

Lipofilling til brystrekonstruktion

Christina S. Gramkow, Peter Andreas Siemssen & Jørgen Lock-Andersen

STATUSARTIKEL

Dansk Selskab for Plastik- og Rekonstruktionskirurgi

Brystkræft er den hyppigste kræftform hos kvinder med ca. 4.000 nye tilfælde årligt i Danmark. Over halvdelen af disse kvinder behandles med brystbevarende kirurgi (lumpektomi) som regel efterfulgt af strålebehandling, kemoterapi og antihormonel terapi.

Lipofilling er en, i Danmark, ny metode, hvor brystet rekonstrueres med eget væv i form af fedtceller, som efter en raffineringprocedure injiceres i det område på brystet, hvor der er vævsmangel. Ideen med at bruge autologt fedt som *filler* går næsten 100 år tilbage, men det var først i slutningen af 1980'erne, at *Coleman* præsenterede en teknik bestående af atraumatisk *liposuction*, raffinering af fedtceller ved centrifugering og injektion. Med denne metode kunne han præsentere postoperative resultater, der var stabile også ved flere års opfølgning [1].

Lipofilling kan nu tilbydes til rekonstruktion af bryst, hvor der efter lumpektomi og strålebehandling er betydelig vævsmangel, eller hvor brystet er skæmmende deformeret pga. cicatrice (**Figur 1**).

Indgrebet udføres i generel anæstesi. Der foretages fedtsugning med håndkraft via aspiration med sprøjte med special (*harvest*)-kanyler, efter at området er infiltreret med Kleins væske (en blanding af Ringerlaktat, adrenalin og lidocain). Fedtet centrifugeres, og overskydende olie og væske drænes. Injektionen foretages via multiple indstik fra forskellige retninger med specielle kanyler, som også kan løsne strammende arvæv. Fedtvævet injiceres under tilbagetrækning af kanylen og søges lagt i små lineære depoter. Defekten i brystet opbygges i et tredimensionelt plan. Mængden af fedt, som kan injiceres, varierer efter vævets beskaffenhed; i strålebehandlet væv kan der injiceres mindre mængder end i ubestrålet væv. Det er helt afgørende, at det injicerede fedt får tilstrækkelig blodforsyning fra det omgivende væv. Der overkorrigeres kun lidt. Rekonstruktionen kræver oftest flere indgreb, og som regel vil det være nødvendigt at foretage 1-4 sessioner af *lipofilling* med 3-6 måneders interval, før rekonstruktionen er komplet. Operationen kræver typisk kun indlæggelse i 1-2 døgn og giver kun ganske beskedne ar efter aspirationskuller og injektionskuller. Patienterne ser ofte fedtsugningen, hvor de har medbestemmelse på valg af donorsted, som et gode, hvor de foretrukne donorsteder er abdomen, inderlår og hofter.

RESULTATER

Lipofilling giver en meget styrbar korrektion af vævsmanglen i brystet, hvor defekten opbygges tredimensionelt, og også overfladiske uregelmæssigheder kan korrigeres, hvilket er svært med andre kirurgiske indgreb. Strammende strøg, der er relateret til arvæv både efter kirurgi og strålebehandling, kan løsnes med en speciel kanyler med skarpt skær, og efterfølgende lægges fedt under det løsnede arvæv. Denne procedure sikrer mod senere nedbinding. Der opnås en bedring af det stråleinducerede vævs fibrose og en opblødning af cicatricen, måske pga. en stamcelleeffekt medieret af de injicerede fedtceller [2]. *Lipofilling* giver en varig og stabil volumenøgning i brystet, også efter flere års opfølgning [1]. Injektioner af fedtceller med stamcelleeffekt i brystvæv, som tidligere er behandlet for brystkræft, har givet bekymringer for, om dette kunne øge risikoen for recidiv. I studier med langtidsopfølgning af denne patientgruppe vises, at der ikke er en øget risiko for recidiv af brystkræft efter *lipofilling* [3]. De komplikationer, som ses ved *lipofilling* af bryst, er oftest ødem og misfarvning og opstår hos næsten alle patienter. Sjældnere ses fedtnekrose (1%) eller infektion (1-2%) [4, 5]. Skulle der opstå fedtnekrose og/eller infektion, kan det oftest behandles konservativt med antibiotika. Komplikationer ved donorsteder er svarende til komplikationerne efter anden *liposuction*.

KONKLUSION

Lipofilling er en lovende ny metode til rekonstruktion af ellers vanskeligt korregerbare brystdeformiteter efter lumpektomi og strålebehandling.

KORRESPONDANCE: Christina S. Gramkow, Plastikkirurgisk Afdeling, Roskilde Sygehus, 4000 Roskilde. E-mail: christina.gramkow@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Coleman SR, Saboeiro AP. Fat grafting to the breast revisited: Safety and efficacy. *Plast Reconstr Surg* 2007;119:775-85.
2. Panettiè P, Marchetti L, Accorsi D et al. The serial free fat transfer in irradiated prosthetic breast reconstructions. *Aesth Plast Surg* 2009;33:695-700.
3. Rigotti G, Marchi A, Stringhini P et al. Determining the oncological risk of autologous lipoaspirate grafting for post-mastectomy breast reconstruction. *Aesth Plast Surg* 2010;34:475-80.
4. Zocchi ML, Zuliani F. Bicompartimental breast liposculpting. *Aesth Plast Surg* 2008;32:313-28.
5. Illouz YG, Sterodimas A. Autologous fat transplantation to the breast: a personal technique with 25 years of experience. *Aesth Plast Surg* 2009;33:706-15.



En 63-årig kvinde henholdsvis præoperativt og efter venstresidig brystrekonstruktion med to behandlinger *lipofilling* (105 ml og 63 ml). Samlet forløb: et år.