



NATALIE SARAH
PLITT SERVICES



SCHÖNHEITS-OPERATIONEN

Schönheit ist Vertrauenssache.

WORAUF SIE SICH VERLASSEN KÖNNEN:



Aus Erfahrung wissen wir, dass Schönheitsoperationen mit viel Hoffnung, Vorfreude aber auch mit Ängsten und Vorurteilen verbunden sind. Die wesentliche Grundlage unserer Philosophie und unseres Erfolges ist eine umfangreiche, einfühlsame und ausführliche Beratung.

Von Anfang an stehen wir Ihnen zur Seite: Ob es die Indikationsbestimmung anhand von Fotos ist, der späteren Arzt- und Klinikwahl, sowie bei der Reisevorbereitung für den durch uns für Sie vereinbarten Beratungs- oder Operationstermin.

Wir nehmen uns ausführlich Zeit für Sie. Dabei gehen wir auf Ihre persönlichen Fragen ein und schenken Ihren Wünschen und Vorstellungen unsere vollste Aufmerksamkeit. Wir werden Ihnen aber auch die Grenzen der Schönheitschirurgie aufzeigen.

Unser Bestreben ist es, all Ihre Fragen rund um den gewünschten Eingriff im Vorfeld kompetent und vertrauensvoll zu beantworten, die Planung und Organisation des Aufenthaltes nach Ihren persönlichen Bedürfnissen zu gestalten und auch nach dem Eingriff für Sie der Ansprechpartner zu sein.

Auf der Basis unserer Erfahrungen können wir viele Fragen beantworten und haben Verständnis für Zweifel und Ängste.

Mit der Auswahl von verschiedenen Kliniken und Ärzten sowie unserer jahrelangen Erfahrung können wir Sie kompetent, neutral und unabhängig beraten. Im Vorfeld wurden von uns die Ärzte bzw. die Kliniken explizit nach Qualifikation und Qualitätsstandards ausgewählt. Bei regelmäßigen Treffen und Schulungen wird das Team von Natalie Sarah Plitt Services in den Vertragskliniken in den wichtigsten medizinischen Fragen geschult. Profitieren Sie von unseren Erfahrungen und Recherchen.

Unser Handeln folgt dem Grundsatz:

Die Natalie Sarah Plitt Services Vertragsärzte und wir sind erst zufrieden, wenn auch unsere Patienten vollstens zufrieden sind.

Ihre Natalie S. Plitt

UNSER TEAM



Natalie Sarah Plitt Services
Hochwiesenweg 17
73102 Birenbach
Deutschland

Beauty-Hotline:
Tel. 0049 7161 30 48 15 - 0
Fax 0049 7161 30 48 15 - 9
info@ihr-beautyopberater.de
www.ihr-beautyopberater.de

Kreissparkasse Göppingen
IBAN: DE70 6105 0000 0049 0701 63
BIC: GOPSDE6GXXX
Ust.-IdNr. DE 308216907

Inhalt, Copyright für Texte und Bilder:
Natalie Sarah Plitt

Natalie Sarah Plitt Services vertritt 15 Kliniken der Plastischen Chirurgie in Tschechien, der Slowakei und der Türkei. Wir begleiten Sie bei der Planung, professionellen Vorbereitung, Organisation und Nachsorge jeder Operation.



Natalie Sarah Plitt



Nicole Pohl



Lilly Paula Plitt



Christoph Pach



Fettabsaugung (Liposuktion)	8
Brustvergrößerung (Mammaaugmentation)	17
Bruststraffung (Mastopexie)	26
Brustverkleinerung (Mammareduktion)	35
Brustverkleinerung bei Männern (Gynäkomastie)	43
Bauchdeckenstraffung (Abdominoplastik)	51
Oberschenkelstraffung	56
Oberarmstraffung (Brachioplastie)	62
Facelifting (Rhytidektomie)	69
Lidstraffung/Lidkorrektur (Blepharoplastik)	79
Nasenkorrektur (Rhinoplastik)	88
Ohrenkorrektur (Otoplastik)	97
Eigenhaarverpflanzung	104

Sprechen Sie uns an für eine persönliche Beratung zu **weiteren Behandlungen:**
Po-Vergrößerung | Gesäßstraffung | Kinnkorrekturen | Silhouette und Aptos-Lifting |
Brustverkleinerung für den Mann | Lippenkorrekturen | Intimeingriffe | Korrek-
tur der Fehlsichtigkeit | Dermatologische Behandlungen | Dentalbehandlungen



Entgegen den Vorstellungen vieler Patienten ist die Liposuktion keine Methode zur Gewichtsabnahme. Sie dient dazu, weniger den Körperumfang als die Silhouette zu optimieren – beispielsweise bei Reiterhosen oder einem Doppelkinn.



Diagnose und Indikation

In der Regel werden Fettabsaugungen aus rein ästhetischen Gründen vorgenommen. Nur bei wenigen, selten vorkommenden Krankheitsbildern mit vermehrter Fetteinlagerung empfiehlt sich die Liposuktion als Therapie. Dazu gehören beispielsweise schmerzhafte Fettgewebsvermehrungen mit gesteigerter Berührungsempfindlichkeit. Auch beim sog. Lipödem kann eine Fettabsaugung mit schonenden Techniken hilfreich sein.

Die Liposuktion ist aber entgegen den Vorstellungen vieler Patienten keine Methode zur Gewichtsabnahme. Ebenso wenig ist die Fettabsaugung ein Wundermittel gegen Cellulite. Sie dient dazu, dem Körper durch die dauerhafte Entfernung hartnäckiger Fettpölsterchen eine harmonische Kontur zu verleihen, indem überproportionierte Fettansammlungen entfernt werden, die nicht mit dem Gesamter-

scheinungsbild harmonieren. Die entfernten Fettzellen wachsen nicht nach. Zwar kann bei Gewichtszunahme auch an den abgesaugten Stellen wieder ein Depot durch Vergrößerung der noch vorhandenen Fettzellen entstehen, die durch eine Fettabsaugung geschaffene Kontur bleibt jedoch dauerhaft bestehen.

Grundsätzlich kann jedes Fettdepot abgesaugt werden. Besonders gut zu bearbeitende Areale sind die so genannten Reiterhosen, die Innenseiten der Knie, der kugelförmige Fettbauch, das Kinn und die Hüfte. Eine Liposuktion an Oberarmen, Rückenfalten, dem vorderen Bereich der Taille, der Po-Umschlagfalte, den Außenseiten der Knie, den Fesseln oder am Knöchel erfordert viel Erfahrung und besonderes Geschick, bzw. besondere Techniken.

Die in einem Eingriff abzusaugende Fettmenge hängt sehr stark von der verwendeten Technik ab. Höchstens drei Liter reines Fett (insgesamt etwa sechs Liter Flüssigkeit) können bei den sog. Tumeszenz-Techniken (u. a. Vibrationsabsaugung, Ultraschallassistierte Absaugung, Laserassistierte Absaugung, manuelle Absaugung) entfernt werden. Die Wasserstrahlassistierte Absaugung kann auch größere Mengen bewältigen, da sie ein anderes Funktionsprinzip hat. Unabhängig davon





ist die harmonische Formung der Körperkonturen jedoch das entscheidende Kriterium, und nicht die Frage, wie viel Fett entfernt wird. Je elastischer und dehnungsfähiger die Haut ist, desto besser sind die Ergebnisse einer Absaugung.



Vor der OP

Eine Absaugung sollte erst dann vorgenommen werden, wenn die Problemzonen sowohl Diäten als auch Sport widerstehen. Eine strenge Diät direkt vor dem Eingriff wirkt sich jedoch ungünstig auf das Ergebnis aus, da die Haut nach einer starken Gewichtsabnahme zunächst zu ihrer straffen Form zurückfinden muss. Im Beratungsgespräch klärt der plastische und ästhetische Chirurg über die Möglichkeiten und Grenzen sowie die Risiken einer Liposuktion auf. Er beurteilt die individuellen Vorstellungen des Patienten und unterbreitet gegebenenfalls alternative Vorschläge. Vor der Operation zeichnet der Operateur beim stehenden Patienten die Problemzonen an. Im Liegen würde sich das Fettgewebe anders verteilen und die Markierung wäre falsch oder ungenau.



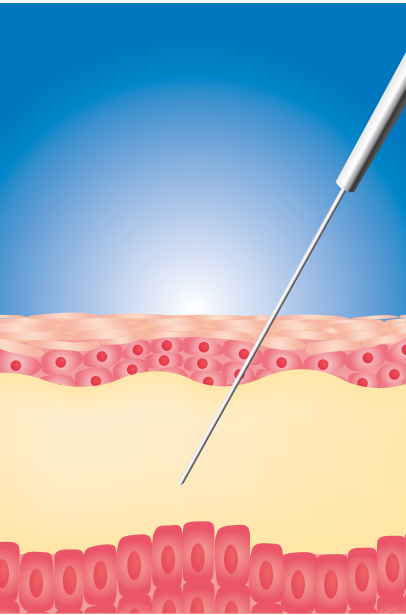
OP-Methoden

Als Standard der Liposuktion gilt heute die Tumeszenztechnik (Tumeszenz in Lokalanästhesie - TLA). Bei dieser Methode wird das Gewebe vor der Absaugung mit einer Flüssigkeit aufgeschwemmt. Dazu spritzt der Operateur eine größere Menge Kochsalzlösung mit einem örtlichen Betäubungsmittel (Lokalanästhe-

tikum) und gegebenenfalls weiteren medikamentösen Zusätzen in das Operationsgebiet. So werden die Fettzellen gelockert sowie die Blutungsneigung verringert.

Während der etwa einstündigen Einwirkzeit saugen sich die Fettzellen schwammartig voll. Für die Absaugkanülen setzt der plastische und ästhetische Chirurg winzig kleine Hautschnitte (fünf bis acht Millimeter lang), die nach der Fettabsaugung entweder vernäht werden oder auch offenbleiben können. Durch das Einspritzen der Tumeszenzflüssigkeit verwandelt sich das feste Fettgewebe in eine weiche, gleichmäßige Masse, die sich leichter entfernen lässt. Dank der großen Flüssigkeitsmengen erhöht sich die Gewebespannung, so dass die umliegenden Strukturen und Gefäße vor den Scherkräften der Kanüle geschützt sind und besser ausweichen können.

Die TLA erfordert keine Vollnarkose, da die vor dem Eingriff eingespritzte Kochsalzlösung auch ein örtliches Betäubungsmittel enthält. Vorteil: Der Patient kann während des Eingriffs falls nötig aufstehen oder sich umdrehen; so hat der Operateur den optimalen Blick auf das Operationsfeld. Generell kann die Liposuktion heute mit diversen Methoden schonend in örtlicher Betäubung, ggf. mit einem sog. Dämmer Schlaf kombiniert, durchgeführt werden. Eine Vollnarkose ist aus medizinischer Sicht nur selten notwendig und bringt zusätzliche Risiken mit sich. Diese Erkenntnis setzt sich weltweit zunehmend durch. In den vergangenen Jahren wurde die Tumeszenztechnik vielfach weiterentwickelt, um die Fettzellen möglichst schonend aus dem umliegenden Bindegewebe lösen zu können.



Vorher

Wasserstrahlassistierte Fettabsaugung (WAL)

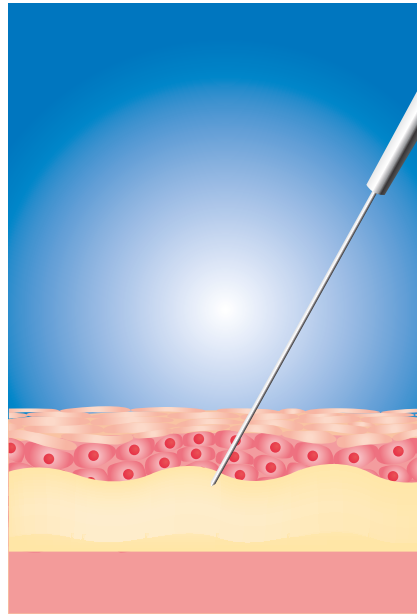
Bei der Wasserstrahlassistierte Liposuktion löst der plastische und ästhetische Chirurg das Fettgewebe auf gewebeschonende Art mit einem hauchdünnen Wasserstrahl. Dabei wird bis zu 70 Prozent weniger Tumescenzlösung benötigt, was die Kochsalz- und Medikamentenbelastung einschränkt. Der Körper wird nicht durch große Flüssigkeitsmengen aufgeschwemmt, die eine Beurteilung der Modellierung bei herkömmlichen Verfahren erschweren. Dank der kurzen Einwirkzeit der Tumescenzlösung reduziert sich die Operationsdauer um etwa 40 Prozent.

Mit einem feinen Wasserstrahl, dessen Druck sich den unterschiedlichen Bindegewebsstrukturen anpasst, löst der Operateur die Fettzellen gezielt aus der Umgebung. Durch einen zweiten Kanal wird das Fett gleichzeitig mit der zuvor eingebrachten Flüssigkeit abtransportiert. Dies ermöglicht auch die Behandlung kleiner und problematischer Körperareale. Bei der WAL kontrolliert der plastische und ästhetische Chirurg jederzeit die natürliche Form und Kontur des Körpers und kann somit bereits während der Operation das Endergebnis sehr realistisch einschätzen. Auch kleine Unebenheiten können so beseitigt werden. Eine Dellenbildung wird damit sicherer vermieden.

BodyTite:

Mit BodyTite ist es nun auch möglich, die Vorteile der herkömmlichen Fettabsaugung mit einer effektiven Straffung der Haut durch Radiofrequenz zu kombinieren. Dank einer speziellen Kanüle werden die Fettzellen erwärmt und in den Problem-bereichen gezielt gelöst und entfernt, so dass die Bindegewebsfasern im Gewebe gleichzeitig schrumpfen. Die BodyTite-Kanüle ist so konstruiert, dass die Erwärmung des Gewebes genau kontrolliert werden kann. Während bei der Absaugung durch einen Laser die Erwärmung nicht genau kontrolliert werden kann, findet das BodyTite –Verfahren, sicher und kontrolliert, exakt und völlig ohne Risiken statt.

BodyTite vereint zwei wesentliche Vorteile in Einem. Neben der Entfernung der lästigen Fettzellen, wird zeitgleich die Haut gestrafft bzw. geglättet. Dies war bisher nur in zwei aufeinanderfolgenden Operationen, in einem Abstand von mind. 10 - 12 Wochen möglich und mit einer sichtbaren, längeren Narbe verbunden. Die erzielten Ergebnisse einer Absaugung und Straffung durch BodyTite sind aktuell das Maß aller Dinge. Die Ergebnisse sind sensationell, so dass BodyTite auch bei entsprechender Indikation auch bei der Straffung der Haut unter dem Begriff „CelluTite“ eingesetzt werden kann.



Nachher



Bei einer Radiofrequenz-Fettabsaugung (BodyTite) wird das störende Fett in Vollnarkose abgesaugt und zugleich wird die Haut mittels Radiofrequenz gespannt und geglättet. Dank der Kontaktkühlung ist dieses Verfahren sehr sicher. Durch die Radiofrequenz wird die Haut über den abgesaugten Bereichen buchstäblich „gebügelt“. Auf die kollagenproduzierenden Zellen hat die Einwirkung der Wärme einen sehr positiven Einfluss, indem in der Haut neue Kollagenfasern entstehen. Bei einigen unserer Kliniken wird das System **BodyTite** benutzt, welches die Temperatur, Richtung und Dauer der Wärmeeinwirkung genauestens kontrolliert. Hierdurch wird eine wärmebedingte Schädigung der Haut ausgeschlossen.

Bei „**CelluTite**“ wird das Gewebe erhitzt, ohne dass eine Absaugung des Fettes notwendig ist. Durch die Erwärmung wird die Unterhaut zur erneuten Bildung von Kollagen stimuliert, das Bindegewebe zieht sich zusammen, so dass sich die Haut wieder strafft. Ergebnisse dieser Art, ohne Skalpell und ohne sichtbare Narben waren bis vor kurzer Zeit bisher nicht möglich.



Narkose, OP-Dauer und stationärer Aufenthalt

Bei kleineren Fettabsaugungen erfolgt die Operation ohne stationären Aufenthalt. Ob ein Eingriff tatsächlich ambulant durchgeführt wird, hängt auch von den individuellen Voraussetzungen des Patienten ab.

In jedem Fall muss wegen der im Körper verbliebenen Medikamente anschließend für eine 24-stündige Begleitung gesorgt werden. Kleine Eingriffe dauern etwa 20 Minuten, größere Liposuktionsoperationen bis zu drei Stunden. Für größere Korrekturen kann eine Vollnarkose erforderlich sein. Dann verbleibt der Patient aus Sicherheitsgründen für mindestens einen Tag in der Klinik.



Erholungsphase und Nachbehandlung

In den ersten 24 Stunden nach der Operation entweicht die restliche Tumescenzlösung aus den Wunden. Viele Operateure bevorzugen deshalb offene Einschnitte. Drainagen begünstigen gegebenenfalls den Abfluss. Sollten die Wunden vernäht werden, so werden die Fäden an den kleinen Schnitten nach sieben bis zehn Tagen gezogen. Bei kleinen Eingriffen genügt in der Regel eine Schonzeit von zwei Tagen, bei größeren sollte der Patient eine Auszeit von ein bis zwei Wochen einplanen. Auf Sport sollte für vier bis sechs Wochen verzichtet werden.

Allgemein richtet sich die Erholungszeit nach dem Grad der Gewebeschädigung und dem Ausmaß der Blutergüsse. Schonende Verfahren produzieren weniger Schädigungen und Blutergüsse. Bei einer Fettabsaugung im Bauch-Beine-Bereich trägt der Operierte für 3 - 6 Wochen ein festsitzendes Mieder, welches die Formgebung und die Rückbildung der Haut unterstützt. Zusätzliche Massagen können sinnvoll sein.



Überblick Fettabsaugung

- Voraussetzung: realistische Erwartung, gute körperliche und psychische Verfassung; Fettabsaugung ersetzt keine Gewichtsreduktion oder Straffung
- OP-Ziel: Figuroptimierung, gezielte Verbesserung von Problemzonen
- Narkose: bis einer Körperzone ist Lokalanästhesie möglich, sonst Vollnarkose außer bei Bodyjet
- OP-Dauer: je nach Ausmaß 1 - 3 Stunden
- Klinikaufenthalt: 1 Nacht
- Heimreise: Eigene PKW-Heimreise 1 Tag nach OP
Kompressionsmieder: etwa 4 - 6 Wochen
- Arbeitsfähig: leichte Tätigkeit nach einer Woche, körperlich anstrengende Tätigkeit nach 2 Wochen
- Sport: etwa 4 - 6 Wochen kein Sport oder übermäßige körperliche Anstrengung
- Solarium und Sonnenbad: mindestens 12 Wochen meiden, Sonnenschutz
- OP-Endergebnis: abhängig vom Bindegewebe frühestens nach 3 - 4 Monaten

Welche Frau wünscht sich nicht die perfekte Brust? Für die meisten Frauen ist ein schöner Busen wichtig für das Selbstwertgefühl sowie Spiegelbild der weiblichen Attraktivität. Bei einigen Patienten geht der Wunsch nach einer Brustvergrößerung über den rein ästhetischen Wunsch nach „mehr“ Busen hinaus.



Diagnose und Indikation

Bei folgenden Diagnosen ist der Einsatz von Implantaten zu empfehlen:

- Mammahypoplasie: Die Brüste sind in Relation zu Körpergröße und Gewicht sehr klein angelegt.
- Mammaaplasie: Die Warzenhöfe sind normal vorhanden, jedoch der Drüsenkörper fehlt fast vollständig.
- Mammaasymmetrie: Ungleich groß angelegte Brüste erzeugen einen erheblichen subjektiven Leidensdruck.
- Anlagestörungen der Brust, beispielsweise die tubuläre Brustdeformität: Die untere Brusthälfte ist nicht entwickelt, weswegen die Brust mit einer Warzenhofvorwölbung ein „schlauchförmiges“ Aussehen erhält.
- Verlust der Brust nach einer Brustkrebsoperation.





Vor der OP – OP-Methode

Bei jeder Brustoperation benötigen Sie im Vorfeld eine Ultraschalluntersuchung oder eine Mammographie mit Befund, damit Auffälligkeiten ausgeschlossen werden können.

Im Beratungsgespräch muss der Patient zusammen mit dem Arzt zusätzlich zur Wahl der OP-Methode eine Reihe von Entscheidungen treffen. Der plastische und ästhetische Chirurg fotografiert und vermisst beide Brüste und zeichnet die Einschnittstellen sowie die Ausdehnung des Implantats an:

Bei der Wahl von Größe und Form des Implantats beschränken Körpergröße, Form des Brustkorbs, die Elastizität der Brusthaut sowie die Drüsenkonsistenz die Möglichkeiten. Verfügbar sind Kissen von 80 bis über 1000 ml (mit eventuellen Aufpreis je nach Klinik) die durchschnittliche Größe der verwendeten Implantate liegt bei 250 bis 450 ml. Implantate haben entweder eine glattwandige oder eine texturierte Oberfläche. Glattwandigen Implantaten bescheinigt man ein besonders natürliches „Feeling“; statistisch gesehen ist jedoch die Rate der Kapselfibrosen bei diesem Typ höher als bei den Implantatkissen mit texturierter Hülle. Die international am meisten verbreitete Methode ist die Implantation von Silikongelimplantaten, die beste Eigenschaften haben und sich natürlich anfühlen. Sie können rund oder anatomisch geformt sein. Mittlerweise gibt es auch die Leichtgelimplantate (**B-Lite**), diese sind leichter als die Hartsilikonvorgänger.

Zur Entscheidung für die richtige OP-Methode zählt der Entschluss für die Schnitttechnik genauso wie für die Lage des Implantates. Als operativen Zugang wählt der plastische und ästhetische Chirurg heutzutage meist nur noch einen Schnitt in der Unterbrustfalte, an der Brustwarze. Der Achselschnitt wird nur noch selten durchgeführt.

Die Schnittführung erfolgt meist 4 - 5 cm entlang der Brustfalte. Ein Schnitt in der Brustfalte ermöglicht dem Arzt einen leichteren Zugang und ein besseres Sichtfeld. Ein bogenförmiger Schnitt am Rand des Brustwarzenhofes oder in der Achselhöhle ist nicht so häufig. Nach dem Hautschnitt bildet der plastische und ästhetische Chirurg eine Tasche (die so genannte Implantatloge) und bringt die Prothese entweder unter den Brustmuskel oder zwischen Brustmuskel und Drüse in die Tasche ein. Die Wahl der Implantatloge ist abhängig von Dicke und Konsistenz des Brust- und Weichteilgewebes, Brustform und -größe sowie den Präferenzen des Operateurs.

Bei schlanken Patientinnen mit kleiner Brust empfiehlt sich in der Regel die Lage des Implantates unter dem Muskel, da so das Implantat weniger sicht- und tastbar wird. Auch bietet die Implantatloge unter dem Brustmuskel bessere Möglichkeiten zur Mammographie. Brustimplantate können bei Röntgenaufnahmen zur Brustkrebserkennung zur „Ausblendung“ von Drüsen-



partien führen, womit die Erkennbarkeit bösartiger Strukturen in der Brust erschwert wird. Bei sportlicher Aktivität werden Implantate unter dem Brustmuskel als weniger störend wahrgenommen, da sie beim Anspannen der Muskeln an ihrem Platz bleiben und sich nicht mitbewegen. Nachteil der Implantation unter dem Brustmuskel: Das mehrfache Einschneiden des Brustmuskels, wie es diese Methode erfordert, kann die Armbeweglichkeit einschränken.



Narkose, OP-Dauer und stationärer Aufenthalt

In der Regel dauert eine Brustvergrößerungsoperation ein bis zwei Stunden. Diese wird immer unter Vollnarkose durchgeführt. Der Krankenhausaufenthalt beträgt 1 Nacht.



Erholungsphase und Nachbehandlung

Am Tag nach dem Eingriff untersucht der plastische und ästhetische Chirurg eventuelle Blutergüsse und kontrolliert die Implantatposition. Drainageschläuche können insbesondere bei der Implantation unter den Brustmuskel für einen Tag nach der OP erforderlich sein, dieser wird jedoch noch in der Klinik entfernt. Sieben bis zehn Tage postoperativ können die Fäden gezogen werden – sofern kein selbstauflösendes Nahtmaterial verwendet wurde. Nach Entfernung des Mullverbandes stützt ein spezieller BH die Brust und unterstützt die natürliche Formgebung des Operationsergebnisses. Er sollte für sechs bis acht Wochen getragen werden.

Schmerzen beim Bewegen der Arme sowie Spannungsgefühle in den Brüsten können einige Tage nach der OP anhalten; mit Schwellungen muss die Patientin für drei bis fünf Wochen rechnen. Erst nach etwa sechs Monaten kann das endgültige ästhetische Resultat überprüft werden. Patientinnen sollten sich zehn Tage Urlaub nehmen und etwa sechs Wochen allgemeine Schonung einplanen. Auf schwere körperliche Arbeit sollte für mindestens acht Wochen verzichtet werden.

Brustvergrößerung mit Straffung:

Bei einer hängenden Brust ist zusätzlich eine Straffungsoperation erforderlich. Dabei wird der Hautmantel vor dem Einpflanzen des Silikonimplantats verkleinert. Die Brustwarzen werden in ihre ursprüngliche Form zurückverlagert. Die Stillfähigkeit kann bei einer Straffungsoperation nicht garantiert werden. Beachten Sie hierzu auch die Informationen zur Straffung der Brust.

Implantate:

Hersteller Allergan (USA), Mentor (D) Polytech (D), Eurosilicone (F) und Nagor (UK).

Haltbarkeit: Mindestens 10 - 15 Jahre. Werden die Implantate gut vom Körper angenommen, gibt es nach Ansicht unserer Fachärzte auch danach keine Notwendigkeit diese zu wechseln.



Brustvergrößerung mit Eigenfett:

Eine Vergrößerung der Brust durch Eigenfett ist generell nur dann möglich, wenn genügend Fettspendezonen vorhanden sind und kein sehr großes Brustvolumen angestrebt wird. Zwei Wochen vor dem Eingriff sollte auf das Rauchen verzichtet werden. Nur so ist ein Überleben der transplantierten Fettzellen gewährleistet. Um Blutergüsse zu minimieren, muss 14 Tage vor der OP die Einnahme blutgerinnungshemmender Medikamente (zum Beispiel Aspirin) eingestellt werden.

Der Eingriff besteht aus zwei Teilen: der Fettabsaugung und der Fetteinspritzung in die Brust. Kleine Hautschnitte für die Kanülen sorgen für fast unsichtbare Narben. Zunächst werden gemeinsam mit dem Arzt die Areale, die als Fettspendezonen dienen und die unterspritzt werden sollen, bestimmt. Bei der Fettabsaugung sind folgende Methoden verbreitet:

Tumeszenztechnik

Als Standardmethode bei der Liposuktion (Fettabsaugung) wird die Tumeszenztechnik eingesetzt (Tumeszenz-TLA). Bei dieser Methode wird eine Lösung aus sterilem Wasser und Kochsalzlösung und gegebenenfalls einem Betäubungsmittel in das Fettgewebe unter der Haut gespritzt. Diese lässt die Fettzellen anschwellen (lat: tumescere). Nach einer einstündigen Einwirkzeit lösen sich die Fettzellen vom Bindegewebe.

In winzige Hauteinschnitte (fünf bis acht Millimeter) wird eine Kanüle eingeführt, durch die das Gemisch aus Fett und Tumeszenzlösung mit Hilfe einer Vakuumpumpe abgesaugt wird. Nach der Fettabsaugung werden die Einschnitte entweder vernäht oder bleiben offen.

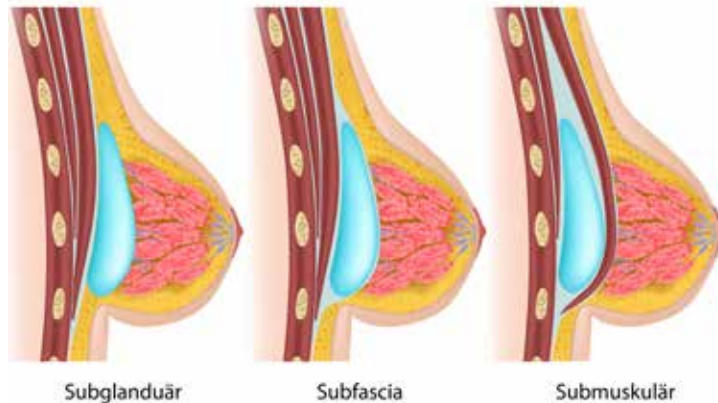
Wie auch bei üblichen Liposuktionen, ist an den abgesaugten Arealen für vier bis sechs Wochen Kompressionskleidung zu tragen. Oft wird dann das gewonnene Fett zentrifugiert, um die Fettzellen von den übrigen Flüssigkeiten zu trennen und anschließend transplantiert.

Bodyjet-Methode

Eine neue Methode bei der Liposuktion stellt die Bodyjet-Methode dar. Dabei werden die Fettzellen mit einer schonenden Wasserstrahl-Assistierten Liposuktion (**WAL**) mit körperwarmer Lösung (Tumeszenz-Lösung) aus ihrem Verbund gelöst. Im Vergleich zur klassischen Lösung enthält diese nur zehn bis 15 Prozent Flüssigkeit, wodurch eine Zentrifugierung der Fettzellen nach dem Absaugen nicht mehr nötig ist. Die so gewonnenen Fettzellen sind deutlich überlebensfähiger. Im Schnitt wachsen 75 Prozent der injizierten Fettzellen an. Diese Methode wurde mit Kernspin-Untersuchungen überprüft.

Ist die Lösung mit einem Betäubungsmittel versetzt, so kann auf eine Vollnarkose verzichtet werden, da die behandelten Stellen gezielt mit Betäubungsmittel schmerzunempfindlich gemacht worden sind.

Im zweiten Teil der OP kann das Fett gezielt in die vorher definierten Stellen der Brust eingespritzt werden. Dafür werden ein bis zwei kleine Schnitte in der Unterbrustfalte oder am Brustwarzenrand vorgenommen, über die das Fett im Unterhautgewebe der Brust und unter dem Brustmuskel in kleinen Portionen fächerförmig verteilt wird.



Pro Operation kann eine Volumenzunahme von durchschnittlich 100 bis 150 Milliliter je Brust erzielt werden. Eine vorgedehnte Brust, wie etwa nach Stillzeiten, kann mehr Volumen aufnehmen als eine feste kleine Brust.

Voraussetzung:
Jährliche Vorsorgeuntersuchung.

Überblick Brustvergrößerung

- Klinikaufenthalt: 1 - 2 Tage
- Narkose: Vollnarkose
- Stütz-BH: für 4 - 6 Wochen
- Heimreise: Begleitperson - nicht selbst mit dem PKW fahren
- Nachkontrolle: 10 - 12 Tage nach OP beim Hausarzt, selbstauflösende Fäden
- Narbenbildung: Narben verblassen nach etwa 6 Monaten ggf. mit einer Narbenbehandlung
- Arbeitsfähig: nach etwa 2 Wochen, schwere Arbeiten meiden
- Sport und Solarium: nach etwa 4 Wochen, Solarium etwa 12 Wochen meiden, Sonnenschutz
- Silikonimplantate: Standardimplantate 180 ml - 400 ml sind vorrätig
- Stillfähigkeit: bleibt erhalten
- OP-Ergebnis: nach etwa 2 Monaten





Mit einer Bruststraffung (Mastopexie) können erschlaffte oder hängende Brüste gestrafft und neu geformt werden. Erschlaffte Brüste können beispielsweise nach Schwangerschaften und nach dem Stillen auftreten. Die weibliche Brust kann aber auch altersbedingt durch den Elastizitätsverlust des Bindegewebes und der Haut ihre ursprüngliche Form verlieren und erschlaffen.



Diagnose und Indikation

Viele, auch sehr junge Frauen können unter so genannten Hängebrüsten leiden. Entwickelt sich im unteren Bereich der Brust ein zu weiter, durchhängender Hautmantel und liegt die Höhe der Brustwarze im Stehen vor oder unter der Hautumschlagsfalte der Brust, so bezeichnet man dies als Hängebrust. Die Ursache dafür ist die Verlagerung des Drüsenkörpers, der in der Hauttasche aushängt.

Die Gründe für die Entwicklung schlaffer, hängender Brüste sind starke Gewichtsschwankungen, Schwangerschaften, (vererbare) Bindegewebsschwächen, ein großes Brustvolumen oder starke Hormonschwankungen. Viele Frauen leiden unter der Form ihrer Brüste und entwickeln dadurch Minderwertigkeitskomplexe und

ein negatives Körpergefühl. Wenn daraus Probleme erwachsen, die den Alltag, die persönliche Ausdrucksfähigkeit und das sexuelle Erleben stark beeinträchtigen, kann eine Straffung der Brust in Betracht gezogen werden. Sport und gezieltes Krafttraining („Butterflies“) helfen entgegen weit verbreiteter Meinungen nicht, da hier eine Bindegewebsschwäche vorliegt und die Brust selbst kaum über Muskulatur verfügt. In erster Linie wird die Brust durch das Drüsengewebe gehalten und nicht durch den Brustmuskel.



Vor der OP

Vor jeder Bruststraffung erfolgen intensive Beratungsgespräche mit dem behandelnden plastischen und ästhetischen Chirurgen. Zu den Aufgaben des Arztes gehört es, die Vorstellungen der Patientin bezüglich der neuen Brustform und die tatsächlichen medizinischen Möglichkeiten abzugleichen. Außerdem muss der behandelnde Arzt die Patientin über mögliche Risiken dieses Eingriffs aufklären und die individuell passenden Operationstechniken detailliert vorstellen.





Nur so ist gewährleistet, dass sich die Patientin nach Abwägen aller Kriterien entscheiden kann. Die Patientin sollte sich darüber im Klaren sein, dass Narben nach der Bruststraffung sichtbar sein werden. Nach der gelungenen Bruststraffung unterliegt der Busen den natürlichen Alterungsprozessen des Gewebes und der Haut und kann sich in seiner Form erneut verändern.

Zwei Wochen vor dem Eingriff sollte die Patientin wegen des Einflusses auf die Blutgerinnung keine Acetylsalicylsäure und kein Vitamin E zu sich nehmen und das Rauchen möglichst auf höchstens fünf Zigaretten pro Tag einschränken.

Bei jeder Brustoperation benötigen Sie im Vorfeld eine Ultraschalluntersuchung oder eine Mammographie mit Befund, um sich einen Überblick über die Gewebestruktur der Brüste zu verschaffen.

Allgemeine Untersuchungen, wie sie vor jeder Operation üblich sind, kommen hinzu. Direkt vor dem Eingriff zeichnet der plastische und ästhetische Chirurg die genauen Linien der Schnittführung auf der Brust ein. Die Markierung erfolgt im Stehen, da sich die liegende Brustform von der Position im Stehen stark unterscheidet. Zum späteren Vergleich wird zusätzlich ein Dokumentationsfoto angefertigt.



OP-Methoden

Die OP-Methode ist abhängig vom Ausgangszustand der Brust und dem gewünschten Ergebnis. Es gibt verschiedene Techniken, die entsprechend den Voraussetzungen mit der Patientin besprochen werden. Ziel ist vor allem, möglichst wenige Narben zu verursachen und eine möglichst natürliche Form zu schaffen. Für die Mastopexie (Bruststraffung) gibt es über zwanzig verschiedene Schnitttechniken, wobei eine als Standard angesehen wird, da sie die Stillfähigkeit und Empfindlichkeit der Brust am wenigsten beeinträchtigt. Bei dieser Technik führt der plastische und ästhetische Chirurg einen Schnitt um die Brustwarze, einen vertikalen Schnitt unterhalb der Brustwarze und ggf. einen weiteren in der Brustumschlagsfalte aus.

Es gibt je nach Ausgangslage drei grundsätzliche Ansätze bei der Bruststraffung:

Straffung:

Bei der Straffung wird der Hautüberschuss im unteren Bereich der Brust entfernt, die Brustwarze nach oben versetzt und meist der Warzenvorhof verkleinert. Im Inneren der Brust gibt es eine Vielzahl von Techniken mit dem Ziel, ein erneutes Hängen der Brust mit Hilfe eines „inneren BHs“ aus Hautlappen, Muskel- oder Fascienaufhängung zu vermeiden.



Straffung mit Implantatfüllung:

Oft sieht die gestraffte Brust deutlich kleiner aus, als die Hängebrust, obwohl bei der Mastopexie kein Drüsengewebe entfernt wird. In diesen Fällen kann es notwendig sein, eine Straffung mit einer Vergrößerung durch Implantate zu kombinieren. Diese Operation ist die schwierigste Form der Bruststraffung, da der plastische und ästhetische Chirurg das bei jeder Straffung vorkommende leichte Absenken der Brüste in den ersten 6 Monaten nach der Operation vorausberechnen muss. Oft wird daher diese Operation auch in zwei Schritten durchgeführt (erst Straffung und 6 Monate später Vergrößerung).

Eine Straffung ohne Versetzen der Brustwarzen und Entfernen von überschüssiger Haut, ausschließlich durch Implantate ist nur bei leicht hängenden Brüsten oder mit sehr großen Implantaten möglich.

Folgende Methoden der Mastopexie (ggf. mit Verkleinerung/Vergrößerung) werden am häufigsten durchgeführt:

Bei der cirkulären (periareolären) Straffung wird ein ringförmiger Hautstreifen um die Brustwarze herum entfernt. Es entsteht eine Narbe um die Brustwarze herum. Die Methode wird vor allem dann gewählt, wenn der Hautüberschuss nicht sehr groß ist. Bei größerem Hautüberschuss führt die circuläre Straffung manchmal zu einer unbefriedigenden Projektion der Brustwarzen.

Bei der vertikalen Straffung (Lejour-Technik) wird zusätzlich ein Teil der überschüssigen Haut unterhalb der Brustwarzen entfernt. Dies führt zu einer besseren Projektion der Brustwarzen und eignet sich daher auch für Hängebrüste mit größerem Hautüberschuss. Die Haut unterhalb der Brustwarze wird dann zusammengezogen (plissiert), so dass zunächst zusätzlich eine gekräuselte vertikale Narbe unterhalb der Brustwarze entsteht. Da bei dieser narbensparenden Technik die überschüssige Haut nicht vollständig entfernt wird, entsteht meistens am unteren Ende der Narbe eine Hautausstülpung („dog ear“).

Durch Schrumpfung der Haut glätten sich die Falten entlang der Narbe und das „dog ear“ meist nach einigen Monaten. Es kommt aber auch vor, dass die Haut nicht ausreichend schrumpft und später eine kleine Korrektur nötig ist.

Die Technik eignet sich für Straffungen/Verkleinerungen mit geringem und mittlerem Hautüberschuss. Beim T-Schnitt wird ähnlich vorgegangen, jedoch der Hautüberschuss vollständig entfernt. Dazu wird zusätzlich ein horizontaler Schnitt in der Unterbrustfalte gesetzt, so dass eine Narbe in der Form eines umgekehrten „T“ entsteht. Diese Technik ist für Straffungen/Verkleinerungen mit mittlerem und großem Hautüberschuss geeignet.



Narkose, OP-Dauer und stationärer Aufenthalt

Die Bruststraffung ist ebenso wie die Brustverkleinerung und -vergrößerung ein chirurgischer Eingriff und stellt damit eine gewisse Belastung für den Körper dar. Deshalb wird die Operation am besten unter Vollnarkose durchgeführt. In der Regel dauert die Bruststraffung etwa 90 bis 180 Minuten. Bevor die Operationswunden vernäht werden, legt der plastische und ästhetische Chirurg Drainagen ein, die meist nach 1 bis 2 Tagen entfernt werden können.

Direkt nach der Operation oder manchmal auch erst nach dem Entfernen der Drainagen erhält die Patientin einen Stütz-BH, der die für eine gute Wundheilung nötige Ruhigstellung der Brüste bewirkt. Auch wenn man viele Operationen ambulant durchführen kann, ist ein mehrtägiger stationärer Klinikaufenthalt, zumindest bis zum Entfernen der Drainagen, empfehlenswert. Falls keine resorbierbaren Nähte verwendet wurden, können die Fäden nach 2 bis 3 Wochen entfernt werden.



Erholungsphase und Nachbehandlung

Zu Hause muss sich die Patientin mindestens drei Wochen lang körperlich schonen. Die Brüste können nach der Operation anschwellen und die Wundheilung muss sorgfältig beobachtet werden. Voll arbeitsfähig ist die Patientin nach zwei bis drei Wochen. Bei körperlich anstrengender Arbeit kann die Rekonvaleszenz noch länger dauern.

Schmerzen beim Bewegen der Arme sowie Spannungsgefühle in den Brüsten können bis einige Tage nach der Operation anhalten; mit Schwellungen muss die Patientin für drei bis fünf Wochen rechnen.

In den ersten 6 Wochen nach der Operation sollte der Stütz-BH möglichst Tag und Nacht getragen werden. Nach 3 Wochen kann man aber meist zumindest stundenweise einen schöneren BH anziehen. Sportliche Aktivitäten, die die Brust- und Armmuskeln beanspruchen, sollten in dieser Zeit unbedingt vermieden werden. Ebenso Saunagänge und Solarienbesuche.

Sinnvoll und schonend ist es zudem, wenn Patientinnen in den ersten Wochen nach der Operation auf dem Rücken schlafen. Die Nachbehandlung besteht in regelmäßigen Kontrollen der Wundheilung und einer Anleitung für die Narbenbehandlung, um eine möglichst unauffällige Narbenbildung zu gewährleisten.

Das Ergebnis der Operation kann man erst nach angeschlossener Narbenreifung – also nach ca. 6 Monaten sicher beurteilen. Wegen des natürlichen Absenkens der Brust in den ersten Monaten nach der Operation muss die Straffung meist etwas übertrieben werden, damit nach einem halben Jahr eine schöne natürliche Form resultiert.



Bruststraffung im Überblick

- Vorbereitung: empfehlenswert ist eine Mammographie
- Voraussetzung: realistische Erwartungshaltung
- Technik: kleine Straffung: Schnittführung um den Brustwarzenhof; Lejour-Technik: narbenarm
klassisch: T-Schnitt
- Dauer der OP: etwa 2 - 3 Stunden
- Narkose: Vollnarkose
- Klinikaufenthalt: Bruststraffung: 1 - 2 Tage Brustverkleinerung: 2-3 Tage
- Nachkontrolle: beim Hausarzt etwa 12 - 14 Tage nach der Operation, selbstauflösende Fäden
- Stütz-BH: etwa 8 - 10 Wochen
- Wundheilung: Rauchen und Alkoholkonsum 3 Wochen vor und nach der Operation deutlich einschränken, um Wundheilungsstörungen zu vermeiden
- Narben: verblassen nach 6 - 8 Monaten
- Arbeit: nach 2 - 3 Wochen arbeitsfähig, schwere Arbeit meiden
- Sport: nach 4 - 6 Wochen
- Solarium/Sonnenbad: 12 Wochen meiden
- OP-Endergebnis: nach 4 Monaten
- Stillfähigkeit: kann beeinträchtigt sein, Familienplanung sollte deshalb abgeschlossen sein

Große Brüste gelten nur bis zu einem gewissen Grad als attraktiv weiblich - schnell kann deren Übergewicht jedoch zu chronischen Rückenproblemen bis hin zu Bandscheibenvorfällen und zu einer hohen seelischen Belastung führen. Die Mamma-reduktion kann helfen, Frauen mit extremen Rundungen physisch und psychisch zu entlasten



Diagnose und Indikation

Volle, runde Brüste gehören zum Ideal der Weiblichkeit und werden oft durch Brustvergrößerungen angestrebt. Bei manchen Frauen allerdings fällt der Busen von Natur aus unproportional groß aus (Mammahypertrophie) und kann durch sein Gewicht enorme körperliche Beschwerden verursachen. Dies äußert sich in Haltungsfehlern, Rücken- und Nackenschmerzen.

Neben der physischen Problematik großer Brüste darf die seelische Belastung nicht unterschätzt werden: Frauen mit extrem großem Busen sind in ihrem Alltag oft behindert, können nicht an sportlichen Aktivitäten teilnehmen und fühlen sich häufig sozial isoliert. Gerade junge Frauen leiden auch unter Hänseleien und entwickeln dadurch Minderwertigkeitskomplexe und ein negatives Körpergefühl.





Wenn Sport und Diäten nicht gegen das Übergewicht der Brüste helfen, können Patientinnen eine chirurgische Verkleinerung in Betracht ziehen. So kann das Volumen reduziert und die Form der Brüste individuell angepasst werden. Je früher ausgewachsene Frauen diese Operation durchführen, desto eher können Folgeschäden wie Rücken- und Bandscheibenprobleme vermieden werden.

Mögliche Indikationen für eine chirurgische Brustverkleinerung wegen Mammahypertrophie sind:

- Unproportional große Brüste
- Asymmetrische Brüste
- Haltungsfehler
- Einschneidende BH-Träger
- Rückenbeschwerden
- Exzeme in der Unterbrustfalten
- Nackenbeschwerden
- Psychische Beschwerden



Vor der OP

Am Anfang jeder Brustverkleinerung stehen ausführliche Beratungs- und Aufklärungsgespräche mit dem ästhetisch-plastischen Chirurgen. Zu den Aufgaben des Arztes gehört es, die Vorstellungen der Patientin bezüglich der neuen Brustform und die tatsächlichen medizinischen Möglichkeiten abzugleichen. Außerdem muss der behandelnde Arzt die Patientin über mögliche Risiken dieses großen Eingriffs aufklären und die individuell passenden Operationstechniken detailliert vorstellen. Nur so ist gewährleistet, dass sich die Patientin nach Abwägen aller Kriterien entscheiden kann.

Patientinnen sollten sich auch darüber im Klaren sein, dass Narben bei der Brustverkleinerung deutlich sichtbar sein werden. Aber auch nach der gelungenen Brustverkleinerung unterliegt der Busen den natürlichen Alterungsprozessen des Gewebes und der Haut. Daher kann er sich in seiner Form wieder stark verändern und zum Beispiel einen „Hängebusen“ ausbilden. Zwei Wochen vor dem Eingriff sollte die Patientin wegen des Einflusses auf die Blutgerinnung keine Acetylsalicylsäure (zum Beispiel „Aspirin“) und kein Vitamin C zu sich nehmen und das Rauchen auf höchstens fünf Zigaretten pro Tag einschränken.

Vor der Operation lässt der Arzt eine Mammographie durchführen, um sich einen Überblick über die Gewebestruktur der Brüste zu verschaffen. Allgemeine Untersuchungen, wie sie vor jeder Operation üblich



sind, kommen hinzu. Direkt vor dem Eingriff zeichnet der ästhetisch-plastische Chirurg die genauen Linien der Schnittführung auf der Brust ein. Die Markierung erfolgt im Stehen, da sich die liegende Brustform von der Position im Stehen stark unterscheidet. Zum späteren Vergleich wird zusätzlich ein Dokumentationsfoto angefertigt.



OP-Methoden

Für die Brustverkleinerung wenden ästhetisch-plastische Chirurgen zahlreiche Schnitttechniken, an mit dem Ziel, möglichst wenige Narben zu verursachen. Die individuelle Technik der Mammareduktion hängt von der jeweiligen Anatomie und der Größe der Brüste ab. Vor jedem Eingriff bespricht der behandelnde Arzt seine Vorgehensweise mit der Patientin und passt diese an die individuellen Gegebenheiten der Brust an. Wir stellen Ihnen hier die gängigsten Methoden vor:

T-, Anker- oder Strömbeck-Methode:

Bei dieser Methode führt der plastische und ästhetische Chirurg den Schnitt rund um den Brustwarzenhof senkrecht nach unten und beendet ihn in einer horizontalen Linie unter der Brust. Die gesamte Brustwarze wird nach Entnahme des überschüssigen Gewebes und der Haut nach oben versetzt. Dadurch entstehen T-förmige Narben unterhalb der Brustwarzen.

I-, Pilz-, Vertikal- oder Lejour-Methode:

Auch bei dieser Schnittführung nutzt der plastische und ästhetische Chirurg die natürliche Grenze um den Brustwarzenhof und schneidet dann senkrecht nach unten, ohne einen weiteren vertikalen Schnitt zu ziehen. Nach dem Versetzen der Brustwarze nach oben, zieht der Operateur die Haut unterhalb der Brustwarze zusammen wie einen Vorhang. Die daraus entstehenden gewellten Narben glätten sich nach und nach oder können anschließend korrigiert werden.

L-Methode:

Kleiner fällt der Hautschnitt bei der L-Methode aus, da hier vom Rundschnitt um die Brustwarzenhöfe eine senkrechte Inzision nach unten mit einem vertikalen Schnitt in der Unterbrustfalte nach nur einer Seite hin verbunden wird. Auf einer schmalen Linie setzt der plastische und ästhetische Chirurg dann die Brustwarze komplett nach oben. Dabei entsteht letztlich eine einschenklige, L-förmige Hautnarbe.

O- oder Benelli-Methode:

Bei der narbenminimierenden Benelli-Methode setzt der Operateur einen runden Schnitt um den Brustwarzenhof herum. Dadurch entsteht nur eine kleine, kaum sichtbare Narbe um die Brustwarze. Allerdings eignet sich dieses Verfahren nicht für sehr große Mammreduktionen, da nur kleine Mengen an Gewebe entfernt



werden können. Zudem wird hier eine eher platte Form der Brust erzielt. Bei Frauen mit schlechter Wundheilung (Keloide) ist diese Methode von Vorteil, da die Schnittfläche sehr gering ausfällt.



Narkose, OP-Dauer und stationärer Aufenthalt

Die Brustverkleinerung ist ein intensiver chirurgischer Eingriff und stellt damit eine große Belastung für den Körper dar. Deshalb stehen die Patientinnen während der Operation unter Vollnarkose. In der Regel dauert die Brustverkleinerung pro Seite etwa 60 bis 80 Minuten, insgesamt also zwei bis vier Stunden. Während der Operation befinden sich die Patientinnen in einer Schräglage, da sich die Form des Busens in der Horizontale stark von der vertikalen Position unterscheidet.

Direkt nach der Operation werden die Brüste in weiche Watteverbände gehüllt, wobei die Brustwarzen zur besseren Wundheilung frei bleiben. Nach dem Eingriff werden Drainagen gelegt, um das Wundwasser abfließen zu lassen und größere Blutergüsse zu vermeiden. Nach zwei Tagen können die Drainagen entfernt werden. Im Anschluss an die Operation wird ein zwei- bis dreitägiger Klinikaufenthalt empfohlen. Nach sieben Tagen werden die Fäden teilweise, nach 14 Tagen vollständig entfernt.



Erholungsphase und Nachbehandlung

Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus müssen sich die Patientinnen mindestens drei Wochen lang körperlich schonen. Die Brüste können nach der Operation anschwellen und die Wundheilung muss sorgfältig beobachtet werden. Für die bessere Wundheilung erhalten sie außerdem ein wasserundurchlässiges Duschpflaster.

Voll arbeitsfähig sind die Patientinnen erst nach drei bis vier Wochen. Mindestens 6 Wochen nach der Operation müssen Patientinnen ebenfalls Tag und Nacht einen stützenden Büstenhalter tragen. Sportliche Aktivitäten, die die Brust- und Armmuskeln beanspruchen wie Tennis und Golf sowie Saunagänge, Solarienbesuche oder Flugreisen müssen in dieser Zeit unbedingt vermieden werden.

Sinnvoller und schonender ist es, wenn die Patientinnen in den ersten Wochen nach der Operation auf dem Rücken schlafen. Nachbehandlungen werden nötig, wenn es zu Wundheilungsstörungen kommt. In manchen Fällen sind auch operative Korrekturen möglich, falls die Form des Busens, die Position der Brustwarzen oder die Narbenheilung nicht den Wünschen der Patientinnen entsprechen und verbesserungsfähig sind. Generell dauert es drei bis vier Monate, bis alle Schwellungen abgeklungen sind und das Ergebnis der Brustverkleinerung vollständig sichtbar wird. Narben und Verhärtungen verbessern sich oft erst im Laufe der folgenden ein bis zwei Jahre.



Brustverkleinerung im Überblick

- Vorbereitung: Mammographie empfehlenswert
- OP-Techniken: Lejour-Technik: narbenarm / klassische Straffung: T-Schnitt
- Narkose: Vollnarkose,
- OP-Dauer: ca. 2 - 3 Stunden
- Klinikaufenthalt: 2 - 3 Tage
- Heimreise: Begleitperson, nicht selbst mit dem PKW fahren
- Nachkontrolle: etwa 12 - 14 Tage nach OP (Hausarzt)
- Fädenziehen: meist selbstauflösend, sonst 10-14 Tage nach OP ziehen
- Stütz-BH: sollte 8 - 10 Wochen getragen werden
- Wundheilung: Rauchen und Alkoholkonsum 2 - 3 Wochen vor und nach OP deutlich reduzieren
- Narbenbildung: Narben verblassen 6 - 8 Monate nach der Brustverkleinerung. Narbenbehandlung
- Arbeitsfähig: nach 2 - 3 Wochen, anstrengende Arbeit meiden
- Sport: frühestens nach 4 - 6 Wochen
- Sonne und Solarium: 3 Monate meiden, Sonnenschutz

Eine weiblich anmutende Brust zu haben, stellt für viele Männer eine große psychische Belastung dar. Die Vergrößerung der männlichen Brustdrüse kann genetisch angelegt sein und wird als Gynäkomastie bezeichnet. Die Vergrößerung der Brust durch reine Fettansammlung hingegen wird häufig auch „unechte Gynäkomastie“ genannt. Gegen diese ungewollten Verformungen des männlichen Körpers kann eine Brustverkleinerung helfen.



Diagnose und Indikation

Gynäkomastie bezeichnet die Vergrößerung des männlichen Brustdrüsengewebes, die einseitig oder bei beiden Brüsten auftreten kann. Die Vergrößerung der Brust durch eine reine Fettansammlung wird „unechte Gynäkomastie“ oder Pseudogynäkomastie genannt. Diese Fetteinlagerungenstellen können ernährungsbedingt, aber auch erblich bedingt sein.

Die krankhafte Vergrößerung der Brustdrüse kann verschiedene Ursachen haben. Häufig sind hormonelle Störungen der Auslöser, die durch Krankheit, medikamentöse Behandlung oder Vererbung bedingt sind. Eine übermäßige Östrogeneinwirkung kann ebenfalls zum Wachstum des Drüsengewebes führen.





Abgesehen von diesen Möglichkeiten sollten auch systemische Erkrankungen bei der Anamnese in Betracht gezogen werden; so können Nierenerkrankungen, Lebererkrankungen, Nierentumoren, Adipositas, Hodentumoren und andere Krankheiten der Auslöser sein.

Aber auch der Gebrauch Anabolika, östrogenhaltigem Haarwasser und der Konsum von Alkohol, Heroin und anderen Rauschmitteln kann zu Brustveränderungen führen. Laboruntersuchungen bezüglich des Hormonstatus und eine internistische beziehungsweise urologische Untersuchung sind außerdem erforderlich.

Eine weitere Möglichkeit der Erkrankung stellt das Mammakarzinom dar, also der Brustkrebs. Zur Kontrolle, vor allem bei verdächtigen Tastbefunden, sollten eine sonographische Untersuchung und eine Röntgenuntersuchung erfolgen. Abgesehen von dem als unschön empfundenen ästhetischen Eindruck kann eine Gynäkomastie auch Schmerzen und Spannungsgefühle auslösen.

Eine Brustverkleinerung hilft also Männern, die aus ästhetischen Gründen psychisch belastet sind oder unter Schmerzen leiden und bei denen eine konservative Therapie nicht zur Rückbildung der Brust führt.



Vor der OP

Vor jeder Brustverkleinerung, eventuell mit Straffung des überschüssigen Hautmantels, erfolgen intensive Beratungsgespräche mit dem behandelnden ästhetisch-plastischen Chirurgen. Zu den Aufgaben des Arztes gehört es, die Vorstellungen des Patienten bezüglich der neuen Brustform und die tatsächlichen medizinischen Möglichkeiten abzugleichen. Außerdem wird der behandelnde Arzt den Patienten über mögliche Risiken dieses Eingriffs aufklären und die individuell passenden Operationstechniken detailliert vorstellen. Nur so ist gewährleistet, dass sich der Patient nach Abwägen aller Kriterien entscheiden kann.

Der Patient sollte sich auch darüber im Klaren sein, dass Narben nach der Brustverkleinerung sichtbar sein werden. Zwei Wochen vor dem Eingriff sollte der Patient wegen des Einflusses auf die Blutgerinnung keine Acetylsalicylsäure (zum Beispiel „Aspirin“), keine hoch dosierten Vitamine und kein Arnica zu sich nehmen. Auch das Rauchen sollte eingeschränkt werden. Allgemeine Untersuchungen, wie sie vor jeder Operation üblich sind, kommen hinzu.

Direkt vor dem Eingriff zeichnet der ästhetisch-plastische Chirurg die genauen Linien der Schnittführung auf der Brust ein. Die Markierung erfolgt im Stehen, da sich die liegende Brustform von der Position im Stehen stark unterscheidet. Zum späteren Vergleich wird zusätzlich ein Dokumentationsfoto angefertigt.



Für das Beratungsgespräch ist es sinnvoll, wenn Sie sich im Vorfeld in Ruhe Notizen machen. Seien es Ihre Fragen an den Arzt oder Informationen über Vorerkrankungen, chronische Erkrankungen, frühere Eingriffe, Allergien, Impfungen, Infektionskrankheiten und gegebenenfalls Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen. Sollten Sie eine größere Gewichtsreduktion planen oder durchführen, so ist es sinnvoll, dies vor der Operation abzuschließen, um entsprechend überflüssige Haut und Gewebe gleich entfernen zu können.



OP-Methoden

Die OP-Methode ist abhängig vom Ausgangszustand der Brust und dem gewünschten Ergebnis. Es gibt verschiedene Techniken, die entsprechend den Voraussetzungen mit dem Patienten besprochen werden und vor allem das Ziel haben, möglichst wenige Narben zu verursachen. Ein weiteres wichtiges Kriterium bei der Wahl der Methode ist es, die Empfindlichkeit der Brust nicht oder möglichst wenig zu beeinträchtigen.

Es gibt je nach Indikation zwei Möglichkeiten zur Brustverkleinerung beziehungsweise -straffung. Bei der Pseudogynäkomastie reicht eine Fettabsaugung und es verbleiben kaum sichtbare Narben. Eine Straffung des Hautmantels ist hierbei selten erforderlich, da sich die überschüssige Haut meist vollständig zurückbildet. Falls diese doch notwendig wird, wird die Haut meist kreisförmig um den Brustwarzenhof entfernt.

Bei der echten Gynäkomastie nützt der ästhetisch-plastische Chirurg meist einen Schnitt am unteren Rand des Brustwarzenhofs und entfernt die Brustdrüse dann vollständig. Zusätzliche Fettabsaugungen und Straffungen des Hautmantels können erforderlich sein.

Nur in sehr seltenen, ausgedehnten Fällen mit der Notwendigkeit, große Mengen Fett- und Drüsengewebe im unteren Brustbereich entfernen zu müssen, wird zudem die Brustwarze nach oben versetzt. Hierzu verlagert der Operateur die Brustwarze und die sie umgebenden Blutgefäße und Nerven zusammen mit einem Drüsengewebslappen, so dass die Region durchblutet und berührungsempfindlich bleibt.

Anschließend zieht der Operateur das umgebende Gewebe straffend zusammen. In der Regel entsteht dadurch eine senkrecht von der Brustwarze abwärts verlaufende Narbe. Weitere Techniken sind anwendbar, zumeist jedoch sind die angeführten Methoden ausreichend.



Narkose, OP-Dauer und stationärer Aufenthalt

Die Brustverkleinerung mit reiner Fettabsaugung kann unter örtlicher Betäubung oder im Dämmer-schlaf durchgeführt werden. Die Brustverkleinerung mit Drüsenentfernung erfolgt in Narkose. In der Regel dauert die Operation von etwa 60 Minuten bei kleinerem Befund bis 180 Minuten bei ausgedehnten Verklei-



nerungen. Während der Operation befinden sich die Patienten in einer halb sitzenden Position, da sich die Form der Brust so besser beurteilen lässt. Das entfernte Drüsengewebe sollte immer zur feingeweblichen Untersuchung geschickt werden.

Direkt nach der Operation wird die Brust mit Kompression verbunden. In ausgedehnten Fällen werden meist Drainagen gelegt, um das Wundwasser abfließen zu lassen und größere Blutergüsse zu vermeiden. Nach ein bis zwei Tagen können die Drainagen entfernt werden. Der Eingriff wird heutzutage meist ambulant vorgenommen.



Erholungsphase und Nachbehandlung

Nach der Operation sollten sich die Patienten mindestens zwei Wochen lang körperlich schonen. Die Brüste können anschwellen und die Wundheilung muss regelmäßig kontrolliert werden. Voll arbeitsfähig sind die Patienten erst nach zwei bis vier

Wochen. Bei körperlich anstrengender Arbeit kann die Rekonvaleszenz etwas länger dauern.

Schmerzen beim Bewegen der Arme sowie Spannungsgefühle in den Brüsten können bis einige Tage nach der Operation anhalten. Mit größeren Schwellungen muss der Patient für zwei bis sechs Wochen rechnen. Drei bis sechs Wochen nach der Operation sollten Patienten Tag und Nacht ein fest sitzendes Kompressionsmieder tragen. Sportliche Aktivitäten, die die Brust- und Armmuskeln beanspruchen, sollten in dieser Zeit unbedingt vermieden werden.

Nachbehandlungen werden nötig, wenn es zu Wundheilungsstörungen kommt. In manchen Fällen sind auch operative Korrekturen möglich, falls die Form der Brust, die Position der Brustwarzen oder die Narbenheilung nicht den Wünschen des Patienten entsprechen und verbesserungsfähig sind.

Generell dauert es drei bis vier Monate, bis alle Schwellungen abgeklungen sind und das Ergebnis der Bruststraffung vollständig sichtbar wird. Narben und Verhärtungen verbessern sich oft erst im Laufe der folgenden ein bis zwei Jahre. Abhängig von der Operationsmethode kann das endgültige ästhetische Resultat nach einigen Stunden oder mehreren Monaten beurteilt werden.



Überblick Gynäkomastie

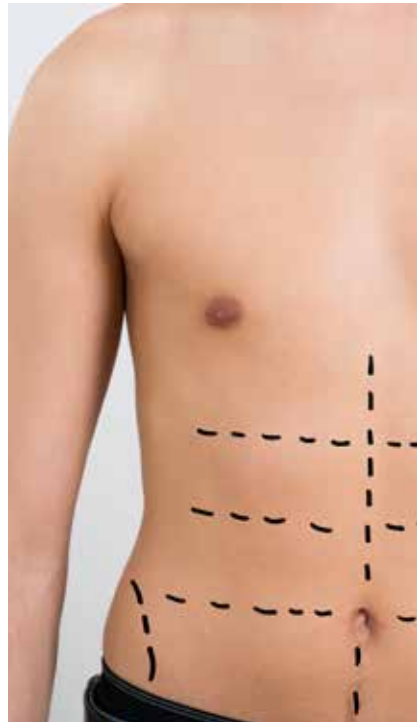
- Vorbereitung: Abklärung der Form der Gynäkomastie beim Internisten
- Voraussetzung: realistische Erwartung
- Narkose: Vollnarkose
- Klinikaufenthalt: 1 Nacht
- Heimreise: Begleitperson - nicht selbst mit dem PKW fahren
- Arbeitsfähig:
Fettabsaugung:
Bürotätigkeit nach 3-4 Tagen, körperlich anstrengende Tätigkeit frühestens nach 2 Wochen
Entfernung der Brustdrüse/Straffung:
Bürotätigkeit nach 1 - 2 Wochen, körperlich anstrengende Tätigkeit nach 2 - 3 Wochen
- Sport: 4 - 6 Wochen kein Sport (kein Schwimmen, keine Sauna)
- Sonnenbad und Solarium: 3 Monate meiden - Sonnenschutz
- OP-Ergebnis: nach 3 - 4 Monaten, Ergebnis meist von Dauer

Für beide Geschlechter ist der Bauch eine wichtige Körperregion; besonders bei Frauen ist er Inbegriff der weiblichen Sanduhrkontur. Doch wer zur Erreichung der Idealfigur zu diätetischen Maßnahmen gegriffen hat, wird oft enttäuscht: Während die Fettpolster verschwinden, bildet sich der Hautmantel trotz entsprechender Gymnastik bei manchen Patienten nicht zurück. Dann hilft eine Bauchdeckenstraffung.



Diagnose und Indikation

Eine Bauchdeckenstraffung ist angezeigt, wenn ein extremer Hautüberschuss im Bauchbereich besteht. Die Reibung des Hautlappens – etwa nach massivem Gewichtsverlust – führt oft zu Hautirritationen und -infektionen oder Geschwüren. Auch nach einer Schwangerschaft geht der durch die Hautdehnung entstandene Lappen oftmals nicht zurück. Die Bauchdecke wird während der Schwangerschaft nicht nur gedehnt, sondern auch hormonell aufgeweicht. Bei manchen Patientinnen geht der Hautlappen trotz ausgedehnter Bauchgymnastik nicht zurück. Genauso verschafft die Abdominoplastik bei einer Schwächung und darauf basierendem Auseinanderweichen der geraden Bauchmuskeln Abhilfe.





Die Muskelschwäche hat eine Vorwölbung der Bauchkontur zur Folge, die mit der Bauchdeckenstraffung beseitigt werden kann; der Breitstand der Muskeln wird korrigiert.

Die Bauchdeckenstraffung dient nicht der Fettreduktion. Bei allgemeinem Übergewicht sind zunächst diätetische Maßnahmen gefragt. Der Eingriff kann durch eine Fettabsaugung ergänzt werden, wenn nach dem angemessenen Gewichtsverlust hartnäckige Polster an den Flanken bleiben. Das Absaugen von Oberbauchfett ist dagegen nicht ohne Risiko.

Ein optimales Ergebnis kann nur erzielt werden, wenn das Gewicht auf ein vernünftiges Maß reduziert wurde. Zu dessen Überprüfung gibt es den „Hautkneiftest“: Wenn sich beim Kneifen mehr als zwei Zentimeter Haut zwischen den Fingern befinden, dann liegt das am Fett.



Vor der OP

Im Beratungsgespräch klärt der Operateur die individuellen Wünsche des Patienten ab. So muss beispielsweise die künftige Nabelform und -position besprochen werden. Früher wählten Patienten meist rundliche oder trapezartige Formen, heute wird am häufigsten eine längliche Nabelform angelegt. Für die Wahl der Schnittform sind die Gewohnheiten bei der Bekleidung des Patienten relevant, damit die Narben

später gut versteckt werden können. Der plastische und ästhetische Chirurg zeichnet das spindelförmige Areal zwischen Nabel und Schamhaar an, das ausgeschnitten werden soll. Im Stehen muss geprüft werden, ob die angezeichneten Linien ohne zu große Spannung aneinander gebracht und vernäht werden können.



OP-Methoden

Bei der herkömmlichen Bauchdeckenplastik entfernt der plastische und ästhetische Chirurg einen quer verlaufenden, spindelförmigen Hautbezirk. Der Schnitt wird dabei parallel zur Schamhaargrenze angelegt, damit die späteren Narben möglichst wenig zu sehen sind. Zu den Seiten hin steigt der Schnitt in W-Form an und reicht bis an die Hüftknochen. Die Bauchhaut wird von den Hüftknochen ausgehend über den Muskeln gelöst, gegebenenfalls bis hoch zum Rippenbogen. So lässt sich die Bauchdecke um etwa zehn Zentimeter nach unten ziehen und straffen.

Der Operateur entfernt den Hautüberschuss; bei einer schwachen Bauchwand wird zusätzlich die Muskelschicht vernäht. Der Nabel wird umschnitten und an seinem Platz belassen.

An den tiefsten Punkten der Operationsfläche legt der plastische und ästhetische Chirurg rechts und links Schläuche für die Saugdrainage ein, um die sich ansammelnde Gewebsflüssigkeit sowie Blutreste nach außen zu leiten. Anschließend werden die Wundränder in mehreren Schichten vernäht.



Erst zum Schluss wird in die gestraffte Haut über dem verbliebenen Nabel ein Loch geschnitten und der Nabel darin eingenäht.

Mit der Endoskopischen Abdominoplastik werden Schwächen in der Bauchwand (den geraden Bauchmuskeln) beseitigt, ohne maßgeblichen Hautüberschuss zu entfernen. Dabei vernäht der plastische und ästhetische Chirurg die Bauchmuskeln mit einem Endoskop über einen kleinen Zugang an der Schamhaargrenze.



Narkose, OP-Dauer und stationärer Aufenthalt

Bei der Bauchdeckenstraffung handelt es sich um eine erhebliche Operation, die eine hohe Belastung für den Körper darstellt und nur unter Vollnarkose möglich ist. Der Eingriff dauert ein bis drei Stunden. Einen Tag muss der Patient strikte Bettruhe einhalten; meist genügt ein Klinikaufenthalt von ein bis vier Tagen.



Überblick Bauchdeckenstraffung

- Voraussetzung: realistische Erwartungshaltung sowie gute körperliche und psychische Verfassung

- Narkose: Vollnarkose
- OP-Dauer: 2 - 3 Stunden
- Klinikaufenthalt: meist 2 - 3 Tage
- Heimreise: falls möglich mit Begleitperson, nicht selbst mit dem PKW fahren
- Nachkontrolle: etwa 12 - 14 Tage nach OP beim Hausarzt
- Fädenziehen: meist werden selbstauflösende Fäden verwendet
- Kompressionsmieder: etwa 4 - 6 Wochen
- Wundheilung: Rauchen und Alkoholkonsum 2 - 3 Wochen vor und nach OP deutlich reduzieren
- Narbenbildung: verblasst nach etwa 6 - 8 Monaten
- Arbeitsfähig: nach 2 - 3 Wochen, körperlich anstrengende Arbeiten mehrere Wochen meiden
- Sport: frühestens nach 6 Wochen
- Sonnenbad, Sauna und Solarium: 12 Wochen meiden
- OP-Endergebnis: nach etwa 6 Monaten, Ergebnis der Straffung ist in der Regel von Dauer





Mit zunehmendem Alter kommt es mitunter zu nachlassender Elastizität der Haut. Das Erschlaffen der Haut äußert sich insbesondere an den Oberschenkelinnen-seiten durch Bildung horizontaler Falten sowie gegebenenfalls auch Furchen und Dellen. Dies kann bei Betroffenen zu seelischen Belastungen führen. Unter Um-ständen führt die Unzufriedenheit mit dem eigenen Äußeren so weit, dass Betrof-fene sich beispielsweise nicht mehr im Bikini zeigen wollen oder sogar Scham ge-genüber dem eigenen Partner empfinden.

Fachärzte für plastische und ästhetische Chirurgie können Betroffenen mit einer operativen Oberschenkelstraffung helfen. Hängendes Haut- und Fettgewebe stellt keine Gesundheitsgefährdung dar, kann das körperliche Wohlbefinden jedoch er-heblich beeinträchtigen.

Mit den Möglichkeiten der modernen Oberschenkelstraffung kann der ästhetisch-plastische Chirurg störende Haut- und Gewebeüberschüsse entfernen und damit den Oberschenkeln zu einem jugendlicheren Erscheinungsbild verhelfen. Nicht selten wird eine Straffungsoperation mit der Entfernung kleinerer Mengen über-

schüssigen Fettgewebes verbunden. Durch die Operation entstehen jedoch auch Narben, über deren Verlauf und mögliche Erscheinung vor der OP aufgeklärt wer-den muss.



Diagnose und Indikation

Mit dem Alter oder nach erheblicher Gewichtsabnahme verliert die Haut an Elastizität und das Gewebe an Festigkeit, worunter insbesondere Frauen zu leiden haben. Dies betrifft neben den Oberarmen vor allem die Oberschenkel. Hier kann es auch bei jüngeren Frauen zum Erschlaffen der Beinkontur kommen. Viele emp-finden dies als unattraktiv. Das Problem kann weder durch Sport oder Gymnastik, noch durch Massagen oder Diäten behoben werden, da sich die einmal erschlaffte Haut nicht mehr in ihren ursprünglichen Zustand zurückzieht.

Die ästhetisch-plastische Chirurgie bietet Betroffenen die Möglichkeit einer opera-tiven Oberschenkelstraffung, um die hängenden Hautpartien effektiv zu behandeln. Ziel der Oberschenkelstraffung ist es, überschüssige Haut mit dem darunterlie-genden Fettgewebe zu entfernen und die Oberschenkel wieder in die gewünschte





Form zu bringen. Bei starker Einlagerung von Fettgewebe kann die Straffung auch mit einer Fettabsaugung kombiniert werden. Eine Straffungsoperation ist jedoch kein Ersatz für diätische Maßnahmen. Im Gegenteil: Je weniger Fett sich in den zu behandelnden Bereichen befindet, desto sicherer ist der Erfolg des Eingriffs.



Vor der Behandlung

Im Beratungsgespräch bespricht der behandelnde Facharzt mit dem Patient ausführlich sowohl seine Wünsche als auch etwaige Bedenken oder Fragen. Es ist ratsam, dass sich interessierte Patienten bereits im Vorfeld so weit wie möglich mit dem Eingriff vertraut machen. Oft hilft es, offene Fragen zu notieren, um diese im Gespräch nicht zu vergessen. Ferner sollte sich der Betroffene im Rahmen der Voruntersuchung auch über die Kosten seines gewünschten Eingriffs informieren. Die DGÄPC-Beratungshilfe zur Oberschenkelstraffung bietet einen guten Überblick über die wichtigsten Punkte, die vor einem solchen Eingriff zwischen Arzt und Patient besprochen werden sollten – von der Diagnose über Vor- und Nachbehandlungen bis hin zu Risiken und Kosten des Eingriffs.

Je nach gewählter OP-Methode, Umfang und Narkoseform fallen unterschiedliche vorbereitende Maßnahmen an. Gerade mit gründlicher Vor- und Nachsorge können mit der Oberschenkelstraffung kosmetisch gute und dauerhafte Ergebnisse erzielt werden. Vor der Behandlung sollte (in Abstimmung mit dem Arzt)

auf blutverdünnende Medikamente (z. B. Aspirin) und Nikotingenuss verzichtet werden, um den Blutdruck dadurch nicht zu erhöhen. Das Rauchen sollte zwei Wochen vor und zwei Wochen nach dem Eingriff strikt unterlassen werden, um die Wundheilung nicht zu beeinträchtigen. Nach der Operation rechnet man mit einer Zeit von ein bis drei Wochen für die Heilung.



Behandlungsmethode

Für die Konturierung der Oberschenkel stehen dem Facharzt für plastische und ästhetische Chirurgie, je nach individuellem Befund, verschiedene Techniken zur Verfügung.

Der plastische und ästhetische Chirurg setzt einen Schnitt von der Leistengegend über die Dammregion bis zur Gesäßfalte. Anschließend löst er die Haut unter Schonung von Blutgefäßen und Nerven in Richtung der Knie vom darunterliegenden Gewebe. Je nach Ausprägung kann es notwendig sein, den Schnitt dreieckförmig bis hin zur Mitte der Oberschenkelinnenseite zu ziehen. Ist auch die Rückseite der Oberschenkel stark betroffen, müssen Patienten mit einer bleibenden Y-förmigen Narbe rechnen. Bei weniger stark ausgeprägter Hauterschaffung ist die Straffung aber mittels eines halbmondförmigen, horizontalen Schnitts möglich. Abschließend werden in den tiefen Gewebsschichten Nähte gelegt, die den Hautlappen fest verankern. Vor dem Vernähen der Wunde legt der behandelnde Arzt gegebenenfalls eine Drainage, um Blut und Wundflüssigkeit abzuleiten.



Narkose, Eingriffsdauer und stationärer Aufenthalt

Die Oberschenkelstraffung erfolgt in der Regel unter Vollnarkose. Die Behandlungsdauer beträgt circa zwei Stunden, je nach Größe der betroffenen Körperpartien. Eine Oberschenkelstraffung wird in der Regel stationär oder tagesstationär durchgeführt. Da die Beweglichkeit stark eingeschränkt ist, empfiehlt sich im Anschluss an die Operation das Einhalten der Bettruhe für zwei bis vier Tage.



Erholungsphase und Nachbehandlung

Sofern kein selbst auflösendes Nahtmaterial verwendet wird, werden nach zehn bis vierzehn Tagen die Fäden gezogen. Bis zu diesem Zeitpunkt müssen in der Regel Kompressionsstrümpfe, -hosen oder -verbände getragen werden. Diese mindern Schwellungen und Schmerzen und begünstigen die Heilung nach der Entfernung von überschüssigem Haut- bzw. Fettgewebe.

Die bei der Oberschenkelstraffung entstehende Narbe verläuft in der Regel horizontal am oberen Ende der inneren Oberschenkelseite. Unter Umständen sind längere Schnitte und damit Narben notwendig, die bei leichter Garderobe sichtbar sind. Etwa ein Jahr nach der Operation sind die Narben im günstigsten Fall so weit verblasst, dass sie nicht mehr auf Anhieb auffallen. Berufliche Tätigkeiten können, abhängig von ihrer Art und Intensität, nach etwa drei bis vier Wochen wiederaufgenommen werden.

Auf körperliche Anstrengungen wie Sport sollte für sechs bis acht Wochen verzichtet werden.

Da die Haut und das Gewebe durch den operativen Eingriff gestrafft, aber in der Qualität nicht verändert werden kann, ist nicht auszuschließen, dass es im Laufe der Zeit wieder zu einer Erschlaffung kommt. Eine erneute Oberschenkelstraffung ist dann möglich. In der Regel hält der Effekt einer Straffungsoperation aber sehr lange an und der Eingriff muss nicht wiederholt werden.



Überblick Oberschenkelstraffung

- Klinikaufenthalt: 2 - 3 Nächte
- Narkose: Vollnarkose
- Kompressionsmieder/Bandage: etwa 4 - 6 Wochen
- Sport: größere Anstrengungen etwa 6 - 8 Wochen vermeiden
- Arbeitsfähig: nach 2 - 3 Wochen
- Narbenbildung: Narben verblassen nach etwa 6-8 Monaten. Siehe auch: Narbenbehandlung
- Nachkontrolle: etwa 12 - 14 Tage nach OP beim Hausarzt
- Sonnenbad und Solarium: 12 Wochen meiden
- OP-Endergebnis: frühestens nach 3 - 4 Monaten



Größere Gewichtsabnahmen, mangelnde Bewegung oder auch nachlassende Elastizität der Haut können zur Bildung hängender Hauttaschen an den Oberarmen führen.

Besonders häufig betrifft dies Frauen ab dem vierzigsten Lebensjahr. Der Hautüberschuss führt bei Betroffenen oft zu seelischen Belastungen. Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Erscheinungsbild hat dabei nicht selten auch Unsicherheiten im Umgang mit anderen Menschen zur Folge.

Ästhetisch-plastische Chirurgen können mit einer operativen Oberarmstraffung helfen. Hängendes Haut- und Fettgewebe stellt keine Gesundheitsgefährdung dar, kann das körperliche Wohlbefinden jedoch erheblich beeinträchtigen. Die moderne Oberarmstraffung ermöglicht es, störende Haut- und Gewebeüberschüsse zu entfernen und damit den Armen wieder ein jugendlicheres Aussehen zu verleihen. Dabei ist die Kombination aus Hautstraffung und Fettabsaugung eine viel versprechende Methode zur Wiederherstellung eines harmonischen Gesamterscheinungsbildes.



Diagnose und Indikation

Mit dem Alter oder nach erheblicher Gewichtsabnahme verliert die Haut an Elastizität und das Gewebe an Festigkeit. Gerade an den Armen wird die Haut mit dem Alter schlaff. Viele empfinden dies als unattraktiv. Auch mangelnde Bewegung und das Erschlaffen der hinteren Armmuskulatur können zu hängendem Gewebe führen, das im gestreckten Armzustand sichtbar wird.

Die ästhetisch-plastische Chirurgie bietet den Betroffenen die Möglichkeit einer operativen Oberarmstraffung, um die störenden Hauttaschen effektiv zu behandeln. Das Ziel einer Oberarmstraffung ist es, überschüssiges Haut- und darunter liegendes Fettgewebe zu entfernen und die Oberarme damit wieder in die gewünschte Form zu bringen. Befindet sich sehr viel Fettgewebe im Oberarm, so kann die Straffung auch mit einer Fettabsaugung kombiniert werden.

Eine Straffungsoperation ist jedoch kein Ersatz für diätische Maßnahmen und sollte erst vorgenommen werden, wenn sich Diäten und Sport nicht positiv auf die Kontur des Armes auswirken.





Vor der OP

Im Beratungsgespräch besprechen Facharzt und Patient zunächst sowohl die Wünsche als auch etwaige Bedenken oder Fragen ausführlich. Für Patienten kann es ratsam sein, sich bereits im Vorfeld mit dem Eingriff vertraut zu machen und sich Fragen zu notieren, um im Gespräch keine Frage zu vergessen. Ferner sollte sich der Betroffene im Rahmen der Voruntersuchung auch über die Kosten seines gewünschten Eingriffs informieren.

Die DGÄPC-Beratungshilfe zur Oberarmstraffung bietet Ihnen einen guten Überblick über die wichtigsten Punkte, die vor einem solchen Eingriff zwischen Arzt und Patient besprochen werden sollten, von der Diagnose über Vor- und Nachbehandlungen bis hin zu Risiken und Kosten des Eingriffs.

Je nach gewählter OP-Methode, Umfang und Narkoseform fallen unterschiedliche vorbereitende Maßnahmen an. Mit guter Vor- und Nachsorge kann gerade die Oberarmstraffung kosmetisch gute und dauerhafte Ergebnisse erzielen. Vor dieser Behandlung sollte auf blutverdünnende Medikamente (z. B. Aspirin) und Nikotingenuss verzichtet werden. Das Rauchen sollte auch danach vorübergehend möglichst ganz eingestellt werden, um die Wundheilung nicht zu beeinträchtigen.



OP-Methoden

Für die Konturierung der Oberarme bieten sich je nach individuellem Befund zwei Methoden an: Sofern der Elastizitätsverlust der Haut nur gering ist und die übermäßigen Fettdepots gut zu lokalisieren sind, kann das überschüssige Fettgewebe abgesaugt werden. Über einen kleinen Schnitt in der Achselhöhle führt der Facharzt eine Kanüle ein und saugt das Fettgewebe unter örtlicher Betäubung ab. Ausführliche Informationen zu den verschiedenen Methoden der Fettabsaugung (Liposuktion) haben wir für Sie in unserem Patientenratgeber zur Fettabsaugung zusammengestellt.

In Folge der Abnahme des subkutanen Fettgewebes zieht sich die Haut zusammen und der Arm erscheint schlanker. Die Möglichkeiten dieser Behandlung sind jedoch abhängig von Alter und Hautbeschaffenheit des Patienten sowie von der Lage und der Menge des Fettgewebes. Das zu entfernende Fettgewebe darf die Möglichkeiten der Haut, sich zusammenzuziehen, nicht überschreiten. In manchen Fällen, wie beispielsweise nach einer Diät, ist nur wenig Fettgewebe vorhanden.

Wird die überschüssige Haut als störend empfunden, hilft die operative Oberarmstraffung mit Skalpell. Bei der Oberarmstraffung (Brachioplastik) wird nach exakter Anzeichnung an der Innenseite der Oberarme und der Achselhöhle ein entsprechend großer Anteil von Haut und Fettgewebe spindel- oder sichelförmig aus-



geschnitten. Der plastische und ästhetische Chirurg entfernt größere oder kleinere Hauttaschen breitflächig zwischen Achselhöhle und Ellenbogen.

Bei weniger stark ausgeprägter Hauterschaffung ist die Armstraffung auch mit einem halbmondförmigen Schnitt in der Achselhöhle möglich. Anschließend werden in den tiefen Gewebsschichten Nähte gelegt, die den Hautlappen fest verankern. Vor dem Vernähen der Wunde legt der behandelnde Arzt eine Saugdrainage, um anfallendes Blut und Wundflüssigkeit abzuleiten. Nach etwa zwei bis drei Tagen wird die Drainage wieder entfernt und ein Kompressionsverband angelegt.



Narkose, OP-Dauer und stationärer Aufenthalt

Die Fettabsaugung (Liposuktion) an den Armen erfolgt unter örtlicher Betäubung und dauert etwa eine Stunde. Ein stationärer Aufenthalt ist in der Regel nicht erforderlich, hängt aber von den individuellen Voraussetzungen des Patienten ab. Die Oberarmstraffung (Brachioplastik) erfolgt in der Regel unter Vollnarkose. Die Behandlungsdauer beträgt circa anderthalb bis zwei Stunden, je nach angewandter Methode und Größe der betroffenen Körperpartien. Die Straffungsoperation kann ambulant oder stationär erfolgen, wobei die stationäre Behandlung empfehlenswert ist, da die Bewegung der Arme nach dem Eingriff stark eingeschränkt ist. Der Klinikaufenthalt beläuft sich dann auf zwei bis drei Tage.



Erholungsphase und Nachbehandlung

Nach ungefähr drei Wochen werden die Fäden gezogen. Nach beiden Operationen bekommt der Patient Kompressionsmanschetten, die nach einer Fettabsaugung konsequent vier bis sechs Wochen, nach einer Hautstraffung bis zu acht Wochen, Tag und Nacht getragen werden sollten. Der feste Verband vermindert Schwellungen und Schmerzen der Oberarme und begünstigt die Heilung nach der Entfernung von überschüssigem Haut- beziehungsweise Fettgewebe.

Die bei der Oberarmstraffung entstehende lange Narbe verläuft an der inneren hinteren Seite des Oberarms. Bei leichter Garderobe ist die Narbe zwar zu sehen, etwa ein Jahr nach dem Straffen der Oberarme ist sie aber so weit verblasst, dass sie nicht mehr auffällt. Berufliche Tätigkeit kann in Abhängigkeit von Art und Intensität nach etwa zwei Wochen wieder aufgenommen werden. Auf Sport sollte für sechs Wochen verzichtet werden.

Da die Haut und das Gewebe durch den operativen Eingriff gestrafft, aber in der Qualität nicht verändert werden kann, ist nicht auszuschließen, dass es im Laufe der Zeit wieder zu einer Oberarmerschaffung kommt. Eine erneute Oberarmstraffung ist dann möglich.



Überblick Oberarmstraffung

- Voraussetzung: gute psychische und körperliche Verfassung sowie eine realistische Erwartungshaltung
- Narkose: Vollnarkose oder örtliche Betäubung
- OP-Dauer: 1 Stunde
- Klinikaufenthalt: 1 - 2 Tage
- Heimreise: nicht selbst PKW fahren, Begleitperson mitbringen
- Nachkontrolle: 12 - 14 Tage sollte der Hausarzt die Wundheilung kontrollieren.
- Fädenziehen: selbstauflösende Fäden
- Druckverband: sollte 4 Wochen getragen werden
- Wundheilung: Rauchen und Alkoholkonsum 2 - 3 Wochen vor der Armstraffung deutlich reduzieren
- Narbenbildung: Narben verblassen nach 6 - 8 Monaten. Siehe auch: Narbenbehandlung
- Arbeitsfähig: Nach 2 - 3 Wochen, aber körperlich anstrengende Arbeit mehrere Wochen meiden
- Sport: frühestens nach 3 - 4 Wochen
- Sonnenbad: Solarium, Sonnenbad und Sauna nach 12 Wochen wieder möglich
- OP-Ergebnis: nach etwa 6 Monaten

Mit zunehmendem Alter verliert die Gesichtshaut an Elastizität und Spannkraft. Falten bilden sich und einzelne Gesichtsregionen wie Wangen oder Hals sinken ab und beginnen zu hängen, das Gesicht wirkt müde und erschlafft, am Hals bilden sich Falten und Stränge.

Mit Hilfe eines Facelifts entfernt der plastische und ästhetische Chirurg überschüssige Haut, strafft die Gewebsschichten und gibt dem Gesicht sein jüngeres und frischeres Aussehen zurück. Ziel der Operation ist es, das Gesicht zu verjüngen, ohne dass es an Ausdruck und Mimik verliert.



Diagnose und Indikation

Bereits ab dem zwanzigsten Lebensjahr beginnt die Gesichtshaut zu altern. Erschlaffte Hautpartien und insbesondere Falten sind die Folge. Dabei gibt es zwei Kategorien von Falten: Mimische Falten wie etwa kleine Lachfältchen um die Augen entstehen durch immer wiederkehrende Bewegungen in der Gesichtsmuskulatur. So genannte orthostatische Falten hingegen sind auf die Schwerkraft zurückzuführen. Das unter der Haut liegende Gewebe sinkt ab und zieht den Haut-





mantel mit sich. Wenn die Gesichtshaut altert, spielen Gene und Lebensgewohnheiten eine ebenso wichtige Rolle wie äußere Einflüsse: übermäßige Sonneneinstrahlung, Stress, Diäten, Nikotin- und Alkoholmissbrauch sowie ein schwaches Bindegewebe oder zu dünne Haut begünstigen die Gesichtsalterung und lassen das Gesicht schneller erschlaffen.

Viele Patienten, die zu solchen ungünstigen Faktoren neigen, fühlen sich oft innerlich jünger als sie tatsächlich aussehen. Um das Gleichgewicht wiederherzustellen, kann ein Facelift sinnvoll sein. Oft fällt die Wahl auf ein Facelift, wenn einige oder alle der folgenden Merkmale zutreffen:

- Die Gesichtshaut ist insgesamt stark erschlafft und faltig.
- Die Wangen haben sich zu so genannten „Hängebäckchen“ gesenkt und die Wangenknochen werden sichtbar.
- Hals und untere Kinnpartie weisen überschüssiges Fettgewebe auf.
- Die Haut am Hals ist schlaff, die Muskelstränge treten senkrecht hervor.
- Die Haut um die Augen ist erschlafft und hängt, die Augenbrauen haben sich gesenkt, Ober- und Unterlider weisen Fettansammlungen auf.
- Die Haut im Mundbereich ist erschlafft und bildet tiefe Falten.

Generell kommt ein klassisches Facelift bis auf wenige Ausnahmen erst ab dem 50. Lebensjahr in Frage.



Vor der OP

Bei einem Facelift handelt es sich um einen komplizierten Eingriff, den lediglich erfahrene und geschulte Operateure durchführen können. Vor dem Eingriff stehen ein umfassendes Beratungsgespräch sowie eine eingehende Analyse des Gesichtes. So ermittelt der plastische und ästhetische Chirurg für jeden Patienten individuell die richtige Methode und Technik der Gesichtsstraffung und setzt die Weichen für einen optimalen Operationsverlauf. Dabei gibt es bei der Gesichtsanalyse drei „Etagen“, die erschlaffen und geliftet werden können: Stirn, Wangen und Hals. Dem Befund entsprechend entscheidet der plastische und ästhetische Chirurg über Methode und Schnitttechnik.

Abgesunkene Wangen („Hamsterbäckchen“) und ein erschlaffter Mundbereich lassen sich mit Hilfe eines Facelifts beheben. Jedoch bei abgesunkenen Augenbrauen und starken Falten an der Stirn oder im Augenbereich („Krähenfüße“) kombiniert der Plastische Chirurg das Facelift mit einem Stirnlift. Dabei bleibt der natürliche Haaransatz im Stirn- und Schläfenbereich erhalten.

Bei starker Fettansammlung im Halsbereich („Doppelkinn“) oder erschlaffter Halspartie („Truthahnhals“) kommt zusätzlich das Hals-Lifting zum Einsatz. Im Vorfeld der Operation klärt der Facharzt während des Beratungsgesprächs alle Einzelheiten der verschiedenen Eingriffe und Techniken, gibt Aufschluss über mögli-



che Komplikationen und Risiken und die notwendigen Vorbereitungen, die Patienten treffen müssen. Auch die Wahl der Narkose wird hier eingehend besprochen. Patienten sollten sich zur Vorbereitung auf das Beratungsgespräch Fragen und Wünsche notieren und diese intensiv mit dem plastischen und ästhetischen Chirurgen durchsprechen.

Um die Sauerstoffversorgung der Haut zu verbessern und somit die Wundheilung zu beschleunigen, sollten Patienten zwei Wochen vor der Operation auf Nikotin verzichten. Auch Schmerzmittel wie zum Beispiel Aspirin, Rheumamittel, fiebersenkende Medikamente und auch hochdosiertes Vitamin E sollten in diesem Zeitraum vor der Operation nicht eingenommen werden, da sie die Blutgerinnung verzögern. Es ist allerdings nicht notwendig, vor der Operation die Haare an der Schnittstelle zu rasieren.



OP-Methoden

Im Bereich der Gesichtsstraffung sorgen zahlreiche Methoden und Techniken sowie unterschiedliche Begrifflichkeiten für ähnliche oder gleiche Methoden oftmals für Verwirrung.

Um einen strukturierten Überblick zu bieten, stellen wir Ihnen die gängigen Lifting-Methoden nach ihren verschiedenen Unterscheidungsmerkmalen vor:

Unterscheidung nach Gesichtsbereichen

Grundsätzlich unterscheidet der plastische und ästhetische Chirurg bei den Methoden zur Gesichtsstraffung zwischen den drei Problemzonen des Gesichtsbereichs Stirn, Wangen und Hals. Je nach zu behandelndem Bereich wendet der Facharzt ein Face-, Hals-, Brauen-, Stirn- oder Schläfenlift an.

Facelift: Gesichtsverjüngung

Mit einem Facelift kann der plastische und ästhetische Chirurg sowohl Augen-, Wangen- als auch Mund- und Halspartie straffen. Abhängig von dem zu straffenden Bereich unterscheidet der plastische und ästhetische Chirurg zwischen oberem und unterem Facelift:

Das obere Facelift betrifft Stirn und Schläfenbereich, das untere Wangen und Hals. Wichtigstes Ziel bei einem Facelift ist es, Mimik und Ausdruck des Gesichts zu erhalten und ein natürliches Ergebnis zu erzielen. Meist erscheinen Patienten nach einem Facelift erholt, frisch und sehen mitunter deutlich jünger aus.

Halslift: Straffung der Halspartie

Beim Halslift entfernt der plastische und ästhetische Chirurg überschüssiges Fett unter dem Kinn oder hängende Hautpartien am Hals. Das Halslift erfolgt meist durch einen halbmondförmigen Hautschnitt unter dem Kinn. Starke Falten in der Halspartie entfernt der Facharzt oft, indem er die Halsmuskeln strafft, die für Un-



regelmäßigkeiten in dieser Region verantwortlich sind. Hierbei formt der plastische und ästhetische Chirurg den Halsmuskel seitlich oder in der Mitte um und vernäht ihn dann wieder. Oft gelingt das Halslift schon sehr gut ohne zusätzliche Schnitte im Rahmen eines Gesichtsliftings.

Brauenlift:

Senken sich die Augenbrauen über die Augen, so wirken diese kleiner und das Gesicht insgesamt müde. Bei einem Augenbrauenlift entfernt der plastische und ästhetische Chirurg durch einen halbmondförmigen Schnitt am Rand der oberen Augenbraue einen Hautstreifen und strafft so die Augenpartie.

Stirnlift: Glättung von Stirn- und Augenpartie

Ein Stirnlift hinterlässt meist eine lange Narbe am gesamten oberen Haaransatz oder in den Haaren. Heute führen plastische und ästhetische Chirurgen das Stirnlift häufig auch durch einen endoskopischen Eingriff durch. An der Grenze zwischen Stirn und Haaransatz setzt der Operateur etwa vier bis sechs kleine Schnitte. Oft kann ein Stirnlift ein Augenbrauenlift oder eine Lidkorrektur überflüssig machen, da der Operateur gleichzeitig auch die Augenbrauen nach oben versetzt und dadurch die Augen optisch vergrößert.

Schläfenlift: Anheben der Wangen und Glätten der Augenpartie

Meist eignet sich ein Schläfenlift bei jüngeren Patienten um die 30 dazu, die Wangen optisch hervorzuheben und erste Falten um die Augen („Krähenfüße“) zu beseitigen. Hier strafft der plastische und ästhetische Chirurg Augen- und Wangenpartie durch einen kurzen Schnitt im behaarten Schläfenbereich.

Unterscheidung nach Straffungsebenen: Eine weitere Unterscheidung der Methoden und Techniken zur Gesichtsstraffung liegt in der Tiefe der Hautschichten, auf denen der plastische und ästhetische Chirurg die Straffung vornimmt. Hier unterscheidet der Chirurg zwischen einer reinen Hautstraffung, einem doppelschichtigen Lifting, bei dem der Chirurg die Bindegewebs- und Muskelschicht, die so genannte SMAS-Schicht des Gesichts strafft sowie einem dreischichtigen Lifting, der Straffung der Gesichtsknochenhaut.

SMAS: Anheben der Gesichtszüge (doppelschichtiges Lifting)

Wenn der plastische und ästhetische Chirurg auch das Bindegewebe liftet, spricht er von einem SMAS-Lift. SMAS steht für „superficial musculoaponeurotic system“ – die tiefe Bindegewebsschicht, die tatsächlich, geliftet (angehoben) und nicht gestrafft wird. Das SMAS-Lift gilt als klassisches Facelift. Dabei wird die Wangenhaut abgehoben und die Bindegewebsschicht von der darunterliegenden mimischen Muskulatur getrennt sowie nach oben versetzt. Die Haut fixiert der Operateur mit versenkten Nähten, ohne sie zu spannen. Deep Composite Facelift ist ein anderer Name für diese Technik. Die Schnittführung verläuft in der Regel im Haarbereich und/oder ums Ohr herum.



Beim Midfacelift allerdings wird das abgesunkene Wangengewebe vom Unterlid aus wieder nach oben verlagert und mit inneren Nähten fixiert. Auch nach unten zeigende Mundwinkel und Nasolabialfalten, die gelegentlich tiefen Falten von den Seiten der Nase bis zu den Mundwinkeln, lassen sich mit dieser Technik mildern.

Narkose, OP-Dauer und stationärer Aufenthalt

Bei einem Facelift handelt es sich um einen größeren Eingriff, der meist im Dämmerschlaf mit Lokalanästhesie oder in Vollnarkose durchgeführt wird. Die Narkoseart variiert je nach Größe des Eingriffs und Wünschen des Patienten. Während Patienten bei Vollnarkose regungslos liegen und beatmet werden, hat die Dämmerschlafnarkose den Vorteil, dass Patienten selbständig atmen können und Mimik und Muskelaktivität im Gesicht erhalten bleiben.

Je nach Art und Umfang des Eingriffs beträgt die Operationszeit zwischen zwei und fünf Stunden. Die Operation kann stationär oder ambulant erfolgen. Bei Eingriffen unter Vollnarkose verbleiben Patienten aus Sicherheitsgründen für mindestens einen Tag in der Klinik – je nach Schweregrad bis zu acht Tage. Bei der ambulanten Behandlung kommt der Patient für weitere fünf bis sieben Tage zur Nachbehandlung in die Praxis.



Erholungsphase und Nachbehandlung

Nach der Operation tragen Patienten für etwa ein bis zwei Tage einen weichen Kopfverband und kleine Drainagen an der Schnittstelle, um die in der Wunde entstehende Gewebsflüssigkeit abzuleiten. In diesen Tagen fühlt sich das Gesicht geschwollen an und spannt. Auch Schwellungen und blaue Flecken vor allem im Wangenbereich sind ebenso normal wie ein Taubheitsgefühl auf der Haut. Dieses entsteht durch die starke Spannung der Haut und lässt nach etwa ein bis zwei Wochen nach.

Um den Heilungsverlauf zu beschleunigen und Nachblutungen zu verhindern, sollten Patienten während der ersten zwei Tage den Kopf ruhig halten. Ein erhöhtes Kopfteil beim Schlafen verbessert den Heilungsverlauf und hilft, Schwellungen und Blutergüsse schneller zu minimieren.

Nach fünf bis zehn Tagen entfernt der plastische und ästhetische Chirurg die Fäden. Patienten können dann ihre Haare wieder wie gewohnt waschen. Nach zwei bis drei Wochen sollten Schwellungen und blaue Flecken verschwunden sein; dann sind Sie wieder gesellschaftsfähig.

Generell gilt: Patienten sollten sich einige Tage nach der Operation schonen, auf Alkohol, Nikotin und blutverdünnende Medikamente wie Aspirin verzichten. Auch sollten körperliche Anstrengungen wie schweres Heben in den ersten Wochen vermieden werden. Sport ist nach etwa zwei bis drei Wochen möglich. Bis etwa drei Monate nach der Operation sollten Patienten auf stärkere Sonneneinstrahlung verzichten.



Überblick Facelifting

- Voraussetzung: realistische Erwartungshaltung
- Midfacelift, SMAS-Methode: Entfernen der überschüssigen Haut und Straffung der darunter liegenden Muskeln und Gewebe (ab etwa 45 Jahren)
- MACS-Lift, SMAS-Methode: doppelschichtiges Facelift mit minimalen Narben, gut geeignet für jüngere Patienten mit weniger Hautüberschuss
- Narkose: Vollnarkose oder Dämmerschlaf
- Narbenbildung: kaum sichtbare Narben durch geschickte Schnittführung, 2 - 3 Wochen vor und nach OP Alkoholkonsum und Rauchen deutlich reduzieren. Siehe auch: Narbenbehandlung
- Sport: etwa 4 Wochen meiden
- Sonne/Solarium: 3 Monate meiden
- Gesellschaftsfähig: nach etwa 2 Wochen, Make-up kann nach dem Fädenziehen wieder aufgelegt werden

Die Augen verraten viel über das Wohlbefinden einer Person. Da die Haut an den Augenlidern eine dünne Struktur aufweist, machen sich erste Anzeichen von Alterung hier besonders früh bemerkbar. Eine Lidkorrektur hat eine verjüngende und erfrischende Wirkung auf die Gesamtausstrahlung des Gesichts, ohne dabei das Grunderscheinungsbild des Patienten zu verändern.



Diagnose und Indikation

An den Augen lassen sich Gefühle wie Freude oder Trauer förmlich ablesen. Faltige oder hängende Augenlider wirken müde und vermitteln den Eindruck von Abgespanntheit, auch wenn dies nicht dem tatsächlichen Befinden entspricht. Patienten mit Schlupflidern, Tränensäcken oder faltiger Augenpartie klagen daher häufig darüber, einen unglücklichen und lustlosen Eindruck zu hinterlassen.

Da die Haut an den Augenlidern eine dünne Struktur aufweist, machen sich erste Anzeichen von Alterung hier besonders früh bemerkbar: Das Gewebe an Ober- und Unterlid erschlafft, Fältchen entstehen und das Augenhöhlenfettgewebe drängt nach vorn. Bei Menschen mit Veranlagung entstehen die so genannten Schlupfli-





der, Tränensäcke oder auch Krähenfüße. Eine Lidkorrektur hat eine verjüngende und erfrischende Wirkung auf die Gesamtausstrahlung des Gesichts, ohne dabei das Grunderscheinungsbild des Patienten zu verändern. Je nach Befund und individueller Problematik des Patienten kann die Operation dabei an zwei Stellen ansetzen:

Straffung des Oberlids: Mit der Oberlidstraffung korrigiert der plastische und ästhetische Chirurg hängende Oberlider – die so genannten Schlupflider. Er entfernt überschüssige Haut, darunterliegende Muskelstreifen sowie Fettgewebe mit einem keilförmigen Schnitt entlang der oberen Lidfalte.

Straffung des Unterlids: Weisen die Unterlider einen Hautüberschuss auf, kann es unter den Lidern zu einer Ansammlung des Fettgewebes, den so genannten Tränensäcken kommen. Hier entfernt der plastische und ästhetische Chirurg überschüssige Haut sowie Muskelfasern und Fettgewebe mit einem keilförmigen Schnitt entlang des unteren Lidrands. Bei jüngeren Patienten, die Tränensäcke ohne Hautüberschuss aufweisen, kann der plastische und ästhetische Chirurg die Fettschicht ohne äußere Narbe von der Innenseite des Unterlids her entfernen.



Vor der OP

Lidplastiken zählen zu den risikoarmen Eingriffen. Dennoch können wie bei jeder Operation Komplikationen auftreten, über die sich Patienten im Vorfeld eingehend informieren sollten. Vor dem Eingriff stehen ein umfassendes Beratungsgespräch sowie eine gründliche Voruntersuchung der Augen und des Gesichts. So ermittelt der plastische und ästhetische Chirurg für jeden Patienten individuell die richtige Methode und Technik der Lidstraffung und schließt Erkrankungen der Augen aus. Außerdem untersucht er, ob die von dem Patienten/der Patientin beklagten Beschwerden tatsächlich auf ein Problem der Lider zurückzuführen sind.

Patienten, die unter neurologischen Erkrankungen leiden oder in augenärztlicher Behandlung sind, sollten dies mit dem behandelnden Facharzt absprechen. Hier ist eine vorherige Untersuchung beim Augenarzt angezeigt. Zur Vorbereitung auf das Beratungsgespräch sollten sich Patienten bereits im Vorfeld Fragen und Wünsche notieren und diese intensiv mit dem plastischen und ästhetischen Chirurgen durchsprechen.

Je nach Befund kann die Korrektur von Ober- und Unterlid getrennt voneinander erfolgen oder an allen Lidern gleichzeitig. Liegt eine reine Erschlaffung der Haut vor, entfernt der plastische und ästhetische Chirurg lediglich einen schmalen, keilförmigen Hautstreifen. Bei Schwellungen ist es erforderlich, zusätzlich



Muskel- und Fettgewebe zu entfernen. Um die Sauerstoffversorgung der Haut zu verbessern und somit die Wundheilung zu beschleunigen, sollten Patienten zwei Wochen vor der Operation auf Nikotin verzichten. Auch Schmerzmittel wie zum Beispiel Aspirin, Rheumamittel, fiebersenkende Medikamente und auch hoch dosiertes Vitamin E sollten in diesem Zeitraum vor der Operation nicht eingenommen werden, da sie die Blutgerinnung verzögern. Am Tag der Operation sollten Patienten auf abdeckende Kosmetika und Cremes verzichten. Auch Garderobe, die über den Kopf gezogen werden muss, ist nicht zu empfehlen.



OP-Methoden

Augenlidplastiken haben in der ästhetisch-plastischen Chirurgie eine lange Tradition und zählen zu den am häufigsten durchgeführten Eingriffen. Plastische und ästhetische Chirurgen haben Methoden und Techniken des Eingriffs immer weiter optimiert und verfeinert.

Auch wenn es sich bei der Augenlidplastik um einen relativ kurzen und unkomplizierten operativen Eingriff handelt, benötigt er eine lange operative Erfahrung und exaktes Vorgehen des Facharztes, um schöne und natürliche Resultate zu erzielen. Insbesondere die Unterlidstraffung erfordert millimetergenaues Vorgehen.

Die Techniken der Lidplastik variieren je nach Lidart und ärztlichem Befund.

Oberlidstraffung

Die Oberlidstraffung kann je nach Indikation mit oder ohne Fettgewebsreduktion erfolgen. Der Wundverschluss erfolgt in der Haut. Dabei platziert der plastische und ästhetische Chirurg die Narbe in die natürliche Lidfalte und versenkt die Naht in der Haut (intrakutan), sodass sie später fast nicht mehr zu erkennen ist.

Bei Schlupflidern ohne Fettansammlung: Nach exakter Messung des Hautüberschusses bestimmt der plastische und ästhetische Chirurg im Vorfeld der Operation die Schnittführung und zeichnet diese auf das Oberlid auf. Um blutarm operieren zu können, injiziert der Facharzt ein blutungshemmendes Mittel. Entlang der Umschlagfalte des Lids entfernt er dann mit einem halbmondförmigen Schnitt den Hautüberschuss und strafft so das Oberlid. Um ein natürliches und dauerhaftes Ergebnis zu erzielen, ist es in den meisten Fällen erforderlich, zusätzlich einen Muskel- und Bindegewebsstreifen oder auch Fettgewebe zu entfernen.

Bei bestehender Fettansammlung: Bei der Oberlidstraffung mit zusätzlicher Fettgewebsreduktion öffnet der plastische und ästhetische Chirurg die hauchdünne Membran (Septum orbitale), die den Augapfel im Innern der Augenhöhle von dem Fettgewebe trennt, hebt die überschießenden Fetttropfen an und trennt diese mit einem elektrischen Messer oder einem Laserskalpell vorsichtig ab.



Unterlidstraffung

Die Unterlidstraffung kann je nach Befund durch einen Lidrandschnitt oder von der Bindehauthaut auskorrigiert werden. Der Wundabschluss erfolgt auch hier per Intrakutannaht in einer natürlichen Lidfalte.

Bei bestehendem Hautüberschuss: Hier verläuft die Straffung des Unterlids ähnlich der Oberlidstraffung. Der plastische und ästhetische Chirurg entfernt mit einem bajonettförmigen Schnitt entlang des unteren Lidrands die überschüssige Haut sowie einen Muskel- und Bindegewebsstreifen und strafft so das Lid.

Bei Tränensäcken ohne Hautüberschuss (transkonjunktivale Blepharoplastik): Häufig kommt es vor allem bei jüngeren Patienten zu Fettansammlungen (so genannten Tränensäcken) im Bereich des unteren Lides, ohne dass ein Hautüberschuss besteht. Diese vorstehenden Fettpolster entfernt der plastische und ästhetische Chirurg ohne äußere Narbe durch einen Schnitt in der Bindehauttasche.



Narkose, OP-Dauer und stationärer Aufenthalt

Die Lidplastik zählt zu den unkomplizierten Eingriffen und erfolgt in der Regel ambulant bei örtlicher Betäubung. Bei einem Eingriff in örtlicher Betäubung kann zusätzlich zur Beruhigung ein so genannter Dämerschlaf verabreicht werden. Sehr aufgeregte Patienten/Patientinnen entscheiden sich zuweilen auch für

eine Narkose. Die Operation dauert etwa 30 Minuten je Lid. Nach etwa zwei Stunden Ruhezeit können die Patienten nach Hause.



Erholungsphase und Nachbehandlung

Direkt nach der Operation sollten Patienten mit leicht erhobenem Oberkörper für etwa ein bis zwei Stunden unter ärztlicher Aufsicht ruhen, um mögliche Komplikationen auszuschließen und eventuell direkt zu behandeln. Wenn die Betäubung nachlässt, können leichte Schmerzen an den Lidern auftreten.

Die Lider sollten mit feuchten Kompressen, Kältepaden oder gelgefüllten Brillen regelmäßig bis zu zwei Tagen gekühlt werden, damit die Schwellungen und bläulichen Verfärbungen schnell abklingen können. Diese sind meist nach etwa zwei Wochen verschwunden.

Eine dunkle Brille in den ersten Tagen nach der Operation ist empfehlenswert. Etwa eine Woche nach der Operation können die Fäden entfernt werden. Patienten sind nach zwei Wochen wieder gesellschaftsfähig. Die Narbenausläufe, die zunächst noch rötlich hervortreten, sind meist nach etwa drei bis vier Monaten nicht mehr sichtbar.



In den ersten Tagen nach einer Lidplastik sollten Patienten mit erhobenem Kopfteil auf dem Rücken schlafen. Auf Cremes, Make-Up und auch Kontaktlinsen sollte für bis zu zehn Tage nach der OP verzichtet werden. Gegebenenfalls sind die Augäpfel gereizt, so dass die Augen tränen; befragen Sie bitte dazu Ihren behandelnden Arzt.

Patienten sollten bis etwa zwei Wochen nach der Lidkorrektur körperliche Anstrengung und jegliche Blutdrucksteigerung zum Beispiel durch Pressen oder Bücken vermeiden.

Sport (insbesondere schweißtreibender) und Saunagänge sind etwa drei bis vier Wochen nach der Operation wieder möglich. Auf starke Sonneneinstrahlung sollten Patienten jedoch bis zu drei Monate nach der OP verzichten.

Überblick Lidkorrektur

- OP-Ziel: frischerer Gesichtsausdruck verjüngt das Gesicht
- OP-Gebiet: Schlupflider und Tränensäcke
- Narkose: Lokalanästhesie (Ober- und Unterlider evtl. in Vollnarkose)
- Klinikaufenthalt: ambulant
- OP-Dauer: 1 - 2 Stunden
- Narkose: Lokalanästhesie
- Nach OP: 4 - 5 Tage Kühlung und Sonnenbrille
- Fädenziehen: 7 - 8 Tage nach OP beim Hausarzt, danach kann wieder Make-up aufgelegt werden
- Geringes Komplikationsrisiko durch fortschrittliche Technik
- Gesellschaftsfähig: 1 - 2 Wochen nach dem Eingriff
- OP-Ergebnis: nach 2 - 3 Monaten
- Narbenbildung: Nach etwa 6 Monaten kaum oder nicht mehr sichtbar. Die Narbe liegt in der Falte des Oberlides oder unter den Wimpern des Unterlides.





Nicht jeder ist mit seiner Nase zufrieden: sehr prominent sitzt das Organ in der Gesichtsmitte und variiert von Mensch zu Mensch stark in Größe und Form. Aus diesem Grund liegen Nasenkorrekturen nach wie vor bei plastisch-chirurgischen Eingriffen vorne. Für die Korrektur der verschiedenen Ausprägungen des Riechorgans stehen unterschiedliche chirurgische Methoden zur Verfügung.



Diagnose und Indikation

Auch wenn es keine einheitliche Formel für die perfekte Nase gibt und diese stets von Proportionen und den individuellen Beschaffenheiten des Gesichts abhängt, gilt eine Nase als harmonisch, wenn sie das Gesicht in zwei gleiche Hälften teilt und in einem Winkel von circa 35 Grad zur Stirn verläuft. Der Winkel zwischen Nasensteg und Oberlippe beträgt bei Frauen idealerweise circa 105, bei Männern circa 95 Grad. Je nach Größe und Form des Gesichts ist eine Nasenlänge zwischen 4,8 und 5,8 Zentimetern optimal.

Indikationen:

Es gibt vielfältige Fehlstellungen der Nase, die einzeln oder in Kombination auftreten

können. Ästhetisch-plastische Chirurgen unterscheiden dabei unter anderem folgende häufige Auffälligkeiten und Indikationen für eine Nasenkorrektur:

- Höckernase: Der Nasenrücken bildet keine gerade Linie und verläuft uneben.
- Sattelnase: Die Nase zeigt Einsenkungen im mittleren Drittel des Nasenrückens, so dass die Form eines Sattels entsteht. Die Nasenspitze steht hoch über dem Nasenrücken.
- Breitnase: Die Nase erscheint proportional zu breit für das Gesicht.
- Schiefnase: Nasenrücken oder Scheidewände sind asymmetrisch. Die Nase verläuft seitlich verschoben oder schief.
- Knollennase (Rhinophym): Stadienartig verlaufende Entzündung der Nasenhaut, die als knollige Wucherung auf der Nase in Erscheinung tritt.
- Plumpe Nasenspitze (Cherry-Tip-Deformity): Die Nasenspitze ist verdickt und hat die Form einer Kirsche.
- Ballonnase: Die Nasenflügel sind besonders ausgeprägt und gebläht.

Nasenkorrekturen eignen sich nicht für Mädchen unter 18 und Jungen unter 20 Jahren, da das Wachstum der Nase erst dann relativ abgeschlossen ist.





Vor der OP

Nasenkorrekturen zählen zu den häufigsten und gleichzeitig schwierigsten Operationen in der ästhetisch-plastischen Chirurgie. Da die Nase eine komplizierte Anatomie mit vielen verschiedenen Gewebestrukturen wie Knochen, Knorpeln, Bändern, Muskeln, Haut, Schleimhaut und Bindegewebe aufweist, stellt sie hohe Anforderungen an den Operateur. Lediglich erfahrene und spezialisierte Fachärzte sollten diesen Eingriff durchführen. Die Risiken der Operation bleiben jedoch in Anbetracht der schwierigen Technik der Operation eher gering.

Untersuchung und Beratungsgespräch

Vor der Operation stehen ein umfassendes Beratungsgespräch sowie eine gründliche Voruntersuchung der Nase und des Gesichts. So ermittelt der plastische und ästhetische Chirurg für jeden Patienten individuell die richtige Methode und Technik der Nasenkorrektur und schließt funktionelle Beeinträchtigungen der Nase aus.

Da es sich bei der Korrektur der Nase sowohl um einen ästhetisch als auch um einen medizinisch indizierten Eingriff handeln kann, sollten die nasalen Atemwegsfunktionen überprüft sowie ein Riechtest und eine Röntgen-Untersuchung der Nasennebenhöhlen in Betracht gezogen werden. Bei Infektion der Atemwege

oder Nebenhöhlen sollte nicht operiert werden. Zur Vorbereitung auf das Beratungsgespräch sollten sich Patienten bereits im Vorfeld Fragen und Wünsche notieren und diese intensiv mit dem plastischen und ästhetischen Chirurgen durchsprechen dazu.

Mögliche Techniken

Je nach Befund kann durch die Nasenlöcher oder als so genannte offene Nasenplastik mit einem Schnitt im Nasensteg erfolgen. Letzteres ist zum Beispiel bei mehrfach voroperierten Nasen von Vorteil. Für einige wenige Operationen ist auch die Korrektur durch die Mundhöhle möglich. Muss der plastische und ästhetische Chirurg das Gewebe der Nase wie zum Beispiel bei der Sattelnase aufbauen, so verwendet er meist körpereigene Knorpel oder Knochen. Diese werden im Vorfeld an anderer Stelle wie zum Beispiel dem Ohr entnommen. Auch künstliche Stoffe stehen als Füllstoffe zur Verfügung.

Um die Durchblutung und somit die Sauerstoffversorgung der Haut zu verbessern und damit die Wundheilung zu beschleunigen, sollten Patienten zwei Monate vor der Operation auf Nikotin verzichten. Auch Schmerzmittel wie zum Beispiel Aspirin, Rheumamittel, fiebersenkende Medikamente und auch hoch dosiertes Vitamin E sollten in diesem Zeitraum vor der Operation nicht eingenommen werden, da sie die Blutgerinnung verzögern. Patienten, die auf Sehhilfen angewiesen sind, sollten sich vor dem Eingriff unbedingt



mit Kontaktlinsen versorgen, denn das Tragen von Brillen ist bis mindestens zwei Wochen nach der Operation nicht möglich.



OP-Methoden

Die Nase kann in Form, Höhe, Breite und Länge korrigiert werden. Dabei variieren die Operationstechniken je nach ärztlichem Befund und individueller Beschaffenheit der Nase. Generell kann der plastische und ästhetische Chirurg in den meisten Fällen narbenlos durch kleine Einschnitte in der Nasenschleimhaut operieren (geschlossene oder endonasale Rhinoplastik). Komplizierte Korrekturen mehrfach voroperierter Nasen, eine Verkleinerung der Nasenflügel oder Verkürzung der Nasenspitze erfordern eine Schnittführung von außen (offene oder exonasale Rhinoplastik). Solche Nasenoperationen hinterlassen nicht oder kaum sichtbare Narben am Nasensteg oder an anderen Stellen.

Offene Nasentechniken setzen sich immer mehr durch, denn sie ermöglichen dem plastischen und ästhetischen Chirurgen eine bessere Sicht auf Knochen und Knorpel und führen so zu präziseren Korrekturen.

Korrektur des Nasenskeletts

Häufiger Grund für eine Korrektur ist die Höckernase. Hier trägt der Chirurg durch einen Zugang im Naseninneren den Höcker mit Hammer und Meißel, Säge oder Feile ab. Die Schnitte setzt der Operateur mit einem

Skalpell im Nasenvorhof am inneren Nasensteg, um so die Haut vom Nasengerüst anzuheben und den Höcker für die Modellierung freizulegen. Auch eine Verschmälerung der Nase erfolgt auf diese Weise.

Bei der Sattelnase korrigiert der plastische und ästhetische Chirurg die Einsenkung im Verlauf des Nasenrückens, indem er den Substanzdefekt mit körpereigenem Gewebe, zum Beispiel Knorpelmaterial aus dem Ohr, ausgleicht. Füllstoffe wie etwa Silikon werden vom Körper oftmals abgestoßen und sind daher nicht das Material der Wahl.

Den Eingriff führt der plastische und ästhetische Chirurg vom Naseninneren aus durch, so dass keine äußerlich sichtbaren Narben zurückbleiben. Anschließend wird gegebenenfalls die Nasenscheidewand verkürzt und die Nasenflügelknorpel verschmälert. Teilweise medizinisch indiziert ist die Korrektur der Schiefnase, bei der Nasenrücken oder Scheidewände asymmetrisch verlaufen. Dabei zerlegt der plastische und ästhetische Chirurg von innen Knochen und Knorpel, um sie dann in symmetrischer Position wieder zusammenzusetzen.

Korrektur der Nasenspitze und -flügel

Generell sind bei Korrekturen von knorpeligen Deformationen bessere Ergebnisse zu erwarten, als bei denen des weichen Gewebes. Für die Operation von Ballon- und Knollennasen sowie der plumpen Nasenspitze



(Cherry-Tip-Deformity) legt der plastische und ästhetische Chirurg gewöhnlich Schnitte in die Nasenvorhöfe, die später nicht mehr sichtbar sein werden. Dabei wird das Skelett der Nasenspitze harmonisiert. Nur in ganz seltenen Fällen, zum Beispiel beim Rhinophym, werden die Weichteile der Nasenspitze modelliert.



Narkose, OP-Dauer und stationärer Aufenthalt

Nasennekturen werden meist in Vollnarkose durchgeführt, bei kleineren Eingriffen auch unter örtlicher Betäubung oder im Dämmer Schlaf. Die Operation dauert je nach Operationsmethode und –grund etwa 60 bis 120 Minuten. Ein stationärer Aufenthalt von ein bis zwei Nächten ist bei Eingriffen unter Vollnarkose sinnvoll. Nach einem Eingriff unter Dämmer Schlaf können Patienten auch nach kurzer Überwachungsphase abgeholt werden.



Erholungsphase und Nachbehandlung

Nach der Operation sollten Patienten sich sehr schonen, da üblicherweise starke Schwellungen im Gesicht zu erwarten sind. Zur Stabilisierung wird die Nase für etwa fünf bis vierzehn Tage durch einen Gips oder Pflasterstreifen in ihrer neuen Form fixiert. Leichte Sickerblutungen werden von Tamponaden aufgefangen, die nach ein bis fünf Tagen entfernt werden.

Patienten können in den ersten Tagen nach der Operation nur auf dem Rücken und mit erhöhtem Kopfteil schlafen und sie sollten ihre gewohnten Tätigkeiten stark einschränken. In den ersten fünf Tagen ist nur flüssige oder weiche Nahrung erlaubt.

Mindestens zwei, besser drei Wochen Urlaub sollten Patienten für die Erholungsphase einplanen. In dieser Zeit werden sie durch Schwellungen und Ergüsse leicht entstellt sein, geringfügige Schwellungen an der Nasenspitze können auch noch die nächsten Monate anhalten.

Trotz des komplizierten Eingriffs ist die Heilungszeit nicht oder kaum schmerzhaft. Bei Schmerzen sollten Patienten sofort ihren behandelnden Arzt aufsuchen. Sechs bis acht Wochen lang reagiert die Nase noch sehr empfindlich auf Druck und Kälte. Aktivitäten wie Sport oder Sauna sind zu vermeiden, beim Nasenschnäuzen, Zähneputzen und bei der Gesichtsreinigung ist äußerste Vorsicht geboten. Brillen sollten bis zu sechs Wochen nicht getragen und wenn nötig durch Kontaktlinsen ersetzt werden.

In den folgenden Monaten passt sich das Gewebe immer besser der Harmonisierung an, so dass nach etwa einem Jahr das endgültige, bleibende Ergebnis der Nasennektur sichtbar ist.



Überblick Nasenkorrektur

- vor OP und Planung: aussagekräftige Fotos einreichen
- Voraussetzung: realistische Erwartungshaltung
- Krankenhausaufenthalt: 1 Nacht bei Veränderung der Knochenstruktur
- ambulant: bei Veränderung des Knorpelgewebes
- in Lokalanästhesie: Weiche Veränderungen/Knorpel
- in Vollnarkose: Veränderung der Knochenstruktur
- Sport: ab der dritten Woche wieder möglich, gefährliche Sportarten frühestens nach 6 Wochen
- Entfernen der Tamponade: nach 1 - 2 Tagen
- Gipsschiene: muss ca. 2 Wochen nach der Nasen-OP getragen werden
- Arbeitsfähig: spätestens nach 14 Tagen
- Kaum Gefahr von Komplikationen bei der Operation
- In der Regel keine sichtbaren Operationsnarben
- Verschiedene Nasendeformitäten können korrigiert werden
- Die Nasenkorrektur ist ab dem 18. Lebensjahr möglich.
- Endergebnis: nach etwa 5 - 6 Monaten

Viele Menschen leiden unter angeborenen abstehenden Ohren, den so genannten „Segelohren“. Die abstehende Form kann beide oder nur eines der Ohren betreffen. Vor allem Kinder sind dadurch Spott und Hänseleien ausgesetzt, aber auch Erwachsene entscheiden sich häufig noch, eine Korrektur vornehmen zu lassen. Wenn Sie über eine operative Korrektur nachdenken, haben wir hier interessante Informationen für Sie.



Diagnose und Indikation

Viele Menschen leiden erblich bedingt unter abstehenden oder asymmetrischen Ohren. Auch als zu groß empfundene Ohren oder solche von unterschiedlicher Größe können für Erwachsene und Kinder ein Problem darstellen. Die so genannten Segelohren (Otapostasis), unter denen jeder 20. Europäer leidet, sind die Folge einer angeborenen Ohrknorpelverformung oder einer asymmetrischen Entwicklung von Knorpel-elementen.

Von abstehenden Ohren sprechen Ärzte, wenn der Winkel zwischen Hinterkopf und Ohrmuschel mehr als 30 Grad beträgt. Das Hörvermögen wird von dieser Fehl-





bildung nicht beeinträchtigt. Jedoch sind die psychischen Folgen, gerade bei Kindern, oft erheblich: Minderwertigkeitsgefühle, Scham, Angst vor Spott und im schlimmsten Fall schwere Persönlichkeitsstörungen können die Auswirkungen sein. Auch Erwachsene mit abstehenden Ohren werden zunehmend vorstellig und wünschen eine operative Korrektur.

Ästhetisch-plastische Chirurgen können durch eine Neuformung und Fixierung des Ohrknorpels die Ohren symmetrisch angelegen oder eine Verkleinerung der Ohren vornehmen. Da das Wachstum des äußeren Ohres ungefähr mit dem fünften Lebensjahr zu 90 Prozent beendet ist, kann ab diesem Zeitpunkt bereits operiert werden. Wachstumsstörungen sind nach operativen Neuformungen kaum noch zu erwarten. Allgemein sollten Eltern darauf achten, Kinder bereits vor der Einschulung operieren zu lassen. So bleiben den Kindern belastende Hänseleien erspart. Natürlich können sich Patienten in jedem Alter für eine Korrektur an ihren ästhetisch-plastischen Chirurgen wenden.



Vor der OP

Vor der OP sollte geklärt werden, ob ein normales Hörvermögen beidseits vorliegt, um im Fall von Komplikationen diese von vorher bestehenden Hörstörungen abzugrenzen. Patienten sollten gezielt gefragt werden, ob sie Brillenträger sind. Dies hat Konsequenzen für den Operateur mit Blick auf die Schnittführung,

der Brillenbügel soll später nicht auf die Narbe drücken. Entzündungen der Gehörgänge und der Haut hinter den Ohren müssen vor der Operation ausgeschlossen werden.

Um die Durchblutung und somit die Sauerstoffversorgung der Haut zu verbessern, und um so die Wundheilung nicht zu gefährden, sollten Patienten zwei Monate vor der Operation auf Nikotin verzichten. Schmerzmittel wie zum Beispiel ASS, Rheumamittel, fiebersenkende Medikamente und auch hoch dosiertes Vitamin E verzögern die Blutgerinnung und sollten in diesem Zeitraum nicht eingenommen werden.

Vor der OP sollten die Haare kurz geschnitten oder zusammengebunden werden, eine vollständige Rasur des OP-Gebietes ist jedoch nicht nötig. Am OP-Tag wird das Haar dann mit desinfizierendem Shampoo gewaschen.



OP-Methoden

Die Ohrenkorrektur wurde erstmals 1845 von Dieffenbach, einem deutschen Chirurgen, beschrieben. Sie stellt heute einen Routineeingriff mit vielen Variationen für ästhetisch-plastische Chirurgen dar. Bei Erwachsenen erfolgt die OP meist unter örtlicher Betäubung. Kinder, vor allem kleine Kinder, sollten eher unter Vollnarkose operiert werden. Durch einen kleinen Schnitt hinter dem Ohr entfernt der Operateur einen Teil des Ohrknorpels oder formt diesen neu.



Die Operation wird in Rückenlage durchgeführt, dabei lagert der Kopf erhöht. Zur Korrektur abstehender Ohren werden, abhängig von der Art der Fehlbildung, drei Techniken und deren Kombinationen angewandt:

Bei der Nahttechnik wird die Rückfläche der Ohrmuschel freigelegt und der Ohrknorpel durch Fadenzug in eine enger am Kopf anliegende Position gebracht. Bei der kombinierten Naht-Schnitt-Technik wird, ebenfalls von der Rückseite des Ohrs aus, die Knorpelstruktur durch Feilen, Schleifen oder Schneiden abgetragen und neu geformt. Die Ritztechnik geht den Knorpel von der Vorderseite an. Durch einseitige oberflächliche Ritzung des Knorpels verändert dieser seine Form, eine spezielle Naht muss nicht zwingend notwendig sein.



Narkose, OP-Dauer und stationärer Aufenthalt

Die Ohrenkorrektur wird bei Erwachsenen und älteren Kindern unter örtlicher Betäubung durchgeführt. Nur bei jüngeren Patienten wenden Operateure eine Vollnarkose an. Insgesamt dauert der Eingriff etwa 60 Minuten. Ein erhöhter Schwierigkeitsgrad kann diese Zeit auch verlängern. Fand der Eingriff unter Vollnarkose statt, ist eine längere Überwachung nach der OP nötig, eventuell mit Übernachtung in einer Klinik. Dies wird jedoch mit den Patienten oder den Eltern vorher besprochen.

Leichte Schmerzen oder Spannungsgefühle in den ersten ein bis zwei Tagen nach dem Eingriff können mit Medikamenten behandelt werden. Bei stärkeren Schmerzen sollten sich Patienten sofort an den behandelnden Arzt wenden. Der Kopfverband wird etwa eine Woche lang getragen, dann entfernt der behandelnde Arzt sowohl den Verband als auch die Wundnähte.



Erholungsphase und Nachbehandlung

Nach der Ohrenkorrektur wird über Pflastern ein gut sitzender Kopfverband für eine Woche angelegt. Dieser wird am Tag nach der Operation vom Operateur kontrolliert und gegebenenfalls gewechselt, ebenso werden die Ohren nachkontrolliert. Kinder sollten in der ersten Woche nach der OP vom Kindergarten und der Schule fernbleiben, damit sie sich nicht beim Spielen und Toben verletzen und kein Schmutz unter den Verband gerät.

Nach etwa einer Woche, beim Ziehen der Fäden, tauscht der behandelnde Arzt den Wundverband gegen einen elastischen Verband aus. Auch für Kinder ist das Ziehen der Fäden in der Regel schmerzfrei. Anschließend ist das vorsichtige Waschen des Kopfes wieder erlaubt. Kinder wie Erwachsene müssen in den ersten ein bis zwei Wochen nach der OP unbedingt auf Sport, Sauna und das Tragen von Brillen (bedingt) oder Helmen verzichten.



Bis zu zwei Monate nach dem Eingriff sind die Ohren etwas empfindlicher als üblich und sollten vor Kälte und Stößen geschützt werden. Auch nachts sollte für etwa vier Wochen ein Stirnband getragen werden.

Wichtig ist, dass die Ohren trotz perfekter Operation geringfügig zurückfedern können. Dies hängt mit der Elastizität des Knorpels und den Vorgängen bei der Wundheilung zusammen. Im Wissen um diesen Umstand, legt der ästhetisch-plastische Chirurg die Ohren primär etwas straffer an.

Die operative Korrektur der Ohrenfehlstellung hält ein Leben lang an. Jedoch kann sich die Form der Ohren aufgrund der besonderen Knorpelstruktur mit zunehmendem Alter verändern.

Überblick Ohrenkorrektur

- Anwendung: bei abstehenden Ohren oder anderen Fehlstellungen
- Voraussetzungen: gute physische und psychische Verfassung, realistische Erwartungen
- Narkose: Lokalanästhesie
- Narben: kaum sichtbar, da an der Rückseite des Ohres.

Siehe auch: Narbenbehandlung

- Schmerzen: OP ist weitgehend schmerzfrei
- Wundheilung: vor dem Eingriff für 2 Wochen Rauchen und Alkoholkonsum einschränken, Aspirin und andere Medikamente vermeiden
- Gesellschaftsfähig: bereits nach einer Woche
- Aufenthalt in der Klinik: ambulant bis 1 Tag
- Fäden ziehen: selbstauflösende Fäden
- Nachkontrolle: beim Hausarzt nach 10 Tagen
- Sport: in den ersten 6 Wochen Tragen eines Stirnbandes sinnvoll





Volles und glänzendes Haupthaar symbolisiert Schönheit, Jugend und Gesundheit. Durchschnittlich trägt jeder Mensch 100.000 bis 150.000 Haare auf dem Kopf. Jedes Haar befindet sich rund 1000 Tage in der Wachstumsphase und etwa 100 Tage in der Ruhephase, bevor es ausfällt und nachwächst. Durch Waschen, Kämmen und Reibung verliert jeder Mensch bis zu 100 Haare pro Tag. Bei einer Überschreitung dieser Anzahl reden Ärzte von krankhaftem Haarausfall.

Betroffene leiden zumeist (psychisch) sehr unter diesem Problem. Haarausfall kann verschiedene Gründe und Formen haben. Zur Bekämpfung empfehlen Fachleute neben medikamentöser Behandlung als nachhaltige Methode die Eigenhaartransplantation.

Ziel einer solchen Transplantation ist zum einen die Förderung der Attraktivität des Patienten. Zum anderen bietet diese Praktik die Möglichkeit, auf ehemals kahlen Stellen den Haarwuchs zu erneuern und somit den Wunsch des Patienten nach gleichmäßig vollem Haar zu erfüllen.



Diagnose und Indikation

Es gibt verschiedene Typen des Haarausfalls, darunter der erblich-hormonell bedingte (Al-opecia Androgenetica). Schuld an dieser Art des Haarverlusts ist die Kombination von Genen und Androgenen (männliche Geschlechtshormone). Da der weibliche Körper auch in geringerer Menge Androgene produziert, können hiervon auch Frauen betroffen sein.

Eine weitere Variante des krankhaften Haarverlusts ist der kreisrunde Haarausfall (Alopecia Areata), bei dem sich kreisrunde Kahlstelle am Kopf bilden. Fachleute gehen davon aus, dass es sich hierbei um eine Autoimmunerkrankung handelt. Die Kopfbehaarung betroffener Personen wird von ihrem eigenen Immunsystem als Fremdkörper betrachtet und somit abgestoßen. Schwangerschaftsbedingte hormonelle Schwankungen, Stress, Depression, Störungen der Schilddrüsenfunktion, Einnahme von Medikamenten und Nährstoffmangel gelten als Ursachen für reaktiven (auch diffusen) Haarausfall. Im Vergleich zu den erst genannten Typen handelt es sich hierbei um einen zeitlich begrenzten Haarverlust.





Während die Wirkung der medikamentösen Behandlung einige Monate nach der Anwendung einsetzt und nicht von Dauer ist, gilt die Haartransplantation als dauerhafte Lösung für das Problem des Haarausfalls. Die Haartransplantation eignet sich für Personen mit hoher Stirn, kreisrunder Glatze, Geheimratsecken, kahlen Stellen und breitem Scheitel. Auch die Transplantation von Wimpern, Barthaaren und Augenbrauen ist möglich.



Vor der OP

Vor der Haartransplantation führt der behandelnde Arzt (Dermatologe oder plastischer Chirurg) ein ausführliches Beratungsgespräch mit dem Patienten durch. Zudem bestimmt er den Typ des Haarausfalls und wählt die geeignete Transplantationsmethode aus. Im Rahmen der Voruntersuchung markiert und vermisst der Arzt die betroffenen Stellen und dokumentiert diese. Letztlich wird der individuelle Preis des Eingriffs festgelegt.

Zur Bestimmung des Haarausfalltypus unternimmt der Arzt verschiedene Tests. Mit Hilfe des Zupftests überprüft der behandelnde Arzt durch leichtes Auszupfen von einzelnen Haarbüscheln die Festigkeit der Haare. Bei der Kopfhautbiopsie wird unter Lokalanästhesie ein etwa vier Quadratmillimeter großes Stück Kopfhaut entnommen. Unter dem Mikroskop untersucht der Arzt die Haarfollikel auf ihre Struktur und Anzahl hin.

Eine weitere Untersuchungsmethode ist die Durchführung einer Haar- und Wurzelanalyse. Mit Hilfe eines

Tricho-Scans wird das Verhältnis zwischen wachsenden und verkümmerten Haaren gemessen. Bei einem Trichogramm entnimmt der Facharzt dem Patienten einzelne Haare und ermittelt mikroskopisch deren Wurzelzustand. So können eventuelle krankheitsbedingte Veränderungen der Wurzel festgestellt werden. Die Untersuchung des Hormonstatus bietet die Möglichkeit herauszufinden, ob der Haarausfall auf hormonellen Schwankungen beruht. Ist eventueller Nährstoffmangel die Ursache des Haarproblems, kann dies durch eine Blutanalyse festgestellt werden.



OP-Methoden

Es stehen mehrere Methoden zur Verfügung. 1. Haarverpflanzung, 2. Wiederholte Hautexzisionen, 3. Verlegen von haartragenden Hautlappen und 4. Hautexpansion. Sehr populär sind dabei die Haarverpflanzungsmethoden. Bei der Eigenhaartransplantation haben sich heute die Micrografts durchgesetzt (graft = Transplantat). Eigenhaarverschiebungen sind dagegen selten, haben aber in einigen Fällen weiterhin ihre Bedeutung. Für die Haarverpflanzung entnimmt der behandelnde Arzt am Hinterkopf des Patienten unter örtlicher Betäubung haartragende Hautpartien, die als Spender der Haarimplantate dienen. Hautpartien mit 4 - 6 Haaren nennen Fachärzte Minigrafts, Partien mit 1 - 3 Haaren Micrografts. Anschließend wird die Wunde genäht. Nach der Heilung bleibt lediglich eine fast unkenntliche Narbe übrig, die der darüber fallende Haarschopf versteckt.



Bei der Haarentnahme unterscheiden Fachärzte zwei Techniken:

1. Haartragende Hautpartien können in Streifen (Streifenmethode) oder 2. gestanzt als Inseln (FUE-Methode) entnommen werden. Aus der entnommenen Hautpartie wird in akribischer Handarbeit jeder einzelne Haarfollikel heraus präpariert. Währenddessen bereitet der Arzt die Kahlstellen auf die Transplantation vor: Er bohrt in sehr kleinen Abständen winzige Löcher in die Kopfhaut, in die er später die einzelnen Transplantate (Grafts) verpflanzt.

Bei der FUE (Follicular Unit Extraction)- Methode werden im Vergleich zur Streifenmethode nur einzelne Inseln (Mini- oder Mikrografts) entnommen. Mit einer sehr feinen Hohlnadel sticht der Arzt einzelne Grafts aus der Spenderregion heraus, die lediglich aus ein bis vier Haaren bestehen (Mikrografts). Somit ersetzt diese Technik die aufwendige Präparation der einzelnen Haarfollikel aus dem Spenderstreifen. Anschließend transplantiert der Arzt die Grafts ebenso wie bei der Streifen-Methode in die auf der Kahlstelle vorbereiteten Löcher.

Haartransplantation DHI Direct

Mit der Haartransplantation DHI Direct werden die Haarfollikel einzeln, direkt in den ausgedünnten Bereich

implantiert. Jedes Haarfollikel kann, dank des patentierten DHI Implanters, in einer spezifischen Richtung, Winkel und Tiefe eingesetzt werden, um so ein 100% natürliches Aussehen und maximale Lebensfähigkeit zu garantieren. Die implantierten Haare wachsen ein Leben lang weiter und fallen nicht mehr aus.

Während des gesamten Eingriffes halten sich die Ärzten, die in der „DHI Hair Restoration Academy of London“, der weltweit einzigen Akademie auf dem Gebiet der Haarwiederherstellung, ausgebildet und zertifiziert wurden, strikt an die DHI Protokolle zur Normierung der Qualität, um jedesmal ein großartiges Ergebnis zu erzielen.

Absolut sicher: Alle Verfahren werden unter strengen Vorschriften durchgeführt, um so 100%ige Sicherheit zu gewährleisten.

Schmerzfrei: Für die Entnahme und die Einpflanzung werden winzige Einweg-Instrumente mit einem Durchmesser von 1mm oder kleiner verwendet.

Natürliche Ergebnisse: Absolute Kontrolle über Tiefe, Richtung und Winkel der Implantate sichern ein 100%ig natürliches Ergebnis.



Wachstum, ein Leben lang: Nur gesunde Haarfollikel mit der genetischen Veranlagung, ein Leben lang weiter zu wachsen, werden ausgesucht und implantiert.

Garantiert maximale Lebensfähigkeit: Die Überlebensrate der Grafts liegt bei über 90%, während der Durchschnitt in dieser Branche, laut Studien der DHI, bei 50% liegt.

Ausschließlich Ärzte: Das Verfahren wird vom Anfang bis zum Ende ausschließlich von Ärzten durchgeführt, die an der DHI Akademie ausgebildet und beglaubigt wurden.

Wie funktioniert die Haartransplantation DHI Direct?

Entnahme: Die Haarfollikel werden mithilfe eines Einweg-Instrumentes mit einem Durchmesser von 1mm oder kleiner einzeln aus dem Spendegebiet entnommen. Anschließend werden sie bei einer bestimmten Temperatur in einer Lösung aufbewahrt, ohne sie zu zerteilen, zerschneiden oder in irgendeiner Weise zu bearbeiten.

Einpflanzung: Die Haarfollikel werden nun mithilfe des DHI Implanters, der ebenfalls einen Durchmesser von 1mm oder weniger hat, direkt in den Empfängerbereich eingepflanzt, ohne dass vorher Löcher oder Schnitte

in der Kopfhaut gemacht werden müssen.

Natürliche Ergebnisse: Absolute Kontrolle über Tiefe, Richtung und Winkel der Implantate sichern ein 100%ig natürliches Ergebnis und maximale Überlebensfähigkeit. Dank neuer Protokolle ist eine Rasur der Kopfhare vor dem Eingriff nicht mehr notwendig.

Die Haartransplantation DHI Direct ist sowohl für Männer, als auch für Frauen geeignet.

- In den meisten Fällen kann der Patient schon am folgenden Tag seine Arbeit wieder aufnehmen.
- 2 Wochen nach der Sitzung kann man wieder mit Ausdauertraining und Schwimmen beginnen, während mit intensivem Training wie zum Beispiel Gewichte heben usw. 4 Wochen gewartet werden sollte.
- In extremen Fällen von Haarausfall oder wenn das Spendehaar am Hinterkopf nicht ausreichend ist, kann auf Gesichts oder Körperhaare zurückgegriffen werden.
- Erster Haarwuchs ist nach zwei Monaten zu erkennen. Das endgültige Ergebnis ist aber erst nach 12 Monaten sichtbar.
- Langfristige Einnahme von Medikamenten ist nicht nötig, da die implantierten Haare nicht ausfallen. Es wird jedoch zu der Einnahme von Minoxidil geraten, um das vorher schon vorhandenen Haar vor dem Ausfallen zu schützen.



Narkose, OP-Dauer, stationärer Aufenthalt

Eine Haartransplantation dauert abhängig vom Umfang und der Menge der Haartransplantate zweieinhalb bis vier Stunden. Der Facharzt führt diesen Eingriff in der Regel unter lokaler Betäubung durch. Der Vorteil hierbei ist, dass der Patient gleich nach dem Eingriff die Klinik wieder verlassen kann. Auf Wunsch des Patienten ist allerdings auch die Verabreichung einer Vollnarkose möglich. In diesem Falle sollte der Patient noch einige Zeit zur Beobachtung in der Klinik verweilen. Nach dem Eingriff wird ein leichter Druckverband angelegt, der nach etwa drei bis vier Tagen wieder entfernt werden kann.



Erholungsphase und Nachbehandlung

Etwa drei bis vier Tage nach dem Eingriff entfernt der Facharzt den Druckverband. Sobald sich die durch die Wundheilung entstandene Kruste circa zwei bis zehn Tage nach dem Eingriff gelöst hat, kann sich der Patient die Haare wieder mit einem milden Shampoo waschen und nach weiteren acht bis zehn Tagen eine Kopfbedeckung tragen. Es wird geraten, körperliche Arbeit innerhalb der folgen-

den drei Tage nach der Operation zu unterlassen, sowie sportliche Betätigung, Solarienbesuche, Saunagänge und schweißtreibende Tätigkeiten während der nächsten zwei bis drei Wochen zu vermeiden.

Die transplantierten Haare fallen zumeist in den ersten Tagen nach dem Eingriff zunächst wieder aus. Für den Patienten stellt dies aber keinen Grund zur Beunruhigung dar. Die transplantierten Wurzeln bleiben erhalten. Etwa drei Monate nach dem Eingriff beginnen gesunde Haare nachzuwachsen, die sich kaum mehr vom übrigen Haarkleid unterscheiden.

Mögliche Komplikationen

Die Haartransplantation gilt unter Fachärzten als relativ unkomplizierter Eingriff. Obwohl jede Operation Risiken birgt, ist die Komplikationsrate bei dieser Methode allerdings sehr gering. Da der Arzt die Transplantation unter Lokalanästhesie durchführt, spürt der Patient währenddessen keine Schmerzen. In den ersten zwei Tagen nach dem Eingriff können leichte Schwellungen auftreten, sowie leichte Schmerzen und Spannungsgefühl. Auch mit Infektionen, kleinen Blutergüssen und Nachblutungen sollte der Patient rechnen; dies ist jedoch nicht die Regel und passiert nur in seltenen Fällen.



Natalie Sarah Plitt Services
Hochwiesenweg 17
73102 Birenbach
Deutschland

Beauty-Hotline:
Tel. 0049 7161 30 48 15 - 0
Fax 0049 7161 30 48 15 - 9
info@ihr-beautyopberater.de
www.ihr-beautyopberater.de
www.cz-wellmed.de

VR-Bank Ostalb
IBAN: DE19 6149 0150 0034 8570 10
BIC: GENODES1AAV
Ust.-IdNr. DE 308216907

Inhalt, Copyright für Texte und Bilder:
Natalie Sarah Plitt



IHR BEAUTY-OP-BERATER