



Brustchirurgie heute: Erfahrungen aus der Praxis für die Praxis

Dr. med. Svenja Giessler

Wenn die Form oder die Größe der Brust den Ansprüchen der Frauen nicht genügt, kann ein großer Leidensdruck entstehen. Mithilfe von Brustoperationen kann das Wohlfühlen im eigenen Körper wiederhergestellt werden. Der nachfolgende Beitrag gibt einen Überblick zu den wichtigsten Herausforderungen der modernen Brustchirurgie, zeigt Behandlungsmethoden und -risiken auf und gibt Tipps aus der langjährigen praktischen Erfahrung im Bereich der Plastisch-Ästhetischen Chirurgie.

Die meisten Frauen, die Praxen von Plastischen und Ästhetischen Chirurgen aufsuchen, sind mit Größe und Form ihres Busens unzufrieden. Sie leiden beispielsweise unter einem anlagebedingten kleinen Busen und fühlen sich nicht weiblich genug. Krebspatientinnen, die gerade eine Brustamputation hinter sich haben, oder Frauen, deren Brüste sich durch Schwangerschaften deutlich verändert haben, möchten ihre natürlichen weiblichen Formen wiederherstellen lassen. Fast genauso viele Patientinnen leiden sowohl physisch als auch psychisch unter einer zu

großen Brust: Viele haben bereits im Teenageralter immense Cupgrößen bis zu F oder G und fühlen sich in ihrer Umwelt unwohl und unsicher. Neben den bekannten körperlichen Haltungsschäden und Beschwerden (wie Migräne, Schulter-, Nacken- und Rückenschmerzen) ist die psychische Belastung durch eine zu große Brust nicht unerheblich.

Ein weitaus kleineres, aber nicht seltenes Problem stellen die sogenannten Schlupfwarzen – die invertierten

Alma™

For You. For Life.

Formung & Straffung von Gesicht und Körper

Nicht-invasive & minimal-invasive Lösungen von Alma Lasers



www.almaaccent.de

Accent *Prime* Love Your Shape

- Die modernste Plattform zur Formung & Straffung von Gesicht und Körper, zur Hautverjüngung, zur Behandlung von Dehnungsstreifen und Cellulite u.v.m.
- Spezielle Ultraschall-Technologien sowie Radiofrequenz
- UltraSpeed-Handstück mit besonders großem Applikator für schnelle Body Contouring-Behandlungen auf großen Arealen
- Schmerzfremde, nicht-invasive Behandlung ohne Ausfallzeit und mit besonders gleichmäßigem Ergebnis, für alle Hauttypen geeignet
- Keine Verbrauchsartikel notwendig



LipoLife



www.almalipolife.de

- Die Komplettlösung zur Lipolyse und Liposuktion, Hautstraffung und Eigenfett-Transplantation
- Diodenlaser-Technologie mit 1.470 nm Wellenlänge
- Kürzere Behandlungsdauer durch simultanes Lasern und Absaugen sowie gleichzeitige thermische Straffung der Haut
- Für Gesicht und Körper sowie für große und kleine Areale geeignet
- Schonendes Verfahren, kürzere Ausfallzeit für die Patienten
- Kompakt und transportabel

Alma Lasers GmbH, Nürnberg
Tel: +49 911 / 89 11 29-0
www.alma-lasers.de
info@alma-lasers.de

Mamillen – dar. Diese liegen angeboren vor oder treten nach Schwangerschaften und Stillzeiten auf, meist beidseitig, seltener auch einseitig. Dabei variieren sie in der Ausprägung zwischen stets eingezogen und nicht nach außen manipulierbar und jenen, die gelegentlich auch ausgestülpt sind. Die meisten Patientinnen, die sich mit diesem Problem in meiner Praxis vorstellen, sind an sich mit Form und Größe ihrer Brüste zufrieden, schämen sich aber massiv aufgrund der „fehlenden“ Brustwarzen.

Die genannten Problembereiche und ihre operative Behebung werden nachfolgend im Einzelnen betrachtet.

Mammaaugmentation:

Zur Brustvergrößerung werden meist Implantate eingesetzt. Eine relativ neue Methode, die sich in den letzten Jahren zunehmender Beliebtheit erfreut, besteht in der Verwendung von Eigenfett. Dieses schonende Verfahren wird meist Frauen empfohlen, die Implantate als weniger natürlich empfinden bzw. sich mit dem Gedanken an einen Fremdkörper nicht anfreunden können und die nur eine Vergrößerung um maximal eine Cupgröße wünschen. Trotz des gut durchführbaren Verfahrens und

der Natürlichkeit der Ergebnisse einer Eigenfettaugmentation entscheiden sich mehr als 90 Prozent der Patientinnen in meiner Praxis für eine Brustvergrößerung durch Silikon.

Die noch unklare Studienlage bezüglich der Anwachsrate des transplantierten Eigenfetts (die Zahlen schwanken zwischen 30 und 70 Prozent), die Wahrscheinlichkeit, sich einer Zweittransplantation unterziehen zu müssen und die Tatsache, dass die meisten Patientinnen mit kleinen Brüsten kaum Eigenfett zur Verfügung haben, beeinflusst dabei die Entscheidung für ein Silikonimplantat nachhaltig.

Einige Implantatfirmen versprechen den Patientinnen eine lebenslange Haltbarkeit des Produkts – das heißt, ein routinemäßiger Wechsel der Implantate wird nicht geplant. Auch diese Tatsache fördert neben der Zuverlässigkeit und Beständigkeit der gewählten Größe die Entscheidung für ein Implantat. So garantiert beispielsweise die Firma SEBBIN, mit der ich seit sechs Jahren zusammenarbeite, im Falle eines materialbedingten Schadens an der Hülle ihrer Implantate ein kostenloses Austauschimplantat.

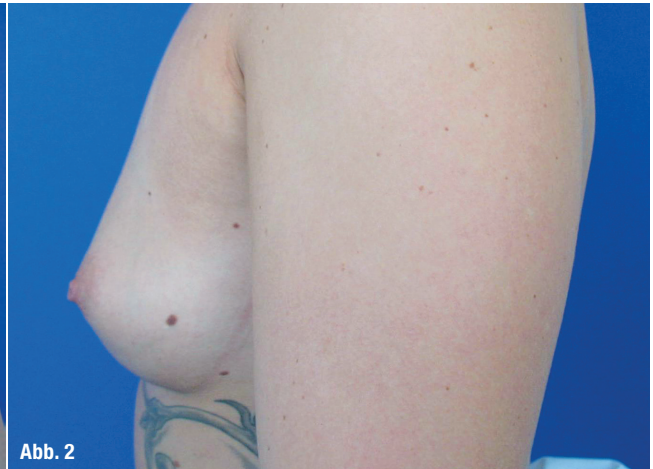


Abb. 1–4: Beispiel Mammaaugmentation.

Bei der ausführlichen, unverbindlichen Erstberatung wird mit der Interessentin die 3-D-Simulation Crisalix durchgeführt, die die einzelnen Implantate von allen Seiten zeigt, sodass sie sich für ein bestimmtes, zu ihrer Figur und ihren persönlichen Vorstellungen passendes Implantat entscheiden kann. Zusätzlich setze ich seit Neustem die Technik der sogenannten „Augmented Reality“ in meiner Praxis ein, in der sich die Patientinnen im Computermonitor sehen, als würden sie mit ihren operierten Brüsten vor dem Spiegel stehen. Durch die Einführung dieser Technik ist eine noch realistischere Erwartungshaltung zu generieren und die Hemmschwelle der Patientinnen, sich für die Brustvergrößerung zu entscheiden, sinkt merkbar.

Die richtige Implantatform für jede Brust

Inzwischen steht ein großes Spektrum verschiedener Silikonimplantate mit unterschiedlichen Kohäsivitäten und in diversen runden oder anatomischen Formen zur Verfügung. Damit kann dem Wunsch und dem persönlichen Empfinden jeder Frau entsprochen werden.

Studien haben ergeben, dass bei einer richtigen Größenwahl und optimaler Platzierung der Implantate

eine spätere Unterscheidung zwischen runden und anatomischen Implantaten nicht möglich ist.

Nach erfolgter Abheilung ist ein besonders wichtiges Kriterium für die Natürlichkeit das weiche Tastgefühl, ein fehlendes Rippling und Wrinkling (Faltenwurf im Implantat) und eine lockere Mitbewegung der Brüste bei Aktivitäten. Dies erreicht man je nach Ausgangssituation (Elastizität der Haut, Volumen der Brüste präoperativ) nach sechs bis zwölf Monaten.

Positionierung der Implantate

Die optimale Positionierung der Implantate submuskulär oder subglandulär sowie die Auswahl der Größe und Form wird nach wie vor regelmäßig diskutiert. Ein großes Problem im Beratungsgespräch stellt die „Vorbildung“ der Patientinnen durch diverse Diskussionsforen im Internet dar, in denen sich Laien über Implantatformen, -größen sowie Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Positionierungen rege austauschen.

Grundsätzlich gilt, dass insbesondere in Bezug auf die Positionierung keine allgemeingültige Aussage möglich ist. Aufgrund der heute zur Verfügung stehenden sehr



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8

Abb. 5–8: Beispiel Mammareduktion.

weichen und flexiblen Implantate ist eine dogmatische Entscheidung (z.B. immer submuskulär, um Sicht- und Tastbarkeit im oberen Pol zu vermeiden) sicherlich nicht richtig. Vielmehr muss die Positionierung von verschiedenen Kriterien abhängig gemacht werden:

- Statur der Patientin
- Dicke des Hautmantels im oberen Pol der Brüste
- Elastizität der Brüste
- Grad der Ptose (wenn vorhanden)
- gewünschtes Volumen
- sportliche Aktivitäten
- berufliche Belastung

Erst nach Betrachtung all dieser Faktoren kann aus meiner Sicht die für die Patientin passende Methode gewählt werden.

In meinem Patientengut werden ca. drei Viertel der Implantate in der submuskulären Lage eingebracht. Ich verwende in allen Fällen runde Hochprofilimplantate in einer Größenrange von 185 cc bis 365 cc, was in den meisten Fällen zu einer Augmentation von einem A-Cup auf ein B- bis C-Cup führt. In Ausnahmefällen wird auch ein D-Cup gewünscht.

Risiko Kapsel­fibrose

Jede Operation birgt Risiken und kann unter Umständen zu gesundheitlichen Schäden führen, die ohne den Eingriff nicht entstanden wären. Viele schrecken aus diesem Grund vor allem vor Schönheitsoperationen zurück, da diese zu den absolut vermeidbaren Operationen gehören. Bei Brustvergrößerungen mit Implantaten stellt die Kapsel­fibrose ein besonders häufig erwähntes Risiko dar. Sie kann einseitig oder an beiden Brüsten gleichzeitig in unterschiedlicher Ausprägung auftreten, die Quote wird derzeit mit ca. fünf Prozent angegeben.

In meinem Patientengut ist es bisher in einem Zeitraum von zehn Jahren in einem (mir bekannten) Fall zu einseitigen Kapsel­fibrose gekommen. Die betroffene Patientin hatte aufgrund sofortiger Überbelastung durch ihr Kleinkind ein Hämatom entwickelt. Des Weiteren traten unmittelbar postoperativ in zwei Fällen einseitige Nachblutungen auf, die sofort und folgenlos revidiert werden konnten. Eine Infektion im Implantat­lager sowie sonstige Komplikationen traten bisher in keinem Fall auf.

Aufgrund der sehr ausführlichen Beratung mit der 3-D-Unterstützung mussten bisher keine Implantatwechsel durchgeführt werden. In drei Fällen erfolgte im weiteren Verlauf aufgrund einer gewissen Gewöhnung an die Größe ein sekundärer Tausch auf ein größeres Implantat.

Kapsel­fibrose – wenn der Schutzschild zum Problem wird

Eine gewöhnliche und gut gemeinte Immunreaktion des Körpers besteht darin, Fremdkörper, die sich nicht entfernen lassen, durch die Bildung einer zarten Ge-

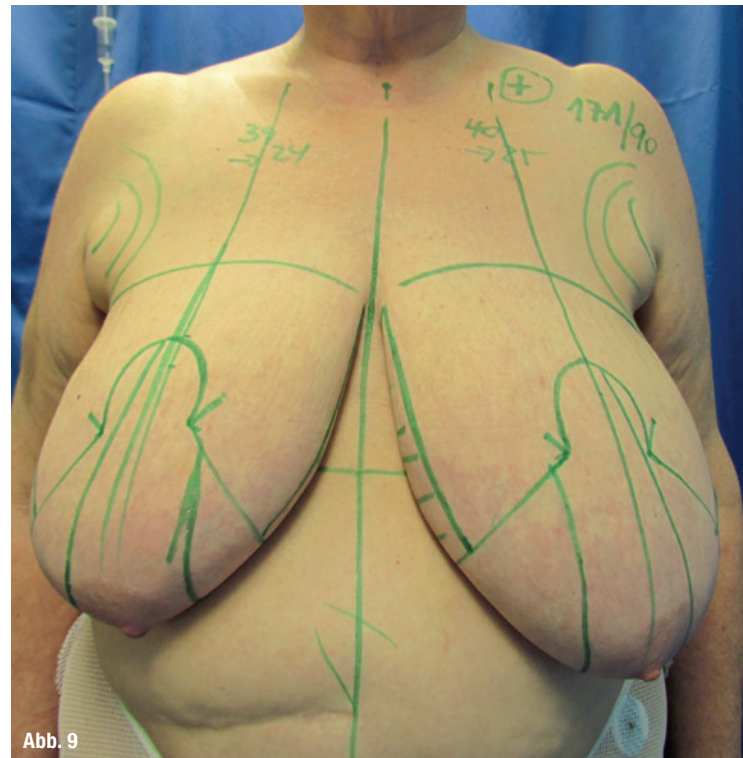


Abb. 9–11: Beispiel Nekrose der MAK.

webehülle vom restlichen Organismus abzuschirmen. Problematisch wird es, wenn sich die zarte Hülle zu einem massiven Panzer entwickelt.

Das Wachstum einer Kapsel­fibrose führt in vier Stufen (Baker Grad I bis IV) über Verhärtungen der Brust zu Verschiebung oder Verdrehung des Implantats, Faltenbildung und schließlich zu anhaltenden Schmerzen sowie einem inakzeptablen äußeren Erscheinungsbild. Eine ausgewachsene Fibrose ist nicht nur schmerzhaft, sie verkehrt auch den ästhetischen Effekt der Brustvergrößerung drastisch ins Negative. Durch die panzerartige, unflexible Hülle wird das Implantat rigoros zusammengedrückt. Das Ergebnis sind harte, äußerst berührungsempfindliche, tennisballrunde Brüste. Im schlimmsten Fall kann eine unbehandelte Kapsel­fibrose dazu führen, dass das Implantat reißt und das darin befindliche Silikon austritt. Spätestens dann ist eine Operation unumgänglich.

Kapsel­fibrose frühzeitig behandeln, angemessen reagieren

Erste Anzeichen einer Kapsel­fibrose sind Spannungsgefühle in der Brust bis hin zu einem leichten Ziehen bei Bewegungen, die die Brustmuskulatur dehnen. In diesem Stadium muss nicht unbedingt eine Behandlung eingeleitet werden, auch wird sich die Fibrose nicht zwangsläufig verschlechtern.

Bei einer leichten Kapsel­fibrose (Baker I bis II) können Massagetechniken Linderung verschaffen. Kommen



Abb. 10



Abb. 11

Schmerzen hinzu, empfiehlt sich eine medikamentöse Behandlung mit entzündungshemmenden Mitteln oder auch eine Ultraschallbehandlung. Dabei wird die Durchblutung und Sauerstoffversorgung der Gewebekapsel verbessert, wodurch diese deutlich elastischer und flexibler wird. Ist die Kapselfibrose bereits so weit fortgeschritten, dass sie von außen sicht- und tastbar wird (Baker III bis IV), lässt sich eine operative Behandlung nicht umgehen. Dabei wird die Kapsel soweit möglich exzidiert.

Bei einer bereits vollständig entwickelten Kapselfibrose muss das gesamte panzerartige Gewebe mitsamt des Implantats entfernt werden, das auf Wunsch durch ein neues ersetzt werden kann.

Kapselfibrosen vorbeugen

Der beste Weg der Heilung ist, die Krankheit gar nicht erst aufkommen zu lassen. Da Kapselfibrosen zu den schwerwiegendsten Folgen von Mammaaugmentationen zählen, gibt es inzwischen einige Studien zur Vermeidung derselben. Zunächst ist die Wahl eines geeigneten Implantats wichtig: Studien ergaben, dass Produkte mit aufgerauter Oberfläche weniger häufig Kapselfibrosen hervorrufen als vergleichbare Produkte mit glatter Oberfläche.

Es gibt zudem einige Empfehlungen an den Operateur zur Vermeidung von Kapselfibrosen. Dazu gehören besondere Vorkehrungen während der Operation, ebenso gibt es zahlreiche Verhaltensempfehlungen an die Pa-

tientinnen im Anschluss an die Operation. Zu den Verhaltensempfehlungen an den Operateur gehören neben selbstverständlich sterilem Arbeiten die Verwendung von Probeimplantaten, das Einlegen der Implantate in ein Antibiotikum, das Einlegen von Drainagen zur Vermeidung von Flüssigkeitsansammlungen in der Implantathöhle sowie der Handschuhwechsel vor dem Einbringen des Implantats, um Kontaminationen der Oberfläche zu vermeiden. Den Patientinnen werden unter anderem eine sechswöchige körperliche Schonung, das Tragen eines Kompressions-BHs und ggf. eines Stuttgarter Gürtels sowie die Vermeidung von Hitze und direkter Sonneneinstrahlung empfohlen.

Fazit

Die Mammaaugmentation stellt in meiner Praxis einen Hauptschwerpunkt als insgesamt unkomplizierter und risikoarmer Eingriff dar (Abb. 1 bis 4).

Mammareduktion:

Große Brüste können für Frauen, insbesondere für sehr junge Frauen, zu einem erheblichen Problem werden: Einerseits kann die große Oberweite eine Bürde für die weibliche Seele sein, andererseits ist das große Gewicht eine nicht zu unterschätzende Belastung für den Körper der Frau. Besonders nach Schwangerschaft und Stillzeit oder starkem Gewichtsverlust kann die Brust hängen oder erschlaffen. Für viele Frauen stellt dies ein Problem dar – sie fühlen sich weniger attraktiv und ha-



Abb. 12



Abb. 13



Abb. 14



Abb. 15

Abb. 12–15: Beispiel Schlupfwarzenkorrektur.

ben Scheu, sich vor ihrem Partner nackt zu zeigen. Auch leiden Frauen immer wieder unter Haltungsschäden, kämpfen mit Verspannungen sowie Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen. Des Weiteren leiden viele Frauen unter einer eingeschränkten Bewegungsfreiheit – all jene Aspekte sind es, die zusätzlich einen negativen Einfluss auf das Selbstwertgefühl haben können.

Mehr Lebensqualität nach einer Brustverkleinerung bzw. -straffung

Bei der Mammareduktion, die einen weiteren Schwerpunkt in meiner Praxis darstellt, und der Mastopexie wird die durch die Erschlaffung des Brustdrüsengewebes und der Haut herabhängende Brust operativ neu geformt, ggf. verkleinert und angehoben. Zur Verkleinerung und Straffung der Brüste gibt es mehr als 20 verschiedene Operationstechniken. Bruststraffungen können mit oder ohne Einsetzen von Implantaten durchgeführt werden, abhängig des gewünschten Brustvolumens. Sämtliche Brustoperationen werden ausschließlich stationär und unter Vollnarkose vorgenommen.

Ich führe bei all meinen Patientinnen die narbensparende Technik nach Hall-Findlay durch. Diese Methode wurde 1999 von Dr. Elisabeth Hall-Findlay (Banff, Kanada) als Weiterentwicklung der bis dato einzig bekannten vertikalen Technik nach Lassus-Lejour erstbeschrieben. Die Vorteile dieser Methode sind neben der geringeren Narbenbildung im Vergleich zu den herkömmlichen T-Techniken

eine Verschmälerung der Brustbasis durch eine zusätzliche Fettabsaugung und eine zuverlässige Durchblutung und Sensibilität der Areola an einem kranio-medialen Stiel.

In Reduktionen bis zu 800 Gramm pro Seite kann in vielen Fällen in Abhängigkeit des Hautüberschusses und der Hautelastizität auf eine zusätzliche Schnitterweiterung in der Unterbrust als T- oder L-Schnitt verzichtet werden.

Die Fortbildung bei Dr. Hall-Findlay hat mir eine neue Sichtweise auf die Anatomie der Brust und damit eine exaktere Operationsplanung ermöglicht. So kann zum Beispiel eine wie in den Kliniken üblicherweise gelehrt Positionierung der Brustwarzen auf 20cm Mamillen-Jugulum-Abstand bei einer Patientin mit einem tiefen Brustansatz („low-breasted“) zu einem desaströsen OP-Ergebnis mit deutlich zu hohem Mamillen-Areola-Komplex (MAK) führen, während bei einer Patientin mit einem hohen Brustansatz („high-breasted“) durchaus ein Mamillen-Jugulum-Abstand von 19 bis 20cm realisierbar ist.

Durch die ergänzende Fettabsaugung in den Grenzen der klassischen T-Technik, der lateralen Brustbasis bis nach kranial in die axillären Fettdepots, die bei dieser Methode ein obligater OP-Schritt ist, können zusätzlich die Form optimiert und die Brüste verschmälert werden.

Risiken bei einer Mammareduktion/Mastopexie

Insgesamt betrachtet stellt die Mammareduktion nach Hall-Findlay einen risikoarmen Eingriff mit meist komplikationslosem Verlauf dar (Abb. 5 bis 8). Neben den üblichen operativen Risiken umfasst die Aufklärung dennoch folgende mögliche Komplikationen:

- Einschränkungen der Sensibilität (Studien ergaben die Wiederherstellung einer normalen/fast normalen Sensibilität in 85 Prozent der Fälle)
- Durchblutungsstörungen bis zum Verlust der Brustwarzen (Angaben in der Literatur variieren zwischen 0,7 und 6 Prozent)
- Einschränkungen der Stillfähigkeit (in bis zu 50 Prozent der Fälle)
- Asymmetrie
- ein erneutes Durchsacken der kaudalen Drüsenanteile (drop-out).

Wie bei allen Eingriffen, die zu einer Straffung und einer vorübergehend veränderten Blutversorgung führen, ist die vorherige Anamnese essentiell: Rauchen, Übergewicht und Blutzuckererkrankung erhöhen das Risiko einer venösen Abflussstörung des MAK wesentlich.

In meiner eigenen Praxis ist es im Verlaufe von zehn Jahren zu zwei einseitigen trockenen Nekrosen und einer einseitigen feuchten, superinfizierten Nekrose des MAK gekommen. Diese haben zu einem vollständigen Verlust des MAK geführt. Eine Rekonstruktion ist in diesen Fällen zweiseitig möglich (Abb. 9 bis 11).

Die Reduktionsmengen in meinem Patientengut belaufen sich zwischen 150 und 1500 Gramm pro Seite. Somit ist verständlich, dass es in allen Fällen zu einer sofortigen Linderung vorbestehender Beschwerden kommt, Schwellungen und Hämatome verflüchtigen sich in der Regel nach 14 Tagen, das Tragen eines Kompressions-BHs über sechs Wochen sowie die ebenso lange Sportkarenz werden gut toleriert.

Fazit

Bei der Mammareduktion nach Hall-Findlay handelt es sich um einen sehr zuverlässigen operativen Eingriff mit einer hohen Patientenzufriedenheit.

Behandlung von Schlupfwarzen (invertierten Mamillen):

Schlupfwarzen sind eine häufige angeborene Fehlbildung, die die betroffenen Frauen enorm belastet und dazu führt, dass anstatt einer normalen Brustwarze eine Mulde oder eine Rille entsteht. Der Grund dafür sind verkürzte und unterentwickelte Milchgänge, die von festen Fasern umgeben sind. Meist haben die betroffenen Frauen eine aufgehobene oder eingeschränkte Stillfähigkeit. Häufig treten Entzündungen in der eingezogenen Brustwarze auf.

Als Behandlungsmöglichkeiten findet man bei der Internetrecherche neben operativen Methoden auch die Niplette, mit der über ein schwaches Vakuum die Brustwarzen nach draußen gezogen werden sollen, und Brustwarzenpiercings. Das mag nicht für jede Patientin eine gute Option sein, und natürlich führen diese Methoden bei einer komplett eingezogenen, immobilen Brustwarze zu keinerlei Erfolg. In solchen Fällen kann eine OP der einzige Ausweg sein. Aus meiner Sicht stellt die Methode nach Olivari, in der die kontrakten Milchgänge durchtrennt und die Brustwarzen mithilfe einer Tabaksbeutelnaht am erneuten Zurückschlupfen gehindert werden, die einzig kausale Therapie dar.

Viele meiner Patientinnen stellen sich noch weit vor einer möglichen Kinderplanung in meiner Praxis vor und wünschen die Operation. Hier muss selbstverständlich eine besonders gründliche Anamnese und Aufklärung über die Folgen einer solchen Operation erfolgen.

Risiken

Natürlich müssen die betroffenen Patientinnen über den höchstwahrscheinlichen Verlust der Stillfähigkeit aufgeklärt werden. Interessanterweise nehmen ca. 90 Prozent der beratenen Patientinnen dies in Kauf, da sie entweder annehmen, mit den invertierten Mamillen per se nicht stillen zu können oder die bereits nach einer Schwangerschaft erlebt haben, dass Stillen nicht oder nur eingeschränkt möglich war. An weiteren Risiken sind Einschränkungen der Sensibilität und der Durchblutung sowie ein erneutes Durchsacken bei Nahtinsuffizienz zu erwähnen. Letzteres ist in zwei Fällen innerhalb des ersten Jahres der Anwendung dieser Technik vorgekommen; Sensibilitäts- und Durchblutungsstörungen wurden bisher in keinem der Fälle berichtet.

Fazit

Bei der Schlupfwarzenkorrektur (Abb. 12 bis 15) handelt es sich um einen kleinen, in Lokalanästhesie ambulant durchzuführenden Eingriff mit einer extrem hohen Zufriedenheit der Patientinnen.

Kontakt

Dr. med. Svenja Giessler

Praxis für Plastische und
Ästhetische Chirurgie
Widenmayerstraße 32
80538 München
Tel.: 089 232326390
praxis@drgiessler.de
www.plastische-chirurgie-giessler.de

Infos zur Autorin

