

Körperstraffende Operationen nach großem Gewichtsverlust – Überblick an Hand eines Fallbeispiels

Andreas S. Heitland

Was bedeutet für einen Patienten Adipositas? Wie ist der Krankheitsverlauf bei Adipositas?

Welche operativen Möglichkeiten gibt es Gewicht zu verlieren und den Körper zu straffen? Der folgende Beitrag soll am Beispiel einer Patientin, die über mehrere Jahre behandelt wurde, einen Überblick über die Behandlungsstrategien bei Adipositas geben.

Adipositas ist die pathologische Vermehrung des Körpergewichts von 20 Prozent über dem Normgewicht. Ab einem Body Mass Index von 30 bis 40 wird von einer Adipositas gesprochen, die i. A. auf einer übermäßigen Aufnahme von Kohlenhydraten und weniger von Fetten beruht. Der adipöse Patient befindet sich dann im „Teufelskreis der Fettleibigkeit“, d.h. die Fettleibigkeit führt zur Immobilität, die Immobilität führt zur Frustration und zur Kompensation durch „Frustessen“ – was wieder

rum mit der Zunahme der Fettleibigkeit endet. Der nun beginnende Krankheitsverlauf bei Adipositas führt zu einer massiven Überdehnung des Hautmantels mit vermehrter Ausbildung von Haut und einer Auffüllung der „siegelringförmigen“ Fettzellen.

Aufgrund der physischen und psychischen Komplexität der Behandlung ist interdisziplinäre Hilfe essentiell

Im weiteren Verlauf der Adipositas verändert sich der Stoffwechsel i. S. eines höheren Blutzuckerspiegels und somit einem höheren Insulinbedarf durch die muskuläre Insulinresistenz. Der Hyperinsulinismus birgt die Gefahr eines Diabetes mellitus Typ II, einer Dyslipidämie und aufgrund der bekannten Ablagerungen an den Gefäßen das Risiko von Hypertonie, Myokardinfarkt, Apoplex, etc.

Für den Adipositaspatienten sollte aufgrund der physischen und psychischen Komplexität der Behandlung eine interdisziplinäre Hilfe angeboten werden. Dies besteht aus Diätberatung, individuellem Trainingsprogramm, psychotherapeutischer Begleitung, internistischer Betreuung und operativen Maßnahmen durch bariatrische Operationen und plastisch-straffende Operationen (s. Abb.1).

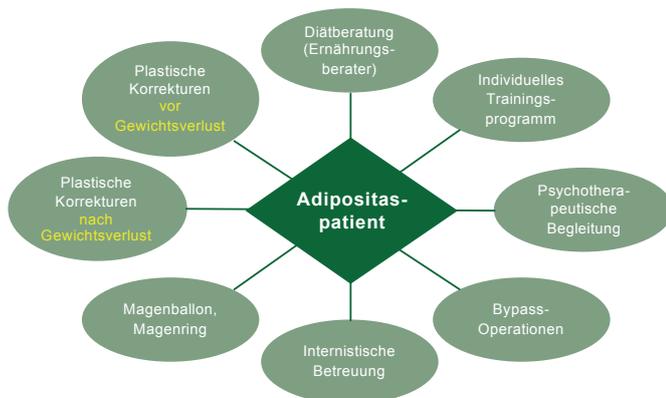


Abb. 1 Interdisziplinäre Hilfsangebote für den Adipositaspatienten.

Modifizierte Version eines Vortrages, gehalten auf dem 128. Kongress der DGCH in München, kann online unter www.dgch-onlinekongress.de angeklickt werden.

Nach unseren Erfahrungen stehen dem Adipositas-Patienten zwei operative Wege zur Behandlung seiner Erkrankung zur Verfügung: Das Stufenkonzept 1 beinhaltet als ersten Schritt eine Gewichtsreduktion durch konservative Maßnahmen, als zweiten Schritt bariatrische Operationen und nach erfolgtem Gewichtsverlust plastisch-ästhetische körperformende Operationen, wie Brust-, Bauch-, Oberarm- und Oberschenkelstraffungen, ggfs. in Kombination mit Liposuktionen (s. Abb. 2).

Bei fehlendem Behandlungserfolg durch konservative Maßnahmen, wie Diäten und sportliche Betätigung sowie starkem Leidensdruck des Patienten können alternativ im Rahmen des Stufenkonzepts 2 vor den konservativen Maßnahmen plastisch-ästhetische Operationen zur Gewichtsreduktion durchgeführt werden. Hierzu gehören die Pannikulektomie, Mammareduktionen so-

wie Oberarm- und Oberschenkelstraffungen, um den Patienten so die Möglichkeit zu geben mit konservativen Behandlungen überhaupt erst zu starten und diese durchzuhalten (s. Abb. 3).

Die Vorteile des Stufenkonzeptes 2 sind eine hohe Motivation des Patienten bedingt durch das neue Körpergefühl und das Verhältnis zum eigenen Äußeren, eine Stabilisierung der Psyche. Durch die operative Reduktion des Fettvolumens verbessert sich zudem der Blutzuckerspiegel, die Gelenke werden geschont und es entsteht ein Anreiz die Ernährung umzustellen.

Als oberste Maxime vor erfolgtem Gewichtsverlust gilt jedoch die Gesundheit des Patienten, nach erfolgtem Gewichtsverlust steht das ästhetische Bild des Patienten im Mittelpunkt.

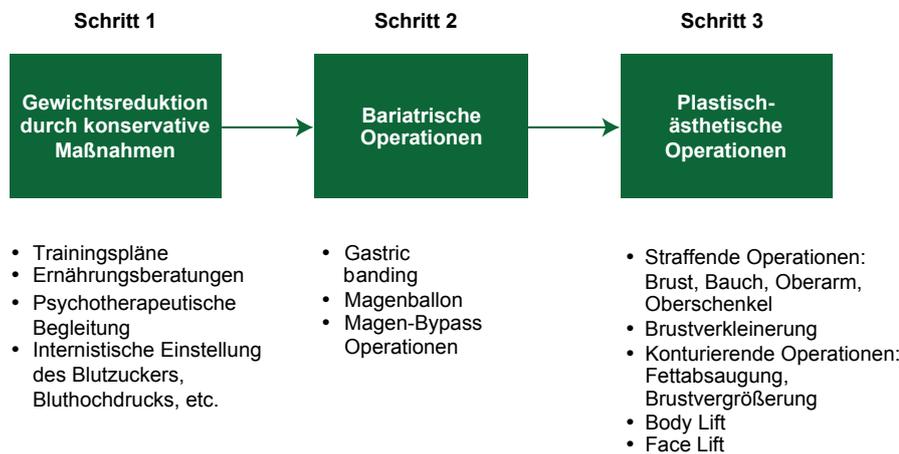


Abb. 2 Operatives Stufenkonzept 1.



Abb. 3 Operatives Stufenkonzept 2.

Die Patientin hatte höchstdiszipliniert durch täglich vier Stunden Sport über zwei Jahre 80 Kilo Gewicht verloren

Die Möglichkeiten der plastisch-chirurgischen Hilfe vor und nach Gewichtsreduktion werden vom Autor anhand einer Patientin (179 cm, 160 kg nach Gewichtsabnahme), die er seit mehreren Jahren begleitet, im Folgenden dargestellt. Der Ausgangsbefund meiner Patientin war nach 80 Kilogramm Gewichtsverlust eine Cutis laxa des Abdomens und zirkulär des Rumpfes, eine Ptosis mammae und eine Cutis laxa der Haut an den Oberarmen und den Oberschenkeln, sowie eine ausgeprägte Adipositas localisata an den Oberschenkeln. Die Patientin hatte höchstdiszipliniert durch täglich vier Stunden Sport über zwei Jahre o.g. Gewicht verloren, indem sie

zwei Stunden vor dem Arbeiten von 6.00 bis 8.00 Uhr morgens und zwei Stunden nach dem Arbeiten von 16.30 bis 18.30 Uhr im Fitnessstudio trainierte. Sie war hochmotiviert durch körperstraffende Operationen von ihrem psychisch extrem belastenden Haut- und Restfettmantel „befreit“ zu werden.

Die folgenden Operationen erfolgten chronologisch zusammengefasst in mehreren Schritten:

März 2009 → OP nach Lockwood

Juni 2009 → Oberarmstraffung

November 2009 → Mastopexie und vertikale abdominelle Nachstraffung in Fleur de Lis-Technik.

Januar 2010 → Oberschenkelstraffung und ausgedehnte Liposuktion der Oberschenkel

Februar 2011 → Oberarmnarbenkorrektur und Liposuktion der Ellenbeugen beidseits



Abb. 4 Ausgangsbefund nach 80 Kilogramm Gewichtsverlust.

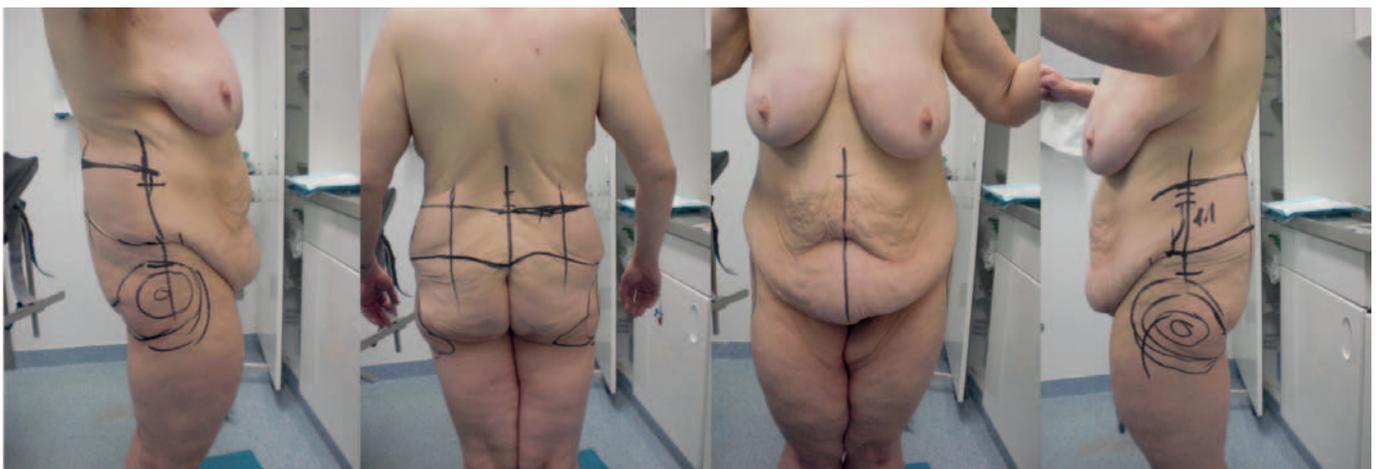


Abb. 5 Präoperative Anzeichnung Bodylift nach Lockwood.

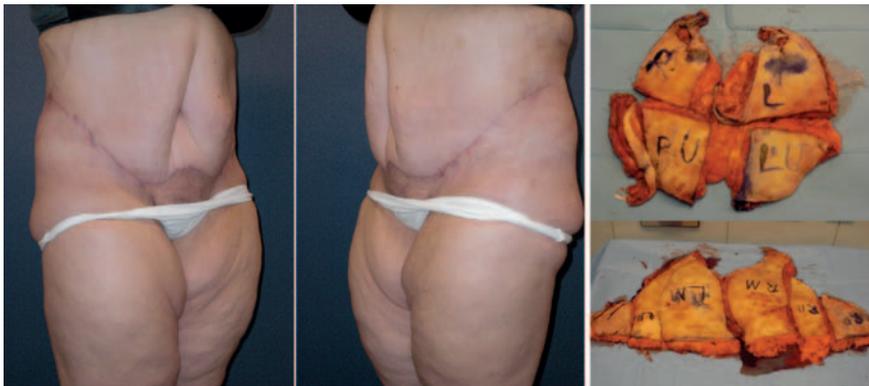


Abb. 6 Zustand postoperativ Bodylift nach Lockwood, Resektate (4,5 kg).



Abb. 7 Präoperative Anzeichnung der Oberarmstraffung.



Abb. 8 Zustand postoperativ nach Oberarmstraffung.



Abb. 9 Präoperative Anzeichnung vor Mastopexie und vertikaler Fleur de Lis- Nachstraffung Abdomen, Z.n. Bodylift nach Lockwood.



Abb. 10 Z.n. Mastopexie in T-Technik und mit kranialem Stiel drei Monate postoperativ.



Abb. 11 Z.n. vertikaler Fleur de Lis-Nachstraffung nach Lockwood drei Monate postoperativ.

Als am meisten belastend empfand die Patientin die Fettschürze und die Adipositas lokalisata am Rücken, so dass als erster Schritt ein Bodylift nach Lockwood durchgeführt wurde.

Um Wundheilungsstörungen zu vermeiden wurde zunächst auf eine Fleur de Lis-Abdominoplastik verzichtet und zirkulär 11 Zentimeter Haut- und Fettmantel mit 4,5 Kilogramm Resektat i. S. des Bodylifts nach Lockwood entfernt. Drei Monate später erfolgte eine Oberarmstraffung in vertikaler Technik.

Als nächsten Schritt wünschte die Patientin eine Bruststraffung und eine vertikale Nachstraffung des Abdomens i. S. einer Fleur de Lis-Abdominoplastik. Der

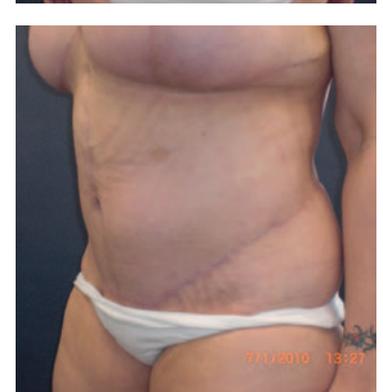
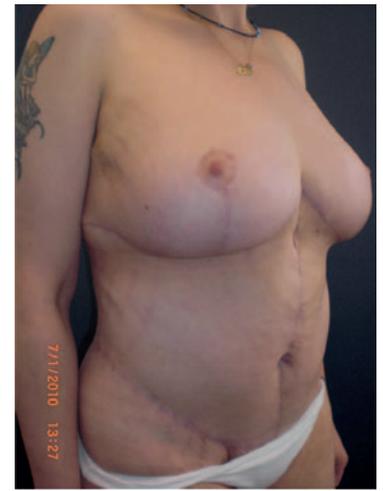


Abb. 12 Übersicht Z.n. Mastopexie, OP nach Lockwood und vertikaler Fleur de Lys-Nachstraffung postoperativ nach drei Monaten.

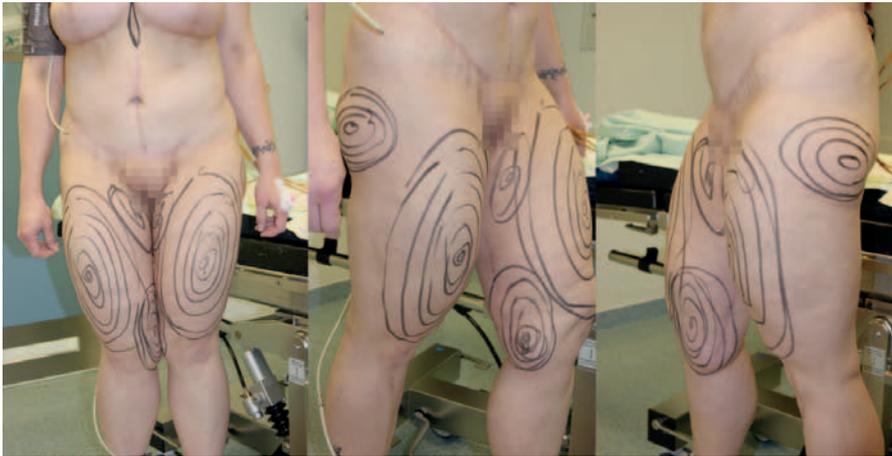


Abb. 13 Präoperative Anzeichnung Oberschenkelstraffung und Liposuktion, Resektate.



Abb. 14 Postoperativ drei Monate nach Oberschenkelstraffung und Liposuktion.



Abb. 15 Präoperative Anzeichnung vor Oberarm-Liposuktion und Narbenkorrektur in Lokalanästhesie.



Abb. 16 Zustand postoperativ nach Liposuktion und Narbenkorrektur.

Mamillen-Jugulum-Abstand betrug rechts 30 und links 32 Zentimeter. Es erfolgte eine Mastopexie in T-Technik mit kranialem Stiel ohne Drüsenresektion.

Danach wurden die Oberschenkel mit vertikaler Schnittführung und gleichzeitiger ausgedehnter Liposuktion gestrafft. Die Liposuktionsmenge betrug 1500 Milliliter und das Resektatgewicht 800 Gramm.

Postoperativ entwickelte sich an den Oberarmen eine hypertrophe Narbenbildung, das die Patientin ebenso wie das lokale Fettdepot im distalen Unterarm störte. Die Adipositas localisata an den an den Ellenbeugen beidseits wurde mit den Narben durch Liposuktion und Narbenkorrektur in Lokalanästhesie ambulant entfernt.

Adipositas-Patienten sind vor und nach Gewichtsabnahme durch ihre überdehnten Hautmäntel stark psychisch belastet

Insgesamt betrachtet sind die Patienten nach großem Gewichtsverlust höchst motiviert, die ästhetisch unschönen Hautüberschüsse und die verbliebenen Fettdepots entfernen zu lassen. Sie akzeptieren daher zumeist große Inzisionen und mögliche Narbenbildungen zugunsten der neuen Körperstraffung. An erster Stelle stehen jedoch die Verbesserung und der Erhalt der Gesundheit.

Adipositas-Patienten sind vor und nach Gewichtsabnahme durch ihre überdehnten Hautmäntel stark psychisch belastet. Gerade für diese Patienten ist ein attraktiveres Äußeres ein wichtiger Motivationsfaktor im Leben und sollte deshalb durch plastisch-chirurgische Eingriffe ermöglicht werden. ■

Literatur

1. Lockwood T (1996) Lower body lift. Oper Tech Plast Reconstr Surg 3: 132
2. Dellon Al (1985) Fleur-de-lis abdominoplasty. Aesth Plast Surg 9: 27
3. Ramsey-Stewart G (1993) Radical „fleur de lis“ abdominal after bariatric surgery. Obesity Surg 3: 410
4. Lockwood T (1988) Fascial anchoring in medial thigh lifts. Plast Reconstr Surg 82: 299
5. Lockwood T (1995) Brachioplasty with superficial fascial system aspersion. Plast Reconstr Surg 96: 912

Dr. med. Andreas S. Heitland
 Facharzt für Plastische Chirurgie, Ästhetische Chirurgie,
 Handchirurgie im Cutaris-Zentrum
 Candidplatz 11
 81543 München
 info@drheitland.com, www.drheitland.com