



JOHANNES FRANZ HÖNIG

# Abdominoplastik

## Prinzip und Technik

MIT 174 FARBIGEN ABBILDUNGEN  
IN 192 EINZELDARSTELLUNGEN

STEINKOPFF  
VERLAG

PROF. DR. DR. MED. JOHANNES FRANZ HÖNIG  
FACHARZT FÜR PLASTISCHE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE  
GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT GÖTTINGEN

PLASTISCHE UND ÄSTHETISCHE CHIRURGIE  
IM GEORGS-PALAST  
GEORG-STRASSE 36  
30159 HANNOVER

ISBN 978-3-7985-1816-2 Steinkopff Verlag

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Steinkopff Verlag  
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media

[www.steinkopff.com](http://www.steinkopff.com)

© Steinkopff Verlag 2008  
Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung und Redaktion: Dr. med. Gertrud Volkert, Petra Elster  
Herstellung: Klemens Schwind  
Zeichnungen: Cornelia Kaubisch, Göttingen  
Umschlaggestaltung: Erich Kirchner, Heidelberg  
unter Verwendung einer Grafik von Prof. Dr. Dr. med. J.F. Hönig

Satz: K+V Fotosatz GmbH, Beerfelden  
Druck und Bindung: Stürtz GmbH, Würzburg

SPIN 11595380 105/7231 – 5 4 3 2 1 0 – Gedruckt auf säurefreiem Papier

MAN MUSS INS GELINGEN VERLIEBT SEIN...

ERNST BLOCH (1885-1977)

---



# Vorwort

**D**as in den letzten Jahren wachsende Interesse an Maßnahmen, die der Konturverbesserung des Abdomens dienen, führte zu dem Entschluss, den Stand der zahlreichen in der Literatur beschriebenen Methoden und Entwicklungen der Abdominoplastik und ihre klinische Bedeutung zusammenfassend darzustellen. Zweck war es, einen Überblick über die aktuellen Techniken und Verfahren in einem knappen Rahmen zu liefern und gleichzeitig eigenen Erfahrungen, die im Laufe eines Jahrzehntes auf diesem Gebiet gesammelt wurden, Ausdruck zu verleihen.

Viele chirurgisch-methodische Fragen sind in den letzten Jahren gelöst, neue Konzepte und Methoden entwickelt und etabliert worden. Dazu gehören neben der Einbeziehung des superfiziellen Fasziensystems (SFS) in das chirurgische Konzept der Abdominoplastiken, die auf die Beschreibungen eines meiner verehrten Lehrer – Ted Lockwood – Anfang der 1990er Jahre zurückgeht auch die videoendoskopisch assistierten Verfahren. Diese wurden zwischenzeitlich zu einer hohen Perfektion gebracht und haben heute einen festen Platz in der Abdominoplastik gefunden.

In den vergangenen Jahren wurden die vorhandenen Verfahren der Abdominoplastik verbessert, verfeinert und standardisiert. Damit verbunden setzten sich schonende Operationstechniken durch wie z. B. die Lipabdominoplastik nach Saldanha.

Bei der Konzeption dieses Buches waren wir bestrebt, durch schematische Zeichnungen und Gleichartigkeit der Abbildungen in Größe und Ausführung eine einheitliche Darstellung zu erzielen und die Unterschiede der einzelnen Operationsmethoden deutlich zum Ausdruck zu bringen.

Mit diesem Werk sollen dem operativ tätigen Kollegen Planung und Konzeption der Abdominoplastik vermittelt und ihm Schritt für Schritt das operative Vorgehen praxisnah erläutert sowie in zahlreichen schematischen Farbzeichnungen veranschaulicht werden.

Göttingen, im Mai 2008

JOHANNES F. HÖNIG

---



# Dank

**M**it großem Geschick und viel Einfühlungsvermögen, aber auch mit erheblicher Geduld wurden die Zeichnungen wieder von Frau Cornelia Kaubisch hergestellt. Sie hat erneut in großartiger Weise vermocht, die einzelnen Operationsschritte detailgenau zeichnerisch umzusetzen. Ihr bin ich zu sehr großem Dank verpflichtet.

Mein ganz besonderer Dank gebührt Frau Dr. Volkert im Steinkopff Verlag, die die Entstehung dieses Buches wieder aktiv unterstützt hat. Sie war wie bei den vorherigen Projekten jederzeit ein kompetenter Ansprechpartner und war stets aufgeschlossen, meinen Anliegen und Vorschlägen Rechnung zu tragen. Dass das Buch in einer ansprechenden Form sowie einer großzügigen Aufmachung und Gestaltung vorliegt, die den heutigen Ansprüchen mehr als gerecht wird, verdanke ich im Steinkopff Verlag Herrn Schwind, Frau Elster und wiederum ganz besonders Frau Dr. Volkert.

Schließlich möchte ich mich auch bei meinen Freunden und Kollegen und nicht zuletzt bei meinen Studenten bedanken, die mir über viele Semester hinweg in unzähligen Gesprächen und Diskussionen manche Anregung für dieses Buch gegeben haben.

JOHANNES F. HÖNIG

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Historische Entwicklung der Abdominoplastik</b> .....	1
<b>2</b>	<b>Konfiguration des Abdomens</b> .....	7
	Ideale ästhetische Abdominalkontur und geschlechtsspezifische Unterschiede .....	7
	Altersveränderungen des Nabels .....	10
	Mons-pubis-Region .....	11
<b>3</b>	<b>Anatomie und Physiologie der Abdominalwand</b> .....	13
	Äußere Abdominalwand .....	14
	■ Haut, Binde- und Fettgewebe .....	14
	■ Nerven, Gefäße und Lymphe .....	16
	– Nervale Versorgung .....	16
	– Präoperative nutritive Versorgung .....	16
	– Postoperative nutritive Versorgung .....	18
	– Lymphe .....	18
	Muskuloaponeurotische Schicht .....	18
	■ M. rectus abdominis und Faszien .....	18
	■ Mm. obliqui externus et internus und M. transversus abdominis .....	23
<b>4</b>	<b>Pathophysiologie der anterioren Bauchwand</b> .....	27
	■ Rektusmuskeldiastasen .....	28
	■ Ventrale Hernien .....	29
<b>5</b>	<b>Vorbereitung einer Abdominoplastik</b> .....	31
	Klassifikationen der Abdominalwand .....	31
	■ Äußere Abdominalwand .....	31
	Abdominoklassifikation Typ I .....	32
	Abdominoklassifikation Typ II .....	33
	Abdominoklassifikation Typ III .....	34
	Abdominoklassifikation Typ IV .....	35
	Abdominoklassifikation Typ V .....	36
	Abdominoklassifikation Typ VI .....	37

■ Muskuläre Abdominalwand .....	38
Muskuläre Abdominoklassifikation Typ A .....	38
Muskuläre Abdominoklassifikation Typ B .....	38
Muskuläre Abdominoklassifikation Typ C .....	39
Muskuläre Abdominoklassifikation Typ D .....	39
<b>Indikationen und Kontraindikationen für eine Abdominoplastik ..</b>	<b>40</b>
Indikationen .....	40
Kontraindikationen .....	40
<b>Präoperative Untersuchungen .....</b>	<b>41</b>
<b>Vorbereitende Maßnahmen .....</b>	<b>41</b>
<b>Lagerung .....</b>	<b>42</b>
<b>Anästhesie .....</b>	<b>42</b>
<b>6 Allgemeine Prinzipien und Techniken der Abdominoplastik ....</b>	<b>43</b>
<b>Liposuktionen .....</b>	<b>43</b>
■ Historische Entwicklung .....	43
■ Fettgewebe .....	43
Embryologie des Fettgewebes .....	43
Anatomie der Fettzellen .....	44
Fettverteilung .....	44
■ Indikationen .....	45
■ Präoperative Beurteilungsparameter .....	45
■ Liposuktionsverfahren .....	46
– Traditionelle Aspirationslipoplastik .....	47
– Superfizielle Liposuktion .....	48
– Nichtmaschinelle Liposuktion .....	48
■ Tumesenzlösungen .....	48
■ Liposuktionen einzelner Körperregionen .....	49
Abdomen .....	49
Hüften .....	49
Gesäß und Oberschenkel .....	49
Reithosendeformität .....	50
Oberschenkelinnenseite .....	50
■ Schnittführungsdesign .....	50
Typ-I-Abdominoklassifikation .....	51
Typ-II- und -III-Abdominoklassifikationen .....	52
Typ-IV-Abdominoklassifikation .....	52
Typ-V-Abdominoklassifikation .....	54
<b>Dissektionen .....</b>	<b>56</b>
Typ-I-Abdominoklassifikation .....	56
Typ-II- und -III-Abdominoklassifikationen .....	56
Typ-IV- und -V-Abdominoklassifikationen .....	56
Typ-VI-Abdominoklassifikation .....	56

■ Muskuloaponeurotische Plastiken .....	57
– M.-rectus-abdominis-Faszien-Plastik .....	57
– M.-obliquus-Advancement-Plastik .....	58
– Korsettplastiken .....	61
Korsettplastik nach Appiani .....	61
Korsettplastik nach Gonzales und Guerrerosantos .....	65
Superiore Korsettplastik .....	68
Inferiore Korsettplastik .....	68
Pararektale vertikale Korsettplastik .....	69
– H-förmige muskuloaponeurotische Plastik .....	70
– Ventrale Hernienplastiken .....	71
Technik der Hernienplastik .....	71
■ Reinsertionen und Plastiken des Bauchnabels .....	74
– V-förmige Umbilikoplastik .....	75
– I-förmige Umbilikoplastik .....	76
<b>Fettgewebsplastiken .....</b>	<b>78</b>
<b>Hautresektionen .....</b>	<b>78</b>
<b>Steppnähte des Dermis-Fett-Lappens .....</b>	<b>80</b>
<b>7 Spezielle Prinzipien und Techniken der klassischen Abdominoplastik .....</b>	<b>81</b>
<b>Micro-Abdominoplastik (Typ I) .....</b>	<b>82</b>
<b>Mini-Abdominoplastik (Typ II und III) .....</b>	<b>84</b>
<b>Medi-Abdominoplastik (Typ IV) .....</b>	<b>86</b>
<b>Maxi-Abdominoplastik (Typ V) .....</b>	<b>90</b>
<b>Reverse-Abdominoplastik (Typ VI) .....</b>	<b>100</b>
Indikation .....	100
Designkonzept .....	100
Operationstechnik .....	100
<b>Modifizierte Abdominoplastiken .....</b>	<b>103</b>
■ M-U-Abdominoplastik .....	103
Designkonzept .....	104
Festlegung der Inzisionslinien .....	104
Operationstechnik .....	105
■ Modifizierte Medi-Abdominoplastik .....	110
<b>Endoskopisch unterstützte Abdominoplastiken .....</b>	<b>112</b>
Videoendoskopisch assistierte Abdominoplastik .....	112
Indikationen und Kontraindikationen .....	112
Instrumente .....	113
Ballondissektion .....	113
Prinzipien und Techniken .....	114
<b>Verbände .....</b>	<b>119</b>
<b>Postoperatives Management .....</b>	<b>119</b>

<b>Postoperative Komplikationen und ihre Behandlung</b> .....	120
Serome .....	120
Hämatome .....	120
Hautnekrosen .....	120
Primäre Infektionen .....	121
Pulmonale Embolien .....	121
Narbenhypertrophien und Keloide .....	121
Elevationen des Mons pubis .....	121
<b>Adjuvante Maßnahmen</b> .....	122
■ <b>Brustaugmentation</b> .....	122
– Subpektorale Mammaaugmentation .....	122
– Subglanduläre Mammaaugmentation .....	122
■ <b>Entnahme von autogenem Gewebe</b> .....	123
■ <b>Rippenentnahme</b> .....	123
■ <b>Weichgewebsentnahme</b> .....	123
<b>Vermeidung von intra- und postoperativen Risiken</b> .....	124
Intraoperatives Blutungsrisiko .....	124
Hyperhydrierungen .....	124
Intraabdomineller Druck .....	124
Liposuktion .....	124
Dog-Ear-Bildungen .....	125
Postoperativer Schmerz .....	125
Wundheilungsstörungen .....	125
Fettnekrosen .....	125
Serom- und Hämatombildungen .....	125
Ödeme .....	125
Drainagen .....	125
Nabelposition .....	125
Postoperative epigastrische Protrusion .....	125
Rektusdiastase .....	125
Plikationsplastiken .....	125
Nähte .....	126
Stufenbildungen .....	126
Narben .....	126
Striae .....	126
<b>8 Allgemeine Konzepte der Abdominoplastik</b> .....	127
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	129
<b>Sachverzeichnis</b> .....	139

## 1

# Historische Entwicklung der Abdominoplastik

Abdominoplastiken sind heute sowohl bei Frauen als auch bei Männern häufig durchgeführte Operationen, nachdem sich seit den 1970er Jahren das ästhetische Körperbewusstsein deutlich verändert hat. Es sind jedoch überwiegend Frauen, die sich einer Abdominoplastik unterziehen wollen, da sie mehr dem Modediktat unterworfen sind und auch in der Dessous- und Bademode eine „gute Figur“ zeigen möchten.

Der Literatur zufolge wurde erstmals eine Abdominoplastik bei einer Patientin zur Behandlung einer Abdominalhernie am 5. April 1890 von Darmers und Marx über eine transversale suprapubische spindelförmige Inzision, die von der Spina iliaca anterior zur Gegenseite reichte, durchgeführt. Dabei resezierten die Chirurgen zur Konturverbesserung des Abdomens 2 kg des Dermis-Fett-Gewebes. Bis zu jener Zeit hatte man sich auf konservative Behandlungsmethoden beschränkt, die u. a. diätetische Maßnahmen, physikalische Therapien und die Anlage supportiver Korsetts vorsahen. Chirurgische Behandlungen des protusiven Abdomens bestanden nicht.

Erst durch den Gynäkologen Howard Atwood Kelley (Abb. 1), Professor am John Hopkins Hospital in Baltimore, USA, erlangte die Abdominoplastik aus rein ästhetisch plastisch-chirurgischer Sicht neue Bedeutung. Er gilt heute als Vater der Abdominoplastik. Sein Verdienst war es nicht nur, die Gynäkologie von der Geburtshilfe zu trennen und sie als eigenständiges Fach zu etablieren, sondern auch die Fettschürzenplastik zu inaugurierten. Er setzte sich intensiv mit der operativen Fettschürzenkorrektur aus ästhetischer Sicht auseinander und veröffentlichte die Technik der Abdominoplastik erstmals

1899. Vielen seinen Patienten verhalf er dadurch zu einer verbesserten Körperkontur und ermöglichte ihnen ein unbeschwerteres Leben ohne die oftmals quälende Intertrigo.

Seit jener Zeit ist eine Vielzahl verschiedener Techniken, Methoden und Regime entwickelt worden, die sich vornehmlich in ihren Schnittführungen, Muskel-, Faszien- und/oder Fettgewebsplastiken unterscheiden (Abb. 2). Sowohl vertikale, mediale und transversale Schnittführungen wie auch die Kombination dieser Möglichkeiten wurden beschrieben, die zu mehr oder minder zufriedenstellenden Ergebnissen führten (Abb. 3).

Hatte man dem für die Ästhetik wichtigen Nabel bislang wenig Beachtung geschenkt, änderte sich das nach der Veröffentlichung der Arbeit von Beck im Jahre 1917. Er schlug vor, den Nabel in die transversale Narbe zu integrieren und die Neoposition des Nabels erstmals oberhalb der transver-

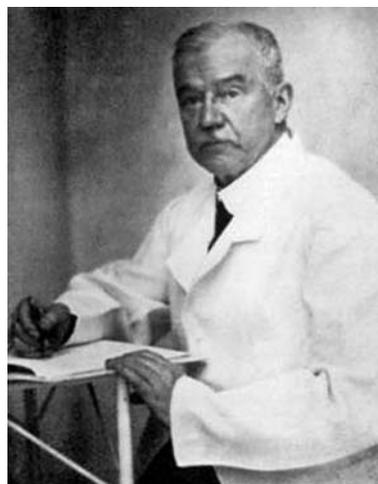
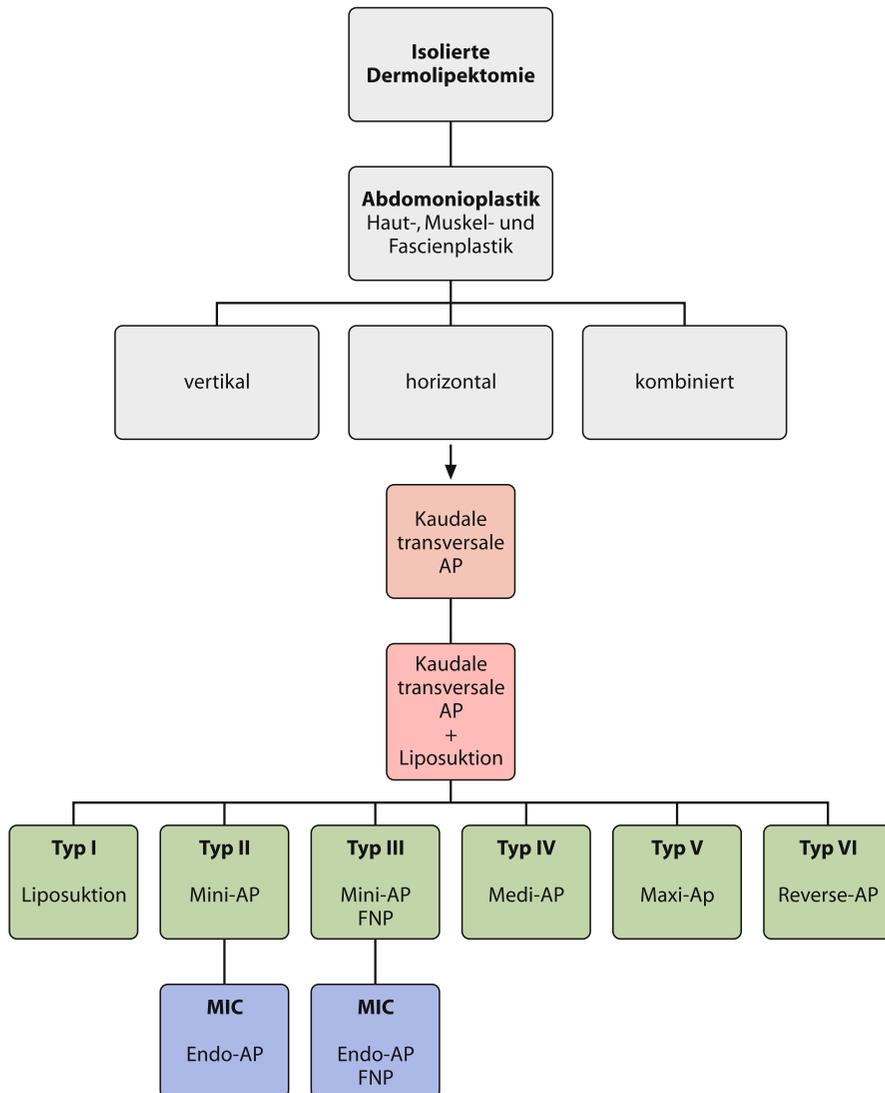


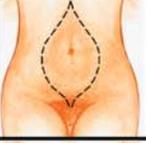
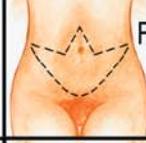
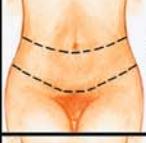
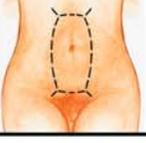
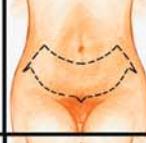
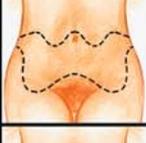
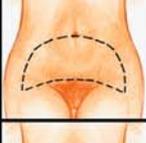
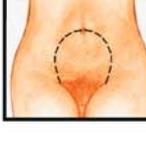
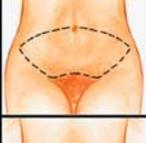
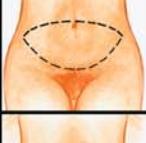
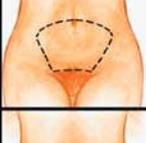
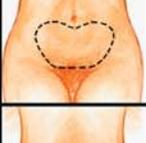
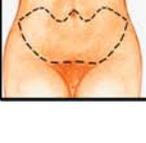
Abb. 1. Howard Atwood Kelley.



**Abb. 2.** Entwicklung der Abdominoplastiken. **AP**=Abdominoplastik; **FNP**=Floated Navel Plasty; **Endo-AP**=endoskopisch assistierte Abdominoplastik; **MIC**=minimalinvasiv chirurgische Abdominoplastik.

salen Inzisionslinie mit in das chirurgische Konzept einzubeziehen, um den ästhetischen Anforderungen Rechnung tragen zu können. 1940 erweiterte Somalo die Abdominoplastik und beschrieb die zirkuläre Dermolipektomie. Spadafora führte 1962 die anterolaterale horizontale Hautresektion zur Straffung der inguinalen und lateralen hypogastrischen Region ein, die die Basis der modernen transversalen Schnittführungen der folgenden Jahre darstellt. Mit der Einbeziehung des superfiziellen Fasziensystems (SFS) in

das chirurgische Konzept der Abdominoplastik, die auf die Beschreibungen von Ted Lockwood Anfang der 1990er Jahre zurückgeht, ließen sich gegen Ende des 20. Jahrhunderts Verbesserungen der funktionellen und ästhetischen postoperativen Langzeitergebnisse erzielen. Ein verfeinertes intra- und postoperatives Management führte im weiteren Verlauf der Jahre schließlich zu reduzierten Komplikationsraten und kosmetisch zufriedenstellenden postoperativen Ergebnissen (Abb. 4).

Horizontal		Vertikal		Kombiniert	
	Kelly 1899		Babcock 1916		Weinhold 1909
	Thorek 1924		Schepelmann 1918		Flesch-Thebesius et al. 1931
	Gonzalez-Ulloa 1960		Küster 1926		Pick 1949 und Barsky 1950
	Vernon 1957				Galtier 1955
	Spadafora 1962				El Baz et al. 1989
	Pitanguy 1967				Moufarrège 1997
	Régnault 1972				
	Grazer 1973				
	Baroudi 1984				
	Hönig et al. 1998				
	Ramirez 1999				

**Abb. 3.** Historische Entwicklung der horizontalen sowie der kombiniert horizontalen und vertikalen Schnittführungen.

Jahr	Autor	Management
1899	<b>Kelley</b>	beschreibt erstmals die Abdominoplastik
1939	<b>Thorek</b>	inauguriert die infraumbilikale Dermo- Fettresektion und weist bereits auf die Notwendigkeit einer chirurgisch anspruchsvollen Lipoplastik hin
1949	<b>Foged</b>	betont die absolute Notwendigkeit der minutiösen Blutstillung
1957	<b>Vernon</b>	beschreibt die umbilikale Translokation
1957	<b>Gillies und Millard</b>	führen die „Jack knife position“, d. h. die postoperative Knieflexion ein
1962	<b>Mason</b>	inauguriert bei der Abdominoplastik die intraoperative Hüftflexion
1964	<b>Barsky und Kahn</b>	führen die Bauchbinden ein
1973	<b>Grazer</b>	inauguriert die Rectus-Scheiden-Plikation
1977	<b>Illous</b>	führt die Liposuktion mit vorn abgerundeten Kanülen aus, die zum Standard werden
1985	<b>Toranto</b>	weist auf eine erweiterte Rectus-Scheiden-Plikation durch laterale Rectus-Scheiden-Raffung hin
1988	<b>Baroudi</b>	inauguriert Steppnähte zur Vermeidung von Serombildungen
1991	<b>Lockwood</b>	beschreibt die Suspension des SFS (Superfizielles Fasziensystem)
1991	<b>Faria- Correa</b>	führt die endoskopisch assistierte Abdominoplastik ein
1991	<b>Matarasso</b>	gibt auf der Basis der nutritiven Versorgung der abdominellen Haut ein Klassifikationssystem zur Behandlung von kombinierten Abdominoplastiken und Liposuktion assistierten Lipektomien an
2003	<b>Saldanha</b>	inauguriert die „Lipoabdominoplastik“; durch superfizielle Liposuktion ober- und unterhalb der Scarpa-Faszie und selektiver sparsamer Dissektion eines seitlich von den medialen Rändern der Mm. recti abdominis begrenzten Tunnels zum Verschluss von Rektus-Diastasen, wird die Reduktion der epigastrischen Unterminierung und die spannungsfreie adipodermale abdominale Gewebsmobilisation unter Erhalt der Gefäß-Nerven-Bündel sowie eine narbensparende Abdomioplastik (kürzere Inzision) ermöglicht.

**Abb. 4.** Entwicklung des intra- und postoperativen Managements der Abdominoplastik.

Ziel aller dieser in einem Zeitraum von 100 Jahren entwickelten Techniken ist die Konturverbesserung des Abdomens durch Resektion überschüssigen Gewebes sowie durch Muskel- und Fasziensraffung und die Vermeidung von ästhetisch unbefriedigenden sichtbaren Narben bei gleichzeitiger Verjüngung der Nabel- und Mons-pubis-Region.

Nach den ursprünglich in den 1960er Jahren propagierten horizontalen Schnittführungen von Spodafora, Callia und modifiziert nach Pitanguy, die die inguinale Region in Höhe des Mons pubis überquerten und entsprechend der damaligen Mode die Narben durch die Bikinihöschchen verdecken ließen, etablierte sich in den 1970er Jahren die so genannte W-Schnittführung nach Reg-



**Abb. 5.** Suprapubischer Narbenverlauf nach der klassischen Abdominoplastik nach Regnault.

nault (Abb. 5). Obwohl diese Methode vielfach noch heute als Standardverfahren im europäischen Raum gilt, sind die ästhetischen Langzeitergebnisse zum Teil enttäuschend und unbefriedigend. Häufig ist initial die zentrale Bauchdecke zu sehr gespannt und der inguinale und laterale Anteil des Abdomens durch eine Hauterschläffung gekennzeichnet. Die Narbe liegt sehr hoch, die Mons-pubis-Region ist unnatürlich positioniert, laterale Narben werden sichtbar und hypertrophisch, weil sie natürliche Hautlinien kreuzen. Ungünstige und ästhetisch unbefriedigende breite Narbenbildungen suprapubisch mit teils überhängenden Gewebsteilen über und unterhalb der Narbe, eine Schnittführung weit oberhalb der Schambehaarung, eine schlechte Betonung der Taille sowie eine asymmetrische und irreguläre hypertrophische Narbenbildung sind nicht selten Gründe für die Unzufriedenheit der Patienten nach dieser klassischen Abdominoplastik.

Überarbeitete Prinzipien, der Einsatz der Liposuktion als adjuvante Maßnahme sowie die Weiterentwicklung und die Modifikationen einiger Operationstechniken ermöglichen heute die Verwirklichung ästhetisch anspruchsvoller Ergebnisse in der Abdominoplastik. Die Konzepte und Methoden fokussieren sich dabei auf einen spannungsfreien Wundverschluss ohne das Risiko von Lappennekrose, Narbenerweiterungen, Narbenhypertrophien oder Mons-pubis-Elevationen.

## 2 Konfiguration des Abdomens

### Ideale ästhetische Abdominalkontur und geschlechtsspezifische Unterschiede

Die ideale weibliche Abdominalkontur sollte zwischen den Brüsten und den Hüften als eine Einheit aufgefasst werden, wobei es zwei-



**Abb. 6.** Ideale weibliche Abdomenssilhouette. In der frontalen Ansicht ist die Kontur der Rektusmuskulatur erkennbar.

felsohne verschiedene ästhetische Grundelemente der weiblichen Form gibt, die zeitlos, klassisch und unabhängig von der Größe der Person sind (Abb. 6–8). Dazu gehören folgende Merkmale:

- ein straffes laterales und inguinale Gewebe mit deutlich konkav ausgebildeter Taille,
- ein zentrales, moderat gestrafftes Abdominalgewebe mit milder Konvexität des Hypogastriums und geringgradiger Konkavität des Epigastriums,
- eine deutliche Abzeichnung (Betonung) der Mm. recti bei vertikaler Konkavität im Bereich des Epigastriums,
- ein vertikal orientierter Umbilikus,
- eine dezente S-förmige anteriore und laterale Bauchwandsilhouette.

Die ideale männliche Konfiguration des Abdomens unterscheidet sich deutlich von der weiblichen. Beim Mann bilden der kostochondrale Rand und der obere Beckenkammrand nahezu eine Linie, sodass von vorne betrachtet die laterale Abgrenzung des Abdomens nahezu linear verläuft und die Taille kaum definiert ist. Die paramedianen prominenten Mm. recti formen eine mediane Konkavität, die sich vom Xiphoid bis zum Nabel erstreckt. Unterbrochen werden die konvexen Mm.-recti-Anteile durch horizontale Insertionen. Lateral der Mm. recti lässt sich erneut eine Konkavität abgrenzen, die Linea semilunaris, die leicht konkav zur Mitte und auslaufend zum Mons pubis führt. Diese Linie markiert den Übergang zwischen „flacher“ Muskulatur und Rektusscheide. Das kaudale Ende der lateral flachen Muskeln am inguinalen Ligament stellt sich als quere Sulkus vom Pubis bis zur Spina iliaca anterior dar (Abb. 9).