



Geschlechtsangleichende OP-Technik Mann zu Frau (M/F)

Kombinierte Neovaginakonstruktion

(Stand 27. Februar 2010 vorgestellt von Dr. Jürgen Schaff - PSC München [Schaff, Morath, Buttler])

Navigation

Startseite

Seite 1

Aufklärende Fragen zur Transsexualität

Home

Vita Harumi

Kurzchronik

Mein Weg - eine Betrachtung

Tagebuch

Wie kannst Du helfen?

OP-Technik nach Dr. Schaff

Ga-OP Nachsorge

Erklärungen

.....

Galerien:

Meine Veränderung

Mein neues Leben

Freundinnen / Freunde

Rechtliches:

Beleidigung - am Beispiel Verein

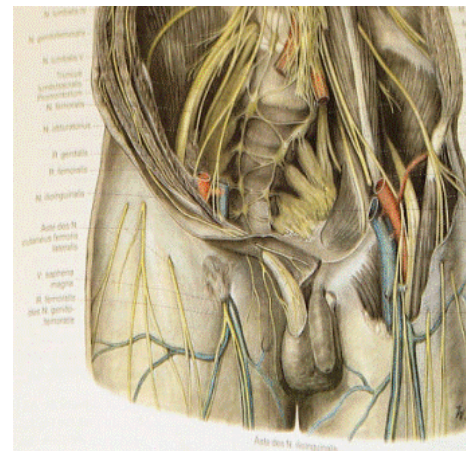
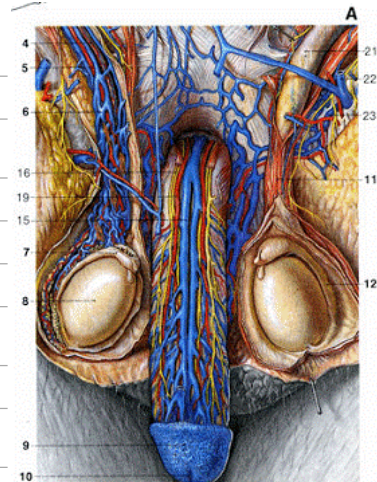
Gästebuch

Bannertausch

Links

E-Mail

Impressum



Weltweit am häufigsten angewandte OP- Methode

Die Invaginationstechnik (Penile Inversion) kommt seit 1954 bei geschlechtsangleichenden Operationen M/F zur Anwendung. Sie ist bis heute die am häufigsten praktizierte Technik.

Dabei ist der Zug an der Penishaut immer notwendig. Schamhügel (Mons pubis) und Bauchhaut werden unterminiert. Die Penishautinnervation wird nicht beachtet bzw. beeinträchtigt (mögliche Beschädigung des N. Ileoypogastricus, N. Ileoinguinalis, N. Genitofemoralis ramus genitalis)

Neoklitoris:

Das Neopräputium wird aus Haut der Umgebung gebildet. Eventuell fehlt die Innervation oder ist gestört, die Durchblutung ist schlecht, Haare sind vorhanden. Es entstehen zusätzliche, unnötige Narben.

Der Schamhügel weist Narben und Dellen, evtl. dunkle Verfärbung durch Zug an der Penishaut auf.

Folgeschäden können entstehen indem die Penishaut zurückrutscht. Damit kann es zur Verkürzung der Neovagina bis zum Prolaps kommen. So verrutscht auch der Meatus urethrae. Das Bougieren wird erschwert (mechanischer Zug + Narbenkontraktion + schlechte Durchblutung)

Nachteile und Spätfolgen zusammengefasst:

1. Wenig Beachtung des Nervenverlaufs
2. Zurückrutschen der Weichteile
3. Spitzennekrosen der Penishaut
4. eingedellter und vernarbter mons pubis
5. Präputium clitoridis und labia minora schwer zu erzielen

Alternative Methoden

- Hauttransplantat (McIndoe)
- Gestielte Harnröhre (Peruvic)
- Dorsaler Scrotallappen (Biemer)
- Sigmascheide (Laub)

Operationsziele

Laut TSG § 8 ist Voraussetzung zur Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit, dass dauernde Fortpflanzungsunfähigkeit besteht und dass die äußeren Geschlechtsmerkmale durch einen operativen Eingriff so verändert sind, dass eine deutliche Annäherung an das gewünschte Geschlecht erreicht wird. Ein optimaler Einsatz der heute zur Verfügung stehenden Techniken ist daher zu fordern. Bereits durch Kastration und Amputation des Penis erreicht.

Mit diesen simplen Maßnahmen darf sich ein Operateur jedoch nicht zufrieden geben. Der Patient steht im Vordergrund! Dessen soziale, psychische und physische Stabilisierung gelingt umso leichter, je besser eine kosmetische und funktionelle Angleichung an das gewünschte Geschlecht erreicht wird. Ein optimaler Einsatz der heute zur Verfügung stehenden Techniken ist daher zu fordern. Eine möglichst geringe Gefahr an Spätschäden/ -erkrankungen ist anzustreben.

Es geht um Funktionalität und Ästhetik: also um das Aussehen der Neovulva, um die Funktion der Neoklitoris, die Funktion der Neovagina, um die Schmerzen bei Belastung.

Der einzige Operateur, der weltweit als erster keine Penile Inversion durchführte, ist Dr. Suporn Watanyusakul in Thailand. Er erstellt die Neovagina aus Skrotalhaut. Die viel sensiblere Haut des Penis wird zur Herstellung der kleinen Labien und des Praeputium clitoridis verwendet.

Dr. Jürgen Schaff, Leiter des Plastic Surgery Center Munich, ist der erste Operateur aus Deutschland, der mit seiner kombinierten Neovaginakonstruktion eine bessere Methode als die der Inversionstechnik durchführt. Er entwickelt diese ständig weiter und verbessert sie. Nach seiner Erfahrung führt sie durchweg zu der traditionellen Methode überlegenen Gesamtergebnissen. Damit ist er derzeit der einzige Operateur europa- und möglicherweise sogar weltweit, der lediglich Hoden und Schwellkörper entfernt, alle anderen Anteile aber zum Aufbau der Neovulva verwendet.

Dr. Schaff gilt als Experte auf dem Gebiet der Geschlechtsangleichungen mit bisher mehr als 4.000 Eingriffen auf diesem Gebiet. Primäroperationen nur bei M/F-Transidentität führte er mehr als 600 seit 1988 durch. Das sind ca. 30 pro Jahr, wobei die Tendenz derzeit steigend ist. Während eines Symposiums mit Live-OP-Kurs „Plastische Chirurgie bei Transsexualität“ am 27./28. November 2009 stellte er im Rotkreuzklinikum in München seine Methode der kombinierten Neovaginakonstruktion erstmals öffentlich vor. Eine Publikation in der Fachpresse erfolgt im September 2010 (HaMiPla – Handchirurgie - Mikrochirurgie - Plastische Chirurgie; Georg Thieme Verlag KG).

Kombinierte Neovaginakonstruktion

Es findet keine Unterminierung statt. Es entstehen nur wenige Narben. Damit wird die Penishautinnervation wenig beeinträchtigt.

Die Neoklitoris erhält ein sensibles Praeputium. Die kleinen Labien sind ausreichend, die Klitoris, die Urethra (Harnröhre) und den vaginalen Raum zu bedecken, die Farbe der inneren Oberfläche der Labia minora unterscheidet sich von der Umgebung (wie bei genetischen Frauen). Eine individuell maximale vaginale Tiefe wird erreicht mit einer Kombination aus gestielter Penishaut, gestielter Harnröhre und deepithelisierter Skrotalhaut. Eine sensible Neovagina entsteht, die durch Absonderungen (Glandulae urethrales) des Anteils der penilen Urethra feucht werden kann.

Der Mons pubis muss nicht zusätzlich aufgebaut werden, er entsteht primär dadurch, dass kein Zug an der Penishaut durchgeführt wird.

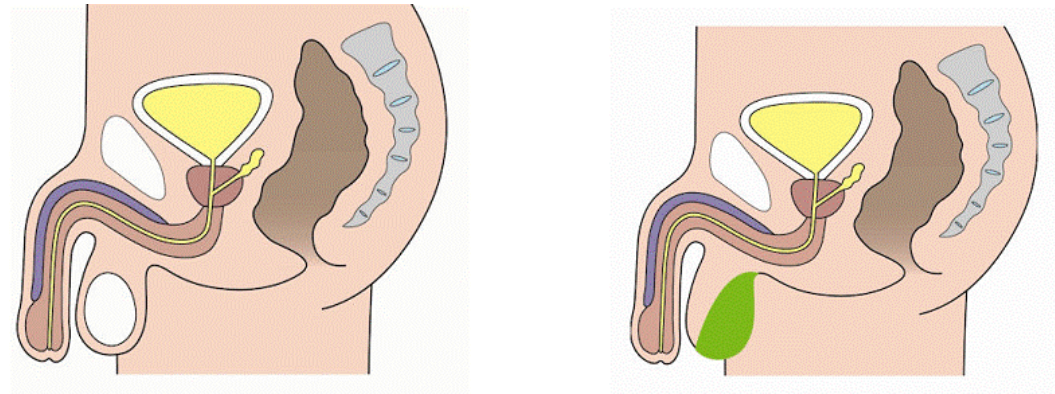
Grenzen und Komplikationen

Die kosmetisch besten und funktionierenden Ergebnisse erhält man unter folgenden Voraussetzungen:

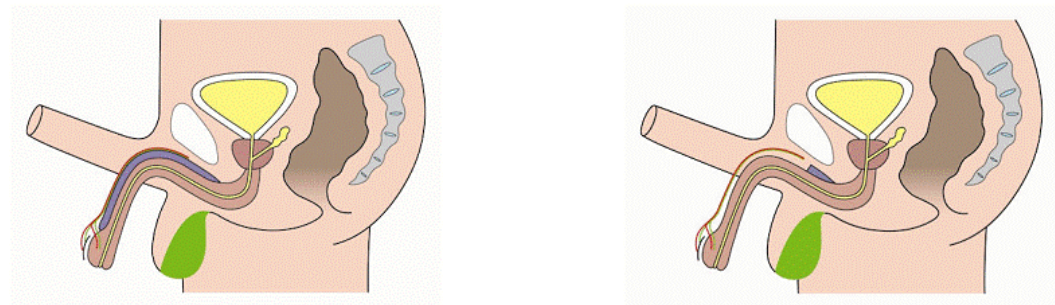
- keine Circumcision des Praeputium (Vorhautbeschneidung)
- keine bilaterale Orchidektomie (Entfernung beider Hoden)
- keine jahrelange Anwendung von Antiandrogenen und gegengeschlechtlichen Hormonen
- keine medizinischen Probleme (Diabetes), keine Narben (Piercings)
- kein Rauchen
- kein Übergewicht

Außerdem ist die Mitarbeit und Nachsorge der Patienten gefragt, damit das Operationsergebnis (Scheidentiefe und –weite) erhalten bleibt.

Die folgenden Illustrationen (alle dem Referat entnommen, das Dr. Schaff am 27. Februar 2010 im Berliner Endokrinologikum gehalten hat) stellen die einzelnen Schritte der OP-Methode ausreichend dar. Alle medizinisch relevanten Details sind der Fachpresse zu entnehmen.



Der erste Schritt ist die Entfernung der Hoden (Orchidektomie). Damit ist die dauernde Fortpflanzungsunfähigkeit hergestellt, die das TSG als Voraussetzung zur Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit vorschreibt. Ein dorsaler Anteil der Skrotalhaut wird entfernt und deepithelisiert. Die Penisschafthaut wird ab präpariert.

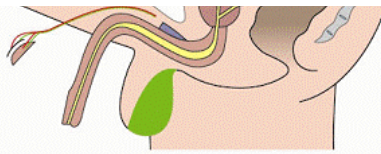


Die beiden Corpora cavernosa penis (Penisschwelkörper) werden entfernt. Die Neoklitoris wird gebildet aus der Glans penis, die ihr embryologisch entspricht. Sie dient als funktionsfähige erogene Zone. Das Gefäß-Nerven-Bündel wird freipräpariert, das zwischen BUCKScher Faszie und der Tunica albuginea der Corpora cavernosa liegt. Die endgültige Größe und Form der Klitoris wird meist in einer Nachoperation festgelegt.



Dorsal der bulbären Harnröhre und der Prostata wird der Raum vor dem Rektum derart präpariert und vorsichtig aufgedehnt, dass die Neovagina mit Platzhalter komplett eingestülpt werden kann.

Die Pars Spongiosa gliedert sich in die bulbäre und penile Urethra. In die proximale Pars Spongiosa münden die Glandulae bulbourethrales (Cowper'sche Drüsen). Die Glandulae urethrales (Littre'sche Drüsen) münden

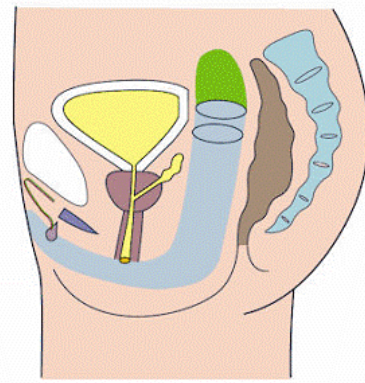
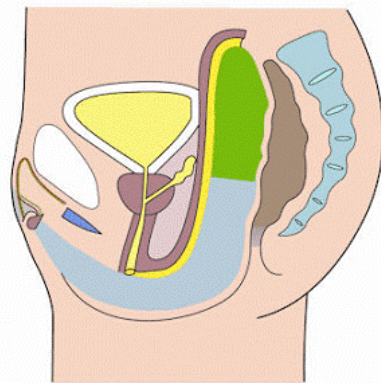
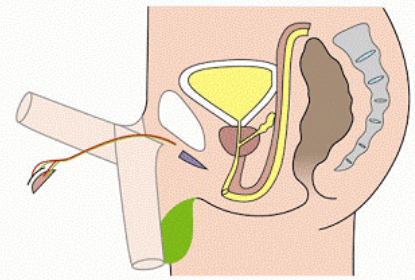


auf gesamter Länge. Der größte distale Teil der Pars Spongiosa - die Penile Urethra mit Corpus spongiosum penis (unpaarer Harnröhrenschwellkörper) wird gestielt nach innen geklappt nachdem sie verbunden wurde mit der gestielten deepithelisierten Scrotalhaut und der gestielten Penishaut.

Der Introitus vaginalis ist mit der Penishaut ausgekleidet.

Die Neoklitoris bekommt ein sensibles Praeputium. Die kleinen Labien werden aus Basis-Penishaut und dem inneren Blatt der Vorhaut des Penis geschaffen. Die großen Labien entstehen aus der Skrotalhaut. Letztere werden erst während der Nachoperation in die endgültige Größe und Form gebracht, damit für eventuelle Nacharbeiten noch genug Haut vorhanden ist. Eine nachträgliche Augmentation des Mons pubis ist nicht notwendig, da dieser bereits primär vorhanden ist mittels dieser Operationstechnik.

Der neue Meatus urethrae (Harnröhrenausgang) befindet sich in einem Abstand von ca. 4 cm entfernt von der Neoklitoris nach caudal vor dem Introitus der Neovagina (wie bei genetischen Frauen).



Der direkte Vergleich der Methode der kombinierten Neovaginakonstruktion (links) und der penilen Inversionstechnik (rechts) zeigt noch einmal welchem Zug die letztere Konstruktion ausgesetzt ist

Nachsorge

Die Mitarbeit und Nachsorge der Patienten ist sehr wichtig. Das erzielte Operationsergebnis und der Operateur können noch so gut sein - wenn die Patientin ihre Neovulva postoperativ nicht konsequent pflegt, wird das Operationsergebnis nicht zu erhalten sein.

Die Praxisklinik von Dr. Schaff gibt dazu folgende Empfehlungen, die zu beachten sind. Die weiterbehandelnden Fachärzte sind dringend gebeten, angegebene Medikamente und Salben zu verschreiben und bei auftretenden Fragen und Komplikationen Kontakt mit Dr. Schaff aufzunehmen.

„Täglich zwei- bis dreimal Sitzbäder und direktes Ausduschen, direkt danach Bougieren (Aufdehnen der Neovaginal-Höhle) mit dem 2,5 / 3,0 / 3,5 / 4,0 – cm – Stent für jeweils ca. 10 Minuten. Dabei wird zunächst der kleinere Stent mit einem medizinischen Kondom überzogen und mit Salben (**Furacin und Iruxo!!!**) für 10 Minuten eingeführt, anschließend der nächst größere Stent bis Schmerzen auftreten. Anschließend wird das schon benutzte medizinische Kondom (z.B. von der Firma Mapa) oder ein neues mit unsterilen Kompressen ausgefüllt und als Platzhalter eingeführt. Eine Vorlage (z.B. eine Damenbinde) wird platziert, und eine straffe Miederhose wird getragen. Ideal wäre es, den Vorgang 8 Stunden später zu wiederholen. So dass in den ersten Wochen nach der Operation dreimal täglich eine Aufdehnung durch einen Stent und das Tragen eines Platzhalters sich ständig abwechseln.

Nach ca. 6 bis 8 Wochen, wenn die Wunden vollständig verheilt sind, können die Salben gewechselt werden gegen eine Fettcreme (z.B. Panthenol oder Bepanthen) und eine Hormoncreme (z.B. Oeolp oder Ovestine).

Diese Bougiephase sollte insgesamt 6 Monate lang durchgeführt werden. Das Ziel ist, die Vernarbung in der neuen Scheide weich zu halten, die Scheide offen zu halten und sogar noch zu erweitern.

Niemals sollte ein Stent in dieser Phase länger als eine Stunde getragen werden, da sonst daraus eine Minderdurchblutung der Scheidenwand und der Darmwand resultieren kann. Schlimmstenfalls könnte eine Darmeröffnung eintreten.

Sollten bei dem Procedere Schwierigkeiten auftreten, melden Sie sich bitte in der Praxis.“

Kontakt:

Praxisklinik Dr. Schaff

Goethestraße 4, 80336 München

Tel. 089 5 43 43 140

Fax 089 5 43 43 149

Email: dr.schaff@psc-munich.com

(Dieses Material wurde freundlicher Weise zur Verfügung gestellt von Dagmar Harmsen, Berlin, URL <http://www.teliaberlin.de>.)

[Hier geht es zur Beschreibung des OP-Ablaufes auf der Site von Dr. Schaff. Bitte unter geschlechtsangleichende Chirurgie den entsprechenden Link Man zu Frau oder Frau zu Mann auswählen](#)