

Haartransplantationen bei Frauen – der besondere Fall: Transgender

Autoren: Dr. med. Frank G. Neidel, Dr. med. Karin Leonhardt

Etwa 15 Prozent aller Haartransplantationen werden bei Frauen durchgeführt. Wegen anatomischer Besonderheiten sind nicht alle Patientinnen in dem Sinne operabel, als dass eine gute optische Verbesserung eintritt. Bei richtiger Indikationsstellung können jedoch hervorragende Resultate erzielt werden. Besonders Transgenderpatienten eignen sich in der Mehrzahl für eine Haartransplantation. Wichtig ist eine atraumatische Operationstechnik mit erfahrenem Operationsteam.

Die Haartransplantation ist in erster Linie eine Männerdomäne, der Anteil der weiblichen Patienten in der eigenen Klientel der Autoren liegt bei etwa 15 Prozent. Noch in den 80er-Jahren lag er bei lediglich 10 Prozent. Insgesamt allerdings steigt die Nachfrage nach Haartransplantationen.

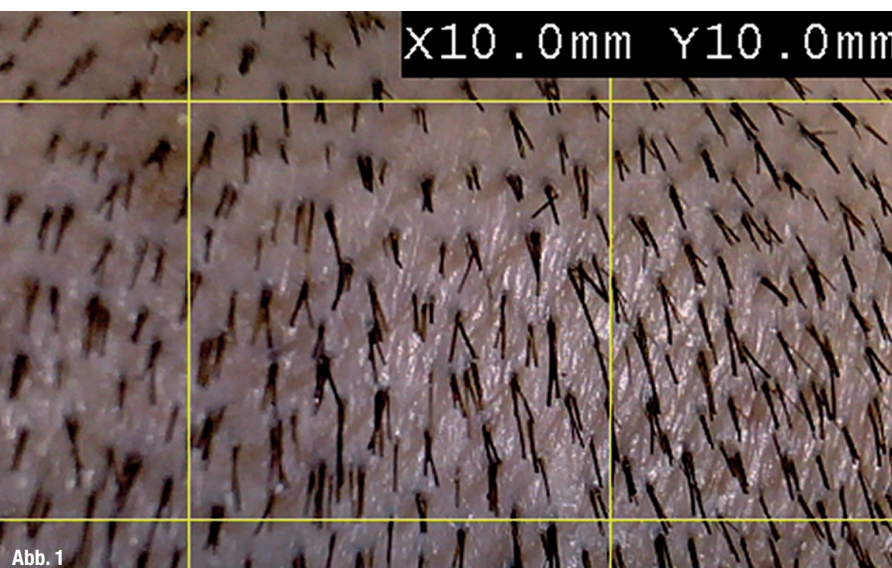
Warum ist das so? Zum einen haben sich die Techniken wesentlich verbessert, man operiert mikrochirurgisch und damit schonend, mit fast unsichtbaren Narben und absolut natürlichen Resultaten. Demzufolge sind auch die Nebenwirkungen und Komplikationen geringer geworden, was die Entscheidung zur Haartransplantation begünstigt. Zum anderen ist der Bekanntheitsgrad der Haartransplantation gewachsen, bedingt durch Outing bekannter Persönlichkeiten, vor allem aus dem Sportbereich.

Haartransplantationen bei Frauen sind trotz besserer Technik und gut ausgebildeten Spezialärzten immer

noch sehr anspruchsvoll. Gerade Anfänger sollten sich bewusst sein, dass bei Frauen besondere Bedingungen vorliegen:

- Das Gewebe ist feiner und weicher beschaffen, also leichter verletzbar, und muss sehr schonend behandelt werden. Der Fettanteil zwischen den Haarwurzeln ist größer. Die Wurzeln selbst sind häufig kurz und fein, was bei der Präparation und später bei dem Anlegen der Transplantationskanäle zu berücksichtigen ist.
- Die oft dünnen Haarschäfte können sehr brüchig sein. Das erfordert eine minimal traumatisierende Präparationstechnik. Ein Mikroskop bei der Präparation halten die Autoren für eine unbedingte Voraussetzung.
- Der Haaranatz ist aufgrund der weiblichen Gesichtsstruktur und Proportionalität sowie der Ästhetik grundsätzlich anders als beim Mann.

Abb. 1: Voraussetzung für ein optisch gutes Resultat ist eine gut beschaffene Spenderhaarsituation. Hier findet man bei der präoperativen Trichodensitometrie 75 Follicular Units (FU's) pro cm².*



Operationsindikationen und Kontraindikationen

Androgenetische Alopezie

Das Wirken männlicher Hormone gemeinsam mit Erbfaktoren kann zu Haarausfall führen. Betroffen sind die sogenannten Geheimratsecken, der Haaranatz, Oberkopf und hinterer Oberkopf (ähnlich Mönchskappe = „Käppchenalopezie“). Die Klassifizierung erfolgt nach dem LUDWIG-Schema. Eine Haartransplantation ist bei guter Spenderhaarqualität indiziert.

Diffuse Alopezie

Hier sind alle Bereiche der behaarten Kopfhaut ausgedünnt und die Haare insgesamt sehr fein und dünn. Beide Ausfallformen, androgenetische und diffuse Alopezie, können ineinander übergehen und sind



Abb. 2

Abb. 2: Aus dem entnommenen Hautstreifen werden die Follicular Units (FU's) in „1:1-Technik“ präpariert.*

zuweilen schwer zu unterscheiden. Eine Haartransplantation ist bei schlechten Spenderhaarwurzeln kontraindiziert.

Kreisrunder Haarausfall, Alopecia areata – „ausgebrannte Form“

Kreisrunder Haarausfall kann verschiedene Ursachen haben und ist, wenn rechtzeitig erkannt, gut durch den Hautarzt behandelbar. Setzt nach einem Jahr erfolgloser konservativer Therapie das Haarwachstum nicht ein, spricht man von der „ausgebrannten Form der Alopecia areata“. Eine Haartransplantation ist bei begrenzter Fläche indiziert, es gibt keine Dauerwuchsgarantie.

Narbige Alopezien wie Folliculitis decalvans, Lichen planopilaris, Lupus erythematoses, Pseudopelade Broq

Diese seltenen Krankheiten führen in unregelmäßigen Abständen zu Haarwurzelenzündungen (Folliculitiden), welche Haarwurzeln irreversibel zerstören.

Eine Haartransplantation ist bei inaktiver Form und begrenzter Fläche indiziert, es gibt allerdings keine Garantie auf dauerhaftes Haarwachstum der transplantierten Haarwurzeln.

Haarverlust durch Strahlenschäden, z. B. nach Tumorbestrahlung

Wenn ein Jahr nach Radiatio kein Haarwachstum einsetzt, ist der Strahlenschaden dauerhaft. Bei kleinen umschriebenen Kahlflächen (max. 100 cm²) und guter Spenderhaarqualität ist eine Haartransplantation indiziert.

Haarverlust durch Traumata wie Unfälle, Operationsnarben

Die Narben sollten nicht mehr als 100 cm² messen. Bei größeren Flächen können eine oder mehrere Narbenreduktionsplastiken im Vorfeld erwogen werden. Eine Haartransplantation ist indiziert, meist wird jedoch nach einem Jahr eine Verdichtung erforderlich.

Abb. 3a–c: Frontaler (a) und seitlicher Aspekt (b) vor der Haartransplantation, zukünftige weibliche Haarlinie angezeichnet und von oben dokumentiert (c).*



Abb. 3a



Abb. 3b



Abb. 3c



Abb. 4a–c: Situation nach einer Haartransplantationssitzung mit insgesamt 2.010 Follicular Units, Aspekte zum Vergleich frontal (a), seitlich (b) und von oben (c).*

Angeborene Geheimratsecken, hohe Stirn (hereditäre Alopezie)

Ohne erkennbare hormonelle Störung oder Krankheit ist der Stirnhaaransatz sehr weit cranio-dorsal gelegen, ebenso sind Geheimratsecken möglich. Eine Haartransplantation ist als Therapie der Wahl indiziert.

Sonderfall Transgender – hier „Mann zu Frau“

Nach vollständiger Geschlechtsumwandlung zur Frau kann es trotz Hormongabe zum typischen Haarausfallbild wie bei männlicher androgenetischer Alopezie kommen. Ursache dafür sind in den Zellen vorhandene Programme, die bereits vor der Pubertät determiniert und nicht reversibel sind. Aus der Geschichte ist bekannt, dass Eunuchen deshalb nie Haarausfall bekamen, weil sie als Knaben bereits vor Erreichen der Pubertät kastriert wurden. Damit war das Programmieren auf späteren Haarausfall offensichtlich nicht mehr möglich. Eine Haartransplantation ist hier indiziert.

Fallbeschreibung

Eine 47-jährige Transgender-Patientin stellte sich in der Haarsprechstunde vor und berichtete über das sie stark belastende Haarproblem. Sie habe derzeit viele Behandlungen und erhalte seit 16 Monaten eine Hormontherapie mit Estradiol und Cyproteronacetat. Die sehr nach hinten verschobene Haarlinie und die großen Geheimratsecken störten sie extrem, vor allem beim Blick in den Spiegel und im Umgang mit anderen Menschen. Sie trage häufig Perücke, aber das sei für eine aktive Frau keine Dauerlösung. Eine schöne Frisur oder auch Variationen ihres Haares seien wegen des fehlenden Haaransatzes unmöglich; und Haare seien nun mal wichtig für das weibliche Geschlecht. Zusätzlich lag vor drei Jahren ein Non-Hodgkin-Lymphom vor, welches durch Chemotherapie ausgeheilt wurde.

Nach ausführlicher Besprechung und Simulation des zukünftigen Haaransatzes, nach Dichtemessung (Trichodensitometrie) und Beurteilung der Spender-

Abb. 5: Mikropunktionstechnik mit 21 Gauche Kanüle, gewebeschonend und atraumatisch, Haarwuchsrichtung kann exakt vorgegeben werden.*

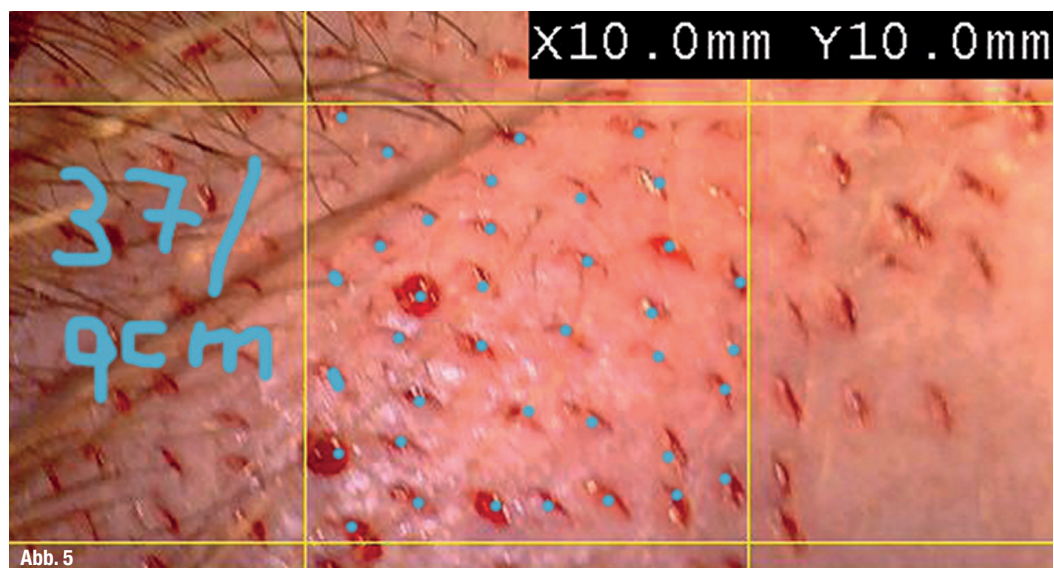


Abb. 5



Abb. 6

Abb. 6: Ästhetisch gestalteter Haaransatz mit vorwiegend 1er und 2er Follikular Units. Durch die Mikropunktionstechnik vor Implantation sind keine sichtbaren Narben erkennbar.*

haarqualität konnte die Indikation zur Haartransplantation eindeutig gestellt werden.

Die besten Voraussetzungen für ein gutes optisches Resultat der Haartransplantation sind dann gegeben, wenn das sogenannte Spenderhaar am Hinterkopf sehr kräftig und dicht ist, und eine kleinere Fläche (etwa 50 bis 75 cm²) behandelt werden muss. Im vorliegenden Fall betrug die Haargruppendichte (Hair Density Donor = HDD) 88 bis 92 follicular units pro m². Das ist oberer Durchschnitt (Abb. 1, Symbolbild).

Aus einem 20x1,1cm messendem Hautstreifen konnten durch mikroskopische Präparation insgesamt 2.010 „follicular units“ (FUs = Transplantate) gewonnen werden. Das Besondere an der mikroskopischen Präparation ist, dass man bei geschultem Personal quasi keinen Verlust an Haarwurzeln hat und eine „1:1-Umverteilung“ möglich wird (Abb. 2).

Die Transplantatanalyse ergab 280 FUs mit einer Haarwurzel, 1.180 FUs mit zwei Haarwurzeln und 550 Transplantate mit drei bis vier Haarwurzeln. Somit wurden in dem betroffenen Bereich rund 4.270 Haare mit natürlichem Verteilungsmuster transplantiert. Die Transplantatöffnungen wurden mit Punktionskanülen der Stärke 21 bis 19 Gauge angelegt. Diese Mikropunktionstechnik erlaubt eine sehr dichte Transplantatverteilung ohne Durchblutungsstörungen und garantiert damit eine hohe Anwuchsrate. Durch die obligatorische Tumesierung des Areals („Ballooning“) erreicht man später eine optisch gute Dichte und schon beim Punktieren tiefere Gewebestrukturen, insbesondere auch Gefäße. Natürlich wird durch den Stichkanal auch exakt die spätere Haarwuchsrichtung festgelegt. Alle Arbeiten werden mit Lupenbrillen durchgeführt (Abb. 5 und 6, Symbolbilder).

Die Situation wurde unmittelbar vor und zwölf Monate nach erfolgter Haartransplantation fotografisch dokumentiert (Abb. 3a–c, 4a–c).

Schlussfolgerung

Haartransplantationen bei Frauen können sehr ästhetische Resultate erzielen, wenn man im Vorfeld

die dafür geeigneten Patientinnen auswählt, fair berät und ähnliche Ergebnisse zum bildlichen Vergleich vorweisen kann. Häufig wird die Kostenübernahme für Haartransplantation von Mitarbeitern der Krankenkassen abgelehnt. Hier herrscht ein gewaltiger Aufklärungsbedarf über die neuen Methoden und Operationstechniken.

Getrübt werden gute Resultate auch durch „Probieroperationen“ von nicht auf Haartransplantation spezialisierten Ärzten. Haartransplantationen bei Frauen sollen nur vom geübten und erfahrenen Haarchirurgen vorgenommen werden, der sich mit seinem Team tagtäglich damit beschäftigt.

*© Dr. med. Neidel

Kontakt



Dr. med. Frank G. Neidel

Dr. med.

Karin B. Leonhardt

Spezialpraxis
Haartransplantation
Königsallee 30
40212 Düsseldorf
Tel.: 0211 3230261
info@hairdoc.de
www.hairdoc.de



Infos zum Autor



Literatur

