

face

& body

_ magazin für ästhetik



Fachbeitrag

TIT-Mastopexie – Bruststraffung
mit gewebebasierter Autoaugmentation

Technologie

Laserbehandlungen in der
Plastischen Chirurgie

Recht

Die Krux mit der zulässigen
Berufsbezeichnung



● Wasserstrahl-Technologie für die Ästhetische Medizin

- Body-Contouring
- Autologer Fetttransfer
- Liposuktion
- Lipofilling
- Facelift mittels Hydrodissektion

● Wasserstrahl-Technologie für die Regenerative Medizin

- Brustrekonstruktion
- Lipödem-Behandlung
- Behandlung chronischer Wunden
- Narbentherapie
- Weichgewebsrekonstruktion
- Separation regenerativer Zellen des Fettgewebes

Human Med AG
Wilhelm-Hennemann-Str. 9
19061 Schwerin
Germany

Tel.: +49 (0)385 395 70 0
Fax: +49 (0)385 395 70 10
info@humanmed.com
www.humanmed.com

Made in Germany



Nadine Naumann und Claudia Karlsen

Produktmanagerin und Redakteurin der face & body



„Ein gutes Jahr für die Ästhetische Medizin“

Liebe Leserinnen und Leser,

die Ästhetische Medizin entwickelt sich stets weiter. Immer lauter werdende gesellschaftliche Trends mit der Fokussierung auf Jugend, Schönheit und Gesundheit schlagen sich direkt in diesem Teilbereich der Medizin nieder. Die Wahrnehmung der Ästhetischen Medizin in unserer Gesellschaft verändert sich zum Positiven, die Behandlungszahlen steigen stetig an und die Behandlungsmethoden werden vielfältiger. Dabei ist es dem Patienten von heute wichtig, natürliche Ergebnisse bei minimalen Ausfallzeiten zu erzielen. Daher stehen nicht-invasive Therapieverfahren hoch im Kurs.

Nicht nur steigende Patientenzahlen machten das Jahr 2019 zu einem guten der Ästhetischen Medizin, auch berufspolitisch wurden positive Weichen gestellt. So sind mit der in 2019 verabschiedeten neuen Verordnung zum Strahlenschutz Laserbehandlungen ab Ende 2020 nur Ärzten vorbehalten. Auch der Einsatz von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat sich gelohnt: Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen in Zukunft die Kosten einer Fettabsaugung, wenn Betroffene an Lipödem im Stadium 3 erkrankt sind. Dieser Eingriff wird vorwiegend von Ästhetisch-Plastischen Chirurgen durchgeführt.

Des Weiteren forderte die Deutsche Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC) zum Wohle der

Patienten auch einen Arztvorbehalt für Faltenunterspritzungen und eine Rezeptpflicht für Hyaluronsäurepräparate zur Injektion. Hintergrund dieser Forderung ist das Angebot von Kosmetikstudios, die bei ihren Kundinnen und Kunden neben Kosmetikbehandlungen auch Faltenunterspritzungen durchführen. Auch Heilpraktiker bieten solche Behandlungen mit Hyaluronsäure immer häufiger an. Die DGÄPC fordert in dem Zusammenhang auch exakte Festlegungen dazu, wer sich als Schönheitschirurg oder Kosmetischer Chirurg bezeichnen darf. Nach aktueller Gesetzeslage ist der Begriff nicht geschützt. Auch jeder Zahnarzt oder Arzt für Innere Medizin könne sich Schönheitschirurg nennen, hieß es von VDÄPC und ISAPS. Das könne Menschenleben fordern und sei irreführend. Damit ist ein Anstoß zum Handeln der Politik und Behörden gegeben und lässt auf eine baldige Entscheidung hoffen.

Wir wünschen Ihnen einen guten Start ins neue Kongressjahr 2020, bleiben Sie gesund und seien Sie gespannt auf ein neues Jahr ganz im Zeichen der Fortbildung mit neuen Trends und Behandlungsmöglichkeiten. Wir werden Sie auf diesem Weg sehr gern begleiten.

Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen!
Ihre Nadine Naumann und Claudia Karlsen



Ästhetik 10



Produkte 26



Technologie 40

Editorial

Ein gutes Jahr für die Ästhetische Medizin

Nadine Naumann und Claudia Karlsen

03

Ästhetik

TIT-Mastopexie – Bruststraffung mit gewebebasierter Autoaugmentation

Privatdozent Dr. med. Georg Huemer, MSc, MBA

06

Trend: Jawline Contouring

Mit Hyaluron die Kinnlinie optisch zur Geltung bringen

Dr. med. Johannes Müller-Steinmann

10

Die Drei-in-eins-Rundum-Gesichtsbehandlung

Dott. mag. Andrea Caletti

14

News/Produkte

18

Spezial

Nachbericht zur 50. Jahrestagung der

DGPRÄC in Hamburg vom 26. bis 28. September 2019

34

Asclepion verdoppelt seine Nutzfläche

36

Laserbehandlungen in der Plastischen Chirurgie

Dr. Alexia Hoffmann

40

Konturierung und Formgebung von Gesicht und Nase mit dem Hyaluronsäurefiller YVOIRE

Dr. med. Fabian Ardame

44

TEOXANE Academy Tour:

A 4th dimension in facial aesthetics

Franziska Schmidt

48

Die Krux mit der zulässigen Berufsbezeichnung

Christian Erbacher, LL.M., Nadine Ettling

52

Impressum

54

Unsichtbare Anzeichen für Melanome messen

JETZT NEU: Nevisense 3.0 mit vereinfachtem Messprozess

INTEGRIEREN SIE NEVISENSE FÜR GENAUERE KLINISCHE ENTSCHEIDUNGEN

- Reduzierung unnötiger Exzisionen
- Monitoring auffälliger Läsionen
- 97% Sensitivität auf Melanome*
- Negativer Vorhersagewert von 99%

*Ab dem Stadium T1b lag die gemessene Sensitivität bei 100%

Objektive Risikobewertung im Bereich der Melanomerkennung

Nevisense ist ein Gerät zur Risikobewertung bei Läsionen mit Verdacht auf maligne Melanome, klinisch belegt durch die größte prospektive Studie** ihrer Art.

Auf diese Weise stehen dem Arzt bei der Entscheidung über eine Exzision zusätzliche Informationen zur Verfügung. Dabei kommt eine Technik namens Elektrische Impedanzspektroskopie (EIS) zum Einsatz. Die EIS misst durch Aussendung harmloser elektrischer Signale die elektrische Hautimpedanz bei verschiedenen Frequenzen.

Das von Melanomen betroffene Gewebe weist eine andere Impedanz als gesundes Gewebe auf. Anhand einer Analyse der Läsion und eines Vergleichs mit dem Referenzwert der gesunden Haut wird ein Risikowert bestimmt.

Dies stellt dem Dermatologen eine wertvolle zusätzliche Information zur Verfügung, um genauere klinische Entscheidung zu treffen. Mehr als 200 Praxen in Deutschland vertrauen bereits Nevisense (Stand Juni 2018). Weitere Informationen auf www.nevisense.de

**Clinical performance of the Nevisense system in cutaneous melanoma detection: an international, multicentre, prospective and blinded clinical trial on efficacy and safety. Malvehy J, Hauschild A, Curiel-Lewandrowski C, et al. British Journal of Dermatology. Band 171, Ausgabe 5, November 2014, Seiten 1099-1107

 **NEVISENSE™**
by SCIBASE

- ☐ Bitte senden Sie mir Informationen und Studienergebnisse zu
☐ Ich interessiere mich für eine Workshopeteilnahme
☐ Ich wünsche eine Praxisdemonstration
☐ Ich wünsche: _____

Ich bin an weiteren Informationen interessiert:

Praxis: _____
Name: _____
Strasse: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Telefon: _____ e-mail: _____

Bitte ausschneiden/kopieren und per Fax an: 089 – 2093 1452 oder
senden Sie eine email an: info@scibase.com

Gebühr zahlt
Empfänger

SciBase GmbH

Widenmayerstr. 11

DE-80538 München



TIT-Mastopexie – Bruststraffung mit gewebebasierter Autoaugmentation

Privatdozent Dr. med. Georg Huemer, MSc, MBA

Die Erschlaffung der weiblichen Brust resultiert aufgrund verschiedener Faktoren, wie zum Beispiel Gewichtsverlust, Abstillen oder hormonell bedingter Altersinvolution. Unabhängig von der zugrunde liegenden Ursache, stellt es für die meisten Frauen eine sehr unzufriedenstellende Situation dar.

Im Wesentlichen sieht man sich als behandelnder Chirurg bei hängender Brust mit drei typischen Situationen konfrontiert.

Bei ptotischer Brust mit zu wenig Volumen für die betroffene Frau steht in erster Linie die sogenannte Augmentationsmastopexie, die Bruststraffung mit Implantat,

zur Verfügung. Es kann hier die gewünschte Größe der Brust durch korrekte Auswahl des Implantats bestimmt werden.

Andererseits ist bei zu großer hängender Brust eine klassische Brustverkleinerung die ideale Variante, um die Brust zu verjüngen und die gewünschte Größe zu erzielen.

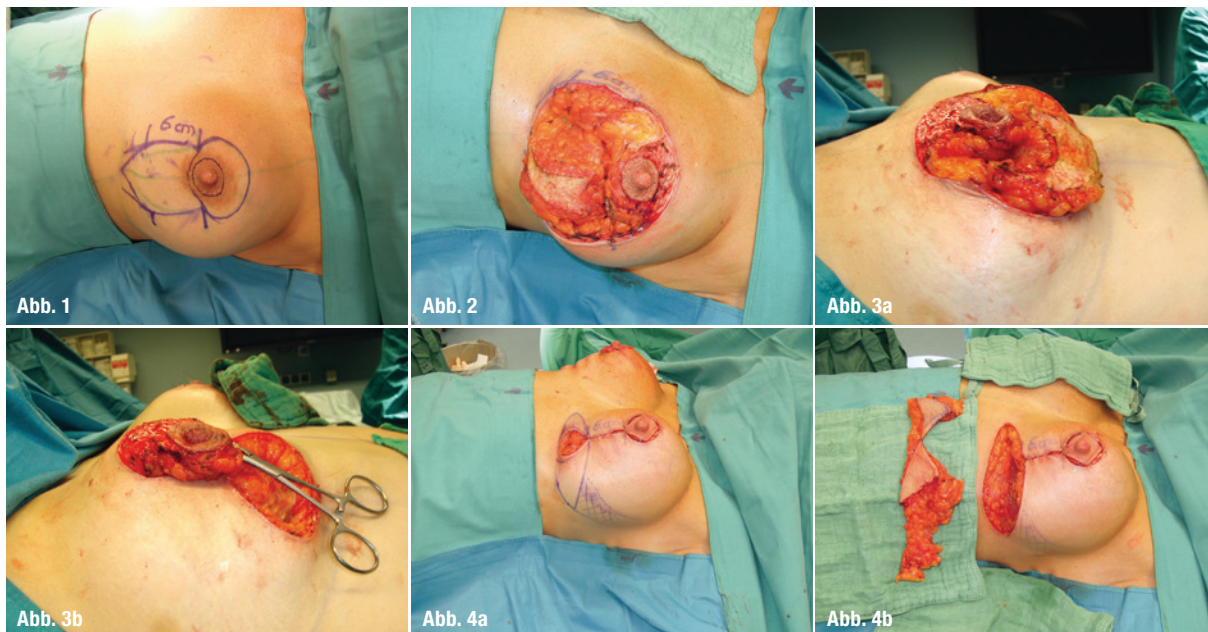


Abb. 1: Klassische Anzeichnung einer zirkumvertikalen Mastopexie mit kranialen Versatz des MAK. **Abb. 2:** Der vertikale Anteil der Anzeichnung wird von der Haut befreit und komplett bis zur Muskelfaszie umschnitten. Der Gewebblock bleibt nur an der Basis durch Perforatoren durchblutet. **Abb. 3a und b:** Nach Mobilisierung der Brust nach kranial und Schaffung eines subglandulären Pockets wird der vertikale Gewebblock nach kranial in das Pocket geschoben. **Abb. 4a:** Wenn nach Wundverschluss ein noch zu großer Hautweichteilüberschuss im horizontalen Vektor übrig bleibt, so empfiehlt es sich, ein kurze quere Resektion hinzuzufügen. Dabei wird die Länge des vertikalen Stegs auf eine Länge von ca. 6–8 cm begrenzt. **Abb. 4b:** Nach erfolgter Hautweichteilresektion im horizontalen Anteil – es kann hier noch Einfluss auf die Form der Brust vor allem in den beiden unteren Quadranten genommen werden.

Die reine Bruststraffung ist bei jener Brust anzuwenden, bei der zwar das Volumen ausreichend, der Hautmantel jedoch zu groß und insgesamt dadurch hängend ist (siehe dazu auch Huemer GM. Upper body reshaping for the woman with massive weight loss: an algorithmic approach. *Aesthetic Plast Surg.* 2010 Oct;34[5]:56–9). In der Literatur findet sich eine Vielzahl verschiedener Varianten der Bruststraffung, die sich vor allem in Form der Gewebemanipulation und Stielung des Brustwarzenkomplexes unterscheiden. Entscheidend für ein optimales Ergebnis ist die Sicherheit bei der Durchblutung des Brustwarzenkomplexes, der Erhalt eines ästhetischen Ergebnisses der neuen Brust und auch die Haltbarkeit des Ergebnisses.

Im Folgenden stelle ich meine Variante der Bruststraffung mit Verwendung von Eigengewebe als Autoaugmentation vor.

Chirurgische Technik

Es gibt verschiedene Varianten der Bruststraffung mit Eigengewebe (TIT-Mastopexie), die sich unterscheiden in der Form der Hautresektion (zirkumvertikal oder Ankerschnitt) und auch im Versatz des Brustwarzenkomplexes (kranial oder kaudal gestielt). Welche Technik genau angewendet wird, hängt vor allem vom Grad der Ptose ab. Voraussetzung dabei ist, dass die angestrebte Brustgröße immer dem vorhandenen Volumen einigermaßen

entspricht. Bei geringer Ptose wird zunächst eine zirkumvertikale Technik der Hautresektion angezeichnet und ein kranialer Versatz des Mamillenkomplexes (Abb. 1). Im nächsten Schritt wird der kraniale Stiel deepithelisiert. Nun erfolgt die Hautentfernung im umzeichneten vertikalen Anteil – es wird nun dieser Gewebblock bis zur Pektoralisfaszie umschnitten, inklusive der Verbindung zur Inframammärfalte. Als nächster Schritt wird das restliche Brustparenchym nach kranial mobilisiert und vom Muskel abgehoben. Ziel ist es, eine Art subglanduläre Tasche bei der Brustvergrößerung mit Implantat zu schaffen. Der Unterschied hierbei ist, dass es nichts ausmacht, wenn die Tasche deutlich größer ist, denn es wird ja Eigengewebe eingebracht und somit heilt dies ja deutlich besser ein wie ein Silikonimplantat. Nun wird der vertikale Gewebblock noch oben in die subglanduläre Tasche geschoben. Durch die komplette Mobilisierung lässt sich dies ohne Probleme bewerkstelligen. Zusätzlich kann man diesen Gewebblock noch mit einer resorbierbaren Naht am Muskel fixieren – dies finde ich jedoch nicht notwendig (Abb. 3a und b). Wichtig ist nun noch der korrekte Verschluss des restlichen Parenchyms. Die beiden medialen und lateralen „pillars“ müssen noch ausreichend miteinander vernäht werden, denn so wird ein Absacken des Eigengewebeimplantats verhindert. Der Hautverschluss erfolgt dann in üblicher Technik. Bei zu großem Hautüberschuss in vertikaler Richtung kann dann auch noch eine horizontale Haut-/Gewebeentfernung erfolgen, um eine Überlänge des vertikalen Stegs



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7

Abb. 5: Patientin vor und 1,5 Jahre nach TIT-Mastopexie mit rein vertikaler Narbe. **Abb. 6:** Patientin vor und 1 Jahr nach TIT-Mastopexie mit Ankerschnitt. **Abb. 7:** Patientin vor und 1 Jahr nach TIT-Mastopexie und kurzer inframammärer Narbe.

zu vermeiden (Abb. 4a und b). Es werden keine Drainagen eingelegt und übliche Verbände für ca. zwei Wochen appliziert. Ein Kompressions-BH sollte für sechs bis acht Wochen getragen werden.

Ergebnisse

Die TIT-Mastopexie wird routinemäßig bei Patientinnen mit Mammptose und keinem wesentlichen Volumenänderungswunsch seit ca. sechs Jahren in meiner Praxis angewandt. Bei korrekter chirurgischer Technik ist die Komplikationsrate sehr niedrig und beschränkt sich auf kleinere Wundheilungsstörungen. Es gab keine Mamil-lenekrose oder Fettgewebenekrose mit langwieriger Wundheilungsproblematik oder störenden narbigen Verhärtungen. Im Einzelfall kann je nach Wunsch noch ein Li-pofilling zur moderaten Volumensteigerung hinzugefügt werden. Die Abbildungen 5 bis 7 zeigen verschiedene Patientinnen nach TIT-Mastopexie.

Zusammenfassung

Die „tissue-implant technique“ (TIT-)Mastopexie ist eine sehr nützliche Technik bei der Korrektur der Mammptose bei gleichzeitig keinem wesentliche Größenänderungswunsch der Patientin. Die Technik ist einfach und zuverlässig bei gleichzeitig niedriger Komplikationsrate. Im Langzeitverlauf zeigt sich eine stabile Form. Durch die unterschiedlichen Möglichkeiten des Versatzes des Mamillenareolakomplexes und der Hautentfernung bei unterschiedlicher Ausprägung der Ptose ist die Technik bei einer Vielzahl von Patientinnen mit Mammptose anwendbar.

Kontakt



Doz. Dr. Georg M. Huemer, MSc, MBA

FA für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie
Weißewolfstraße 13/3. Stock
4020 Linz, Österreich
Tel.: +43 732 77575790 (Ordination)
www.drhuemer.com



E V E R Y L I P I S U N I Q U E
 R E F L E C T T H E I R I N N E R S M I L E



LipUnique Collection



Die **TEOXANE LipUnique Collection** ist ein universell einsetzbares Set verschieden vernetzter Hyaluronsäurefiller. Mit den unvergleichlichen rheologischen Stretch und Strength Eigenschaften der Produkte können Sie Ihren Patienten vor allem bei Lippenbehandlungen einzigartige, natürliche Ergebnisse bieten.^{1,2}

¹ Sito G, et al. Aesthet Surg J. 2019. doi: 10.1093/asj/sjz026.

² Micheels P et al. J Drugs Dermatol 2017;16(2):154–61. TEOSYAL® RHA 1 bis 3, TEOSYAL® RHA KISS und TEOSYAL® PURESENSE KISS® sind Handelsmarken von TEOXANE SA und Medizinprodukte Klasse III (CE2797).

Die Produkte enthalten Lidocain (0,3%). Nur für professionelle Nutzung. Bitte lesen Sie die Gebrauchsanweisungen.