



Stellungnahme der Sektion DOG-Ophthalmoplastische und rekonstruktive Chirurgie (SORC) zur Unterscheidung funktioneller Operationsindikationen von ästhetischen Indikationen bei der Blepharoplastik

Was versteht man unter einer „Blepharoplastik“?

Chirurgischer Eingriff zur Reduktion und/oder Umverteilung von überschüssigem Weichteilgewebe (Haut-, Muskel-, Fettgewebe) bei Dermatochalasis oder Blepharochalasis der Augenlider. Exzidiert werden in Abhängigkeit der zu Grunde liegenden Veränderungen Teile der Lidhaut, des Musculus orbicularis und des subkutanen oder orbitalen Fettgewebes. Letzteres ist nur möglich nach Eröffnung des orbitalen Septums. Eine Blepharoplastik kann sowohl am Ober- als auch am Unterlid durchgeführt werden.

Blepharoplastiken können in Lokalanästhesie oder in Allgemeinnarkose durchgeführt werden. Der Eingriff birgt eine Vielzahl möglicher Komplikationen, von denen eine durch Infektion oder durch eine intraorbitale Blutung, insbesondere nach Resektion von orbitalem Fettgewebe, hervorgerufene Minderung des Sehvermögens die schwerwiegendste ist.

Was ist eine Dermatochalasis?

Unter einer Dermatochalasis versteht man eine meist mit steigendem Lebensalter zunehmende Erschlaffung der Lidhaut und der subkutanen Gewebe von Ober- und Unterlidern, die nicht selten familiär gehäuft auftritt. Unterschieden werden atrophische von hypertrophen Formen. Bei der atrophischen Form ist die Haut verdünnt und atrophisch ohne Subkutangewebe, wohingegen bei der hypertrophen Form überschüssige Haut- und Subkutangewebe normal oder verdickt sind, die Lider erscheinen prominent [Collin, 1991]. Neben einem Überschuss der Lidhaut findet man häufig auch ein Hervortreten orbitalen Fettgewebes (Orbitafettprolaps, Steatoblepharon) bei relativer Insuffizienz des Septum orbitale und damit eine Schwellung der Lider. Auch eine Hypertrophie des M. orbicularis kann zu Lidschwellung im Sinne eines „baggy eyelid“ führen [Castanares, 1977]. Liegen die Veränderungen im Oberlid, können sie zu einer Verkleinerung der Lidspalte durch über die Lidkante überhängendes Gewebe führen; man spricht dann auch von Pseudo-Ptosis. Massive Schwellungen im Unterlid können ebenfalls zu einer Beeinträchtigung des Gesichtsfeldes, vor allem im Abblick, führen. In ausgeprägten Fällen kann es auch zur Invertierung der Oberlidkante mit oder ohne Trichiasis kommen.

Ursachen

Konstitutionell, involutiv (mit zunehmendem Lebensalter), post-traumatisch, im Rahmen von Grunderkrankungen (z.B. endokrine Orbitopathie, Rosazea, u.a.)

Klinik

Überschüssige und erschlaffte Lidhaut des Oberlids bedeckt die Lidfalte und kann den Lidrand und die Zilien vollständig überragen und damit die Lidöffnung verkleinern, verdickte Haut verursacht sogar eine Schwellung. Ein Prolaps von orbitalem Fett, im medialen Lidwinkel meist stärker ausgeprägt, kann ebenfalls zu ausgeprägten Schwellungen führen. Im Bereich der aufeinander liegenden Hautfalten kann es durch Schweißsekretion und abgeschilfertes Hautepithel zu einer Hautmazeration mit oberflächlich entzündlicher Schwellung kommen. Dies ist verbunden mit subjektivem Wundgefühl und Rötung der Haut. Eine vermeintliche Schwellung entsteht zudem nicht selten durch ein Tiefertreten der



Augenbrauen (Brauenptosis) mit einem Absinken des unter den Brauen gelegenen Fettpolsters. Dies führt dann durch einen Stauchungseffekt zu einer zusätzlichen relativen Gewebevermehrung im Oberlid.

Im Unterlid kann ebenfalls ein Hautüberschuss von einem Orbitafettprolaps unterschieden werden. Subjektiv relativ stark störende Veränderungen sind meist beidseitig auftretende Unterlidschwellungen durch subkutane Flüssigkeitseinlagerungen, die zur Ausbildung so genannter „Tränensäcke“ führen. Diese im angloamerikanischen Schrifttum als „festoon“ bezeichneten Veränderungen sind manchmal schwierig von Lymphödemem zu unterscheiden [Collin, 1991], lassen sich aber gut von einem orbitalen Fettprolaps abgrenzen.

Von der Dermatochalasis zu unterscheiden sind die ⇒ Blepharochalasis und die ⇒ Blepharoptosis

Blepharochalasis

Seltene, idiopathische, rezidivierend auftretende Schwellung der Lider, wohl verursacht durch ein idiopathisches Angioödem des subkutanen Gewebes. Erstmals durch Fuchs 1886 beschrieben [Fuchs, 1896].

Klinik

Rezidivierende Episoden von plötzlich auftretenden Lidschwellungen, überwiegend der Oberlider, meist beidseits, beginnend vom Kindes- bis zum mittleren Lebensalter. Frauen sind häufiger betroffen als Männer (3:1) [Collin, 1991]. Die Dauer der Schwellungen beträgt Tage bis Wochen. Im Lauf der Zeit (über Jahre) kommt es zu pergamentartiger Verdünnung der Lidhaut mit Dermatochalasis und erworbener Blepharoptosis.

Blepharoptosis

Krankhaftes Herabhängen des gesamten Oberlids mit entsprechend verengter Lidspalte aus unterschiedlichsten Ursachen. Häufige Ursachen sind involutive Veränderungen mit einer Überdehnung und Erschlaffung der tieferen Lidgewebe (insbesondere der sog. Levatoraponeurose) infolge zunehmenden Lebensalters oder langjährigen Tragens von Kontaktlinsen, angeborene Formen („kongenitale“ Ptosis) mit einer Dystrophie des Lidhebermuskels (M. levator palpebrae) oder relativ seltenerer Formen myogener oder neurogener Genese. Bei schwerer Ptosis und fortgeschrittenen Formen kommt es zu einer partiellen oder vollständigen Verlegung der Pupille.

Indikation zur Operation der Oberlider (Blepharoplastik)

1. Chronisch rezidivierende Ekzeme, Intertrigo
2. Invertierung der Oberlidkante mit oder ohne Trichiasis
3. Gesichtsfeldeinschränkungen
4. Befindlichkeitsstörung (ästhetisch)



Wann liegt eine funktionelle OP-Indikation vor (GKV-Leistung)?

1. Chronisch rezidivierende Ekzeme, Intertrigo
2. Invertierung der Oberlidkante mit oder ohne Trichiasis
3. Gesichtsfeldeinschränkungen, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:
 - Gesichtsfeldeinschränkung von oben mit einer Einschränkung auf weniger als 20°
 - Gesichtsfeldeinschränkung von temporal mit einer Einschränkung auf weniger als 70°

Die Gesichtsfelduntersuchung sollte bei entspannter Frontalmuskulatur erfolgen. Bei der Goldmann-Perimetrie wird die Außengrenze der Marke III/4, bei der automatisierten Perimetrie entsprechende Marken zugrunde gelegt.

Bei asymmetrischem Befund ist die stärker betroffene Seite Ausschlag gebend, der Eingriff aber beidseits indiziert!

Angelehnt an die Fahrerlaubnisverordnung (Empfehlung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft, DOG) und an die Meinung des Vorstands des Berufsverbandes der Augenärzte (BVA).

Stationär/ambulant

Eine Blepharoplastik sollte aus medizinisch-chirurgischen Gründen generell simultan beidseits durchgeführt werden. Dies verspricht durch ein simultan-symmetrisches Vorgehen die besten postoperativen Ergebnisse.

Aus Sicht der Augenärzte kann eine Blepharoplastik der Oberlider stationär oder auch ambulant durchgeführt werden. Im Falle einer ambulanten OP sollte aber aus mehrfachen Gründen eine Nachbeobachtungszeit von einigen Stunden postoperativ gewährleistet sein. Ein von vielen Operateuren applizierter beidseitiger Augenverband verbietet schon allein eine sofortige Entlassung des Patienten. Auch postoperative auftretende Komplikationen, wie starke Schwellungen oder Blutungen, können so erkannt und behandelt werden. Sollte eine entsprechende Nachbeobachtung bei ambulanten Patienten nicht möglich sein, ist eine stationäre Behandlung vorzuziehen.

Bei Unterlidkorrekturen sollte eine enge postoperative Überwachung wegen des höheren Risikos einer durch Nachblutungen verursachten schwerwiegenden Komplikation bis hin zur Erblindung in jedem Fall gewährleistet sein. Wo dies nicht durch entsprechende Arrangements mit einer unmittelbaren ambulanten ärztlichen Betreuung gegeben ist, sollte dieser Eingriff unter stationären Bedingungen erfolgen.



Literatur:

1. BVA-Vorstand, Der Augenarzt; 2002, 36,4:183
2. Castanares S. (1977) Classification of baggy eyelid deformity. Plast Reconstr Surg. 59:629-633
3. Collin J. (1991) Blepharochalasis. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 7:153-157
4. Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft zur Fahreignungsbegutachtung für den Straßenverkehr (1999) 2. Auflage: 19-22
5. Fuchs E (1896) Ueber Blepharochalasis (Erschlaffung der Lidhaut). Wien Klin Wochenschr. 9 : 109-110.
6. Klingele J, Kaiser H, Hatt M (1995) Automatische Perimetrie bei Ptose und Blepharochalase. Klin Monatsbl Augenheilk 206:401-404
7. Die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft
8. Februar 2009