

Plastische Ohrmuschelverkleinerung bei beidseitiger Makrotie

Zusammenfassung

Vorgestellt wird der seltene Fall einer beidseitigen Ohrmuschelverkleinerung wegen Makrotie. Angewendet wurde die Helixrandverschiebung nach Davis. Diese relativ einfache und zuverlässige Methode erlaubt es, die Narben bestmöglich in den Falten des Ohrmuschelreliefs zu verbergen.

Schlüsselwörter

Plastische Ohrmuschelverkleinerung · Makrotie

Die Korrektur abstehegender Ohren gehört zu den häufigsten ästhetisch indizierten plastischen Eingriffen. Hierfür kann auf ein bewährtes Repertoire operativer Techniken zurückgegriffen werden [1]. Eine Verkleinerung einer normal ausgebildeten Ohrmuschel kann indiziert sein, um sie einem in der Regel durch Tumorsektion verkleinerten Ohr der Gegenseite anzugleichen (s. Abb. 10). Äußerst selten hingegen wird eine rein kosmetisch indizierte beidseitige Verkleinerung subjektiv als zu groß empfundener symmetrischer Ohrmuscheln gewünscht.

Fallbeschreibung

Ein 30-jähriger Mann (Abb. 1, 2) empfindet seine Ohren als unharmonisch groß und wünscht ihre Verkleinerung. Der Eindruck einer Makrotie entsteht durch

eine breite Skapha, eine hohe laterale Kavumwand und ein relativ großes Ohrläppchen (Abb. 3, 4).

Technik

Es wird eine sichelförmige, ventral in die Umschlagsfalte der Helixwurzel einlaufende Haut- und Knorpelinsel umschnitten und entfernt (Abb. 5). Vom kaudalen Knorpelschnitttrand aus wird das rückseitige Perichondrium in ganzer Ausdehnung der Anthelix und des lateralen Cavum conchae abpräpariert. Die Haut der Ohrmuschelrückfläche kann dadurch frei und ohne Verwerfungen verschoben werden (Abb. 6).

Dr. M. Benedict
HNO-Praxisklinik, Schleinkoferstraße 2a,
76275 Ettlingen



Abb. 1 ▲ Präoperative Ansicht von rechts



Abb. 2 ▲ Präoperative Ansicht von links

Aesthetic ear reduction in bilateral macrotia

Abstract

We present the rare case of a bilateral reduction of macrotic ears by a helical advancement according to Davis. It is a quite simple and reliable technique, that permits to hide the scars in the relief of the pinna.

Keywords

Aesthetic ear reduction · Macrotia

Kasuistik



Abb. 3 ◀ **Rechtes Ohr, präoperativ, Resektionsbereiche schraffiert**

Nun wird die Helixwurzel vollständig mobilisiert und nach Anlegen des freien Helixrandes um den überschüssigen Anteil gekürzt. Von dorsal her wird eine mit durchgestochenen Injektionskanülen markierte ovaläre Knorpelinsel aus dem lateralen Kavum exzidiert und die Knorpellücke mittels Naht verschlossen. Der Lobulus wird mit einer durchgehenden Z-förmigen Resektion und zirkulären Naht der Wundränder verkleinert. Der Helixrand wird dann sukzessive von dorsal aus der neuen Anthelix aufgelegt und mit Hautnähten fixiert.

Die Nähte liegen in der Umschlagsfalte des Helixrandes verborgen. Eine Hautverwerfung zwischen Helixwurzel und Tragus wird durch Exzision eines Burow-Dreiecks beseitigt, damit die verkürzte Helixwurzel ohne Spannung in der neuen Position eingenäht werden kann (Abb. 7).

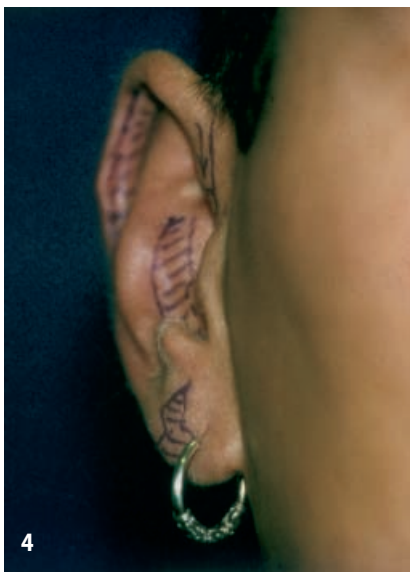
Diskussion

Eine Makrotie entsteht durch eine übermäßige Ausbildung der Skapha, des Cavum conchae oder des Lobulus oder

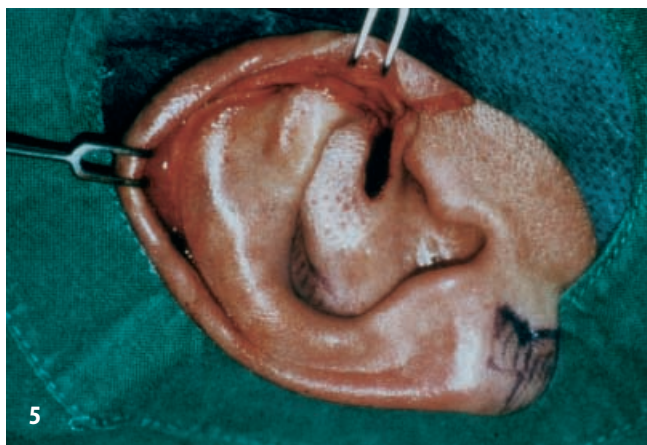
durch eine Kombination davon. Abhängig von den einzelnen Komponenten der Makrotie muss die angemessene Operationstechnik gewählt werden. Unstrittig ist die Verkleinerung des Ohrläppchens mittels durchgehender Geweberesektion.

Der aufwendige Teil der Korrektur ist die Verkleinerung der knorpeligen Ohrmuschel. Durchgreifende Resektionen mit direkter Adaptation der Wundränder ohne Berücksichtigung des Reliefs im Bereich der knorpeligen Ohrmuschel sind wegen der auffälligen Vernarbung Verkleinerungen nach Tumorresektion vorbehalten.

Die älteste veröffentlichte derartige Methode dürfte die von DiMartino (1856), [5] sein (Abb. 11). Auch Gersuny (1903), [7], (Abb. 12) resezierte durchgehend, ließ dabei aber das Ohrmuschelrelief im Bereich der Anthelix intakt. VerMeulen (1970), [9] modifiziert Gersunys Technik, indem er die Haut der Vorderseite intakt lässt. Hautverwerfungen im Bereich der Helixrandresektion sollen dabei durch Exzisionen im Bereich der angrenzenden retroaurikulären Schnittwunden ausgeglichen werden.



4



5

Abb. 4 ◀ **Rechtes Ohr, präoperativ, von vorne**
Abb. 5 ◀ **Intraoperativ, nach Entfernung der Haut- und Knorpelinsel und Mobilisation der Helixwurzel**

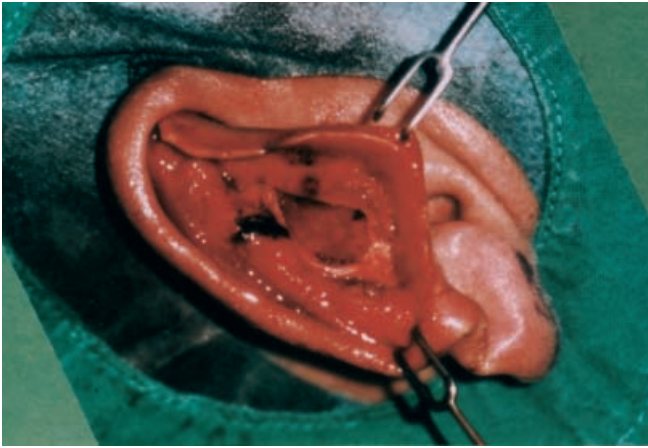


Abb. 6 ▲ Intraoperativ, nach Mobilisation der Ohrmuschelrückfläche und Resektion der Knorpelinsel

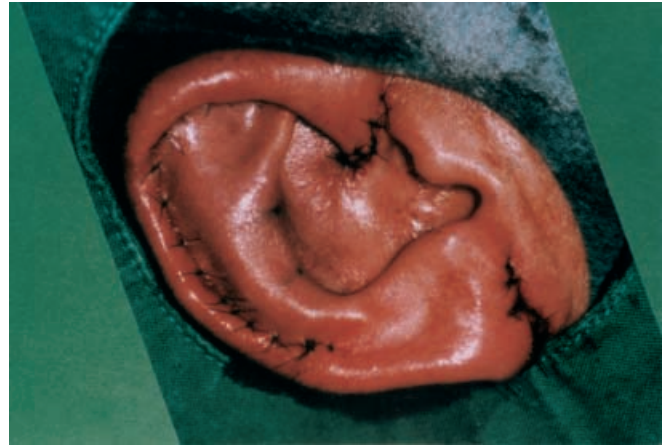


Abb. 7 ▲ In den Falten des Ohrmuschelreliefs liegende Nähte am Ende des Eingriffs



Abb. 8 ▲ Rechtes Ohr, 1 Jahr postoperativ



Abb. 9 ▲ Linkes Ohr, 1 Jahr postoperativ

Weit verbreitet sind auch Verschiebelappentechniken. Bei diesen handelt es sich um Modifikationen des von Antia und Buch (1967), [2] beschriebenen (Abb. 13) chondrokutanen Gleitlappens zur Korrektur von Helixranddefekten. Während bei dieser Technik der Ort der

Helixverkürzung durch den zu schließenden Randdefekt vorgegeben ist, kann er bei der Modifikation zur Korrektur einer Makrotie frei gewählt werden [Abb. 14: Argamaso (1989), [3], Hinderer (1987), [8], Davis (1989), [4]]. Die am wenigsten auffällige Vernarbung ist

dabei zu erwarten, wenn sie im Relief der Helixwurzelregion liegt. Alle Verschiebelappenmethoden außer der von Davis durchtrennen den Helixrand mitten in seinem Verlauf und exponieren dadurch die Narbe. Allen genannten Methoden gemeinsam ist hingegen die

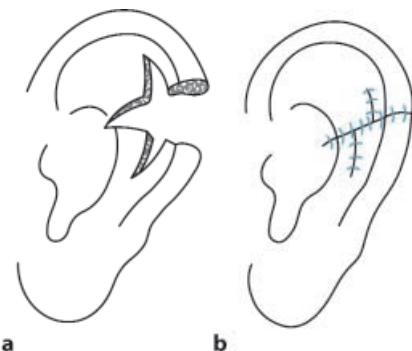


Abb. 10 ▲ Ohrmuschelverkleinerung mittels Keilresektion. (Aus [10])



Abb. 11 ▲ Technik nach DiMartino. (Aus [9])

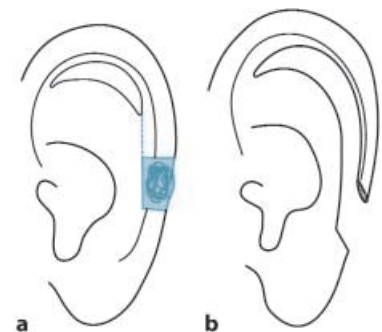


Abb. 12 ▲ Technik nach Gersuny. (Aus [7])

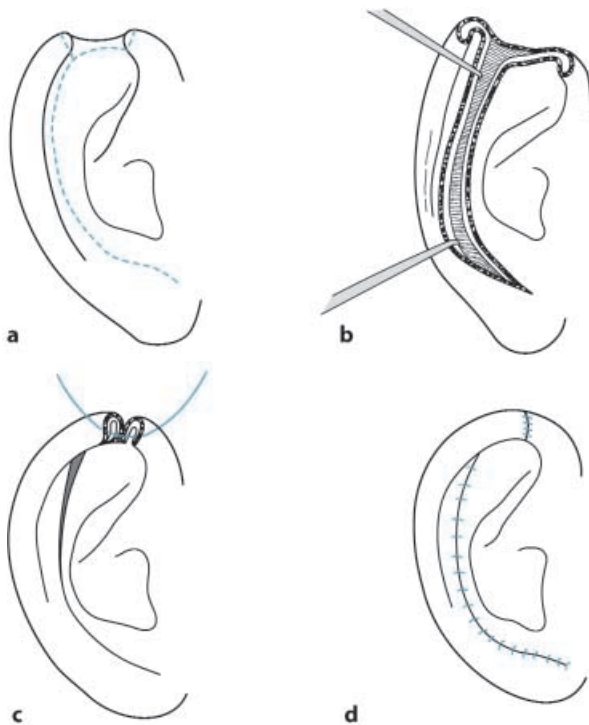


Abb. 13 ◀ Chondrocutaner Gleitlappen nach Antia u. Buch. (Aus [2])

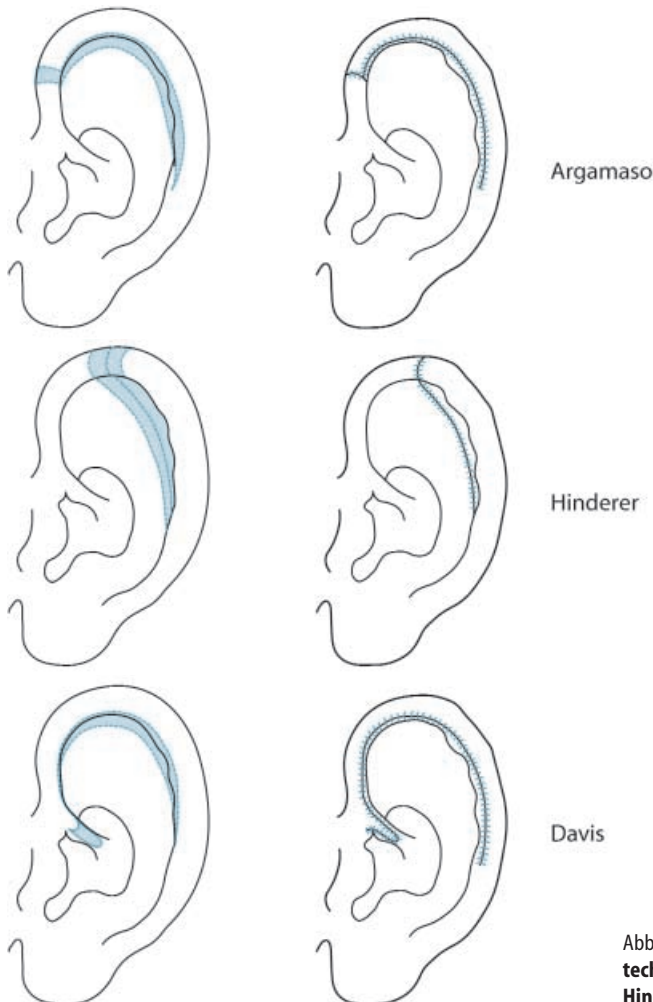


Abb. 14 ◀ Verschiebelappentechnik nach Argamaso, Hinderer u. Davis. (Aus [6])

Hautinzision im Verlauf der Umschlagsfalte des Helixrandes.

Es gibt nur wenige Veröffentlichungen zur Ohrmuschelverkleinerung, besonders der beidseitigen, aus kosmetischen Gründen. Sie stützen sich auf einzelne Fälle [3, 6].

Wir möchten unsere guten Erfahrungen mit der von Davis beschriebenen [4] Verschiebung des Helixrandes mit Ausgleich im Bereich der Wurzel weitergeben. Es handelt sich um eine relativ einfache und zuverlässige Technik, bei der die Narben in den natürlichen Falten des Ohrmuschelreliefs verborgen werden können (s. Abb. 8, 9).

Fazit für die Praxis

Bei Ohrmuschelverkleinerungen aus rein ästhetischen Gründen gelten besonders strenge Anforderungen hinsichtlich des Erhalts eines natürlichen Ohrmuschelreliefs und möglichst wenig sichtbarer Narben. Hierzu bieten sich verschiedene chondrokutane Verschiebelappentechniken an, die sich nur im Ort der Helixdurchtrennung unterscheiden.

Literatur

1. Aguilar III EA, Jahrsdoerfer RA, Kastenbauer ER, Siegert R, Weerda HE (1999) Plastische und Rekonstruktive Chirurgie der Ohrmuschel. In: Kastenbauer ER, Tardy ME (Hrsg) Ästhetische und Plastische Chirurgie an Nase, Gesicht und Ohrmuschel. Thieme, Stuttgart New York, S 361–372
2. Antia NH, Buch VI (1967) Chondrocutaneous advancement flap for the marginal defect of the ear. *Plast Reconstr Surg* 39: 472–477
3. Argamaso RV (1989) Ear reduction with or without setback otoplasty. *Plast Reconstr Surg* 83: 967–975
4. Davis JE (1989) Aesthetic otoplasty. In: Lewis IR (ed) *The art of aesthetic plastic surgery*, vol. I. Little Brown, Boston, pp 265–287
5. DiMartino G (1856) Anomalie du Pavillon de l'oreille et procédé d'otomie. *Acad Med Bull Paris* 22: 1856–1857
6. Gault DT, Grippado FR, Tyler M (1995) Ear reduction. *Br J Plast Surg* 48: 30–34
7. Gersuny R (1903) Über einige kosmetische Operationen. *Wien Med Wochenschr* 53: 2253
8. Hinderer UT, del Rio JL, Fregenal FJ (1987) Macrotia. *Aesth Plast Surg* 11: 81–85
9. Ver Meulen (1970) Macrotia – the over-sized ear. A method for reduction. *Laryngoscope* 80: 1053–1062
10. Weerda H (1982) Unsere Erfahrungen mit der Chirurgie der Ohrmuschelmissbildungen. *Laryngol Rhinol Otol* 61: 350–353