

VI – 16

Die chirurgische Formung von Wangenrübchen

Shailesh Vadodaria, Viraj Tambwekar und Dilip Trivedi

Einleitung

Wangenrübchen haben seit jeher eine Anziehungskraft auf Menschen beiderlei Geschlechts. In den meisten Fällen wird die Ausprägung von Wangenrübchen interessanterweise dominant vererbt (Argamaso 1971, Pentozos et al. 2004). Wangenrübchen drücken in den meisten Kulturen Jugendlichkeit, gutes Aussehen oder Attraktivität aus und die Menschen, die von Natur aus solche Rübchen besitzen, werden in der Regel als attraktiv wahrgenommen. Es erscheint ironisch, dass es sich hierbei um eine anatomische Anomalie (Saraf u. Pillutia 2010, Pessa et al. 1998a) handelt und sich manche Menschen eine solche wünschen, da es für sie ein Zeichen von Attraktivität darstellt.

Der aktuell von uns zu verzeichnende steigende Wunsch nach der Formung von Wangenrübchen kann möglicherweise der Tatsache geschuldet sein, dass bekannte Persönlichkeiten, sogenannte Celebrities, natürliche Wangenrübchen besitzen. Ein Rübchen wird als „X-Faktor“ der Schönheit des Gesichts angesehen. Der Erfolg und die Bekanntheit der Pop-Sängerin Cheryl Cole, die natürliche Rübchen aufweist, haben dazu geführt, dass die Nachfrage nach dem Operationsverfahren in England (Daily mail online Poulter S: 22. Juni 2010) deutlich gestiegen ist. Diese Nachfrage nach dem Verfahren hat den Autor des vorliegenden Beitrags inspiriert, die Technik seit 2009 zu entwickeln.

Präoperative Maßnahmen

Patienten sollten, wie bei allen ästhetisch-chirurgischen Verfahren, zuvor intensiv und seriös beraten werden. Dabei sollte die Grundlage einer späteren Operation sein, dass solche Rübchen der eigene Wunsch und nicht der Wunsch anderer Personen sind. Bei der Aufklärung über den Eingriff sollten auch die möglichen Nachteile erklärt werden. Vor allem sollte erwähnt werden, dass eine Hyperpigmentierung an der Operationsstelle auftreten kann, diese ist meistens nur temporär und tritt häufiger bei dunkelhäutigen Menschen auf.

Präoperative Fotografien und vorzugsweise Videos sollten angefertigt werden.

Bei der präoperativen Aufklärung sollte die feine Unterscheidung zwischen Unter- und Überkorrektur von Rübchen besprochen werden. Hierbei ist es von entscheidender Bedeutung, den Patienten Vorher- und Nachherbilder und vorzugsweise auch Videos der operierten Patienten zu zeigen, damit die Patienten realistische Erwartungen von dem Ergebnis des Eingriffs haben. Nur die Patienten, die realistische Erwartungen haben und nach der eingehenden Aufklärung einwilligen, sollten operiert werden.

Alle möglichen Komplikationen sollten im Detail besprochen und der schriftlichen Aufklärung zugefügt werden.

Operative Technik (Abb. 2a–d)

Durch das operative Verfahren können Rübchen in Lokalanästhesie angelegt werden. Der Patient wird bei der eigenhändigen Anzeichnung der gewünschten Position der Rübchen angeleitet. Diese Position ist üblicherweise am Schnittpunkt einer gedachten Linie zwischen dem Ohrläppchen und dem Mundwinkel mit einer vertikalen Linie, die vom lateralen Lidwinkel nach unten geführt wird. In den meisten Fällen liegt die Position der Rübchen 3–4 cm entfernt vom Mundwinkel (Argamaso 1971) (Abb. 1).

Zuerst wird eine dünne Kanüle (27 g) durch den zuvor bestimmten Punkt von außen nach innen gestochen. Über diese dann von innen sichtbare Kanülenspitze wird eine Hautbiopsiestanze von der Schleimhaut bis knapp unter die Dermis geführt, allerdings ohne die Dermis zu perforieren. Dadurch wird ein Zylinder, bestehend aus Schleimhaut – buccalem Fettgewebe – M. buccinator und wenigen Fasern des M. zygomaticus major, entfernt. Eine Monocryl-Naht wird dann von innen, nach Fassen eines Schnitttrands der Mukosa, geführt von der dünnen Führungskanüle, durch die Wangenhaut nach außen gestochen und sodann durch dasselbe Loch wieder nach innen geführt und etwa ein Zentimeter Dermis im Verlauf des späteren Rübchens mitgefasst. Ein Teil der Mukosa wird abschließend gefasst und die beiden Nahtenden fest verknotet. Dadurch wird die Haut nach innen eingezogen und ein Rübchen geformt (Abb. 2a–d, 3).

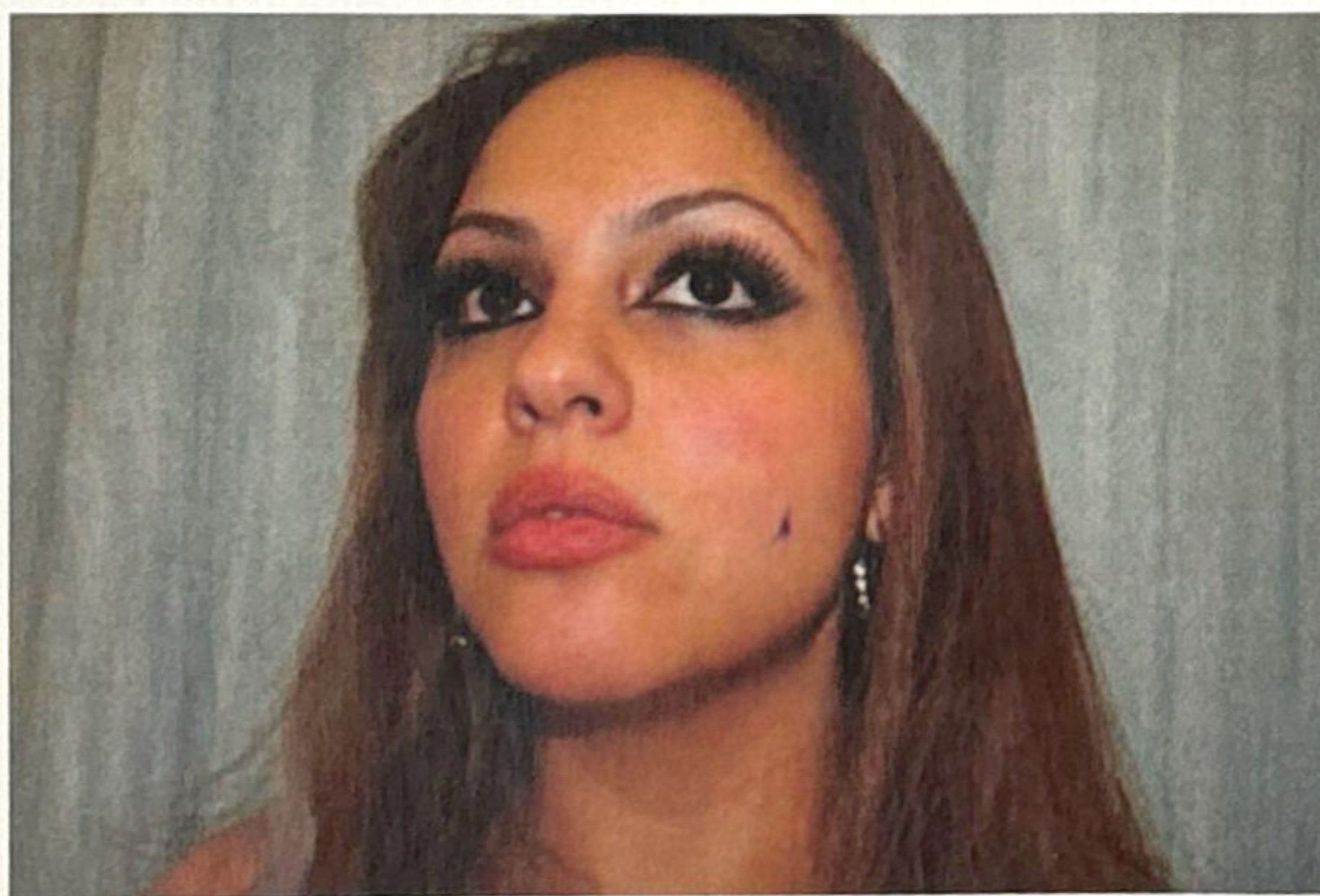
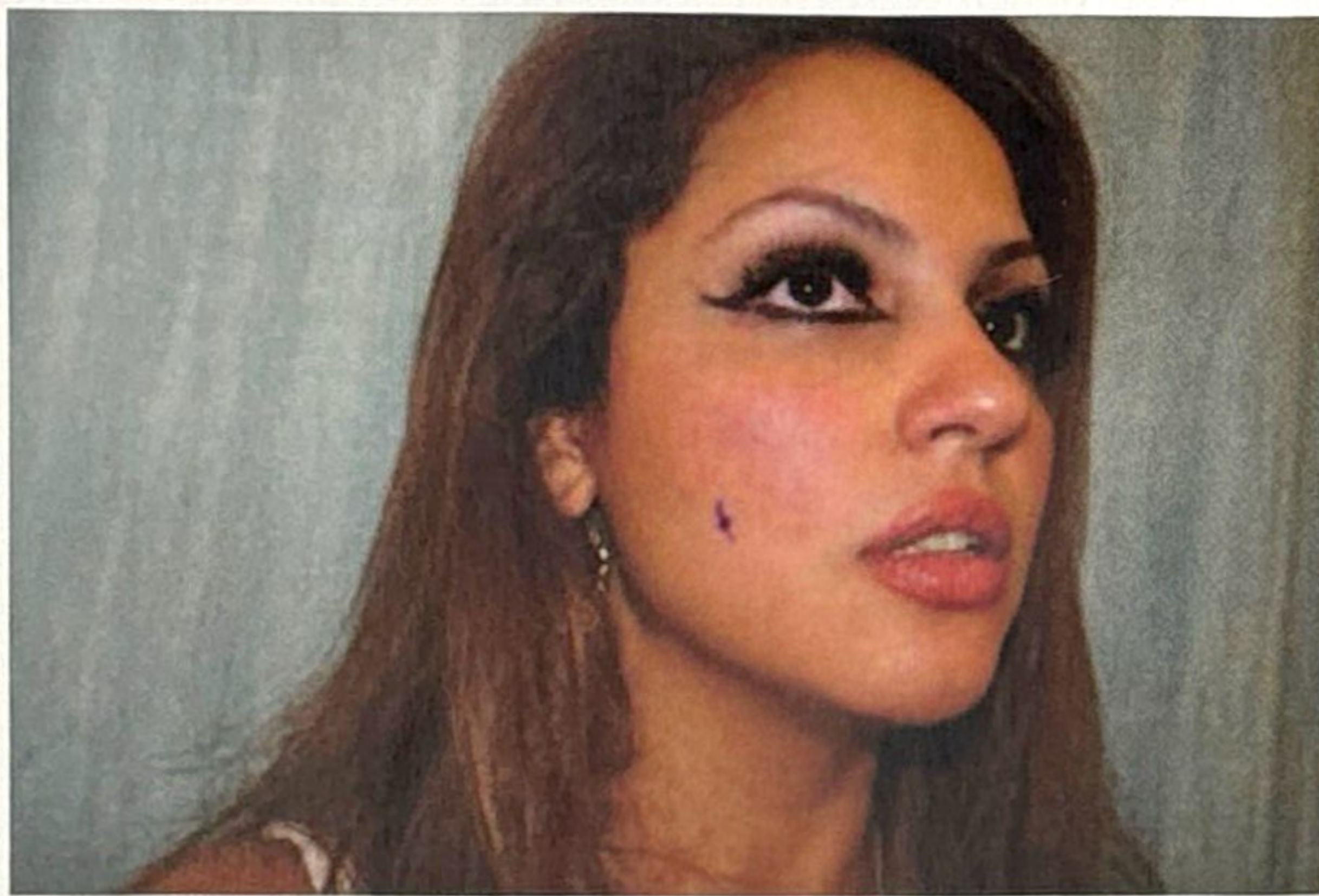
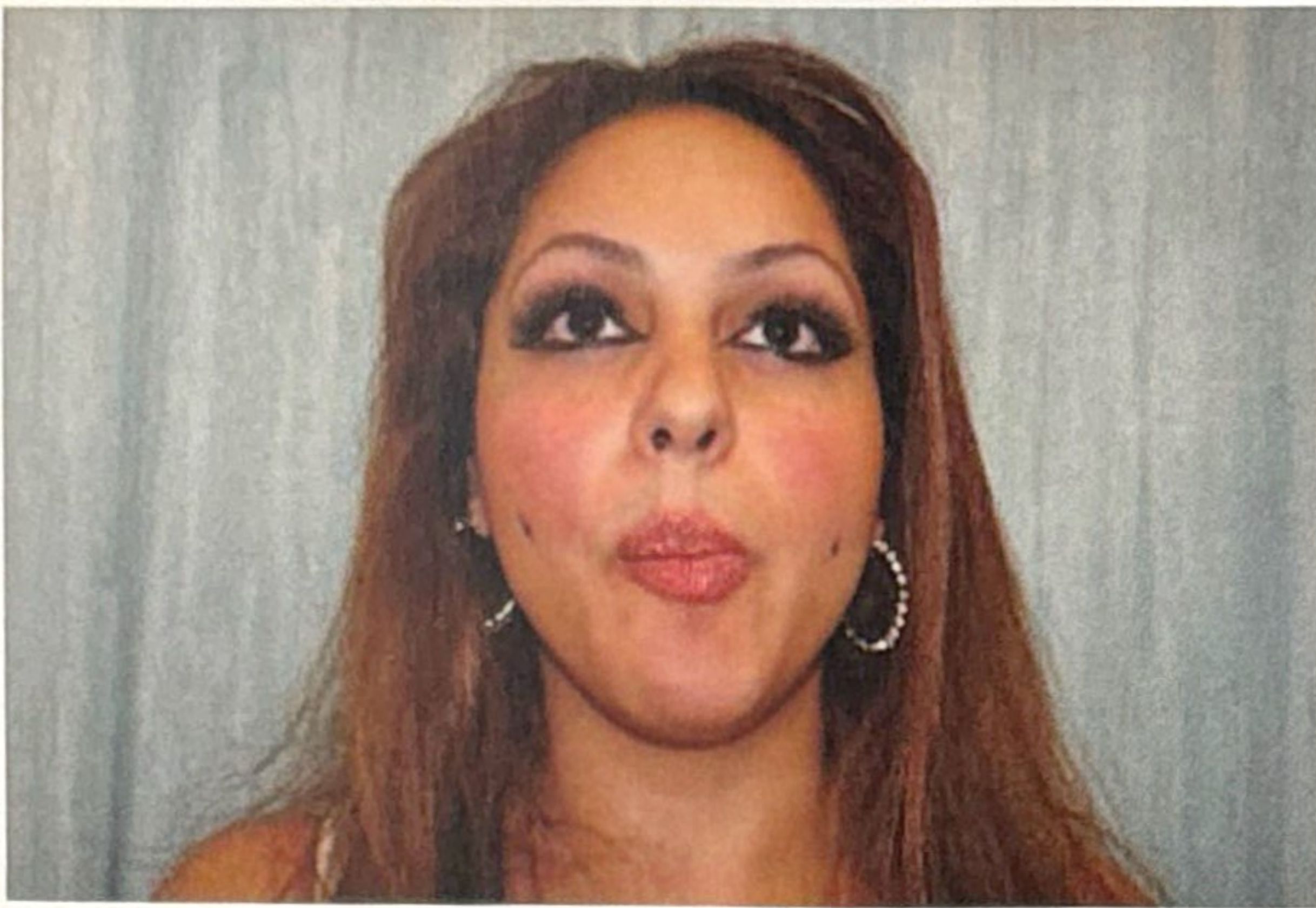


Abb. 1: Präoperative Markierung

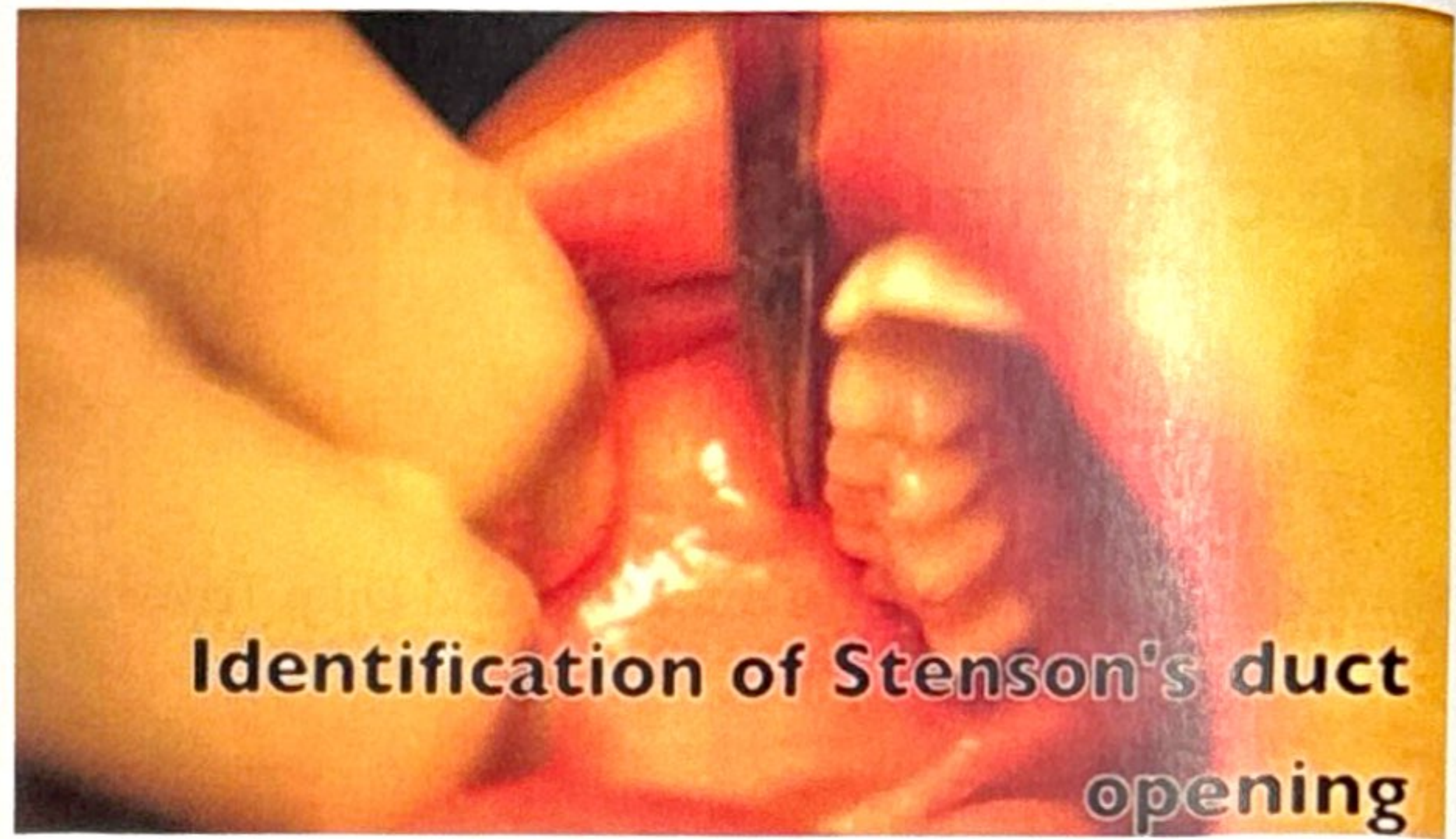


Abb. 2a: Darstellung der Mündung des Parotisausführungsgangs

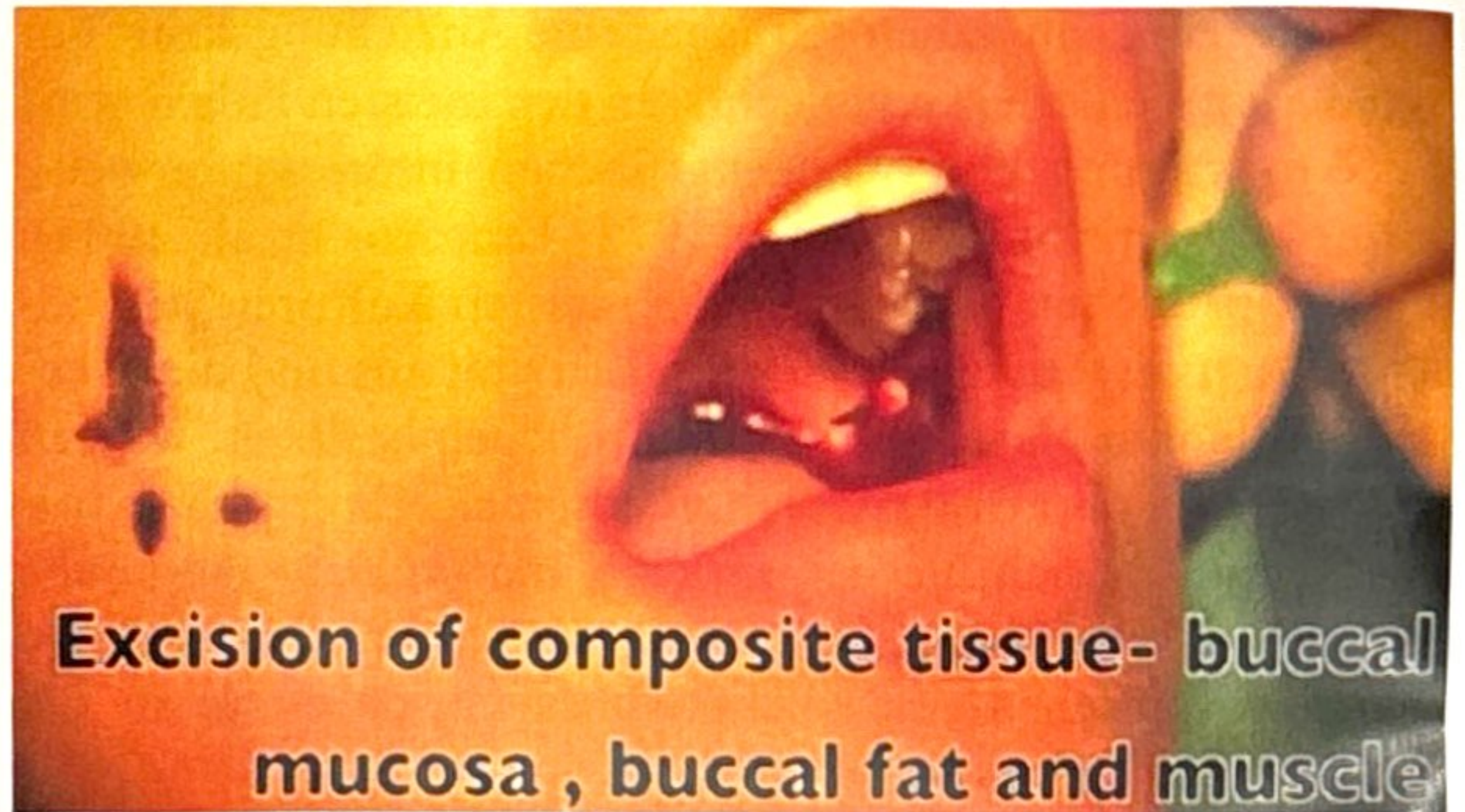


Abb. 2b: Entfernung des Gewebsblocks Schleimhaut, Muskulatur und Fettgewebe

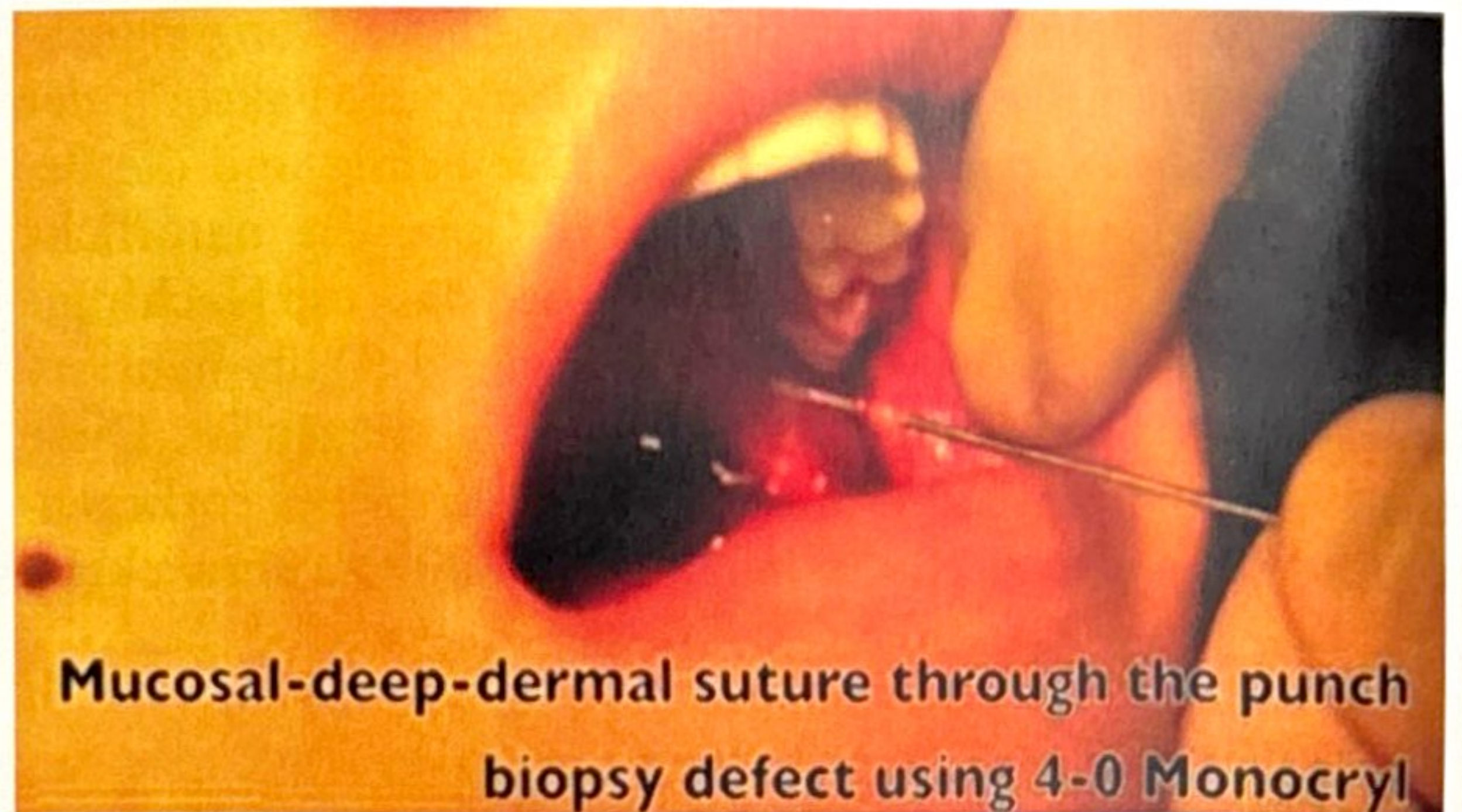


Abb. 2c: Anlegen der Naht



Abb. 2d: Darstellung am Ende der Operation nach Knüpfen der Naht



Abb. 3: Postoperative Bilder in Ruhe und in Aktivität

Postoperativer Verlauf

Eine einfache postoperative Analgesie wird empfohlen, außerdem kann ein Breitspektrum-Antibiotikum für 5 Tage gegeben werden. Eine antiseptische Mundspülung nach Nahrungsaufnahme wird für eine Woche nach dem Eingriff empfohlen. Die Patienten kühlen mit einem Kühlpack in den ersten 24 Stunden nach der Operation. Der Oberkörper sollte während der ersten Nächte beim Schlafen leicht angehoben sein.

Nachuntersuchungen finden 1 Woche, 6 Wochen, 6 Monate und 1 Jahr nach dem Eingriff statt.

Komplikationen und Nebenwirkungen

Eine vorübergehende Schwellung hält 24 Stunden an. Eine Knoten-ähnliche Schwellung im Bereich der Naht kann bimanuell für wenige Wochen getastet werden. Diese Verhärtung verschwindet spontan.

Eine Hyperpigmentierung kann vorübergehend auftreten, dies ist bei Patienten mit dunkler Hautfarbe häufiger der

Fall. Nach der Erfahrung normalisiert sich die Pigmentierung, eine innere Narbenbildung erfordert 12–18 Monate bis zur Normalisierung.

Der Chirurg sollte aufmerksam gegenüber Blutung und Infektion sein. Im besonderen Fall sind Antibiotikagabe oder sogar Entlastung angezeigt.

Unterkorrektur ist die häufigste Ursache für eine Revision, dies kann nach Ablauf von 3 Monaten erfolgen. Allerdings wird das Abwarten von 6 Monaten empfohlen. Überkorrektur ist außergewöhnlich selten beobachtet worden. Asymmetrie wird selten beobachtet, dies ist allerdings selten eine Indikation für einen Revisionseingriff (Saraf u. Pillutia 2010).

Weitere mögliche, wenngleich sehr seltene Komplikationen beinhalten Verletzungen von Ästen des N. facialis und/oder eine Verletzung des Parotisausführungsgangs.

Erfahrungen des Autors

Zwischen 2009–2012 wurden 144 Grübchen bei 75 Patienten angelegt. Das Alter der Patienten reichte von 18–44 Jahren (Durchschnitt 25 Jahre), 88 % der Patienten waren Frau-

en. Die Mehrheit der Patienten (68 Patienten) gaben später an, dass die Rübchen ihre Erscheinung deutlich verbesserten und sie attraktiver machten. 11 Patienten mussten sich einer Revisionsoperation unterziehen (6 einseitig, 5 beidseitig). Die Gründe lagen einerseits in einem Abflachen des Rübchens über den Zeitverlauf oder weil die Patienten tiefere Rübchen wünschten. Bei einem Patienten gab es eine vorübergehende Hyperpigmentierung. 2 Patienten zeigten eine Infektion, ein Patient musste im Operationsbereich operativ entlastet werden. Subjektiv bewerteten 64 das Ergebnis als gut bis exzellent und in 11 Fällen als unbefriedigend. Diese Patienten bewerteten die Tiefe als nicht ausreichend und bei ihnen wurde daher eine Revisionsoperation durchgeführt.

Diskussion

Wikipedia definiert Rübchen („dimple“) als eine kleine natürliche Einziehung des Weichgewebes an einer Stelle des menschlichen Körpers, am sichtbarsten an der Wange oder dem Kinn. Ein Rübchen ist definiert als „a small natural hollow area or crease, permanent or transient, in some soft part of the human body, especially one formed in the cheek in smiling or any similar slight depression“ (www.dictionary.com).

In der anatomischen Beschreibung finden sich kaum Erwähnungen von Rübchen. Kadaverdissektionen von 1998 von Pessa et al. beschreiben einen M. zygomaticus major, der in 34 % der Fälle zweigeteilt auffiel und in diesen Fällen fanden sich einige Insertionen eines Anteils des Muskels, der in die Wangenhaut ausstrahlte. Pessa et al. folgerten, dass diese Besonderheit für die Wangenrübchen verantwortlich seien. Der M. zygomaticus zieht mit seiner Kontraktion ein dermales Hautrübchen nach innen (Pessa et al. 1998a, b).

Domenici Santorini berichtet in einem frühen schriftlichen Aufsatz 1775 (Anatomici Summi) von 2 Kadaverdissektionen, bei denen er Insertionen des M. zygomaticus major fand, die an 2 Stellen inserierten. Eine Insertion des unteren Muskelbauchs strahlte zwischen dem M. depressor anguli oris hindurch. Ein weiterer Bericht eben dieser Variation wurde von Zuffery (1992) beschrieben (Cummins 1966).

Die Literatur zu diesem Thema basiert auf anatomischen Präparationen und zeigt eine Korrelation zwischen dem gespaltenen Musculus zygomaticus major und formt dadurch natürliche Rübchen. Trotzdem sind die veröffentlichten Arbeiten über Dissektionen gering, sodass hier keinerlei statistische Bedeutung abzuleiten wäre. Die Formierung von Wangenrübchen ist ein dynamisches Phänomen. Dabei ist es faszinierend, dass in Ruheposition kein Rübchen zu beobachten ist. Allerdings gibt es ein sogenanntes „Rübchenspiel“ mit Aktivierung der Gesichtsmuskulatur wie Lächeln oder Spitzen der Lippen. Das dynamische Kernspintomogramm oder Sonographie wären gut geeignete Methoden zum besseren Verständnis des Phänomens der Rübchenformung.

Basierend auf den wenigen anatomischen Arbeiten und der Analyse von Menschen, die natürliche Rübchen aufweisen, gehen wir davon aus, dass Rübchen durch natürliche Varianten der mimischen Muskeln entstehen. Hierbei entstehen sogenannte „Pseudo muco-cutane Bänder“, die die Hauteinziehung nach außen erzeugen. Daher kommt es in Ruhe nicht zur Rübchenbildung, da kein Zug auf diesem Ligament besteht. Während der Animation der Gesichtsmuskulatur kommt es dagegen zur Muskelkontraktion mit konsekutivem Zug auf dem Band und dann der Ausformung des Rübchens.

Drei verschiedene Techniken zur Erzeugung von Wangenrübchen werden in der Literatur beschrieben. Khoo (1962) beschreibt eine Technik unter Zuhilfenahme einer Punch-Stanze und einer Schleimhaut-Hautnaht (Khoo 1962). Wir sehen bei der Verwendung der Punch-Stanze die Gefahr der Verletzung von Ästen des Nervus facialis und des Parotisausführungsgangs. In diesem historischen Artikel ist die Anzahl der operierten Patienten gering und keine Langzeitergebnisse werden aufgezeigt. Bao et al. (2007) beschreiben das Verfahren unter Verwendung einer Nylonnaht statt resorbierbaren Nahtmaterials. In diesem Fall des Verfahrens sehen wir die Gefahr einer Überkorrektur und Infektionsgefahr. Thomas et al. (2010) beschreiben eine Technik mit Einschneiden der buccalen Schleimhaut und Splitten des Musculus buccinator und Anlegen einer muco-cutanen Naht. Lari und Panse (2012) verwenden eine Überknüpfnaht für die Dauer von 2 Wochen während der postoperativen Phase anstelle einer resorbierbaren Naht. Wir haben diese Technik ausprobiert. Trotzdem konnten wir dadurch das Ergebnis nicht verbessern und das Resultat gefiel uns nicht.

Bei den vorgenannten Verfahren besteht stets ein hoher Grad an Unsicherheit hinsichtlich der Verletzungsmöglichkeiten von Ästen des Nervus facialis und vom Ausführungsgang der Glandula Parotis. Da der Weg der Dissektion nicht direkt durch die Schichten der Wange verläuft, ist diese Gefahr stets vorhanden, mit der möglichen Folge einer Nervenlähmung oder einer Speichelfistel. Die Entwicklung unserer Technik basiert auf unserer Erfahrung, die wir mit der Durchführung von Buccinator-Schleimhaut-Muskellappen für die velopharyngeale Verschlussplastik gesammelt haben, ohne jemals einen Nervenschaden oder eine Verletzung des Ausführungsgangs gesehen zu haben. Die „Rail-Road“-Technik mit einer dünnen Kanüle als Führungskanüle ist sicher und dadurch werden die Möglichkeiten einer Verletzung von sensiblen Strukturen des Gesichts minimiert.

Die Langzeitergebnisse der rübchenformenden Operation sind schwierig vorauszusagen. Die Autoren gehen davon aus, dass das Verfahren Narbengewebe erzeugt, das eine Verbindung zwischen der tiefen Dermis und der Schleimhaut schafft. Wie sich diese Narbe über die Zeit in Abhängigkeit von Schwerkraft und Verlust der Elastizität durch Altern verhält, kann nicht vorausgesagt werden. Wir gehen davon aus, dass das Rübchen leicht nach unten sinken wird mit dem Absinken der Gesichtsteile. Lediglich die Langzeitbeobachtung unserer Patienten wird hierauf Antworten geben.

von Heimburg • Richter • Lemperle

Ästhetische Chirurgie

38. Ergänzungslieferung, Juli 2017

- Die chirurgische Formung von Wangenrübchen
- Nicht-operative Therapie der Kielbrust
- Kryolipolyse
- Biomedizin und Implantatforschung