

## Neven Olivari „Praktische Plastische Chirurgie“ Kapitales Lebenswerk

Neven Olivari legt ein kapitales Lebenswerk vor. Auf 943 Seiten hat er einen Operationsatlas erstellt, den er treffend „Praktische Plastische Chirurgie“ nennt. Der Praxisbezug ist hier in jeder Hinsicht gegeben: Tausende von Fotos und über 800 selbstgefertigte, didaktisch hervorragende Farbzeichnungen illustrieren dieses Werk in hervorragender Weise. Das im vergangenen Jahr im Kaden Verlag erschienene Buch ist in sieben Hauptkapitel gegliedert: Geschichte der Plastischen Chirurgie – Allgemeiner Teil – Kopf und Hals – Thorax und Thoraxwand – Bauch-, Gesäß- und Genitalregion – Deckung an den Extremitäten – Chirurgische Therapie bei frischen Verbrennungen.

**Eine riesige Anzahl von Fallbeispielen bezeugt das Lebenswerk eines ungewöhnlich kreativen plastischen Chirurgen**

Die „Geschichte der Plastischen Chirurgie“ ist knapp gehalten – doch reich mit historischen Bildern ausgestattet. Spannend fand ich persönlich die letzte Seite: Sie zeigt eine von Burian im Jahr 1967 mitgeteilte vertikale Bruststraffung, die in vielen Einzelschritten identisch ist mit der Lejour-Technik. Lediglich die gekräuselte, geraffte Intrakutannaht ist noch

nicht beschrieben! Das zweite Kapitel „Allgemeiner Teil“ beschreibt und gewichtet die gängigen Lappentechniken zur Defektdeckung anhand von vielen Zeichnungen und zahlreichen klinischen Beispielen. Das umfangreichste Kapitel „Kopf und Hals“ umfaßt 370 Seiten. Eine riesige Anzahl von Fallbeispielen bezeugt das Lebenswerk eines ungewöhnlich kreativen plastischen Chirurgen. Eine eigene Innovation beschreibt er auf Seite 93: „Eine einseitige subtotale Nasenrekonstruktion mit zwei naso-labialen Lappen nach Olivari.“ Neben anderen Falldemonstrationen zeigt er besonders beeindruckende Rekonstruktionen nach großen traumatischen Gesichtsdefekten in nur wenigen chirurgischen Schritten. Weitere selbstentwickelte Methoden beschreibt er bei der invertierten Mamille und bei der operativen Therapie des Sinus pilonidalis. Nach penibelster Vorbereitung und nahezu onkologischer Resektion des fistelnden Areals erzielt Olivari mit seinem Rotations-schwenklappen exzellente Ergebnisse. Nach aufwendiger Nachbehandlung waren von 36 Patienten 31 komplikationslos. Vier entwickelten ein Serom, das innerhalb von zwei bis drei Wochen abheilte. Lediglich ein Patient entwickelte ein Rezidiv.

Neven Olivari  
Praktische Plastische Chirurgie  
Atlasformat, Gebunden, 944 Seiten,  
über 2800 Abbildungen (davon 620 Farb-  
zeichnungen), ISBN 3-922777-55-4, € 318,-  
Kaden Verlag, Heidelberg

**Der weltweit erste Latissimus-Insellappen und die chirurgische Behandlung der endokrinen Ophthalmopathie**

Die bedeutendsten Innovationen des Autors waren indessen der weltweit erste Latissimus-Insellappen und die chirurgische Behandlung der endokrinen Ophthalmopathie. Auf Seite 483 ist die am 2. Juli 1974 durchgeführte erste Latissimus-Operation fotodokumentiert. Olivari kommentiert lapidar „für den Autor war dies ein einmaliges chirurgisches Erlebnis“. Der von ihm entwickelte Latissimus-dorsi-Insellappen war und ist das „Working horse“ der Thoraxwandrekonstruktion – selbst bei größten Defekten. Auch hier wiederum beeindruckend das Abbildungsmaterial – 643 Insellappen sind dokumentiert.

Seit 1985 hat Olivari 511 Patienten in der von ihm entwickelten chirurgischen Therapie der endokrinen Ophthalmopathie operiert. Durch das Ober- und Unterlid werden jeweils die einzelnen Quadranten des intraorbitalen Fettes aufgesucht und reseziert, die Orbita damit dekomprimiert. Eventuell wird bei einer Lidretraktion der Musculus levator verlängert und der Müllersche Muskel durchtrennt. Diese segensreiche Operation ist eindrucksvoll intra- und postoperativ dokumentiert. 511 Patienten wurden nachuntersucht. Die Komplikationsrate lag bei 8,1 Prozent. Neven Olivari hatte seine Patienten stets

kritisch im Auge und berichtet detailliert über seine Komplikationen.

Als Pars pro toto darf ich seine Bemerkung über die Rekonstruktion von Ohren zitieren: „Der Autor war nie mit seinen rekonstruierten Ohren glücklich, die Patienten häufiger“. Mikrochirurgische Techniken wie freie Lappenplastiken und die Replantationschirurgie greift Olivari früh auf und entwickelt sie zu großer Meisterschaft. Alleine 111 freie TRAM-Flaps – im wesentlichen zur Rekonstruktion der weiblichen Brust – werden aufgeführt. Auch hier findet sich neuerlich eine kritische Beurteilung der Narbenbildung und der Resultate.

**Das großzügig gestaltete Werk ist ein absolutes Muß für jeden plastischen Chirurgen**

In der Gesamtschau ist dieses großzügig gestaltete Werk ein absolutes Muß für jeden plastischen Chirurgen, jedoch durchaus auch ein Soll und Kann für den interessierten Allgemeinchirurgen, Traumatologen und andere mit Rekonstruktionen befaßte Operateure, die sich in diesem Operationsatlas hervorragende Anregungen holen können. Das Geleitwort von Hans Ulrich Steinau endet mit dem Statement des Autors „Plastische Chirurgie lernt man bei Meistern des Faches“. Neven Olivari ist im hohen Maße ein Meister seines Faches. ◀

Prof. Dr. med. Klaus Jaeger, Brühl

Ian T. Jackson

## **N. Olivari: Praktische Plastische Chirurgie, Operationsatlas**

**Kaden Verlag, Heidelberg, 2004, 943 pp (ISBN 3-922777-55-4)**

Published online: 27 January 2005  
© Springer-Verlag 2005

Occasionally a book appears which, on perusal, one knows is going to be a classic. Neven Olivari has produced such a book. Not only is he the author, he has also drawn all of the illustrations. Of course, this is a very significant thing, since there can be problems in communication between an author and the artist illustrating the procedure. This can result in the loss of essential details.

The first chapter is an eye-opener since Dr Olivari has delved into the history of plastic surgery. Many interesting early publications are quoted. Firstly, there is an illustration of beautiful instruments produced in the early 1800s in a book by Bernard and Huette. Then comes the true history of many flaps. Illustrations show that Dieffenbach, Delpech, Burow, and Bruns were using flaps which have other people's names attached to them today. These were described at a date much earlier than the book in which they appeared in 1857. In 1892, von Hagedorn was using a lip repair very similar to the Tennison. Szymanowski, in 1865, illustrated a rhomboid flap. In 1967, Burian reduced a breast with a vertical mammoplasty.

Chapter 2, which is headed "General Techniques," is a very comprehensive review of grafts, local flaps involved in the face, regional flaps in the chest and limbs, tissue expansion, treatment of hemangioma and skin tumors. The diagrams are excellent and are accurate since, as mentioned above, these have been reproduced by Dr Olivari himself.

Chapter 3 is a very important one on the face and neck area, this considers in detail reconstruction of soft and hard tissue, rhinoplasty, eyelid surgery, reconstructive and aesthetic procedures with face lift, blepharoplasty, brow lift, and dermabrasion being well-

described and illustrated. Exophthalmos is covered very well since this is one of Dr Olivari's "hobbies." Lip and palate—primary and secondary—facial palsy, and ear reconstruction make up the remainder of the chapter.

Chapter 4, which deals with the chest, covers breast reconstruction, reduction, and augmentation. It is interesting that in 1916, Tansini presented his work on the latissimus dorsi flap. The applications of the TRAM flap, pedicled and free, are extensively described. Even hidradenitis suppurativa treatment is in this chapter.

Chapter 5 considers obesity surgery which has become so popular is presented in detail again with good illustrations.

In Chapter 6, extremity defects due to trauma are analyzed, and the appropriate reconstruction, either local or microvascular, is extensively described. In addition to this, all of the applicable local skin, muscle, and free flaps are presented.

Replantation is covered comprehensively.

The final chapter is on burns. The acute burn and post-burn reconstruction again receive the exposure required to be fully up-to-date at the present time.

This truly is a labor of love, written entirely and illustrated by a single surgeon who is a giant among giants, respected in his own country and in every other country he has visited. This book is, will become, and will continue to be a classic. At the moment, of course, it will largely be limited to German-speaking countries, but I would hope that the publisher will recognize that this is probably one of the best plastic surgery books written and very quickly bring out an English edition. Undoubtedly it would be a smash hit.

I congratulate my old friend on this superb production.

Mustardé Typ II (Modifikation)



Abb. 3.189a Zweimal voroperiertes und bestrahltes Basaliom der rechten Wange und der rechten nasolabialen Falte mit multizentrischem Wachstum

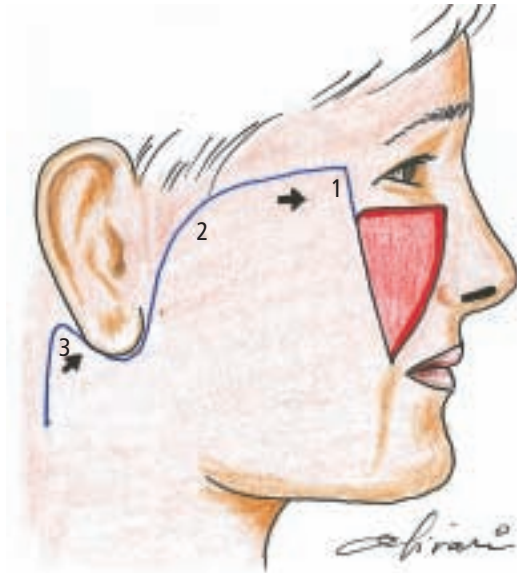


Abb. 3.189b Schnittführung des Rotationslappens aus der rechten Wange (Mustardé-Typ II). Um eine große Mobilität nach medial zu erzielen, endet der Schnitt nicht am Ohrläppchen, sondern verlängert sich in V-Form retroaurikulär. Er verlängert den Rotationsbogen und ermöglicht es, eine größere Fläche zu decken. **Merke:** Der Rotationslappen beginnt höher als der Defektrand, um eine Traktion am Unterlid zu vermeiden.



Abb. 3.189c Die Exzision erfolgt weit und tief im Gesunden.

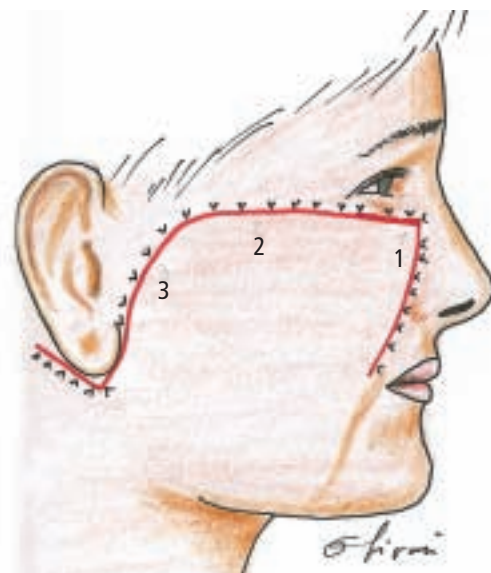


Abb. 3.189d Beachte die Verschiebung von Punkt 1,2 und 3.



**Abb. 3.189e** Es ist außerordentlich wichtig, daß der Rotationslappen unter Einschluß des retroaurikulären Lappens komplett mobilisiert wird.



**Abb. 3.189f** Nach ausgedehnter Mobilisation ist die Rotation in medialer Richtung spannungslos möglich. Am Ende der Operation liegt der Lappen spannungslos am Unterlid.



**Abb. 3.189g** Zustand 16 Monate nach der Operation. Beachte: Die Symmetrie des Gesichtes bleibt erhalten.



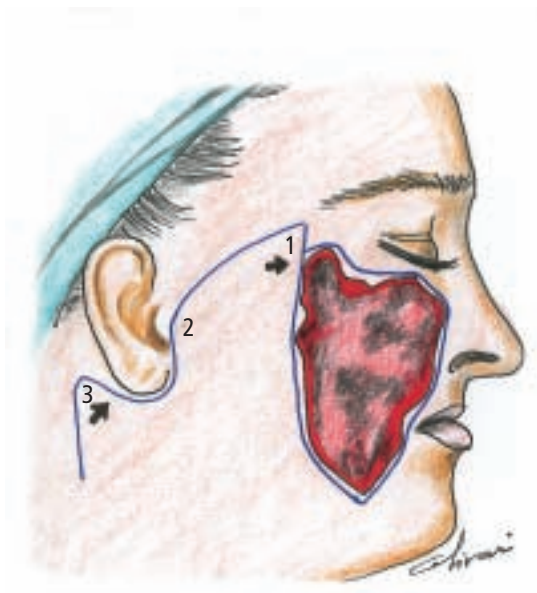
**Abb. 3.189h** Zarte Narbenbildung bei spannungslosem Wundverschluß

## Mustardé Typ II

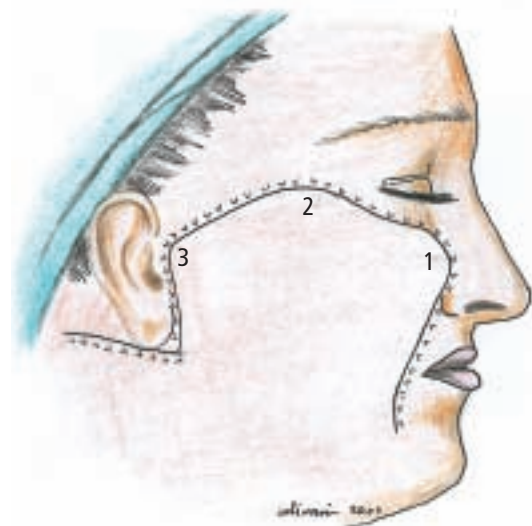


**Abb. 3.190a** Defekt der rechten Wange nach Hundebiß.  
Therapie: Primäre Rekonstruktion

1. Auswaschen der Wunde mit medizinischer Seife
2. Desinfektion mit Betaisodonna oder einem anderen Antiseptikum
3. Lokale Gabe von Antibiotika (z.B. Nebacetin)
4. Nur minimalste Randexzision, um die Wundränder zu begradigen



**Abb. 3.190b** Der Rotationslappen (Mustardé Typ II) aus der rechten Wange muß lateral höher anfangen als der Defektrand. Die Schnittführung wird retroaurikulär verlängert, um einen größeren Rotationsbogen zu ermöglichen und einen größeren Lappen zu bilden.



**Abb. 3.190c** Beachte: Verschiebung des Lappens anhand der Punkte 1,2 und 3.



**Abb. 3.190d** Zustand am Ende der Operation. Der Rotationslappen liegt spannungslos im Defekt. Die einzige Spannung besteht hinter der Ohrmuschel, allerdings spielt dies ästhetisch und funktionell keine Rolle.



**Abb. 3.190e** Zustand 1 Jahr nach der Operation

## Mustardé Typ III



Abb. 3.191a Zustand nach Exzision eines Basalioms der linken Wange und des linken Unterlides

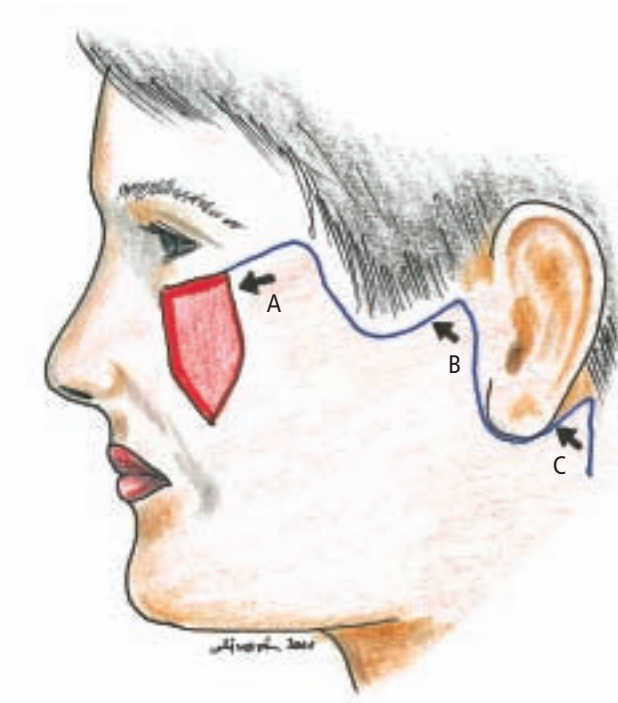


Abb. 3.191b Planung der Operation (Mustardé Typ III). Weil die Patientin tiefsitzende präaurikuläre Haare besitzt, die bei der normalen Rotation in den vorderen Teil der Wange kommen würden, wird die Schnittführung variiert. Die Lappenspitze (A) wird nach medial verlagert, um den Defekt zu decken. Der präaurikuläre Teil (B) wird vor der Haargrenze mobilisiert und der retroaurikuläre Teil (C) gelangt nach präaurikulär.



**Abb. 3.191c** Beachte: Rotation der Punkte A,B und C. Dieser Rotationslappen ist bei starker präaurikulärer Behaarung indiziert.



**Abb. 3.191d** Zustand am Ende der Operation



**Abb. 3.191e** Zustand 1 Jahr nach der Operation. Die Narben sind fein, da spannungslos adaptiert. Es besteht keine Traktion am Unterlid.

## Freie Knochentransplantation

### a) Freier vaskularisierter Fibula-Transfer

Mit den vaskularisierten freien Fibula-Transplantationen werden größere Knochendefekte (d.h. >10 cm) überbrückt. Durch den vaskulären Anschluß der Fibula wird das Transplantat widerstandsfähiger. Es kommt nicht zur Knochenresorption wie bei den Standard-Knochentransplantaten ohne vaskulären Anschluß.

Die Entnahme der Fibula führt nicht zur Funktionsminderung des Spender-Unterschenkels, wenn ca. 8 bis 10 cm oberhalb der Knöchelgabel erhalten bleiben.

Gut geeignet ist die Transplantation der Fibula als zusammengesetzter Lappen mit dem lateralen Teil des M. soleus und auch der darüberliegenden Haut, die von der A. peronea versorgt wird.

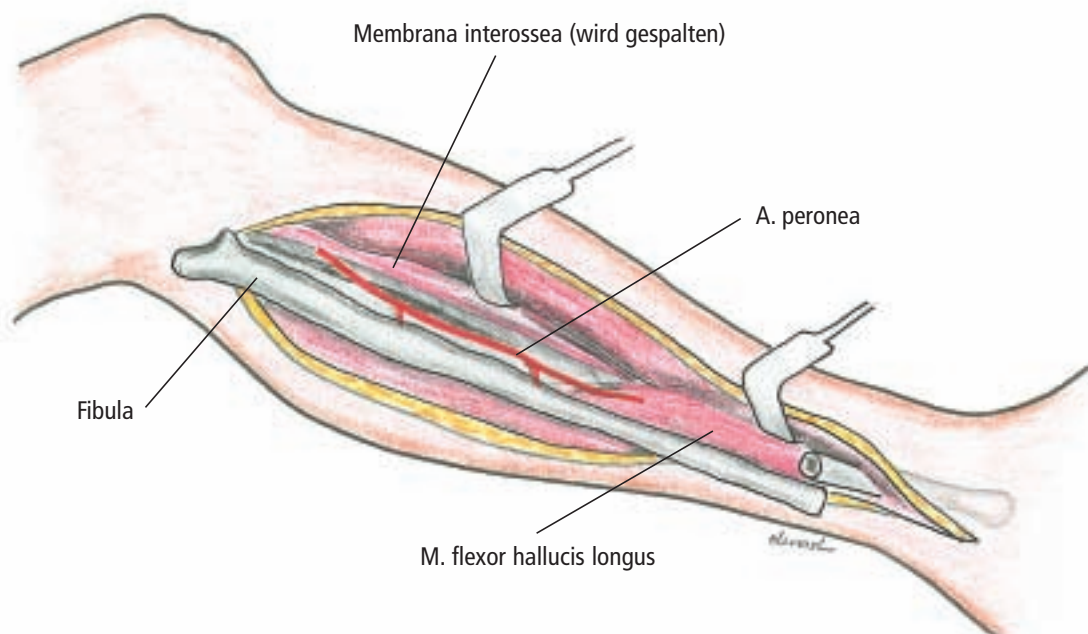
Die Blutversorgung erfolgt über die A. peronea (fibularis) und die Aa. nutritiae, welche in den Knochen im proximalen und mittleren Drittel eindringen.

Die Praxis hat gezeigt, daß die Durchblutung der Fibula wesentlich besser ist, wenn das Periost und ein Muskelmantel zirkulär vollständig um den Knochen belassen wird. Hier kommen Teile des M. flexor hallucis longus und M. tibialis posterior in Frage.

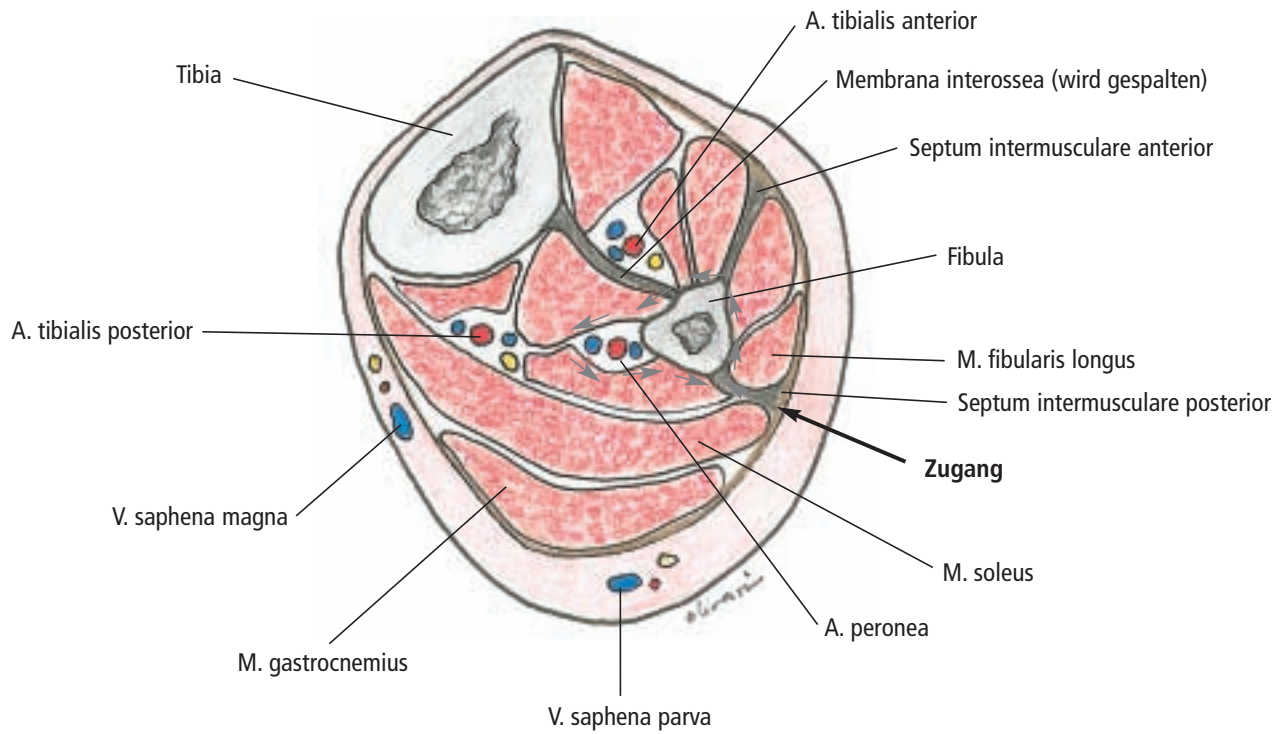
Die Operation wird in Blutleere durch einen lateralen Zugang durchgeführt. Die Faszie wird längs gespalten. Die Präparation erfolgt zwischen M. soleus und M. fibularis brevis.

Die laterale Fläche der Fibula wird nach Ablösen des M. soleus identifiziert, die Fascia interossea ventral dargestellt und längs inzidiert. Durch Mobilisierung des M. flexor hallucis longus werden A. und V. peronea dargestellt.

Das Periost wird nur an der Resektionsstelle inzidiert und zurückgeschoben.



**Abb. 6.41** Entnahme eines vaskularisierten Fibula-Transplantates. Die Fibula soll wegen der besseren Vaskularisation immer mit einem schmalen Muskelmantel des M. tibialis posterior und M. flexor hallucis longus entnommen werden. Es kann fast die gesamte Länge der Fibula inklusive des Fibulakopfes entnommen werden, die distalen 8–10 cm bleiben wegen der OSG-Funktion ausgespart.



**Abb. 6.42a** Querschnitt durch die Mitte des rechten Unterschenkels bei freiem vaskularisierten Fibula-Transfer (die Pfeile zeigen Zugang und Ausmaß der Resektion)

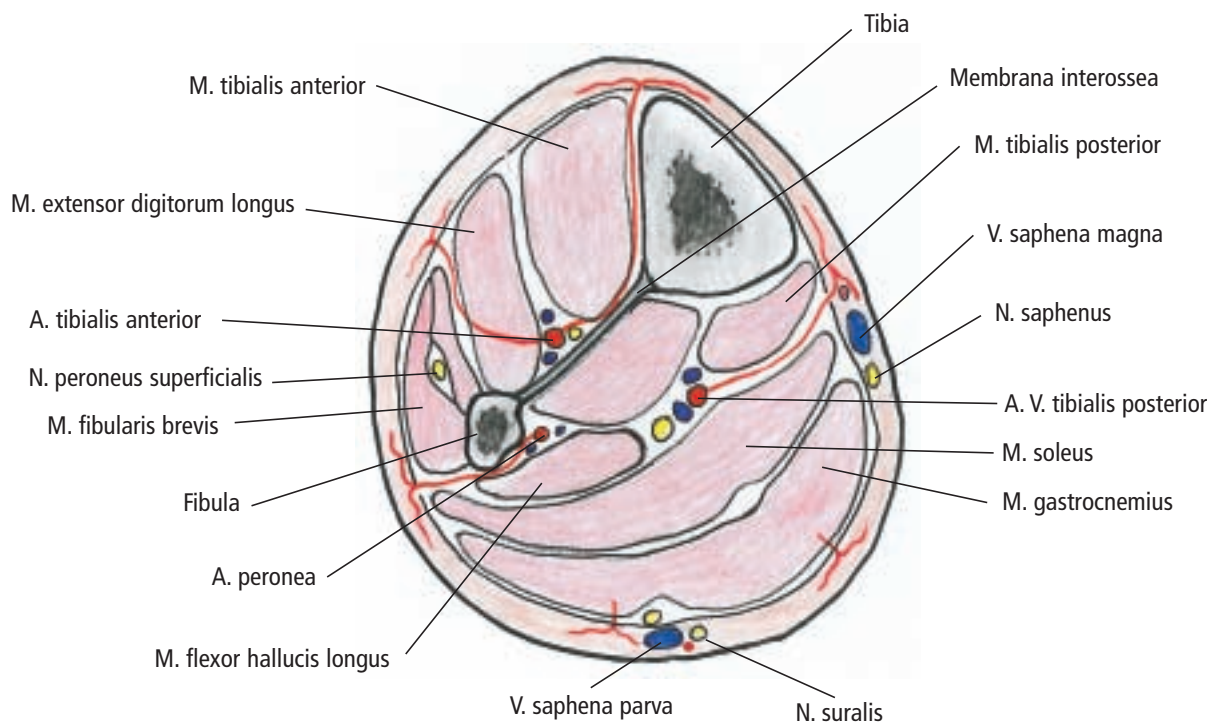
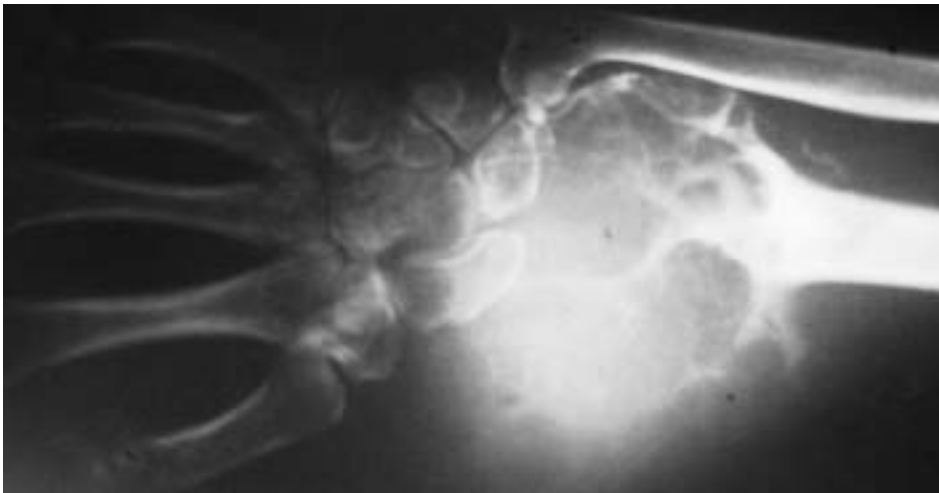


Abb. 6.42b Arterielle Blutversorgung der Haut am Unterschenkel

## Freies Fibulatransplantat



**Abb. 6.43a** Riesenzell-tumor im distalen Teil des Radius



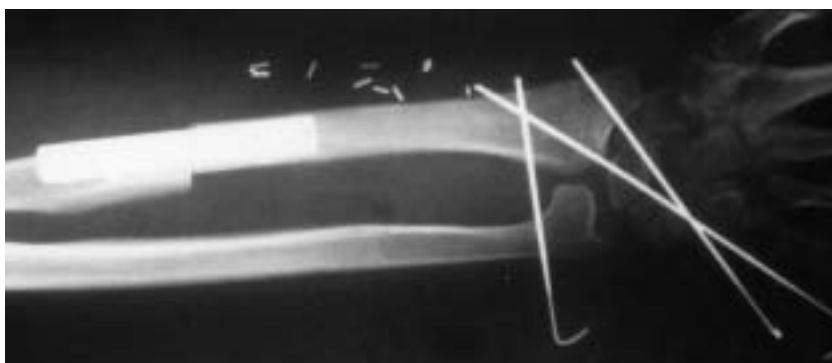
**Abb. 6.43b** Das entsprechende Röntgenbild zeigt keine Infiltration von Ulna und Handwurzelknochen.



**Abb. 6.43c** Resektion des Tumors und des distalen Teils des Radius en bloc



**Abb. 6.43d** Entnahme des vaskularisierten Fibulatransplantates



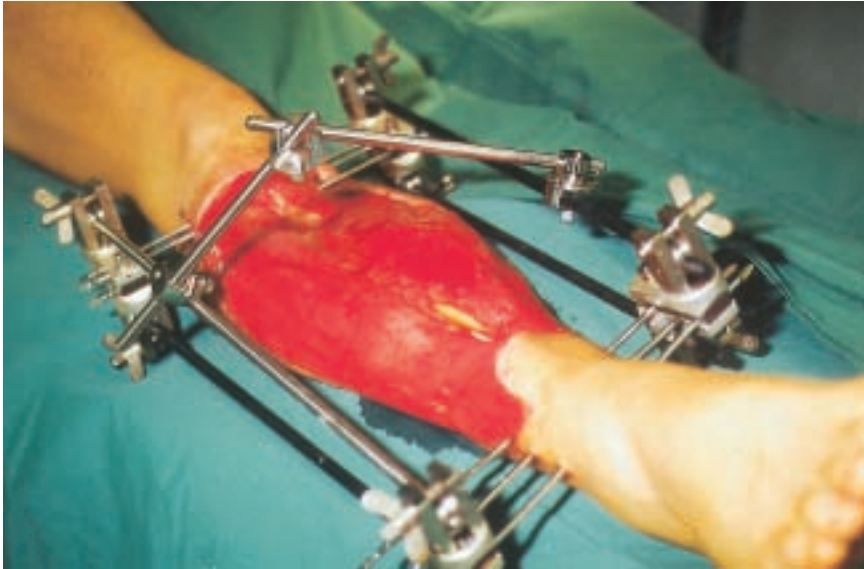
**Abb. 6.43e** Die Fibula aus dem rechten Unterschenkel wird entnommen und am Radiuschaft mit einer Osteosyntheseplatte fixiert. Die Fixation am Handwurzelknochen und der Ulna erfolgt mit Spickdrähten. Die Mikroanastomosen werden zwischen der A. peronea und der A. radialis sowie den Begleitvenen durchgeführt.



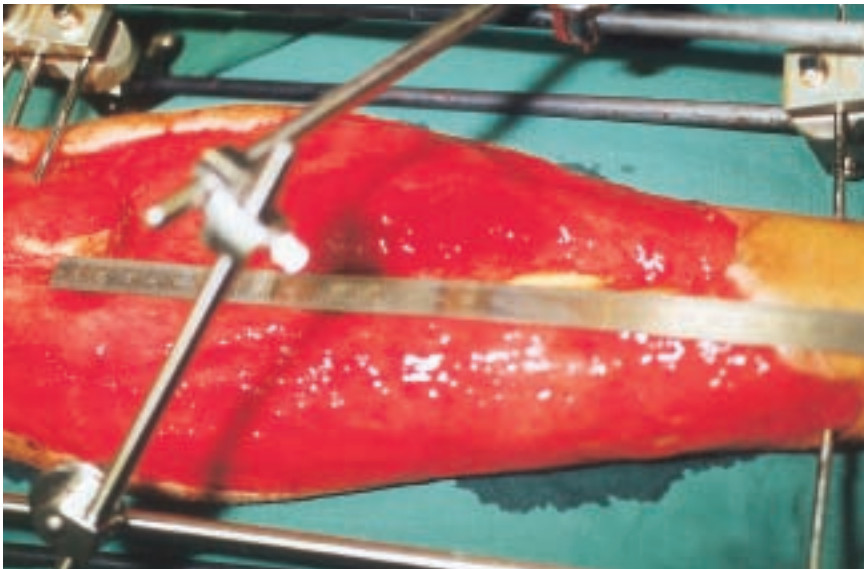
**Abb. 6.43f** Zustand 1 Jahr nach der Operation



**Abb. 6.43g** Funktionelles Ergebnis



**Abb. 6.44a** Zustand nach drittgradiger offener Fraktur des Unterschenkels. Großer Weichteildefekt mit Verlust der Tibia über 21 cm



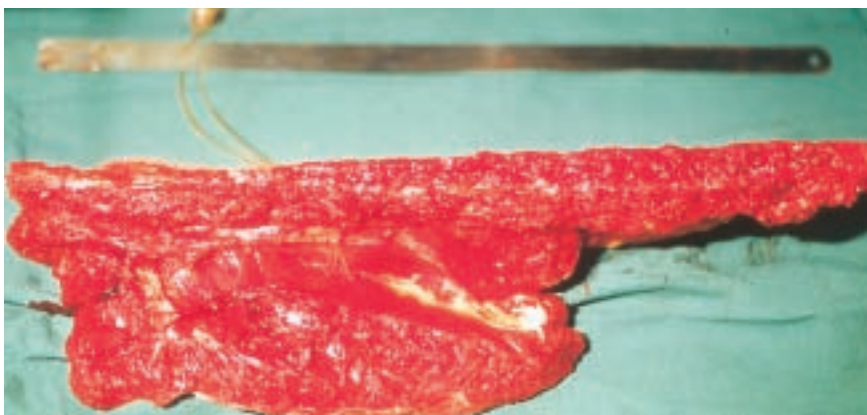
**Abb. 6.44b** Mit einem Fixateur externe wurde die Distanz der Fragmente gehalten.



**Abb. 6.44c** Planung eines osteomyokutanen Fibula-Lappens von der kontralateralen Seite



**Abb. 6.44d** Schnittführung zur Entnahme des osteomyokutanen freien Fibula-Lappens



**Abb. 6.44e** Es ist von Bedeutung, daß die Fibula nicht als denudiertes Knochentransplantat entnommen wird. Obwohl die A. peronea mehrere Rami direkt in die Fibula abgibt, ist es angebracht, eine Muskelschicht um den Knochen zu belassen.



**Abb. 6.44f** Hier werden Haut und M. soleus, M. tibialis posterior, M. flexor hallucis longus mit der Fibula mitgenommen, um den Defekt am rechten Unterschenkel zu verschließen.



**Abb. 6.44g** Die Fixation dauerte 9 Monate, dann erfolgten Bewegungsübungen ohne Belastung für weitere 6 Monate. Erst danach konnte schrittweise bis zur vollen Belastung gesteigert werden.



**Abb. 6.44h** Die Fibula wurde als Tibia-Ersatz in die Markhöhle der Tibia fixiert.



**Abb. 6.44i** Zustand 2 Jahre nach der Operation. Der Patient belastet das Bein auf zwei Fibulae.



**Abb. 6.44j** Seitlicher Aspekt 2 Jahre postoperationem: Die Indikation zur Entnahme von Fibula und M. soleus ist wegen der verringerten Venenpumpe des Unterschenkels nur zur ventralen Beinerhaltung gerechtfertigt.