

## 1

# Historische Entwicklung der Abdominoplastik

**A**bdominoplastiken sind heute sowohl bei Frauen als auch bei Männern häufig durchgeführte Operationen, nachdem sich seit den 1970er Jahren das ästhetische Körperbewusstsein deutlich verändert hat. Es sind jedoch überwiegend Frauen, die sich einer Abdominoplastik unterziehen wollen, da sie mehr dem Modediktat unterworfen sind und auch in der Dessous- und Bademode eine „gute Figur“ zeigen möchten.

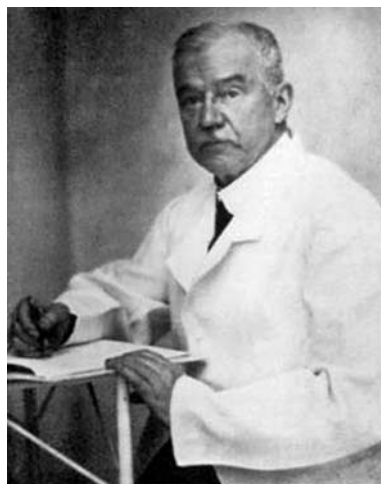
Der Literatur zufolge wurde erstmals eine Abdominoplastik bei einer Patientin zur Behandlung einer Abdominalhernie am 5. April 1890 von Darmers und Marx über eine transversale suprapubische spindelförmige Inzision, die von der Spina iliaca anterior zur Gegenseite reichte, durchgeführt. Dabei resezierten die Chirurgen zur Konturverbesserung des Abdomens 2 kg des Dermis-Fett-Gewebes. Bis zu jener Zeit hatte man sich auf konservative Behandlungsmethoden beschränkt, die u.a. diätetische Maßnahmen, physikalische Therapien und die Anlage supportiver Korsetts vorsahen. Chirurgische Behandlungen des protusiven Abdomens bestanden nicht.

Erst durch den Gynäkologen Howard Atwood Kelley (Abb. 1), Professor am John Hopkins Hospital in Baltimore, USA, erlangte die Abdominoplastik aus rein ästhetisch plastisch-chirurgischer Sicht neue Bedeutung. Er gilt heute als Vater der Abdominoplastik. Sein Verdienst war es nicht nur, die Gynäkologie von der Geburtshilfe zu trennen und sie als eigenständiges Fach zu etablieren, sondern auch die Fettschürzenplastik zu inaugurierten. Er setzte sich intensiv mit der operativen Fettschürzenkorrektur aus ästhetischer Sicht auseinander und veröffentlichte die Technik der Abdominoplastik erstmals

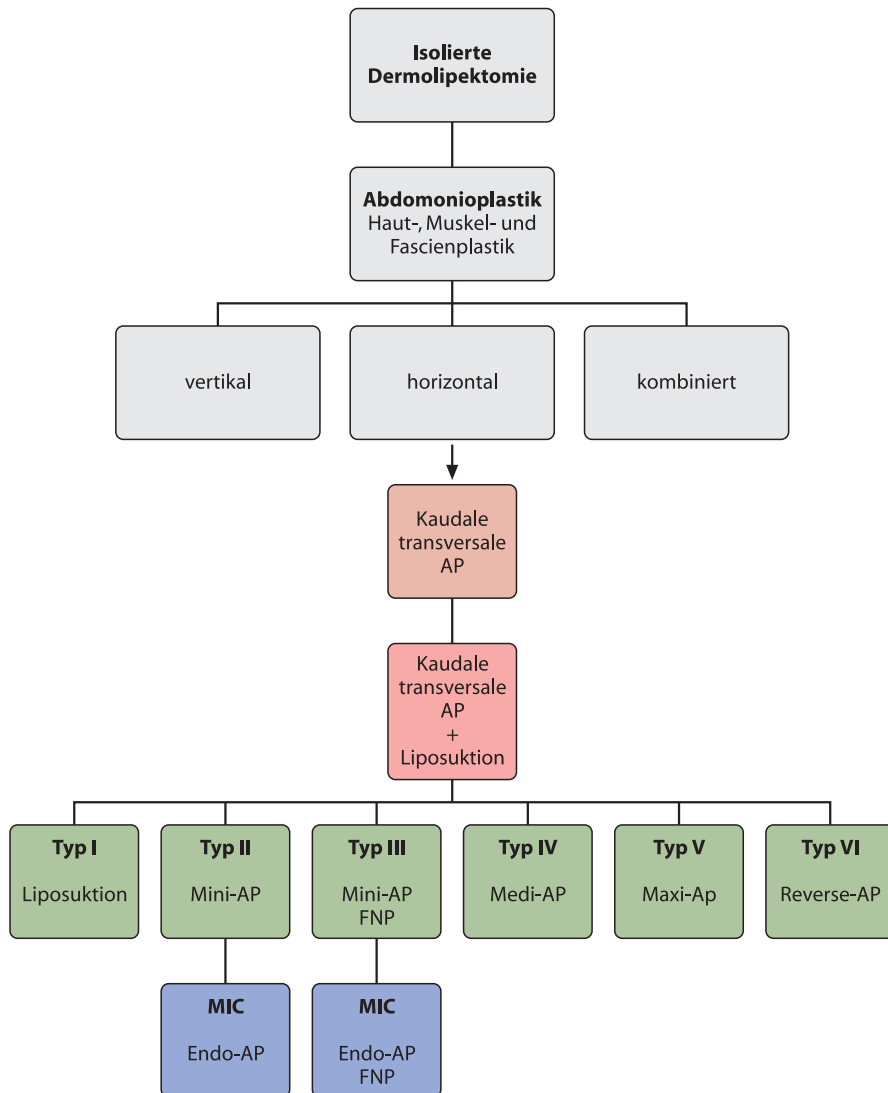
1899. Vielen seinen Patienten verhalf er dadurch zu einer verbesserten Körperkontur und ermöglichte ihnen ein unbeschwerteres Leben ohne die oftmals quälende Intertrigo.

Seit jener Zeit ist eine Vielzahl verschiedener Techniken, Methoden und Regime entwickelt worden, die sich vornehmlich in ihren Schnittführungen, Muskel-, Faszien- und/oder Fettgewebsplastiken unterscheiden (Abb. 2). Sowohl vertikale, mediale und transversale Schnittführungen wie auch die Kombination dieser Möglichkeiten wurden beschrieben, die zu mehr oder minder zufriedenstellenden Ergebnissen führten (Abb. 3).

Hatte man dem für die Ästhetik wichtigen Nabel bislang wenig Beachtung geschenkt, änderte sich das nach der Veröffentlichung der Arbeit von Beck im Jahre 1917. Er schlug vor, den Nabel in die transversale Narbe zu integrieren und die Neoposition des Nabels erstmals oberhalb der transver-
















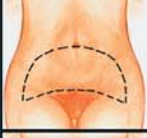






**Abb. 1.** Howard Atwood Kelley.



**Abb. 2.** Entwicklung der Abdominoplastiken. **AP**=Abdominoplastik; **FNP**=Floated Navel Plasty; **Endo-AP**=endoskopisch assistierte Abdominoplastik; **MIC**=minimalinvasiv chirurgische Abdominoplastik.

salen Inzisionslinie mit in das chirurgische Konzept einzubeziehen, um den ästhetischen Anforderungen Rechnung tragen zu können. 1940 erweiterte Somalo die Abdominoplastik und beschrieb die zirkuläre Dermolipektomie. Spadafora führte 1962 die anterolaterale horizontale Hautresektion zur Straffung der inguinalen und lateralen hypogastrischen Region ein, die die Basis der modernen transversalen Schnittführungen der folgenden Jahre darstellt. Mit der Einbeziehung des superfiziellen Faszien-systems (SFS) in

das chirurgische Konzept der Abdominoplastik, die auf die Beschreibungen von Ted Lockwood Anfang der 1990er Jahre zurückgeht, ließen sich gegen Ende des 20. Jahrhunderts Verbesserungen der funktionellen und ästhetischen postoperativen Langzeitergebnisse erzielen. Ein verfeinertes intra- und postoperatives Management führte im weiteren Verlauf der Jahre schließlich zu reduzierten Komplikationsraten und kosmetisch zufriedenstellenden postoperativen Ergebnissen (Abb. 4).

Horizontal		Vertikal		Kombiniert	
	Kelly 1899		Babcock 1916		Weinhold 1909
	Thorek 1924		Schepelmann 1918		Flesch-Thebesius et al. 1931
	Gonzalez-Ulloa 1960		Küster 1926		Pick 1949 und Barsky 1950
	Vernon 1957				Galtier 1955
	Spadafora 1962				El Baz et al. 1989
	Pitanguy 1967				Moufarrege 1997
	Régnauld 1972				
	Grazer 1973				
	Baroudi 1984				
	Hönig et al. 1998				
	Ramirez 1999				

**Abb. 3.** Historische Entwicklung der horizontalen sowie der kombiniert horizontalen und vertikalen Schnittführungen.

Jahr	Autor	Management
1899	<b>Kelley</b>	beschreibt erstmals die Abdominoplastik
1939	<b>Thorek</b>	inauguriert die infraumbilikale Dermo- Fettresektion und weist bereits auf die Notwendigkeit einer chirurgisch anspruchsvollen Lipoplastik hin
1949	<b>Foged</b>	betont die absolute Notwendigkeit der minutiösen Blutstillung
1957	<b>Vernon</b>	beschreibt die umbilikale Translokation
1957	<b>Gillies und Millard</b>	führen die „Jack knife position“, d. h. die postoperative Knieflexion ein
1962	<b>Mason</b>	inauguriert bei der Abdominoplastik die intraoperative Hüftflexion
1964	<b>Barsky und Kahn</b>	führen die Bauchbinden ein
1973	<b>Grazer</b>	inauguriert die Rectus-Scheiden-Plikation
1977	<b>Illous</b>	führt die Liposuktion mit vorn abgerundeten Kanülen aus, die zum Standard werden
1985	<b>Toranto</b>	weist auf eine erweiterte Rectus-Scheiden-Plikation durch laterale Rectus-Scheiden-Raffung hin
1988	<b>Baroudi</b>	inauguriert Steppnähte zur Vermeidung von Serombildungen
1991	<b>Lockwood</b>	beschreibt die Suspension des SFS (Superfiziell-faszielles System)
1991	<b>Faria- Correa</b>	führt die endoskopisch assistierte Abdominoplastik ein
1991	<b>Matarasso</b>	gibt auf der Basis der nutritiven Versorgung der abdominalen Haut ein Klassifikationssystem zur Behandlung von kombinierten Abdominoplastiken und Liposuktion assistierten Lipektomien an
2003	<b>Saldanha</b>	inauguriert die „Lipoabdominoplastik“; durch superfizielle Liposuktion ober- und unterhalb der Scarpa-Faszie und selektiver sparsamer Dissektion eines seitlich von den medialen Rändern der Mm. recti abdominis begrenzten Tunnels zum Verschluss von Rektus-Diastasen, wird die Reduktion der epigastrischen Unterminierung und die spannungsfreie adipodermale abdominale Gewebsmobilisation unter Erhalt der Gefäß-Nerven-Bündel sowie eine narbensparende Abdomioplastik (kürzere Inzision) ermöglicht.

**Abb. 4.** Entwicklung des intra- und postoperativen Managements der Abdominoplastik.

Ziel aller dieser in einem Zeitraum von 100 Jahren entwickelten Techniken ist die Konturverbesserung des Abdomens durch Resektion überschüssigen Gewebes sowie durch Muskel- und Faszienraffung und die Vermeidung von ästhetisch unbefriedigenden sichtbaren Narben bei gleichzeitiger Verjüngung der Nabel- und Mons-pubis-Region.

Nach den ursprünglich in den 1960er Jahren propagierten horizontalen Schnittführungen von Spodafora, Callia und modifiziert nach Pitanguy, die die inguinale Region in Höhe des Mons pubis überquerten und entsprechend der damaligen Mode die Narben durch die Bikinihöschchen verdecken ließen, etablierte sich in den 1970er Jahren die so genannte W-Schnittführung nach Reg-



**Abb. 5.** Suprapubischer Narbenverlauf nach der klassischen Abdominoplastik nach Regnault.

nault (Abb. 5). Obwohl diese Methode vielfach noch heute als Standardverfahren im europäischen Raum gilt, sind die ästhetischen Langzeitergebnisse zum Teil enttäuschend und unbefriedigend. Häufig ist initial die zentrale Bauchdecke zu sehr gespannt und der inguinale und laterale Anteil des Abdomens durch eine Hauterschaffung gekennzeichnet. Die Narbe liegt sehr hoch, die Mons-pubis-Region ist unnatürlich positioniert, laterale Narben werden sichtbar und hypertrophisch, weil sie natürliche Hautlinien kreuzen. Ungünstige und ästhetisch unbefriedigende breite Narbenbildungen suprapubisch mit teils überhängenden Gewebsteilen über und unterhalb der Narbe, eine Schnittführung weit oberhalb der Schambehaarung, eine schlechte Betonung der Taille sowie eine asymmetrische und irreguläre hypertrophische Narbenbildung sind nicht selten Gründe für die Unzufriedenheit der Patienten nach dieser klassischen Abdominoplastik.

Überarbeitete Prinzipien, der Einsatz der Liposuktion als adjuvante Maßnahme sowie die Weiterentwicklung und die Modifikationen einiger Operationstechniken ermöglichen heute die Verwirklichung ästhetisch anspruchsvoller Ergebnisse in der Abdominoplastik. Die Konzepte und Methoden fokussieren sich dabei auf einen spannungsfreien Wundverschluss ohne das Risiko von Lappennekrose, Narbenerweiterungen, Narbenhypertrophien oder Mons-pubis-Elevationen.



<http://www.springer.com/978-3-7985-1816-2>

Abdominoplastik

Prinzip und Technik

Hönig, J.-F.

2008, XIV, 144 S., Hardcover

ISBN: 978-3-7985-1816-2