

face

international magazine of orofacial esthetics

3²⁰¹²

_Fachbeitrag

Therapie der endokrinen Orbitopathie

_Spezial

Rundumerneuerung im Fernsehen:
eine Gratwanderung zwischen
physischem Segen und psychischem Fluch

_Lifestyle

Rajalta Rajalle hiihto – ein Wintermärchen
für sportlich Ambitionierte



neu!

chirurgische aspekte der rot-weißen ästhetik

Gingiva-Management in der Parodontologie und Implantologie
Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs



inkl. DVD

**JETZT AUCH MIT PAPILLEN-AUGMENTATION,
LIPPENUNTERSPRITZUNG UND GUMMY-SMILE-
KORREKTUR**

SCAN MICH



Programm
„Chirurgische
Aspekte der rot-
weißen Ästhetik“

QR-Code einfach
mit dem Smartphone
scannen (z. B. mithilfe
des Readers Quick Scan)

in Kooperation



PRAXIS

Kursinhalte

THEORIE

- Grundlagen rot-weiße Ästhetik (Anatomie, Funktion, Parodontalerkrankungen und ihre Folgen etc.)
- Knochen als Grundlage eines perfekten ästhetischen Ergebnisses (augmentative Verfahren)
- Chirurgische Techniken (Schnittführung, Lappentechnik, Kronenverlängerung, Gummy Smile, Transplantate)
- Laser-Contouring, chirurgisches Contouring und adjuvante Therapien
- Papillen-Augmentation
- Lippenunterspritzung
- Gummy-Smile-Korrektur
- Besonderheiten des Gingiva-Managements in der Implantologie
- Tipps, Tricks und Kniffe

- Chirurgische Techniken
- Papillen-Augmentation
- Lippenunterspritzung
- Gummy-Smile-Korrektur
- Laser-Contouring

Hinweis: Jeder Kursteilnehmer erhält die DVD „Chirurgische Aspekte der rot-weißen Ästhetik“, auf der alle Behandlungsschritte am Präparat bzw. Patienten noch einmal Step-by-Step gezeigt und ausführlich kommentiert werden.

Organisatorisches

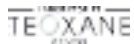
Kursgebühr inkl. DVD 195,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale 25,- € zzgl. MwSt.
Bei der Teilnahme am Hauptkongress wird die Kursgebühr angerechnet.

OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308, Fax: 0341 48474-390
event@oemus-media.de, www.oemus.com



Nähere Informationen zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen erhalten Sie unter www.oemus.com

Dieser Kurs wird unterstützt



Stand: 08.08.2012

Termine 2012

HAUPTKONGRESS

07.09.2012 09.00 – 13.00 Uhr	Ost Leipzig	9. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin
05.10.2012 09.00 – 13.00 Uhr	Nord Hamburg	42. Internationaler Jahreskongress der DGZI
12.10.2012 14.00 – 18.00 Uhr	Süd München	3. Münchener Forum für Innovative Implantologie
02.11.2012 14.00 – 18.00 Uhr	West Essen	2. Essener Implantologietage

Anmeldeformular per Fax an
0341 48474-390
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für die Kursreihe „Chirurgische Aspekte der rot-weißen Ästhetik“ melde ich folgende Personen verbindlich an:

 OST
 NORD
 SÜD
 WEST
 07.09.2012 | Leipzig

 05.10.2012 | Hamburg

 12.10.2012 | München

 02.11.2012 | Essen

 Bitte senden Sie mir das Programm zum Hauptkongress

Name, Vorname

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der
OEMUS MEDIAAG erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail



Dr. Dr. Michael Wiesend

Ästhetik – die Zielgruppe der Zukunft

Wer bei Stichworten wie „Ästhetik“ oder „plastisch-chirurgischer Eingriff“ immer noch spontan an ein Klientel von Frauen in jungen oder mittleren Jahren denkt, die mit ihrer Körbchengröße unzufrieden sind, ihren Nasenhöcker korrigieren lassen wollen oder sich über die ersten Falten aufregen, der ist schon lange nicht mehr up to date.

Dass immer mehr Männer unter den Aspiranten für ästhetische Eingriffe sind, ist dank der Medien für den aufmerksamen Beobachter kein Geheimnis mehr. Wo die eigentliche Zukunft der im Sinne der Ästhetik tätigen Kolleginnen und Kollegen aber wirklich liegt, ist immer noch ein meist gut gehütetes Geheimnis der Kundschaft.

Denn genauso wie das Thema „Sexualität im Alter“ nach wie vor so tabuisiert ist, dass ein Film zu dem Thema sofort Filmpreise abräumt – natürlich in Kategorien wie „künstlerisch wertvoll“ oder „bester Außenseiterfilm“ –, genauso ist auch das Thema „Ästhetik im Alter“ auf dem Index. Es scheint fast so, als hätten ältere Menschen kein Anrecht mehr auf Schönheit. Wenn die Oma zur Lidstraffung geht, dann ist das schon „megapeinlich“, an ein Facelift sollte sie besser erst gar nicht denken, und der Opa soll seine Speckpolster bitte mit Würde tragen und nicht über eine attraktivere Silhouette dank Liposuktion nachdenken.

All diesen Vorurteilen der Jüngeren zum Trotz nehmen die älteren Menschen sich dennoch zunehmend das Recht, über die Umsetzung ihrer Wünsche nach einem schöneren, frischeren und jüngeren Aussehen selbst zu entscheiden.

Aber man spricht nicht darüber. Das heißt, die 70-jährige Studienrätin a.D. aus der Großstadt fährt für ihre Botox-Injektion in eine renommierte Praxis auf dem Land und kann dann offiziell wegen eines Schnupfens ein paar Tage nicht zum Yoga kommen, bis inoffiziell die verräterischen kleinen blauen Flecken verschwunden sind. Der 75-jährige ehemalige Bankdirektor aus der Kleinstadt holt sich seine Lidstraffung in einer Großstadt, in der er offiziell einen Kurzurlaub verbringt, weil die Gattin schon lange das nur dort dargebotene Musical besuchen wollte.

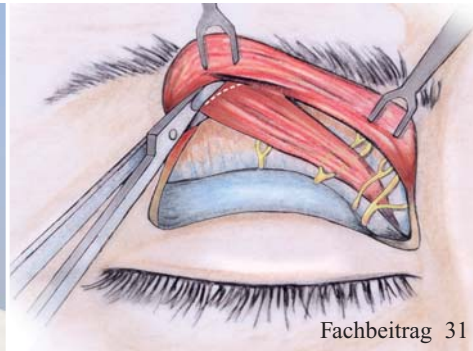
Eigentlich schade, aber es muss ja nicht so bleiben. Ich plädiere hier entschieden für mehr Selbstbewusstsein. All die vielen Senioren, die jahrzehntelang Leistungsträger der Gesellschaft waren – warum sollten sie nicht genauso selbstverständlich über ihre ästhetischen Eingriffe sprechen dürfen wie über ihr Fitnessprogramm und ihr Überwintern auf Mallorca? Schließlich wundert sich schon lange niemand mehr über das Grüppchen 70-jähriger Damen, das morgens bewaffnet mit Nordic Walking Stöcken in den Wald marschiert, oder über die Großeltern, die, anstatt unter dem Weihnachtsbaum zu sitzen, eine bunte Postkarte aus der Ferne schicken. Die Zukunft der Ästhetik liegt definitiv zu einem nicht unbeträchtlichen Teil in den Händen der Best Ager.

Wer sich mit 70 Jahren so gut fühlt wie früher ein 50-Jähriger, der hat auch das Recht dazu, sich zu wünschen, dass sein äußeres Erscheinungsbild zu seinem Selbstverständnis passt, und der darf sich auch entsprechende Eingriffe gönnen. Wenn am Nachmittag im Tennisklub offen diskutiert werden kann, wer welchen Arzt für ein optimales Facelift empfehlen kann und welcher Zahnarzt mit seinem Zahnersatz am ästhetischsten das Erscheinungsbild der Lippen mit beeinflusst, dann ist die Emanzipation der Senioren wieder einen entscheidenden Schritt vorangekommen.

Dr. Dr. Michael Wiesend

Alle mit Symbolen gekennzeichneten Beiträge sind in der E-Paper-Version der jeweiligen Publikation auf www.zwp-online.info mit weiterführenden Informationen vernetzt.





| Editorial

- 03 **Ästhetik** – die Zielgruppe der Zukunft
_Dr. Dr. Michael Wiesend

| Fachbeiträge

- 06 **BTX State of the Art** unteres Gesichtsdrittel und Hals: **Was macht Sinn? Wo sind Grenzen?**
_Dr. med. S. Hilton, A. Mokosch
- 12 Erkrankungen der **Speicheldrüsen** Teil III: Chirurgie des gelähmten Gesichtes
_Prof. Dr. med. Hans Behrbohm
- 16 Therapie der **endokrinen Orbitopathie**
_Dr. med. Alexander Stoff, Dr. med. Dirk F. Richter
- 20 Möglichkeiten der operativen Behandlung von **Form- und Altersveränderungen des Gesichtes** unter Berücksichtigung von Schönheitsidealen
_Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig
- 24 **Extraktion, Implantation** oder Parodontologie & Kieferorthopädie
_Dr. med. dent. Shadi Gera, Dr. med. dent. Tobias Teuscher, Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted
- 28 Regionale ästhetische Einheiten des Gesichtes: Die Bedeutung in der **Lippenrekonstruktion**
_Priv.-Doz. Dr. Dr. med. J. Camilo Roldán
- 31 Die chirurgische Differenzierung **der Brauentosis**
_Dr. med. Christian Kreuzer, Prof. Dr. Wolfgang Gubisch
- 36 Anwendungsbeobachtung zweier **hyaluronhaltiger Mesotherapieprodukte**
_Dr. med. Britta Knoll

| Spezial

- 42 Die **Einflussnahme ästhetisch-chirurgischen Denkens** auf das allgemein-chirurgische Handeln
_Prof. Dr. Dr. med. Rainer B. Drommer
- 46 Die Büste des **Jacques Joseph**
_Prof. Dr. Walter Briedigkeit, Prof. Dr. Hans Behrbohm
- 48 **Rundumerneuerung im Fernsehen:** eine Gratwanderung
_Dr. Lea Höfel

| Information

- 54 20 Jahre **Schönheitschirurgie** Lindau
- 55 **Reconstructive Surgery: Anatomy, Technique and Clinical Applications**
_Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig
- 56 **15 Jahre LKG** – Chirurgie im Sushma Koirala Memorial Hospital **for Plastic and Reconstructive Surgery**
_Prof. Dr. Dr. Hans-Dieter Pape, Priv.-Doz. Dr. Dr. J. Camilo Roldán
- 58 **Transsexualismus**
_Rechtsanwalt Dennis Hampe, LL.M.

| Lifestyle

- 60 **Rajalta Rajalle hiihto** – ein Wintermärchen für sportlich Ambitionierte
_Petra Heine
- 40 **Herstellerinformation**
- 52 **News**
- 66 **Impressum**

LABORATORIES
TEOXANE
GENEVA

3rd
TEOXANE
EXPERT
DAY

THE CHALLENGE
OF BEAUTY

difficult areas,
risk management &
side effects

November 10th 2012
in Düsseldorf

Das **Programm** zum **3rd TED** finden Sie
auch in dieser **face** Ausgabe

Referenten

(Paris, FR/London, UK) Dr. Jean-Louis SEBAG
(Düsseldorf, GER) Dr. Peter Arne GERBER
(Berlin, GER) Prof. Dr. Berthold RZANY
(Geneva, CH) Virginie RIVAS
(Munich, GER) Prof. Dr. Matthias VOLKENANDT
(Lyon, FR) Dr. Sophie CONVERSE-VIETHÉL
(Hamburg, GER) Dr. Melanie HARTMANN
(Heusenstamm, GER) Dr. Thomas ZIMMERMANN
(Munich, GER) Dr. Wolfgang REDKA-SWOBODA

Partner



BTX State of the Art unteres Gesichtsdrittel und Hals: Was macht Sinn? Wo sind Grenzen?

Autoren_Dr. med. S. Hilton, A. Mokosch

Abb. 1 14 Tage nach BTX-Injektion perioral – die Patientin versucht einen „Kussmund“ zu machen.



Einleitung

Seit der Erstzulassung 1989 wird Botulinumtoxin A (BTX) international erfolgreich zur Behandlung von neurologischen Erkrankungen und Muskeldystonien eingesetzt.¹⁻⁴ Kurze Zeit später entdeckte das Ärztteehepaar Carruthers die positive Wirkung der intramuskulären Botulinum-Injektionen auf die mimischen Falten.⁵ Seither kann man sich ästhetische Behandlungen ohne die minimalinvasive, selektive Abschwächung der Muskelaktivität und der dadurch resultierenden Falten glättung durch BTX kaum mehr vorstellen. 2006 folgte dann in Deutschland die Erstzulassung von Botulinumtoxin A in der

ästhetischen Medizin für die Behandlung der Zornesfalte.

Mittlerweile kennt jeder die sogenannten „Standardindikationen“ von BTX im oberen Gesichtsdrittel, wie die Behandlung der Zornes-, Stirn- und periorbitalen Falten.

Botulinumtoxin A-Injektionen werden bei diesen Indikationen im Allgemeinen als komplikationsarm angesehen.^{6,7} Neben injektionsbedingten Lokalreaktionen (Schmerzen, Rötung, Schwellung, Hämatome) und gelegentlich leichten Kopfschmerzen nach der Injektion kann es aber auch hier zu unerwünschten Effekten bzw. Nebenwirkungen kommen: Eine durch falsche Platzierung oder Dosis verursachte übermäßige Schwächung des Zielmuskels oder benachbarter Muskeln kann zu einem negativen („Spokeyes“, „Glabellawulst“) oder müden Gesichtsausdruck (Brauentopis, Lidptosis), einer Asymmetrie und damit zu ästhetisch schlechten Ergebnissen führen. Diese sind zwar immer vollständig reversibel, können unseren Patienten allerdings schlaflose Nächte bereiten.

Ganz anders sieht die Situation für BTX-Behandlungen im unteren Gesichtsdrittel aus: Die Ergebnisse sind bei Weitem nicht so zufriedenstellend und deutlich weniger vorhersehbar. Unserer Erfahrung nach

Abb. 2 Injektionspunkte.

Abb. 3a Vor Injektion – entspannter Zustand.

Abb. 3b 14 Tage nach Injektion – entspannter Zustand.

Abb. 3c Vor Injektion – kontrahierter Zustand.

Abb. 3d 14 Tage nach Injektion – kontrahierter Zustand.



Abb. 2



Abb. 3a



Abb. 3b



Abb. 3c



Abb. 3d

kommt in der täglichen Praxis auf ca. zehn Behandlungen mit BTX nur eine Behandlung im unteren Gesichtsdrittel. BTX des unteren Gesichtsdrittels wird daher als „Fortgeschrittenen-Indikation“ angesehen.⁸

BTX im unteren Gesichtsdrittel: Was macht Sinn? Wo sind die Grenzen?

Mögliche Indikationen von Botulinum im unteren Gesichtsdrittel sind vielfältig: Ziel kann hier nicht nur die Reduktion der mimisch bedingten Falten (periorale Falten, Marionettenfalten, Halsfalten, Meso-BTX der Wangen) oder ungewünschter Mimik (Herunterziehen der Mundwinkel, Pflastersteinkinn), sondern auch eine Veränderung der Gesichtsform (Nasenspitze anheben, Verschmälerung der Kieferkontur durch Masseter-Injektionen) sein.

Zentraler Orientierungspunkt der unteren Gesichtshälfte ist der Mund. Der Musculus orbicularis oris ist mit allen anderen Muskeln des unteren Gesichtsdrittels verbunden. Hierdurch lässt sich auch die hohe Nebenwirkungsrate bei BTX im unteren Gesichtsbereich erklären: Der M. orbicularis oris hat eine große funktionelle Bedeutung beim Sprechen, bei der Nahrungsaufnahme, beim Trinken und nicht zuletzt beim Küssen. Die genaue Identifikation der Muskeln durch die meist vorhandene dickere Dermis und subkutane Fettschicht ist im unteren Gesichtsdrittel erschwert. Dadurch kann es, nicht nur durch übermäßige Schwächung des M. orbicularis oris selbst, sondern auch durch Injektion in falsche bzw. benachbarte Muskeln, zu deutlichen Einschränkungen z.B. bei „Kleinigkeiten“, wie Pfeiffen und Zähneputzen, aber natürlich auch beim Sprechen, Trinken und Essen, kommen. Die Lippenptose mit „Schlaganfall-Optik“ stellt hier für die Betroffenen den Worst Case dar (siehe Abb. 1).

Bei erfahrenen Anwendern und genauen anatomischen Kenntnissen können allerdings ästhetisch sehr ansprechende Ergebnisse ohne funktionelle Einschränkungen erzielt werden.

Periorale Falten

Zur Behandlung der perioralen Falten werden in zwei Punkten pro Seite direkt an der Lippen-Haut-Grenze an der Ober- und Unterlippe 0,5–1 E/Pkt. oder 2,5–5 SE/Pkt. (siehe Erläuterung) Botulinumtoxin A streng oberflächlich injiziert (siehe Abb. 2).

Das Ziel ist die Reduktion der sog. „Raucherfalten“ durch Entspannung der oberflächlichen Anteile des M. orbicularis oculi (siehe Abb. 3).

Der Wirkungseintritt erfolgt nach ein bis drei Tagen und hält ein bis drei Monate an. Langfristig kann es zu einer verminderten „Spitzmundneigung“ kommen.

Unerwünscht sind die Störung des Mundschlusses („kann den Mund nach dem Zähneputzen nicht mehr richtig ausspülen“, „kann nicht mehr Pfeifen“),



Sprachstörungen (der Buchstabe „p“ kann nicht mehr ausgesprochen werden), Störungen bei der Nahrungsaufnahme („beim Trinken bzw. Suppe essen läuft alles daneben“) und ein taubes Gefühl der Lippen.

Fazit: Die Botulinumtoxin-Therapie zeigt perioral eine gute Wirksamkeit, allerdings treten verhältnismäßig häufig störende Nebenwirkungen auf, sodass eine Dosissteigerung nicht möglich ist.

Tipps für die Praxis:

- Aus diesem Grund sollte die Ober- und Unterlippenregion nicht gleichzeitig behandelt werden.
- Injektionen ins Philtrum sind nicht empfehlenswert.
- Der häufigste Grund für Lippenfalten ist nicht eine übermäßige Mimik, sondern eine Fettatrophie der

Abb. 4a und c: Vor Injektion – beim Lächeln werden die Mundwinkel nicht nach oben, sondern nach unten gezogen („Paradoxes Lächeln“).

Abb. 4b und d: 14 Tage nach Injektion.

Abb. 5: Injektionspunkte.



Abb. 5

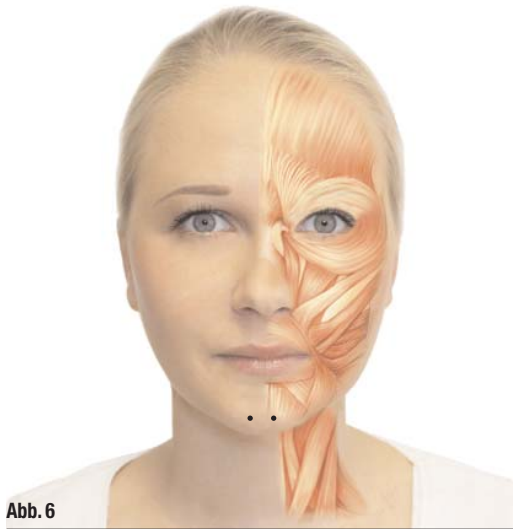


Abb. 6



Abb. 7a



Abb. 7b



Abb. 7c



Abb. 7d

Abb. 6_ Injektionspunkte.

Abb. 7a_ Vor Injektion – entspannter Zustand.

Abb. 7b_ Vor Injektion – in Kontraktion.

Abb. 7c_ 14 Tage nach Injektion – entspannter Zustand.

Abb. 7d_ 14 Tage nach Injektion – in Kontraktion.

Abb. 8_ Injektionspunkte.

Abb. 9a_ Vor Injektion – „Squared Face“.

Abb. 9b_ Zwei Monate nach Injektion – „Slim Face“.

Lippen, daher ist die Fillerbehandlung (Volumen) die First-Line-Therapie und nicht die BTX-Injektion. Zudem ist die Komplikationsrate der Fillerbehandlungen niedriger als die BTX-Behandlung. Daher sollte diese nur im Anschluss erfolgen, wenn sie nach der Fillerbehandlung noch notwendig ist.

Marionettenfalten

Durch Entspannung des Musculus depressor anguli oris sowie des Platysmas kann eine Reduktion der Marionettenfalten erzielt werden. Die Mundwinkel werden durch die antagonisierende Wirkung des M. levator labii superioris und der Mm. zygomatici stärker angehoben (siehe Abb. 4).

Der Hauptinjektionspunkt (M. depressor anguli oris) liegt ca. 1 cm oberhalb des Kieferbogens in der Regel in der Verlängerungslinie der Nasolabialfalte. Zusätzlich sollten zwei Punkte lateral davon im Abstand von jeweils 1 cm (Platysma) gewählt werden (siehe Abb. 5). Es werden 2–4 E/Pkt. bzw. 5–10 SE/Pkt. injiziert. Der Musculus depressor anguli oris liegt oberflächlicher als allgemein angenommen, sodass

die Injektionstiefe bei ca. 3 mm liegen sollte. Die Wirkung tritt nach ca. drei Tagen ein und hält ungefähr 3–6 Monate an.

Die relevanteste Nebenwirkung ist die Störung des Mundschlusses mit Asymmetrie der Unterlippe („ich sehe aus wie nach einem Schlaganfall“) (siehe Abb. 1), welche meist wochenlang anhält.

Fazit: Die Wirksamkeit von BTX zur Behandlung der Marionettenfalten ist eher als mittelmäßig anzusehen. Insgesamt treten relativ häufig störende Nebenwirkungen auf. Häufig wird die Indikation fehlerhaft gestellt, da Marionettenfalten fast immer multifaktoriell bedingt sind. Sie resultieren nur gelegentlich aus übermäßiger Aktivierung des M. depressor anguli oris, aber häufiger aus Elastose und einem schwerkraftbedingten Absacken der Wangenpartie, welche mit Fillern oder plastischer Gesichtstraffung behandelt werden müssen.

Tipps für die Praxis:

– Unterlippenfalten und Marionettenfalten nicht gleichzeitig mit Botulinum behandeln (Kompensation)



Abb. 8



Abb. 9a



Abb. 9b

- _ Injektionspunkte eher lateral in Richtung Platysma wählen (geringere Nebenwirkungsrate)
- _ Bei zu medialer Injektion droht eine Diffusion in den M. depressor labii inferioris („Schlaganfallopptik“)

_Pflastersteinkinn

Die Behandlung des Pflastersteinkinns erfolgt durch zwei tiefe Injektionen von jeweils 4 E/Pkt. bzw. 10 SE/Pkt. in den Musculus mentalis maximal 0,5 cm lateral der Medianlinie und 1 cm oberhalb des knöchernen Kinns (siehe Abb. 6).

Das Ziel ist die Entspannung der gesamten Kinnregion. Die Wirkung tritt nach ca. drei Tagen ein und kann bis zu sechs Monate andauern (siehe Abb. 7).

Bei zu kranialer Injektion kann der Zielmuskel verfehlt werden und es kommt zu einer Einschränkung des Musculus orbicularis oris mit den bereits oben beschriebenen Nebenwirkungen, wie bei der Behandlung der perioralen Falten (s.o.).

Werden die Injektionspunkte zu lateral gewählt, kommt es zu einer Beeinträchtigung des M. depressor labii inferioris und des M. depressor anguli oris mit den bereits beschriebenen Nebenwirkungen, wie Asymmetrie und Störungen des Mundschlusses der Unterlippe.

Fazit: Die Behandlung des M. mentalis zeigt bei Patienten mit Pflastersteinkinn eine sehr gute Wirksamkeit bei eher geringem Nebenwirkungsprofil und wird in seiner Wirkung insgesamt unterschätzt.

Tipps für die Praxis:

- _ Injektionspunkte eher mediokaudal wählen, um das Nebenwirkungsrisiko zu minimieren

_Masseter-Injektion

Um eine Verschmälerung der Kieferkontur zu erzielen, kann die Masseter-Injektion sinnvoll sein und wird in Südkorea sehr häufig eingesetzt, mit dem Ziel, die eher kantigen Gesichtskonturen im Kieferbereich ab-



zumildern und dadurch das Gesicht zu verschmälern. Der M. Masseter ist sehr gut tastbar, daher sollten in Kontraktion jeweils drei Punkte in einem Dreieck im Bereich des Kieferwinkels eingezeichnet werden. Die zwei Basispunkte befinden sich ca. 1 cm oberhalb des Unterkieferbogens und ein Punkt ca. 1 cm oberhalb in der Dreiecksspitze (siehe Abb. 8).

Die Injektion erfolgt mit 4–8 E/Pkt. bzw. 10–20 SE/Pkt. streng intramuskulär. Dabei verschwindet die klassische Weise eingesetzte 12 mm lange 30 G Nadel vollständig im Muskel. Da die Breite und Dicke des Muskels eine starke Variabilität aufweisen, muss die Injektionstiefe und ggf. auch die Dosis individuell angepasst werden. Durch die sehr tiefe Injektionstechnik, bei der man durch die Faszie in den entspannten Muskel injizieren muss, wird diese Behandlung als unangenehm empfunden. Patienten beschreiben ein drückendes, brennendes Gefühl. Erst nach ca. drei bis vier Wochen tritt eine Verdünnung (echte Atrophie) des Kiefermuskels ein, welche zu einer Verschmälerung der Kieferkontur führt („Squared Face“ zu „Slim Face“) (siehe Abb. 9).

Wenn die Injektionen streng intramuskulär erfolgen, treten kaum Nebenwirkungen auf. Auch die Kaukraft wird nicht eingeschränkt. Allerdings ist aufgrund der Nähe des Ductus parotideus (cranial), der Vena facialis (medial) und der Parotis (lateral) eine genaue Kenntnis der Anatomie Voraussetzung.

Die Wirkdauer ist im Vergleich zu anderen Indikationen mit 6–12 Monaten sehr lang. Gelegentlich führt

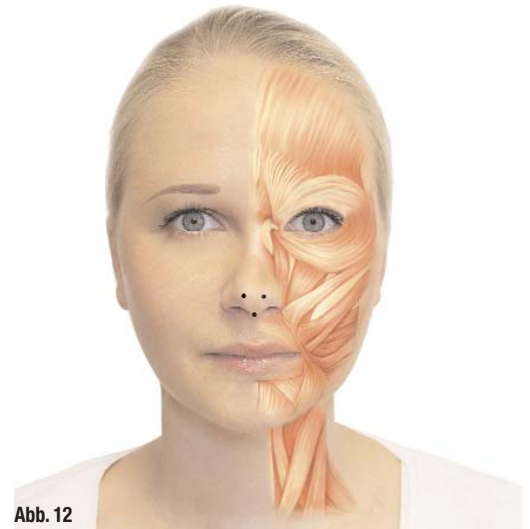
Abb. 10a_ Vor Injektion.

Abb. 10b_ 14 Tage nach Injektion.

Abb. 11a_ Vor Injektion – lächelnd.

Abb. 11b_ 14 Tage nach Injektion – lächelnd.

Abb. 12_ Injektionspunkte.



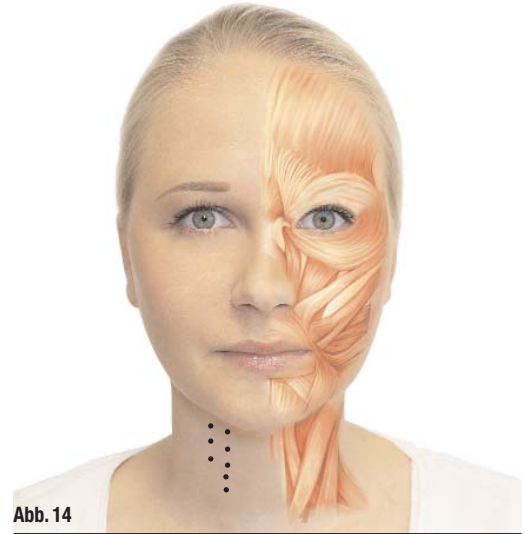


Abb. 13a_ Vor Injektion – seitliche Ansicht in Kontraktion.

Abb. 13b_ Vor Injektion – frontale Ansicht in Kontraktion.

Abb. 13c_ 14 Tage nach Injektion – seitliche Ansicht in Kontraktion.

Abb. 13d_ 14 Tage nach Injektion – frontale Ansicht in Kontraktion.

Abb. 14_ Injektionspunkte.

nur eine Injektion zu einer dauerhaften Verdünnung des M. Masseters.

Fazit: Die Masseter-Injektionen zeigen insgesamt eine sehr gute und langfristige Wirksamkeit mit einem äußerst geringen Nebenwirkungsprofil. Die manchmal dauerhafte Verdünnung des Kiefermuskels hat vor allem bei Frauen einen äußerst positiven Effekt, sodass diese Methode wahrscheinlich in der Zukunft immer mehr Bedeutung gewinnen wird.

Tipps für die Praxis:

Ein hoher Muskeltonus des M. Masseters führt nicht nur zu einem Squared Face, sondern kann auch die Ursache von Kiefergelenk- und Zahnschmerzen sein, sodass die Patienten auch in diesem Punkt profitieren können (Bruxismus).

„Meso-Botox“

Das SMAS (Superficial muscular aponeurotic system) und der M. orbicularis oculi sind die Zielmuskeln zur Behandlung der oberflächlichen Lachfalten der oberen und unteren Wangenpartie (siehe Abb. 10).

Bei Patienten mit einem hyperkinetischen Wangenbereich können auf 5-15 Punkte jeweils 0,25-1 E/Pkt. bzw. 1-2,5 SE/Pkt. als streng oberflächliche intrakutane Quaddeln verteilt werden.

Die meist diskrete Wirkung tritt nach ca. zwei Tagen ein und kann ca. 1-3 Monate anhalten.

Bei zu tiefer Injektionstechnik oder durch Diffusion von Botulinumtoxin können im Bereich der oberen Wangenpartie die Mm. zygomatici und im Bereich der unteren Wangen der M. risorius geschwächt werden, was zu einer Lippenheberschwäche bzw. zu einem asymmetrischen Lachen führen kann.

Fazit: Aufgrund des schmalen Grades zwischen keiner Wirkung und den möglichen Nebenwirkungen ist das „Meso-Botox“ eine eher selten durchgeführte Behandlung mit nur in Einzelfällen zufriedenstellenden Ergebnissen. Bei Fältchen im Wan-

genbereich sollte eher eine Behandlung mit Fillern (Volumenaufbau) als First-line-Therapie in Erwägung gezogen werden.

Tipps für die Praxis:

Bei Patienten mit nur dünnem Unterhautfettgewebe sollte wegen der höheren Gefahr der Diffusion in die tieferen Muskelpartien eine strenge Indikationsstellung erfolgen.

Die erste Behandlung sollte mit wenigen Punkten begonnen und kann dann langsam „hochtitriert“ werden.

„Nasenspitze anheben“

Bei Patienten, die durch Muskelaktivität ihre Nasenspitze beim Lachen nach kaudal ziehen, kann durch Schwächung des M. compressor narium minor, des M. depressor septi nasi und des M. orbicularis oris (Verbindungsfasern zur Nase) eine Anhebung und somit Begradigung der Nase resultieren (siehe Abb. 11).

Es werden zwei Punkte ca. 0,5 cm lateral der Nasenspitze sowie ein Punkt am Columella-Lippenübergang oberflächlich mit 2 E/Pkt. bzw. 5 SE/Pkt injiziert (siehe Abb. 12).

Nach ca. 2-5 Tagen tritt die ca. sechs Monate anhaltende Wirkung ein. Nebenwirkungen sind bisher nicht bekannt.

Fazit: Das Anheben der Nasenspitze ist eine bislang sehr selten durchgeführte Behandlung, kann aber bei korrekter Indikationsstellung (Abwärtsbewegen der Nase beim Lachen) äußert gute Ergebnisse erzielen. Hierbei gilt, ähnlich wie bei der Behandlung der Marionettenfalten mit BTX, dass die korrekte Indikationsstellung Voraussetzung für den Therapieerfolg ist.

Tipps für die Praxis:

Diese Behandlung funktioniert am besten in der Kombination mit Fillern zur Anhebung der Nasenbasis.

_Halsfalten

Ursächlich für Halsfalten sind zwar in den meisten Fällen die Schwerkraft und eine Elastose der Haut, nichtsdestotrotz profitieren einige Patienten von einer Behandlung der Platysmastränge zur Entspannung der Halsfalten, wenn eine muskuläre Hyperaktivität vorliegt (siehe Abb. 13).

Die 4–10 Injektionen werden pro Seite direkt in die hyperaktiven Platysmastränge gesetzt. Die Injektionsmenge beträgt 1–4 E/Pkt. bzw. 2,5–10 SE/Pkt. (siehe Abb. 14).

Fazit: Eine genaue Indikationsstellung ist die Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung der Halsfalten. Da es sich meist um elastotische Veränderungen und somit schwerkraftbedingte Erschlaffungsfalten handelt, profitieren nur Patienten mit einem ausgeprägt hyperkinetischen Platysma von dieser Behandlung. Eine chirurgische Behandlung ist häufig empfehlenswert.

Tipps für die Praxis:

Um eine gute Patientenauswahl zu treffen, sollte eine genaue Beobachtung des Halsbereiches während des Anamnesegesprächs erfolgen. Wenn während des Gesprächs die Muskelstränge des Platysmas nicht sichtbar sind, sollte eine chirurgische Intervention in Erwägung gezogen werden.

_Diskussion

Der erstaunliche klinische Erfolg von Botulinumtoxin A-Injektionen zur Behandlung der Glabella-falte führte vor allem in angloamerikanischen Ländern zu einer rasanten Verbreitung dieser Methode zur Faltenbekämpfung in der ästhetischen Medizin. Die Behandlung des gesamten oberen Gesichtsdrittels ist mit einer extrem geringen Komplikationsrate behaftet, sodass zwar vor allem in Europa noch deutliche Vorbehalte gegen diese Methode bestehen, aber die Ängste der Patienten immer weiter abnehmen. Der Grund für die geringe Komplikationsrate liegt darin, dass die mimischen Muskeln im Stirnbereich im jungen Alter keine andere funktionelle Bedeutung haben, außer Emotionen auszudrücken. Im höheren Lebensalter aber haben die Stirnmuskeln auch eine funktionelle Bedeutung, nämlich die altersbedingte Dermatochalasis und die daraus resultierende Brauen- und Lidptose zu kompensieren, um das Blickfeld des Patienten zu erhalten.

Ganz anders sieht die Situation für BTX-Behandlungen im unteren Gesichtsdrittels aus: Die Ergebnisse sind bei Weitem nicht so zufriedenstellend und nicht so vorhersehbar. Zum einen sind die Muskeln optisch sehr viel schwerer zu differenzieren, weil sie häufig in enger Nachbarschaft miteinander verflochten sind und eine dickere subku-

tane Fettschicht die Muskeln zusätzlich verbirgt. Zum anderen fließen alle Fasern der Muskeln des unteren Gesichtsbereichs in den Musculus orbicularis oris ein und haben dadurch eine entscheidende funktionelle Bedeutung für die Aktivitäten der Lippen und des Mundes (Sprechen, Kauen, Trinken, Singen, Pfeifen usw.). Deswegen ist die Fehlerquote deutlich höher und die Ergebnisse nicht so befriedigend wie bei BTX-Behandlungen im oberen Gesichtsdrittels. Aus diesem Grund sollte die Behandlung des unteren Gesichtsdrittels als „Fortgeschrittenen-Indikation“ angesehen werden. In der klinischen Praxis kommt auf ca. 10 Behandlungen mit BTX nur ca. eine Behandlung des unteren Gesichtsdrittels, auch wenn mögliche Indikationen vielfältig sind. Nicht nur die Reduktion der mimisch bedingten Falten (periorale Falten, Marionettenfalten, Halsfalten, Meso-BTX der Wangen) oder ungewünschter Mimik (Herunterziehen der Mundwinkel, Pflastersteinkinn), sondern auch eine Veränderung der Gesichtsform (Nasenspitze anheben, Verschmälerung der Kieferkontur durch Masseter-Injektionen) sind hier mehr oder weniger gute Optionen in der ästhetischen Medizin.

Aufgrund des schmalen Grades zwischen keiner Wirkung und den möglichen Nebenwirkungen ist vor allem das „Meso-Botox“ der Wangenpartie eine eher selten durchgeführte Behandlung mit nur in Einzelfällen zufriedenstellenden Ergebnissen und ist daher kritisch zu betrachten. Vor allem bei der Behandlung der Halsfalten, der Marionettenfalten, der perioralen Falten und das Anheben der Nasenspitze mit BTX ist die genaue Indikationsstellung Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung und ist nur in Einzelfällen sinnvoll.

Zwei der oben genannten Indikationen werden in der Ästhetik aktuell noch deutlich unterschätzt: Vor allem die Behandlung des M. mentalis zeigt bei Patienten mit Pflastersteinkinn eine sehr gute Wirksamkeit bei geringem Nebenwirkungsprofil. Auch die Masseter-Injektionen zeigen insgesamt eine sehr gute und langfristige Wirksamkeit mit einem äußerst geringen Nebenwirkungsprofil. Die manchmal dauerhafte Verdünnung des Kiefermuskels hat vor allem bei Frauen einen äußerst positiven Effekt, sodass diese Methode wahrscheinlich in der Zukunft immer mehr Bedeutung gewinnen wird. Vor allem bei asiatischen Patienten etabliert sich diese Methode immer mehr zu einer Standardindikation.

Bei der richtigen Indikationsstellung kann BTX in der unteren Gesichtshälfte sehr gute ästhetische Ergebnisse erzielen, sollte aber insgesamt dem erfahrenen Anwender vorbehalten bleiben, um unnötige Nebenwirkungen und eine weitere Verunsicherung der Patienten in Bezug auf die Behandlung von mimischen Falten mit Botulinum zu vermeiden.

Erläuterung:

E = Allergen-Einheiten
 (Vistabel®)/LD50-Einheiten
 (Bocouture®)
 SE = Speywood-Einheiten
 (Azzalure®)

_Kontakt	face
<p>Dr. Said Hilton MEDICAL SKIN CENTER Dr. Hilton Grünstraße 4–6 Königsallee 40212 Düsseldorf Tel.: 0211 862928-0 www.dr-hilton.de</p>	
	

Erkrankungen der Speicheldrüsen Teil III

Chirurgie des gelähmten Gesichtes

Autor Prof. Dr. med. Hans Behrbohm

Mimik und Gesichtsausdruck werden von 43 Muskeln in einer nur ca. 1 cm tiefen Schicht unterhalb der Haut des Gesichtes vermittelt. Das Gesicht sei der Spiegel der Seele, sagt eine alte Redensart. Tatsächlich führen gleiche Gefühle auch in allen Kulturkreisen zu gleichen mimischen Aktivitäten. Natürlich können Gefühle gezeigt und verborgen werden. Allerdings mit Einschränkungen: Das Gros der mimischen Muskulatur wird über den N. facialis willkürlich innerviert. Teile der Pars orbis-

tales des M. orbicularis oculi werden autonom innerviert. So kann z.B. zwischen einem echten und unechten Lächeln unterschieden werden. Letzteres ist asymmetrisch, meist links betont und hat ein anderes Timing und Verhältnis zwischen Intensität und Dauer.

Von klinischer Bedeutung ist das, wenn z.B. der Patient bei einer Fazialisparese nach einem Apoplex weiter mit den „Augen sprechen“ kann.

Der N. facialis innerviert die mimische Muskulatur, steuert über Abgänge bzw. Anteile des mit ihm verlaufenden N. intermedius die Speichel- und Tränensekretion (N. petrosus superficialis major), die Impedanz des Mittelohres (N. stapedius) und den Geschmackssinn (Chorda tympani).

Die Ursachen für Lähmungen des N. facialis sind vielfältig. Häufig ist die sogenannte Bell's palsy, die ideopathische Fazialisparese, bei der sich keine erkennbare Ursache finden lässt. Weitere Ursachen sind Verletzungen, Entzündungen und Tumoren.

Eine Fazialisparese kann zentral oder peripher verursacht sein. Bei der zentralen Parese bleibt die Innervation der Stirn meist erhalten, betroffen ist vor allem die periorale Muskulatur. Die periphere Parese betrifft prinzipiell alle peripheren Äste in Abhängigkeit von der Lokalisation der Ursache. Die Fazialisparese ist ein Leitsymptom für Malignität bei Tumoren der Schädelbasis und der Glandula parotis, kann jedoch auch bei Tumoren des Nerven selbst und beim Heerfordt-Syndrom auftreten.

Abb. 1 Mimische Muskulatur des Gesichtes.



© YorkBeilin

Abb. 1



BESUCHEN SIE UNS AN UNSEREM KONGRESSSTAND AUF DER 25. JAHRESTAGUNG DER GÄCD



DIE NEUE GEMEINSAME STÄRKE

Q-Med, a Galderma Division, überzeugt mit erweiterten Produktkompetenzen auf dem Ästhetikmarkt. Profitieren Sie von unserem umfangreichen Produktportfolio und guten Aussichten.

www.gemeinsame-staerke.de



Azzalure® 10 Speywood-Einheiten/0,05ml Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung | **Wirkstoff:** Clostridium botulinum Toxin Typ A | **Zusammensetzung:** Clostridium botulinum Toxin Typ A 10 Speywood-Einheiten/0,05 ml rekonstituierte Lösung, Durchstechflasche mit 125 Einheiten, Sonstige Bestandteile: Albumin vom Menschen 20 % (200 g/l), Lactose-Monohydrat | **Anwendungsgebiete:** Azzalure wird angewendet zur vorübergehenden Verbesserung des Erscheinungsbildes von mittelstarken bis starken Glabellafalten (vertikale Falten zwischen den Augenbrauen) beim Stirnrunzeln bei erwachsenen Patienten unter 65 Jahren, wenn das Ausmaß dieser Falten eine erhebliche psychische Belastung für den Patienten darstellt | **Gegenanzeigen:** Azzalure darf nicht angewendet werden bei - Personen, bei denen eine Überempfindlichkeit gegen Clostridium botulinum Toxin Typ A oder einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels bekannt ist - Infektionen an den vorgesehenen Injektionsstellen - Myasthenia gravis, Eaton-Lambert-Syndrom oder amyotropher Lateralsklerose | **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Kopfschmerzen, Reaktionen an der Einstichstelle (z. B. Hautrötung, Ödem, Reizung, Hautausschlag (Rash)), Juckreiz, Parästhesien, Schmerzen, Beschwerden, Stechen und Bluterguss) Häufig: Fazialisparese (überwiegend wird Lidheberparese beschrieben), Asthenopie, Ptosis, Lidödeme, vermehrter Tränenfluss, trockenes Auge, Muskelzucken (Zucken der Muskeln in der Umgebung der Augen) Gelegentlich: Schwindel, Sehstörungen, Verschwommensehen, Diplopie, Juckreiz, Hautausschlag, Überempfindlichkeit Selten: Störung der Augenbewegungen, Urticaria | **Verschreibungsstatus/Apothekenpflicht:** Verschreibungspflichtig | **Handelsformen:** Durchstechflasche mit 125 Speywood-Einheiten | **Pharmazeutischer Unternehmer:** Ipsen Biopharm Limited Ash Road, Wrexham Industrial Estate Wrexham LL 13 9UF Vereinigtes Königreich | **Mitvertrieb:** Galderma Laboratorium GmbH, Georg-Glock-Str. 8, D-40474 Düsseldorf, E-Mail: germany@galderma.com | **Stand der Information:** Mai 2010

- Abb. 2a** 1. Stirnlift, 2. Brauenlift, 3. Oberlidimplantate, 4. Unterlidstraffung, 5. Hochziehen des Wangenfettkörpers, 6. SMAS-Straffung, 7. Muskelumlagerung, 8. Zügelung (Fascia lata), 9. Heben des Mundwinkels.
- Abb. 2b** Befestigung des Lidimplantats.
- Abb. 2c** Gewinnung der Fascia lata.

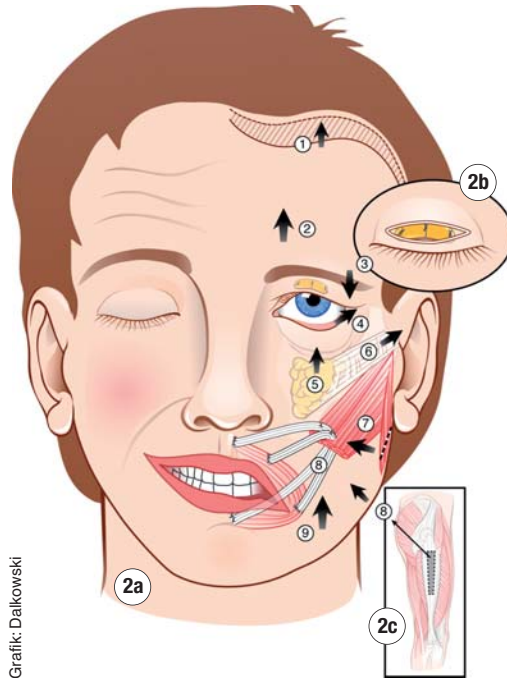


Abb. 2

Mimische Aktivitäten und chirurgische Möglichkeiten zur Rehabilitation des gelähmten Gesichtes (Abb. 2).

Rechte Seite: Mimik bei intakter Funktion des N. facialis:

- _ Stirn heben und runzeln
- _ Bewegungen der Augenbraue
- _ Vollständiger Lidschluss
- _ Anheben des Mundwinkels
- _ Wangenkompression
- _ Heben, Breit- und Herunterziehen der Mundwinkel

Linke Seite:

- _ 1 Stirn
- _ 2 Oberlidimplantate
- _ 3 Unterlidplastiken
- _ 4 Muskelumlagerung (M. masseter)
- _ 5 Tonisierung und Konturierung der Wangen
- _ 6 Heben der Mundwinkel

Abb. 3 Prüfen des für den Lidschluss notwendigen Implantatgewichts mit einem Dummy.



Abb. 3

Symptomatik

Die klinische Symptomatik der Facialisparese ist recht komplex und besteht aus:

Schlaffer Lähmung der mimischen Muskulatur meist einer Gesichtshälfte, erweiterter Lidspalte mit unvollständigem Lidschluss, Asymmetrie des Gesichtes, Artikulationsstörungen durch Tonusverlust der Lippen- und Wangenmuskulatur, Verstreichen der Nasolabialfalten. Stirn- und Brauentopse, Geschmacksstörung, Hyposialie, verminderter Tränenfluss mit Gefahr der Hornhautulzera.

Diagnostik

Ist die Ursache und Lokalisation einer Fazialisparese unklar, erfolgt die Topodiagnostik mit bildgebenden Verfahren, audiologischen und funktionsdiagnostischen Tests. Mit verschiedenen elektrophysiologischen Verfahren zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit und des Summenaktionspotenzials kann einerseits das Ausmaß der Schädigung objektiviert und durch Messungen im Intervall eine Prognose der funktionellen Restitution abgeleitet werden.

Basisuntersuchungen sind: CT des Felsenbeins bzw. der Schädelbasis, Schirmertest, Impedanzaudiometrie, Elektrogustometrie. Bei Tumoren in der Glandula parotis: Sonografie mit Stanzbiopsie oder Feinnadelaspirationszytologie (FNAZ), MRT mit Kontrastmittel.

Operative Verfahren

Das Spektrum der chirurgischen Maßnahmen ist groß und richtet sich nach der Ursache und individuellen Situation. Prinzipiell sollte zunächst immer der Erhalt bzw. die Rekonstruktion des Nervus facialis Vorrang haben. Dazu dienen Nervenrekonstruktionen mithilfe von Interponaten aus anderen peripheren Nerven, wie z.B. dem N. auriculotemporalis oder suralis mit End-zu-End- oder Jump-Anastomose, Hypoglossus-Fazialisanastomosen.

Das Prinzip der Cross Face Nerve Grafts besteht in einem Anschluss von Nerventransplantaten an Fazialisäste der nichtgelähmten Seite.

Ist eine nervale Rekonstruktion des Gesichtes unmöglich, so kann mit einer neuromuskulären Transposition bzw. Muskelumlagerung eines innervierten Muskels die mimische Muskulatur funktionell und dynamisch ersetzt werden. Hierfür eignen sich besonders der M. temporalis und M. masseter, weil sie vom N. trigeminus innerviert werden. Auch besteht die Möglichkeit des freien Gewebetransfers eines Muskel-Nerv-Transplantats aus dem Oberschenkel mit Mikrogefäß- und Nervanastomose. Wenn eine dynamische Rehabilitation nicht infrage kommt, so kann eine statische Zügelung z.B. der Stellung der Mundwinkel mit Faszie, meist Fascia lata, erfolgen.



Abb. 4a_ Befund nach der Tumorresektion und vor der operativen Rehabilitation mit Unterlidektropium, unvollständigem Lidschluss, Tonusverlust der rechten Wange, hängendem Mundwinkel.

Abb. 4b_ En-face-Bild drei Monate postoperativ.

Abb. 4c_ Stirnrunzeln.

Abb. 4d_ Lidschluss.

Abb. 4e_ Halbprofil.

Abb. 4f_ Lächeln.

Individuelles Konzept

Häufig wird es notwendig sein, ein sehr individuelles Konzept der motorischen Rehabilitation eines gelähmten Gesichts zu erstellen. Dieses orientiert sich an dem konkreten Ausfallsmuster und der eventuellen neuralen Restaktivität einzelner Nervenäste. Dabei muss jede Region für sich und natürlich das Gesicht insgesamt geplant werden. Für das Auge sind Oberlidimplantate hilfreich. Elemente der Facelift-Chirurgie können je nach Befund durch Anheben des SMAS (superficial musculoaponeurotic system) oder im Stirnbereich eines subkutanen Stirn-Brauen-Lifts einfließen.

Fallbeispiel

Bei der damals 54-jährigen Patientin kam es 17 Jahre nach der Erstmanifestation und 16 Jahre nach einem lokalen Rezidiv zu einem zweiten Rezidiv eines myoepithelialen Karzinoms der Glandula parotis rechts. Die Therapie erfolgte damals durch partielle Parotidektomien in einem auswärtigen Krankenhaus. Vor fünf Jahren erfolgte eine radikale totale Parotidektomie mit Neck dissection rechts. Der vom Tumor zerstörte N. facialis musste größtenteils geopfert werden. Der Nervenstamm wurde in seinem intramastoidalen Verlauf dargestellt und Anteile des Augenastes konnten erhalten werden. Postoperativ bestand eine fast vollständige peri-

phäre Fazialisparese rechts mit einer Restaktivität des Augenastes mit unvollständigem Lidschluss des rechten Auges. Tumorklassifikation: rpT3pNO R0.

Danach erfolgte eine adjuvante Strahlentherapie für die Rezidivlokalisierung plus Sicherheitsaum in 3-D-geplanter Technik mit einer Gesamtdosis von 64,8 Gy. In einem Intervall von einem Jahr nach der Operation erfolgte die operative Rehabilitation der paretischen Gesichtshälfte rechts.

Die Rehabilitation erfolgte wie folgt:

A: Implantation eines Oberlidimplantates aus Gold. Mit sogenannten Dummies wird zuvor das Implantat mit dem optimalen Gewicht ermittelt. Das ist das Gewicht, welches einerseits zu einem vollständigen Lidschluss führt und andererseits eine mühelose Hebung des Lides ermöglicht.

B: Gewinnung von Facia lata aus dem Oberschenkel. Fascia lata ist die festeste Faszie des Körpers. Sie verläuft vom Labium externum der Crista iliaca zum Condylus lateralis femoris und zum Retinaculum patellae an der lateralen Seite des Oberschenkels (Abb. 2c).

C: Befestigung der Fascia lata über eine Inzision der Nasolabialfalte an der Ober- und Unterlippe mit vorheriger Abmessung und Anzeichnung in Höhe des Filtrum und Einbetten und Fixieren in einem neuen „Kanal“.

D: Transposition des M. masseter und Fixierung der gespannten Fascia lata am Stumpf des M. masseter.

_Kontakt	face
<p>Prof. Dr. med. Hans Behrbohm Park-Klinik Weißensee Privatpraxis am Kudamm www.ku61.de</p> <p>Privat-Institut für Weiterbildung und Entwicklung in der HNO e.V. www.imwe-berlin.de</p> <div style="text-align: right;">  </div>	

Therapie der endokrinen Orbitopathie

Autoren Dr. med. Alexander Stoff, Dr. med. Dirk F. Richter

_Morbus Basedow ist eine chronische und multisystemische Erkrankung, ausgelöst durch einen autoimmun Prozess und geprägt durch eine Hyperthyreose mit Struma, einer Tachykardie, einer Orbitopathie und in seltenen Fällen einer Dermopathie. Die dabei variierende endokrine Orbito- oder Ophthalmopathie (EO) kann mit den folgenden klinischen Symptomen in Verbindung gebracht werden: (1) Diplopie, verursacht durch eine Ophthalmoplegie, welche auf einer Hypertrophie und/oder einer Fibrose der äußeren Augenmuskeln basiert; (2) Exophthalmus durch die intraorbitale Gewebshypertrophie mit oder ohne Augenlidödemen; (3) prominente Glabellafalten; (4) weitere Begleitsymptome wie Konjunktivitis, Photophobie, Chemosis, Lagophthalmus, Keratitis, Kopfschmerzen, retrobulbäre Schmerzen, Glaukom sowie (5) eine Retraktion der oberen und/oder unteren Augenlider, welche zu ausgeprägten Hornhautulzerationen führen können. Die endokrine Ophthalmopathie führt neben visuellen Einschränkungen zu einer teils erheblichen Minderung an Lebensqualität mit Limitierungen bei alltäglichen Aufgaben. Zahlreiche Publikationen haben die psychische Belastung aufgrund der progressiven Entstellung behandelt und dargestellt.

Die endokrine Orbitopathie stellt die häufigste extrathyreoidale Manifestation des Morbus Basedow dar und wird bei etwa 50 Prozent der Patienten klinisch relevant, mit schweren Formen bei circa 3 bis 5 Prozent. Die Erkrankung tritt bei Frauen 3,59-mal häufiger auf. Die Inzidenz zeigt bimodale Höhepunkte im fünften und siebten Lebensjahrzehnt. Dabei gibt es nicht immer eine direkte Korrelation zwischen dem Grad des Exophthalmus und dem Schweregrad der

thyreoidalen Veränderungen. So kann der Exophthalmus paradoxerweise erscheinen, wenn sich die Hyperthyreose bereits stabilisiert hat oder eingestellt wurde. Die endokrine Orbitopathie ist in der Regel eine langsam fortschreitende Erkrankung, die durch Perioden der Aktivität sowie Inaktivität gekennzeichnet sein kann. Bei wenigen Patienten ist die Orbitopathie durch einen sehr raschen und stark progredienten Verlauf gekennzeichnet, welcher dann als „maligner“ Exophthalmus zu bezeichnen ist.

_Pathogenese

Eine Vielzahl der klinischen Symptome kann durch mechanische Prozesse erklärt werden. Die Zunahme des intraorbitalen Binde- und Fettgewebes mit zusätzlicher Verdickung der äußeren Augenmuskeln führt konsequent zu einer intraorbitalen Druckerhöhung mit der möglichen Gefahr eines sekundären Glaukoms. Es gibt diesbezüglich verschiedene Theorien über die möglichen Ursachen für die Erhöhung des intraorbitalen Drucks (IOD):

- erhöhter episkleraler Venendruck, der aus der orbitalen venösen Stauung und Obstruktion resultiert, des Weiteren eine Restriktion des trabekulären Abflusses,
- Mobilitätseinschränkung und Kompression des Augapfels durch fibrosierte und verdickte Augenmuskeln,
- die resultierende Proptosis kann somit als natürliche Orbitadekompression angesehen werden,
- die Optikusneuropathie, sowohl kompressions- als auch Glaukombedingt, kann zu deutlichem Visusverlust bis hin zur Erblindung führen (Abb.1).

Abb. 1 Die intraorbitalen Pathomechanismen des Exophthalmus bei der endokrinen Orbitopathie (links) sowie der Zustand nach transpalpebraler Dekompression mit Entlastung aller Strukturen (aus Olivari N, Richter DF: Endokrine Orbitopathie. Chirurgische Therapie, transpalpebrale Dekompression durch Fettentfernung. Kaden, Heidelberg 2001).

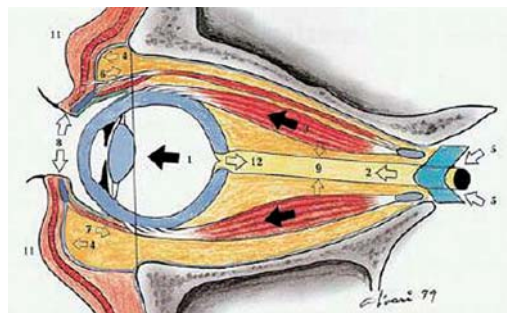
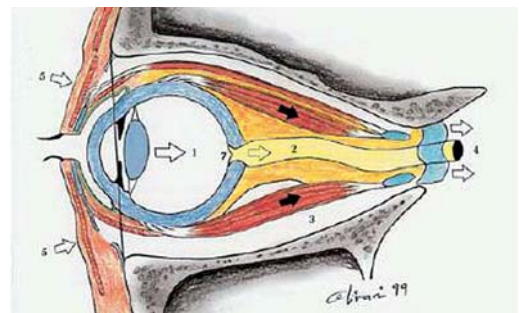


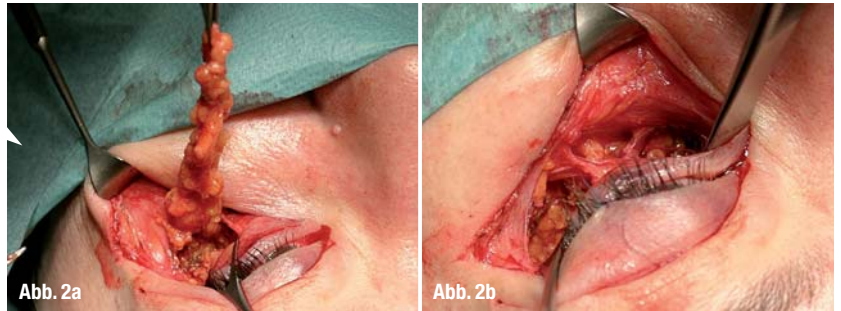
Abb. 1



Die Zunahme des intraorbitalen Binde- und Fettgewebes sowie die Verdickung der extraokulären Muskeln wird hauptsächlich durch die Ansammlung großer Mengen von hydrophilen Glykosaminoglykanen, vorwiegend Hyaluronsäure und Chondroitinsulfaten, sowie die Infiltration von immunkompetenten Zellen wie Makrophagen und vorwiegend T-Lymphozyten verursacht. Es wird vermutet, dass eine intraorbitale Immunreaktion gegen ein Ziel-Autoantigen (TSH-Rezeptor-ähnliches Protein) zu einer Zytokine-Bildung und einer Produktion von hydrophilen Glykosaminoglykanen durch Orbital-Fibroblasten führt. Es wird angenommen, dass ein genetisch bedingtes Fehlen von T-Suppressor-Zellen für die unregulierte Produktion von TSH-Rezeptor-Antikörpern verantwortlich ist. Gene, wie die für HLA und CTLA-4, sollen mit der Prädisposition der Patienten für eine Erkrankung an Morbus Basedow mit endokriner Orbitopathie und deren Schweregrad korrelieren.

Augenlidretraktion

Die Ober- und Unterlidretraktion mit funktionellen sowie ästhetischen Einschränkungen und einem deutlich reduzierten Lidschlag (Stellwag-Zeichen) sind der häufigste klinische Befund bei der endokrinen Orbitopathie. Die Erweiterung der Lidspalte basiert auf verschiedenen Faktoren: (1) eine sympathische Überstimulation des Müller-Muskels sowie eine den M. rectus superior umgebende Entzündung initiiert (2) eine konsekutive Hypertrophie des M. levator palpebrae, nachfolgend dessen Fibrose und konsequente Kontraktion. (3) Bei der Unterlidretraktion wird durch eine inflammatorische Reaktion im M. rectus inferior mit erhöhtem Tonus eine konsekutive Fibrose verursacht, welche über Verbindungen zur kapsulopalpebralen Kapsel sowie einer zusätzlichen Fibrose des Retraktors synergistisch zu einer Unterlidverkürzung führen. Diese Lidspalten-erweiterung führt klinisch zu einem Skleral Show mit inkomplettem Lidschluss und der Gefahr einer Hornhautulzeration.



Die oft von Patienten beklagte Schwellung der Augenlider wird durch eine ventrale Kompression des intraorbitalen Fetts auf das orbitale Septum mit begleitenden lymphatischen und venösen Stauungen verursacht.

Diagnostik

Der Morbus Basedow wird basierend auf seinen klinischen und radiologischen Merkmalen diagnostiziert. Des Weiteren sind endokrinologische und immunologische Pathomechanismen wegweisend. Die Diagnostik der endokrinen Orbitopathie sollte neben den bereits genannten Verfahren sowie den klinischen, krankheitsspezifischen Symptomen, einschließlich der Hertelmessung, eine Computertomografie (CT) oder Magnetresonanztomografie (MRT) beider Orbita beinhalten. Hierbei lassen sich neben zum Teil ausgeprägten Schwellungen der äußeren Augenmuskeln der Anteil an hypertrophem intraorbitalen Fettgewebe erkennen. Des Weiteren werden differenzialdiagnostisch raumfordernde Prozesse (z.B. Tumor, vaskuläre Malformationen) ausgeschlossen.

Konservative Behandlung

Die immunsuppressive Therapie einschließlich oraler oder intravenöser Kortikosteroide, Cyclosporin A, Azathioprin, Cyclophosphamid, Octreotid sowie die orbitale Bestrahlung stellen die wichtigsten konser-

Abb. 2a Intraoperative Aufnahmen der intraorbitalen Fettresektion über einen transpalpebralen Zugang, hier am linken Unterlid.
Abb. 2b Zustand nach intraorbitaler Fettresektion im Bereich des linken Unterlids mit deutlich erkennbarem Musculus obliquus inferior (Pfeil).



Abb. 3a 43-jährige Patientin mit Hertelwerten 25 beidseits, Strabismus divergens und Oberlid-retraktion rechts > links.
Abb. 3b Drei Monate nach transpalpebraler Dekompression nach Olivari (4 ccm pro Seite) und Levatorverlängerung beidseits.
Abb. 3c Sieben Monate nach einer Schieloperation und drei Monate nach einer Levatorverlängerung rechts.



Abb. 4a

Abb. 4b

Abb. 5a

Abb. 5b

Abb. 4a 25-jährige Patientin mit Hertelwerten 23 beidseits und einer ausgeprägten Oberlidretraktion rechts > links.

Abb. 4b Sechs Monate nach transpalpebraler Dekompression nach Olivari (6 ccm pro Seite) und drei Monate nach einer Levatorverlängerung sowie transkonjunktivaler Unterlidverlängerung beidseits.

Abb. 5a 59-jährige Patientin mit Hertelwerten 24 beidseits und einer ausgeprägten Ober- und Unterlidschwellung beidseits.

Abb. 5b Drei Monate nach transpalpebraler Dekompression nach Olivari (8 ccm pro Seite, Hertel 18 bds.) und Levatorverlängerung beidseits. Der deutlich erkennbare Hautüberschuss im Bereich beider Oberlider wurde von der Patientin als nicht behandlungsbedürftig angesehen. Eine simultane Ober- oder Unterlidblepharoplastik sollte bei der initialen orbitalen Dekompression vermieden werden. Vorrangig ist bei der Dekompression allerdings die ggfs. erforderliche Rekonstruktion der Oberlidfalte.

vativen Behandlungsalternativen dar. Diese sind vor allem im frühen aktiven Stadium der endokrinen Orbitopathie indiziert, wohingegen die chirurgische Therapie im inaktiven Stadium durchgeführt werden sollte. Ein adäquates Ansprechen auf die konservative Therapie liegt bei etwa 60 Prozent der Patienten vor, wobei die Resultate eher bescheiden ausfallen. So leiden die meisten Patienten nach einer erfolgreich durchgeführten Immunsuppression weiterhin an visuellen sowie lokalen Einschränkungen und bedürfen einer zusätzlichen „rehabilitativen“ Chirurgie.

Chirurgische Behandlung

Die akute Indikation für eine chirurgische Therapie stellen eine Optikusneuropathie, eine bulbäre Subluxation sowie Hornhautulzeration aufgrund der endokrinen Orbitopathie dar. Eine elektive Operation dagegen kann in allen übrigen Fällen mit orbitaler Symptomatik, entstellendem Exophthalmus oder Augenlidfehlstellungen in Betracht gezogen werden.

Die chirurgischen Techniken umfassen die orbitale Expansion mittels einer knöchernen Ein- bis Dreiwand-Dekompression, eine ausgewogene Zweiwand-Dekompression sowie die orbitale Dekompression mit Entfernung von extra- und intrakomalem Fett. Das Verfahren der transpalpebralen Orbitadekompression nach Olivari beinhaltet eine Reduktion des periokulären, pathologisch veränderten Fettgewebes über einen transkutanen Zugang jeweils am Ober- und Unterlid (Abb. 2). Dabei wird das Verfahren zweizeitig durchgeführt, um eine postoperative, vier Tage andauernde Tarsorrhaphie zu ermöglichen.

Weitere, sich der orbitalen Dekompression anschließenden Verfahren, sind eventuell erforderliche Schieloperation sowie konsekutive Korrekturoperationen vorhandener Augenlidretraktionen (Fallbeispiele Abb. 3–5).

Die Verfahren der Oberlidverlängerung umfassen eine Schwächung der Levatoraponeurose bis hin zur Durchtrennung der gesamten Oberlidheber (M. levator palpebrae und Müller-Muskel). Diese Prozedur sollte bei der transpalpebralen Dekompression durchgeführt werden, wenn die Oberlidretraktion bereits zu diesem Zeitpunkt nachweisbar ist. Bei rezidivierenden Oberlidretraktionen kann ein epimuskuläres Lipofilling oder die Einlage eines Fasziensplantes den gewünschten Erfolg bringen. Die Unterlidretraktion im Rahmen der endokrinen Orbitopathie basiert auf einer Verkürzung der mittleren und hinteren Lamelle. Die Korrektur beinhaltet in der Regel eine Unterbrechung der hinteren Lamelle über einen transkonjunktivalen Zugang. Hierbei steht die Durchtrennung der Unterlidretraktoren im Vordergrund. Eine mögliche supportive Verlängerung der hinteren Lamelle kann zusätzlich durch ein Interponat erreicht werden. Hierbei stellen autogene palatinale Schleimhauttransplantate (harter Gaumen) sowie alternativ alloplastische Präparate eine ideale Lösung dar. Weitere adjuvante Verfahren zur Unterlidkorrektur sind mögliche Kanthopexien, Kanthoplastiken oder das Mittelgesichtsliift.

_Kontakt	face
<p>Dr. med. Alexander Stoff Dr. med. Dirk F. Richter Klinik für Plastische Chirurgie Dreifaltigkeits-Krankenhaus Wesseling Bonner Straße 84 50389 Wesseling</p>	
	

neu!

minimalinvasive augmentationstechniken – sinuslift, sinuslifttechniken

Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs

Prof. Dr. Klaus-U. Benner/Germering
Dr. Dr. Karl-Heinz Heuckmann/Chieming



SCAN MICH

Programm „Minimalinvasive Augmentationstechniken – Sinuslift, Sinuslifttechniken“

QR-Code einfach mit dem Smartphone scannen (z.B. mithilfe des Readers Quick Scan)

inkl. DVD

Kursinhalte

THEORIE

Minimalinvasive Augmentations- und Sinuslifttechniken

- I Allg. Grundlagen der Knochen- und Geweberegeneration
- I Anatomie des Kiefers und der Kieferhöhle
- I Sinuslifttechniken und Knochenaufbau (Socket Preservation, externer/interner Sinuslift, Tunneltechnik und Auflagerungsplastik)
- I Risiken und Komplikationen bei Eingriffen im Bereich der Kieferhöhle

PRAXIS

Minimalinvasive Augmentations- und Sinuslifttechniken

- I Rich Socket Preservation
- I Auflagerungsplastik
- I Externer Sinuslift
- I Interner Sinuslift
- I Interner Sinuslift mit Ballon-Control-System

Hinweis: Jeder Kursteilnehmer erhält die DVD „Minimalinvasive Augmentationstechniken – Sinuslift, Sinuslifttechniken“, auf der alle Behandlungsschritte am Modell bzw. Patienten noch einmal Step-by-Step gezeigt und ausführlich kommentiert werden.

Organisatorisches

Kursgebühr inkl. DVD 195,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale 25,- € zzgl. MwSt.
Bei der Teilnahme am Hauptkongress wird die Kursgebühr angerechnet.
(*Ausnahme 2. Jahrestagung der DGET)

OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308, Fax: 0341 48474-390
event@oemus-media.de, www.oemus.com



Nähere Informationen zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen erhalten Sie unter www.oemus.com

Dieser Kurs wird unterstützt



Stand: 08.08.2012

Termine 2012

HAUPTKONGRESS

05.10.2012 09.00 – 13.00 Uhr	Nord Hamburg	42. Internationaler Jahreskongress der DGZI
12.10.2012 14.00 – 18.00 Uhr	Süd München	3. Münchener Forum für innovative Implantologie
02.11.2012 14.00 – 18.00 Uhr	Ost Leipzig	2. Jahrestagung der DGET*

Anmeldeformular per Fax an
0341 48474-390
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für die Kursreihe „Minimalinvasive Augmentationstechniken – Sinuslift, Sinuslifttechniken“ melde ich folgende Personen verbindlich an.

- NORD** 05.10.2012 | Hamburg **SÜD** 12.10.2012 | München **OST** 02.11.2012 | Leipzig
- Bitte senden Sie mir das Programm zum Hauptkongress

Name, Vorname

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIAAG erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

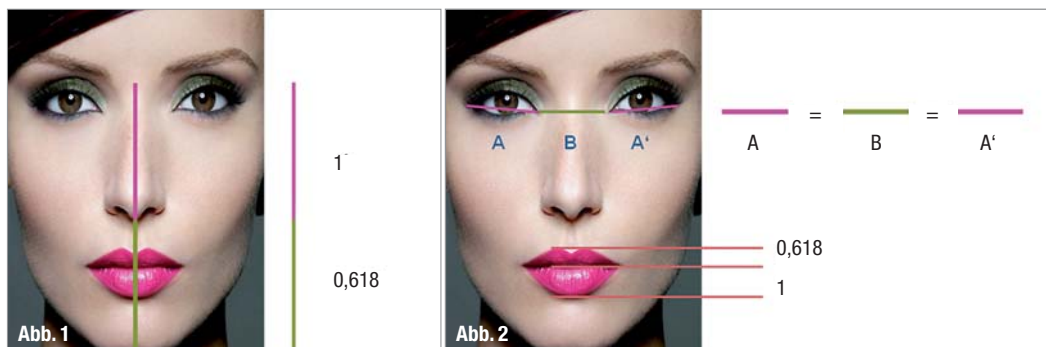
E-Mail

Möglichkeiten der operativen Behandlung von **Form- und Altersveränderungen des Gesichtes** unter Berücksichtigung von Schönheitsidealen

Autor_Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig

Abb. 1_ Goldener Schnitt des
Gesichtes.

Abb. 2_ Goldener Schnitt der Lippen:
1 : 1,618.



In der BRD unterziehen sich jährlich etwa 400.000 Personen ästhetisch-chirurgischen Behandlungen. Anlass ist der Wunsch nach Schönheit und jungendlichem Aussehen.

Dabei ist es das Ziel der ästhetisch-plastischen Chirurgie, auf operativem Wege Änderungen von äußeren Merkmalen des Körpers anzunähern an das Aussehen eines Schönheitsideals. Denn es besteht wohl kein Zweifel daran, dass ein schönes Gesicht und eine vollkommene Figur von Vorteil sind. Es ist daher nicht verwunderlich, dass Schönheit eine

große, verstoßene Macht ist, wie die Sozialpädagogen immer wieder bestätigen, von der eine gewisse Faszination ausgeht, die gerade in den Medien eine herausragende Rolle spielt.

Zwar ist Schönheit weder eine universelle noch eine unveränderbare Größe; sie gründet sich vielmehr auf die augenscheinliche Variabilität der Schönheitsideale, wobei gewisse Grundsätze aber kulturunabhängig bestimmt sind und gewissen Altersphasen des Menschen entsprechen. Die griechische Definition von Schönheit hat sich bis heute als Standard gehalten. Aber im Verlaufe der verschiedenen Epochen, unserer eingeschlossen, bewegt sich der Zeitgeschmack wie ein Pendel, mal auf den Prototyp zu. Dennoch besteht wohl kein Zweifel daran, dass ein schönes Gesicht von Vorteil ist. Es erhöht die Beachtung und die Wertschätzung; attraktiven Frauen eröffnen sich mehr Chancen des Fortkommens als Frauen mit einem eher biederem Aussehen. Manche Gesichter werden allseits bewundert, wo hingegen andere Gesichter von allen abgelehnt werden. Gleichwohl interessanterweise sich die griechische Definition von Schönheit bis heute als

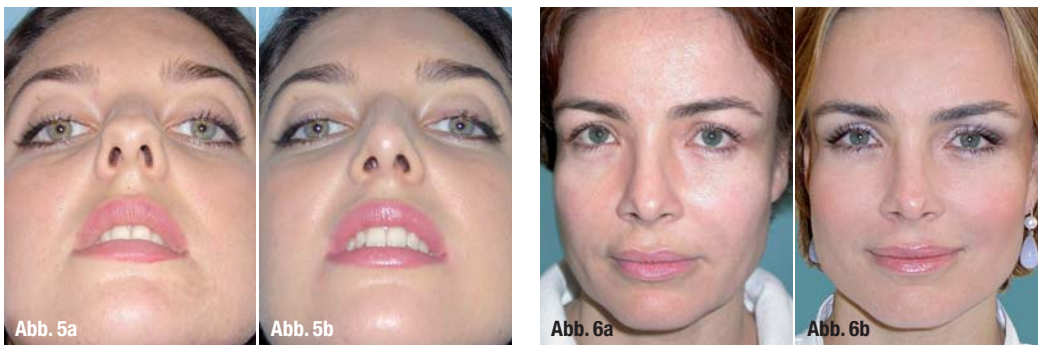




Standard gehalten hat (Abb. 1 und 2). Allerdings stellt der Wunsch nach idealen Gesichtsproportionen den behandelnden Chirurgen nach wie vor vor zunehmend schwierigere, differenziertere und subtilere Aufgaben, da der Erfolg der Operation vom Patienten am Ergebnis der Gesichtprofilharmonisierung und nicht nur an den funktionellen Verbesserungen gemessen wird, zumal das Profil des Gesichtes gewissen Modetrends unterworfen ist. Wurden früher gerade Gesichter bevorzugt, so geht heute

wobei sie alle von statischen Bedingungen ausgingen.

Wurden früher vielfach moderne statische Drittelteilungen nach Dürer sowie Da Vinci als ideales Maß für ästhetische Proportionen angesehen, orientieren sich moderne analytische Profilstudien zunehmend an den Charakteristika der Nase, Lippen und Kinn und begründen damit eine dynamische Profilanalyse des Gesichtes, bei der die Nase eine Schlüsselrolle einnimmt.



der Trend zunehmend zu geraden Vorgesichtern hin, d. h., geringgradig vorspringende Unterkiefer werden heute in der Regel nicht mehr zurückverlagert, sondern der Oberkiefer wird vorverlagert. Stand früher die funktionelle Optimierung im Vordergrund, erlangt die früher häufig nur unzureichend vor der Operation beachtete Gesichtprofilanalyse und Vorhersage heute einen immensen Stellenwert.

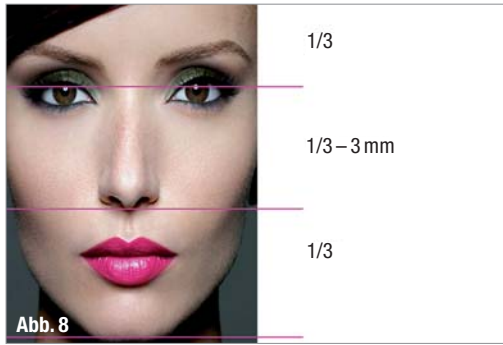
Bei der dynamischen Gesichtsanalyse wird das ästhetisch gefällige Gesicht nicht mehr in Drittel, Viertel oder Fünftel eingeteilt, sondern das Untergesicht wird betont und weist gegenüber dem Mittelgesicht eine größere vertikale Dimension auf. Entsprechend dieser dynamischen Analyse wird beispielsweise die ideale Nasenlänge (NL) durch

Der Wunsch nach Harmonisierung des Gesichtspfilms ist häufig Anlass der Patienten, sich in Behandlung zur Korrektur der facialem Fehlbildungen zu begeben. Um den Schönheitsidealen und Gesichtsproportionen zu entsprechen, sind deshalb neben den Knochenverlagerungen des Gesichtsschädels häufig auch zusätzliche Operationen, wie Nasen- und Kinnkorrekturen, erforderlich (Abb. 3–5).

Zu den genialen Versuchen, menschliche Maße in geometrische Proportionen zu bringen, zählt die berühmte Proportionsfigur Leonardo da Vincis. Auch Künstler wie Albrecht Dürer oder, in modernen Zeiten Le Corbusier, haben sich am Goldenen Schnitt mit beeindruckenden Resultaten versucht,



Abb. 8 _Gesichtsproportionen nach der dynamischen Gesichtsanalyse.



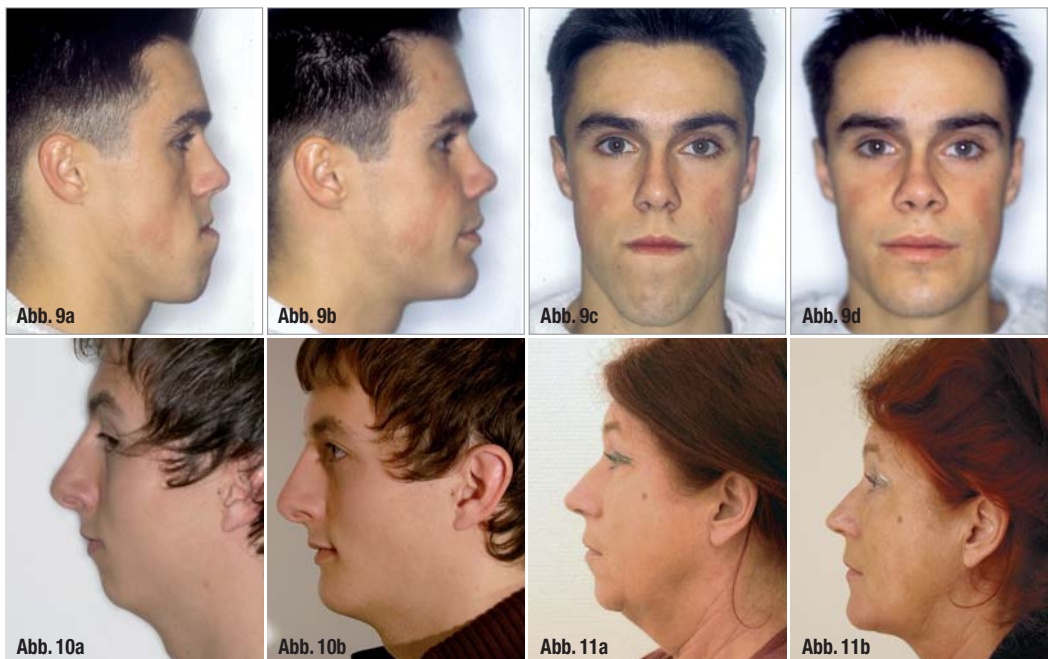
die Mittelgesichtshöhe (MGH) und Kinnhöhe (KH) determiniert. Die ideale Nasenlänge entspricht 67 % der Mittelgesichtshöhe und der vertikalen Kinnhöhe.

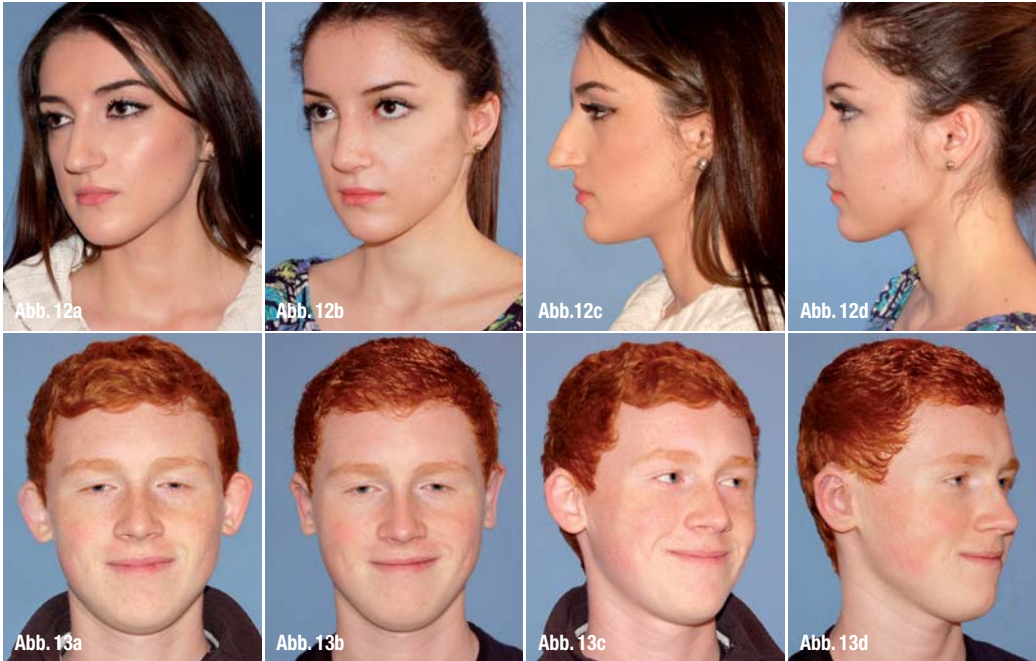
Nach heutiger Auffassung wird ein weibliches Gesicht als ästhetisch gefällig empfunden, wenn die Relation des Mittelgesichtes zum Untergesicht gleich oder etwas kleiner ist, wobei sich Nasenlänge und Kinnhöhe im vertikalen Ausmaß entsprechen. Die durchschnittliche Höhe des Mittelgesichtes beträgt nach BYRD 61 mm und die der Nasenlänge 41 mm (Abb. 6–8).

Vorspringende Unterkiefer mit entsprechenden Kaufhleistungen bedürfen in der Regel einer dreidimensionalen isolierten Unterkieferrückverlagerung bzw. je nach Ausprägungsgrad und Befund der Gesichtprofilanalyse einer zusätzlichen Oberkieferverlagerung in Kombination mit einer Kinnplastik (Abb. 9). Fliehende Unterkiefer, d. h. Rücklage des Unterkiefers, werden in der Regel durch eine isolierte Unterkiefer- oder Kinnvorverlagerung korrigiert (Abb. 10 und 11).

Kieferverlagerungen werden in Vollnarkose durchgeführt. Im Unterkiefer werden die aufsteigenden

Unterkieferäste unter Schonung der Gefühlsnerven der Unterlippe und des Kinns nach dem Vorschlag von Hunsuck aufgetrennt. Dadurch reduziert sich nicht nur das Komplikationsrisiko, wie die Verletzung der V. retromolaris, bad splits etc., sondern auch die Rezidivrate und das Ausmaß der Schwellung im Unterkieferbereich. Die Muskelschlinge wird nämlich bei diesem operativen Vorgehen – anders als bei der Methode nach Obwegeser/Dal Pont – nicht in ihrer Position verändert; denn nur der zahntragende Teil und nicht der gelenktragende Teil des Unterkiefers wird verlagert. Bei dieser Vorgehensweise werden die Ober- und die Unterkieferzahnreihen mittels Schlüsselschienen, die zuvor im Rahmen entsprechender durchgeführter Modelloperationen unter Berücksichtigung der intraoperativen Kondylenpositionierung hergestellt wurden, in die neue Position eingestellt, ohne dass postoperative Rejustierungen wie bei anderen Methoden erforderlich werden. Die Knochenfragmente werden übungsstabil mit Platten (in Ausnahmefällen auch resorbierbare Osteosynthesematerialien) und Schrauben fixiert, sodass am Ende einer eineinhalb- (Unterkieferverlagerung) bis dreistündigen Operation (Unter-, Oberkiefer- und Kinnverlagerung) der Patient seinen Kiefer wieder öffnen kann, und besonderer Vorteil dieses Vorgehen ist, dass die Kiefergelenke nicht in ihrer Position verändert wurden. Trotz Schwellung des Gesichtes für mehrere Tage sind in der Regel in der postoperativen Phase keine Schmerzmedikamente erforderlich; die Kost erstreckt sich zunächst auf flüssige/breiige Nahrung, bis die Fäden am 8. bzw. 10. Tag entfernt werden. Unmittelbar danach schließt sich die weitere kieferorthopädische Behandlung zur Feinregulierung der Zahn-





stellung für etwa 6 bis 12 Monate an. Neben den allgemeinen Risiken, wie Entzündung und Nachblutung, die mit der Operation einhergehen, stellt die bleibende Taubheit der Unterlippe eine mit ca. 2,5 Prozent seltene, aber für den Patienten bedeutsame Komplikation dar.

Während bis zum Anfang der 90er-Jahre die Patienten in der Regel bis zum Abschluss der knöchernen Heilung über Wochen verschnürt blieben, stellen diese Behandlungsverfahren heute nur noch eine Ausnahme dar, weil die moderne Chirurgie eine unmittelbare postoperative Mundöffnung durch Fixierung der Knochenfragmente mit graziolen Platten und Schrauben und dadurch verkürzten Operationszeiten ermöglicht. Dadurch eröffnet sich nicht nur für den Patienten ein erheblich postoperativer Komfort, sondern es ist dadurch auch eine schnellere Rehabilitation bei verkürzter Krankheitsdauer gewährleistet. Vielen Patienten wurde dadurch die Furcht vor dem eigentlichen Eingriff genommen.

Dank größerer operativer Erfahrungen, verbesserter Operationstechniken, grazilerer Instrumente, präziserer Planung und interdisziplinärer Zu-

sammenarbeit gehören die früher vielfach berichteten und befürchteten hohen Komplikationsraten heute der Vergangenheit an.

Klinische Untersuchungen und Selbstbeurteilung der Patienten, die sich einer operativen Korrektur ihrer Fehlbildung unterzogen, machen deutlich, dass durch Harmonisierung der Gesichtsproportionen, vornehmlich durch Verlagerung des Kinns, Formung der Nase, Ohren und Lippen, ein gestärktes Selbstbewusstsein resultiert, das erheblich zum privaten und beruflichen Erfolg beiträgt (Abb. 12–14).

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das perfekte, von den Griechen beschriebene Äußere oder die exotischen Qualitäten der heutigen Schönheiten vielleicht unsere Aufmerksamkeit erregt, aber im täglichen Leben wird ein wenig perfektes, aber liebliches Gesicht oftmals als schön erachtet. Makellose von der Werbung definierte Schönheitsideale stehen in unserer pluralistischen Gesellschaft stellvertretend u.a. für privaten und beruflichen Erfolg. Äußere oder die exotischen Qualitäten der heutigen Schönheiten erregen unsere Aufmerksamkeit. Dennoch, die ästhetische Haltung ist das genießerisch unverbindliche Betrachten (Jaspers), wobei Schönheit reines interesseloses Wohlgefallen (Kant) hervorruft, weil es in sich vollendet ist, nämlich eine Harmonie in all seinen Teilen (Thomas v. A.) geglückte Übereinstimmung von Bild und Urbild (Platon) ist. Ein Phänomen, das zunehmend in unserer Gesellschaft eine nicht zu unterschätzende Bedeutung spielt und vermehrt auch in das Bewusstsein von Personen mit Altersveränderungen und Patienten mit craniofacialen Anomalien rückt.



_Kontakt	face
	
<p>Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig Ltd. Arzt Plastische und Ästhetische Chirurgie Paracelsus-Klinik Hannover Oertzeweg 24 30851 Hannover/ Langenhagen E-Mail: info@professor-hoenig.de</p>	
	

Extraktion, Implantation oder Parodontologie & Kieferorthopädie

Orthodontische Therapie bei den Erwachsenen mit parodontalen Destruktionen

Autoren Dr. med. dent. Shadi Gera, Dr. med. dent. Tobias Teuscher, Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted

Einleitung

Der Anstieg an Erwachsenenbehandlungen konfrontiert den Kieferorthopäden mit Fragestellungen, die orthodontische Zahnbewegungen in parodontal geschädigte Bereiche betreffen.

Einer der Symptome bei dem parodontal geschädigten Gebiss ist die labiale Kippung der Frontzähne und die Entstehung von Lücken. Diese können zu Fehlfunktionen (z.B. erschwerten Mundschluss) führen, die die dentale Dysgnathie noch zusätzlich verstärken können.^{12, 14}

Die Planung orthodontischer Maßnahmen erfordert entsprechend in der Erwachsenenbehandlung neben den routinemäßig angefertigten Unterlagen sowie einem sowohl klinisch als auch röntgenologisch erhobenen Parodontalstatus auch die Abklärung typischer Fehlfunktionen.

Zahnbewegungen im parodontal geschädigten Gebiss sind riskant, da die Gefahr eines fortschreitenden Abbaus des Zahnhalteapparates und/oder Wurzelresorptionen drohen.^{7, 8, 11, 17}

Geraci et al.^{6,7} haben in Untersuchungen, bei denen Zähne in entzündungsfreie Parodontaldefekte hineinbewegt wurden, festgestellt, dass sich sogar neues bindegewebiges Attachment an der Wurzeloberfläche bilden kann.

Untersuchungen von Polsen et al. zeigten, dass die Zahnbewegung in Richtung eines Knochendefektes bzw. durch diesen hindurch zu der erwarteten Verkleinerung des Defektes führt. Durch histologische Untersuchungen konnte aber nachgewiesen werden, dass aus der orthodontischen Zahnbewegung lediglich ein langes epitheliales Attachment resultiert; das Epithel wurde durch die Zahnbewegung in der Knochen tasche komprimiert, sodass eine Schicht zwischen der Wurzeloberfläche und dem Alveolarknochen entstand, die eine Barriere bei der Herstellung von neuen Parodontalfasern darstellt.^{11, 16, 17, 19}

Vanarsdell belegte in einer Vergleichsstudie, dass sogar Attachmentverlust dort auftrat, wo ein Zahn in einen infraalveolären Defekt hineinbewegt wurde.²⁰

Abb. 1a–e a–c: Intraorale Aufnahmen in Okklusion nach der Parodontalbehandlung (Initialphase). Eine deutliche Rezession an allen Zähnen ist gut erkennbar. d: Oberkieferaufsicht, Zahnfehlstellungen und lückige Front, palatinale Gingivarezessionen.

e: Unterkieferaufsicht, Gingivarezessionen an der Unterkieferfront.

Abb. 2 Patientin vor der Behandlung. Die Zahnstellung stellt eine ästhetische Beeinträchtigung für die Patientin dar.



Für bessere Voraussetzungen und zur Beseitigung der infraalveolären Knochendefekte vor einer orthodontischen Therapie kann die gesteuerte Geweberegeneration (Guided Tissue Regeneration = GTR) oder/und gesteuerte Knochenregeneration (Guided Bone Regeneration = GBR) ihre Indikation finden.^{5, 13, 14, 15, 21}

Klinische Falldarstellung

Anamnese – Befund – Diagnose

Bei einer 52-jährigen Patientin entwickelte sich über einen Zeitraum von ca. vier Jahren ein sich langsam vergrößerndes Diastema zwischen den Zähnen 11 und 21 mit zusätzlicher Elongation derselben. In der allgemeinen Anamnese bestanden keine Besonderheiten. Die Patientin war Nichtraucherin.

Die Patientin stört sich an ihrer Zahnstellung und den Lücken in der Front. Dies stellte für die Patientin neben der funktionellen (erschwerter Lippenschluss) v. a. die ästhetische Beeinträchtigung dar, die das Hauptmotiv für eine Behandlung war (Abb. 1 a–e, Abb. 2).

Die extraorale Situation war unauffällig, Muskeln und Kiefergelenke waren ohne Befund und in ihren Funktionen uneingeschränkt. Ein leicht erschwerter Mundschluss aufgrund der labialen Kippung der Oberkieferfront war zu diagnostizieren.

Die intraoralen Aufnahmen zeigen ein vollständiges Gebiss, lückige Oberkieferfront sowie prothetisch und konservierende Versorgung. Zwischen den Zähnen 11 und 21 bestand ein Diastema von ca. 2,5 mm, zwischen den Eckzähnen und den lateralen Schneidezähne von ca. 1 mm. Zudem waren die Zähne 11 und 21 elongiert und wiesen eine Rezession auf. Der Lockerungsgrad betrug II. Im Unterkieferzahnbogen lagen ausgeglichene Platzverhältnisse vor. Die marginale Gingiva war generalisiert gerötet, leicht ödematös und blutete auf Sondierung. Es fanden sich weiche Beläge und nur wenig Zahnstein.

Die Wanderung bzw. Fehlstellung der Oberkieferfrontzähne kam vermutlich aufgrund der parodontalen Destruktionen zustande.

Die klinische Untersuchung ergab vergrößerte Taschensondierungstiefen an allen Zähnen, insbesondere in der Oberkieferfront.

Die intraoralen Röntgenaufnahmen zeigten einen generalisierten überwiegend horizontalen Knochenverlust und zusätzlich an verschiedenen Stellen infraalveoläre Knochendefekte (Abb. 3).

Die Prognose für die Oberkieferfrontzähne sowie die Zähne 14 und 15 war in Zusammenhang mit einer orthodontischen Behandlung als kritisch zu bewerten, auch nach erfolgreich abgeschlossener Parodontaltherapie.

Therapieplanung

Als Therapiekriterien bei der Behandlung von Patienten mit parodontalen Destruktionen sind folgende Aspekte zu bedenken:

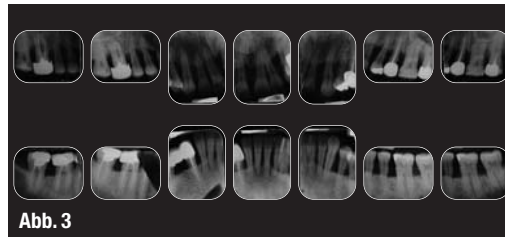


Abb. 3_ Der Röntgenstatus zeigt die Knochenverhältnisse; an den Frontzähnen liegt ein großer Knochendefekt vor.

- _ Ästhetische Verbesserung
 - _ Funktionelle Verbesserung
 - _ Stabilität des Resultates
 - _ Parodontalsituation bei Behandlungsende und Langzeitprognose
 - _ Wahrscheinlichkeit apikaler Resorptionen durch Zahnbewegungen
 - _ Einzelzahndiagnose/-prognose
 - _ Belastbarkeit und Compliance des Patienten
 - _ Erwartungen des Patienten von der Therapie
- Voraussetzung für eine orthodontische Behandlung war, dass alle entzündlichen parodontalen Prozesse abgeheilt waren.

Kieferorthopädisches Behandlungsziel war die Verbesserung der dentalen Ästhetik durch Schließen der Lücken in der Oberkieferfront und Herstellung einer physiologischen Frontzahnstufe in der Sagittalen und Vertikalen.

Die Behandlung teilte sich in drei Phasen:

- I) Parodontalbehandlung**
- II) Kieferorthopädische Behandlung**
- III) Retention**

Therapiedurchführung

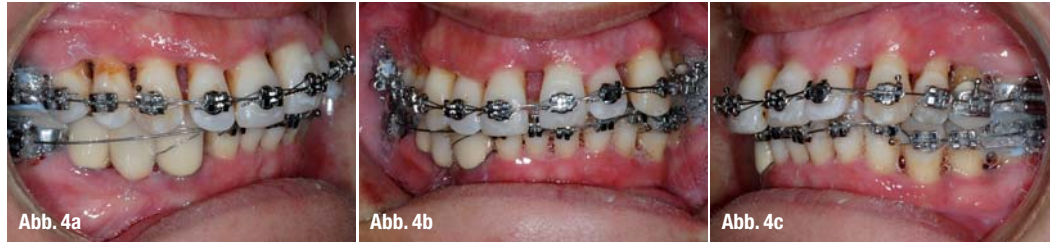
Im Rahmen der Parodontalbehandlung musste abgeklärt werden, inwiefern die langfristige Erhaltung bestimmter Zähne zweifelhaft oder problematisch ist. Das Erstellen eines definitiven Behandlungsplanes war so lange nicht möglich, bis die Reevaluation nach erfolgter Initialtherapie zeigte, ob die Oberkieferfront erhalten werden kann oder ob Zähne extrahiert werden mussten.

Nach der parodontologischen Behandlung hatte sich der Papillen-Blutungs-Index (PBI) und der Approximalraum-Plaque-Index (API) bei guter Mitarbeit der Patientin deutlich reduziert. Mit der kieferorthopädischen Behandlung wurde drei Monate nach der Parodontalbehandlung begonnen. In dieser Zeit erfolgten regelmäßige Kontrollen.

In der orthodontischen Phase wurde für die geplanten Zahnbewegungen eine festsitzende Apparatur eingegliedert (Abb. 4a–c). Nach der Nivellierung beider Zahnbögen erfolgte die Korrektur des tiefen Bisses. Hierfür wurde zusätzlich zu den Intrusionsstufen im Oberkiefer eine Intrusionsbiomechanik eingesetzt.

In dieser Phase wurden die Mundhygiene und die Plaquefreiheit der Zähne kontrolliert.

Abb. 4a-c Klinische Situation drei Monate nach Abschluss der parodontologischen Behandlung und direkt nach der Bebänderung.



Die Entbänderung erfolgte nach Stabilisierung der Seitenzähne und abgeschlossener Retraktion der Frontzähne (nach zehn Monaten). Zur Retention des Ergebnisses wurde später ein 3-3 Retainer aus Twistflex (0.0175) im Ober- und Unterkiefer geklebt. Zusätzlich wurden Hawley-Retainer in beide Kiefer eingegliedert. Die Patientin wurde in ein Recallprogramm aufgenommen, bei dem sie sich vierteljährlich vorstellte. Die intraoralen Aufnahmen zeigen eine stabile funktionelle Okklusion mit einer physiologischen vertikalen und sagittalen Frontzahnstufe sowie harmonische, lückenlose Ober- und Unterkieferzahnbögen (Abb. 5 a-e). Klinisch lagen entzündungsfreie Parodontalverhältnisse vor. Die extroralen Aufnahmen zeigen ein harmonisches Lächeln (Abb. 6a und b).

Diskussion

Polson et al.¹⁷ kamen bei Tierexperimenten an Rhesusaffen zur Schlussfolgerung, dass orthodontische Zahnbewegungen in Parodontaldefekten weder auf der Druck- noch auf der Zugseite zu einer Verschlechterung des bindegewebigen Attachmentniveaus führen.

Wennström et al. konstatierten aber, dass eine orthodontische Zahnbewegung zu einer verstärkten Destruktion des bindegewebigen Attachments an

Zähnen mit knöchernen, entzündlich veränderten Defekten führen kann.²²

Für die klinische Kieferorthopädie ist es wichtig, dass vor Beginn der Behandlung bei Patienten mit Parodontalproblemen in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung eine Parodontaltherapie durchgeführt wird und danach eine Wartezeit von ca. 3-6 Monaten eingehalten wird.^{1, 4, 9, 15} Ericsson et al. berichteten über die Folgen von Zahnbewegungen bei Vorhandensein von Plaque, subgingivale Plaque entstand aus ehemals supragingivaler Plaque.^{3, 4} Dies führte zu einem Fortschreiten der parodontalen Destruktion. Deshalb ist das professionelle Scaling besonders während der Intrusion von elongierten Oberkieferschneidezähnen indiziert.

Ramfjord verzichtet auf eine Retention bzw. Schienung der Zähne mit erhöhter Mobilität nach einer parodontologischen Behandlung.¹⁸ Dennoch ist der Einsatz eines Kleberretainers zusätzlich zu einer Platte nach einer parodontologisch-orthodontischen Behandlung von Vorteil.^{24, 25, 26} Wird kein Retainer bzw. nur eine herausnehmbare Platte eingesetzt, besteht das Risiko eines Jiggings.²

Bei komplexen Befunden können stabile und ästhetisch akzeptable Erfolge oft nur dann erreicht werden, wenn eine gezielte interdisziplinäre Zu-

Abb. 5a-e Intraorale Aufnahmen nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung, physiologische Frontzahnstufe, harmonische OK- und UK-Zahnbögen, harmonischer Gingivaverlauf an den Frontzähnen. Klinisch liegen gute entzündungsfreie Parodontalverhältnisse mit ausreichender befestigter Gingiva vor.



sammenarbeit erfolgt. In den seltensten Fällen verfügt ein Behandler auf allen Teilgebieten über ausreichende Kenntnisse und Fähigkeiten.²³

Zusammenfassung

In aller Regel sieht sich der Kieferorthopäde nicht nur mit der Problematik eines konservierend und prothetisch versorgten Gebisses, sondern lokalisierten bzw. generalisierten parodontalen Destruktionen und/oder marginalen Parodontitiden konfrontiert. Über die Notwendigkeit eines gesunden Parodontiums als Voraussetzung für orthodontische Zahnbewegungen besteht in der kieferorthopädischen Fachwelt keinerlei Zweifel, sodass eine sorgfältige parodontale Diagnose und Vorbehandlung bei entsprechenden Patienten zur „*Conditio sine qua non*“ geworden ist. Der vorliegende Artikel beschreibt eine kieferorthopädische Behandlung erwachsener Patienten mit parodontalen Destruktionen und den Ablauf



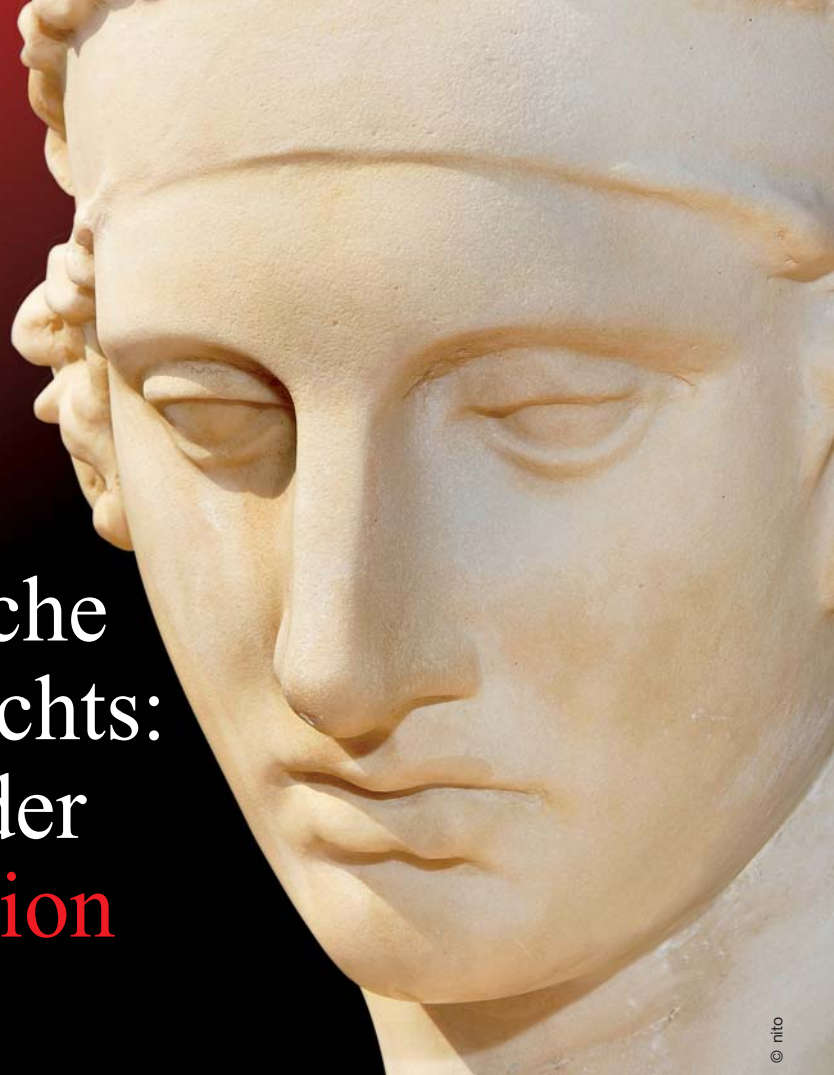
der obligatorischen Zusammenarbeit zwischen den beteiligten zahnärztlichen Fachdisziplinen, die nötig ist, um ein möglichst optimales Resultat hinsichtlich Funktion, Stabilität und der zumeist ästhetikkorrelierten Zufriedenheit des Patienten zu erreichen.

Abb. 6a und b_Lachaufnahme: ästhetisch gutes Ergebnis.

Literaturnachweis

- [1] Boyd, R.L., Leggott, P.J., Quinn, R.S.: Periodontal implications of orthodontic treatment in adults with reduced or normal periodontal tissues versus those of adolescents. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 96: 191–199 (1989).
- [2] Ericsson, J., Lindhe, J.: Effect of longstanding jiggling on experimental marginal periodontitis in the beagle dog. *J Clin Periodontol* 9: 497–503 (1982).
- [3] Ericsson, I., Thilander, B., Lindhe, J.: The effect of orthodontic tilting movement on the periodontal tissues of infected and non-infected dentitions in the dog. *J Clin Periodontol* 4: 115–127 (1977).
- [4] Ericsson, I., Thilander, B., Lindhe, J.: Periodontal condition after orthodontic tooth movement in the dog. *Angle Orthod* 48: 210–218 (1978).
- [5] Flores-de-Jacoby, L., Zimmerman, A., Tsalikis, L.: Experiences with guided tissue regeneration in the treatment of advanced periodontal disease. A clinical reentry study. Part I. Vertical, horizontal and combined vertical and horizontal periodontal defects. *J Clin Periodontol* 21: 113–117 (1994).
- [6] Geraci, T.F.: Orthodontic movements of teeth into artificially produced infrabony defects in the rhesus monkey: a histological report. *J Periodontol* 44: 116–122, (1973).
- [7] Geraci, T.F., Nevins, M., Crosetti, H.W., Drizen, K., Ruben, M.P.: Reattachment of the periodontium after tooth movement into an osseous defect in a monkey. Part I. *Int J Periodont Rest Dent* 10: 185–207, (1990).
- [8] Harris, E.F., Baker, W.C.: Loss of root length and crestal bone height before and during treatment in adolescent and adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 98: 463–469 (1990).
- [9] Jonson, N.W., Griffiths, G.S., Wilton, J.M.A.: Detection of high-risk groups and individuals for periodontal diseases. Evidence for the existence of high-risk groups and individuals and approaches to their detection. *J Clin Periodontol* 15: 276–282 (1988).
- [10] Lindhe, J., Nyman, S.: Scaling and granulation tissue removal in periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 12: 374–388 (1985).
- [11] Linskog-Stokland, B., Ennstrom, J.L., Nyman, S., Thilander, B.: Orthodontic tooth movement into edentulous areas with reduced bone height. An experimental study in the dog. *Eur J Orthod* 15: 89–96 (1993).
- [12] Melsen, B.: Behandlungsprobleme bei erwachsenen Patienten. *Fortschr. Kieferorthop.* 44: 12–27, (1983).
- [13] Nemcovsky, C.E., Zubery, Y., Arzi, Z., Liebermann, M.: Orthodontic tooth movement following guided tissue regeneration: Report of three cases. *Int J Adult Orthognath Surg* 11: 347–355 (1996).
- [14] Nemcovsky, C.E., Watted, N., Liebermann, M.: Orthodontische Zahnbewegung nach vorausgegangener gesteuerter Gewebereaktion (Guided Tissue Regeneration = GTR). *Inf Orthodo Kieferorthop* 31: 335–344 (1999).
- [15] Nyman, S., Gottlow, J., Karring, T., Lindhe, J.: The regenerative Potential of the periodontal ligament. An Experimental study in the monkey. *J Clin Periodontol* 9:257–265 (1982).
- [16] Polson, A., Caton, J., Polson, A.P., Nyman, S., Novak, J., Reed, B.: Periodontal response after tooth movement into entrabony defects. *J Periodontol* 55: 197–202 (1984).
- [17] Polson, A.M., Meitner, S.W., Zander, H.A.: Trauma and progression of marginal periodontitis in squirrel monkeys (III). Adaptation of interproximal alveolar bone to repetitive injury. *Periodont Res* 11: 279–289 (1976).
- [18] Ramfjord, S.P.: Changing concepts in periodontics. *J Prosthet Dent* 52: 781–786 (1984).
- [19] Schönherr, E.: Das Rezidiv und seine Verhütung bei der kieferorthopädischen Behandlung Erwachsener. *Fortschr Kieferorthop* 23: 366–376 (1962).
- [20] Vanarsdall, R.L.: La Reaction des Tissus Parodontaux Aux Movements Orthodontiqui, L'Orthodont Franciase, *Orthodontic De L'adulte*, S.I.D., Vanves 57: 421–433 (1986).
- [21] Watted, N., Nemcovsky, C., Bill, J.: Orthodontie nach parodontal-regenerativen Maßnahmen. *Kieferorthop* 13: 267–278 (1999).
- [22] Wennstrom, J.L., Linskog-Stokland, B., Nyman, S., Thilander, B.: Periodontal tissue response to orthodontic movement of teeth with infrabony pockets. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 103: 313–319 (1993).
- [23] Witt, E.: Präprothetische Kieferorthopädie. *Dtsch Zahnärztl Z* 41: 88–96 (1986).
- [24] Zachrisson, B.U.: Clinical experiences with direct-bonded orthodontic retainer. *Amer J Orthodont* 71: 440–451 (1977).
- [25] Zachrisson, B.U.: The bonded lingual retainer and multiple scaping of anterior teeth. *J Clin Orthod* 17: 838–844 (1983).
- [26] Zachrisson, B.U.: Adult retention: A new approach. In: Graber LW, editor. *Orthodontics: State of the Art –Essence of the Science*. St Louis, Mosby.; 310–327 (1986).

_Autor	face
	
<p>Dr. med. dent. Shadi Gera</p>	
<p>Kontakt Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted Center for Dentistry, Research and Aesthetics Chawarezmi Street 1 P. O. Box 1340 30091 Jatt/Israel E-Mail: nezar.watted@gmx.net</p>	



Regionale ästhetische Einheiten des Gesichts: Die Bedeutung in der Lippenrekonstruktion

Autor Priv.-Doz. Dr. Dr. med. J. Camilo Roldán

Abb. 1 Darstellung der ästhetischen Einheiten und Subeinheiten der Lippen (in Blau markiert). Hervorzuheben, im Vergleich zu den bisherigen Beschreibungen, ist die Darstellung der Kommissur in der Marionettenfalte gelegt und die Subeinheit Philtrumleiste (siehe im Text).

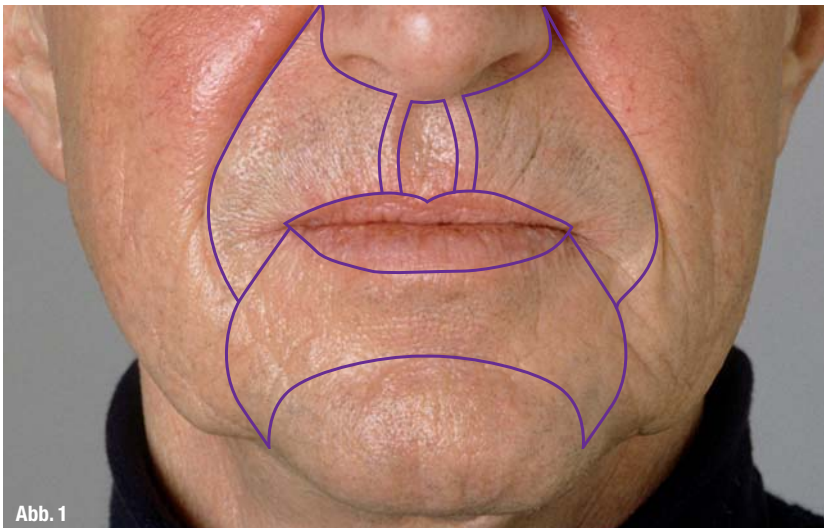


Abb. 1

Das Werk „Die Literatur und Geschichte der Plastischen Chirurgie“ von Eduard Zeis von 1863 gilt als das wichtigste Werk über die Geschichte der plastischen Chirurgie im 19. Jahrhundert. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde die moderne plastische Chirurgie begründet. Der Stirnappen zur Rekonstruktion der Nase, beschrieben in Indien 400–600 Jahre v. Chr., wurde in Europa Anfang des 19. Jahrhunderts erneut beschrieben und eingeführt; eine Technik, die die gestielte Lappenplastik vom Oberarm von Tagliacozzi (1597) zügig ersetzte. In diesen Jahren wurde die Geometrie der kleinen

Lappenplastiken im Gesicht im Detail beschrieben (Burrow 1856, von Szymanowski 1870). Victor von Bruns veröffentlichte den ersten Atlas der rekonstruktiven Gesichtschirurgie im Jahr 1857. Die aufwendige Darstellung der Lippenrekonstruktion deutete auf die Komplexität dieser Region im Gesicht hin. Sowohl Zeis als auch von Bruns berichteten über die unbefriedigenden Ergebnisse der Lippenchirurgie; die Lippenplastiken waren so individuell wie die Defekte. Bis Ende des 20. Jahrhunderts wurden über 200 Operationstechniken zur Lippenrekonstruktion beschrieben (Brusati 1979).

Unsere Arbeitsgruppe, beginnend an der Universität Kiel, beschäftigte sich intensiv mit den Operationsverfahren zur Lippenrekonstruktion, mit dem Ziel, ein ästhetisch anspruchsvolles Ergebnis zu erreichen und gleichzeitig die große Anzahl an Operationstechniken zu reduzieren. Gleichzeitig sollten die Operationstechniken nach Defektgröße zugeordnet werden. Es wurden drei Prinzipien herausgearbeitet: 1) Erhalt der regionalen ästhetischen Einheiten im Gesicht; 2) Erhalt des Modiolus, wenn er nicht betroffen ist; 3) Die Dehnbarkeit der Lippe ausnutzen (Roldán, Teschke et al. 2007).

Erhalt der regionalen ästhetischen Einheiten im Gesicht

1957 beschrieb González Ulloa die regionalen ästhetischen Einheiten im Gesicht zur Behandlung



Abb. 2_ Verbrennung der gesamten Lippen mit Aussparung der Innenmundschleimhaut (A). Markierung der ästhetischen Einheiten: Oberlippe, Unterlippe, Lippenrot; Darstellung der Kommissur in Anlehnung an die Marionettenfalte (B). Resektion der Verbrennungsnarbe (C), Rekonstruktion des Lippenrotes mit Lippeninnenschleimhaut und Präparation von gegenseitigen V-Y subkutan gestielten Lappen im Bereich der Kommissuren (E-G). Mundöffnung und Mundkompetenz zwei Wochen postoperativ (H-I).

von Verbrennungsoffern. Converse fügte in seinem Werk *Reconstructive Plastic Surgery* (1964) regionale ästhetische Subeinheiten ein. Interessant ist, dass die Kommissur nicht angezeichnet wurde. Nach Einführung von Verfeinerungen der ästhetischen Subeinheiten der Nase (Burget & Menick 1985) und der Oberlippe (Burget & Menick 1986) und nach systematischer Aufarbeitung des Konzeptes der Chirurgie unter Berücksichtigung der ästhetischen Einheiten im Gesicht (Sherris & Larrabee 2009) ist die Abgrenzung der Kommissur nicht zufriedenstellend dargestellt. Sherris und Larrabee (2009) demarkieren die Kommissur als Horizontale über den Mundwinkel hinaus. Eigene Untersuchungen bei Patienten, die nach der Technik von Bernard-Webster-Fries operiert wurden, zeigten, dass der seitliche Schnitt über den Mundwinkel hinaus ästhetisch störend ist, da die Gesichtsmimik verändert wurde (Roldán, Teschke et al. 2007). Die bisherige Abgrenzung des Philtrums ist ebenfalls nicht zufriedenstellend, da die Abgrenzung über

die Philtrumleiste verläuft; die Schnittführung direkt über die Philtrumleiste zerstört eine anatomische Region, die durch eine primäre Naht zu einer Abflachung führt. Diese Beobachtung ist relevant, wenn aus der Oberlippe ein Abbe-Lappen zur Rekonstruktion der Unterlippen präpariert wird. Anatomische Untersuchungen belegen die Notwendigkeit, die Subeinheit Philtrumleiste einzufügen, in dem die subkutane Vaskularisation des Philtrums sich über die Philtrumleiste erstreckt (Garcia de Mitchel et al. 2008). Aufgrund der genannten Einschränkungen der bisherigen Beschreibungen der ästhetischen Einheiten der Lippen schlagen wir folgendes Konzept vor (Abb. 1):

- a) Die Kommissur wird in der Marionettenfalte gelegt;
- b) Die Philtrumleiste wird als Subeinheit eingeführt.

Die Bedeutung der ästhetischen Einheiten der Lippen wird in Abbildung 2 verdeutlicht. Die Kommissur bildet die Marionettenfalte. Das Lippenrot, als

Abb. 3_ Plattenepithelkarzinom der Unterlippe (A-B). Kastenförmige Resektion > 2/3 der Lippenlänge unter Erhalt der Labiomentalfalte (C). Verschiebelappenplastik der Lippen und Wange (Treppenplastik nach Johanson) um 2/3 der Lippenlänge, allerdings nicht ausreichend für einen primären Verschluss (D), Präparation eines Abbe-Lappens unter Erhalt der Philtrumleiste zur Rekonstruktion der Unterlippe mit gleichzeitiger Verkürzung der Oberlippe passend zur neuen Unterlippenlänge (E-G). Ergebnis zwei Monate postoperativ unter Erhalt der Kommissuren und des Gesichtsausdrucks. Es besteht ein begleitendes Lymphödem und Strahlenreaktion der Haut aufgrund einer beidseitigen Neck Dissection und Bestrahlung bei einem Zweitkarzinom der Mundhöhle.

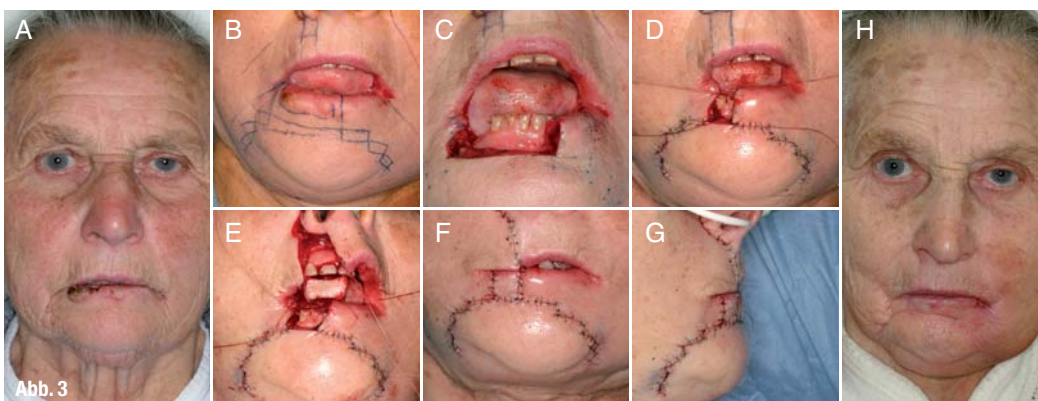


Abb. 3

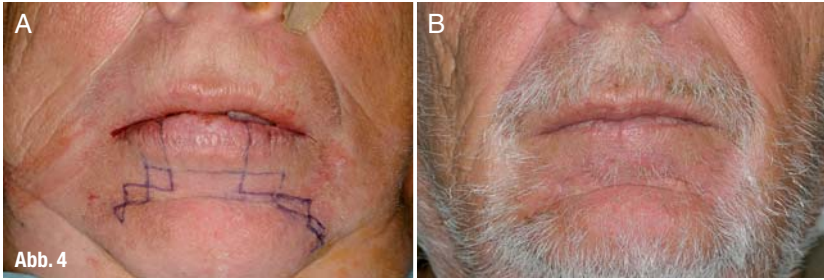


Abb. 4_ Plattenepithelkarzinom der Unterlippe mit einer Beteiligung von 2/3 der Lippenlänge. Markierung einer Treppenplastik nach Johanson unter Erhalt der Labiomentalfalte und der Kommissuren (A). Das postoperative Ergebnis zeigt die Dehnung der Unterlippe auf beinahe Originalzustand sechs Monate postoperativ (B).

Einheit, wird bei Befall ganz rekonstruiert. Die Nasolabialregion, reich an Perforansgefäßen von der Art. facialis, erlaubt die Durchführung von ausgedehnten subkutan gestielten Lappenplastiken wie eine V-Y-Plastik, die die ästhetische Einheit der Kommissur deutlich definiert.

Erhalt des Modiolus

Die störenden Ergebnisse nach Verletzung des Modiolus, wie bei der Bernard-Webster-Fries-Plastik, ist durch die kombinierte Abbe-Plastik zu verhindern. Durch den Abbe-Lappen ist die anatomische Rekonstruktion des Musc. orbicularis oris möglich; der transferierte Lappen dehnt sich, sodass der

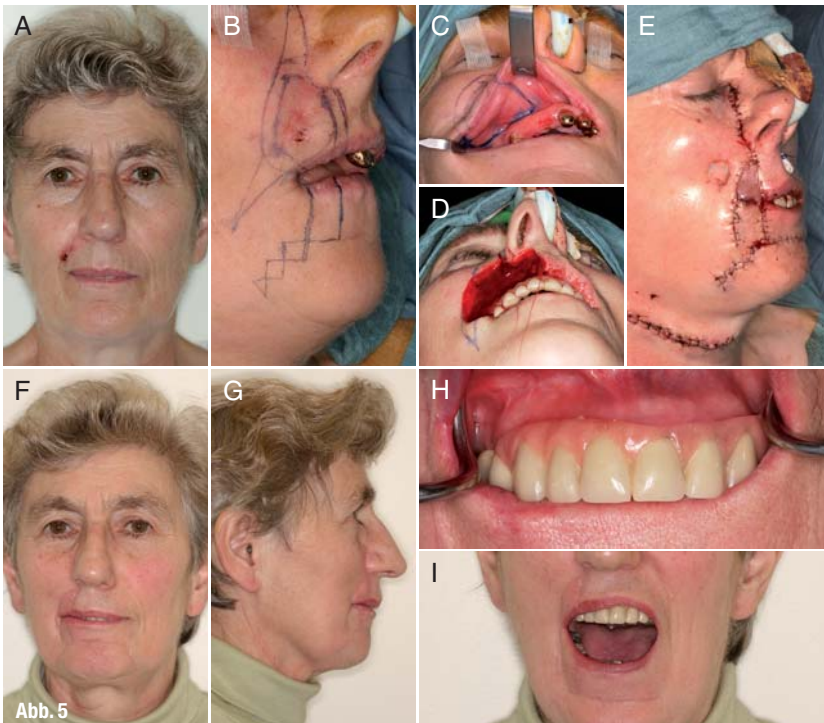


Abb. 5_ Tiefinfiltrierendes Schweißdrüsenkarzinom der Oberlippe und Wange (A). Markierung der Schnittführung folgend der Nasolabialfalte zur Wangendehnungsplastik, Markierung eines Abbe-Lappens von der Unterlippe unter Erhalt der Kommissur und Labiomentalfalte (B), Darstellung der vollsichtigen Resektion der Hälfte der Oberlippe unter Erhalt des Modiolus (C, D), Rekonstruktion unter Erhalt der Nasolabialfalte und der Labiomentalfalte (E). Ein Jahr postoperativ mit adäquater Lippenlänge und Wiederherstellung des Vestibulums und dementsprechend der Funktion und Ästhetik (F–I).

Mundspalt bzw. die Lippenlänge (Oberlippe/Unterlippe) symmetrisch gestaltbar ist. Die Abbildung 3 zeigt eine typische Rekonstruktion über 2/3 der Lippenlänge, die durch primären Verschluss ohne Durchtrennung der Kommissur nicht zu versorgen wäre, hierfür wurde ein Abbe-Lappen präpariert.

Die Dehnbarkeit der Lippe ausnutzen

Die Lippe bzw. der Musc. orbicularis oris ist dehnbar, wenn er von der Kinnmuskulatur befreit ist. Wenn der Musc. orbicularis oris von der Kinnmuskulatur nicht befreit ist, wie bspw. bei der Keilexzision, ist die Dehnbarkeit der Lippenstümpfe eingeschränkt. Die Treppenplastik nach Johanson (1974) (W-Plastik 45° Borges 1969) erlaubt eine Dehnbarkeit der Lippenstümpfe um 25 Prozent, sodass Defekte bis 2/3 der Lippe mit dieser Technik versorgt werden können (Abb. 4). Ein weiterer Vorteil dieser Lappenplastik ist die Begrenzung der Schnitte in der Einheit der Unterlippe ohne Beteiligung der Labiomentalfalte oder der Wange.

Die dargestellten Prinzipien gelten auch für die Rekonstruktion der Oberlippe. Die Abbildung 5 verdeutlicht die Dehnbarkeit des Abbe-Lappens, die Wiederherstellung des Mundvorhofes und den Erhalt der Marionettenfalte und damit der Gesichtsmimik.

Die Berücksichtigung der ästhetischen Einheiten und Subeinheiten der Lippen vereinfacht die Wahl der Operationstechnik und gleichzeitig des Operationsergebnisses.

_Autor	face
	<p>Priv.-Doz. Dr. Dr. med. J. Camilo Roldán Privatärztliche Praxisklinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie des Gesichts, Hamburg (Eröffnung Herbst 2012), Leiter der Plastischen Kindergesichtschirurgie und Gesichtsfehldeformationschirurgie am Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Hamburg</p>
<p>Kontakt Ahrensburger Weg 129 b 22359 Hamburg</p>	
 	

Die chirurgische Differenzierung der Brauenptosis

Autoren Dr. med. Christian Kreutzer, Prof. Dr. Wolfgang Gubisch

Die chirurgische Korrektur der Brauenptosis ist wesentlicher Bestandteil der operativen frontotemporalen Verjüngungsmaßnahmen.

Erste Veröffentlichungen zu diesem Thema gehen auf Passot im Jahr 1919 zurück.

Dieser verwendete verschiedenartige spindelförmige Hautexzisionen, um die abgesunkene Braue anzuheben. Im Laufe der letzten Jahrzehnte wurden weitere Techniken entwickelt, von denen die aus unserer Sicht wichtig in dieser Arbeit vorgestellt werden.

Die Periorbitalregion beeinflusst das Aussehen gerade in Bezug auf das Alter eines Menschen wesentlich. Stirn- und Periorbitalfalten – sog. Krähenfüße, Glabella-, Zornesfalten und -furchen sowie Absinken der Brauen besonders im lateralen Anteil sind Alters-Stigmata. Ein Absinken der Brauen hat bei Einschränkung des Gesichtsfeldes nicht nur kosmetische, sondern auch funktionelle Auswirkungen. Die Ptosis der Brauen tritt infolge von Involutionsprozessen und durch die Einwirkung der Gravitationskräfte auf. Die Brauen sinken unter die normale Position ab und verursachen konsekutiv ein Anschoppen der Oberlidhaut. Als weitere Ursachen

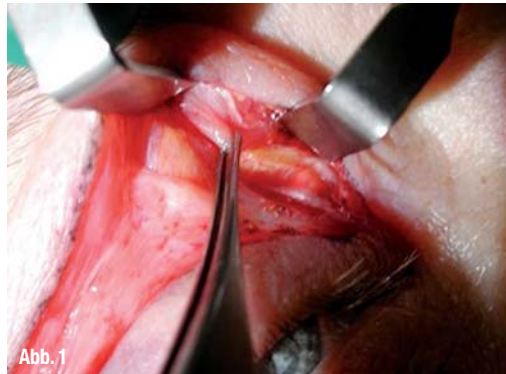


Abb. 1 Transpalpebrale partielle Musculus corrugator-Resektion.

kommen eine Facialisparese, Tumore, iatrogene Verletzungen des Stirnastes des Nervus facialis oder andersartige Traumafolgen infrage.

Der Wunsch nach einem frischeren, jüngeren Aussehen ist häufig Triebfeder einer Vorstellung der Patienten beim Plastischen Chirurgen. Die meisten Patienten stellen sich mit der Frage nach einer Oberlidkorrektur in der Sprechstunde vor. Bei genauer Betrachtung des Patienten ist häufig die Brauenregion so stark abgesunken, dass der Oberlidhautüberschuss sekundär ist.

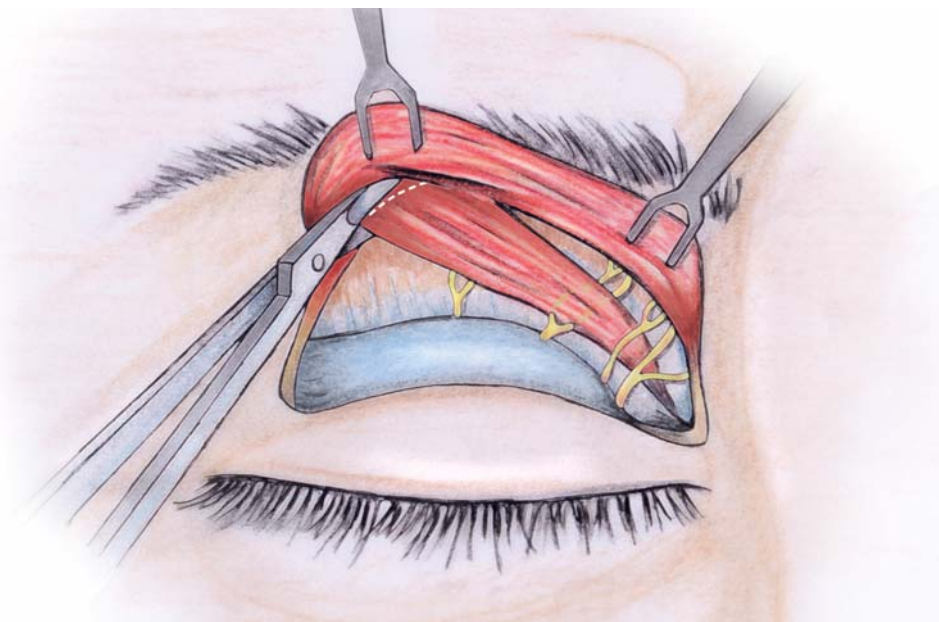


Abb. 2 Durchtrennung des Musculus corrugator supercilii.

Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5

Abb. 3 und 4_ Anzeichnen direktes Brauenlift.

Abb. 5_ Anzeichnung Midforeheadlift.

Die im Laufe der Jahre abgesunkene Braue wird durch willkürlichen Einsatz der Frontalmuskulatur in angehobener Position gehalten. Durch den erhöhten Muskeltonus kann die Falten- und Furchenbildung der Stirnhaut erheblich gesteigert sein. Im Gegensatz zu den mittleren zwei Drittel der Braue gibt es im lateralen Drittel keine tiefen strukturellen periostalen Anheftungen. Aus diesem Grunde kommt es sehr häufig vor allem zu einer temporalen Brauentptosis. Als Folge dieser anatomischen Beschaffenheit ist bei einer stark ausgeprägten temporalen Brauentptosis nicht selten eine sekundäre Dermatochalasis mit Anschoppen der Oberlidhaut ohne stark ausgeprägte mediale Brauentptosis zu beobachten.

Trotz fehlender objektiver statistischer Daten finden sich in unserer klinischen Praxis nahezu bei jedem Patienten, der sich aufgrund einer Dermatochalasis der Oberlider vorstellt, eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Brauentptosis. Der Einfluss der Brauentptosis auf die Dermatochalasis lässt sich durch moderates Anheben der Brauen in aufrechter Ruheposition ermitteln. Die Brauentptosis findet sich sogar nicht selten schon bei Patienten im Alter ab Mitte 20 bei konstitutionell bedingter starker mimischer Aktivität der Corrugator-, Depressor supercillii-, Procerus- und Orbicularis oculi-Muskulatur.

Eine objektiv feststellbare optimale Brauenposition gibt es nicht. Von den meisten Menschen als attraktiv empfunden wird eine Braue, die sich in Höhe des medialen Orbitabogens voll zeigt, zentral allenfalls leicht über dem Orbitabogen liegt und nach lateral über den Orbitabogen ansteigt.

Präoperativ ist zu analysieren, was den Patienten stört, welche Wünsche und Vorstellungen er/sie hat

und ob diese aus Sicht des Operateurs auch operativ umsetzbar sind.

Bei der körperlichen Untersuchung des Patienten sind Braue und Oberlid daher untrennbar voneinander zu beurteilen. Zunächst ist die exakte Ruheposition der Braue zu ermitteln: Der Patient sitzt mit geschlossenen Augen in entspannter Position. Nach ca. 15–20 Sekunden sind die Augen nur so weit zu öffnen, dass der Patient mit nach vorne gerichtetem Blick schaut, ohne durch Einsatz der Muskulatur die Brauen anzuheben. In diesem Zustand sind Form und Ruheposition der Brauen in Relation zu den darunterliegenden Supraorbitalbögen optimal zu beurteilen. Neben optischen Kriterien ist die Palpation Untersuchungsmethode der Wahl. Das Brauenfett (ROOF, Retro Orbicularis Oculi Fett), das dem Orbitabogen aufliegt, ist ebenso Involutionsprozessen ausgesetzt und sinkt ab. Dies verursacht einen Druck auf das Oberlid. Dieser Zustand liegt bei der Mehrzahl der Patienten als Hinweis für die Notwendigkeit zur Brauenreposition vor. Wenn dieser Zustand übersehen wird, wird allzu häufig nur eine Oberlidblepharoplastik durchgeführt. Durch Resektion der scheinbar überschüssigen Haut am Oberlid wird die Braue weiter nach unten gezogen. Eine Verkleinerung des Raumes zwischen lateralem Kanthus und Lidfurche sowie Lidfurche und Braue und damit ein unnatürliches Erscheinungsbild ist die Folge.

Daher sollte anhand der Analyse der pathologischen Veränderungen der verschiedenen anatomischen Strukturen ein individuelles chirurgisches Therapiekonzept erstellt werden.

Manche Autoren führen auch eine Anhebung der Brauen simultan mit einer Oberlidkorrektur durch. Dies hat allerdings den Nachteil, dass die Oberlid-

Abb. 6_ Temporallift mit subkutaner Präparationsebene.

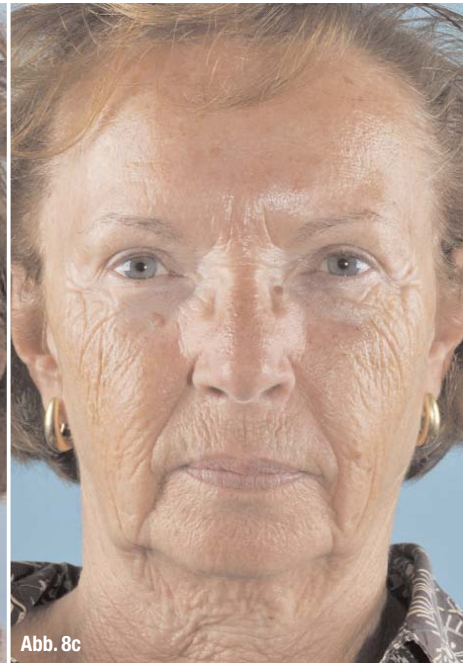
Abb. 7_ Resektion des Hautüberschusses nach subkutaner Präparation.



Abb. 6



Abb. 7



korrektur nach bereits erfolgter Infiltration der Brauen nicht so präzise vorzunehmen ist wie bei getrennt durchgeführten Eingriffen. Die Brauanhebung kann entweder direkt oder über Anhebung der Frontotemporalregion erfolgen.

Transpalpebrale Brauenpexie/ transpalpebrale Muskelresektion

Einen eher geringen therapeutischen Effekt hat eine sog. transpalpebrale Browpexie, die eher prophylak-

tisch zur Vermeidung eines Absinkens der Braue durchgeführt wird. Dabei wird über den Schnitt im Bereich des Oberlides eine pexierende Naht der Braue mitsamt M. orbicularis oculi im lateralen Drittel an das Periost des kranialen Orbitarandes gelegt. Das Fettpolster (ROOF) wird dabei ebenfalls wieder in Position gebracht. Als Nachteil sind das Auftreten von Schmerzen durch die Periostfixation und die Unbeweglichkeit der fixierten Braue zu nennen. Auch die transpalpebrale Muskelresektion kann nicht als eigentliche Technik zum Anheben der Braue

Abb. 8a_ 70 Jahre alte Patientin mit Dermatochalasis der Oberlider sowie Absinken der Brauen, präoperativ.

Abb. 8b_ Zustand nach lateralem Schläfenlift.

Abb. 8c_ Postoperativ nach Oberlidblepharoplastik mit Hautstraffung, Orbicularis-Plastik, Septumstraffung, Resektion des Fettgewebes in sämtlichen drei Kompartimenten, transpalpebraler partieller Resektion der Musculi corrugator und depressor supercilii sowie freiem Fetttransplantat ca. sechs Wochen nach Schläfenlift

Abb. 9a_ 57 Jahre alter Patient mit ausgeprägter Ptosis der Brauen bei gleichzeitiger Blepharochalasis.

Abb. 9b_ Status post lateralem Browlift und OL-Blepharoplastik in einem Eingriff in Abkehr vom üblichen Vorgehen auf explizierten Wunsch des Patienten.



Abb. 10a 71 Jahre alter Patient.
Abb. 10b Z.n. Midforehead-/Low
Temporallift in Kombination mit
extended SMAS Facelift.



Abb. 10a

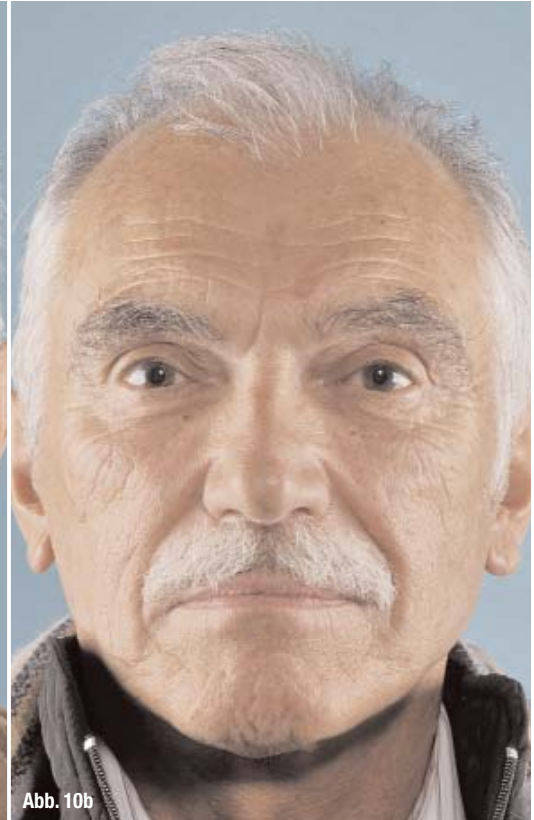


Abb. 10b

verwendet werden. Sie wirkt als supportive Maßnahme eher langfristig mit einem verminderten Absinken der medialen Braue und hilft vor allem auch die Zornesfalten zu mindern.

Dabei werden der M. corrugator und depressor supercilii über den transpalpebralen Zugang aufgesucht. Bei der Präparation ist auf den Verlauf der supraorbitalen und supratrochlearen Gefäß-Nerven-Stränge zu achten. Der Muskel wird frei präpariert und partiell reseziert. Es empfiehlt sich daraufhin die Interposition eines Fetttransplantates, um einer Eindellung vorzubeugen.

Häufig kann diese Operation auch Migränepatienten zu einer erheblichen Verbesserung ihrer Beschwerden verhelfen. Ob diese Prozedur im Einzelfall Erfolg versprechend ist, kann eine vorherige Botulinumtoxin-Injektion zeigen.

_Direktes Brauenlift

Die Anhebung der lateralen Braue wird bei dieser Technik durch eine direkte sichelförmige Hautexzision über dem lateralen Anteil der Braue vorgenommen. Diese Methode wurde bereits 1919 durch den Franzosen R. Passot beschrieben. Entscheidend für den Erfolg dieser Technik ist, dass die Exzision exakt am Rand der Braue erfolgt und dass die Wundränder minutiös adaptiert werden, damit eine möglichst unauffällige Narbe resultiert. Dabei ist darauf zu achten, dass vor allem der laterale Anteil der Braue angehoben wird, der mediale Anteil sollte in der Regel belassen bleiben.

_Midforeheadlift

Das Midforeheadlift ist vor allem dann angezeigt, wenn eine hohe Stirn mit tiefen Stirnfalten besteht. Dann wird durch Exzision eines Hautstreifens zwischen zwei Stirnfalten eine direkte Anhebung der Brauen möglich. Entscheidend ist auch hier, dass die Wundränder sehr exakt adaptiert werden, sodass die Narbe nach kurzer Zeit lediglich noch als schmaler Strich zu erkennen ist.

_Praetrichiales Lift

Wenn man Narben im sichtbaren Bereich der Stirn vermeiden will, so kommt ggf. ein praetrichiales Stirnlift infrage. Der Effekt der Anhebung der Brauen ist dabei am größten, wenn man subkutan vorgeht – wie schon von Montandon nachgewiesen wurde. Diese Technik

Abb. 11 Fixierung der subperiostal
angehobenen Stirn mit nicht
resorbierbarem Nahtmaterial und
2-Loch-Mini-Platte, die dann noch
mit Schraube an die Tabula externa
fixiert wird.



Abb. 11



Abb. 12a_ 34 Jahre alte Patientin mit diskreter Brauenptosis.
Abb. 12b_ Zustand nach endoskopisch assistiertem Stirnlift.

bietet sich vor allem bei einer sehr hohen Stirn an. Alternativ zur subkutanen Präparation kann man auch einen subperiostalen Zugang wählen und im Bereich des Supraorbitalbogens dann das Periost durchtrennen, damit die Braue frei wird und angehoben werden kann.

_Temporallift

Das von Fogli 2003 veröffentlichte Temporallift hat sich bei uns nicht bewährt, weil die Fixation der durchtrennten Galea keine stabile Verankerung zulässt. Vielmehr bevorzugen wir auch bei einem Temporallift die subkutane Präparationsebene, da wir hierbei gleichzeitig die Krähenfüße lateral verbessern können.

Das coronale Lift hat aufgrund seiner Invasivität, dem häufig auftretenden Haarausfall und der unumgehbar zum mindesten temporären Desensibilisierung großer Teile der Kopfhaut aus unserer Sicht seine Daseinsberechtigung verloren.

_Endoskopisch assistiertes Stirnlift

Bei niedriger bis mittelhoher Stirn wenden wir das endoskopisch assistierte Stirnlift an. Dabei wird über 3-5 Inzisionen innerhalb der behaarten Kopfhaut die subperiostale Präparation mit einem Raspatorium durchgeführt. Das starre Endoskop kann dann über die mittige Inzision eingeführt werden. Unter Sicht kann nun die Präparation über die Orbitakante hinaus

und die Durchtrennung des Periosts unter Schonung der Nerven und die Corrugator-Schwächung durchgeführt werden. Zur Fixierung der elevierten Stirn sind unterschiedliche Methoden beschrieben worden, die von Verankerungen direkt in der Tabula externa bis zum Platzieren von resorbierbaren Kunststoffankern (endotine, ultratine, u.a.) reichen. Wir selbst führen seit Jahren die Fixation mit einer Zwei-Loch-Mini-Platte durch, die wir am kaudalen Wundrand mit nicht resorbierbarem Nahtmaterial annähen und dann in idealer Position mit einer 3 mm Schraube in der Tabula externa fixieren.

_Fazit für die Praxis

Die Brauenposition scheint für die Attraktivität des oberen Gesichtsdrittels von entscheidender Bedeutung zu sein. Eine hohe Augenbraue mit ihrem Maximum im lateralen Drittel wird von den meisten als attraktiv eingeschätzt. Bei einer hohen Stirn kann die Anhebung der Brauen am einfachsten mit einem direkten Browlift oder einem Midforeheadlift erreicht werden. Das subkutane Schläfenlift ist sehr effektiv, kann gleichzeitig die Krähenfüße beseitigen und die Narbe bleibt in den Haaren versteckt.

Nur bei einer niedrigen oder mittelhohen Stirn erscheint ein endoskopisch assistiertes Brauen- oder Stirnlift sinnvoll und Erfolg versprechend. Das endgültige Ergebnis hängt bei jeder Methode von einer detaillierten Analyse und einer sehr sorgfältigen chirurgischen Technik ab.

_Kontakt	face
<p>Dr. med. Christian Kreutzer Facharzt für Plastische Chirurgie E-Mail: Christian.Kreutzer@vinzenz.de</p>	
	
<p>Prof. Dr. Wolfgang Gubisch Ärztlicher Direktor Klinik für Plastische Gesichtschirurgie Marienhospital Stuttgart Böheimstraße 37 70199 Stuttgart www.professor-gubisch.de</p>	
	

Anwendungsbeobachtung zweier hyaluronhaltiger Mesotherapieprodukte:

Redensity I (TEOXANE) vs. NCTF HA 135 (Filorga)

Autorin_Dr. med. Britta Knoll

Die Mesotherapie als lokal gezieltes, minimalinvasives Multiinjektionsverfahren mit indikationsbezogener, niedrigdosierter Wirkstoffselektion kommt seit über 50 Jahren in vielen Ländern der Welt in der Allgemeinmedizin und der Schmerztherapie zum Einsatz. Das zunehmende Interesse an der Mesotherapie im Bereich der medizinischen Ästhetik beruht auf ihrer ausgezeichneten Wirksamkeit in Bezug auf das Hautorgan selbst und seine Anhangsgebilde (Mesotherapie gegen Haarausfall). Ein Zielgruppen-Umfrageergebnis von 2011 belegt ein hohes Interesse der Bevölkerung an frischer und strahlender Haut, wobei in Deutschland bescheidenweise nur eine optische Verjüngung von 4,5 Jahren gewünscht wird. Das Potenzial ist also riesig. Für uns medizinische Anbieter heißt das Ziel: möglichst minimaler Aufwand für maximale Effekte.

- _ Keine hohen Investitionen oder langwierige Schulungen.
- _ Schnell sichtbares und lang anhaltendes Behandlungsergebnis.
- _ Geringste Schmerzen und Risiken, quasi keine Nebenwirkungen oder Downtime.
- _ Gutes Preis-Leistungs-Verhältnis.
- _ Sinnvolle und ebenfalls minimalinvasive Kombinationsmöglichkeiten (Peeling, HA-Filler, BTX, lipolytische Verfahren, Carboxytherapie).

MERKE: Injektionen sind *das* Alleinstellungsmerkmal für medizinische Heilberufe! Wenn wir das äußerst interessante Gebiet der medizinischen Hautverjüngung und -revitalisierung nicht konsequent in Anspruch nehmen, werden sich immer mehr Kosmetikerinnen invasiv betätigen und diesen Markt besetzen. Seit sechs Monaten steht das neue Meso-Produkt „Redensity I“ in der Praxis zur Verfügung. Nach erfolgreicher Testung *in vivo* und *in vitro* kommt es nun zum breiten Einsatz im Bereich des Mesoliftings, zur Verbesserung der Hautqualität im Gesicht und auch am Körper (Hals, Dekolleté, Hände).

Als Effizienzparameter dienen die Hautglättung (wrinkle scale), die Homogenität, Dichte und Elasti-

zität der Hautstruktur sowie die Zunahme an Strahlkraft (glow factor). Die alters- oder hormonbedingten Störungen der Hautpigmentation (Altersflecken, Melasma, aktinische Keratosen) sind vom ästhetischen Standpunkt mindestens genauso störend wie die vermehrte Bildung von Fältchen oder die Erschlaffung der Gesichtskonturen. Ziel jeder Gesichtsbehandlung muss daher sein:

- a. die Harmonie der Gesichtszüge wiederherzustellen
- b. die globale Hautqualität nachhaltig zu verbessern
- c. für eine natürliche, jugendlich frische Ausstrahlung zu sorgen.

Zu erreichen ist das in den meisten Fällen nur durch eine strategisch durchdachte und höchst individuelle Kombination der oben genannten Verfahren. Dabei stellt der Mesolift, d.h. die mesotherapeutische Behandlung der Hautoberfläche, eine kontinuierliche Begleitung dar, die letztendlich für den gewünschten „happy natural look“ sorgen wird. Nach einer Aufbauphase mit drei wiederholten Sitzungen alle zwei bis drei Wochen wird eine Erhaltungstherapie alle drei bis sechs Monate fällig. Das erreichte Ergebnis kann dadurch langfristig gesichert werden.

Als Kriterien für die Produktsicherheit dienen das Fehlen von Rötungen, Juckreiz und allergischen Reaktionen. Als Kriterien für die Produktqualität dienen die erzielte Verbesserung der Hautqualität sowie die Haltbarkeit der Ergebnisse. Bei den intradermalen Behandlungen mit unvernetztem Hyaluron ist die Kombination des HA-Gels mit Antioxidantien und anderen orthomolekularen Substanzen zur Stabilisierung der molekularen Struktur und zum Schutz gegen die Angriffe der körpereigenen Hyaluronidase erforderlich. Daneben entfalten die biologischen Adjuvantien einen eigenen Anti-Aging-Effekt. Als Behandlungserfolg gewertet wird die Verbesserung der Hautdicke, der Lichtreflexion, des „wrinkle severity index“ (WSRS), des Grads der Lichtalterung (Glogau), des Ausmaßes der Elastose.

Produktbeschreibung und Studienergebnisse NCTF 135 HA® * und Redensity I

NCTF 135® HA ist ein komplexer, wässriger Revitalisierungscocktail für die Mesotherapie aus:

- _ unvernetzter HA 5 mg/g
- _ 13 Vitaminen
- _ 23 Aminosäuren
- _ 6 Mineralien
- _ 6 Coenzymen
- _ 5 Nucleinsäuren
- _ 2 Antioxidantien

Redensity I ist ein visköses Gel für Injektionen in die retikuläre Hautschicht, angesiedelt zwischen Hyaluron-Filler und Mesotherapie aus unvernetzter HA 15 mg/g, sowie einem dermo-restrukturierenden Komplex aus:

- 8 Aminosäuren
- 3 Antioxidantien
- 2 Mineralien
- Vitamin B6
- Lidocain 0,3 %

Tab. 1: In-vitro-Studie NCTF 135® HA.

Stimulation des Zellwachstums:

+ 147 % humane Fibroblasten in 72 h

Aktive Verdichtung der Dermis:

+ 256 % extrazelluläres Kollagen in 72 h

Zellulärer Schutz:

+ 90 % Schutz vor freien Radikalen (nach 24 h UVA- und UVB-Bestrahlung)

Viskoelastische Regeneration:

+ 366 % Genexpression des Elastase-Inhibitors

Tab. 2: In-vivo-Studie NCTF 135® HA

- + 72 % Verminderung von Fältchen und Falten
- + 132 % Verbesserung der Hydratation
- + 144 % Verbesserung der Lichtreflexion
- + 103 % Verbesserung des Hauttonus

Tab. 3: In-vitro-Studie Redensity I

Kohäsiver Effekt Dermis/Epidermis:

+ 98 % Kollagen IV

Festigender Effekt: + 26 % Fibrillin 1

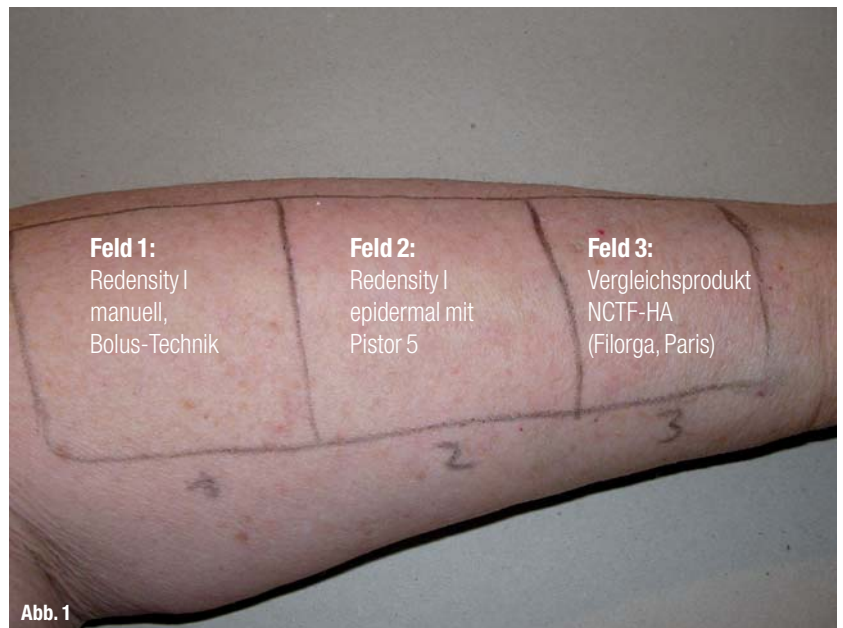
Antioxidantien-Schutz:

- 28 % auf einen Oxidationsmarker (Produktion von fotoinduziertem Malondialdehyd)

Hydratation der Haut: 14-mal mehr GAGs

Tab. 4: In-vivo-Studie Redensity I

- + 24 % Isotropie-Index (Licht-Reflexions-Kapazität der Haut)
- + 83 % Verminderung von Fältchen und Falten (WSRS) im Gesicht
- + 69 % Verbesserung der Hydratation (Gesicht)
- + 67 % Verbesserung der Hautdicke (Gesicht)



Behandlungsprotokoll

Es werden am linken Unterarm einer 55-jährigen Probandin insgesamt 3 Behandlungen mit 14 Tagen Intervall durchgeführt. Die Aufnahmen entstanden am Tag 0 (vorher), im Behandlungsverlauf sowie 5 Wochen nach der letzten Behandlung.

Behandlung

- Feld 1: Redensity I pur, manuelle Bolus-Technik.
- Feld 2: Redensity I pur, elektronisch gestützte Nappage-Technik mit Pistor 5.
- Feld 3: NCTF 135 HA pur, elektronisch gestützte Nappage-Technik mit Pistor 5.

Technik

Hautreinigung mit nichtalkoholischem Desinfektionsmittel (Octenisept). Anzeichnen der Behandlungsfelder mit Hautmarker. Minimalinvasive Hautbehandlung mit manueller oder elektronisch gestützter Nappage-Technik: intradermale Mikroinjektionen von 0,01 ml = 1 Tropfen des Produktes pro Einstich. Bei nichtinflammatorischer Haut kommt es bei korrekter Ausführung weder zu Schmerzen noch zu Hämatomen. Das Erscheinen eines winzigen Blutröpfchens ist der „Beweis“ für die richtige Einstichtiefe, nämlich an die Basal-

Abb. 1 _ Unterarm vorher: ausgeprägte Lichtalterung, unregelmäßige Pigmentierung, wenig Strahlkraft, ungleichmäßige Hautoberfläche, ausgeprägte Hauttrockenheit.

Abb. 2_ Pistor 5: neuester elektronischer Injektor, Redensity I in 3 ml Glasspritze.

Abb. 3_ Behandlung von Feld 2 mit Pistor 5.

Abb. 4 und 5_ Feld 1 (links): Injektionen an die Basalmembran von Hand, multiple Einzelstichtechnik. Es treten deutlich mehr Blutungen auf, als bei der gerätgestützten Injektion (Feld 2 und 3).



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5

membran der Haut und das Stratum reticulare. Diese liegen – je nach Hautbeschaffenheit oder Geschlecht – zwischen 0,25 und 0,5 mm tief. Kleinste Produktpuren auf der Hautoberfläche werden durch die mechanisch geschaffenen Mikrokanäle schnell in die Haut absorbiert und dürfen nicht abgewischt werden. Diskrete Hautrötung und Schwellung, besonders bei der ersten Sitzung, sind Zeichen der verbesserten Mikrozirkulation bzw. der volumengebenden Eigenschaft des Produktes. Nach Beendigung der Behandlung wird die Haut mit einer geeigneten Pre/Post Creme (z.B. Pre/Post Injection von TEOXANE, Postopyl von Dermatica Exclusiv oder Vitamin K Reparatour Toskani) massiert, um das injizierte Produkt

in der Haut gut zu verteilen, um Infektionsrisiken zu vermeiden und um eine schnelle Wundheilung zu erzielen. Wird eine getönte Abdeckung gewünscht, kann direkt anschließend noreva Actipur aufgetragen werden. Sollte es ausnahmsweise zu einem Hämatom kommen, kann mit TEOXANE cover-repair Concealer abgedeckt werden. Nach zwei bis drei Stunden darf die Kundin selbst wieder Make-up oder Puder verwenden. Sonnenexposition ist jedoch für mehrere Tage unbedingt zu vermeiden und die Benutzung eines täglichen Sonnenschutzes sollte grundsätzlich empfohlen werden. Auch Tipps zur dermatologischen Anti-Aging-Hautpflege werden gerne entgegengenommen.

Abb. 6_ In Feld 1 entstehen kleine Quaddeln, die noch zwei bis drei Stunden sichtbar bleiben.

Abb. 7_ Probandin nach drei Sitzungen (fünf Wochen später).



Abb. 6



Abb. 7

Wirkmechanismus und Ergebnis

Bei der Mesotherapie ergibt sich die Gesamtwirkung aus der mechanischen Stimulation des Gewebes durch die multiplen Mikroinjektionen, kombiniert mit dem Einbringen von indikationsbezogenen Wirkstoffkomplexen (Multi-Target Therapie). Der positive Einfluss auf die Haut zeigt sich schnell und anhaltend in einer Verfeinerung des Hautbildes, Reduktion der Porengröße, Verringerung von Couperose oder Hautunreinheiten, mehr Spannkraft, Volumen und einer frischeren Ausstrahlung. Auf die mechanische Reizung der Dermis reagieren die basalen Zellschichten mit einer Gen-Expression und vermehrter Proliferation von Keratinozyten sowie der Stimulation der Kollagen VI/VII-Synthese. Das körpereigene Kollagen fungiert als Bindeglied zwischen Epidermis und Dermis und bewirkt einen deutlichen Anti-Aging-Effekt. Mit fortschreitender Alterung verlängert sich der Turnover der Haut. Sie wird nicht nur dünner und trockener, sondern verliert auch ihre jugendliche Strahlkraft. Hier macht sich als zweiter Faktor der Hautregeneration bei Redensity I das hochkonzentrierte Injektionsmaterial mit einem wesentlich höheren Gehalt an unvernetzter biosynthetischer Hyaluronsäure sowie einem synergistischen Restrukturierungskomplex positiv bemerkbar. Hervorzuheben ist die exzellente Verträglichkeit beider Produkte auch bei sensibler, stark geschädigter oder Alters/Pergament-Haut. Die optischen und haptischen Ergebnisse der drei Felder sind vergleichbar, der Volumeneffekt und die Strahlkraft der Haut erscheinen in Feld 1 und 2 (Redensity I) überlegen.

__Ausblick

Das Mesolift-Verfahren ist sowohl mit präventiver Absicht als auch zur objektiven Verbesserung der Hautqualität und des Aussehens einzusetzen. Daneben wirkt es nicht nur kosmetisch, sondern auch kurativ: die obengenannten Produkte können pur zum Einsatz kommen oder auch in Ergänzung zu anderen dermokosmetischen, orthomolekularen oder phytotherapeutischen Wirkstoffen wie Selen, Silicea, Retinol, Alpha-Liponsäure, Rutin, Carnitin etc. für die Behandlung:

- __ der umschriebenen Neurodermitis, Psoriasis, Pruritus, Altersflecken, Melasma, Augenringe.
- __ Wundheilungsstörungen, Nachbehandlung von Verbrennungen, retrahierten oder atrophischen Narben, Akne(narben).
- __ In der Altersmedizin: Erhaltung/Regeneration des Zahnfleisches und Stärkung des Zahnhalteapparates.
- __ In der Orthopädie und Sportmedizin: Matrixregeneration mit Induktion der Neubildung hochwertiger (langer) Kollagenfasern bei Sehnentraumata oder -entzündungen, „innerer Wundverband“.

Literaturnachweis

Knoll, Bildatlas der ästhetischen Mesotherapie, KVM Verlag, 2010. Weitere Literatur beim Verfasser.

Das Material für diese Untersuchung wurde zur Verfügung gestellt von:

TEOXANE Deutschland, www.teoxane.com

Herrn Willi Bourgett, www.mesotherapie-shop.de

Herrn Horst Spickermann, www.dermatica-exklusiv.de

Erstpublikation in Kosmetische Medizin 2/12

__Kontakt

face

Dr. med. Britta Knoll

Pariser Platz 4

81667 München

www.mesotherapie.org

Bromelain-POS® für ein perfektes Ergebnis

- Beschleunigt den Rückgang postoperativer Schwellungen und Hämatome
- Entlastet das Gewebe und reduziert so den Schmerz
- Für mehr Patientenzufriedenheit



Bromelain-POS®. Wirkstoff: Bromelain. **Zusammensetzung:** 1 überzogene, magensaftresistente Tablette enthält Bromelain entsprechend 500 F.I.P.-Einheiten (56,25-95 mg). Mikrokr. Cellulose; Copovidon; Maltodextrin; Magnesiumstearat; hochdisp. Siliciumdioxid; Methacrylsäure-Methylmethacrylat-Copolymer (1:1) mittleres MG 135.000; Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer (1:1) mittleres MG 250.000; Diethylphthalat; Talkum; Triethylcitrat. **Anwendungsgebiete:** Begleittherapie bei akuten Schwellungszuständen nach Operationen und Verletzungen, insbesondere der Nase und der Nebenhöhlen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Bromelain, Ananas oder einem der sonstigen Bestandteile. **Bromelain-POS®** sollte nicht angewendet werden bei Patienten mit Blutgerinnungsstörungen sowie bei Patienten, die Antikoagulantien oder Thrombozytenaggregationshemmer erhalten. **Nebenwirkungen:** Asthmaähnliche Beschwerden, Magenbeschwerden und/oder Durchfall, Hautausschläge, allergische Reaktionen. **Stand:** Februar 2011

 **URSAPHARM**

Industriestraße, 66129 Saarbrücken, www.ursapharm.de

Herstellerinformation

URSAPHARM



Bromelain und Zink - ein ideales Duo für eine komplikationsfreie Wundheilung

Nach Zahnextraktionen und implantologischen Eingriffen reagieren die betroffenen Gewebe mit der Ausbildung von Schwellungen und Hämatomen. Das postoperative Ödem darf den Heilungsverlauf jedoch weder verzögern noch die Geweberegeneration beeinträchtigen. Ein komplikationsloser und zügiger Heilungsverlauf setzt eine schnelle Schwellungsreduktion, wie auch eine ausreichende Versorgung mit wundheilungsrelevanten Spurenelementen voraus. Das proteolytisch wirksame Ananasenzym Bromelain (Bromelain-POS®) reduziert die mit der lokalen Entzündungsreaktion einhergehende Eiweißlast im Gewebe. Konsequenterweise vermindert sich die Schwellung des betroffenen Areals deutlich schneller, verbunden mit einer früheren Schmerzfreiheit der Patienten.

Eine ideale Ergänzung findet die Enzymtherapie in einer Sicherstellung der Zinkversorgung der Patienten. Zink ist Bestandteil von mehr als 300 Enzymen im menschlichen Organismus. Eine erhöhte Stoffwechsellaktivität, wie sie in verletzten Geweben vorliegt, ist demnach auf die Verfügbarkeit dieses Spurenelements (Zinkorotat-POS®) angewiesen.

Die abschwellende Wirkung von Bromelain sowie die wundheilungsfördernden Eigenschaften des Zinks tragen somit zur Ergebnissicherung bei dentalen Eingriffen bei.

URSAPHARM GmbH

Tel.: 06805 9292-0

Fax: 06805 9292-222

E-Mail: info@ursapharm.de

www.ursapharm.info



KARL STORZ

EIS - Endoskopisch assistierter interner Sinuslift



Empfohlenes Instrumentenset für den EIS.

Zur Verbesserung des horizontalen Knochenangebots im Oberkieferseitenzahnbereich stehen gegenwärtig eine Reihe von chirurgischen Methoden zur Verfügung.

Das endoskopisch assistierte operative Vorgehen entspricht zum Beginn einer Standardimplantation: Nach Inzision der Schleimhaut und der sparsamen Elevation von palatinaler und vestibulärer Mukosa wird das Implantatbett bis ca. 1 mm unterhalb der Schneider'schen Membran aufbereitet.

Ein Endoskop mit einem Blickwinkel von 70° wird über die Fossa canina in die Kieferhöhle eingeführt. Mit speziellen Elevatoren wird dann transalveolär und unter endoskopischer Kontrolle vom Recessus alveolaris aus das Lösen des Knochendeckels und die Elevation

der Kieferhöhlenschleimhaut nach kranial durchgeführt.

Damit wird die Inzision eines Standardimplantates (Länge = 12 mm) möglich. Erst der Einsatz des Endoskops zur direkten optischen Kontrolle der internen Sinusbodenelevation bietet entscheidende Vorteile gegenüber dem direkten Vorgehen. Hierbei sind zu nennen:

- Das minimalinvasive Vorgehen auch bei stark reduzierter Restknochenhöhe
- Die Möglichkeit der präimplantologischen Inspektion der Kieferhöhle
- Kontrolle der Integrität der Kieferhöhlenschleimhaut
- Möglichkeit der chirurgischen Revision von Perforationen und deren optische Kontrolle

KARL STORZ GmbH & Co. KG

Mittelstraße 8

78532 Tuttlingen

Tel.: 07461 708-0

Fax: 07461 708-105

www.karlstorz.de

Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

Kompetenztag Ästhetik auf der Münchner Fortbildungswoche 2012 unter dem Motto: „Science & Practice for Excellence“

Im Rahmen der 23. Münchner Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie in München fand zum zweiten Mal in Folge ein Kompetenztag Ästhetik statt: Unter dem Motto „Science & Practice for Excellence“ lud die LMU München zusammen mit dem Unternehmen Galderma, Geschäftsbereich Q-Med, elf international anerkannte Experten aus Wissenschaft und Praxis ein, um einen ganzen Tag umfangreiche Einblicke in die neuesten Erkenntnisse und Behandlungsoptionen mit den kompletten Hyaluron-Fillersortimenten Restylane® und Emervel® sowie dem Botulinum Azzalure® zu geben. Dr. Tatjana Pavicic, Leiterin Ästhetische und Laser-Dermatologie in der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie der LMU München, übernahm gemeinsam mit Dr. Gerhard Sattler, Dermatologe, Leiter der Rosenparkklinik, Klinik für ästhetisch-operative Dermatologie, Darmstadt, den Vorsitz dieser hochkarätigen, mit 7 Punkten zertifizierten Fortbildung, welche die unterschiedlichen Stadien der Hautalterung gezielt im Blick hatte.

Das Bewusstsein für anatomische Zusammenhänge sowie das Einbeziehen der Anatomie im Verlauf des Äterwerdens hat die Faltenbehandlung der frühen Jahre und der Praxis bis 2008 stark verändert und auf ein ganz neues Level gehoben. Patienten werden nun in verschiedene Stadien des Alterungsprozesses eingeteilt: „Dies geschieht üblicherweise in Form von Altersgruppen, auf die wir dann gewisse Behandlungsschemata zuschneiden können. Hier geht es nicht unbedingt um das tatsächliche Alter, sondern vor allem um den Grad des Alterungsprozesses sowie die individuelle Physiognomie“, fasste Dr. Pavicic die aktuellen Erkenntnisse zusammen. Bei junger Haut müsse man vor allem konservieren, bei mittelalter Haut reparieren und regenerieren. Im fortgeschrittenen Alter stehe dann die Rekonstruktion im Vordergrund. „Doch das Wissen um diese Aspekte allein ist es nicht – genauso wichtig ist, dass wir nicht mehr eine einzelne Falte oder Gesichtsregion betrachten und diese behandeln, sondern das Gesicht im Ganzen. Die Therapie muss individuell für jedes Gesicht maßgeschneidert werden“, fasste Dr. Sattler zusammen.

Skin Refreshment: Präventive Maßnahmen für die junge Haut

Dr. Madga Belmontesi, ästhetisch tätige Dermatologin und Lehrbeauftragte an der SIME Hochschule Rom sowie der Superior School of Aesthetic Medicine Agora in Mailand, appellierte in München daran, in der Praxis bereits bei jungen Menschen zwischen 25 und 40 das Thema Prävention und Erstkorrektur anzusprechen. Typische Wünsche der jungen Patienten seien eine schöne Hauttextur (Glanz, Feuchtigkeit, Ebenmäßigkeit), das Entfernen von Narben und Hyperpigmentierungen sowie vorbeugende Maßnahmen der Hautalterung. Die Behandlung der Lippen sowie der perioralen Zone (vor allem bei Rauchern) sei hier ebenso ein Thema wie die Korrektur der Nase (z.B. Nasenspitze), das Entfernen von ersten Falten sowie die Wiederherstellung des Gesichtsvolumens. „Wenn ein Patient zu mir kommt, starten wir mit einem ausführlichen Gespräch, um festzulegen, wie die Wünsche, die Bedürfnisse des Patienten mit meiner Vorstellung der Therapie zu vereinbaren sind“, erläuterte Belmontesi. Dazu zählen Aspekte wie Preis, Dauer der Anwendungen, unerwünschte Wirkungen und die Information, wie lange die gewählte Therapie anhält – wichtig bei Hyaluronpräparaten. „Wenn wir mit Fillern oder Botulinum behandeln, verändern wir auch die Qualität der Haut. Deshalb ist es notwendig, den Fokus auf die Verbesserung der Haut-

textur zu legen, da diese essenziell für einen erfolgreichen Verjüngungsprozess ist.“

Die Schönheit in der Mitte des Lebens

Dr. Said Hilton, niedergelassener Facharzt für Dermatologie und Venerologie, Allergologie und Direktor der Akademie für kosmetische Medizin, Düsseldorf, berichtete auf dem Ästhetiktag über seine Erfahrungen mit Patienten im mittleren Lebensalter. „Ein Drittel aller Patienten in unserer Praxis sind zwischen 40 und 50 Jahre alt. Diese Altersgruppe geht oftmals analytisch an das Thema Hautalterung heran, ist wenig emotional, wünscht genaue Produktinformation und legt ein großes Augenmerk auf Komplikationen. Sie fasst am schwersten Vertrauen.“ Da die 40- bis 50-Jährigen in der Regel berufstätig sind, haben absolut natürliche Ergebnisse höchste Priorität, es sollte möglichst keine Downtime entstehen. Der Fokus der Behandlungen liege auf Lippen, Nasolabialfalten und dem Mundwinkel, aber auch die Korrektur der Tränenrinne, Lippenfältchen, Zornesfalte sowie die Augmentation der Wangen seien ein Thema, so der Spezialist aus Düsseldorf.



Reife Haut gesund und schön erhalten

Dr. Alexandra Ogilvie, Fachärztin für Dermatologie, Allergologie mit Privatpraxis und Institut für Dermatokosmetik in München, bestätigte die Erfahrungen ihres Vorredners. Auch die über 50-Jährigen seien äußerst anspruchsvoll: „Über 80 Prozent der Patienten in diesem Lebensabschnitt sind weiblich, wirtschaftlich unabhängig und sehr kritisch. Sie sollten als Arzt eine schonungslose Diskussion darüber führen, wo die Grenzen der Behandlung liegen, um keine falschen Hoffnungen zu wecken.“

Die Behandlung der oberen Gesichtshälfte habe auch starke Auswirkungen auf die untere, ohne dass dort irgendeine Behandlung stattgefunden hätte, so Ogilvie überzeugt. In der Folge könne im unteren Teil viel sparsamer gearbeitet werden. „Deshalb: Von oben nach unten und von der Tiefe an die Oberfläche arbeiten“, so die abschließende Empfehlung in München.

Weitere Vorträge namhafter internationaler Spezialisten auf dem Gebiet der Gesichtsästhetik vertieften das Wissen der 163 Teilnehmer rund um Botulinum (Azzalure), Methoden der optischen Hautverjüngung oder neue Injektionstechniken, beispielsweise mit stumpfen (Pix'L-)Kanülen. Die anschließende anonyme Befragung des Auditoriums ergab ein durchweg positives Stimmungsbild: 80 von 100 Teilnehmern, die eine Bewertung durchführten, fanden den Ästhetiktag sehr gut bis gut, 95 der an der Umfrage teilnehmenden Ärzte würden den Ästhetiktag ihren Kollegen empfehlen.

Autorin: Gabriele Fischer von Weikersthal

Die Einflussnahme ästhetisch-chirurgischen Denkens auf das allgemein- chirurgische Handeln

Autor Prof. Dr. Dr. med. Rainer B. Drommer

„Nahezu unbemerkt“ sind Evolutionen in der Medizin eingetreten, die teilweise revolutionären Charakter haben. Wesentliche und grundlegende Gedankengänge in allen chirurgischen Fachbereichen waren und sind, die operativen Zugangswege so unauffällig als irgend möglich zu gestalten und somit extrem gewebeschonend zum Ort der Erkrankungen vorzudringen. Der Slogan „Große Chirurgen, große Messer!“ ist obsolet. Die postoperativen Lebensqualitätssituationen der Patienten werden somit in Be-

zug auf das Krankheitsbefinden als auch auf ästhetisch nachteilige Belastungen deutlich verbessert. Neben den allgemeinen technischen Entwicklungen in der Elektronik, der Optik, der Mechanik usw. und der Wissensaustausch zwischen ursprünglich streng getrennten Fachbereichen hat zu diesen enorm positiven Entwicklungen geführt. Wer von uns hätte sich noch vor einigen Jahren vorstellen können, dass Diagnostische Radiologen minimalinvasiv therapieren, Kardiologen den Gefäßen z.B. des

Abb. 1 _Gesichtsrekonstruktion (Operateur: Mr. Willson 1983 in London) mithilfe von gestielten Lappen aus dem ventralen Thorax (links). Entnahmereale nach Abheilung (rechts).

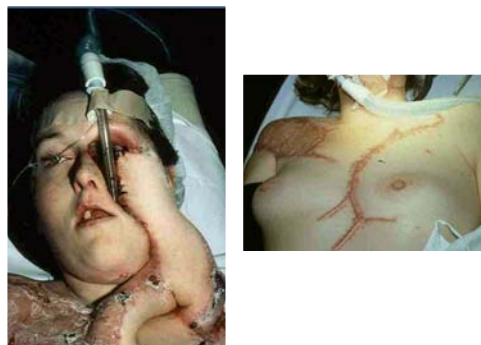


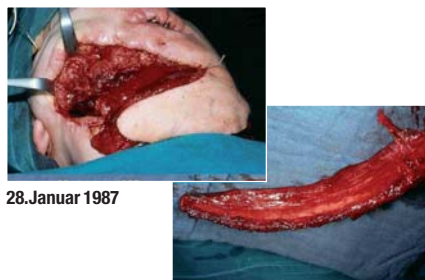
Abb. 1

Abb. 2a _Junge Patientin mit einem extrem ausgedehnten malignen fibrösen Histiocytom. Rechts das Resektionspräparat – zusätzlich wurden noch die Kinnweichteile reseziert.



Abb. 2a

Abb. 2b _Rekonstruktion des Untergesichtes mit mikrovaskulären Techniken.



28. Januar 1987

mikrovaskulär

Rippentragender Latissimus dorsi-Lappen
Rippe mit umgebenden Weichteilen
Forearm Flap (Zungenrekonstruktion)

Abb. 2b

Abb. 2c _Entnahmereale am Thorax beidseits (links). Die Patientin 13 Jahre nach der extremen Tumoroperation (rechts).



7. Juni 2000

Abb. 2c

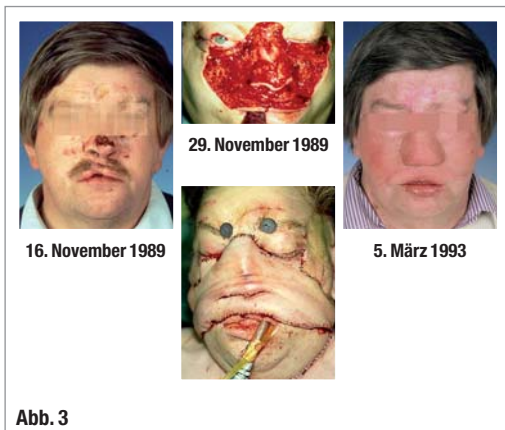


Abb. 3

Chirurgische Aufgaben

<p>Kurative Chirurgie</p> <p>Erkrankungen erkennen, beseitigen, bzw. Beschwerdebilder eingrenzen</p>	<p>Ästhetische Chirurgie</p> <p>Ästhetisch wahrnehmbare Lebensqualitätsminderungen erkennen, besprechen und Korrekturmaßnahmen empfehlen oder ablehnen</p>
---	---

Erfolgsbewertung

<p>Meist objektiv feststellbar</p>	<p>Stark subjektiv vom Empfinden des Patienten und des Operateurs abhängig</p>
------------------------------------	--

Abb. 4

Abb. 3_ Ausgedehnte Gesichtsbasaliomrezidive. Rekonstruktion mithilfe eines Visierlappens.

Abb. 4_ Chirurgische Aufgabenstellungen.

Abb. 5a_ Patient mit ausgeprägtem Madelungschem Fetthals.

Abb. 5b_ Korrektur nach den Prinzipien der Facelifttechnik.

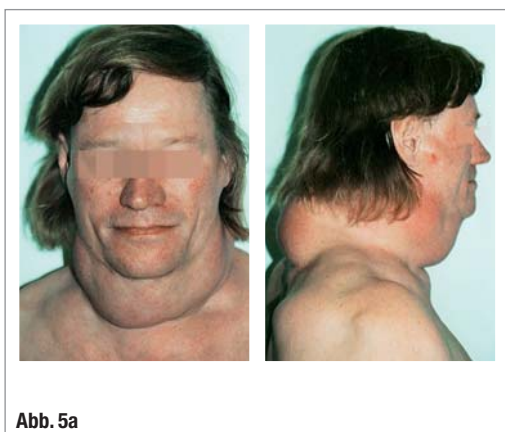


Abb. 5a



Abb. 5b

Herzens wieder den erforderlichen Blutdurchfluss durch endovasale Maßnahmen ermöglichen.

In der Tradition galt es als selbstverständlich, dass mit dem therapeutischen Handeln äußerlich sichtbare, negative Veränderungen von allen aktiv und passiv Beteiligten akzeptiert werden müssen. Die Beseitigung der Erkrankung hatte alleinige Priorität und damit verbundene Sekundärschädigungen hatten in ihrer Bewertung in den Hintergrund zu treten (Abb. 1).

Die Rekonstruktionstechniken haben sich, speziell durch die Verwendung von mikrovasculär reanastomosierten Lappen sowohl in Bezug auf die Entnahmeorte als auch in ihrer Verwendbarkeit an den Einlagerungsarealen deutlich verbessert (Abb. 2a–c).

Trotz der verfügbaren eleganten Rekonstruktionsmöglichkeiten ist die ethische Verantwortbarkeit ausgedehnter tumorchirurgischer Eingriffe noch heftig in der Diskussion. Als einer der Bewertungsmaßstäbe für oder gegen ein derartiges tumoradäquates Vorgehen gilt unter anderem die Abwägung der zu erwartenden postoperativen Lebensqualität gegenüber der zu vermutenden Sterbequalität bei Verweigerung eines erkrankungsadäquaten therapeutischen Vorgehens.

In den gesamttherapeutischen Konzepten muss die gesellschaftliche Integrationsfähigkeit der betroffenen Patienten angestrebt werden können (Abb. 3).

Mit Verbesserung unseres Wohlstandes und der damit verbundenen Anspruchserhöhung auch in Bezug auf die körpergebundene Lebensqualität ist eine Umkehr der Behandlungserwartungen bei vielen unserer Patienten eingetreten.

Die täglichen Praxiserfahrungen zeigen auf, dass die chirurgische Krankheitsbeseitigung mit einer gewissen Selbstverständlichkeit vorausgesetzt wird. Die hiermit verbundenen Maßnahmen sollen aber möglichst ohne äußerlich sichtbare Nachteile in Bezug auf Funktion und Ästhetik zur Ausführung gebracht werden.

Inwieweit haben nun die durch die Presseorgane weit verbreiteten ästhetisch-chirurgischen Mög-

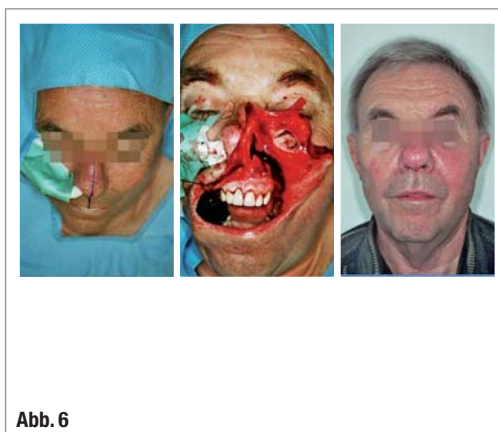


Abb. 6

Abb. 6_ Patient mit retromaxillärem Osteosarkom. Zugangsweg über die mediane Schnittführung.

Abb. 7a Patientin mit ausgedehntem Wangenkarzinom.

Abb. 7b Sechs Jahre nach komplexer Tumortherapie.

Z. n. ausgedehntem Facelifting drei Jahre nach dem Facelifting.

Patientin ist rezidivfrei.



lichkeiten Einfluss auf die kurative Chirurgie genommen.

Stellen wir die kurative Chirurgie der ästhetischen Chirurgie gegenüber, so lassen sich die Möglichkeiten des gegenseitigen Gedankenaustausches erkennen (Abb. 4).

Die laienhaften Patientenvorstellungen in Bezug auf möglichst geringe Therapieebenenwirkungen sind durchaus nachvollziehbar und sollten von uns Ärzten mit Respekt und technischem Ideenreichtum erfüllt werden können.

Ein Beispiel hierfür ist die Therapie des Madelung-schen Fetthalses über die beim Facelifting bekannten Zugangswege (Abb. 5a und 5b).

In gleicher Weise kann der operative Zugang zum zentralen Mittelgesicht, des Retromaxillarraumes und der vorderen Schädelbasis durchaus in der medianen Ebenen der Nase, der Columella und der Oberlippe ausgeführt werden. Funktion und Ästhetik werden trotz der ausgedehnten Tumorresektionen hervorragend respektiert (Abb. 6).

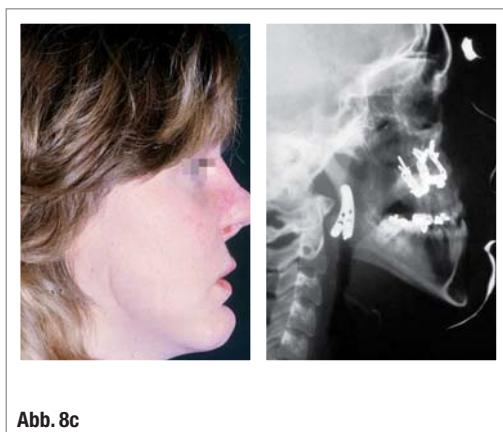
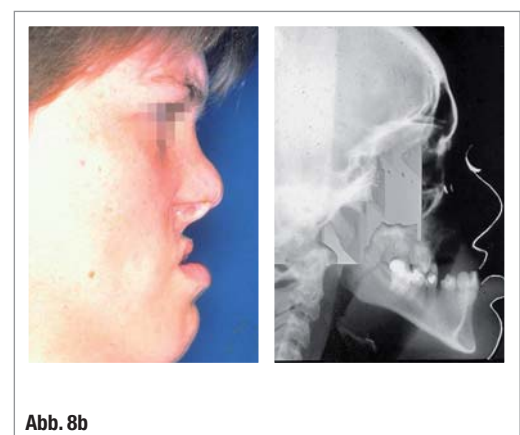
Die ästhetische Chirurgie mit ihrem Tätigkeitsfeld vorwiegend an sichtbaren Körperbereichen kann mit aller Bescheidenheit eine gewisse Vorbildfunktion einnehmen. Das betrifft zum Beispiel die Naht-techniken der Haut. Der respektvolle cutane Wundverschluss sollte auch bei großen operativen Eingriffen den professionellen Abschluss darstellen.

Abb. 8a Doppelseitige LKG-Spalt-Trägerin, vom Erstoperateur wurde der Zwischenkiefer entfernt und das Prolabium als Philtrum verwendet.

Abb. 8b Extreme Gesichtsfehlentwicklung als Folge der Erstoperation.

Abb. 8c Situation nach Gesichtsskelettverlagerungen und Weichteilkorrekturen.

Abb. 8d 31 Jahre nach den Korrekturoperationen erfolgte eine beidseitige Oberlidkorrektur.



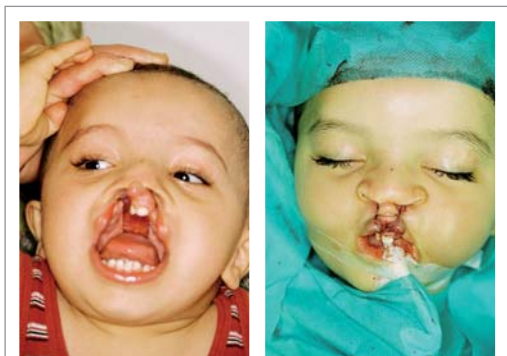


Abb. 9

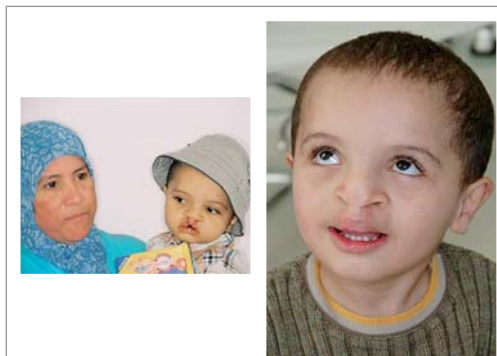


Abb. 10

Abb. 9 Zweijähriges marokkanisches Kind mit doppelseitiger LKG-Spalte – Primärversorgung bei extrem hypoplastischem Prolabium.

Abb. 10 Situation zwei Wochen nach Erstoperation (links) ein Jahr postoperativ mit gut entwickeltem Mittelgesicht (rechts).

Die Verwendung monofilen Nahtmaterials ist heute Routine. Vorreiter hierfür war Prof. E. Schmid am Marienhospital in Stuttgart, der schon vor Jahrzehnten seine ästhetischen Erfolge mit extrem dünnen monofilen Drahtnähten aufzeigen konnte. Unsere Erfahrungen sowohl in der krankheitsbezogenen Chirurgie als auch in der ästhetischen Chirurgie lassen gewisse Empfehlungen zu. Es ist heute uns Chirurgen möglich, immer rücksichtsvoller gegenüber den äußerlichen sichtbaren Bereichen therapeutisch wichtige Zielstellungen auszuführen.

In Erweiterung hierzu blockieren zurückliegende schwere chirurgische Erkrankungen nicht ein nachfolgendes ästhetisches Vorgehen.

Warum sollten wir einer Patientin nach vorausgegangener Resektion eines ausgedehnten Wangenkarzinoms mit begleitender Radiochemotherapie und verschiedenen Rekonstruktionsmaßnahmen ein gewünschtes Facelifting vorenthalten (Abb. 7a und b)?

Zur Gesundheit gehört auch ein seelisches Glücksgefühl

Im Gegensatz dazu können chirurgische Maßnahmen im Kleinkindesalter bei Missachtung von physiologisch wichtigen Grundregeln dramatische Erscheinungsbilder mit fortschreitendem Alter auslösen (Abb. 8a).

Speziell in der Gesichtsspaltchirurgie dürfen keine gesichtsgestaltenden Strukturen aus Gründen der vereinfachten Operabilität entfernt werden. Der Ausgleich der hierdurch verursachten Wachstumsstörungen ist extrem schwierig. Die Resultate im Gesichtswichteilbereich sind selten wirklich befriedigend wieder herzustellen (Abb. 8b und c). Trotzdem kann eine entsprechende Oberlidkorrektur zumindest die Augenregionen erfrischender in Erscheinung treten lassen (Abb. 8d).

Die Einbeziehung des unterentwickelten Zwischenkiefers und des Prolabiums in die orofazialen Funktionseinheiten zeigt, welch enorm gesichtsbilden-

des Potenzial durch natürliche Funktionen geweckt werden kann (Abb. 9a und b).

Fazit

Wir können resultieren, dass ein kollegiales fachübergreifendes Lernen und Diskutieren immer unseren Patienten dienlich sein wird. Die ästhetische Chirurgie integriert sich bei Beachtung der erforderlichen Bescheidenheit mit ihrem Können in die große Familie aller chirurgischen Fachgebiete ein. Es bieten sich somit Gemeinsamkeiten an, indem die kurative Chirurgie ästhetisch akzeptable Therapiemöglichkeiten überdenkt und die ästhetische Chirurgie die ärztlichen Verantwortlichkeiten ihres Handelns als Grenzen in ihre Gedankengänge einbindet. Die gemeinsamen Erfahrungspotenziale und die Verfeinerung des Lebensqualitätsempfindens unserer Patienten haben der kurativen Chirurgie im ästhetischen Empfinden entscheidenden Vorschub gegeben.

Kontakt

face

Prof. Dr. Dr. med. Rainer. B. Drommer

Zentrum Plastische, Rekonstruktive
und Ästhetische Gesichtschirurgie
Fides Beleg-Klinik GmbH
Gassenäckerstraße 3
68775 Ketsch
E-Mail: drommer@profdrommer.de



Die Büste des Jacques Joseph

Autoren Prof. Dr. Walter Briedigkeit, Prof. Dr. med. Hans Behrbohm



Abb. 1

Abb. 1 Die Büste im Atelier des Künstlers.

„Große Chirurgen hinterlassen neben zahlreichen zufriedenen Patienten meist auch ein Werk, ein Porträt oder eine Büste und ein chirurgisches Instrument, welches ihren Namen trägt (Abb. 1 und 2).

Bei Joseph war das auch so. Allerdings wurden im „Dritten Reich“ zunehmend alle Zeugnisse, die an seine geniale Chirurgie und an ihn als Persönlichkeit erinnerten, zerstört bzw. kamen abhanden. So auch

Abb. 2a Die „alte Büste“.



Abb. 2

eine Büste, die den Begründer der modernen Nasenchirurgie und einen der großen Pioniere der plastischen Chirurgie zeigt (Abb. 2).

Sie wird von Paul Natvig, dem wichtigsten Joseph-Biografen aus den USA, erwähnt, als er die Einrichtung des neuen Hauses der Familie Joseph beschreibt. Er schreibt, dass die Büste in der Absicht geschaffen worden sei, das Aussehen des namhaften Hausherrn zu verewigen – stark, würdevoll, ernst und gebieterisch, erinnernd an das Bildnis eines römischen Imperators – ein edles Kunstwerk, dem allerdings die Signatur des Schöpfers fehlte. Wir erfahren durch Natvig nichts über den Auftraggeber sowie über den genauen Ort der Aufstellung der Büste.

Ebenfalls fehlen Hinweise auf den Verbleib der Skulptur nach der Aufgabe des Hauses durch Familie Joseph. Nach dem Tode Josephs 1934 und der Emigration seiner Witwe 1938 wohnte noch Josephs Vertraute, Nichte und Schwägerin Nelly Cohn in der Wilmersdorfer Villa. Über Frau Cohn berichtet Paul Natvig, dass diese 1939 zunächst nach Shanghai auswanderte und das Original-Gipsmodell der Büste mitnahm. Auch die Bronzestatuette habe sie aus dem Haus geschafft. Das Wohin blieb dabei leider unerwähnt. Nelly Cohn starb 1967 wahrscheinlich in den USA, die letztlich das Emigrationsland der meisten Verwandten Jacques Josephs wurden. Frau Cohn hatte in ihrer neuen Heimat das Gipsmodell der Joseph-Büste an das Ehepaar Lutzner weitergegeben. Frau Lutzner war eine Tochter Hans Cohnheims, der ein Neffe Frau Josephs war und sich nach der Auswanderung in die USA John Coleman nannte. Das Gipsmodell befand sich also nach Nelly Cohns Tod weiterhin im Besitz der Familie Joseph.

Über den Verbleib der Bronzestatuette kann zzt. nur spekuliert werden. Vielleicht brachte Nelly Cohn die Skulptur vor ihrer Auswanderung zu nichtjüdischen Freunden zur sicheren Aufbewahrung. Offensichtlich war der Bronzekopf nicht in ihrem Emigrationsgepäck, wie das leichtere und dadurch unauffälligere Gipsmodell. In Natvigs Buch wird nicht berichtet, dass sich Frau Cohn nach dem Krieg wieder um die Büste gekümmert hätte, was naheliegend gewesen wäre. Wusste sie vielleicht, dass die Büste nicht mehr existierte, dass diese vielleicht durch Fliegerbomben oder den Kampf um Berlin verloren ging, oder für die deutsche Rüstung eingeschmolzen worden war? Offensichtlich tauchte die Skulptur weder im Berlin der

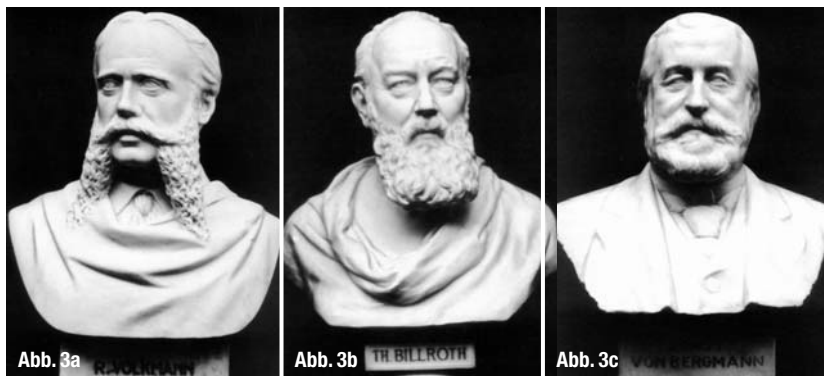
Nachkriegszeit noch in den USA jemals wieder auf. Paul Natvigs Recherchen zum Leben Jacques Josephs betrafen natürlich auch dessen Büste. Er hatte Verwandte, Schüler, Patienten und andere mit Joseph oder dessen Familie in Verbindung stehende Personen aufgespürt und mündlich oder schriftlich befragt; zum Verbleib der Büste speziell Rechtsanwalt Helmut Erlanger, der nach 1945 in Berlin für Josephs Witwe tätig war, und in den USA den schon genannten Neffen von Frau Joseph, Hans Cohnheim alias John Coleman. Hinsichtlich des vollendeten bronzenen Kunstwerks blieb Natvig erfolglos. Über Herrn Coleman kam er jedoch zum Ehepaar Lutzner, in dessen Händen sich das Gipsmodell befand.

Im Januar 1970 wurde zwischen Lutzners und Natvig der Nachguss zweier Joseph-Büsten nach dem aus Berlin geretteten Gipsmodell vereinbart – je ein Exemplar für Familie Dr. Marvin A. Lutzner und Prof. Dr. Paul Natvig.

John Coleman rät dann, sich in dieser Sache mit Dr. Raymond Stites in Washington D.C. in Verbindung zu setzen, der vor Ort einen Bildhauer und Bronzegießer, Don Turano, kenne, der für diesen Auftrag infrage käme. Weiterhin wird ein Fotograf, Julius Hahn, ebenfalls in Washington D.C., gebeten, das Gipsmodell zunächst im Lichtbild festzuhalten. Letzterer war offensichtlich ein Kunstkenner, der die Vermutung äußerte, dass die Büste ein Werk des Berliner Bildhauers Ackermann sei. Natvig bat Herrn Hahn mindestens zweimal um Informationen über Professor Ackermann, deren Eingang jedoch nicht dokumentiert ist.

Don Turano übernimmt den Auftrag. Nach Versicherung mit 10.000,- Dollar erfolgt im März 1970 der Transfer des Gipsmodells von Familie Lutzner, Garret Park, Madison, zu Don Turano, Washington D.C., und wieder zurück.

Nach der Wahl eines Farbtons aus fünf Metallproben und dem Einverständnis der Auftraggeber mit dem Entwurf eines Marmorsockels für das geplante Kunstwerk wurden die zwei bestellten Büsten im Atelier Don Turanos gegossen. Das in Natvigs Joseph-Biografie veröffentlichte Foto zeigt das sich zu Lebzeiten des Autors in dessen Sammlung von Erinnerungsstücken an Joseph befindliche Exemplar der von Don Turano 1970 nach dem Originalmodell von 1928 gefertigten Bronzestatuette Jacques Josephs. Sie steht auf einem wahrscheinlich schwarzen zweistufigen



Marmorsockel, der ein Messingschild mit folgender Aufschrift trägt:

JACQUES JOSEPH
 September 6, 1865 - February 12, 1934
 Prof. Dr. Joseph
 (Faksimile der Unterschrift des Dargestellten)
 FATHER OF MODERN RHINOPLASTY

Abb. 3a–c_ Büsten großer Chirurgen in der Charité: Volkmann, Billroth, von Bergmann.

Im Juni 2005 lud Dr. Christian Bahr, plastischer Chirurg und Bildhauer, einige an Leben und Werk von Jacques Joseph interessierte Kollegen in sein Atelier in Berlin-Pankow ein. Nach Auseinandersetzung mit Leben, Werk und Persönlichkeit von Jacques Joseph wurde eine neu geschaffene Büste durch den Künstler enthüllt (Abb. 1).

Es ist dem Künstler zweifellos gelungen, den einerseits geradlinigen und energischen, „chirurgischen“ Charakter und andererseits Sensibilität und Empfindsamkeit von Jacques Joseph in die Gesichtszüge einzubringen. So ist der Betrachter tatsächlich fasziniert von der Ausstrahlung dieser Büste, die uns auf diese Weise den Meister ganz nahebringt.

Die Büste wurde anlässlich des internationalen Kongresses „Nose & Face“ 2005 in Berlin im großen Hörsaal des Instituts für Anatomie von M. E. Tardy Jr. MD feierlich enthüllt (Abb. 4a–c).

In die Galerie der Büsten der großen deutschen Chirurgen wurde Joseph dennoch nicht eingereiht, dorthin, wo sie eigentlich hingehört. Ich habe die Büste neulich in einer Ecke des Langenbeck-Virchow-Hauses gesehen. Immerhin – aber auch schade!_

_Kontakt	face
<p>Prof. Dr. med. Hans Behrbohm Park-Klinik Weißensee Privatpraxis am Kudamm www.ku61.de</p> <p>Privat-Institut für Weiterbildung und Entwicklung in der HNO e.V. www.imwe-berlin.de</p>	
	



Abb. 4a–c_ Enthüllung der von Christian Bahr geschaffenen neuen Büste durch Prof. M.E.Tardy Jr. während des Kongresses Nose & Face.

Rundumerneuerung im Fernsehen: eine Gratwanderung zwischen physischem Segen und psychischem Fluch

Autorin_Dr. Lea Höfel



_Der Trend, das Leben von anderen Menschen am Bildschirm hautnah mitzuverfolgen, ist klar erkennbar. Anfangs wurde Bewohnern im Haus zugeschaut, wie sie ihr tägliches Miteinander meistern. Inzwischen sind Dokus auf dem Vormarsch, in denen Lebensveränderungen von Einzelpersonen im Vordergrund stehen: Bewerbungen, Hochzeiten oder Auswanderungen zeigen Einschnitte, die einen Unterschied zwischen dem Leben davor und danach bewirken können. In diesen Rahmen passen Sendungen wie „The Swan“ oder „Extrem schön“, die über einen Zeitraum von wenigen Wochen dokumentieren, wie eine Person ihr Aussehen verändert oder verändern lässt. Die Maßnahmen gehen über eine Stil- und Typberatung hinaus, da sie mehrere operative Eingriffe am ganzen Körper beinhalten. Die Einschaltquoten profitieren sicherlich von einem solchen Format – die psychologischen Auswirkungen für die Teilnehmer können positiv bis verheerend sein.

_Psychischer Ausgangspunkt

Zu Anfang sollte überlegt werden, welche Personen gewillt sind, ihr Äußeres derart drastisch verändern

zu lassen, dass sie im Anschluss wenig Ähnlichkeit mit der ursprünglichen Person haben. Fast die Hälfte der Patienten, die kosmetische Chirurgie in Betracht ziehen, zeigen psychische Auffälligkeiten (z.B. Ishigooka, Iwao, Suzuki et al., 1998). Am häufigsten handelt es sich hierbei um Körperdysmorphophobie Störungen und narzisstische oder histrionische Persönlichkeitsstörungen (Ritvo, Melnick, Marcus & Glick, 2006; Shridharani, Magarakis, Manson & Rodriguez, 2010). Ängstlichkeit, Depression, geringes Selbstwertgefühl und allgemeine negative ästhetische Selbsteinschätzung verhindern zusätzlich eine langfristige Zufriedenheit mit dem Ergebnis (Honigman, Jackson & Dowling, 2010). Im Folgenden sollen die drei Hauptgruppen mit ihren auffälligsten Symptomen im Setting von ästhetischen Eingriffen vorgestellt werden. Im Rahmen dieses Artikels wird nicht näher auf die Ursachen eingegangen (für weitere Informationen siehe die Reihe „Der interessante Patient“, cosmetic dentistry).

Körperdysmorphophobie Störung

Die Körperdysmorphophobie Störung (KDS) geht über eine negative Selbsteinschätzung hinaus. Vorherrschend ist bei der Körperdysmorphophobie eine



© Zastaf / by Victor Leonidovich

annähernd zwanghafte Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einem oder mehreren fortschreitenden ästhetischen Makeln zu leiden. Dies geht hin bis zu krankhaften, körperbezogenen Wahnvorstellungen. Der Patient hat in seiner Laufbahn schon verschiedene Ärzte aufgesucht, um etwas am Körper, im Gesicht oder an den Zähnen zu verändern. Das Leben ist durch die angeblichen Missbildungen stark eingeschränkt. Der Patient ist überzeugt davon, dass sich andere über sein Aussehen lustig machen. Ein Viertel der Patienten unternehmen Selbstmordversuche, was das psychisch belastende Ausmaß der Störung unterstreicht (Phillips & Diaz, 1997; Phillips, 1999). Im Falle einer kosmetischen Veränderung sind die meisten Patienten nicht zufrieden mit dem Ergebnis und greifen zu Mitteln wie Klage oder körperliche Gewalt (z.B. Lyne, Ephros & Bolding, 2010; Phillips, McElroy & Lion, 1992; Veale, 2000). Da das veränderte Aussehen nicht den erwünschten Erfolg bringt, besteht die Gefahr, dass sich die psychische Störung verstärkt.

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Personen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung wirken nach außen sehr selbstbewusst und stark,

wobei es sich dabei um eine krankhafte Selbstüberschätzung handelt. Sie möchten ständig bewundert werden und sind von positiven Rückmeldungen abhängig, welche sie selten bekommen. Auf Kritik reagieren sie sehr empfindlich, da das zur Schau gestellte Selbstbewusstsein nicht mit der inneren Selbsteinschätzung übereinstimmt (z.B. Ronningstam, 2011). Zum Eigenschutz finden die Patienten Wege, anderen die Schuld für das eigene Befinden zuzuweisen. Sie sind im zwischenmenschlichen Umgang sehr oberflächlich und können sich kaum empathisch auf ihre Mitmenschen einstellen. Im ästhetisch-chirurgischen Setting möchten sie bevorzugt behandelt werden und erhoffen sich vom Resultat eine Anerkennung ihrer Großartigkeit, was selten eintritt.

Histrionische Persönlichkeitsstörung

Histrionische Persönlichkeiten zeichnen sich durch einen starken Ausdruck von Gefühlen aus. Sie haben das Verlangen, ständig im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen. Die Betroffenen gestikulieren wild, nutzen eine auffällig theatralische Sprache und sind leicht durch andere beeinflussbar. Im Erscheinen und Verhalten sind sie häufig unangemessen verführerisch und sexuell provokativ. Sie beschäftigen sich unverhältnismäßig stark mit ihrem Äußeren. Histrionische Patienten machen ihr Selbstwertgefühl von ihrem Umfeld abhängig und sind gleichzeitig sehr misstrauisch. Im ästhetisch-chirurgischen Setting erwarten sie sich von der Verschönerung ein erhöhtes Selbstwertgefühl und innere Ausgeglichenheit. Da dies nicht eintritt, sind sie in Folge oft unzufrieden mit dem Ergebnis (nach Malick, Howard & Koo, 2008).

Psychische Auswirkungen

An dieser Stelle kann kaum beurteilt werden, wie ausführlich die in Reality-Sendungen zur Ganzkörperverschönerung erwähnte „medizinische und psychologische“ Voruntersuchung durchgeführt wird. Jedoch auch ohne psychologisch fundiertes Wissen fallen bei fast allen Teilnehmern ein sehr geringes Selbstbewusstsein, Angst vor dem Zahnarzt und unrealistische Zukunftsvorstellungen auf. Bei den gezeigten „Rundumerneuerungen“ sollte aus ethischen und rechtlichen Gründen immer die Frage gestellt werden, ob zum Wohle des Patienten gehandelt wird.

Es ist durchaus bekannt, dass optische Verbesserungen des Erscheinungsbildes positive Auswirkungen auf die Psyche haben können (z.B. Papadopulos et al., 2007; Shridharani et al., 2010). Die Personen empfinden einen körperlichen Makel, dessen Beseitigung eine psychologische Erleichterung bewirkt. Mehrere Eingriffe innerhalb eines kurzen Zeitraums werden jedoch in der Realität eher im Zusammen-

_Autorin

face



Dr. Lea Höfel

Diplom-Psychologin, Buchautorin „Zahnarztangst? Wege zum entspannten Zahnarztbesuch“. Internationale Veröffentlichungen und Tagungsbeiträge zu den Themen „Kognitive Grundlagen der Ästhetik“ und „Psychologie in der Zahnmedizin“. Zusätzliche Ausbildungen: NLP-Master, Entspannungstrainerin und Journalistin, Heilpädagogisches/Therapeutisches Reiten.

Kontakt

Dr. Lea Höfel
Tel.: 08821 7304633
Mobil: 0178 7170219
E-Mail: hoefel@psychologie-zahnheilkunde.de
www.weiterbildung-zahnheilkunde.de



hang mit schweren körperlichen Verstümmelungen infolge von Unfällen, Bränden etc. durchgeführt. Ohne diese Voraussetzungen ist es vom psychologischen Standpunkt aus bedenklich, wenn das Aussehen mehrerer Körperteile abgelehnt wird. Die Wahrscheinlichkeit, dass psychisch auffällige Personen freiwillig an einer solchen Sendung teilnehmen, ist höher als bei psychisch gesunden Menschen. Für beide Zielgruppen sollten Auswirkungen in der Folgezeit nach der Sendung bedacht werden.

Psychiatrische Teilnehmer

Während in Sendungen wie „Die Super Nanny“ oder „Raus aus dem Messi-Chaos“ psychische Grenzfälle die Norm sind, da sie zum Sendeformat passen, bemühen sich die Filmbeiträge bei ästhetisch-kosmetischen Eingriffen um eine Darstellung von psychisch gesunden Teilnehmern. Dennoch ist klar erkennbar, dass es sich nicht um stabile Persönlichkeiten handelt. Die Teilnehmer erhoffen sich meist extrem positive Entwicklungen in ihrem Leben, bezogen auf Partnerschaft, Beruf und allgemeines Glück. Da die innere Einstellung zu den eigenen Werten und Fähigkeiten vom äußeren Erscheinungsbild abhängig gemacht wird, steht den Teilnehmern langfristig gesehen eine Enttäuschung bevor. Glaubenssätze, Verhaltensweisen und Selbstwertgefühl sind tief verankerte Mechanismen, die sich nicht alleine durch das Äußere verwandeln lassen. Bei psychischen Erkrankungen bemerkt der Patient oder Teilnehmer im Nachhinein schnell, dass die erwünschten Veränderungen in Richtung Lebensglück ausbleiben. Die Schwierigkeiten entstehen im Kopf, nicht am Körper. Da der Teilnehmer aber eine enorme zeitliche, psychische und körperliche Investition getätigt hat, können sich die psychischen Probleme durchaus verstärken.

Gesunde Teilnehmer

Vorausgesetzt, dass es sich um psychisch gesunde Teilnehmer handelt, stellen sich diesen im Nachhinein emotionale Herausforderungen bis hin zu einer neuen Identitätsfindung entgegen. Man sollte bedenken, dass sich die Operationen nicht über mehrere Jahre hinziehen, sondern innerhalb weniger Wochen durchgeführt werden. Der Zeitraum, in dem sich die Person schrittweise an das neue Ich adaptieren kann, ist stark verkürzt. Die neu generierte Person hat vorher in einem bestimmten Umfeld gelebt und eine bestimmte Person im Spiegel erblickt. Schon der morgendliche Anblick im Bad ist ein anderer als sonst. Eventuell schöner, aber durchaus fremd. Um das Ergebnis der Sendung beizubehalten, sieht sich die Person mit Verhaltensänderungen konfrontiert. Die Zähne müssen regelmäßig gereinigt werden, die Haare gewaschen, gefärbt, geföhnt und das Make-up sollte perfekt sein. Das abge-

saugte Fett kommt wieder, wenn nicht sportlich etwas dagegen unternommen wird. Die Ernährung muss umgestellt werden. Das Umfeld zeigt alle erdenklichen Verhaltensweisen von begeistert, ablehnend bis neidisch. Gewohnte Reaktionen bleiben auf alle Fälle aus. Schon in den Sendungen sind im Hintergrund des Öfteren nicht nur erfreute, sondern auch erstaunte bis erstarrte Gesichter zu sehen. Die Person, die nach mehreren Wochen auftritt, ist nicht mehr dieselbe wie zuvor.

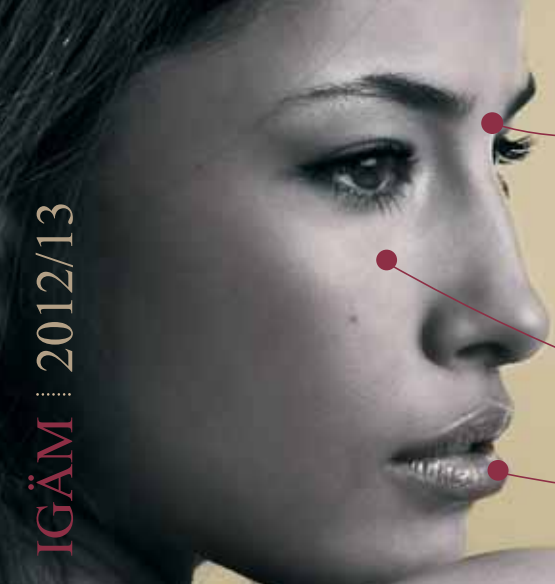
All diese Faktoren können auch für einen gesunden Menschen sehr belastend sein und bedürfen einer längeren Nachbetreuung, damit der Teilnehmer nicht psychische Probleme entwickelt.

Zuschauer

Reality Shows sind in erster Linie für den Zuschauer und weniger für den Teilnehmer konzipiert. Es ist zu überlegen, ob mit chirurgischen Eingriffen im vorgestellten Ausmaß kritischer umgegangen werden sollte. Besonders bei den Zuschauerinnen erhöht sich die Bereitschaft und gefühlte Notwendigkeit für kosmetische Operationen durch die Betrachtung der Sendungen. Jeder dritte Zuschauer fühlt sich zumindest leicht bis stark beeinflusst, sich selbst einer Operation zu unterziehen (Crockett, Pruzinsky & Persing, 2007). Zugleich verändert sich die Körperwahrnehmung negativ und Essstörungen nehmen zu (z.B. Sperry, Thompson, Sarwer & Cash, 2009; Mazzeo, Trace, Mitchell & Gow, 2007). Abgesehen von der Befriedigung der Sensationsgier hat bisher noch keine wissenschaftlich unabhängige Studie Vorteile für den Betrachter herausarbeiten können.

_Psychologisches Fazit

Sendungen, welche in kurzem Zeitraum mehrere ästhetisch-chirurgische Eingriffe am Teilnehmer vornehmen, sind aus psychologischer Sicht höchst fragwürdig. Es ist unbestritten, dass ein schöneres Äußeres positive Auswirkungen auf die Psyche haben kann. Die Sendungen fokussieren aber ausschließlich und in kürzester Zeit auf die äußere Hülle des Menschen und lassen psychische Schwierigkeiten, Vorbelastungen und Folgeerscheinungen außer Acht. Diese Aspekte, welche zu einer gesunden Persönlichkeit gehören, werden weder ausreichend vor- noch nachbereitet. Zusätzlich wird den Zuschauern suggeriert, dass sich alle Probleme mithilfe von umfangreichen ästhetischen Maßnahmen lösen lassen, ohne auf die Risiken und Notwendigkeiten einzugehen. Die Sendeformate sollten deshalb über den ästhetisch-chirurgischen Rahmen hinaus zumindest eine ganzheitliche psychologisch-medizinische Betreuung und Aufklärung beinhalten, damit konstruktive Hilfe und Informationen geliefert werden.



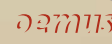
IGÄM-Kursreihe 2012/13

„Unterspritzungstechniken – Anti-Aging mit Injektionen“

Kursleiter: Dr. med. Andreas Britz



IGÄM – Internationale Gesellschaft
für Ästhetische Medizin e.V.
Präsident: Prof. Dr. Dr. habil. Werner L. Mang



Kursleiter: Dr. med. Andreas Britz/Hamburg

	1. KURS Video-/Live-Demo + praktische Übungen*	2. KURS Video-/Live-Demo + praktische Übungen*	3. KURS Video-/Live-Demo + praktische Übungen*	4. KURS Prüfung
HAMBURG	05.10.2012 · 10.00 – 17.00 Uhr	06.10.2012 · 10.00 – 17.00 Uhr	30.11.2012 · 10.00 – 17.00 Uhr	01.12.2012 · 10.00 – 12.00 Uhr
BERLIN	12.10.2012 · 10.00 – 17.00 Uhr 26.04.2013 · 10.00 – 17.00 Uhr	13.10.2012 · 10.00 – 17.00 Uhr 27.04.2013 · 10.00 – 17.00 Uhr	16.11.2012 · 10.00 – 17.00 Uhr 14.06.2013 · 10.00 – 17.00 Uhr	17.11.2012 · 10.00 – 12.00 Uhr 15.06.2013 · 10.00 – 12.00 Uhr
DÜSSELDORF/ ESSEN²	04.10.2013 · 10.00 – 17.00 Uhr	05.10.2013 · 10.00 – 17.00 Uhr	22.11.2013 · 10.00 – 17.00 Uhr	23.11.2013 · 10.00 – 12.00 Uhr
	Hyaluronsäure <i>Unterstützt durch: Pharm Allergan, TEOXANE</i>	Botulinumtoxin-A <i>Pharm Allergan</i>	Milchsäure und Gesichtskontouring (Prüfungsvorbereitung) <i>Sanofi-Aventis, TEOXANE</i>	Abschlussprüfung (multiple choice, Übergabe der Zertifikate)

*Jeder Teilnehmer hat die Möglichkeit für die praktischen Übungen einen Probanden mitzubringen oder sich selbst injizieren zu lassen. Hierfür werden interessierten Teilnehmern lediglich die Materialkosten in Rechnung gestellt.

Organisatorisches

Kursgebühren je Kurs (1.–3. Kurs)

IGÄM-Mitglied 295,00 € zzgl. MwSt.
Nichtmitglied 355,00 € zzgl. MwSt.

Tagungspauschale

pro Teilnehmer 45,00 € zzgl. MwSt.
(umfasst Pausenversorgung und Tagungsgetränke, für jeden Teilnehmer verbindlich)

Abschlussprüfung (inkl. Zertifikat)

IGÄM-Mitglied 290,00 € zzgl. MwSt.
Nichtmitglied 320,00 € zzgl. MwSt.

Die Übergabe des Zertifikates erfolgt nach erfolgreichem Abschluss der Kursreihe.

Bitte beachten Sie, dass die Kurse **nur im Paket** gebucht werden können. Wenn Sie einen der Kurse als **Nachholtermin** besuchen möchten, ist die Buchung auch einzeln möglich.

Hinweis: Die Ausübung von Faltenbehandlungen setzt die medizinische Qualifikation entsprechend dem Heilkunde-gesetz voraus. Aufgrund unterschiedlicher rechtlicher Auffassungen kann es zu verschiedenen Statements z.B. im Hinblick auf die Behandlung mit Fillern im Lippenbereich durch Zahnärzte kommen. Klären Sie bitte eigenverantwortlich das Therapiespektrum mit den zuständigen Stellen ab bzw. informieren Sie sich über weiterführende Ausbildungen, z.B. zum Heilpraktiker.

Nähere Informationen zu Terminen, Programm, den Allgemeinen Geschäftsbedingungen und Veranstaltungsorten finden Sie unter www.oemus.com

Veranstalter/ Organisation

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-390
E-Mail: event@oemus-media.de
www.oemus.com

In Kooperation mit/ Wissenschaftliche Leitung

IGÄM – Internationale Gesellschaft
für Ästhetische Medizin e.V.
Paulusstraße 1
40237 Düsseldorf
Tel.: 0211 16970-79
Fax: 0211 16970-66
E-Mail: sekretariat@igaem.de

SCAN MICH



Videopressionen
„Unterspritzungs-
techniken“

QR-Code einfach
mit dem Smartphone
scannen (z.B. mithilfe
des Readers Quick Scan)



Anmeldeformular per Fax an

0341 48474-390

oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für die Kursreihe „Unterspritzungstechniken – Anti-Aging mit Injektionen“ am

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 05.10.2012 in Hamburg | <input type="checkbox"/> 12.10.2012 in Berlin | <input type="checkbox"/> 26.04.2013 in Berlin | <input type="checkbox"/> 04.10.2013 in Düsseldorf |
| <input type="checkbox"/> 06.10.2012 in Hamburg | <input type="checkbox"/> 13.10.2012 in Berlin | <input type="checkbox"/> 27.04.2013 in Berlin | <input type="checkbox"/> 05.10.2013 in Düsseldorf |
| <input type="checkbox"/> 30.11.2012 in Hamburg | <input type="checkbox"/> 16.11.2012 in Berlin | <input type="checkbox"/> 14.06.2013 in Berlin | <input type="checkbox"/> 29.11.2013 in Essen |
| <input type="checkbox"/> 01.12.2012 in Hamburg | <input type="checkbox"/> 17.11.2012 in Berlin | <input type="checkbox"/> 15.06.2013 in Berlin | <input type="checkbox"/> 30.11.2013 in Essen |

melde ich folgende Person verbindlich an: (Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen)

Mitglied IGÄM Nichtmitglied IGÄM

Name/Vorname/Titel

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail

Thematische Artikelsammlungen

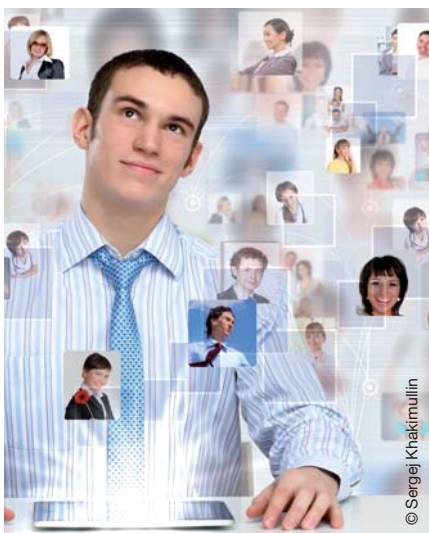
Neue eBooks zum Thema „Ästhetische Medizin“

Vier neue eBooks zum Themenkomplex „Ästhetische Medizin“ sind ab sofort in der ZWP Online Library kostenlos verfügbar. Sie ergänzen die Ästhetikreihe mit Artikelsammlungen zu den Themen „Facelift“ (operative Verfahren zur Gesichtsstrafung), „Augenlider und -brauen“ (chirurgische und minimalinvasive Therapien rund um die Augen), „Lippen und periorale Region“ (korrigierende Maßnahmen im Mundbereich) sowie „Soziologische und psychologische Aspekte“ (Ästhetik und Schönheit im gesellschaftlichen Kontext). Für all jene, die die Artikelsammlungen zusätzlich in gedruckter Form haben wollen, sind die eBooks auch im Print on Demand-Verfahren zum Preis von 22€ zzgl. MwSt. als Broschüre versandkostenfrei verfügbar. Jetzt im Onlineshop bestellen unter: www.oemus-shop.de/bücher/



Forschungsergebnisse zum Sozialverhalten

Gestresste Männer sind sozialer



Ein Forschungsteam unter der Leitung von Freiburger Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern hat untersucht, wie Männer in Stresssituationen reagieren – und mit den Ergebnissen eine fast

100 Jahre alte Lehrmeinung widerlegt. Dieser zufolge sollen Menschen bei Stress die „Kampf-oder-Flucht-Reaktion“ zeigen. Zudem vertreten einige Wissenschaftler die These, dass Frauen alternativ mit einem beschützenden und Freundschaft anbietenden Verhalten reagieren. Männern hingegen wird nach wie vor unterstellt, bei Stress aggressiv zu werden. Offenbar zu unrecht: Laut der Freiburger Studie zeigen auch Männer soziales Annäherungsverhalten als unmittelbare Konsequenz von Stress.

Originalveröffentlichung:

von Dawans, B., Fischbacher, U., Kirschbaum, C., Fehr, E. & Heinrichs, M. (2012). The social dimension of stress reactivity: acute stress increases prosocial behavior in humans. *Psychological Science*, in press.

Weitere Informationen: www.psychologie.uni-freiburg.de/abteilungen/psychobio

Quelle: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Studie

Deutschland beliebt bei „Medizin-Touristen“

Während die Deutschen in erster Linie für ästhetische Operationen aus Kostengründen verstärkt ins Ausland reisen, kommen gleichzeitig immer mehr „Medizin-Touristen“ aus anderen Ländern nach Deutschland. Dies geht aus dem aktuellen Report „Medical Tourism“ hervor, den das Diplomatic Council vorgestellt hat. Der globale Think Tank untersucht in der knapp 200-seitigen Studie die weltweiten Reiseströme aus medizinischen Gründen.

Allein im letzten Jahr fanden demnach über 70.000 „Reise-Patienten“ aus 163 Ländern den Weg nach Deutschland. Als Hauptgründe für die Wahl Deutschlands nennt die DC-Studie die zentrale Lage in Europa und die Mitgliedschaft in der Europäischen Union mit den damit verbundenen Reiseerleichterungen. Die meisten reisewilligen Patienten kamen aus den Niederlanden (11 Prozent), gefolgt von Frankreich (10 Prozent), Österreich (8 Prozent), Polen (8 Prozent) und Belgien (6 Prozent). Die Mehrzahl der „Medizin-Reisenden“ unterzieht sich hierzulande kardiologischen,

onkologischen oder orthopädischen Behandlungen. Weitere Informationen: www.diplomatic-council.org

Quelle: Diplomatic Council



Antibakterielle Beschichtungen untersucht

Neuste Studienerkenntnisse zur Haftkraft von Bakterien zur Verbesserung medizinischer Implantate

Ob die Frischhaltefolie an der Glasschüssel, der Blütenstaub am Autoblech oder die Bakterien an der Kühlschrankwand, Haftung ist ein Alltagsphänomen. Im Falle der Bakterien kann dies jedoch gefährlich sein, zum Beispiel im Operationssaal, weshalb antibakterielle Beschichtungen ein wichtiges Forschungsthema sind. Physiker und Mikrobiologen der Universität des Saarlandes sind der Frage nachgegangen, welche Kräfte eigentlich die Haftung von Bakterien und von Proteinen bestimmen.

Die Wissenschaftsteams um Jacobs und Herrmann haben die Haftkraft von Bakterien an Oberflächen untersucht. Für die Versuche verwendeten sie sogenannte Silizium-Einkristallplättchen als Oberflächen. Auf diesen Plättchen befinden sich wiederum Schichten aus Siliziumoxid mit variabler Schichtdicke. Es zeigte sich, dass die Bakterien doppelt so stark haften, wenn sie das Silizium der Plättchen noch durch die dünne Oxidhaut hindurch „spüren“ können. Dies bedeutet gleichzeitig, dass – trotz identischer Zusammensetzung der letzten Atom-

lagen – die Bakterien spüren, was sich unterhalb der Oberfläche befindet. „Bei den Proteinen verhält es sich ähnlich“, erklärt Karin Jacobs. „Protein- und Bakterienadsorption sind wichtige Schritte bei der Biofilmbildung, daher sind die Ergebnisse für viele Bereiche interessant.“ Biofilme bilden sich immer da, wo Mikroorganismen auf eine sogenannte Grenzfläche treffen. „Da Biofilme häufig die Ursache von Entzündungen sind, zum Beispiel auf Implantaten oder Herzklappen, ist dies auch medizinisch höchst relevant“, so Herrmann. So können die Erkenntnisse dabei helfen, zum Beispiel antibakterielle Beschichtungen und medizinische Implantate zu verbessern. Studie: Influence of the Subsurface Composition of a Material on the Adhesion of Staphylococci; Peter



© James Thew

Loskill, Hendrik Hähl, Nicolas Thewes, Christian Titus Kreis, Markus Bischoff, Mathias Herrmann and Karin Jacobs, Department of Experimental Physics, Saarland University, Saarbrücken, 66041, DOI: 10.1021/la3004323

Quelle: Informationsdienst Wissenschaft (IDW)

Forscher machen Heilkräfte des Organismus nutzbar

Körpereigene Wundheilung aus der Spritze

Wissenschaftler der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des Klinikums rechts der Isar der TU München haben ein Verfahren entwickelt, das es ermöglicht, aus körpereigenen Zellen Wundheilungsbotenstoffe zu gewinnen

und für eine Therapie nutzbar zu machen. Die Wundheilung ist ein Prozess, der im Körper automatisch abläuft. Sobald die Zellen im verletzten Gewebe die Wunde registrieren, beginnen sie mit der Ausschüttung verschiedener Botenstoffe. Diese Wundheilungsmediatoren steuern die für die Wundheilung nötigen Prozesse im umliegenden gesunden

Gewebe. Bei sehr schwer verletzten Patienten oder bei Patienten mit Begleiterkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes oder Infektionen, sind die Zellen im Wundbereich teilweise so schlecht versorgt, dass diese Signalstoffe nicht oder nur un-

zureichend gebildet werden können. In diesem Fall findet die Wundheilung verzögert oder gar nicht statt.

Die Forschergruppe um Dr. Ektoras Hadjipanayi und Prof. Arndt F. Schilling hat nun ein System entwickelt, das die Produktion der Wundheilungsmediatoren im Labor ermöglicht. Den Wissenschaftlern ist es gelungen, vom Patienten gewonnenen Zellen außerhalb des Körpers eine Verwundungssituation vorzutäuschen. Die Zellen beginnen daraufhin Wundheilungsmediatoren zu produzieren. Mit dem neuartigen Verfahren können diese gesammelt, im Gefrierschrank gelagert und dem Patienten bei Bedarf gespritzt werden.

Prof. Schilling erklärt: „Wir können dem Patienten durch diese neue Therapie seine eigenen natürlichen Wundheilungsmediatoren an der Stelle zur Verfügung stellen, wo er sie braucht, aber nicht bilden kann. Diese Strategie ist zum Beispiel bei chronischen Wunden vielversprechend, aber auch bei Verbrennungen oder inneren Wunden, wie sie bei Herzinfarkt oder Hirnschlag auftreten.“ Die Forscher arbeiten jetzt daran, die neuen Erkenntnisse für die Patientenversorgung nutzbar zu machen.

Der Artikel: „Injectable System for Spatio-temporally Controlled Delivery of Hypoxia-Induced Angiogenic Signaling“ erscheint online in der internationalen Fachzeitschrift Journal of Controlled Release. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jconrel.2012.04.048>

Quelle: TU München

© Paul Vinten



20 Jahre **Schönheitschirurgie** Lindau

4. Internationaler Kongress für Ästhetische Chirurgie und Kosmetische Zahnmedizin



© hal pand



QR-Code: Video zum 4. Internationalen Kongress für Ästhetische Chirurgie und Kosmetische Zahnmedizin. QR-Code einfach mit dem Smartphone scannen (z.B. mithilfe des Readers Quick Scan).



QR-Code: Bildergalerie zum 4. Internationalen Kongress für Ästhetische Chirurgie und Kosmetische Zahnmedizin. QR-Code einfach mit dem Smartphone scannen (z.B. mithilfe des Readers Quick Scan).

_Lindau stand vom 14. bis 16. Juni wieder voll und ganz im Zeichen von Schönheit und Ästhetik. Im Hotel Bad Schachen, direkt am Bodensee, fand sich einmal mehr das „Who's who“ der Experten ein, die sich der Medizin rund um (Oral-)Chirurgie/Plastische Chirurgie, HNO/Kieferchirurgie, Dermatologie und der Kosmetischen Zahnmedizin verschrieben haben. Kongresspräsident Prof. Dr. Dr. Werner L. Mang eröffnete am 15. Juni den alle zwei Jahre stattfindenden Internationalen Kongress für Ästhetische Chirurgie und Kosmetische Zahnmedizin.

Bereits am Vortag nutzten viele Teilnehmer die Gelegenheit, an mehreren Live-Operationen an der Bodenseeklinik teilzunehmen. Lidkorrekturen, die Implantation von Mamma-Implantaten, Liposuktion sowie die Injektion von Hyaluronsäure und Botox standen im Mittelpunkt des Interesses. Weiterhin wurden das Liquid-Lift mit Polymilchsäure und die Eigenfettinjektionen in die alternden Hände gezeigt. Der spannende und informative erste Kongresstag

klang für die Teilnehmer mit dem Get-together in der ManGallery aus, in der Galeristin Sybille Mang wieder ungewöhnliche und weniger traditionelle Werke junger Künstler ausstellt.

Über beide Kongresstage informierten mehr als 30 kompetente Referenten aus dem In- und Ausland die Kongressteilnehmer über neueste Methoden, wissenschaftliche Erkenntnisse und aktuelle Innovationen.

Die begleitende Industrieausstellung mit namhaften Unternehmen der Branche bot den Teilnehmern des Lindauer Kongresses darüber hinaus die Möglichkeit, sich über die Neuheiten und Angebote der Ästhetik-Branche zu informieren.

Das anspruchsvolle wissenschaftliche Programm wurde durch die Benefizgala am Samstagabend zugunsten der Deutschen Schlaganfallhilfe unter der Schirmherrschaft von Dr. Brigitte Mohn abgerundet. Ein Höhepunkt des Events war der Auftritt der Kabarettistin Lisa Fitz, der begeistert umjubelt wurde.



Reconstructive Surgery: Anatomy, Technique and Clinical Applications

Herausgegeben von Michael Zenn und Glyn Jones 2012
Quality Medical Publishing, ISBN: 978-1-57626-324-2; 2012

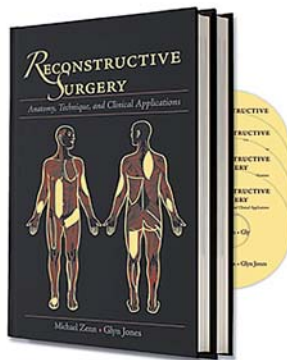
Autor Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig, Georg-August-Universität Göttingen

In dem zweibändigen Werk, begleitet von vier DVDs, setzen sich Zenn und Jones in dem jetzt erschienenen Werk mit der komplexen Rekonstruktion von Gewebeverlusten des Körpers umfassend auseinander. Auf nahezu 2.000 Seiten mit 4.000 Abbildungen wird der Leser systematisch an die Indikationen und Kontraindikationen der Gewebelappenauswahl herangeführt, ihm die Besonderheiten illustrativ erläutert und durch anatomische Dissektionen und bildgebende Verfahren verständlich gemacht. Dabei werden verschiedene Möglichkeiten der Rekonstruktion einzelner Regionen aufgezeigt, die unter anderem auch die muskelsparenden und freien Perforatorlappen ausführlich mit berücksichtigen. Der Leser wird Schritt für Schritt an die Lappenhebung bis zur endgültigen Rekonstruktion herangeführt und es werden Tipps und Tricks vorgestellt, wobei umfassend die Literatur eingearbeitet wurde.

Auf vier dem Buch begleitenden DVDs werden anatomische Lappendissektionen hervorragend bildtechnisch und didaktisch an der Leiche für alle gängigen Lappen demonstriert.

Die Herausgeber Zenn und Jones konnten dabei namhafte international anerkannte Autoren gewinnen, die zu jedem einzelnen beschriebenen Lappen klinische Fälle demonstrieren und kommentieren und damit den Lesern eine gute Übersicht und Einschätzung des rekonstruierten Falls vermitteln. Das Buch zeichnet sich durch hervorragende Illustrationen und Auswahl der rekonstruktiven Fälle sowie den Kommentierungen, ergänzt durch Tipps und Tricks, aus und brilliert durch die Schritt-für-Schritt-Herangeführung des Lesers an die Rekonstruktionen.

Im ersten Band werden die anatomischen Grundlagen und Gefäßversorgungen der für die Rekonstruktion zu hebenden Gewebelappen sowie ihre



Einteilung beschrieben und die Basiskonzepte und Grundlagen dargestellt, wie z.B. Monitoring, Wundversorgung, Vermeidung und Management von Komplikationen etc. und anschließend die klinischen Indikationen erläutert und verständlich vorgestellt.

Dabei werden die optimalen Rekonstruktionsmöglichkeiten dezidiert erläutert und die Möglichkeiten bei Fehlschlägen der

einzelnen Lappen der primären Rekonstruktion durch einen sogenannten „fall-back-plan“ für spezifische Probleme gegeben. Es ermöglicht somit dem Kliniker die bestmögliche Rekonstruktion für ein schwierig eingestuftes rekonstruktives Problem zu erstellen.

Der zweite Band setzt sich mit den regionalen Lappen zur Rekonstruktion von allen anatomischen Regionen auseinander und beschreibt die klinisch guten und weniger bewährten rekonstruktiven Möglichkeiten einschließlich Anatomie, Basistechnik und klinische Anwendungen. Es enthält 14 Kapitel, die die gesamte Körperregion von Kopf bis zum Fuß einschließt.

Diese Kapitel sind wiederum in 68 Kapitel untergliedert, die sich speziell mit Lösungsvorschlägen einzelner zu rekonstruierenden Körperregionen auseinandersetzen und reichen vom Forehead-Flap, Halux-Flap, über SEIA, um nur einige wenige zu nennen.

Das Buch ist didaktisch hervorragend gegliedert, flüssig und sehr verständlich geschrieben. Es wird ergänzt durch die hervorragenden Illustrationen und Abbildungen der klinischen Fälle. Es eignet sich nicht nur hervorragend zur Facharztausbildung, sondern bereichert auch um ein Vielfaches die bereits existierenden einschlägigen Nachschlagewerke der Fachliteratur rekonstruktiv tätiger Chirurgen und sollte deshalb in keiner Bibliothek fehlen.

_Kontakt

face



Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig
Ltd. Arzt Plastische und Ästhetische Chirurgie
Paracelsus-Klinik Hannover
Oertzeweg 24
30851 Hannover/
Langenhagen
E-Mail:
info@professor-hoenig.de



15 Jahre LKG – Chirurgie im Sushma Koirala Memorial Hospital for Plastic and Reconstructive Surgery

Gründung und Entwicklung des deutschen INTERPLAST-Hospitals in Nepal

Autoren_Prof. Dr. Dr. Hans-Dieter Pape, Priv.-Doz. Dr. Dr. J. Camilo Roldán

_Info

face

Spendenkonto für das Hospitalprojekt in Nepal

Kreissparkasse Köln
Konto Nr.: 92801
BLZ: 370 502 99

Spendenverwaltung

Technik/Logistik Hein Stahl
Am Mühlengraben 1
53773 Hennef
E-Mail heinstahl@gmx.de
www.nepalhospital.de

_In Nepal, einem der ärmsten Länder der Welt, konnte 1997 Prof. Dr. Gottfried Lemperle, der damalige Chairman der Hilfsorganisation INTERPLAST Germany, in Zusammenarbeit mit dem Sushma Koirala Memorial Trust in einem alten Gebäude, 16 km entfernt von Kathmandu, die Voraussetzungen schaffen für die Eröffnung eines bescheidenen Hospitals (Abb. 1a). Das SKM-Hospital ist von Beginn an speziell für die Behandlung von angeborenen Fehlbildungen im Gesicht und an den Extremitäten und der Wiederherstellung der im Lande typischen verbrennungsgeschädigten Patienten vorgesehen. 1998 konnte dann der klinische Betrieb durch den Erstautor zusammen mit dem pensionierten Flugzeugingenieur Hein Stahl und der deutschen Oberschwester Christa Drigalla sowie zwei nepalesischen Krankenschwestern gestartet werden. Die Zahl der Patientenzugänge aus dem ganzen Land überstieg schnell die Kapazität von 12 Betten, in de-

nen nicht nur der operierte Patient schlief, sondern auch der ihn begleitende Familienangehörige.

Der Ausbau des Hospitals wurde in wenigen Jahren ermöglicht durch die Aufnahme in den Spenden-Marathon von Günther Jauch im RTL-Programm. Das Hospital stellt heute mit zwei Operationssälen, 50 Betten und allen notwendigen Funktionsräumen, einer den europäischen Verhältnissen angepassten Kläranlage und einer Quellwasserversorgung eine Vorzeigeklinik für plastische und rekonstruktive Chirurgie mit den Schwerpunkten Fehlbildungen, Verbrennungsschäden und Unfallverletzungen dar (Abb. 1b). Die ärztliche Leitung konnte 2009 dem langjährigen nepalesischen Oberarzt Dr. Jaswan Shakya anvertraut werden.

Deutsche Spender haben während der 15 Jahre den wirtschaftlichen Unterhalt des Hospitalbetriebes gewährleistet. Deutsche Firmen haben gleichzeitig durch zahlreiche Materialspenden die medizinische Patientenversorgung immer wieder unterstützt. Die ärztliche Versorgung wird heute durch fünf nepalesische Kollegen, die sich zum Teil in der Ausbildung zur Allgemein Chirurgie oder ergänzend zur plastischen Chirurgie befinden. Sie werden bei ihren Aufgaben unterstützt durch verschiedenen spezialisierte Fachärzte aus Deutschland, die nach einem Zeitplan jeweils für zwei bis drei Wochen zum Einsatz nach Nepal kommen. Kein Arzt und keine medizinische Fachkraft aus Europa erhält für einen Einsatz eine Vergütung.

Im Folgenden soll auf einen wesentlichen Schwerpunkt der Patientenversorgung, die operative Behandlung der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten in Nepal, näher eingegangen werden. Diese Patienten sind vom Zeitpunkt der Hospitaleröffnung im Februar 1998 zunächst kontinuierlich, ab 2000 im Frühjahr drei sowie in den Herbstmonaten sechs Wochen von einer Facharztgruppe aus Deutschland operiert und betreut worden. Seit der Eröffnung des SKM-Hospitals sind mehr als 1.500 Patienten mit primärer Spalte oder anderenorts schon voroperierte Patienten registriert und mehr als 2.000 operative Eingriffe bei dieser Gruppe durchgeführt worden.

Als Basistechniken zum Spaltverschluss ist die Tension-Randall-Methode für die einseitige voll-

Abb. 1a_SKM-Hospital 1998.

Abb. 1b_SKM-Hospital 2011.



Abb. 1a



Abb. 1b



ständige und unvollständige Lippenspalte, die Veau-Plastik bei der doppelseitigen Lippenspalte und die Langenbeck-Technik bei der Gaumenspalte angewendet worden. Lag eine Lippen-Kieferspalte vor, wurde mit der Lippe gleichzeitig der Kieferspalte in der Technik von Axhausen verschlossen. Bei den doppelseitigen Lippen-Kieferspalten mit stark vorspringendem Zwischenkiefer und breitem Weichteildefizit im Lippenbereich änderten wir seit 2001/2002 die Verschluss-technik. Während früher bei starker Prominenz der Zwischenkiefer durch eine Osteotomie zurückverlagert wurde, wird seit zehn Jahren erfolgreich im zweizeitigen Vorgehen zunächst nur durch eine Mobilisation der M. orbicularis-Stümpfe der Weichteilverschluss ermöglicht (lip adhesion procedure). Der muskuläre Zug bei Lippenfunktion bewirkt dann über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten die Rückwärtsbewegung des Zwischenkiefers mit Verringerung des Spaltraumes und erlaubt den beidseitigen zwanglosen Verschluss der Lippen-Kieferspalten (Abb. 2a und b, 3a und b, 4a und b).

Da viele Patienten, die mit durchgehenden Lippen-Kiefer-Gaumenspalten zur Aufnahme kamen, das Säuglingsalter überschritten hatten und für eine synchrone kieferorthopädische Behandlung bis 2011 in Nepal keine Möglichkeiten bestanden haben, wurde bei gesunden Patienten, die älter als zwei Jahre waren, in zunehmender Tendenz der Verschluss der gesamten Spalte in einer Operations-sitzung durchgeführt. Dieses in Europa ungewöhnliche Vorgehen hat sich in Nepal sehr bewährt. Es ist eventuell limitiert durch die Dauer des Eingriffs unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten und seiner anästhesiologischen Vorbedingungen. Praktische Gründe für ein einzeitiges Vorgehen sind gegeben durch die langen Fußwege aus gebirgigen Regionen auf die zentrale Straße, die im Süden des Landes, das sich von Ost nach West über knapp 1.000 km erstreckt, die wesentliche Verbindung darstellt. Für weibliche Patienten aus armen Farmerfamilien ist aus psychologischen Gründen auch von Bedeutung, dass mit dem isolierten Lippenverschluss die Tochter heiratsfähig wird und damit die Gaumen-Plastik von den Eltern nicht mehr als wichtig angesehen wird. War ein gleichzeitiger Verschluss von Lippe und Gaumen nicht möglich, erfolgte des Öfteren die Gaumenplastik vor der Lippenplastik.

Mediane, laterale und quere Mittelgesichtsspalten sind nur in Einzelfällen beobachtet worden. Sie wurden in der Regel durch variierende Z-Plastiken geschlossen.

Die Auswertung aller bis 2007 im Hospital mit einer primären Spalte operierten Patienten zeigte, dass nur 3,3 % eine Korrektur aus verschiedenen Gründen benötigten. Darunter fanden sich bei den im Hospital primär operierten Patienten eine Lippen- und eine Gaumenplastik. Demgegenüber standen 156 an anderen Orten primär operierte Patienten, bei denen die Lippen- oder Gaumenplastik aus funktionellen oder ästhetischen Gründen erneut durchgeführt werden musste.

Die hohe Zahl von Korrekturingriffen nach Primäroperation in anderen Hospitälern oder Camps weist auf zwei wesentliche Hintergründe hin. An Kurzeinsätzen von ausländischen Hilfsorganisationen beteiligen sich gerne junge Kollegen, um ihre Kenntnisse in der Spaltchirurgie zu ergänzen und zu erweitern. Auf die notwendige Supervision durch einen erfahrenen Kollegen müssen sie bei diesen Einsätzen häufig verzichten. Ein weiterer Grund hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Kapitalkräftige US-Hilfsorganisationen sind dazu übergegangen, einzelnen Hospitälern oder auch operativ tätigen einheimischen Ärzten im Rahmen eines Förderprogrammes bis zu 200 US-Dollar für jede primäre Operation eines Spaltpatienten zu zahlen. Dieses System muss vermehrt zu unbefriedigenden Ergebnissen führen.

In den 15 Jahren seit Existenz des SKM-Hospitals haben wir uns immer bemüht, ein rationales Konzept für die LKG-Chirurgie in Nepal unter Berücksichtigung der begrenzten Möglichkeiten eines Entwicklungslandes durchzusetzen. Der Einsatz von ausschließlich erfahrenen Chirurgen für die Spaltchirurgie – und möglichst die gleichen Chirurgen über einen längeren Zeitraum – ist gerade in Entwicklungsländern zwingend notwendig, um junge einheimische Chirurgen in die Spaltchirurgie einzuführen und sie auf längere Sicht in der Supervision zu betreuen. Der Verschluss jeder LKG-Spalte erfordert ein Verständnis für die Symmetrie und Ästhetik des Gesichtes und für die Funktion der Sprache und des Gehörs. Diese Fähigkeiten können im Wesentlichen nur durch eine längere Erfahrung erworben werden.

Abb. 2a 1,5 Jahre alter Junge mit Lippen-Kieferspalte links.

Abb. 2b Zwei Wochen nach Lippen-Kieferspaltplastik.

Abb. 3a 16-jähriges Mädchen mit breiter LKG-Spalte links.

Abb. 3b Verschluss der gesamten LKG-Spalte in einer OP.

Abb. 4a 22-jähriger Mann mit 5 cm breiter doppelseitiger LKG-Spalte.

Abb. 4b Verschluss der gesamten Spalte durch fünf operative Eingriffe innerhalb von zwei Jahren.

_Kontakt

face

Prof. Dr. Dr. Hans-Dieter Pape

Brunnenweg 12
24211 Preetz
E-Mail:
Dieter.Pape@gmx.de

Priv.-Doz. Dr. Dr. J. Camilo Roldán

Ärztlicher Leiter der
Plastischen Kindergesichts-
chirurgie und Gesichts-
fehlbildungs-chirurgie am
Kath. Kinderkrankenhaus
Wilhelmstift, Hamburg



Kontakt in Nepal

SKM-Hospital, Sankhu
Kathmandu, Nepal
PO-Box 1322 Nepal
E-Mail skh@wlink.com.np

Transsexualismus —

Anspruch auf deutliche anatomische Annäherung an das andere Geschlecht durch operativen Brustaufbau im System der gesetzlichen Krankenversicherung?

Autor Rechtsanwalt Dennis Hampe, LL.M.



I. Einleitung

Der Transsexualismus stellt nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision, German Modification, Version 2012 eine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung in Form der Störung der Geschlechtsidentität dar (vgl. hierzu auch das Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 25.01.2012 – L 5 KR 375/10). Transsexualismus beschreibt dabei den Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden. Um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht so weit wie möglich anzugleichen, besteht vielfach der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung. Allerdings ist die Durchführung von Operationen nach neueren Erkenntnissen nicht länger das kennzeichnende Element für das Vorliegen von Transsexualität. Entscheidend ist danach nicht mehr das Streben nach einer geschlechtsangleichenden Operation, sondern vielmehr die Stabilität des transsexuellen Wunsches (BVerfG, Beschluss vom 11.01.2011 – 1 BvR 3295/07).

besteht vielfach der Wunsch nach chirurgischer und hormoneller Behandlung. Allerdings ist die Durchführung von Operationen nach neueren Erkenntnissen nicht länger das kennzeichnende Element für das Vorliegen von Transsexualität. Entscheidend ist danach nicht mehr das Streben nach einer geschlechtsangleichenden Operation, sondern vielmehr die Stabilität des transsexuellen Wunsches (BVerfG, Beschluss vom 11.01.2011 – 1 BvR 3295/07).

II. Rechtliche Sonderstellung der Transsexualität

Die Transsexualität hat als psychische Störung durch das Transsexuellengesetz (TSG) eine rechtliche Sonderstellung erhalten. Einem Transsexuellen wird unter den Voraussetzungen des § 1 TSG die

Möglichkeit gegeben, seinen Vornamen entsprechend seiner transsexuellen Prägung zu ändern („kleine Lösung“). Demgegenüber sieht die „große Lösung“ unter den Voraussetzungen des § 8 TSG eine Änderung der Geschlechtszugehörigkeit vor. Zwischen 20 und 30% der Transsexuellen, die in Deutschland einen Antrag auf Vornamensänderung stellten, verblieben dauerhaft in der „kleinen Lösung“ und erachteten individuelle therapeutische Lösungen als erforderlich, die von einem Leben im anderen Geschlecht ganz ohne somatische Maßnahmen, über hormonelle Behandlungen bis hin zur weitgehenden operativen Geschlechtsangleichung reichen könnten (BVerfG, Beschluss vom 11.01.2011 – 1 BvR 3295/07). Ungeachtet dessen verschafft eine geschlechtsanpassende Operation vielen Transsexuellen eine erhebliche Erleichterung ihres Leidensdrucks, die manche bereits vorher durch Selbstverstümmelung und Selbstkastration zu erreichen versuchten (BVerfG, Beschluss vom 11.01.2011 – 1 BvR 3295/07).

III. Rechtfertigung operativer Maßnahmen

Transsexualismus kann nur dann operative Maßnahmen rechtfertigen, wenn er in einer besonders tief greifenden Form vorliegt. Bei Transsexuellen besteht daher nicht grundsätzlich ein behandlungsbedürftiger regelwidriger Zustand, solange eine deutliche körperliche Annäherung an das Erscheinungsbild des gefühlten Geschlechts durch einen die äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff nicht erreicht worden ist (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25.01.2012 – L 5 KR 375/10). Im Hinblick auf die unterschiedlichen Erscheinungsformen der Transsexualität ist dabei auf den Einzelfall abzustellen, wobei erst der Leidensdruck, der eine Behandlung notwendig macht, die bestehende Regelwidrigkeit zur Krankheit im Sinne des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V qualifiziert und den An-

spruch auf notwendige Krankenbehandlung rechtfertigt (BSG, Urteil vom 06.08.1987 – 3 RK 15/86). Nur soweit ein psychiatrisches und psychotherapeutisches Vorgehen das Spannungsverhältnis und den hieraus resultierenden Leidensdruck nicht zu lindern oder zu beseitigen vermag, kann es zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, die Kosten für eine geschlechtsangleichende Maßnahme zu tragen (BSG, Urteil vom 10.02.1993 – 1 RK 14/92). Der operative Eingriff in den gesunden Körper zur Behandlung einer psychischen Störung ist die Ultima Ratio und bedarf zwingend vorhergehender psychiatrischer Behandlungsversuche (BSG, Urteil vom 06.08.1987 – 3 RK 15/86). Die gesetzliche Krankenversicherung hat nur dann Leistungen für geschlechtsangleichende Maßnahmen zu erbringen, wenn nach Ausschöpfung psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Maßnahmen ein krankheitswertiger Leidensdruck verbleibt (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25.01.2012 – L 5 KR 375/10). Die operative Angleichung des gesunden Körpers an das aufgrund einer psychischen Geschlechtsidentitätsstörung empfundene Geschlecht wird gegenwärtig als Erfolg versprechend im Sinne einer Linderung des Leidens angesehen. Trotz der damit verbundenen erheblichen gesundheitlichen Risiken ist ein derartiges operatives Vorgehen in besonders schweren Fällen gerechtfertigt.

IV. Umfang der operativen Maßnahmen

Soweit eine medizinische Indikation für eine operative Maßnahme aufgrund von Transsexualismus vorliegt, besteht ein Anspruch auf eine deutliche anatomische Annäherung an das andere Geschlecht (Sächsisches LSG, Urteil vom 03.02.1999 – L 1 KR 31/98). Über die Voraussetzungen des § 8 Abs. 1 Nr. 4 TSG hinaus umfasst dieser Anspruch bei Mann-zu-Frau Transsexuellen unter bestimmten Voraussetzungen auch einen operativen Brustaufbau bei fehlender Anlage, jedoch nicht die Vornahme einer operativen Brustvergrößerung (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25.01.2012 – L 5 KR 375/10). Soweit eine Indikation der operativen Genitalangleichung besteht, kann darüber hinaus auch ein Anspruch auf operativen Brustaufbau zur Annäherung der Brüste an weibliche Brüste bestehen, wenn bei fehlender Brustanlage die Bildung einer weiblichen Brust ausblieb und eine weitere Hormonbehandlung keinen weitergehenden Erfolg verspricht. Dies setzt aber grundsätzlich die Durchführung einer hormonellen Therapie und eine genitalangleichende Operation voraus. Ein ausschließlicher Anspruch auf eine Operation zum Aufbau einer weiblichen Brust dürfte ohne – vorherige – Genitalangleichung ausgeschlossen sein (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25.01.2012 – L 5 KR

375/10). Anders bewertet dies das LSG Berlin-Brandenburg, welches eine geschlechtsanpassende Operation nicht als zwingende Voraussetzung ansieht (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 11.02.2011 – L 1 KR 243/09). Unter den betroffenen Mann-zu-Frau Transsexuellen, die eine körperliche Veränderung anstreben, betrifft der Wunsch in erster Linie die Entwicklung einer weiblichen Brust. Hingegen können die Betroffenen ihren Penis vielfach akzeptieren (BVerfG, Beschluss vom 11.01.2011 – 1 BvR 3295/07). Zutreffend wird mit dem Bundessozialgericht davon auszugehen sein, dass eine geschlechtsangleichende (Teil-)Operation nur zur Annäherung an einen regelhaften Körper (d.h. Mann oder Frau) und nicht zur Schaffung eines regelwidrigen Zustands begehrt werden kann (BSG, Urteil vom 28.09.2010 – B 1 KR 5/10 R).

Unter den bezeichneten Voraussetzungen besteht als letztes Mittel auch ein Anspruch auf einen operativen Brustaufbau bei einer fehlenden Brustanlage (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25.01.2012 – L 5 KR 375/10). Hingegen ist die operative Brustvergrößerung auch zur Behandlung einer besonders tief greifenden Form des Transsexualismus Mann-zu-Frau keine notwendige Krankenbehandlung. Dies resultiert aus dem Umstand, dass grundsätzlich nur ein Anspruch auf eine deutliche Annäherung an den weiblichen Körper und nicht auf eine möglichst weitgehende Angleichung, welche dem weiblichen Idealbild nahe kommt, besteht. Wenn auch im Einzelfall ein Anspruch auf eine operative Angleichung an die weiblichen Genitalien und ggf. den Aufbau einer fehlenden Brust (Amastie, Athelie) besteht, fehlt es aber an einem Anspruch auf eine bestimmte – nachträgliche – Gestaltung dieser Körperteile (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25.01.2012 – L 5 KR 375/10; LSG Hamburg, Urteil vom 02.02.2011 – L 1 KR 46/09).

V. Fazit

Gegenwärtig ist Transsexualismus weiterhin als psychische Regelwidrigkeit anzusehen. Wegen der gegebenen Sonderstellung bei Vorliegen in krankheitswerter Form kann diese psychische Regelwidrigkeit dem Grunde nach auch operative Eingriffe in den gesunden Körper rechtfertigen. Soweit die Indikation für eine operative Maßnahme aufgrund von Transsexualismus vorliegt, ist ein Anspruch auf eine deutliche anatomische Annäherung an das andere Geschlecht gegeben. Dieser Anspruch kann bei transsexuellen Mann-zu-Frau Operationen einen Anspruch auf operativen Brustaufbau bei fehlender Anlage rechtfertigen, jedoch nicht einen weitergehenden Anspruch auf Brustvergrößerung begründen (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25.01.2012 – L 5 KR 375/10).

_Kontakt | **face**



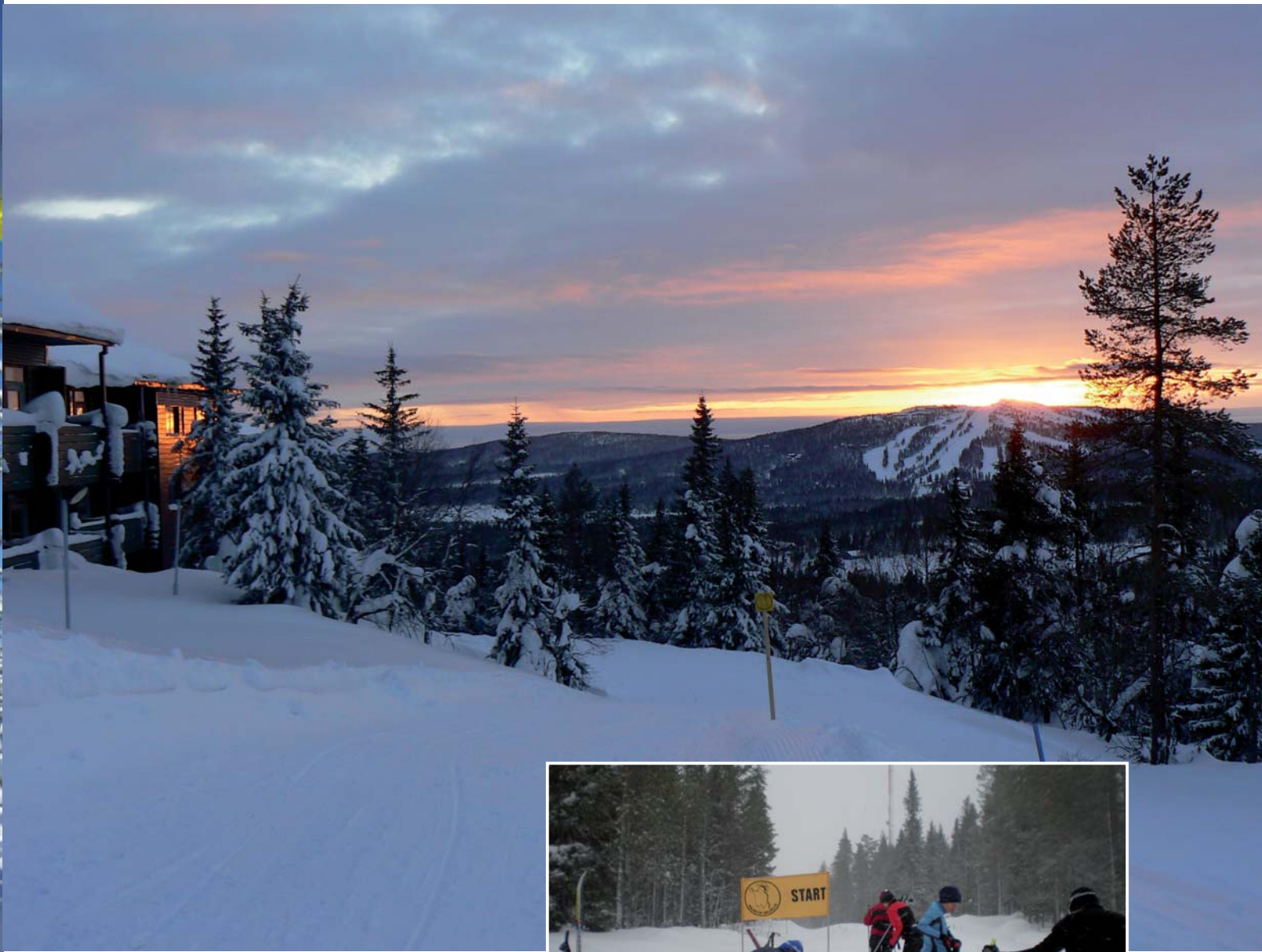
**Rechtsanwalt
Dennis Hampe, LL.M.**
kwm – kanzlei für
wirtschaft und medizin
Berlin, Münster, Hamburg,
Bielefeld
E-Mail: hampe@
kwm-rechtsanwaelte.de
www.kwm-
rechtsanwaelte.de



Rajalta Rajalle hiihto – ein Wintermärchen für sportlich Ambitionierte

Autorin_Petra Heine

Rajalta Rajalle hiihto ist wohl einer der längsten und anspruchsvollsten klassischen Skimarathons der Welt – ohne Wettkampfcharakter. Jährlich reisen ca. 70 Teilnehmer in drei Durchgängen nach Kuusamo, um an der Durchquerung Finnlands von der russischen zur schwedischen Grenze teilzunehmen. In sieben Tagesetappen gilt es 444 km im klassischen Stil zu bewältigen. Zeit, den Alltag hinter sich zu lassen und gemeinsam mit Freunden oder allein in die finnischen winterlichen Weiten einzutauchen – Tagesetappen zwischen 48 und 84 km lassen genügend Raum!



Der eigentliche Start der Durchquerung liegt östlich von Kuusamo. Auf freier Strecke, irgendwo im Nichts, werden wir in die Spur geschickt. Trotz fühlbarer Unruhe geht der Start für Außenstehende eher beschaulich vonstatten. Wir ordnen uns noch einmal und ohne Startnummer, Startposition oder gar Startschuss geht es unsortiert in die Loipe. Kleine Gruppen mit ähnlichem Leistungspotenzial werden sich, wenn nicht gemeinsam angereist, erst in den nächsten Tagen finden.

Die erste Etappe (65 km) mit ihren kurzen, knackigen Anstiegen hat es für eine Berliner, der maximal die Müggelberge mit 114,7 Höhenmetern für die Vorbereitung zur Verfügung standen, in sich. Heftiger Gegenwind, schlechte Sicht und Schneetreiben lassen einige Teilnehmer schnell an ihre Grenzen kommen. Nach sechs bis acht Stunden erreichen wir erschöpft unser erstes Etappenziel.

Auch am zweiten Tag sind die Wetterverhältnisse schwierig. Wechselnde Temperaturen zwischen mi-



nus sechs und etwas über null Grad führen zu Wachsproblemen. Da hilft nur, sich bei unseren Wachsprofis einige Tricks abzuschauen, um einen akzeptablen Kompromiss zu finden.

Endlich am dritten Tag, gleißender Sonnenschein, das schmerzhafte Zählen der Tageskilometer ist wie weggeblasen und man beginnt zu genießen. Die tief stehende Märzsonne verwandelt die finnischen Weiten in so unterschiedlich traumhaft schöne Wintermomente, wie man sie nie zuvor erlebt hat. Irgendwann wird es zur Sucht. Ich verfall dem nun automatisierten, runden Bewegungsablauf des Skilanglaufs und der weiß glitzernden Unendlichkeit. Die Unterkunft in Landschulheimen oder ähnlichen Massenquartieren tut der Freude keinen Abbruch. Allerdings sollte man einen nicht allzu empfindlichen Geruchssinn haben, Ohropax benutzen und ein gewisses Maß an Toleranz mitbringen.

Am vierten Tag ist die längste Etappe von 87 Tageskilometern zu absolvieren. Selbst mit dem Wissen, dass man 65 km durchaus bewältigt, beginnt man diesen Tag voller Ehrfurcht. Die letzte Möglichkeit „auszusteigen“ und mit dem Bus zu fahren, der sowohl unser Gepäck als auch Skiläufer, die es ruhiger



angehen, in die nächste Unterkunft bringt, besteht nach ca. 46 km. Doch noch fühlt man sich fit und mutig geht es in die zweite Etappenhälfte. Aber das Wetter verschlechtert sich dramatisch, man läuft weniger als 8 km/h, die Kräfte schwinden und der Mut. Der Wind nimmt stetig zu, die Loipen sind kaum mehr zu erahnen und die Dämmerung setzt ein. Bei Kilometer 78 sammelt uns der unter seiner Tschapka freundlich lächelnde Finne mit seinem Schneemobil aus der Loipe – auch er will irgendwann in den Feierabend.

Nach dieser Etappe gibt es glücklicherweise eine warme Dusche und etwas Intimsphäre, da wir in einem Hotel untergebracht sind. Beim gemeinsamen Abendessen, nach versorgten Wunden, sind die Strapazen schnell vergessen. Munteres Plaudern erfüllt den Raum. Jeder der Teilnehmer hat seine eigene spannende Geschichte: Ein Deutsch-Brasilianer, der in der kommenden Woche heiraten wird, nimmt schon zum 5. Mal an diesem Lauf quer durch Finnland teil. Einem 70-jährigen Finnen wurde die Teilnahme an diesem Skilanglauf zum Geburtstag





geschenkt. Ein Tscheche und ein Allgäuer tauschen angeregt Episoden über Hochgebirgstouren und Gipfelbesteigungen in den höchsten Regionen dieser Erde aus. Stauend lausche ich als Flachländer den Geschichten aus einer anderen, atemberaubenden Welt. Am meisten beeindruckt die teilnehmenden Finnen, deren Alter im Durchschnitt über 60 Jahre liegt. Stoisch ziehen sie ihre Bahnen, scheinbar mühelos, immer ein offenes Lächeln im Gesicht. Nach der für uns auf 78 km gekürzten Mammutetappe vergehen die Tage wie im Flug. Das Wetter wird wieder besser. Bei winterlichen Temperaturen von -15°C bis -10°C , kaum Wind, keinem Schneefall ist das Langlaufleben im Lot. Überzugefrorene Seen, weite Sumpflflächen, durch tief verschneite finnische Wälder nähern wir uns Kilometer für Kilometer dem Nordufer des Bottnischen Meerbusens – unserem Ziel. Leicht wehmütige Gefühle begleiten die letzte Etappe. In „wenigen“ Kilometern wird dieser großartige Lauf sein Ende finden. MAALI – Zieleinlauf – singend und tanzend werden wir von einer Gruppe junger Finnen empfangen. Glücklich und stolz, eins mit der Langlaufwelt, geht eine beeindruckende Woche zu Ende.



An dieser Stelle noch mal einen herzlichen Dank den Veranstaltern sowie all den netten und lieben Finnen, die durch ihren Einsatz die Tour zu einem unvergesslichen Erlebnis werden ließen. _

WERDEN SIE AUTOR!

Publikation:

| face – international magazine of orofacial esthetics |



- Sie möchten Fachbeiträge veröffentlichen zu
- II innovativen bzw. bewährten Therapien
 - II chirurgischen Vorgehensweisen und Möglichkeiten
 - II klinischen Erfahrungen anhand von Patientenbeispielen
 - II soziologischen bzw. psychologischen Aspekten

„ Kontaktieren Sie uns.
Wir freuen uns auf Ihre Expertise. “

OEMUS MEDIA AG
Redaktion face II Heike Isbaner
E-Mail: h.isbaner@oemus-media.de
Tel.: 0341 48474-221

www.oemus.com

Faxantwort 0341 48474-390

Ja, ich möchte einen Fachbeitrag veröffentlichen zu

- innovativen bzw. bewährten Therapien
- chirurgischen Vorgehensweisen und Möglichkeiten

(bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

- klinischen Erfahrungen anhand von Patientenbeispielen
- soziologischen bzw. psychologischen Aspekten

Stempel

Thema

Name | Vorname

Unterschrift

face

international magazine of orofacial esthetics



Heike Isbaner

Impressum

Redaktionsleitung/Produktmanagement:

Heike Isbaner
Tel.: 03 41 48474-221
E-Mail: h.isbaner@oemus-media.de

Verleger:

Torsten R. Oemus

Verlagsleitung:

Ingolf Döbbbecke
Tel.: 0341 48474-0
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner
Tel.: 0341 48474-0
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller
Tel.: 0341 48474-0

Verlag:

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-0, Fax: 0341 48474-290
E-Mail: kontakt@oemus-media.de
Deutsche Bank AG Leipzig
BLZ 860 700 00, Kto. 1 501 501

Produktionsleitung:

Gernot Meyer · Tel.: 0341 48474-520
E-Mail: meyer@oemus-media.de

Anzeigendisposition:

Marius Mezger · Tel.: 0341 48474-127
E-Mail: m.mezger@oemus-media.de

Korrektorat:

Ingrid Motschmann · Tel.: 0341 48474-125
Frank Sperling · Tel.: 0341 48474-125
Hans Motschmann · Tel.: 0341 48474-126

Herstellung:

Dipl.-Des. Jasmin Hilmer · Tel.: 0341 48474-118

Abo-Service:

Andreas Grasse · Tel.: 0341 48474-201

Druck:

Löhnert Druck
Handelsstraße 12
04420 Markranstädt



Erscheinungsweise/Bezugspreis

face international magazine of orofacial esthetics erscheint 4 x jährlich. Der Bezugspreis beträgt für ein Einzelheft 10 € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Jahresabonnement im Inland 44 € ab Verlag inkl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Kündigung des Abonnements ist schriftlich 6 Wochen vor Ende des Bezugszeitraumes möglich. Abonnementgelder werden jährlich im Voraus in Rechnung gestellt. Der Abonnent kann seine Abonnement-Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Absenden der Bestellung schriftlich bei der Abonnementverwaltung widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs (Datum des Poststempels). Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bestimmungen um ein Jahr, wenn es nicht 6 Wochen vor Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wurde.

Verlags- und Urheberrecht:

Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlegers und Herausgebers unzulässig und strafbar. Dies gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Mit Einsendung des Manuskriptes gehen das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Verfasser dieses Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderteile und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Firmennamen, Warenbezeichnungen und dergleichen in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Bezeichnungen im Sinne der Warenzeichen- und Warenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten seien und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Gerichtsstand ist Leipzig.



face

international magazine of orofacial esthetics

Abonnieren Sie jetzt!

Unter der Devise „Esthetics follows function“ wird derzeit im Hinblick auf die orofaziale Ästhetik ein neues Kapitel der interdisziplinären Zusammenarbeit von MKG- und Oralchirurgen, HNO- und Augenärzten, Dermatologen, plastisch/ästhetischen Chirurgen und Zahnmedizinern aufgeschlagen, da sich sowohl die Erhaltung als auch die Wiederherstellung der orofazialen Ästhetik zunehmend als interdisziplinäre Herausforderung erweist. Auf der Grundlage der Entwicklung neuer komplexer Behandlungskonzepte wird die ästhetische Medizin künftig noch besser in der Lage sein, dem Bedürfnis nach einem jugendlichen, den allgemeinen Trends folgenden Aussehen zu entsprechen. Gleichzeitig eröffnen sich in der Kombination verschiedener Disziplinen völlig neue Möglichkeiten.

Diesen Zukunftstrend begleitet die seit März 2007 4-mal jährlich zunächst in deutscher Sprache erscheinende Fachzeitschrift „face“ international magazine of orofacial esthetics.

Bestellung auch online möglich unter:
www.oemus.com/abo



Ja, ich möchte **face** im Jahresabonnement zum Preis von 44 €/Jahr inkl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten beziehen.

Die Lieferung beginnt mit der nächsten Ausgabe nach Zahlungseingang (bitte Rechnung abwarten) und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird (Poststempel genügt).

▶ **Antwort** per Fax 0341 48474-290 an OEMUS MEDIA AG oder per E-Mail an grasse@oemus-media.de

Name, Vorname

Firma

Straße

PLZ/Ort

E-Mail

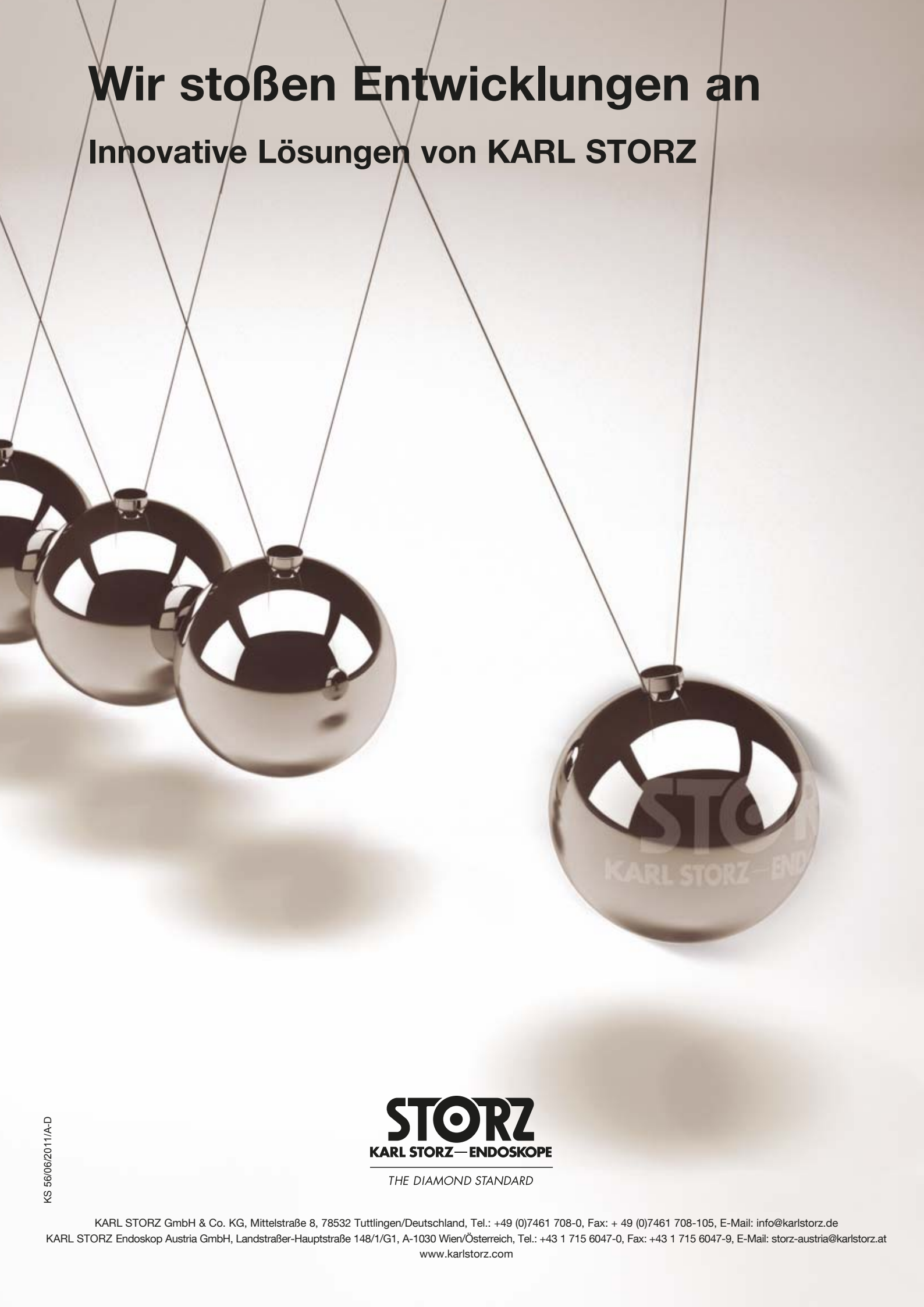
Unterschrift

Widerrufsbelehrung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt.

Unterschrift

Wir stoßen Entwicklungen an

Innovative Lösungen von KARL STORZ



STORZ
KARL STORZ—ENDOSKOPE

THE DIAMOND STANDARD

KS 56/06/2011/A-D

KARL STORZ GmbH & Co. KG, Mittelstraße 8, 78532 Tuttlingen/Deutschland, Tel.: +49 (0)7461 708-0, Fax: + 49 (0)7461 708-105, E-Mail: info@karlstorz.de
KARL STORZ Endoskop Austria GmbH, Landstraßer-Hauptstraße 148/1/G1, A-1030 Wien/Österreich, Tel.: +43 1 715 6047-0, Fax: +43 1 715 6047-9, E-Mail: storz-austria@karlstorz.at
www.karlstorz.com