



Die epifasziale Versetzung des Bauchnabels

Autoren: Dr. med. Benjamin Gehl, Dr. med. Matthias Koller

Der kleine Bauchnabel steht wieder hoch im Kurs. Die Abdominoplastik ist und bleibt eine der beliebtesten und am häufigsten durchgeführten Eingriffe in der ästhetischen Chirurgie - vor allem bei Frauen. Die Schnittführung verläuft klassisch entweder horizontal oder vertikal, wobei meistens ein Schnitt in der Bikinizone durchgeführt wird.

Seit 1899, als die erste Abdominoplastik durchgeführt wurde, haben sich die Schnittführungen immer an der Mode orientiert. Ziel war und ist, die Narbe in der Unterwäsche bzw. Bademode zu verstecken. Das erklärt, warum heute die Narbe möglichst tief und flach ausgeführt wird, schließlich ist auch die Mode „hüftig" geschnitten. Fotos aus den 80-er oder 90-er Jahren des letzten Jahrhunderts zeigen die typische Bauchstraffungsnarbe aus dieser Zeit: Sie ging beidseits der Hüfte relativ hoch hinauf und hat diese sogar betont. Auch dies ist erklärbar mit der damaligen Bademode.

Ein nicht unwichtiges Detail, das bei der Bauchdeckenstraffung beachtet werden muss, ist die Versetzung des Bauchnabels. Oft wird der Bauchnabel durch einen runden Schnitt gelöst, wodurch eine meist sichtbare Narbe entsteht. Auch wenn die Straffung der Bauchdecke in den verschiedensten Techniken bis aufs kleinste Detail geplant und besprochen werden kann, so fürchten viele Patientinnen die Narben im sichtbaren Bereich. Unsere Aufgabe ist daher, die für die Patientinnen entstehenden Stigmata so zu reduzieren, dass – sofern möglich – Narben erst gar nicht entstehen.

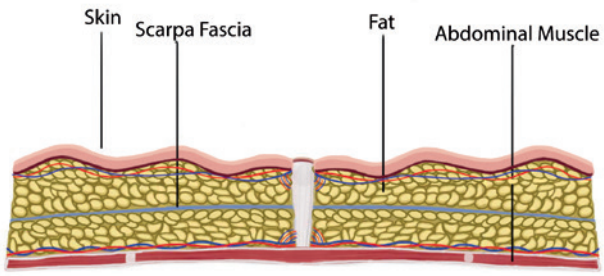


Abb. 1

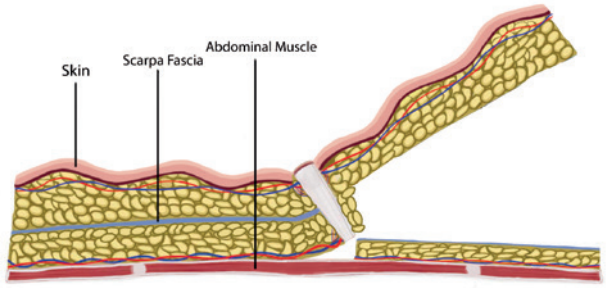


Abb. 2

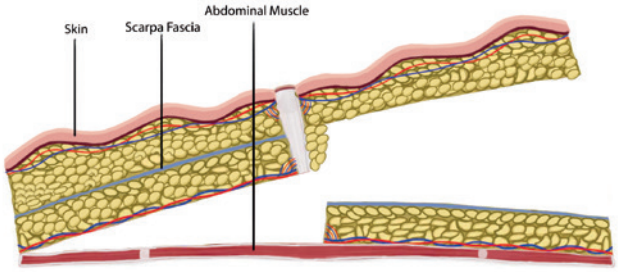


Abb. 3

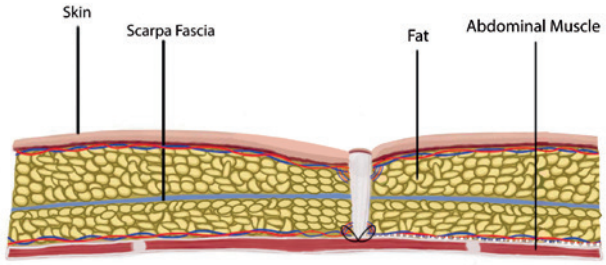


Abb. 4

Dieser Artikel befasst sich mit der epifaszialen Versetzung des Bauchnabels – einer wiederentdeckten, alt klassischen Technik zur Reduzierung der Stigmata im Rahmen einer Abdominoplastik.

Klassische Techniken

Bekannterweise lässt sich die Abdominoplastik als Lipoabdominoplastik oder als klassische Abdominoplastik/Miniabdominoplastik durchführen.
Bei der Lipoabdominoplastik erfolgt vor der eigentlichen Bauchdeckenstraffung eine Fettabsaugung zur Reduzierung des Panniculus. Dies ist dann erforderlich, wenn neben einem Hautüberschuss zusätzlich zu viel Fettgewebe vorhanden ist. Durch die Liposuktion im Oberbauchbereich kann bei dieser Technik auf eine ausgedehntere Unterminierung des Bauchhautlappens oberhalb des Nabels verzichtet werden. Dadurch werden wichtige Perforansgefäße zur Versorgung der Bauchhaut geschont, was zu einer Reduzierung von Wundheilungsstörungen führen soll. Die suprapubische Schnittlänge kann meist kürzer gehalten werden als bei der klassischen Abdominoplastik, was in erster Linie mit der differenten Ausgangslage bzw. Indikation zu erklären ist.
Die klassische Abdominoplastik erfolgt meistens bei Patientinnen, die viel Gewicht verloren haben und ihre überschüssige Haut straffen möchten. Dabei kommen je nach Ausmaß der Hauterschlaffung horizontale und manchmal auch horizontal-vertikale Schnittführungen zum Einsatz. Grund für die vertikale Narbe ist dabei die Verbesserung des ästhetischen Ergebnisses durch eine zusätzliche Straffung in zwei Richtungen. Bei diesen Patienten ist die horizontale Narbe meist länger, da auch die Straffung des Flankenbereiches notwendig ist, um einen schönen Übergang zu erreichen. Dies kann, je nach der im Einzelfall notwendigen genauen Planung der Operation, bis hin zur zirkulären Narbe führen. Die Abdominoplastik mit zirkulärer Narbe wird dann als zentraler Bodylift oder auch „Belt Lipectomy" bezeichnet.
Bei der Planung der Operation geht es neben der Schnittführung in der Bikinizone auch immer darum, mit welcher Technik der Bauchnabel optimal versetzt werden kann. Die Schnittführung in der Bikinizone zu verstecken kann trotz größerer Narbe leichter sein, als die Versetzung des Bauchnabels.
Für diese gibt es ebenso verschiedenste Techniken und Anwendungen. Meistens wird der Bauchnabel ausgeschnitten, sei es in runder, dreieckiger oder längsovaler Form. Anschließend wird die Haut runtergestrafft und der Bauchnabel neu eingenäht. Unangenehme Folge ist neben der Narbenbildung in der Bikinizone die Narbenbildung rund um den Bauchnabel. Obwohl der Bauch schön operiert wurde, bleiben den Patientinnen Stigmata als Narben erhalten und sind meistens auch sichtbar. Unter den richtigen Voraussetzungen kann eine kleine Technik hier jedoch Abhilfe schaffen.

Die Epifasziale Versetzung des Bauchnabels

Eine Technik, die etwas in Vergessenheit geraten ist, obwohl sie bei den richtigen Voraussetzungen die Narbe im Bereich des Bauchnabels ausspart, ist die epifasziale Versetzung des Bauchnabels. Dabei handelt es sich um die Versetzung des Bauchnabels ohne

Abb. 1: Bauchdecke mit Cutis Laxa vor der Operation.
Abb. 2: Präparation des Bauchhaut-Lappens unter teilweisem Erhalt der Scarpa Faszie.
Abb. 3: Hebung des Bauchhaut-Lappens unter schonender Präparation nach kranial.
Abb. 4: Reduktion des Hautüberschusses und Refixierung des Nabels 3 cm distal.


Abb. 5


Abb. 6

Abb. 5: Refixierung des Bauchnabels.
Abb. 6: Klassischer Verschluss der Abdominoplastik.
Abb. 7: XXX xxxxXxXXX xxxx xX

Umschneidung desselbigen, wenn die Strecke zwischen diesem und dem Schnitt in der Bikinizone sowie der Abstand zum Bauchnabel groß genug sind. Sofern diese Voraussetzungen gegeben sind, steht einer epifaszialen Technik nichts entgegen. Sie kann für Patientinnen aufgrund der wegfallenden Narbenbildung daher von großer Bedeutung sein.

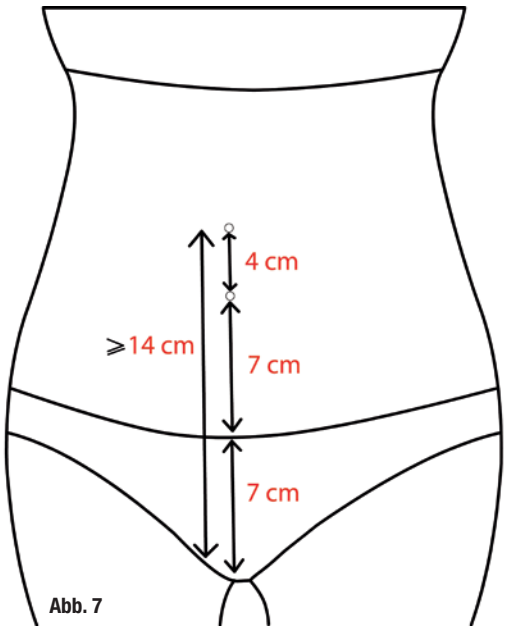


Abb. 7

Voraussetzungen

Bei der Planung der Operation mit epifaszialer Technik müssen vorab bestimmte Maße genau berechnet werden. Da die Abdominalplastik hauptsächlich bei Frauen durchgeführt wird, gilt es, folgende Maße zu beachten: Der Abstand zwischen Beginn der Schamregion und Schnittführung im Unterbauch sollte in etwa 7 cm betragen. Nach der Versetzung des Bauchnabels sollte zwischen Schnittführung und Bauchnabel ebenfalls ein Abstand von mindestens 7 cm messbar sein.

Bei der Planung sollte im sogenannten „Pinch-Test" (Zusammendrücken der Hautfalte im Stehen) darauf geachtet werden, dass dieser Abstand erhalten bleibt. Eine Nabelversetzung nach unten von maximal 4 cm ist ebenfalls ein wichtiger Marker bei der Indikation. Geeignete Patientinnen sind jene, deren Abdominoklassifikation nach Typ IV eingeteilt wird: eine Nabel-Pubis-Distanz von mehr als 14 cm, einem moderaten

hypogastrischen Hautüberschuss und einer mäßigen bis deutlichen Hauterschlaffung.

Durchführung der Operation

Die Bauchdeckenstraffung wird wie gewohnt geplant und vor dem Hautschnitt, sofern gewünscht, mit einer Liposuktion kombiniert.

Die Präparation beginnt mit Schnitt in der Bikinizone und bekannter Hebung der Lappenplastik nach kranial unter Erhalt der Scarpa-Faszie. Durch den Erhalt dieser Schicht werden zum einen die tiefen suprapubischen Lymphgefäße geschont, andererseits wird der Totraum zwischen dem neu vernähten Bauchhautlappen und der Bauchwandfaszie verkleinert. Ein verminderter Hohlraum führt auch zu einer Reduzierung der Scherkräfte zwischen den Schichten. Diese Mechanismen führen klinisch zu einer postoperativ deutlich reduzierten Seromrate. Nach einer etwa handbreiten Präparation der Scarpa-Faszie wird diese durchtrennt und in die Hebung der Lappenplastik einbezogen.

Auf Höhe des Bauchnabels wird dieser bei einer geplanten epifaszialen Versetzung schonend präpariert und dargestellt. Auf die Erhaltung des venösen und arteriellen Plexus muss höchste Sorgfalt gelegt werden. Entscheidend ist, die Präparation so durchzuführen, dass genug Fettgewebe subdermal stehen bleibt, die Absetzung des Nabels muss hingegen streng basal erfolgen. Von dort aus wird weiter schmal nach oben präpariert, bis man schließlich beim Xiphoid (Ansatz des Rippenbogens) endet und die Operation klassisch abschließt. In der Regel werden für 24 Stunden Redon-Drainagen verwendet, auf die in einigen wenigen Fällen verzichtet werden kann.

Postoperative Nachsorge und Verband

Sofern vorhanden, werden die Drainagen am Folgetag entfernt. Zur optimalen Wundheilung wird Fettgaze in den Bauchnabel eingelegt sowie Pflaster angebracht. Der Bauch wird wie gewohnt mit einer Kompression (Bauchbinde/Kompressionswäsche) versorgt, dies bewirkt eine zusätzliche Stabilisierung des Operationsbereichs.

Kontakt



Dr. med. Benjamin Gehl
Facharzt für Plastische & Ästhetische Chirurgie
The Aesthetics
Grinzinger Allee 15
1190 Wien
Österreich
Tel.: +43 1 353 5555
Benjamin.gehl@gmail.com
www.drgehl.at



Dr. med. Matthias Koller
Facharzt für Plastische & Ästhetische Chirurgie
Kollerplast
Karl-Leitl-Straße 1
4048 Puchenau/Linz
Österreich
Tel.: +43 732 223413
office@kollerplast.at
www.kollerplast.at

Infos zum Autor





© PhotoMediaGroup/Shutterstock.com