

Schläfe

Die Haut dieser Region ist bis zu einem gewissen Grad gut verschieblich und dehnbar. Deshalb lassen sich auch mittelgroße Defekte mit Hilfe einer Dehnungsplastik oder VY-Plastik optimal versorgen. Voraussetzung ist, dass eine ausgedehnte Unterminierung der umliegenden Hautpartien erfolgt. Auf die mögliche Gefahr einer Verletzung des Stirnastes des N. facialis, der über dem Temporalmuskel verläuft und unmittelbar oberhalb des lateralen Endes der Augenbraue zur Stirn aufsteigt, sei eindringlich hingewiesen. Dank einer optimalen Gefäßversorgung ist die Einheilung lokaler Lappenplastiken und freier Hauttransplantate wenig gefährdet.

Anatomie

Im Bereich der Schläfen liegt die Haut z. T. direkt der Faszie des M. temporalis auf. Die A. temporalis superficialis kann hier klinisch leicht palpirt werden. Ventral von ihr verläuft der Ramus temporalis des N. facialis. Im vorderen Anteil der Schläfe verlaufen kleinere Äste des N. facialis, die sich zwischen der mimischen Muskulatur der Periorbitalregion verteilen.

Anästhesie

Die meisten Eingriffe in diese Region dürften in lokaler Infiltrationsanästhesie durchführbar sein.

Operationsplanung

Bei der Planung von lokalen bzw. randomisierten Lappenplastiken sollte stets die Gefahr einer Verziehung

des äußeren Lidwinkels und der Augenbraue beachtet werden. Bei der subkutanen Mobilisierung lokaler Lappen in der Schläfenregion sowie bei einer eventuellen präaurikulären Schnittführung muss der Verlauf des Ramus temporalis und auch der des Ramus zygomaticus des N. facialis sowie der V. und A. temporalis berücksichtigt werden. Eine periphere Fazialisparese sollte bei Kenntnis der anatomischen Gegebenheiten und fehlender Tumorinfiltration des Nerven vermieden werden können.

Die Schnittführung für Gewebeverlagerungen von kaudal erfolgt in der Regel direkt in der präaurikulären Falte. Bei Lappenplastiken von kranial wird die Schnittführung entlang der Stirn-Haar-Grenze ausgerichtet.

Operationstechniken

Kann ein Operationsdefekt nicht ausschließlich durch eine Verschiebe- oder Rotationsplastik geschlossen werden, kommt die Deckung des Restdefekts mit freier autologer Vollhaut vom Hals oder von der Oberarminnenseite in Frage. Ferner können individuell adaptierte Lappenkombinationen angewendet werden. Freie Transplantate eignen sich in der Schläfenregion sehr gut zur Deckung, da ein fester Wundgrund mit guter Vaskularisation gegeben ist und die Transplantate sich je nach Donorregion in ihrer Form und Struktur gut einpassen.



■ **Abb. 35.1.** Verschiebeplastik:

- a Verschiebeplastik zur Exzision zweier Basalzellkarzinome,
- b Exzision und Mobilisierung der Lappen,
- c Verlagerung der Lappen,
- d spannungsfreie Adaptation,
- e Ausgangsbefund,
- f 3 Monate postoperativ



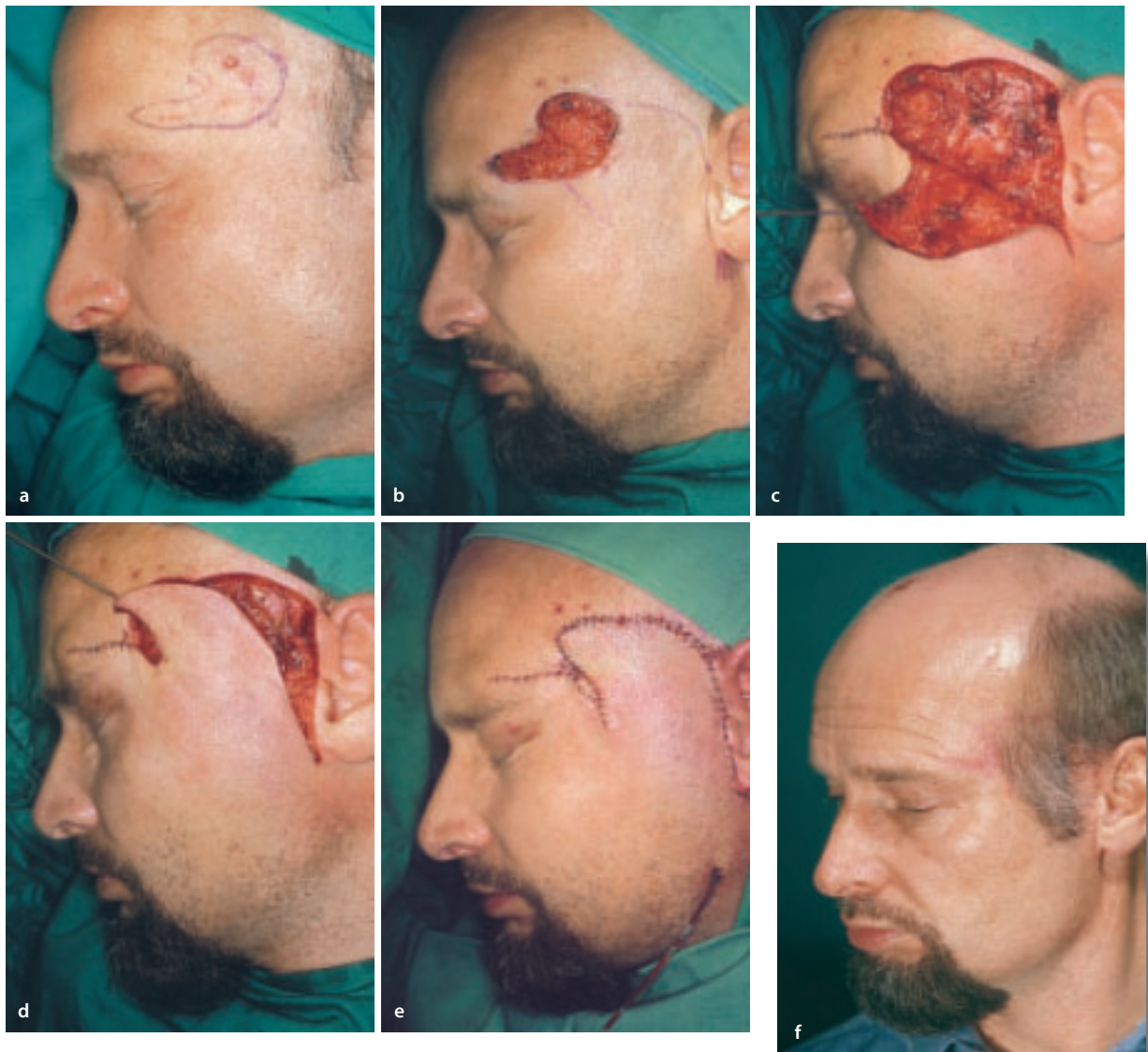
■ **Abb. 35.2.** Verschiebeplastik mit back cut:

- a Defekt nach Exzision eines Basalzellkarzinoms und Planung der Rekonstruktion,
- b Mobilisierung des Lappens,
- c Verlagerung des Lappens in den Defekt,
- d Prüfen der Spannungsverhältnisse,
- e Abschluss der Operation,
- f 2 Jahre postoperativ



Abb. 35.3. Große Verschiebeplastik:

- a Operationsplanung zur Exzision eines Lentigo-maligna-Melanoms,
- b mobilisierter Verschiebelappen,
- c Verlagerung in den Defekt,
- d Abschluss nach Subkutan- und Hautnaht,
- e präoperativer Status,
- f 2 Jahre postoperativ



■ **Abb. 35.4.** Einfache Rotationsplastik:

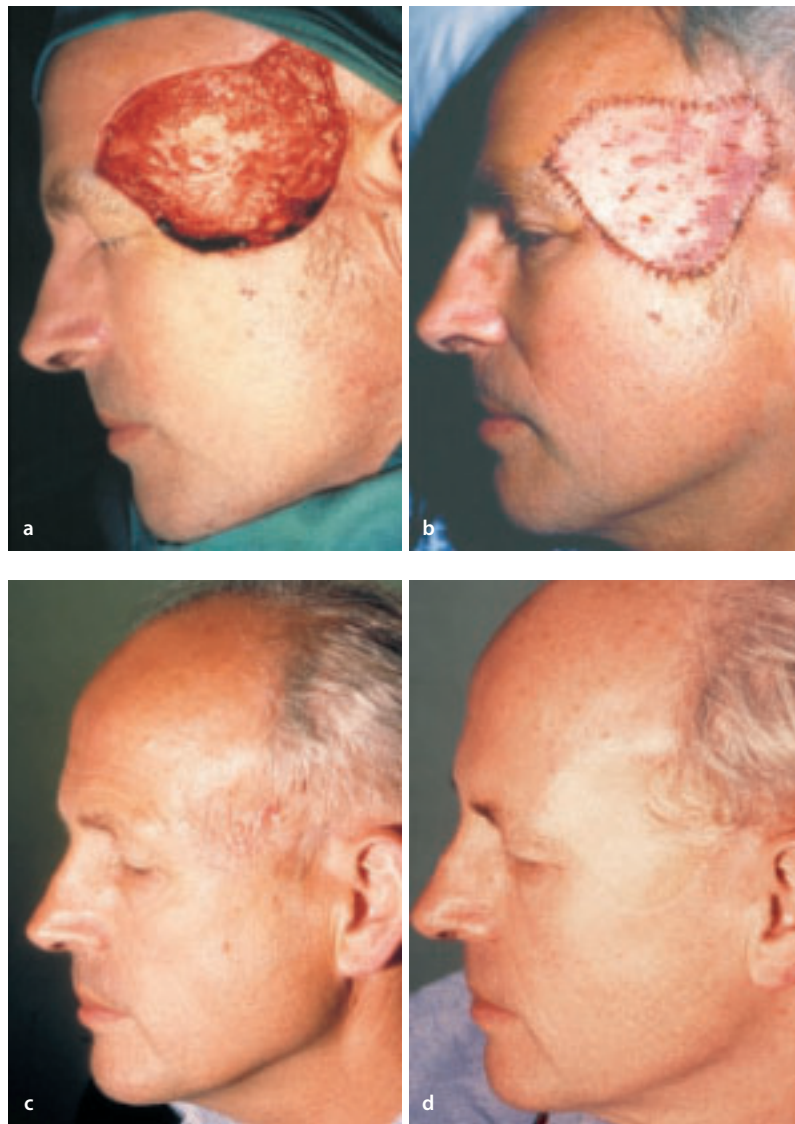
- a Planung zur Exzision eines multizentrischen Basalzellkarzinoms,
- b Defekt nach histographisch kontrollierter Exzision in toto,
- c mobilisierter Rotationslappen,
- d Verlagerung in den Defekt,
- e Abschluss nach Subkutan- und Hautnaht,
- f 3 Monate postoperativ





- ◀ ■ **Abb. 35.5.** Doppelte Rotationsplastik:
- a großer Defekt nach Exzision eines ulzerierten Basalzellkarzinoms,
 - b mobilisierter Wangenrotationslappen,
 - c Verlagerung in den Defekt,
 - d Abschluss nach Einpassen des Rotationslappens,
 - e Präparation und Verlagerung des 2. Rotationslappens von der Stirn,
 - f Abschluss der Operation,
 - g präoperativer Befund,
 - h 4 Monate postoperativ

- **Abb. 35.6.** Rotationsplastik kombiniert mit einer subkutan gestielten Lappenplastik:
- a Operationsplanung nach Exzision eines Basalzellkarzinoms,
 - b Präparation des Rotationslappens,
 - c Präparation des subkutan gestielten Lappens,
 - d Abschluss der Operation, Hautnaht z. T. als Intrakutan- oder Einzelknopfnah,
 - e Ausgangsbefund,
 - f 6 Jahre postoperativ



■ **Abb. 35.7.** Spalthauttransplantation:

- a ausgedehnter Defekt nach Exzision eines Basalzellkarzinoms,
- b nach Wundkonditionierung Einpassen eines Spalthauttransplantats,
- c präoperativer Befund,
- d Zustand 6 Jahre postoperativ



Abb. 35.8. Rotationsplastik kombiniert mit Vollhauttransplantation:

- a Operationsplanung zur Exzision eines Lentigo-maligna-Melanoms mit nachfolgender Defektrekonstruktion,
- b ausgedehnter Exzisionsdefekt,
- c Einpassen des Rotationslappens,
- d Verschluss des Restdefekts mit einem zusammengesetzten Vollhauttransplantat,
- e Ausgangsbefund,
- f 6 Monate postoperativ

Operative Dermatologie

Lehrbuch und Atlas

Petres, J.; Rompel, R.

2007, XV, 825 S., Hardcover

ISBN: 978-3-540-34086-7