

Die schwierige Brust

Autor: Dr. med. Mark Wolter

Während eine Brustvergrößerung klassischerweise ein recht verbreiteter und simpler Eingriff ist, können verschiedene Indikationen die Ausgangslage verkomplizieren und den Chirurgen vor eine größere Herausforderung stellen. Der folgende Artikel gibt einen Überblick über mögliche Erschwernisse und bietet Lösungsansätze für komplexe Situationen.

Die **Brustvergrößerung** ist bei unauffälliger Ausgangslage technisch üblicherweise ein sehr unkomplizierter, schneller und relativ einfacher Eingriff, mit vorhersagbaren und schönen Ergebnissen. Dafür ist neben der ausführlichen Untersuchung mit Vermessen der wichtigsten Distanzen (Unterbrustumfang, Jugulum-Brustwarzen rechts und links, aktueller und möglicher Brustbreite sowie der Strecke zwischen Brustwarzen und Brustfalte) vor allem die Beratung mit Erfragen des Größen- und Formwunsches der

Patientin sowie dem Abgleich mit Vorher-Nachher-Bildern essenziell. Hierbei werden Asymmetrien festgestellt, die der Patientin eventuell vorher nicht aufgefallen sind, die sie aber postoperativ sicher bemerken und beanstanden würde, wenn sie nicht vorher angesprochen und dokumentiert wurden. Eine kleine Restasymmetrie ist, wie auch andere kleine Imperfektionen, kein Problem, solange es vorher thematisiert und der mögliche Grund auch verständlich erklärt wurde. Gleichzeitig ergeben sich aus den

Abb. 1a–e: Patientin mit milder Form der tuberösen Brust. Präoperative Ansicht (**a**), acht Tage postoperativ mit ästhetisch ansprechendem Ergebnis (**b**), acht Monate postoperativ mit nach unten abgesackten Implantaten (**c und d**), zwei Monate nach Korrektur mit Fixation der Unterbrustfalte (**e**).





Abb. 2a–e: Patientin mit restriktivem unterem Brustpol, präoperativ (**a und b**), postoperativ (**c**) und nach Abheilung (**d und e**).

Messdaten auch Einschränkungen beziehungsweise Vorgaben für die Operationstechnik:

Die tuberöse Brust

Bei einer sehr kurzen Strecke zwischen Warzenvorhof und Brustfalte spricht man von einem restriktiven unteren Brustpol, bis hin zur tuberösen Brust in verschieden starker Ausprägung. In beiden Fällen der Abbildungen 1 und 2 handelt es sich um eine milde Form der tuberösen Brust bzw. eines restriktiven unteren Brustpols. Die Brustfalten wurden um über 2 cm nach caudal versetzt und ebenso wurde in beiden Fällen eine retropectorale Lage der Implantate gewählt. In Fall 1 erfolgte der Zugang über einen Warzenvorhofsnchnitt mit gleichzeitigem Hochsetzen des rechten Warzenvorhofs mittels Benelli-Schnitt. Nach anfangs sehr schönem Ergebnis (Abb. 1b, 8. Tag postoperativ) zeigten sich nach bereits weniger als acht Monaten postoperativ nach unten abgesackte Implantate. Es musste eine Korrektur mit Fixation der Unterbrustfalte mit 2-0-PDS-Nähten erfolgen, bei der die Patientin sich dann gleich für geringfügig größere Implantate entschieden hat.

Im zweiten Fall wird über den Brustfaltenschnitt vorgegangen – hier direkt mit Fixation der neuen Brustfalten an der Fascia scarpa. Gleichzeitig erkennt man auf Abbildung 2c, dass das Drüsengewebe von innen inzidiert wurde, um eine bessere Auffächerung zu

erreichen. Der Größenausgleich erfolgte mit Allergan 450 FX rechts und 425 FF links. Weiterhin erfolgte ein Verschieben des rechten Warzenvorhofes nach innen. Hierzu wird das Drüsen- und Fettgewebe nicht wie beim Dual Plane üblich über die ganze Breite bis zur Brustwarze hoch abgelöst, sondern im Wesentlichen im lateralen Anteil und dort dann bis über die Brustwarzenebene hinweg. Gleichzeitig wird das Implantat etwas lateralisiert eingelegt. Dadurch erreicht man zumindest, dass präoperativ bereits nach außen schauende Brustwarzen nach der OP nicht noch weiter nach lateral zeigen.

Im Fall deutlich tuberöser Brüste (Abb. 3) wurde die Patientin zunächst auswärts operiert – offensichtlich ohne Versetzen der Brustfalte nach caudal und ohne Inzision des Drüsengewebes von innen. Bei der Korrektur erfolgten diese Schritte, eine weitere Korrektur der dann aufgedehnten Areolen bzw. unteren Brustpole war nicht nötig. Es wurden wiederum formstabile anatomische Implantate verwendet, die Lage retropectorale belassen.

Die asymmetrische Brust

Bei Asymmetrien (Größe, Brustwarzenposition, Höhe) muss der Unterschied am besten im Vorfeld ermittelt und ein entsprechender Ausgleich geplant werden. Alternativ sollte intraoperativ mit Probeprothesen und entsprechend vielen vorrätigen Implantaten



Abb. 3a–f: Patientin mit ausgeprägt tuberösen Brüsten. Präoperativ (**a und b**), nach Fremdeingriff ohne Versetzung der Unterbrustfalte oder Inzision des Drüsengewebes von innen (**c und d**) und nach Korrektur-OP durch den Autor (**e und f**).

gearbeitet werden, um ein weitgehend symmetrisches Ergebnis zu erzielen.

Die ptotische Brust

Ptotische Brüste können bis zu einem gewissen Grad mit einer reinen Vergrößerungsoperation behandelt werden. Man sollte der Patientin allerdings auch sehr klarmachen, dass die (nie gewollten) Narben weniger störend sind, als hängende große Brüste.

Bei den deutlich ptotischen Brüsten in Abbildung 4 steht jedoch die Brustwarze im seitlichen Anblick noch oberhalb der lateralen Brustfalte. Dies und eine Entfernung der Jugulum-Brustwarze von unter 22 bis 23 cm erlaubt in den meisten Fällen eine reine Vergrößerung, hier auch retropectoral mit sternförmiger Inzision von innen in das Drüsengewebe. Im Verlauf benötigt es etwas Geduld, was der Patientin im Vorfeld kommuniziert werden muss, um Unzufriedenheiten vorzubeugen. In Abbildung 4c ist zu sehen, dass sich nach acht Tagen die alte Brustfalte noch deutlich abzeichnet, nach dem Absinken der Implantate füllt sich der untere Pol wie gewünscht.

Im Fall mäßig ptotischer Brüste in Abbildung 5, mit viel Volumen und reichlich Gewebsüberdeckung, erfolgte eine Augmentierung zur Auffüllung vor allem des oberen Brustpols, eine Anhebung der gesamten Brust und die Verkleinerung der Warzenvorhöfe mit hohen anatomischen Implantaten, mit voller Projektion und Lage präpectoral über einen Warzenvorhofschnitt mit zusätzlicher Benelli-Straffung.

Die Patientin mit ptotischer Brust in Abbildung 6 wurde mit mittelprofiligen, runden Implantaten präpectoral operiert, um bei wenig Projektion und moderater Größenzunahme eine formschönere Brust zu schaffen. Durch die Lage präpectoral dehnt sich das etwas restriktive untere Brustgewebe auf, und trotz Versetzen der Brustfalte um über 2 cm entsteht keine Double-Bubble.

Die sehr flache Brust

Eine geringe Gewebsüberdeckung im oberen/inneren Quadranten (gemessen im Pinchtest) schließt ab einem Wert von unter 2,5 cm eine Implantatlage auf dem Muskel aus. Eine größere, etwas ptotische Brust



6th SOS SYMPOSIUM

ISAPS Course
International Symposium for Plastic Surgeons
Salvage Procedures after Pitfalls in Aesthetic Surgery
Face • Breast • Body • Nose

March 10 - 11, 2017 | Cologne, Germany | Hyatt Regency Hotel Cologne

www.sos2017.eu

25
years

ANNIVERSARY CONGRESS

25th Stuttgart Advanced Course for
Functional & Aesthetic Rhinoplasty April 26 - 28, 2017

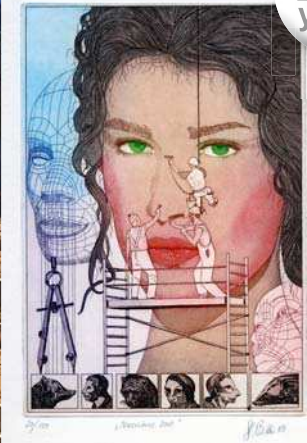
Rhinoplasty Cadaver Course April 26, 2017

2nd Stuttgart Symposium
on Nose Reconstruction April 29, 2017

LOCATION

Marienhospital – Bildungszentrum Vinzenz von Paul | Eierstrasse 55 | 70199 Stuttgart, Germany

www.rhinoplasty-2017.de



XVII. Frühjahrsakademie VDÄPC 2017

Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC)

11. - 13. Mai 2017 | Humboldt Carré Berlin

„Es wächst zusammen,
was zusammen gehört“



www.vdaepc2017.de

Abb. 4a–e: Patientin mit deutlich ptotischen Brüsten. Vor der Operation (**a und b**), acht Tage postoperativ mit noch sichtbarer alter Brustfalte (**c**) und nach dem erwarteten Absinken der Implantate, wodurch sich der untere Pol wie gewünscht füllt (**d und e**).

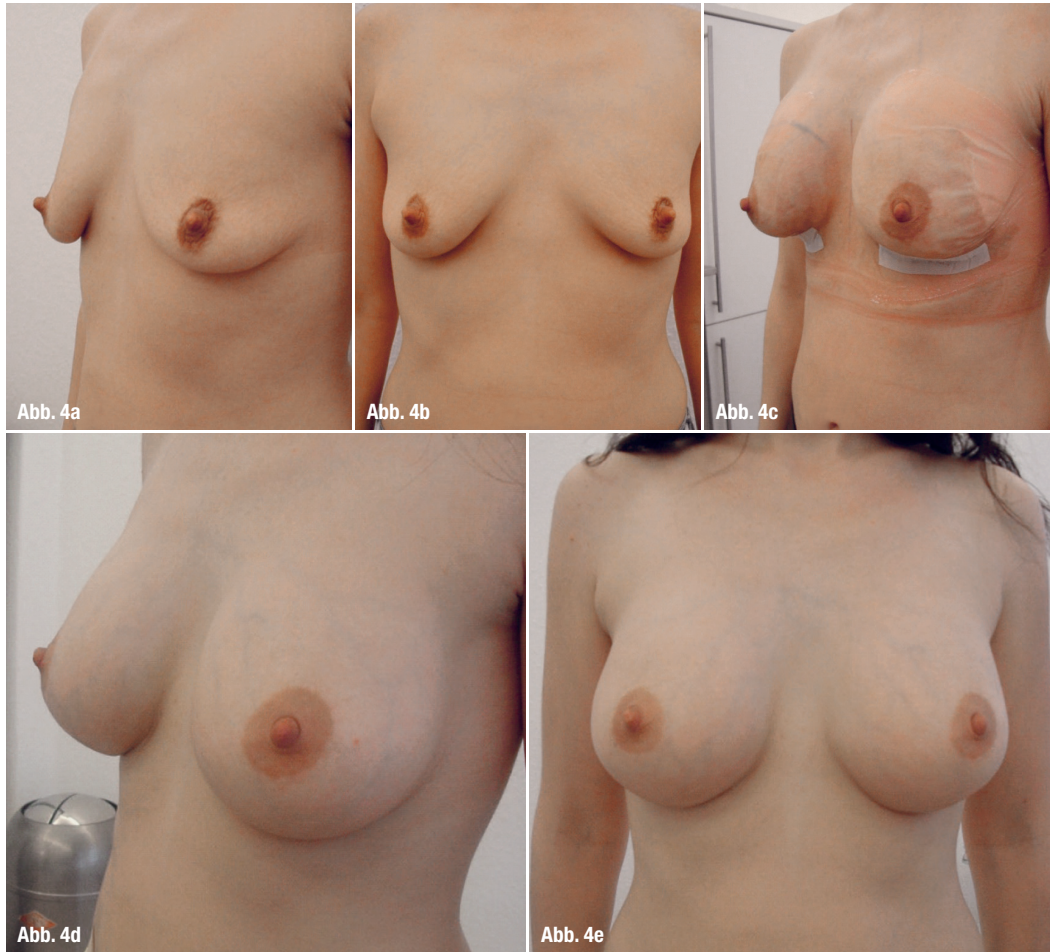
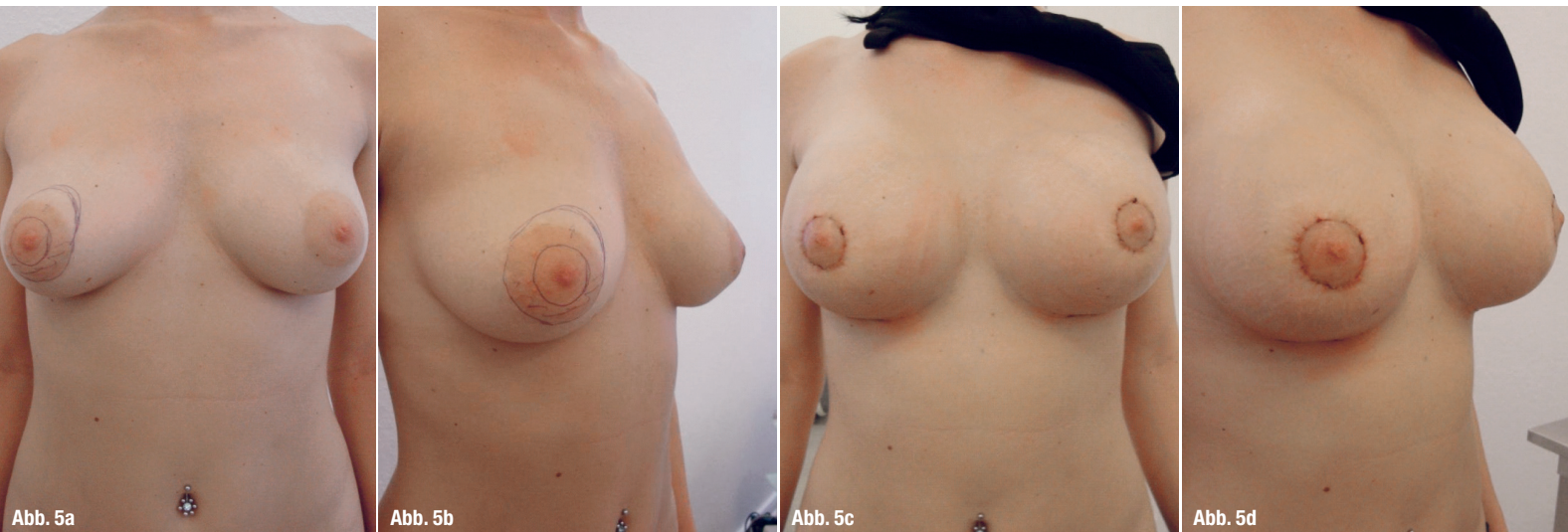


Abb. 5: Patientin mit leichter Ptose und viel Volumen, Zustand präoperativ (**a und b**) sowie nach Anhebung der gesamten Brust und Verkleinerung der Warzenvorhöfe (**c und d**).

kann bei einer guten Überdeckung aber zur Vermeidung einer Double-Bubble bzw. Abzeichnung der alten Brustfalte (auch bei tuberösen Brüsten bzw. restriktiven unteren Brustpolen) eine Lage präpectoral sinnvoll machen, auch wenn es bei der „unkomplizierten“ Brust nicht die Implantatlage der Wahl wäre. Abbildung 7 zeigt eine ca. 2002 selbst operierte Patientin mit falscher Implantatlage. Sie wollte wegen

ihres Sports keine Implantate unter dem Muskel haben, mit dem Ergebnis, dass sich beim Vorbeugen Falten im Dekolleté abzeichnen. Einen Wechsel zu retropectoral lehnte sie aber weiterhin ab. Der Autor zog daraus die Lehre, die präpectorale Lage seitdem bei einem Pinchtest von unter 2,5 cm konsequent abzulehnen und auch bei mehr Überdeckung nur bei vorliegender Ptose oder restriktivem unteren Brustpol eine Ausnahme zu machen.



STYLAGE®

IPN-Like TECHNOLOGY

PATENTIERTE HYALURONSÄURE + ANTIOXIDANS

Erleben Sie höchste Hebe-
kapazität und dynamische
Beweglichkeit durch die
patentierete doppelte
IPN 3D-Matrix.



 **VIVACY**
LABORATOIRES

WWW.VIVACY.EU

 **SONEWA**

WWW.SONEWA.COM

Ausrichtung der Brustwarzen

Weit auseinander stehende bzw. nach außen zeigende Brustwarzen machen eine spezielle Technik des Dual Plane nötig, wie auch eine etwas angepasste Implantatlage. Das Gleiche gilt für nach innen zeigende Brustwarzen, wenngleich diese Situation sehr viel seltener ist.

Die voroperierte Brust

Bei Status nach drei auswärtigen Voroperationen in Abbildung 8, mit zuletzt die Patientin stark störender Double-Bubble, erfolgte zunächst ein Wechsel der Lage zu präpectoral. Danach trat eine Verstärkung der bereits gering ausgeprägten Synmastie auf, welche durch eine erneute Operation mit inneren 2-0-PDS-Nähten korrigiert werden musste. Aus heutiger Sicht empfiehlt der Autor in einem solchen Fall für die Korrektur einer Synmastie, genau wie der verrutschter Implantate oder einer (rezidivierenden) Kapselfibrose nur noch die Verwendung von PU-Schaum-Implantaten, die alle diese Risiken deutlich minimieren.

Auch im Fall in Abbildung 9 mit High-Riding-Implants, bei Status nach auswärtiger Brustvergrößerung

berung retropectoral, trotz viel vorhandenem Eigengewebe, erfolgte ein Wechsel der Lage nach präpectoral, mit Verwendung deutlich höherer, anatomischer Implantate – damit konnten alle Probleme ohne Straffungsoperation und ohne zusätzliche Narben behoben werden.

Im Fall einer auswärtigen Vor-OP in Abbildung 10 wurde wegen der geringen Gewebsüberdeckung die Lage retropectoral beibehalten, die Höhle nur nach unten und innen erweitert, der Pectoralmuskel medio-caudal abgelöst und ein einflächigeres anatomisches, formstabiles Implantat gewählt.

Fazit

So „einfach“ eine „normale“ Brustvergrößerung erscheinen mag, so fließend die Übergänge zur „schwierigen“ Brust. Daher sind neben den grundlegenden Kenntnissen der Anatomie und einem ästhetischen Gespür, vor allem auch die Kenntnis der verschiedenen Techniken bezüglich der Zugänge, Implantatlagen und Implantatformen, entscheidend. Eine one-fits-all Brustvergrößerung gibt es nicht, auch wenn heute sicher die meisten Brustvergrößerungen retropectoral und über den Brustfaltenschnitt durchgeführt werden – aber eben auch hier mit den richtigen,

Abb. 6a–d: Ältere Patientin mit ptotischen Brüsten vor der Operation (a und b) und nach dem Einsatz mittelfrüher runder Implantate präpectoral (c und d).

Abb. 7a–d: Patientin mit geringer Gewebsüberdeckung (a und b). Ein retropectaler Einsatz des Implantats wurde abgelehnt, durch die falsche Implantatlage entsteht eine leicht sichtbare und deutlich tastbare Faltenbildung im kranio-medialen Bereich (c und d).





Abb. 8a und b: Dreimalig voroperierte Patientin mit stark störender Double-Bubble **(a)**, daraufhin Wechsel zu präpectoraler Implantatlage und Korrektur der Synmastie, Zustand neun Monate postoperativ **(b)**.
Abb. 9a und b: Patientin mit High-Riding-Implants, Status nach auswärtiger Brustvergrößerung **(a)** und nach Wechsel zu präpectoraler Lage mit Verwendung deutlich höherer, anatomischer Implantate **(b)**.
Abb. 10a–d: Patientin nach auswärtiger Vor-OP **(a und b)** sowie nach Korrektureingriff durch den Autor **(c und d)**.

wichtigen kleinen Variationen, wie oben beschrieben. Aus der Erfahrung entstehen allerdings noch mehr unzufriedene Patientinnen durch eine fehlende oder unzureichende Beratung, bei der der Chirurg die Wünsche der Patientinnen nicht anhört, nicht annimmt oder nicht versteht. Eine Kontrolle bei der Beratung, darüber, dass Arzt und Patient die gleiche Vorstellung haben, sollte unbedingt durch das Zeigen von Vorher-Nachher-Bildern erfolgen. Kombiniert mit einer vernünftigen Selbsteinschätzung zur Fähigkeit, verschiedene Schweregrade operieren zu kön-

nen, kann man die meisten Probleme, objektiv wie auch subjektiv, bei Patientinnen vermeiden.

Kontakt

Dr. med. Mark Wolter
 Damaschkestraße 4
 10711 Berlin
 Tel.: 030 88001855
 drwolter@web.de
 www.drwolter-berlin.de