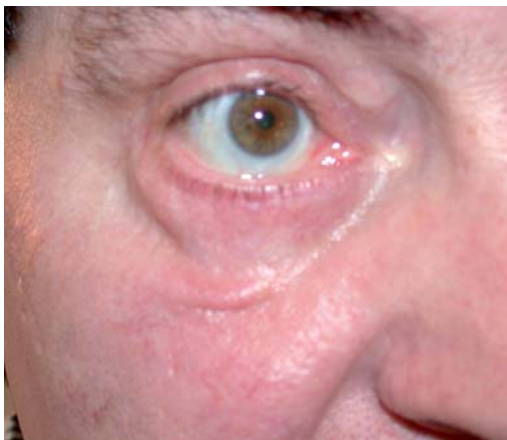


Die laterale Kanthoplastik in der Chirurgie des Unterlides und des Mittelgesichtes

Autor_Dr. med. Torsten Kantelhardt



Unsere Patienten mit dem Wunsch nach ästhetischen Veränderungen werden immer älter. Auch jenseits der achten Lebensdekade werden ästhetische Eingriffe – hauptsächlich im Gesicht – nachgefragt.

Gerade bei älteren oder voroperierten Patienten müssen wir die physiologischen und/oder iatrogenen Veränderungen bei der Operationsplanung mit einbeziehen.

Für die normale Position des Unterlides ist ein funktionelles Miteinander der intrinsischen Unterstützungsmechanismen durch den Saugnapfeffekt am Bulbus durch die Tarsalplatte, Zugkraft des medialen und lateralen kanthalen Bandapparates sowie der Muskelkraft, hauptsächlich des prä tarsalen Anteiles des M. orbicularis oculi, verantwortlich.

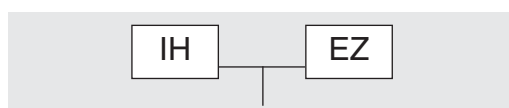


Abb. 1_ Waage extrinsische gegen intrinsische Kräfte.

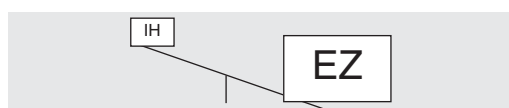


Abb. 2_ Ektropion.

Das Unterlid ist beim älteren Patienten durch die nachlassende Spannkraft des tarsalen Lidapparates physiologischerweise geschwächt. Die Hautelastizität gibt nach, die Wangenweichteile sinken nach unten ab. Durch jede Manipulation und erst recht durch jede Operation in diesem Bereich wird das labile Gleichgewicht zwischen intrinsischen Haltekräften (IH) und extrinsischen Zugkräften (EZ) weiter zu Ungunsten der Zugwirkung verschoben (Abb. 1).

Normale Unterlidachse: Die intrinsischen Haltekräfte stehen im Gleichgewicht mit den extrinsischen Zugkräften.

Unterlidachse beim älteren Menschen oder beim Ektropion: Die extrinsischen Zugkräfte übersteigen die intrinsischen Haltekräfte.

Folgen sind das altersbedingte oder iatrogene Ektropion, das es in jedem Fall zu verhindern gilt (Abb. 2).

Vor jeder Operationsplanung am Unterlid sollten neben der Anamnese die klinischen Tests mit Inspektion auf vollständigen Lidschluss, lateraler und vertikaler Distraktion sowie der Snap-Test durchgeführt werden. Liegen hier Pathologien vor, muss ein den Lidrand unterstützendes Verfahren in die Operation mit eingebaut werden, um spätere Komplikationen zu vermeiden.

Zur Verstärkung der intrinsischen Haltekräfte am Unterlid gibt es eine Reihe von operativen Maßnahmen, die alleine oder in Kombination mit ästhetischen

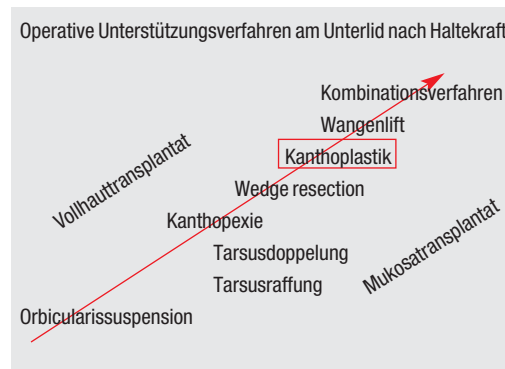
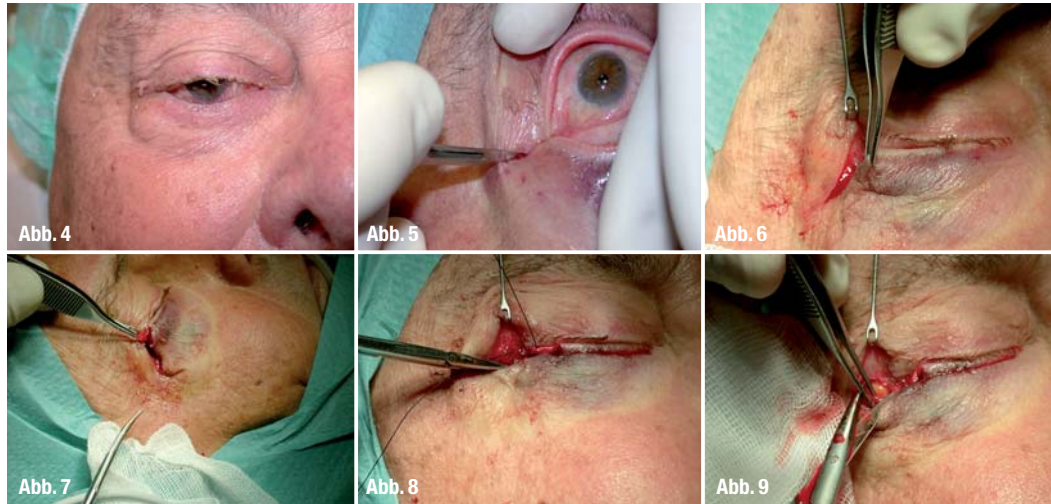


Abb. 3_ Unterstützungsverfahren am Unterlid.



schen Korrekturen bei unterschiedlichen Anforderungen an die Haltekraft des Verfahrens eingesetzt werden können (Abb. 3).

Während die straffenden Verfahren (Kanthopexie, Tarsusdoppelung, Wedge Resection) lediglich eine Verkürzung der Unterlidstrukturen bewirken, wird bei der Kanthoplastik der gesamte laterale Lidapparat durchtrennt, gekürzt und neu inseriert.

Das Verfahren der Kanthoplastik, im englischen Sprachraum unter dem Namen „lateral tarsal strip procedure“ bekannt, soll im Folgenden am Beispiel der Korrektur eines involutionsbedingten Altersentropions bei einem 74-jährigen Patienten dargestellt werden (Abb. 4).

Der Zugang erfolgt über eine laterale Inzision nach infraziliär, wie bei einer konventionellen Unterlidplastik. Dabei wird der untere laterale Lidbandapparat des Lig. tarsale laterale durchtrennt (laterale Kanthotomie) (Abb. 5).

Das laterale Lid muss weit nach kaudal und nach lateral mobilisiert werden, sodass mit dem Lidhalteapparat des Unterlides die Augenbraue erreicht werden kann. Nur dadurch wird eine spannungsfreie Reinsertion möglich (Abb. 6 und 7).

Im nächsten Schritt wird das laterale kanthale Ligament an seinem Übergang in den Tarsus von den umgebenden Gewebestrukturen denudiert, d.h. von der Konjunktiva innen und von der Lidhaut mit den Haarwurzeln der Wimpern außen befreit (Abb. 8).

Der Neuinsertionspunkt des Ligamentes am Periost der inneren lateralen Orbitawand in Höhe des Whitnallschen Tuberkels (ungefähr 2–3 mm innen auf Höhe der Pupille im Geradeausblick) wird dargestellt (Abb. 9).

Mit einem doppelt armierten nicht resorbierbaren geflochtenen Seidenfaden der Stärke 4–0 wird das laterale Ligament gefasst und probatorisch auf Höhe der späteren Insertion gespannt (Abb. 10).

Bei suffizienter aber nicht zu starker Spannung wird es anschließend auf die erforderliche Länge gekürzt und mit dem doppelt armierten Faden am Periost der inneren Orbitawand in Höhe des Whitnallschen Ligamentes fest vernäht. Bei richtiger Positionierung sollte danach die mittlere Unterlidkante den unteren Limbus um ungefähr 1–2 mm überragen. Ansonsten muss diese entscheidende Positionsnaht korrigiert werden (Abb. 11).

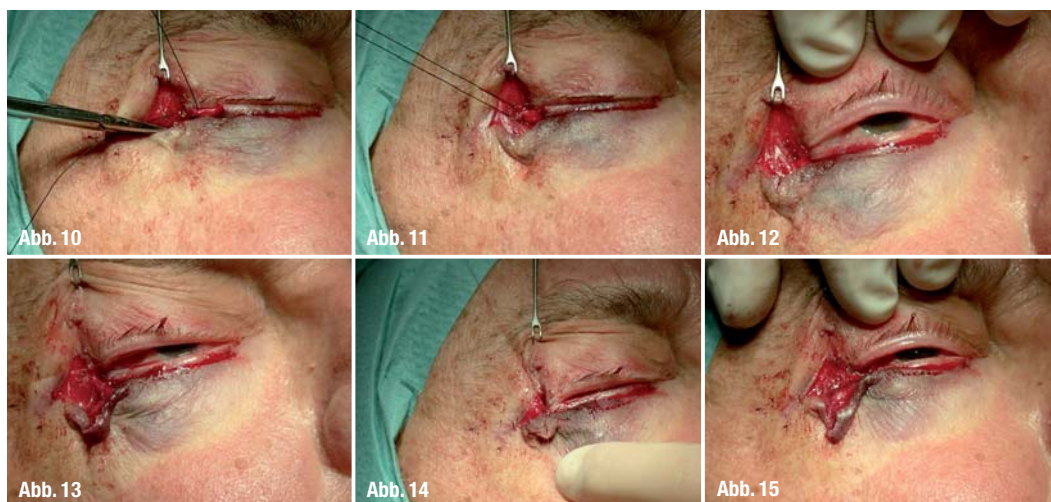




Abb. 16



Abb. 17



Abb. 18

Der Überschuss des M. orbicularis oculi, der durch den Zug nach kranial entstanden ist, wird sparsam reseziert und der Muskel gespannt (Orbicularissuspension mit resorbierbarem Faden der Stärke 5-0) (Abb. 12 und 13).



Abb. 19



Abb. 20

Anschließend wird die laterale Kommissur sorgfältig wiederhergestellt durch eine feine resorbierbare Naht der Stärke 6-0 (Kommissuroplastik) (Abb. 14). Auch der entstandene Hautüberschuss wird lediglich sparsam reseziert und abschließend genäht (Abb. 15 und 16).

Die Ergebnisse zeigen ein vollständig korrigiertes und langfristig haltbares Ergebnis nach der Entropionkorrektur hier vor und sechs Monate nach der Kanthoplastik (Abb. 17 und 18).

Natürlich ist dieses Verfahren auch bei der Prophylaxe oder Korrektur des Ektropions anzuwenden, wie z.B. bei dieser 84-jährigen Patientin mit Wunsch auf Korrektur der Unterlider (Abb. 19 und 20) und einer weiteren Patientin. Die Bilder dokumentieren eben-

falls die Vorher- und Nachhersituation nach Ektropionkorrektur (Abb. 21 und 22). Mit der lateralen Kanthoplastik steht uns in der ästhetischen Chirurgie des Unterlides ein verlässliches Unterstützungsverfahren des Lidhalteapparates zur Verfügung. Es kann problemlos im Rahmen einer klassischen Unterlidblepharoplastik über die bestehenden Inzisionen in die Operation integriert werden. Der geringe zeitliche Mehraufwand wiegt die dadurch vermeidbaren Komplikationen in jedem Fall auf.

Bei allen Patienten, bei deren Untersuchung eine Schwächung der Unterlidachse vermutet werden kann, sollte die Kanthoplastik lieber einmal zu oft als einmal zu wenig eingesetzt werden.

_Kontakt

face



**Dr. med.
Torsten Kantelhardt**
Facharzt für Plastische
u. Ästhetische Chirurgie
Nördliche Hauptstraße 17
83700 Rottach-Egern
Tel.: 08022 704125
Fax: 08022 704126

E-Mail: dr.kantelhardt@t-online.de



Abb. 21

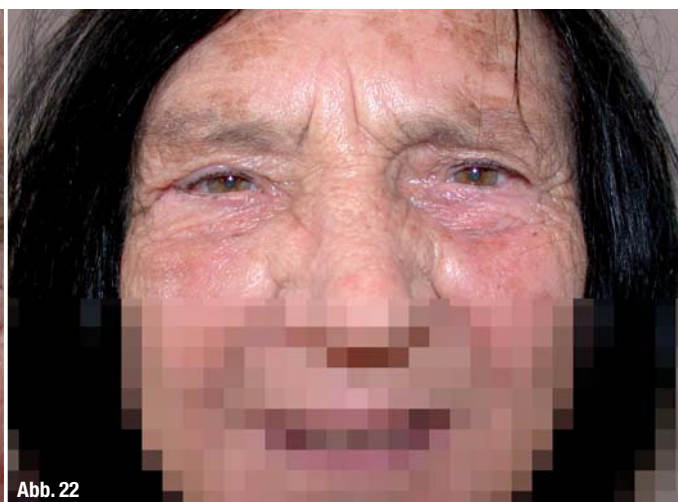


Abb. 22