

ophtha

■ Schweizerische Fachzeitschrift
für augenärztliche Medizin
und Technologie
mit Mitteilungen S06

■ Revue Suisse spécialisée
pour la médecine et la
technique ophtalmologique
avec les informations SSO



05/2006



■ Prinzipien der Oberlid-
Blepharoplastik

■ Programme de simulation
PeriSim 2000

■ Der Glaucoma Probability Score:
Fortschritt in der apparativen
Papillendiagnostik?

■ Kongressbericht der AAO, Düsseldorf

Prinzipien der Oberlid-Blepharoplastik

Farhad Hafezi, Zürich

Die Oberlid-Blepharoplastik stellt ein chirurgisches Mittel dar, um einen Haut-Muskel-Fett-Überschuss im Bereich der Oberlider zu korrigieren. Der Eingriff kann bei einer Dermatochalasis im Erwachsenenalter sowohl bei medizinischer wie auch bei kosmetischer Indikation erfolgen. Beim Blepharochalasis-Syndrom, welches bereits im Kindesalter auftritt, handelt es sich immer um eine medizinische Indikation (Abb. 1).

Die Oberlid-Blepharoplastik ist ein operativer Eingriff mit einfachem Zugang, was häufig zu der (irrigen) Annahme verleitet, es handle sich um eine simple Entfernung von überschüssigem Gewebe. Dies ist aus einer Reihe von Gründen nicht der Fall, denn wie bei den meisten Operationen handelt es sich auch hier um einen Eingriff, der Erfahrung voraussetzt.¹⁻³ Neben medizinischen Komplikationen können postoperativ auch subtilere Folgen auf den Operateur zukommen: bei der Oberlid-Blepharoplastik handelt es sich zusätzlich um einen Eingriff in das Selbstbild des Patienten. Unabhängig davon, ob die Operation aus medizinischen oder kosmetischen Gründen erfolgt, ist der Patient ständig mit den sichtbaren Folgen des Eingriffes konfrontiert. Seitenasymmetrien von mehr als 1 mm werden in der Regel auch vom Laien erkannt.

Abbildung 2 gibt einen Überblick über grundlegende Prinzipien der Oberlid-Blepharoplastik, welche beachtet werden müssen, um einen erfolgreichen Eingriff zu gewährleisten.

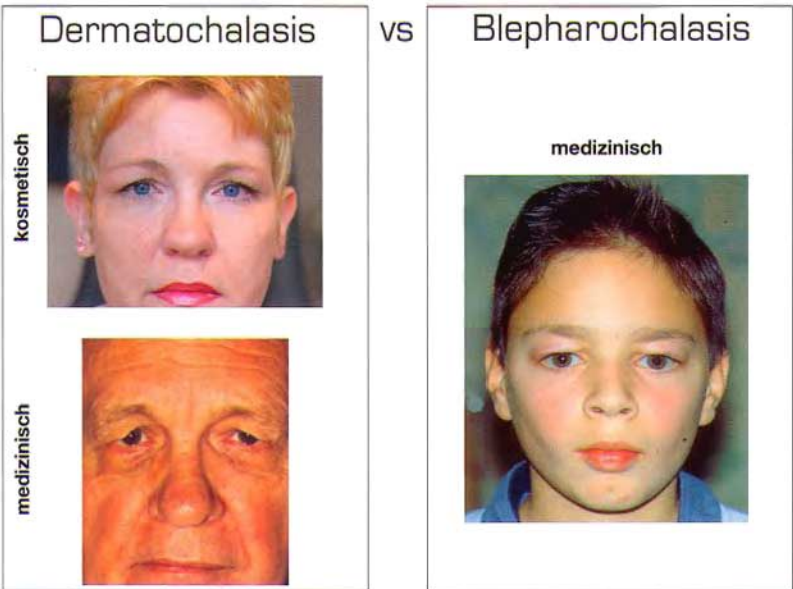


Abb. 1 Kosmetische und medizinische Indikationen der Oberlid-Blepharoplastik.

Präoperativ	Operativ
✓ Respektiere geschlechtsspezifische Unterschiede ✓ Selbstbild: Vergleich mit alten Portraitaufnahmen ✓ Schätze die Erwartungshaltung ein ✓ Schliesse das trockene Auge aus ✓ Beachte die Anatomie: Levatorfunktion, Brauenptosis ✓ Beachte Antikoagulantieninnahme	✓ Markiere sorgfältig. Beachte die natürlichen Hautspannungslinien: «versteckte Narben» ✓ Haut-Muskel-Exzision: exzidiere nie maximal, beachte das Selbstbild und Geschlecht des Patienten ✓ Haut-Muskel-Flap: Orbikularisstreifen belassen ✓ Kauterisiere sorgfältig kleinere Gefässe, ohne zu übertreiben (Narbenbildung) ✓ Eröffne das Septum orbitale nur, falls zwingend notwendig: «liposculpture»

Abb. 2 Präoperative und operative Prinzipien der Oberlid-Blepharoplastik.

■ Präoperative Gesichtspunkte

Geschlechtsspezifische Unterschiede der Oberlidkonfiguration

Die Konfiguration des kaukasischen Oberlides zeigt erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Abbildung 3 zeigt das Oberlid einer 30-jährigen Frau sowie eines 30-jährigen Mannes.

Das wichtigste Merkmal des kaukasischen Oberlides ist in beiden Fällen die Lidfurche, welche durch die gleichmässige Einstrahlung der Fasern der Levatoraponeurose in den Tarsus gebildet wird.

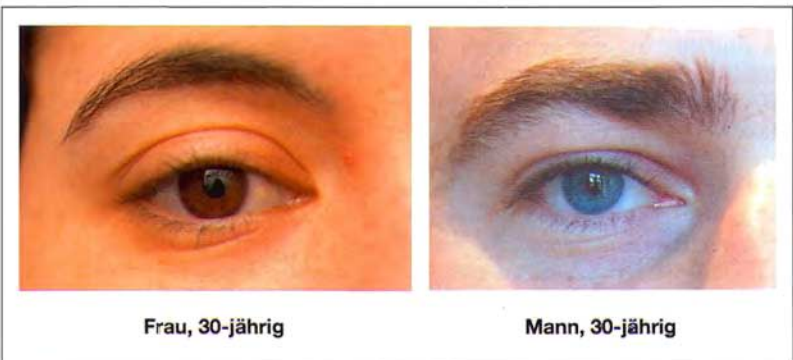


Abb. 3 Geschlechtsspezifische Unterschiede der Oberlidkonfiguration.



Abb. 4 Die Wichtigkeit des Selbstbildes. a) 52-jähriger Mann, präoperative Aufnahme. b) Derselbe Patient im Alter von 18 Jahren.

Sie liegt bei der kaukasischen Frau in der Regel in einer Höhe von 8-10 mm über der Oberlidkante. Beim Mann hingegen ist die Lidfurche mit 6-8 mm deutlich tiefer angesetzt.

Ein weiteres wichtiges Merkmal ist das Ausmass des Hautüberschusses. Abbildung 3 zeigt, dass beim Mann bereits in jungen Jahren ein deutlicher Hautüberschuss besteht. Hierbei handelt es sich *nicht* um eine Dermatochalasis. Vielmehr gehört ein gewisser Hautüberschuss beim kaukasischen männlichen Oberlid zur natürlichen Konfiguration und darf daher keinesfalls vollständig reseziert werden, denn eine Effeminierung des männlichen Gesichtsausdruckes wäre die Folge.

Erhalten des Selbstbildes

Die Oberlidkonfiguration zeigt eine grosse Vielfalt von Variationen, welche berücksichtigt werden sollten, um postoperativ nicht nur ein medizinisch befriedigendes, sondern auch vom Patienten akzeptiertes Ergebnis zu erhalten. Hierzu gehört die Wiederherstellung des Selbstbildes, welches bei den meisten Menschen im frühen Erwachsenenalter festgelegt wird.

Abbildung 4 zeigt einen Patienten im Alter von 52 Jahren (a) und 18 Jahren (b). Auffällig ist, dass bereits im Teenageralter ein deutlicher Hautüberschuss bestand, welcher jedoch kein Blepharochalasis-Syndrom darstellt (keine familiäre Häufung, Fehlen von fibrosierter Haut). In diesem Fall sollte nur so wenig Haut-, Muskel- und Fettüberschuss entfernt werden wie notwendig ist, um das Selbstbild wiederherzustellen und die Gesichtsfeldeinschränkung aufzuheben. Fazit ist: was für einen Patienten eine «normale» Exzision darstellt, kann für einen anderen Patienten bereits zu viel

sein. Daher sollten Patient(inn)en zur ersten Konsultation ältere Portraitaufnahmen mitbringen.

Die Erwartungshaltung

Die Erwartungshaltung der Patienten ist ein wesentlicher Faktor, welcher bei jeder Oberlid-Blepharoplastik beachtet werden sollte. Die Annahme, dass ein(e) Patient(in) bei medizinischer Indikation eine geringere Erwartungshaltung aufweist, ist in der Regel irrig, und im Gegensatz zu intraokularen Eingriffen ist der (die) Patient(in) mit dem sichtbaren Resultat der Operation tagtäglich konfrontiert.

Umso wichtiger ist es, dass der Operateur beim Aufklärungsgespräch erkennt, ob die Erwartungshaltung realistisch ist. Im Zweifelsfall sollte der Operateur sich frei fühlen können, eine Operation abzulehnen und auf Berufskolleg(inn)en zu verweisen.

Auch wenn die Einschätzung der Erwartungshaltung ein individuelles Vorgehen erfordert, gibt es Richtlinien, welche aus Erfahrungswerten erarbeitet wurden: «SIMON» und «SYLVIA».

«SIMON» steht für Single, Immature, Male, Overly expecting und Narcistic und stellt die wichtigsten Merkmale von Patienten mit einer unrealistischen Erwartungshaltung dar. Im Gegensatz hierzu steht «SYLVIA»: Secure, Young, Listening, Verbal, Intelligent, Attractive.



Abb. 5 Falsche Indikationsstellung. a und b) Patientin nach Oberlid-Blepharoplastik, präoperativ unerkannte aponeurogene Ptosis. c und d) Patientin mit Brauenptosis.

Das trockene Auge

Auch bei sachgemäss durchgeführter Oberlid-Blepharoplastik zeigt sich in den ersten Wochen nach der Operation ein gestörter Tränenfilm, welcher zu einer verkürzten Tränenfilmaufreisszeit (BUT) und einer verminderten Produktion der wässrigen Phase (Schirmertest I) führt.⁴ Zudem besteht in den ersten postoperativen Tagen wegen der Nachwirkung der Lokalanästhesie und der gestrafften Haut im Schlaf eine leichte Lidschlussinsuffizienz. Patienten, welche präoperativ eine ausgeprägte Keratokonjunktivitis sicca aufweisen, sollten darauf hingewiesen werden, dass sie in den ersten postoperativen Wochen vermehrt Tränenersatzmittel applizieren müssen. Ein schweres trockenes Auge stellt eine relative Kontraindikation zur Operation dar.

Levatorfunktion und Brauenptosis

Die Funktion des Levatormuskels sollte vor jeder Oberlid-Blepharoplastik geprüft werden. Abbildung 5a und b zeigt eine Patientin nach alleiniger Oberlid-Blepharoplastik, bei welcher präoperativ eine aponeurogene Ptosis unerkannt blieb. Methode der Wahl wäre hier eine «open sky»-Levator-Reinsertion gewesen.

Eine Brauenptosis wiederum kann eine erhebliche Dermatochalasis vortäuschen. Würde die Patientin aus Abbildung 5c

und d einer Oberlid-Blepharoplastik unterzogen werden, so wäre das Resultat ein unnatürlicher Brauen-Oberlidkanten-Abstand und ein kosmetisch höchst unbefriedigendes Resultat. Methode der Wahl ist hier die (direkte oder indirekte) Brauensuspension.

Antikoagulanzen-Einnahme

Eine gefürchtete Komplikation der Oberlid-Blepharoplastik ist die retrobulbäre Blutung, welche bis zur Erblindung führen kann.

Antikoagulanzen (Marcoumar®) sollten präoperativ abgesetzt und der Quick-Wert auf über 50% angehoben werden (INR entsprechend). Gegebenenfalls sollte der Hausarzt eine low dose-Heparinisierung durchführen. Thrombozytenaggregationshemmer sollten 12 Tage vor der Operation abgesetzt werden. Auch wenn die Halbwertszeit von Thrombozyten nur 5–7 Tage beträgt und viele Hausärzte einem längeren Absetzen ablehnend gegenüberstehen, zeigt die Erfahrung, dass dieser Zeitraum bei den (häufig polymorbiden) Patienten ungenügend ist. Abbildung 6a und b zeigt einen Zustand nach notfallmässiger Dekompression einer retrobulbären Blutung, welche Stunden nach einer Oberlid-Blepharoplastik auftrat. Die Patientin hatte den Thrombozytenaggregationshemmer eigenmächtig erst 4 Tage vor der Operation sistiert.

wie wir ihn aus dem US-amerikanischen Fernsehen kennen.

Haut-Muskel-Resektion, Fettresektion

Auch hier gilt es, das Selbstbild zu wahren. Ein feiner Streifen des M. orbicularis sollte zu beiden Seiten der Exzisionsstelle belassen werden, um eine Depression im Narbenbereich zu verhindern. Allfällig prominentes Fett kann entweder mit

Hilfe einer «liposculpture» durch das intakte Septum oder unter Eröffnung des Septum orbitale entfernt werden (Abb. 7b). Allerdings sollte nicht zu viel Fett reseziert werden, da der «volle» Aspekt eines Oberlides ein Merkmal des jungen Oberlides ist und gewahrt werden sollte. Blutende Gefässe sollten sorgfältig kauterisiert werden (Abb. 7c). Intraoperativ zeigen sie unter dem Einfluss des Adre-



Abb. 6 Komplikationen der Oberlid-Blepharoplastik. a und b) Retrobulbäre Blutung links in der ersten postoperativen Nacht. Notfallmässige Dekompression und Sekundärversorgung. Bild 6 Tage nach der initialen Operation. c und d) Lidschlussinsuffizienz bei übermässiger Exzision, zu hoher Exzision und unregelmässigem Exzisionsverlauf. e und f) Lidschlussinsuffizienz bei zu tiefer Exzision.

Operative Gesichtspunkte

Die Markierung

Die Markierung des zu entfernenden Überschusses (Abb. 7a) sollte unter Beachtung folgender Gesichtspunkte durchgeführt werden:

- Respektieren der natürlichen Hautspannungslinien («versteckte» Narben)
- Einbezug des Selbstbildes und des Geschlechts des(der) Patienten(in).

Die Exzision sollte (ausser bei jungen Frauen) nie maximal und unter Beachtung des Patientengeschlechts durchgeführt werden. Viele plastische Chirurgen und auch einige Ophthalmochirurgen setzen die untere Markierungslinie nicht auf der natürlichen und geschlechtsspezifischen Höhe an, sondern bei 12 oder sogar 14 mm. Hierdurch wird zwar das Risiko einer Lidschlussinsuffizienz nahezu vollständig aufgehoben, dies jedoch auf Kosten der natürlichen Kosmesis und eines unnatürlichen Oberlidaspektes,



Abb. 7 Stadien der Oberlid-Blepharoplastik. a) Markieren des zu entfernenden Überschusses. b) «liposculpture». c) sorgfältiges Kauterisieren blutender Gefässe. d) Aspekt am Ende der Operation.



Abb. 8 Resultate des Autors bei kosmetischer und medizinischer Indikation. Präoperative Aufnahmen und Aufnahmen 3 Monate nach der Operation.

nalins, das dem Lokalanästhetikum beigemischt ist, nur eine geringe Blutungstendenz. Werden sie allerdings nicht genügend kauterisiert, dann verstärkt sich die Blutung, wenn die Adrenalinwirkung nachlässt. Auf der anderen Seite führt übermässiges Kauterisieren zu Fibrosierung und Narbenbildung, welche das Resultat (Abb. 7d) kompromittieren können.

Komplikationen der Oberlid-Blepharoplastik

Medizinische Komplikationen

Eine unsachgemässe Oberlid-Blepharoplastik kann zu einer Vielzahl von Komplikationen führen. Die augenscheinlich-

ste ist die Lidschlussinsuffizienz, welche einerseits bei supramaximaler Exzision (Abb. 6c und d), andererseits aber auch bei vom Ausmass regelrechter, jedoch zu tief angesetzter Exzision (Abb. 6e und f) auftreten kann.

Eine orbitale Blutung kann im Extremfall zur Erblindung führen. Eine rasche Intervention mit Evakuierung und Dekompression in den ersten postoperativen Stunden kann zu einer vollständigen Restitution des Visus führen. Wird dieser Zeitpunkt jedoch nicht wahrgenommen, so droht die permanente Erblindung durch Verschluss der A. centralis retinae oder eine ischämische Optikusneuropathie, was knapp 80 Fälle in der Literatur belegen.⁵⁻⁹

Weitere Komplikationen umfassen eine intraoperative Kompromittierung des Levatormuskels¹⁰ sowie okuläre Motilitätsstörungen.^{11,12}

Nicht-medizinische Komplikationen: Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit hängt nicht unmittelbar vom medizinischen Gelingen der Oberlid-Blepharoplastik ab, sondern wird von etlichen Faktoren beeinflusst, unter denen die Erwartungshaltung sowie die Projektion geheimer Wünsche und Sehnsüchte wichtige Elemente sind. Viele Patienten erhoffen sich von der Oberlid-Blepharoplastik weitaus mehr, als auf den ersten Blick offensichtlich ist. Der erfahrene Operateur sollte diese Gesichtspunkte erkennen und Patienten im Aufklärungsgespräch behutsam damit konfrontieren.

Das beste Mittel zur Vermeidung einer geringen Patientenzufriedenheit sind das präoperative Gespräch und, in manchen Fällen, das Ablehnen der Operation bei unrealistischer Erwartungshaltung.

Fazit

Zusammengefasst ist die Oberlid-Blepharoplastik eine Operation, welche eine grosse Patientenzufriedenheit bewirken kann (Abb. 8). Jedoch befindet sie sich von Patientenseite aus häufig im Span-

nungsfeld einer grossen Erwartungshaltung. Die Erfahrung des Operateurs trägt wesentlich zum Gelingen der Operation bei. Auch wenn die Formulierung des zu erwartenden Resultates (Wiederherstellung der natürlichen Kosmesis, Aufhebung der Gesichtsfeldeinschränkung) standardisiert werden kann, so verlangt die Oberlid-Blepharoplastik zum Erreichen dieses Ziels ein individualisiertes Vorgehen.

Referenzen

- 1 Bosniak S. Reconstructive upper lid blepharoplasty. *Ophthalmol Clin North Am* 2005; 18(2):279-289, vi
- 2 Gentile RD. Upper lid blepharoplasty. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2005; 13(4):511-524
- 3 Purewal BK, Bosniak S. Theories of upper eyelid blepharoplasty. *Ophthalmol Clin North Am* 2005; 18(2):271-278, vi
- 4 Graham WP, 3rd, Messner KH, Miller SH. Keratoconjunctivitis sicca symptoms appearing after blepharoplasty. The «dry eye» syndrome. *Plast Reconstr Surg* 1976; 57(1):57-61
- 5 Callahan MA. Prevention of blindness after blepharoplasty. *Ophthalmology* 1983; 90(9):1047-1051
- 6 DeMere M, Wood T, Austin W. Eye complications with blepharoplasty or other eyelid surgery. A national survey. *Plast Reconstr Surg* 1974; 53(6):634-637
- 7 Kelly PW, May DR. Central retinal artery occlusion following cosmetic blepharoplasty. *Br J Ophthalmol* 1980; 64(12):918-922
- 8 Morax S. [Complications of blepharoplasty]. *J Fr Ophthalmol* 2004; 27(6 Pt 1):658-674
- 9 Putterman AM. Temporary blindness after cosmetic blepharoplasty. *Am J Ophthalmol* 1975; 80(6):1081-1083
- 10 Baylis HI, Sutcliffe T, Fett DR. Levator injury during blepharoplasty. *Arch Ophthalmol* 1984; 102(4):570-571
- 11 Harley RD, Nelson LB, Flanagan JC, Calhoun JH. Ocular motility disturbances following cosmetic blepharoplasty. *Arch Ophthalmol* 1986; 104(4):542-544
- 12 Hayworth RS, Lisman RD, Muchnick RS, Smith B. Diplopia following blepharoplasty. *Ann Ophthalmol* 1984; 16(5):448-451

Korrespondenz:

Priv. Doz. Dr. med. Farhad Hafezi
IROC, Institut für Refraktive und
Ophthalmo-Chirurgie
Stockerstrasse 37
8002 Zürich
Tel. 043 488 38 00
farhad.hafezi@iroc.ch