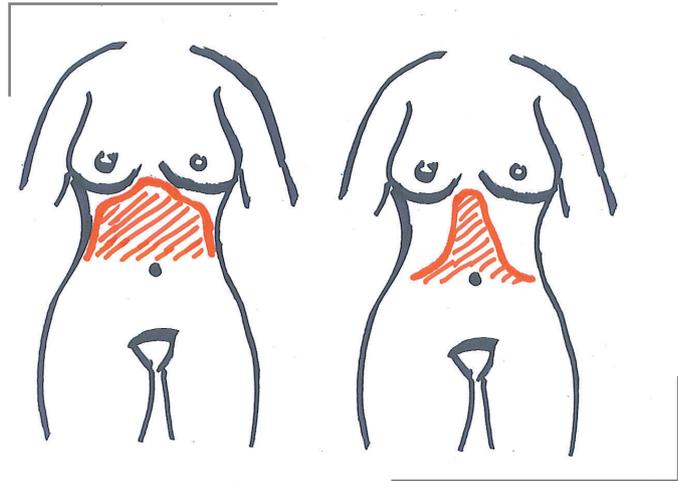




Moderne Techniken der Abdominoplastik

Das Schönheitsideal eines schlanken Körpers und die gleichzeitig in den westeuropäischen Ländern verbreitete Hyperalimentation lassen sich nur selten vereinen und haben damit in den letzten Jahren zu einer Zunahme der Abdominoplastiken geführt. Vor allem die bariatrische Chirurgie hat in vielen Fällen zu dramatischen Gewichtsreduktionen geführt, meist mit der Folge eines überdehnten, nicht retraktionsfähigen Hautmantels des Abdomen.

**Abb. 1:
frühere (l.)
und heutige (r.)
Präparationszonen.**



Um nicht unter dem Stigma der Adipositas zu leiden, ist die plastische Korrektur des abdominellen Hautmantels für die ehemals übergewichtigen Patienten von enormer Wichtigkeit zur Stabilisierung des Selbstwertgefühls. Die große Bandbreite der Dimension des Hautüberschusses hat zu einer Weiterentwicklung der Techniken der Hautstraffung des Abdomen geführt. In diesem Artikel sollen die gebräuchlichsten Techniken vorgestellt werden.

Die Grundlage für die Entwicklung war das Verständnis der Gefäßversorgung der Bauchdecke, wie sie von Huger (1979) beschrieben wurde. Daraus ergab sich eine Verkleinerung des mobilisierten Areals der Bauchdecke, das bei früheren Techniken bis zu den lateralen Anteilen der Rippenbögen reichte.

Die Schonung der lateralen Perforatoren ermöglichte die simultane Liposuktion der lateralen Bauchwand und der Taille, ohne Durchblutungsstörungen zu riskieren. Dies ergab eine zusätzliche Verbesserung der Silhouette.

Die Planung einer Abdominoplastik erfordert zwingend die körperliche Untersuchung. Dabei sind folgende Punkte von Bedeutung:

- > Ausmaß und Verteilung des Hautüberschusses
- > Narben durch Voroperationen/Verletzungen mit der Problematik einer veränderten Gefäßarchitektur
- > Hernien und Rektusdiastase
- > Abstand Nabel zu Symphyse (9-12 cm)
- > Hautqualität (elastisch, unelastisch, Striae dist.)
- > Dicke der verbleibenden Fettschicht
- > Form des Beckens (weites oder enges Becken, Abstand Symphyse – Horizontale durch die Spinae iliaca ant. sup.)

Das Ausmaß des Hautüberschusses und seine Verteilung entscheiden über die Art der Abdominoplastik:

Ein Hautüberschuss lediglich caudal des Nabels kann durch eine Unterbauch-Abdominoplastik korrigiert werden, der Nabel bleibt unverändert; ein Hautüberschuß cranial des Nabels erfordert dessen Umschneidung und Neuimplantation, ebenso ein sowohl cranial und caudal des Nabels bestehender Überschuß. In den letzten beiden Fällen ist dann das genaue Ausmaß entscheidend, um präoperativ gegenüber dem Patienten festlegen zu können, ob die Ausschneidung des Nabels sich später in einer kurzen senkrechten Narbe im Unterbauch zeigen oder ob dieser Bereich im zu resezierenden Hautareal liegen wird.

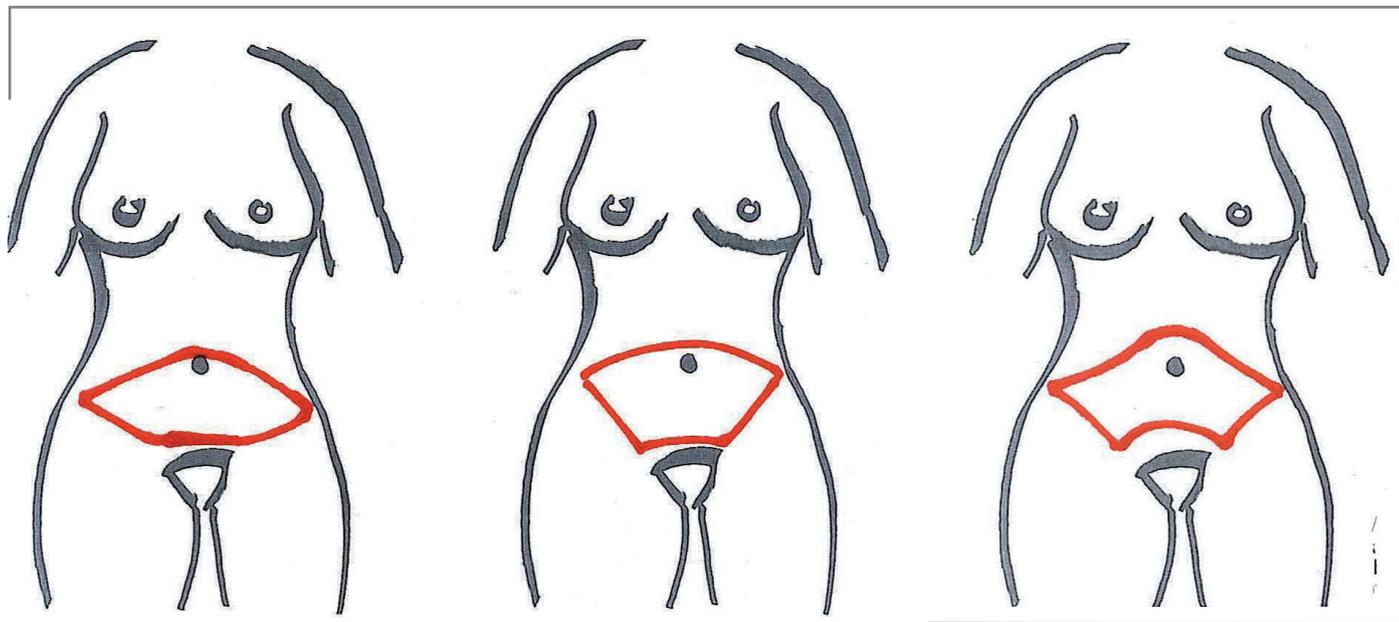


Abb. 2: Schnittmuster der Abdominoplastik: flache Narbe (l.), steile Narbe (m.), Anschoppung und unelastisches Hautareal cranial des Nabels (r.).

Bei einem Hautüberschuss cranial des Nabels wäre auch die Möglichkeit einer reinen Oberbauchstraffung gegeben, bei der die Narbe dann in der Inframammalfalte zu liegen kommt, unschön hierbei ist jedoch der im Décolleté sichtbare Narbenanteil.

Auf diese Straffungsart möchte ich wegen ihrer Seltenheit nicht näher eingehen.

Problematisch bei der Planung sind die leider nicht seltenen Fälle, bei denen eine leichte Anschoppung der Haut direkt cranial des Nabels vorhanden ist und nur eine mäßige Erschlaffung des Unterbauches. Hier käme es zu einer relativ weit cranial liegenden senkrechten Narbe der Nabelausschneidung, die dann oberhalb des Hosenbundes sichtbar sein könnte, insbesondere bei der heutigen Mode der Hüftosen.

Eine befriedigende Lösung dieses Problems besteht nur, wenn ein Nabel – Symphysenabstand = 12 cm vorliegt, so dass der Nabel von der Fascie abgelöst und nach caudal versetzt werden kann (unter Beachtung des Mindestabstandes von 9 cm). Allerdings wird dadurch die Gefäßversorgung des Nabels verändert, was eine spätere Nabelausschneidung problematisch macht.

Man sollte daher voraussetzen können, dass der Patient nicht irgendwann doch noch eine erneute Abdominoplastik mit Umschneidung des Nabels brauchen wird.

Bei der Festlegung des Schnittmusters gilt es, die Hautqualität, die Form des Beckens und die Verteilung des Hautüberschusses zu berücksichtigen. Den Wandel der Mode sollte man ebenfalls gut bedenken. Der vor Jahren modische hohe Beinabschluss wich der heutigen Hüftmode, was dazu führte, dass die damaligen steil ansteigenden Narben jetzt über den Hosenbund ragen und durch die kurzen bauchfreien Oberteile nicht mehr verdeckt werden können.

Einen Ausweg aus dem Modediktat gibt es nicht wirklich, es empfiehlt sich daher, immer eine Schnittführung zwischen den beiden Extremen zu wählen. Ein enges Becken wird dabei zu einem eher steileren Verlauf führen als ein breites, flaches Becken. Die Hautqualität zeigt ihren Einfluss darin, dass eine unelastische, schlaffe Haut ein verstärktes Hochziehen der Mons pubis Region zufolge haben wird, was man durch ein betont tiefes Ansetzen des Schnittes kompensieren sollte, sofern das Resektionsausmaß und die damit für die Naht zur Verfügung stehende Haut dann einen Wundverschluss zulässt.

Die Schnittlänge der caudalen und cranialen Resektion sollte möglichst gleich lang sein, da ansonsten eine zur Narbe senk-

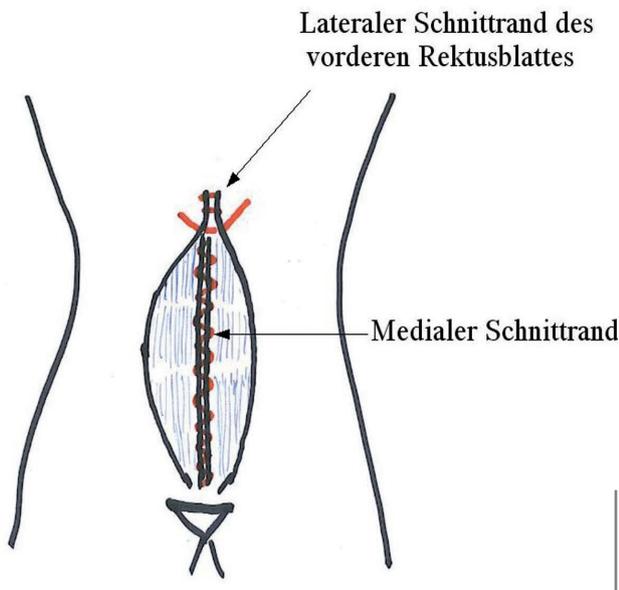


Abb. 3: Verschluss einer Rektusdiastase.

recht stehende Fältelung entsteht. In kleinerem Ausmaß ist dies nicht immer vermeidbar. Sofern die Haut noch über eine gewisse Elastizität verfügt, wird dies durch spätere Schrumpfung ausgeglichen. Gleichzeitig sollte die Spannung der Haut im mittleren Drittel an allen Punkten gleich sein. Lässt sich dies präoperativ schlecht einschätzen, so empfiehlt es sich, zunächst den Hautüberschuss geringer als notwendig abzusetzen und dann z.B. mit den Pitanguy Klemmen das genaue Ausmaß festzulegen. Daraus ergibt sich u.U. ein bogenförmig geschwungener Verlauf der Narbe. Die lateralen Enden der Schnitte werden, je nachdem wie stumpf der Winkel ist, in dem sie zueinander stoßen, ein Dog-ear ausbilden.

Durch subcutane Ausdünnung dieses Areals gibt man der Haut hier, vergleichbar der Liposuction, die Möglichkeit zur Schrumpfung. Auch wenn die Schrumpfung nicht ausreichen sollte, so erreicht man doch meistens, dass die erforderliche Nachresektion eine geringere Narbenverlängerung ergibt als wenn man primär den Schnitt bereits so weit verlängert, dass kein Dog-ear entsteht.

Der Narbenverlauf sollte immer mit dem Patienten besprochen werden, auch der Hinweis auf die Möglichkeit eines asymmetrischen Verlaufes durch unterschiedliche Spannungsverhältnisse. Unbedingt muss auch darauf hingewiesen werden, dass bei unelastischer Haut nur bei aufrechter Haltung ein straffer



Abb. 4a und 4b: Flache vs. steile Narbe.

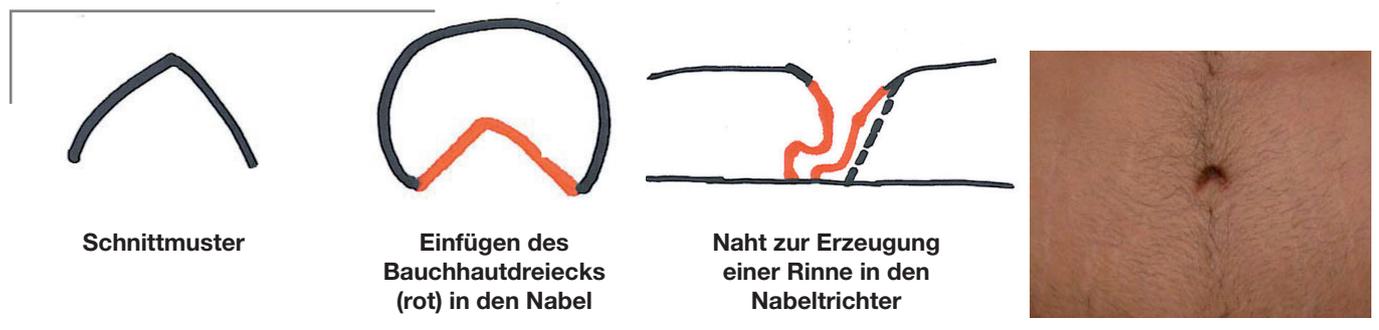
Bauch bestehen wird; sobald sich der Patient setzt, wird sich die Bauchhaut wieder in die ungewünschten, wenn auch geringer ausgeprägten Falten legen.

Die Präparation des Dermofettlappens sollte unter Berücksichtigung der Gefäßversorgung (Huger 1979) cranial des Nabels lediglich die zentrale Verwachsungszone (Lockwood 1991) umfassen, lateral davon sollte allenfalls gefäßschonend untertunnelt werden, falls die Lösung der Region für den Wundverschluss erforderlich sein sollte.

Es empfiehlt sich, bei der Abpräparation eine dünne Fettschicht auf der Fascie zu belassen, da damit ein besserer Lymphabfluss postoperativ möglich ist. Auch der Nabel darf nicht zu sehr skelettiert werden.

Wurde bei der präoperativen Untersuchung eine Rektusdiastase festgestellt und zeigt sich dies jetzt bei der Präparation, so bringt eine Korrektur hier meist eine Verbesserung der Taillenfigur. Nach Freilegung des vorderen Rektusscheidenblattes wird dieses ca. 0,5 cm vom medialen Rand beidseits inzidiert und fortlaufend miteinander vernäht. Anschließend werden die lateralen Incisionsränder ebenfalls durch Naht vereinigt, wodurch sich die beiden Muskelbäuche annähern.

Abb. 5: Neuimplantation des Nabels.



Bei einem großen Missverhältnis der (längeren) oberen zur unteren Incisionslänge, wie dies nach extremer Gewichtsabnahme häufig vorkommt, ist nicht zu erwarten, dass sich die dabei entstehende Fältelung durch Schrumpfung wieder auflöst.

Hier bleibt nur der umgekehrt T-förmige Schnitt zur Korrektur. Besonders wichtig ist hier die Beachtung der schonenden Präparation mit Erhaltung der Perforatoren im lateralen Oberbauch, um postoperative Durchblutungsstörungen zu vermeiden. Meist ist bei einem so großen Hautüberschuss sowieso keine laterale Lösung notwendig.

Bei der Neuimplantation des Nabels hat sich die umgekehrt V-förmige Incision bewährt. Dadurch wird ein ansonsten kreisförmiger Narbenverlauf vermieden, der Patient sieht beim Blick nach unten auf den Nabel im caudalen Drittel keine Narbe. Zusätzlich kann durch eine nichtresorbierbare Naht bei 12 Uhr zwischen Nabel und Fascie bei einem elongierten Nabel der Stiel gefältelt werden, durch ein bis zwei Nähte zwischen Subcutis und der angrenzenden Haut im oberen Drittel des Nabels lässt sich die trichterförmige Einziehung der umgebenden Haut verstärken.

Postoperativ kann, abhängig von den Spannungsverhältnissen der Wunde, dem Patienten zur Entlastung eine gebückte Hal-

tung und eine Erhöhung des Oberkörpers zum Schlafen für ein bis zwei Wochen empfohlen werden.

Das Tragen eines Stützmidlers wird meist als angenehmer empfunden als eine elastische Bauchbinde. ◀

KONTAKT

Dr. med. Klaus Luttenberger

Facharzt für Ästhetische und Plastische Chirurgie

Facharzt für Chirurgie

Beiertheimer Allee 18 b | 76137 Karlsruhe

Tel. 0721 9351 9900 | Fax 0721 379513

info@plastische-chirurgie-karlsruhe.de

www.plastische-chirurgie-karlsruhe.de