

Interview mit Dr. Daniela Rezek

Eigenfetttransplantation

Korrekturmöglichkeit nach Brustoperation

Angelika Demmerschmidt im Gespräch mit Dr. med. Daniela Rezek (Fachärztin für Gynäkologie, Chefärztin der Klinik für Senologie und Ästhetische Chirurgie am Evangelischen Krankenhaus Wesel).

Wo sehen Sie neben den Eigengewebslappenplastiken und den Silikonimplantaten zur Brustrekonstruktion die allgemeinen Indikationen für die Autologe Fetttransplantation (Eigenfetttransplantation)?

Dr. Rezek: Die Autologe Fetttransplantation (AFT) wird als sekundär-rekonstruktives Verfahren eingesetzt, also zur Korrektur von lokalen Problemzonen nach einer Brusttumorresektion oder nach einer Brustrekonstruktion durch Eigengewebslappen oder Implantaten. Therapieziel ist also eine Verbesserung des Lokalbefundes an der Brust und damit eine Verbesserung der Lebensqualität.

Die Vorteile der AFT liegen darin, dass Fettgewebe ein Organ mit vielen Funktionen ist. Es ist regenerativ (sich erneuernd), hat angiogenetische (Wachstum von Blutgefäßen) und antiapoptische (Regulierung von Zellenaufbau und -abbau) Eigenschaften. Fettgewebe besteht aus vielen verschiedenen Zellen, vor allem die Stammzellen schütten Botenstoffe aus, die zur besseren Durchblutung führen und zur Gewebeerneuerung. Fett führt neben Volumengewinn zur Verbesserung der Mikrozirkulation und zur Hautverdickung. Außerdem ist Fett meist gut zugänglich, meistens ausreichend vorhanden, kann minimal-invasiv gewonnen werden, ist weich und formbar, und es ist mit ausreichend Übung auch einfach zu transplantieren.

Wichtig zu beachten ist, dass nach der Primäroperation aus Sicherheitsgründen zwei Jahre gewartet werden sollte, denn

bei Fettzellen handelt es sich um Stammzellen mit einem gewissen onkologischen Risiko.

Bei welchen Brustkrebspatientinnen findet die Autologe Fetttransplantation nach Mammakarzinom-Operationen besonders Anwendung? Zur Korrektur welcher Befunde? Nennen Sie uns bitte die verschiedenen Anwendungsbereiche an Beispielen.

Dr. Rezek: Zum Ausgleich von Dellen nach einer brusterhaltenden Tumorresektion (BET), ebenso zur Verstärkung des Weichteilmantels über Implantaten, wenn die Haut über den Implantaten nach prophylaktischer oder auch haut- und brustwarzenerhaltender Mastektomie (SSM/NSM) zu dünn ist oder sichtbare Falten bildet. Auch bei Konturdefiziten und Asymmetrie der Brüste oder bei narbigen Einziehungen in der Brust oder Strahlenschäden oder Deformitäten nach tumoradaptierter Reduktion kann Eigenfett sehr gut eingesetzt werden.

Wenn Implantate zur Seite abrutschen und nicht operativ neu positioniert werden sollen, kann die Lücke mit Fett unterfüttert werden. Bei eventuell eingezogenen, häufig dann schmerzhaften OP-Narben werden diese unter Narkose gelöst und mit Fett unterlegt, um eine erneute Verklebung und Vernarbung zu vermeiden.

Auch lokale Verhärtungen oder Einziehungen nach Bestrahlung der Brust können durch eine Autologe Fetttransplantation wieder „weichgemacht“ werden.

Für welche Patientinnen sind Autologe Fetttransplantationen besonders geeignet und welche Voraussetzungen müssen Patientinnen selbst erfüllen?

Die Patientinnen müssen Fettdepots ha-

ben und dürfen nach der Autologen Fetttransplantation keine Diät halten. Außerdem sollten sie nicht rauchen.

Wann besteht eine Kontraindikation zur Autologen Fetttransplantation?

Dr. Rezek: Bei Schwangerschaft, bei einer aktiven sonstigen Krebserkrankung, bei einer lokalen Infektion im Spender- oder Empfängergebiet und unter Chemotherapie.

Die Fettentnahme erfolgt ja ähnlich wie bei einer Liposuktion (Fettabsaugung) in der kosmetischen Chirurgie, nur deutlich sorgsamer. Gibt es hier neuere Erkenntnisse in den letzten fünf Jahren, um auch möglichst viele intakte Fettzellen für die Transplantation schonend zu fördern?

Dr. Rezek: Ja, hier gibt es Leitlinien, die basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen medizinische Maßnahmen beurteilen und entsprechende Empfehlungen zum Nutzen der Patientinnen vorgeben. Ich bin Mitglied dieser Leitlinien-Kommission, bestehend aus gynäkologischen Senologen und plastischen Chirurgen, und wir überarbeiten diese Leitlinien auf ihre nachgewiesenen Zusammenhänge und Wirksamkeit (Evidenz). Hier wird genau beschrieben, wie das Fett entnommen, aufbereitet und transplantiert werden sollte, damit möglichst viel Fett auch übrig bleibt.

Was die schonende Entnahme des Fettes (Lipoaspiration) anbetrifft, wird genau beschrieben, wie das schonende Absaugen erfolgen muss, mit welchem Sog-Druck, mit welcher Art von Kanülen, ob Wasserstrahl-assistiert oder Turmesenz, und wie man das Spendergebiet sorgfältig behandelt und auch nicht übersaugt.

Gibt es auch bei der Bearbeitung des entnommenen Fettes und beim Transplantationsvorgang ebenfalls neuere Erkenntnisse und Verbesserungen der Technik?

Dr. Rezek: Wir wissen heute, dass es sehr wichtig ist, das Fett zu bearbeiten und zu „entwässern“ und von Blut, zerstörten Zellen und Öl zu befreien. Je dichter das transplantierte Fett und je mehr Stammzellen vorhanden sind, desto mehr bleibt dauerhaft an intakten vitalen Fettzellen übrig. Es kristallisierte sich immer mehr heraus, dass schonend zentrifugiertes und filtriertes Fett mehr Stammzellen enthält. Gewisse Umdrehungszahlen beim Zentrifugieren dürfen nicht überschritten werden, ebenso auch die Dauer des Vorgangs.

Zusätze, die dem Fett beigefügt werden, wie z. B. PRP (Platelet Rich Plasma – plättchenreiches Plasma, zur Verbesserung der Überlebensrate der Fettzellen und Differenzierung der Stammfettzellen), sind in Deutschland leider wieder verboten worden, denn damit würde man zum „Arzneimittelhersteller“ werden.

Beim Transplantationsvorgang ist vor allem darauf zu achten, dass keine „Klumpen“ an eine Stelle gespritzt werden, sondern dass das Fett tröpfchenweise verteilt wird, damit es gut anwachsen kann, und gut von dem Umgebungsgewebe durchblutet wird. Injektionen in Drüsengewebe sind zu vermeiden.

Wie sehen Sie heutzutage die Erfolgchancen bei einer Autologen Fetttransplantation unter Berücksichtigung einer technisch perfekt ausgeführten Entnahme, Bearbeitung und Transplantation? Wieviel Prozent der Fettzellen werden letztendlich integriert?

Dr. Rezek: Bei sorgfältiger Durchführung mindestens 70%.

Welche speziellen Komplikationen können bei der Autologen Fetttransplantation auftreten? Was haben diese dann eventuell für Auswirkungen?

Dr. Rezek: Komplikationen sind sehr selten. Es können Dellen durch Übersaugung an der Spenderstelle oder auch an der

Empfängerstelle durch ungleichmäßiges Transplantieren entstehen. Beim Transplantieren großer Mengen kann es zu Fettnekrosen kommen, diese können Schmerzen machen und tastbar sein. Kleine Ölzysten sind normal und verschwinden in der Regel spontan. Sehr selten kommt es zu Infektionen, dann kann es zu einem Abszess kommen, und das Fett fließt ab und ist weg. Das habe ich bei über 500 Fällen bisher einmal erlebt. Insgesamt sind die Komplikationen meistens operateurbedingt und im Vergleich zu anderen rekonstruktiven Eingriffen bei sachgemäßer Durchführung sehr selten.

Besteht ein onkologisches Risiko durch die Fetttransplantation, da ja 10% der Fettzellen Stammzellen sind? Oder ist dieses Problem zu vernachlässigen? Wie ist hier Ihre Einschätzung?

Dr. Rezek: Alle großen Studien zeigen kein erhöhtes Risiko. Ganz wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass nur in sicher gesundes Gewebe transplantiert wird. Der Tumor muss zuvor komplett entfernt worden sein mit einem Randsaum gesunden Gewebes, d. h. bei der feingeweblichen mikroskopischen Untersuchung des entfernten Tumorgewebes dürfen an den Schnitt-rändern keine Tumorzellen und auch keine Vorstufen von Tumorzellen mehr vorhanden sein. Außerdem muss zwei Jahre nach der Operation abgewartet werden, bevor man eine Autologe Fetttransplantation durchführt, denn bei manchen Karzinomtypen ist die Rezidivhäufigkeit in den ersten zwei Jahren erhöht.

Was muss bei radiologisch bildgebenden Verfahren in den Verlaufskontrollen beachtet werden nach einer Fetttransplantation? Kann es zu Fehlbeurteilungen kommen und was ist hier zu beachten?

Dr. Rezek: Die nachsorgenden Ärzte müssen informiert werden, dass eine AFT erfolgte. Das transplantierte Fett hat eine andere Struktur und es bilden sich kleine Ölzysten, die bis zu vier Jahre bleiben können, oder sogar für immer. Um Fehlbeurteilungen zu vermeiden, ist es wichtig, dass die AFT technisch perfekt durchgeführt wird. Dies war in den 90er Jahren



Dr. med. Daniela Rezek

leider nicht der Fall, da die Methode nicht ausgereift war und falsch injiziert wurde. Daher blieb auch die Anwendung im Brustbereich bis 2009 untersagt. Mittlerweile ist die AFT ein standardisiertes und bewährtes Verfahren bei richtiger Anwendung. Ich führe seit vielen Jahren Workshops durch, in denen ich sowohl die Methode als auch die Nachsorge lehre, damit die AFT nicht durch unsachgemäßen Gebrauch oder Fehlinterpretation kompromittiert wird.

Die Kosten für eine Brustrekonstruktion mit Eigengewebe oder Silikonimplantat bei Brustkrebspatientinnen werden ja sowohl von den privaten als auch von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Wie verhält es sich hier bei Korrekturingriffen durch Autologe Fetttransplantation, Narbenkorrekturen oder gar operative Angleichungen der gesunden Brust? Was wird hier von den Krankenkassen übernommen und was nicht? Wie ist hier Ihre Erfahrung?

Dr. Rezek: Es lohnt sich immer, einen Kostenantrag zu stellen. Viele Krankenkassen übernehmen die Kosten bei Krebspatientinnen. Wir hoffen auch, dass nach erfolgter Anhebung der Leitlinie auf S2E (Evidenzniveau) die Situation der Kostenübernahme einfacher wird.

Vielen Dank für das Gespräch