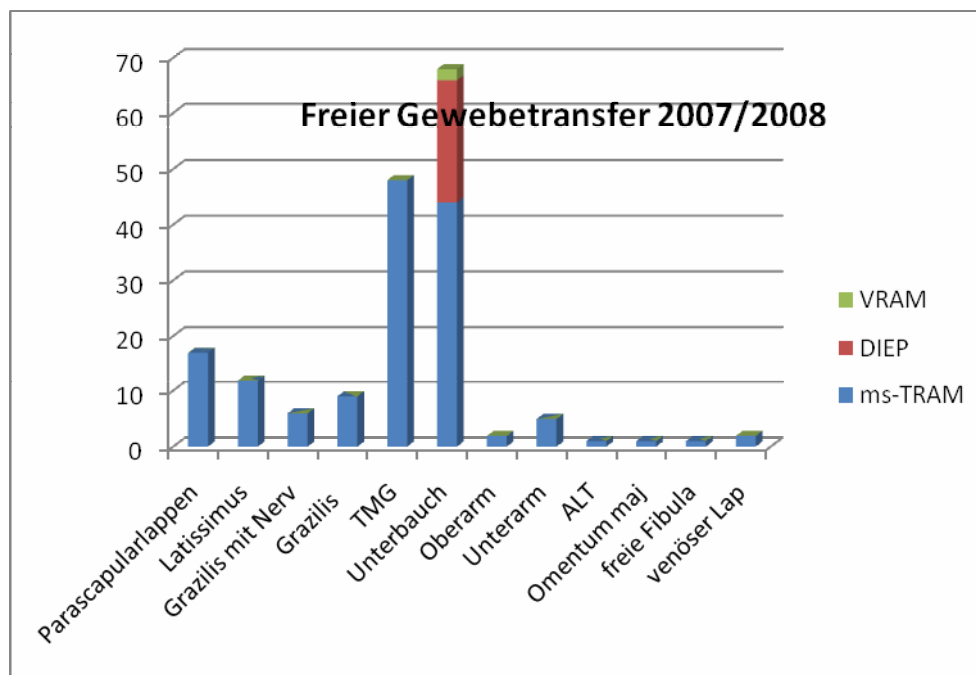


Brustaufbau mit Eigengewebe vom Bauch oder vom Oberschenkel in den Jahren 2007- 2008 in der Klinik für Plastische Chirurgie des Klinikums Bielefeld

Anzahl der Eingriffe

Bei großen und tiefen Defekten an der Körperoberfläche ist es notwendig, einen entsprechenden Gewebeersatz an die betroffene Stelle zu verpflanzen. Durch einen solchen freien Gewebetransfer lässt sich auch eine Brust rekonstruieren. Das Gewebe kann von unterschiedlichen Stellen entnommen werden. Es wird mit Arterie und Vene entnommen und unter dem Mikroskop an Gefäße der Empfängerstelle vernäht.

In den vergangenen 2 Jahren (2007/2008) wurde in unserer Klinik in 172 Fällen ein freier Gewebetransfer durchgeführt. Unter ihnen waren 88 Patientinnen (112 Brüste), die durch einen freien Gewebetransfer eine neue Brust bekommen haben. In den anderen Fällen erfolgten Defektdeckungen nach Trauma, Tumor oder Durchblutungsstörungen in anderen Körperbereichen.

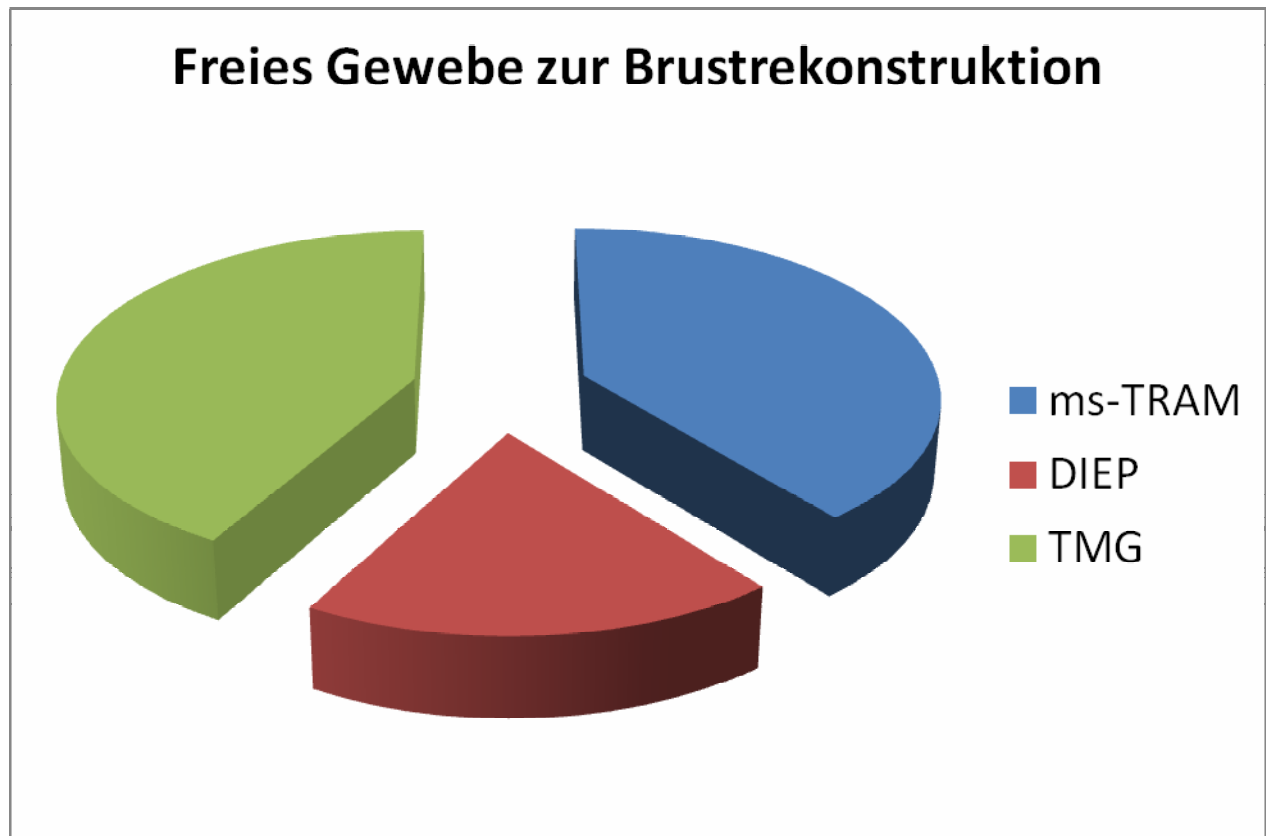


Brustrekonstruktion mit körpereigenem Gewebe

Zur Brustrekonstruktion kann man verschiedene Techniken anwenden. Man kann körpereigenes Gewebe oder Implantate verwenden. Wir bevorzugen körpereigenes Gewebe vom Unterbauch oder der Innenseite des Oberschenkels.

In den Jahren 2007/2008 wurde bei insgesamt 88 Patientinnen (112 Lappen) freies Gewebe transplantiert, d.h. Gewebe mit Arterie und Vene entnommen und mikrochirurgisch an Gefäße am Brustkorb vernäht, um eine Brust neu zu formen.

In 65 Fällen wurde die Brust durch Gewebe vom Bauch rekonstruiert (DIEP oder TRAM Lappen) und in 47 Fällen haben wir dafür Gewebe von der Innenseite der Oberschenkel verwendet (TMG-Lappen).



Viele dieser Eingriffe waren aufgrund einer bösartigen Erkrankung der Brust notwendig. In anderen Fällen litten die Patientinnen an einer Kapselbildung, d.h. sie haben in der Vergangenheit ein Brustimplantat erhalten. Das ist entweder wegen einer Erkrankung der Brust oder aus ästhetischen Gründen geschehen. Auch Brustdeformitäten und -asymmetrien in Folge einer Fehlbildung stellen Operationsindikationen dar.

Die Brustrekonstruktionen können sowohl primär als auch sekundär erfolgen. Primär bedeutet, man kann den Brustaufbau in derselben Operation wie die Brustabnahme durchführen. Selbstverständlich ist es aber auch zu einem späteren Zeitpunkt möglich, also sekundär. Insgesamt 63 Patientinnen hatten eine Primärrekonstruktion. Bei den anderen Patientinnen handelte es sich um sekundäre Rekonstruktionen.

Auch eine beidseitige Rekonstruktion ist möglich. Bei 24 Patientinnen wurden beide Brüste gleichzeitig rekonstruiert.

Auch eine Bestrahlung der Brust oder eine Chemotherapie sind nach der Operation möglich und führen zu keiner funktionellen oder ästhetischen Verschlechterung des Operationsergebnisses.

Patientinnen

Alter: Das Durchschnittsalter der Patientinnen lag bei 49,8 Jahren

Operationen

Das Gewebe vom Bauch kann auf unterschiedliche Weise entnommen werden. Wir streben dabei an, nur einen Bauchfettlappen zu verwenden und die Bauchmuskulatur zu schonen. Dieses Verfahren wird DIEP-Lappen genannt (Deep inferior epigastric perforator Lappen). Dies ist jedoch nicht immer möglich, da in einigen Fällen die das Gewebe versorgenden Gefäße nicht ausreichend groß sind. In diesen Fällen muss ein kleines Stück der geraden Bauchmuskulatur mit entnommen werden. Dabei handelt es sich dann um einen muskelsparenden (ms) TRAM-Lappen (Transverse rectus abdominis muscle). In der Regel verursacht die Mitnahme eines kleinen Muskelanteils jedoch keine funktionellen Einschränkungen für die Bauchwand.

Bei sehr schlanken Patientinnen, die wenig Bauchfettgewebe haben, besteht die Möglichkeit, Gewebe von der Innenseite des Oberschenkels zu verwenden. Dabei wird Haut und Unterhaut verwendet, gemeinsam mit einem schmalen Muskel, der M. gracilis, der bei der Adduktion (Heranziehen) des Oberschenkels mitwirkt. Diese Art von verwendetem Gewebe nennt man TMG-Lappen (transversaler myokutaner Graziislappen). Er reicht aus, eine kleine bis mittelgroße Brust zu rekonstruieren.

Wenn bei Patientinnen eine überdurchschnittliche Neigung zu Thrombosen besteht oder es in der Vergangenheit bereits zu Thrombosen gekommen ist, ist das Risiko eines Gewebeverlustes erhöht. In diesen Fällen ist es besser, eine doppelte Blutzufuhr zu gewährleisten. Dabei wird das Gewebe vom Unterbauch sowohl durch einen neuen Anschluss, der mikrochirurgisch im Brustkorb durchgeführt wird, durchblutet, als auch an seiner ursprünglichen Gefäßversorgung belassen. Dieses Verfahren wird Turbo-charged-TRAM-Lappen genannt.

Nach der Operation besteht für 2 Tage strikte Bettruhe, um eine Thrombose in den neu vernähten Gefäßen zu vermeiden, und die Wunden im Entnahmbereich des Gewebes zu entlasten.

Komplikationen

Komplikationen bei solchen mikrochirurgischen Operationen sind in erster Linie der Verlust oder Teilverluste des transplantierten Gewebes. In den vergangenen 2 Jahren ist dies bei insgesamt 2 Patientinnen geschehen. Das heißt in mehr als 98% ist die Operation erfolgreich verlaufen (in der Literatur findet man Angaben von Verlustraten zwischen 1-6%). Der Grund für diesen Verlust lag an einem Verschluss der Blutgefäße durch Blutgerinnsel (Thrombose). Bei 4 Patientinnen trat eine Thrombose in den Lappengefäßen auf, so dass eine weitere Operation notwendig wurde. Das Gewebe konnte gerettet werden. Der Eingriff hatte keinen negativen Einfluss auf das spätere Ergebnis. Um eine Thromboseneigung bei den Patientinnen bereits präoperativ auszuschließen und das Risiko dadurch zu minimieren, führen wir vor der Operation ein Gerinnungsscreening durch. Dabei erfassen wir verschieden laborchemische Parameter, die für eine Thromboseneigung sprechen. Dennoch kann man die Möglichkeit einer Thrombose nicht zu 100% ausschließen.

In einem Fall kam es zu einem Wiederaufreißen der Narbe im Entnahmegebiet an den Oberschenkeln, einmal kam es zum Verlust der Brustwarze bei einer subkutanen Mastektomie (Entfernung des Drüsenkörpers unter der Haut) mit nachfolgender Rekonstruktion, viermal kam es postoperativ zu einem Bluterguss, der im OP behandelt werden mußte, bei einer Patientin mußte ein kleiner Teil des transplantierten Gewebes entfernt werden, weil es nicht ausreichend durchblutet war.

Operationszeiten

Bei der einseitigen Rekonstruktion mit einem TMG-Lappen beträgt die Operationsdauer durchschnittlich 220 Minuten. Für den beidseitigen Eingriff werden durchschnittlich 325 Minuten benötigt.

Die Entnahme von Gewebe vom Bauch erfordert durchschnittlich 292 Minuten für die einseitige primäre Rekonstruktion. Für die beidseitige Rekonstruktion benötigen wir etwa 330 Minuten.

Ergebnisse

Alle Patientinnen werden durch uns nachuntersucht und kommen nach spätestens 3 Monaten wieder in unsere Sprechstunde. In einer Umfrage haben über 90% erklärt mit dem Operationsergebnis sehr zufrieden gewesen zu sein. Sie würden sich jederzeit erneut dieser Operation unterziehen. Diese Patientenzufriedenheit konnten wir auch schon in mehreren Publikationen und Vorträgen vorstellen.

Nach ca. 6 Monaten können kleinere Korrekturoperationen, wie beispielsweise die Anpassung der gegenseitigen Brust, Narbenkorrekturen oder Fettabsaugungen erfolgen. Bei Patientinnen denen die gesamte Brust mit Brustwarze abgenommen werden musste, ist als letzter Wiederherstellungsschritt auch die Rekonstruktion der Brustwarze möglich.

