



Was Sie über Brustrekonstruktion mit Eigengewebe mit oder ohne Implantate wissen sollten

Für den Wiederaufbau der Brust mit Eigengewebe stehen verschiedene Techniken zur Verfügung. Eine wichtige Frage ist der Zeitpunkt der Brustwiederherstellung nach Diagnose eines Brusttumors. Eine Sofortrekonstruktion in gleicher Operation mit der Tumorentfernung wird aus onkologischen Sicherheitsgründen in der Regel nicht empfohlen, zumal die endgültige feingewebliche Untersuchung des Brustdrüsengewebes nicht sofort erfolgen kann.

Muss anschließend noch eine Chemotherapie oder Bestrahlung durchgeführt werden, sollte mit der Rekonstruktion der Brust 6 Monate gewartet werden bis zur vollständigen Erholung des betroffenen Gewebes. Möglich ist in diesem Fall die zeitlich begrenzte Einlage eines Platzhalterimplantates, um nach abgeschlossener Therapie die Eigengewebsrekonstruktion zu planen. Die Möglichkeiten der Brustwiederherstellung können jedoch in einem persönlichen Gespräch zwischen Patientin und Plastischem Chirurgen vor der Tumorentfernung sinnvoll sein.

Der Erhalt der Lebensqualität und des Selbstwertgefühls durch den plastisch-chirurgischen Aufbau einer neuen rekonstruierten Brust ist für sämtliche Patientinnen erreichbar.

Die Techniken, unter denen man sich entscheiden kann, sind heute in geübten Händen ähnlich sicher. Die natürlichste Wiederherstellung der Brust mit reinem transplantiertem Fettgewebe, den so genannten Perforatorlappen vom Bauch, Gesäß oder Oberschenkelinnenseite, ist auch die aufwendigste Operation, jedoch mit dem natürlichsten und beständigsten Ergebnis. Die Entscheidung über die

Therapiemethode sollte die Patientin selbst vornehmen, nach entsprechender verständlicher und umfassender Aufklärung der Methode der Wahl sowie aller Therapiealternativen durch ihren Operateur.

Man kann eine Rangfolge hinsichtlich des chirurgischen Aufwandes und der erreichbaren Natürlichkeit der neuen Brust aufstellen:

- > Aufbau mit Fetttransplantaten oder Fetthauttransplantaten vom Bauch (DIEP), Gesäß (I-GAP) oder Oberschenkel (TMG) und mikrochirurgischem Anschluss von Gefäßen, die so genannten freien Perforatorlappen
- > Aufbau mit gestielten Muskel- und Haut-Plastiken, die so genannten gestielten muskulo-kutanen Lappen
- > Aufbau mit der Kombination einer Muskel-Haut-Plastik vom Rücken und einem Silikonimplantat
- > Aufbau durch Hautvordehnung mittels Expander und anschließendem Einbringen einer Silikonprothese/ Implantat
- > Benutzung einer Einlage als BH-Prothese, der so genannten Brustepithese

Brustaufbau mit freien mikrochirurgischen Fetttransplantaten

Der zunehmenden Verbesserung und Übung mit der mikroskopischen Technik der 80er Jahre ist es zu verdanken, dass heute fast jedes Zentrum für Plastische Chirurgie diese Operation mit sicheren Ergebnissen durchführt. Der riesige Vorteil ist, dass kein

dicker Muskelstiel mehr notwendig ist, der nur ein Schwenken des Transplantates in seiner Länge erlaubt und oft als klotzige Gewebsbrücke an unerwünschter Stelle prominent ist (Achselhöhle, Brustfalte).

In der ersten Hälfte der 90-er Jahre wurden viele Brüste plastisch-chirurgisch rekonstruiert durch den „freien TRAM-Lappen“ vom Unterbauch oder durch den „freien Gluteus-Lappen“ vom Gesäß, seltener auch durch den „freien Grazilis-Lappen“ von der Oberschenkelinnenseite. Diese Lappen verfügten zwar lediglich über eine kleine Muskelinsel, provozierten am Hebedefektbereich jedoch einen deutlichen Muskelschaden. Die Vervollkommenung mikrochirurgischer Techniken, auch bei der muskelschonenden Hebung des Transplantates, ermöglichte 1996 die in Deutschland erstmalig eingeführte vollständig freie mikrochirurgische Brustrekonstruktion vom Bauch. Diese erfreut sich als schonender Eingriff mit exzellenten Ergebnissen einer zunehmenden Beliebtheit.

Eigenfetttransplantation mit mikrochirurgischem Anschluss

DIEP (Fettentnahme aus dem Unterbauch mit Bauchstraffung)
I-GAP (Fettentnahme aus der Gesäßfalte mit Gesäßstraffung)
TMG (Fettentnahme aus dem Oberschenkel mit Oberschenkelstraffung)

Detaillierte anatomische Kenntnisse über den Gefäßaufbau der zur Körperoberfläche ziehenden Gefäße haben die Vervollkommenung und Etablierung der Perforatorlappen ermöglicht.



>>

Für die Brust kann das Transplantat nur auf das benötigte, natürliche, reine Fett- und Hautgewebe beschränkt werden. Die Gefäße werden von den darunter liegenden Muskelfasern isoliert und der ganze Muskel bleibt an seinem Ort (Bauch, Gesäß, Oberschenkel) erhalten. Beim DIEP-Lappen wird Haut und Fettgewebe vom gesamten Unterbauch umschnitten und eine Narbe zurückgelassen, die einer Bauchstraffung entspricht: ungefähr der eines Kaiserschnittes, aber seitlich länger. Der Nabel wird umschnitten und neu eingepflanzt. Die Durchblutung des transplantierten Fettgewebes wird zwischen den Rippen oder in der Achselhöhle durch den mikroskopischen Anschluss der Arterie und Vene ermöglicht.

Beispiele für Perforatorlappen sind vom Unterbauch der „DIEP-Lappen“ oder vom Gesäß der „I-GAP-Lappen“. Weiter können Fettpolster als Perforatorlappen von der Oberschenkelninnenseite transplantiert werden. Zielsetzung ist es also, solche Fettpolster für eine neue Brust zu benutzen, die man sonst auch im Rahmen ästhetischer Körperkorrekturen entfernt.

Zukunftsperspektive der mikrochirurgischen Brustrekonstruktion

Die Medizin ist heute sehr nahe am Idealtransplantat für die Brust. Die Operation ist an erfahrenen Kliniken auf 4-5 reduziert worden, die Risiken von Durchblutungsstörungen je nach Lappenart auf kleiner 4 % gesenkt worden und die unvermeidlichen Narben werden so gelegt, dass sie von der Unterwäsche bedeckt werden. Weitere Verbesserungen sind in den nächsten Jahren zu erhoffen von noch genaueren anatomischen Unter-

suchungen der Blutversorgung der Körperoberfläche, vom Einpflanzen von Gefäßen unter das Fettgewebe bevor es transplantiert wird und von endoskopischen Techniken zur weiteren Verkleinerung der Narben.

Brustaufbau mit gestielten Haut-Muskel-Fetttransplantaten

Die Techniken der gestielten Muskel-lappen wurden in den 70-er Jahren entwickelt und waren bis Anfang der 90-er Jahre die Methode der Wahl für einen Eigengewebsaufbau einer neuen Brust. Die Idee hinter diesen Techniken ist der Ersatz von fehlendem Brustgewebe durch Haut-Fett-Muskelgewebe vom Rücken oder Unterbauch. Der Muskel als gefäßführender Stiel wird über das über ihm gelegene Fett- und Hautgewebe ernährt und erhält es am Leben. Am Rücken dient der „Latissimus dorsi“-Muskel, am Bauch der gerade Bauchmuskel („Rectus abdominis“-Muskel) als ernärender Stiel.

Historische Methode des Latissimus Dorsi Lappens mit und ohne Implantate und des geraden Bauchmuskels (TRAM-Flap)

Beim Latissimus-Lappen wird Haut und Fettgewebe am Rücken in der BH-Linie umschnitten und diese Hautinsel auf dem darunter gelegenen Muskel belassen. Der Muskel wird von den Rippen bis in die Achselhöhle gelöst. In der Achselhöhle hat er einen Gefäß- und Nervenstiel. Der ganze Gewebblock wird wie ein Pendel um die Achsel vom Rücken auf die Brust geschwenkt und zu einer neuen Brust geformt. Wenn man nicht will, dass die neue Brust

bewegt werden kann, muss der Nerv des Muskels in der Achselhöhle durchtrennt werden.

Der Latissimus-dorsi-Lappen dient zur Wiederherstellung der fehlenden Brusthaut und des Brustvolumens. Wenn kein Volumenaufbau mit Implantateinlage unter dem Latissimus-Dorsi-Lappen erfolgt, sondern das Volumen durch Mitnahme des Fettgewebes vom Rücken gebildet wird, entstehen häufig unschöne breite Narben im Hebedefektbereich des Rückens. Hinzu kommen Wundwasseransammlungen in der Wundhöhle am Rücken, die so genannten Serome. Daher erfolgt meist eine Kombination aus der Nutzung des Eigengewebes vom Rücken und dem Einsatz von einem Implantat. Durch das dicke Rückengewebe und dem mit transplantierten Rückenmuskel kann das Implantat optimal abgedeckt werden, sodass eine Verkapselung des Implantates weniger auffällig ist.

Das Fehlen des Rückenmuskels ist im Alltag bei „Überkopfarbeiten“, bei Schwimmen, Turnen und Langlauf nachteilig. Bei kleiner Brust kann auf das Implantat verzichtet werden. Relevanter Vorteil dieser Technik ist, dass es sich um eine sehr sichere und schnelle Methode mit einer Operationszeit von ca. 2 Stunden handelt. Nachteilig sind die immer sichtbare Narbe und die leichte Gewebsabflachung am Rücken, der Volumenmangel für eine komplette Brust, ein gewisser Gewebsschwund der neuen Brust (unter 30%) in den 2 Jahren nach der Operation durch Abbau des Muskels und die Festigkeit des Muskelgewebes im Vergleich zu Fettgewebe.

>>

TRAM-Flap



>>

Bei der TRAM-Technik dient Gewebe aus dem Unterbauchbereich, bestehend aus Haut und Unterhautfett, als Spender für die Brustrekonstruktion. Im Gegensatz zum TRAM, dem quer gestielten Bauchmuskellappen, wird beim freien DIEP kein Bauchmuskelgewebe in das Transplantat integriert und somit der gerade Bauchmuskel geschont.

Die Hautfettinsel vom Unterbauch wird wie bei einer Bauchstraffung mit dem geraden Bauchmuskel, der von oben am Rippenbogen und von unten aus der Leiste seine durchblutenden Gefäße bekommt, gehoben. Trennt man den Muskel unten ab, so kann man ihn mit der Haut-Fettinsel vom Unterbauch nach oben klappen und das Unterbauchgewebe in die neu zu bauende Brust verlagern. In der Regel reicht die nun nur noch vom Rippenrand kommende Durchblutung für das Überleben von Muskel und Haut-Fettinsel aus.

Vorteile dieser Technik sind die relativ einfache und kurze (ca. 2,5 Stunden) Operation und die Sicherheit, genügend Gewebe zu haben, um stets ohne Silikonprothese auszukommen. Da hauptsächlich Fett transplantiert wird, lässt sich eine sehr natürliche Brust formen und es kann meist auf eine Verkleinerung der gesunden gegenseitigen Brust verzichtet werden. Ein erheblicher Nachteil ist die durch die Entfernung des geraden Bauchmuskels auftretende deutliche Schwächung der Bauchwand. Wenngleich dieses den Alltag ohne größere Belastungen nicht wesentlich einschränkt, entstehen in bis zu 10% der operierten Fälle Bauchdeckenbrüche. Müsstest beide Brüste rekonstruiert werden,

so wäre es mit dieser Technik notwendig, beide geraden Bauchmuskeln mitzunehmen. Der dann entstehende Bauchdeckenschaden rechtfertigt heute diese alte Technik nicht mehr. Des Weiteren gehen die Blutgefäße nicht immer vom Rippenbogen durch den ganzen Muskel bis in den Unterbauch durch. Es kann sich daher eine Mangeldurchblutung mit Absterben eines Teils der neuen Brust ereignen. Besonders gefährdet sind langjährige Raucherinnen oder sehr übergewichtige Patientinnen.

Brustaufbau mit Implantaten

Der einfachste Aufbau ist möglich, wenn die Brustdrüse ohne Haut entfernt werden musste, die so genannte hautsparende Mastektomie. Es reicht dann eine Silikonprothese in entsprechender Größe in die zurückbleibende Höhle einzubringen.

Diese Operation ist über ganz kleine Schnitte im Brustwarzenbereich möglich. Sie findet vor allem Anwendung, wenn eine vorsorgliche Brustdrüsenentfernung angezeigt ist. Das Implantat kann jederzeit durch Eigengewebe ersetzt werden, wenn das Ergebnis nicht mehr zufriedenstellend ist.

Wird die Brust jedoch mit ihrer Haut entfernt, so bleibt keine ausreichende Tasche für die Aufnahme des Implantates zurück. Dann kann erst eine sogenannte Expanderprothese zur Aufdehnung der Haut eingelegt werden. Diese ist zunächst leer und klein. Sie wird bei abgeschlossener Wundheilung nach und nach mit einer Spritze gefüllt, um die Haut zu dehnen und eine neue Tasche zu bilden. Da das Gewebe hinterher etwas schrumpft, wird eine Überdehnung

angestrebt, bevor der Expander für eine bleibende Silikonprothese ausgetauscht wird.

Vorteil dieses Brustaufbaus ist seine Einfachheit mit kurzer Operationszeit. Nachteile sind, dass wegen der dünnen Haut ohne Polsterung die leichten welligen Unregelmäßigkeiten der Prothesenoberfläche erkennbar sind, das so genannte „Rippling“.

Probleme mit den Implantaten treten meist durch die Kapselfibrose auf. Dabei schrumpft das narbige Bindegewebe um das Implantat, wodurch die Brust fest, prall und kugelig wird, manchmal auch empfindlich. Der Austausch des Implantates hilft dann oft nur vorübergehend. Die Platzierung der Implantate unter den Brustmuskel deckt diese besser ab, liefert jedoch keine Garantie gegen „Rippling“ oder Verkapselung.

Die modernen Methoden des Eigengewebsaufbaus sind dieser Technik meist vorzuziehen.

Werden die Tumoroperationen von der Krankenkasse bezahlt?

Bei Diagnose eines Brusttumors werden die Kosten für sämtliche rekonstruktive Operationen grundsätzlich von den Krankenversicherungen übernommen.

Wie findet man als Patientin einen gut ausgebildeten, seriösen Operateur?

Die Konsultation eines zertifizierten Brustzentrums ist kein Garant für ein qualitativ hochwertiges Operationser-

>>



>>

gebnis. Zertifizierung bedeutet zwar die Dokumentation von Abläufen – garantiert jedoch nicht (wie der Begriff Qualitätsmanagement impliziert) die Qualität eines operativen Eingriffs. Eine empfehlenswerte Hilfe können andere betroffene Patientinnen sein, die mit einem ähnlichen Erkrankungsbild von demselben Arzt behandelt wurden. Fragen Sie Ihren Arzt nach Referenzen zu vergleichbaren Fällen!

Muss man sich als Patientin in der Klinik behandeln lassen, in die man überwiesen wurde?

In der Bundesrepublik Deutschland besteht sowohl für gesetzlich als auch privat versicherte Patienten das Recht der freien Arztwahl. Somit müssen sich Patientinnen nicht in dem Krankenhaus operieren lassen, in das sie überwiesen werden.

Hilfreich sind Erfahrungen von Patienten aus dem Bekanntenkreis, aber auch Internetforen und Selbsthilfegruppen. Da letztere häufig mit einem einzigen Operateur zusammenarbeiten, sollte man verschiedenen Selbsthilfeeinrichtungen kontaktieren.

Wie lange dauert der Krankenhausaufenthalt bei einer Brustrekonstruktion?

Bei einer Brustrekonstruktion mit Eigengewebe, wie bei einem DIEP-Lappen, I-GAP oder TMG, sollte man einen 10-14 tägigen Krankenhausaufenthalt einplanen.

Nach welchem Zeitraum ist man nach einem Brustaufbau wieder einsatzfähig?

Die postoperative Einschränkung bei der Brustrekonstruktion mittels DIEP-Flap wird hauptsächlich durch die Entnahmestelle am Bauch limitiert und entspricht der einer kosmetischen Bauchdeckenplastik. Nach etwa 6-8 Wochen ist man vollständig einsatzfähig.

Brustwarzenrekonstruktion

Für die Brustwarzenhofrekonstruktion werden Hauttransplantate aus der Leiste, den Schamlippen oder den Oberlidern verwendet. Für die Rekonstruktion der Areole im Zentrum der Brustwarze stehen ebenfalls verschiedene Möglichkeiten, unter Berücksichtigung der Form und Farbe der gegenseitigen Brustwarze zur Verfügung. Beide Verfahren werden in einem individuellen Gespräch und in Adaptation der persönlichen Wünsche und Voraussetzungen der Patientin besprochen. Es besteht auch die Möglichkeit der Tätowierung des Warzenhofes und der Areole.

Kontakt

aesthetic medics
Sprechstunde für Plastische
und Ästhetische Chirurgie
Dr. Annett Kleinschmidt

Praxis Dr. Buschmann
Wilmerdorfer Straße 62
10627 Berlin

Tel: + 49 (0) 30 8826 174
Fax: + 49 (0) 30 310125 09

praxis@aesthetic-medics.de