

STIEFS SPRECHSTUNDE**Leser fragen –
Experten antworten**

PROF. CHRISTIAN STIEF



Liebe Leserinnen und Leser,

als Chefarzt im Münchner Klinikum Großhadern erlebe ich täglich, wie wichtig medizinische Aufklärung ist. Doch im hektischen Alltag von Klinik und Praxis bleiben manchmal Fragen offen. Und: Geht es um ein „Tabuthema“, trauen sich Patienten häufig gar nicht erst nachzufragen. Meine Kollegen und ich wollen Ihnen daher Antworten geben. Haben Sie auch eine Frage zu einem medizinischen Thema? Dann schicken Sie uns diese zu! Bitte fassen Sie Ihr Anliegen kurz zusammen und geben möglichst Ihr Alter an. Schicken Sie uns keine Krankenakten. Die Antworten werden auf dieser Seite anonymisiert veröffentlicht – aber nicht persönlich zugeschickt.

Haben Sie Fragen? Schreiben Sie uns!

Per Mail: mitarbeit.wissenschaft@merkur.de
Per Post: Münchner Merkur, Redaktion Gesundheit, Paul-Heyse-Straße 2-4, 80336 München

Leserin: Mein Mann hatte 2009 einen Schlaganfall und hat ein Loch im Herzen. Anfangs nahm er „ASS“, heute nicht mehr. Ich habe gehört, der Gerinnungshemmer „Marcumar“ wirke vorbeugend gegen Schlaganfall und Demenz. Stimmt das?

Schlaganfall: Wie vorbeugen?

Ein Schlaganfall hat zwei Hauptursachen: Arteriosklerose, also durch Ablagerungen verengte Blutgefäße, sodass nicht mehr genug sauerstoffhaltiges Blut in bestimmte Hirnregionen kommt. Oder ein Gerinnsel im Herzen. Ein solches kann sich bei Vorhofflimmern oder einem stärkeren Pendelfluss in den Vorhöfen bilden, etwa durch ein Loch in der Scheidewand dazwischen: bei einem „Vorhofseptumdefekt“ also. Um einen erneuten Schlaganfall vorzubeugen, ist in beiden Fällen nicht nur eine vorübergehende, sondern eine dauerhafte Therapie nötig, die sich aber unterscheidet. So wird Arteriosklerose meist mit „Trombozyten-Aggregationshemmern“ wie „ASS“ behandelt, die Gerinnselbildung im Herzen mit gerinnungshemmenden Medikamenten wie „Marcumar“. Im Alter können auch beide Ursachen zugleich vorliegen. Mein Rat: Sprechen Sie mit dem behandelnden Arzt über die nötige Medikation!

**Prof. Marianne Dieterich**

Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurologie und stv. Direktorin des Deutschen Schwindel- und Gleichgewichtszentrums, Klinikum der Universität München

DIE ZAHL DER WOCHE**700**

Brustkrebs gilt als Frauenkrankheit. Doch etwa einer von hundert Patienten ist ein Mann. Laut Deutscher Krebsgesellschaft wird die Erkrankung damit bei bis zu 700 Männern pro Jahr in Deutschland festgestellt. Betroffene haben es doppelt schwer: Brustkrebs wird bei Männern meist später erkannt, weil kaum einer an diese Möglichkeit denkt. Zudem sind Therapien und Hilfsangebote stark auf Frauen zugeschnitten.

Leserin, 55: Seit meine Schilddrüse vor einigen Jahren entfernt wurde, nehme ich L-Thyroxin (erst 100, heute 75 mg). Seit diesem Frühjahr habe ich trockene Augen. Ich bin nachmittags extrem müde. Der Blutdruck ist sehr niedrig, obwohl ich meine Blutdrucksenker abgesetzt habe. Ich kann mich schlecht konzentrieren, bin vergesslich, nehme zu, fühle mich depressiv und antriebslos. Könnte die Thyroxin-Dosis zu niedrig sein? Der TSH-Wert ist laut Hausarzt in Ordnung.

Schilddrüse: Thyroxin-Dosis zu niedrig?

Ein normaler Wert des Hormons TSH steht meist für eine normale Schilddrüsenfunktion, wenn auch die Hypophyse, also die Hirnanhangsdrüse, normal funktioniert. Um das zu klären, sollte die Konzentration der Hormone freies T4 und freies T3 bestimmt werden – ohne vorherige Einnahme der Schilddrüsenentablette. Funktioniert die Hypophyse, ist die Dosis an Levothyroxin richtig, wenn der TSH-Wert „in Ordnung“ ist und zudem Ihre Augensymptome nicht auf einen Mangel an Schilddrüsen-Hormonen zurückzuführen sind – wie auch die anderen Symptome, die prinzipiell einem Mangel ähneln. Um herauszufinden, woher das neue Problem des niedrigen Blutdrucks und der Müdigkeit kommt, müsste man mehr zu Ihrer Vorgeschichte wissen. Es wäre daher ratsam, dies unter anderem von einem Endokrinologen abklären zu lassen.

**Dr. Roland Weber**

Oberarzt für Endokrinologie am RoMed Klinikum in Rosenheim

Brustaufbau: Wieder ganz Frau sein

Wächst ein Tumor in der Brust, kann diese heute trotzdem oft erhalten werden. Aber: Das klappt nicht immer. Manche der Betroffenen wünschen sich dann einen Brustaufbau – wie Nina F., die wieder ganz Frau sein wollte. Eine Patientengeschichte zum Brustkrebsmonat.

VON ANDREA EPPNER

„Cool, sieht aus wie eine richtige Brust.“ Das ist das Erste, was Nina F. denkt, als der Verband abkommt. Drei Tage nach der Operation darf die 47-Jährige endlich sehen, was ihr so lang gefehlt hat: eine Brust, geformt aus Gewebe von ihrem Bauch.

Ihre natürliche Brust hat Nina F. an den Krebs verloren: 2013 wurde der Tumor entdeckt. Erst sah es aus, als könnte die Brust erhalten bleiben. Bei immer mehr Frauen mit Brustkrebs gelingt das, sagt Prof. Sven Mahner, Direktor der Frauenklinik am Klinikum der Universität München. Bei Nina F. gelingt das aber nicht – obwohl sie vor der Operation eine Chemotherapie bekommt, die den Tumor verkleinern soll. „Die Brust war nicht zu retten“, sagt sie.

Dass es heute Möglichkeiten gibt, eine fehlende Brust zu rekonstruieren? Das weiß Nina F. schon damals. Doch der Kampf gegen den Krebs kostet sie erst mal viel Kraft. Er lenkt ihre Gedanken nur in eine Richtung: „Ich wollte einfach nur gesund werden“, sagt sie. Das Aussehen ist für sie damals zweitrangig.

Das ändert sich, als die Brust dann tatsächlich weg ist. „Viele Frauen sind überrascht, wie schlimm sich das anfühlt“, sagt Dr. Thilo Schenck, Oberarzt für Plastische Chirurgie am Klinikum der Universität München. Um Ästhetik gehe es dabei oft nur in zweiter Linie. Was die Frauen vor allem belastet, sei das Gefühl, dass etwas fehlt. Das erlebt auch Prof. Riccardo Giunta oft, Direktor der Abteilung für Handchirurgie, Plastische und Ästhetische Chirurgie am Klinikum der Universität München.

Am schlimmsten fühlt es sich beim Blick in den Spiegel an

Nina F. fühlt sich nach dem Eingriff unvollständig – nicht mehr ganz Frau. Nein, ihr Mann habe ihr nie das Gefühl gegeben, nicht mehr attraktiv zu sein. Das nicht. Unter T-Shirt oder Pulli lasse sich eine fehlende Brust auch gut kaschieren. Dazu polstert Nina F. das Körbchen ihres BHs mit einer speziellen Prothese aus. Dass hier etwas fehlt, sieht dann kein anderer mehr. Nur: Nina F. spürt es leider trotzdem. Am stärksten ist dieses Gefühl beim Blick in den Spiegel.

Ein halbes Jahr nach dem Eingriff fährt Nina F. darum zum Klinikum Großhadern. Im dortigen Brustzentrum lässt sie sich beraten. Sie erfährt: Ein Brustaufbau ist zwar möglich. Es wäre aber einfacher, hätte man schon bei der Tumoroperation Vorkehrungen dafür getroffen. Bei ihr war das nicht der Fall.

Sonst läuft es so: Selbst wenn die Brust abgenommen werden muss, wird dabei meist nur der Drüsenkörper entfernt. „Den Hautmantel mit Brustwarze versucht man heute – wenn möglich – zu erhalten“, erklärt Dr. Pamina Geiger, Oberärztin an der



Schützend die Hände auf die Brust legen: Eine Bewegung, die intuitiv auch viele Frauen mit Brustkrebs machen. Die rosa Schleife ist ein Symbol der Solidarität mit den Patientinnen – wir haben mit einer Betroffenen gesprochen. PANTHERMEDIA

LMU-Frauenklinik. Die entstandene Lücke fülle man mit einem Silikon-Implantat. Dieses könne als dauerhafte Lösung dienen oder vorübergehend auch als Platzhalter.

Ästhetisch sei das Ergebnis am besten, wenn sich die Patientin gleich zu einer dauerhaften Lösung entscheide, erklärt Mahner. Ist nach der Operation allerdings noch eine Strahlentherapie geplant, kann das Probleme geben. Nicht nur, dass die Haut dadurch oft dünner wird. Der Körper neige auch stärker dazu, das Implantat – für ihn ein Fremdkörper – einzukapseln, sagt Oberarzt Schenck. Je nach Ausmaß dieser sogenannten Kapselbildung verändere die Brust ihre Form. Das Gewebe verhärte sich, fühlt sich unangenehm an, oft muss das Implantat wieder entfernt werden.

Bei Nina F. stellte sich diese Frage damals noch nicht. Bei ihr wurde die überschüssige Haut bei der Tumoroperation einfach entfernt, ihre Brust ist flach. Doch sie erfährt: Es ist nicht zu spät. Ein Brustaufbau sei auch bei ihr möglich. Nur, dass jetzt alles etwas komplizierter ist.

Zunächst soll ihr Körper dazu gebracht werden, Haut zu bilden. Dazu wird in der LMU-

**Prof. Riccardo Giunta**

Direktor der Abteilung für Handchirurgie, Plastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie am LMU-Klinikum München

**Prof. Sven Mahner**

Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Klinikum der LMU München

Frauenklinik ein „Expander“ eingesetzt. Das ist ein spezielles Implantat, das über einen Schlauch von außen mit Kochsalzlösung gefüllt wird. Es lässt sich also nach dem Eingriff nach und nach aufpumpen und so allmählich vergrößern. Die Haut wird dadurch gedehnt – und wächst.

Das allein reicht bei Nina F. nicht. Ein Brustaufbau mit eigenem Gewebe ist für sie die bessere Wahl. Auch Frauen, die kein fremdes Material im Körper wollen, wählen oft diese Lösung. „Jede Betroffene muss für sich den richtigen Weg finden“, sagt Mahner. Entscheidend sei dabei aber immer, dass der onkologische Aspekt nicht zu kurz komme – und das klappt am besten, wenn Gynäkologen und Plastische Chirurgen wie im Brustzentrum am LMU-

Klinikum sehr eng zusammenarbeiten. Da sind sich Mahner und Giunta einig.

Frauen sollten sich gut beraten lassen. Denn jede Methode hat Vor- und Nachteile. Einer der Vorteile der Rekonstruktion mit Eigengewebe: Ähnlich wie eine natürliche Brust verändere sie sich im Laufe des Lebens, sagt Giunta. Wird die Patientin älter, lässt auch die Spannkraft der rekonstruierten Brust nach. Diese wächst auch mit, wenn die Patientin zunimmt. Ein Silikon-Implantat kann das nicht. Und: Es hält nicht lebenslang. Oft muss es nach etwa 15 bis 20 Jahren ausgetauscht oder entfernt werden. Dann ist also ein weiterer Eingriff nötig.

Wählen Patientinnen einen Brustaufbau aus eigenem Gewebe, ist allerdings immer

ein zweites Operationsfeld nötig. Plastische Chirurgen entnehmen das Gewebe hierfür meist am Bauch, seltener an Oberschenkel, Po oder Rücken. „Da macht man also immer auch eine zweite Baustelle auf“, gibt Oberärztin Geiger zu bedenken – ein Nachteil der Methode. Der Eingriff entspricht etwa einer Bauchdeckenstraffung aus ästhetischen Gründen.

Nina F. hat sich dennoch dafür entschieden. Obwohl Eingriff und Rehapphase aufwendig sind. Das erfordert gerade bei berufstätigen Patientinnen und Mamas gute Planung. Sie müssen mit sieben bis zwölf Tagen Krankenhaus rechnen. In den ersten sechs bis acht Wochen müssen sie auch daheim noch vorsichtig sein, dürfen etwa nicht schwer heben.

Die OP ist aufwendig wie eine körpereigene Organtransplantation

Rund zehn Stunden hat der Eingriff bei Nina F. gedauert – etwas länger als im Schnitt. Der liegt Giunta zufolge bei etwa vier bis sechs Stunden. Zunächst entnimmt der Chirurg am Bauch einen Gewebelappen aus Haut, Fettgewebe – und Blutgefäßen. Letztere schließt er später mit dem Operationsmikroskop an die Gefäße neben dem Brustbein an. Denn nur, wenn das Gewebe durchblutet wird, kann es heilen. Gelingt das nicht, kann es absterben. „So ein mikrochirurgischer Eingriff erfordert Zeit – und viel Erfahrung“, erklärt Giunta. „Das kann man sich ein wenig wie eine körpereigene Organtransplantation vorstellen.“

Nina F. hat den Eingriff gut überstanden. Sie liegt unter einer Wärmedecke. Um ihren Bauch ist ein Stoffgurt festgezurr, den sie sechs Wochen tragen muss. „Wie ein ekliger Muskelkater“ fühle sich das am Bauch an, sagt sie. Schmerzen habe sie aber kaum – auch nicht in der neuen Brust. Noch hat sie sich nicht getraut, diese auch zu berühren. Alles ist zu frisch. In einer Sache ist sie sich aber schon jetzt sicher. „Ich bin froh, dass ich es gemacht habe“, sagt sie.

Von Brustaufbau bis zur Handchirurgie: Infotag in München

Zum Thema „Brustrekonstruktion“ können Sie sich auch beim **„Tag der Plastischen Chirurgie“ am Dienstag, 16. Oktober**, informieren. Dieser findet anlässlich des 50. Jubiläums der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie (DGPRÄC) statt – unter anderem mit einem **Infotag in München von 11 bis 17 Uhr** in der Chirurgischen Klinik der LMU (Nußbaumstraße 20, 80336 München).

Dort können Sie zum Beispiel im Erdgeschoss bei einem **„Meet the Expert“ mit Spezialisten ins Gespräch kommen**. Im 1. Stock warten zudem Infostände auf Sie. Hier erfahren Sie etwa, wie ein Brustimplantat aussieht und wie es sich anfühlt, aber auch, wie sich Operationen dank moderner 3-D-Technik noch besser planen lassen.

Das vollständige Programm finden Sie im Internet unter www.plastische-chirurgie-muenchen.com. Nachfolgend eine Übersicht der Expertenvorträge, die im Historischen Hörsaal (1. Stock) stattfinden:

12.30 und 15 Uhr: „Was leistet Plastische Chirurgie heute?“ mit Prof. Riccardo Giunta, Präsident der DGPRÄC
13.10 und 15.20 Uhr: Rekonstruktive Chirurgie



Feinarbeit: Plastische Chirurgen nutzen dabei auch vergrößerte Brillen. PANTHERMEDIA

13.20 und 15.40 Uhr: Faszination Handchirurgie
13.40 und 16 Uhr: Allgemeine Brustchirurgie
14.20 und 16.40 Uhr: Brustchirurgie bei Brustkrebs im Brustzentrum mit Dr. Pamina Geiger von der LMU-Frauenklinik und Dr. Thilo Schenck von der Klinik für Plastische Chirurgie an der LMU
14.20 und 16.40 Uhr: Verbrennungschirurgie
14.40 und 17 Uhr: Interdisziplinäre Plastische Chirurgie
16.20 Uhr: Prothesenversorgung und Myoelektrische Handprothesen
16.40 Uhr: Behandlung der geburtstraumatischen Armlähmung beim Neugeborenen ae