



E. Demir

Praxis für ästhetische und plastische Chirurgie, Handchirurgie, Köln, Deutschland

Postbariatrische plastische und ästhetische Chirurgie

Maßnahmen zur Wiederherstellung und Korrektur nach Gewichtsabnahmen

Die körperlichen Komplikationen der Adipositas sind weitreichend und nicht nur in der Medizinlandschaft allgegenwärtig. Das metabolische Syndrom als Clusterbegriff für atherosklerotische Krankheiten, Diabetes mellitus, kardiale Probleme, respiratorische Störungen, wie z. B. obstruktive Schlafapnoe, gastrointestinale Auswirkungen z. B. auf die Leber bis hin zu orthopädischen Erkrankungen bestimmen den Alltag und fordern die Medizin zur Handlung heraus [1]. Eingriffe zur Regulation der Adipositas versuchen, diese Prozesse aufzuhalten bzw. rückgängig zu machen. In Deutschland hatten die Ansätze zur chirurgischen Therapie der Fettleibigkeit – die Adipositaschirurgie – einen eher schwierigen Start im Vergleich zu anderen Nationen. Sie wurde trotz erster Dünndarmbypassoperationen mit bariatrischer Intention bereits in den 50er-Jahren in den USA erst mit Gründung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Adipositaschirurgie und metabolische Chirurgie (CAADIP) im Mai 2007 nach einer lang währenden fachpolitischen Ablehnung durch die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Chirurgen endgültig anerkannt (Quelle: Weiner: Geschichte der Adipositaschirurgie – Springer). Es war also ein langer Weg bis zur aktuellen S3-Leitlinie aus dem Jahr 2018 [2].

Die S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ wurde in Zusammenarbeit mit zahlreichen Fachgesellschaften entwickelt.

Im Einzelnen waren dies:

- Deutsche Adipositas-Gesellschaft e. V. (DAG),

- Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG),
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM),
- Deutsche Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende Verfahren e. V. (DGE-BV),
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM),
- Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e. V. (DGPRÄC),
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM),
- Verband der Diabetesberatungs- und Schulungsberufe in Deutschland e. V. (VDBD) Berufsverband Oecotrophologie e. V. (VDOE) Adipositaschirurgie-Selbsthilfe D. e. V.

Dies spiegelt die ausgeprägte interdisziplinäre Herausforderung unseres Leitthemas wider. Die Leitlinie wurde in der Neuauflage um einen wichtigen Aspekt erweitert: „Ziel der adipositaschirurgischer bzw. metabolischer Operation ist nicht primär die Gewichtsreduktion, sondern dass es auch darum geht, über eine Gewichtsreduktion und metabolische Veränderungen den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Lebenserwartung zu verbessern“ [4].

Die medizinische Notwendigkeit der Rekonstruktion der Körperform wird in der aktuellen Leitlinie eindeutig festgelegt und empfohlen. Somit bildet die Körperformung nach massiver Gewichtsreduktion ein wichtiges Teilgebiet innerhalb der interdisziplinären Behandlung von Adipositaspatienten [5, 6]. Wir wid-

men uns also einem Teilaspekt der sog. postbariatrischen plastischen Chirurgie – hierbei stehen die verbesserte Lebensqualität und psychische Komorbidität im Vordergrund, welche durch die Maßnahmen zur Rekonstruktion nach Gewichtsreduktion maßgebend beeinflusst werden. Diese letzte Stufe der bariatrischen Therapie findet in der körperlichen Rehabilitation durch plastische und ästhetische Maßnahmen der Wiederherstellung den Abschluss eines langen Weges.

Nicht jeder Patient, der Gewicht abgenommen hat, benötigt eine plastisch-chirurgische Straffungsoperation. Jedoch sind viele Patienten durchaus so eingeschränkt nach der massiven Gewichtsreduktion, dass an gewissen Stellen, insbesondere im Bereich des Abdomens und der Oberschenkel und ggf. sogar im Bereich der Oberarme und der Brust körperstraffende Operationen notwendig sind. Einige Patienten benötigen daher mehrere Operationen an verschiedenen Körperregionen. Wiederherstellungsoperationen nach starker Gewichtsabnahme stellen also nicht nur ästhetische Interventionen dar, sondern erfordern bisweilen aufwendige Operationen zur Wiederherstellung des Körpergefüges, teilweise als Stufenplan (Multi-Stage-Strategie) in mehreren Teilschritten [3] nach Stabilisierung des Gewichtes.

Hierzu gehören die klassische Fettabsaugung, Oberarm- und Oberschenkelstraffungen, Formwiederherstellungen an der männlichen und weiblichen Brust, Straffungen des oberen und unteren Rumpfes sowie zirkuläre Wiederherstellungen der Bauch- und Gesäßregion

(Bodylifts), Straffungen im Intimbereich und Gesichts- und Halsstraffungen.

Wir möchten in dieser Ausgabe den Anfang einer Serie machen und die operativen Maßnahmen zur Wiederherstellung nach Gewichtsabnahmen beleuchten. Es werden in folgenden Ausgaben immer wieder unterschiedliche Aspekte der postbariatrischen ästhetischen Chirurgie in all seinen Facetten näher betrachtet werden. Ebenso möchten wir Begleitumstände, Komplikationen und die Rolle von Selbsthilfegruppen herausarbeiten.

Kollege Jandali betrachtet den Rumpf im Kontext der notwendigen Straffungsoperationen etwas genauer. Hierbei werden Korrekturen in Form von Bauchdecken- und Gesäßstraffung oder als Bodylift sowie die Interventionen am Oberschenkel nach massiver Gewichtsabnahme detailliert beschrieben und diskutiert.

Kollegin Schäfer widmet sich einem interessanten Aspekt der ästhetischen Gesichtschirurgie. Nicht selten bilden Face- und Halsliftings die letzte Stufe der chirurgischen Rehabilitation. Eine Problemzone stellt die Halsregion dar, sie hat daher die Option einer postbariatrischen Halsstraffung für uns ausgearbeitet.

Selbsthilfegruppen haben einen positiven Effekt auf den postoperativen Verlauf in der Adipositaschirurgie. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen führte zu einem signifikant höheren Gewichtsverlust im entsprechenden Kollektiv [7, 8]. Frau Kirsch stellt die Selbsthilfegruppe (SHG) Adipositas aus Merheim vor. Selbsthilfegruppen bilden einen wichtigen Pfeiler in der Adipositaschirurgie und alle Zentren für Adipositas- bzw. metabolische Chirurgie sollen mit einer Selbsthilfegruppe zusammenarbeiten, so die aktuelle deutsche und amerikanische Leitlinie.

Zwei Kurzbeiträge/Kasuistiken widmen sich der Brustoperation. Postbariatrische Brustformungen gehören zu den notwendigen Eingriffen nach erfolgreicher Bariatric.

Einen interessanten Beitrag aus der translationalen Forschung scheint das Konzept zur lokalen Hitzepräkonditionierung bei Bruststraffungen von Herrn Schmauss abzubilden. Die Arbeitsgruppe von Saki stellt eine schwere Komplika-

tion nach einer Mammareduktionsplastik vor.

Herr Ruhl schneidet ein wichtiges Thema aus der Unternehmensführung in der Medizin an – jeder hat in irgendeiner Form eine Leitungs- und Führungsrolle in seinem medizinischen Mikro- oder Makrokosmos. Die Zeiten der strengen autoritären Pseudohierarchie sind vorbei – zum Glück. „Ich bin hier der Chef – das ist meine Praxisklinik – ich bin der Ordinarius“ gehören der Vergangenheit an und passen nicht in ein modernes nachhaltiges Führungskonzept in der Medizin. Eine faire Kooperation unter Kollegen sowie Mitarbeitern, die Identifikation mit dem Betrieb motivieren, verschaffen eine angenehme Arbeitsatmosphäre und steigern die Effektivität, und das kommt allen und v. a. unseren Patienten zugute.

In diesem Sinne wünsche ich eine angenehme Lektüre und freue mich auf eine rege Diskussion.

Ihr

Dr. med. Erhan Demir

Korrespondenzadresse



Dr. E. Demir

Praxis für ästhetische und plastische Chirurgie, Handchirurgie
Beethovenstr. 5–13,
50674 Köln, Deutschland
demir@dr-demir.koeln

Interessenkonflikt. E. Demir gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Wirth A (2019) Körperliche Komplikationen der Adipositas. In: Psychosoziale Aspekte der Adipositas-Chirurgie. Springer, Berlin
2. Weiner R (2019) Psychosoziale Aspekte der Adipositas-Chirurgie. In: Geschichte der Adipositaschirurgie in Deutschland. Springer, Heidelberg
3. Pallua N, Demir E (2008) Postbariatrische Plastische Chirurgie. *Chirurg* 79(9):843–853. <https://doi.org/10.1007/s00104-008-1538-2>
4. AWMF – Version 2.3 (Februar 2018) AWMF-Register Nr. 088-001.
5. Runkel N, Colombo-Benkmann M, Hüttl TP, Tigges H, Mann O, Sauerland S (2011) Clinical practice guideline. *Bariatric Surg* 108:341–346
6. Dragu A, Vogt PM, Weiner RA, Runkel N, Horch RE (2011) Die S3-Leitlinie der Adipositas – Kommentar zur Rolle der Plastischen Chirurgie. *Chir Allg Z* 12:449–455

7. Beck NN, Johannsen M, Støving RK, Mehlsen M, Zachariae R (2012) Do postoperative psychotherapeutic interventions and support groups influence weight loss following bariatric surgery? A systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials. *OBES SURG* 22:1790–1797
8. Mechanick JL, Youdim A, Jones DB, Timothy GW, Hurley DL, McMahon MM et al (2013) Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Surg Obes Relat Dis* 9(2):159–191. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2012.12.010>