

Fettgewebsatrophie im Alter kann zu einem Enophthalmus führen

Modifizierte Blepharoplastik beugt Hohlaugen vor

Bereits im mittleren Lebensalter verliert die Lidhaut an Elastizität, der Lidsphinkter sowie das Septum orbi-

tales erschlaffen. Die Folge: Schlupflider. Reicht die Haut im vorderen und seitlichen Bereich über den Lidrand,

so spricht man von einer Blepharochalasis. Diese stellt, neben Xanthelasmen und Basedow-Augen, nicht nur eine ästhetische, sondern vielmehr eine medizinische Indikation für eine Korrektur dar. In der Regel stört den Patienten mit Schlupflid das vorgealterte Aussehen. Im Rahmen der Oberlidplastik wird nicht nur die überschüssige Haut exzidiert, auch an tiefer liegenden Strukturen greift der Plastische Chirurg korrigierend ein. Um Jahre nach der Operation einen „Hohlaugeneffekt“ zu vermeiden, modifizierte Professor Dr. Wolfgang Mühlbauer aus München die klassische Vorgehensweise und entwickelte

eine spezielle Art der Septorrhaphie. Funktionell als auch ästhetisch zählt die Blepharoplastik heute zu den risikoärmsten Operationen in der ästhetischen Chirurgie. Probleme und Komplikationen manifestieren sich in unter 1 % der Fälle.

8



Kraniofaziale Fehlbildungen

Lippen-Kiefer-Gaumenspalten treten in unterschiedlichen Ausprägungen auf: ein- oder doppelseitig, inkomplett oder komplett. Sie führen neben zahlreichen funktionellen Störungen wie der Behinderung der Kau- und Schluckfunktion auch zu tiefgreifenden ästhetischen Beeinträchtigungen. Ziel der Therapie ist somit die Verbesserung der Funktion als auch die Normalisierung des Erscheinungsbildes.

6

Besenreiser lasern oder veröden?

Besenreiser haben an und für sich keinen pathologischen Stellenwert. Dennoch muss vor deren Behandlung auch das tiefe Beinvenensystem auf Krampfadern untersucht werden. Erst danach sollte der behandelnde Arzt den unschönen Venen zu Leibe rücken: Je nachdem, ob es sich um rote oder blaue Besenreiser handelt, bieten sich unterschiedliche Therapieoptionen an.

11

Bodylift nach Lockwood

Straffe Silhouette in einer einzigen Operation

Unschöne Bäuche, z.B. nach einer Schwangerschaft, lassen sich durch die Abdominoplastik gut behandeln. Doch was tun, wenn z.B. nach einer starken Gewichtsabnahme nicht nur die Bauchhaut, sondern auch das Gewebe am Gesäß und Oberschenkel erschlafft? 1993 revolutionierte Dr. Ted Lockwood die Welt der Straffungsoperationen durch das Bodylift: Mit Hilfe einer zirkulären Dermolipecto-

mie werden mehrere Bereiche gleichzeitig gestrafft und die Hautqualität verbessert. Doch als „Schlankheitswunderwaffe“ darf diese tiefgreifende Operation nicht gesehen werden. Die Indikation ist streng zu stellen, die Nachbetreuung erfolgt auf Grund der ausgedehnten Wundfläche auf einer Intensive-Care-Station. Ein Kompressionsmieder ist für mindestens vier Wochen angezeigt.

Oberlidplastik

Operation verjüngt das Gesicht

von Wolfgang Mühlbauer und Charlotte Holm

Schlupflid-Operationen sind sehr gefragt. Das wundert nicht. Denn ein Schlupflid lässt das Auge müde, klein und schlitzförmig aussehen. Dadurch erhält das Gesicht einen vorgealterten oder sogar kranken Ausdruck. In ausgeprägten Fällen wird sogar das Gesichtsfeld nach oben und außen eingeschränkt. Fachmännisch durchgeführt, ist die Operation risikoarm und liefert fast immer ein befriedigendes Ergebnis.

Normalerweise liegt dem „Schlupflid“ eine altersbedingte Erschlaffung der Lidstrukturen zu Grunde. Typischerweise tritt sie im mittleren Lebensalter erstmals in Erscheinung. Aber auch familiär belastete Jugendliche können schon darunter leiden.

Die Lidhaut verliert an Elastizität, sie wird überdehnt, der Lidspinkter (M. orbicularis oculi) erschlafft ebenso wie das dahinter liegende Septum orbitale. Das orbitale Fettgewebe drängt wie eine Hernie nach vorne in seinem nasalen und lateralen Compartment. Ungesunder Lebenswandel wie Schlafmangel, übermäßiges Sonnenbaden, Rauchen und Trinken beschleunigen diesen Vorgang.

Auf etwaige Asymmetrien achten

Die Gesichtsfeld einschränkende Blepharochalasis, bei älteren Leuten auch mit einer beginnenden Ptosis palpebralis verbunden, die „Basedow Augen“, Xanthelasma u.a., stellen medizinische Gründe zur Operation dar.

In der Regel stört den Patienten jedoch das vorgealterte Aussehen. Er kann sich morgens im Spiegel oder auf Fotos nicht mehr sehen, stellt

selbst die Operationsindikation und sucht einen Plastischen Chirurgen auf.

Die körperliche und organbezogenen Untersuchung soll krankheitsbedingte Ursachen ausschließen, wie Herz-, Nieren-, Schilddrüsenleiden, Stoffwechsel-, Hormon- und Elektrolytstörungen, Allergien etc. Der Schirmertest orientiert grob über ein trockenes Auge-Syndrom.

Die klinische Sehprüfung hat schon manche einseitige Schwachsichtigkeit oder gar eine unbekannt einseitige Blindheit aufgedeckt. Im Zweifel sollte man immer ein augenärztliches Konsil einholen. Zu achten ist auch auf etwaige Asymmetrien. Diese können durch den Eingriff verstärkt werden, dann erst auffallen und werden dem Operateur angelastet. Eine echte Lidasymmetrie ist selten. Meist ist ein mimisch bedingtes Hochziehen einer Augenbraue verantwortlich.

Die Behandlung kann ambulant in örtlicher Betäubung ergänzt durch eine Analgosedierung durchgeführt werden. Die stationäre Unterbringung ist besonderen Umständen vorbehalten.

„Schlupflider“ werden schon seit über 100 Jahren operiert. Die Schnittführung wird gerne präoperativ in aufrechter Körperhaltung mit nicht abwaschbarer Tinte eingezeichnet.

Der Hautüberschuss wird als ausschweifende Elipsenform markiert. Die untere Linie folgt der natürlichen Supratarsalfalte mit einem Ausläufer in eine Krähenfussfalte.

Die obere Schnittlinie findet man durch Einklemmung des Hautüberschusses mit einer oder zweier Pinzetten. Daran schließt sich die Prü-

fung auf ausreichenden Lidschluss. Auf der anderen Seite wird genauso vorgegangen.

Der Hautüberschuss wird ohne oder mit einem darunter liegenden Streifen des M. orbicularis reseziert. Mit Stichinzisionen oder einem Querschnitt – mindestens 5 mm oberhalb der Tarsuskante zur Vermeidung einer versehentlichen Durchtrennung der Levatoraponeurose – wird das Septum orbitale über dem lateralen und nasalen Compartment eröffnet. Ein leichter Druck auf den Bulbus über das Unterlid lässt die Orbitafetthernien hervorquellen. Nach sorgfältiger Koagulation der Basis wird das Fettgewebe abgetragen. Das Whitnallsche Ligament bildet die hintere Resektionsgrenze. Wurde das Septum breit eröffnet, soll es mit resorbierbaren Nähten verschlossen werden. Die Muskellücke schließt sich spontan. Die Lidhaut wird vorzugsweise mit einer intrakutanen Ausziehnaht verschlossen. Das erleichtert die Fadentfernung und vermeidet lästige Epithelzysten in den Stichkanälen.

Als Langzeitfolgen der klassischen Orbitafettresektion sehen wir immer häufiger „Hohlaugen“, sogar mit Enophthalmus, wenn im Alter noch die natürliche Fettatrophie hinzukommt.

Jugendlich wirkende Oberlider sind dagegen „voll“, wie man an Models sehen kann.

Das Orbitafettgewebe hypertrophiert nicht. Es wölbt sich nur hernienartig nach vorne durch die Erschlaffung der Lidstrukturen,

insbesondere des Septum orbitale. Die logischere Behandlungsmethode besteht deshalb in einer Reposition der Fetthernie in die Orbita. Dies geschieht auf dem Op.-Tisch spontan durch die liegende Position. Das überdehnte Septum wird wie bei einer Hernioraphie eingestülpt und in querelliptischer Weise vernäht. Die kaudale Linie legt man etwa 5 mm oberhalb des Tarsusrandes. Kranial kann man bis an den knöchernen Orbitarand gehen. Die maximale Breite der Septorrhaphie muss individuell festgelegt werden. Die Mitarbeit des ansprechbaren Patienten ist dabei hilfreich. Das Ausmaß der Muskel- und Hautresektion entspricht der klassischen Methode.

Besonders bei Männern wird gelegentlich eine Blepharochalasis durch abgesackte Augenbrauen verstärkt. Die alleinige Blepharoplastik reicht dann nicht aus. Sie muss durch eine Augenbrauenhebung ergänzt werden. Dies macht man heute vorzugsweise endoskopisch. Fadenaufhängung von einem Zugang hinter dem Haaransatz wird ebenfalls empfohlen. Selbst direkte Stirnhautresektionen über der Augenbraue, bei zer-



Anzeichnen der Schnittführung.



Klassisches Operationsverfahren am Oberlid: Patientenbeispiel präoperativ und postoperativ.

„Das überdehnte Septum wird eingestülpt und querelliptisch vernäht.“



Patient mit ausgeprägter Blepharochalasis und Gesichtsfeldeinschränkung.



Zustand nach orbitalfetterhaltender Oberlidplastik (nach Mühlbauer).

furchter Männerstirn auch aus der Stirnmittle, sind sehr wirksam und können mit unauffälliger Narbe verheilen.

Viele Asiaten haben keine Supratarsalfalte. Die Nachfrage nach sog. „Doppelaugen“ ist riesengroß. Die einfachste Op.-Methode besteht darin, eine Supratarsalfalte durch künstliche Adhäsion zwischen der Lidhaut und dem oberen Tarsusrand mittels dreier perkutaner Fäden herzustellen. Zusätzlich kann man auch einen Haut-Muskelstreifen resezieren und das nur bei Asiaten vorhandene subkutane oder präseptale Fettgewebe mit entfernen. Das nasale Pterygium soll als ethnische Charakteristikum belassen werden.

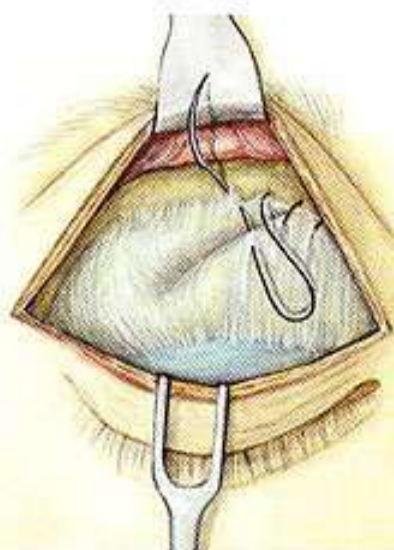
Eingriff und Heilverlauf sind praktisch schmerzlos. Feine sterile Pflasterstreifen über der Naht reichen zum Schutz aus. Okklusions- oder gar Druckverbände sind gefährlich, weil sie die notwendige postoperative Visuskontrolle erschweren. Der Patient kann leicht eine klaustrophobische Panik entwickeln. Kalte, nasse Kompressen oder eine Kühlpackung werden als angenehm empfunden. Abschwellende Augentropfen sind empfehlenswert. Die intrakutanen Ausziehäden kann man sechs Tage belassen.

Schwellungen und Verfärbungen der Lider (auch Unterlider) im Sinne einer Ecchymosis oder eine Chemosis der Bindehaut lassen sich nicht immer vermeiden. Sie bilden sich aber im Laufe einer Woche zurück und können mit einer Sonnenbrille verdeckt werden.

Linsen beugen Korneaverletzungen vor

Eine retrobulbäre Anästhesie ist unnötig. Diese wird für die extrem seltenen retrobulbären Blutungen mit Gefahr der Erblindung verantwortlich gemacht. Bei Kenntnis der speziellen Anatomie ist eine Verletzung

»» Fortsetzung auf Seite 9



Plikatur des Septum orbitale am Oberlid - Septorrhaphie (nach Mühlbauer).