

# Profunde Kenntnis der Bauchhautdurchblutung ist obligat Die Lipoabdominoplastik nach Saldanha schont die Perforans-Gefäße

von Hermann Solz und Oliver Lotter

**Der Gedanke, die Abdominoplastik mit einer Liposuktion zu kombinieren, ist an und für sich, vom ästhetische Gesichtspunkt gesehen, gut. Um einer bedrohlichen Minderdurchblutung der Bauchdecke mit folgenschweren Komplikationen vorzubeugen, ist jedoch die Schonung der Gefäße unabdingbar – so wie bei Saldanha's Technik.**

Dr. Osvaldo Saldanha aus Santos/Brasilien, der aktuelle Präsident der Brasilianischen Gesellschaft für Plastische Chirurgie (SBCP), publizierte erstmals 2001 im Aesthetic Plastic Surgery die vollständige Liposuktion der Bauchregion in Kombination mit der klassischen Abdominoplastik sowie einer selektiven Präparation des Bauchlappens. Diese Vorgehensweise nannte er „Lipoabdominoplasty“\*.

Die Lipoabdominoplastik basiert auf zwei Fundamenten: Erstens liegt der Methode eine superfizielle Liposuktion zu Grunde. Dadurch wird der Bauchlappen mobiler und kann leichter in die suprapubische Region gebracht werden. Zweitens ist die genaue Identifizierung der Vasa perforantes von höchster Wichtigkeit. Denn diese Gefäße müssen unbedingt erhalten bleiben. Taylor und Hamdy untersuchten diese Perforans-Gefäße zahlenmäßig und kamen zum Schluss, dass etwa 80 % der Bauchdeckendurchblutung durch perforierende Äste der Aa. epigastricae superior et inferior zustande kommen.

Bei der Lipoabdominoplastik nach Saldanha markiert man zunächst 12 cm horizontal im suprapubischen Bereich die Inzisionsstelle. Diese Linie wird 8 cm schräg nach oben in Richtung der Spinae iliaca anteriores superiores verlängert. Im Anschluss erfolgt die Infiltration der Abdominalregion mit Kochsalzlösung und Adrenalin in einem Verhältnis von 1:1 000 000. Der Rippenbogen begrenzt das Infiltrationsgebiet nach kranial.

Begonnen wird mit der oberflächlichen und tiefen Absaugung der Su-

praumbilikalregion bis in die Flanken. Hierbei ist auf eine verbleibende Fettschicht von ca. 2,5 cm zu achten, um die Durchblutung nicht zu gefährden. In der Infracumbilikalregion wird die oberflächliche Schicht entfernt, die tiefe Schicht jedoch nur teilweise. Wir empfehlen, die Scarpa-Faszie und eine dünne tiefe Fettschicht zu erhalten. Denn hier verlaufen Blut- und Lymphgefäße. Ist eine zusätzliche Liposuktion an einer Stelle notwendig, so sollte diese in der oberflächlichen Schicht und/oder direkt unterhalb der Scarpa-Faszie erfolgen.

Den nächsten Schritt stellt das Unterminieren der Haut-Fett-Schicht dar. Hierzu wird in der Medianlinie bis zum Processus xiphoideus vorgegangen. Nach lateral sollte der mittlere Anteil beider Mm. recti abdominis nicht überschritten werden, da hier die Perforansgefäße verlaufen. Es gilt: Je ausgeprägter die Rectusdiastase, desto weiter kann die Präparation nach lateral erfolgen.

Um die medialen Ränder beider Mm. recti abdominis im infraumbilikalischen Bereich aneinanderzubringen, führen wir im Rahmen der vertikalen xipho-pubischen Plikation eine Resektion von Fettgewebe und der Scarpa-Faszie durch. Dann erfolgt die abschließende Omphaloplastie, also die Reinsertion des Nabels.

## Überragende bisherige Ergebnisse

Die bisherigen Ergebnisse sind überzeugend: Von 400 Patienten mit Lipoabdominoplastik traten nur in drei Fällen Serombildungen und eine Epitheliolyse auf. Es kam zu keinen Hämatomen, Infektionen oder Wunddehiszenzen. Eine kleine Nekrose (0,2 %) von 1 cm<sup>2</sup> wurde in dieser Serie beobachtet.

Zusammenfassend gilt, dass es sich bei der Lipoabdominoplastik um eine konservativere, nicht der Bauchdeckenstraffung, sondern der Liposuktion ähnelnde Methode handelt. Bei allen Patienten, bei denen eine konventionelle Bauchdeckenstraffung indiziert ist, kann alternativ die Methode nach Saldanha angewandt werden. Die Vorteile sind folgende:

▶ harmonische Körperkontur durch



37-jährige Patientin nach drei Schwangerschaften vor und nach Lipoabdominoplastik nach Saldanha.



Abb. Dr. Solz, Mannheim

- ▶ zeitgleiche Liposuktion
- ▶ geringere Morbidität durch Erhalt der Vasa perforantes und Verringerung des Totraumes unter dem Bauchdeckenlappen
- ▶ Erhalt der suprapubischen Hautsensibilität
- ▶ schnellere Genesung
- ▶ natürlicheres Bauchprofil
- ▶ steile Lernkurve für Plastische Chirurgen, die beide Methoden gesondert beherrschen und diese nun kombinieren wollen und

- ▶ eine geringere Komplikationsrate.

Zudem birgt die Methode für Raucher, Patienten nach Adipositas-Eingriffen und bei vorhandenen Narben im Abdominalbereich ein geringeres Operationsrisiko. Dadurch können die Patienten ihre beruflichen und sozialen Aktivitäten wieder frühzeitig aufnehmen. Wir sehen die Lipoabdominoplastik als sichere und effektive Methode zur Behandlung von Fett- und Hautüberschuss im Abdominalbereich an.

Dr. Hermann Solz  
Facharzt für Plastische Chirurgie  
Chefarzt der Mannheimer Klinik  
für Plastische Chirurgie  
Dr. Oliver Lotter  
Facharzt für Chirurgie  
Weiterbildungsassistent für  
Plastische Chirurgie, Mannheim

\*Diese Technik wird in einem Operationskurs von Dr. Saldanha während des 19. Internationalen GÄCD-Kongresses in der Mannheimer Klinik für Plastische Chirurgie am 7. September 2006 vorgeführt.

## 19. Jahrestagung GÄCD Mannheim heißt Sie willkommen!

WIESBADEN – Vom 6. bis 9. September 2006 findet in Mannheim die 19. Jahrestagung der Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschland (GÄCD) statt. Es erwartet Sie ein Programm, das in seiner Konzeption am Bewährten der letzten Jahre festhält und aktuelle

Entwicklungen und Themen mit Relevanz für die Zukunft des Faches integriert.

Als Ehrenpräsident wird Professor Dr. IVO PITANGUY aus Rio de Janeiro am Kongress teilnehmen. Der Brasilianer gilt als Ikone auf dem Gebiet der ästhetisch-plastischen

Chirurgie. Aber auch noch andere, hervorragenden Chirurgen konnten für den internationalen Kongress gewonnen werden, um ihre Erfahrungen, Operationstechniken und Resultate zu präsentieren. Nähere Informationen unter [www.gacd2006.de](http://www.gacd2006.de).

## Narbenhypertrophie und Keloide Wie vermeiden, wie behandeln?

**SAN FRANCISCO – „When bad things happen to good surgeons“ lautete der Titel eines Workshops beim Kongress der American Academy of Dermatology. Professor Dr. Greg Morganroth, Stanford Universität in Kalifornien, gab Ratschläge, wie sich hypertrophe Narben und Keloide möglichst vermeiden lassen, speziell bei Eingriffen im Gesicht.**

Auch bei aller Sorgfalt, die man hat walten lassen, und das hat jeder Chirurg schon erlebt, lassen sich hypertrophe Narben und Keloide nicht immer vermeiden. Die hypertrophen Narben erscheinen im typischen Fall etwa einen Monat nach dem chirurgischen Eingriff.

Für die Behandlung der verdickten Narben wie auch der Keloide empfiehlt Prof. Morganroth die tägliche Massage, die Abdeckung mit Silikonfolien, die Kortikoid-Injektion alle drei bis vier Wochen, und der Experte hat auch bereits selbst Erfahrung mit Imiquimod-Creme bei dieser Indikation gesammelt (die jedoch in der Bundesrepublik noch off label ist).

Als Dosierung für das Kortikoid, beispielsweise Triamcinolon, nannte der Experte 3 bis 10 mg pro Injektion. Er rät zur Vorsicht: Gelangt das Kortikoid in die umgebende normale Haut, kann es dort zu einer Atrophie führen, die dann wiederum das Hautbild negativ verändert.

Was lässt sich vorbeugend tun, wenn der Patient über eine eigene oder Familienanamnese von hypertrophen Narben oder Keloiden berichtet? Wenn es um ein Face lift geht,

sollten hier die nichtinvasiven Techniken so weit wie möglich bevorzugt werden. Aber auch ein chirurgisches Face lift kann man wagen, wenn man besondere Umsicht walten lässt: Die Nähte müssen hier absolut ohne Spannung angelegt werden, besonders im problematischen Bereich hinter dem Ohr. Die Inzision wird durch eine zweifache Naht geschlossen: eine versenkte Naht mit resorbierbaren Fäden und eine oberflächliche Naht. In der prä- und postaurikulären Falte empfiehlt der Chirurg einen besonderen Trick: Die versenkten Nähte werden vom Nahtrand durch die Faszie des Mastoid oder durch den Knorpel geführt und wieder zurück zur Haut, um eine Fixierung an einer unbeweglichen Struktur zu erreichen. Damit lässt sich seiner Erfahrung nach das Verbreitern der Narben reduzieren.

UNO

### Geschichtlicher Hintergrund

**Giorgio Fischer** machte 1976 die Liposuktion bekannt. **Kesselring** begann 1977 die Liposuktion mit kugelförmigen Nadeln, um die Gefahr innerer Verletzungen zu vermindern. **Yves-Gerard Illouz** machte durch stumpfe, runde Nadeln die Technik sicherer. Die guten Resultate im Zusammenhang mit einer leichteren Technik und einer enthusiastischen Schilderung durch Illouz brachten einen Boom der Liposuktion.

**Hakme** 1985 und **Wilkinson** 1986 verbanden die Liposuktion mit einer partiellen Bauchdeckenstraffung und nannten sie „Mini-Abdominoplastik“. Weitere Arbeiten diskutierten, inwiefern eine geringere Präparation des Bauchdeckenlappens dessen Durchblutung im Rahmen dieser kombinierten Therapie verbessert.

**Matarasso** (1991 und 1995) schlug vor, die Liposuktion nur in sicheren, trotz Bauchdeckenplastik gut durchbluteten Regionen durchzuführen. **Avelar** (2000) plädiert dafür, dass die Straffungsoperation ohne Unterminierung des Bauchlappens und ohne Neupositionierung des Umbilikus durch suprapubische und inframamäre Resektionen erfolgen soll.