

7

Spezielle Prinzipien und Techniken der klassischen Abdominoplastik

Die Prinzipien der unterschiedlichen Abdominoplastiken sind gleich:

- nicht mehr Gewebe als nötig dissezieren, um eine Muskel-Faszien-Plastik vornehmen zu können;
- extensive Liposuktion im Bereich der nicht unterminierten Zonen;
- Vereinigung des superfiziellen Faszien-systems (SFS) mit nicht resorbierbarem Nahtmaterial der Stärke 2×0;
- Verminderung der suprapubischen Hautspannung bei gleichzeitiger lateraler inguinaler Gewebsspannung.

Die Inzision sollte immer so kurz wie möglich gestaltet werden. Im epigastrischen Bereich sollte die Fettabsaugung nur entlang der Gefäßverläufe erfolgen. Selbst wenn man der Meinung ist, die gesamte Haut zwischen Mons pubis und Nabel entfernen zu können, sollte man besser 3–4 cm nach Separierung des Nabels belassen, um einen spannungsfreien Wundverschluss zu garantieren. Die Resektion des subkutanen Fettgewebes unter Sicht im

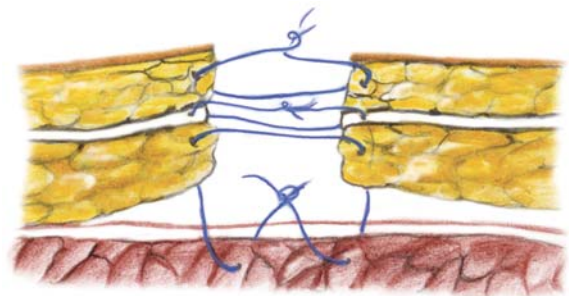


Abb. 112. Fixierung der Bauchdecke im kaudalen Bereich; Längsschnitt in Höhe der Mons-pubis-Region. Um die postoperative Elevation der Mons-pubis-Region zu vermeiden, empfiehlt sich die Fixation des Dermis-Fett-Lappens an der musku-loaponeurotischen Faszie.

Hypogastrium ist weniger traumatisch als eine Liposuktion und reduziert das postoperative Serom. Um das Risiko der Elevation der Mons-pubis-Region zu vermeiden, empfiehlt sich die Fixierung des proximalen Mons-pubis-Bereiches an der tiefen Faszie nach Abschluss der Muskelaponeurosenplastik (Abb. 112).

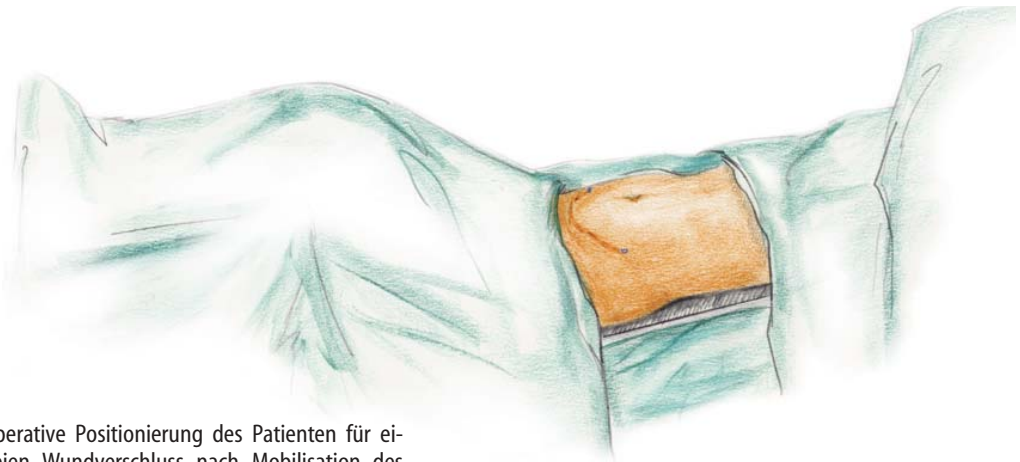


Abb. 113. Intraoperative Positionierung des Patienten für einen spannungsfreien Wundverschluss nach Mobilisation des Abdominoflaps. Vorteilhaft erweist sich die Flexion des Patienten um 20–30°.

Vorteilhaft erweisen sich auch die Flexion des Patienten um 20–30° nach Abschluss der Muskelaponeurosenplastik und die Mobilisation des Hautlappens, um einen spannungsfreien Wundverschluss sicherzustellen (Abb. 113). So wird nicht nur eine sichere Nutrition gewährleistet, sondern auch hypertrophischen Narbenbildungen in der unmittelbaren postoperativen Phase vorgebeugt.

Micro-Abdominoplastik (Typ I)

Die Micro-Abdominoplastik bezeichnet die solitäre Liposuktion im Bereich des Abdomens. Sie ist indiziert bei Patienten mit normaler Haut- und Muskeltonizität mit hypogastrischen Fettansammlungen, bei denen nach Liposuktion durch Hautretraktion eine Konturverbesserung zu erwarten ist. Über zwei suprapubisch angelegte Stichinzisionen sowie Inzisionen in der Taille und im Gebiet des Nabels werden kleinkalibrige Fettabsaugekanülen eingeführt, um die hypogastrischen Fettansammlungen fächerförmig zu reduzieren, einen semilunaren Sulkus wieder zu kreieren, epigastrische Fettanteile zu entfernen und eine Depression in der Mittellinie zu erzeugen (Abb. 114–116). Dabei sollte die Liposuktion in Tumescenzanästhesie mit kleinkalibrigen Kanülen erfolgen, die in ihrem Innendurchmesser 5 mm nicht überschreiten sollten.

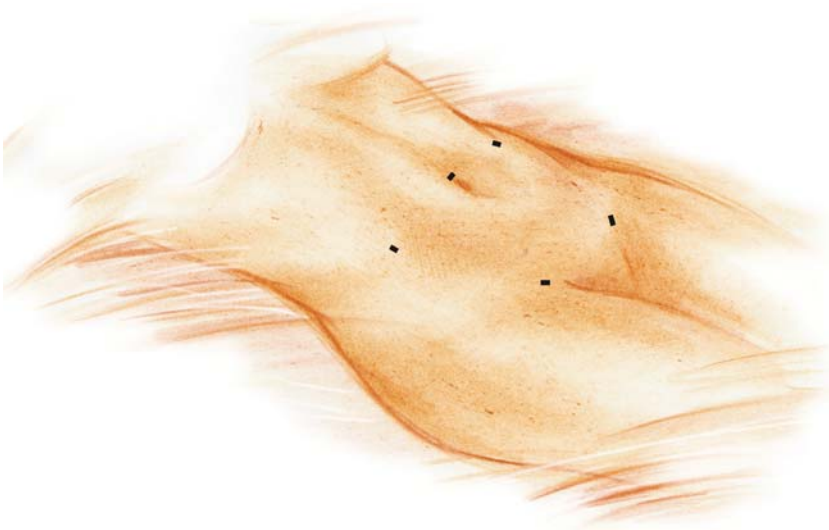


Abb. 114. Anordnungen und Markierungen der Stichinzisionen für eine geplante Liposuktion im Bereich des Hypo- und Epigastriums.

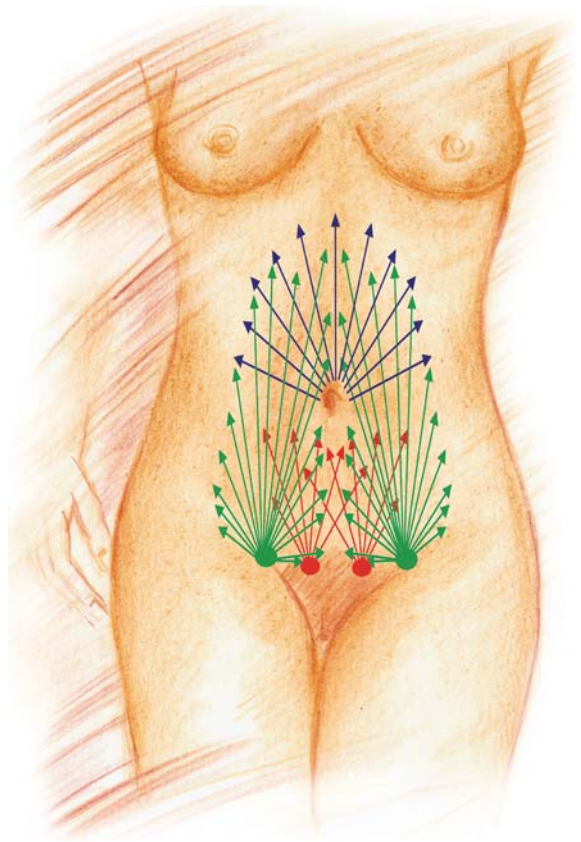


Abb. 115. Anordnungen der kreuzweise überlappenden Liposuktionskanäle über suprapubische und umbilikale Zugänge sowie im Hypo- und Epigastrium.

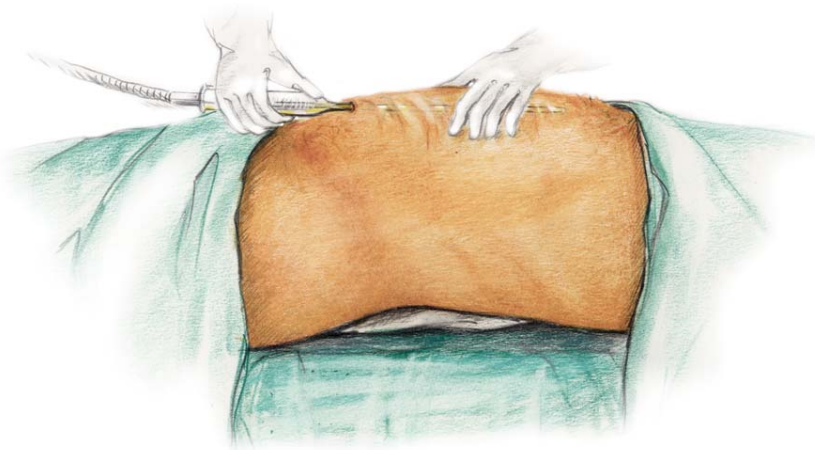


Abb. 116. Lagerung zur Liposuktion des Hypo- und Epigastriums. Der Patient wird in supiner hyperextendierter Position gelagert. Dies wird erreicht, indem ein Kissen unter dem Gesäß bis in die Lumbalregion platziert wird, um eine Lordosierung der Lumbalregion zu erzielen. Die Aspiration beginnt

quadrantenweise. Die Absaugkanüle wird dabei parallel zur Abdominalwand geführt und mit der Handfläche kontrolliert. Die Gleichmäßigkeit der Fettgewebsabsaugung im tieferen Fettgewebe wird durch den Pinchtest erfasst.

Mini-Abdominoplastik (Typ II und III)

Die idealen Kandidaten für eine Mini-Abdominoplastik sind Patienten der Typ-II-Klassifikation, die einen suprapubischen Hautüberschuss ohne nennenswerte Erschlaffung des muskuloaponeurotischen Systems aufweisen (Abb. 117).

Es wird ein kurzer suprapubischer Schnitt angelegt, der die Inguinalregion nicht überschreitet und in der Regel eine Länge von 10 cm aufweist (Abb. 118). Die Haut wird bis in Höhe des Nabels und ca. 10 cm lateral davon unterminiert. Eine offene Liposuktion reduziert die subkutane Fettschicht, speziell in der Taille und im Bereich des oberen Abdomens, in der Mittellinie sowie lateral des M. rectus abdominis (semilunare Konkavität). In Abhängigkeit vom Ausmaß des Hautüberschusses ist selten mit elliptischen Hautresektionen von mehr als 8 cm zu rechnen. Der Hautlappen wird entlang der Scarpa-Faszie im subkutanen Fettgewebe bis zum Nabel ausgedünnt. Der suprapubische Bereich wird nach einer Fettabsaugung an der suprafaziellen Körperfaszie fixiert und die Wundränder werden dreischichtig von lateral zur Mittellinie vereinigt. Alternativ kann zuerst die Liposuktion durchgeführt werden, wobei dies die Dissektion und Unterminierung des abdominalen Flaps erleichtert und beschleunigt.

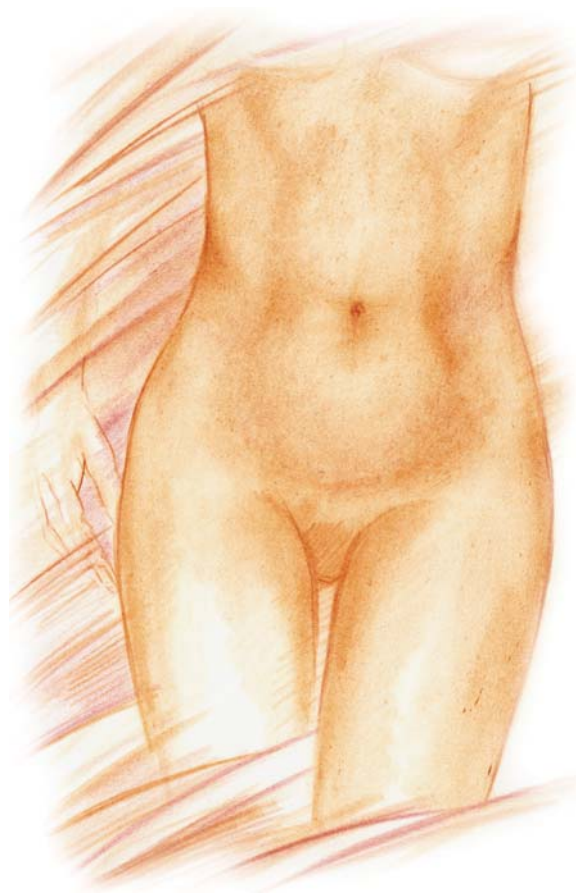


Abb. 117. Typ-II-Abdomenklassifikation in Frontalansicht.

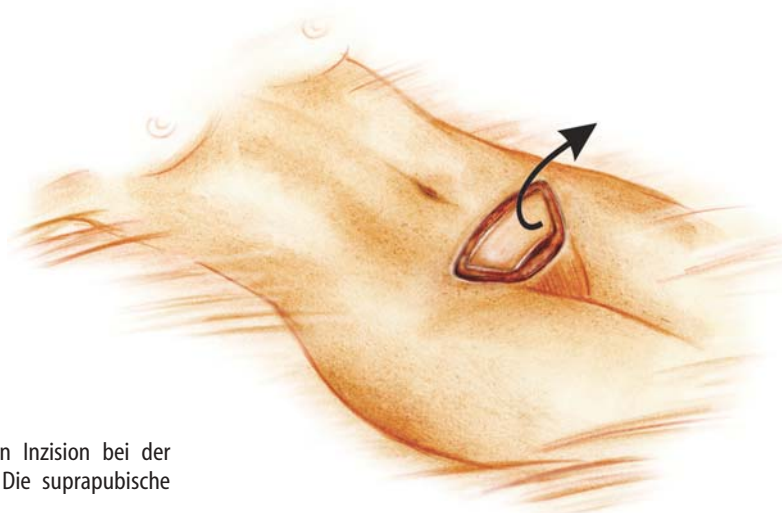


Abb. 118. Lokalisation der suprapubischen Inzision bei der Typ-II- und Typ-III-Abdominoklassifikation. Die suprapubische Inzision sollte nicht länger als 12 cm sein.

Aufgrund der ähnlichen Charakteristik erfolgt bei Patienten der Typ-III-Abdominoklassifikation zusätzlich zur Korrektur der muskuloaponeurotischen Erschlaffung der Bauch-

decke eine bis zum Nabel reichende suprapubische Rektusscheidenrhaphie der Aponeurose der Mm. recti abdominis (Abb. 119, 120).

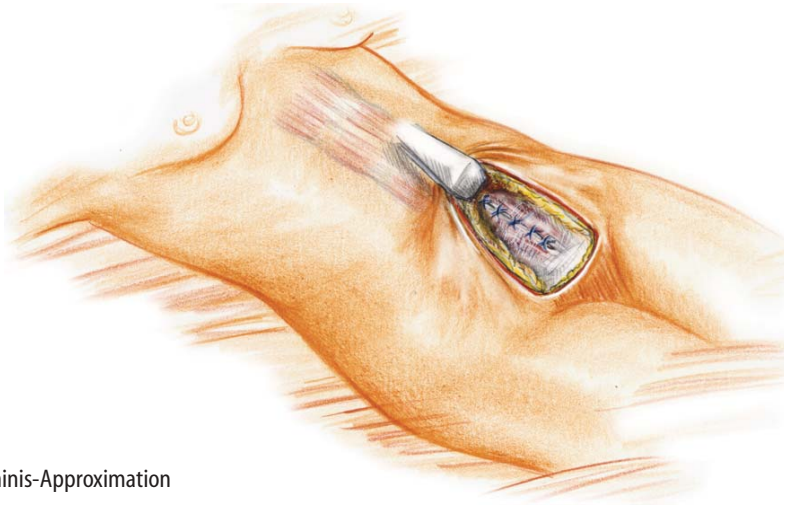


Abb. 119. Suprapubische Mm.-recti-abdominis-Approximation durch Plikation der Rektusscheide.

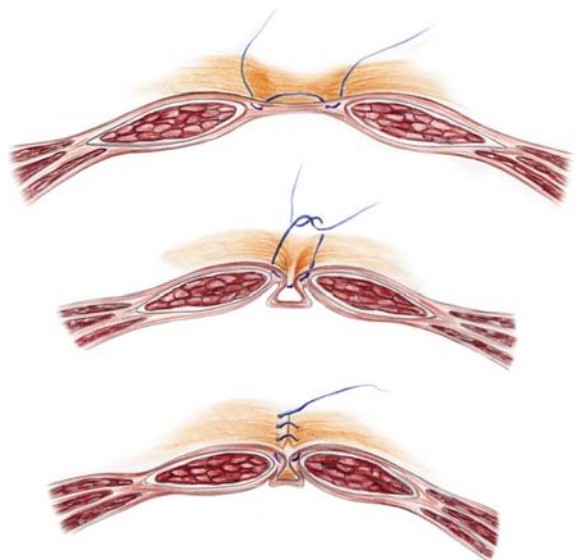


Abb. 120. Querschnitt durch die vordere muskuläre Bauchwand unterhalb des Nabels. Deutlich zu erkennen sind die Diastase zwischen den Mm.-recti-abdominis-Bäuchen und die Anordnung der Fadenführung zur Approximation der Mm. recti abdominis (*oben im Bild*). Approximation und Plikation der Rektusfaszie (*Bildmitte*). Rektus-Faszien-Rhaphie unterhalb des Nabels im Querschnitt. Durch sich überkreuzende Einzelknopfnähte im Übergangsbereich der Vagina des M. rectus abdominis am Übergang der Linea alba lassen sich die beiden Rektusbäuche approximieren (*unten im Bild*).

Medi-Abdominoplastik (Typ IV)

Unter Medi-Abdominoplastik, die bei einer Typ-IV-Klassifikation angewandt wird, versteht man die erweiterte Mini-Abdominoplastik vom Typ III in Kombination mit ei-

ner basalen Absetzung des Nabels (Floating Navel) (Abb. 121) bzw. dem Ausschneiden und der Reinsertion des Nabels mit anschließendem vertikalem Verschluss der alten Nabelposition (Slit-Navel-Variante) (Abb. 122). Diese Formen der Abdominoplastik werden

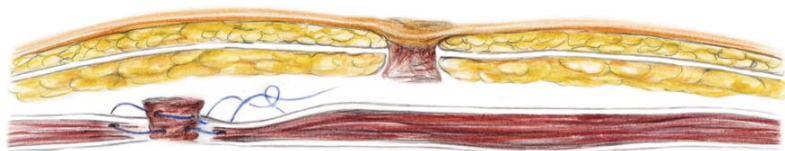


Abb. 121. Längsschnitt der Floated Navel Plasty. Der Bauchnabel wurde epifaszial der Rektusscheide von der Basis abgesetzt, nachdem die Gefäße umstochen und der Stumpf an der Rektusscheide fixiert worden ist. Bei der

Floated Navel Plasty sollte der Nabel postoperativ nicht mehr als 4 cm kaudalwärts verlagert werden, um ästhetisch störenden Disproportionen vorzubeugen.

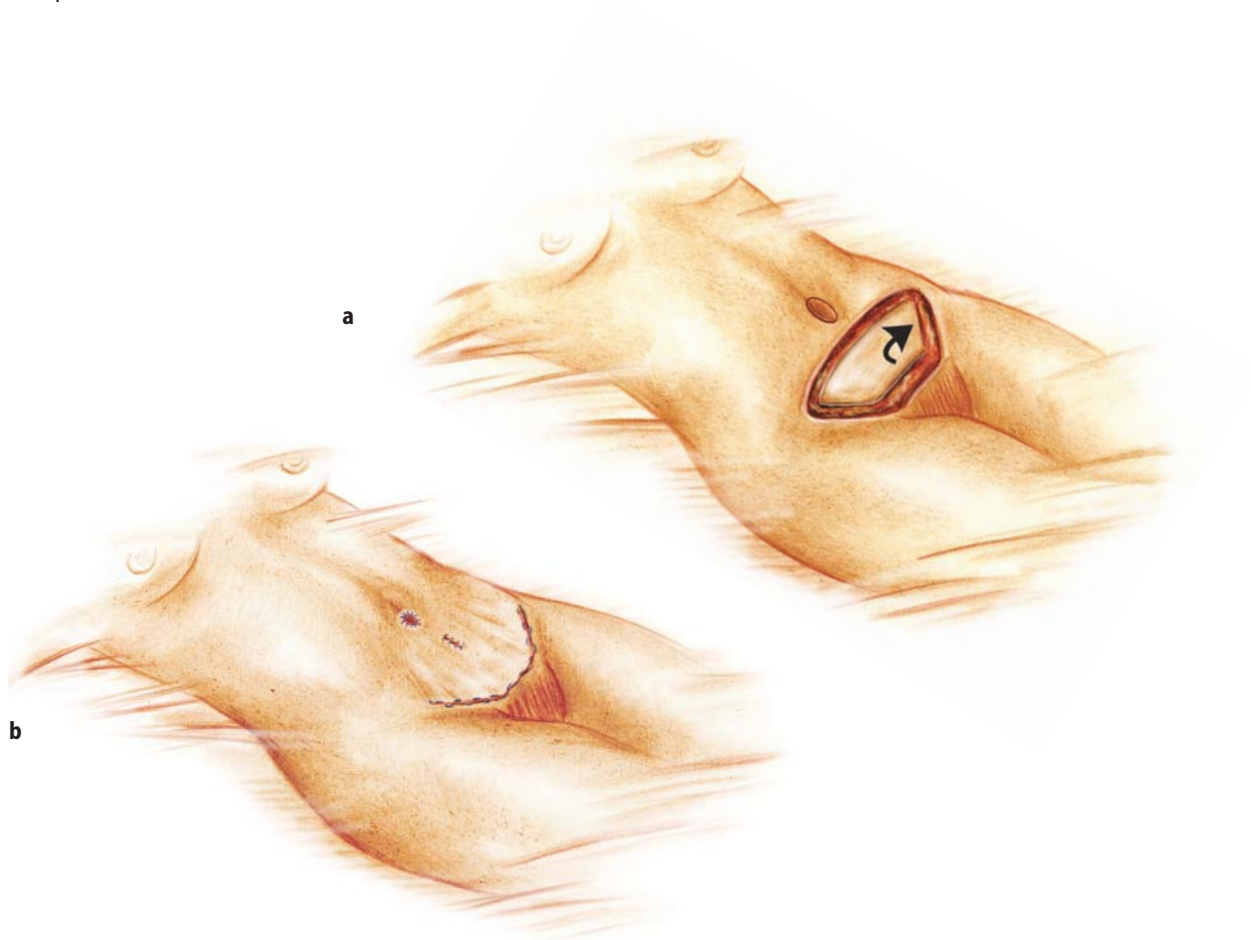


Abb. 122. a Medi-Abdominoplastik: diese Art der Abdominoplastik kann die Ausscheidung und anschließende Reinsertion des Nabels erforderlich machen,

wenn die Floating Navel-Variante nicht möglich ist. **b** Illustration nach Abschluss der Medi-Abdominoplastik mit Reinsertion des Nabels und Verschluss der alten Nabelposition.

zur Korrektur von moderatem suprapubischem Hautüberschuss und unterschiedlich großen Mengen unerwünschter Fettansammlungen, bei Erschlaffungen des muskuloaponeurotischen Systems vom Xiphoid bis zum Mons pubis über eine erweiterte suprapubische Inzision durchgeführt, die in der Regel nicht länger als 20 cm sein sollte (Abb. 123–126).

Nach erfolgter Liposuktion im hypo- und epigastrischen sowie lateralen Abdomenbereich wird eine muskuloaponeurotische Plastik, vorzugsweise eine Rektusscheidenplikation vom Xiphoid bis zur Symphyse, ggf. unter basaler Absetzung des Nabels und anschließender Refixierung 2–3 cm unterhalb seiner ursprünglichen Position (Floated Umbilicus nach Wilkinson) vorgenommen und anschließend eine großzügige elliptische

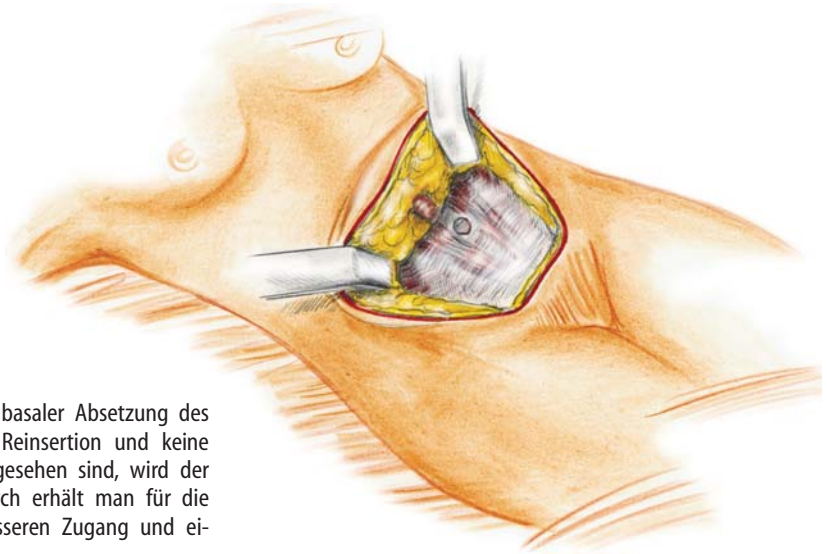


Abb. 123. Medi-Abdominoplastik mit basaler Absetzung des Nabels (Floating Navel). Wenn keine Reinsertion und keine extreme Transposition des Nabels vorgesehen sind, wird der Nabel von der Basis abgesetzt. Dadurch erhält man für die Muskel- und Faszienrhaphie einen besseren Zugang und einen übersichtlicheren Operationssitus.

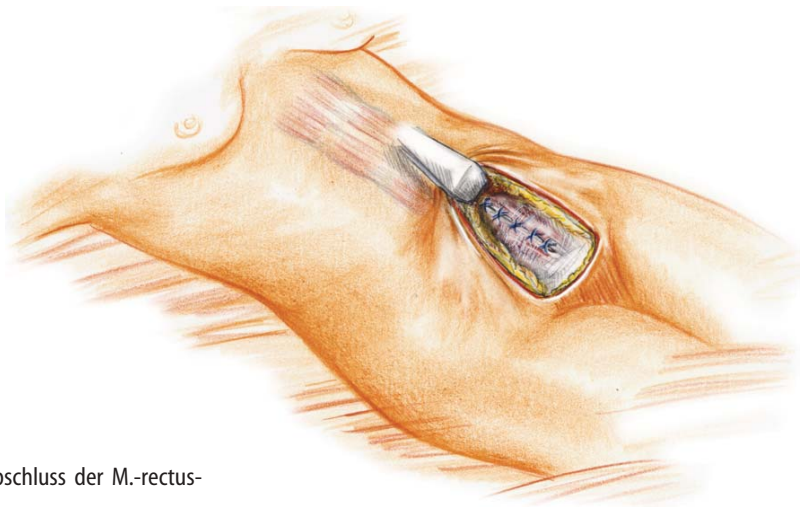


Abb. 124. Intraoperativer Situs nach Abschluss der M.-rectus-Faszien-Plikation.

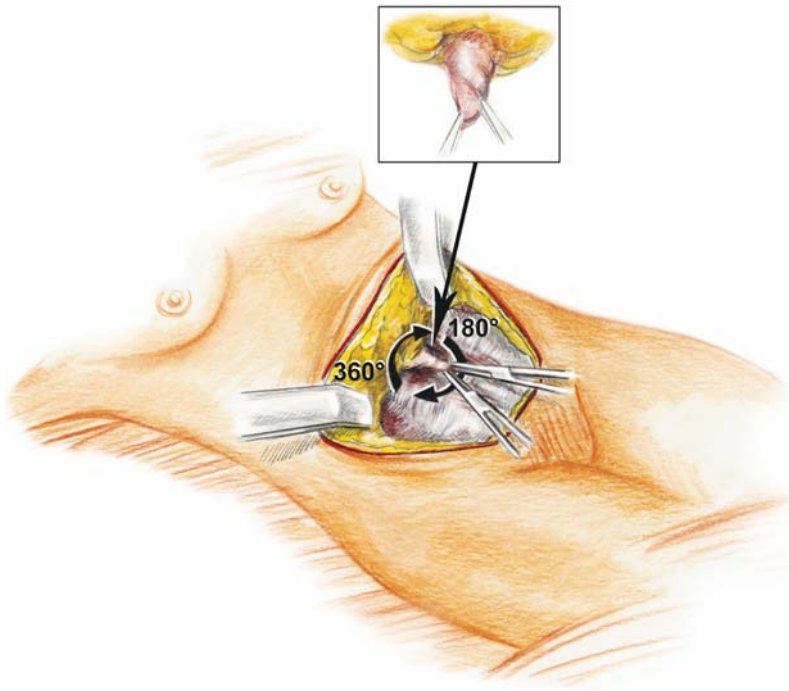


Abb. 125. Floated Navel Plasty; intraoperativer Situs. Nach Abschluss der Muskel-Faszien-Rhaphie wird der Nabel zur Verkürzung des Nabelstiels durch mehrmaliges Drehen im Uhrzeigersinn spiralförmig verkürzt und je nach Situation 2–4 cm unterhalb seiner ursprünglichen Position an der Faszie des M. rectus abdominis reinsertiert und fixiert.

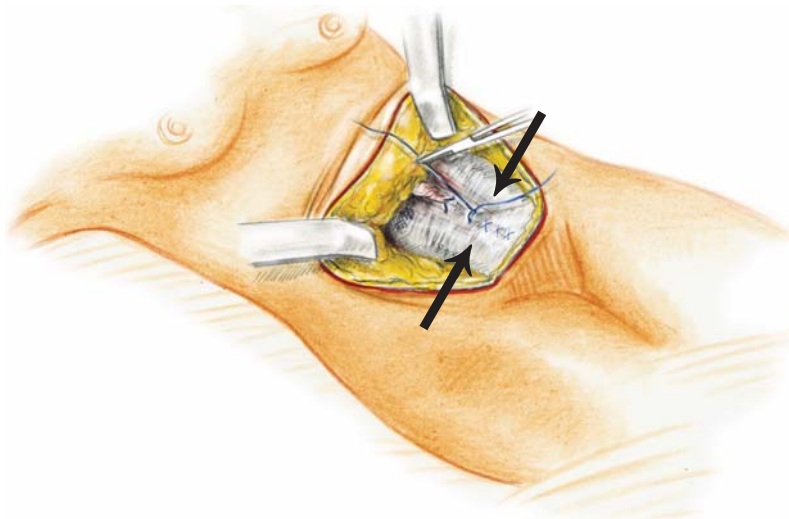


Abb. 126. Reinsertion des Nabelstiels basal an der Faszie des M. rectus abdominis.

bzw. trapezförmige Hautresektion durchgeführt (Abb. 127).

Besteht ein größerer Hautüberschuss, so dass es nach Resektion zu einer kaudalen Verlagerung des Nabels über eine Distanz von 4 cm kommt, die eine ästhetische Disharmonie zur Folge haben könnte, so ergeben sich zwei Möglichkeiten:

- Zur vertikalen Zentrierung des nach kaudal verlagerten flottierenden Nabels kann eine Reduktion des proximalen haartragenden Hautanteils der Mons-pubis-Region in Erwägung gezogen werden. Dadurch wird der zu resezierende Hautüberschuss im Hypogastrium reduziert und ein harmonischer Abstand des Nabels zwischen Xiphoid und Mons pubis wird wieder erzeugt.
- Der Nabel wird nicht basal abgesetzt, sondern längs ovalär umschnitten. Die Hautinzision wird mehrschichtig verschlossen und der Nabel wird entsprechend einer I-Umbilikoplastik reinseriert (Slit-Navel-Plastik). Zurück bleibt eine vertikale Narbe von ca. 1–1,5 cm Länge, die in der Regel kosmetisch wenig auffällig ist, aber trotzdem nicht immer toleriert wird.

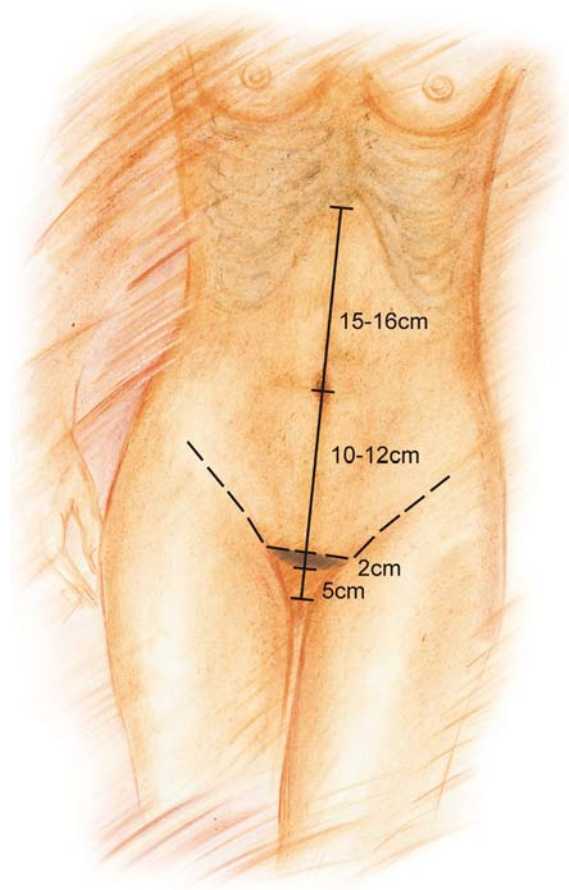


Abb. 127. Bestimmung der Nabelposition, der Mittellinie und der anschließenden „High-Bikini-Cut-Inzision“.

Zur Korrektur des überschüssigen hypogastrischen Hautgewebes kann es erforderlich werden, die suprapubische Inzision bogenförmig oder leicht abgewinkelt nach kranial in Richtung Spina iliaca superior anterior zu verlängern. Zur Vermeidung potenzieller Dog-Ear-Bildungen nach Mobilisation und Fixierung des hypogastrischen Flaps empfiehlt sich die Tunnelierung des subkutanen Fettgewebes im Bereich der Dog Ears mit gleichzeitiger moderater Fettabsaugung.

Wie bei der Micro- und Mini-Abdominoplastik erfolgt auch bei der Medi-Abdominoplastik die Konturierung des Epigastriums durch ergänzende Fettabsaugung (Lipoabdominoplastik nach Saldanha).



<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