemeinsamen Anstrengungen um eine bessere DRG Bewertung der plastisch-chirurgischen Leistungen weiter koordinieren.

Dazu ist es unabdingbar, Kenntnis darüber zu erhalten, welche Daten aus plastisch-chirurgischen Abteilungen Eingang in die Kalkulation finden. Hier sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen!

Zwar ist über das INeK zu ermitteln, welche Häuser ihre Daten zur Kalkulation in 2008 eingereicht haben, leider aber nicht, welche Daten auch akzeptiert wurden. Wir wenden uns jetzt mit der Bitte an Sie, über Ihre Verwaltung in Erfahrung zu bringen, ob Ihr Haus im Jahr 2008 eine Kalkulationsvereinbarung hatte und bitten Sie herzlich, auch zu eruieren, ob die Daten Ihrer Abteilung vom INeK akzeptiert wurden und ob auch für das Jahr 2009 eine Vereinbarung besteht.

Weiterhin bitten wir Sie um Information, falls in Ihrem Haus geplant wird, einen neuen OP-Code beim DIMDI einzureichen. Rückmeldung bitte an die Geschäftsstelle.

Für Ihre Unterstützung danken



Prof. Dr. med. Günter Germann
Präsident



Prof. Dr. med. Hans-Eberhard Schaller
Sekretär und DRG-Beauftragter

Umfrage Aktuelle Situation/Veränderung durch die Honorarreform bzw. Gesundheitsfond: Benennung von regionalen Ansprechpartnern

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
bei zunehmender Diskussion in der Öffentlichkeit hinsichtlich der Niedergelassenen Fachärzte würden uns – jeweils bezogen auf das Bundesland/den KV-Bereich – die Veränderungen seit 1.1.2009 (im Positiven wie im Negativen) interessieren.

Wie sind die Auswirkungen auf das Budget, mehr/gleich/weniger?

Was ist mit den ambulanten Operationen; gibt es weiterhin gestützte Verträge, oder wird mit 3,5 Cent abgerechnet, bedeutet dies mehr oder weniger Honorar als vor dem 31.12.2008?

Zur Erstellung einer bundesweitern Kontaktliste bitten wir um Nennung von Ansprechpartnern (auch für die Zukunft) zu dieser Thematik aus dem Niedergelassenen-Bereich.

Nur mit Kenntnis der bundesweiten Situation können wir hier im Interesse aller politisch agieren. Ich bitte daher dringend um Rückmeldung an die Geschäftsstelle!

Mit freundlichen Grüßen,



Dr. med. Eva-Maria Baur
Vertreterin der Niedergelassenen Mitglieder in der DGPRÄC

Neue Preise bei den Gesellschaftsabonnements

Ab 2010 ändern sich die Preise bei den Gesellschaftsabonnements für die Zeitschriften ***Handchirurgie, Mikrochirurgie, Plastische Chirurgie*** und ***European Journal of Plastic Surgery***

Liebe Mitglieder, wie bekannt, können Sie als Jahresabonnement die oben genannten Zeitschriften über die DGPRÄC beziehen.
Ab dem Jahr 2010 werden die Preise wie folgt angepasst:
Handchirurgie, Mikrochirurgie, Plastische Chirurgie (Thieme Verlag): Kosten bisher 103 €, ab 2010: innerhalb Deutschlands 115 €, EU-Ausland 120 €, Weltweit Ausland 130 €
European Journal of Plastic Surgery (Springer Verlag): Kosten innerhalb Deutschlands unverändert 100 €, ab 2010 Lieferung Ausland 115 €

Wer bietet Was?

Brauen-Lifting
Skinetic

Brustimplantate
Polytech Health & Aesthetics

Dokumentation
Karl Storz
TapMed

Endoskopie
Karl Storz
Medicon

Expander
Polytech Health & Aesthetic

Faltenbehandlung
Adoderm
BioForm Medical
ColBar LifeScience
Merz
Polytech Health & Aesthetics
Q-Med
Teoxane
TapMed

Fettabsaugung
medi
MediEquip
Polytech Health & Aesthetics
TapMed

ADODERM

ADODERM
Elisabeth-Selbert-Straße 5, D-40764 Langenfeld
Telefon: +49 (0) 2173 / 101 91 80, Telefax: +49 (0) 2173 / 101 91 82
E-Mail: info@adoderm.com □ www.adoderm.com

Filler:
Varioderm, Varioderm FineLine, Varioderm Plus, Varioderm Subdermal
Pure, quervernetzte Hyaluronsäure für vielseitige Indikationen in der Dermis und Subcutis mit lang anhaltenden Ergebnissen
Anti Aging und Mesotherapie
Novatox Natural Lift
Topisches Anti-Aging Präparat für Gesichsthaut-Revitalisation/Mimik-Falten
MPS – Micro-Poration-System
Elektroporationsgerät für eine effektive no-needle – Mesotherapie mit wirksamen Substanzmixturen für Gesicht und Körper
Novaform
Anti-Cellulite-System: innovatives und hochkonzentriertes Mittel gegen Cellulite
Vivier-Products
Intra Dermal System mit Vitamin C – Serum und Cremes zur Hautpflege
Adopeel
wirksame Kombination spezieller Fruchtsäuren für reguläres Hautpeeling, Akne und Hyperpigmentierung
Wundversorgung/Narbenbehandlung:
www.novamedical.com
NatraGel
Raumtemperatur haltbare Hydrogelforms für Kühlung im Gesicht nach Applikation von Fillern / Botox
Suture Strip Plus
Elastische Wundverschlußstreifen
Mediskin
Tiefgefrorene, sterile Schweinehaut für die Brandverletztentherapie
Brennen
Skin Graft Mesher
Novagel
Silikongel – Platte für Narben- und Keloidtherapie
Degania Silicone
Geschlossenes Silikon – Wunddrainagensystem
Kompressionsbandagen:
Voe
Kompressionsbandagen nach Liposuktion, Brustaugmentation, Abdominalplastik und Facelift

Artu BIOLOGICALS
A Company of Fornix BioSciences

Artu Biologicals Deutschland GmbH & Co. KG
Friedrich-Ebert-Damm 112, D-22047 Hamburg
Telefon +49 40 696 545 50, Telefax +49 40 696 545 66
eMail: scarban@artu-biologicals.de

SCARBAN – Individuelle Narbenbehandlung nach Maß
Scarban® besteht zu 100% aus medizinischen Silikonen, die mit einem speziellen elastischen Material verarbeitet wurden. Dadurch ist Scarban® außergewöhnlich widerstandsfähig und haltbar, zudem hochelastisch und anpassungsfähig. Die Oberfläche aus Textil ist angenehm zu tragen und ermöglicht durch seine hautähnliche Farbe eine dezente Behandlung.
Scarban® ist leicht waschbar (Seife wird mitgeliefert) und somit hygienisch und ohne Haftverlust *zwei Monate* wieder verwendbar. Diese lange Einsatzdauer sorgt zusammen mit dem niedrigen Preisniveau für eine einzigartig kostengünstige Narbentherapie bei gleichzeitig hoher Patientenakzeptanz.
■ **Scarban Light** – 0,4 mm dünn und damit besonders dezent und flexibel. Es eignet sich für die Prävention und Therapie von leichten, flachen Narben. Scarban Light ist in folgenden Maßen und Formen erhältlich: 5 x 7,5 cm, 5 x 15, 5 x 30, 10 x 15, 15 x 20, Spezialform Stirn, Nase.
■ **Scarban Elastic** – mit seiner Stärke von 1,4 mm weich und polsternd. Damit ist es bestens zur Prävention und Therapie von schweren, stark erhabenen Narben geeignet. Scarban Elastic ist in folgenden Maßen und Formen erhältlich: 3 x 4 cm Oval, 10 x 15, 15 x 20, 40 x 45, Spezialformen für Gesicht, Brust, Bauch, Hand und Finger.
■ **Scarban Velvet Touch Silikongel** – Für eine unsichtbare Behandlung von kleinen Narben an sichtbaren Stellen. Das Gel bildet innerhalb von Sekunden eine dünne, nicht klebende oder fettende Silikonschicht, die über Stunden bestehen bleibt. Velvet Touch ist es durch seine hochkonzentrierte Formel besonders ergiebig.

Baxter

Baxter Deutschland GmbH
Geschäftsbereich BioSurgery
Edisonstr. 4, D-85716 Unterschleißheim
Telefon 089 / 31701-0, Telefax 089 / 31701-177
www.biosurgery.de

Die BioSurgery-Sparte von Baxter ist auf das intraoperative Wund- und Gewebemanagement spezialisiert.
■ **Tissucol®**, eine natürliche, humane Fibrin-Matrix, wird zur Gewebeklebung und Unterstützung der Wundheilung eingesetzt.
■ **FloSeal®** hingegen ist ein viskoses Gel zur Hämostase, das aus einer Gelatine-Thrombin-Matrix besteht. Es stoppt 97 % aller Blutungen – bis hin zur spritzenden arteriellen – in weniger als 3 Minuten.
■ Der synthetische Versiegeler **Coseal®** bildet ein Hydrogel aus Polyethylenglykol und dient der Abdichtung von Gefäßanastomosen sowie zur Adhäsionsprävention in der Kinderherzchirurgie.
■ **Adept®**, eine 4%-ige Icodextrinlösung, wird nach dem Hydroflotationsprinzip in großen Volumina in den Bauchraum instilliert, um Adhäsionen zu vermeiden.
■ **Traumastem** ist eine blutstillende resorbierbare, oxidierte Cellulose aus reiner Baumwolle, die eine stabile Struktur hat und auch als Nahtwiderlager dienen kann.
■ **TissuDura®** ist eine kollagene Biomatrix zur Duraregeneration, die Dura nicht einfach nur ersetzt, sondern zu lebender Neodura regeneriert.
■ Daneben hat Baxter BioSurgery eine Familie von hämostyptisch wirksamen Kollagenprodukten (**TissuFleece, TissuFoil** und **TissuCone**) im Portfolio.

Wer bietet Was?



BioForm Medical Europe B.V.
Postfach 4070, 4900 CB Oosterhout, Niederlande
Telefon: 0800 1821 389, Telefax: +31 162 474 810
eMail: infoeu@bioformmedical.com
www.bioformmedical.com, www.radiesse.com

BioForm Medical ist ein Medizinprodukteunternehmen, das injizierbare Produkte zur Augmentation von Weichgewebe für die plastische Chirurgie, die Gesichtsästhetik, die Urologie, die HNO-Medizin und weitere Spezialprodukte für die Dermatologie entwickelt und vertreibt.

Die ideale Wahl für die integrale Gesichtsmodellierung.
Bei Radiesse™ dermal filler handelt es sich um ein injizierbares Implantat, welches zu 100 % biokompatibel und biologisch abbaubar ist. Es besteht aus synthetischen Kalzium-Hydroxylapatit-Partikeln, die in einem wässrigen Gel gelagert sind. Radiesse™ dermal filler wurde 2006 von der US-amerikanischen Arznei-Aufsichtsbehörde FDA zugelassen.

Radiesse™ dermal filler
1.3 cc syringe
0.3 cc syringe

Mit Radiesse™ dermal filler ist es möglich, verschiedenste Bereiche des Gesichts und der Gesichtskonturen zu behandeln.
Radiesse™ dermal filler hat sich außerdem zur Behandlung der Handrückenverjüngung bei Altershänden als wirkungsvoll erwiesen.
Radiesse™ dermal filler zeichnet sich besonders durch seine sehr gute Volumenleistung und seine lange Haltbarkeit aus.
Weiter medizinische Indikationen für Kalzium-Hydroxylapatit:
Radiesse™ Voice International bei Stimmbandproblemen
Coaptite™ bei speziellen urologischen Indikationen

Radiesse™ dermal filler hat den diesjährigen Aesthetic Medicine Award als bestes injizierbares Produkt 2009 gewonnen



ColBar LifeScience
Johnson & Johnson GmbH
Johnson & Johnson Platz 2, D-41470 Neuss
Telefon +49 2137/936-1436, Telefax +49 2137/936-1438
E-Mail: aossenka@cscde.jnj.com □ www.evolence.com

EVOLENCE® – der natürliche Kollagenfiller mit Langzeitwirkung

EVOLENCE® wurde von ColBar LifeScience Ltd. entwickelt, einem Biotechnologieunternehmen, das sich auf ästhetische Medizin und dentale Implantologie spezialisiert hat. Seit 2006 ist ColBar LifeScience eine 100%-ige Tochter der Unternehmensgruppe Johnson & Johnson, dem weltweit größten Unternehmen im Bereich Health Care.

Die Produktreihe EVOLENCE® basiert auf Kollagen, das über eine Anwendungszeit von mittlerweile zwei Jahrzehnten ein ausgezeichnetes Sicherheitsprofil als injizierbare Schönheitsbehandlung nachweisen kann. Durch die von ColBar speziell entwickelte Technologie, die die Eigenschaften des hauteigenen Kollagens nachahmen kann, spendet EVOLENCE® der Haut Form, Halt, Elastizität und Widerstandsfähigkeit mit einem langanhaltenden Effekt.

EVOLENCE® ist das zweite Produkt von ColBar, das mit Hilfe der patentierten Glymatrix-Technologie entwickelt wurde. Das erste Produkt, OSSIX®, hat sich seit mehreren Jahren in der Zahnheilkunde bewährt.

EVOLENCE® wird dort in die Haut eingesetzt wird, wo Kollagen verloren gegangen ist und hilft, das Erscheinungsbild der alternden Haut zu kontrollieren, indem es Kollagen und seine Eigenschaften wiederherstellt, die wichtig für eine vitale Haut sind.

Die Produktreihe EVOLENCE® wird bei der Korrektur von Weichteilkonturdefiziten und/oder -Augmentation angewandt. EVOLENCE® wird für die Korrektur mittlerer bis tiefer Nasolabialfalten, Konturunebenheiten oder Gewebedefekten indiziert. Das etwas feiner texturierte EVOLENCE® BREEZE™ ist ideal für die Korrektur von feinen Linien bis mittleren Falten sowie für die Lippenkonturierung und Augmentation.

Die Besonderheit von EVOLENCE® liegt in der von ColBar LifeScience patentierten Glymatrix™ Technologie. Sie imitiert den natürlichen Vorgang der Quervernetzung von Kollagen, indem es den Glykosilierungsprozess nachahmt. Kollageneinheiten werden dicht mit einem natürlichen Zucker gebündelt, der als Quervernetzer fungiert. Dieser hohe Grad an Quervernetzung und Struktur im EVOLENCE® Kollagen wird durch die Glykosilierung mit natürlichem Zucker ermöglicht.

Das Glymatrix™ Verfahren wurde entwickelt, um die Haltbarkeit des Kollagens in der Haut zu verlängern und natürliche Inhaltsstoffe zu verwenden, wobei die Qualitätskontrolle ebenfalls auf natürliche Weise erfolgen muss und ein Ergebnis ein vollkommen natürliches Aussehen herbeiführen soll.

Das Ergebnis einer EVOLENCE® Behandlung ist sofort sichtbar, erfordert wenig oder gar keine Nachbehandlung und wirkt bis zu 12 Monate.

Fibrinkleber
Baxter

Filler
Adoderm
BioForm Medical
ColBar LifeScience
Merz
Polytech Health & Aesthetics
Q-Med
Teoxane
TapMed

Gesichtsimplantate
Polytech Health & Aesthetics

Hämostyptika
Baxter

Haarausfall
Merz
Polytech Health & Aesthetics

Handchirurgie
Artu Biologicals
Medicon
Karl Storz
TapMed
Carl Zeiss

Wer bietet Was?

Haut-/Wundkleber
Baxter

Kompressionswäsche
Adoderm
medi
MediEquip
Polytech Health & Aesthetics
TapMed

Laser
Lumenis

Lichtquellen
Karl Storz

Liposuktion
medi
Medicon
MediEquip
Polytech Health & Aesthetics
TapMed

Mammaimplantate
Polytech Health & Aesthetics

Medizinische Kosmetikprodukte
Adoderm

medi GmbH & Co. KG
Medicusstraße 1, D-95448 Bayreuth
Telefon: 0921/912 222, Telefax: 0921/912 514
E-Mail: info@lipomed.de
www.lipomed.de; www.medi.de

medi ist ein weltweit führender Hersteller und Vertreiber medizinischer Hilfsmittel. Zu unseren Produkten gehören medizinische Kompressionsstrümpfe zur Behandlung von Venenleiden sowie Lip- und Lymphödemen, Bandagen und Orthesen für die konservative und postoperative Behandlung in der Orthopädie, medizinische Thromboseprophylaxestrümpfe und Strumpfverbände für die Kompressionsversorgung vor und nach Operationen.

lipomed®– Kompressionsbekleidung für die plastisch-ästhetische Chirurgie
vereint unser Know-how zu medizinischer Kompression bei gleichzeitig optimaler Funktionalität. Praktische Ausstattungsmerkmale und einfaches Handling erfüllen alle Anforderungen, die Arzt und Patient an moderne Kompressionsbekleidung stellen:

- hochelastisches, atmungsaktives Material nach ÖkoTex Standard 100
- spezielle Druckverstärkungen für bessere Formgebung
- Konfektion oder individuelle Maßanfertigung für optimale Passform

Produktübersicht

- lipomed® blackline und lipomed® skinline für Liposuktionen im Bauch- und Beinbereich
- lipomed® shirt woman und lipomed® shirt man nach Fettabsaugungen im Bereich des Oberkörpers
- lipomed® bra und lipomed® belt bei Brustaugmentation oder Brustreduktion
- lipomed® face für Liposuktionen im Kinnbereich

MEDICON eG
Gänsäcker 15, D-78532 Tuttlingen
Telefon: 07462/2009-0, Telefax: 07462/2009-50
E-Mail: info@medicon.de, www.medicon.de

Die Entwicklung, Herstellung und der Vertrieb chirurgischer Instrumente haben bei uns eine jahrzehntelange Tradition. Als international renommiertes Handelsunternehmen im Bereich der Medizintechnik heißt unser Ziel: Weltweit zufriedene Kunden durch motivierte Mitarbeiter, höchste Produktqualität und besten Kundenservice.
In unseren 15 Mitgliedsbetrieben werden über 30 000 verschiedene Artikel für die Humanmedizin gefertigt. Speziell für die Plastisch-Rekonstruktive und Plastisch-Ästhetische Chirurgie bieten wir Spezialinstrumente unter anderem in den Bereichen:

- Rhinoplastik
- Mammaplastik
- Infiltration und Fettabsaugung
- Abdominoplastik
- Facelifting
- Ohrmuschelplastik
- Endoskopische Spaltung des Karpalbandes

Für weitere Informationen besuchen Sie uns bitte unter: *www.medicon.de*

MediEquip International
Heidelberger Landstraße 7, D-64297 Darmstadt
Telefon: 0 61 51/95 39 97, Telefax: 0 61 51/95 39 99
E-Mail: info@mediequip.de □ www.mediequip.de

Kompressionsbekleidung nach ästhetisch/kosmetischen Eingriffen:
MediEquip Int. bietet ein Sortiment an über 70 verschiedenen hochwertigen ETO-Premium-Kompressionsmiedern für Frau und Mann; Standard und nach Maß, Lieferzeit: 1 Tag (2 bei Maß). 20 Jahre Erfahrung.
Kompressionsbekleidung für Schwerbrandverletzte
Fertigung nach Maß
Kompressionsbekleidung für Stomapatienten
Fertigung nach Maß. Passend für jede Stomaversorgung.
30 verschiedene Grundmodelle.
Einmalslips zur Fotodokumentation

Merz Pharmaceuticals GmbH
Eckenheimer Landstraße 100, 60318 Frankfurt
Tel.: 069/1503-0, Fax: 069/1503-830
www.Merz.de

Merz ist ein innovatives Unternehmen, welches u.a. in dem Kompetenzfeld der Ästhetischen Medizin tätig ist.

Belotero® Basic und **Belotero® Soft** sind die ersten monophasischen Hyaluronsäurefiller (kohäsives Gel), die auf Basis der innovativen CPM®-Technologie hergestellt werden. Dadurch entsteht ein zusammenhängendes Gel mit Zonen geringerer und höherer Viskosität. So wird eine hervorragende Verteilung und Augmentation sowohl mittlerer Falten als auch unmittelbar benachbarter kleinerer Gewebedefekte erreicht. Belotero® ist ebenfalls hervorragend zur Lippenaugmentation geeignet. Belotero® lässt sich gleichmäßig und zugleich wenig schmerzhaft implantieren.

Belotero® Intense ist ein Filler für die Korrektur von tiefen Falten und Volumendefekten der Gesichtshaut mit ausgezeichneter Füllkapazität. Belotero® Intense ist ein hochelastischer multi-quervernetzter monophasischer Filler mit einem besonders hohen Hyaluronsäure-Gehalt. Der Filler erzielt einen sehr guten Fülleffekt, ein natürliches Aussehen, besonders lang anhaltende Wirkdauer sowie hohe Sicherheit und Verträglichkeit. → www.Belotero.de

Hyal-System® enthält unvernetzte Hyaluronsäure mit einem Molekulargewicht von 1 Mio. Da, wie sie auch in der Haut natürlicherweise vorkommt. Hyal-System® rehydratisiert die Dermis kurzfristig und baut die extrazelluläre Matrix bei regelmäßiger Anwendung wieder auf. Sie optimiert im infiltrierten Gewebe die physiologischen Bedingungen und aktiviert Fibroblasten zur Synthese von Kollagen, Elastin und endogener Hyaluronsäure.

Hyal ACP™ ist eine auto-quervernetzte Hyaluronsäure, welche beim Abbau als native Hyaluronsäure eine lang anhaltende Biostimulation fördert. Ohne Zusatz von Fremdstoffen bietet eine patentierte Technologie zur kontrollierten Vernetzung ein neuartiges Hydratations-Konzept. Die Anwendung erfordert eine vorherige Behandlung mit Hyal-System®. Die Hautqualität wird durch die Induktion der Fibroblastenproliferation mit Bildung von extrazellulären Matrixproteinen nachhaltig verbessert. → www.Hyal-System.de

Narbenbehandlung: Contractubex® → www.Contractubex.de

Haarausfall: Pantovigar® N, Pantostin® → www.haar-ausfall.com

Wer bietet Was?

POLYTECH Health & Aesthetics GmbH
Altheimer Strasse 32, D-64807 Dieburg
Telefon: 06071/98630, Telefax: 06071/986330
E-Mail: info@polytechhealth.com
Internet: www.polytech-health-aesthetics.com

Qualitätsprodukte – größte Auswahl – umfassender Service
Mammaimplantate Meme®, Replicon®, Optimam®, Opticon®

- Modular-System – in nur drei Schritten zum richtigen Brustimplantat
- Oberflächenvielfalt – texturiert, MikroPolyurethanSchaum Beschichtung
- Formenvielfalt – rund, rund-Tropfenform, quer-oval, längs-oval
- Projektionsvielfalt – flach, moderat, hoch, extra hoch

Silikonimplantate Körperkontur

- Gesicht
- Gluteus
- Sonderanfertigungen zur Defektdeckung (z.B. Trichterbrust oder Poland Syndrom)
- Wade
- Pectoralis

Hautexpander

- Expander zur Rekonstruktion der Brust
- Gewebeexpander

Gewebefüller

- Easy-agarose LD, Easy-agarose HD, Easy-agarose VL
- Aquamid & Aquamid Reconstruction

Erstes Arzt-Patienten-Programm

- Implants of Excellence (wir informieren Sie gerne)

ReCell zur Behandlung epidermaler und dermaler Defekte inklusive Verbrennungen und Vitiligo. Geräte und Instrumente für die Lipoaspiration, Pigmentation und Dermabrasion, sowie Kompressionsbustiers und Produkte für die Narbentherapie komplettieren die Produktpalette für die plastische Chirurgie.

Implants made by POLYTECH Health & Aesthetics – Quality made in Germany

Q-Med GmbH
Berliner Ring 89, D-64625 Bensheim
Telefon: 06251/77079-13 (Restylane) – 77079-20 (Macrolane)
E-Mail: info.germany@q-med.com
www.restylane.de www.macrolane.de

Restylane® – Natural Beauty Made In Schweden. Q-Med bietet Ihnen ein vollständiges Produktsortiment zur Augmentation von feinsten Linien bis hin zu tiefen Falten, zum Aufbau von Lippen und zum Modellieren der Gesichtskonturen bis hin zur Hautverjüngung. Das maßgeschneiderte Konzept stellt die Lösung für sehr viele Patientenbedürfnisse dar. Für eine optimale Wirkung ist die Größe der Gelpartikel in jedem Produkt so gewählt, dass sie zur Gewebedichte in der empfohlenen Gewebetiefe passt. Jedes Restylane Produkt besteht zu 90% aus dem kristallklaren NASHA-Gel (nicht-animalische stabilisierte Hyaluronsäure). Das NASHA-Gel in Restylane ist maximal zu 1 % stabilisiert und die einzige am Markt erhältliche Hyaluronsäure, die nicht cross-linked ist. Dies ist der Grund für die hervorragende Biokompatibilität und längere therapeutische Wirkung der Restylane Produkte.
Restylane ist seit 1996 in Europa für den Vertrieb zugelassen. Im Dezember 2003 wurde Restylane von der US-amerikanischen Arzneimittelaufsichtbehörde FDA die Zulassung für den Vertrieb in den USA erteilt.

- **Restylane Touch** – ein homogenes Gel mit sehr feinen NASHA-Partikeln, glättet feine oberflächliche Linien und Fältchen.
- **Restylane** – enthält mittelgroße NASHA-Gelpartikel und wird zur Unterspritzung von mittleren bis tiefen Falten eingesetzt.
- **Restylane Perlane** – gibt viel Volumen durch die größeren Gel-Partikel; glättet tiefere Falten und modelliert die Gesichtskonturen.
- **Restylane SubQ** – Speziell zum Modellieren der Gesichtskonturen, insbesondere der Kinn- und Wangenpartie, besteht aus den größten Gelpartikeln.
- **Restylane Vital** – Zur Hautverjüngung für ein jugendlich frisches Aussehen.
- **Restylane Lipp** – Das jüngste Restylane Produkt. Speziell entwickelt für Lippenaufbau und -konturierung – immer in Harmonie mit den natürlichen Gesichtszügen.

Macrolane™ – das erste Hyaluronsäureprodukt zur Wiederherstellung von Volumen und zur Konturierung von Körperoberflächen – basiert wie auch Restylane auf der patentierten NASHA™-Technologie. Mit Macrolane können erstmals die Gesäßrundungen geformt, den Waden neue Konturen verliehen oder die Brust augmentiert werden – mit nur einem minimal-invasiven Eingriff unter Lokalanästhesie. Macrolane kann Unebenheiten in Hautoberflächen oder eingesunkene Narben ausgleichen, wie sie beispielsweise nach einer Liposuktion oder Operation auftreten können. Die Injektion von Macrolane bietet klare Vorteile: keine Vollnarkose, keine langen Ausfallzeiten, keine Narben. Macrolane wird in zwei Formulierungen angeboten:
VRF 30 – normale Hebekapazität im Gewebe zur Generierung von Volumen
VRF 20 – etwas geringere Hebekapazität zur Kombination mit VRF30 oder zur kleinflächigen Konturierung

Mesotherapie
Adoderm

Mikrochirurgie
Carl Zeiss
TapMed

Narbentherapie
Adoderm
Artu Biologicals
Dr. Suwelack
MediEquip
Merz
Polytech Health & Aesthetics
TapMed

OP-Einrichtungen
Karl Storz
TapMed
Carl Zeiss

Operationsmikroskope
Carl Zeiss

OP-Instrumente
Karl Storz
TapMed

Wer bietet Was?

Pharmaka
Baxter

Stirn-Lifting
Skinetic

Stoma
MediEquip

Verbrennungen
Adoderm
Artu Biologicals
Dr. Suwelack
MediEquip
Polytech Health & Aesthetics

Weichteilfixation
Skinetic

Wundversorgung
Adoderm
Baxter

SKINETIC

SKINETIC, Kreuzstraße 13, 78594 Gunningen
Telefon: 07461/93320, Telefax: 07461/93328
E-Mail: mail@skinetic.de

Die Zukunft der Weichteilfixation:

- **ENDOTINE® Forehead**, zur kontrollierten Fixation beim offenen und endoskopischen Stirn-Lifting. In den Händen erfahrener Ärzte ermöglicht ENDOTINE Forehead Fixationszeiten von weniger als einer Minute pro Seite.
- **ULTRATINE® Forehead**, NEU: noch schnellere Absorption des Implantats nach der OP. ULTRATINE Forehead erlaubt dank seines Designs die einfache Korrektur des Gewebes zur besseren ästhetischen Kontrolle von Stirnhöhe und -form.
- **ENDOTINE® Triple**, Perfekt vorhersagbare Stirnanhebung und sichere Gewebefixierung. Drei-zinkiges Niedrigprofil auf einer ultradünnen Plattform, entworfen um die Tastbarkeit und Sichtbarkeit zu verringern.
- **ENDOTINE® TransBleph**, revolutionäres Produkt, dass es erlaubt, ein Brauenlifting durch einen einzelnen Oberlid-Schnitt durchzuführen. Es wird keine kostspielige endoskopische Ausrüstung benötigt.
- **ENDOTINE® Midface ST**, zur kontrollierten Fixation beim Mittelgesichtslifting. ENDOTINE Midface Implantate ermöglichen die einfache Justierung der Spannung und Position, für eine bessere ästhetische Kontrolle der Wangenanhebung.
- **ENDOTINE® Ribbon**, modelliert den Hals und die Kieferlinie mit unvergleichbarer Leichtigkeit und Vorhersagbarkeit.
- **Surgi Wire®**, löst schnell tiefe Falten und Narben auf, durch die Trennung von Verbindungen in tiefer liegendem Gewebe.

Fordern Sie kostenlose Muster oder weitere Informationen an: mail@skinetic.de

SKIN & HEALTH CARE
DR. SUWELACK

Dr. Suwelack Skin & Health Care AG
Josef-Suwelack-Straße, D-48727 Billerbeck
Telefon 02543/72527, Telefax 02543/72360
E-Mail: Info@matriderm.de □ www.matriderm.de

Produktkonzepte auf der Basis natürlicher, gefriergetrockneter Biomatrices

Matriderm® – Collagen-Elastin-Matrix zur dermalen Regeneration

In einer kontrollierten klinischen Studie zur Deckung von Vollhautdefekten mit Spalthauttransplantaten auf Matriderm® wurde eine signifikant höhere Elastizität der mit Matriderm® regenerierten Areale nachgewiesen.
Mit der Transplantation von Spalthaut in Kombination mit Matriderm® steht ein neues Verfahren zur Verfügung, in dem mit einem einzigen Operationsschritt tief dermale Defekte oberflächlich mit Spalthaut geschlossen und gleichzeitig Strukturen für den Wiederaufbau der Dermis geliefert werden. Die Ernährung der Spalthaut ist durch die offenporige Struktur der Collagen-Elastin-Matrix gewährleistet.
Das Collagen und insbesondere das Elastin werden während der Regenerationsphase in neu entstehendes Gewebe integriert; die regenerierte Haut fühlt sich spürbar natürlicher an.

Die Vorteile der Spalthauttransplantation mit Matriderm®:

- Spürbar geschmeidigere Haut
- Signifikant höhere Elastizität
- Verzicht auf zweite Operation

Gern stehen wir Ihnen für weitere Informationen zur Verfügung!

Der Vertrieb von MATRIDERM®erfolgt in Deutschland über
Asclepios Medizintechnik, Elzacher Straße 6, 79261 Gutach
Tel.: 07685 909 333, E-Mail: info@asclepios.de.

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

Karl Storz GmbH & Co. KG
Mittelstraße 8, D-78532 Tuttlingen
Telefon: 07461/708-0, Telefax: 07461/708-105
E-Mail: info@karlstorz.de
www.karlstorz.com

Seit den Anfängen des Hauses KARL STORZ im Jahre 1945 ist über ein halbes Jahrhundert vergangen – eine Zeit, in der unser Unternehmen ein bedeutendes Kapitel Medizin- und Technikgeschichte geschrieben hat. Die moderne Endoskopie hat einerseits die medizinische Diagnostik revolutioniert und andererseits neuartige Operationstechniken ermöglicht. Sie erlaubt heute patientenschonende und wirtschaftliche Eingriffe.

Karl Storz bietet für folgende drei der vier tragenden Säulen der Plastischen Chirurgie hochwertige Instrumente und herausragende optische Systeme:

Ästhetische Chirurgie – Rekonstruktive Chirurgie – Handchirurgie

Die Produktpalette von KARL STORZ umfasst außerdem modernste, vollständig digital arbeitende 3-Chip-Kameras ebenso wie mobile ALL-in-ONE Lösungen für die Praxis und das notwendige Zubehör wie Monitore und digitale Bildspeichersysteme.

Für den essentiellen Bereich der Beleuchtung bietet KARL STORZ von der Hochleistungs-Xenon-Lichtquelle bis zur mobilen Batterie-Lichtquelle eine unerreicht vielfältige Auswahl, die das gesamte Spektrum möglicher Anwendungen abdeckt.

Revolutionäre Neuentwicklungen, wie der voll vernetzte Operationssaal OR1™ und die zentrale Bild- und Datenverwaltung KARL STORZ AIDA™, ergänzen die bisherige Produktpalette.

TapMed

TapMed Medizintechnik Handels GmbH
Gutshof 15-17, D-34270 Schauenburg-Hoof
Telefon: 05601/9299-0, Telefax: 05601/9299-44
Service: 0800-AESTHETIC
E-Mail: info@tapmed.de □ www.tapmed.de

Mit einem ständig wachsenden Programm hat sich TapMed innerhalb von wenigen Jahren zu einem wichtigen Anbieter in der plastischen, ästhetischen und Wiederherstellungs-Chirurgie entwickelt. TapMed bietet dem Operateur hochwertige Produkte von führenden Herstellern, u.a.:

- Komplettes Instrumentarium von Stille
- Endoskopische Technik von Karl Storz
- CHESS – Fixierung in der Handchirurgie von CANICA
- PAL-600E – Power-Assisted-Liposuction von MicroAire
- Gefäß-Koppler von MCA-Synovis
- Neurotube – geführte Nervenregeneration von MCA-Synovis
- Kompressionskleidung von Design Veronique
- activ'M Narbenpflaster von M-Technologies

Darüber hinaus bietet TapMed ein Programm zur druckentlastenden Patienten-Lagerung und Positionierung auf dem OP-Tisch.

Wer bietet Was?

LABORATORIES
TEOXANE
GENEVA

Teoxane GmbH
Am Lohmühlbach 17, D-85356 Freising
Telefon: +49 (0) 8161/14805-0, Telefax: +49 (0) 8161/14805-15
E-Mail: info@teoxane.de
www.teoxane.de

TEOSYAL® – Das Beste aus Hyaluronsäure
Die Teoxane® Laboratorien, Schweiz liegen im Herzen von Genf. Die ultramoderne Fertigungsanlage erfüllt die strengsten Normen zur Herstellung von biofermentativ hergestellter nicht animalischen Hyaluronsäuregels. Das Labor wurde in Übereinstimmung mit den FDA Empfehlungen (Food and Drug Administration) geplant und errichtet und verfügt über einen Sterilbereich mit der neuesten technischen Ausstattung.
TEOSYAL® bietet eine umfassende Produktpalette zur Faltenunterspritzung auf hundertprozentiger Hyaluronsäurebasis. Die unterschiedlichen Rezepturen der TEOSYAL® Produktpalette ermöglichen eine natürliche Wiederherstellung von Substanzverlusten im Gesicht, die Formung von Lippen und einen Ausgleich von Hautunebenheiten. In flüssiger nicht vernetzter Form ermöglicht TEOSYAL® eine tiefe Revitalisierung der Dermis.

Die TEOSYAL® Produktpalette
TEOSYAL® Meso ist ein injizierbares, unvernetztes Hyaluronsäure-Präparat zu Revitalisierung und Hydration der Haut. Konzentration: 15 mg/g HA. Verpackungseinheit: 2 Fertigspritzen je 1 ml
TEOSYAL® First Lines mit diesem Produkt werden feine oberflächliche Falten unterspritzt, wie zum Beispiel Krähenfüße oder Fältchen um den Mund. Konzentration: 20 mg/g HA. Verpackungseinheit: 2 Fertigspritzen je 0,7 ml
TEOSYAL® Global Action oder **TEOSYAL® Touch Up** wird verwendet, um mittelstark ausgeprägte Falten, wie zum Beispiel nicht allzu tiefe Nasolabialfalten, Falten um den Mundbereich und Zornesfalten zu behandeln. Konzentration: 25 mg/g HA. Verpackungseinheit: 2 Fertigspritzen je 1 ml oder
2 Fertigspritzen je 0,5 ml
TEOSYAL® Deep Lines wird zum Unterspritzen tiefer ausgeprägter Falten, wie zum Beispiel tiefe Nasolabialfalten, Marionettenlinien oder Ausdrucksfalten verwendet. Konzentration: 25 mg/g HA. Verpackungseinheit: 2 Fertigspritzen je 1 ml
TEOSYAL® Ultra Deep gibt viel Volumen und wird mit einer 26G Nadel, zur Akzentuierung von Wangenknochen, zur Auffüllung eingefallener Areale unter den Augen, zur Behandlung von Wangen, Gesichtsoval und zur Kinn- und Brauenbogenakzentuierung, injiziert. Konzentration: 25 mg/g HA. Verpackungseinheit: 2 Fertigspritzen je 1 ml
TEOSYAL® Kiss ist speziell zur Behandlung von Lippen, Lippenkonturen und Lippenvolumen entwickelt. Es ist hoch vernetzt und sehr viskös und besitzt eine starke Füllkraft.
Es ist einfach in der Anwendung und gibt den Lippen eine schöne natürliche Form.
Konzentration: 25 mg/g HA.
Verpackungseinheit: 2 Fertigspritzen je 1 ml

TEOSYAL®ULTIMATE wurde speziell entwickelt zum Volumenaufbau der Wangen, des Wangenknochenbereichs, der Augenbrauen, Nase, Marionettenlinien, Mandibularlinie sowie der Gesichts-und Kinnkonturen und wird mit einer 21G 1½ Nadel injiziert.
Konzentration: 22 mg/g
Verpackungseinheit: 1 × 3 ml

ZEISS

Carl Zeiss Meditec
Vertriebsgesellschaft mbH
Göschwitzer Str. 51-52
07745 Jena
E-Mail: info@meditec.zeiss.com
www.meditec.zeiss.de

Als Wegbereiter und Marktführer im Bereich der Operationsmikroskope ist Carl Zeiss stolz durch Neuentwicklungen auf dem Gebiet der optischen und digitalen Visualisierungstechnologie zur Weiterentwicklung von Behandlungsmethoden beizutragen.

Mit der Zielsetzung Chirurgen bei der Verbesserung von Lebensqualität zu unterstützen, eröffnet das traditionelle Optik-Unternehmen mit innovativen Lösungen neue Wege für die Medizintechnik:

OPMI® Vario/S88 ermöglicht die Visualisierung feinster Strukturen, die mit bloßem Auge nicht erkennbar sind. Neben der hohen Vergrößerung und der universellen Einsetzbarkeit in verschiedenen chirurgischen Disziplinen bietet das ergonomische Design idealen Arbeitskomfort.

Die **Prismen-Lupen EyeMag® Pro** überzeugen mit brillanter Zeiss-Optik, außerordentlicher Schärfentiefe und mit einem breiten Spektrum an Vergrößerungen. Das geringe Gewicht und die ergonomische Passform gewährleisten optimalen Tragekomfort.

Mit den innovativen **MediLive®-Produkten** eröffnet Carl Zeiss genial einfache Möglichkeiten, Videos und Bildmaterial zu Präsentations- und Dokumentationszwecken aufzuzeichnen, zu editieren und auf mobile Datenträger abzuspeichern.

Für weitere Informationen besuchen Sie uns bitte unter www.meditec.zeiss.de

Modular-System

für texturierte und Microthane® (MikroPolyurethanSchaum)-beschichtete silikongelgefüllte Mammaimplantate



Même®



Opticon®



Replicon®



Optimam®

POLYTECH

Health & Aesthetics

POLYTECH Health & Aesthetics GmbH
Altheimer Str. 32 • D-64807 Dieburg
E-Mail: info@polytechhealth.com
Internet: www.polytech-health-aesthetics.com
☏ +49 (0)6071 98 63 0 • 🖷 +49 (0)6071 98 63 30

Quality made in Germany