Rejuvenation durch minimalinvasive Technik der Augenlidplastik

Autor _ Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich, Leipzig

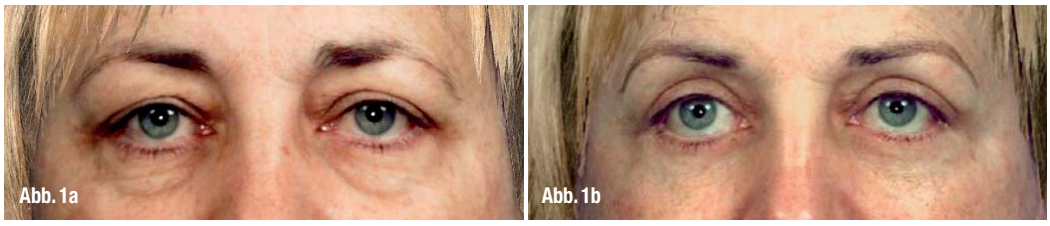

Abb. 1a–b_Deutlicher Hautüberschuss an Ober- und Unterlidern mit Andeutung von „Tränensäcken" an den Unterlidern (1a) vor und (1b) nach der operativen Korrektur aller vier Lider.

_Ab dem 4. Lebensjahrzehnt lassen Elastizität und Spannung der Haut ganz allmählich nach. Dies gilt auch für die Augenlider. Im Einzelfall kann dies dazu führen, dass ausgedehnte Hautfalten im seitlichen Bereich des Oberlides sich bis auf die Wimpern absenken und sogar das seitliche Blickfeld beeinträchtigen, zumindest aber den Eindruck eines „schweren Lides" erwecken (Abb. 1).

Im Bereich der Unterlider kommt es bei entsprechender Disposition des Individuums zur Ausbildung von sogenannten „Tränensäcken". Hier liegt jedoch keinesfalls ein Überschuss schlaffer Haut alleine zugrunde. Vielmehr kommt es durch Nachlassen der Spannung von hinter dem eigentlichen Augenlid gelegenen Strukturen (Septum orbitale) zu einem Nachrücken und Vorwölben des innerhalb der Augenhöhle gelegenen Fettes. Dieses kann schließlich sogar zu einer Verformung der Wange um und unterhalb des Jochbeins führen.

All diese Veränderungen lassen sich mit angemessenem Aufwand chirurgisch korrigieren. Es bedarf hierzu jedoch entsprechender Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Gesichtschirurgie, wie sie zum Beispiel im Rahmen der Facharztausbildung zum Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen oder Hals-Nasen-Ohren-Arzt beziehungsweise Augenarzt mit einer anschließenden Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen" vermittelt werden.

Tabelle 1_Checkliste zur Untersuchung eines Patienten vor Blepharoplastik.

Tabelle 1

Patientenevaluation

1. Systemische Erkrankungen & Medikation
2. Auge/Orbita
3. Hautüberschuss, Fettprolaps, Muskelüberschuss
4. Erschlaffung des Unterlides
5. Hypertrophie des Augen-Ringmuskels
6. Wangenfettpolster, Lachlinien

_Untersuchung des Patienten

Vor einem operativen Eingriff müssen immer mögliche Vorerkrankungen abgeklärt werden. Insbesondere darf keine Störung der Blutgerinnung vorliegen, da nicht vorhersehbare Einblutungen in das Operationsfeld das Ergebnis erheblich verschlechtern können. Viele Menschen werden heute mit blutverdünnenden Mitteln behandelt, so zum Beispiel bei Herzrhythmusstörungen, nach Erweiterung der Herzkranzgefäße, Herzinfarkten oder tiefen Beinvenenthrombosen. Hier muss die Indikation zu einer Lidplastik äußerst zurückhaltend gestellt werden, wenn sie überhaupt durchgeführt werden kann.

Die körperliche Untersuchung umfasst dann die Prüfung der Hautspannung, eines möglichen Haut-

überschusses, einer Vorwölbung des Augenfettes oder des Vorliegens von Lidmuskelüberschüssen (Tab. 1).

Wenn darüber hinaus die Lidöffnung 10 mm wesentlich überschreitet und die untere Lidkante nicht etwa auf der Höhe des unteren Pupillenrandes liegt, oder schließlich der Augapfel wegen einer sehr klein gewachsenen Augenhöhle nach vorn herauszudrängen scheint, sind dies auch mögliche Hinderungsgründe zur Durchführung einer Lidplastik (Abb. 2).

Der Operateur wird in aller Regel einen horizontalen Traktionstest durchführen, bei dem er das Lid zwischen zwei Finger nimmt, es etwas vom Augapfel abzieht und zurückschnellen lässt. Ein Gleiches gilt auch für die vertikale und horizontale Dimension (Abb. 3a–c). Wenn der Patient hier stark blinzelt, müssen spezielle Maßnahmen getroffen werden, damit das Augenlid nach dem Eingriff nicht vom Augapfel absteht und somit seine „Wischerfunktion" der regelmäßigen Befeuchtung und Säuberung der Augenoberfläche nicht mehr nachkommen kann (Fachausdruck: Ektropion).

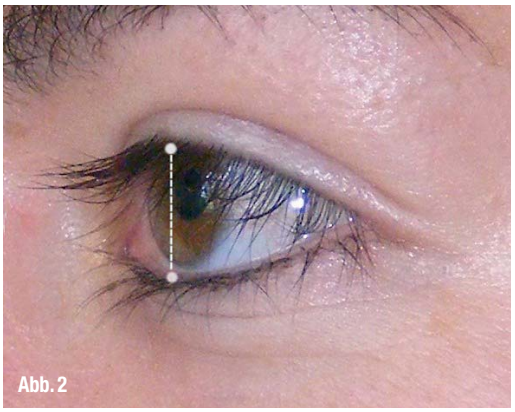
Abb. 2

Abb. 2_Mittlere vertikale Lidöffnung = 10 mm, Unterlid auf Höhe des Limbus inferior.

_Die Operation

Das Oberlid

Die Beseitigung eines Hautüberschusses im Oberlid lässt sich im Allgemeinen recht gut ambulant in örtlicher Betäubung vornehmen. Dabei wird zunächst am sitzenden Patienten die Menge der zu entfernenden Haut abgemessen. Es ist zumeist seitlich etwas mehr als zur Mitte hin. Es folgt das Einzeichnen der unteren Schnittkante in einer Falte oberhalb der Lidplatte. Der Operateur greift dann die Haut mit einer stumpfen Pinzette und hebt sie gerade soweit an, dass der Lidschluss noch problemlos möglich ist. Dann zeichnet er die obere Schnittführung an, sodass sich eine elliptoide Spindel ergibt (Abb. 4). Im Allgemeinen liegt der Überschuss bei etwa 8 bis 10 mm in der Lidmitte.

Nach sorgfältigem Abdecken der Hornhaut und der Bindehaut mit einer dicken Salbenschicht erfolgt die Injektion des örtlichen Betäubungsmittels. Dann kann das Nachfahren der Zeichnung mit einem geeigneten Instrument folgen. Ich selbst verwende dabei gern ein Radiofrequenzgerät, das den Vorteil sehr geringer Verziehung der Haut durch den nur leichten Kontakt mit gleichzeitiger Verschorfung der Wundränder (Verhinderung von Blutungen) in sich vereint. Nach dem Abpräparieren der Haut muss der Operateur entscheiden, ob zusätzlich ein kleiner Muskelstreifen zu entfernen ist und gegebenenfalls auch ein wenig Augenhöhlenfett. Nach sorgfältiger Blutstillung mit einer bipolaren Koagulationspinzette erfolgt die Vereinigung der Wundränder mit einer nichtresorbierbaren, innerhalb der Haut gelegenen Naht (Intrakutannaht). Die Wunde wird zusätzlich über einen Steristrip-Verband gesichert (Abb. 5).

Das Unterlid

Die Operation im Bereich der Unterlider ist deutlich schwieriger, da hier in den meisten Fällen Augenhöhlenfett mit entfernt oder verlagert werden muss und zusätzlich eine Neuanheftung eines Teils des M. orbicularis oculi (Ringmuskel des Auges) notwendig wird. Auch dieser Eingriff lässt sich in örtlicher Betäubung durchführen.

Hier wird zunächst nur der etwa 2 mm unterhalb der Lidkante gelegene Schnitt angezeichnet, der bis in die Lachfalten seitlich des Auges verlängert werden kann (Abb. 6). Dann erfolgt wiederum nach geeignetem Schutz der Hornhaut des Auges die Infiltration des Operationsgebietes mit dem örtlichen Betäubungsmittel. Die Präparation beginnt mit dem Abheben der Lidhaut vom M. orbicularis oculi bis etwa

Abb. 3a_Horizontaler Traktionstest.
Abb. 3b_Vertikaler Traktionstest.
Abb. 3c_Lateraler Traktionstest.

Abb. 3a

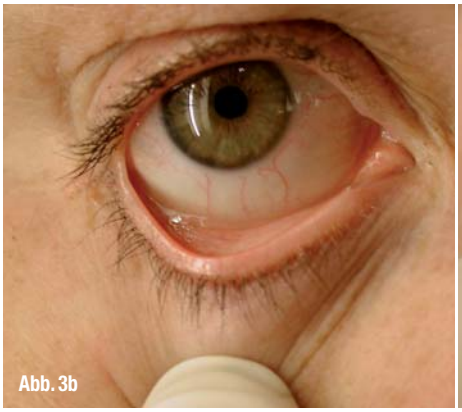
Abb. 3b

Abb. 3c

Abb. 4_Hautexzisionen im Ober- und Unterlid (nach Naumann).

Abb. 4

unter die Kante der Lidplatte (des Tarsus) (Abb. 7). Danach wird die Lidmuskulatur stumpf in Faserrichtung durchtrennt und die Präparation stumpf auf dem Septum orbitale (Trennschicht zwischen Augenmuskel und innerem Augenfett) bis zum Unterrand der Augenhöhle fortgesetzt. Der Operateur kann dann die Unterlidhaut völlig spannungsfrei über die Lidkante legen und dabei feststellen, wie viel Hautüberschuss sich problemlos entfernen lässt, ohne ein Ektropion (Ausbördeln der Lidkante) zu provozieren. Nach der Entfernung dieses Hautüberschusses könnte ebenfalls die intrakutan gelegene Nahtversorgung erfolgen. Bei den Unterlidern wird jedoch in aller Regel die Eröffnung des Septum orbitale drei Stellen zur Nase hin, in der Mitte und zur äußeren Seite hin notwendig sein, damit etwas überschüssiges Fett entfernt oder in eine andere Region der Orbita verlagert werden kann (Abb. 8).

Hierbei ist peinlichst genau darauf zu achten, jede noch so kleine Blutung zu vermeiden, um nicht im Laufe der ersten Stunden nach der Operation eine Blutergussbildung (Hämatom) innerhalb des geschlossenen Augenhöhlenraumes zu provozieren, die im ungünstigsten Falle durch Druck auf den Sehnerven zur Erblindung führen könnte.

Als Vorbeugung gegen ein Ektropion empfiehlt es sich, den unteren Anteil des Augenringmuskels (M. orbicularis oculi) mit einer sehr langsam resorbierbaren Naht (z. B. PDS) am Periost (der Knochenhaut) des äußeren Augenhöhlenrandes mit einer Zugrichtung nach außen oben hin zu fixieren (Abb. 9). Danach erfolgt ganz normal der Hautverschluss mit einer fortlaufenden Intrakutannaht. In manchen Fällen müssen seitlich noch einige Einzelknopfnähte gesetzt werden. Zum Abschluss der Operation werden Steristrip-Verbände aufgebracht.

_Beseitigung des vor und unter dem Jochbein gelegenen Fettprolapses

Bei nicht wenigen Menschen kommt es zu einem Absinken dieses vor dem Jochbein und hinter dem Augenmuskelring gelegenen Fettpolsters und dem Entstehen einer unschönen Vorwölbung im Bereich der Wange (Abb. 10a–c).

Hier kann man denselben minimalen Zugang im Augenlid dieses Fett hinter und unter dem Augenringmuskel präparieren und wieder nach kranial verlagern. Das Fettpolster wird dann mit einigen langsam resorbierbaren Nähten (PDS-Fäden) am Periost (der Knochenhaut) des unteren Augenrandes fixiert. Hierdurch gelingt die Glättung der Wangenkontur ohne jede sichtbare Narbe.

Abb. 5

Abb. 6

Abb. 7

Abb. 8

Abb. 5_Steristrip-Verband nach Oberlidplastik.
Abb. 6_Subziliärer Schnitt 2 mm unterhalb der Lidkante.
Abb. 7_Hautpräparation bis an die Unterkante des Tarsus.
Abb. 8_Hervorquellen des Infraorbitalis-Fettes nach Eröffnung des Septum orbitale.

Abb. 9_Neuanheftung des M. orbicularis oculi nach kranio-lateral am Periost zur Vorbeugung eines Ektropions (nach Mommaerts).
Abb. 10a_Patientin mit deutlichem Prolaps des Wangenfettes vor dem Jochbein.
Abb. 10b_Anheftung des vorher abgesunkenen Fettkörpers am Periost des Infraorbitalrandes.
Abb. 10c_Dieselbe Patientin postoperativ.

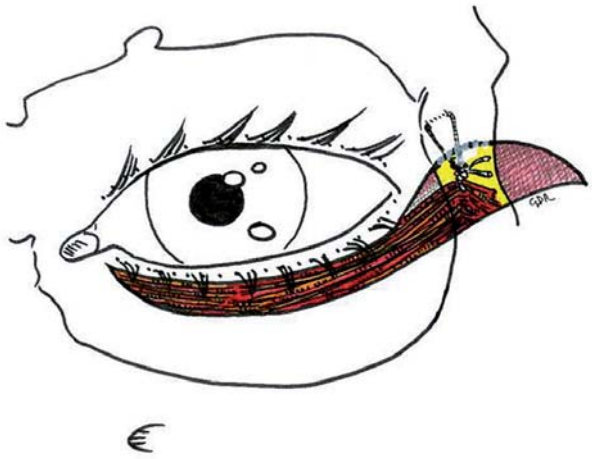

Abb. 9

_Nachbehandlung

Der Patient sollte direkt im Anschluss an den Eingriff mit feuchten Watteläppchen sorgfältig kühlen und dies für etwa zwei Tage fortsetzen. Nach etwa fünf bis sieben Tagen werden die Nähte entfernt und die Steristrip-Verbände für die Dauer von weiteren zwei bis drei Tagen einmal erneuert.

Eine leichte, nach außen oben gerichtete Massage des Unterlides hilft auch, narbige Verziehungen zu vermeiden. Im Allgemeinen ist ein Lidhämatom (Bluterguss) nach einer Woche schon weitgehend abgeklungen. Abhängig vom Alter und der Beschaffenheit der Haut des Patienten, können Reste des Hämatoms bis zum Ende der zweiten Woche noch verbleiben.

_Gravierende Komplikationen

Ektropion

Bei Entfernung von zu viel Haut im Unterlid besteht die Gefahr, dass sich die Lidkante ausbördelt und ein Ektropion entsteht. In solchen Fällen kommt es zum Tränenträufeln. Die Lidkante befeuchtet das Auge nicht mehr korrekt. Es könnten kleine Schmutzpartikel auf dem Auge verbleiben. Eine Konjunktivitis mit ständig rotem Auge ist die Folge.

Sehr milde Formen lassen sich durch nach außen oben gerichtete Steristrips deutlich verbessern, wenn man diese über zwei bis drei Wochen immer wieder erneuert. Zusätzlich hilft die nach außen oben gerichtete regelmäßige Massage. Geht dieser Zustand jedoch nach ein bis zwei Monaten nicht zurück oder verstärkt sich sogar, wird eine Revision mit Neueinpflanzung des Augenringmuskels und im ungünstigsten Fall mit der Notwendigkeit zur Einpflanzung eines Hauttransplantates im Unterlidbereich notwendig werden. Dieses Hautstück kann hinter dem Ohr entnommen werden, wo eine sehr große Ähnlichkeit von Hautfarbe und Textur mit dem Lid herrscht.

Abb. 10a

Abb. 10c

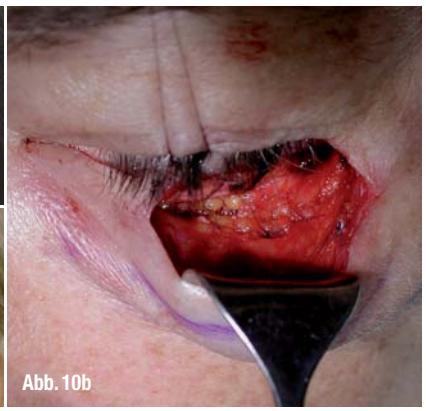

Abb. 10b

ANZEIGE

2. Leipziger Symposium für rejuvenile Medizin und Zahnmedizin

Schönheit als Zukunftstrend – Möglichkeiten und Grenzen Ästhetischer Chirurgie und Kosmetischer Zahnmedizin

22./23. Januar 2010
WHITE LOUNGE®, Leipzig/Marriott Hotel Leipzig

Faxantwort
03 41/4 84 74-2 90

Bitte senden Sie mir das Programm zum 2. Leipziger Symposium für rejuvenile Medizin und Zahnmedizin am 22./23. Januar 2010 in Leipzig zu.

Praxisstempel

Face 3/09

Abb. 11a–d_Eine Patientin präoperativ (11a–b) und postoperativ nach Lidplastik an allen vier Augenlidern (11c–d).

Erblindung

Die gravierendste Komplikation wäre die Erblindung durch ein innerhalb der Augenhöhle gelegenes Hämatom. Aus diesem Grunde muss das Sehvermögen nach dem Eingriff für einige Stunden gut beobachtet werden.

Direkt postoperativ wird sicherlich ein leicht verschwommenes Sehen zu konstatieren sein, da noch Salbenreste auf dem Auge liegen. Der Verlust des Farbsehens oder deutlich unschärferes Sehen, zumeist einhergehend mit zunehmendem Schmerz und zunehmender Härte des Augapfels deuten jedoch auf eine Beeinträchtigung des Sehnerven hin. Hier müssen sofort die Hautnähte gelöst und ein Abfluss für das in der Augenhöhle entstandene Hämatom geschaffen werden.

_Kleinere Komplikationen

Es können kleine Epithelzysten im Bereich der Schnittkante entstehen. Diese lassen sich relativ leicht ambulant in örtlicher Betäubung entfernen.

In seltenen Fällen gibt es Narbenhypertrophien. Auch diese können im Allgemeinen durch eine sehr vorsichtige Exzision korrigiert werden.

Noch viel seltener kommt es zu einer Hyperpigmentation (Verfärbung der Lidhaut). Hier kann im Einzelfall 4%iges Hydrochinon als Bleichmittel helfen.

Ab und zu klagen Patienten auch über ein trockenes Auge. Hier müssen in aller Regel Augentropfen zur Befeuchtung verschrieben werden. Dabei ist zu beachten, dass die Befeuchtung des Auges auch jedes Jahrzehnt im Lebensalter abnimmt.

_Zusammenfassung

Die Blepharoplastik mit oder ohne Korrektur des orbitalen Fettkörpers sowie die Korrektur des abgesunkenen Wangenfettes sind vielfach erprobte Eingriffe, die in der Hand des erfahrenen Operateurs sicher und verlässlich durchgeführt werden können.

Von entscheidender Bedeutung ist jedoch, den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten präoperativ genau zu würdigen und Besonderheiten des Operationsgebietes anhand geeigneter Untersuchungen zu erkennen (Abb. 11a–d). _

Literaturliste

– Mommaerts MY, De Riu G:
Prevention of lid retraction after lower lid blepharoplasties: an overview.
J Craniomaxillofac Surg. 28: 189–200, 2000
– Moy RL, Fincher EF:
Blepharoplasty.
Elsevier Saunders, 2006
– Naumann et al.:
Kopf- und Halschirurgie.
Thieme Verlag, 3 Bände 1995/96/90

_Kontakt face

Professor Dr. Dr. Alexander Hemprich

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
Universität Leipzig
Nürnberger Str. 57
04103 Leipzig

Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V.

Jetzt Mitglied werden und Vorteile sichern!

Qualitätsmanagement ISO 9001:2000
▶ Regelmäßige freiwillige Überwachung
DEKRA Certification
DEKRA zertifiziert

Die Fachgesellschaft für seriöse, ästhetische, plastische Chirurgie und kosmetische Zahnmedizin

- Innovative Fortbildungsveranstaltungen
- Attraktives Patientenmarketing für Mitglieder
- Therapieschwerpunkte und Gütesiegel für Mitglieder
- ISO-zertifiziert durch die DEKRA

Geschäftsstelle:
Feldstraße 80 | D-40479 Düsseldorf
Tel.: +49-2 11/1 69 70-79 | Fax: +49-2 11/1 69 70-66
sekretariat@igaem.de
www.igaem.de

Vorstand IGÄM e.V.:
Präsident Prof. Dr. Dr. habil. Werner L. Mang
Vizepräsident Dr. Marian S. Mackowski
Schatzmeister Prof. Dr. Dr. Eckhard Dielert
Schriftführer Dr. Mark A. Wolter