

Face- und Halslift im Wandel der Zeit

Die Ursprünge des Face- und Halsliftes

Autor Dr. med. Dominik L. Feinendegen

Schon immer bestand in der Menschheit der Wunsch, dem fortschreitenden Altern des Gesichtes und Halses etwas entgegenzuhalten, oder Deformationen zu korrigieren. So findet man in der alten plastisch-chirurgischen Fachliteratur schon Hinweise auf operative Techniken, welche eine Verbesserung erschlaffter Gesichter und Hälse erbringen sollten. Einer der ersten Chirurgen, die ein Facelift durchführten, war der Berliner Chirurg Joseph (1921). Dabei wurden die Hautschnitte oft nicht entlang der Haarlinien, sondern in die Gesichtsfalten gelegt, um eine Straffung von Falten zu errei-

chen. Diese Technik, die sehr schnell und einfach durchzuführen war, bedeutete für die Patienten keine große operative Belastung. Deshalb wird sie auch heute noch bei Patienten, die sich aufgrund von Gesundheitsrisiken keinem größeren Eingriff unterziehen können, angewandt.

1926 erschien eines der ersten Bücher über die Ästhetische Chirurgie (Dr. Suzanne Noel: La Chirurgie Esthetique: Son Role Social), in dem Operationstechniken zur Verbesserung von Gesichts- und Halskonturen erstmals detailliert beschrieben wurden. Alle diese „ersten“ Facelifts bauten nur auf der Spannung der Haut auf, das heißt, tiefere Schichten als die Haut wurden nicht gestrafft. Es erfolgte auch keine subcutane Hautpräparation, sondern nur eine Hautexzision und Naht der Wundränder (Abb. 1).

Erst seit Anfang der 30er-Jahre wurde die Gesichtshaut beim Facelift vom subcutanen Gewebe abpräpariert, um so bessere Straffungen und Glättungen zu erreichen (Barnes H. 1927). Zu dieser Zeit waren solche Operationen nur in den obersten Sozialschichten möglich und es war verpönt, darüber zu sprechen. Auch die Operateure konnten solche Eingriffe oft nicht in ihren angestammten großen Kliniken durchführen, sondern mussten auf kleine Privatkliniken ausweichen. Viele der berühmten Plastischen Kriegschirurgen der ersten beiden Weltkriege führten Facelifts durch, sprachen aber in den Medien nicht darüber.

Schon bald nach den Anfängen der Faceliftchirurgie war klar, dass reine Hautexzisionen keinen lang anhaltenden Effekt zeigten. Der fortdauernde Einfluss der Schwerkraft führte schnell wieder zu Erschlaffungen im Gesichts- und Halsbereich. Die Kinnlinien verstrichen wieder und die Nasolabialfalten kehrten schnell wieder zurück. Auch Fettdeposits im Gesicht sowie Knochenveränderungen und genetische Anomalien wurden bei dieser alten Technik nicht korrigiert (Aufricht G. 1960).

In der Folge beschrieben Adamson und Kollegen eine Verbesserung durch die Korrektur der Platysmabänder am Hals (Adamson J.E. 1964), und

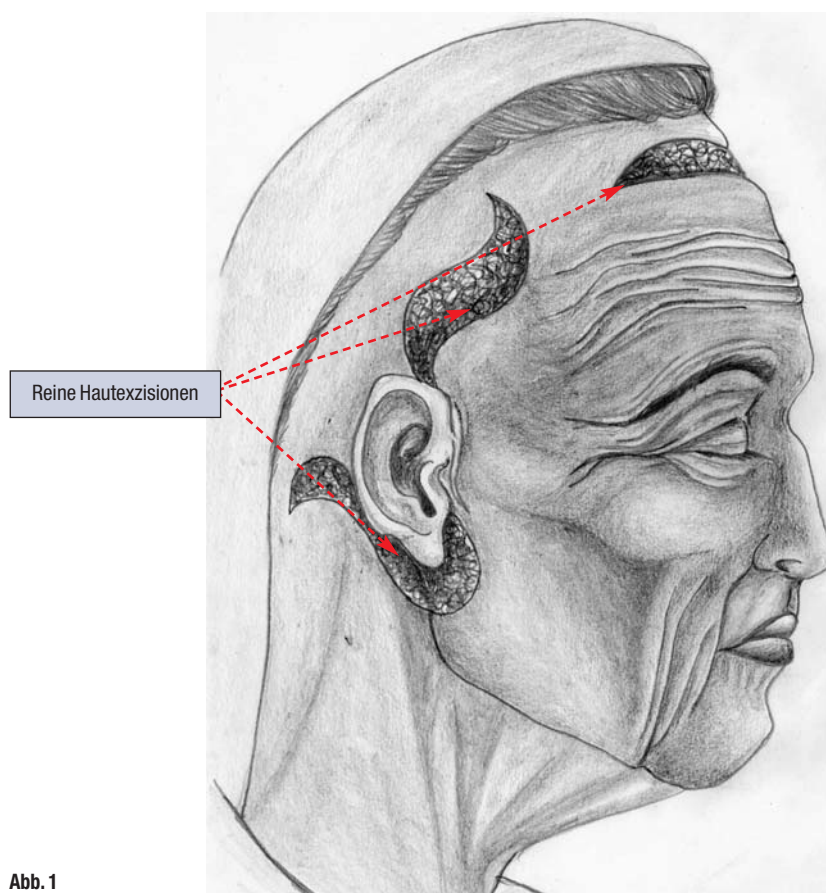


Abb. 1

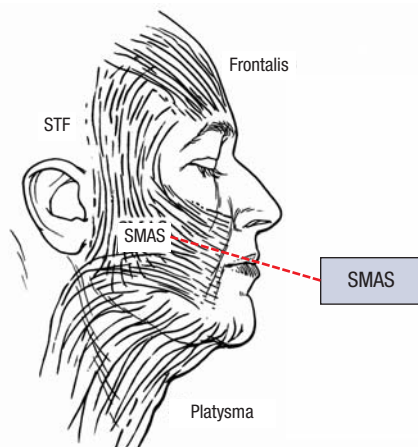


Abb. 2

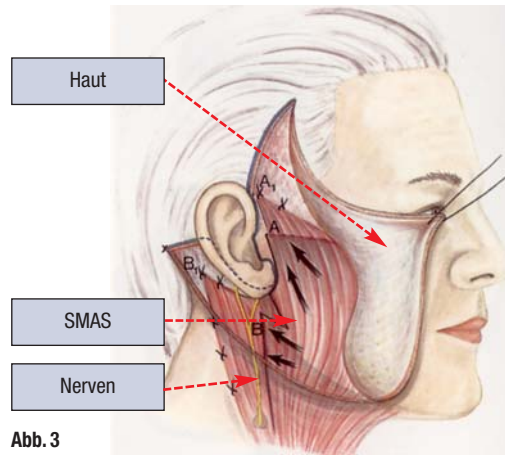


Abb. 3

Quelle: Abbildung 3 aus:
D. von Heimburg, K. Exner: Kapitel III-3
SMAS-Face-Halslift, 21. Erg.-Lfg.
8/09. In: D. von Heimburg,
G. Lemperle: Ästhetische Chirurgie.
Ecomed Medizin, Landsberg, 2012.

Millard und Kollegen empfahlen eine ausgedehnte submentale Fettentfernung (Millard D.R. 1968). Das waren nun in den 60er-Jahren schon angewandte Techniken, die heute noch gebraucht werden und sich als Standardtechniken etabliert haben.

Die Wiederherstellung des Grundgerüsts

Erst 1973 wurde durch den Plastischen Chirurgen Tord Skoog von einer Technik berichtet, bei der auch der SMAS (superficial musculoaponeurotic system, Abb. 2) mobilisiert und als Werkzeug der Straffung eingesetzt wurde. Damit begann eine neue Ära der Face- und Halsliftchirurgie.

Beim SMAS handelt es sich um eine Gewebsschicht zwischen der mimischen Muskulatur und der Haut, die aus Fettzellen, Muskelfasern und Bindegewebsfasern besteht. Durch sein Gewicht und damit der Gravitation ist der SMAS hauptverantwortlich für die Alterungserscheinungen des Gesichtes und des Halses. Seine Fortsetzung in den Hals wird zu den oberflächlichen beiden Halsmuskeln, dem Platysma. Bei der Alterung werden durch den Spannungsverlust und das Absacken des SMAS die vorderen Platysmaabänder sichtbar.

Nach diesem Raport von Skoog folgten ausgiebige Forschungen in den anatomischen Labors, wobei der SMAS genau untersucht wurde. Der Gebrauch des SMAS bei der Face- und Halsliftchirurgie konnte durch diese Erkenntnisse verfeinert werden und ist heute nicht mehr wegzudenken. Er hat sich als festes Repertoire in der Face- und Halsliftchirurgie etabliert. Ohne vorwegzugreifen kann ich aus meiner Erfahrung sagen, dass ein gutes, lang anhaltendes Face- und Halslift nicht durch eine alleinige Hautstraffung möglich ist, sondern nur durch die Repositionierung des abgesunkenen SMAS und die damit verbundene Wiederherstellung des Grundgerüsts, wie nachher noch im Detail beschrieben wird.

Es wurden dann diverse Modifikationen der SMAS-Technik beschrieben sowie auch der Hautpräpara-

tionen im Gesichts- und Halsbereich (Guerreo-Santos J. 1978; Owsley, J.G. 1983; Hamra S.T. 1984). Im Folgenden werden die wichtigsten Techniken, die heute Bedeutung haben, aufgeführt und die Begriffe erklärt:

Extended SMAS: Hierbei wird zunächst die Gesichts- und Halshaut vom SMAS bzw. vom Platysma abpräpariert (Abb. 3). Der SMAS wird dann großflächig von der darunterliegenden mimischen Muskulatur abpräpariert und die Verbindungen zum Knochen durchtrennt. Bei Bedarf erfolgt dann auf Höhe des Kieferwinkels eine Durchtrennung des SMAS auf mehreren Zentimetern Länge und eine

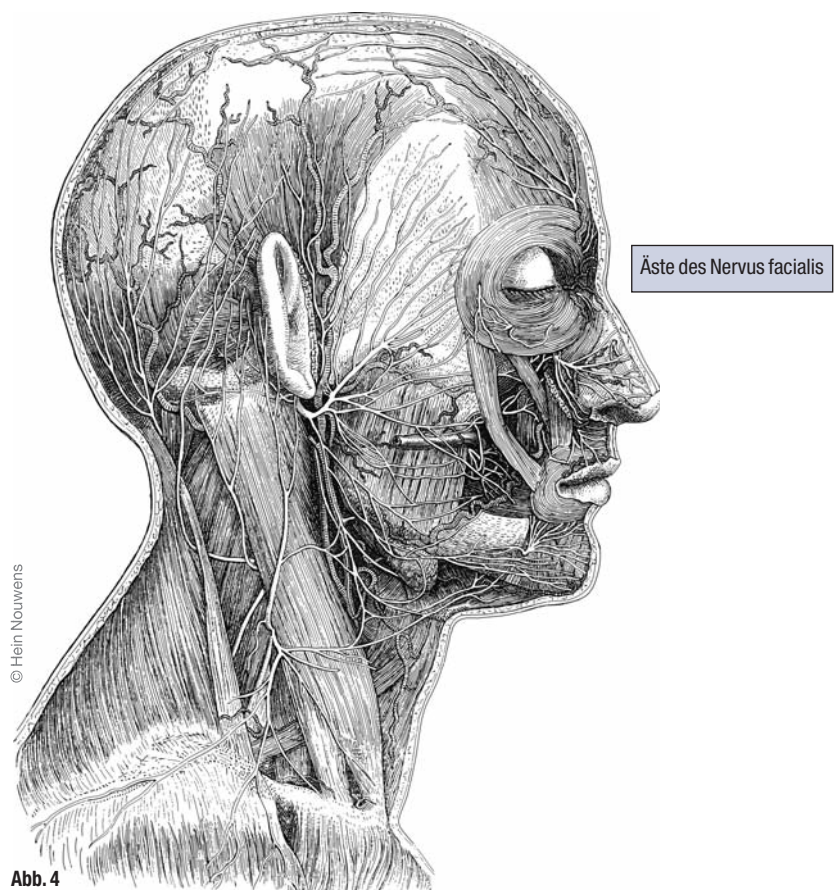


Abb. 4

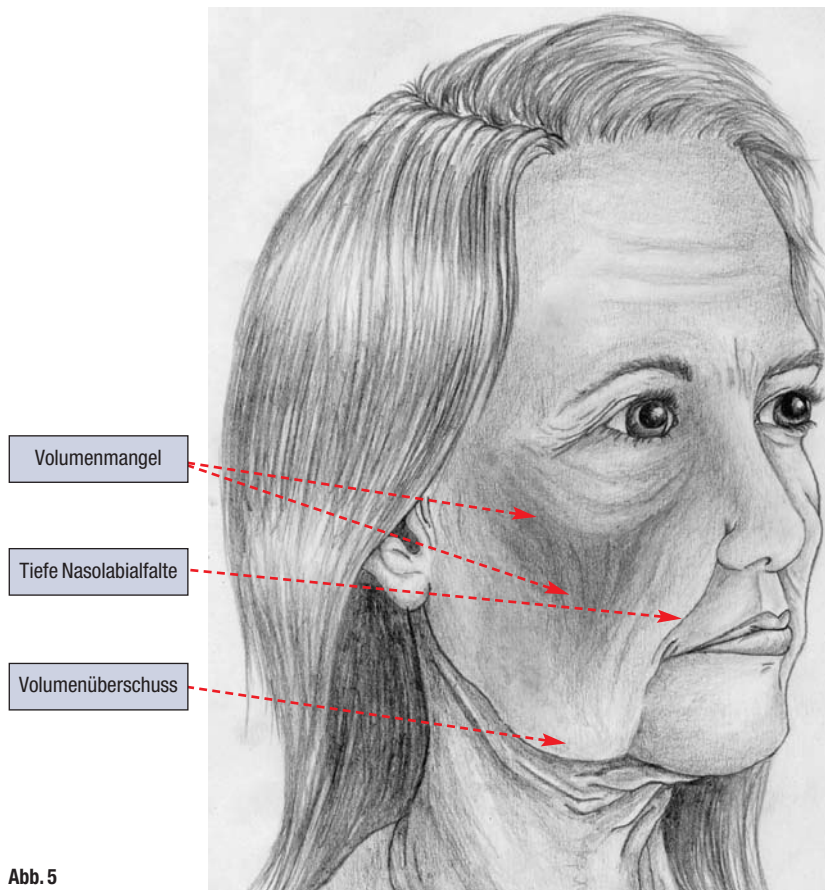


Abb. 5

horizontale Verlagerung in Richtung Hals, um dann dort an der Halsfaszie und/oder an der tiefen Kopffaszie fixiert zu werden. Der obere Teil des präparierten SMAS wird schräg in Richtung temporale Haarlinie und Parotis transferiert und an der Temporalis- und an der Parotisfaszie mit Nähten fixiert. Der Überschuss wird entweder reseziert oder kann auch als Volumenverstärkung gedoppelt werden. Teile, welche reseziert wurden, können zum Beispiel als Transplantate zur Verbesserung der Lippenkontur wieder eingesetzt werden.

S-Lift: Die Bezeichnung „S“ bezeichnet die Form der Schnittführung der Haut mit einem oberen Bogen im Haaransatz vor dem Ohr, einer mehr oder weniger geraden Linie vor dem Ohr und einem unteren Bogen, der hinter das Ohr nach hinten ausläuft.

Fogli-Lift: Eine Methode, die ursprünglich von Dr.

Fogli (Clinique de chirurgie esthétique du Docteur Fogli – Frankreich) beschrieben wurde. Diese ist eine in Europa weitverbreitete Modifikation des SMAS-Facelifts, bei welcher die Haltnähte des SMAS in bestimmter, rein vertikaler Zugrichtung, gesetzt werden. Diese Methode wird anschließend im Detail erklärt (eigene Technik).

MACS-Lift (Minimal Access Cranial Suspension): Ursprünglich geprägt von Dr. Tonnard und Dr. Verpaele (Belgien), findet breite Anwendung im Bereich der Plastischen Chirurgie. Der Zugvektor der Nahtschlingen ist dabei betont vertikal, die Hautschnitte vorzugsweise nur vor dem Ohr. Die Unterminierung der Haut ist dabei sehr begrenzt (im Gegensatz zur Fogli-Technik).

Mini-Lift: Hier wird nur die Haut gestrafft. Es besteht in der Fachwelt breiter Konsens, dass das Ergebnis eines solchen Lifts in der Regel nicht lange haltbar ist. Das Grundgerüst des Gesichtes und Halses wird dabei nicht wiederhergestellt.

Midface-Lift: Beim Midface-Lift wird nur das sogenannte Mittelgesicht gestrafft. Dabei gibt es verschiedene Zugangswege. Meistens wird der Hautschnitt vom Unterlidrand aus gemacht. Es gibt aber auch Techniken, die den Zugang von der Mundhöhle oder der seitlichen Stirnpartie aus bewerkstelligen. Dr. Mendelson aus Australien hat hier relevante anatomische Studien veröffentlicht.

Liquid-Lift: Hier werden gezielt Volumendefizite im Gesicht durch Unterspritzungen behandelt, auch dermale Filler genannt. Falten können dabei temporär reduziert werden. Allerdings dürfen nur noch Materialien benutzt werden, die auf natürlichen Stoffen beruhen, wie zum Beispiel Hyaluronsäure. Der Vorteil der Hyaluronsäure bei älteren Patienten besteht darin, dass es besonders die Fähigkeit der Haut, Wasser zu speichern, wiederherstellt. Die Haut wird dadurch feiner und elastischer. Auch größere Volumendefizite des Gesichtes können mit diesen Substanzen temporär korrigiert werden. Der Nachteil ist, dass die Haltbarkeit relativ begrenzt ist, das heißt, meistens nur einige Monate. Und weiterhin wird die eigentliche Problematik, nämlich die gravitationsbedingte Verlagerung des SMAS und damit des Grundgerüsts nicht behandelt, sondern nur kaschiert.

Quelle: Abbildung 6 aus: Journal of Aesthetic Plastic Surgery. Springer-Verlag. A.L. Fogli: Skin and Platysma Muscle Anchoring, Vol 32, 3, Jan 1, 2008.

Der SMAS wird mit 3–4 Fäden an das Jochbein und die Parotisfaszie fixiert

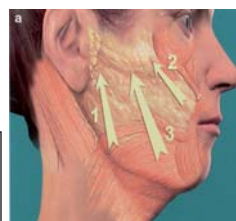


Abb. 6

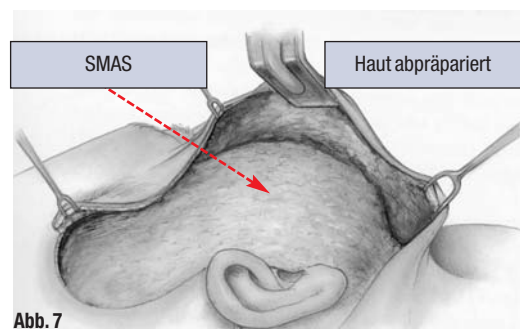


Abb. 7

Auch Unterspritzungen mit Eigenfett, das von irgendeiner Körperregion zuvor abgesaugt wird, haben in gewissen Fällen ihre Einsatzberechtigung. Auf diesem Gebiet wird zurzeit sehr intensive Forschung mit Stammzellen betrieben, um die Haltbarkeit und Prognostizierbarkeit zu standardisieren.

Faceliftbegleitende Maßnahmen

Liposuktionstechnik

1983 führten Illouz und Fournier die Liposuktion ein. Hiermit konnten während dem Face- und Halslift zusätzlich gezielt Fettpolster entfernt werden, ohne dass dazu vorher die Haut über dem Fett abpräpariert werden musste. Dies bedeutete viel weniger Trauma und damit weniger Risiko einer Verletzung. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass mit der Tumeszenzlösung (Lösung aus Wasser und verschiedenen Substanzen, unter anderem Schmerzmittel), die heute bei jeder Liposuktion eingesetzt wird, die Gewebeschichten zwischen der Haut und dem darunterliegenden SMAS auf unblutige Weise schon erweicht werden. Dies erleichtert anschließend die Präparation während des Face- und Halsliftes. Das Risiko von Gefäß- und Nervenverletzungen wird dadurch minimiert, als auch die Operationszeit verkürzt.

Oberlid- und Unterlidplastiken

Alle Patienten, die sich einem Facelift unterziehen möchten, müssen auf notwendige flankierende ästhetisch-chirurgische Maßnahmen hingewiesen werden. So macht es keinen Sinn, bei einem Patienten mit ausgesprochenen Schlupflidern oder Tränensäcken lediglich das Gesicht und den Hals zu straffen. Die vorbestehenden Befunde an den Ober- und Unterlidern kämen anschließend noch stärker zum Vorschein. Die Gesichtsharmonie würde empfindlich gestört, wenn die Gesichts- und Halszüge wesentlich frischer aussehen würden als die Augenpartien. Aus diesem Grunde werden, bei den entsprechenden Befunden, häufig auch in einer Operation die Ober- und/oder die Unterlider mit korrigiert.

Resümee und vertikale SMAS-Operationstechnik

Wie alles brauchen auch Operationstechniken eine gewisse Zeit und Erfahrungswerte, bis sie die notwendige Perfektion erreicht haben. Die Entwicklung der Face- und Halslifttechniken machte viele Höhen und Tiefen durch. Vieles, was anfänglich hochgejubelt wurde, erwies sich mit der Zeit als fraglich, zum Teil sogar als kontraproduktiv. So führte zum Beispiel die großflächige Ablösung des SMAS von der Haut oberhalb und mimischen Muskulatur unterhalb oft zu erheblichen lang anhaltenden Lymph-

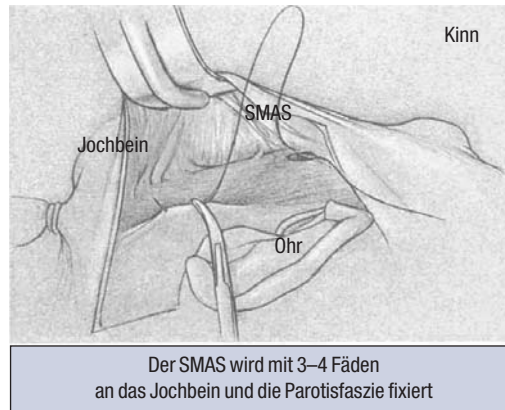


Abb. 8

ödemen, da der Lymphabfluss gestaut wurde und es oft Monate mit intensiver Lymphdrainage brauchte, bis es wieder zur Entstauung kam. Das bedeutete für die betroffenen Patienten große Mühsal, die, nach Analyse der Resultate über die Jahre, nur in wenigen Fällen mit massiven Erschlaffungen gerechtfertigt war. Auch die Technik mit Durchtrennung und Rotation des SMAS auf Höhe des Kieferwinkels mit horizontalem Zug und Straffung in Richtung Hinterkopf hat sich, bis auf wenige Fälle, nicht unbedingt bewährt (Abb. 3). Das Risiko der Verletzung wichtiger Nerven und demzufolge mimische Entstellungen ist bei dieser Technik relativ hoch, da in dieser Region die Fazialisnerven aus der Tiefe hervortreten (Abb. 4). Auch wird hierbei die Richtung der Volumenverlagerung des SMAS, nämlich, entsprechend der Gravitation, vertikal abwärts, nicht ganz beach-

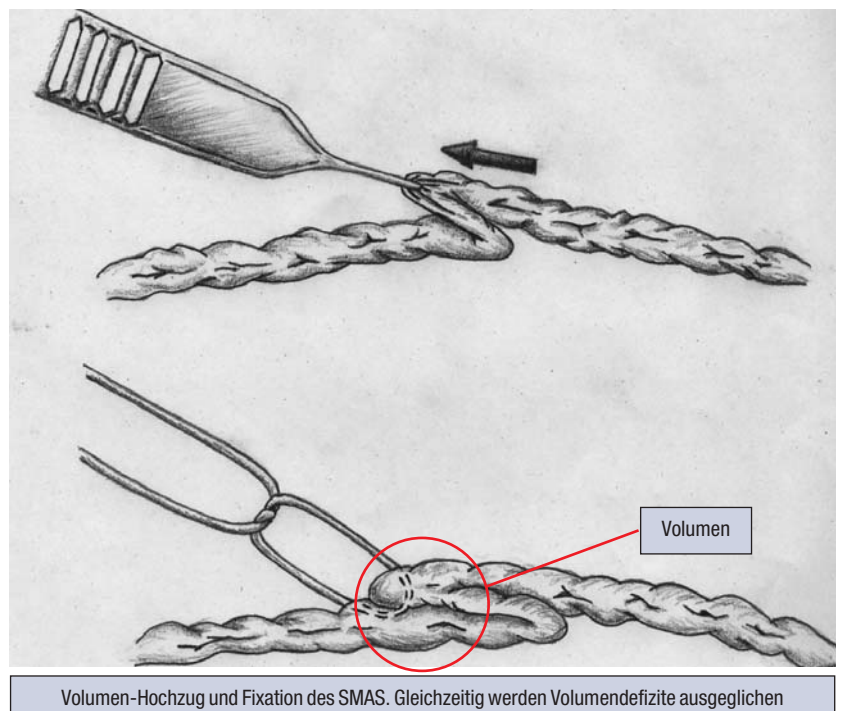


Abb. 9



Abb. 10

tet. Eine Alternative stellt das „superiostale Facelift“ dar, wobei die Ablösung der Gesichtsschichten unter der Knochenhaut stattfindet und die Zone mit den Gefäßen und Nervenverläufen geschont wird, sodass weniger langwierige Heilverläufe als auch Komplikationen möglich sind (Botti G. 2007). Allerdings ist diese Technik meist auf das Mittelgesicht fokussiert und nur mit endoskopischer Erfahrung und Ausstattung durchführbar.

Betrachtet man die Entstehung der typischen Alterszeichen des Gesichtes und Halses, so muss der Ästhetische Chirurg, als logische Konsequenz, die für die Alterung hauptverantwortliche Schicht, den SMAS, in vertikaler Zugrichtung zurückpositionieren. Durch die Gravitation wird die schwere SMAS-Schicht, je nach Veranlagung des Patienten früher oder später, mit der darüberliegenden Haut in Richtung Kieferlinie und Mundwinkel gezogen. Daraus resultieren alterungsspezifische Volumenveränderungen des Gesichtes: Volumenvermehrungen vor der Nasolabialfalte (und dadurch tiefe Nasolabialfalten) und entlang der Kieferlinie bis hin zu „Hängebacken“. Gleichzeitig kommt es zu Volumenverminderungen bis hin zu tiefen Einsenkungen im Wangenbereich. Parallel dazu findet mit dem Altern auch häufig ein Knochenrückgang im Mittelge-

sichtsbereich statt, der den Volumenmangel in diesem Bereich noch verstärkt (Abb. 10). Im Wangenbereich entstehen also häufig Volumendefizite, da der SMAS aus dieser Region herabgesunken ist (Abb. 5).

Aus diesen typischen Alterungsbefunden ergibt sich für die Wiederherstellung der Gesichts- und Halsharmonie eine logische Konsequenz, die der Plastische Chirurg Alain Fogli aus Marseille erkannte und die zur Anwendung der vertikalen SMAS-Technik führte (2004) (Abb. 6).

Wie bei den Extended SMAS-Liftings wird dabei die Haut großzügig vom SMAS abpräpariert und zwar bis an die Nasolabialfalte und an die Kieferlinie bzw. bei gleichzeitigem Halslift darüber hinaus in den Hals hinein bis an den Hinterkopf (Abb. 7). Nun wird gemäß der präoperativen Planung (Hautmarkierungen) der SMAS mit meist 3–4 einzelnen Nähten vertikal nach oben (entgegen der Gravitation) hochgezogen und an der Parotisfaszie bzw. am Zygoma fixiert (Abb. 6, 8 und 9). Bei Bedarf kann der SMAS am Zygoma auch gedoppelt eingenäht werden, was einen größeren Volumeneffekt in diesem Bereich bewirkt. Das ist besonders dann indiziert, wenn es bei Patienten schon zu einem Knochenrückgang im Mittelgesicht gekommen ist, oder bei Patienten, die schon genetisch bedingt ein schwaches Mittelgesicht haben. Bei diesen Patienten wurde früher häufig ein Implantat eingesetzt (Abb. 10). Die Ästhetischen Chirurgen, die eine großflächige Abpräparation des SMAS von der darunterliegenden mimischen Muskulatur favorisieren, halten dieser rein vertikalen SMAS-Technik nach Fogli entgegen, dass die Verschiebbarkeit des SMAS ungenügend sei, wenn nicht die Septen zu den Knochen durchtrennt würden. Die klinische Erfahrung widerspricht dem aber ganz klar. Die Septen zu den Gesichtsknochen sind nur sehr locker angeordnet und erlauben meistens eine genügende SMAS-Mobilisation, sodass die sehr risikoreiche (Nervenverletzungen und lang anhaltende Lymphstauungen) ausgedehnte SMAS-Ablösung von der mimischen

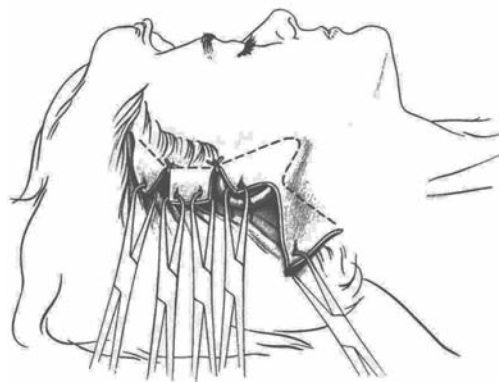


Abb. 11

Die Haut wird horizontal gestrafft

Muskulatur und Knochen oft nicht gerechtfertigt ist. Nur bei sehr großen Erschlaffungen bzw. bei der Notwendigkeit, Anteile des SMAS zu reseziieren, wäre eine solche Maßnahme indiziert.

Ein großer Vorteil der vertikalen SMAS-Technik ist auch die Natürlichkeit der wiederhergestellten Gesichter. Die Hautstraffung muss nämlich nur sehr begrenzt durchgeführt werden, und zwar horizontal in Richtung Haarlinien und Ohr bzw. hinter dem Ohr entlang des Haaransatzes des Halses (Abb. 11). Durch die innere Straffung des SMAS und damit der Volumenkorrektur wird das Grundgerüst des Gesichtes wiederhergestellt und die Haut muss nicht noch zusätzlich einem starken Zug ausgesetzt werden. Durch dieses bivektorale Face-/Halslift (SMAS vertikal, Haut horizontal) wird die Natürlichkeit garantiert und „verzogene“ Gesichter sind Vergangenheit.

Diese, dem Gravitationsvektor gerecht werdende, nur minimal traumatisierende vertikale SMAS-Technik nach Fogli beschleunigt auch die Heilungsphase wesentlich und monatelange Lymphstauungen, als auch sehr belastende Nervenverletzungen, werden damit vermeidbar.

Als Beispiele für diese vertikale SMAS-Technik werden in den Abbildungen 12 bis 14 drei Patientinnen mit den typischen gravitationsbedingten Volumenveränderungen gezeigt: In der Abbildung 12 eine Patientin mit mäßigen Befunden mit reinem Facelift, in Abbildung 13 eine Patientin mit ausgeprägten Befunden mit reinem Facelift und in Abbildung 14 eine Patientin mit ausgeprägten Befunden mit Face- und Halslift.

Facelift (ohne Hals)



Volumen-
überschuss

Volumen-
defizit



Kinn- und Wangenlinien
homogen

Abb. 12

Facelift (ohne Hals)



Volumen-
überschuss

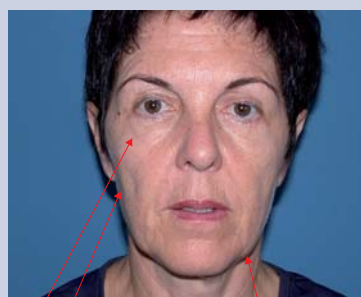
Volumen-
defizit



Kinn- und Wangenlinien
homogen

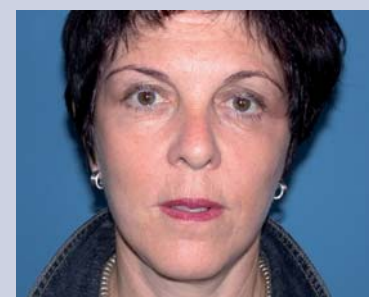
Abb. 13

Face- und Halslift



Volumen-
defizit

Volumen-
überschuss



Kinn- und Wangenlinien
homogen

Abb. 14

Abb. 12–14_ Drei Patientinnen als Beispiele.

_Kontakt

face

Dr. med. Dominik L. Feinendegen

Spezialarzt FMH für Plastisch-Rekonstruktive
und Ästhetische Chirurgie
Institut für Plastisch-Rekonstruktive
und Ästhetische Chirurgie
Dufourstr. 38
8702 Zürich-Zollikon, Schweiz
Tel.: +41 44 383 15 65
Fax: +41 44 392 15 65
E-Mail: dr.feinendegen@feinendegen.ch
www.feinendegen.ch

