

## Bauchdeckenstraffung

# Straff statt schlaff

Glatter Bauch, schlanke Taille – das sind die wesentlichen Akzente einer attraktiven Körpermitte. Bisher war eine Bauchdeckenstraffung (Abdominoplastik) eher unpopulär. Doch die Entwicklung schonender Operationstechniken und Narkosen macht diese Methode für viele zunehmend interessanter.

**V**or allem Frauen nach Geburten oder Patienten nach deutlicher Gewichtsreduktion sind mit ihrem erschlafften Bauch und der hängenden Haut unzufrieden. Wegen der starken, länger andauernden Dehnung der Bauchwand – Haut und Unterhautgewebe – erlahmen Muskulatur und Bindegewebe. Da helfen auch ein intensives Training oder kosmetische Maßnahmen nur begrenzt – die Auseinanderweichung der geraden Bauchmuskeln bleibt bestehen (sog. Rektusdiastase). Oftmals sind wichtige Halthaltestrukturen im Gewebe und in

der Haut gerissen wie beispielsweise bei Dehnungsstreifen (Striae).

**Die Abdominoplastik:** Liebevoll nennen die Amerikaner diesen Eingriff „Tummy Tuck“. Darunter sind viele Techniken zusammengefasst, die auf eine lange Geschichte zurückgehen. 1890 veröffentlichten die Ärzte Demars und Marx eine abdominelle Fettschürzenentfernung. Die ersten ästhetischen Indikationen zur Bauchdeckenstraffung wurden in Deutschland 1909 durch Weinhold und 1910 durch den Amerikaner Kelly gestellt. Gonzalez Ulloa beschrieb 1960 eine Technik mit dem Na-

men „Belt Lippektomy“. 1967 veröffentlichte Pitanguy seine Technik, die bis heute richtungweisend ist. Durch stete technische Modifikationen wurde bis heute eine sehr zuverlässige Grundtechnik entwickelt. Das ästhetische Ergebnis wurde optimiert und Komplikationen minimiert – vorausgesetzt, das Verfahren wird von einem geübten Chirurgen durchgeführt. Durch die Kombination mit einer Fettabsaugung hat man überdies die Möglichkeit, der Methode den Feinschliff zu geben. Im Speziellen beinhaltet der Begriff „Abdominoplastik“ kleine Korrekturen bis hin zum

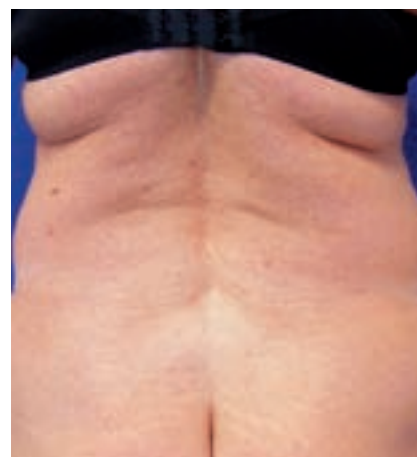
kombinierten Großeingriff. Nicht zuletzt gilt es als technisch elegant und erforderlich, größere Rekonstruktionen der vorderen Bauchwand mit einer Fettschürzenresektion bzw. Abdominoplastik zu kombinieren.

Als optimal hat sich in der modernen Ästhetischen Medizin die Zusammenarbeit mit kosmetischem Fachpersonal erwiesen. Dieses bereitet die Haut mittels kosmetischer Ganzkörperbehandlungen auf den Eingriff optimal vor und sorgt überdies für eine kompetente Nachbehandlung.

### Den Körper formen

**Indikation:** Die Plastische und Ästhetische Chirurgie der Bauch- und Rumpffregion betreibt Körperformung. Dies hat in den meisten Fällen ästhetische Gründe. Grob gesagt zählen alle Dehnungsphänomene der Bauchregion – also auch die Schwangerschaft – zu den Ursachen der Erschlaffung von Bauchwand und Bauchdecke. Durch die Zunahme der krankhaften Fettleibigkeit (Adipositas) bestehen allerdings mehr und mehr Indikationen zu Straffungsoperationen auf rekonstruktiver Basis. Oft liegen verschiedene Problematiken der Haut wie z.B. Intertrigo (Wundsein), Erschlaffung, Dehnungsstreifen (Striae) oder Narbenbeschwerden vor. In Ausnahmefällen von extremer Adipositas lässt sich die Pflegbarkeit (bei Intertrigo und Entzündungen) sowie die Beweglichkeit verbessern, wenn man die Fettschürze chirurgisch entfernt; hier stellt die Ästhetische Chirurgie sozusagen den kurativen Ansatz der Adipositaschirurgie dar.

**Ziel der Maßnahme** ist es, Bauchwand und -decke zu straffen und die gewünschte Körpersilhouette zu schaffen. Hierbei sollten sich möglichst we-



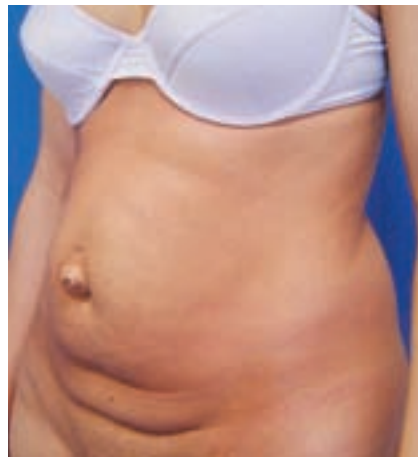
60-jährige Patientin nach 2 Schwangerschaften und 30 kg Gewichtsreduktion mit Rektusdiastase und Fettschürze vor und nach der Operation

nig sichtbare Narben ausbilden. Unvermeidliche Narben – im Nabelbereich und über die gesamte Breite des Unterbauches – werden in der Regel versteckt positioniert. Hierbei wird den persönlichen Vorlieben hinsichtlich Dessous und Bademode Rechnung getragen. Außerdem soll der Nabel schön aussehen und an der richtigen Stelle sitzen. Die schwierigste Anforderung an das ästhetische Ergebnis ist die indi-

viduell angepasste Konturierung besonders im Bereich der Taille und der Lenden. Bei Frauen mit Bauchwandinstabilität (Rektusdiastase), insbesondere nach einer Schwangerschaft, ist die stabilisierende Rekonstruktion der vorderen Bauchwand – indem man die beiden senkrechten Bauchdeckenmuskeln vereinigt – nicht nur aus ästhetischen, sondern auch aus gesundheitlichen Gründen eine gute Investition.

#### Methoden im Überblick

Technik	Alter	Hautelastizität	Rektusdiastase	Fettschürze
Bauchliposuktion	jung	gut	keine	keine
Miniabdominoplastik	jung	gut	mit und ohne	gering
Standardabdominoplastik	jedes	jede	mit und ohne	mittel bis stark
Fettschürzenresektion	jedes	schlecht	mit und ohne	stark
Abdominoplastik + Liposculpturing	jedes	mäßig	mit und ohne	mäßig
Ganzkörperstraffung – Bodylift	< 60	schlecht	mit und ohne	multipel



25-jährige Patientin nach 2 Schwangerschaften mit Nabelhernie und Rektusdiastase

**Kontraindikationen:** Der Patient hält an überhöhten Erwartungen fest, Essverhaltensstörungen, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenfunktionsstörung, Blutgerinnungsstörungen, Blutungsneigung, Darmentleerungsstörungen, Infektionen. Da Intertrigo und Diabetes mellitus typische Begleiterkrankungen der morbiden Adipositas sind, ist der Eingriff im Einzelfall trotz relativer Kontraindikation zu überlegen.

### Immer realistisch bleiben

**Risiken:** Bei gutem Handling durch den Operateur, fachgerechter Ausführung, optimaler Vorbereitung und kon-

sequenter Mitarbeit des Patienten sind Komplikationen selten. Typische Komplikationen sind:

- Schwellungen,
- Serom (Flüssigkeitsansammlung),
- Nachblutungen,
- Hämatome,
- Wundheilungsstörung,
- Infektion,
- Gewebeuntergang,
- Thrombose,
- Embolie,
- Narbenbildung,
- Asymmetrie,
- Unzufriedenheit mit dem ästhetischen Ergebnis.

Der Operateur muss durch eine umfassende Aufklärung sicherstellen, dass die Patienten den geplanten Eingriff und seine Risiken verstanden haben. Am Ende eines solchen Gesprächs steht die Einverständniserklärung. Hier werden Erwartungshorizont und die angesprochenen bzw. möglichen Komplikationen dokumentiert. Des Weiteren wird festgelegt, dass Letztere in Risikogemeinschaft getragen werden.

**Erwartungshorizont:** Nach Befragung und Untersuchung berät der erfahrene und versierte Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie den Patienten in Sachen Operationstechniken und legt dar, welche individuell die richtige ist. Zudem erklärt er bei Kombinationsverfahren die Zusammenhänge und legt die Vor- und Nachteile der Methode dar. So profitiert der Patient vom Erfahrungsschatz des Operateurs. Eventuell bestehende Missverständnisse sind sofort auszuräumen und zu klä-

ren. Grundsätzlich gilt: Die Erwartungen an das Verfahren müssen sich im Rahmen des Machbaren bewegen!

**Ergebnisoptimierung:** Eine ästhetische Korrektur ist ein geplanter Eingriff. Die Patienten können sich also gezielt darauf vorbereiten und selbst am Ergebnis mitwirken: So sollten sie dafür sorgen, dass sie in einer guten gesundheitlichen Verfassung sind. Hierzu gehört es z.B., dass ab dem 10. präoperativen Tag bis zur gesicherten Wundheilung auf Nikotin und Alkohol verzichtet wird. Das Körpergewicht sollte auf dem Niveau des Wunschgewichtes sein; doch Vorsicht bei Hungerkuren! Mangelerscheinungen können die Wundheilung erheblich beeinträchtigen. Des Weiteren ist die Haut kosmetisch vorzubereiten.

Ob und welche Medikamente eingenommen werden können bzw. abzusetzen sind, ist mit dem Operateur abzustimmen. Ab dem ersten postoperativen Verbandswechsel wird ein gut sitzendes Kompressionsmieder für mindestens 8-12 Wochen getragen. Dieses wird bereits vor dem Eingriff im Sanitätshaus ausgesucht.

Sauna, Sonne, Solarium, Sport und Sitzen sind für mindestens sechs Wochen zu meiden. Es ist ratsam, nach der Entlassung aus der Klinik sieben bis zehn freie Tage einzuplanen. Abgestimmt mit dem Operateur können dann eine erweiterte Nachbehandlung wie z.B. Narbenprophylaxe und kosmetisch unterstützende Maßnahmen erfolgen.

**Korrekturoperationen:** Diese sind grundsätzlich vor operativen Eingrif-

### AUF EINEN BLICK

**Narkose:** Vollnarkose

**Dauer des Eingriffs:** 1,5 bis 3,0 Std.

**Klinikaufenthalt:** 4 bis 7 Tage

**Risiken:** Nachblutung, Blutergüsse, Serome, Schwellungen, Schmerzen, Wundinfektion, Wundheilungsstörungen, Thrombose, Embolie

**Kontraindikationen:** Psyche, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenfunktionsstörungen, Blutgerinnungsstörungen, Blutungsneigung, Infektion, Darmentleerungsstörungen

**Kosten:** ca. 5.800 bis 7.300 Euro

**Nach der Operation:** 2-3 Wochen Genesung einplanen, 8-12 Wochen Kompressionsmieder obligat, mind. 6 Wochen Sonne, Sauna, Solarium, Sport und Sitzen meiden, Rauchen bis zur vollständigen Wundheilung einstellen



25-jährige Patientin nach Taillierung (Bild links), Nabelkorrektur (Bild Mitte) und Silhouettenbildung (Bild rechts)

fen, insbesondere aber bei plastisch-ästhetischen Eingriffen, mit den Patienten zu erörtern. Zwar lassen sich gute Ergebnisse ohne Korrekturen erzielen, kleinere Narbenkorrekturen oder Fettpolsterglättungen in örtlicher Betäubung sind allerdings an der Tagesordnung, will man dem Ergebnis den Feinschliff geben. Sind die Patienten darauf eingestellt, ist eine Nachoperation i.d.R. nach 3–6 Monaten sogar gewünscht.

### Es muss individuell passen

**Techniken:** Abhängig vom Schweregrad können eine Liposuktion (Fettabsaugung), eine Miniabdominoplastik, eine Fettschürzenresektion oder eine komplette Abdominoplastik mit Rektusdiastasenstraffung und Nabelneuplantation ggf. in Kombination mit Liposculpturing in Frage kommen. Eine Kombination mit anderen Straffungsoperationen ist beim Bodylift nach Lockwood möglich. Hierbei handelt es sich um eine Ganzkörperstraffung, wobei Bauch, Hüfte, Rücken, Gesäß, Oberschenkel und Genitale in einer Operation involviert sind. Diese Technik wird gesondert in einer späteren Ausgabe thematisiert.

**Tricks und Kniffe:** Worauf der erfahrene Facharzt für Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie achtet, sind – wie oftmals – die Kleinigkeiten. Viele Einzelschritte machen ein gelungenes Ganzes. Aus meiner Sicht ist es in allererster Linie wichtig, den Patienten so zu beraten, dass das, was geplant wird, zum Patienten passt, technisch möglich

ist und dann wie besprochen auch eintritt. Die Zufriedenheit aller Beteiligten hängt dabei von folgenden Faktoren ab:

- optimale körperliche und psychische Vorbereitung durch den Patienten selbst,
- gute Planung und Anzeichnung von Schnittführung und Narbe,
- gewebeschonender Umgang während der Operation,
- Ausgleichen von Übergängen durch spezielle Schnitttechniken,
- Glätten von Fettpolsterchen und Bearbeitung von Konturdetails,
- Nahttechnik & Material,
- Verbandstechnik, Nachsorge, Kompressionsmieder,
- schonende Narkose sowie effiziente Schmerzbehandlung,
- Mitarbeit des Patienten,
- Erfahrung des Behandlers,
- kosmetische Vor- und Nachsorge.

**Kosten:** Da es sich bei der Abdominoplastik i.d.R. um einen ästhetischen Eingriff handelt, wird die Operation von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen nicht bezahlt. Ausnahmen stellen die medizinisch indizierten Fettschürzenresektionen bei schlechter Hautqualität und Intertrigo dar, bei denen ein echter Krankheitswert vorliegt. Bei massiven Erschlaffungsphänomenen überprüfen die Kostenträger fallabhängig Einzelfallanträge zur Kostenersatzung von Straffungsoperationen, auch wenn typische Entzündungszeichen der Haut noch nicht vorliegen.

*Chefarzt J.H. Reus, Ärztlicher Leiter, Facharzt für Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie, Paracelsus MVZ Karlsruhe, Zentrum für plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie, [www.plastischechirurgiereus.de](http://www.plastischechirurgiereus.de)*



Nabelhernie



nach Nabelkorrektur