

Gesäßformung durch **Bodylift-**Operation

Autor: Dr. med. Harald Beck

Adipositas entwickelt sich in den Industrienationen immer mehr zur Volkskrankheit und zieht auch nach erfolgreicher Behandlung eine Reihe medizinisch und ästhetisch indizierter Folgeeingriffe nach sich. Nach massiver Gewichtsreduktion sind Bodylift-Operationen das Mittel der Wahl, um ein ästhetisch ansprechendes Körperbild wiederherzustellen. Dabei stellt der Eingriff an Schamregion und Gesäß die chirurgisch anspruchsvollste Indikation dar.

Die ästhetische Medizin verfolgt das Ziel, dem ewig währenden Wunsch der Menschheit nach Jugend und Schönheit nachzukommen. Dabei gibt es auch Trends und Entwicklungen, bedingt durch technische Neuerungen oder neue Medizinprodukte, die sich einige Zeit am Markt halten und dann wieder verschwinden. Andere Trends, die in den letzten 30 bis 40 Jahren kontinuierlich zugenommen haben, werden sicherlich auch in den nächsten Jahrzehnten keinen gegenläufigen Trend erfahren. Zu diesen zählt mit Sicherheit die Adipositaschirurgie sowie deren „ästhetischer Zweig“, die postbariatrische Chirurgie, mit der Plastische Chirurgen immer häu-

figer konfrontiert sind. In den letzten zehn Jahren hat sich diese Chirurgie vom simplen Haut- und Fett-Resezieren zur komplexen Körperformung hin weiterentwickelt. Der Anspruch der Patienten ist gleichzeitig massiv gestiegen, der simple Austausch einer Haut- und Fettschwarte gegen eine lange Narbe wird nicht mehr akzeptiert. Vielmehr stellen sich die Patienten mit dem Wunsch vor, die Folgen der massiven Gewichtsschwankung ungeschehen zu machen.

Die Klassifizierung des Übergewichts erfolgt mittels Body-Mass-Index, kg/m^2 , (s. Tabelle 1). In Europa sind etwa 13 Prozent der Bevölkerung adipös, haben

also einen BMI von größer als 30. In den Vereinigten Staaten von Amerika sind das etwa 35 Prozent, also mehr als jeder Dritte.² Die Zahl der bariatrischen Eingriffe ist infolgedessen ständig steigend, der Bedarf an postbariatrischen Eingriffen durch Plastischen Chirurgen immens.

Patientenklientel

Die Wiederherstellung der Körperkontur erfolgt in zwei bis vier Operationsschritten, wobei zunächst die untere Körperhälfte mit den Teilbereichen Abdomen, Hüfte, Gesäß, Schamhügel und Oberschenkel korrigiert wird (unteres Bodylift). Nach mindestens sechs Monaten folgt die obere Körperhälfte (oberes Bodylift) mit den Bereichen Brust, Oberarme, lateraler Thorax und Scapula. Schamhügel und Gesäß bleiben dabei die ästhetisch und chirurgisch anspruchsvollsten Regionen.

Die Patienten, die beim Plastischen Chirurgen für eine Bodylift-Operation vorstellig werden, haben eine Gewichtsreduktion von zumindest 25 kg, meistens 40 bis 70 kg oder gelegentlich sogar von 80 bis 130 kg und mehr hinter sich. Zumeist ist die Ursache für die Gewichtsreduktion ein vorangegangener Magenbypass. Durch die besseren und durchdachteren Diäten, die in den letzten zehn Jahren auf den Markt gekommen sind, sowie durch die professionell angebotene Ernährungsberatung ist aber auch der Anteil der diätetisch bedingten massiven Gewichtsreduktionen massiv angestiegen.

Aus dem breiten Spektrum der möglichen Gewichtsreduktionen heraus ergibt sich auch ein sehr variables Erscheinungsbild der Patienten, die eine Bodylift-Operation wünschen. Es gibt Vertreter aller Altersklassen von 18 bis 70 Jahren. Die chirurgische

Gewichtsklassifikation (Europa, USA)	BMI (kg/m ²)
Untergewicht	< 18,5
Normalgewicht	18,5 bis 24,9
Übergewicht (Präadipositas)	25 bis 29,9
Adipositas Grad I	30 bis 34,9
Adipositas Grad II	35 bis 39,9
Adipositas Grad III (morbid Adipositas)	40 oder mehr

Idealvorstellung, eine normalgewichtige Patientin mit überschüssigen Hautfalten, ist dabei nur selten zu finden. Häufig kommen hingegen Patienten vor, die mit einem erhöhten BMI aus der Magenbypass-Operation aussteigen und resistent gegen eine weitere Gewichtsabnahme sind. Bei diesen Patienten ist das Ausmaß der Hautresektion zumeist geringer, dafür müssen größere Fettmengen reseziert oder mittels Liposuktion reduziert werden.

Tabelle 1: BMI Klassifikation.¹

Die Bodylift-OP

Es gibt aber auch eine steigende Zahl von Patienten, die nach der massiven Abnahme untergewichtig oder grenzwertig untergewichtig sind und bei denen zwar Hautüberschüsse, aber praktisch überhaupt kein Unterhautfettgewebe mehr vorhanden sind. Durch das fehlende Fettgewebe sind die Möglichkeiten zur Körperformung stark eingeschränkt und das kachektische Erscheinungsbild bleibt postoperativ meistens bestehen. Normalgewichtige Patienten haben ausreichend subkutanes Fettgewebe, um ein ästhetisch ansprechendes Erscheinungsbild zu kreieren. Überschüssige Haut muss reseziert und das entsprechend der Schwerkraft nach kaudal verlagerte Weichteilgewebe repositioniert werden (Abb. 1a bis c).

Abb. 1a: Untergewicht.
Abb. 1b: Normalgewicht.
Abb. 1c: Übergewicht.



Abb. 1a



Abb. 1b



Abb. 1c



Abb. 2a: Haut-Weichteilüberschuss präoperativ bei normalgewichtiger Patientin.

Abb. 2b: Am Ende der OP.

Die Operationsmethode ist entsprechend dieser drei Patiententypen zu adaptieren. Der ästhetische Anspruch und damit auch die Erwartungshaltung an den Chirurgen sind bei den normalgewichtigen Patienten mit Abstand am höchsten. Was sie stört, mag auf den ersten Blick gar nicht so offensichtlich sein. Häufig handelt es sich dabei um das Absacken der Weichteile, besonders im Bereich des Gesäßes, wodurch ein gealterter Eindruck entsteht. Auch die Genitalregion, der Bauch, die Oberschenkel und die Hüften können nach einer massiven Gewichtsabnahme ein gealtertes Bild abgeben. Ziel des unteren Bodylifts ist es dementsprechend, ein altersadäquates Erscheinungsbild in der unteren Körperhälfte wiederherzustellen. Vor allem bei jüngeren normalgewichtigen Patienten wird die Problematik des zu großen Haut-Weichteil-Mantels oft erst im Liegen evident. Die überschüssigen Weichteile verteilen sich in der Rückenlage zu beiden Seiten des Körpers und der Patient hat den Eindruck, auf einer Luftmatratze zu liegen. (Abb. 2a und b).

Gesäßformung

Die Gesäßformung ist der schwierigste Teil der Bodylift-Operation, weil ähnlich wie bei der Masto-

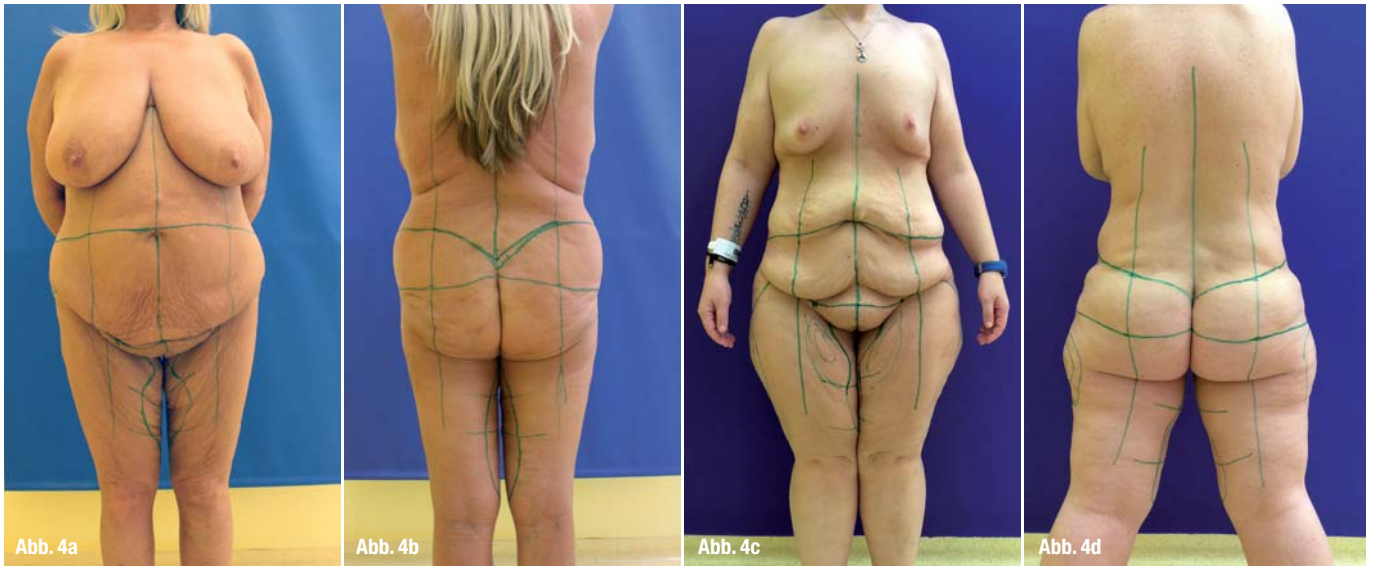
pexie eine Formung des Inhalts und ein lockeres Darüberlegen des adäquat resezierten Hautmantels erfolgen muss.

Das geschieht meist, indem ein Fettgewebslappen oder ein Dermis-Fettgewebslappen vom Bereich der Hüfte in die zentrale Gesäßregion eingeschwenkt wird, was von mehreren Autoren bereits beschrieben wurde.³⁻⁶ Somit wird im Gesäßbereich nichts weggenommen, sondern Weichteilgewebe dazugefügt, um die Gesäßprojektion zu erhöhen und damit einen jugendlichen Eindruck zu erwecken (Abb. 5a bis c). Durch die Reduktion von Fettgewebe im Bereich der Hüfte ergibt sich zusätzlich der Eindruck einer verstärkten Lendenlordose. Der Gesamteindruck der Rückenpartie ändert sich somit durch die Bodylift-Operation von einer geraden Lendenwirbelsäule und einem flachen, hängenden Gesäß zu dem Bild einer verstärkten Lendenlordose und einem prominent wirkenden, vollen Gesäß, entsprechend einem jugendlich-sportlichen Typus (Abb. 3).

Bei Patienten mit einem androiden Fettverteilungsmuster finden sich die meisten Schäden durch die massive Gewichtszu- und -abnahme im Bereich des Abdomens, also an der Ventralseite des Körpers. Diese Patienten stört typischerweise ihre Gesäß-

Abb. 3: Vermehrte Lendenlordose und Gesäßprojektion intraoperativ.





situation nicht, das Resektionsausmaß ist am Abdomen am größten (Abb. 4a und b). Im Unterschied dazu treten Patienten mit einem gynoiden Fettverteilungsmuster meistens selbst mit der Bitte einer Gesäßformung an den Chirurgen heran, das Resektionsausmaß ist hier an Gesäß und Hüften am größten (Abb. 4c und d).

Komplikationen

In einer vom Autor durchgeführten Studie hat sich gezeigt, dass der höhere Aufwand der Gesäßformung mithilfe einer Fettgewebslappenplastik mit einem besseren ästhetischen Ergebnis gegenüber der alleinigen Resektion von Haut und Fett einhergeht, allerdings auch mit einer höheren Rate an Wundheilungsstörungen (Abb. 6 und 7).

Wie bei allen chirurgischen Eingriffen nimmt die Rate an Wundheilungsstörungen mit zunehmender Fettgewebsdicke zu. Signifikant hoch ist die Komplikationshäufigkeit bei Rauchern, weswegen international von den meisten Bodycontouring-Spezialisten nikotinabhängigen Patienten diese Operation komplett verweigert wird.

Das zirkuläre Resezieren des Haut-Weichteilmantels beeinträchtigt den Lymphabfluss aus der unteren Körperhälfte, was sich bei einigen Patienten in Form von mehrwöchigen Schwellungen der unteren Extremitäten bemerkbar macht. Alle Patienten wurden vom Autor am ersten postoperativen Tag mobilisiert, mit der Auflage, aufrechtes Sitzen zu vermeiden, um Nahtdehissenzen im Glutealbereich zu verhindern. Kleine Wundheilungsstörungen zeigten sich dennoch bei 28 Patienten aus einem

Abb. 4a und b: Androide Fettverteilung mit kleinem Gesäß und schlanken Oberschenkeln.

Abb. 4c und d: Gynoider Fettverteilung mit ausladendem Gesäß und breiten Oberschenkeln.

Abb. 5a: Areal der Resektion in Gelb.

Abb. 5b: Areal der Fettgewebslappenplastik in Rosa.

Abb. 5c: Eingeschwenkte Fettgewebslappenplastik.

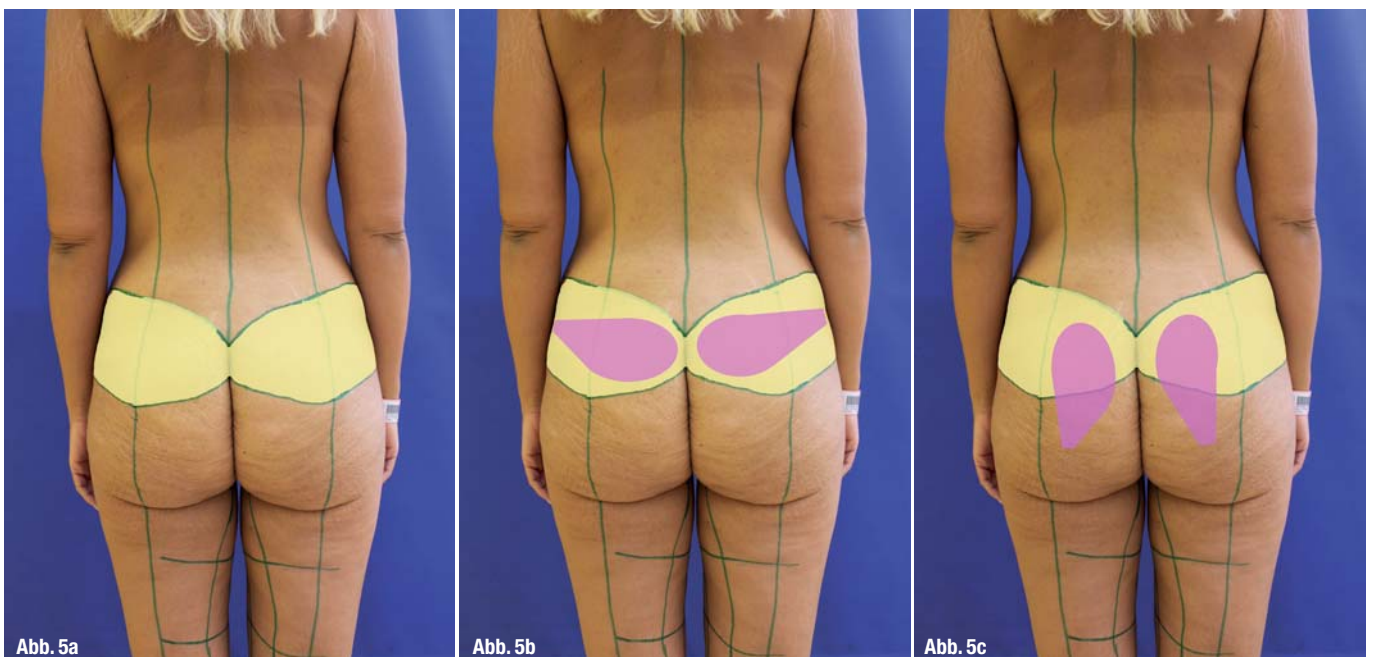




Abb. 6: Patientin ohne Fettgewebslappen, weniger Gesäßprojektion. (a–c) präoperativ, (d–f) postoperativ
Abb. 7: Patientin mit Fettgewebslappen, höhere Gesäßprojektion. (a–c) präoperativ, (d–f) postoperativ.

Kollektiv von 45, die alle konservativ, mit einer durchschnittlichen Heilungsdauer von 4,5 Wochen, zur Abheilung kamen. Große Komplikationen zeigten sich bei zwei Patienten, die eine operative Revision notwendig machten (1 x Infekt, 1 x Hämatom). Bei zwei Patienten musste eine instabile Narbe sekundär exzidiert werden.

Kosten

Im deutschsprachigen Raum ist derzeit ein Punktesystem in Entwicklung, das Faktoren wie aktueller BMI, Ausmaß der Gewichtsabnahme, Dauer des stabil gehaltenen Körpergewichts, Nikotinabusus etc. berücksichtigen soll, um eine möglichst faire, transparente und allgemeingültige Grenze für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen zu schaffen.

Derzeit wird in Österreich ab einer Gewichtsabnahme von etwa 35 kg sowie deutlich bestehenden Hautüberschüssen die Bodylift-Operation von der Krankenkasse bezahlt. Wird die Operation privat bezahlt, betragen die Kosten das 2- bis 2,5-Fache einer Bauchdeckenstraffung. Werden die Oberschenkel einzeitig mitgestrafft, liegen die Kosten bei dem 2,5- bis 3-Fachen.

Diskussion

Die Bodylift-Operation ermöglicht die Wiederherstellung der Körperkontur und damit in vielen Fällen die psychische Integrität der postbariatrischen Patienten.

Im Bereich der ästhetisch anspruchsvollen Gesäßregion gewährleistet die Mobilisierung des Fett-

lappens eine bessere Gesäßprojektion und ein stabileres postoperatives Ergebnis, die Autoaugmentation des Gesäßes mittels Fettlappenplastik eine bessere Verteilung des glutealen Hautüberschusses.

Die Grundproblematik „Cutis laxans“ der postbariatrischen Patienten schränkt die Möglichkeiten des Eigenfetttransfers stark ein, eine ausschließliche Gesäßformung mittels Lipofilling („brazilian buttock lift“) ist meistens nicht möglich und der Hautüberschuss für eine Füllung mit glutealen Implantaten zu groß.

Kontakt		face
	<p>Dr. med. Harald Beck Facharzt für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie Praxismgemeinschaft Wörseg Clinics Wien 19 Sieveringer Straße 36 1190 Wien, Österreich Tel.: +43 1 3287337</p>	
<p>harald@beck2.at wörseg-clinics.com</p>		
<p>Infos zum Autor</p> 	<p>Literatur</p> 	