

Die Optimierung der Genitalregion

Operationsmethoden, Komplikationen und Patientenzufriedenheit.

MÜNCHEN – Korrekturingriffe am äußeren weiblichen Genitalbereich haben in den letzten Jahren deutlich an Popularität gewonnen. Dies liegt vor allem an der verstärkten Medienpräsenz dieses Themas und dem damit verbundenen Wissen und der Möglichkeit chirurgischer Verbesserungen.

Die zunehmende Nachfrage ist eine Folge des Ausdruckes eines offeneren Umganges im sexuellen Verhalten. Dabei hat der Wunsch nach einer Optimierung der Genitalregion vermutlich zwei Gründe:

1. Zum einen ist es die Wahrnehmung eigener anatomischer Unzulänglichkeiten allein durch die heute erleichterte Möglichkeit eines direkten Vergleiches mit anderen Frauen sowie durch die starke Präsenz bildlicher Darstellungen des weiblichen Genitales. Der Trend, sich im Genitalbereich zu rasieren, trägt wesentlich dazu bei.

2. Zum anderen ist es das durch die Medien verbreitete Wissen, diese Unzulänglichkeiten beseitigen lassen zu können, verbunden mit der Erwartung, Sexualität frei und ungehemmt zu erleben.

Seit 2002 haben wir in unserer Praxis zirka 1850 Eingriffe im weiblichen Genital durchgeführt. Meist handelte es sich dabei um eine Korrektur zur Verbesserung des äußeren Erscheinungsbildes, insbesondere Reduktionsplastiken der inneren Schamlippen und Korrekturen der Clitorisposition.

Stark zunehmend war jedoch auch die Nachfrage von Korrekturen zur Verbesserung der Stimulationsfähigkeit, besonders nach vaginalen Entbindungen. Diese Verengung der Scheide durch Kolporrhaphie mit Augmentierung der Vaginalwand durch Eigenfettunterspritzung, war hierbei die häufigste operative Korrektur.

Aus Befragungen meiner Patientinnen geht hervor, dass insbesondere die Haltung des Betreuenden Gynäkologen dem Wunsch gegenüber nach einer Genitalkorrektur nicht selten restriktiv ist. Man sollte sich aber bewusst machen, wie sehr der Leidensdruck die Lebensqualität betroffener Frauen beeinträchtigen kann: Es bestehen mitunter erhebliche psychische Belastungen bis hin zur Störung der Vita sexualis oder auch funktionelle Beschwerden meist bei Sport oder beim Tragen enger Kleidung. Vor allem eine unvollständige Rückbildung der anatomischen Strukturen des Beckenbodens und der Vagina in Folge der massiven Überdehnung während einer Geburt kann einen erheblichen Stimulationsverlust sowohl für die Frau als auch für den Mann bedeuten und die Partnerschaft gefährden.

Bei korrekter Durchführung der Eingriffe sind Komplikationen sehr selten. Nahtdehnsenzen und Wundheilungsstörungen traten in drei Prozent der Fälle auf, in keinem Fall kam es zu Empfindungsstörungen, Sensibilitätsverlust oder zur Ausbildung schmerzhafter Narben.

Zur Verkleinerung der inneren Schamlippen verwenden wir eine eigene Technik, die es ermöglicht, eine anatomisch harmonische Reduktion der Labien, nicht nur caudal der Clitoris, sondern periclitoral zu erzielen. Die insgesamt sehr positive Bewertung des Operationsergebnisses aus unserem Patientengut ist ermutigend, insbesondere die so erreichte verbesserte Lebensqualität.

In Anbetracht der wachsenden Zahl der durchgeführten Eingriffe ist die Chirurgie der weiblichen Genitalregion im Begriff, sich ihre Stellung unter den etablierten Verfahren der Plastischen Chirurgie zu erobern.

Anatomische Variationen des äußeren Genitalbereiches und Stimulationsverlust zum Beispiel durch Überdehnung des Beckenbodens bei Geburten, können mitunter massive psychische und funktionelle Beeinträchtigungen hervorrufen.

Durch die zur Verfügung stehenden operativen Möglichkeiten können diese Beeinträchtigungen verbessert oder gar beseitigt werden und den Betroffenen einen

erheblichen Gewinn an Lebensqualität ermöglichen. Dies setzt neben einer großzügigen Indikationsstellung voraus, dass diese Eingriffe mit größtmöglicher Sorgfalt durchgeführt werden und erprobte Standards in den einschlägigen Lehrbüchern aufgenommen werden.

Prof. Dr. med. Stefan Gress
Salvatorstr. 3, 80333 München
E-Mail: gress@plast-chirurgie.de

Freitag, 08.10. 15.00 - 16.30 Uhr
Saal 5



Beispiel einer Schamlippenverkleinerung.



THER2apie mit Herceptin®

Damit aus übermorgen Überleben werden kann.



Herceptin® 150 mg Pulver zur Herstellung eines Infusionslösungskonzentrates. Wirkstoff: Trastuzumab, ein humanisierter IgG1-monoklonaler Antikörper. Zusammensetzung: arzneilich wirksamer Bestandteil: 150 mg Trastuzumab. Hilfsstoffe: L-Histidinhydrochlorid, L-Histidin, α , α -Trehalosedihydrat, Polysorbat 20. Anwendungsgebiete: Pat. mit metast. Brustkrebs, deren Tumoren HER2 überexprimieren: 1) als Monotherapie bei vorbehandelten Pat. (mind. zwei vorangegangene Chemotherapie-Regime in der metast. Situation); 2) in Kombination mit Paclitaxel bei nicht vorbeh. Pat. (keine Chemotherapie in der metast. Situation); 3) in Kombination mit Docetaxel bei nicht vorbeh. Pat. (keine Chemotherapie in der metast. Situation); 4) in Kombination mit einem Aromatasehemmer zur Beh. v. postmenopausalen Pat. mit Hormonrezeptor-positivem metast. Brustkrebs, die noch nicht mit Trastuzumab behandelt wurden. Pat. mit HER2-pos. Brustkrebs im Frühstadium nach Operation, Chemotherapie (neoadjuvant oder adjuvant) und Strahlentherapie (sow. zutr.) Nicht vorbeh. Pat. mit HER2-pos. metast. Adenokarzinom des Magens oder gastroösophagealen Übergangs, in Komb. m. Capecitabin oder 5-FU und Cisplatin. Herceptin® ist nur bei Pat. anzuwenden, deren Tumoren eine HER2-Überexpression o. eine HER2-Genamplifikation aufweisen (für Magen-Ca definiert durch IHC2+ und FISH- oder durch IHC3+), die durch genaue und validierte Untersuchung ermittelt wurde. Gegenanzeigen: Pat. m. bek. Überempfindlichkeit geg. Trastuzumab, Mauseproteine oder einen der sonst. Bestandteile. Pat. mit schwerer Ruhedyspnoe aufgr. Kompl. der fortgeschr. Krebserkr. oder Pat., die eine unterstützende Sauerstofftherapie benötigen. Warnhinweise: Testung auf Überexpression von HER2 in spezialisi. Labor erforderlich. Vor Therapie Überprüfung der Herzfunktion, die kardiol. Unters. sollte alle 3 Mon. während der Behandlung sowie 6, 12 und 24 Mon. nach Ende der Therapie wiederholt werden. Die Anwendung von Herceptin® ist mit Kardiotoxizität verbunden, bes. in Kombination mit Anthracyclinen. Anw. von Trastuzumab in Komb. mit Anthracyclinen nur im Rahmen von klinischen Studien. Vorsicht bei Pneumonitis, bes. b. Patienten, die Taxane erhalten. Nebenwirkungen: Infusionsreaktionen (auch schwerw.). Überempfindlichkeit, Allergie-ähnliche Reaktionen, Diarrhöe, pulmonale Ereignisse (z. B. Asthma), Kardiotoxizität (z. B. Herzinsuff., Herzrhythmusst.), Ödeme, Schmerzen, hämatol. Toxizität, Leber- und Nierenfunktionsstörungen, Pankreatitis, psych. Erkrankungen (z. B. Depressionen), Hautveränderungen, Infektionen (z. B. Harnwegsinf., Wundrosen), Entzündungen (z. B. Mastitis, Gelenk- und Schleimhautentzündung), neurol. Störungen (z. B. Parästhesie, Neuropathie). Dosierung: metast. Brustkrebs, wöchentlich. Anw. Erstinfusion: 4 mg/kg KG; Folgeinfusionen 2 mg/kg KG, einmal wöchentlich, bis zum Progress; 3-wöchentlich. Anw. Initialdosis 8 mg/kg KG, nach 3 Wochen 6 mg/kg KG alle 3 Wochen bis zum Progress, verabreicht als Infusion über ca. 90 Min. Brustkrebs im Frühstadium, 3-wöchentlich. Anwendung: Initialdosis 8 mg/kg KG, nach 3 Wochen 6 mg/kg KG alle 3 Wochen, verabreicht als Infusion über ca. 90 Min., Behandlung ein Jahr oder bis zum Progress; wöchentlich. Anw. Initialdosis 4 mg/kg, anschl. 2 mg/kg jede Woche über ein Jahr oder bis zum Progress. Metast. Magenkarzinom, 3-wöchentlich. Anw. Initialdosis mit 8 mg/kg KG, nach 3 Wochen 6 mg/kg KG alle 3 Wochen, als Infusion über ca. 90 Min. bis zum Progress. Wenn die Initialdosis gut vertragen wurde, können die weiteren Dosen über einen Zeitraum von 30 Min. infundiert werden. Halbwertszeit: 4 Jahre. Pharmazeutischer Unternehmer: Roche Registration Ltd., 6 Falcon Way, Welwyn Garden City, AL7 1TW, UK. Verschreibungspflicht. Stand: Januar 2010. Weitere Informationen auf Anfrage erhältlich: Roche Pharma AG, 79630 Grenzach-Wyhlen