

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/265166248>

Ästhetische Medizin des Gesichts – Ein Überblick über Grundlagen sowie nicht operative und operative Möglichkeiten

Article *in* Die Quintessenz · August 2014

CITATIONS

0

READS

202

3 authors, including:



[Markus Troeltzsch](#)

Universitätsmedizin Göttingen

55 PUBLICATIONS 263 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Matthias Troeltzsch](#)

Ludwig-Maximilians-University of Munich

76 PUBLICATIONS 370 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Ästhetische Medizin des Gesichts – Ein Überblick über Grundlagen sowie nicht operative und operative Möglichkeiten

Teil 3: Operative Techniken zur Verjüngung des Mittelgesichtsbereiches

Indizes

Mittelgesichtsalterung, plastisch-ästhetische Chirurgie, Facelift, Blepharoplastik, Operationstechniken

Zusammenfassung

Ein jugendlicher Gesichtsausdruck wird heute ganz allgemein als attraktiv angesehen. Die Alterung des Gesichts ist durch die Ptosis sowie die Erschlaffung der Haut und der tiefer liegenden Fett- und Bindegewebskompartimente bedingt. Das Ziel der plastisch-ästhetischen Chirurgie besteht in der typgerechten Verjüngung des Gesichts, der sogenannten Rejuvenation. Hierbei kommen verschiedene Operationstechniken zur Anwendung, die im Wesentlichen der Reduktion von Hautüberschüssen und der Neupositionierung von Fett- und Bindegewebskompartimenten dienen. In diesem Teil der Beitragsreihe soll ein Überblick über die Alterung des Mittelgesichts und mögliche Techniken zur operativen Korrektur gegeben werden.

Einleitung

Schön zu sein wird in der Zeit des „Lifestyles“ häufig mit einem jugendlich glatten Gesichtsausdruck gleichgesetzt. Doch was ist eigentlich schön oder ästhetisch? Jeder kennt aus den Medien Menschen, deren maskenhaftes Gesicht aufgrund einer schlecht durchgeführten Facelift-Operation eher abstoßend wirkt. In den letzten Jahren hat sich diesbezüglich in der plastisch-ästhetischen Chirurgie der Begriff der Rejuvenation durchgesetzt, mit dem die typgerechte Verjüngung des Gesichts gemeint ist^{1,6}.

Ein Problem der plastisch-ästhetischen Chirurgie besteht darin, dass Eingriffe häufig ohne fundierte chirurgische Ausbildung vorgenommen werden. Dies führt nicht selten zu unbefriedigenden Ergebnissen, die nur schwer wieder zu korrigieren sind. Verbreitet ist auch die Fehleinschätzung, dass man eine Vielzahl verschie-



Volker Gaßling
Priv.-Doz. Dr. med.
Dr. med. dent.

Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Campus Kiel
Arnold-Heller-Straße 3, Haus 26
24105 Kiel
E-Mail: gassling@mgk.uni-kiel.de

Markus Tröltzsch
Dr. med. Dr. med. dent.

Abteilung Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsmedizin Göttingen
und
Praxis
Maximilianstraße 5
91522 Ansbach

Matthias Tröltzsch
Dr. med. dent., Arzt

Klinik und Poliklinik für
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität
München
und
Praxis
Maximilianstraße 5
91522 Ansbach

■ ALLGEMEINMEDIZIN

Ästhetische Medizin des Gesichts – Ein Überblick über Grundlagen sowie nicht operative und operative Möglichkeiten

dener Operationstechniken beherrschen könne. Ein Blick auf die Resultate plastisch-ästhetischer Operationen zeigt jedoch, dass die Spezialisten eines Faches, d. h. diejenigen, die beispielsweise nur Nasenchirurgie betreiben, die besten Ergebnisse vorweisen können. In diesem Zusammenhang ist besonders problematisch, dass der Begriff des Schönheitschirurgen in Deutschland nicht gesetzlich geschützt ist und sich daher jeder approbierte Arzt diesen Titel zuzulegen vermag, ohne überhaupt über eine spezifische chirurgische Ausbildung zu verfügen. Der Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie kann ohne Übertreibung von sich behaupten, über eine ausreichende Expertise auf diesem Gebiet zu verfügen. Denn wer bereits Erfahrung im Bereich der Parotischirurgie hat, dem fällt auch das Facelift leichter.

Allerdings sollte jede ärztliche Behandlung einem ethischen Grundsatz folgen, was auch auf plastisch-ästhetische Eingriffe zutrifft. Patienten sind keine Kunden. Zwar zahlen sie ebenso wie diese für eine Leistung, aber letztlich nur, weil sie „krank“ sind. Dies gilt

gleichfalls für plastisch-ästhetische Eingriffe, die von den Patienten aufgrund einer emotionalen oder psychischen Intention gewünscht werden. Personen mit psychischen Auffälligkeiten sollten erkannt und von operativen Eingriffen ausgeschlossen werden. Im Wesentlichen handelt sich hierbei um zwei psychische Auffälligkeiten:

1. die Dismorphophobie (Missgestaltsfurcht), d. h. das subjektive Gefühl der Hässlichkeit trotz normalen Aussehens, und
2. den sogenannten Thersites-Komplex, bei dem minimale Makel wie Muttermale oder Akne zu einem exzessiven Leidensdruck führen⁸.

So ist zu Beginn die Indikation für eine plastisch-ästhetische Operation zu überprüfen. Hierbei steht die Frage im Vordergrund, ob überhaupt ein korrekturbedürftiger Befund vorliegt. Des Weiteren muss geklärt werden, ob der Korrekturwunsch realitätsbezogen ist und ob der Entschluss zur Operation auf die Motivation des Patienten selbst zurückgeht oder etwa von dessen Lebenspartner beeinflusst wurde. Zu guter Letzt ist zu prüfen, ob die Korrektur operationstechnisch umsetzbar und wie das Verhältnis von Nutzen und Risiko des Eingriffs einzuschätzen ist. Einen weiteren nicht zu vernachlässigenden Gesichtspunkt stellt der juristische Aspekt von Komplikationen im Rahmen von plastisch-ästhetischen Eingriffen dar. Hier gilt § 52 Abs. 2 SGB V (Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden), demzufolge Versicherte in angemessener Höhe an den Kosten zu beteiligen sind, wenn eine Folgebehandlung aufgrund einer medizinisch nicht indizierten Maßnahme – wie z. B. einer plastisch-ästhetischen Operation – nötig wird.

Mittelgesichts-anatomie

Die Mittelgesichts-anatomie kann man sich vereinfacht wie die Form eines invertierten Dreiecks vorstellen, welches mit seiner Basis am Unterlid und seiner Spitze an der Nasolabialfalte liegt (Abb. 1). Die laterale Begrenzung wird durch eine Verbindungslinie zwischen lateralem Lidwinkel und Mundwinkel und die mediale

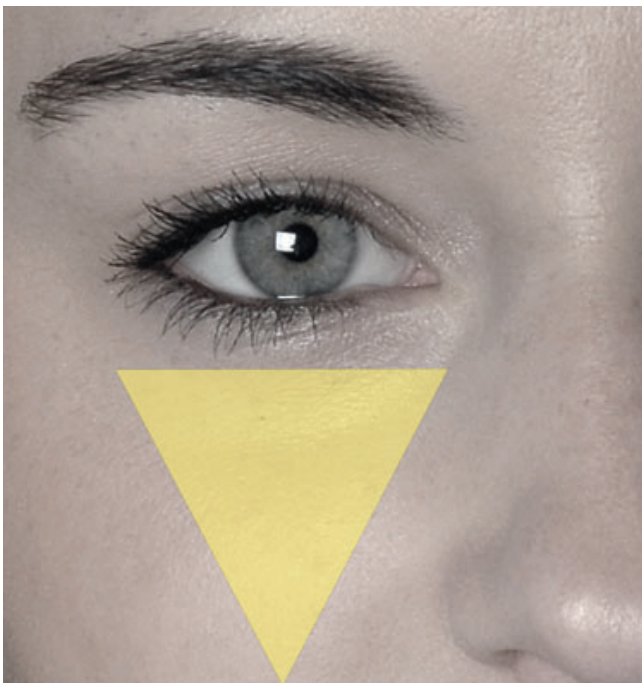


Abb. 1 Anatomie des Mittelgesichts

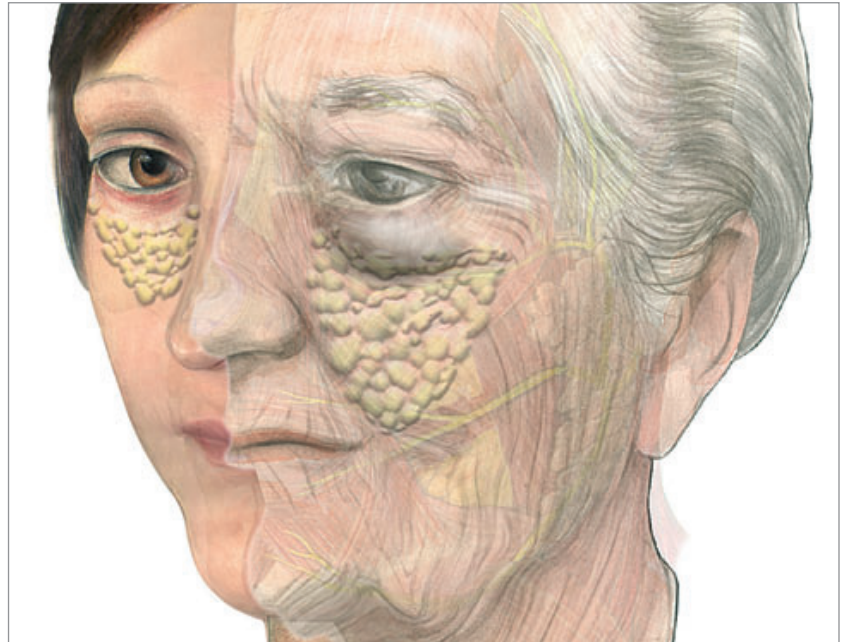


Abb. 2 Alterungsvorgänge des Mittelgesichts

Begrenzung durch eine Linie zwischen medialem Lidwinkel und der Nasolabialfalte gebildet. Um die anatomischen Veränderungen beim Alterungsprozess verstehen zu können, muss man sich vor allem die tieferen anatomischen Gewebsschichten verdeutlichen. Die Mittelgesichtsregion kann hier in zwei Bereiche eingeteilt werden: Die präzygomatische Region überdeckt das knöcherne Jochbein, und die infrazygomatische Region, überdeckt das Vestibulum der Mundhöhle⁷.

Mittelgesichtsalterung

Bei der Alterung des Gesichts handelt es sich um einen physiologischen Vorgang, der durch die Ptosis sowie die Erschlaffung der Haut und der tiefer liegenden Fett- und Bindegewebskompartimente bedingt ist⁹. Das Absinken des Wangenfettpolsters („malar fat pad“) von der präzygomatischen in die infrazygomatische Region hinterlässt eine eingefallene obere Mittelgesichtsregion. Die infrazygomatische Region nimmt das abgesunkene Gewebe auf, was wiederum ein Absinken der Wange ins Untergesicht zur Folge hat^{1,3}. Das Absinken der

Unterlid-Wangengrenze und die Herniation von periorbitalem Fettgewebe durch das Septum orbitale führen zusätzlich zur sogenannten „tear trough deformity“, einer Konkavität an der medialen Grenze von Unterlid und Wange, welche die Prominenz der Nasolabialfalte nochmals verstärkt² (Abb. 2).

Operationstechnik des Facelifts

Die Geschichte der Facelift-Chirurgie in Deutschland geht auf die Anfänge des letzten Jahrhunderts zurück. In Berlin wirkten in dieser Zeit *Erich Lexer*⁵ und *Jacques Joseph*⁴, die beide unabhängig voneinander im Jahr 1931 die Gesichtshautspannung bzw. Hängewangenplastik erstmals beschrieben. In den letzten Jahrzehnten sind zahlreiche Modifikationen der Facelift-Technik entwickelt worden. Die meisten Operationsmethoden zeichnen sich dabei durch eine Kombination von Weichgewebsverlagerung und/oder Volumenzugabe aus. Nach Hautinzision und Präparation des Hautlappens ist der wichtigste Teil des Eingriffs die Präparation des SMAS („superficial musculoaponeurotic system“). Dieses besteht im Wesentlichen aus dem Platysma und

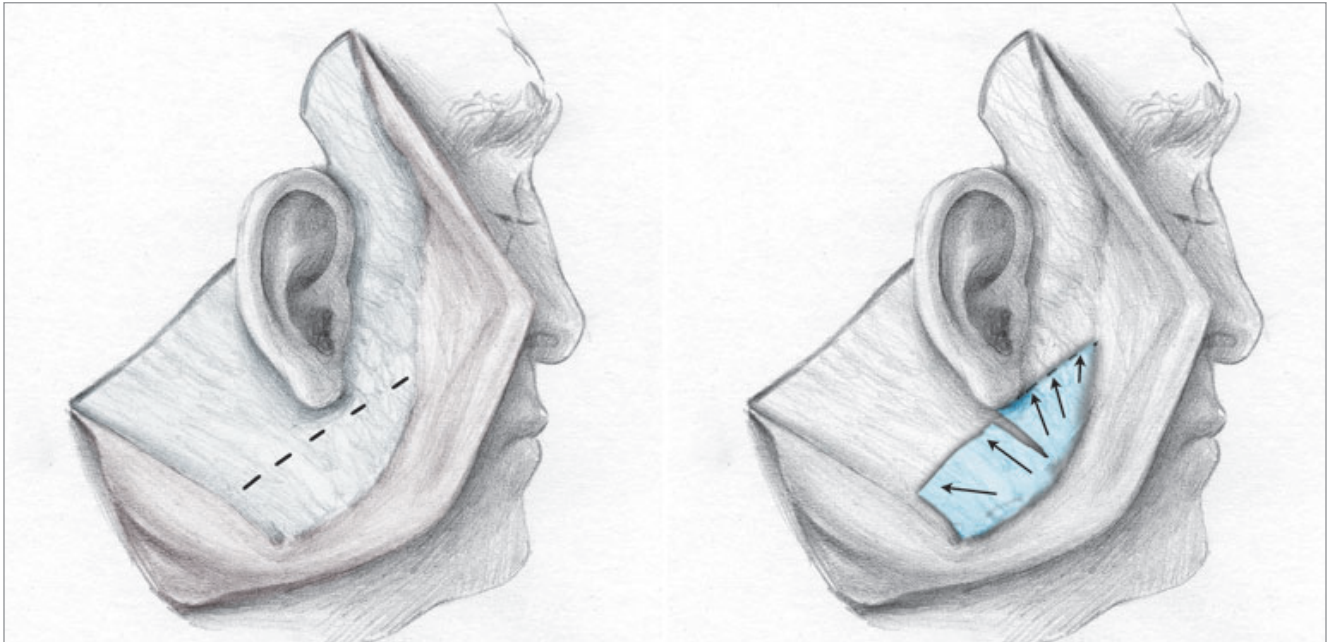


Abb. 3 Operationstechnik des Facelifts

einigen anderen mimischen Muskeln. Die Duplikatur des SMAS sowie die anschließende Neuausrichtung und Fixierung ermöglichen eine Anhebung der abgesunkenen Mittelgesichtskompartimente (Abb. 3). Abschließend wird lediglich der Hautlappen über die neu positionierten Mittelgesichtsbereiche ausgestrichen und überschüssige Haut sparsam entfernt, um keinen gerafften Gesichtsausdruck zu erzeugen. Eine gewissenhafte postoperative Nachsorge ist beim Facelift besonders wichtig, da vor allem nicht erkannte Hämatome schnell zur Kompression der Fazialisäste und somit zu einer irreversiblen Gesichtslähmung führen können (um hier nur die schwerwiegendste Komplikation dieser Operationstechnik zu nennen).

Alterungsprozesse im Bereich der Ober- und Unterlider

Die Erschlaffung der Gesichtshaut kann im Bereich des Auges zu einer Funktionsbeeinträchtigung in Form einer Gesichtsfeldeinengung führen. Die hier zugrunde liegende Erschlaffung der Haut bezeichnet man als

Dermatochalasis oder auch als Cutis laxa. Die Pathophysiologie wird heute noch nicht ganz verstanden, aber im Wesentlichen handelt es sich um eine altersbedingte Veränderung (Graviditätseffekte, Verlust von elastischen Geweben und Degeneration von Bindegewebe). Des Weiteren können Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse, eine Niereninsuffizienz, ein Trauma, ein *Ehlers-Danlos-Syndrom*, eine Amyloidose, ein hereditäres angioneurotisches Ödem und andere Erkrankungen eine Rolle bei der Entstehung der Dermatochalasis spielen. Die sogenannte Blepharochalasis dagegen stellt ein seltenes intermittierend entzündliches Syndrom dar, das ebenfalls zu einem Absinken von erschlaffter Augenhaut wie bei der Dermatochalasis führt.

In einigen Fällen ist die Dermatochalasis der Oberlider durch ein Absinken der Augenbrauen (Augenbrauenptosis) bedingt, was aufgrund einer kompensatorischen Kontraktion des *M. frontalis* nicht direkt sichtbar wird (Pseudoblepharochalasis). Zudem kann auch periorbitales Fettgewebe durch das Septum orbitale in den Bereich des Ober- und Unterlides vordringen und somit die Ausprägung der Dermatochalasis ver-



stärken. Die Indikation zur Blepharoplastik stellt sich folglich durch die Funktionsstörung und die subjektive ästhetische Missempfindung des Patienten. Es ist nahelegend, dass neben den oben erwähnten Erkrankungen auch die Einnahme bestimmter Medikamente, psychische Probleme, unrealistische Erwartungen oder der Wunsch des Lebenspartners als Kontraindikationen für die Blepharoplastik gelten.

Operationstechnik der Blepharoplastik

Die Blepharoplastik gilt zu Unrecht als einfacher plastisch-ästhetischer Eingriff. Dies liegt zum einen an der überaus komplexen Anatomie des Auges, die wenig operative Fehler erlaubt (Abb. 4). Zum anderen ist dafür aber auch die Fehleinschätzung vieler unerfahrener Operateure verantwortlich, welche als Ursache für die Dermatochalasis lediglich die Erschlaffung der Lidhaut sehen und dabei den Einfluss der periorbitalen Gewebe unterschätzen. Unbedingte Voraussetzung vor jeder operativen Korrektur der Augenlider ist eine sorgfältige augenärztliche Untersuchung. Diese erlaubt es, einerseits das Ausmaß der Gesichtsfeldeinengung zu bestimmen und andererseits bisher unerkannte Augenerkrankungen zu diagnostizieren. Des Weiteren muss eine genaue klinische Untersuchung der Augenlidregion erfolgen. Hierbei ist insbesondere auf die Brauenstel-

lung, die Symmetrie, den Hauttyp (Rötung, Ekzeme, Narben), die Lidfurche, die Stellung der Lidkante und Wimpern sowie eine etwaige Lidschlussinsuffizienz zu achten. Dadurch kann z. B. eine vermeintliche Dermatochalasis der Oberlider als Augenbrauenptosis erkannt und der richtigen Therapie, nämlich einem Brauenstirnlift, zugeführt werden.

Das Ziel der Oberlidblepharoplastik ist vereinfacht ausgedrückt die Entfernung von überschüssigem Gewebe und die Rekonstruktion der Lidfurche im Bereich des Oberlides (Abb. 5). Hierbei werden je nach Ausprägung der Dermatochalasis in unterschiedlichem Ausmaß Haut, Anteile des Musculus orbicularis oculi und periorbitales Fettgewebe reseziert. Bei der Unterlidblepharoplastik geht es vor allem um die Beseitigung prolabierte Fettgewebes. Nach Präparation des Haut-Muskel-Lappens und Eröffnung des Septum orbitale wird aus den drei Kompartimenten sparsam Fett entfernt und sorgfältig koaguliert. Anschließend erfolgen die Refixierung des Haut-Muskel-Lappens am Periost der lateralen Orbita und die sparsame Resektion von überschüssiger Haut.

Die Operation, d. h. die Resektion der Gewebe, kann konventionell mit dem Skalpell oder auch mit dem CO₂-Laser durchgeführt werden, wobei letztere Methode den Vorteil der gleichzeitigen Koagulation von Blutgefäßen hat. Das Anzeichnen der Schnittführung sollte unbedingt am wachen, möglichst sitzenden Patienten

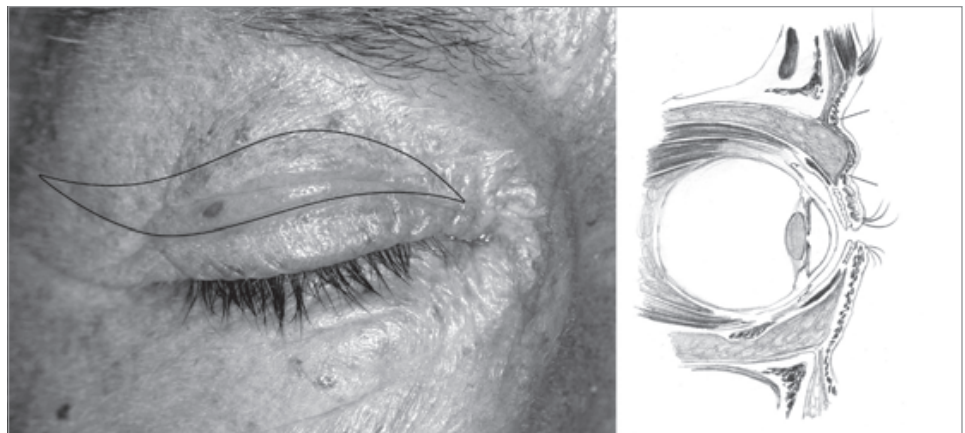


Abb. 4 Anatomie der Augenlider

Abb. 5 Operationstechnik der Oberlidblepharoplastik

■ ALLGEMEINMEDIZIN

Ästhetische Medizin des Gesichts – Ein Überblick über Grundlagen sowie nicht operative und operative Möglichkeiten

erfolgen, da hierdurch das Ausmaß des zu resezierenden Gewebes zur Verhinderung eines späteren Ektropiums besser abgeschätzt werden kann. Als schwerwiegendste Komplikation bei der Blepharoplastik gilt die Blutung, die im Fall der Eröffnung des Septum orbitale auch zu einem Retrobulbärhämatom mit Gefahr der Erblindung führen kann. Daher ist eine engmaschige postoperative Kontrolle des Patienten unabdingbar.

Danksagung

Unser Dank gilt Herrn *Andreas Reinhardt* für die Erstellung der Abbildungen.

Literatur

1. Chalet SR, Williams EF 3rd. Understanding midfacial rejuvenation in the 21st century. *Facial Plast Surg* 2013;29:40-45.
2. Flowers RS. Tear trough implants for correction of tear trough deformity. *Clin Plast Surg* 1993;20:403-415.
3. Gierloff M, Stöhring C, Buder T, Gassling V, Acil Y, Wiltfang J. Aging changes of the midfacial fat compartments: a computed tomographic study. *Plast Reconstr Surg* 2012;129:263-273.
4. Joseph J. Nasenplastik und sonstige Gesichtsplastik. Nebst einem Anhang über Mammoplastik und einige weitere Operationen aus dem Gebiete der äusseren Körperplastik. Ein Atlas und Lehrbuch. Leipzig: Curt Kabitzsch, 1931.
5. Lexer E. Die gesamte Wiederherstellungs-chirurgie. 2. Aufl. Leipzig: J. A. Barth, 1931.
6. Mendelson BC. Anatomic study of the retaining ligaments of the face and applications for facial rejuvenation. *Aesthetic Plast Surg* 2013;37:513-515.
7. Moss CJ, Mendelson BC, Taylor GI. Surgical anatomy of the ligamentous attachments in the temple and periorbital regions. *Plast Reconstr Surg* 2000;105:1475-1490.
8. Mühlbauer W, Holm C, Wood DL. The thesities complex in plastic surgical patients. *Plast Reconstr Surg* 2001;107:319-326.
9. Rohrich RJ, Pessa JE. The fat compartments of the face: anatomy and clinical implications for cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2007;119:2219-2227.