

Komplikationen nach Schamlippenverkleinerung und deren Versorgung

Autor: Dr. med. Dominik von Lukowicz

Das steigende Patienteninteresse an intimchirurgischen Operationen führt dazu, dass immer mehr Behandler diese Eingriffe anbieten. Um jedoch ästhetisch und funktional ansprechende Ergebnisse zu erzielen, sind umfassende Fachkenntnisse und das sichere Beherrschen fortschrittlicher Operationstechniken zwingend notwendig. Treten Komplikationen auf, müssen diese ebenfalls fachgerecht behandelt werden.

Die Nachfrage nach Operationen im Intimbereich wächst vonseiten der Patienten enorm, die Anzahl der Eingriffe erhöht sich jedes Jahr um einen zweistelligen Prozentsatz. So ist es nicht weiter verwunderlich, dass immer mehr Kollegen aus den Fachrichtungen Gynäkologie, Chirurgie, Plastische Chirurgie, Dermatologie und andere versuchen, diese scheinbar einfachen Operationen mit in ihr Portfolio aufzunehmen.

Da das Gebiet der Intimchirurgie erst in den letzten Jahren eine öffentlich wirksame Popularität erfahren hat, ist es verständlich, dass auch die Literatur nicht besonders ergiebig zu Techniken und Strategien bezüglich der intimchirurgischen Operationen ist. Meist findet man in der Literatur nur veraltete, mittlerweile obsolete Operationstechniken. In neueren Veröffentlichungen fehlt häufig eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Operationsschritte. Nun werden seit

einiger Zeit Wochenendkurse zu diesem Thema, meist im Ausland, angeboten.

Fachkenntnisse notwendig

Die modernen Operationstechniken zur Verkleinerung der inneren Schamlippen sind durchaus komplex. Die Lernkurve ist entsprechend flach. Das Gewebe im Bereich der inneren Schamlippen ist stark durchblutet, sodass nahezu alle Eingriffe gut abheilen. Es bedarf jedoch tiefer gehender Kenntnisse, um einen unkomplizierten Operationsverlauf zu gewährleisten sowie ein durchweg zufriedenstellendes funktionales und ästhetisches Ergebnis zu erreichen (Abb. 1a–d).

Die Darstellung der folgenden Komplikationen mit den dazugehörigen Lösungsansätzen sowie häufiger Fehlerquellen erhebt keinen Anspruch auf Vollstän-

Abb. 1a–d: Es bedarf tiefergehender Kenntnisse, um einen unkomplizierten Operationsverlauf zu gewährleisten und dadurch ein zufriedenstellendes funktionales und ästhetisches Ergebnis zu erreichen:
(a) Vorher im Stehen; **(b)** Nachher im Stehen; **(c)** Vorher im Liegen; **(d)** Nachher im Liegen.



Abb. 1a



Abb. 1b



Abb. 1c



Abb. 1d

digkeit. Des Weiteren basieren die Erklärungen und Lösungsansätze auf den präferierten Operationstechniken des Autors.

Schicksalhafte Komplikationen

Schicksalhafte Komplikationen können in der Regel nicht durch den Operateur vermieden werden. Häufig hängen sie von äußeren Bedingungen ab, auf die man nur sehr eingeschränkt Einfluss hat. Wir unterscheiden:

Nachblutung

Zu Nachblutungen kommt es in der Regel innerhalb der ersten Stunden nach der Operation.

Lösungsstrategie: Ein Großteil der Blutungen kann durch Drücken auf den gesamten Intimbereich zum Stillstand gebracht werden. Sollte jedoch eine deutliche Einblutung in das Gewebe erfolgt sein, so ist eine frühzeitige Revision angebracht. Diese kann normalerweise auch in örtlicher Betäubung stattfinden, auf den Zusatz von Adrenalin sollte jedoch verzichtet werden, da es sonst deutlich erschwert ist, die Blutungsquelle zu identifizieren. Nach Ausräumung des Hämatoms kann bei diffuser Blutung eine Totraumverkleinerung mit einem feinen resorbierbaren Faden erfolgen. Der primäre Wundverschluss ist in aller Regel möglich. Bei rechtzeitiger Revision ist keine Verschlechterung des mittel- und langfristigen Ergebnisses zu erwarten.

Pilzinfektion

Durch die chirurgische Reinigung mit z.B. Octenisept kommt es häufig zu einer Beeinträchtigung der Vaginalflora. Dadurch ist der Schutz gegenüber ubiquitär vorkommenden Pilzen stark reduziert. Typischerweise kommt es am Tag zwei nach der Operation zu einem vermehrten Brennen und Juckreiz in dem operierten Areal. Geruch, Ausfluss und Schmerzen nehmen zu. Eine Behandlung mit antimykotischer Salbe ist dann schnellstmöglich anzustreben. Noch besser ist jedoch, die Pilzkrankung präventiv zu vermeiden. Dies geschieht relativ zuverlässig mit



Abb. 2a–d: Z.n. ausgerissenem Läppchen nach Keilexcision (inferior wedge excision), vollständiger Abheilung und Rekonstruktion der rechten inneren Schamlippe.

der Gabe eines Milchsäure-Vaginalzäpfchen, das die Vaginalflora direkt wiederaufbaut. Bei Patientinnen mit Neigung zu Pilzinfektionen kann mit der Behandlung bereits 2 bis 3 Tage vor dem Eingriff begonnen und auch noch bis wenige Tage nach der Operation verlängert werden. Sonst reicht eine einmalige Gabe am Ende der Operation. In unserem Patientengut konnte die Pilzinfektionsrate so von 8 % auf unter 1 % reduziert werden.

Wundheilungsstörung

Die häufigsten Ursachen hierfür sind zu hohe Spannungen im Gewebe. Dies gilt es durch die richtige Technik zu vermeiden. In unseren Augen veraltete Techniken wie die Keilschnitttechnik führen häufig zu einer starken Spannung und damit zu nachfolgenden

Abb. 3a–d: Vier Beispiele für die Anwendung der falschen Operationstechnik, aus der ein unnatürliches Aussehen resultierte.





Abb. 4a–f: Korrektur bei Z.n. Technik 1 auf Technik 3 und zusätzlich Rekonstruktion der inneren Schamlippen (auswärts voroperiert).

Wundheilungsstörungen. Aber auch bei den komplexen moderneren Techniken kann es durch Überlastung des Gewebes zu Wundheilungsstörungen kommen (weitere Details s. u.). Eine weitere Ursache kann ein Fehlverhalten der Patienten sein. Hiergegen helfen meist mehrfache mündliche sowie schriftliche Verhaltensempfehlungen für die Zeit nach der Operation. Insbesondere gilt es zu beachten, dass Dinge wie Fahrradfahren, Reiten, Geschlechtsverkehr sowie alles weitere, was Reibung auf das operierte Areal überträgt, vermieden werden.

Lösungsstrategie: Konnte eine Wundheilungsstörung nicht vermieden werden, so kann direkt nach Auftreten eine Sekundärnaht erfolgen. Meistens kommen die Patientinnen jedoch verzögert, sodass bereits eine Reepithelialisierung an den Wundrändern begonnen hat. Eine Sekundärnaht bringt weitere Risiken wie Infektion mit sich. Es ist dann zu empfehlen, zunächst die Wundheilung komplett abzuwarten und im zeitlichen Verlauf von 6 bis 12 Wochen eine Korrektur durchzuführen. Kleinere Dehiszenzen wachsen in der Regel komplett von alleine zu und bedürfen keiner weiteren Maßnahmen.

Vermeidbare Komplikationen

Unter vermeidbaren Komplikationen verstehen wir:

Die falsche Operationstechnik

Die inneren Schamlippen bilden zusammen mit dem Klitorismantel eine ästhetische Einheit. Vor der Erstoperation ist in den meisten Fällen ein optisches Gleichgewicht gegeben. Viele der althergebrachten Operationstechniken bieten nur in bestimmten Fällen

eine adäquate Lösung. In der absolut überwiegenden Mehrzahl der Fälle besteht eine Klitorismantel-Hypertrophie. Wenn diese nicht auch korrigiert wird, entsteht postoperativ ein Ungleichgewicht und das Ergebnis ist disharmonisch und unnatürlich.

Lösungsstrategie: In manchen Fällen reicht die Nachresektion des Klitorismantels. Hier wird sozusagen von Technik 1 auf Technik 2 erweitert. Ebenso kann es notwendig werden, zusätzlich den Abstand zwischen Klitorisspitze und Harnröhre zu reduzieren, um eine Protrusion der Klitoris zu verhindern. Für diese Umstellung von Technik 1 auf Technik 3 muss noch genügend Gewebe im Präputiumbereich vorhanden sein (Abb. 4a–f).

In vielen Fällen ist aber zusätzlich zu der Disharmonie auch noch die Stabilisierung der Restschamlippe ausgeblieben. Dadurch kann es zu Asymmetrie und zu einem Verschwimmen der inneren Schamlippen kommen. Lösungsstrategie: Die innere Schamlippe wird neu aufgebaut und rekonstruiert (Abb. 5a–e).

Die falsche Nachbehandlung

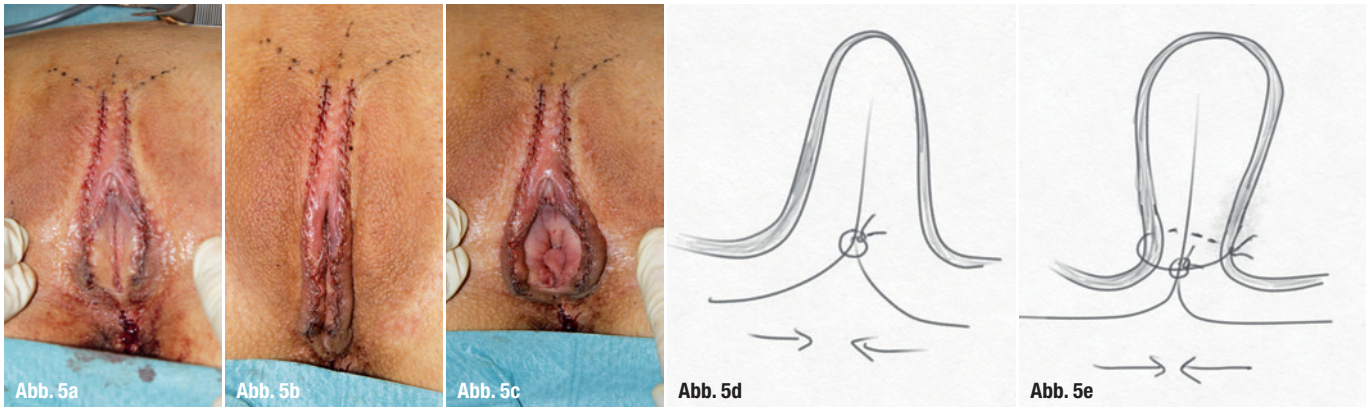
Wie oben bereits erwähnt, gilt es postoperativ, den operierten Bereich speziell gegen Reibung zu schützen. Fallbeispiel: Eine Patientin hatte bereits zehn Tage nach einer auswärtig durchgeführten Korrektur der inneren Schamlippen Geschlechtsverkehr. Der Voroperateur hatte revidiert und Sekundärnähte durchgeführt. Trotzdem kam es erneut zu einer ausgeprägten Wundheilungsstörung. Im weiteren Verlauf wurde nach komplettem Abheilen ein Ausschneiden der narbigen Areale sowie eine Reduktion und Angleichung des Klitorismantels durchgeführt, zudem eine partielle Rekonstruktion und Stabilisierung der inneren Schamlippen. Eine strenge Aufklärung und gute Compliance sind nach Korrekturen im Intimbereich essenziell. Die Wundheilung ist scheinbar häufig schon nach wenigen Tagen abgeschlossen: Die Wundverhältnisse haben sich normalisiert, die Schwellung ist zurückgegangen. Trotzdem ist mit einer belastbaren Stabilität erst nach ca. 6 Wochen zu rechnen.

Techniken zur Vermeidung von Komplikationen

Für nahezu alle Komplikationen gibt es eine weitgehend zufriedenstellende Lösung. Dies ist aber fast immer mit weiteren Operationen (ggf. auch Kosten) für die Patienten, Ausfallzeiten, Schmerzen, Vertrauensverlust und weiteren Unannehmlichkeiten verbunden. Im Folgenden soll nun auf die technikabhängigen Komplikationen und Fallstricke eingegangen werden, da sich diese relativ leicht im Vorfeld verhindern lassen.

Technik 1

Die einfachste und unkomplizierteste der drei genannten Techniken bedarf einer genauen Planung



und Anzeichnung. Durchgeführt in örtlicher Betäubung, ist nach Injektion von ausreichend örtlichem Betäubungsmittel die Verhältnismäßigkeit verändert. Daher ist die Anzeichnung mit einem wasserfesten feinen Stift wichtig. Im oberen Bereich am Übergang zum Präputium sollten eine genaue Einpassung und ein harmonischer Übergang zum Klitoris mantel gebildet werden. Sehr wichtig ist die Unterstützung der inneren Restschamlippe, um ein Verschwimmen der Struktur und damit ein Abflachen innerhalb der ersten Wochen zu vermeiden. Dazu kann es auch kommen, wenn die Basis gar nicht tangiert wurde. Die häufigste Fehlerquelle bei Technik 1 ist eine falsche Indikationsstellung: Der Klitoris mantel ist evtl. präoperativ unauffällig, postoperativ aber im Verhältnis nicht mehr stimmig (Abb. 3a–d).

Technik 2

Die geplante zusätzliche Straffung des Klitoris mantels, jedoch ohne Hautentfernung unterhalb der Klitoris spitze, bedarf einer sorgsamen Anzeichnung sowie einer Beachtung der Verhältnisse wie bei Technik 1. Auch hier ist der häufigste Fehler, den Hautüberschuss zwischen Klitoris spitze und Harnröhrenausgang nicht zu beachten. Bei falscher Indikation kann hier ebenso ein unnatürliches Bild erzeugt werden.

Technik 3

Von den drei dargestellten Techniken ist diese die komplexeste. Es gilt hier noch mehr, auf eine gute Pla-

nung, sichere Anzeichnung und sorgsame Durchführung und Vermeidung von Spannung im Gewebe zu achten. Auch bei sorgsamer Durchführung bleiben Restrisiken, die mit den folgenden Tricks reduziert werden können:

Die *Taschennaht* reduziert die Spannung auf das Gewebe erheblich. Nach der Entfernung des überschüssigen Gewebes zwischen Klitoris spitze und Harnröhre entsteht erst mal eine Lücke. Die Resektion muss so erfolgen, dass sich diese spannungsfrei verschließen lässt. Ansonsten arbeitet die feste Struktur, der Klitoris gegen die nach kaudal ziehenden Strukturen und es entsteht eine Wundheilungsstörung in einem sehr sensiblen Bereich. Es hilft die beste Verankerung nichts, wenn überreseziert wurde und weiterhin eine starke Spannung im Gewebe verbleibt. Gerade die Schleimhaut verträgt dies nicht, die Nähte reißen innerhalb von wenigen Tagen aus. Auch haben mehrfache Korrekturversuche nichts weiter gebracht. Die Elastizität der Schleimhaut ist sehr eingeschränkt. So hat in diesem Fall nur die Sekundärheilung mit Narbengewebe die Lücke füllen können. Das ist teils zermürbend für Patient und Behandler. Aber auch, wenn es anfangs erst mit einer deutlichen Stufenbildung verheilt, so ist im weiteren Verlauf das Gewebe unter der Schleimhaut wieder aufgefüllt und eine ebene Fläche erreicht. Auch wenn die richtige Menge an überschüssiger Haut reseziert wurde, entlastet ein tiefer Ankerpunkt die Naht der darüber liegenden Schleimhaut. Die Wunde ist dann spannungsfrei und heilt problemlos.

Abb. 5a–c: Standardmäßige Stabilisierung der inneren Schamlippe an der Basis.

Abb. 5d und e: Grafische Darstellung der Rekonstruktion und Stabilisierung der inneren Schamlippe.

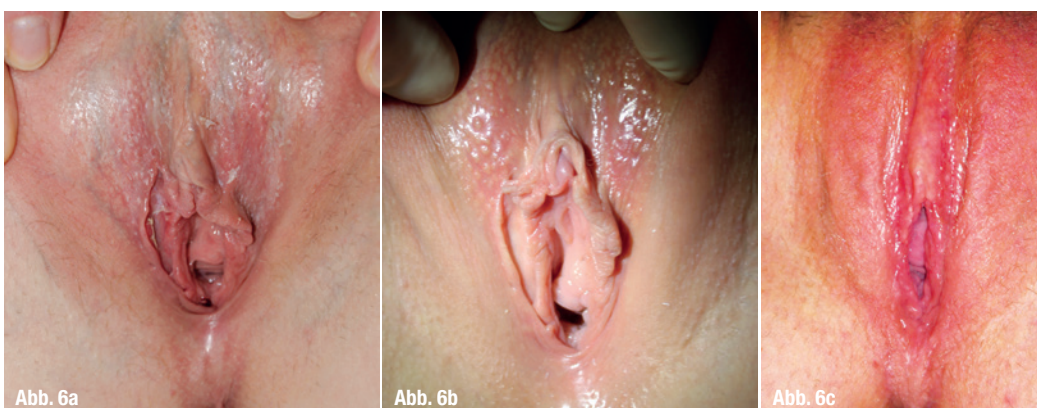


Abb. 6a: Befund nach zweifacher Voroperation Technik 1.

Abb. 6b: Befund nach Sekundärheilung.

Abb. 6c: Fünf Monate nach Rekonstruktion der inneren Schamlippen und Umstellung Technik 1 auf 3.

Abb. 7: Wann ist welche Technik zur Korrektur der inneren Schamlippen als Primäreingriff angezeigt? Algorithmus für die passende Operationstechnik nach v. Lukowicz.

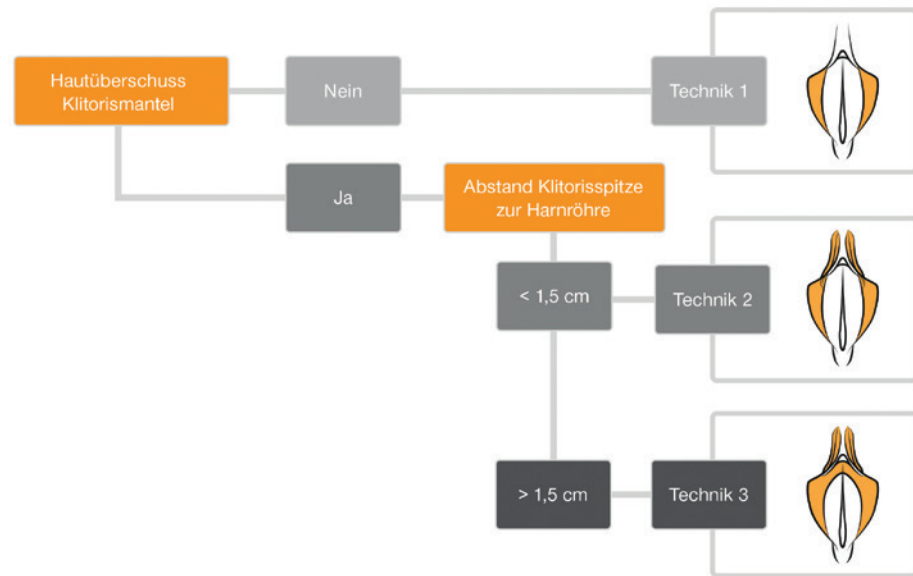


Abb. 7

Die *Unterstützung der Restschamlippe* ist essenziell, da auch nach kleineren Eingriffen innerhalb weniger Wochen eine komplette Einebnung der Schamlippe folgen kann. Hierfür empfehlen wir die Verwendung einer fortlaufenden Naht mit Vicryl 5-0 Rapid. Wichtig ist zum einen, dass die Knoten nicht fest angezogen werden, da es sonst zu einer Drucknekrose kommt und ein dauerhaftes Loch in der Schamlippe verbleibt. Zum anderen sollte keinesfalls wie sonst bei einer fortlaufenden Naht zurückgestochen werden. Es würde dann eine Strangulation der darüber liegenden Schamlippe erfolgen, mit massiven Lymphabflussstörungen und Durchblutungsproblemen. Es hat sich gezeigt, dass eine Matratzennaht effektiv und unbedenklich ist. So wird immer kontralateral zu der Naht genug Abfluss gelassen und eine sichere Durchblutung bleibt gewährleistet.

Mit dem „Reverse Flap“ erzielen wir eine maximale Stabilisierung der Läppchen in Technik 3. In dem Dreieck, das die Spitze des Läppchens bildet, ist nun eine gute Unterfütterung nach unten in dem Bett der Restschamlippe erreicht. Die distale Fixierung ist stabil und verhindert ein Ausreißen der Läppchen. Durch das Umklappen des subkutanen Gewebes entsteht an der distalen Läppchenspitze eine Stufe. Hierüber lässt sich die Haut der Restschamlippe legen und stufenfrei und präzise verschließen. Die Naht der Haut erfolgt wieder spannungsfrei, eine Heilung ist also problemlos. Diese Technik ist daher unserer Ansicht nach einer distalen Entepithelialisierung der Läppchenspitze überlegen, da dabei eine Vollhaut an eine Epidermis stößt, was unweigerlich zu einer Stufe führt.

Zusammenfassung

Bei richtiger Indikationsstellung und sorgsamer Durchführung sind die Operationen risikoarm. Es besteht aber nach eigener Erfahrung eine flache

Lernkurve. Die Korrektur der inneren Schamlippen hat sich in den letzten Jahren weiterentwickelt und die Ansprüche der Patientinnen sind gestiegen, ein sowohl funktionelles als auch ästhetisch ansprechendes Ergebnis wird erwartet. Der vorher als problembehaftet empfundene Bereich soll endlich mit voller Zufriedenheit betrachtet werden können.

Mit der zunehmenden Anzahl der Operateure, die sich mit diesem Thema beschäftigen, steigt auch die Anzahl der unzufriedenen Patientinnen und die Anzahl der Revisionsoperationen. Auch wenn die Nachfrage ungebrochen ist, so sollte wie bei jeder anderen Operation auch nur mit den speziellen Kenntnissen und der notwendigen Erfahrung im Bereich der inneren Schamlippen operiert werden. Zu groß ist die Beeinträchtigung der Patientinnen nach missglückter Operation, sowohl funktionell als auch optisch mit sämtlichen das private Leben der Patientinnen betreffenden Aspekten.

Kontakt



Dr. med. Dominik von Lukowicz

Pfisterstraße 9
80331 München
Tel.: 089 962919-21
kontakt@ae-muc.de
www.ae-muc.de

Infos zum Autor





AESTHETICS

LOOK DIFFERENT
FEEL DIFFERENT

KOSTENLOSE TEILNAHME



BTL EXPERT WORKSHOP



BERLIN
29. März | 16-19 Uhr
Dr. Juliane Bodo



MÜNCHEN
22. April | 11-14 Uhr
Prof. Dr. Klaus Fritz



BOCHUM
19. Mai | 16-19 Uhr
Dr. Michaela Montanari



DARMSTADT
24. Mai | 16-19 Uhr
Dr. Sonja Sattler, Dr. Gerhard Sattler



BTL EXILIS ELITE™

Die Anzahl der noninvasiven Behandlungen im ästhetischen Bereich wächst und die Technologie der Radiofrequenz spielt dabei eine immer größer werdende Rolle. Durch die Applikation von Wärme in entsprechenden Gewebeschichten ist es möglich, Prozesse anzustoßen, die eine Fettreduzierung bzw. eine Hautstraffung bewirken.

Gemeinsam mit unseren Experten möchten wir Ihnen in vier exklusiven Workshops alles über diese schonende Behandlungsmethode erläutern. Einen besonderen Mehrwert bieten dabei die Live-Behandlungen, bei denen Sie live die Anwendung beobachten und diskutieren können.



HAUTSTRAFFUNG



VORHER



NACH 2
BEHANDLUNGEN

FETTREDUKTION



VORHER



NACH 2
BEHANDLUNGEN

BTL WORKSHOP ZEITPLAN

- 16.00 Begrüßung
 - 16.05 Behandlung mit **BTL EXILIS ELITE™**
 - Behandlungsmöglichkeiten (Body Contouring, Skin Tightening, Facial Rejuvenation)
 - Ergebnisse
 - Unterstützung durch BTL
 - Fragen und Antworten
 - 17.00 Live-Behandlungen
 - 17.30 Kaffeepause & Canapés
 - 18.00 Praxismanagement
„Aus der Praxis für die Praxis“
 - 18.30 Praxismarketing, Social-Media & PR
- (am 22. April: 11-14 Uhr, inkl. Mittagssnack)

MARKETING-PAKET

Jeder Workshop-Teilnehmer erhält bei Kauf eines **BTL Exilis Elite Systems** zusätzlich ein kostenloses Marketing-Paket, maßgeschneidert für seine Praxis, im Wert von 2.500,- Euro.

Anmeldung unter www.btl-workshops.de