

# Leitungsanästhesien bei Tätowierungen

## Leserfrage

**Zunehmend häufig treffen wir bei geplanten rückenmarknahen Leitungsanästhesien im Lendenwirbelbereich auf Patientinnen, die dort großflächige, ornamentartige Tätowierungen aufweisen. Wenn immer möglich, versuchen wir für die kutane Perforation Areale auszuwählen, die nicht von der Tätowierung betroffen sind. Ist es, wenn kein anderer Punktionsweg möglich ist, auch zulässig, durch einen tätowierten Hautbezirk hindurch zu punktieren? Mit welchen Folgen müsste man bei punktionsbedingter „Verschleppung“ von Farbpigmenten in die Tiefe rechnen? Sind diesbezüglich Unterschiede bei Spinal- und Epiduralanästhesie zu machen? Ist die Doppelnadeltechnik bei Spinalanästhesien (Führungskanüle und dünne Spinalkanüle) ein wirksamer Schutz? Gilt sinngemäß Gleiches auch für eine kombinierte Spinal- und Epiduralanästhesie („combined spinal-epidural anesthesia“, CSE)?**

**J. Biscopig, Karlsruhe**

## Antwort

Nach wie vor sind dekorative temporäre und permanente Schmucktätowierungen bei Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen und trotz der möglichen Komplikationen „trendy“ [1, 3, 6]. Kohortenuntersuchungen haben ergeben, dass in der west-

lichen Hemisphäre 3–5% der Bevölkerung mindestens eine Schmucktätowierung tragen [4]. Von jungen Frauen werden „erotische Zonen“ als Tätowierungsregion bevorzugt. Dazu zählt auch die Lumbalregion – dort, wo der Anästhesist seine Punktionkanüle einsticht. Verständlich, dass hier eine Tätowierung zur Verunsicherung des Arztes führen kann. Wer „verletzt“ schon ohne Not ein „Kunstwerk“ oder „durchsticht“ ein „Kleidungsstück“? (Slogan der Tätowierer: „Wer nicht tätowiert ist, ist nackt! Wer will schon nackt umherlaufen?“.)

Histopathologisch liegen die Tätowierungspigmente nach einer professionellen Tätowierung mehr oder weniger dicht gepackt an der Grenze von papillärer und retikulärer Dermis nicht „auswaschbar“ zwischen kollagenen Fasern und in Makrophagen, Histiocyten sowie Fibroblasten [2].

■ **Aufgrund dieser festen Verankerung ist das Verschleppen kleiner Pigmentmengen – unabhängig von der Anästhesieart und der Punktionstechnik – in die Tiefe theoretisch möglich, praktisch aber ohne Belang.**

Wider Erwarten in die Tiefe gelangtes Pigment wird entweder über den Lymphweg abtransportiert und in den regionären Lymphknoten gespeichert [5], oder es bleibt in der Subkutis bzw. den Faszienstrukturen liegen. Hier kann es aufgrund der kleinen Mengen und seiner tiefen Lage keine sichtbaren punktionsbedingten Tätowierungen verursachen.

## Korrespondierender Autor

**Prof. Dr. G. Sebastian**  
 Klinik und Poliklinik für Dermatologie,  
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
 an der TU Dresden  
 Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
 guenther.sebastian@tu-dresden.de

## Literatur

1. Amann U, Luger TA, Metz D (1997) Lichenoid-pseudolymphomatöse Tätowierungsreaktion. *Hautarzt* 48: 410–413
2. Iyengar V, Arndt KA, Rohrer TE (2005) Laser treatment of tattoos and pigmented lesions. In: Robinson JK, Hanke CW, Sengelmann RD, Siegel DM (eds) *Surgery of the skin*. Elsevier Mosby, Philadelphia, pp 599–624
3. Jung P, Sesztak-Greinecker G, Wantke F et al. (2006) Schwarze Hennatattoos: eine unterschätzte Ursache für Lawson- und Benzocainallergie. *Allergologie* 29: 86–91
4. Montgomery DF, Parks D (2001) Tattoos: counseling the adolescent. *J Pediatr Health Care* 15: 14–19
5. Sperry K (1992) Tattoos and tattooing. Part II: Gross pathology, histopathology, medical complications and applications. *Am J Forensic Med Pathol* 13: 7–17
6. Waldmann I, Vakilzadeh F (1997) Allergische Spätreaktion auf roten Azofarbstoff in Tätowierungen. *Hautarzt* 48: 666–670