

Pressemeldung

## **Innovative Narbentherapie im interdisziplinären und interprofessionellen Kontext**

### **7. Narbensymposium von Juzo**

Das von Juzo veranstaltete 7. Narbensymposium fand am 24. Oktober 2020 als Online-Symposium unter ganz anderen Umständen als üblich statt, vermittelte aber, wie auch in den vorangegangenen Jahren, die neuesten Fortschritte und Erkenntnisse aus dem Bereich Narbentherapie und darüber hinaus.

Für alle Teilnehmer\*innen spielen Ergebnisse aus der Forschung, deren Informationsvermittlung sowie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit eine wichtige Rolle. Die größte Bedeutung habe sie jedoch für den Patienten, eröffneten die wissenschaftlichen Leiter, Dr. med. Bernd Hartmann, Chefarzt am Zentrum für Schwerbrandverletzte mit Plastischer Chirurgie, Unfallkrankenhaus Berlin und Univ.-Prof. Dr. med. Frank Siemers, Direktor der Universitätsklinik für Plastische und Handchirurgie und Schwerbrandverletzte, BG Klinikum Bergmannstrost, Halle, die Veranstaltung und begrüßten 90 Besucher\*innen an ihren Bildschirmen.

### **Interdisziplinäres und integratives Netzwerk**

Auch in diesem Jahr gab es einen Teil im Fachprogramm, der den Mensch in den Mittelpunkt rückte. Denn wir alle gingen, als integratives Netzwerk, Hand in Hand, um für die uns anvertrauten Patienten die beste Rehabilitation und somit die höchstmögliche Lebensqualität zu erhalten, so Dr. med. Hartmann.

Die Teilnehmer erhielten Einblicke in die Möglichkeiten und Perspektiven der modernen Narbentherapie und konnten das etablierte Symposium als Plattform nutzen, um sich mit Kolleginnen und Kollegen auszutauschen, Diskussionen zu führen und Netzwerke zu finden. Von der allgemeinen Plastischen Chirurgie über die spezifische Plastische Rekonstruktion sowie die Verbrennungsmedizin erhielten die Teilnehmer Einblicke in die Narbenrekonstruktion, geschlechtsangleichende Operationen oder die Unterdruckbehandlung mit VAC und Dermisersatz. Medical Needling oder ethischen Aspekte der Therapielimitierung nach einem Suizid sind nur einige Themen, die diskutiert wurden – immer im Zentrum der Mensch.

### **Plastische Chirurgie**

Prof. Dr. med. C. Can Cedidi, Bremen, informierte im ersten Beitrag „Moderne Narbenrekonstruktion in der Plastischen Chirurgie“ über die konservative Therapie und operative Möglichkeiten der Plastischen Chirurgie und ging der Frage nach, was in der Narbenrekonstruktion wann möglich sei und wie eine Narbenbehandlung nach komplexen Rekonstruktionen aussehe.

Erst nach einer konservativen Therapie mit Silikon und Kompression, die hervorragende Ergebnisse in der Verbesserung der Form, Funktion und Ästhetik der Narbe erzielen könne, werde, falls nötig, operiert. Hier sei die Auswahl an Möglichkeiten mannigfaltig – Lasertherapie, Dermabrasio, chirurgischen Exzision, Z- oder W-Plastiken etc. In erster Linie sei in der Narbenbehandlung Vorbeugung und die Erstellung eines komplexen Konzeptes wichtig. Die chirurgische Behandlung müsse sinnvoll sein – die Schnittführung durchdacht, Hautspannung vermieden und die konservative Behandlung müsse ausgeschöpft werden.

Mit innovativen Techniken (wie z.B. Eigenfett-Unterspritzung) und Biomaterialien können gute Ergebnisse erzielt und die Lebensqualität der Patienten deutlich verbessert werden. Moderne Substanzen würden individuelle und innovative Rekonstruktionen verbessern und das funktionelle und ästhetische Outcome gleichzeitig optimieren.

Dr. med. Simon Kuepper, Berlin, schilderte die Entwicklungen in der „Rekonstruktiven plastischen Chirurgie“. Anspruch der Rekonstruktion sei immer, verlorengegangene Strukturen mit möglichst gleichem Gewebe zu ersetzen. Die rekonstruktive Leiter zerfalle zum Teil – es werde nicht mehr stufenweise, sondern mit unterschiedlichen Herangehensweisen auf die Bedürfnisse der Wunde, den Funktionsverlust, die Ästhetik und die Patienten eingegangen und eine Rekonstruktion bestimmt. Die Mikrochirurgie mit den heutigen Standards biete enorme Möglichkeiten der individualisierten chirurgischen Versorgung und könne dem Patienten und den zu behandelnden Defekt in vielen Punkten gerecht werden. Es gäbe eine große Bandbreite an unterschiedlichen Verfahren, mit der operiert werden könne. Am wichtigsten sei aber ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Team mit Physiotherapeuten, Epithetikern, Orthopädiemechanikern und vielen mehr, das eng verzahnt zusammenarbeite.

„Geschlechtsangleichende Operation sowie die Versorgung in der Nachbehandlung“ war Thema des Vortrags von Prof. Dr. med. Markus Küntscher, Berlin. Geschlechtsangleichende Operationen werden stetig mehr – 2018 wurden 251 Operationen und 2019 bereits 450 Operationen im Evangelischen Elisabeth Krankenhaus durchgeführt. Prof. Dr. Küntscher stellte die Daten einer Retrospektiven Studie mit 39 Frau-zu-Mann transidenten Patienten vor. Er erläuterte die Teilschritte eines Radialispenoids mit präformierter Harnröhre und analysierte die Risiken. Das Radialispenoid mit präformierter Harnröhre habe sich in den letzten Jahren in der geschlechtsangleichenden Frau-zu-Mann-Chirurgie etabliert. Die Rate der urologischen Komplikationen konnte, verglichen mit dem Chang bzw. Gottlieb und Levine Verfahren, reduziert werden. Auch die Anzahl der urethrokutanen Fisteln konnte während der Lernkurve verringert werden. Grund dafür könne laut Prof. Dr. Küntscher eine Visierlappenplastik unterhalb der Harnröhrenanastomose sein. Die Studie liefere die bis dato größte Datensammlung an klassifizierten Komplikationen nach Clavien-Dindo, die für zukünftige Vergleiche zu neuen Techniken oder Varianten bereits bekannter Verfahren herangezogen werden könne.

Katja Kassem-Trautmann, Zug (Schweiz), gewährte Einblicke in Ihre Arbeit als Plastische Chirurgin bei Interplast e.V., tätig in der Demokratischen Republik Kongo. Häufigste dort zu behandelnde Fälle seien Verbrennungen, Keloide, Strumen, Gesichtstumore und Lipome. Bisher können keine mikrochirurgischen Eingriffe durchgeführt werden, da die Infrastruktur und Logistik vor Ort noch nicht so weit ausgebaut seien. Ein kleines Labor konnte jedoch schon realisiert werden. Die Zusammenarbeit des Teams sei von der Indikationsstellung bis hin zur Entlassung und Nachsorge absolut unerlässlich. Die Ärzte und das medizinische Hilfspersonal vor Ort sollen ausgebildet und geschult werden, um den Betrieb auch ohne das Interplast Team weiterführen zu können. Neben der Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz vor Ort und vielen Orthopäden sei ein zur Verfügung gestelltes Grundstück, auf dem ein neues Krankenhaus gebaut werden soll, Grund zur Freude.

Univ.- Prof. Dr. med. MSc Lars-Peter Kamolz, Graz (Österreich), baute mit dem Thema „Medical Tattooing und Plastische Chirurgie – update: Eine vielversprechende cross-over Therapie zur Verbesserung des ästhetischen Outcomes nach rekonstruktiven Eingriffen“ auf seinem Vortrag vom Vorjahr auf. Bei der Wiederherstellung von Form, Funktion und Ästhetik könne medizinische 3D-Tätowierung unterstützen und Ergebnisse erzielen, welche die rekonstruktive Chirurgie nicht leisten könne. Diese Technik sollte als ein wichtiges Werkzeug in der plastischen Chirurgie gesehen werden, das auch wissenschaftlich begleitet und aufgearbeitet werde. Neben farblichen Anpassungen von z.B. Lappen an die Umgebungshaut, sei ein Kaschieren oder gar Abdecken von Narben möglich. Besonders häufige Tattoos seien unter anderem Brustwarzen oder Fingernägel. Prof. Dr. Kamolz betonte, sich mit den gesundheitlichen Risiken auseinanderzusetzen. Stichtiefe, manche Inhaltsstoffe der Farben sowie beispielsweise der Umstand, dass tätowierte Haut um 50% weniger Schweiß bilde, seien nicht zu vernachlässigende Risiken. Richtig und bewusst angewandt sei Medical Tattooing eine nicht-invasive Technik, die einfach machbar sei und außerordentliche Ergebnisse liefern könne.

Univ.- Prof. Dr. med. habil. Adrian Dragu, Dresden, stellte die klinische Behandlung in der Rekonstruktion und handchirurgischen Operationen in den Fokus. Interdisziplinarität und vor allem Interprofessionalität seien in der Plastischen Chirurgie elementare Eckpfeiler einer erfolgreichen und nachhaltigen Behandlungsstrategie. Nur dann könne eine innovative Narbentherapie beste Ergebnisse liefern. Die Narbentherapie beinhalte eine detaillierte Konzeptentwicklung – von der exakten Planung und Organisation der Operation bis hin zu Nachbehandlung mit Kompression und/oder Silikon. Alles jedoch in enger Zusammenarbeit mit Gefäßchirurgen, Radiologen, Angiologen, Handtherapeuten, Orthopädietechnikern u.v.m. Neben zahlreichen operativen Techniken der Plastisch-rekonstruktiven Chirurgie sei das Ziel immer der Erhalt bzw. die Wiederherstellung von Form, Funktion und Ästhetik. Instabile Narben oder Wunden seien meist eine Folge von insuffizienter



Weichteilbedeckung und/oder inadäquat adressierter Störfaktoren. Das rekonstruktive funktionelle Ergebnis sei fast immer davon abhängig, wie detailliert und standardisiert das Nachbehandlungskonzept (z.B. Ernährung oder Handtherapie) sei.

Handtherapeutin Ines Nax, Dresden, ergänzte den Vortrag von Univ. Prof. Dr. med. habil. Adrian Dragu um einen genaueren Einblick in die „Physio- und Ergotherapeutische Nachbehandlung“. Ziel sei es, dem Patienten seine frühere Beschäftigungen und Tätigkeiten weitestgehend zur ermöglichen, um seinen Anforderungen im sozialen, häuslichen und beruflichen Bereich wieder gerecht werden zu können. Eine qualifizierte handtherapeutische Nachbehandlung beinhalte neben Sensibilitätstraining und Physikalischer Therapie viele weitere Bausteine. Physiologische Funktion im Gelenk und allen strukturell und funktionell damit verbundenen Geweben sollen erhalten bzw. wiederhergestellt werden. Für ein gutes Outcome sei die Eigeninitiative von Patienten, wie die konsequente Durchführung von Heimübungen, notwendig.

## Verbrennungsmedizin

Den Block Verbrennungsmedizin eröffnete Dr. med. Mechthild Sinnig, Hannover, mit dem Thema „Die Behandlung des (schwer-) brandverletzten Kindes. Chirurgische Therapie im Wandel der Zeit“. In Deutschland seien es jährlich rund 32.000 Kinder unter 15 Jahren, die thermische Verletzungen erleiden und behandelt werden müssten. Davon seien etwa 6.000 Kinder stationär in Behandlung, von diesen ca. 2.600 in Spezialkliniken. Die Verletzungen seien immer sehr schmerzhaft und gehen meist mit der Bildung lebenslanger Narben einher, die das Wachstum behindern können, weshalb die Behandlung und das Schmerzmanagement von schwerbrandverletzten Kindern eine besondere Herausforderung sei. Die Behandlungsergebnisse haben sich in den letzten 30 Jahren in Bezug auf Schmerzreduzierung und Wundheilung, Hautersatz und funktionellen sowie ästhetischen Outcome signifikant verbessert. Eine fach- und kindgerechte Behandlung sei aber besonders bei kleinen Flächen wie den Händen in Spezialkliniken für brandverletzte Kinder gewährleistet, wo auch mit speziellen Technologien und Wundauflagen gearbeitet würde.

Dr. med. Markus Öhlbauer, Murnau, berichtete über den Einsatz von“ VAC und Dermisersatz-Fixierung“ im Zentrum für Schwerbrandverletzte in Murnau. Die Vakuumtherapie (engl. vacuum assisted closure-therapy, kurz VAC) wird dort bei Verletzungen mit bis zu 90% verbrannter Oberfläche eingesetzt. Dr. med. Öhlbauer betonte vor allem einige Vorteile wie die Ödemreduktion und die deutlich seltener notwendigen Verbandswechsel (– 50% gegenüber konventionellen Verbänden), die vor allem sehr schmerzhaft für die Patienten seien. Die Vakuumtherapie zielt auf die Hautschichten mit mitteltiefen bis tieferen Verbrennungen 2. Grades ab. Diese sollten, durch eine Verhinderung einer Ödembildung, alleine und narbenfrei abheilen. Besonders Areale, die chirurgisch schwer zugänglich seien, wie der Bereich des Halses, seien mit der Unterdrucktherapie gut zu behandeln. Nach fünf bis sieben Tagen VAC-Behandlung seien die Wunden, ohne enzymatisches oder mechanisches Debridement, einer Epithelisierung gelangt.

Christian Hartz, Orthopädietechnikermeister, Berlin, ging auf die „Möglichkeiten der Kompressionsversorgung mit Silikon“, die nach wie vor der Goldstandard in der Narbenversorgung seien, ein. Die Erfahrungen hätten gezeigt, dass durch den Einsatz von Silikonversorgung das Rehabilitationsergebnis verbessert werden könne. Besonders in den Regionen Hals, Gesicht und distale Extremitäten hätte sich Silikon als zusätzliche Therapieform mittlerweile etabliert. Herr Hartz zeigte innovative Beispiele in der Versorgung mit Silikon und Kompression wie z.B. ein digitales Produktionssystem (Maßfassung) sowie ein digitales Organisationssystem. Technologie solle weiterbringen, der Mensch jedoch immer im Mittelpunkt stehen. Die Möglichkeit berührungsfreier Patientenvermessung sowie die teil- volldigitale Produktrealisierung wird in allen Bereichen der nachgelagert konservativen Hilfsmittelversorgung zukünftig einen nachhaltigen Impact auf die bestehenden Workflows und den Outcome haben.

„Ödem und Narbenmanagement: Welche Zusammenhänge gibt es“, dieser Frage ging Assoc.-Prof. PD Dr. Chieh-Han John Tzou, Wien (Österreich), nach und gab einen Überblick über das Management in der Narben- und Ödemtherapie. Narbenbehandlung sei interdisziplinär, eine Verschmelzung von konservativer und physikalischer Medizin, Dermatologie, Chirurgie und Strahlentherapie. Nach wie vor seien Physiotherapie, Hautpflege, Ernährung und die konservative Therapie sowohl in der Narben- als auch in der Ödembehandlung die Therapie 1. Wahl. Prof. Dr. Tzou verdeutlichte die Wichtigkeit von Ernährung und konservativer Therapie (mit KPE, Kompression etc. sowie Silikon in der Narbenbehandlung). In beiden Bereichen sei eine frühe Intervention wichtig. Je früher behandelt werde, desto minimalinvasiver könne auch die Therapie



gestaltet werden.

## Mittelpunkt Mensch

„Ethische Aspekte der Therapielimitierung bei Suizid durch Verbrennung: zwischen rechtlicher Grauzone, Selbstbestimmungsrecht des Patienten und dem Wunsch, zu helfen“ diskutierte Dr. med. Matthias Rapp, Stuttgart. 2018 wurden in Deutschland 9.396 Suizide begangen, 75,7% davon von Männern, 24,3% von Frauen, wobei der prozentuale Anteil an Suiziden bei älteren Menschen deutlich höher sei. Das behandelnde Team sei immer in einem Zwiespalt zwischen rechtlicher Grauzone, dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und dem Wunsch, zu helfen. Jeder Heileingriff, der durchgeführt werde, erfülle zuerst einmal den Straftatbestand der Körperverletzung. Die Rechtswidrigkeit des Heileingriffes entfalle nur dann, wenn die Rechtfertigungsgründe gerechtfertigt seien (z.B. durch ausdrückliche oder mutmaßliche Einwilligung des Patienten oder einen rechtfertigten Notstand). In jedem Fall hätte der behandelnde Arzt die sogenannte Garantenstellung inne und könne unter gewissen Umständen strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden. Häufig bleibe das psychische Wohlergehen des medizinischen Fachpersonals aber unberücksichtigt. Klinikinterne Ethikkomitees stünden in der Regel aber bereit und können /sollten bei Unsicherheit zum Patientenwillen zu Rate gezogen werden.

Dr. med. Alexander Korte, München, referierte über die „Geschlechtsdysphorie (GD) bei Minderjährigen“ und stellte eine frühzeitige Weichenstellung durch pubertätsblockierende Behandlung der ausgangsoffenen psychotherapeutischen Begleitung gegenüber. Es müsse bedacht werden, dass im Schnitt lediglich 20-25% der Jugendlichen mit GD eine persistierende Form aufweisen, sich bei rund 80% die GD in Wohlgefallen auflöse. Es gäbe eine große Heterogenität und Verlaufsvariabilität und es müsse auf jeden Fall der Entwicklungsaspekt berücksichtigt werden, da eine GD im Kindesalter gesondert betrachtet werden müsse. Eine trans-affirmative Therapie und eine Pubertätsblockade seien ethisch höchst problematisch und die Gabe von konträrgeschlechtlicher Sexualsteroiden bei Jugendlichen mit persistierender GD nur nach klinischem Ermessen und strenger Indikation zu verordnen. Vor Erreichen der Volljährigkeit der Patienten\*innen sei von irreversiblen chirurgischen Maßnahmen abzuraten. Dr. Korte betonte, dass eine ergebnisoffene, gender-kritische intensive Psychotherapie mit der Möglichkeit der Auflösung der GD zu favorisieren sei. Dies sei keine Verletzung der Persönlichkeitsrechte des Kindes, sondern eine am Fürsorgeprinzip orientierte legitime Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung. Ziel sei in jedem Fall eine Alternative aufzuzeigen und das Augenmerk auf andere Entwicklungsaufgaben zu lenken.

Dr. med. Melissa Beirau, Berlin, schloss die Veranstaltung mit Ihrem Vortrag „Peer-Unterstützung: Welche Motivation und Hilfestellung kann ich meinen Patienten geben und wie unterstütze ich mein Team?“. Die Unterstützung durch einen Peer eigne sich als besondere Hilfestellung für Patienten. Ein gleichartig Betroffener berate andere Betroffene in Akutsituationen oder im Rahmen weiterführender Behandlungsprozesse. Durch die authentische Beratung entstehe ein Rahmen, in welchem sich der Ratsuchende ernst genommen fühle, Hilfestellung annehme und sich selbst Lösungsansätze erarbeiten könne. Ein gut informierter Peer berate in sozialen, rechtlichen und medizinischen Belangen und könne durch seine Vorbildfunktion positiven Einfluss nehmen. Gerade in einem hektischen Klinikalltag sei Peer Counseling eine Bereicherung und Entlastung sowie wünschenswerte Ergänzung für das medizinische Team.

Die wissenschaftlichen Leiter, die Referentinnen und Referenten und die Veranstalter selbst waren mit der sehr positiven Resonanz auf das Online-Symposium zufrieden. Die Vorbereitungen für das 8. Narbensymposium, das am 30. Oktober 2021 in Dresden stattfinden wird, laufen bereits. Mehr Informationen erhalten Sie bei Juzo, Frau Dace Zanker (Tel. +49 (0)8251 901 406, E-Mail: [dace.zanker@juzo.de](mailto:dace.zanker@juzo.de)) oder unter [juzo.com](http://juzo.com).



## **Bildunterschriften:**

Bild 1: v. l.: Prof. Dr. med. Markus Küntscher, Ines Nax, Dr. med. Bernd Hartmann, Dr. med. Mechthild Sinnig, Univ.-Prof. Dr. med. Frank Siemers.

nicht auf dem Bild: Prof. Dr. med. C. Can Cedidi, Dr. med. Simon Kuepper, Katja Kassem-Trautmann, Univ.-Prof. Dr. med., MSc. Lars-Peter Kamolz, Univ.- Prof. Dr. med. habil. Adrian Dragu, Dr. med. Markus Öhlbauer, Christian Hartz, Assoc.-Prof. PD Dr. Chieh-Han John Tzou, Dr. med. Matthias Rapp, Dr. med. Alexander Korte, Dr. med. Melissa Beirau.

Bild 2 und 3: 7. Narbensymposium.

Bild 4: Die wissenschaftlichen Leiter Dr. med. Hartmann (links) und Prof. Dr. med. Marcus Lehnhardt (rechts).

Bilder: Juzo;

Fotograf: Markus Bachmann