

Hyperhidrosis axillaris

Subkutane Kürettage löst das Problem

MÜNCHEN - Bei Patienten mit Hyperhidrosis axillaris ist die Schweißproduktion bis um das 10fache erhöht. Kein Wunder, dass die Betroffenen unter erheblichem Leidensdruck stehen. Falls konservative Maßnahmen keinen Erfolg bringen, kann eine elegante Operationsmethode Abhilfe schaffen: die subkutane Schweißdrüsenkürettage.

Für die Betroffenen stellt die Hyperhidrosis axillaris nicht nur ein kosmetisches Problem dar. Bereits in Ruhe oder ausgelöst durch Emotionen, Wärme, körperliche Belastung, scharfe Speisen oder Alkohol kommt es zur exzessiven Schweißproduktion. Die konservative Therapie, ob lokal oder systemisch, ist in vielen dieser Fälle nicht sehr befriedigend.

Von den verfügbaren operativen Verfahren ist zwar die Exzision der Schweißdrüsenareale sehr wirksam, wird aber wegen der Gefahr der Narbenbildung recht selten durchgeführt. In der Hand des geübten Chirurgen stellt auch die Sympathektomie ein sehr effektives Verfahren dar; wegen der operativen Risiken sollte sie allerdings nur als Ultima Ratio angewandt werden, meint Dr. Bernd Kessler, Facharzt für Dermatologie im Gespräch mit aesthetic Tribune.

Für eine elegante Lösung zur Reduktion der Schweißdrüsen hält er die Schweißdrüsenkürettage. Seiner Erfahrung nach ist das Nebenwirkungsprofil akzeptabel und die Erfolgsrate durchaus ansprechend.

Für diese Methode kommen in erster Linie Patienten in Frage, bei denen konservative Maßnahmen nicht ausreichen. Bei der Patientenauswahl muss auf dysmorphologische Störungen geachtet werden, auch einer übersteigerten Erwartungshaltung sollte der Arzt von vornherein begegnen. Als Operationszeitpunkt empfiehlt sich das Winterhalbjahr, erklärt der Dermatologe.

Op.-Technik ist einfach

Der Geübte braucht für den ambulanten Eingriff – abhängig von der abzusaugenden Fläche – 15 bis 30 Minuten pro Achsel – ohne Vorbereitung und Lokalanästhesie.

Vor der Kürettage wird gravimetrisch die Schweißproduktion erfasst, mit dem Minorischen Schweißtest (Jod-Stärke-Test) das zu bearbeitende Areal bestimmt und mit Skinmarker eingezeichnet. Ein intravenöser Zugang mit NaCl-0,9%-Infusion für eventuelle Zwischenfälle sowie Basiskontrolle (Pulsometrie und Blutdruck) sind zu empfehlen.

Nach Desinfektion der Achseln erfolgt die Tumescenzlokalanästhesie. Die Injektionspunkte für die TLA-Kanüle sollten vorher mit dünner Kanüle anästhesiert werden. Je nach Größe der Achsel injiziert Dr. Kessler 150 bis 250 ml Lokalanästhesie-Lösung, bis sich die Achselhaut konvex nach außen wölbt. Damit erreicht man einen Sicherheitsabstand zu größeren Gefäßen, Nerven- und

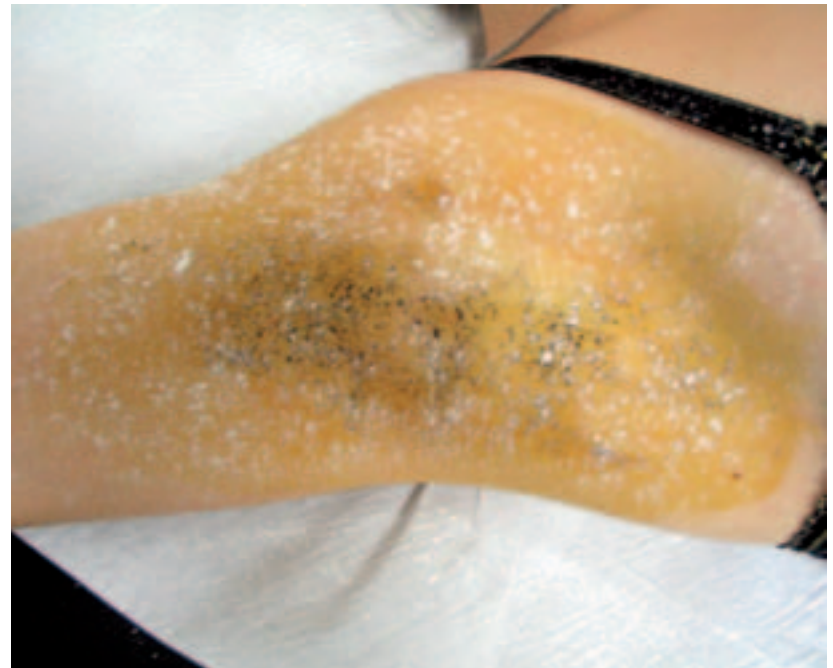
Lymphbahnen. Danach erfolgt die Desinfektion und sterile Abdeckung der gesamten Schulter-Arm-Region. Das sterile Op.-Feld sollte die Oberarme einbeziehen, da sie bei der Kürettage bei Bedarf umgelagert werden müssen.

An geeigneter Stelle außerhalb des Schweißdrüsen-tragenden Areals wird mit einem 10er Skalpell inzidiert und mit langer gebogener Präparierschere die Cutis von der Subcutis unscharf abpräpariert. Die Präparation des Suktionsareals ist fakultativ und wird von anderen Anwendern nicht durchgeführt. Gerade bei großen Arealen, Rezidiv-Kürettagen und stark bindegewebig fixierter Achselhaut scheint die Kürettage nach vorheriger Präparation einfacher und gleichmäßiger.

So geht das „Schweißdrüsenraspeln“: Man führt eine kleine Suktionskanüle ein und raspelt mit Druck gegen seine auf der Haut liegenden Finger bis die Haut ausdünn und die Kanüle sichtbar durchscheint. Ein guter Anhaltspunkt für ausreichende Kürettage ist, wenn die Haut durch den Unterdruck leicht in die Löcher der Kanüle eingezogen wird. „Wir benutzen eine 3 mm Kanüle mit elf scharfen Löchern“, so der Experte.

Kürettage unter Tast- und Sichtkontrolle

Bei allzu forciertem Raspeln können Hautnekrosen auftreten, die dann Narben hinterlassen. Blau-rote Streifen als strichförmige oder auch flächige Hämatombildung in der Cu-



Schweißdrüsenareal in der Axilla.

„Zur Kürettage sind drei bis vier axilläre Zugänge nötig“

tis sind hingegen kein Hinweis auf zu starke Ausdünnung der Haut.

Einzelne dickere Areale kann man auch zwischen Daumen und Zeigefinger fassen und die Kanüle langsam drehend hin und her bewegen, um eine gleichmäßige Kürettage zu erreichen. Das gelb-rote Aspirat wird über einen sterilen Schlauch abgesaugt; als Absaugvorrichtung dienen Geräte aus der Liposuktion oder auch schwächere kostengünstigere Suction-Units.

Zur Kürettage sind meist drei bis vier axilläre Zugänge nötig. Sie können nach der Operation offen gelassen oder mit Steristrip bzw. Einzelknopfnaht adaptiert werden.

Der erforderliche Kompressionsverband erfolgt durch Saugkompressen, die in mehreren Lagen mit

Fixomull stretch fixiert werden. Eine „schicke“ Alternative sind so genannte Bolerohemdchen zur axillären Kompression. Der Patient sollte bis zum Verbandwechsel am ersten postoperativen Tag die Oberarme am Thorax anliegen lassen, damit eine gute Kompression gewährleistet ist. Danach wird die Axelhaut gedehnt und massiert – „nach unserer Erfahrung eine wichtige Prophylaxe gegen Narbenbildung“, verdeutlicht Dr. Kessler.

Wochen nach der Kürettage tritt eine partielle Reinnervation der Schweißdrüsen ein, sie entfalten damit wieder leichte Aktivität. Der Therapieerfolg kann mittels Gravimetrie bestimmt werden, entscheidend ist jedoch die subjektive Zufriedenheit des Patienten.

Manfred Falkenberg

Fortsetzung von Seite 8



Korrektur asiatischer Augenlider durch Bildung einer Supratarsalfalte.



der Aponeurose des M. levator palpebrae superioris oder des Müllerschen Lidhebers mit nachfolgender Ptosis palpebralis vermeidbar, aber auch reparabel. Akzidentellen Verletzungen der Kornea oder des Bulbus kann man durch Schutzlinsen vorbeugen, obwohl diese bei der Operation hinderlich sein können.

Ein sorgfältiges Ausmessen der prä- oder intraoperativen Anzeichnung der Schnittrichtung vermeidet postoperative Asymmetrien. Adrenalinzusatz zum Lokalanästhetikum und punktgenaue bipolare Koagulation ermöglichen ein übersichtliches, fast blutleeres Operationsfeld. Eine Lupenbrille fördert die Darstellung und das exakte Operieren.

Entzündungen sind selten, Miniatherome im Narbenverlauf dagegen häufiger. Sie sollten eröffnet und

ausgeschält werden. Die präarsale Hypästhesie bildet sich im Laufe von Wochen zurück. Manche Patienten empfinden eine gewisse Steifigkeit in den Lidern für sechs bis acht Wochen. Leichte Fingerstreichmassage wirkt sich günstig aus – auch auf morgendliche Ödeme.

Op. häufig Auslöser des Sicca-Syndroms

Gelegentlich wird über Schmerzen im Auge mit Rötung und Pflastersteingefühl geklagt. Eine augenfachärztliche Kontrolle ist dann erforderlich zum Ausschluss einer Kornealäsion, verursacht eventuell durch einen kleinen nächtlichen Lidspalt. Häufiger dagegen hat die Operation ein latentes Sicca-Syndrom ausgelöst, das sehr unangenehm sein kann, aber mit sog.

künstlichen Tränen gut behandelbar ist.

Fachmännisch durchgeführt liefern die beschriebenen Operationsverfahren funktionell wie ästhetisch sehr befriedigende Ergebnisse, was über 100 000 operierte Patienten pro Jahr bestätigen können. Die Ergebnisse halten über 15 und mehr Jahre an, ehe der Wunsch nach einer Wiederholung des Eingriffs wach wird. Die Oberlidplastik zählt zu den risikoärmsten plastisch-chirurgischen Eingriffen. Probleme und Komplikationen manifestieren sich im Bereich von unter 1%.

Prof. Dr. Wolfgang Mühlbauer
Facharzt für Plastische und
Ästhetische Chirurgie
Plastische Chirurgie Arabella
München



Patientin mit Rezidiv-Blepharochalasis und asymmetrischer Augenbrauenptosis.



1,5 Jahre nach Endo Augenbrauenlift.