

# OP-Leitfaden **Oberlidplastik (Blepharoplastik)** mit der Radiofrequenztechnik

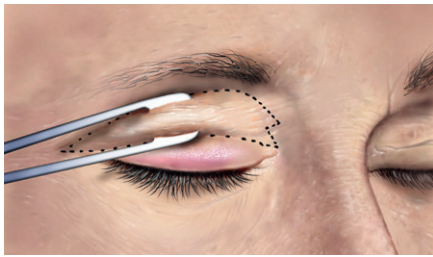


Abb. 1: Schnittführung der Oberlidplastik

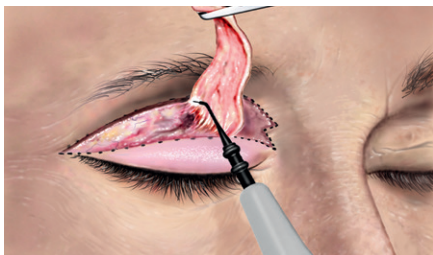


Abb. 2: Hautschnitt und Exzision des Hautareals mit Mikrodissektionselektrode

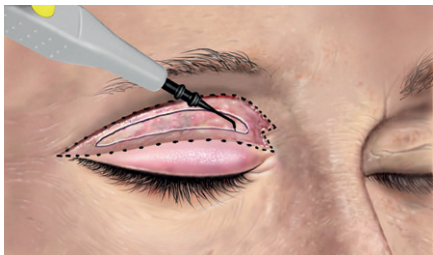


Abb. 3: Exzision eines schmalen Streifens M. orbicularis oculi

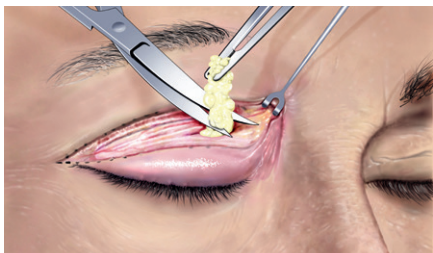


Abb. 4: Entfernung von prolabierendem Fett nach Eröffnen des Septum orbitale



Abb. 5: Vor und nach einer Oberlidplastik

**Haftungsausschluss:** Unsere Leitfäden werden in Zusammenarbeit mit führenden Medizinern des jeweiligen Fachgebietes erarbeitet. Sie stellen keine detaillierte Therapieanleitung dar. Sie ersetzen auch nicht die Gebrauchsanweisung der eingesetzten Medizinprodukte. Jegliche Haftung für das Behandlungsergebnis wird, soweit sie über die gesetzliche Herstellerhaftung hinausgeht, ausgeschlossen.

## Indikationen / Kontraindikationen

Die Augenlidplastik hat die Korrektur der Hauterschaffung (Dermatochalasis), der prolabierenden Fettpolster und der periorbitalen Falten zum Ziel. Gegebenenfalls müssen gleichzeitig tiefer liegende Augenbrauen angehoben werden (Augenbrauenlifting).

Die Verwendung der Radiofrequenztechnologie für die Blepharoplastik erlaubt ein blutungsarmes und exaktes Arbeiten mit besonders feinen Schnitten, die hilft, die OP-Zeit und das postoperative Trauma zu minimieren.

## Vorbereitung des Patienten

Die Anatomie von Augenhöhle, Augenbrauen, Ober- und Unterlid und Periorbitalregion sollte untersucht und fotodokumentiert werden mit besonderer Beachtung der Symmetrie der Lider und Augenbrauen. Asymmetrien können postoperativ stärker auffallen. Ein „Pseudoschlupflid“ aufgrund einer Augenbrauenptosis sollte ausgeschlossen werden bzw. bei der OP-Planung berücksichtigt werden (Kombination von Augenlidplastik und Augenbrauenlifting).

Die Oberlidplastik wird bevorzugt in Lokalanästhesie (z.B. mit Xylonest® 1% mit Adrenalin 1:200 000) durchgeführt. Vor der Lokalanästhesie und nach Hautdesinfektion (z.B. mit Octenisept®) und Entfernung von Make-Up wird die Schnittführung in aufrechter Position mit einem feinen Stift markiert.

Bei gut definierter Oberlidfalte verläuft die untere Schnittführung knapp oberhalb der Oberlidfalte. Falls die Oberlidfalte nicht vorhanden ist und neu definiert werden muss, sollte ein Abstand von 8 mm zwischen unterem Hautschnitt und Lidrand des Oberlides unbedingt eingehalten werden. Nach medial kann die Schnittführung bei Bedarf über das mediale Tränenpünktchen hinaus geführt werden, ohne die dickere Haut des Nasenabhangs zu erreichen. Bei starkem Hautüberschuss kann hier eine W-Plastik angelegt werden (Abb. 1). Nach lateral ist die Schnittführung in einer Krähenfussfalte zu verlängern, die ca. 6 mm oberhalb des Augenaußenwinkels liegt und sollte nicht über den lateralen Orbitarand hinausgehen. Zur korrekten Abschätzung des zu resezierenden Hautüberschusses wird die Haut des geschlossenen Oberlides so weit mit einer stumpfen Pinzette gerafft, bis das Lid sich gerade öffnet. Dabei wird die Pinzette kaudal in der neuen Lidfalte platziert. Dann wird der obere Rand der lanzettartigen Hautexzision mit einem Stift markiert.

## Durchführung

Mit der kurzen ARROWtip™ Mikrodissektionselektrode (z.B. REF 360321) wird das entsprechende Hautareal inzidiert und entfernt (Abb. 2). Die Einstellung am CURIS® RF-Generator kann entsprechend der gewünschten Schnittgeschwindigkeit gewählt werden. Die Elektrode sollte völlig ohne Widerstand durch das Gewebe gleiten. Ggf. muss die Schneidleistung nachjustiert werden. Anschließend erfolgt sofort eine sorgfältige Blutstillung mit der feinen bipolaren SuperGliss® Pinzette (z.B. REF 780148SG), um die Hämatombildung zu minimieren.

In aller Regel sollte ein schmaler Streifen M. orbicularis oculi mit entfernt werden (Abb. 3). Dies kann ebenfalls mit der ARROWtip™ Elektrode erfolgen oder alternativ kann auch der Muskel durch bipolares Koagulieren „geschrumpft“ werden. Wenn präoperativ ein Fettprolaps diagnostiziert wurde, wird – während etwas Druck auf den Augapfel ausgeübt wird – hervortretendes Fettgewebe nach Eröffnen des Septum orbitale z.B. mit einer kleinen Schere entfernt (Abb. 4), nachdem vorher alle Gefäße sorgfältig bipolar koaguliert wurden, um ein retrobulbäres Hämatom zu vermeiden. Die Hautnaht erfolgt in aller Regel als Intrakutannaht mit einem monofilen 6-0 Faden.



Abb. 6: ARROWtip™ (REF: 360321)



Abb. 7: SuperGliss® (REF: 780148SG)

## Nachbehandlung

Postoperativ sollte der Patient möglichst mehrere Stunden flach liegen und zur Vorbeugung gegen Ödeme und Hämatome das OP-Feld mit Kühlaggregaten jeweils für 15 min innerhalb einer Stunde gekühlt werden. Nach 7-8 Tagen kann der Faden entfernt werden.

## Geräteinstellungen CURIS® (REF: 36 01 00-01)

Erster Hautschnitt mit ARROWtip™: Monopolar CUT 1  
Leistung: 15 Watt

Präparieren der Haut mit ARROWtip™: Monopolar CUT 2  
Leistung: 21 Watt

SuperGliss®: PRECISE  
Leistung: 23 Watt

**Weiteres Zubehör:** Handgriff monopolar (REF: 360704), Kabel (REF: 360238), Einweg-Neutral-elektroden (REF: 360222)

