

Λιπογλυπτική άνω και κάτω κοιλίας

Liposuction of the upper and lower abdomen

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Η λιποαναρρόφηση είναι ιδανική μέθοδος για τη θεραπεία της υπερβολικής εναπόθεσης λίπους στην κοιλιακή χώρα.

Η προσεκτική προεγχειρητική εξέταση είναι κρίσιμη για την εκτίμηση του αποτελέσματος της επέμβασης.

Η λιποαναρρόφηση της άνω και κάτω κοιλίας μπορεί να γίνει με τη μέθοδο της εξοιδηματικής τοπικής αναισθησίας. Διαφορετικοί τύποι κάνουλλας συνδεδεμένοι με αντλία ή με ειδική σύριγγα χρησιμοποιούνται για την αναρρόφηση του λιπώδους ιστού.

Σοβαρές επιπλοκές είναι σπάνιες όταν ακολουθείται η σωστή τεχνική.

Λέξεις κλειδιά: λιποαναρρόφηση, άνω κοιλία, κάτω κοιλία.

Δ. ΝΤΑΣΙΟΥ-ΠΛΑΚΙΔΑ

Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος

Η λιποαναρρόφηση είναι ιδανική μέθοδος για τη θεραπεία της υπερβολικής εναπόθεσης λίπους στην κοιλιακή χώρα.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Ο ιδανικός υποψήφιος για λιποαναρρόφηση άνω και κάτω κοιλίας πρέπει να πληροί τις κάτωθι προϋποθέσεις:

Να είναι σε καλή φυσική κατάσταση και κοντά στο ιδανικό σωματικό βάρος. Ασθενείς των οποίων το σωματικό βάρος υπερβαίνει κατά 10 ή περισσότερα κιλά από το φυσιολογικό δεν είναι καλοί υποψήφιοι για λιποαναρρόφηση. Οι εναποθέσεις λίπους στην κοιλία να είναι εντοπισμένες και ανθεκτικές στην απώλεια βάρους. Το δέρμα να μην είναι χαλαρό. Η καλή ελαστικότητα του δέρματος είναι βασική προϋπόθεση για την επαναφορά του πάνω από το σημείο όπου θα αφαιρεθεί λίπος. Το μυοαπονευρωτικό σύστημα να μην είναι πηλαδαρό. Όταν το μυϊκό σύστημα της κοιλιακής περιοχής έχει καλή τονικότητα, το αισθητικό αποτέλεσμα είναι περισσότερο ικανοποιητικό. Οι

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΙΔΑΝΙΚΟΥ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΓΙΑ ΛΙΠΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΚΟΙΛΙΑΣ

- Να είναι σε καλή φυσική κατάσταση
- Να πλησιάζει το ιδανικό σωματικό βάρος
- Οι εναποθέσεις λίπους στην κοιλιά να είναι εντοπισμένες και ανθεκτικές στην απώλεια βάρους
- Το δέρμα να μην είναι χαλαρό
- Το μυοσπονευρωτικό σύστημα να μην είναι πηλαδαρό
- Ο ασθενής να έχει λογικές προσδοκίες για το αποτέλεσμα
- Ο ασθενής να δεχθεί ένα πρόγραμμα συνεχούς άσκησης και σωστής διατροφής μετά την επέμβαση.

ασθενείς να έχουν λογικές προσδοκίες για το προσδοκώμενο αποτέλεσμα. Επίσης είναι σημαντικό οι ασθενείς να δεχθούν ένα πρόγραμμα συνεχούς άσκησης και σωστής διατροφής μετά την επέμβαση.

ΟΙ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ

Η εξέταση κατά την πρώτη επίσκεψη είναι πολύ κρίσιμη για την εκτίμηση του αποτελέσματος της επέμβασης. Εκτιμούμε την ελαστικότητα του δέρματος με το τεστ του «τσιμπήματος». Πιάνουμε το δέρμα με τον αντίχειρα και το δείκτη και κατόπιν το αφήνουμε να επανέλθει. Αν έχει καλή ελαστικότητα, επανέρχεται αμέσως στη θέση του.

Για να εκτιμήσουμε το πάχος του υποδόριου λίπους και την τονικότητα των κοιλιακών μυών, εξετάζουμε τον ασθενή στην όρθια θέση. Ζητάμε να χαλαρώσει την κοιλιά και μετά να τη σφίξει. Όταν η μυϊκή σύσπαση του κοιλιακού τοιχώματος είναι πτωχή, ενημερώνουμε τον ασθενή ότι δεν μπορεί να περιμένει επίπεδη κοιλιά μετά τη λιποαναρρόφηση. Πρέπει να του επισημάνουμε ότι η κανονική και συνεχής άσκηση είναι απαραίτητη μετά την επέμβαση.

Καθώς ο ασθενής συσπά το κοιλιακό τοίχωμα, μπορούμε να εξετάσουμε το πάχος του υποδόριου ιστού με το τεστ του «τσιμπήματος» (pinch test), πιάνοντας το δέρμα σε όλο το πάχος του.

Στους παχύσαρκους ασθενείς συχνά παρατηρούμε

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. KLEIN'S FORMULA

- Lidocaine 500mg (50ml 1% lidocaine solution)
- Epinephrine 1mg (1mg 1:1.000 solution)
- Sodium Bicarbonate 12,5mEq (12,5ml 8,4% NaHCO_3)
- Normal Saline 1.000ml 0,9% Nacl solution

ότι το υποδόριο λίπος και η υποκείμενη μυϊκή χαλάρωση δεν αποτελούν τη μόνη αιτία της προεξέχουσας κοιλιάς. Υπερβολική ποσότητα λίπους μπορεί να είναι αποθηκευμένο κάτω από το περιτόναιο, στη μεσεντέριο περιοχή. Αυτό το λίπος δεν μπορεί να μειωθεί παρά μόνο με δίαιτα.

Επίσης θα εξετάσουμε για τυχόν ουλές από προηγηθείσες επεμβάσεις κοιλιάς, οι οποίες περιορίζουν τη δίοδο της κάνουλας κατά τη διάρκεια της λιποαναρρόφησης.

Ελέγχουμε προσεκτικά για παρουσία κήλης, η οποία είναι σύνηθες εύρημα σε γυναίκες μετά από έναν αριθμό κυήσεων. Οι περιοχές με κήλη πρέπει να αποφεύγονται κατά την επέμβαση, διαφορετικά υπάρχει κίνδυνος η κάνουλα να διαπεράσει το κοιλιακό τοίχωμα και να εισχωρήσει στο περιτόναιο με σοβαρές συνέπειες.

Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχουν ραβδώσεις στο δέρμα της κοιλιάς, που δημιουργήθηκαν κατά την εφηβεία, λόγω της αύξησης του σώματος, μετά από αύξηση του σωματικού βάρους ή μετά από κύηση. Οι ασθενείς πρέπει να ενημερωθούν ότι η αφαίρεση του υποκείμενου λίπους δεν θα βελτιώσει καθόλου αυτές τις ραβδώσεις και πιθανόν τους πρώτους 3-6 μήνες μετά την επέμβαση το δέρμα να είναι πιο χαλαρό και οι ραβδώσεις να φαίνονται περισσότερο.

Ο υποδόριος ιστός στην άνω κοιλία είναι πολύ σφιχτός και αγγειοβριθής και η λιποαναρρόφηση σε αυτή την περιοχή δεν είναι πάντα επιτυχής.

Συνήθως υπερβολική εναπόθεση λίπους στην άνω κοιλία συνοδεύεται από διόγκωση της κοιλιάς κάτω από τον ομφαλό.

Η προπέτεια της κάτω κοιλιάς είναι συνηθισμένο πρόβλημα σε άντρες και γυναίκες και η λιποαναρρόφηση σε αυτή την περιοχή μπορεί να προσφέρει πολύ καλό αποτέλεσμα, αρκεί να υπάρχει καλός μυϊκός τόνος και το λίπος να είναι εντοπισμένο σε αυτό το σημείο.

Η ΚΟΙΛΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΡΡΕΝΕΣ

Οι άνδρες έχουν πιο ομοιόμορφες εναποθέσεις λί-



Εικόνα 1. Εξέταση του πάχους του υποδόριου ιστού με το τεστ του «τσιμπήματος» (pinch test).

πους, οι οποίες εκτείνονται από την κοιλιά προς την οσφυϊκή χώρα και συνήθως αυτό είναι το πρόβλημα για το οποίο επιζητούν τη λιποαναρρόφηση. Συχνά οι άνδρες παρουσιάζουν διάσταση των ορθών κοιλιακών μυών με αποτέλεσμα τη δημιουργία της χαρακτηριστικής «μπυροκοιλιάς» (beer belly).

Οι άνδρες είναι λιγότερο επιρρεπείς σε ραβδώσεις και χαλάρωση, επειδή έχουν πιο παχύ δέρμα σε αντίθεση με τις γυναίκες, οι οποίες επηρεάζονται από κυήσεις και ορμόνες. Πληθαρότητα παρουσιάζουν μόνο οι άνδρες που είχαν μεγάλες διακυμάνσεις σωματικού βάρους ή μεγάλη απώλεια βάρους.

Οι ασθενείς με περίσσεια δέρματος και διάσταση των ορθών κοιλιακών μυών πιθανόν να χρειάζονται συνδυασμό λιποαναρρόφησης με κοιλιοπλαστική για να αποκτήσουν επίπεδη κοιλιά και καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα.

Η ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Η φωτογράφιση γίνεται πάντα σε όρθια θέση. Είναι απαραίτητη η λήψη οκτώ φωτογραφιών σε πρόσθια θέση, πλάγιες πρόσθιες, προφίλ με την κοιλιά σε σύσπασση και σε χαλάρωση. Κατόπιν οι περιοχές με την περίσσεια λίπους σχεδιάζονται με μαρκαδόρο, πάντα σε όρθια θέση. Όταν ο ασθενής είναι σε ύπτια θέση, αλληλάζει η ανατομία του σώματος.

Η ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ

Οι δερματολόγοι έχουν εξοικειωθεί με την τοπική αναισθησία διογκωτικού τύπου, την αποκαλούμενη "tumescant anaesthesia". Η ποσότητα του αναισθητικού διαλύματος τύπου Klein που θα χρειασθεί εξαρτάται από την έκταση της περιοχής που θα θεραπευθεί. Για



Εικόνα 2.

Α. Λιπογλυπτική άνω και κάτω κοιλίας και οσφυϊκής περιοχής σε άνδρα.

Β. 2η μετεγχειρητική ημέρα, αμέσως μετά την αφαίρεση των επιδέσμων. Εκχυμώσεις μετρίου βαθμού. Το αποτέλεσμα είναι ήδη ορατό.



την άνω και κάτω κοιλιά χρειάζονται συνήθως περί τα 1.000-2.000ml αναισθητικού διαλύματος, όση ποσότητα χρειασθεί για να διογκωθεί αρκετά η περιοχή και οι ιστοί να γίνουν σκληροί. Μόνο μ' αυτόν τον τρόπο έχουμε τα πλεονεκτήματα που προσφέρει αυτή η μέθοδος και προπαντός την αγγειοσύσπαση. Το διάλυμα Klein που χρησιμοποιείται σήμερα είναι ξυλοκαΐνη 0,05% έως 0,1% με αδρεναλίνη 0,65mg ανά λίτρο και διττανθρακικό νάτριο 10mg ανά λίτρο (πίνακας 2). Το διττανθρακικό νάτριο ελαττώνει το αίσθημα καύσου που προκαλείται από το όξινο pH του διαλύματος ξυλοκαΐνης. Επίσης έχει αποδειχθεί ότι το διττανθρακικό νάτριο αυξάνει την αντιμικροβιακή δράση της ξυλοκαΐνης. Η πρόσμειξη επινεφρίνης στο τοπικό αναισθητικό είναι πολύ σημαντική, επειδή προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα: αγγειοσύσπαση, με αποτέλεσμα τη μειωμένη απορρόφηση της αναισθητικής ουσίας, αύξηση της διάρκειας της αναισθητοποίησης και μείωση της απαιτούμενης συνολικής ποσότητας της δόσης. Επίσης, η αγγειοσύσπαση βοηθά την αιμόσταση κι επομένως μειώνεται η απώλεια αίματος.

Η διογκωτική τεχνική τοπικής αναισθησίας αρχικά εφαρμόστηκε για τις ανάγκες της λιποαναρρόφησης και κατόπιν επεκτάθηκε η εφαρμογή της και στις περισσότε-

**Εικόνα 3.**

A. Λιποδυστροφία άνω και κάτω κοιλίας. Σχεδίαση περιοχής στην οποία πρόκειται να γίνει η επέμβαση.

B. Αποτέλεσμα 3 μήνες μετά από λιπογλυπτική άνω και κάτω κοιλίας.

ρες δερματολογικές επεμβάσεις. Η έρευνα του Jeffrey Klein απέδειξε την ασφάλεια της μεθόδου και αύξηση τα επιτρεπτά όρια ασφαλούς δόσης της ξυλοκαΐνης σε 60mg/kg σωματικού βάρους.

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι:

- Δυνατότητα αναισθητοποίησης μεγάλης επιφάνειας με ασφάλεια, αποφεύγοντας τους κινδύνους της γενικής αναισθησίας.
- Ασφάλεια των χειρουργικών αφαιρέσεων. Η υποδόρια έχυση μεγάλου όγκου υγρού υποδόρια διαχωρίζει το δέρμα από τους υποκείμενους ιστούς κι αποφεύγεται η τρώση μεγάλων αγγείων και νεύρων.
- Ελάχιστοποίηση απώλειας αίματος κατά την επέμβαση. Υπολογίσθηκε ότι σε μία λιποαναρρόφηση, για κάθε 1.000ml αφαιρούμενου λίπους μόνο 9,7ml αίματος αναρροφώνται. Αντιθέτως αποδείχθηκε ότι κατά την κλασική λιποαναρρόφηση με γενική αναισθησία, η απώλεια αίματος είναι 35% του αναρροφώμενου όγκου.
- Παρατεταμένη αναλγησία, μέχρι και 24 ώρες μετεγχειρητικά.
- Ο ασθενής μετά 30 λεπτά από την επέμβαση μπορεί να επιστρέψει στο σπίτι του, δεν αισθάνεται πόνο. Δεν χρειάζεται να παραμείνει κλινικής.
- Δυνατότητα εκτέλεσης εκτεταμένων δερματολογικών επεμβάσεων σε κατάλληλα εξοπλισμένο χειρουργείο ιατρού.
- Ταχεία ανάρρωση.

Οι τοξικές επιδράσεις εξαρτώνται από το σύνολο της δόσης. Γι' αυτό χρειάζεται να καταμετράμε τις ποσότητες που χορηγούμε. Η τοξικότητα εμφανίζεται με συμπτώματα απ' το κεντρικό νευρικό σύστημα και λιγότερο το καρδιαγγειακό σύστημα. Αρχικά συμπτώματα τοξικότητας είναι ελαφρά ζάλη και αίσθημα βάρους στο κεφάλι, νυσταγμός, αισθητικές διαταραχές, ανησυχία, αποπροσανατολισμός και ψύχωση. Τραυήλισμα, μυϊκές

αιμωδίες και τρόμος συχνά προηγούνται των σπασμών. Τα συμπτώματα από το καρδιαγγειακό σύστημα περιλαμβάνουν υπόταση, βραδυκαρδία και καρδιακή ανακοπή. Επίσης πιθανές είναι οι αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα όπως αναστολείς των β-υποδοχέων ή και ορισμένα θεραπευτικά βότανα.

Χαρακτηριστικό της ασφάλειας της μεθόδου είναι το αποτέλεσμα έρευνας που έκανε ο Σύνδεσμος Ασφάλισης των Ιατρών της Αμερικής: σε μία τριετία, 1995-1998, στις 257 απαιτήσεις αποζημίωσης λιγότερο από 1% ήταν εναντίον δερματολόγων, αν και οι δερματολόγοι εκτελούν περισσότερες από το ένα τρίτο των λιποαναρροφήσεων στις Ηνωμένες Πολιτείες. Επίσης, το 71% των αποζημιώσεων αφορούσαν λιποαναρροφήσεις που έγιναν σε νοσοκομεία κι όχι σε ιατρεία.

Σε άλλη έρευνα αποδείχθηκε ότι κανένας θάνατος δεν σημειώθηκε σε σύνολο 66.570 λιποαναρροφήσεων που έγιναν από δερματολόγους με τη διογκωτική τοπική αναισθησία στο διάστημα από το 1994 έως 2000.

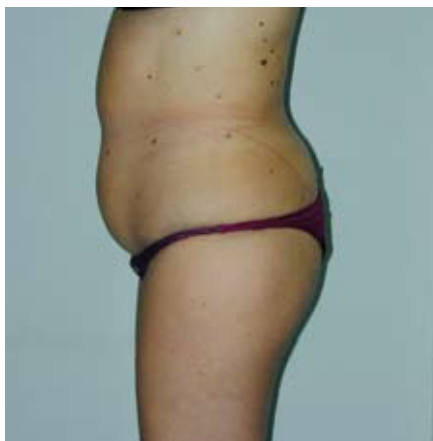
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ

Η άνω κοιλία

Το χόριο στην άνω κοιλία είναι μεγάλου πάχους και σκληρό. Η λιποαναρρόφηση σε αυτή την περιοχή είναι δύσκολη, επειδή ο υποδόριος ιστός είναι πολύ ινώδης. Η κάνουλα βρίσκει μεγάλη αντίσταση. Για ευκολότερη διείσδυση της κάνουλας είναι προτιμότερη η χρήση κάνουλας τύπου σπάτουλας ή κόμπρας. Για καλύτερα αποτελέσματα, η λιποαναρρόφηση στο επιγάστριο πρέπει να είναι πιο επιθετική. Το δέρμα συνήθως έχει καλή ελαστικότητα κι επανέρχεται πολύ καλά μετεγχειρητικά. Δεν υπάρχει κίνδυνος πηλαδρότητας του δέρματος.

Οι τομές πρέπει να γίνονται μία στην υπερομφάλια περιοχή και δύο κάτω από τα πλευρά.

Δυσκολία υπάρχει στην επιτυχή αναισθητοποίηση της

**Εικόνα 4****A.** Πριν.**B.** Τρεις μήνες μετά από αφαίρεση 2.000ml και ένα μήνα μετά από λιπογλυπτική οσφυϊκής περιοχής και γλουτών.**Εικόνα 5.** Με-λάγχρωση ουλών στα σημεία των τομών από τριβή με το ελαστικό εσώρουχο.

περιοχής της άνω κοιλίας. Η ομοιόμορφη διάχυση του αναισθητικού δυσχεραίνεται λόγω της ινώδους σύστασης και η επέμβαση είναι λίγο επώδυνη ακόμη και μετά τη διογκωτική τοπική αναισθησία.

Η κάτω κοιλία

Το λίπος στην κάτω κοιλία είναι μαλακό και η κάνουλα της λιποαναρρόφησης διεισδύει κι ανοίγει τούνελ με ευκολία. Είναι πολύ σημαντικό να ελέγχεται προηγουμένως τυχόν ύπαρξη κήλης. Αν υπάρχει διάσταση των κοιλιακών μυών, πρέπει να είμαστε πολύ προσεκτικοί και να αποφεύγουμε να εισχωρούμε την κάνουλα σε αυτές τις περιοχές. Διαφορετικά υπάρχει κίνδυνος διάτρησης του περιτοναίου και εισόδου της κάνουλας στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Αν υπάρχουν ουλές από προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις, πρέπει να σχεδιάσουμε τις τομές σε περιοχές που να εξασφαλίζουν ότι η κάνουλα δεν θα περάσει από ανάμεσά τους. Διαφορετικά υπάρχει κίνδυνος διάτρησης του περιτοναίου.

Η λιποαναρρόφηση στην κάτω κοιλία προσεγγίζεται από δύο τομές πάνω από το εφηβαίο και μία κάτω από τον ομφαλό.

Ο τύπος κάνουλας που είναι κατάλληλος γι' αυτή την περιοχή είναι με στρογγυλεμένο αμβλύ άκρο, με ένα, δύο ή τρία ανοίγματα, και διάμετρο λιγότερο από 4 χιλ.

Τα τούνελ εκτελούνται αρχικά από τα βαθύτερα στρώματα και μετά πιο επιφανειακά. Προσοχή χρειάζεται ώστε να αφήνουμε ένα επιφανειακό στρώμα λίπους για μη γίνει το δέρμα ρυτιδωμένο και πηλαδαρό.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η περίδεση της θεραπευμένης περιοχής είναι ουσιαστική για το τελικό αποτέλεσμα. Η χρήση ελαστικού αυτοκόλλητου επιδέσμου επαναφέρει το δέρμα και δρα ως πιεστικός επίδεσμος που εμποδίζει το οίδημα και τις εκχυμώσεις. Τοποθετούμε πρώτα γάζες στις τομές και μετά τις αυτοκόλλητες ταινίες σε σχήμα χιαστί, αρχίζοντας από κάτω προς τα άνω. Αφαιρούμε τους επιδέσμους μετά από 2-3 ημέρες και συμβουλεύουμε τη χρήση λιαστέξ επί 4-6 εβδομάδες.

Προειδοποιούμε τον ασθενή ότι οι εκχυμώσεις και το οίδημα είναι αναμενόμενα μετά την επέμβαση κι ότι θα αποδράμουν σταδιακά σε 2-3 εβδομάδες.

Συχνά δημιουργούνται οζώδεις σχηματισμοί, οι οποίοι είναι σκληροί κι ελαφρά επώδυνοι μετά τη λιποαναρρόφηση, ιδιαίτερα στην περιοχή του επιγαστρίου. Αυτοί οι όζοι αποδράμουν σε 2-3 εβδομάδες.

Τακτική άσκηση συνιστάται να αρχίζει μετά 1-2 εβδομάδες μετά την επέμβαση, για να ενισχυθούν οι κοιλιακοί μύες και να βελτιωθεί η πηλαδαρότητα του κοιλιακού τοιχώματος.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οίδημα και εκχυμώσεις είναι αναμενόμενες ελαφρές επιπλοκές, όπως μετά από λιποαναρρόφηση σε οποι-

αδήποτε περιοχή του σώματος, όμως σε μικρότερο βαθμό και διάρκεια όταν εφαρμόζεται με τη μέθοδο της διογκωτικής τοπικής αναισθησίας.

Σκληρύνσεις του υποδόριου ιστού δημιουργούνται συχνά, ιδιαίτερα μετά από λιποαναρρόφηση της άνω κοιλίας και μπορεί να παραμένουν επί περισσότερο από τρεις μήνες μετεγχειρητικά. Κακή φροντίδα των μικρών τομών πολλές φορές μπορεί να δημιουργήσει μικρές μεν, αλλά δυσχρωμικές ουλές.

Ως σπάνιες επιπλοκές έχουν αναφερθεί το επίμονο εξίδρωμα, το οποίο υποτροπιάζει, καθώς και το cutis marmorata (μαρμαροειδές δέρμα), το οποίο οφείλονταν σε πολύ επιφανειακή λιποαναρρόφηση, με συνέπεια την καταστροφή μέρους του αρτηριακού πλέγματος του χορίου και επακόλουθη νέκρωση δέρματος.

Η πιο σοβαρή επιπλοκή που έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία είναι η περιτονίτιδα από διάτρηση του περιτοναίου και είσοδο της κάνουλας στον ενδοπεριτοναϊκό χώρο. Ο προεγχειρητικός εντοπισμός κήλης αποτρέπει αυτή τη σοβαρή επιπλοκή.

SUMMARY

Liposuction surgery is an ideal method for treating excessive local adiposities in the abdominal area. Detailed preoperative examination is critical for the estimation of the post surgical result. Liposuction of the upper and lower abdomen can be performed under local anaesthesia using the tumescent technique. Several types of cannulas connected to a suction machine or to syringe are used to extract the adipose tissue. Severe complications are rare if appropriate technique is used.

Key words: liposuction, upper abdomen, lower abdomen.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Δ. Ντάσιου-Πλακίδα

Αντωνοπούλου 114, 382 21, Βόλος

E-mail: caster@otenet.gr

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Fournier P. Body sculpturing through syringe liposuction and autologous fat re-injection. Samuel Rolf International, 1987.
2. Fournier P. Liposculpture: Ma technique. Paris: Amette; 1989.
3. Asken S. A manual of liposuction surgery and autologous fat transplantation under local anesthesia. K. Terry & Associates, 1986.
4. Coleman W. Cosmetic Surgery of the Skin: Principles and Techniques. B.C. Decker.
5. Matarasso A, Matarasso S. When does your liposuction patient require an abdominoplasty? *Dermatol Surg* 1997; 23:1151-60.
6. Glashover M, Coleman WP 3rd, Lewis A, Mason S, Plaisance J. Seroma formation following abdominal liposuction. *Dermatol Surg* 2005 Jul; 31(7 Pt 1):770-1.
7. Porto da Rocha R, Porto da Rocha EL, de Souza Pinto EB, Sementilli A, Nakanishi CP. Cutis marmorata resemblance after liposuction. *Aesthetic Plast Surg* 2005 Jul-Aug; 29(4):310-2.
8. Coleman III WP, Hanke CW, Lillis P, Bernstein G, Narins R. Department of Dermatology, Tulane University School of Medicine, New Orleans, Louisiana, USA. Does the location of the surgery or the specialty of the physician affect malpractice claims in liposuction? *Dermatol Surg* 1999 Sep; 25(9):737-8.
9. Coleman WP 3rd, Hanke CW, Bernstein G, Bullock S. Safety of tumescent liposuction in 15, 336 patients. National survey results *Dermatol Surg* 1995 May; 21(5):459-62.
10. Venkat AP, Coldiron B, Balkrishnan R, Camacho F, Hancox JG, Fleischer AB Jr, Feldman SR. Lower adverse event and mortality rates in physician offices compared with ambulatory surgery centers: a reappraisal of Florida adverse event data. *Dermatol Surg* 2004 Dec; 30(12 Pt 1):1451-53.
11. Housman TS, Lawrence N, Mellen BG, George MN, Filippo JS, Cerveney KA, DeMarco M, Feldman SR, Fleischer AB. The safety of liposuction: results of a national survey. *Dermatol Surg* 2002 Nov; 28(11):971-8.
12. Hanke W, Cox SE, Kuznets N, Coleman WP 3rd. Tumescent liposuction report performance measurement initiative: national survey results. *Dermatol Surg* 2004 Jul; 30(7):967-77; discussion 978.
13. Coldiron B. Liposuction can be safe in offices. *Health Aff (Millwood)*. 2002 Jul-Aug; 21(4):26-39.
14. Glashover M, Coleman WP 3rd, Lewis A, Mason S, Plaisance J. Seroma formation following abdominal liposuction. *Dermatol Surg* 2005 Jul; 31(7 Pt 1):770-1.
15. Porto da Rocha R, Porto da Rocha EL, de Souza Pinto EB, Sementilli A, Nakanishi CP. Cutis marmorata resemblance after liposuction. *Aesthetic Plast Surg* 2005 Jul-Aug; 29(4):310-2.