

Vor- und Nachteil narbensparender Facelifts



Autor _ Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig, Hannover

Narbensparende Facelifttechniken finden zunehmende Verbreitung in der ästhetischen Chirurgie, weil sie eine kurze Rekonvaleszenzzeit, kürzere Narben, eine verminderte Morbidität besitzen und weniger Risiken für den Patienten im Vergleich zu den traditionellen SMAS-Platysma-Plastiken beinhalten und darüber hinaus weniger chirurgisch aufwendig sind. Welchen Vor- und Nachteil diese sogenannten Short Scar-Verfahren tatsächlich gegenüber den traditionellen SMAS-Platysma-Advancement-Rotationsplastiken besitzen, wird in einer Gegenüberstellung der beiden Techniken aufgezeigt und ihre Indikation und Kontraindikation dargestellt.

_Einleitung

Minimalinvasive Facelifttechniken, speziell die Short-Scar-Facelifttechniken, erfreuen sich in den letzten fünf Jahren zunehmender Beliebtheit, weil sie eine kurze Rekonvaleszenzzeit, kürzere Narben, eine verminderte Morbidität und Risiken für den Patienten aufweisen und chirurgisch weniger aufwendig sind. Mein Interesse an diesen Techniken geht zurück in eine Zeit der frühen 1990er-Jahre, als wir begannen, video-assistierte minimalchirurgische Techniken weiterzuentwickeln und vor der Überlegung standen, ob die Inzisionen allein dem Zugang dienen – dann hätten sie in der Tat verkürzt werden können –, oder ob grundsätzlich bei einem Facelift die Notwendigkeit

bestand, die redundante Haut zu reduzieren. Relativ schnell wurde deutlich, dass vor allem ältere Patienten mit vermehrtem Hautüberschuss und Verlust der Hautelastizität in keinem Fall von den sogenannten „Short-Scar-Facelifttechniken“ profitierten, weil postoperativ der Hautüberschuss persistierte und deshalb Reoperationen notwendig wurden, um den Hautüberschuss zu reduzieren.

Warum sollten also die Hautschnitte signifikant reduziert werden, wenn die Ergebnisse des traditionellen Facelifts überzeugten? Warum sollten aufwendigere extendierte High-SMAS-Advancement-Rotationsflaps nach fast 20 Jahren nun an Bedeutung verloren haben und durch narbensparende Verfahren ersetzt werden?



Abb. 1a



Abb. 1b

Abb. 1a und b Darstellung des minimalinvasiven Facelift-Verfahrens, das aus einer präaurikulären Kulisunterminierung in Kombination mit einer vertikalen SMAS-Platysma-Suspension an der Faszie nach Lorè besteht. Abb. 1a vor und 1b nach Suspension des Platysmas. (Bildquelle: The anatomic basis of platysma suspension: Labbe' und Niclas. In: Short Scar Face Lift, Quality Medical Publishing, St. Louis, 2007)

Sollte etwa die bei den traditionellen SMAS-Facelifttechniken vorteilhafte Reposition des SMAS-Komplexes in unterschiedliche Vektorrichtungen, die quasi als Vehikel für die darüberliegende Haut diente, um spannungsfreien Hautverschluss mit nahezu unauffälligen präaurikulären Narbenbildungen und Repositionen der latero-orbitalen Weichteile zu erreichen, an Bedeutung verloren haben? Oder sind die Short-Scar-Facelifttechniken nur durch verstärktes Medieninteresse in den Vordergrund gerückt und ergeben sich tatsächliche Vorteile daraus? Und warum, und für wen ist diese Technik geeignet? Ist sie gar universell bei allen Patienten mit gleich guten Resultaten wie bei den SMAS-Verfahren anwendbar?

Um diese grundlegenden Fragen zu beantworten, bedarf es zunächst einmal der genauen Analyse dieser zwei unterschiedlichen Facelifttechniken unter Beachtung der einzelnen Strukturen, die in das jeweilige chirurgische Faceliftkonzept einbezogen werden und welche Gewebspartien wie und in welchem Ausmaß reponiert werden können.

Traditionelle SMAS-Plastiken

Operative Methoden, die lediglich die subtotale Dissektion des SMAS-Komplexes proximal oberhalb der Parotis beinhalten, enttäuschen nach wie vor, weil die Parotiskapsel am SMAS-Komplex fixiert ist und die partielle „Parotiskapsel-Elevation“ nur wenig Mobilisierungsmöglichkeiten des SMAS-Komplexes und damit in der Regel keinen Effekt aufweist. Ähnlich verhält es sich mit Imbrikationen und Plikationen des SMAS unterhalb des Jochbogens, die die „Straffung“ der suborbitalen und malaren Strukturen unbeeinflusst lassen.

Der Schlüssel der effektiven Wangengewebsreposition liegt nach den Ergebnissen von Connell und Barton aber in der Dissektion beziehungsweise Durchtrennung der kutanen und osteokutanen Ligamente sowie Fasziotomien von diversen Muskelfaszien, die allerdings ausgedehnte Weichgewebdissektionen und Mobilisationen mit vermehrt lang anhaltender Schwellung beinhalten.

Weil aber die meisten älteren Patienten eine maximale Effektivität des Facelifts ohne lange Rekonvaleszenzzeit, aber ohne den Anschein geliftet auszusehen, erwarten, scheuen sich viele Chirurgen auf Kosten der Effektivität, aufwendige und chirurgisch anspruchsvolle Verfahren anzuwenden; dennoch müssen bei allen diesen Facelifttechniken Basisprinzipien beachtet werden, um den ptotischen Gewebsveränderungen mit zunehmenden Alter Rechnung zu tragen. Dazu zählen:

1. Alle Gesichtsregionen müssen in ein Faceliftkonzept einbezogen werden, um gleichmäßige harmonische Hautspannung aller Gesichtsregionen zu erzielen.
2. Das subkutane Gewebe muss direkt suspendiert und nicht über die Haut verankert werden.
3. Die Wundränder sollten spannungsfrei adaptiert werden.
4. Die reponierten Gewebe sollten den natürlichen Trajektorien, das heißt entgegen den Vektoren der Schwerkraft des Gewebedeszensus verlaufen.

All diese genannten Anforderungen werden in der Regel durch die High-SMAS-Advancement- und Rotationsplastiken in Kombination mit einer Unterlidplastik, einer Musculus orbicularis-Suspension, einem Stirnlift und einer Zervikoplastik streng ge-

Abb. 2 Darstellung der narbensparenden Facelifttechnik, die auf eine extendierte retroaurikuläre Inzision und retroaurikuläre zervikale Gewebsreposition verzichtet und lediglich eine vertikale präaurikuläre Gewebssuspension vorsieht. Dadurch kommt es zur temporalen-orbicularen Gewebsstauung der facio-fazialen Gewebe. Um diesen Gewebsüberschuss aufzulösen, werden deshalb prätricheale temporale Entlastungsinzisionen, die bis zum Stirnhaaransatz reichen können, erforderlich, die nicht selten zu kosmetisch störenden Narben führen und sich nur schwierig zur Zufriedenheit des Patienten korrigieren lassen.

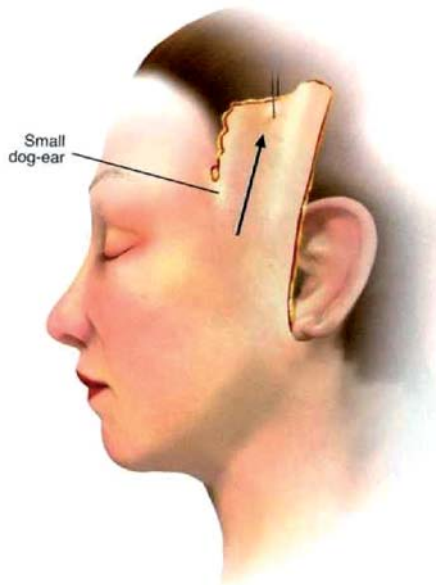


Abb. 2

(Bildquelle: Short scar face lift: Tonnard and Verpaele; In: Short Scar Face Lift, Quality Medical Publishing, St. Louis, 2007)

Abb. 3a und b Schematische Darstellung der Altersveränderungen des Gesichtes nach Besins. Entsprechend den anatomischen Strukturen des Gesichtes kommt es im Alter zu einem Weichgewebsdeszensus entlang der ligamentären Strukturen, und zwar im Sektor 2. Sektor 1 und 3 ist nicht oder wenn überhaupt nur geringfügig von der Gewebsverlagerung im Alter betroffen; d.h. die chirurgische Gesichtsrejuvenation ist auf die vertikale Reposition des im Alter nach kaudal verlagerten Gewebes vor dem M. masseter und nicht im Sektor 3 im präparotischen Bereich zu richten (Abb. 3a). Bereits Leonardo da Vinci erkannte, dass der Weichgewebsdeszensus im Sektor 2 vor der Parotis und nicht im Bereich der Parotis erfolgte, wie die von ihm angefertigte Zeichnung verdeutlicht (Abb. 3b).

(Bildquelle: RARE Technique; Th. Besins: J. Aesthetic Surgery 2004; 28: 127–142)

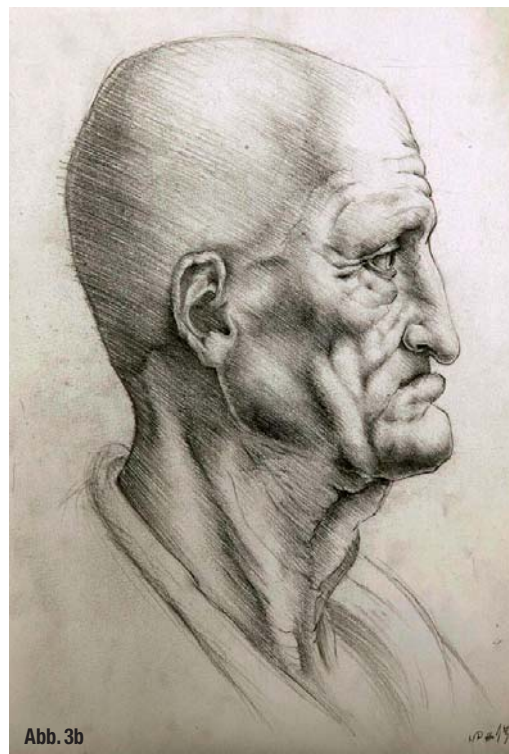


Abb. 3b

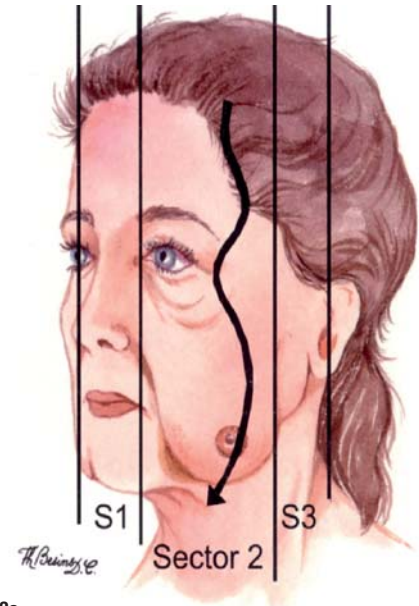


Abb. 3a

nommen erfüllt. Dadurch werden Mittel- und Untergesicht mit ihren subkutanen Fettgewebmassen, die dem SMAS-Platysmakomplex anhaften, durch das SMAS als Vehikel suspendiert. Diese Technik wird häufig mit der klassischen Technik nach Skoog gleichgesetzt, obwohl Skoog's Konzept lediglich darin bestand, die Gesichtskontur durch Reposition des subkutanen Gewebes zu reponieren. Skoog ließ dabei allerdings die festen Verbindungen (Ligamente) zwischen SMAS-, Weich- und Hartgewebe außer Acht, sodass adäquate Weichgewebs-

mobilisationen im medio-subsuperioren Wangenbereich und im Halsbereich ausblieben. Im Ergebnis kamen sie den reinen kutanen Facelifttechniken, wie sie Aufricht in den 1960er-Jahren beschrieb und propagierte, gleich. Genährt und gestützt wurde die Skepsis gegenüber diesen SMAS-Facelifttechniken zusätzlich durch Arbeiten von Tipton, der im Rahmen intraindividuelle Untersuchungen an einem großen Patientengut reine kutane Facelifttechniken gegenüber den SMAS-Liftverfahren verglich. Signifikante Unterschiede zwischen diesen beiden Techniken konnte er nicht feststellen und favorisierte deshalb die weniger chirurgisch anspruchsvollen subkutanen Faceliftverfahren. Allerdings beschränkte sich seine SMAS-Präparation lediglich auf die Parotisregion, ohne dass die Präparation deutlich über den Vorderrand der Parotis hinausragte und damit die masseterico-facio-fazialen, die mandibulären und Ligamente im Bereich des McGregor patches nicht durchtrennte.

Demgegenüber stehen die heute verwendeten extendierten SMAS-Plastiken. Diese extendierten Dissektionsverfahren erweisen sich dabei als sehr anspruchsvoll, sodass sich viele Chirurgen vor diesem komplikationsträchtigen Verfahren mit Durchtrennung der ligamentären Strukturen scheuen und nur eine minimale SMAS-Mobilisation zulasten vermehrter subkutaner Dissektion anstreben. Deshalb blieben trotz vielfältiger Variationen letztlich die Ergebnisse dieser Methoden hinter den Erwartungen zurück, sodass Ende der 1990er-Jahre mit Beginn des Jahres 2000 mehr und mehr minimalinvasivere Verfahren in den Vordergrund rückten beziehungsweise reine Kutsisunterminierungen in Kombination mit SMAS-Platysma-Imprifikationen mit vertikaler distaler Musculus Platysma-Suspen-

Abb. 4a–c Illustration des Short-Scar-Faceliftes, das sogenannte MACS-Lift. Dabei werden mehr oder weniger die präparotischen Bezirke mit Anteilen des proximalen zervikalen Platysmakomplexes über Plikation der Gewebe, die zum Teil mit Tabaksbeutel ähnlichen Nähten (MACS-Lift) vorgenommen werden, zusammengezogen und verlagert (Abb. 4a und b). Das Repositionsresultat der Gewebe soll durch Verwachsungen mit der darüberliegenden Haut stabilisiert (subkutane Narbenbildung) werden (Abb. 4b und c). Das heißt, die Haut dient somit als Retainer.

(Bildquelle: Short scar face lift: Tonnard and Verpaele; In: Short Scar Face Lift, Quality Medical Publishing, St. Louis, 2007)

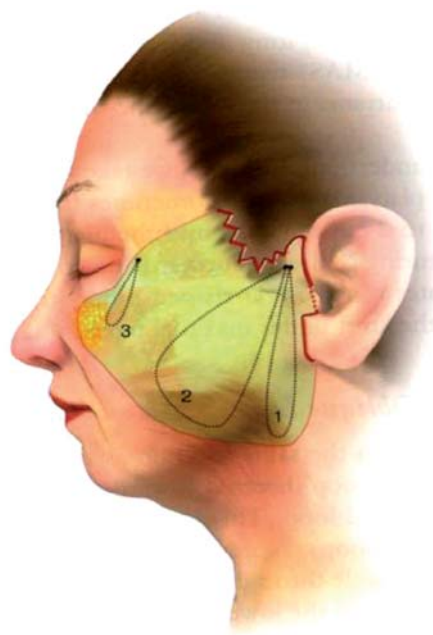
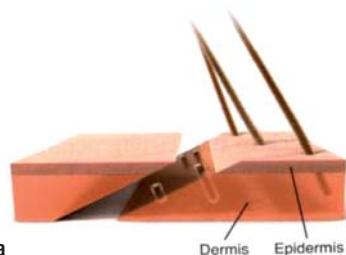


Abb. 4a



Dermis Epidermis

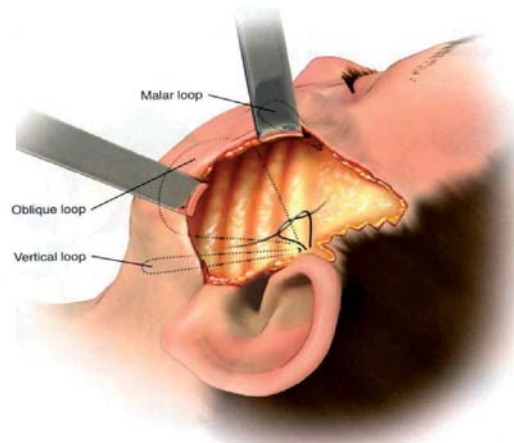


Abb. 4b

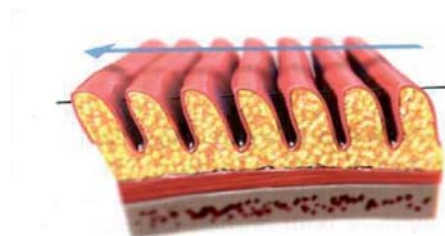


Abb. 4c

sionen an der Faszie nach Loré der Vorzug gegeben wurde (Abb. 1a und b). Der Vorteil dabei wurde in einer kürzeren Rekonvaleszenzzeit, minimaler Dissektion, deutlich verkürzter OP-Zeit und damit geringeren Komplikationsraten – allerdings auf Kosten der vielfach bestrittenen lang anhaltenden Ergebnisse – gesehen. Rezidive treten in der Regel schon nach ein bis drei Jahren auf, sodass vielfach erneut ein Facelift von den Patienten gewünscht wird.

Was ist der Grund für die hohe Rezidivrate der narbensparenden Verfahren?

Vergleicht man die narbensparenden Methoden, wie das Short-Scar-Facelift, MACS-Lift, S-Lift etc. mit den traditionellen High-SMAS-Facelifttechniken miteinander, so ergeben sich folgende kardinale Unterschiede.

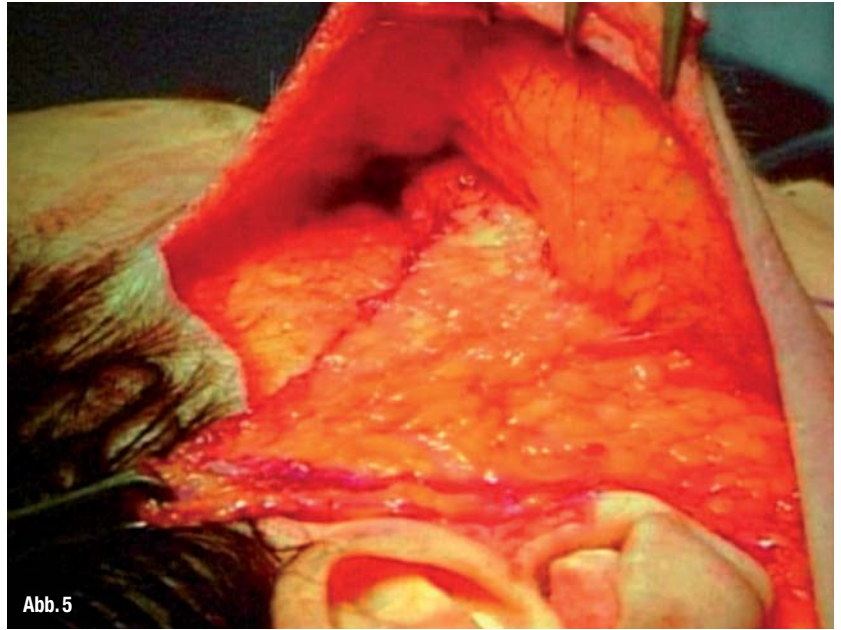
Bei den narbensparenden Facelifttechniken, die auf eine extendierte retroaurikuläre Inzision und retroaurikuläre zervikale Gewebsreposition verzichten, kommt es durch die vertikale präaurikuläre Gewebsreposition zur temporalen-orbicularen Gewebsstauung der facio-fazialen Gewebe (Abb. 2); um diesen Gewebsüberschuss aufzulösen, werden deshalb prätricheale temporale Entlastungsinzisionen, die bis

zum Stirnhaaransatz reichen können, erforderlich. Diese Inzisionen führen nicht selten zu kosmetisch störenden Narben und lassen sich nur schwierig zur Zufriedenheit des Patienten korrigieren. Bei diesen Short-Scar (narbensparenden) Verfahren wird der vertikale Hautüberschuss, der im infra- und retroaurikulären Bereich anfällt, der Schrumpfung überlassen. Allerdings wird dieser langwierige und nicht selten unzureichende Schrumpfungsprozess häufig bei dem Patienten als kosmetisch beeinträchtigend und störend empfunden. Hinzu kommt, dass es bei alleiniger vertikaler lateraler Gewebssuspension unter Verzicht der Dissektion der malaren ligamentären Strukturen und Verzicht der Separation zwischen Musculus orbicularis und der SMAS-Struktur unweigerlich zur weiteren Stauchung des subciliären Weichteilgewebes. Das hat zur Folge, dass dies zwangsläufig zur Disharmonie der Gewebsspannung zwischen zentrolateralem und suborbitalen Regionen bei erschlafftem zentrofazialen Weichteilgewebe führt. Hinzu kommt, dass bei stark ausgeprägter Mittelgesichtsptosis mit prominenten Nasolabialfalten es wegen der reduzierten Unterminierung im Bereich des Moleulus und der lateralen Kommissur bei gleichzeitigem Verzicht der Dissektion der ligamentären Strukturen nur in extremen Ausnahmefällen möglich ist, eine Nivellierung der Nasolabialfalten zu erzielen.

Im Gegensatz dazu stehen die chirurgisch anspruchsvollen High-Facelifttechniken. Sie zielen nämlich darauf ab, die zentrolaterale, das heißt die suborbitalen und submalaren Weichgewebe, zu reponieren, wobei nur die Durchtrennung der ligamentären Strukturen unumgänglich ist, um eine großzügige Weichgewebsmobilisation, die sowohl das zentrofaziale als auch das zervikale Gewebe mit erfassen, zu ermöglichen.

Das beinhaltet aber auch eine retroaurikuläre Inzision mit horizontaler oder schräg vertikal verlaufender Entlastungsinzision im occipitalen Haarbereich und eine ausgedehnte Gewebsunterminierung, die bis zur zervikalen Mittellinie reicht, mit anschließender zervikofazialer Mobilisation, Lipektomie – soweit erforderlich – sowie Reposition und Resektion des ptotischen Gewebes, ohne nach der Reposition des zervikofazialen redundanten Gewebes eine vertikale Gewebsstauchung im temporalen Haaransatz zu provozieren.

Bei den narbensparenden Verfahren mit zum Teil kosmetisch auffälligen prätrichealen Narbenbildungen werden nämlich die von den Patienten beklagten submandibulären und submentalen zervikalen Weichgewebstosen in der Regel nur unzureichend korrigiert. Ähnlich verhält es sich mit dem zentrofazialen Gewebe. Zone 2 nach Besins (Abb. 3a und b) zum Beispiel, die die größten Alterungsmerkmale durch den Deszensus des Weichgewebes einschließlich des Wangenfettkörpers erfährt, werden nicht ausreichend weit unterminiert, disseziert und reponiert, sondern es wird lediglich das präparotische SMAS-Gewebe durch Plikation und selten durch Imbrikation reponiert. So ist es nicht verwunderlich, dass bei den narbensparenden Verfahren nur die präparotischen Bezirke mit



Anteilen des proximalen zervikalen Platysmakomplexes im wahren Sinne des Wortes „geliftet“ und die Zonen um die Nasolabial- und Malarregionen nicht beziehungsweise nur teilweise mit in das chirurgische Konzept einbezogen werden. Deshalb weisen diese Patienten bereits nach kurzer Zeit erneut eine Ptose der reponierten Gewebe auf. Der Grund dafür liegt in der Technik selbst, vor allem bei Verfahren, die auf eine subplatysmale Gewebdissektion verzichten. Denn die narbensparenden Verfahren zielen darauf ab, über Plikation der Gewebe, die zum Teil mit Tabaksbeutel ähnlichen Nähten (MACS-Lift) vorgenommen werden (Abb. 4a–c), das Repositionsergebnis der Gewebe durch Verwachsungen mit der darüberliegenden Haut zu stabili-

Abb. 5 Intraoperativer Situs nach Inzision des SMAS-Gewebes oberhalb des Jochbogens, ausgedehnter sub-SMAS Dissektion mit Durchtrennungen der ligamentären Strukturen und anschließender Bildung eines Advancement-Rotations-Lappens des SMAS-Gewebes; das reponierte SMAS-Gewebe nimmt nach der Fixation die Spannung und nicht die darüberliegende Haut auf und ist wesentlich resistenter gegenüber Zugbeanspruchung als die Haut.

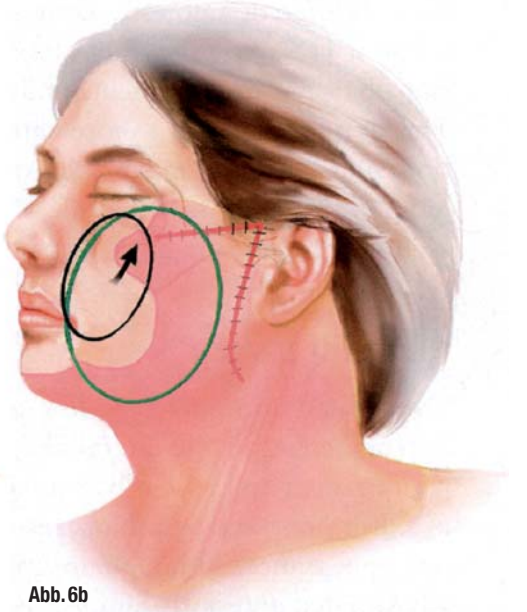


Abb. 6a und b Darstellung der High-SMAS- (Abb. 6a) und Low-SMAS- (Abb. 6b) Inzision auf das Repositionsergebnis des Weichgewebes im Jochbeinbereich. Bei der SMAS-Dissektion oberhalb des Jochbogens erfolgt der Drehpunkt des SMAS-Advancement-Rotationsflap nach kranial oberhalb der Jochbeinprominenz. Dadurch kann die Mittelgesichtsregion in Zone 2 und Anteile der proximalen Nasolabialfalte kosmetisch anspruchsvoll reponiert werden.

(Bildquelle: Lamellar high SMAS face lift: Marten; In: The art of aesthetic surgery, Quality Medical Publishing, St. Louis, 2005)

Abb. 7 _ Illustration der High-SMAS-Technik; sie besitzt deutliche Vorteile gegenüber den narbensparenden Methoden, weil sie alle Zonen des Gesichtes, und zwar auch die submalaren Strukturen mit in das chirurgische Konzept einbezieht und somit unterschiedlich, individuell angepasste Gewebsrepositionen und Fixationen ermöglicht. (Bildquelle: Lamellar high SMAS face lift: Marten; In: The art of aesthetic surgery, Quality Medical Publishing, St. Louis, 2005)



Abb. 7

sieren (subkutane Narbenbildung). Das heißt, die Haut dient somit als Retainer. Dies steht im Gegensatz zu den Advancement-Rotations-Lappen des SMAS-Gewebes, das die Spannung und Fixation der reponierten Gewebe aufnimmt und wesentlich resistenter gegenüber Zugbeanspruchung als die Haut ist und nach wissenschaftlichen Untersuchungen nur minimal nachgibt, anders als die Haut, die bereits nach 24 Stunden erste Relaxationszeichen aufweist (Abb. 5).

Dass die alleinige Suspensionstechnik bei den narbensparenden Methoden nicht zu lang anhaltenden Ergebnissen führen, bestätigen nicht veröffentlichte Untersuchungen von Besins im Jahre 2007.

Nach Fadensuspension des Platysmas an der Faszie nach Lorè nach dem Vorschlag von Fogli (Abb. 1a und b) markierte Besins diesen Fixationspunkt mit zwei Clips. Einen Clip in der Faszie von Lorè und den anderen im Platysmamuskel unmittelbar unter dem ersten Clip. Bereits nach sechs Monaten konnte er ein Auseinanderweichen der Clips röntgenologisch nachweisen und dadurch den klinischen Verdacht des erneuten Deszensus des Platysmas nach narbensparenden Facelift-Verfahren bestätigen.

Die Narben und die Fäden vermochten demnach das suspendierte Gewebe nicht zu retinieren.

Wann ist ein narbensparendes und wann ein SMAS-Lift indiziert?

Der ideale Kandidat für ein narbensparendes Facelift ist somit nach eigenen Erfahren ein Patient im Alter zwischen Anfang und Mitte 30 mit minimaler zervikaler Kutislaxität und ohne signifikante Ptosis der zentrofazialen Wangengewebe in Zone 2. Bei diesen Patienten können in der Regel präaurikuläre

Inzisionen bis zum Lobulus, ohne prätricheale und temporale Schnittführung, ausreichen, um dezente Altersveränderungen chirurgisch zu reduzieren.

Bei älteren Patienten mit einem vermehrten zervikofazialen Weichgewebsdeszensus und temporärer Rezession des Haaransatzes sind in der Regel verlängerte Inzisionen mit kurzer retroaurikulärer oder temporärer Schnittführung und großzügigen retroaurikulären und/oder temporalen Dissektionen nach eigenen Erfahrungen unumgänglich, um das redundante Gewebe zu reponieren und um eine sichtbare Verlagerung der temporalen Haarlinien zu vermeiden bei gleichzeitigem maximalen Gewebslift.

Alle anderen Patienten mit ausgeprägter zervikaler und facio-fazialer Gewebsptose sowie prominenten Nasolabialfalten, Wangenfettkörperdeszensus und zervikaler Weichgewebsptose bedürfen in der Regel einer klassischen SMAS-Advancement-Rotations-Lappenplastik, um zufriedenstellende Facelift-Ergebnisse zu erzielen. Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass die SMAS-Dissektion oberhalb des Jochbogens zu erfolgen hat, um den Drehpunkt des SMAS-Advancement-Rotationsflap nach kranial oberhalb der Jochbeinprominenz verlagern zu können, damit die Mittengesichtsregion in Zone 2 und Anteile der proximalen Nasolabialfalte kosmetisch anspruchsvoll reponiert werden können (Abb. 6a und b).

Zwar gibt es bislang keine ideale Facelifttechnik, die allen Patienten gleichermaßen gerecht wird, dennoch bietet die klassische SMAS-Platysmaplastik den unbestrittenen Vorteil der lang anhaltenden Gewebsreponierung und Gewebsretention bei zahlreichen Variationsmöglichkeiten der SMAS-Plastiken gegenüber den Short-Scar-Verfahren. Möglich wird dies deshalb, weil die SMAS-Advancement-Rotationsflap-Techniken eine Vielzahl von Weichgewebsrepositionen in unterschiedliche Vektorrichtungen ermöglichen, wie zum Beispiel die Trifurkation des reponierten SMAS-Gewebes, die die Verlagerung des ptotischen zentrofazialen Gewebes in nahezu horizontaler Richtung, das facio-faziale Gewebe in schräg kraniale und das zervikale in schräg horizontale und vertikale Vektorrichtungen und Fixation ermöglichen. Damit lassen sich individuell gezielt die „Problemzonen“ liften.

Nur so wird es möglich, die altersbedingte Gewebsptose, im Besonderen im oberen Zweidrittel der Nasolabialfalte und auch der der suborbitalen Region, nämlich im Bereich des orbito-malaren Sulkus, adäquat, natürlich und kosmetisch anspruchsvoll dreidimensional in unterschiedlich beanspruchte Vektorrichtungen zu reponieren. Unnatürliche infra- und retroaurikuläre sowie orbito-temporale Gewebsstauungen werden dadurch vermieden, die aber bei den narbensparenden Verfahren unmittelbar postoperativ häufig beobachtet werden.

Tabelle 1 – Narbensparende Verfahren (Short-Scar-Technik)

| Vorteil | Nachteil |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> – Geringere Dissektion – Weniger invasiv – Weniger Narben – Vermeidet postaurikuläre Haarliniendistorsion – Hämatomausräumung erleichtert | <ul style="list-style-type: none"> – Vermehrte vertikale Hautreponierung – Dog-ears lassen sich nur schwer im temporalen und aurikulären Bereich ästhetisch anspruchsvoll korrigieren und bedürfen in der Regel einer Zweitoperation – Lange Rekonvaleszenzzeit, bis die temporalen Narben, wenn überhaupt, kosmetisch unauffälliger werden – Erfordert längere Zeit, bis die retroaurikuläre und lobuläre Gewebsstauchung durch Narbenumbildung nivelliert – Nicht indiziert bei zervikaler Gewebsptose mit im Halsbereich Kutislaxität – Intralobuläre Gewebsstauchung – Nur äußerst limitierte laterale zervikale Plastik möglich |

Tabelle 2

| Wirkung | High-SMAS-Lift | Short-Scar-Lifts |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Narbensparend | --- | +++ |
| Reposition Zone 1 und 2 | +++ | -- |
| Lang anhaltende Resultate | +++ | ++ |
| Kosmetisch unauffällige Narben | ++ | ++ |
| Verlagerung des Haaransatzes | -- | ++ |
| Multivektorielle Reposition | ++ | -- |
| Zervikale Gewebsreposition | ++ | -- |
| Gewebsstauchung | --- | +++ |
| Hohe Rezidivrate | --- | ++ |

_Gewebsreposition und Fixation

Durch die traditionellen SMAS-Platysmaplastiken wird die Hauptspannung und damit Verankerung auf das spannungsresistente SMAS-Platysmagewebe verlagert, sodass die Haut und damit die Wundrandadaptation spannungsfrei und natürlich ermöglicht wird.

Anhand dieser Synopsis der narbensparenden Facelift-Verfahren gegenüber der traditionellen SMAS-Plastiken ist klar festzustellen, dass die traditionelle SMAS-Platysmaplastiken, im Besonderen die High-SMAS-Technik, deutliche Vorteile gegenüber den narbensparenden Methoden besitzt, weil sie alle Zonen des Gesichtes und zwar auch die submalaren Strukturen mit in das chirurgische Konzept einbezieht und somit unterschiedlich, individuell angepasste Gewebsrepositionen und Fixationen ermöglicht (Abb. 7). Dabei wird die Verankerung auf

das spannungsresistente SMAS-Gewebe und nicht auf die wenig Spannung tolerierende Haut verlagert.

SMAS-Plastiken ermöglichen darüber hinaus eine natürlich aussehende Verlagerung des kutanen Gewebes mit spannungsfreiem Wundverschluss bei lang anhaltenden und zufriedenstellenden Ergebnissen (Tabelle 1 und 2).

| _Kontakt | face |
|---|-------------|
| <p>Prof. Dr. Dr. med. Johannes Franz Hönig</p> <p>Ltd. Arzt der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie Paracelsus-Klinik am Silbersee Langenhagen Oertzeweg 24 30851 Hannover/Langenhagen www.professor-hoenig.de</p> | |