

# Necklifting mit Platysmaresektion

**Autoren** \_ Dr. Joachim von Finckenstein, Dr. Hilde Wolf, Dr. Barbara Leroch, Starnberg

## \_Einleitung

Der Begriff des „Faceliftings“ ist etabliert; die Verfahren, die unter der Haut angewandt werden, allerdings weniger: Über die unterschiedlichsten zu präparierenden und zu beschneidenden Schichten wird berichtet und gestritten; die Möglichkeiten unter der Haut sind inzwischen derart vielseitig, dass sie ganze Seiten füllen würden und dadurch sehr unübersichtlich geworden sind. Und dennoch: Bei den meisten effizienten Verfahren bleiben die periaurikulären Narben bestehen – und gerade an jenen stört sich der eine oder andere Patient.

Die meisten männlichen Patienten wünschen kein Facelift, selbst bei gegebener Indikation. Die Narbenführung ist bei Männern mit ihren überwiegend frei liegenden Ohren vermeintlich sichtbarer als bei Frauen, die es in der Regel leichter haben, die Haare zum Verdecken der Narben zu nutzen. Manche Männer sorgen sich zudem, sich mit solch einem vermeintlichen Stigma zu outen.

Zudem haben sie meistens ein sehr lokalisiertes Problem, das sie stört: ein Doppelkinn, einen adipösen, durchhängenden Hals oder zwei Halsstränge, die nicht mehr der Anatomie eines schlanken jungen Halses entsprechen.

Aber auch einige Frauen möchten ein komplettes Facelift umgehen, insbesondere dann, wenn der Hals das vornehmliche Problemgebiet darstellt.

Speziell für diese Klientel bietet das folgend vorgestellte Necklifting eine überlegenswerte Alternative.

## \_Patienten und Methode

Patienten mit Doppelkinn, mit deutlichem Hautüberschuss im Halsbereich und solche mit ausgeprägtem Platysma Banding sind die Patienten, die für ein Necklifting infrage kommen.

Auch bei nachlassender Facelift-Wirkung nach einigen Jahren ist diese Methode angezeigt, wenn ein erneutes komplettes Lifting des Gesichts nicht zur Debatte steht.

Eine alleinige Halsstraffung mit direktem Zugang vom Kinn aus bietet sich an, da Straffungen der Halsdermis ohne Facelift regelmäßig nachgefragt werden. Allerdings sollten die Narben möglichst unsichtbar zu liegen kommen, und dem trägt die Schnittführung Rechnung.

Das Necklifting zusammen mit einem Facelifting zu kombinieren halte ich für kontraindiziert, da die Zugvektoren für beide Methoden gegenläufig verlaufen.



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4

Das Necklifting kann in Lokalanästhesie unter Tu- meszenz durchgeführt werden. Circa 100 Milliliter Kleinsche Lösung werden unter Druck subkutan und subplatysmal eingegeben. Die Wirkung der Lokalan- ästhesie ist derart effizient, dass prinzipiell keine Sedie- rung von vornherein geplant werden muss, sondern nur dann, wenn der Patient es wünscht.

**Das Necklifting wird wie folgt durchgeführt:**

- 1) Die Schnittführung verläuft am Unterrand des Unterkieferknochens von submental circa drei bis vier Zentimeter nach dorsal Richtung Angulus mandibulae, maximal aber bis zur Hälfte des hori- zontalen Unterkieferknochens (Abb. 1).
- 2) Bei der Freipräparation eines Hautlappens, der fettig ausgedünnt und nach unten geklappt wird, stellt sich die Anatomie des Halses sehr über- sichtlich dar: beide Platysmastränge, die Hals- mittellinie und die Unterkante der Mandibula (Abb. 2).
- 3) Der Platysma Muskel wird abgeklemmt kranial von seinem frontalen Mandibularursprung und distal bis mindestens auf Höhe der Glandula thyreoidea, meistens sogar noch etwas weiter claviculärwärts (Abb. 3).
- 4) Der freipräparierte zungenförmige Hautlappen wird nach oben geschoben und in der Mittellinie mit zwei 4:0 Vicrylfäden zwischen Subkutan- schicht und der Fascia cervicalis superficialis, die unter dem Platysma erscheint, fixiert (Abb. 4).

- 5) Der U-förmige Hautüberstand wird derart rese- ziert, dass man die Dermis ohne Spannung zu- nächst auch ohne Nähte adaptieren kann (Abb. 5).
- 6) Die Haut wird mittels invertiert verlaufender Vi- crylfäden der Stärke 4:0 spannungsfrei verschlos- sen. Auf eine Drainage wird in aller Regel verzich- tet (Abb. 6).

Bei streng unterhalb des Unterkieferknochens vorgenommenem Verlauf des Hautschnitts besteht keine Gefahr der Einbeziehung des Mandibularastes des Nervus facialis.

Das einzige größere Gefäß, das bei der distalen Abtragung des Platysmas beachtet werden muss, ist die Vena jugularis. In unserem Patientengut wurden diese Strukturen bislang nicht tangiert.

**Resultate**

Seit 2003 haben wir 18 Patienten derart operiert. Von den sechs Frauen wollten drei kein Facelift oder waren dafür ungeeignet, drei hatten sich einem vo- rausgegangenen Facelift vor mindestens drei Jahren unterzogen. Die übrigen zwölf Patienten waren Män- ner entweder mit Doppelkinn oder mit faltigem Haut- überschuss, zu allermeist kombiniert mit einer Platys- malaxatio beiderseitig.

*Die Ergebnisse waren recht einheitlich:* Bei allen wurde ein Resultat erzielt, das die Patienten zufrieden gestellt hat; wie bei jeder anderen Operation brauchte



Abb. 5



Abb. 6



das allerdings einige Zeit. Erst zieht sich die Haut partiell ein, dann schwillt sie wieder an und hinterlässt erst nach gut sechs bis acht Wochen das Ergebnis, das als endgültig bezeichnet werden kann. Soweit das nach der bis jetzt vorliegenden Nachbeobachtung möglich ist, scheinen die Ergebnisse stabil: Bei einem Patienten, der krankheitsbedingt drei Jahre später nochmals zwölf Kilogramm abgenommen hatte, kam es auch nach der Zeit zu keinem erneuten Durchhängen der Haut.

*Die Komplikationsrate war geringfügig:* Ein eingewachsenes Barthaar sorgte rezidivierend für Probleme im Narbenbereich des Kinns. Das musste sekundär entfernt werden. Anfänglich hatten wir die Schnittführung etwas zu kurz nach dorsal gehalten. Dabei entstanden submental gelegene Dog ears am Narbenende, die das straffe Bild des Unterkiefers störten; zur „Dog ear“-Korrektur wurde deshalb der Schnitt nach dorsal verlängert, sodass er jetzt von vornherein weit genug nach hinten versetzt wird.

In den Anfängen fehlte möglicherweise der Mut, ausreichend Dermis zu entfernen, sodass bei einer Patientin das Platysma Banding nach vorgenommene Facelift fünf Jahre zuvor zwar verschwunden war, aber die Haut nicht ausreichend nachgestrafft schien. Der Hautüberschuss hing durch und schien nur im Bereich der Narben am Unterkiefer zu haften, sodass eine dermale Nachstraffung sechs Wochen später erfolgte. Auf jede mittige Hautschnittführung sollte verzichtet werden, da diese zu erneuten Strängen auf dem Boden einer „Narbenverlängerung“ (Bild Danner) führen könnte; inzwischen hat sich durch die zunehmende Erfahrung auch ein einheitliches Vorgehen ergeben, sodass seit den letzten zehn Eingriffen Korrekturen nicht mehr erforderlich waren.

### Diskussion

Natürlich lässt sich ein Hautüberschuss im Halsbereich auch über ein klassisches Facelift behandeln.

Die Anzahl der Patienten, die aber gerade ein komplettes Facelift verneinen, ist nicht zu unterschätzen – gerade bei Männern, die das Stigma einer periaurikulären Narbe scheuen.

Wenn dann noch der Hals im Vordergrund des Leidensdrucks steht, stellt sich die Frage, warum man sich nicht isoliert des Halses annehmen sollte. Mehrere Verfahren wurden dazu schon publiziert: das Zusammennähen der auseinandergewichenen platysmalen Bänder über einen submentalen Schnitt, platysmale Einkerbungen, isolierte Fettabsaugungen, chirurgische Fettresektionen und Kombinationsverfahren.

Isolierte Platysmanähte oder Einkerbungen hatten in meinen Händen keinen sehr durativen Erfolg: Die Muskelkontraktion ist um einiges mächtiger als bei isolierten Schnitten oder einer zusammenführenden Naht, möglicherweise auch noch mit einem resorbierbaren Faden; diese Verfahren führten in meinen Händen sehr bald zu Rezidiven. Die Bänder wichen nach einigen Wochen wieder auseinander oder die eingekerbten Muskeln fanden direkt oder über Narben wieder Anschluss, sodass der anfängliche Erfolg sich relativierte, da das Platysma Banding wieder in Erscheinung trat.

Bei der Fettabsaugung besteht die Schwierigkeit, dass von außen nicht erkennbar ist, ob das meiste Fett subdermal oder subplatysmal zu entfernen ist. Sonografische Voraussagen waren zu unzuverlässig und ein CT zu unverhältnismäßig. Wenn das Fett vornehmlich subplatysmal liegt, ist die Methode zum Scheitern verurteilt, da die Saugung von außen diese Schicht nicht zuverlässig erreicht und das Ergebnis nicht ausreichend sichtbar wird. Tom Biggs und Kesselring beschrieben 1999 bzw. 1991 erstmals direkte Schnittführungen mit Hautresektion am Hals; die von Tom Biggs vorgeschlagene Schnittführung liegt zwischen Kinnspitze und Adamsapfel als Z-Plastik zentral. Dieser Schnitt ist nach meinem Dafürhalten zu sichtbar, da man ihn in der Frontalsicht deutlich er-

kennen kann. Deshalb setzte sich dieses Verfahren nur vereinzelt durch.

Ein Schnitt sollte bevorzugt werden, der in der Frontalsicht nicht zu sehen ist. Das in diesem Aufsatz beschriebene Necklifting kommt dieser Forderung nach, da die Schnittführung streng am inneren Unterrand der Mandibula verläuft. Nur wenn der Kopf nach oben gerichtet wird, ist dort eine Narbung zu erkennen, die über die Jahre noch verblasst.

Allerdings ist die subjektive Akzeptanz einer Kinnnarbe bei Männern deutlich höher als bei Frauen, so dass dieses Verfahren für Männer sicher geeigneter ist als für Frauen. Für Frauen kommt das Necklifting aus meiner Sicht nur sekundär infrage, wenn das vor einigen Jahren vorgenommene Facelifting im Halsbereich wieder nachlässt. Eine zusätzliche Indikation bei weiblichen Patientinnen ist dann gegeben, wenn das Problem auf den Hals fokussiert wird und sie sich einem Facelifft verweigern, wie zum Beispiel: „Herr Doktor, für ein Facelifft bin ich zu alt.“

*Besonders verblüfft die Wertigkeit der Tumescenzanästhesie:* Das mögliche ambulante Vorgehen überzeugt die Patienten ebenso wie die Schmerzfreiheit dieser Operation. Zu keinem Zeitpunkt behinderten lokale Schmerzen den OP-Verlauf. Dass die Tumescenz zudem ein blutungsfreies Vorgehen bei sehr übersichtlichen anatomischen Verhältnissen zulässt, gibt dieser Form der Anästhesie den ersten Stellenwert.

Das Necklifting ist von allen isolierten Halsstraffungsverfahren das invasivste, da Muskel und Fettgewebe scharf über eine vergleichsweise weite, wenn auch gut versteckte Öffnung reseziert werden. Dieses Gewebesubstrat, das für die Rezidive sorgen könnte, wird entfernt, sodass der Trend eines durativen Erfolgs von daher zu erklären ist: Das, was das Doppelkinn oder die doppelte Strangbildung verursacht, ist

nicht mehr da und kann von daher auch nicht mehr „rezidivieren“. Die zusätzliche Hautresektion, deren erneute Adaptation nie unter Spannung vorgenommen wird, spannt die äußere Schale wieder an, ähnlich wie beim Facelifting, wo die überstehende Haut nach Straffung der unteren Strukturen spannungsfrei entfernt wird.

Das Necklift ersetzt kein Facelifft, sondern ist ein komplementäres Verfahren, das ein halsbetontes Facelifft (zeitversetzt) ergänzen kann. Da die Patientenakzeptanz sehr hoch ist, glaube ich, dass das isolierte Necklifting besonders bei Männern einen hohen Stellenwert genießen wird.

### Zusammenfassung

Das Necklifting ist ein Verfahren der isolierten Hals-Kinn-Straffung vornehmlich für männliche Patienten über eine Narbenbildung, die streng submental verläuft. Es ist nur dort eine Alternative zum Facelifft, wenn das Facelifft von Patienten abgelehnt wird, um einen vornehmlichen Effekt am Hals zu erzielen. In dieser Indikationslücke fügt sich das isolierte Necklifting ein, das ambulant mit wenig Aufwand eine effiziente Halsstraffung erfolgreich bewirken kann. \_

|   |             |
|---|-------------|
| <b>_Kontakt</b>   | <b>face</b> |
| <p><b>Dr. Joachim von Finckenstein</b></p> <p>Praxis in den Seemarkaden<br/>                 Wittelsbacherstr. 2a, 82319 Starnberg<br/>                 Tel.: 0 81 51/2 99 68, Fax: 0 81 51/8 91 49<br/>                 E-Mail: finckenstein@i-dial.de</p> |             |

ANZEIGE

# Radiage™

Die neue Antifaltentherapie mit der patentierten 4.0 MHz - Radiofrequenzchirurgie!

- effizient
- langanhaltende Resultate
- kostenoptimiert
- geringe Nebenwirkungen
- noninvasiv
- keine Abheilzeiten



- RF-Chirurgieeinheit für alle chirurgischen Fachgebiete
- 4.0 MHz/ 120Watt
- monopolar/ bipolar



**makro-med GmbH**  
**medical products**  
 Unser Puls schlägt für Sie!

Hauptmarkt 13  
 D-54290 Trier  
 fon: (0651) 9 94 16 49  
 fax: (0651) 4 71 81

mail : info@makro-med.de  
 web : www.makro-med.de  
 www.radiage.de

**ellman**  
 wave of the future