Kommissionsmitglieder: Dr. Matthias Gensior
Dr. Hermann Solz
Dr. Joachim von Finckenstein

Leitlinien der GÄCD

zur Abdominoplastik (Bauchdeckenplastik) und Bodylifting

Einleitung

Trotz der zunehmenden Durchführung der Fettabsaugung im Bereich der Bauchdecke hat die Abdominoplastik nach wie vor ihren Stellenwert. Ziel der Maßnahme ist die Straffung der Bauchhaut mit Entfernung des Haut- und Fettgewebsüberschusses und gleichzeitige Rekonstruktion der muskulären Bauchdecke. Der alleinige Fettüberschuss bei noch straff elastischer Haut sollte heute durch eine Liposuktion behandelt werden.
Eine Sonderform stellt das so genannte Bodylifting dar, bei dem eine zirkuläre Straffung des gesamten Rumpfweichteilmantels mit gleichzeitiger Straffung von Oberschenkel und Hüfte erfolgt.

Ausbildung

Grundsätzliche Voraussetzung zur Durchführung einer solchen Maßnahme ist eine abgeschlossene Ausbildung zum Facharzt für Plastische Chirurgie. Bei Nachweis entsprechender Erfahrung und Qualifikation kann diese Maßnahme im Einzelfall auch durch einen Facharzt für Allgemeinchirurgie einen Facharzt für Gynäkologie erbracht werden. Zu Durchführung eines Bodyliftings ist die Qualifikation des Facharztes für Plastische Chirurgie erforderlich.
Regelmäßige Nachweise von entsprechenden Fortbildungen, insbesondere zusätzliche Kenntnisse und Erfahrungen in der Liposuktion sind gefordert. Grund hierfür ist die zunehmend kombiniert durchgeführte Liposuktion mit Abdominoplastik. (s. Leitlinien der GACD zur Liposuktion)

Indikation

Die Indikation zur Abdominoplastik ist bei folgenden Voraussetzungen gegeben:

1. Erheblicher Haut- Weichteilüberschuss mit kompletter oder partieller Überlappung und Schürzenbildung von Haut und Unterhautfettgewebe.
2. Durch Überlappung des Haut-Weichteilmantels hervorgerufene Ekzembildung mit konsekutiver Intertrigo.
3. Ausgeprägte Rektusdiastase bei mäßiger Adipositas.
4. Eine relative Indikation liegt vor, bei ästhetisch auffälliger Striaebildung des Unterbauchs und caudalem Anteil des Oberbauchs bei stattgehabter Schwangerschaft oder Zustand nach erheblicher Gewichtsreduktion.

5. Eine weitere relative Indikation ist zur Korrektur von Narben, Hernien und Verwachsungen im Unterbauch bei mäßiger Adipositas gegeben.

Kontraindikation

Bei Kontraindikationen zur Abdominoplastik muss unterschieden werden zwischen allgemeinmedizinischen und chirurgischen Gegenanzeigen.

Relative Kontraindikationen:

1) Body- Mass Index über 35 (Wissenschaftlich liegt allerdings kein Beweis dafür vor)

2) Veränderungen des Haut- und Weichteilmantels, die eine Minderperfusion erwarten lassen z.B. Abdominalnarben nach Laparatomien wie Rippenbogenrandschnitt oder Zustand nach Radiatio der Bauchdecke.
3) Lungenfunktionsstörungen, Magen-Darmerkrankungen mit Entleerungsstörungen (wegen der zu erwartenden Veränderung des Abdominalvolumens).
4) Generalisierte Erkrankungen des Immunsystems oder eine immunsupressive Behandlung.

Absolute Kontraindikationen:

1) Störungen des Gerinnungssystems soweit diese nicht ausreichend therapeutisch behandelt werden können
2) Generalisierte Adipositas mit alleinigem Wunsch zur Gewichtsreduktion.
3) Isolierte Striaebildung ohne ausreichenden Haut-Weichteilüberschuss.
4) Herz-Kreislauferkrankungen, die eine Minderbelastbarkeit insbesondere im Rahmen des Operationstraumas von Bedeutung sind.
5) Nicht oder unzureichend behandelte Stoffwechselerkrankungen wie z. B. ein Diabetes mellitus, Schilddrüsenfunktionsstörungen etc.

Präoperative Befunderhebung und Dokumentation

Als erforderliche präoperative Maßnahmen gelten:

1. Dokumentation einer ausführlichen familiären und psychosozialen Anamnese.
2. Gesamtkörperliche Untersuchung mit besonderem Augenmerk auf Hernienbildungen der Abdominalregion, evtl. einschließlich sonografischer Zusatzuntersuchung.
3. Präoperative Hautanzeichnung der zu resezierenden Fläche im Stehen.
4. Fotodokumentation
5. Dokumentation präoperativer Laborparameter
6. Ausführliche mündliche und schriftliche Aufklärung, auch über marginale Risiken, einschließlich entsprechender Dokumentation.
7. Aufklärung und OP-Einverständnis mindestens 24 Stunden vor der Operation, empfohlen wird 4 Wochen vor OP.

8. Vorstellung und Untersuchung durch den verantwortlichen Facharzt für Anästhesie.

Die erhobenen Daten müssen sorgfältig dokumentiert werden. Der Inhalt und Gegenstand des Beratungsgesprächs sowie die Einwilligung des Patienten zur OP sind in jedem Fall schriftlich zu fixieren.

Operative Technik der Abdominoplastik

Zu unterscheiden ist zwischen einer unteren Bauchdeckenplastik und einer Gesamtbauchdeckenplastik mit Nabelneuimplantation.

1) Untere Abdominoplastik (Minidermolipectomie)
Durchführung in Lokalanästhesie oder Narkose möglich.
Nur partielle Resektion von Haut- und Unterhautfettgewebe. Nach Hautverschluss darf keine wesentliche Verziehung des Nabels nach caudal vorliegen. Sehr caudale Schnittführung im Schamhaargrenzbereich, in der Regel distal der Spina iliaca anterior. Drainagen fakultativ.
Tageschirurgische Durchführung möglich.

2) Abdominoplastik mit Nabelneuimplantation
Durchführung in aller Regel in Allgemeinanästhesie, in Ausnahmefällen auch Tumeszenslokalanästhesie möglich.
Komplette breite Ablösung des Haut-Weichteilmantels unterhalb des Bauchnabels, oberhalb des Bauchnabels bis zum Rippenbogen vornehmliche zentrale Ablösung auf der linea Alba und abnehmend laterale Mobilisation oder partielle Ablösung mit gleichzeitiger Mobilisierung durch zusätzliche Liposuktion. Schnittführung in der Regel leicht cranial des Schamhaaransatzes. Ansteigende oder mehr horizontale Schnittführungen möglich, Einzelheiten s. Lehrbücher für Plastische Chirurgie und Fachliteratur. Drainagen obligat. (supraumbilical und im Schnittbereich)
Bei entsprechenden Veränderungen, Möglichkeit zur Rekonstruktion der muskulären Bauchdecke (z.B. Rectusdiastasenkorrektur) einschließlich der Versorgung von Hernien (z.B. Bauchnabel, Narbenhernien).
Stationäre Behandlung und Überwachung in der Regel für mindestens 24 Stunden erforderlich, tageschirurgische Durchführung nur in begründeten Ausnahmefällen. Patienten sollten aus Sterilitätsgründen nicht mit Drainagen nach Hause entlassen werden. Die Durchführung dieses Eingriffes darf nicht in den Praxisräumen erfolgen.

3) Bodylifting
Wie unter 2 empfohlen, nur zuvor Resektion der dorsalen Hautüberschussanteile wie folgt:
Beginn in Bauchlage empfohlen. Tumeszenz der zu resezierenden und zu unterminierenden Fläche empfohlen. Bei starken dermatochalatischen Befall der seitlichen Oberschenkel, weite Mobilisation der Haut und Unterhaut lateral bis weit in den Oberschenkelbereiche, im Maximalfall bis knapp über das Kniegelenk – ggf. auch mittels adjuvanter Liposuction (Cave Serombildung! = zu minimieren mit sog. Baroudi Nähten).

Fettanteile auf Gluteaushöhe nur bedingt resezieren, (bis zum SFS, s.u.), um das postoperative „Flachgesäß“ zu vermeiden. Defektverschluss unter Einbeziehung des superficial fascial system (SFS) nach Lockwood.

Bei ausgedehnten Abdominoplastiken ist eine Thromboseprophylaxe sinnvoll. Kompressionsstrümpfe sind unbedingt erforderlich. Frühe Mobilisation wenn möglich noch am Op Tag.
Perioperative Antibiotikagabe ist bei adipösen klar indiziert (Single shot unmittelbar prä-op, ggf. nach 3 Std. Op- Zeit intra-op), bei normalgewichtigen Patienten liegt die Antibiotikagabe im Ermessen des Operateurs.

Räumliche und Apparative Ausstattung

Aseptischer OP entsprechend den jeweils gültigen gesetzlichen und hygienischen Vorschriften. Vorhaltung eines ausreichenden Instrumentariums sowie Verbrauchsmaterialien auch zur Versorgung von möglichen Komplikationen. Komplett ausgestatteter Anästhesiearbeitsplatz – auch bei Durchführung in Lokalanästhesie.

Postoperative Nachsorge

Innerhalb der ersten 48 Stunden muss jederzeit eine notfallmäßige Revision gewährleistet sein zur Versorgung lebensbedrohlicher Blutungen. Eine regelmäßige Wundinspektion mit Prüfung der Durchblutungsverhältnisse der Bauchdecke und Kontrolle der Drainagen wird gefordert. Entsprechende Lagerungsmöglichkeiten zur Entlastung der Bauchdecke z. B. Stufenbettlagerung sollten vorhanden sein.
Ein Bauchgurt oder Mieder ist fakultativ. Die Kompression ist sinnvoll zur Vermeidung von Seromen. Eine frühzeitige Mobilisierung des Patienten insbesondere zur Thromboseprophylaxe ist gefordert, gegebenenfalls unter Einsatz einer adäquaten Schmerzmittelmedikation wenn möglich noch am OP-Tag.
Bei nicht selbst durchgeführter Nachsorge ist eine fachchirurgische Weiterbehandlung wünschenswert.
Nach Entlassung müssen die Kontrolluntersuchungen mit ausreichender Frequenz zum frühzeitigen Erkennen von Komplikationen erfolgen.
Dem Patienten sind ausführliche Anleitungen zur Belastung, Verhaltensmaßregeln und auch über den zu erwartenden Heilverlauf zu geben. Die alleinige Mitgabe von Merkblättern ist nicht ausreichend. Eine Dokumentation über eine entsprechende Belehrung ist zu führen.
Zur Befunddokumentation und Qualitätssicherung sollte eine Fotodokumentation einschließlich des Vermerks über das aktuelle Körpergewicht 6 Wochen, 6 Monate und 1 Jahr post OP durchgeführt werden.