

Prophylaktische Mastektomie und Wiederaufbau mit S-GAP

Prof. Dr. med. Axel-Mario Feller, München

Bei den überwiegend jungen Patientinnen mit einer BRCA-1- oder BRCA-2-Mutation, die sich für eine prophylaktische Mastektomie entscheiden, sollte der Eigengeweberekonstruktion der Vorzug gegeben werden, um die bekannten Komplikationen einer Brustrekonstruktion durch Implantate zu vermeiden.

Ziel der Sofortrekonstruktion ist ein lang anhaltendes, ästhetisches und symmetrisches Ergebnis. Dem Wunsch der Patientinnen nach Wiederherstellung der körperlichen Integrität kann durch Verwendung von Perforatorlappenplastiken mit ihrer geringen Hebedefektmorbidität in nahezu idealer Weise entsprochen werden. Dies rechtfertigt aus unserer Sicht die zusätzlichen Narben und den höheren Aufwand durch den mikrochirurgischen Eingriff. Die S-GAP-(Superior-Gluteal-Artery-Perforator-)Lappenplastik findet bei den überwiegend schlanken Patientinnen überproportional häufig Verwendung, da das Abdomen für eine bilaterale Sofortrekonstruktion als Spenderregion meist nicht ausreicht.

Die schon frühe Anwendung des myocutanen Gluteallappens durch Shaw (1983) war technisch äußerst anspruchsvoll und führte zu nicht unerheblichen Konturdefiziten. Der kurze Gefäßstil und die Probleme der Präparation verhinderten eine weite Verbreitung dieser Methode zur autologen Brustrekonstruktion. Mit der Entwicklung der Perforatorlappen wendete man sich erneut der Glutealregion zu, um Haut- und Fettgewebe, nur an einem Perforansgefäß gestielt, für eine Brustrekonstruktion zu heben. Von Koshima wurde 1993 erstmals diese Methode beschrieben und von Allen 1995 die erste größere Serie autologer Brustrekonstruktionen mit dem S-GAP-Lappen publiziert.

Das Anzeichnen der Lappendimensi-

erfolgt die Identifikation der superioren Glutealarterie und der qualitativ besten Perforansgefäße mit dem Ultraschall-dopplersonographiegerät.

Nach hautsparender Mastektomie wird die Patientin in Seitenlagerung verbracht. Nach Inzision der Haut erfolgt die Identifizierung der laterocranialen Kante des Musculus gluteus maximus und an dieser Stelle wird die Faszie inzidiert, so dass die weitere Präparation unterhalb der Faszie in Faserrichtung des Muskels erfolgt, bis ein qualitativ gutes Perforansgefäß identifiziert wird. Die weitere Präparation sollte zwingend mit der Lupenbrille fortgeführt werden. Nach Identifikation eines entsprechenden Perforansgefäßes mit zwei Begleitvenen wird die Muskulatur in Faserichtung gespalten und, es werden die kleinen multiplen Gefäßabgänge sorgfältig mit Titanklips ligiert. Durch weiteres Spreizen der Glutealmuskulatur wird das Perforansgefäß in die Tiefe bis zu den superioren Glutealgefäßen verfolgt. Dort trifft man auf ein ausgedehntes Venengeflecht, welches manchmal die Wahl der geeigneten Abflussvene erschwert.

Nach Freipräparation der Gefäße in der Tiefe erfolgen die vollständige Umschneidung des Lappendtransplantates und das Heben des Gewebes. Nach schichtweisem Verschluss der Hebestelle am Gesäß wird die Patientin wieder in Rückenlage gebracht und das Lappendtransplantat mikrochirurgisch über die superioren Glutealgefäße an die Mam-

maria interna Gefäße angeschlossen. Die Höhe des Anschlusses ist entscheidend, um ausreichend gute Anschlussgefäße zu finden, wobei nicht die Arterie, sondern die Venen hierbei ein Problem darstellen können. Bei einer Freipräparation unterhalb der Höhe der dritten Rippe läuft man Gefahr, keine geeigneten venösen Anschlüsse mehr zu finden.

Nach Freigabe des Blutstromes wird das Lappendtransplantat in die subcutane Tasche eingebracht und an der nahezu auf 90 Grad sitzenden Patientin möglichst passend zur kontralateralen Seite einmodelliert. Da das Subcutangewebe vom Gesäß schwerer formbar ist als das Gewebe vom Unterbauch, ist es wichtig, dass schon bei der Lappenhebung eine gewisse Brustform, zumindest angedeutet, modelliert wird. Bei der periareolären, hautsparenden prophylaktischen Mastektomie verbleibt lediglich eine Narbe am ehemaligen Areolenrand und die übrige thoraxwandständige Haut kann erhalten bleiben. Anstelle der Areole ist dann die Haut vom Gesäß zu sehen, aus der dann in einer zweiten Sitzung der Mamillen-Areolenkomplex rekonstruiert werden kann. Nach Pigmentierung des Mamillen-Areolenkomplexes verbleibt für die jeweilige Patientin dann keine sichtbare Narbe an der Brust. Wir führen die bilaterale S-GAP-Rekonstruktion sequentiell durch, um überlange Operationszeiten sowie die damit verbundene erhöhte Komplikationsrate zu vermeiden. Die durchschnittliche Operationszeit für

eine prophylaktische Mastektomie und unilaterale S-GAP-Lappensofortrekonstruktion liegt bei fünf Stunden. Die zweite Seite führen wir nach einem Intervall von 4 bis 12 Wochen durch.

Die resultierenden Narben bei der S-GAP-Lappenrekonstruktion verlaufen im Slipbereich, liegen nicht im Sitzbereich und somit auch nicht in einer Belastungszone. Die Operation kann prinzipiell mit einer Straffungsoperation des Gesäßes verglichen werden. Da die Operation in den Fällen der bilateralen prophylaktischen Mastektomie beidseits durchgeführt wird, bleibt die Symmetrie des Gesäßes erhalten. Insgesamt kann durch die geringe Hebedefektmorbidität der S-GAP-Lappenplastik dem Wunsch der Patientinnen nach Wiederherstellung der körperlichen Integrität in nahezu idealer Weise entsprochen werden, ohne die Früh- und Langzeitkomplikationen von Implantaten in Kauf zu nehmen. Dies rechtfertigt aus unserer Sicht die zusätzlichen Narben und den höheren Aufwand durch die mikrochirurgische Technik.

Die Einführung der mikrochirurgischen Techniken hat sowohl für die Primär- als auch für die Sekundärrekonstruktion zu einer deutlichen Erweiterung der operativen Möglichkeiten geführt. Bei simultanem Arbeiten mit zwei Teams lassen sich die Operationszeiten, sowohl bei der Primär- als auch der Sekundärrekonstruktion, deutlich senken. Durch entsprechende operative Techniken können die Blutverluste sowohl bei der Primär- als auch bei der Sekundärrekonstruktion so gering gehalten werden, dass Transfusionen im Regelfall nicht notwendig sind und auf die früher häufig durchgeführte Eigenblutspende verzichtet werden kann. Dennoch sind diese Rekonstruktionsverfahren nichts für „mikrochirurgische Einzelkämpfer“. Die operative Technik ist anspruchsvoll und setzt eine hohe peri- wie postoperative Logistik voraus. Für ein Operationsteam, das diese Eingriffe häufig durchführt, ist es möglich, die Lappenverluste vertretbar niedrig zu halten. Im eigenen Krankengut liegt die Lappenverluste bei Perforatorlappenplastiken seit Jahren bei 2%.

Literatur

- Allen RJ, Tucker CH Jr. Superior gluteal artery perforator free flaps for breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95: 1207-1212.
- Koshima I, Morigushi T, Soeda S, Kawata S, Ohta S, Ikeda A. The gluteal perforator-based flap for repair of sacral pressure sores. *Plast Reconstr Surg* 1993; 91: 678-683.
- Shaw WW. Breast reconstruction by superior gluteal microvascular free flaps without silicone implants. *Plast Reconstr Surg* 1983; 72: 490-501.

PROGRAMM

Freitag, 12. Juni 2009
14.30-16.00, Saal Y

Familiäres Mammakarzinom
Prophylaktische Mastektomie
und Wiederaufbau mit S-GAP
A.-M. Feller (München)

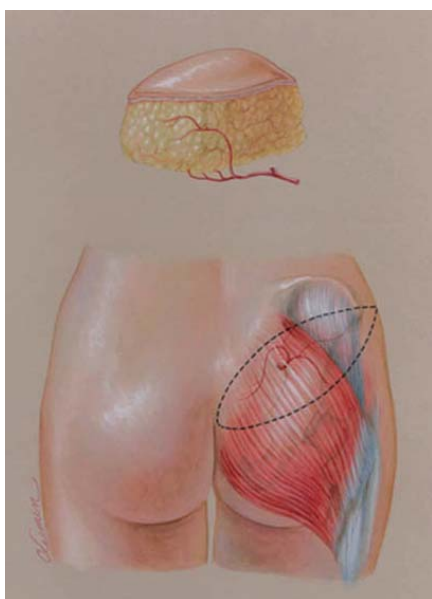


Abb. 1: Schematische Darstellung der S-GAP-Hebung

on erfolgt an der auf der Seite liegenden Patientin. Für die Rekonstruktion der Brust wird die ipsilaterale Gesäßhälfte gewählt. Die Umschneidungsfigur am Gesäß wird so positioniert, dass sich die resultierende Narbe gut in Unterwäsche und Badekleidung verbergen lässt. Nach Festlegung der Lappendimension

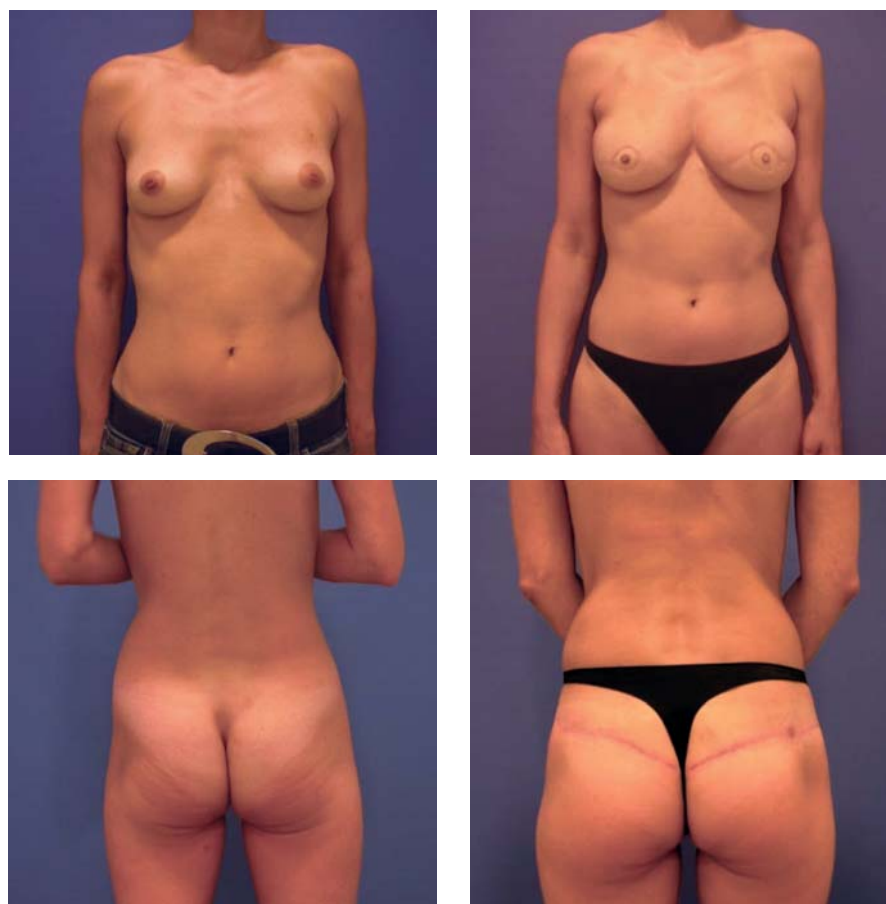


Abb. 2: Mutationsträgerin vor der prophylaktischen Mastektomie und 8 Monate postoperativ