Interview mit Prof. Christoph Heitmann

Brustaufbau durch DIEP-Lappenplastik

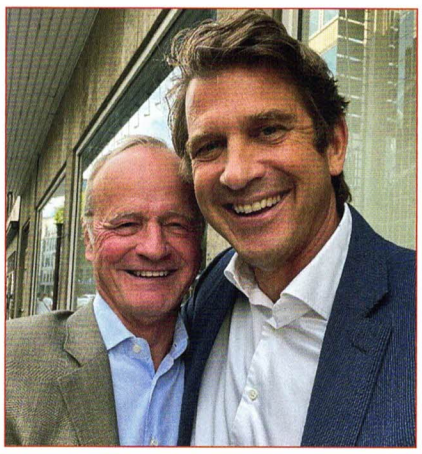
Angelika Demmerschmidt im Gespräch mit Prof. Dr. med. Christoph Heitmann (Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Chefarzt Brustzentrum München Bogenhausen in der Arabellaklinik, Praxis SENO MVZ München Innenstadt) zur DIEP-Lappenplastik.

Prof. Heitmann: Erlauben Sie mir eine persönliche Einleitung. 1998 hospitierte ich bei Dr. Robert J. Allen, M.D. in New Orleans und sah zum ersten Mal eine DIEP-Lappenplastik. Dr. Allen wurde zu meinem Mentor und er inspirierte mich, meine Habilitationsarbeit zum Thema Lappenplastiken an der Duke University und der Universität Heidelberg durchzuführen. Derart gerüstet wurde ich 2008 Partner von Prof. Axel Mario Feller in München, der die DIEP-Lappenplastik in Deutschland etabliert hat. Zusammen mit Prof. Feller haben wir die DIEP-Lappenplastik verfeinert und innovativ weiterentwickelt. Nach dem Ausscheiden von Prof. Feller wird die Praxis im Sinne seiner Schule als ein MVZ weitergeführt. Beim SENO MVZ haben sich renommierte Spezialistinnen und Spezialisten aus der Plastischen Ästhetischen Chirurgie zusammengefunden, jede und jeder Einzelne mit einer Leidenschaft für Brustchirurgie, aktuell Prof. Dr. Christoph Heitmann, Dr. Irene Richter-Heine, Dr. Srdan Veselinovic und Dr. Laura Färber.

Können Sie uns zunächst den OP-Ablauf der DIEP-Methode näher erläutern?

Prof. Heitmann: Die DIEP-Methode meint den Aufbau einer neuen Brust mit Eigengewebe vom Unterbauch ohne Muskelanteile. Ein Haut-/Fettgewebslappen inklusive der versorgenden Blutgefäße wird dem Unterbauch entnommen (Skizze 1 und 2). Die Blutgefäße des Haut-/Fettlappens heißen Deep Inferior Epigastric Perforator und sind für die Namensgebung des Gewebelappens verantwortlich. Skizze 3 zeigt zusammengefasst die letzten drei OP-Schritte: Die Blutgefäße des DIEP-Lappens sind mikrochirurgisch an den Blutkreislauf der Brustwand angeschlossen, die neue Brust ist geformt und die Unterbauchwunde im Sinne einer Bauchdeckenstraffung verschlossen.

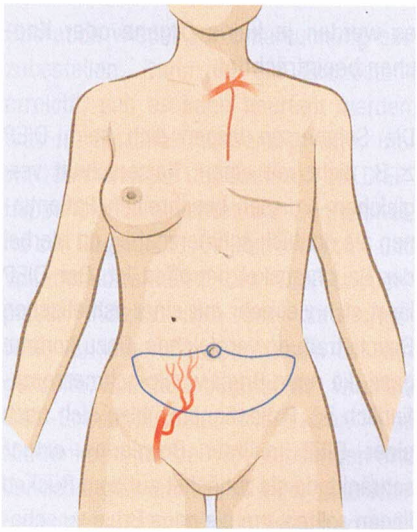
Robert Allen MD, der Erfinder des DIEP mit Christoph Heitmann 1998 in Awendaw South Carolina bei Austern und Bier



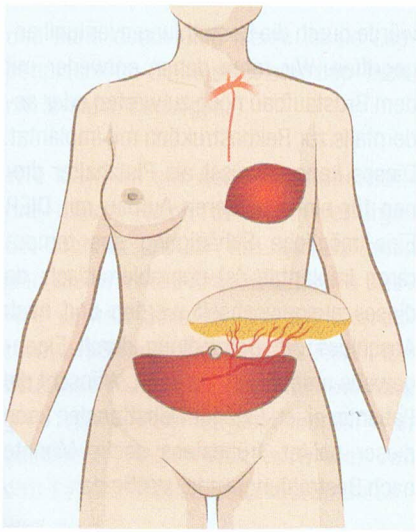
Prof. Dr. Axel Mario Feller und Prof. Dr. Christoph Heitmann, Juli 2022

Was ist das Besondere an dieser OP-Methode zur Brustrekonstruktion? Welches sind die hervorstechenden Vorteile?

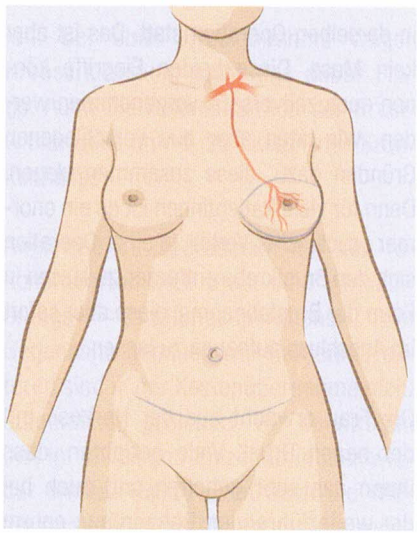
Prof. Heitmann: Dieses Verfahren wird auch als schonender Brustaufbau bezeichnet, kommt es doch nur mit Entnahme eines reinen Haut-/Fettgewebes ohne Muskelanteil aus. Im Langzeitergebnis ist die DIEP-Lappenplastik aufgrund der Haptik (Wahrnehmung durch den Tastsinn, umfasst alle Aspekte des Berührungsempfindens, auch das Gefühl von Temperatur, Schmerz und Druck) des Eigengewebes kaum zu übertreffen. Die Brust fühlt sich natürlich an, warm und weich. Auch in Bewegung wirkt die Brust mit Eigengewebe natürlicher als eine mit Implantat gefüllte Brust. Zugleich macht die „lebendige Brust" selbst natürliche Körperschwankungen mit und verändert sich proportional zum Gesamtkörper bei Gewichtszunahme oder -abnahme, denn das eingefügte Gewebe ist mikrochirurgisch wieder an den Blutkreislauf angeschlossen. Das DIEP-Gewebe zur Formung der neuen Brust gibt dem Operateur aufgrund seiner Beschaffenheit die größtmögliche gestalterische Freiheit. Das ist wichtig, gerade wenn nur eine Brust aufgebaut wird, um diese der anderen Brust anzugleichen und um so viel Symmetrie zu erreichen, wie möglich. Ein weiterer positiver Nebeneffekt des DIEP, den viele Frauen schätzen: Der Gewebelappen wird vom Bauch entnommen und am Schluss der Operation wird dieser Entnahmebereich unter plastisch-chirurgischen Kriterien wieder verschlossen, mit dem Zusatzeffekt einer Bauchdeckenstraffung.



Skizze 1



Skizze 2



Skizze 3

Gibt es auch Nachteile bzw. Risiken bei der DIEP-Methode?

Prof. Heitmann: Im Gegensatz zur Implantatrekonstruktion muss für den Brustaufbau mit Eigengewebe dieses prinzipiell dem Körper zunächst per Schnitt entnommen werden. An der Entnahmestelle entsteht – bei der DIEP-Methode im Bauchbereich – eine zusätzliche Wundfläche. Diese muss neben dem operierten Brustbereich verheilen. Die Narben werden zwar gemäß plastisch chirurgischen Grundsätzen in vorhandene Hautfalten oder entlang der natürlichen Hautspannungslinien gelegt, bleiben aber sichtbar wie eine verlängerte Kaiserschnittnarbe.

Gegenüber der Implantatrekonstruktion sind der OP-Aufwand und die OP-Zeit deutlich höher. Für uns ist die DIEP-Lappenplastik eine Routine-Operation, die wir mittlerweile nahezu täglich vornehmen. Wir operieren jede Patientin in zwei Teams. Das ist keine Selbstverständlichkeit und hat für die Patientin enorme Vorteile: Teile der Operation fließen ineinander. Während das eine Team sich mit der Brust beschäftigt, arbeitet das andere parallel am Unterbauch. Diese Aufteilung hat sich mehr als bewährt, verkürzt sie die Operationszeit für die Patientin stark. Mit zwei Teams sind wir in der Lage, den DIEP mit zeitgleicher Mastektomie in rund drei bis vier Stunden reiner Operationszeit durchzuführen. Erfolgt der DIEP beidseitig, dauert die Operation fünf bis sechs Stunden. Sollte die Ablatio (Brustabnahme) bereits zu einem früheren Zeitpunkt erfolgt sein, dauert der einseitige Aufbau in der Regel nur zwei bis drei Stunden und der beidseitige Aufbau vier Stunden. Ein OP-Risiko besteht in der Möglichkeit, dass die neue Brust vom Körper abgestoßen werden könnte, was allerdings in geübten Zentren (www.mammarekonstruktion.de) nur in Ausnahmefällen passiert.

Welche Patientinnen sind geeignet für die DIEP-Methode? Welche körperlichen Voraussetzungen müssen sie erfüllen? Gibt es Kontraindikationen?

Prof. Heitmann: Ob Patientinnen sich für die DIEP-Lappenplastik eignen, hängt vom Verhältnis Körpergewicht zur Brustgröße ab. Oder einfach gesagt: Der DIEP eignet sich für alle Frauen, bei denen ausreichend Gewebe am Unterbauch vorhanden ist.

Die DIEP-Lappenplastik ist auch bei Kinderwunsch möglich. Zwischen der Operation und der Schwangerschaft sollte bei dem DIEP ein Jahr vergehen. Weder Diabetes noch eine Herzerkrankung sind ein Ausschlusskriterium für die Brustrekonstruktion mit Eigengewebe. Auch gibt es keine altersbedingte Grenze. Ebenfalls können sich Raucherinnen dieser Operation unterziehen. Hier könnten allerdings später möglicherweise Komplikationen auftreten, denn Rauchen verengt die Gefäße, und das kann die Wundheilung beeinträchtigen. Bei Patientinnen mit Gefäßerkrankungen muss der Einzelfall betrachtet werden. Konkret bedeutet das, wenn eine Frau stark verkalkte Gefäße hat, sollte diese nicht mikrochirurgisch operiert werden.

Welche alternativen freien Eigengewebslappen gibt es zur DIEP-Methode, wenn nicht ausreichend Gewebe am Unterbauch zur Verfügung steht?

Prof. Heitmann: Alternativen zur DIEP-Lappenplastik werden aus den Bereichen Oberschenkelinnenseite (TMG-Lappenplastik, PAP-Lappenplastik) oder der Oberschenkelrückseite (FCI-Lappenplastik) gewonnen. Die resultierenden Narben verlaufen entsprechend entlang der Leiste oder Gesäßfalte. Die Lappenplastiken aus dem Gesäß selbst (S-GAP Lappenplastik, I-GAP Lappenplastik) werden nur noch in Ausnahmefällen verwendet. (Verweis –> www.mammarekonstruktion.de).

Sollte der Brustaufbau sofort in einer OP-Sitzung, d.h. sofort im Rahmen der Tumorentfernung, oder erst in einer zweiten Sitzung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen? Welche Dinge spielen hier eine Rolle, sowohl von medizinischer Seite, als auch vom subjektiven Aspekt der Patientin? Was sind hier Ihre Empfehlungen und Erfahrungen?

Prof. Heitmann: Wie der Begriff „Sofortaufbau" bereits andeutet, lässt sich die neue Brust direkt nach Abnahme der erkrankten Brust bereits aufbauen. Die Mastektomie und Rekonstruktion finden

in derselben Operation statt. Das ist aber kein Muss. Diese beiden Eingriffe können auch zeitversetzt vorgenommen werden. Wir raten aber aus verschiedenen Gründen dazu, diese zusammenzulegen. Denn für viele Patientinnen ist es ein enormer psychischer Vorteil, in einer Operation sich den Brustkrebs entfernen zu lassen in Form der Brustabnahme, diese aber sofort im Anschluss aufbauen zu lassen.

Die Frau erwacht aus der Narkose mit der neuen Brust. Viele berichten, dass ihnen das sehr geholfen und auch bei der weiterführenden Behandlung enorm gestärkt hat. Denn ein gutes Körpergefühl wirkt sich auf die Gesamtverfassung positiv aus, gerade in schwierigen Zeiten. Das Wichtigste jedoch: Die Patientin entscheidet, ob sie einen Wiederaufbau der Brust wünscht und falls ja, zu welchem Zeitpunkt. Kurz gesagt, der ideale Zeitpunkt ist der, zudem die Patientin dafür bereit ist und die Rekonstruktion vornehmen lassen möchte.

Was den Zeitpunkt der OP für eine DIEP-Lappenplastik angeht, stellen sich drei Gruppen von Patientinnen vor: 1. Die Gruppe mit der aktuellen Diagnose Brustkrebs zur Primärrekonstruktion in einer Sitzung, 2. Patientinnen bei Z. n. Mastektomie mit dem Wunsch zur Eigengewebsrekonstruktion und 3. Patientinnen bei Z. n. Brustaufbau mit Implantat, die damit nicht zurechtkommen – diese Gruppe wächst. Die Vorstellung und das Einholen einer Zweitmeinung lohnt sich daher meines Erachtens bei der Entscheidungsfindung für den OP-Zeitpunkt und die Methodenwahl immer.

Welchen Einfluss hat eine eventuell notwendige Bestrahlung bezüglich der Methodenwahl einer Brustrekonstruktion in DIEP-Technik? Spielen hier auch andere adjuvante (nach der OP) oder neoadjuvante (vor der OP) Behandlungen eine Rolle?

Prof. Heitmann: Wenn feststeht, dass die Patientin eine Bestrahlung erhalten sollte, nehmen wir keine sofortige Eigengewebsrekonstruktion vor, denn das gerade transferierte und empfindliche Gewebe würde durch die Bestrahlung eventuell angegriffen. Wir raten daher, entweder mit dem Brustaufbau noch zu warten oder andernfalls zur Rekonstruktion mit Implantat. Dieses kann bewusst als Platzhalter dienen für einen späteren Aufbau mit DIEP. Eine mögliche Schädigung des temporären Implantats ist unproblematisch, da dieses ausgewechselt werden und nach Abschluss der Behandlung durch Eigengewebe ersetzt werden kann. Wünscht die Patientin einen Eigengewebstransfer, kann dieser später, frühestens sechs Monate nach Bestrahlungsende, stattfinden.

Die Gabe von Antikörpern oder anderen Substanzen sollte vier Wochen vor der Operation nicht mehr in den Unterbauch erfolgen. Dieses Gewebe muss geschont werden.

Als Vorbereitung raten wir Patientinnen im Übrigen weder zu Sport noch zu einer bestimmten Diät.

Wie ist der postoperative Verlauf nach einer DIEP-Lappenplastik?

Prof. Heitmann: Nach der Operation ist eine schrittweise Mobilisation der Standard. Die Patientinnen stehen in der Regel spätestens am Tag nach der Operation auf und werden auch dank Krankengymnastik wieder so beweglich, dass sie das Krankenhaus normalerweise nach fünf bis sieben Tagen verlassen können. Duschen ist in der ersten Woche nicht ratsam, um mögliche Infizierungen der Wundfläche zu vermeiden.

Die Patientin muss einen medizinischen BH tragen, dessen Kosten die Krankenkasse übernimmt. Sport ist in der Regel nach vier bis sechs Wochen möglich, spätestens nach acht Wochen. Wir empfehlen jedoch, sich bis zwei Monate nach der OP möglichst nicht zu aktiv zu verhalten und extreme Bewegungsabläufe zu vermeiden. Nach dieser Zeit kann das gewohnte Leben wieder aufgenommen werden. Das Schmerzempfinden nach einer DIEP-Lappenplastik ist stark subjektiv. Zu der Operation selbst lässt sich sagen, dass sie körperlich betrachtet eher „oberflächlich" stattfindet, es werden ja keine Organe oder Knochen beeinträchtigt.

Die Schmerzen lassen sich beim DIEP z. B. nicht mit einem Kaiserschnitt vergleichen – diesen beschreiben Patientinnen als deutlich schmerzhafter, da hierbei der Bauchmuskel betroffen ist. Der DIEP lässt sich vielmehr mit einer ästhetischen Bauchstraffung vergleichen. Dazu kommt, dass die neue Brust wenig schmerzempfindlich ist. Patientinnen fühlen sich nach einer DIEP in ihrer Bewegung eingeschränkt, da sie zunächst auf dem Rücken liegen sollten, um die neue Brust zu schonen. Sie haben eine Narbe an der Entnahmestelle am Unterbauch und am Oberkörper an der Brust.

Viele berichten von einem unangenehmen Gefühl, aber dafür von nur schwachen Schmerzen bei bestimmten Bewegungen, wenn Zug auf die Narben kommt. Diese werden von Kompressionsmiedern an Brust und Bauch gestützt, was der Patientin das Aufstehen erleichtert. Das Kompressionsmieder bzw. eine Kompressionsmiederhose wird speziell für die Patientin auf Kosten der Krankenkasse im Sanitätshaus angepasst.

Die Krankschreibung erfolgt in der Regel für einen Zeitraum von vier bis acht Wochen.

Viele Patientinnen treten im Anschluss an die Krankschreibung noch eine Reha an. Diese ist allerdings erst möglich, wenn eine Patientin an dieser auch wirklich teilnehmen kann. Erst nach zwei Monaten ist sie rehafähig. Sollte auf die DIEP-Lappenplastik aber eine möglicherweise beeinträchtigende Brustkrebsbehandlung mit Chemotherapie etc. erfolgen, ist die Patientin länger krankgeschrieben.

Welche notwendigen Nachoperationen sind eventuell erforderlich? Können Sie uns in diesem Zusammenhang auch über die Rekonstruktion der Brustwarze und Narbenkorrekturen Ihre Beurteilung schildern?

Prof. Heitmann: Es ist sinnvoll, die Patientinnen sechs Monate nach der DIEP-

Operation wieder zur Untersuchung einzubestellen. Dann ist ein Endzustand erreicht, und es kann beurteilt werden, was im Einzelfall notwendig wäre. Hier wird zunächst auf das Einheilen der DIEP-Lappenplastik geachtet und die Symmetrie zur Gegenseite. Es können Form- und Volumenkorrekturen der DIEP-Lappenplastik indiziert sein oder Straffungs- bzw. Verkleinerungsoperationen der Gegenseite. Ebenfalls begutachtet wird die DIEP-Entnahmestelle. Hier kann eine Narbenkorrektur bei Verwachsungen und Verklebungen zur Faszie oder eine Narbenkorrektur der jeweils seitlichen Ausläufer der Narbe (dogear-Korrektur) erforderlich sein. Zuletzt kann das Thema Brustwarzenrekonstruktion mit der Patientin abgeklärt werden. Diese bildet den Abschluss der Rekonstruktion der Brust und kann durch eine kleine lokale Lappenplastik im Sinne einer star-flap-Technik ambulant erfolgen.

Wie sieht es mit der Kostenübernahme dieser doch sehr aufwendigen OP-Technik durch die gesetzlichen und die privaten Krankenkassen aus? Wie verhält es sich hier bei Korrekturoperationen, Rekonstruktionen der Brustwarze, Narbenkorrekturen oder gar operativen Angleichungen der gesunden Brust? Was wird hier von den Krankenkassen übernommen und was nicht?

Prof. Heitmann: In der Regel übernimmt die Krankenkasse die Kosten der DIEP-Lappenplastik. In Deutschland hat eine Krebspatientin die Möglichkeit, das Rekonstruktionsverfahren frei auszuwählen. Bei einer Brustabnahme wegen Krebserkrankung steht das außer Frage. Auch die Rekonstruktion der Brustwarze geht immer zu Lasten der Krankenkasse.

Angleichende Operationen der neu rekonstruierten DIEP Brust oder Verkleinerungs-, Straffungsoperationen der Gegenseite genauso wie Narbenkorrekturen sind in der Kostenübernahme nicht automatisch gesichert. Wir beantragen das im jeweiligen Einzelfall immer wieder erneut. Hierzu dient auch die Wiedervorstellung der Patientin nach sechs Monaten mit der Möglichkeit der Fotodokumentation und Erstellung eines Attestes.

Vielen Dank für das Gespräch