

# Endoskopisches Midfacelift – Rejuvenation im mittleren Alter

**Autoren** \_ Dr. Niklas Iblher, Univ.-Prof. Dr. G. Björn Stark, Freiburg im Breisgau



**Abb. 1a–b** \_Indikationsstellung der verschiedenen Facelift-Verfahren.

**Abb. 1a** \_Indikation zum Sub-SMAS Facelift wegen Hautüberschuss, Hängebacken und beginnendem „turtle neck“.

**Abb. 1b** \_Indikation zum subperiostalen Midfacelift bei prominenten Nasolabialfalten und verstrichener Wangenprominenz.

## \_Entwicklung der Facelift-Verfahren

Die Stigmata des alternden Gesichtes sind ein klassisches Ziel der ästhetischen Chirurgie. Bereits 1906 führte Erich Lexer eine Straffung der Gesichtshaut mit einem sogenannten S-Schnitt zusätzlich zu einer subkutanen Unterminierung sowie Stirnlifts durch. Lange Zeit waren diese sogenannten resezierenden Verfahren, bei denen im Bereich des seitlichen Gesichts-Haarüberganges

Gewebe entfernt und die Gesichtshaut temporo-lateral aufgespannt wird, die einzigen Faceliftverfahren. In den 70er-Jahren wurde von Skoog erstmals ein Sub-SMAS Facelifting (SubMuscular Aponeurotic System) durchgeführt und damit die Verschiebeebene tiefer verlegt. Dies hat den Vorteil, dass eine festere, weniger relaxierende Schicht aufgespannt wird, um eine länger anhaltende Straffung zu bewirken und gezielte Kraftvektoren zu verteilen.

Seit den 80er-Jahren wurden zusätzlich Verfahren beschrieben, die eine Mobilisation auf einer noch tieferen Ebene durchführen. Die subperiostalen Verfahren mobilisieren die ganze Dicke der Gesichtshaut gegenüber den Schädelknochen. Tessier beschrieb 1980 zunächst das subperiostale Stirnlift, wobei die gesamten frontalen Weichteile vom Knochen abgehoben und nach kranial mobilisiert werden.

Durch Ramirez wurde zu Beginn der 90er-Jahre die Erweiterung des subperiostalen Liftings bis ins Mittelgesicht populär. Im Gegensatz zu den im Wesentlichen auf einer zweidimensionalen Verschiebung beruhenden klassischen Facelifts werden hierbei die Mittelgesichtsweichteile (Wangenfett, Suborbicularisfett-SOOF, Bichat-Körper) dreidimensional resuspendiert und damit eine natürlichere Remodellierung der Gesichtskontur zwischen der Orbita und dem Kieferbogen möglich. Erst durch die ausgedehnte Mobilisierung der Gesamtheit der Gesichtshaut gegenüber den unterliegenden Knochen und deren parallele Verschiebung unter Erhalt ihrer topografischen Beziehung zueinander kann eine ausgeprägte dreidimensionale Remodellierung erreicht werden. Die Weichteile haften in ihrer neuen Position innerhalb von Tagen an und ermöglichen so ein lang anhaltendes Ergebnis.

## \_Rejuvenation im mittleren Alter

Die klassischen Sub-SMAS Facelifts sind natürlich durch diese neueren Verfahren keinesfalls

**Tabelle 1**

Endomidfacelift	Sub-SMAS Face-/Necklift
< 35–50 Jahre	> 45–70 Jahre
Kein Hautüberschuss	Hautüberschuss
Straffer Hals	Platysmastränge
Keine Platysmastränge	Aufgehobener Zervikomentalwinkel
Spitzer Zervikomentalwinkel	
Geringe Hängebacken	Ausgeprägte Hängebacken
Abgeflachte Jochbeinregion	

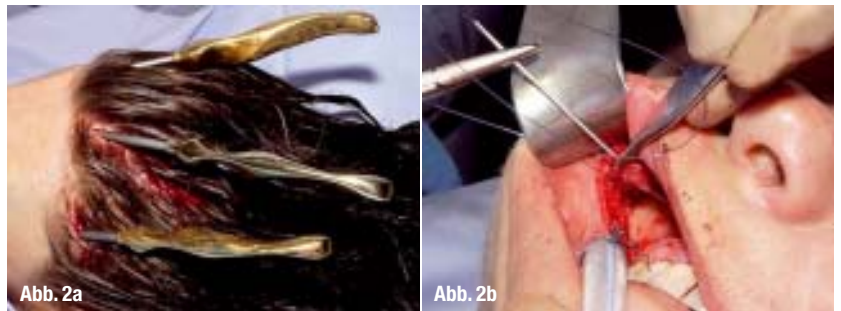
überholt, vielmehr handelt es sich hierbei um eine Erweiterung des plastisch-ästhetischen Instrumentariums, um den individuellen Wünschen der zunehmend jüngeren Patienten gerecht zu werden.

Während dem typischen Hautüberschuss des älteren Gesichtes in Kombination mit Hängebäckchen (jowls) und Alterungsanzeichen am Hals weiterhin am besten mit einem resezierenden Verfahren begegnet werden kann, bietet sich das subperiostale (Mid)facelift vor allem im mittleren Alter an. Bei diesen Patienten liegt kein oder nur ein begrenzter Hautüberschuss vor. Die frühen Zeichen des alternden Gesichtes bestehen vielmehr aus einem Herabsinken der Wangen und Mittelgesichtsweichteile, was sich in zunehmenden Nasolabialfalten äußert. Die Prominenz der Wangen und Jochbeinregion nimmt ab, die vormals ovaläre Gesichtsform wird rechteckig. Die Patienten/-innen äußern häufig sogar den ausdrücklichen Wunsch, nicht wie nach einem klassischen Facelift auszusehen. Bei ausgeprägtem Hautüberschuss sowie den Zeichen des alternden Halses hat das subperiostale Midfacelift klare Grenzen. Tabelle 1 und Abbildung 1 verdeutlicht die typischen Indikationen für die beiden Faceliftverfahren.

### Operationstechnik

Die Operation erfolgt meistens in Vollnarkose, kann aber grundsätzlich in lokaler Betäubung durchgeführt werden. Die Patienten erhalten intraoperativ eine einmalige intravenöse Dosis Cortison. Der Eingriff lässt sich problemlos mit vielfältigen und individuell auf den Patienten abgestimmten Zusatzprozeduren kombinieren. Meistens wird der Eingriff mit einem endoskopisch-assistierten, subperiostalen Stirnlift kombiniert, aber auch Blepharoplastiken oder Dermabrasio lassen sich simultan durchführen (s.u.). Vor allem bei jüngeren Patienten kann aber auch ein isoliertes Midfacelift durchgeführt werden.

Präoperativ erfolgt eine Unterspritzung mit verdünnter Adrenalin-Lösung. Der Zugang erfolgt über zwei circa 2 cm in den Haaren versteckte temporale Inzisionen sowie zwei bukkale Inzisionen im Vestibulum oris oberhalb der seitlichen Schneidezähne. Bei Kombination mit einem Endo-foreheadlift werden zwei zusätzliche frontale Inzisionen am behaarten Skalp durchgeführt (vgl. Abbildung 2). Um Verletzungen vor allem des R. frontalis n. facialis vorzubeugen, der auf einer Linie zwischen Ohrläppchen und 2 cm lateral der Augenbraue verläuft, ist eine genaue Kenntnis der anatomischen Schichten unabdingbar. Die Präparation erfolgt durch die temporoparietale Faszie und erfolgt dann entlang der Temporalis-



muskel-faszie bis zum Jochbogen. Dabei folgt man je nach Technik entweder dem oberflächlichen Blatt oder tiefen Blatt, und bleibt damit entweder oberhalb des oberflächlichen Temporalfettes oder präpariert durch dieses hindurch. Wichtig ist bei diesem bereits mit dem Endoskop durchgeführten Schritt, dass man unterhalb der Temporoparietalfaszie bleibt und damit sicher den Ramus frontalis schont. Abbildung 3 zeigt schematisch die Schichten der Temporalregion. Die weitere Präparation erfolgt auf dem Jochbogen subperiostal und entlang diesem auf den Körper der Maxilla. Um die subperiostale Elevation auf dem konkaven Maxillakörper zu erleichtern, bietet sich die bukkale Inzision und Präparation von enoral an, ebenfalls endoskopisch assistiert. Die Austrittsstellen der sensiblen Gesichtsnerven lassen sich mithilfe des Endoskopes problemlos darstellen. Nach Verbindung der beiden Präparationsräume und bedarfsadaptierter Erweiterung nach lateral und medial sind die gesamten Mittelgesichtsweichteile vom Schädelknochen separiert (vgl. Abbildung 4). Zu diesem Zeitpunkt lässt sich ebenfalls der inferiore Orbitalrand darstellen und ein endoskopischer Arcus marginalis release durchführen. Das Septum orbitale wird eröffnet und das infraorbitale Fett mit zwei bis drei Nähten nach kaudal über den Orbitalrand verlagert. Hiermit lassen sich evtl. vorhandene Tränensäcke (im angloamerikanischen Sprachraum treffender „Tränenrinnen“, tear troughs, benannt) auffüllen. Eine transpalpebrale Blepharoplastik wird nur bei ausgeprägter Blepharochalasis oder verminderter Spannung des Unterlides notwendig.

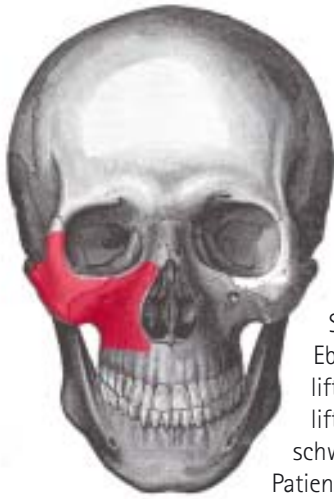
Im Folgenden werden mit bis zu drei nichtresorbierbaren, individuell anzupassenden Suspensionsnähten die Weichteile des Mittelgesichts dreidimensional remodelliert und an der Temporalisfaszie fixiert. Dabei wird der Bichat-Fettkörper zur volumetrischen Jochbeinaugmentation, das prämaxilläre Periost zur Reduktion der Nasolabialfalten und das Suborbicularis-oculi-Fett zur Elevation der Wangenweichteile und Verminderung von Augenringen suspendiert.

Ein bis zwei Tage stationärer Aufenthalt sind ratsam, eine ambulante Durchführung des Eingriffes ist aber möglich.

**Abb. 2a-b** Zugänge beim endoskopischen Facelift. Die frontalen Zugänge werden nur bei gleichzeitigem Stirnlift benötigt.

**Abb. 3** Schichten der Temporalregion. Blau und grün markierte Strukturen repräsentieren jeweils Schichten, die in Kontinuität zueinander verlaufen.





**\_Fazit**

Das endoskopische subperiostale Midfacelift empfiehlt sich als praktisch narbenfreies Verfahren ausgezeichnet zur Rejuvenation im mittleren Alter. Da die Präparation in der subperiostalen Schicht in einer komplett anderen Ebene erfolgt als bei Sub-SMAS Facelifts, wird ein späteres klassisches Facelift durch diesen Eingriff auch nicht erschwert. Das Verfahren lässt sich je nach Patientenwunsch vielfältig und individuell modifizierbar erweitern. Die weitestgehend gefäßfreie subperiostale Schicht ermöglicht ein nahezu blutungsfreies Operieren mit im Vergleich zu offenen Facelifts deutlich reduzierten postoperativen Schwellungen und einer beschleunigten Wiederaufnahme des sozialen Lebens. Eine genaue Kenntnis der Anatomie ist Voraussetzung für die niedrige Komplikationsrate dieser Operation. Außer einer temporären Hypästhesie über dem Jochbein oder einer noch selteneren und ebenfalls kurzzeitigen Asymmetrie der Oberlippe sind in unserem Patientengut keine Komplikationen aufgetreten.

Die Indikationsstellung für das endoskopische Midfacelift muss allerdings beachtet werden. Ausgeprägtem Hautüberschuss, Hängebacken oder Alterungsanzeichen des Halses lassen sich mit diesem

Eingriff nicht begegnen und bleiben eindeutige Domäne der offenen, resezierenden Facelifts.

Alles in allem sollte gerade in einem jünger werdenden Patientenkollektiv dieses Verfahren ein Standardverfahren im differenzierten Spektrum eines jeden ästhetischen Gesichtschirurgen sein.

**Abb. 4** Elevationsausmaß der Mittelgesichtsweichteile vom Schädelknochen

**Fallbeispiel 1** 43-jährige Patientin mit isoliert durchgeführtem Endoforehead und Midfacelift sowie transoralem Arcus marginalis release und Fettkörperumverteilung.

**Fallbeispiel 2** 35-jährige Patientin aus Kasachstan. Bei dieser Patientin mit ausdrücklichem Wunsch nach stark prominenter Wangenregion sind die Möglichkeiten der Weichteilresuspension gut zu demonstrieren. Unten: Ergebnis nach einem Jahr.

**\_Kontakt**

**face**

**Dr. med. Niklas Iblher**

Abteilung für Plastische und Handchirurgie  
Universitätsklinikum Freiburg

**Univ.-Prof. Dr. med. G. Björn Stark**

Ärztlicher Direktor der Abteilung für Plastische und Handchirurgie  
Universitätsklinikum Freiburg  
Erich-Lexer-Klinik

Erich-Lexer-Klinik für Ästhetisch-Plastische Chirurgie in Kooperation mit dem  
Universitätsklinikum Freiburg  
Breisacherstraße 84 b  
79110 Freiburg im Breisgau  
www.lexerlinik.de  
www.plastische-chirurgie-freiburg.com

**\_Fallbeispiel 1**



**\_Fallbeispiel 2**

