

# Evokation des SMAS Facelifting seit Skoog

Autor\_Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Höinig

Abb. 1: S-Facelift, Lexer 1910.

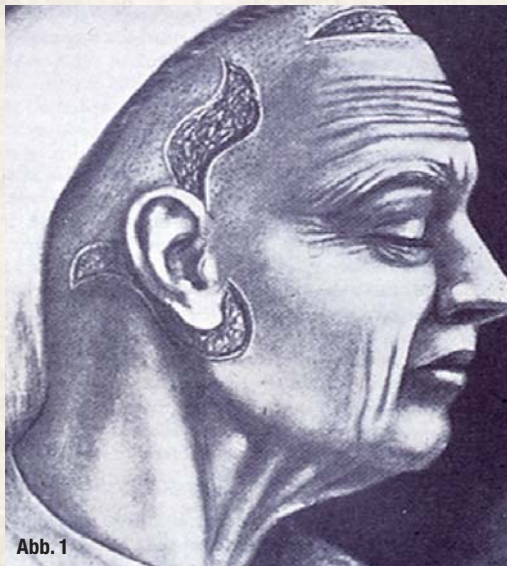


Abb. 1

## Historische Entwicklung des Faceliffts

Der Ursprung des Faceliffts ist unklar. Erst um die Jahrhundertwende finden die Behandlungen von Gesichtsfalten in der Literatur durch die Arbeiten von Cantrell (1902) und Canabes (1903) Erwähnung und gewinnen an Interesse.

Sicherlich wurden schon früher chirurgische Korrekturen von Faltenbildungen des Gesichtes durchgeführt; Hinweise in der Literatur fehlen jedoch. Möglicherweise ist ein Grund darin zu sehen, dass es zu damaliger Zeit verpönt war, über die Erfahrungen der reinen kosmetischen Chirurgie zu berichten, auch, um keine kollegiale Eifersucht zu erzeugen.

Abb. 2: Charles Conrad Miller.

Abb. 3: Gabor Aufricht.

Abb. 4: Tord Skoog.



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4

Anhand der vorigen Ausführungen ist es nicht verwunderlich, dass Erich Lexer erst 1910 über sein bereits 1906 durchgeführtes erstes Facelift berichtet und in seinem Artikel zur Gesichtsplastik sein chirurgisches Konzept, das sogenannte „S-Facelift“, vorstellt (Abb. 1). Im Jahr 1912 beschreibt der James Israel-Schüler, Eugen Holländer, der fälschlicherweise in enger Verbindung mit dem heutigen chirurgischen Facelifting-Konzept steht, im Handbuch der kosmetischen Chirurgie, seine 1901, wie er 1932 erklärt, angewandte Methode der chirurgischen Behandlung zur Verjüngung des Gesichtes, die jedoch keine Ähnlichkeit zu den eigentlichen Facelift-Techniken aufweist und lediglich eine präaurikuläre Hautexzision beinhaltetete, ohne dass er Gewebe unterminierte.

Andere frühere Berichte der Gesichtsverjüngung stammen von Charles Conrad Miller (Abb. 2) in den Jahren 1906 bis 1908, wobei er 1907 erstmals detailliert auf die Behandlung von Gesichtsfalten eingeht und von dem deutschstämmigen, in New York praktizierenden Arzt Kolle (1911) im Handbuch „Plastic and Cosmetic Surgery“ sowie von Joseph in Berlin 1912, der aber „wegen der dringenden Aufgaben des Krieges“ erst 1920 über seine Hängewangenplastik (Meliomioplastik) berichtet. Erich Lexer war der Literatur zufolge der erste, der zur Straffung der Gesichtshaut nicht nur die überschüssige Haut exzidierte, sondern zusätzlich eine subkutane Dissektion vornahm. Trotz der Tatsache, dass Lexer bereits 1910 auf die Bedeutung der subkutanen Unterminierung der Haut zur Verminderung enormen Zuges hinwies und der Tatsache, dass in den 30er-Jahren das Facelift als ein etabliertes Verfahren sowohl in Paris durch Passot, Stein in Wien, Hunt in New York und Glasgow, Booth in Seattle und Baume in Los Angeles galt, waren Faceliffts nur durch minimale subkutane Unterminierung der Haut charakterisiert, auch dann noch, als Barnes 1927 erneut auf die Bedeutung der subkutanen Dissektion, wie Lexer 17 Jahre zuvor, auch im Halsbereich hinwies.

Nahezu ein halbes Jahrhundert fanden diese Verfahren, die sich ausschließlich auf die subkutane Unterminierung zur Reposition der Wangen- und Halsre-



gion beschränkten, Anwendung und galten noch bis Anfang der 70er-Jahre als Standardverfahren der cervicofacialen Rhytidektomie.

In dieser Zeit änderte sich das klassische Facelift lediglich hinsichtlich der Schnittführungen, jedoch nicht vom chirurgischen Konzept her, wobei das Ausmaß der subkutanen Unterminierung von Chirurg zu Chirurg mit dem allgemeinen Trend zur großzügigeren Dissektion variierte.

Bereits 1960 wies der aus Ungarn stammende und in New York praktizierende Gabor Aufricht (Abb. 3) auf die Nachteile des standardisierten subkutanen Faceliftes hin, besonders bei Patienten mit submentalen Faltenanreicherungen, herabhängenden Wangen und Platysmaligamenten und sprach sich für die cervicofaciale Fettplikation aus, sodass in den nachfolgenden 15 Jahren das standardisierte Facelift durch Plikation der tieferen Weichgewebsschichten ergänzt wurde. Das Fettfasciengewebe der Wangen und des Halses wurde durch Suspensionsnähte kraniallateralisiert, jedoch ohne Unterminierung des superficialen musculoaponeurotischen Systems (SMAS). Tipton, der 1974 in einer Studie das subkutane Facelift mit der Fettgewebs-Plikationstechnik verglich, sah jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen diesen Techniken. Zwar wurden vereinzelt Arbeiten bekannt, wie z.B. 1961 von Pangman und Wallace, die über Erfahrungen und Vorteile der Fascienplikation bei der Gesichtsstraffung berichteten, doch gewann die Einbeziehung der SMAS in die operative Technik erst an Bedeutung, als Skoog (Abb. 4) im Jahre 1972 die heute genannte SMAS-Facelifttechnik inaugurierte und damit eine neue Ära des Facelifts einleitete (Abb. 5).

Wie zuvor Aufricht erkannte nämlich auch Skoog, dass das alleinige Standard-Facelift nicht ausreichend die Veränderung im Wangen- und Halsbereich berücksichtigte, sodass er neue Wege beschritt. Skoog unterminierte deshalb nicht nur die alleinige Haut, sondern auch eine Fascie, die später als SMAS-Fascie bekannt wurde, nachdem die Schüler von Tessier, Victor Mitz und Martine Peyronie sie 1976 als superficiales musculoaponeurotisches System (SMAS) (Abb. 5) beschrieben hatten. Skoog präparierte diese Fascie als eine solitäre Schicht, über die es möglich wurde, die Wangen- und Halsweichteile nach kraniallateral zu transpositionieren, wie seine originalen Abbildungen zeigen (Abb. 6 und 7a bis c). Er elevierte dazu die prätragiale Fascie (SMAS) und mobilisierte einen Platysmaflap. Ebenso wies er bereits auf die Spalten zwischen SMAS und dem darunterliegenden Gewebe hin, die eine Gewebedissektion in avaskulären Regionen ermöglichte. Erneut wies Brian Mendelson darauf 30 Jahre später hin, beschrieb sie detailliert und trug damit zum besseren Verständnis der extendierten sub SMAS Facelift-Techniken bei (Abb. 8). Der Vorteil der Einbeziehung des SMAS lag nach Skoog's Auffas-

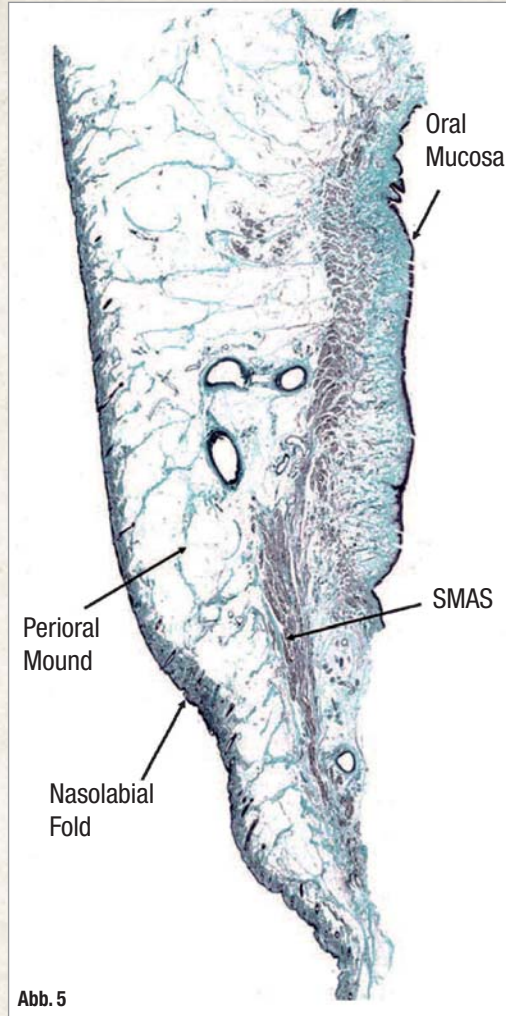


Abb. 5

Abb. 5: Histologie des Wangengewebes mit Darstellung des SMAS.

sung in der höheren Zugbeanspruchung des SMAS gegenüber der alleinigen Haut, was sich klinisch bestätigte. Damit erlang diese Methode für Jahre eine herausragende Bedeutung und Anwendung und gilt heute vielfach noch als Standardmethode

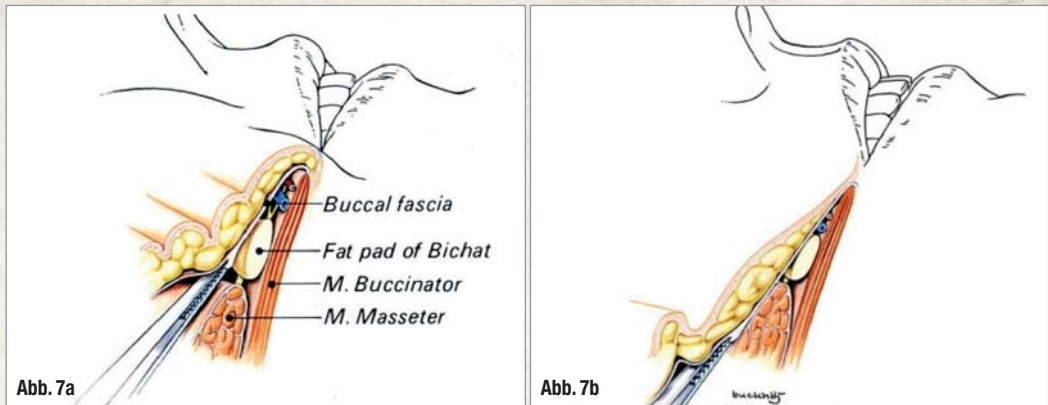
Abb. 6: Grafische Darstellung der Hautinzision und der SMAS-Fixation nach der von Skoog beschriebenen Methode des SMAS-Faceliftings.



Abb. 6



**Abb. 7a und b:** Grafische und klinische, intraoperative Darstellung vor und nach der SMAS-Suspension der von Skoog beschriebenen Facelift-Technik.



### Heutiges Facelift-Konzept

Die chirurgische Behandlung von Falten des Gesichtes, nachfolgend Rhytidektomie genannt, hat in den letzten 15 Jahren nachhaltige Veränderungen erfahren, die in erster Linie aus dem besseren Verständnis des muskulo aponeurotischen Systems (SMAS) und der ligamentären Strukturen des Gesichtes resultieren.

Wie bereits dargelegt, entwickelte sich die Rhytidektomie ursprünglich aus einer einfachen, limitierten Unterminierung der cervicalen Haut zu einer komplexeren, extensiven Unterminierung nicht nur der Haut, sondern auch tiefer gelegener facialer Strukturen, wie SMAS, Wangenfettkörper, Muskeln und Fascien mit Bildung verschiedener Rotations- und Transpositions-Muskelfascienlappen, die die heutige moderne Chirurgie des Faceliftings darstellen.

Ziel aller Facelift-Verfahren ist es, die Altersveränderungen zu reduzieren bei unauffälliger Narbenlokalisation und gleichzeitigem Erhalt der natürlichen Haargrenze.

Unterschiede der einzelnen Verfahren bestehen hinsichtlich der Präparation, Mobilisation und Transposition des SMAS-Platysma-Komplexes, wobei von vielen Autoren bei Patienten um die 50 Jahre mit wenigen Ausnahmen die extendeden Sub-SMAS-Verfahren bis hin zum composite facelift (Einbeziehung des M. orbicularis oculi in den SMAS-Platysma-Komplex, ohne den SMAS-Platysma-Komplex isoliert als solitäre Schicht zu präparieren) und subperiostalem Facelift befürwortet werden und lediglich die Indikation des reinen subkutanen Facelifts mit gegebenenfalls Imbrikation des Platysmas und des SMAS im facialen Bereich bei jungen Patienten um die dritte Lebensdekade gesehen wird.

**Abb. 7c:** Prä- und postoperative Ansicht einer von Skoog 1971 behandelten Patientin; deutlich wird die Verjüngung des Gesichtes bei natürlichem Aussehen.





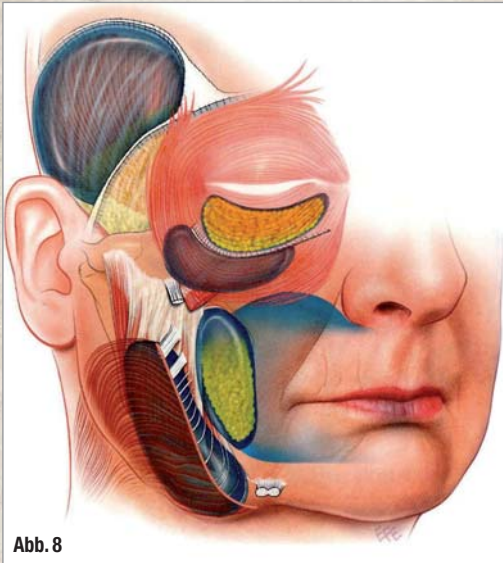


Abb. 8

ohne dass zuvor ein SMAS-Platysma-Lifting durchgeführt wurde.

### Schlussfolgerung

Diese von Skoog inaugurierte und späteren modifizierten SMAS-Plastiken ermöglichen eine natürlich aussehende Verlagerung des cervicofacialen Gewebes mit spannungsfreiem Wundverschluss (Abb. 9a und 9b) bei lang anhaltenden und zufriedenstellenden Ergebnissen, wie die nachfolgenden Abbildungen verdeutlichen (Abb. 10 und 11). Dies gilt im Besonderen für die High-SMAS-Technik, die die traditionelle SMAS-Platysmaplastik abgelöst hat, weil sie alle Zonen des Gesichtes, und zwar auch die submalaren Strukturen, mit in das chirurgische Konzept einbezieht und somit unterschiedlich, individuell angepasste Gewebsrepositionen – vor allem im oberen Mittelgesichtsbereich – und Fixationen ermöglicht. Dabei wird die Verankerung auf das spannungsresistente SMAS-Gewebe und nicht auf die wenig Spannung tolerierende Haut verlagert, bei kosmetisch unauffälligem Narbenbild und anatomisch gerechter Ohrachsenposition.

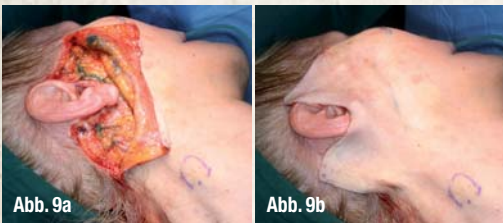


Abb. 9a

Abb. 9b

Der Grund für die extendierte Mobilisation und Transposition des SMAS-Platysma-Komplexes bei älteren Patienten liegt in der Tatsache der besseren Behandlungsmöglichkeit, die durch den Alterungsprozess hervorgerufene Gewebsverlagerung einschließlich des Wangenfettkörpers anatomisch gerecht zu reponieren und zu fixieren, wobei besondere Aufmerksamkeit der Nivellierung der Nasolabialfalte gilt.

### Indikationen des SMAS-Platysma-Facelift-Verfahrens

Indikationen für SMAS-Platysma-Verfahren stellen nach eigenen Erfahrungen Elastizitätsverluste des Gesichts- und Halsgewebes mit Ausbildung deutlicher Platysmabänder im cervicalen Bereich, Wangenptose und ausgeprägte Nasolabialfalten dar,



Abb. 10a

Abb. 10b



Abb. 11a

Abb. 11b

**Abb. 8:** Illustration der avaskulären Spatien des Gesichtes nach der Beschreibung von Mendelson.

**Abb. 9a und b:** Intraoperativer Situs vor und nach einer high SMAS rotation advancement SMAS-Plastik. Klinisch imponiert der cervicofaciale Hautüberschuss, der sich spannungsfrei über das Ohr legt.

### Kontakt

face



**Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig**  
 Ltd. Arzt Plastische und Ästhetische Chirurgie  
 Paracelsus-Klinik Hannover  
 Oertzeweg 24  
 30851 Hannover-Langenhagen  
 Tel.: 0511 7794-0

info@professor-hoenig.de  
 www.professor-hoenig.de  
 www.paracelsus-klinik.de

Infos zum Autor



**Abb. 10a und b:** Prä- (Abb. 10a) und postoperative Ansicht (Abb. 10b) einer Patientin, die sich einer high SMAS Facelift-Plastik unterzog. Sowohl das Mittelgesicht als auch die Halsregion weisen eine deutliche Reposition des Gewebes auf, das zu einem frischen und jüngeren Aussehen beiträgt.

**Abb. 11a und b:** Prä- (Abb. 11a) und postoperative Ansicht (Abb. 11b) einer Patientin, die sich nach einem sekundären Facelift einem high SMAS Facelift in Kombination mit einem subperiostalen Facelift unterzog. Durch Reposition der cervicofacialen Weichteile konnte klinisch ein deutlich frischeres Aussehen erzielt werden.