

Liftingprocedures in de cosmetische aangezichts chirurgie

Een prominent kenmerk van veroudering in het gezicht is het hangen van huid en subcutane weefsels. Om dit te verminderen en zo een jeugdiger uiterlijk te creëren bestaan verschillende lifting-technieken. In het voorhoofd en wenkbrauwgebied worden de transblepharoplastische, de directe, de temporale, de coronale en de endoscopische voorhoofdslift onderscheiden. Voor het mid-dengezicht staat de facelift bekend als effectieve techniek voor behandeling van verouderingskenmerken. Van oudsher worden de eenlagige, tweelagige en 'deep plane' facelift onderscheiden. Tegenwoordig is de 'minimal access cranial suspension lift' populair. Het liftend vermogen hiervan is minder, maar de kans op complicaties is beperkt en het resultaat is veelal natuurlijker. Een halslift verbetert de kin-halshoek en een submentale liposuctie/lipectomie kan hieraan bijdragen. Complicaties van liftingprocedures zijn zeldzaam. Hematoomvorming is de meest voorkomende complicatie. Ook kunnen wondrandnecrose en beschadiging van kleine takjes van de nervus facialis optreden. De tendens is tegenwoordig gericht op minimaal invasieve procedures met minder risico's op complicaties en een kortere hersteltijd.

Jansma J, Schepers RH, Vissink A. Liftingprocedures in de cosmetische aangezichts chirurgie

Ned Tijdschr Tandheelkd 2014; 121: 507-515

doi: 10.5177/ntvt.2014.10.14147

Inleiding

Veroudering van het aangezicht wordt gekenmerkt door afname en herverdeling van het vetvolume, afname van het botvolume en huidveranderingen. Door verlies van collageen en elastine wordt de huid slapper en ontstaan lokale huidoverschotten. Ook gaan de huid en de onderhuidse weefsels steeds meer hangen (Jansma et al, 2013; Jansma et al, 2014a). Binnen de cosmetische aangezichts chirurgie bestaan diverse liftingprocedures die erop zijn gericht onderhuidse weefsels te repositioneren en overtollige huid te verwijderen. In dit artikel worden de meest gebruikte liftingprocedures beschreven, namelijk de voorhoofdslift, de wenkbrauwlift, de facelift en de halslift. Facelifts kunnen goed worden gecombineerd met vettransplantatie (Jansma et al, 2014b).

Voorhoofd- en wenkbrauwlift

De belangrijkste indicaties voor cosmetische aangezichts chirurgie van het bovengezicht zijn het zakken van de huid en de onderhuidse weefsels in de slaap-, wenkbrauw- en voorhoofdregio en de aanwezigheid van statische frons- en voorhoofdslijnen (Jansma et al, 2014a). Voor correctie hiervan wordt gebruikgemaakt van verschillende typen wenkbrauw- en voorhoofdsliften (Vuyk en Lohuis, 2006).

De keuze tussen de chirurgische techniek voor het

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- weet u waarom en hoe het aangezicht veroudert;
- heeft u kennis genomen van de verschillende technieken en procedures van de voorhoofdslift, de wenkbrauwlift, de facelift en de halslift;
- kent u de voordelen van de MACS-lifttechniek;
- kent u de belangrijkste complicaties van lifttechnieken.

bovengezicht hangt af van de mate en ernst van ptosis van de wenkbrauw, de diepte van rimpels in de glabella en de frontale regio en de kwaliteit en hoogte van de haarlijn. Wanneer bij een klassieke temporale wenkbrauwlift de incisie enkele centimeters boven de haarlijn is gelegen, zal de haarlijn licht worden verhoogd. Bij een pretrageale incisie (net voor de haarlijn) verandert de hoogte van de haarlijn niet (afb. 1a). Bij een endoscopische wenkbrauwlift kan ook, afhankelijk van het effect op de haarlijn, worden gekozen voor incisies in de behaarde hoofdhaar of voor de tragus (afb. 1b).

Verjonging door het liften van het voorhoofd en de wenkbrauwen valt terug te brengen tot 2 basisprincipes, namelijk het losmaken en omhoog brengen van de huid met of

Wat weten we?

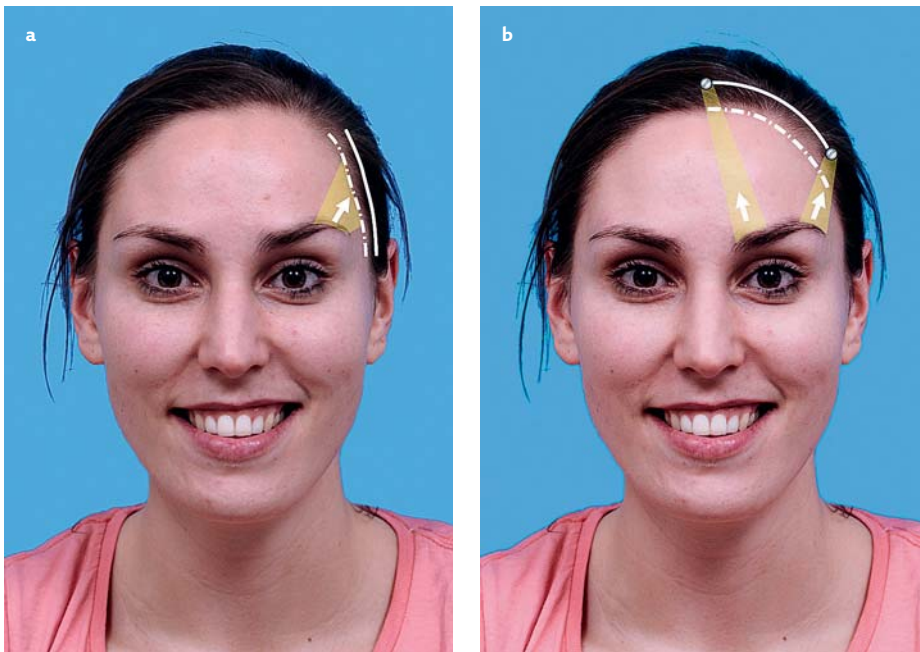
Een prominent kenmerk van veroudering in het gezicht is het hangen van huid en subcutane weefsels. Er bestaan tal van liftingprocedures om dit te helpen verminderen.

Wat is nieuw?

Er bestaat een duidelijke tendens bij correctie/verjonging van het aangezicht en de hals van uitgebreide naar minder uitgebreide liftingprocedures, in het bijzonder naar procedures met een kortere hersteltijd en minder risico's. Deze minder invasieve procedures geven weliswaar een minder liftend effect, maar kunnen vaak onder lokale anesthesie worden uitgevoerd en leiden veelal tot een natuurlijker resultaat. Dergelijke cosmetische behandelingen vormen ook steeds vaker onderdeel van de mondziekten, kaak- en aangezichts chirurgie.

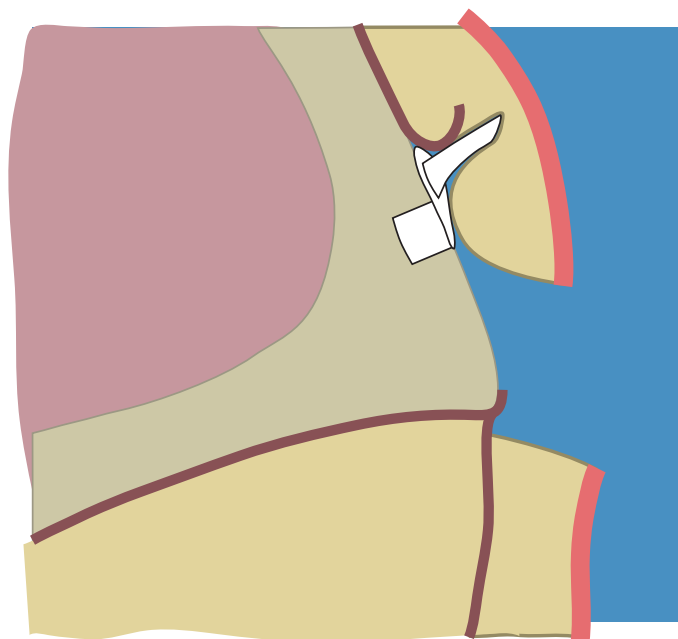
Praktijktoepassing

Tandartsen-algemeen practici hebben doorgaans een langdurige behandelrelatie met hun patiënten en zijn daarom ook een ideale gesprekspartner met betrekking tot cosmetische vraagstukken. Tandartsen kunnen behulpzaam zijn bij gericht adviseren en verwijzen.



Afb. 1. Schematische weergave van een klassieke temporale wenkbrauwlift (a) en een endoscopische wenkbrauwlift (b). Incisie in de behaarde hoofdhuid (—) en incisie voor de tragus (• - • -).

zonder de onderhuidse lagen en het klieven van de spieren die de wenkbrauwen en het voorhoofd naar beneden trekken (de zogenoemde depressoren). De mobiliteit om weefsels in deze regio te liften wordt verkregen door het klieven van de ware ligamenten in de periorbitale regio en het losmaken van het botvlies van de oogkasrand. De ware ligamenten bevinden zich op een aantal strategische plaatsen in het aangezicht en vormen een verbinding van de huid met het onderliggende bot. Het is niet van belang of resorbereerbare of niet-resorbereerbare hechtingen worden gebruikt om de weefsels die gelift zijn te fixeren, omdat het langetermijn-



Afb. 2. Schematische weergave in zij aanzicht van een bioresorberebaar haakje dat via de benaderingsweg van de bovenooglidcorrectie, na incideren en afschuiven van het periost in het os frontale is aangebracht. De subcutane weefsels van de wenkbrauw zijn er vervolgens overheen gehangen, waardoor een beperkte wenkbrauwlift optreedt.

resultaat ontstaat door verlittekening in de diepere lagen.

Transblepharoplastiek wenkbrauwlift

Wanneer de wenkbrauw slechts in lichte mate aan het laterale uiteinde hoeft te worden gelift, kan worden overwogen om de wenkbrauw te liften via een incisie die ook wordt gebruikt voor een bovenooglidcorrectie. De wenkbrauw wordt dan met een hechting gefixeerd aan het botvlies of aan een bioresorberebaar haakje dat in het bot van de schedel wordt aangebracht (Burroughs et al, 2006). Bij een bioresorberebaar haakje worden zowel het botvlies als de subcutane weefsels van de wenkbrauw over het haakje gehangen (afb. 2).

Op deze wijze ontstaat een liftend

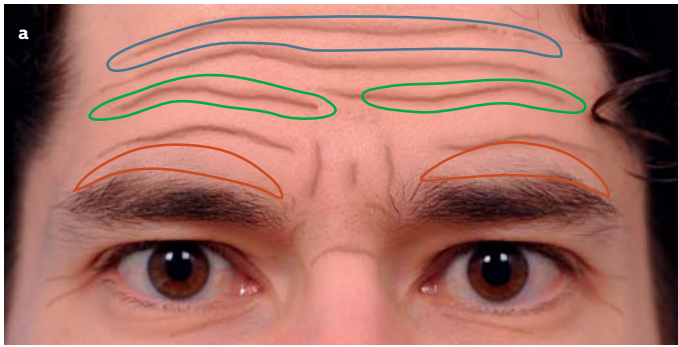
effect op de wenkbrauw, vooral temporaal. Het haakje verdwijnt na ongeveer 9 maanden. Na deze periode is voldoende littekenweefsel gevormd om de lift permanent te laten zijn.

Directe wenkbrauwlift

De directe wenkbrauwlift is de meest effectieve, oudste en eenvoudigste techniek voor het liften van de wenkbrauw. Hierbij wordt een strookje huid direct boven de wenkbrauw verwijderd. Het sluiten van de wond geeft het liftende effect. Een belangrijk nadeel van deze techniek is het zichtbare litteken. Het litteken kan worden gecamoufleerd door de incisie aan te brengen in, indien aanwezig, een boven de wenkbrauw aanwezige horizontale rimpel of anders op de overgang van wenkbrauw naar voorhoofd. Bij de wenkbrauwlift midden op het voorhoofd wordt huid rondom een duidelijke rimpel geëxcideerd zodat het litteken zoveel mogelijk in die rimpel komt te liggen. Vooral bij oudere (kale) mannen kan de techniek van de directe wenkbrauwlift worden toegepast (afb. 3).

Temporale wenkbrauwlift

De temporale wenkbrauwlift (vanuit de slaapregio) is ideaal voor patiënten met een laag hangend lateraal deel van de wenkbrauw. Bij de techniek wordt correctie van het bovenooglid vaak gecombineerd met een temporale wenkbrauwlift. Er bestaan verschillende varianten van deze techniek die onder lokale anesthesie uitvoerbaar zijn. De start van de lift verloopt via een incisie in of achter de temporale haarlijn. Er wordt eerst onder de temporopariëtale fascie (het oppervlakkige peesblad over de musculus temporalis) geprepareerd richting de wenkbrauw. Halverwege wordt het vlak van preparatie dieper (onder het botvlies) of oppervlakkiger (onderhuids) voortgezet, om beschadiging van de frontale tak van de nervus facialis te vermijden. De



Afb. 3. a. Diverse incisie mogelijkheden voor directe (rood) en mid-voorhoofd (groen en blauw) wenkbrauwliften.

b. Een 58-jarige patiënt die zich zowel in esthetische als functionele zin stoorde aan de positie van zijn bovenoogleden. De ogen zijn diep gelegen door in het bijzonder de prominente supraorbitale rand.

c. Situatie 6 maanden na bovenooglidcorrectie in combinatie met een directe wenkbrauwlift met excisie van huid direct boven de wenkbrauw.

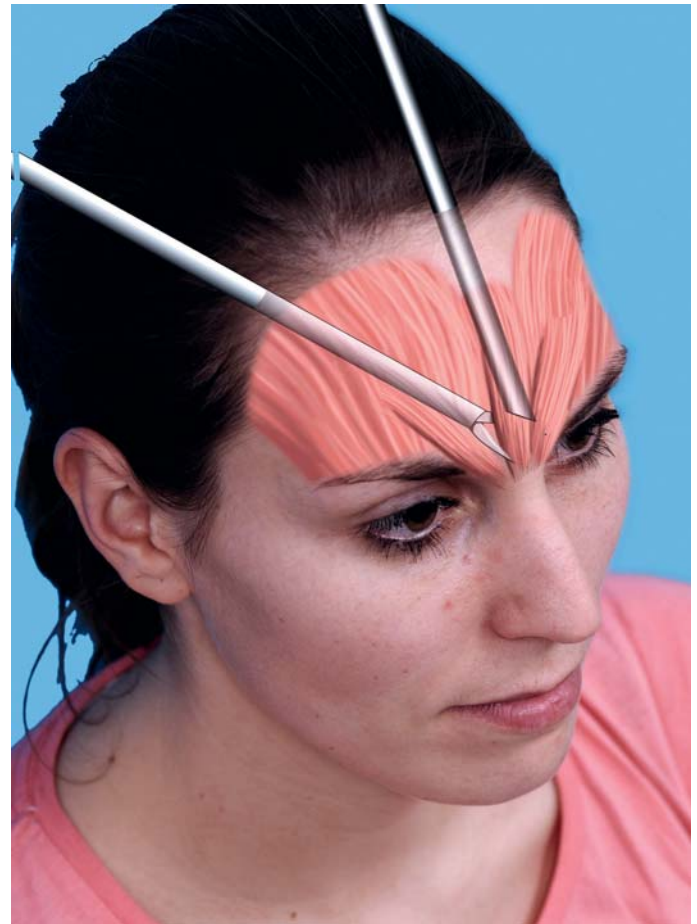


Afb. 4. Behandeling met een temporale wenkbauwlift bij een 40-jarige vrouw die zich stoorde aan de lateraal afhangende bovenoogleden (a). Belangrijkste oorzaak is in dit geval de ptosis van het laterale deel van de wenkbrauw. Situatie 3 maanden na temporale wenkbrauwlift zonder ooglidcorrectie (b).

lifting vindt plaats door de temporopariëtale fascie met hechtdraden naar boven vast te hechten (afb. 1a en 4). De temporale lift kan uiteraard ook zonder ooglidcorrectie worden uitgevoerd.

Endoscopische voorhoofdslift

Bij de endoscopische voorhoofdslift, die onder algehele anesthesie wordt uitgevoerd, worden enkele centimeters

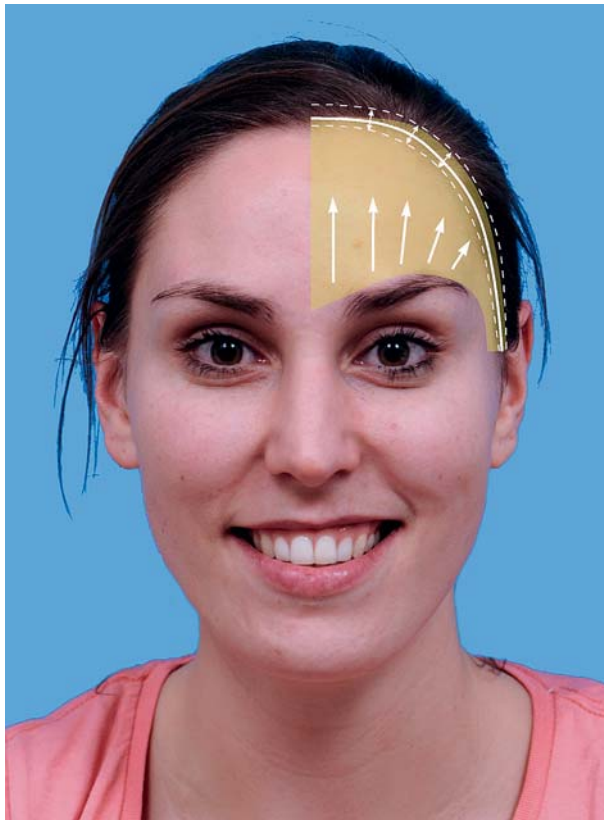


Afb. 5. Bij de endoscopische voorhoofdslift worden de musculus procerus en corrugator doorgesneden. De sensibele zenuwen in dit gebied worden dan gespaard.

boven de haarlijn ten minste 3 verticale incisies aangebracht voor introductie van de endoscoop en het instrumentarium. De incisies worden tot op het schedelbot gemaakt waarna onder het botvlies over het voorhoofd wordt geprepareerd richting de fronsregio en de wenkbrauwen. Door gebruik te maken van een endoscoop kunnen de nervus supraorbitalis, de nervus supratrochlearis en de bloedvaatjes ter hoogte van de bovenoogkasrand worden gevisualiseerd en worden deze structuren gespaard bij het klieven van de musculus corrugator en de musculus procerus. Deze 2 mimische spiertjes, die het mediale deel van de wenkbrauw naar beneden kunnen bewegen, veroorzaken de bekende fronsrimpels. Door beide spiertjes door te snijden ontstaat een liftend effect op het mediale deel van de wenkbrauw. De lift wordt versterkt door het aanleggen van een drukverband of door het omhoog hechten van het botvlies onder de incisies. In plaats van hechten kan voor fixatie van het botvlies ook gebruik worden gemaakt van al dan niet resorbeerbare schroeven (afb. 1b en 5).

Coronale voorhoofdslift

Bij de coronale voorhoofdslift kan een verhoging van het voorhoofd worden verkregen door boven de coronale incisie (boven de haarlijn) huid te verwijderen. Door de incisie te plaatsen net voor de haarlijn (pretrageale benadering) en een strook huid beneden deze incisie te verwijderen



Afb. 6. Schematische weergave van een coronale voorhoofdslift.

wordt de voorhoofdhuid strakker en ontstaat verkleining en versmalling van het voorhoofd. Net als bij de andere technieken voor wenkbrauwliften, worden bij de coronale voorhoofdslift de verbindingen tussen huid en de oogkasrand zorgvuldig losgeprepareerd en de depressoren gekleefd (afb. 6).

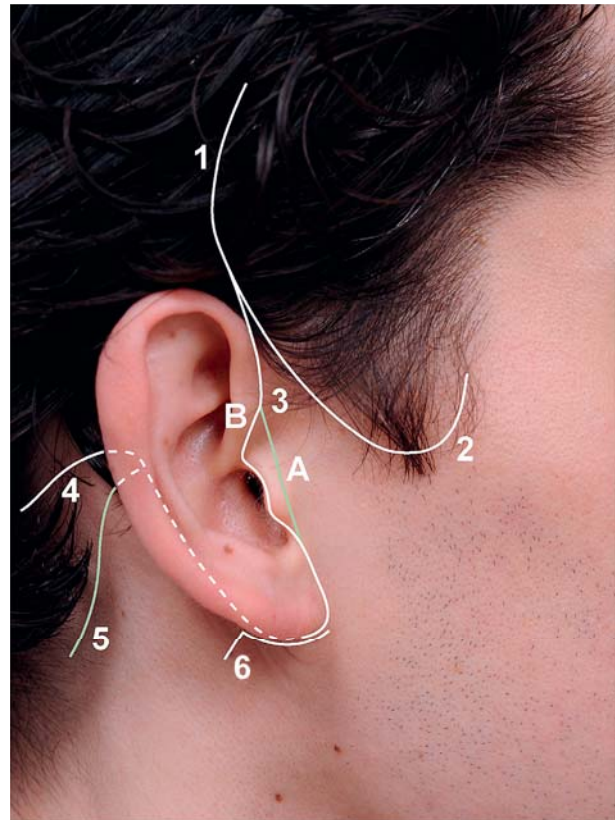
Middengezicht en hals

De belangrijkste indicaties voor chirurgische behandelingen voor verjonging van het middengezicht en de hals zijn het zakken van de weke delen in de jukbeen- en wangregio. Zakken van de weke delen leidt in deze regio's tot hamsterwangen ('jowling') en verdieping van de nasolabiale plooi (La Trenta, 2004; Jansma et al, 2014a). Bij correctie van het middengezicht en de hals wordt vooral gebruikgemaakt van de face- en halslift.

Verjonging wordt vooral verkregen door liften van de huid, het 'superficial musculo aponeurotic system' (SMAS) en de musculus platysma. In het submentale gebied kunnen het huidsurplus en ptosis van de vetophoping worden gecorrigeerd door het aan elkaar hechten van de mediale platysmaranden, die bij mensen boven de 50 jaar de neiging hebben om te wijken (zogenoemde platysmabanden).

Facelift

Oorspronkelijk beperkten facelifts zich tot het onderhuids (subcutaan) prepareren van een huidlap, die volgens een bepaalde vector (richting) strak werd getrokken. Tegenwoordig wordt de huidlap vaak zo geprepareerd dat subcutaan vet aanwezig blijft op de huidlap. Op deze wijze kan een oppervlakkige vetrepositie worden uitgevoerd (een-



Afb. 7. Preauriculaire facelifthinsies:

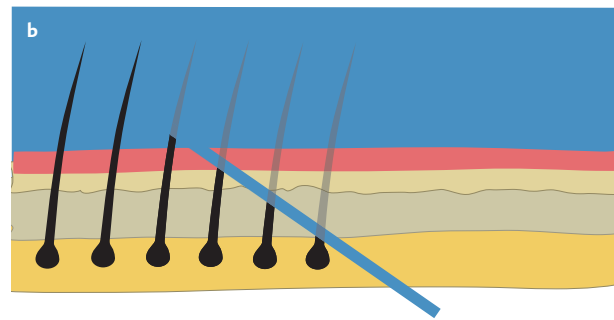
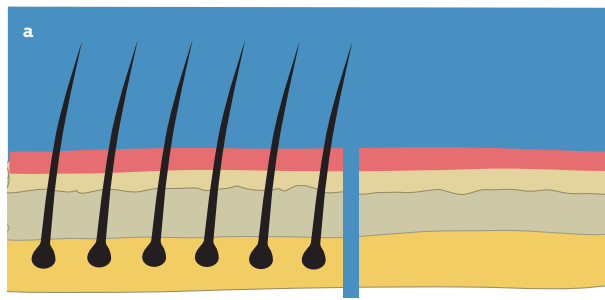
1. Temporale incisie parallel aan de voorste haarlijn en ruim erachter.
2. Transversale bakkebaardincisie, die verlengd kan worden in de voorste haarlijn als een alternatief voor de temporale incisie (bijvoorbeeld bij mannen en bij patiënten bij wie de haarlijn niet mag worden verplaatst ten gevolge van de facelift).
3. Incisie langs de volledige lengte van het oor, voor de tragus (A, mannen) of achter de tragus (B, vrouwen).

Postauriculaire facelifthinsies:

4. Klassieke hoge incisie tegen het oor net boven de sulcus en vervolgens onder een hoek in de achterste haarlijn.
5. Lage gebogen incisie in de sulcus verlopend (bij vasculair gecompromitteerde patiënten).
6. Minimale incisie, die bij jongere patiënten (40 tot 55 jaar) wordt gebruikt.

lagige facelift). De tweelagige facelift wordt verricht als ook de diepere lagen (SMAS en platysma) moeten worden gelift. Wanneer er geen duidelijke verslapping van ligamenten en fascielagen bestaat, kan door een combinatie van een enkellagige facelift en een vettransplantatie een resultaat worden bereikt dat vergelijkbaar is met een tweelagige facelift (Jansma, 2014b). Wanneer er sprake is van ligamenteuze en musculofasciale verslapping, dan is een tweelagige facelift geïndiceerd.

De incisies voor facelifts worden zoveel mogelijk op onzichtbare plaatsen gemaakt en kunnen met elkaar worden gecombineerd. Ze worden onderscheiden in preauriculaire en postauriculaire incisies (afb. 7). In de behaarde hoofdhuid worden de incisies parallel aan de haarfollikels geplaatst om de vorming van kale littekens te voorkomen (afb. 8a). Op plaatsen waar de haarlijn niet moet worden veranderd, wordt een incisie voor de tragus gemaakt. Het litteken is dan direct naast de haarlijn gelegen. Door middel van een gebevelde incisie in de haarlijn, die min of meer loodrecht ten opzichte van de haarschachten wordt



Afb. 8. a. Een incisie parallel aan de haarfollikels geeft een litteken direct naast de haarlijn. b. Bij een geveelde incisie in de haarlijn blijven de haarfollikels intact en kunnen haren zowel door het litteken als ervoor uitgroeien.

gemaakt en waarbij de haarfollikels intact worden gehouden, kunnen haren zowel door als voor het litteken uitgroeien (afb. 8b). Dit wordt aangeduid met trychophytische sluiting. Het litteken is hierdoor minder goed zichtbaar.

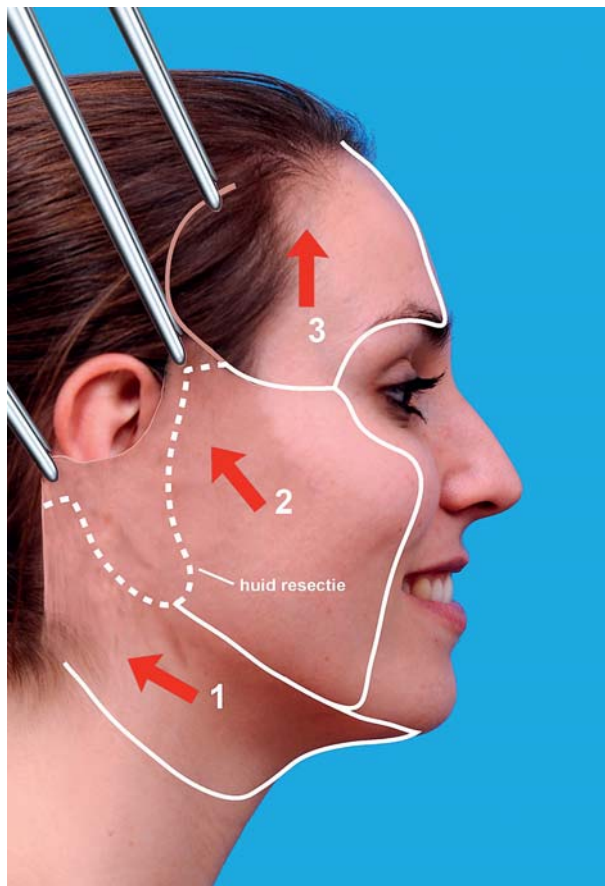
In de temporale haarlijn kan het beste een pretrichiale incisie worden gebruikt: een incisie net in de haarlijn. De haarlijn wordt hierbij niet verplaatst. Voor het oor wordt de incisie meestal net achter de tragus gelegd; bij mannen wordt er meestal voor gekozen om de incisies juist pretrageaal aan te brengen om te voorkomen dat bij verplaatsen van huid haargroei op de tragus optreedt. Bij de meeste facelift-benaderingen wordt de incisie voortgezet rondom de oorlel naar het gebied achter het oor (afb. 7).

Hoewel een facelift onder lokale anesthesie kan worden uitgevoerd, vindt de behandeling vanwege de tijdsduur en de uitgebreidheid meestal onder algehele anesthesie

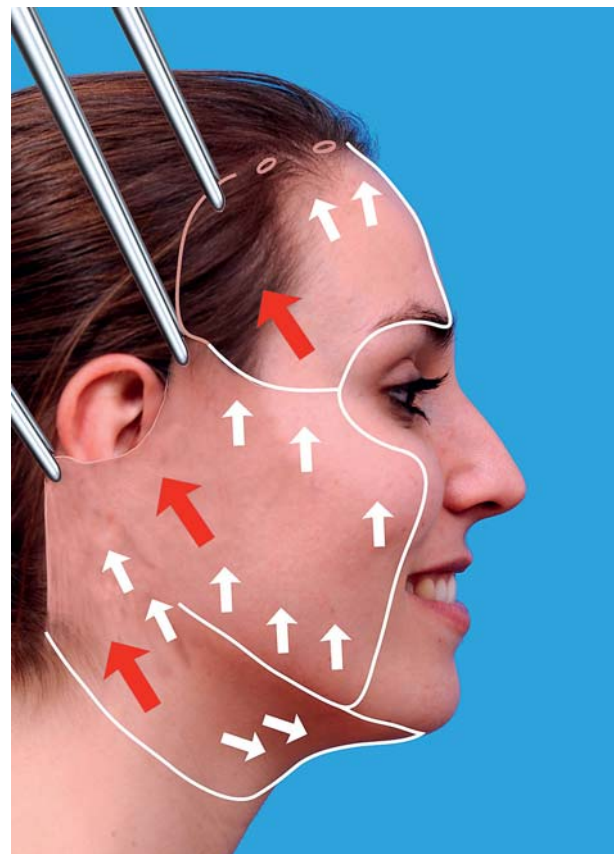
plaats. Voor hemostase doeleinden wordt uitgebreid lokale infiltratieanesthesie toegepast (Griffin, 2010).

Eenlagige facelift

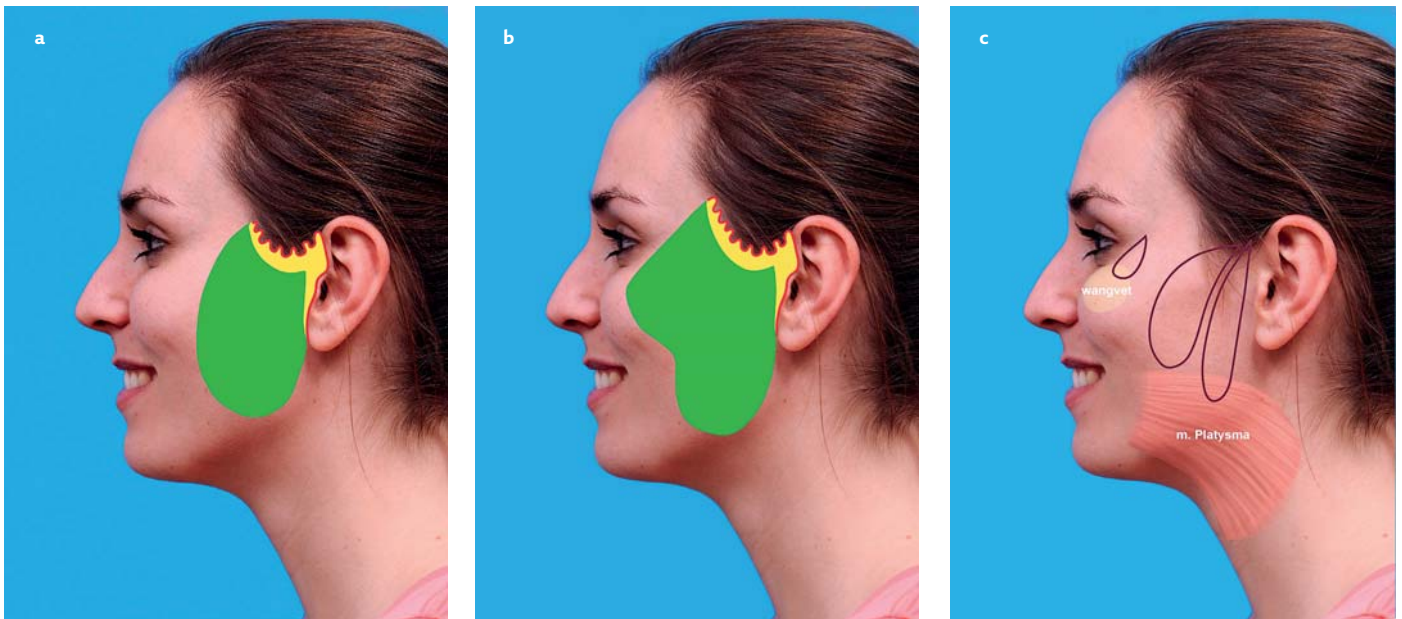
Het chirurgische deel van de subcutane of eenlagige facelift begint, indien geïndiceerd, met het verwijderen van overtollig vet door middel van liposuctie om op stompe wijze de huid te ondermijnen zonder de neurovasculaire structuren te beschadigen. De belangrijkste en tevens lastigste onderdelen van de eenlagige facelift zijn de correctie en de positionering van de huidlapten. De tractierichting (vector) van en de spanning op de verplaatste huidlapten en de volgorde van sluiten zijn van groot belang voor het resultaat van de behandeling en het klinisch aspect van de huidlittekens (afb. 9).



Afb. 9. Eenlagige facelift. Vectors voor sluiting van de huidlapten en volgorde (1,2,3) waarin dit gebeurt.



Afb. 10. Tweelagige facelift waarbij verschil wordt gemaakt tussen de vectoren waarlangs de diepere subcutane weefsels (witte pijlen) en de huidlapten (rode pijlen) worden gelift.



Afb. 11. a. Een beperkte MACS-lift. De incisie (rood) begint aan de onderzijde van de oorlel en volgt de temporale haarlijn tot het niveau van de laterale canthus. De incisie in de haarlijn is zig-zagvormig en ontvouwt zich wanneer deze wordt gehecht tegen de lineair ingekorte huidlap zodat het lengteverschil tussen beide genivelleerd wordt en de kans op het optreden van huidoverschot in de vorm van een 'dog-ear' wordt verkleind. De subcutane ondermijning (groen) loopt tot het niveau van de platysma die qua hoogte min of meer overeenkomt met de kaakhoek. Het huidgebied dat verwijderd zal worden is in geel aangegeven.

b. Een uitgebreide MACS-lift. De incisie (rood) kent hetzelfde verloop als bij de beperkte variant, maar loopt 1-2 cm verder in de temporale haarlijn tot het niveau van de staart van de wenkbrauw. De huidondermijning (groen) is hetzelfde als bij de beperkte MACS-lift met een uitbreiding over het wangvet. Naast de 2 lushechtingen van de beperkte lift wordt een derde lushechting gelegd naar het wangvet met een eigen ankerpunt in het meest anterieure deel van de diepe temporalis fascia, net naast de laterale orbitarand. Het huidgebied dat verwijderd zal worden is in geel aangegeven.

c. Bij een beperkte MACS-lift worden alleen de 2 achterste lushechtingen naar de wang en de platysma toegepast. Deze worden bevestigd aan een ankerpunt in de fascia van de musculus temporalis. Bij de uitgebreide lift wordt een derde lushechting gelegd van wangvet naar de temporalis fascia, net naast de laterale orbitarand.

Tweelagige facelift

De tweelagige facelift bevat alle elementen van de eenlagige lift, inclusief repositionering van de subcutane laag, huidcorrectie, het verwijderen en eventueel herverdelen van vet, en kent als toevoeging de chirurgische correctie van de diepe subcutane laag (van het SMAS). Dit biedt de mogelijkheid om de te onderscheiden weefsellagen in verschillende richtingen te verplaatsen, bijvoorbeeld een verticale vector voor de dieper gelegen lagen en een schuin naar boven/achter gerichte vector voor de oppervlakkige lagen (afb. 10). De ideale richting voor de diepere weefsels is verticaal in het midden- en bovengezicht en schuin in de hals. Met deze facelifttechniek kan zowel het volume als de contour van het midden- en bovengezicht worden gecorrigeerd en ook de definitie (aftekening) van het ondergezicht en de hals worden bepaald. Door correctie van het hangende, diep subcutane weefsel wordt getracht een vierkant gelaat te transformeren naar een jeugdig ovaal gelaat.

'Deep plane' facelift

Het bijzondere van de 'deep plane' facelift is dat deze lift een dikke, ver ondermijnde, eenlagige middengezichtsap combineert met een tweedirectionele tweelagige halslift (Hamra, 1990). Het hangende weefsel in het middengezicht blijft bij deze facelift in contact met de subcutane huidlap. Omdat het een volumineuze lap betreft, kan een correctie onder veel spanning worden verricht. Daarom is deze techniek bij uitstek geschikt voor correctie van diepe

nasolabiale plooien, oromandibulaire plooien en wangplooien. De takjes van de nervus facialis lopen bij deze techniek wel meer kans op (tijdelijke) beschadiging.

MACS-lift

De keerzijden van de in de bovenstaande paragrafen besproken facelifts zijn een toename van de operatietijd door de complexiteit van de facelift omdat vaak verschillende technieken worden gecombineerd, de hersteltijd van de behandeling die daardoor langer is en het complicatierisico dat toeneemt (vooral schade aan facialistakjes). Er is weinig wetenschappelijk bewijs voor een grotere effectiviteit en een beter resultaat bij het toepassen van uitgebreide, gecombineerde technieken, vooral bij correctie van het middengezicht. Steeds meer mensen tonen belangstelling voor een gezichtsverjonging, ook in het middengezicht, waarbij zij meestal niet streven naar een dramatische verandering maar naar correcties van ouderdomsverschijnselen. Hieraan wordt binnen de cosmetische chirurgie tegemoet gekomen door het toepassen van minder invasieve facelift-technieken. De zogenoemde 'minimal access cranial suspension' facelift (MACS-lift) is gepopulariseerd door Tonnard en Verpaele (2007). Het concept is het voor het oor verwijderen van een S-vormig huidgebied voor het uitvoeren van een SMAS-suspensie (ophanging). Bij de MACS-lift wordt gebruikgemaakt van lushechtingen door het SMAS die lifting veroorzaken. Door de optredende littekenvorming geeft dit een permanent effect dat niet van de aanwezigheid van de lushechtingen af-



Afb. 12. Een 55-jarige patiënt die zich stoort aan de beginnende jowling, het huidoverschot van de bovenoogleden en de beginnende wallen onder de ogen (a en b). Er werd besloten een beperkte MACS-lift uit te voeren in combinatie met bovenooglidcorrectie en transconjunctivale vetverwijdering uit de onderoogleden. Schuine incisie in de haarlijn waardoor de haarfollikels intact blijven (trychophytisch) (c). Peroperatieve opname van een andere patiënt (d) waar op de SMAS de beide lushechtingen zijn getekend (zie afb. 11c). Bij een MACS-lift is de vector verticaal zodat niet achter het oor hoeft te worden geïncideerd. Het huidoverschot wordt voor het oor verwijderd (e). De 55-jarige patiënt uit afbeeldingen a en b, 1 jaar na de behandeling (f en g).

hankelijk blijft. Het grote voordeel van deze techniek is het voorkomen van een litteken achter het oor (afb. 11 en 12).

Voordelen van de MACS-techniek zijn verder de zeer gunstige risico/voordeel-ratio, het liften van het SMAS met de mogelijkheid tot een verticale vector en dat door deze techniek jeugdige(re) patiënten, in de leeftijd van ongeveer 40 tot 55 jaar, voor een facelift in aanmerking komen. De MACS-lift is namelijk vooral geïndiceerd wanneer de verouderingseffecten nog niet te zeer zijn uitgesproken. Het is een relatief kortdurende behandeling die desgewenst onder lokale anesthesie kan worden uitgevoerd. De herstelperiode is kort (2 weken) en het complicatierisico is laag.

Hoewel het bij de klassieke facelifts de trend is om de diepere lagen, zeker die van middengezicht en ondergezicht, zeer verticaal te liften, wordt voor de repositionering

van de huid bij de MACS-lift juist een schuin naar achter-boven gerichte vector aangehouden met dus een horizontale en een verticale component. De horizontale component leidt niet tot echte verjonging. Deze bevinding heeft geleid tot de aanname dat alleen de verticale vector een verjongingseffect geeft. De horizontale vector is daarom uit het MACS-liftconcept weggelaten. De MACS-lift grijpt direct aan op de hangende weefsels, die worden gecorrigeerd met behulp van lusvormige suspensiehechtingen in de subcutane laag en wordt gecombineerd met een relatief beperkte huidondermijning. Het is een zeer efficiënte techniek die veilig is en natuurlijke en langdurige resultaten biedt die vergelijkbaar zijn met die van de uitvoerige 'deep plane'-technieken, terwijl de hersteltijd en de risico's veel geringer zijn (Tonnard en Verpaele, 2007).



Afb. 13. Platysmaplastiek. De pijlen geven de richting aan waarin de platysma wordt aangespannen.

Halslift

De jeugdige hals wordt gekenmerkt door een goed gedefinieerde cervicofaciale hoek (kin-halshoek), een goede spiertonus, zichtbaarheid van de voorranden van de musculus sternocleidomastoideus en het hyoïd, een duidelijk zichtbare onderkaaksrand en de afwezigheid van een submentaal surplus aan vet. Andere factoren die een rol spelen zijn de laxiteit van de huid, de hoeveelheid vetweefsel en de integriteit van de platysma. Net als voor de facelift geldt ook voor de halslift dat jeugdige patiënten vaak geschiktere kandidaten zijn voor minder invasieve procedures, zoals liposuctie of lipectomie, terwijl oudere patiënten uitgebreidere procedures zoals een halslift en/of platysmaplastiek nodig hebben voor een fraai resultaat (Feldman, 2006).

Bij een platysmaplastiek worden via een submentale incisie de voorranden van de linker en rechter platysma tussen de onderzijde van de benige kinpunt en het os hyoideum (tongbeen) aan elkaar gehecht (afb. 13). Ter hoogte van de cervicofaciale hoek wordt een dwarse ontspanningsincisie (back cut) gemaakt. Vaak wordt ook het subplatysmaal gelegen vet verwijderd, alvorens de voorste platysma randen te reën. Lateraal wordt de platysma gelift met een geïsoleerde halslift of facelift.

Submentale liposuctie en lipectomie

Submentale liposuctie is een goede behandeloptie voor patiënten zonder of met minimale platysmabanden, een

surplus aan submentaal vet en een goede elasticiteit van de huid. Het doel van de liposuctie is niet het verwijderen van al het aanwezige vet, maar om het vet als het ware te sculptureren. Daarnaast wordt gepoogd een cosmetische readaptatie en contractie van de overliggende huid te bewerkstelligen. De combinatie van deze fenomenen wordt vaak aangeduid met redistributie van de huid en leidt ertoe dat de cervicofaciale hoek scherper wordt. Wanneer er wel sprake is van platysmabanden, veel supraplatysmaal vet en matige laxiteit van de huid is juist een submentale (open) lipectomie met platysmaplicatie een goede behandeloptie. Het is van groot belang dat de behandelaar zich zowel bij liposuctie als lipectomie niet laat verleiden tot overresectie van vet in de ijdele hoop zo een subplatysmale behandeling te voorkomen.

Complicaties en ongewenste effecten

Complicaties na een facelift en correctie van de hals kunnen worden verdeeld in echte complicaties, zoals hematoomvorming, infectie en beschadiging van zenuwen, en in ongunstige effecten zoals littekenvorming en ontevredenheid van de patiënt over het bereikte resultaat (Bloom et al, 2012).

De meest voorkomende complicatie na een facelift is het optreden van een hematoom. Hematoomvorming komt in 2-5% van de gevallen voor (LaTrenta, 2004). Hematomen kunnen resulteren in verkleuring, hyperpigmentatie en intrekkingen van de huid en moeten daarom worden geaspireerd of gedraineerd. De vervelendste complicatie na een facelift is het optreden van necrose van een deel van de huid. Meestal wordt dit gezien in de regio van de mastoïd. Als de necrose zich echter uitbreidt tot voor het oor of alleen voor het oor is gelokaliseerd, veroorzaakt dit vaak ontsierende littekens. Deze littekens maken opnieuw een behandeling noodzakelijk. Onderliggend lijden zoals diabetes mellitus en vooral roken vormen risicofactoren voor het optreden van necrose van (een deel) van de huid. Infecties worden zelden gezien na een facelift. Beschadiging van facialistakjes ten gevolge van een facelift betreft vooral beschadiging van sensibele zenuwen, maar de meest vervelende, maar gelukkig ook zelden optredende complicatie is beschadiging van motorische takken van de nervus facialis (< 0,5 %) (LaTrenta, 2004). In gebieden waarin behaarde huid wordt geïncideerd en/of ondermijnd, bestaat de kans op het optreden van haarverlies. Het risico hierop is relatief klein en het probleem meestal tijdelijk.

Slotbeschouwing

Er is tegenwoordig een duidelijke tendens waarneembaar bij correctie/verjonging van het aangezicht en de hals van uitgebreide naar minder uitgebreide liftingprocedures, in het bijzonder naar procedures met een kortere hersteltijd en minder risico's. Deze minder invasieve procedures geven weliswaar een minder liftend effect, maar kunnen onder lokale anesthesie worden uitgevoerd en leiden veelal tot een natuurlijker, 'minder streng ogend' resultaat.

Literatuur

- * Bloom JD, Immerman SB, Rosenberg D. Face-lift complications. *Facial Plast Surg* 2012; 28: 260-272.
- * Burroughs JR, Bearden WH, Anderson RL, McCann JD. Internal brow elevation at blepharoplasty. *Arch Facial Plast Surg* 2006; 8: 36-41.
- * Feldman J. Neck lift. St. Louis: Quality Medical Publishing, 2006.
- * Griffin JE, Kim K. Cosmetic surgery for the oral and maxillofacial surgeon. Hanover Park: Quintessence, 2010.
- * Hamra ST. The deep plane rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg* 1990; 86: 53-61.
- * Jansma J, Schepers RH, Vissink A. Aangezichtschirurgie. In: Stegenga B, Vissink A, Bont LGM de, Spijkervet FKL (red.). MKA chirurgie. Handboek voor Mondziekten-, Kaak- en Aangezichtschirurgie. Assen: Van Gorcum, 2013.
- * Jansma J, Schepers RH, Jaspers GWC, Vissink A. Verouderingsverschijnselen in het aangezicht en cosmetische aangezichtschirurgie. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2014a: 121: 155-161.
- * Jansma J, Schepers RH, Vissink A. Vettransplantatie in de cosmetische aangezichtschirurgie. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2014b: 121: 330-335.
- * LaTrenta G. Atlas of aesthetic face & neck surgery. Philadelphia: Saunders, 2004.
- * Tonnard PL, Verpaele AM. Short-scar facelift. Operative strategies and techniques. St. Louis: Quality Medical Publishing, 2007.
- * Vuyk HD, Lohuis PJFM. Facial plastic and reconstructive surgery. London: Hodder Arnold, 2006.

Summary

Lifting procedures in cosmetic facial surgery

A prominent characteristic of the aging face is the descent of skin and subcutaneous tissues. In order to reduce this and create a more youthful appearance, several lifting procedures can be employed. In the forehead and eyebrow region the transblepharoplastic brow lift, the direct brow lift, the temporal brow lift, the coronal brow lift and the endoscopic brow lift can be distinguished. For the mid-face, the facelift is known to be an effective treatment for aging characteristics. Classic facelifts can be divided into the one layer-, two layer- and the deep plane facelift. Nowadays the minimal access cranial suspension lift is popular. The lifting capacity of this lift may be less, but the risk of complications is lower and the result is often more natural. A neck lift improves the chin-neck angle and a submental liposuction/lipectomy can contribute to this. Complications in lifting procedures are rare. Hematoma is the most frequent complication. Skin necrosis of the wound edges and laceration of the end branches of the facial nerve can also occur. There is a tendency towards minimally invasive procedures with smaller risk of complications and shorter recovery periods.

Bron

J. Jansma^{1,2}, R.H. Schepers^{1,2}, A. Vissink¹

Uit ¹de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van het Universitair Medisch Centrum Groningen en ²de afdeling Mond-Kaak-Aangezichtschirurgie van het Martiniziekenhuis Groningen

Datum van acceptatie: 19 juni 2014

Adres: dr. J. Jansma, UMC Groningen, postbus 30.001, 9700 RB Groningen
j.jansma@umcg.nl

Verantwoording

De auteurs hebben van de personen die in dit artikel staan afgebeeld toestemming verkregen voor het publiceren van deze afbeeldingen.