Midface-Lift – Optimierungsmöglichkeiten bekannter Methoden

… oder weshalb kleine Vektoren manchmal mehr bewirken können als die klassische zerviko-faciale Präparation

Autoren: Dr. med. Benjamin Gehl, Dr. med. Stefan Gärner, Priv.-Doz. Dr. med. Artur Worseg

Das reife Mittelgesicht eines jeden Patienten ist einzigartig und verlangt so die individuelle Beratung und Beurteilung im Falle eines geplanten operativen Eingriffs.

Das gehobene Alter des Patienten führt, wie bildgebende Studien des Schädelknochens zeigen, meist zu einer Atrophie der Knochenstruktur, im Falle der Wangenpartie unter anderem zu einem Absinken des unteren Orbitarandes und zu einem Volumendefizit im Mittelgesichtsbereich. Patienten berichten als Zeichen der Alterung von einer eingefallenen Wangenpartie, prominenten Tränensäcken, dunklen Augenringen, einem müden Gesichtsausdruck und einer Abflachung der Konturen. Durch das Absinken von Geweben wie Haut-, Fett- und Muskelgewebe im Unterlidbereich kommt es zu einer Akzentuierung des unteren Orbitarandes, wodurch die Knochenstruktur der Augenhöhle deutlicher erkennbar wird. Diese Veränderungen werden als Zeichen des Alterns stärker wahrgenommen, wie eine Faltenbildung im gesamten Gesichtsbereich.

Zur Anhebung des „eingesunkenen Mittelgesichts" stehen zahlreiche endoskopische und offene Techniken zur Verfügung. Zur individuellen und möglichen isolierten Anhebung im Mittelgesichtsbereich eignen sich nicht immer die klassischen zerviko-facialen, nach lateral-kranial gerichteten Vektoren. Die hier beschriebenen medialen und lateralen Vektoren erlauben eine Anhebung des Mittelgesichts nach medial und kranial bzw. lateral und kranial in isolierter oder auch kombinierter

Abb. 1

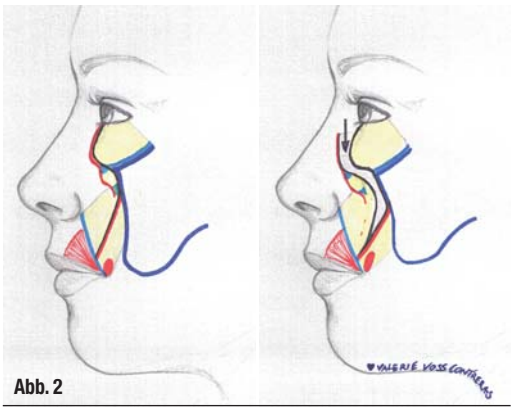


Abb. 2

Abb. 1: Markierung der Vektorbasis in Projektion auf die Haut.
Abb. 2: Präparationsschicht nach subciliärem Zugang.

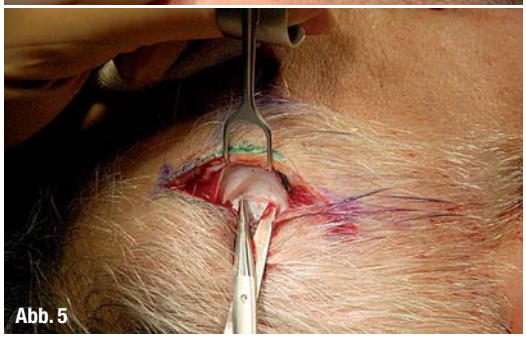


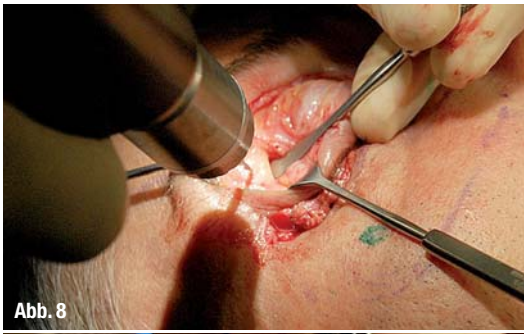
Abb. 3 und 4: Darstellung der unteren Orbitakante. Präparation der subperiostalen Tasche und Heben der Lappenplastik nach kaudal.
Abb. 5 und 6: Intraoperativer temporaler Zugang.

Technik (z.B. eines SMAS-Facelifts) über einen narbensparenden subciliären Zugang.

Operationstechnik

Als stationär geplanter Eingriff wird das Mittelgesichtlift aufgrund einer ossären Fixation der Zügelnähte in Vollnarkose durchgeführt. Die Operation erfolgt in Rückenlage. Präoperativ wird im Stehen die Basis der Vektoren im Mittelgesicht angezeichnet. Diese findet sich 1 cm kranial/lateral der Kreuzungspunkte aus waagerechter Linie, ausgerichtet am Nasenflügel und Senkrechter des äußeren Augenwinkels (Abb. 1 und 3).

Der operative Schnitt und Zugang erfolgt subciliär am Unterlid. Die Präparation wird subkutan unter Darstellung des Musculus orbicularis oculi durchgeführt. Hier wird der präseptale Abschnitt des Musculus orbicularis oculi dargestellt und auf dieser Höhe durchtrennt; so erfolgt die nach kaudal gerichtete Lappenpräparation (Abb. 2).
Der Arcus marginalis des peripheren Septums wird vollständig gelöst und die untere Orbitakante dargestellt. Die weitere Präparation erfolgt subperiostal mit Schonung des Nervus infraorbitalis und Bildung einer subperiostalen Tasche (Abb. 3 und 4) unter vorsichtiger Lösung des Periosts mittels Raspatorium. Arteria und Nervus zygomaticofacilias werden ebenfalls ge-



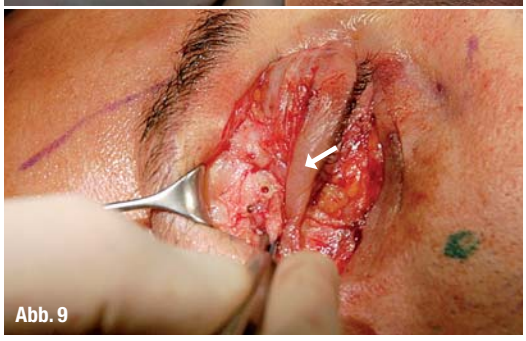


Abb. 7: Lage der Bohrlöcher am unteren Orbitarand.
Abb. 8–10: Bohrlochanlage im Bereich der oberen Orbitakante zur Aufhängung der lateralen Kanthopexie.

Abb. 11 und 12: Präoperative und zehn Monate postoperative Ansicht nach Midface-Lift mithilfe der superio-medialen und superio-lateralen Vektoren.

schont, wenngleich Ligatur und Durchtrennung von Nerv und Arterie problemlos möglich sind. Die Präparation läuft nach kaudal in Richtung des Musculus zygomaticus major aus.

Das Gewebe wird nun auf Höhe der zuvor definierten Vektorbasis (Abb. 1 und 3), in Projektion auf die Haut, gefasst und in Richtung der Vektoren nach lateral oder medial transponiert. Bei besonders tiefer Nasolabialfalte kann die beschriebene Präparation auch sub-SOOF (sub-orbicularis-oculi-fat), anstelle von subperiostal erfolgen.

Der superio-mediale Vektor fast die Vektorbasis und zieht nach medial Richtung Pupille und unterem Orbitaboden, wodurch ein definiertes Volumendefizit auch medial durch eine Kranialisierung des SOOF und transponierten Gewebes aufgefüllt und ausgeglichen werden kann. Hier erfolgt die Fixation am unteren Orbitarand über Bohrlöcher und Zügelnähte (Abb. 7).

Der superio-laterale Vektor zieht nach kranial/lateral in Richtung der Crista temporalis, wo die Zügelnaht fixiert werden kann. Hierzu wird ein temporaler Zugang geschaffen (Abb. 5 und 6).Bekannterweise müssen bei Schaffung des Zugangs und Anlage der Zügelnähte die lokalen Nerven geschützt werden. Beim temporalen Hautschnitt ist auf den Ramus lateralis des Nervus supraorbitalis zu achten sowie auf den Nervus frontalis bei der Präparation und Lösung der Tension line an der Crista temporalis.

Zur Aufhängung des mobilisierten Mittelgesichtlifts und einer im folgenden möglichen Kanthopexie (Abb. 10) bevorzugen wir Bohrlöcher. Diese werden am kaudalen Orbitarand (Abb. 7) und kranio-lateralen Orbitarand (Abb. 8 und 9) mit einem 1,7-mm-Bohrer unter Schonung der Weichteile angelegt. Drei Bohrlöcher am unteren und ein Bohrloch am oberen Orbitarand sind für eine Fixation ausreichend. Wir verwenden resorbierbares Nahtmaterial, z.B. Vicryl, der Stärke 2-0. Nach Prüfung und möglicher Korrektur von Lage und Spannung der Zügelnähte und somit Stärke und Lage der Vektoren erfolgt nach Blutstillung der schichtweise Hautverschluss.

Ergebnisse

Im Jahr 2013 wurden 25 Patienten im Institut für plastische Chirurgie mit dieser Technik operiert. Die retrospektive Betrachtung der Nachsorge beinhaltet das unmittelbar postoperative Ergebnis, eine Evaluation nach drei, sechs und partiell zwölf Monaten. Die Patientenzufriedenheit lag bei nahezu 100 Prozent. Als Komplikationen traten bei forcierter Lappenhebung eine temporare venöse Stauung, Hämatome und langsam regrediente Schwellung der Wangenpartie auf, welche im Laufe der Wundheilung vollständig verschwanden.

Diskussion

Lange beschriebene endoskopische und offene Techniken konzentrieren sich meist auf einen stark nach lateral gerichteten Vektor zerviko-facial mit entsprechend langen Narben oder auch nur im Mittelgesichtsbereich. Sofern die Beurteilung des Mittelgesichtes ein stark ausgeprägtes „v"-förmiges Volumendefizit medial und lateral zeigt, das nicht perfekt durch eine Lateralisierung der präparierten Lappenplastik ausgeglichen werden kann, eignet sich, neben dem berechtigten lateralen Vektor, hier in Form des superio-lateralen Vektors, vor allem der nach medial/kranial gerichtete superio-mediale Vektor, da

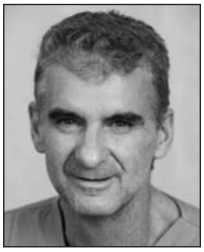
Abb. 12

dieser zu einer Füllung des Volumendefizits, unter Zuhilfenahme des SOOF, gerade auch im medialen Anteil führt. Wie Dr. Stoff und Dr. Richter bereits 2004 in der FACE publizierten, ist die knöcherne Verankerung des Mittelgesichts ein entscheidender Faktor, um langfristige, gute Ergebnisse zu erzielen. Entgegen der verbreiteten Anwendung von nicht resorbierbarem Nahtmaterial verwenden wir bewusst resorbierbares Nahtmaterial, da wir eine im Verlauf der Resorption auftretende Verklebung der Schichten für eine Stabilität im Mittelgesicht als ausreichend erachten, wie unsere Ergebnisse bisher auch bestätigen. Ebenfalls reduziert sich so das Risiko von Fadengranulomen bei nicht eingebrachtem, permanentem Fremdmaterial. Eine aufgetretene postoperativ verzögerte Abschwellung des OP-Gebietes, Hämatome und die venöse Stauung der Lappenplastik im Mittelgesichtsbereich lassen sich auf eine forcierte Präparation und somit auf eine Verringerung des venösen Abflusses zurückführen. Die Vorteile dieser Vektoren, die hier neben der OP-Technik aufgeführt werden sollen, sehen wir in der Anhebung des Mittelgesichts in isolierter Technik entsprechend der Probleme der Alterserscheinungen in diesem Bereich sowie deutlich verkürzter Operationsnarben im haartragenden Kopfbereich. Klassische Vektoren, die weit nach lateral in Richtung Tragus und nur nach temporal ziehen, sind oft korrekt gewählt, jedoch teilweise nicht zielführend. Hier empfiehlt es sich, die beschriebenen Vektoren und das SOOF in die Planung mit einzubeziehen.

Tricks, Techniken und Gründe der Anwendung sollten interdisziplinär diskutiert werden, um den Austausch der Generationen zu fördern._

Kontakt

face



Priv.-Doz. Dr. med. Artur Worseg

Gründer und Inhaber des Instituts für plastische Chirurgie

Dr. med. Stefan Gärner
Ansprechpartner „Face-Lift“

Dr. med. Benjamin Gehl
Weiterbildung Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische Chirurgie, Verbrennungsmedizin
Benjamin.Gehl@gmail.com

Infos zum Autor

Institut für plastische Chirurgie
Sieveringer Straße 36, 1190 Wien, Österreich
Tel.: 43 1 328 73 37-0
Fax: 43 1 328 73 37-33
office@ifpc.at