

04 SWISS
BEAUTY

Guide

DAS SCHWEIZER VERZEICHNIS FÜR ÄSTHETISCHE MEDIZIN



01. 1 KAPITEL: GESICHT > F

Das erweiterte «Temporale Midfacelift 3»

ARTIKEL VON:
DR. MED. BERNHARD F. WUCHNER
BODENSEE-HOCHRHEIN-KLINIK
SINGEN



ELIFTING/HALS LIFTING

Das erweiterte «Temporale Midfacelift3» eine neue Technik basierend auf dermikroinvasiven Chirurgie (MIC) zur Rejuvenation (Verjüngung) des Gesichts.

Die Alterungsprozesse im Gesichts-Halsbereich sind nicht einheitlich einzuordnen, sondern beinhalten differenzierte Schwerpunkte. Um ein harmonisches Gesamtergebnis zu erreichen, ist es in erster Linie wichtig, in einem intensiven Aufklärungsgespräch den Sinn und das Ziel einer operativen Massnahme zu verstehen und zu befürworten.

Basistechnik der Rejuvenation ist das Facelift. Hierbei werden unterschiedliche Techniken von Chirurgen verwendet. Gemeinsames Ziel sollte jedoch sein, das Erhalten und die Wiederherstellung des femininen bzw. maskulinen Gesichtsausdrucks unter Miteinbeziehung und Bewahrung der individuellen Persönlichkeit.

Das Ergebnis sollte eine zeitlich definierte Haltbarkeit aufweisen und möglichst mit minimalem Risiko und Komplikationen behaftet sein. Der Gesamteindruck einer Rejuvenation sollte sich so präsentieren, dass die Individualität erhalten bleibt. Die Ausstrahlung in die Umwelt muss unoperiert sein.

Um diese vorgenannten Ziele zu erreichen sind nicht nur die abgesunkenen Weichteile (Sagging) der Gesichts-Halsregion zu beurteilen, sondern auch die Appendices – wie Ohren, Ober-Untertlider, Augenbrauenstellung – die ebenfalls im Rahmen der Alterung erheblichen Veränderungen unterliegen. Weiterhin sind Wachstumsstörungen des knöchernen Skeletts zu erfassen und in eine harmonische Rejuvenation mit einzubeziehen. Rück- und Vorlagen des Untergesichts – wie Vogelgesicht, zu kleines und zu grosses Kinn, hervorstehender Unterkiefer – sind vor einer Facelift-Operation zu korrigieren. Ebenso die Wachstumsstörungen im Mittelgesicht – wie zu kleiner Oberkiefer, flache Wangenregion, Rück- und/oder Vorlage des Oberkiefers.

Abgesehen von diesen Wachstumsstörungen spielen im Alterungsprozess vor allem Nase und Kinn (Gesichtspyramide) eine wesentliche Rolle. Die Relationen verschlechtern sich, vor allem

durch das Wachstum der knorpeligen Nase – auch im Alter – und der relativen Atrophie (Knochenschwund) des Alveolarfortsatzes (zahntragenden Knochens).

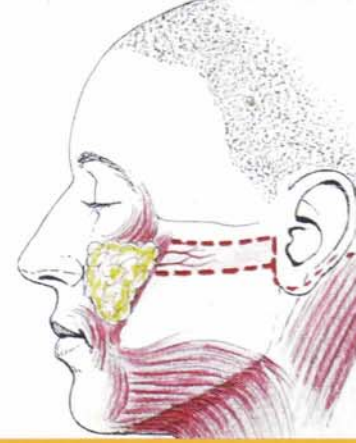
Nicht zu vergessen die Haut. Ein noch so gut durchgeführtes Facelift wird nicht die Falten eliminieren. Die Merkmale des fortschreitenden Alterns sind Mundwinkel und Kinnfalten, kleinste Falten auf der Oberfläche der Haut und den so genannten Altersflecken. Um ein optimales Ergebnis im Sinne einer harmonischen Rejuvenation zu erzielen, müssen und sollen weitere Spezialisten in die Behandlung einbezogen werden. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Spezialisten gehört heute zum Standard einer Ergebnismaximierung.

Das erweiterte temporale Mittelgesichtslift (ETML) erfasst die seitliche Stirn, das Mittelgesicht und die vorderen Anteile des Halses. Die Erschlaffung der Haut (Elastose) und damit verbunden das Sagging der Weichteile setzt bei diesem Lift die Grenzen. Bei mehr als 2 cm Hautüberschuss – gemessen vor dem Ohr zwischen Warzenfortsatz (Tragus) und Jochbogen – sollte dieses Lift nur noch modifiziert oder durch ein Panfacelift ersetzt werden. Die Vorteile des ETML sind vor allem in der minimalen Eröffnung in der seitlichen Stirn (MIC) und keiner Schnittführung vor dem Ohr.

Unter der Haut und in der Muskulatur wird ein dynamisches SMAS (Superfiziales Muskuloaponeurotisches System) durchgeführt.

Die Gesichtsmuskulatur wird über die Faszien gestrafft. Das Wangenfett reponiert und die Verbindungen zwischen Muskulatur und Bindegewebe und Knochen – osteocutane Ligamenten – individuell gestaltet und fixiert.

Dieses Verfahren an den Weichteilen des Gesichts (Muskulatur, Faszien, Bindegewebe, Wangenfettkörper und den osteocutanen Ligamenten) wird Mehrschichtverfahren oder Composite-Lift genannt. Durch Resektion der überschüssigen Haut wird diese spannungsfrei an das modellierte, rejuvenierte Gesicht angepasst. >



01.1 DAS ERWEITERTE TEMPO

Die Grundlagen eines erfolgreichen Lifts basieren nicht nur auf der Technik und der Routine bei der Durchführung desselben, sondern auf der Fähigkeit des Operateurs die individuelle Harmonie der Gesichtsabschnitte zu erkennen und in einer ästhetischen Konzeption umzusetzen.

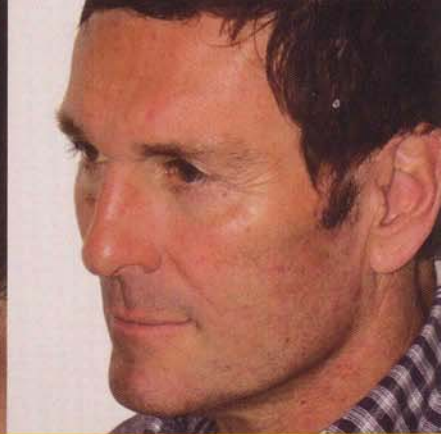
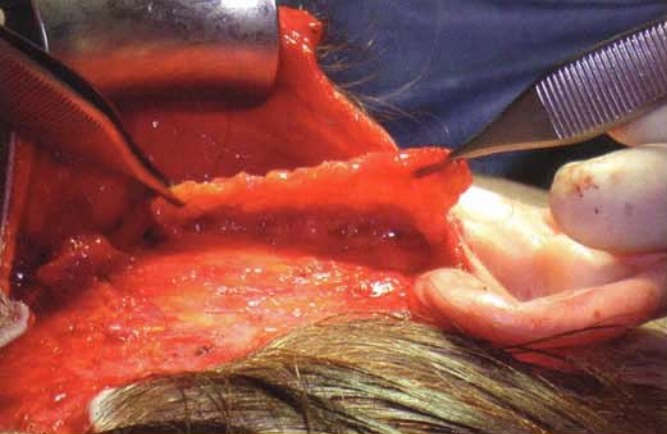
Zur Technik: Am Vorabend vor der Operation werden dem Patienten vor dem Spiegel das zu erreichende Ziel der Operation demonstriert. Es werden anhand eines individuellen Aufklärungsbogens alle noch bewegende Fragen des Patienten erläutert und die Laborbefunde kontrolliert. Anschliessend erfolgt die fotografische Dokumentation des präoperativen Zustandes. Danach erfolgt die Anzeichnung der Schnittführung (FOTO) und die Aufklärung durch den Narkosearzt. Der Patient wäscht sich die Haare mit einem desinfizierenden Shampoo und duscht sich. Am Op-Tag wird die Markierung der Schnittführung aufgefrischt und ergänzt. Sterile Abdeckung auch im Kopfbereich.

Die Wahl der Anästhesieform wird mit dem Narkosearzt festgelegt. Dämmer Schlaf, Larynxmaske oder Intubation. Danach wird die rechte Gesichtshälfte mit einer 0,66 %igen Xylonest-Lösung infiltriert. Nach Beendigung der Haut-Subcutis Lappenpräparation im Mittelgesichts wird durch tangentielle Schnittführung etwa 2,5 cm hinter dem Haaransatz das seitliche Stirnlift bis etwa 1,5 cm über dem Augenbrauenniveau präpariert.

Die tempoparietale Schnittführung in Fortsetzung des Ohransatzes ist passé. Rekonstruktion muss durch Haartransplantation (Minikrafts) durchgeführt werden. Haarausfall und die Vergrößerung der Distanz zwischen seitlichem Haaransatz und der Augenbraue bilden das Phänomen des nach hinten verutschten Toupet.

Auch eine geringe Verlagerung der Schnittführung in den Haaransatz – wie beim ETML – muss dann durch einen Hairlinecut (Haaransatz) Schnittführung ersetzt werden.

Danach erfolgt die Präparation des SMAS und die Präparation des Wangenfettkörpers. Die Spannung des SMAS wird festgelegt. In



LE MIDFACELIFT 3

der Regel wird ein Streifen von 1,5 bis 2 cm eingeschnitten. Der mediale Anteil bleibt gestielt und kann zum Aufbau und der Konturierung der Wange eingelegt werden (Sandwichtechnik).

Die Fixation der Wange erfolgt mit durchgreifenden Periostnähten am Jochbeinkörper. Die Fixation der Muskelstraffung (SMAS) am medialen Anteil des Jochbogens ebenfalls mit durchgreifenden Periostnähten. Hierdurch wird ein Absinken der reponierten Weichteile verhindert.

Anschliessend erfolgt die Konturierung des Fettes im Kieferwinkel/Halsübergang und den Wangen. Einlegen einer Minivagdrainage zur Verhinderung der Ansammlung von Wundwasser.

Der Hautüberschuss wird markiert und spannungsfrei exzidiert. Die Hautnähte erfolgen mit 3.0 und 4.0 Drahtnähten aus hochgereinigtem V2A Stahl intracutan d.h. unsichtbar in der Haut verlaufend. Vorteil dieser Stahlnähte: keine allergischen Reaktionen und kein Vollaugen der Nähte mit Flüssigkeit. Lange Liegedauer (bis zu 21 Tagen) postoperativ ohne jegliche Reaktion. Dadurch hervorragende Eigenschaften zur Narbenbildung.

MINIMIERUNG VON KOMPLIKATIONEN UND RISIKEN:

1. Atraumatisches operieren, d.h. Verhinderung von Blutergüssen
2. Verschluss der Haut ohne Spannung
3. Perfekte Wunddrainage
4. Luftiger Schaumstoffverband mit minimaler Kompression
5. Vorsichtige Blutstillung (Hitze) Cave Nervverletzung
6. Im Bereich des N. Fazialis stumpfe vertikale Dissektion
7. Keine grossen haartragende Areale unterminieren - Gefahr Haarverlust-Alopezie.
8. Narbenbildung durch intracutane Nähte vermeiden.
9. Starke Narbenbildung meist durch zuviel Spannung verursacht.

AUSSCHLUSS VON PATIENTEN MIT:

1. Diabetes
2. Nach Chemotherapie
3. St.n. Infektion mit betahämolisierenden Streptokokken
4. Kettenraucher
5. Erkrankungen des körpereigenen Abwehrsystems

VORTEILE DES ETML:

Kleiner Zugang. Keine sichtbaren Narben vor dem Ohr seitlichen Stirnlift im Haaransatz Durch MIC-Chirurgie wird ein Vielschichtenlift bis in den vorderen Hals durchgeführt. Schnelle Gesellschaftsfähigkeit, kurze Nachbehandlung.

Nachteile des ETML: Bei erheblicher Elastose (Verlust von Straffheit der Haut. Bei gleichzeitigem Absinken der Weichteile (Sagging) mit Hautüberschuss von mehr als 2 cm sollte ein Panfacelift durchgeführt werden.

Spitalaufenthalt :	max. 2 Nächte
Dauer der Operation:	4 Stunden
Anästhesieform:	Dämmer Schlaf, Larynxmaske, Intubation
Risiken:	gering
Nebenwirkungen :	keine
Langzeitwirkung:	Altersabhängig wegen der Zellteilungsrate im Mittel nach 6-8 Jahren
Nachbehandlung:	Lymphdrainage und Bindegewebsmassagen nach Op.
Gesellschaftsfähigkeit:	nach 8 Tagen max. 12 Tagen individuell.
Kosten:	SFR 16'000 inkl. Klinikaufenthalt und Anästhesie sowie Voruntersuchung, Nachbehandlung Ass.- und Op.-Kosten.
Kostenübernahme durch Krankenkasse:	keine



01.2 KAPITEL: GESICHT >

Korrektur der abstehenden Ohren - Abtrusio Auriculae und der Antehelixa - Otoklisis - sowie des gesamten Ohres - Otoplastik.

ARTIKEL VON:
DR. MED. BERNHARD F. WUCHNER
BODENSEE-HOCHRHEIN-KLINIK
SINGEN



OHRENKORREKTUR

Ohren haben nicht nur eine Funktion – Hörorgan – sondern unterliegen in den verschiedenen Kulturen auch einer ästhetischen Betrachtung. Abstehende Ohren sind im Buddhismus ein Zeichen von Intelligenz und Weisheit.

In unserer Kultur verbinden wir abstehende Ohren nicht mit einem Schönheitsideal, sondern vielmehr als einen Makel. Kurzum schöne Ohren sind anliegend und wohl geformt, meint die Helix – der äussere Ohrtrand – und die Anthelix – innerer Ohrtrand, die Ohrmuschel und die Ohrgrösse bilden ein harmonisches Ganzes.

Schon 1881 begann der Arzt Ely mit der Korrektur von Stellungsanomalien der Ohrmuschel. Die Operationstechnik war damals simpel, durch Exzision eines Streifens – durch alle Schichten – mit anschliessendem Wundverschluss.

Die häufigsten Operationstechniken der Otoklisis (abstehende Ohren) konzentrieren sich auf die plastische Korrektur der mangelhaft ausgebildeten Antehelixkonfiguration.

Heutige Techniken sind Kombinationen aus Knorpelresektion, Skarifikationen (Schnitz-Ritzverfahren) und Nahttechniken. Von den normalen Variationsbreiten in Bezug auf Stellung, Grösse und Form der Ohrmuschel gibt es zahlreiche Übergänge.

Die abstehende Ohrmuschel, eine der häufigsten Anomalien, die durch eine Hypertrophie bzw. starke Vorwölbung des Konchaknorpels oder Unterentwicklung der Anthelix entsteht, stellt die Hauptindikation zur Otoplastik dar und sollte bei Kindern aus psychologischen Gründen und vor allem auch weil das Wachstum des Ohres in diesem Alter nahezu abgeschlossen ist, vor dem Schuleintritt durchgeführt werden. Ziel der Korrektur der Stellungsanomalien ist die Reduktion des Ohr-Kopf-Winkels von 90 Grad auf 25-30 Grad, ohne kosmetisch auffällige Narben zu setzen.

Zu den Standardoperationen der Ohrmuschelplastiken gehören die Verfahren nach Stenström, Mustardé, Conway, Pitanguy.