

Das »upper face lift«

C. Schrank, Y. Levy

Zusammenfassung

Immer mehr – vor allem auch jüngere Patienten – fragen nach weniger invasiven und exzessiven Behandlungsmöglichkeiten des alternden Gesichts.

Das von uns entwickelte »upper face lift« wird den individuellen Problemzonen und Alterserscheinungen der oberen beiden Gesichtsdrittel gerecht. Es stellt eine Kombination des Stirn-Brauen-Schläfenlifts mit der Hebung und Dynamisierung der Wangenregion dar. Gerade bei Patientinnen/Patienten mittleren Alters (40–50 Jahre) kann es zur Ptose der Stirn-Brauen-Schläfen-Partie (mit Pseudoblepharochalasis der Oberlider sowie Falten und Furchenbildung) und einem Absacken der Wangenpartie (tiefer werdende Nasolabialfalten und beginnende »Hamsterbacken«) gekommen sein, ohne dass der Hals oder Unterkieferhalswinkel vom Alterungsprozess mitbetroffen sind.

Um den Eindruck des müden, undynamischen oder negativ-traurigen Gesichtsausdrucks zu beseitigen, stellt das subkutane Stirn-Brauen-Schläfen-Lift mit einem individuell geformten Haaransatzschnitt sowie die Kranialisierung und Dynamisierung des im Wangenbereich abgesunkenen und erschlafften superfiziellen muskulo-aponeurotischen Systems (SMAS) nach unserer Meinung und Erfahrung die Methode der Wahl dar. Die jugendliche Ausstrahlung und Frische kann zusammen mit unoperiert aussehender, natürlicher Attraktivität auf Dauer und bei geringster Morbidität wieder hergestellt werden.

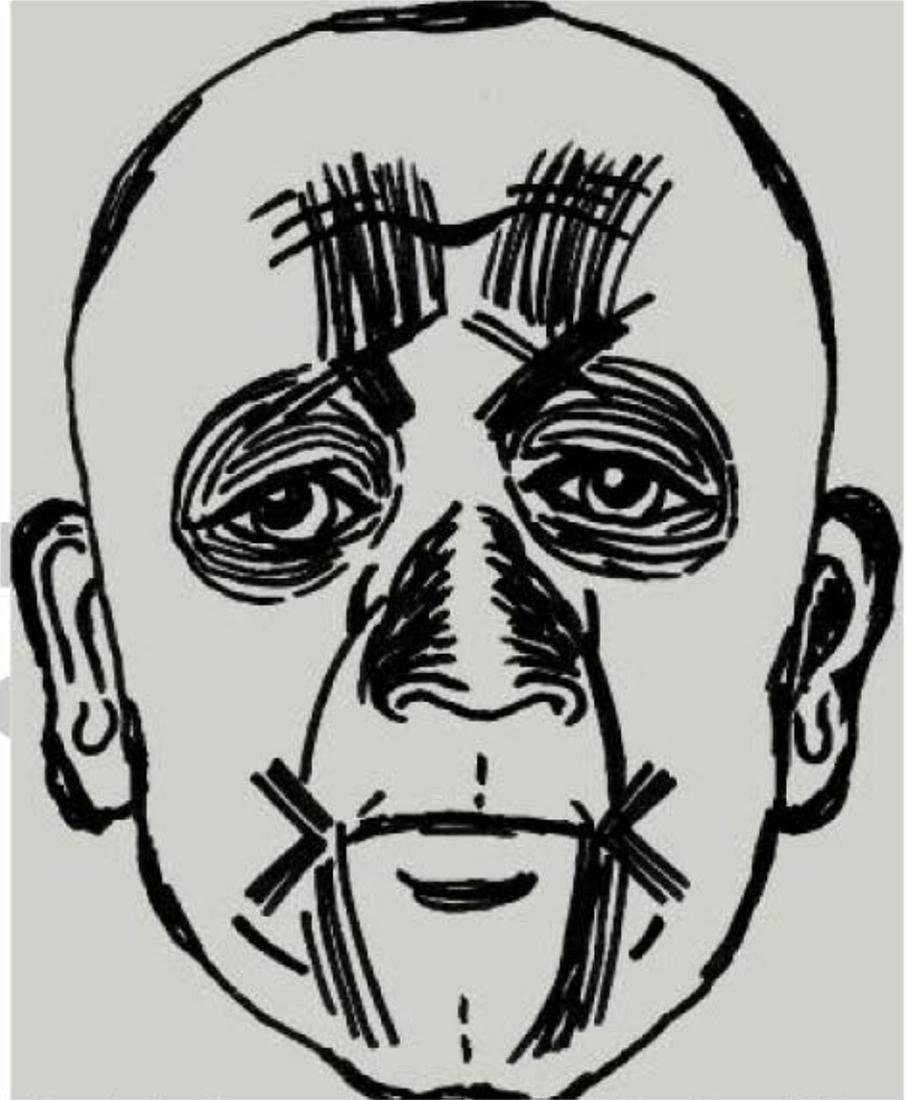
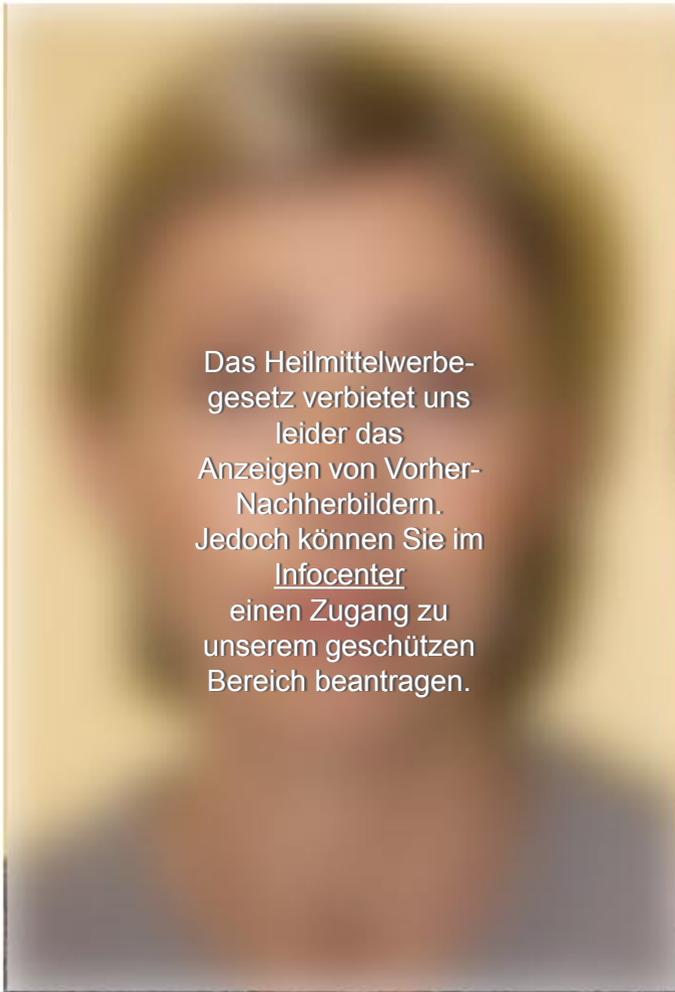


Abb. 1: Absacken der Stirn-Brauen-Schläfenregion mit resultierender Pseudoblepharochalasis, Schrägstellung der Lidachse, Vertiefung der Nasolabialfalten und beginnende Hamsterbacken

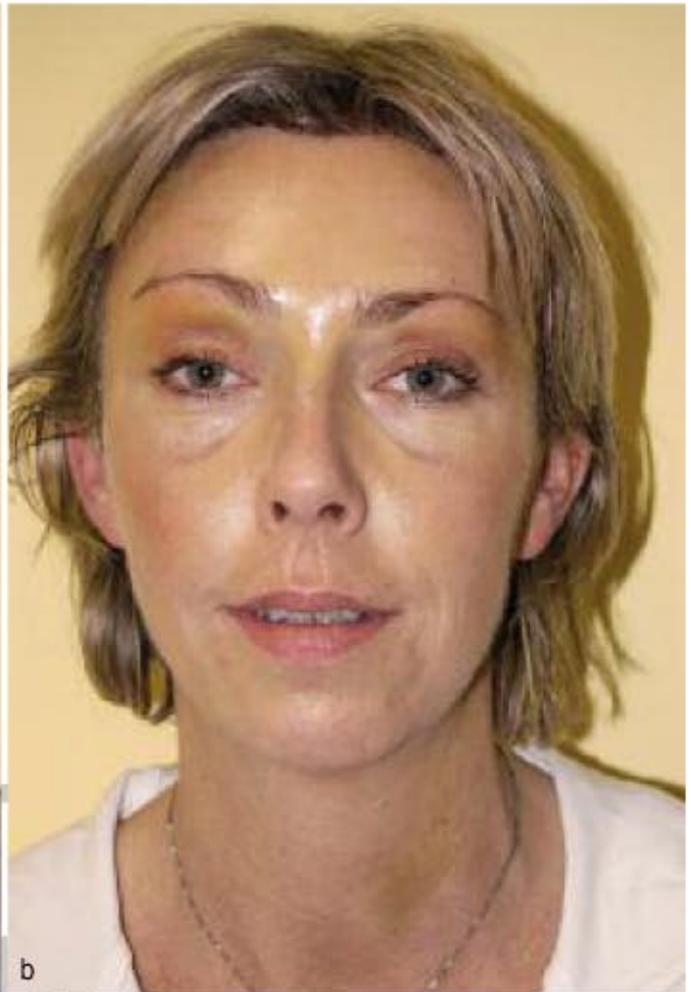
Einleitung

Bei einigen oft jüngeren oder sehr schlanken Patienten imponieren zunächst mit zunehmendem Alter eine fortschreitende Rhytidose, überproportionale Schwäche des Bindegewebes und der Verlust der Muskeldynamik im Wangenbereich (mittleres Gesichtsdrittel).

Das allmählich erschlaffende SMAS resultiert in beginnenden Hohlwangen und Hamsterbacken (»Mitabrutschen« des auf dem SMAS liegenden bukkalen Fetts zur Mandibula hin) sowie tiefer werdender Nasolabialfalten. Das Gesicht beginnt seine »Herzform« zu verlieren und es entsteht der äußere Eindruck von Abgeschlagenheit, Müdigkeit oder Traurigkeit. Der Unterkiefer-



Das Heilmittelwerbe-
gesetz verbietet uns
leider das
Anzeigen von Vorher-
Nachherbildern.
Jedoch können Sie im
Infocenter
einen Zugang zu
unserem geschützten
Bereich beantragen.



b

Abb. 2a und b: a) Präoperativ: traurig-müder Gesichtsausdruck und tief abgesunkene Augenbrauen mit resultierender Pseudoblepharochalasis (eine Oberlidblepharoplastie wäre hier der falsche therapeutische Ansatz). Beginnende Hohlwangen und Hamsterbacken (»nachlassendes« SMAS) und tiefer werdende Nasolabialfalten. Der Kiefer-Hals-Winkel stellt sich wohldefiniert dar. b) 10. postoperativer Tag: frischer, jugendlich-dynamischer Gesichtsausdruck mit positiver und harmonisch-ästhetischer Ausstrahlung

Halsbereich stellt sich noch klar definiert und jugendlich-straff dar, weshalb hier noch keine Notwendigkeit für ein »Neck-Lift« besteht.

Zeitgleich sackt die Stirn-Brauen-Schläfen-Partie ab. Die Folgen im oberen Gesichtsdrittel sind:

- Zornes- und Querfalten im Stirn- und Glabellabereich sowie Krähenfüße und Cutis laxa im Unterlidbereich.
- Verlust der anmutigen Bogenform der Augenbraue oder ein Tiefstand mit streng-zornig erscheinendem Gesichtsausdruck.
- Pseudoblepharochalasis der Oberlider und kleine, müde wirkende Augen, die ihre Form verlieren.

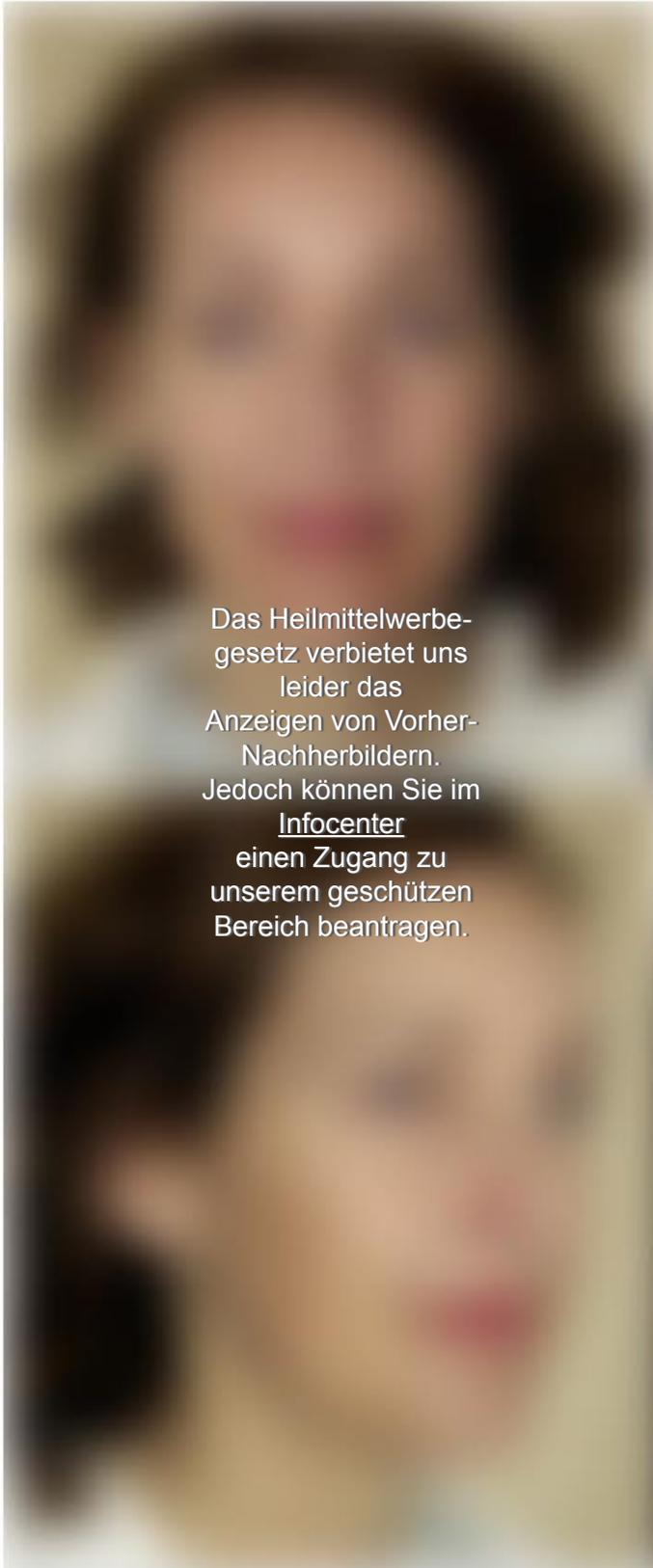
- Kaudalisierung des lateralen Kanthus. Es wird im fortgeschrittenen Stadium ein »scleral show« sichtbar, als Zeichen der Schwäche der tarsalen Stützfunktion und der entstandenen Dysbalance im temporo-zygomatikalischen Bereich.
- Schrägstellung der Lidachse (Erschlaffen des Muskulus-Orbicularis-Rings) (Abb. 1).

Die auffälligen phänotypischen Zeichen der oberen und mittleren Gesichtsdrittel können aber auch schon von frühester Jugend an bestehen und nicht nur eine Folge zunehmenden Alters sein.

Die angewandte Behandlungsmaßnahme sollte den individuellen Anforderungen

der Alterserscheinungen des Patienten entsprechen, um ein optimales und lang anhaltendes Ergebnis mit voller Patientenzufriedenheit zu erreichen. Das Ziel ist die Wiederherstellung der Harmonie und ästhetischen Balance des Gesichts, mit wachen, »strahlenden« Augen sowie einem frischen und dynamischen Ausdruck mit positiver Ausstrahlung des Patienten (Abb. 2). Diesem ästhetischen Konzept muss die Art und Weise der Behandlung und ihr Ausmaß untergeordnet werden.

Deshalb haben wir versucht, die bestmögliche Operationstechnik für die jeweiligen Bedürfnisse und Alterserscheinungen der Patienten herauszuarbeiten und das von uns topografisch



Das Heilmittelwerbe-
gesetz verbietet uns
leider das
Anzeigen von Vorher-
Nachherbildern.
Jedoch können Sie im
Infocenter
einen Zugang zu
unserem geschützten
Bereich beantragen.



Abb. 3a–d: a) und c): Patientin mit hoher, kahler Stirn und Ptose der Stirn-Brauen-Schläfen-Partie sowie resultierender Pseudoblepharochalasis (trotz auswärts 2-fach voroperierter Oberlidblepharoplastie). Verlust der »Mandelform« der Augen und des Augenbrauenbogens, »Krähenfüße« und Zornesfalten. Undynamische, nicht mehr frisch wirkende Wangenpartie (nachlassendes SMAS, beginnende Hamsterbacken) mit aber noch gut konturiertem und markantem Kiefer-Hals-Winkel. b) und d) Am 10. postoperativen Tag: frischer dynamischer Gesichtsausdruck, Beseitigung der rechteckig gewordenen Unterkieferpartie (»Hamsterbacken«), Reduzierung der kahlen Stirnhöhe und Beseitigung der Falten und Furchen im frontalen, temporalen und Glabellabereich

so benannte »upper face lift« entwickelt. Der Wunsch der Patienten, weniger invasiv und ausgedehnt therapiert zu werden (»ich will das maximale Resultat mit dem minimalsten Aufwand«), wird insofern berücksichtigt, dass nicht mehr die maximale Ausdehnung der Präparation bis zum Jugulum stattfindet, sondern je nach Befund und Anforderung der im Zuge des Alterns aufgetretenen Veränderungen abgestuft therapiert werden kann.

Wir führen beim »upper face lift« eine Kombination von kranialer (zygomatikal) SMAS-Hebung und Dynamisierung der Wangenregion und dem subkutanen Stirn-Brauen-Schläfen-Lift mit »hairlinecut« durch. Die Präparation in der Subkutanebene ermöglicht im Temporalbereich die Raffung und Hebung des etwaig abgesunkenen M. orbicularis oculi mit Fixierung an der Temporalisfaszie und eröffnet auch die Möglichkeit, ein »high SMAS« nach *Connell* und *Sundine* durchzuführen.

Das subkutane Stirn-Brauen-Schläfen-Lift mit »hairlinecut« dient der Korrektur des oberen Gesichtsdrittels und stellt bei strengster Einhaltung der supramuskulären beziehungsweise -fazialen Präparationsebene eine sichere und effektive Methode dar, die Rhytidose der Stirn- und Schläfenregion sowie die Augenbrauenptose und Pseudoblepharochalasis mit allen Begleiterscheinungen zu korrigieren. Seitdem wir unser Patientengut (über 2.000 Fälle) mit dem Stirn-Brauen-Schläfen-Lift behandeln, kam es bislang zu keiner Verletzung oder Schädigung des N. frontalis.

Im Laufe der Jahre machten wir die Erfahrung, dass die Ausdehnung der Präparation nach kaudal über den Jochbogen von Vorteil sein kann, ohne großen zusätzlichen Aufwand zu erfordern. Vor allem bei Frauen mittleren Lebensalters (ca. 40–50 Jahre) gelingt bei richtiger Indikation eine Harmonisierung des Gesamt-Erscheinungsbilds im Stirn-Brauen-Schläfen- und Wangenbereich, vorausgesetzt der Unterkiefer-Hals-Winkel beziehungsweise der Hals

selbst weisen noch klare Konturen auf. Mit Hilfe der Freipräparation in nasolabialer und kaudaler Richtung kann das SMAS gehoben, dynamisiert oder zur Wangenauffüllung gedoppelt werden. Das laterale Unterlid, welches auf der Wange »reitet«, kann mit Hilfe der Anhebung der Wange im seitlichen Bereich verbessert und einem weiteren Absacken vorgebeugt werden.

Technik

Der Zugang liegt in der Verbindung des präaurikulären/-tragalen Schnitts mit dem temporalen supraaurikulären Ausläufer des subkutanen Stirn-Brauen-Schläfen-Lifts mit »hairlinecut«. Je nach Bedarf und Ausdehnung der Rhytidose kann der Schnitt auch in den retroaurikulären Bereich fortgesetzt werden, um neben einer besseren Übersicht (u.a. auch zur SMAS-Präparation) etwaige Hautfaltenbildungen ausgleichen zu können. Nach Freilegung des SMAS kann meist vom temporo-aurikulären Übergang aus entschieden werden, ob eine Reinsertion des SMAS in Richtung des Os zygomaticum ausreicht, den nasolabialen Bereich und das Wangenareal wieder aufzufrischen und zu dynamisieren. Hierbei gilt es zu entscheiden, ob eine Duplikatur des SMAS zur Auffüllung der Wange beziehungsweise Betonung des Jochbogens oder eine Präparation des SMAS in seinem kranialen Anteil mit Resektion des Überschusses und Reinsertion das bestmögliche ästhetische Resultat erreichen.

Reicht bei einer ausgeprägten Halonieerung der Wange das lokal vorhandene Gewebe nicht aus, empfehlen wir eine zeitgleiche Konturauffüllung/-modellierung mittels Eigenfett-Transplantation nach *Coleman*.

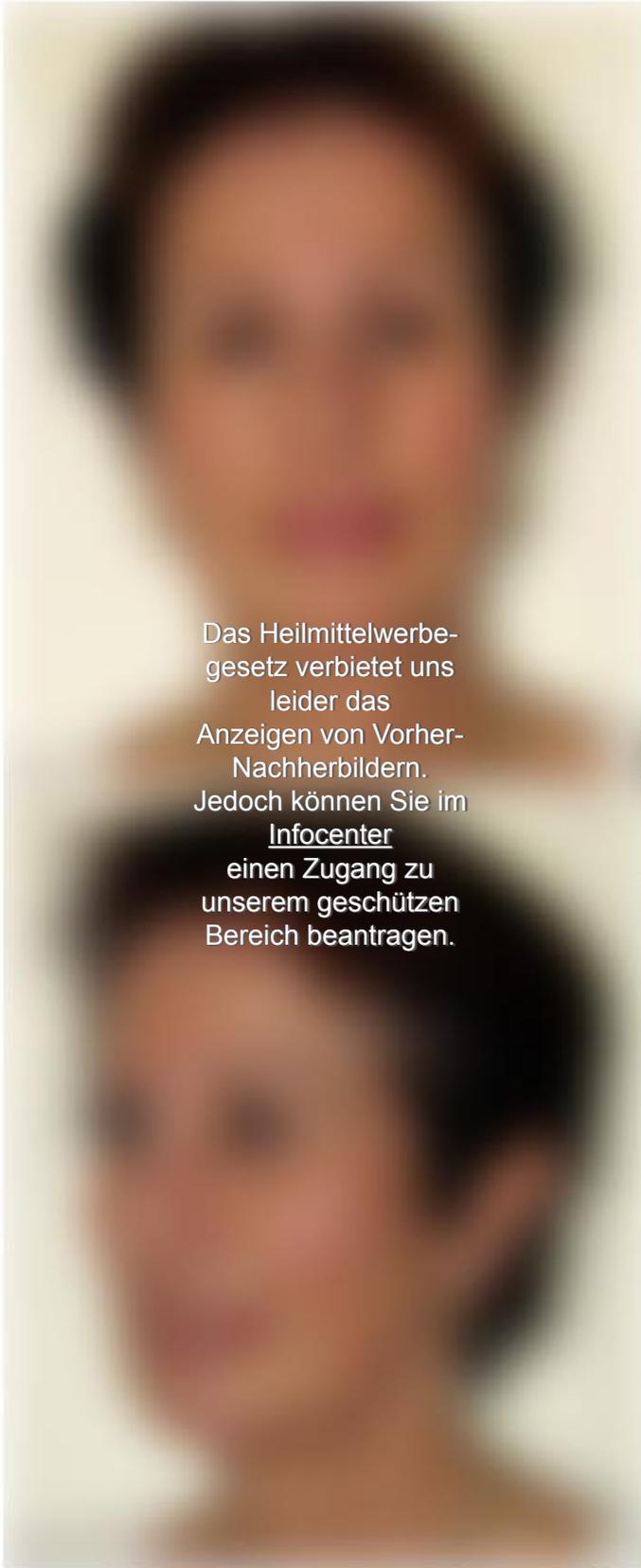
Der nahtlose Übergang in der Subkutanebene über den temporo-okkulären Bereich zum oberen Gesichtsdrittel ermöglicht die Gestaltung des Unterlids und des lateralen Kanthus sowie eine Hebung des M. orbicularis oculi (und seiner Fixierung an der Fascia temporalis superficialis) oder der Durchführung

eines »high SMAS«, welches von *Sundine* und *Connell* mehrfach beschrieben wurde. Die hervorragende Übersicht bei der Durchführung des subkutanen Stirn-Brauen-Schläfen-Lifts mit »hairlinecut« ermöglicht eine optimale Gestaltungsfreiheit bei der Beseitigung beziehungsweise Korrektur der störenden Alterungserscheinungen, wie zum Beispiel der Zornesfalten, Krähenfüße und Querfalten. Denn in der subkutanen Präparationsebene können sämtliche Muskelinsertionen (Mm. frontalis, orbicularis oculi, corrugator supercilii und procerus) gelöst beziehungsweise durchtrennt werden, ohne die supraorbitalen oder -trochlearen Gefäße und Nerven zu traumatisieren.

Die meist lateral mehr abgesunkene Augenbrauenpartie kann gehoben und neu geformt werden, zeitgleich wird die Pseudoblepharochalasis der Oberlider beseitigt und mit Hilfe des »hairlinecuts« kann eine meist zu hoch/kahl gewordene Stirn (»receding hairline«) korrigiert werden.

Als mögliche Komplikationen sollten erwähnt werden:

- Nachblutungen, die in unserem Patientengut bislang nicht aufgetreten sind, was wir auf die örtliche Betäubung mit Adrenalinzusatz und eine äußerst sorgfältige Hämostase zurückzuführen;
- breitklaffende, sichtbare Narben – ohne oder mit mangelhaftem Durchwachsen der Haare: dies ist eine Seltenheit und durch schwaches Bindegewebe, zu starken Zug (SMAS entweder insuffizient gehoben, zuviel Haut resiziert oder falsche Schnittführung durchgeführt) hervorgerufen;
- Wundheilungsstörungen/Nekrosen: Rarität und wenn auftretend nur marginal und bei entsprechend prädispositionierten Patienten (z.B. Diabetes mellitus, starke Raucher);
- motorische (bei uns nicht aufgetreten) beziehungsweise sensible Nervenverletzungen, weshalb wir Zurückhaltung der Hämostase sowie eine strenge subkutane/supramuskuläre Präparation empfehlen.



Das Heilmittelwerbe-
gesetz verbietet uns
leider das
Anzeigen von Vorher-
Nachherbildern.
Jedoch können Sie im
Infocenter
einen Zugang zu
unserem geschützten
Bereich beantragen.



Abb. 4a–d: a) und c) Präoperativ: Patientin mit stark ausgeprägter Faltenbildung, hochgradiger Ptose der Stirn-Brauen-Schläfen-Partie sowie nachlassendem SMAS mit abgesunkener Wangenpartie und Hamsterbacken. Der Kiefer-Hals-Winkel ist noch gut konturiert. b) und d) Postoperativ nach drei Monaten: Mit Hilfe des »upper face lifts« (Kombination von Stirn-Brauen-Schläfen-Lift und Heben der abgesunkenen undynamischen Wangenregion) wurde die Attraktivität der Augen- und Wangenpartie wieder hergestellt. Die Patientin erscheint frisch-erholt und mit strahlenden, positiven Augen

Literatur

1. Schrank C, Levy Y (2010): Facelift – State of the art. *Haut* 2, 6–9
2. Schrank C, Levy Y (2008): Das upper face lift. *J Aesth Chir* 1, 7–11
3. Connell BF, Marten TJ (1991): Surgical correction of the crow's feet deformity. *Clin Plast Surg* 81 (4), 653–687
4. Mitz V, Peyronie M (1976): The superficial musculoaponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast Reconstr Surg* 58 (1), 80–88
5. Skoog T (1974): The aging face. In: Skoog T (ed): *Plastic Surgery-New Methods and Refinements*. WB Saunders, Philadelphia, 330–331
6. Hamra ST (1992): Composite rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg* 90 (1), 1–13
7. Hunt JA, Byrd HS (2002): The deep temporal lift: a multiplanar lateral brow, temporal and upper face lift. *Plast Reconstr Surg* 110 (7), 1793–1796
8. De La Fuente A, Hönig JF (2005): Video-assisted endoscopic transtemporal multilayer upper midface lift (MUM-Lift). *Journal of Craniofacial Surgery* 16 (2), 267–276
9. Connell BF (1981): Eyebrow and forehead lifts. In: *Male Aesthetic Surgery*. CV Mosby CO, St. Louis, Chapter 22, 243–251
10. Connell BF, Marten TJ (1991): The male foreheadplasty: recognizing and treating aging in the upper face. *Clin Plast Surg* 18 (4), 653–687
11. Johnson CM, Godin MS (1995): The anterior extension face-lift. *Archives of otolaryngology-head & neck surgery* 121, 613–616
12. Ullmann Y, Levy Y (1998): In favour of the subcutaneous forehead lift using the anterior hairline incision. *Aesth Plast Surg* 22, 332–337
13. Levy Y, Bull HG (1999): Die unterschiedliche Ästhetische Chirurgie des oberen Gesichtsdrittels. *Aesthetic Facial Surgery*, Einhorn-Presserverlag, 115–134
14. Sundine MJ, Kretsis V, Connell BF (2010): Longevity of SMAS facial rejuvenation and support. *Plast Reconstr Surg* 126 (1), 229–237
15. Sundine MJ, Connell BF (2010): Analysis of the effects of SMAS facial support on the nasolabial crease. *Can J Plast Surg* 18 (1), 11–14
16. Schrank C, Levy Y, Halsner U, Bull HG, Ullmann Y (2005): Das subkutane Stirn-Brow-Schläfen-Lift mit »hairlinecut« als Methode der Wahl – kritische Analyse der verschiedenen Methoden. *Magazin für Ästhetische Chirurgie* 2, 14–21

Anschrift der Verfasser :

Dr. med. Christian Schrank

Dr. med. Yoram Levy

Privatklinik Dr. Schindlbeck

Ästhetik am Ammersee

Seestraße 43

82211 Herrsching am Ammersee

E-Mail info@dr-schrank.de

info@levy-schrank.com



For internal
use only