

# face and body

Magazin für Ästhetik

© Subbotina Anna/Shutterstock.com

ISSN 1864-4279 • 15. Jahrgang • Entgelt bezahlt: 74677 • Preis: € 10,00 zzgl. MwSt.

4 / 21

## Fachbeitrag

Composite-Augmentationen  
des Gesäßes

## News

Botox gegen Depressionen -  
internationaler  
Wissenschaftlerstreit

## Spezial

Kollagenbooster  
für die Haut

Jetzt mit eigener Website!  
[www.faceandbody.online](http://www.faceandbody.online)

0277113



# ZO<sup>®</sup> SKIN HEALTH

## Zur **Erhaltung** oder **Wiederherstellung** der **Hautgesundheit**

ZO<sup>®</sup> SKIN HEALTH hat einige hochpotente Produkte mit einer stark therapeutischen Wirkung. Diese dürfen nur unter ärztlicher Aufsicht angewendet werden. Aus diesem Grund wird ZO<sup>®</sup> ausschließlich bei ausgewählten Ärzten oder medizinischen Fachpraxen vertrieben. Alle Ärzte und Mitarbeiter werden vorab intensiv geschult, um den sicheren Umgang und das beste Ergebnis mit den Produkten zu gewährleisten.

**Prävention, Therapie, Pflege oder Schutz der Haut – die „Mission“ von ZO<sup>®</sup> SKIN HEALTH!**



INTERESSE?

Mit ZO<sup>®</sup> Programmen ist es möglich, Hautprobleme vorzubeugen, die Zeichen von Hautalterung zu minimieren sowie Hautschäden oder -krankheiten zu behandeln und Therapieergebnisse langfristig zu erhalten. Nach einer ausführlichen Hautanalyse wird, abhängig vom Befund, ein individuelles Protokoll für Ihre Patienten erstellt.



Offizieller ZO<sup>®</sup> SKIN HEALTH Partner in Deutschland & Österreich.

NOVVIA GMBH – Am Lohmühlblach 14 – D-85356 Freising – info@novvia.de – Tel.: +49 (0) 8161 969940  
www.novvia.de

**Dr. med. Wolfgang Philipp-Dormston**  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Botulinum- und Fillertherapie



**V**or 30 Jahren beschrieben Jean und Alastair Carruthers die faltenglättende Wirkung von Botulinumtoxin A und legten damit den Grundstein für die Ästhetische Medizin mit „Injectables“. Vor 20 Jahren erschien die Erstauflage des internationalen Lehrbuchs *Botulinum toxin in Aesthetic Medicine* von Boris Sommer und Gerhard Sattler, und seit zehn Jahren nimmt die Akzeptanz gegenüber ästhetischen Injektionsbehandlungen auch in der allgemeinen öffentlichen Wahrnehmung deutlich zu. Dies nicht zuletzt aufgrund eines wissenschaftlichen Umgangs mit dem Thema auf der Grundlage zahlreicher klinischer Studien und Zulassungserweiterungen.

Die Entwicklung neuer Injektionsverfahren sowie neuer Botulinumtoxine und Filler schreitet stetig voran. Ona-, Abo/dry-, Abo/liquid-, Inco-, Pra- und Leti-Botulinumtoxin A sind die Wirkstoffe, die in Europa zugelassen sind respektive kurz vor der Zulassung stehen, ganz zu schweigen von hunderten Fillern, die als Medizinprodukte auf dem Markt zur Verfügung stehen.

Als ich mich letzte Woche mit Jean Carruthers wegen einer gemeinsamen Publikation austauschte, fasste sie es sehr treffend zusammen „What began as a potential-rather daring and quite possibly dangerous treatment for a single disorder has translated into a worldwide phenomenon.“

Die Kehrseite der Medaille ist, dass diese steigende Nachfrage zunehmend auch von unzureichend ausgebildeten „Anbietern“ auf Kosten der Patientensicherheit bedient wird. Vor diesem Hintergrund sind eine fundierte Ausbildung und Erfahrung der ästhetisch injizierenden Ärzte im

## INHALT

### 03 Editorial

Dr. med. Wolfgang Philipp-Dormston

### 06 Composite-Augmentationen des Gesäßes

Prof. Dr. med. Goetz A. Giessler, FEBOPRAS

Dr. med. Veronika Mandlik

### 12 Straffe Männerbrust mit dem Chestlift

Dr. med. Joachim Graf von Finckenstein



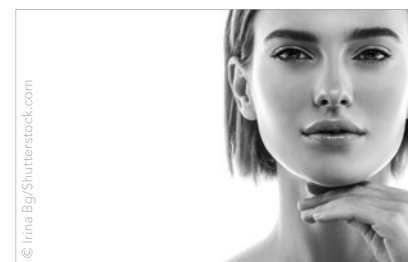
### 16 Wadenvergrößerung mit Silikon- implantaten - sichere Anwendung für einen zunehmenden Trend

PD Dr. med. Georg Huemer, MBA;

Ass. Dr. med. Maximilian Zaussinger

### 18 Die schöne Nase - Quo vadis?

Facharzt Alexander Heinicke



### 20 Die DGBT - eine Fachgesellschaft mit mehr als 1.400 Mitgliedern

### 22 Botox gegen Depressionen - internationaler Wissenschaftlerstreit



Umgang mit den Produkten von größter Bedeutung. Ein verantwortungsvoller Umgang mit ästhetischen Injektionsverfahren sollte eine Selbstverständlichkeit in der modernen Medizin sein und der Anspruch eines jeden gewissenhaften Arztes.

Objektive, wissenschaftliche und neutrale Wissensvermittlung für Ärzte und Patienten bilden hier den Grundstein. In diesem Zusammenhang möchte ich mich ganz herzlich im Namen aller Mitglieder und Kursabsolventen der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Botulinum- und Fillertherapie (DGBT) bei meinem Vorgänger und Gründungspräsidenten Dr. Boris Sommer und dem Gründungs- und Präsidiumsmitglied Dr. Dorothee Bergfeld bedanken. Mit ihrem unermüdlichen Engagement im Rahmen der DGBT seit nunmehr 16 Jahren haben die beiden die ärztliche Aus- und Weiterbildung im Bereich der ästhetischen Injektionsbehandlungen nachhaltig geprägt. Sie und die DGBT-Referenten haben entscheidend zu einer standardisierten, wissenschaftlich ausgerichteten und gleichzeitig praktisch orientierten Ausbildung im deutschsprachigen europäischen Raum beigetragen und somit auch einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssteigerung und der Patientensicherheit geleistet.

Ich möchte Sie ganz herzlich einladen, sich bei diesem Anspruch an eine kontinuierliche Weiterbildung einzubringen und würde mich sehr freuen, Sie auf der 10. Fachtagung der DGBT am 4. und 5. März 2022 im Plenarsaal des World Conference Center Bonn begrüßen zu dürfen.

In diesem Jahr liegt neben den sechs Botulinumtoxinen ein besonderer Fokus auf der Injektions-Anatomie, die in Form von Live-Darstellungen am Präparat die Live-Injektionen im Plenum flankiert, ebenso wie die praxisrelevanten Vorträge mit zahlreichen wertvollen Einblicken und Neuerungen durch die DGBT-Referenten.

Im Rahmen der Kongressteilnahme besteht ebenfalls die Möglichkeit, sich mit den Referenten persönlich auszutauschen, an interaktiven Workshops und Symposien teilzunehmen oder wissenschaftliche Kongress-Poster einzureichen: „Tell Me and I Forget; Teach Me and I May Remember; Involve Me and I Learn“ (Benjamin Franklin).

Ich wünsche Ihnen einen schönen und hoffentlich gesunden Dezember, eine frohe Weihnachtszeit und alles Gute für das kommende Jahr.

Ihr Wolfgang Philipp-Dormston



## INHALT

**23**  
News

**36**  
Produkte

**40**  
Kollagenbooster für die Haut

Dr. med. Karl Schuhmann



**46**  
Gold: European Product Design Award für den kombinierten fraktionierten Laser Alma Hybrid

Christine Krieger



**48**  
Laserbehandlung künftig nur noch durch Ärzte!

Christian Erbacher, LL.M.

**50**  
Events + Impressum



## Objektive Risikobewertung mit Informationen aus der Tiefe der Haut

Nevisense ist ein Gerät zur Risikobewertung bei Läsionen mit Verdacht auf Hautkrebs, und eine bewährte Methode, die mit zahlreichen Studien klinisch belegt wurde, darunter die weltweit größte prospektive Studie zur Melanomerkennung<sup>1)</sup>, und aktuelle Studien zur Genauigkeit auf weißem Hautkrebs<sup>2)</sup>.

Auf diese Weise stehen dem Arzt bei der Entscheidung über den weiteren Therapieverlauf zusätzliche Informationen zur Verfügung. Dabei kommt eine Technik namens Elektrische Impedanzspektroskopie (EIS) zum Einsatz. Die EIS misst durch Aussendung harmloser elektrischer Signale die elektrische Hautimpedanz bei verschiedenen Frequenzen und akquiriert Informationen aus einer Tiefe bis 2,5mm.

Das von Hautkrebs betroffene Gewebe weist eine andere Impedanz als gesundes Gewebe auf. Anhand einer Analyse der Läsion wird mit Hilfe eines KI-basierten Klassifikators ein Risikowert bestimmt. Mehr als 350 Praxen in Deutschland vertrauen bereits Nevisense (Stand März 2021). Weitere Informationen auf [www.nevisense.de](http://www.nevisense.de)

### Integrieren Sie Nevisense für genauere klinische Entscheidungen

- Reduzierung unnötiger Exzisionen
- Monitoring auffälliger Läsionen
- 97% Sensitivität auf Melanome\*
- 100% Sensitivität auf BCC/SCC\*\*
- Negativer Vorhersagewert von 99%

\* Ab dem Stadium T1b lag die gemessene Sensitivität bei 100%

\*\* bei einem Score-Cutoff von 5

Für Anwender:  
fragen Sie  
nach einem  
Update



 **NEVISENSE™**  
by SCIBASE

JETZT NEU: Nevisense auch auf BCC/SCC zugelassen

# Unsichtbare Anzeichen für Hautkrebs messen

<sup>1)</sup> Clinical performance of the Nevisense system in cutaneous melanoma detection: an international, multicentre, prospective and blinded clinical trial on efficacy and safety. Malvey J, Hauschild A, Curiel-Lewandrowski C, et al. *British Journal of Dermatology*. Band 171, Ausgabe 5, November 2014, Seiten 1099-1107

<sup>2)</sup> Diagnostic Accuracy of Electrical Impedance Spectroscopy in Non-melanoma Skin Cancer. Sarac E, Meiwes A, Eigentler TK, Forchhammer S, Kofler L, Häfner HM, Garbe C. *Advances in Dermatology and Venereology/ACTA-DV* (2020)

- Bitte senden Sie mir Informationen und Studienergebnisse zu  
 Ich interessiere mich für eine Workshopeteilnahme  
 Ich wünsche eine Praxisdemonstration  
 Ich wünsche: \_\_\_\_\_

Ich bin an weiteren Informationen interessiert:

Praxis: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Bitte ausschneiden/kopieren und per Fax an: 089 – 2093 1452 oder senden Sie eine email an: [info@nevisense.de](mailto:info@nevisense.de)

Gebühr zahlt  
Empfänger

SciBase GmbH  
Widenmayerstr. 11  
DE-80538 München



# Composite-Augmentationen des Gesäßes

Die plastisch-chirurgische Vergrößerung des Gesäßes ist seit einigen Jahren ein nicht mehr wegzudenkendes Thema in der Fachliteratur und allen klassischen und neuen sozialen Medien. Es gibt sogar einige Apps für die allgegenwärtigen Smartphone-Selfies und -Bilder, welche speziell darauf abzielen, suboptimale Taillen, Hüften und Oberschenkel so zu modifizieren, dass sie dem gewünschten Schönheitsideal entsprechen.

Prof. Dr. med. Goetz A. Giessler, FEBOPRAS; Dr. med. Veronika Mandlik

**B**ei der unscharf als „Gesäßvergrößerung“ oder dem „Brazilian Butt Lift“ bezeichneten Prozedur geht es häufiger vorrangig um eine Harmonisierung und Betonung der Konturen des Rumpf-Gesäß-Bein-Übergangs als um eine effektive Vergrößerung des Gesäßes alleine. Bei vielen Patientinnen (und Patienten!) ist ausreichend Gewebe vorhanden, um eine sehr attraktive Gesäßform zu erzielen. In Einzelfällen sind dagegen auch Implantate notwendig, welche im Übrigen nicht immer nur aus Silikon sein müssen.

## Einleitung

Die Transplantation von körpereigenem Fett ist in der Ästhetischen und Rekonstruktiven Plastischen Chirurgie nicht mehr wegzudenken. In der Ausgabe 1/2021 der *face and body* stellten wir die verschiedenen Optionen der Brustvergrößerungen mit Implantaten und Eigenfett, die sogenannten Composite- oder Hybrid-Augmentationen vor. An der Brust bestimmt das Implantat in den weitaus überwiegenden Fällen die Form und Projektion, während das Eigenfett Breite, Volumen und weiche Übergänge bieten kann. Wie bereits oben erläutert, besteht dagegen ein ganz wesentlicher Anteil der landläufig als Gesäßvergrößerung bezeichneten Eingriffe aus der Freilegung der Projektion durch Entleerung der Flanken, des lumbosakralen Übergangs und der Volumenreduktion und Strukturierung des Unterbauches.

## Liposuktion und Fettgewebsgewinnung

Die genauere Behandlung der einzelnen anatomischen Regionen, wie sie beispielsweise von Mendieta und Hoyos in detail beschrieben wurden, kann aus Platzgründen hier nicht erfolgen. Die sich hieraus ergebende Reduktion der sogenannten Waist-to-Hip-Ratio ist der ganz wesentliche primäre Grundsatz der optischen Betonung des Gesäßes. Zusammen mit der Aspirationslippektomie der Innenseiten der Oberschenkel sind diese Areale gleichzeitig die Hauptspenderareale für die Eigenfett-

transplantation als den nächsten gesäßformenden Schritt. Die Aspirationslippektomie kann in verschiedenen Techniken durchgeführt werden. Verbreitet sind vibrationsassistierte (PAL - power assisted liposuction) oder wasserstrahlassistierte (WAL - water jet assisted liposuction) Systeme.

Nach der Fettextraktion ergibt sich nun die Frage, ob die Ausarbeitung der gewünschten Gesäßkontur ausschließlich mit Eigenfett oder zusätzlich mit Implantaten (Composite oder Hybrid-Augmentation) erfolgen soll. Hierzu ist es präoperativ notwendig, die Anatomie der Fettverteilung, der Muskulatur und des knöchernen Skeletts zu analysieren und mit den Wünschen und technischen Möglichkeiten der Patientin abzugleichen (Abb. 1 a-c und Abb. 2 a-c). Besonders bei der Verwendung von Gesäßimplantaten ist es notwendig, den vorhandenen Gluteus-maximus-Muskel in Größe und Form zu evaluieren: Grund hierfür ist die inzwischen sehr populäre Platzierung der Implantate intramuskulär. Dies bedingt die limitierte Varianz der verwendbaren Implantatgrößen im Vergleich zur Augmentation der weiblichen Brust.

Im Laufe der Jahre hat sich nun für diesen zweiten Schritt die Strategie ein wenig verändert: Im Falle eines tatsächlichen posterioren Projektionsdefizits bestand die klassische Strategie in der alleinigen Verwendung von Gesäßimplantaten entweder unter oder über dem Muskel. Die Komplikationsrate (Kapselfibrose, Serome, Verdrehung, Nervenschäden, Infekte, Wundheilungsstörungen, Schmerzen etc.) war außergewöhnlich hoch (ca. 30 Prozent). Der Wunsch nach einer „sanduhrförmigen“ Körpersilhouette durch Verbreiterung der Hüften und insbesondere die Harmonisierung der Gesäßkontur in der Frontalebene war zudem allein durch Implantate so gut wie unmöglich. Mit dem Beginn der Fetttransplantation in allen Bereichen der Plastischen Chirurgie schlug daher das Pendel bei der Ästhetischen Gesäßchirurgie zunächst weit in Richtung großvolumiger Fetttransplantationen aus. Die Korrektur in der Frontalebene (Mendieta's C-Point, Aslani's anterior hip expansion) war sehr gut möglich. Umfangreiche Kontur- und





01 a



01 b



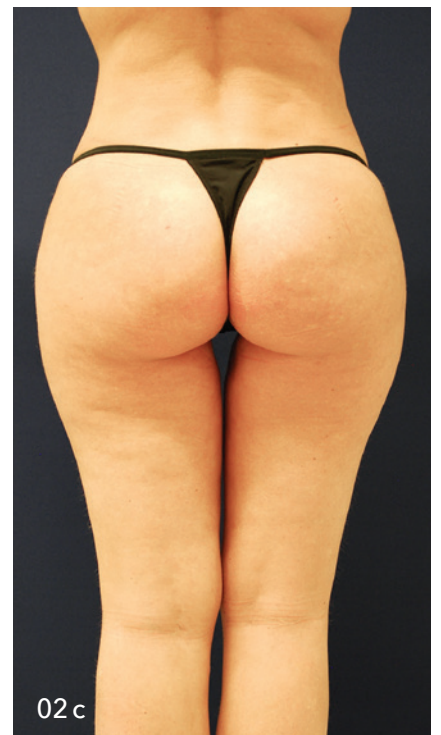
01 c



02 a



02 b



02 c

**01 a-c**

Präoperative Ansicht, welche die Dysharmonie der Gesäßkontur in den Frontalansichten zeigt. Die posteriore Gesäßprojektion ist allerdings gut (Seitenaufnahme) bei kräftiger Lordose und schwacher Bauchmuskulatur. Lokalisierte Fettdepots zur Gewinnung von ausreichend Eigenfett an den Hüften und den Innenseiten der Oberschenkel sind vorhanden.

**02 a-c**

Postoperatives Ergebnis nach zwei Sitzungen Eigenfetttransplantation ohne Gesäßimplantate. Verdeutlichte Projektion posterior allein durch Optimierung der Waist-to-Hip-Ratio und Freilegung der Lordose. Aufgrund der Haltung und der orthopädischen Gegebenheiten hätte eine zusätzliche Verwendung von Gesäßimplantaten kein harmonisches Ergebnis ergeben. Attraktive Harmonisierung der Hüftregionen in der frontalen und posterioren Ansicht.





**03 a**  
Leichenpräparat, welches die zum Teil sehr großen Venen in der Glutealmuskulatur zeigt. Eine intentionelle oder akzidentielle intramuskuläre Platzierung des Lipoaspirats während des Injektionsvorgangs hat ein hohes Risiko für eine Translokation des Fettes in das Gefäßsystem.

**03 b**  
Leichenpräparat. Über einen paramedian zur Interglutealfalte angelegten Zugang wurde ein Implantat intramuskulär eingelegt. Zur Anschaulichkeit ist der Hautmantel zusätzlich angehoben. In vivo ist die muskuläre Bedeckung natürlich wesentlich dicker als hier am Kadaver.

**03 c**  
Leichenpräparat. Die Implantattasche muss mit einer vertretbaren Spannung mehrschichtig zu verschließen sein. Jeder Kompromiss erhöht das Risiko für eine Wundheilungsstörung deutlich.

Volumenänderungen wurden durchgeführt, jedoch ergab sich ohne die Verwendung von Gesäßimplantaten (man hatte ja schlechte Erfahrungen gemacht) eine unzureichende posteriore Gesäßprojektion und ein schlechtes Langzeitüberleben der großvolumigen Fettmengen. Zum Teil versuchte man, dies zu kompensieren, indem man das abgesaugte Fett auch unter Druck in den gut durchbluteten und kräftigen M. gluteus maximus infiltrierte. Mit diesem Verfahren waren die Sterblichkeitsraten sehr hoch (bis zu 1:3.000 Patienten), was zu alarmierenden Mitteilungen der Fachgesellschaften, teilweise sogar expliziten Verboten dieser Prozedur und der Gründung spezieller Task Forces der plastisch-chirurgischen Fachgesellschaften führte. Grund für diese hohen Todesraten war die Translokation des flüssigen, durch die vorherige Liposuktion abgesaugten Fettes durch verletzte intramuskuläre Glutealvenen (Abb. 3a) in den Kreislauf, wo es zu Fettembolien führte.

Eine heutige Composite-Gesäßvergrößerung nutzt daher die Vorteile beider Verfahren und reduziert durch einen kleineren Volumenanteil beider individuellen Komponenten das Komplikationsrisiko. Eine alleinige Verwendung von intramuskulären Gesäßimplantaten ohne zusätzliche Fetttransplantation (zum Beispiel, weil keine extrahierbaren Areale vorhanden sind) ist sehr wenigen Spezialfällen vorbehalten.

## Implantatplatzierung

Nachdem der erste Schritt der Aspirationslippektomie in Rücken- und Seitenlage durchgeführt wurde, muss die Patientin zur Präparation der Implantattaschen in Bauchlage gelagert werden. Obwohl die klassischen singulären Inzisionen in der Interglutealfalte auf den ersten Blick kosmetisch etwas besser erscheinen, haben sie sich bei den führenden Operateuren nicht bewährt. Jedes Implantatlager (pocket) wird daher über einen separat gelegenen paramedianen Schnitt adressiert (Abb. 3b), wobei die intramuskuläre Lage bei der überwiegend stumpf durchgeführten Präparation aufgrund der postoperativ relativ starken mechanischen Belastung der Muskel-Implantateinheit nicht verletzt werden darf. Somit legt bei primären Implantationen eigentlich die Anatomie des Muskels, das für den jeweiligen Patienten verwendbare Implantatvolumen fest, welches einen sicheren Muskelverschluss erlauben muss (Abb. 3c). Aufgrund dieser relativen Enge sind auch Primärimplantationen von doppelkonvexen (linsenförmigen) Implantaten selten ratsam. Bei Revisionseingriffen mit bereits adaptierter Muskeltasche können diese jedoch noch ein zusätzliches Quantum an posteriorer Projektion schaffen. Das Einbringen der Implantate erfolgt ähnlich den Richtlinien wie von Adams bei der Brustaugmentation empfohlen. Drainagen sind empfehlenswert. Anschließend werden die Zugänge mehrschichtig, anatomisch korrekt und stabil vernäht.

## Eigenfetttransplantation

Als dritter und letzter Schritt erfolgt nun die strikt epifasziale Infiltration des abgesaugten Fettes, welches in einem geschlossenen System aufbewahrt wurde. Dabei wird das Fett nicht unter Druck infiltrierte, sondern in der sogenannten expansion vibration lipofilling Technik. Diese nutzt eine vibrierende, einen temporären Hohlraum erzeugende großlumige

stumpfe Kanüle mit mindestens 4mm Innendurchmesser, durch welche mit niedrigem pumpengesteuertem Druck das Fett sanft und scherkkräftearm transplantiert werden kann. Die nicht geräteführende Hand ertastet konstant Gewebeturgor, Schichtdicke und vor allem die Kanülenspitzenposition. Diese sollte immer zur Dermis zeigen (Abb. 4). Basierend auf anatomischen Studien ergibt sich eine zusätzliche Sicherheit gegen klinisch manifeste Fettembolien dann, wenn medial einer senkrechten Linie durch den höchsten Punkt des hinteren Beckenkamms kein Fett transplantiert wird. Der Operateur fungiert in diesem Schritt wie ein Bildhauer: Die Harmonisierung der Gesäßkonturen bei gleichzeitiger Betonung der lateralen Projektion („lateral hip expansion“) und die Umkleidung der sich möglicherweise in diesem Stadium noch abzeichnenden Implantatkonturen werden nun abschließend in Bauchlage mit geknickter Hüfte („jackknife position“) durchgeführt. Optimal ist eine intraoperative Ultraschallgesteuerte Verifikation der Kanülenspitzenposition oberhalb der tiefen Glutealfaszie während der Fettinfiltration.

### Nachbehandlung

Die postoperative Nachbehandlung besteht aus konsequenter Gesäßentlastung für sechs Wochen, passender Kompressionswäsche, stadienangepasster Lymphdrai-

nage, Massagen und Gewebelockerungsübungen. Sie hat einen ganz wesentlichen Anteil an einem komplikationsfreien Heilungsverlauf und einem guten Ergebnis. Eine Sportkarenz für sechs Wochen, außer einem leichten Oberkörpertraining, ist ebenso einzuhalten. Eine Raucher-karenz senkt das Risiko für eine Wundheilungsstörung erheblich und erhöht den Anteil des überlebenden Fettgewebes.

### Sekundäreingriffe

Wie nach allen plastisch-chirurgischen Fetttransplantationen entsteht auch bei der Composite-Gesäßaugmentation ein Volumenverlust, welcher sich in zwei wesentliche Teile gliedert: In den ersten Tagen erfolgt durch Rückresorption und nach außen über die Stichinzisionen ein Verlust des Großteils der Tumescenzflüssigkeit. Dies resultiert in einem signifikanten Volumenrückgang gegenüber der unmittelbar postoperativen Situation. In den weiteren Wochen gehen auch bei schonender operativer Routine 30 bis 50 Prozent des transplantierten Fettes verloren, und das Endergebnis ist erst nach ca. sechs bis acht Monaten zu erwarten. Gelegentlich wünschen Patientinnen danach eine zweite Sitzung Eigenfetttransplantation, um den erlebten Volumenverlust nach der ersten Sitzung auch langfristig auszugleichen. Regelmäßig

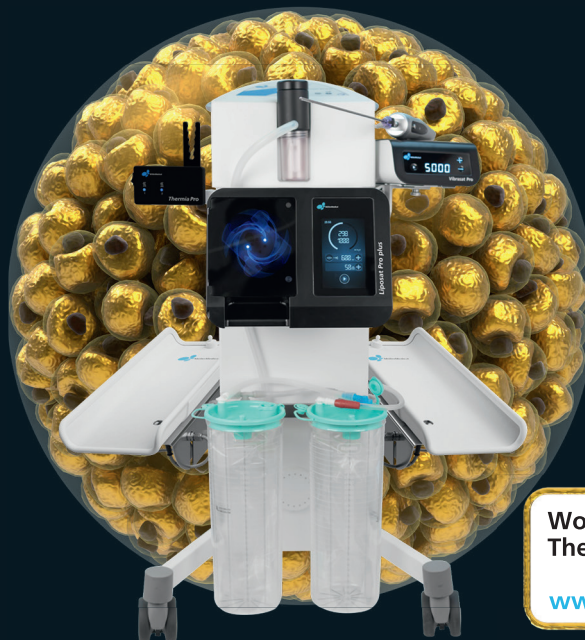
ANZEIGE



**MöllerMedical Aesthetics Solutions**

# FAT IS GOLDEN

Meet the All-In-One Solution and care for viable fat cells!



**Work smart while caring for viable fat cells. The Workstation makes it possible!**

[www.moeller-medical.com/AllAboutDetails](http://www.moeller-medical.com/AllAboutDetails)

## The Workstation

all you need for body contouring and fat transfer