

Tisztelt Hölgyem !
A NŐI EMLŐ PÓTLÁSA / EMLŐHELYREÁLLÍTÁS
Reconstructio mammae

A női emlő hiányozhat fejlődési rendellenesség, gyermekkorban az emlőcsírárt ért sérülés (műtét, égés, stb.) vagy az emlő rosszindulatú daganata miatt történt részleges vagy teljes emlőeltávolítás következtében. A két mell fejlődése normális esetben sem egyforma, így minden nő melle aszimmetrikus még betegség vagy műtét hiányában is. A tájékoztató elsősorban a daganatos betegség miatt csonkolt, ill. eltávolított emlő helyreállításának lehetőségeiről szól. Azonban az alább felsorolt műtéti eljárások megegyeznek a fejlődési rendellenesség vagy egyéb ok miatti emlőhiány helyreállításának alapvető módszereivel. Az emlő esztétikai célú pótlása, helyreállítása plasztikai sebész feladata. Az emlőhelyreállító műtét elvégzése az onkológiai kezelések befejezése után, ill. speciális esetben az emlőműtéttel egy időben javasolt. A műtét időpontjának megválasztásánál elsődleges fontosságú a daganatos betegség onkológus által előírt kezelésein túl a meghatározott daganatmentes időszak. Ez függ a daganat szövettani típusától, kiterjedésétől, az előírt kezelésekhöz (kemoterápia, sugárterápia vagy ezek kombinációja) szükséges időtől, ill. a felépülési periódustól. Általánosságban elmondható, hogy az emlő csonkoló műtétét követően, ha onkológiai kezelés nem szükséges, akkor a szövetek regenerációja után (általában 3-6 hónap), egyéb esetekben egy év daganatmentes periódus – sugárterápia után, annak befejezését követően plusz egy év - elteltével a helyreállító műtét, onkológus beleegyezése mellett elvégezhető.

A műtét indikációját - kellő felvilágosítás alapján - a páciens állítja fel. A műtét lényege a mell méretének a növelése és formájának igazítása az ép oldalhoz. A helyreállítás módszerének megválasztását a helyi szöveti viszonyok, az ellenoldali ép emlő nagysága, állapota, a műtét utáni sugárkezelés ténye, valamint több speciálisan plasztikai sebészeti tényező határozza meg. A helyreállítás módját a plasztikai sebész együtt dönti el a pácienssel, a páciens felvilágosítását követően. A hiányzó emlő pótlása több feladat teljesítésének igényét foglalja magában, de mindig egyénre szabottan történik. Legtöbbször pótolni kell az emlő bőrét, volumenét (domborulatát), a bimbó-bimbóudvar komplexumot és helyre kell állítani az emlők szimmetriáját. Ez legtöbbször csak műtétek sorozatával hajtható végre. **Aki helyreállító műtetre szánja el magát, tudnia kell, hogy a lehető legjobb eredmény elérése csak több lépésben lehetséges. Ez az eredmény (állapot) sem lesz sajnos olyan, mint korábban, a mell csonkolását megelőzően. A csonkolt terület szövetei mindig károsodottak, akár azért, mert már operálták korábban, akár azért mert sugárkárosodott már a bőr és az alatta levő lágyrészek, vagy korábban a szervezet kemoterápiát kapott.**

Ritkán, amikor a részleges emlőeltávolítás nagyméretű mellekből történik, akkor az arra alkalmas páciensek esetén a **mellkisebbítés technikáját** használjuk a megfelelő méretű mirigyállomány eltávolítása utáni helyreállítás céljából.

A **bőrpótlás** történhet speciális szövettágító („tissue expander”) felhasználásával vagy valódi bőrpótlással. A szövettágítót a bőr vagy a mellizom mögé ültetjük be és a bőrt, szigorúan meghatározott feltételek mellett, fokozatos tágítjuk. A valódi bőrpótlás helyi bőrlebenyekkel (pl.: Bohmert lebeny) vagy távoli bőr-izom (musculocutan) lebenyek felhasználásával (a széles hátizomból vagy az egyenes hasizomból) történik. A helyi bőrlebenyek alkalmazásakor a környező bőrt és bőr alatti szöveteket a mellkasról vagy a has felső részéről felemeljük, helyükről elmozdítjuk és kihasználva a szövetek nyújthatóságát pótoljuk a lágyrészhányt. Szövetet leggyakrabban a has felől nyerhetünk.

A **volumen** (domborulat) pótlása a megfelelő bőrpótlást követően, szilikon implantátum beültetésével történik. A műtét lényege szilikon implantátum beültetése a pótolta lágyrészhány mögé. Az implantátum elhelyezése történhet közvetlenül a pótolta bőrterület mögé (bőrlebeny esetén) vagy a mellizomzat mögé (bőr-izom lebenyek esetén), azaz a mellizom és a mellkasfal közé. Izom mögé történő behelyezés utáni időszak több fájdalommal, kellemetlenséggel járhat. Kisebb volumen pótlása történhet saját zsír átültetésével is. Ilyenkor a test egyéb területéről nyerünk zsírt, melyet előkészítést követően ültetünk át. Az emlőhelyreállító műtéti sorozat végén az apró formai különbségek, egyenetlenségek szintén jól korrigálhatók saját zsíratültetéssel.

A **bőr és a volumen egyidejű pótlása** is lehetséges. Ezek együttes elvégezhetőségét a mellkas és a mellek anatómiai adottságai, az emlőbimbók helyzete és a beültetendő implantátumok alakja, mérete, valamint az esetlegesen szükséges lágyrészhány pótlásának típusa szabja meg. Az aszimmetrikus mellek

(méret- és formakülönbségek) jó eredménnyel korrigálhatók különböző formájú és/vagy nagyságú implantátumok behelyezésével.

Kisméretű ellenoldali emlő esetén a széles hátizomból képzett bőr-izom lebeny is elegendő lehet a megfelelő domborulat eléréséhez. A **széles hátizomból nyert bőr-izom lebeny** (musculus latissimus dorsi musculocutan lebeny) a legbiztonságosabb, leggyakrabban használt bőr- és kisméretű volumen pótlására alkalmas lebeny. Alkalmazhatjuk, ha helyi lebenyekkel nem pótolható elegendő bőr, ha korábban több hasi műtét történt és a bőr-egyenes hasizom lebeny nem alkalmazható, ha besugárzott a terület, ill. ha csak részleges emlőpótlás történt. A műtét lényege, hogy a háton a lapocka alatt ejtett babérlevél alakú metszéből a szükséges, ill. a lehetséges legnagyobb bőrterületet, a bőralatti zsírral és az alatta lévő széles hátizommal együtt a hónalj alatt képzett alagúton át, szigetszerűen az emlő helyére forgatjuk. A lebeny vérellátását az izom ere biztosítja. A széles hátizom bőr-izomlebeny alkalmatlan emlőpótlásra, ha az izom fejlődési rendellenesség következtében sorvadt vagy vérellátása az emlő és hónalji nyirokcsomók eltávolítása során károsodott. A lebeny és a hát bőre alá néhány napra (3-7 nap) szívódraint helyezünk.

A bőr és a nagyméretű volumen egyidejű pótlására az **egyenes hasizomból nyert bőr-izom lebeny (TRAM)** különböző változatait használjuk. A műtét feltétele, hogy az alhasi bőr és a bőr alatti szövetek „feleslege” elegendő anyagot biztosítson a viszonylag nagyméretű emlő pótlására. Megfelelő méretű alhasi bőr- és zsírfelesleg esetén egy lépésben pótolható nagyobb volumen is. Nincs szükség szilikon implantátum beültetésére, így elkerülhető az esetleges röntgen besugárzást követő fokozott tokosodás kialakulása. A lebeny vérellátását az egyenes hasizmok ellátó ere biztosítja. A műtét során egy bőr alatt képzett alagúton juttatjuk át az alhasi szöveteket az emlő helyére. Megfelelő feltételek esetén ezek a szövetek szabadon is átültethetők. A műtét nem végezhető el, ha nincs elegendő alhasi bőrredő, ha a korábbi hasi műtétek (korábbi hasplasztika, alhasi zsírleszívás) miatt sérült a lebeny vérellátása, ha bizonyos betegségek állnak fenn (kardiovaszkuláris betegség, krónikus tüdőbetegség, kezeletlen magasvérnyomás betegség, kóros elhízás, inzulinfüggő cukorbetegség) vagy a páciens erős dohányos. A műtét kockázatát növelik az autoimmun betegségek, közepes fokú elhízás, valamint a nem inzulinfüggő cukorbetegség.

A legtöbb esetben nagyobb volumen pótlására van szükség, amely csak szilikon implantátum behelyezésével érhető el, legkorábban az első műtétet követően 3 hónappal. Sokféle implantátum létezik, különböző formákban és méreteken. Két fajta alap implantátum forma érhető el, a kerek és az anatómiai (vagy más néven cseppalakú). Az anatómiai implantátummal végzett volumennövelés eredménye kevésbé hivalkodó, sokkal természetesebb és az implantátum szélei nem látszanak annyira. A jól megválasztott emlőhelyreállító műtéti sorozat végén, problémamentes gyógyulást követően a laikusok megtéveszthetők a látvánnyal. Ma már az ún. formatartó, stabil, kohezív géllal töltött implantátumokat használjuk. A beültetésre kerülő szilikon géllal töltött implantátumoknak – a sajtóban napvilágot látott mindenféle ellenkező információkkal szemben – semmilyen egészségkárosító hatásukra (rákkeltő hatás, mozgásszervi-, autoimmun-, kötőszöveti betegségeket okozó hatás, stb.) semmiféle tudományos bizonyíték nincs, azoknak semmiféle egészségkárosító hatását kimutatni nem lehetett. A beültetett szilikon implantátum abszolút szövetbarát, a szervezet számára azonban mégis idegen anyagnak számít. A szervezet egy vékony kötőszövetes tokot képez - az implantátum körül -, így határolódik el. Normális esetben ez a kötőszövetes tok néhány hét alatt kialakul, hártavékony, kívülről sem látni, sem tapintani, sem bármilyen képkalkító vizsgálómódszerrel kimutatni nem lehet. A szilikon az orvostudományban széles körben alkalmazott anyag (szívsebészet, szemészet, idegsebészet, urológia, idegsebészet, fül-orr-gégészet, gyermeksebészet, stb.). Számos szájon át alkalmazott gyógyszer, kozmetikumok, varróanyagok, injekciós tűk, kenőanyagok tartalmaznak szilikont mindenféle egészségkárosító mellékhatás nélkül ! A tokosodás gyakoriságának csökkentése érdekében hozták forgalomba a korábban már használt sima felszínű implantátumok mellett az ún. texturált felszínű (rücskös, érdes), kohezív géllal töltött implantátumokat, amelyeknek az ára ugyan magasabb, de a megjelent tudományos közlemények szerint alkalmazásuk esetén a komplikációk bizonyítottan ritkábban lépnek fel. A legmodernebb és legbiztonságosabb implantátum kohezív géllal töltött és rücskös felszínű (texturált). Ennél a típusnál nincs gél-diffúzióra, kilyukadásra, leeresztésre lehetőség, így formája végig stabil, nem változik és minimális a tokosodás lehetősége. A kohezív géllal töltött implantátumok sokkal biztonságosabbak és a gyártók véleménye szerint élettartamuk hosszú, sokáig maradhatnak a szervezetben. Az

emlőimplantátumok biztonságának vizsgálatát az EQUAM nyilatkozatban tették közzé: Emlő Implantátumok Használatára Vonatkozó Egyetértő Nyilatkozat (1998. Július 4, Regensburg).

A legmegfelelőbb implantátumot a pácienssel egyeztetve választjuk ki a konzultációk alkalmával a műtét előtt. Figyelembe vesszük a páciens anatómiai adottságait, reális elvárásait és a választott implantátum formáját is. A képzett plasztikai sebész feladata, hogy a ma rendelkezésre álló különböző gyártmányú, típusú és formájú (kerek, csepp alakú, lapos, magas) implantátumok közül az adott esetben a legalkalmasabbnak látszót válassza ki a pácienssel egyeztetve. Többféle jó minőségű implantátum létezik, legjobb implantátum nincs. **Az a legjobb implantátum, amely az adott esetben a legalkalmasabb.**

A **bimbó-bimbóudvar** komplexum pótlása kis helyi lebenyekkel vagy szabad bőrátültetéssel történik. Erre több kidolgozott műtéti módszer áll a sebész rendelkezésére, az adottságoktól függően. Feszülő szövetek esetén a bimbó pótlása igen nehéz feladat, néha kivitelezhetetlen. A bimbóudvar pótlása tetoválással is elvégezhető.

A **szimmetria** helyreállítása az ellenoldali emlő megfelelő korrekciójával történik, szükség esetén kisebbítéssel, felvarrással, nagyobbítással vagy ezek kombinációjával, melyről külön tájékoztató áll rendelkezésre.

Előrehaladt stádiumú daganatoknál - sokszor a sebészi beavatkozás elvégezhetőségének a határán -, leggyakrabban higiénés okból szükség lehet a kiterjedt daganat eltávolítására és az ezzel járó nagyméretű bőrhiány pótlására. Ezt a műtétet szükség esetén sebész és plasztikai sebész közösen végzi, a másik szakma képviselőjének bevonásával. Az ilyen stádiumú páciensek és a keletkező kiterjedt lágyszöveti hiányok mindig egyedi elbírálást igényelnek. Leggyakrabban helyi lebenyekkel, bőr-izomlebenyekkel, esetenként a bőr szabad átültetésével oldhatók meg. A folyamat kiterjedésétől, a helyi szövetek minőségétől és a páciens állapotától függően alkalmanként atípusos megoldások is szóba jönnek ilyenkor.

Az emlőhelyreállító műtét nem tud korigálni minden, a páciens által megálmodott, néha irreális elvárást a melleken. Nem lehet mindent műtéttel megoldani. Ennek egyrészt műtéttechnikai korlátai vannak, másrészt csak olyan korrekció hajtható végre, amely illeszkedik a mellkas és a mellek harmóniájába jelenleg és várhatóan a későbbiekben is.

A műtét előtt megbeszéljük a problémát és az Ön által kívánt eredményt. Szóba kerül minden olyan dolog, amely összefüggésbe hozható a mellplasztikával és fontos az emlőhelyreállítás szempontjából. Ha Ön dohányzik, aszpirint, egyéb véralvadást gátló gyógyszert vagy más gyulladáscsökkentő tablettát, ill. egyéb gyógyszert szed, kérem, jelezze ezt nekünk ! Ezek a szerek fokozhatják a vérzési hajlamot. Megvizsgáljuk a mellkast és a melleket, ill. ezek egymáshoz viszonyított arányát, különös tekintettel a részben vagy teljesen csonkolt mellre. Felhívjuk a figyelmet a női mell aszimmetriájára, mely megnyilvánulhat a mellek méretbeli vagy formai különbségében. Az emlőbimbók mérete, alakja, helyzete vagy a magassága szintén eltérő lehet. Kitérünk a mell (mellkas, has) bőrének és kötőszövetének minőségére, valamint az esetleges korábbi műtéti hegekre. Van olyan aszimmetria, melyet az emlőhelyreállító műtéti sorozat sem tud teljesen korigálni. Van olyan heg vagy a kemoterápia és/vagy a sugárterápia kiváltotta állapot, amely hatással van a műtéti tervre és a plasztikai műtét későbbi eredményére. Készítünk pár képet – több irányból - a jelenlegi állapotról. A fotók lehetővé teszik a páciensnek a mellek és a mellkas több irányból történő vizsgálatát és értékelését.

Az emlőhelyreállító műtéti sorozatot követő fogyás, ill. hízás, a terhesség és a szoptatás befolyásolhatja a műtét késői eredményét. A későbbi súlyváltozás hatással van az emlők méretére, formájára és állagára, amit előre kiszámítani, megjósolni nem lehet. A teljesen eltávolított mell, implantátummal történő helyreállítása esetén nem követi a súlyingadozásokat, ill. a lágyszövetek öregedéssel járó változását. A műtét előtt onkológiai kivizsgálás (pl.: mammographia és/vagy mell – ultrahang, cytológiai vizsgálat, stb.) szükséges a mellben esetlegesen jelen levő rosszindulatú folyamatok kizárására miatt.

A műtétek nagy részét altatásban, de a kisebb korrekciókat már helyi érzéstelenítésben végezzük. A műtét előtt szükséges vizsgálatok: labor, mellkasröntgen, EKG, aneszteziológiai, szükség esetén belgyógyászati, részletes onkológiai vizsgálat és szakvélemény. Az Ön minél nagyobb biztonsága érdekében, általában antibiotikum védelemben operálunk. A műtéti idő általában 2 - 3 óra.

A metszésvezetést az előzetes mérések és a megmaradt mirigyállomány, ill. bőr ismeretében határozzuk meg. A kombinált mellplasztika adta „gyorsabb” eredmény érdekében valamelyest több szövődmény lehetőségét vállaljuk és nagyobb a valószínűsége, hogy később korrekciós műtetre lesz szükség. Amennyiben az aszimmetria indokolja, a nagyobb mellet kisebbítéssel, ill. a kisebbiket szilikon

implantátum behelyezésével igazíthatjuk a másikkhoz. Eltérő nagyságú emlők esetén a metszések hossza is eltérő lehet.

A kombinált, emlőhelyreállító mellplasztika műtéti sorozatot mindig egyénileg választjuk ki. A mellek mérete és formája, az emlőbimbó udvar nagysága, valamint a mell csonkolásának mértéke és módja, ill. a páciens elvárása együttesen befolyásolja a legmegfelelőbb technika kiválasztását. Nem mindenki alkalmas bármelyik beavatkozásra, illetve a különböző megoldások késői eredményei nem egyformák. Igyekezünk mindig a legkevesebb heget okozni és ebből a legszebb formát elérni. A kombinált mellplasztika után a mell természetes alakja részben takarja a hegeket. A zavartalanul gyógyult műtéti heg alig látható.

Részleges csonkolás esetén az implantátum behelyezése a mell állománya mögött háromféleképpen történhet. Az implantátumok közvetlenül behelyezhetők az emlőállomány mögé, azaz az emlőmirigy és a mellizom közé; a mellizomzat mögé, azaz a mellizom és a mellkasfal közé; vagy az ún. dual plane rétegbe. Ez utóbbi esetben az implantátum felső pólusa a mell izom mögött, míg az alsó pólusa a mirigyállomány mögött helyezkedik el. A mirigy alá helyezés előnye, hogy a műtét egyszerűbb, rövidebb, a műtét utáni időszak kevesebb fájdalommal és kellemetlenséggel jár. A mirigy alá (mirigy és az izomzat közé) ültetett implantátum hivalkodóbb és együtt mozog a mirigyállománnyal, a gravitáció hatása jobban érvényesül, így pozícióját gyorsabban elveszti. A mellizom mögé történő behelyezés technikailag nehezebb, a műtét hosszabb, a műtét utáni időszak több fájdalommal, kellemetlenséggel jár, viszont hosszútávon kevesebb a késői szövődmény és a kifogástalan esztétikai eredmény is nagyobb gyakorisággal érhető el. Az izom alá (az izomzat és a bordák közé) ültetett implantátum természetesebb formát ad, pozícióját jól tartja, de lemozdulhat róla a mirigyállomány és ritkán, követi az izommozgásokat. A sovány alkatú hölgyeknél, valamint a kisméretű és a lógó emlők esetén inkább ez ajánlott. Ez alól kivételt képeznek az erős izomzattal rendelkező hölgyek, pl.: a sportolók, a body builderek, stb. Az anatómiai implantátumok esetén a részben mirigy, részben izom alá ültetett implantátumok adják a legtermészetesebb eredményt. Ebben az esetben az implantátum alsó fele, kétharmada az emlőállomány alatt, felső egyharmada, fele pedig a mellizom alatt helyezkedik el. Ezt a kombinált technikát nevezzük dual plane eljárásnak. Egyaránt alkalmazható sovány, normális vagy túlsúlyos páciensek esetén is.

A műtét végén tapasztokkal rögzíthetjük a melleket, melyek nemcsak tehermentesítik, hanem formázzák is azokat. A bimbóudvar körüli és a bimbóudvar alatti, középső függőleges metszés általában alig látható, szép heggel gyógyul. A mell alatti harántmetszés hege a legproblémásabb, különösen a függőleges heggel való találkozásakor. A különbség a három metszés elhelyezkedéséből és a bőr minőségéből ered. A bimbóudvar körüli vékony finom bőr finomabb heggel gyógyul, mint a mell alatti vastagabb bőr. A zavartalanul gyógyult műtéti heg álló helyzetben alig látható és a mell természetes alakja és esése miatt részben takarja a hegeket. A különböző emlőhelyreállítási módok némileg eltérő mellformát eredményezhetnek, amit befolyásol a testalkat, a mellek nagysága, a választott lágyrészpótlás módja és az implantátum formája és mérete, valamint a bőr alatti zsírszövet, lágyrész mennyisége és minősége. Sovány testalkatú hölgyeknél ezek a különbségek kifejezettebbek lehetnek. Tudomásul kell venni, hogy a zavartalanul gyógyult műtéti hegek sohasem lesznek láthatatlanok, de idővel elhalványodnak és beolvadnak a környezetükbe. A műtét előtt nem tudjuk megjósolni a hegek minőségét. A hegesevényt nagymértékben befolyásolja az egyéni hajlam. A leggondosabb műtéti technika, a legjobb varróanyagok és eseménytelen műtét és sebgyógyulás mellett sem lehet ígérni, hogy a műtéti hegek láthatatlanok lesznek. Ideális esetben vékony hegek keletkeznek a melleken a bimbóudvar körül, az alsó negyedek határán a középvonalban, ill. az alsó áthajlásban. Ezek anatómiai határon, ill. a mell által takart pozícióban helyezkednek el. Aki ilyen műtetre vállalkozik, annak el kell döntenie, hogy a részben vagy teljesen csonkolt melle zavarja leginkább, vagy a műtét után valamelyest minden esetben látható műtéti hegek.

Intravénás bódításban és helyi érzéstelenítésben végzett műtét után haza lehet menni. Ha a műtét altatásban történt, egy éjszakát célszerű a kórházban tölteni. Általában a műtétet követő másnap távolítjuk el a műtét végén a sebüregebe helyezett draint, amely a sebüregből bizonyos mértékben mindig szivárgó véres váladékot vezet ki, amely a gyógyulás szempontjából semmilyen hátrányt nem jelent. Ezzel gyorsabb és biztonságosabb lesz a gyógyulás, csökken a mellműtét utáni fájdalom. A varratokat 2 – 3 hét múlva távolítjuk el egy vagy két lépésben.

Klinikánk a mellek és az implantátumok nyugalomba helyezését javasolja az implantátumok biztonságos megtapadása érdekében. (Egyes iskolák a mellek rendszeres masszírozását és mozgását javasolják.)

Műtét után minden esetben szükséges az emlők nyugalomba helyezése, leggyakrabban speciális melltartóval, elasztikus mellénnyel vagy egyszerű puha, elasztikus melltartóval. A kompressziós melltartót éjjel - nappal folyamatosan viselni kell 4 hétig. A műtét utáni első 2 héten kerüljön minden olyan tevékenységet (2 kg-nál nagyobb súly emelése, cipekedés, fizikai munka, megerőltető sport), ami erősebb vállmozgással és megerőltetéssel jár. 6 hétig tartózkodni kell a nagyobb megterheléstől és a sporttevékenységtől. A karok magasba emelése csak lassan, óvatosan történhet. Ellenjavallt a napozás vagy bármilyen erős meleghatás. A kombinált emlőhelyreállítás után általában 2 – 3 hét pihenés javasolt, a műtéti sebeket és műtéti területet kímélni kell, szennyeződés nem érheti ! Műtét után 2 hétig tilos a gépkocsivezetés és minden olyan cselekvés, amelyhez a szervezet fokozott koncentrációképesége szükséges ! Napozástól, szoláriumtól 6 hétig tartózkodni kell, de a tartós jó eredmény megőrzése érdekében később is mértéktartás javasolt ! 3 – 6 hónapig fényvédő krém használata javallt a műtéti heg területén. A melltartó rendszeres viselése hosszútávon biztosítja a mellek formáját. Sportoláshoz mindig viseljen melltartót !

A kombinált emlőhelyreállítást követően ugyanúgy szükséges a mellek önvizsgálata, mint a mellplasztika előtt. Ha Önnek a kora miatt javasolt a periodikus emlőrákszűrés, akkor azt rendszeresen el kell végeztetnie ! A beültetett szilikon implantátum mellett az onkológiai kontrollvizsgálatok elvégezhetők. Az implantátum(ok) jelenléte semmilyen káros hatással sincs a daganat kiújulására vagy a kiújulás kimutatására. Minden plasztikai beavatkozás után rendszeresen ellenőrzésre kell járni, így az emlőhelyreállítás után is. Ennek rendszeressége függ a beavatkozás jellegétől, a gyógyulási folyamattól és a páciens általános állapotától. **Panaszok jelentkezése esetén, kérem, azonnal telefonáljon !** A mell végleges formája, a végleges esztétikai eredmény is csak hónapokkal később alakul ki. De ez a folyamat akár 1 – 2 évig is eltarthat.

Mivel az emberi test sem teljesen szimmetrikus, nem várható, hogy a műtét után kialakuló forma, jelentős aszimmetria esetén a nagyság, a bőr feszessége, a műtéti heg minősége és helyzete teljesen szimmetrikus legyen. A két oldal között aszimmetria lehetséges.

Külön meg kell említeni az ún. **secunder emlőhelyreállítást**. Ez egy többedik mellplasztikai beavatkozás, amely vagy a páciens kérésére (nem megfelelő mellnagyság, nem megfelelő alak, pozíció, aszimmetria, stb.), vagy az implantátum szavatossági idejének lejártja miatt (régen behelyezett implantátumok), vagy valamilyen orvosi javaslatra (pl. capsularis contractura, stb.) történik. Ezt a mellplasztikát végezhetjük implantátum cserével vagy anélkül; hegkorrekcióval vagy anélkül; lipofillinggel vagy anélkül; ill. ezek együttes alkalmazásával.

Szövődmények: Az emlőhelyreállító műtétnek, mint minden műtéti beavatkozásnak lehetnek komplikációi. Az általában szóba jövő műtéti szövődményeken (vérzés, fertőzés, trombózis, szövetkárosodás, akár bőrelhalás) kívül, melyek igen ritkán, de az esztétikai indokból végzett mellplasztikáknál gyakrabban fordulnak elő, vannak speciális, ezzel a kombinált műtéttel kapcsolatos szövődmények. A műtéti vérzés általában nem jelentős és biztonsággal csillapítható. A sebüregben keletkező vérömleny vagy savógyülem néhány százaléknyi valószínűséggel az óvintézkedések (gondos vérzéscsillapítás, drain, nyomókötés) ellenére is előfordulhat. Kisebb vérömleny vagy savógyülem általában magától felszívódik. Nagyobb vérömleny, savógyülem esetén annak eltávolítása szükséges lehet. Savógyülemet leggyakrabban leszívással távolítjuk el. Erősebb vérzés ritkán, de jelentkezhet, mind a műtét alatt, mind a műtétet követően. Ilyenkor csak ismételt műtéttel tudjuk azt biztonságosan csillapítani. Legrosszabb esetben az elvesztett vér pótlása is szükségessé válhat vérátömlesztés, transzfúzió formájában, de ez nagyon ritka.

A gyógyulási hajlam és a műtéti hegek minősége egyénileg változó, így jelentős egyéni különbségeket mutathat. A legmodernebb eszközökkel és anyagokkal, a legkíméletesebb technikával behelyezett varratok esetén is előfordulhat bizonyos esetekben, hogy a seb élénkvörös, kemény, kiemelkedő és kiszélesedett heggel gyógyul, mely idővel vékonyabb és szebb lesz, színe halványodik. Ez a folyamat, akár egy-két évet is igénybe vehet. Ha ez mégsem következik be és a heg színe élénk vagy vörös, tapintata kemény és kissé kiszélesedett, akkor a kóros heget eltávolítjuk és egyéb hegkezelő eljárásokkal kiegészítve (szteroidos krémek vagy injekciók, szilikonos tapasz, stb.) kezeljük az új heget. Ezt a kisebb hegkorrekciós műtétet a teljes gyógyulási folyamat lezajlása után, de legkorábban 1 évvel a kombinált mellplasztika után végezzük el, mely többnyire kielégítő eredményt ad. Ez különösen kóros hegesezési hajlammal rendelkezőknél javasolt. Normális sebgyógyulás ennek ellenére sem garantálható.

A műtét után 7-10 nappal az esetek 10-20%-ában előfordulhat, hogy a hegek találkozásánál a sebszélek kissé eltávolodnak egymástól, kis nyílás keletkezik és a műtét következtében a mélyből az elfolyósodott zsír sárgás-rózsaszín folyadék formájában kiürül. A műtétet követő napokban, néhány hétben kialakulhat folyadékgyülem (seroma) az implantátum körül. Ennek oka ismeretlen, az esetek döntő többségében drainálással kiürül vagy magától felszívódik. Súlyos esetben el is fertőződhet. Ha ez az igen ritkán előforduló sebgyógyulási zavar, sebfertőzés tályogképződéssé alakulna át, akkor azt sebfeltárással, az implantátum átmeneti eltávolításával, a genny lebocsátásával lehet eredményesen kezelni. Ilyenkor sebszétválás és elhúzódó sebgyógyulás fordulhat elő. Ennek megelőzése érdekében antibiotikum védelemben operálunk. A nyitott seb és sebűreg a fertőzés lezajlása után magától beforr, ill. letapad. A gyulladáshoz vezető teljes gyógyulását követően, minimum 3 hónapos (átlagosan 6 hónapos) tünetmentes időszak eltelte után újabb implantátum ültethető be egy második műtéttel és elvégezhető a hegkorrakció a teljes siker reményében.

Bármely műtéti beavatkozás során vérrögképződés előfordulhat az érpályákban és a keletkezett thrombus a vér útján elsodródhat távoli szervekbe (pl. a tüdőbe) és ott embóliát okozhat.

Speciális ismert veszélyek:

Az operálandó emlő nagyságával arányos gyakorisággal fordulhatnak elő az emlő állományán belül kisebb-nagyobb zsírelhalások, melyek átmeneti váladékozással is járhatnak. A hegek találkozásánál a sebszélek kissé eltávolodnak egymástól, kis nyílás keletkezik a gyenge vérellátás miatt. Ezeket a helyeket néhány milliméternyi, 0,5 – 1 cm²-nyi kiterjedésben (de akár nagyobb területű) gyakori a gyógyulási zavar, ami a heg kiszélesedését eredményezi. Ezek néhány hét alatt spontán gyógyulnak, speciális kezelést nem igényelnek. Ugyancsak az emlők méretével arányosan, de igen ritkán (5 - 10 %) fordul elő kisebb-nagyobb sebszétválás, esetleg bőrelhalás. A műtéti területen, illetve annak közvetlen környékén lefutó idegszálak tartós meghúzódása, sérülése vagy átvágása érzészavart, érzéskiesést vagy a vártnál erősebb fájdalomérzést eredményezhet. Ezen panaszok néha már a helyreállító műtét előtt is megvannak a korábbi beavatkozásoknak köszönhetően (műtét, sugárterápia, kemoterápia, stb.). A helyreállító műtét vagy műtéti sorozat ezeken javíthat, de akár ronthatja is a panaszokat. Az esetek túlnyomó többségében néhány hét, esetleg hónapok eltelte után az érzékösség fokozatosan helyreáll. Ha azonban ez nem teljes, akkor nagyon ritkán előfordulhat a mell egy részén, vagy kivételesen a mell egészen végleges érzéskiesés. A lebennyel végzett emlőhelyreállító műtét speciális szövödménye az elforgatott, elcsúsztatott, ill. átültetett lebeny keringési zavara, mely súlyos esetben a lebeny részleges vagy ritkán a teljes elhalását okozza. Ez legkifejezettebb az egyenes hasizom bőr-izom lebeny (TRAM) esetén, ahol ez az arány akár az 50%-ot is elérheti. A bimbó és bimbóudvar vérellátása a mirigyeltávolító műtét kiterjedésével, a kemo- és sugárterápia agresszivitásának nagyságával arányosan károsodik. Igen ritkán (5 – 10 %), de előfordul a mellbimbó és a bimbóudvar részleges, kivételesen teljes elhalása. Ezek előfordulását az általános állapot, kövérség, dohányzás, idősebb korban pedig keringési zavarok fokozhatják. Ha mégis bekövetkezik, akkor a bimbóudvar egy másik plasztikai műtéttel korrigálható, ill. pótolható. Néha minimális méretbeli különbség lehet a mellek között, ill. a bimbók magassága különbözhet. Igen nagy melleknél és idősebb korban a zsírszövet és a gyengébb bőrkeringés okozhat gyakoribb problémát, mely átmeneti váladékozással, nagyon ritkán bőrelhalással is járhat. Ezeket a kis elváltozásokat később egy kisebb beavatkozással kiválóan lehet korrigálni. Időnként előfordul, hogy a bimbóudvar bőrében lévő mirigyek kivezető csöveit a heg elzárja, a váladék nem tud kiürülni és pattanáshoz hasonló gyulladáshoz gőb alakulhat ki, melyet ki kell üríteni. Ez akár többször is megismétlődhet a műtétet követő fél éven belül.

Normális esetben az implantátumot körülvevő kötőszövetes tok nem okoz problémát. Az esetek egy részében ez a tok részben vagy egészében fokozatosan megvastagszik, zsugorodik (esetleg meszesedik). A heges tokba zárt szilikon implantátum összenyomódik, deformálódik, ill. tokján, felszínén gyűrődések képződhetnek (ez alapja lehet az implantátum esetleges megrepedésének). Ennek eredményeképpen a mell vagy a mellek megkeményednek, valamint az implantátumok elmozdulhatnak. Különböző statisztikák szerint ez az arány 1 - 30% között mozog, mely függ az implantátumtól, a szilikon gél sűrűségétől, ill. annak felszínétől, a műtét körüli eseményektől és sok egyéb tényezőtől. A mellben feszülő érzés keletkezhet, esetleg fájdalom is felléphet. Kezdetben csak nyomásra vagy mozgásra lépnek fel ezek a tünetek, de a folyamat előrehaladtával már nyugalomban is jelentkeznek. Ezt hívjuk tokosodásnak (tokzsugorodás, capsularis contractura), melynek 4 súlyossági fokozata van. A tokzsugorodás kialakulásának pontos oka ismeretlen. Sebgyógyulási zavarok gyakrabban vezetnek

tokosodáshoz. A tokosodás kialakulhat nem sokkal a mellnagyobbítás után (leggyakrabban fél éven belül), de akár évekkel később is. A fél éven belül kialakuló tokzsugorodás esetén a spontán javulás lehetősége fennáll, így a műtéti megoldással nem kell sietni. A nem szűnő tokosodás megszüntetéséhez egy második műtét szükséges, melynek során a tok felhasításával vagy kimetszésével felszabadítjuk az implantátumot, helyreállítjuk az implantátumot befogadó üreg eredeti nagyságát így a mell visszanyeri eredeti formáját, ismét puha tapintatúvá válik és megszűnnek a panaszok. Ez a második műtét lényegesen kisebb beavatkozás, mint az első és gyakran helyi érzéstelenítésben is elvégezhető. Ekkor kisebb az esély, hogy ismételten tokzsugorodás lépjen fel, bár ennek lehetősége továbbra sem kizárt. Amennyiben a kapszulaképződés újra bekövetkezik, újabb kis műtéttel korrigálható. A megfelelő implantátummal és technikával végzett emlőhelyreállításkor a kapszulaképződés ritkábban fordul elő. Az emlőhelyreállításkor mindig nagyobb a tokosodás valószínűsége, mivel az érintett szövetek már nem érintetlenek. Minél több műtét történt korábban, minél agresszívabb volt a sugárterápia és/vagy a kemoterápia, annál nagyobb a tokosodás kialakulásának valószínűsége. A tokzsugorodás kialakulásának valószínűsége legalacsonyabb a texturált felszínű és kohezív géllal töltött implantátumok esetén. A fiziológiás sóval vagy folyékony szilikonnal töltött implantátumoknál a repedésen (ruptura-n) keresztül a folyadék, ill. a szilikon gél kifolyhat, de a korábban már kialakult kötőszövetes tokban marad. Ruptura keletkezhet még erős külső behatásra is. Ruptura gyanúja esetén ultrahang - vizsgálat szükséges. Ha ez nem jár egyértelmű bizonyossággal, akkor igazolására MRI vizsgálat indokolt. Amennyiben a sérülés igazolódik, az implantátumot cserélni kell. Ma már inkább kohezív géles implantátumokat használunk, mivel ezek szerkezete stabil, belőlük a gél nem tud kifolyni.

Az implantátumok nagyon ritkán elfordulhatnak. A kerek implantátum megfordulhat vagy rotálódhat, mely komoly mellforma-változást nem okoz. Ha az anatómiai implantátum elfordul, akkor nem kívánt mellforma alakulhat ki. Az elmozdulás leggyakoribb oka valamilyen folyadékgyülem az implantátum körül vagy az igen laza kötőszövet. Problémát jelenthet még a túl laza kötőszövetes állomány és a túl vékony tok is. Ebben az esetben az implantátum(ok), akár aszimmetrikusan, megereszkedhetnek, ami újabb (általában kisebb) beavatkozást tehet szükségessé. A második műtét alkalmával a túl laza, vékony tokot belső varratokkal szűkítjük, visszaállítva az optimális implantátumüreget és emlőformát. Ez a jelenség az idő folyamán újra kialakulhat, ami ismételt beavatkozást tehet szükségessé.

A felsorolt szövődmények (a sebgyulladás, a szövetkárosodás, az érzékszavarok, a fonal körül kialakuló gyulladás) a gyógyulási folyamat idejét elnyújthatják, de előfordulásuk ritka. Kialakulásuk esetén a teljes gyógyulási folyamat végén egy második, kicsi korrekciós műtéttel ez orvosolható. A szövődmények megfelelő kezeléssel, beavatkozással leküzdhetőek, a műtét végső eredményét nem vagy csak alig befolyásolják.

A műtét kockázati tényezőjeként és nem szövődményeként fordulhat elő - a plasztikai beavatkozások döntő többségénél normális velejárója - a műtéti terület és közvetlen környezetének duzzanata, a szövetközi bevérzések, feszítő érzés, esetleg fájdalom, ami néhány hét alatt fokozatosan megszűnik. Ezek mind természetes reakciók, melyek a sebgyógyulás normális jellemzői. A feszüléstől átmenetileg a bimbó érzékenysége megváltozhat (csökkenhet, de akár érzékenyebb is lehet). A műtéti területen, ill. annak közvetlen környékén lefutó idegszálak meghúzódása, sérülése átmeneti érzékszavart, érzéskiesést vagy a vártnál erősebb fájdalomérzést eredményezhet. Átmeneti működési zavart okozhat több indirekt hatás is, mint pl. az ideghez közeli vérzések elektrokoagulációja okozta hőmérséklet-emelkedés, a bőr felemelésére használt sebészi kampó okozta nyomás, húzás vagy a nyomókötés okozta kompresszió. A műtét utáni időszakban is kialakulhat ilyen elváltozás a kötés elcsúszása, bizonyos pontokra gyakorolt fokozott nyomóhatása, a kötés alatt kialakult extrém mértékű duzzanat következtében. Ezek az átmeneti idegműködési zavarok napok-hetek, esetleg csak hónapok alatt, de az esetek többségében idővel teljesen megszűnnek. Nem számít szövődménynek és normálisan is előfordulhat, hogy a drainsöveket (nagy belső sebfelszínek miatt) és a nyomókötést több napig szükséges fenntartani (5-7 nap, esetenként tovább is) a szövetek biztos letapadása, ill. a sebváladék megfelelő ideig történő levezetése miatt. Esetenként (25%) előfordulhat, hogy a lebenyek vételének régi, ill. elfogatásnak új helyén a bőr alól, akár több alkalommal is kisebb-nagyobb mennyiségű savós váladékot kell a bőrön keresztül leszívni még a szívódrain eltávolítása után is. Ez a gyógyulás szempontjából semmilyen hátrányt nem jelent. A beavatkozás, továbbá a beadott gyógyszerek hatására előfordulhat a műtét után szédülés, hányinger vagy akár hányás is.

Az egyidejűleg végzett bőr- és volumenpótlás esetén nagyobb kockázatot jelent az implantátum és a mirigyállomány mozgásának kiszámíthatatlansága. Az izom alá helyezett implantátumok kimozdulhatnak az izommozgások alkalmával, majd visszatérnek eredeti helyzetükbe. A mirigy alá helyezett implantátumok kevésbé természetesek és egy sovány páciens esetén az implantátum alakja és pereme látható, tapintható. A gravitáció hatását az implantátumok súlya fokozza, így a mirigyállomány erősebben süllyedhet. Korábban lehet szükség egy korrekciós mellfelvarrásra. Amennyiben egy irányba és egyformán (általában lefelé) mozdul az implantátum és a mirigyállomány, úgy az eredmény tartós és esztétikus. Ha azonban a mozgások különböző irányba történnek (legtöbbször az implantátum felfelé, a mirigyállomány lefelé), akár bizarr, természetellenes kép is kialakulhat. Az izom stabilan rögzíti az implantátumokat, így a gravitáció hatásának megfelelően csak a mirigyállomány mozdulhat el lefelé. Ilyenkor a mellek felső pólusa mentén két domborulat van: felül az implantátum felső pólusa, majd egy kicsivel lejjebb indul a mirigyállomány. Ezt hívjuk „Double bubble” –nek. Az izommozgásokat követő implantátumok esetén nem feltétlenül, de a „Double bubble” esetén újabb műtét szükséges a szép mellforma visszaállítása érdekében. Ezen műtét során az implantátum, a mirigyállomány vagy mindkettő helyzetén változtatni kell az adott helyzetnek megfelelően. A kombinált bőr- és volumenpótlást követően nagyobb az esély egy későbbi korrekciós beavatkozásra. A kombinált bőr- és volumenpótlás műtétét lehet egy ülésben és lehet két ülésben is elvégezni. Két ülésben végzett beavatkozás esetén, általában a lágyrészhány pótlását végezzük el először, és utána második alkalommal a volumenpótlást. Ezzel a kétlépcsős beavatkozással csökkenthető a későbbi korrekciós beavatkozás valószínűsége, de a végleges eredményhez is csak később jutunk el.

A műtét után az implantátumot borító vékony szövetek miatt, vagy más ismeretlen okból a mellen egyenetlenség, barázda, bordázat jöhet létre. Ezt hívjuk az ún. „rippling” jelenségnek. Ritkán mész rakódhat le az implantátumot övező szövetekben, mely zavarja a mammográfia eredményét.

A bőrpótlással együtt végzett volumenpótlás eredménye azonnal látható, de a végleges esztétikai eredmény csak a gyógyulási folyamatok befejeződésével, néhány hét vagy hónap múlva. De ez a folyamat akár 1 – 2 évig is eltarthat. Ennek a kombinált mellplasztikának az eredménye változatlan testsúly mellett hosszú ideig tart, de nem örökké. Terhesség és szoptatás, jelentősebb hízás, fogyás, a gravitáció és a szövetek víztartalmának és rugalmasságának változása, az életkorral összefüggő egyéb változásokkal együtt hatással vannak az egész szervezetre, így a mellek méretére és formájára is. Kerülendő a gyakori testsúlyváltozás. A nagy implantátumok és nehéz mellek esetén az eredmény nem olyan hosszú távú, mint ellenkező esetben. A melltartó rendszeres viselése hosszútávon biztosítja a mellek formáját és pozícióját. A műtét eredménye és tartóssága életkortól, alkati tulajdonságoktól és a fent leírt egyéb tényezőktől függ. A műtét végeredménye (esztétikai és nem esztétikai szempontból) nem mindig jósolható meg biztonsággal. Az operáló plasztikai sebész munkájában (ha a legjobb tudása szerint és a legjobb anyagokkal is végzi ezt a műtétet) és a végeredmény kialakulásában már több olyan tényező is szerepet játszik, amelyre az operáló orvosnak nincs befolyása, ezért ezen beavatkozások esetén csak a műtét általános oldaláról tartozik felelősséggel, a kialakult eredményért, annak hosszú távú változásáért nem. Ha a változások nyomot hagynak a melleken, akkor egy korrekciós beavatkozás megismételhető (évek múlva), akár több alkalommal is. Ezek a későbbi műtétek általában az eredeti műtétnél sokkal kisebb beavatkozások.

Összefoglalva:

Önnek jó- vagy rosszindulatú elváltozás miatt csonkolták, ill. csonkolják részben vagy egészen az egyik vagy mindkét mellét. Ennek következtében egyik vagy mindkét melléből hiányzik vagy hiányozni fog mirigy- és zsírszövet. Ennek következtében a két mell viselkedése hízásra, fogyásra, ill. formára másként viselkedik. 25-30 %-ot meghaladó különbség esetén a legnagyobb gyakorlattal és jóindulattal rendelkező plasztikai sebész is csak közelíteni tudja egymáshoz a két mell formáját. A helyreállító műtét után a legjobban sikerült esetben is melltartóban, ill. ruhában csaknem tökéletes az eredmény, de levetközve mindig lesz különbség a két mell formája között. Ez köszönhető az eltávolított szövetmennyiségnek, az utána kialakult hegesezésnek, ill. a sugár- és/vagy kemoterápia hatásának. A helyreállító műtét esetén alapvető, hogy a plasztikai sebész a lehető legnagyobb gondossággal jár el, az Önnek leginkább megfelelő eljárást választja. Tájékoztatja Önt a szükséges beavatkozásokról és azok időbeni tervezéséről. Ennek ellenére a tágítási vagy gyógyulási folyamat mindenkinél más módon alakul, mindig egyéni. Ennek köszönhető, hogy a műtéti eljárás folyamán gyakran nem szokványos a gyógyulás, mely

Betegfelvilágosító – Tájékoztató – Beleegyező nyilatkozat

meglepetést okozhat és előre nem látható. A megfelelő eredménnyel járó helyreállító műtét általában több műtétből áll, melyek számát és nagyságát mindig az aktuális állapothoz, ill. az Ön igényeihez igazítjuk.

Amennyiben Ön el tudja fogadni a fentebb leírtakat, akkor vállalkozzon csak emlőhelyreállító műtétre, amennyiben bármilyen kételye van, NE egyezzen bele a helyreállításba ! Válasszon helyette külső pótlást, ill. informálódjon tovább !

A fentieket áttanulmányoztam, az abban foglaltakat - valamint a részletes szóbeli és írásbeli orvosi felvilágosítás során nyert további információkat – megértettem és tudomásul vettem. Minden további kérdésemre kielégítő felvilágosítást kaptam. Ezen aláírással hitelesítem, hogy minden információt megkaptam, megértettem és végigolvastam a betegtájékoztatót és a beleegyező nyilatkozatot. Részletes felvilágosítást kaptam a beavatkozásról, a műtétről, annak várható eredményéről, az alternatív kezelési eljárásokról, a műtét, ill. a beavatkozás elmaradásából fakadó hátrányokról és következményekről. A beavatkozásba, műtétbe beleegyezek, beleegyezésemet saját akaratomból, rábeszéléstől mentesem adom. Kijelentem, hogy minden esetlegesen kialakuló szövődményt megértettem. Későbbiekben a tájékoztatás hiányára, félretájékoztatásra vagy rábeszélésre nem hivatkozom.

Mindezek tudatában írásbeli beleegyezésemet adom, hogy kérésemre rajtam az emlőpótló, helyreállító műtétet, ill. műtéteket elvégezzék. A műtét fent leírt kockázatait vállalom, szövődmények esetleges kialakulásakor azok elhárításában együttműködök, ezzel kapcsolatban későbbiekben panaszt nem emelek.

Kiegészítés / Megjegyzés:

Budapest / Gödöllő, 20..... hó nap.

Páciens aláírása:

Születési dátum:

Lakcíme: