

Wochenendschulungen allein reichen nicht Zum aktuellen Stand der Liposuktion

WILFRIED SCHMELLER UND ILKA MEIER-VOLLRATH

Die Mitte der 70er Jahre von den Brüdern Fischer in Rom initiierte und Anfang der 80er Jahre von Illouz in Paris weiterentwickelte Liposuktion ist zu Beginn des 21. Jahrhunderts weltweit die am häufigsten durchgeführte kosmetische Operation geworden. Es wird vermutet, dass in Deutschland jährlich weit über 100.000 Fettabsaugungen durchgeführt werden.

Die Liposuktion wird vorwiegend im kosmetisch-ästhetischen Bereich angewandt. Ihr Ziel ist die Reduzierung umschriebener Fettgewebsvermehrungen zur Herstellung einer harmonischen Gesamtproportion des Körpers. Sie ist nicht geeignet zur Behandlung der Fettleibigkeit oder des Übergewichts, wie vielfach geglaubt wird.

Zusätzlich wird das Verfahren auch bei zahlreichen medizinischen Indikationen erfolgreich eingesetzt; dazu zählen in erster Linie Lipödeme, aber auch große Lipome (giant lipoma), die

symmetrische benigne Lipomatose (Launois-Bensaude-Syndrom), die zervikale Lipomatose (Madelung-Fetthals), der „Büffelnacken“ beim Cushing-Syndrom, die Lipomatosis dolorosa (M. Dercum) und die Gynäkomastie.

Tumeszenz-Lokalanästhesie (TLA)

Der Siegeszug der Liposuktion ist wesentlich durch die Entwicklung der Tumeszenz-Lokalanästhesie (TLA) bedingt. Bei dieser Regionalanästhesie werden Haut und Subkutis mit großen Volumina eines verdünnten Betäubungsmittels infiltriert („tumescere“ be-

Tabelle 1

Zusammensetzung einer 0,037 %igen Lösung für die Tumeszenz-Lokalanästhesie (TLA)

Prilocain 2 %	10,0 ml
Lidocain 2 %	10,0 ml
Adrenalin 1 : 100 000	0,66 ml
Natriumbicarbonat 8,4 %	6,0 ml
Triamcinolon 40 mg	0,33 ml
NaCl 0,9 %	1000,0 ml
Gesamtmenge	1026,99 ml

deutet „anschwellen“). Dies wurde 1987 erstmals von dem amerikanischen Dermatologen und Pharmakologen Klein beschrieben und später - überwiegend von operativ tätigen Dermatologen - variiert und verfeinert (Klein 1987 und 2000). Das ursprünglich in Kalifornien entwickelte Gemisch bestand aus physiologischer Kochsalzlösung und dem Lokalanästhetikum Lidocain. In Deutschland wurde bevorzugt Prilocain eingesetzt, welches eine geringere Kardiotoxizität aufweist. Seit kurzem hat sich eine Kombination aus Lidocain und Prilocain als günstig erwiesen (Sattler 2001). Die Konzentration von ursprünglich 0,1% wurde inzwischen auf 0,037% reduziert (Tab. 1). Die TLA-Lösung enthält ferner Adrenalin (reduziert die Durchblutung und die systemische Resorption der Lokalanästhetika, vermindert Hämatome), Natriumbicarbonat (puffert die H⁺-Ionen, verhindert das „Brennen“ bei der Infiltration und beschleunigt den Wirkungseintritt des Anästhetikums) und Triamcinolon (wirkt antiinflammatorisch, kreislaufstimulierend und leicht euphorisierend).

Das Lösungsgemisch wird mittels einer Rollpumpe – z.B. über ein Stenger'sches Verteilungssystem (Abb. 1a) – in die abzusaugenden subkutanen Re-



Abb. 1a: Infiltration der TLA-Lösung in markierte Areale am Ober- und Unterbauch.



Abb. 1b: Absaugbehälter mit reinem Fett (2.900 ml) oben und durch Blutstropfen rötlich verfärbter TLA-Lösung (1.300 ml) unten.