

VII Kurz & bündig

1. ALLGEMEIN

Im deutschen Sprachgebrauch wird der Terminus Bodylift für die gleichzeitige Bauchdecken- und Gesäßstraffung verwendet.

Eine Bauchdeckenstraffung, eine Gesäßstraffung oder ein Bodylifting finden in Vollnarkose statt und dauern zwischen 1½ und 7 Stunden. Der/die PatientIn verlässt das Spital in der Regel zwei bis vier Tage nach dem Eingriff.

Zur Vermeidung von Komplikationen muss unter optimalen Bedingungen operiert werden (standardisierter OP-Saal eines Krankenhauses), und die angeordnete körperliche Schonung muss unbedingt eingehalten werden.

2. BAUCHDECKENSTRAFFUNG

Bauchdeckenstraffungen wurden bereits vor über 100 Jahren durchgeführt, um vor allem Frauen zu besseren Körperkonturen zu verhelfen.

Die operative Bauchdeckenstraffung ist ein sehr effektiver Eingriff, dessen Hauptindikation in der Beseitigung massiver Hautüberschüsse nach Schwangerschaften und Gewichtsabnahmen liegt.

Bauchwandhernien, Nabelhernien, ausgeprägte Rektusdiastasen (ab 5 cm), Intertrigo sowie Fettschürzen nach massiver Gewichtsabnahme stellen medizinische Indikationen für Korrekturoperationen dar, die von der Krankenkasse übernommen werden.

Bei ungünstiger genetischer Prädisposition kann der Bauch gerade nach Schwangerschaften, selbst nach Erreichen des ursprünglichen Gewichts, häufig unattraktiv erscheinen. Die massive Ausdehnung der Bauchdecke während der Schwangerschaft bildet sich fast nie vollständig zurück, u.U. verbleibt eine Rektusdiastase.

Zu den sichtbaren Schwangerschaftsfolgen zählen Schwangerschaftsstreifen, faltige Bauchhaut, abgeflachter und/oder vorgestülpter Nabel, Verlust der Taille, allgemeiner Verlust des Hauturgors und vermehrtes Unterhautfett.

Der Eingriff kann in verschiedenen Varianten durchgeführt werden. Entsprechend dem Ausprägungsgrad des zu korrigierenden Bauchs kann die Operation mehr oder weniger umfangreich und invasiv sowie mit oder ohne ergänzende Maßnahmen durchgeführt werden.

Man unterscheidet sechs Schweregrade der Bauchdeckendeformität, sechs verschiedene Operationstechniken sowie verschiedene Zusatzmaßnahmen. Am häufigsten wird die Maxi-Abdominoplastik (Klassische Abdominoplastik) eingesetzt.

Gemeinsam mit einer Abdominoplastik können auch zusätzliche Straffungsmaßnahmen getroffen werden, um den Bauchumfang zu verkleinern und die Taille zu betonen.

Eine Bauchwanddeformität kann mit einer alleinigen Fettabsaugung korrigiert werden, wenn kein Hautüberschuss vorliegt und keine Rektusdiastase besteht.

Als begleitende Maßnahme zur Bauchdeckenstraffung sind der Liposuction Grenzen gesetzt, weil bei der Fettabsaugung Gefäße verletzt werden und dadurch die Durchblutung der Bauchhaut weiter herabgesetzt wird. Es ist daher oft besser, eine ergänzende Fettabsaugung einige Monate nach der Bauchdeckenstraffung in einer zweiten Operation durchzuführen.

Die Mini-Abdominoplastik wird bei geringen Fett- und Hautüberschüssen eingesetzt, die sich auf die Region unterhalb des Nabels beschränken. Der Hautschnitt ist etwa 10–12 cm lang, Komplikationen sind selten.

Die Medi-Abdominoplastik wird bei geringen Fett- und Hautüberschüssen eingesetzt, die sich auf die Region unterhalb des Nabels beschränken und wenn gleichzeitig eine Bauchwandschwäche vorliegt. Der Hautschnitt ist etwa 15–20 cm lang, der Nabel wird ebenfalls mitoperiert, Komplikationen sind selten.

Die Maxi-Abdominoplastik wird bei deutlichen Fett- und/oder Hautüberschüssen eingesetzt, die den gesamten Bauch einnehmen. Die Bauchhaut wird bis zum Rippenbogen abpräpariert, und der Nabel muss immer neu implantiert werden. Bei der Maxi-Abdominoplastik können eine Reihe von Zusatzmaßnahmen gesetzt werden. Der Hautschnitt kann variabel gestaltet werden und reicht von einem Beckenkamm zum anderen. Die Maxi-Abdominoplastik ist ein aufwändiger und invasiver Eingriff, der mit größter Sorgfalt durchgeführt werden muss, um Komplikationen wie Nachblutungen und Wundheilungsstörungen zu vermeiden.

Die Reverse Abdominoplastik ist kein routinemäßig durchgeführter Eingriff. Die Operation ist noch invasiver als die klassische Bauchdeckenplastik und für Arzt und PatientIn entsprechend aufwändig. Die Indikation muss sorgfältig gestellt werden, der Eingriff sollte nur von geübter Hand durchgeführt werden.

Die Raffung der Rektusscheide ist bei bestehender Rektusdiastase eine wesentliche Ergänzung der Bauchdeckenstraffung. Die Wiederherstellung einer geraden Bauchwand wird von den PatientInnen besonders geschätzt und sollte daher bei gegebener Indikation bei jeder Bauchdeckenstraffung in Betracht gezogen werden.

Im Rahmen einer Bauchdeckenstraffung können eine Reihe von ergänzenden Maßnahmen durchgeführt werden: Einnäher zur Verkleinerung des Bauchumfangs, Muskeltranspositionen zur Verbesserung der Taille und Fettabsaugung zur Reduktion der Fettschicht.

Um im Rahmen der Abdominoplastik eine Stufenbildung in der Schamhügelregion zu vermeiden, soll immer eine begleitende Fettabsaugung dieses Areals in Betracht gezogen werden.

Zur Herabsetzung der Bildung von Seromen kann die Abpräparierung der Bauchhaut unterhalb des Nabels stufenförmig erfolgen, um die vorwiegend in diesem Areal verlaufenden Lymphgefäße zu schonen.

Eine Bauchdeckenstraffung, insbesondere auch die Raffung der Rektusscheide, sollte erst nach abgeschlossener Familienplanung bzw. Erreichen eines haltbaren Zielgewichts durchgeführt werden.

Nach erfolgter Korrektur der Rektusdiastase ist das Tragen eines entlastenden Stützmieters für drei Monate empfehlenswert; das Tragen von Lasten über 5 kg ist zu unterlassen.

Die Narbe wird bei einer Bauchdeckenplastik in der überwiegenden Mehrheit der Fälle nicht strichförmig, sondern auch in günstigen Fällen zwischen 5 und 10 mm breit sein, weil eine gewisse Hautspannung unvermeidbar ist und Narben unter Spannung fast immer verbreitert abheilen.

Eine operative Narbenkorrektur nach einer Bauchdeckenstraffung ist häufig notwendig und kann in der Regel nach einem Jahr problemlos durchgeführt werden. Diese erfolgt in Lokalanästhesie und stellt eine planmäßige Ergänzung des Primäreingriffs dar.

Die Langzeitergebnisse einer Bauchdeckenstraffung sind im Allgemeinen ausgezeichnet, wenn es dem Patienten gelingt, starke Gewichtsschwankungen zu vermeiden.

2. GESÄSSSTRAFFUNG

Die Gesäßstraffung ist ein rein ästhetisch-chirurgischer Eingriff und wird vorwiegend nach massiver Gewichtsabnahme durchgeführt.

Neben der Anhebung des abgesunkenen Gesäßes ist für seine ästhetische Wiederherstellung auch eine ansprechende Volumenverteilung notwendig.

Für die Ästhetik des Gesäßes sind vorrangig zwei Kriterien von ausschlagender Bedeutung: die V-Zone und der Diamond-Space.

Die Aufteilung einer Pobacke in vier gleich große Quadranten sowie das Vorhandensein eines gleichmäßigen spiegelverkehrten C mit mittig gelegenen Scheitelpunkt in der Seitenansicht sind weitere wichtige ästhetische Komponenten.

Bei der Gesäßstraffung gibt es nur eine mögliche Schnittführung, die sich am Unterrand der V-Zone erstreckt.

Das korrekte Anzeichnen des Hautschnitts durch Ertasten des Ursprungs des großen Gesäßmuskels ist das wichtigste Detail für eine erfolgreiche Gesäßstraffung.

Volumetrische Korrekturen im Rahmen von Gesäßstraffungen können durch Eigenfetttransplantationen, Dermislappenplastiken oder durch das Einbringen von Silikonimplantaten erfolgen. Welche Methode im gegebenen Fall am besten geeignet ist, muss in einem ausführlichen Gespräch zwischen dem Operateur und den PatientInnen entschieden werden.

Die Langzeitergebnisse einer Gesäßstraffung sind im Allgemeinen ausgezeichnet, wenn es dem Patienten gelingt, starke Gewichtsschwankungen zu vermeiden.