

Ästhetische Gesichtschirurgie — all-inclusive

Autor: Prof. Dr. med. Hans Behrbohm

Viele Kandidaten für ästhetische und rejuventative Operationen im Gesicht wünschen die Korrektur mehrerer Merkmale. Verfeinerte und minimalinvasive Operationstechniken machen das prinzipiell möglich. Ziel der komplexen Eingriffe ist ein harmonisches Gesamtergebnis. Der Arzt muss entscheiden, was möglich ist, ohne dabei Abstriche im Ergebnis einzelner Operationsschritte hinzunehmen.

Durch eine Verfeinerung der Techniken zahlreicher Operationen der rejuvenativen Chirurgie und einer damit einhergehenden Verringerung des Operationstraumas äußern Patienten immer öfter Korrekturwünsche mehrerer Merkmale im Gesicht im Rahmen einer Operation. Der Operateur muss entscheiden, was sinnvoll und möglich ist bzw. was dem Patienten nicht mit einer Operation zugemutet werden sollte. Dabei sollten die Anzahl operativer Einzelschritte und auch die Operationszeit begrenzt bleiben. Keinesfalls dürfen Abstriche an der Qualität der Einzeloperationen in Kauf genommen werden. In diesem Beitrag wird über eigene Erfahrungen des Autors bei der Kombination von ästhetischen Operationen im Gesicht berichtet.

Lidkorrekturen

Die Haut der Oberlider ist besonders dünn, die Muskulatur recht zart. Durch Elastizitätsverlust der Haut und Tonusminderung der Muskulatur können sich bereits um das 30. Lebensjahr Schlupflider bilden. Während der Operation wird überschüssige Haut

entfernt, der schlaffe Lidmuskel gestrafft. Wenn Fettgewebe prolapiert ist, wird es im medialen Anteil durch separates Öffnen des Septums sorgfältig entfernt.

Das Anzeichnen des Hautüberschusses sollte am sitzenden Patienten erfolgen. Manchmal kann die Planung und das Anzeichnen vor der Operation mehr Zeit in Anspruch nehmen als die Operation selbst (Abb. 1). Die untere Inzision erfolgt in Höhe der Supratarsalfalte, die obere in Höhe des Übergangs der dünnen in die dickere Haut. Vor dem Tränenpünktchen endet die Inzision. Meist ist die sparsame Entfernung eines schmalen Streifens der Muskulatur hilfreich. Die laterale horizontale Resektion reicht bis in die dickere Haut. Eine moderate Fixierung nach aufwärts beugt einem traurigen Blick vor. Die Klemmen sollten nach der Kauterisation des Fettgewebes langsam geöffnet werden, um Hämatome zu vermeiden. Der Wundverschluss erfolgt mit einer feinen Intrakutan- oder fortlaufenden Kutannaht.

Tränensäcke der Unterlider entstehen durch Hervorquellen von Fettgewebe und Erschlaffen der Lidmuskulatur. Der Schnitt erfolgt transkonjunktival oder 2 mm unterhalb der Wimpernkante. Der M. orbicularis oculi wird gespannt und das prolapierte Fett aus dem nasalen, medialen und lateralen Fettdepot resiziert oder verlagert. Eine laterale Kantusfixierung mit einer bulbusnahen Naht hat sich bewährt. Durch eine subperiostale Ablösung der Raphe und Kaudalpositionierung der Fettpads kann eine Verteilung des Fettgewebes von oben nach unten erreicht werden.

Rhinoplastiken

Wünscht ein Kandidat neben einer ästhetischen oder funktionell-ästhetischen Rhinoplastik weitere Operationen im Gesicht, sollte das morphologische Problem klar definiert sein und auch die geplante Opera-

Abb. 1: Genaues Anzeichnen des operativen Vorgehens bei der Blepharoplastik (aus: Behrbohm H: Ästhetische und plastisch-rekonstruktive Gesichtschirurgie, Endopress, 2006, S. 26).

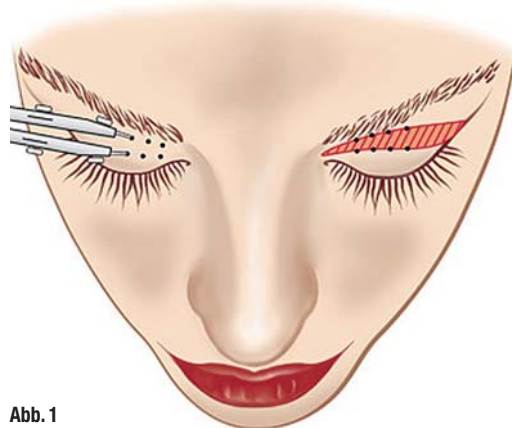


Abb. 1

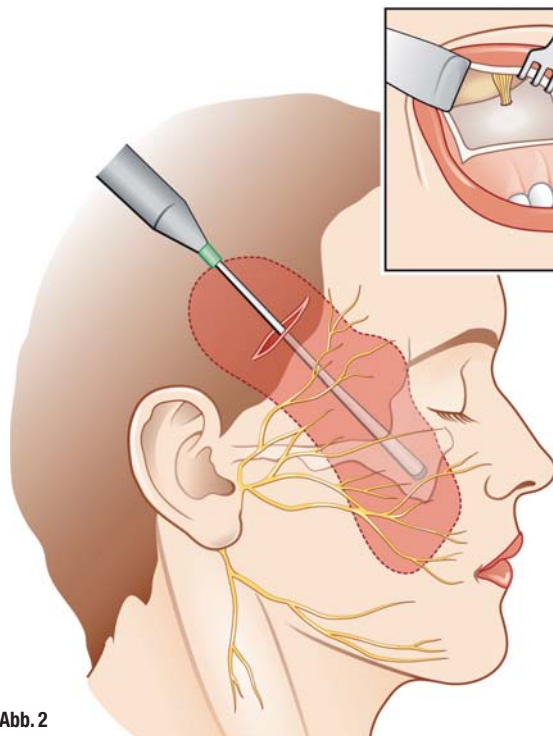


Abb. 2

tionszeit Spielraum lassen. Gerade die Rhinoplastik-Kandidaten der Midlife-Altersgruppe fragen häufig nach Simultaneingriffen. Eitrige Entzündungen der Nasennebenhöhlen sind eine Kontraindikation für ästhetische Simultaneingriffe.

Das endoskopische frontotemporale Mittelgesichtslifting

Neben der Blepharochalasis zeigen sich erste Zeichen des Volumen- und Elastizitätsverlustes im Mittelgesicht. Daher haben in den letzten Jahren Verfahren an Bedeutung gewonnen, die eine möglichst schonende Rejuvenation ermöglichen.² Im Einzelnen geht es um folgende Zeichen des Alterungsprozesses: Sagging des suborbitalen, bukkalen und malaren Fettkörpers, Hängebäckchen, die sog. „jowls“, Vertiefung der Nasolabialfalten, Abflachung der Jochbeinregion, Skelletierung der Orbita, Augenringe.⁶

Die Operation setzt eine gewisse Elastizität der Haut voraus, weil eine Resektion von Hautüberschüssen nach der Reposition der Weichteile nicht vorgesehen ist.^{4,5} Es werden eine endoskopische subperiostale Ablösung der Weichteile des Mittelgesichts vom Jochbein und Oberkiefer und eine Suspension an der Temporalisfaszie ohne sichtbare äußere Narben durchgeführt. Der Zugang erfolgt auf beiden Seiten durch jeweils eine 1,5 cm breite Inzision temporal oberhalb der Haarlinie und eine bukkale Inzision in der Fossa canina. Die Präparation erfolgt von kranial über die Fascia temporalis profunda subperiostal auf Os und Arcus zygomaticum und maxillare bis zum Sulcus bucco-alveolaris (Abb. 2). Dem Autor hat sich

hierbei der für die Chirurgie des Nasenrückens entwickelte optische Aufricht-Haken bewährt, weil er die endoskopische Kontrolle der Präparation mit einer Hopkins-Optik mit sehr guter Tiefenschärfe ermöglicht. Über die enorale Inzision erfolgt sodann die kaudokraniale subperiostale Ablösung der Mittelgesichtsweich-

teile. Der N. infraorbitalis des N. trigeminus wird dargestellt und geschont. Nach Vereinigung der präparierten Tunnel können die mobilisierten Weichteile des Mittelgesichts je nach den individuellen Erfordernissen dreidimensional modelliert und mit meist drei permanenten Nähten suspendiert und an der Temporalisfaszie fixiert werden. Der Bichat-Fettkörper wird zur Jochbeinaugmentation, das prämaxilläre Periost zur Glättung der Nasolabialfalte und das Suborbicularisfett zur Elevation der Wangenweichteile angehoben.⁶

Abb. 2: Schematische Darstellung des subperiostalen Mittelgesichts-liftings.

Abb. 3a und b: 51-jährige Patientin mit Blepharochalasis, Höckernase und Ptosis der Weichteile des Mittelgesichts.

Abb. 3c und d: Die gleiche Patientin eine Jahr nach Blepharoplastik der Oberlider, typerhaltender Rhinoplastik und endoskopischem Mittelgesichtslifting.



Abb. 3a



Abb. 3b



Abb. 3c



Abb. 3d



Stirn-Brauen-Liftings

Für das Stirn- und Schläfenlifting werden heute überwiegend endoskopische Verfahren angewendet.^{8, 9, 10} Hauptindikationen sind Zornes- und Sorgenfalten, eine Brauenptose sowie eine Dermatochalasis der Oberlider (Abb. 4). Alternativ ist das subkutane Stirn-Brauen-Lift mit anteriorem Hairlinecut aus eigener Erfahrung eine effektive und sichere Methode zur Behandlung der aufgeführten Indikationen.¹¹

High-SMAS-, MACS- und Short-Scar-Liftings

Inzwischen gibt es sehr verschiedene Verfahren, die sich in der Mobilisation und Transposition des SMAS-Platysma-Lappens unterscheiden. Das Spektrum reicht von der bewährten High-SMAS-Technik über extendierte Sub-SMAS-Techniken bis hin zum subperiostalen Facelift. Diese Verfahren bieten zweifellos die beste Möglichkeit einer komplexen rejuvenativen Chirurgie unter Einbeziehung aller Regionen der Gesichts- und Halsregion (Abb. 5, 6a–c). Alternativ stehen heute das MACS-Lift und die Short-Scar-Facelifts zur Verfügung³ (Abb. 7a–d).

Viele Patienten fragen heute nach der am wenigsten invasiven Lösung für eine oder zwei konkrete Regionen. Auch nach gründlicher Aufklärung über die unterschiedlichen Möglichkeiten lehnen sie aufwendige Operationen ab.

In diesen Fällen hat sich dem Autor ein Short-Scar- bzw. Minilifting bewährt⁷ (Abb. 8 bis 10). Zu Beginn werden die beabsichtigte Unterkieferlinie, die drei Straffungs-Vektoren und das Unterminierungsareal eingezeichnet. Über eine präaurikuläre Inzision erfolgt die Unterminierung der Wangenregion bis zur

Abb. 4a: Junge Patientin mit Brauenptose und breiter Nasenpyramide.

Abb. 4b: Die gleiche Patientin nach endoskopischem Brauenlift und Verschmälerung der Nasenpyramide.

Abb. 5: Schematische Darstellung des High-SMAS-Faceliftings.

Abb. 6a: 62-jährige Patientin mit Höckernase, breiter Nasenspitze und Wangenptose.

Abb. 6b: Die Patientin nach Septorhinoplastik mit Reduktion des Nasenrückens, Verschmälerung der Nasenspitze und High-SMAS-Facelift, ein Jahr postoperativ.

Abb. 6c: Die gleiche Patientin zehn Jahre postoperativ.

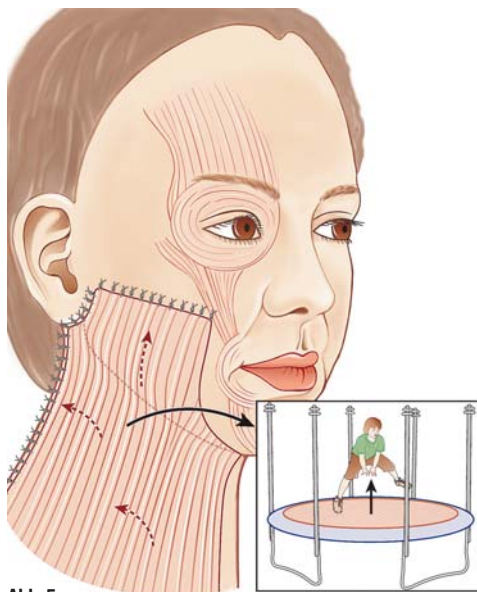


Abb. 5



Abb. 6a

Abb. 6b

Abb. 6c



Abb. 7a



Abb. 7b



Abb. 7c



Abb. 7d

Abb. 7a und c: 60-jährige Patientin mit Ptose der Halsweichteile und Verstreichen der Kinn-Hals-Kontur. **Abb. 7b und d:** Die gleiche Patientin nach MACS-Lift zur Korrektur der gewünschten Region.



Neue Maßstäbe
für die Ästhetische
Chirurgie

BRUMABA
OPERATING TABLE SYSTEMS



BESUCHEN SIE UNS AUF
WWW.BRUMABA.DE

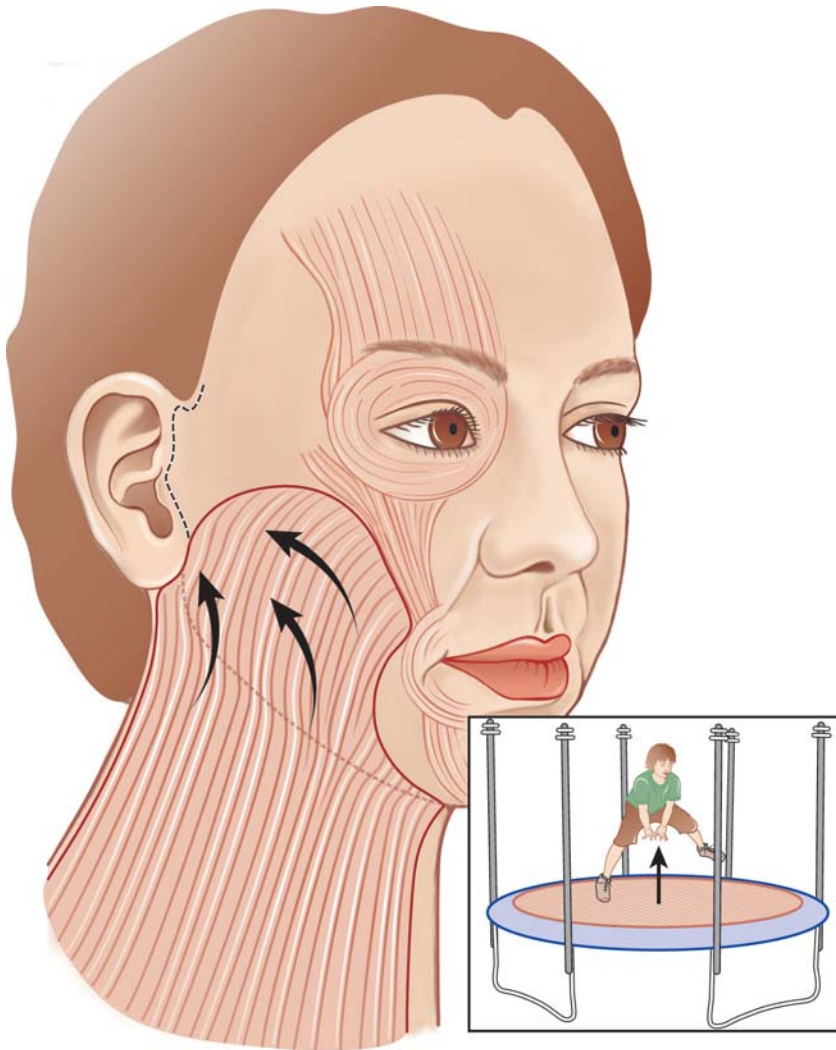


Abb. 8

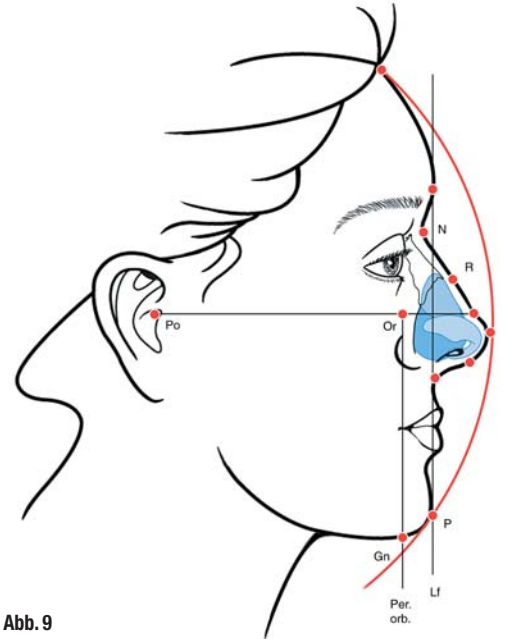


Abb. 9

Mitte und Kinnlinie. Es werden drei resorbierbare Raffnähte zur Straffung der Halsregion, Hängebäckchen und der Nasolabialregion gesetzt. Die beabsichtigte Wirkung kann jederzeit kontrolliert und die Nähte korrigiert sowie optimal platziert werden.

Kinnkorrekturen

Innerhalb der ästhetischen Einheiten des Gesichts wird das Kinn oft am wenigsten beachtet. Eine falsche Beurteilung der Kinn-Nase-Relation ist ein weit verbreiteter Fehler bei der Analyse von Rhinoplastik-Kandidaten. Dabei kann durch eine Deprojektion der Nase durch eine alleinige Rhinoplastik oft schon eine relative Vorverlagerung eines fliehenden Kinns erreicht werden. Genauso ist allerdings eine wirkliche Verbesserung des Profils nur durch eine simultane Rhino- und Kinnplastik zu erreichen.

Abb. 8: Schnittführung und Prinzip des Minifacelifts. – **Abb. 9:** Der Gesichtskreis nach Charles Baud. – **Abb. 10a und b:** 54-jährige Patientin mit Blepharochalasis und Wangen-Hals-Ptose präoperativ. – **Abb. 10c und d:** Die Patientin ein Jahr nach Blepharoplastik und Minifacelif.



Abb. 10a



Abb. 10b



Abb. 10c



Abb. 10d



Abb. 12a



Abb. 12b

Abb. 11: Prinzip der Kinnaugmentation mit autologem Knorpel.

Abb. 12a: Junge Patientin mit überproportionaler Nase und fliehendem Kinn.

Abb. 12b: Die Patientin ein Jahr nach Rhino- und Kinnplastik.

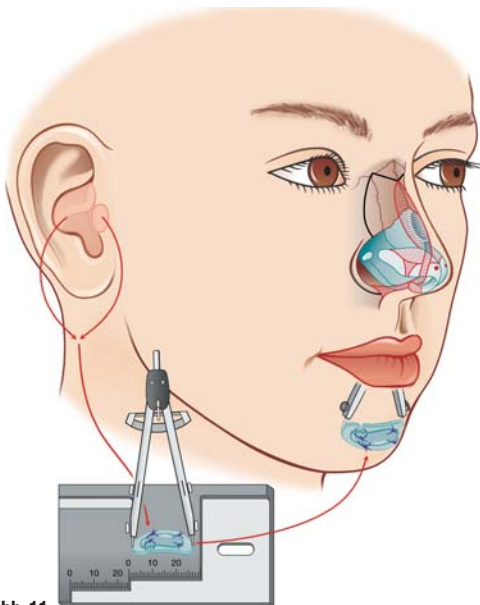


Abb. 11

Die Augmentation kann mit autologem Knorpel aus dem Cavum conchae beidseits oder aus der Rippe bzw. mit Implantaten aus Kunststoff, z. B. GORE-Tex, erfolgen. Die Implantate werden unter das Periost des Unterkiefers geschoben und mit Nähten fixiert. Der Zugang erfolgt entweder über den Mund oder eine kleine Inzision unter dem Kinn.¹ Umstellungsosteotomien sind als Simultaneingriffe weniger geeignet (Abb. 11 und 12).

Am Beispiel des Kinns wird deutlich, dass es bei dessen Korrekturen immer um eine Verbesserung der Abstimmung der ästhetischen Einheiten Stirn, Kinn und Nase zu einer harmonischen Profillinie geht. Um die drei wichtigsten Punkte zur Beurteilung des Gesamtprofils abzubilden und hinsichtlich ihrer gegenseitigen Lagebeziehung im Profil zu beurteilen, hat sich dem Autor eine Modifikation des von Charles Baud (1982) angegebenen Gesichtskreises bewährt (Abb. 9).

Kurioserweise haben viele Menschen ihr Profil noch nie wahrgenommen. Viel häufiger wird das Halbprofil bewertet. Daher ist die Beratung mithilfe von standardisierten Fotos bzw. der verantwortlich ausgeführten Animation des realistischerweise zu erzielenden Resultats sinnvoll.

Kontakt

face



Prof. Dr. Hans Behrbohm
Park-Klinik Weißensee
Schönstraße 80
13086 Berlin
Tel.: 030 9628-0

Privatpraxis KU61
Kurfürstendamm 61
10707 Berlin
Tel.: 030 96283852
behrbohm@park-klinik.com
www.KU61.de

Infos zum Autor



Literatur

