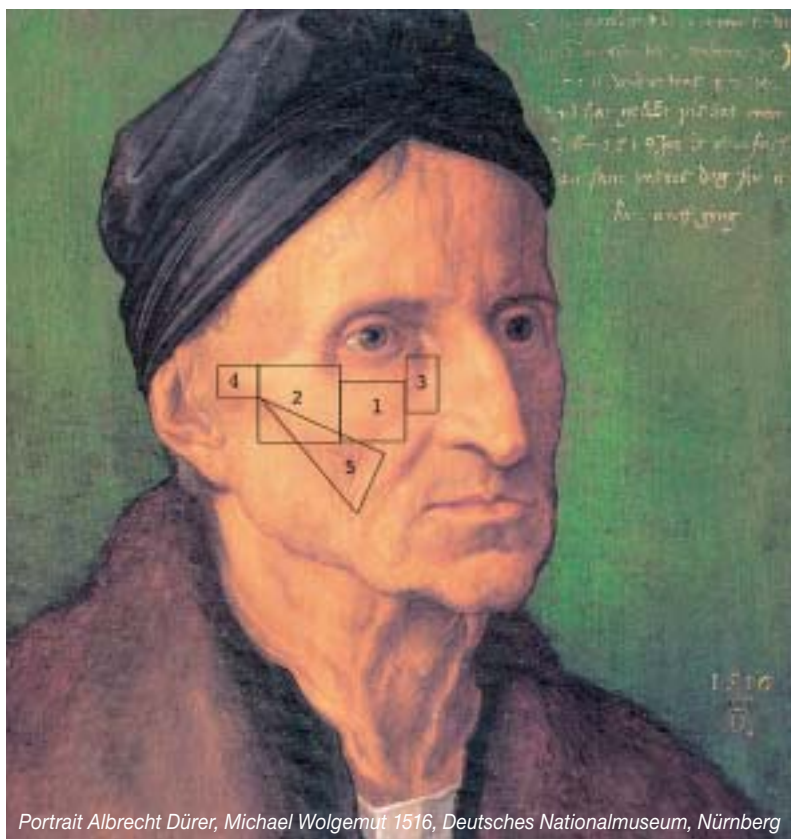


Profilkorrekturen im Mittelgesicht

Ebenmäßige Gesichtszüge

Klare Konturen, eine jugendliche Wangenregion und ein eindeutig definierter Unterkieferrand kennzeichnen ein schönes Gesicht. Diese Schönheitsideale haben zu revolutionären Weiterentwicklungen in der ästhetischen Chirurgie geführt.



Portrait Albrecht Dürer, Michael Wolgemut 1516, Deutsches Nationalmuseum, Nürnberg

Das primäre Ziel in der ästhetischen Chirurgie ist es, jugendliche Proportionen wiederherzustellen durch Rekonstruktion oder indem man diese Konturen betont. Die Charakteristika eines Gesichts und seiner Attraktivität werden durch die Erhebungen des knöchernen Gesichtsschädels wie Nase, Kinn und Wangenpartie bestimmt. Proportion und Kontur werden hauptsächlich durch die Form von Nase, Wangenpartie und Unterkieferlinie gebildet. Folglich beeinflusst eine Verkleinerung oder Vergrößerung einer dieser drei Erhebungen die ästhetische Bedeutung der anderen.

Wird beispielsweise die Nase verkleinert, scheinen die Wangenpartie, das Kinn und der Unterkieferrand größer bzw. prominenter. Eine Vergrößerung der Wangenpartie lässt Nase und Kinn kleiner erscheinen. Umgekehrt führt eine Betonung der Wangen- und Unterkieferpartie dazu, dass die Nase kleiner wirkt. Man kann somit chirurgisch Harmonie in einem Gesicht herstellen, indem man die Volumenbeziehungen der knöchernen Strukturen verändert. Veränderungen in mehr als einer anatomischen Region haben ins-

gesamt einen größeren Einfluss auf die Harmonie.

Sekundäre Gesichtserhebungen wie die Augenbrauenwülste, die Schläfenregion oder die Prämaxilla (Oberkiefer) sind zwar von untergeordneter, aber nicht zu vernachlässigender Bedeutung. Über die Variablen Größe, Form und Position ist es möglich, diese Erhebungen zu verändern. Hierfür wurden verschiedene Implantatformen und -größen entwickelt, mit deren Hilfe man Gesichtskonturen sehr genau und kontrolliert verändern kann. Eine korrekte Analyse und Identifizierung von bestimmten Defiziten im Gesicht ist unabdingbare Voraussetzung, um das optimale Implantat und damit das bestmögliche Ergebnis zu erzielen.

Die Zonen im Mittelgesicht

Im Mittelgesicht werden fünf anatomische Bereiche unterschieden, die nach entsprechender Analyse und Diagnosestellung mit einem Implantat verändert werden können (siehe Portrait Albrecht Dürer):

Zone 1 beinhaltet als größtes Areal den Hauptteil des Jochbeins und die ersten Drittel des Jochbogens. Eine Augmentation betont die Projektion des Jochbeinmassivs. Das Gesicht wird breiter und kantiger.

Zone 2 liegt über dem mittleren Drittel des Jochbogens.

Zone 3 befindet sich zwischen Nase, Unterrand der knöchernen Augenhöhle und Zone 1; ein Defizit manifestiert sich meist als bogenförmige, dunkle Einsenkung, wodurch ein müder oder kranker Eindruck entsteht.

Zone 4 liegt über dem hinteren Drittel des Jochbogens, also direkt vor dem Ohr. Eine Augmentation in diesem Bereich ist nie notwendig; vielmehr würde sie ein unnatürliches Äußeres nach sich ziehen.

Zone 5 liegt als dreieckiger Bereich unterhalb des Jochbeinmassivs. Dieser Bereich hat bei der Wangenaugmenta-

tion bei jungen und älteren Patienten die größte Bedeutung. Die Augmentation schafft eine gewisse Fülle, charakterisiert durch ein runderes, weicherer und jugendlicheres Gesicht.

Wangenimplantate

Die heutzutage gebräuchlichsten Implantatmaterialien in der ästhetischen Gesichtschirurgie sind Silikon (Polydimethylsiloxan), Goretex (Polytetrafluoräthylen) und Medpor (Polyäthylen). Es handelt sich dabei um Materialien, die bei zahlreichen medizinischen Implantat-Produkten im menschlichen Körper Verwendung finden. Das optimale synthetische Material zur Augmentation hypoplastischer Gesichtsknochen muss den folgenden Kriterien entsprechen: Es muss biokompatibel und chemisch stabil sein. Es darf nicht karzinogen sein oder starke Fremdkörperreaktionen verursachen.

Komplikationen – Mögliche Komplikationen sind vor allem Infektionen, Implantatverschiebungen bzw. Dislokation, Perforation und Asymmetrien. Die **Infektanfälligkeit** wird in der Literatur für die einzelnen Materialien verschieden hoch angegeben. Die meisten wissenschaftlichen Studien mit den größten Patientenzahlen gibt es über Silikonimplantate. Bei den Wangenimplantaten wird hier eine durchschnittliche Infektionsrate von 1,2 Prozent angegeben. Es gilt dabei, dass die Infektanfälligkeit mit der Porosität des Materials steigt. Je poröser allerdings die Oberfläche, umso besser scheint ein Implantat durch die damit verbundene Oberflächenvergrößerung einzuheilen. Auf der anderen Seite ist ein glattwandigeres Implantat, wie Silikon, bei möglicher Infektion relativ leicht zu entfernen.

Die **Kapselbildung** um ein Implantat stellt eine immunologische Antwort des Körpers auf das fremde Material dar. Er schließt den Fremdkörper durch die Kapsel ein, was zur Stabilisierung des Implantates führt. Bei der sehr seltenen Kapselkontraktur kann sich diese noch nach Jahren zusammenziehen, wodurch das Implantat verformt wird und folglich, wie bei einem Brustimplantat, ausgetauscht werden muss. Über einen möglichen Implantatwechsel ist deshalb jeder Patient aufzuklären. Im Falle eines Silikon- oder Goretex-Implantates ist dieser Implantatwechsel aufgrund der Oberflächenstruktur relativ problemlos möglich.

Eine **Implantatverschiebung** tritt vor allem dann auf, wenn die dafür geschaffene Höhle zu groß ist; eine kurzfristige vorübergehende Fixierung der Implantate durch Haltenähte auf der Haut wird deshalb empfohlen. **Perforationen** sind nur möglich, wenn die bedeckende Weichteilschicht zu dünn ist bzw. zu viel Spannung und Druck vom umliegenden Gewebe auf das Implantat wirkt; dieses Risiko ist im Bereich der Nase und am Ohr am größten. **Asymmetrien** werden durch eine exakte präoperative Planung verhindert, indem die gewünschte Position millimetergenau vermessen und mit der Gegenseite verglichen wird.

In Anlehnung an die Bestimmungen der FDA (Federal Drug Administration) in den USA verlangt die Europäische Gemeinschaft seit 1996 ähnliche Standards für alle Implantate, nachzuvollziehen am „CE-Zeichen“. Wenn die akuten Risiken einer Kunststoffimplantation wie Dislokation, Infektion und Perforation nach 2 bis 4 Wochen nicht eingetreten sind, ist in der Regel mit ei-

nem stabilen Ergebnis und festen Sitz des Implantates zu rechnen. Die großen klinischen Erfahrungen, die in den letzten Jahrzehnten vor allem in Amerika in der plastischen Gesichtschirurgie mit Implantaten gesammelt wurden, haben dazu beigetragen, dass viele Informationsquellen über die Sicherheit der Behandlungsmethode vorliegen.

Operativer Einsatz – Die Implantate werden im Wangenbereich entweder von einem Schnitt in der Mundhöhle oder gleichzeitig bei einer Unterlidkorrektur oder einem Facelifting über die vorgegebene Schnittführung eingebracht. Alternativ kann die Wangengegend mit körpereigenem Knochen, entweder in Form einer Umstellungsosteotomie oder als Auflagerungsplastik durch Knochen vom Beckenkamm oder der Schädelkalotte, aufgebaut werden. Der Aufwand hierfür ist ungleich größer, die Ergebnisse weniger vorhersehbar und die Risiken nicht geringer.

Dr. Dr. med. Susanne Herrmann,
Fachärztin für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie,
plastische Operationen, Stuttgart-Botnang,
www.klinik-herrmann.de

Literatur:
Terino E. O., Flowers R. S.:
The Art of Alloplastic Facial Contouring. Mosby, 2000
Binder W. J., Schoenrock L. D.:
Augmentation of the Malar-Submalar/Midface. Facial Plastic
Surgery Clinics of North America, Vol. 2, 1994