

Was die Plastische Chirurgie kann

Ein gut aussehender Körper ist wie ein Statussymbol. Wer ihn nicht hat, bekommt zu spüren, dass er der Konkurrenz hinterherhinkt. Deshalb wird der Körperkult zum Breitensport und auch der normale Endverbraucher findet den Weg zum Plastischen Chirurgen.

Welche Möglichkeiten es gibt, den Körper schöner zu formen, und welches Potenzial in diesen Techniken steckt, zeigt der zweite Teil unserer Serie Figurformung. Neben den Möglichkeiten werden auch die Risiken kritisch beleuchtet.

Das Schlankheitsideal

Das ideale Verhältnis von Taille zu Hüfte (Waist-Hip-Ratio = WHR) sollte nach vorherrschender Meinung bei etwa 0,7 liegen. Man erhält diesen Wert, indem man den Taillenumfang durch den Hüftumfang dividiert. So ergeben zum Beispiel 63 cm Taillenumfang geteilt durch 90 cm Hüftumfang einen WHR von 0,7. Frauen weisen durchschnittlich einen deutlich niedrigeren Wert auf als Männer. Bis zum Beginn der Pubertät allerdings liegt der WHR geschlechtsunabhängig bei ca. 0,9. Unter dem Einfluss von Östrogen wächst dann bei Frauen das Becken, es bilden sich typisch weibliche Fettdepots an Po und Oberschenkeln und der WHR geht gegen 0,7. Beim Mann dagegen bleibt die Hüfte im Verhältnis zur Taille schmal – der ideale Wert liegt hier bei 0,9.

Trend: große Brust

Zu einer schönen Frau gehört anscheinend auch eine passende, genauer: volle Oberweite. Der Mann sollte eine ausgeprägte Schulter- und Brustpartie aufweisen. Dies impliziert zumindest der Trend in den letzten Jahren, nach dem die eingesetzten Implantate immer größer wurden. Spitzenreiter dieser Entwicklung sind die USA.

Haltung und Fettpolster

Besonders wichtig für den Ausdruck der körperlichen Erscheinung sind nicht nur das Aussehen, sondern auch die Haltung, die Stimme und die Körpersprache. Ein guter Haltungstrainer ist in den meisten Fällen der erfahrene Physiotherapeut. Die korrekte Haltung ist Grundlage für die Planung von figurformenden Eingriffen wie der Brust und Bauchdeckenstraffung sowie der Brustverkleinerung und -vergrößerung. Typische Regionen eines klassischen Eingriffs des Facharztes für Plastische Chirurgie – der Fettabsaugung – sind:

Doppelkinn, Oberarmrückseiten, Bauch, Hüfte, Oberschenkelinnen- und –Außenseiten sowie Knieinnenseite. Die Anlage der Fettpolster ist genetisch festgelegt. Ebenso verändern sich die Füllungszustände dieser Depots in einer festgelegten Reihenfolge je nach Kalorienzufuhr. Die Regulierung der Fettdepots ist also eine Sache des Stoffwechsels und kein lokales Problem. Welche Methoden der Fettabsaugung en vogue sind, lesen Sie in unseren weiteren Veröffentlichungen.

Aus Sicht des Plastischen Chirurgen betrachtet man das Thema der Figurformung unter ästhetisch-funktionellen Gesichtspunkten. Demnach werden Körperstrukturen wie Haut, Bindegewebe, Muskeln und Fett betrachtet und entsprechend behandelt. Zu den gängigsten Operationen gehören Brustoperationen, Fettabsaugungen und Straffungen an der Bauchdecke sowie an den Oberarmen und Oberschenkeln. Effektivität, Risiko und Sinnhaftigkeit dieser Eingriffe sind im Detail mit den Patienten zu erörtern.

Verschiedene Brustoperationen

Die Brust entwickelt sich bei jeder Frau anders und verändert sich das ganze Leben: durch Gewichtsschwankungen, Schwangerschaft, hormonelle Einflüsse oder den völlig natürlichen Alterungsprozess. Viele unterschiedliche Brustformen gelten als attraktiv. Die perfekte Brust ist schwer zu definieren. Frauen fühlen sich wohl, wenn die Brust harmonisch zur Körpersilhouette passt. Tut sie es nicht, kann die Ästhetisch-Plastische Chirurgie Größe und Form vorteilhaft korrigieren.

Brustvergrößerung (Mamma-Augmentationsplastik)

Die Implantate: Eine wichtige Rolle bei der Brustvergrößerung spielen die Implantate: Seit 2001 dürfen in der EU nur Implantate mit CE-Zeichen verwendet werden. Die Patientin erhält einen persönlichen Implantatpass, in dem die Daten des Implantates detailliert aufgelistet sind. Die heute verwendeten Silikonimplantate haben mehrwandige Hüllen und enthalten kohäsives Silikongel. Von der Konsistenz her sind sie mit Weingummi vergleichbar. Es besteht – selbst wenn sie etwa durch einen Unfall schadhaft werden sollten – keine Gefahr, dass das Gel in das Körpergewebe fließt. Moderne Implantate halten laut Hersteller „ein Leben lang“. Es gibt sie tropfenförmig, oval, rund und in verschiedenen Größen.

Neben Silikongelkissen kommen auch Kochsalzgefüllte Implantate zum Einsatz. Diese fühlen sich weniger natürlich an, können Falten werfen und bei Bewegungen gluckerende Geräusche abgeben. Sollte ein Kochsalzkissen unfall- oder verletzungsbedingt beschädigt werden, wird die Kochsalzlösung vom Körper schadlos aufgenommen. Nicht mehr zugelassen sind Implantate aus Sojaöl und Hydrogel sowie titanbeschichtete Implantate.

Die Operation: Grundsätzlich sind bei einer Brustvergrößerung verschiedene Schnittvarianten möglich. Bei der am häufigsten verwendeten Operationstechnik wird der Schnitt in die Brustumschlagsfalte, also inframammär, gesetzt. Dazu führt der Chirurg einen etwa vier Zentimeter langen Schnitt in der Hautfalte unter der Brust durch; es wird eine Tasche geformt und das Implantat eingesetzt. Bei guter Narbenbildung verschwindet die Narbe unauffällig in der Brustfalte. In der Regel bleiben Gefühl und Stillfähigkeit erhalten. Erfolgt der Schnitt im Bereich des Brustwarzenhofs, wird ein halbrunder Schnitt am unteren Teil des Brustwarzenhofs (Mamillenrandschnitt), oder ein „transareolärer Schnitt“ quer über den Warzenhof durchgeführt. Bei Schnitten im nahen Umfeld der Brustwarze besteht grundsätzlich die Gefahr, Drüsengewebe und Milchgänge zu verletzen.

Der Zugang über einen drei bis fünf Zentimeter langen, „transaxillären“ Schnitt in der Achselhöhle ist nur für kleine Implantate geeignet. Hierbei wird von der Achselhöhle aus eine „Gewebetasche“ geformt, in die das Implantat anschließend eingeführt wird. Häufig werden hierfür Kochsalzimplantate verwendet, die erst in der Brust befüllt werden und dadurch leichter einzuführen sind. Nachteil: Der Operateur hat keinen Einblick ins Operationsfeld; bei Problemen lässt sich eine Blutung nicht stillen. Es können Schweißkeime in die Wunde gelangen. Es entstehen zwar keine Narben im Brustbereich, aber dafür in den Achseln.

Bei allen Techniken lässt sich das Implantat in einer Gewebetasche vor oder unter dem Brustmuskel platzieren. Bei der Lage unter dem Muskel (submuskulär oder subpektoral) ist in der ersten Zeit nach dem Eingriff mit stärkeren Schmerzen zu rechnen, da der Brustmuskel sich an die neue Situation anpassen muss. Die schmerzlosere Variante vor dem Muskel und unter der Brustdrüse (subglandulär) erzielt optisch und vom Tastgefühl her ebenfalls ein natürliches Ergebnis. Dies ist jedoch nur sinnvoll und sicher, wenn genügend Brustgewebe vorhanden ist.

Um sich gegen den Fremdkörper – das Implantat – abzuschirmen, bildet der Körper eine Kapsel aus Bindegewebe, die das Implantat umschließt. In weniger als fünf Prozent der Fälle schrumpft und verdickt sich diese Kapsel; es treten Schmerzen auf und die Brustform ändert sich. In diesem Fall spricht man von einer Kapselfibrose. Dies stellt das am wenigsten kalkulierbare Risiko einer Brustvergrößerung dar. Wie bei allen größeren Operationen werden auch hier Drainageschläuche gelegt, damit Blut und Sekret abfließen können. Nach der Operation wird ein Brustgurt und ein Sport-BH angelegt, der für etwa sechs Wochen zu tragen ist.

Brustverkleinerung/Bruststraffung (Mamma-Reduktionsplastik)

Bei großen Brüsten und bei Beschwerden kann man eine Brustverkleinerung vornehmen. Ab einem bestimmten Gewicht des zu entfernenden Gewebes stuft manche Krankenkasse den Eingriff als medizinisch notwendig ein und übernimmt die Kosten. In Folge radikaler Diäten oder mehrerer Schwangerschaften kann ein Missverhältnis zwischen Hautmantel und dem inneren Drüsen- und Fettgewebe entstehen; die Brust erschlafft. Mittels einer Bruststraffung wird der Hautüberschuss entfernt und die Brust wieder attraktiv geformt. Dabei werden die gleichen narbensparenden Techniken eingesetzt wie bei der Brustverkleinerung. Durch ein zusätzliches Implantat lässt sich fehlendes Volumen ergänzen. Die Brustwarzen werden in die gewünschte Höhe verlagert und eingenäht.

Die gängigen Techniken:

Bei der **periareolären Technik**, die sich für moderate Straffungen und Korrekturen eignet, setzt der Plastische Chirurg einen runden oder ovalen Schnitt um den Brustwarzenhof, strafft den Hautmantel und näht die Brustwarze neu ein.

Bei der narbensparenden **Lejour-Technik**, die bei Verkleinerungen um etwa bis zu 500 g durchgeführt wird, verläuft der Schnitt rund um die Brustwarze und zieht sich dann als senkrechte Naht nach unten. Diese Technik wird bevorzugt angewendet, da sie gut vertragen wird und sich eine quer verlaufende Narbe vermeiden lässt. Der Schnitt bei der für großvolumige Verkleinerungen geeigneten **T-Technik/ L-Technik** verläuft rund um die Brustwarze und führt senkrecht nach unten. In umgekehrter T- oder L-Form endet er in der Brustumschlagsfalte.

Straffe Oberarme

Alterungsprozess, Bindegewebserschlaffung, Muskelabbau und Gewichtsabnahme werden dafür verantwortlich gemacht, dass die Oberarmhaut und die darunter gelegenen Bindegewebschichten mit der Zeit erschlaffen. Helfen Sport und Massage nicht, dem oft als „Winke-Winke-Effekt“ bezeichneten typisch weiblichen Fettpolster an der Unterseite des Oberarms Einhalt zu gebieten, hilft oft nur noch eine Operation. Das Ergebnis der Oberarmstraffung lässt sich durch eine gezielte Liposuktion noch optimieren. Die überschüssige Haut und das darunter liegende Fettgewebe können mittels verschiedener Straffungstechniken entfernt werden. Damit die verbleibenden Narben relativ unauffällig bleiben, erfolgt die Schnittführung an der Innenseite der Oberarme; je nach Umfang der zu entfernenden Haut sind größere Schnitte von Achsel bis Ellenbogen nötig. Die Schnittführungen variieren – immer von der Achselhöhle ausgehend – zwischen T-förmig, Hockeyschlägerartig oder gerade. Häufig wird ergänzend das Fett aus den angrenzenden Gebieten abgesaugt. Das oberflächliche Bindegewebsystem wird dazu verwendet, die verbleibende Oberarmhaut im Achselbereich aufzuhängen. Durch diese Rekonstruktion versucht man, breite Narben zu vermeiden und die Armhaut auch zur Achsel hin zu straffen. In der Nachbehandlung ist es sinnvoll, einen Tapeverband anzulegen und ein Kompressionsmieder für 6 bis 8 Wochen zu tragen.

Handelt es sich nur um ein Fettpolster mit leichtem Hautüberschuss, genügt oft eine Fettabsaugung mit anschließender Kompressionsbehandlung. Das endgültige Ergebnis steht frühestens nach drei bis vier Monaten fest, wenn der auch als Retraktionseffekt bezeichnete Nachschrumpfungsprozess nach der Absaugung abgeschlossen ist. Eine Fettabsaugung kann in unterschiedlichen Narkoseformen erfolgen.

Schöner flacher Bauch

Problemzone Bauch: Mehr Männer als Frauen haben einen Bauchansatz. Während sich das starke Geschlecht jedoch kaum daran stört, sind die meisten Frauen mit ihrem Bauch unzufrieden: vorgewölbt, zu dick, schwabbelig, die Haut nicht schön – so die Hauptkritikpunkte. Oft ist die ästhetische Operation die Antwort auf verbliebene Fettpolster und überschüssige Haut, wenn alle sportlichen Bemühungen nicht gefruchtet haben. Massive Fettschürzen nach starker Gewichtsreduktion können einen solchen Eingriff durchaus erfordern, wenn sie eine Funktionsbehinderung darstellen. Folgende Behandlungsoptionen gibt es:

- Miniabdominoplastik
- Bauchdeckenstraffung/Abdominoplastik
- Bauchdeckenstraffung/Abdominoplastik mit Fettabsaugung
- Fettschürzenresektion
- Bauchfettabsaugung

Fettabsaugung: Es gibt genetisch bedingte, mit einer Bindegewebschwäche verbundene Fettgewebepolster, die bewirken, dass sich die Zone zwischen Nabel und Schambereich vorwölbt, überhängt und ausgeleiert und erschlafft aussieht. Bei der Operation werden Fettdepots ausgeräumt und konturiert. Anschließend kommt es im günstigsten Falle zur Retraktion (Gewebestraffung). Zwingend ist, dass nach der Fettabsaugung 6 bis 8 Wochen ein Kompressionsmieder getragen wird. Der Eingriff macht nur Sinn, wenn das Körpergewicht relativ konstant ist. Eine Fettabsaugung kann in unterschiedlichen Narkoseformen erfolgen.

Miniabdominoplastik: Nach Gewichtsverlust oder Schwangerschaft fehlt der Haut und dem Gewebe häufig die Retraktionsfähigkeit. Die Zone zwischen Nabel und Schambereich wirkt ausgeleiert und erschlafft. Bei der Operation wird Fett und Gewebe aus der vorderen Bauchregion über einen Schnitt entfernt, der oft kaum größer als beim Kaiserschnitt ist. Grundsätzlich wird dieser knapp oberhalb der Schambehaarung in einem leichten Bogen entlang geführt. Das Bindegewebe der Bauchwand wird dadurch gestrafft, die Bauchwand fester und die Taille schmaler. Auf die Umschneidung des Nabels wird verzichtet. Manchmal wird parallel eine Fettabsaugung durchgeführt. Auch hier ist eine Operation nur sinnvoll, wenn das Gewicht des Patienten relativ konstant ist. Auch hier ist nach dem Eingriff 6 bis 8 Wochen lang ein Kompressionsmieder zu tragen.

Bauchdeckenstraffung/Abdominoplastik mit und ohne Fettabsaugung:

Die so genannte Fettschürze – gleich welchen Ursprungs – ist ohne Operation nicht zu beseitigen. Die Bauchdeckenstraffung ist einer der aufwändigeren Eingriffe in der Ästhetischen Chirurgie mit einer entsprechend hohen körperlichen Belastung. Bei der Operation wird ein verhältnismäßig großer Haut-, Fett- und Gewebeüberschuss aus der vorderen Bauchregion entfernt. Wie bei jeder Operation muss sich

der Patient darüber im Klaren sein, dass Narben verbleiben werden. Im Idealfall verdeckt – bei guter und im Vorfeld abgeklärter Planung – die Badehose oder der Slip die längere Narbe am Unterbauch, die knapp oberhalb der Schambehaarung in einem leichten Bogen von einem Beckenknochen zum anderen führt. Bei der Operation lässt sich das Bindegewebe der Bauchwand unterhalb und oberhalb des Nabels straffen. So wird die Bauchwand fester und die Taille schmaler. Auch seitliche Geweberaffungen zur besonderen Ausformung der Taille sind zusätzlich möglich. Der Nabel wird umschnitten und an passender Stelle wieder neu eingesetzt. Dieser Eingriff kann in Verbindung mit einer angleichenden Fettabsaugung durchgeführt werden. Im hoch ästhetischen Bereich lassen sich Details der Bauchsilhouette durch Lipostructuring herausarbeiten. Oft ist nach 3 bis 6 Monaten ein Eingriff angezeigt, um die Narbe zu korrigieren. Auch hier ist es wichtig, dass die Patienten ihr Gewicht relativ konstant halten. Ein Kompressionsmieder ist für 8 bis 12 Wochen nach dem Eingriff zu tragen.

Fettschürzenresektion: Massive Fettschürzen können schon vor dem Erreichen des Zielgewichtes im Rahmen einer Adipositasbehandlung funktionsbehindernd wirken. Liegt eine solche funktionelle Einschränkung im Sinne einer Erkrankung vor, so prüfen die zuständigen Kostenträger (Krankenkassen und Versicherungen), ob die Kosten für eine solche Operation teilweise oder vollständig übernommen werden können. Der Eingriff selbst ist mit einer Bauchdeckenstraffung/Abdominoplastik vergleichbar.

Straffe Oberschenkel

Fetteinlagerungen an den Oberschenkeln werden durch Absaugen beseitigt. Bei Hautüberschuss ist eine Straffungsoperation angezeigt. Auch ein Kombinationseingriff ist denkbar. Bei der reinen Straffungsoperation wird die Oberschenkelsilhouette geformt, indem überschüssige Haut und das Zuviel an Gewebe entfernt wird. Die dazu notwendige Narbe liegt entweder im Schritt oder längsseits der Oberschenkelinnenseite. Der Eingriff erfolgt unter Tumescenzanästhesie oder Analgosedierung. Vor der Operation wird die überschüssige Haut vermessen, angezeichnet und damit auch der Verlauf der zukünftigen Narbe festgelegt. In manchen Fällen wird gleichzeitig überschüssiges Fett aus den benachbarten Regionen abgesaugt. Wie bei allen Straffungen spielt das Bindegewebesystem eine wichtige Rolle. Dieses wird vor der Hautstraffung an Bändern und Sehnen im oberen Schamhaarbereich fixiert. Dadurch werden die Zugkräfte von der Narbe genommen und das Ergebnis gesichert. Gelegentlich werden Drainagen gelegt, um das Wundsekret abzuleiten. Nach der Operation sollte ein Kompressionsmieder getragen werden. Hartnäckige Fettpolster an der Oberschenkelaußenseite, die „Reithosen“, stören häufig das ästhetische Erscheinungsbild und vor allem das Selbstbewusstsein vieler Frauen. Männer sind genetisch bedingt nur sehr selten betroffen. Häufig kommen auch noch kleine Fettpolster an den Knieinnenseiten als Störfaktor dazu. Hier bietet die Fettabsaugung die eleganteste Möglichkeit zur Abhilfe. Unter Tumescenzanästhesie oder in Analgosedierung wird durch gezielte kleine Hautschnitte eine Kanüle in das Fettdepot zur Ausräumung eingeführt und das Fett anschließend abgesaugt. Nach der Operation wird das Tragen eines Kompressionsmieders zur Ergebnisoptimierung empfohlen.

Der neuste Trend

Aktuell ist die Aufpolsterung von Volumendefiziten an Brust, Po und Beinen topmodern. Hierzu wird durch die sogenannte Eigenfetttransplantation das nötige Volumen an dem gewünschten Ort platziert. Lesen Sie dazu den ausführlichen Sonderartikel Eigenfetttransplantation in unseren Veröffentlichungen.

Ihr Dr. Reus