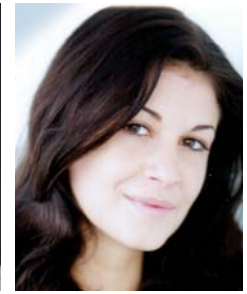


## Senologische Aufgaben für plastische ChirurgInnen

# (Wieder)herstellende Brustchirurgie

**V. Moser, S. Milani**Fachärzte für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie, Florianigasse 46/11, 1080 Wien, [www.milani.at](http://www.milani.at)**Dr. Veith Moser****Dr. Shirin Milani**

Nicht nur wiederherstellende Eingriffe nach Mammatumoren stellen das Einsatzgebiet der plastischen Chirurgie dar. Auch angeborene Brustanomalien im Sinne von tubulären Deformitäten, deutlichen Asymmetrien oder nahezu vollständig ausbleibendes Brustwachstum stellen ein weiteres großes Indikationsspektrum dar.

Unter dem Begriff der wiederherstellenden Brustchirurgie werden sämtliche rekonstruktive Verfahren zusammengefasst. Unabhängig von der Ätiologie sind das sowohl Rekonstruktionen mittels Eigengewebe, Fremdgewebe (Silikonprothesen) oder Kombinationen von beiden (zum Beispiel Latissimus-dorsi-Muskellappen und Silikonprothese).

## Im Kontext des Mammakarzinoms

Die sicherlich häufigste Indikation liegt in der Primär- oder Sekundärrekonstruktion bei vorangegangener Operation nach Brustkrebs.

Nichtsdestotrotz hat auch bei brusterhaltender Operation die wiederherstellende Chirurgie einen großen Stellenwert. Durch verschiedene Einflussfaktoren (z. B. ungünstiges Verhältnis Tumor zu Restbrustgröße, Bestrahlungsfolgen) resultieren oft ästhetisch unzufriedenstellende Ergebnisse, wodurch eine Indikation zur Korrektur gegeben ist. Abhängig vom Ausgangszustand ist dann in einigen Fällen die Restmastektomie und der Neuaufbau der Brust die sinnvollere Alternative, nicht zuletzt aus onkologischer Sicht, da mit der völligen Entfernung

des Mammaparenchyms auch das Risiko eines Rezidivs vermindert werden kann (*Abb. 1*).

## Bei Brustanomalien und ausbleibendem Wachstum

Auch wenn man in diesen Fällen eher von „herstellender“ Brustchirurgie sprechen sollte, bedarf es sowohl einer großen chirurgischen Erfahrung, einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit Gynäkologen und der Behandlung mit Samthandschuhen dieses sensiblen Patientengutes.

**Tubuläre Deformität (*Abb. 2*):** Es gibt mehrere Ausdrücke (Rüsselbrust, Schlauchbrust, tuberöse oder tubuläre Brust, „Snoopy Deformity“), die alle für das gleiche Problem stehen: eine schlauchartige Brustausbildung mit einer schmalen Brustbasis, eines mehr oder wenig ausgebildeten unteren Brustpoles und eines meist erweiterten Brustwarzenhofes, wodurch es im Extremfall zum typischen Prolaps der Areola kommt. Je nach Ausprägung bedarf es einer stadiengerechten Operationstherapie.

Besondere Erwähnung sollte der Zeitpunkt der Operation finden: da es sich in diesen Fällen um keine ästhetische Operation handelt, sondern um einen (wieder)herstellenden Eingriff, ist die Altersgrenze etwas flexibler zu setzen:

Das heißt, in diesen Fällen stellen wir die Operationsindikation durchaus schon mit 16 Jahren. Voraussetzung dazu ist der Ausschluss weiterer Pathologien (z. B. hormoneller Natur oder auch eines Poland-Syndroms). Als relative Kontraindikation ist das noch nicht beendete Brustwachstum zu sehen. Speziell die psychosoziale Entwicklung jener jungen Mädchen und Frauen kann durch diese Korrekturen ganz massiv positiv beeinflusst werden. So wird erstmals das Tragen eines Bikinis oder auch das gemeinsame Duschen zum Beispiel im Rahmen des Turnunterrichtes ohne große Scham möglich. Für die meisten jungen Patientinnen gibt es keine passenden BHs, sodass typischerweise das fehlende Volumen durch Taschentücher oder Ähnliches aufgefüllt wird.

Je nach Ausprägung der Pathologie kann zur Korrektur mehr als eine Operation erforderlich sein, vor allem werden kleinere Korrekturen, wie die Angleichung der Warzenhöfe, oft erst sekundär durchgeführt. Der Grund dafür liegt darin, dass nach

**ABBILDUNG 1**

45-jährige Patientin, St. nach Tumorektomie links und nachfolgender Bestrahlung. Es besteht eine schmerzhafte, eingezogene Narbe, welche bereits frustriert korrigiert wurde. Zusätzlich ist die Patientin mit dem ästhetischen Resultat unzufrieden. Ergebnis 9 Monate postoperativ nach Restmastektomie und Rekonstruktion mittels myokutanem Latissimus-dorsi-Lappen.

der Primäroperation völlig neue Gewebsbeschaffenheiten vorliegen und sich deshalb nicht ganz sicher voraussagen lässt, wie sich das Gewebe weiterentwickelt. Des Weiteren können die Sekundäreingriffe oft in örtlicher Betäubung korrigiert werden.

**Brustasymmetrie (Abb. 3):** Ein weiteres belastendes Problem können Brustasymmetrien darstellen. Brüste sind von Natur aus meist nicht gleich groß. Oft ist aber der Unterschied so offensichtlich, dass es ästhetisch oder – wenn auch selten – auch funktionell störend ist. Asymmetrien können aber auch erworben sein, Beispiele stellen stattgehabte Eingriffe an der Thoraxwand vor Beginn des Brustwachstums oder auch nach Operationen an der Wirbelsäule, Verbrennungsfolgen oder auch Strahlungsschäden (zum Beispiel nach intrathorakalen Prozessen) dar.

Zur Korrektur werden verschiedene Möglichkeiten angeboten:

- Verkleinerung der größeren Brust
- Vergrößerung einer oder beider Brüste (meist mit Implantaten)
- symmetrierende Eingriffe (Bruststraffung, Brustneuformung, Verkleinerung der Warzenhöfe)

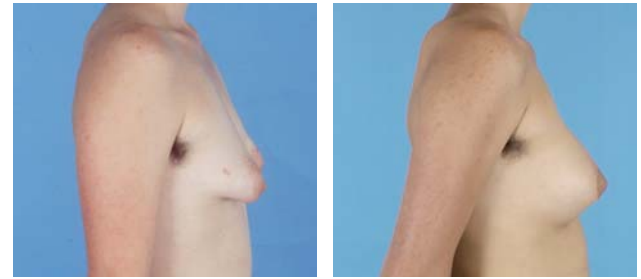
Das primäre Ziel der Korrektur von Brustasymmetrien ist die Optimierung von Größe, Form und Aussehen. Eine absolute Symmetrierung kann in den seltensten Fällen erreicht werden. Dabei stellt die Brustgröße den am einfachsten zu realisierenden Parameter dar, die Brustform wiederum anzugleichen ist am schwierigsten. Der Grund darin liegt in den unterschiedlichen Gewebebedingungen, Gewebeelastizitäten und dem „memory effect“ des Gewebes.

Mit der Größenangleichung alleine kommt es oft schon zu einem subjektiv verbesserten Körpergefühl und einer Optimierung beim Tragen von BHs oder auch Bademoden. Patienten lehnen dann meist einen korrigierenden Folgeeingriff ab, da sie mit der ersten Operation so sehr zufrieden sind, obwohl von plastisch-chirurgischer Seite noch Verbesserungspotenzial bestehen würde. Ein weiterer Grund dafür stellt wahrscheinlich auch die finanzielle Seite dar, da diese Eingriffe leider zunehmend seltener von der Krankenkasse übernommen werden.

**Mammaaplasie (Abb. 4):** Die extremste Form der Mammahypoplasie stellt das Amazonas-Syndrom dar, das durch eine fehlende Brustentwicklung gekennzeichnet ist. Die Grenze zwischen Amazonas-Syndrom und Hypoplasie zu ziehen ist sicherlich nicht immer eindeutig. Es hat auch keine großen Konsequenzen von Seiten der Chirurgie, da beide Pathologien durch die gleiche operative Therapie, nämlich die Mammaaugmentationsmittel Silikonprothesen optimal behandelt werden können. Wichtig auch in diesen Fällen ist der Ausschluss anderer Pathologien wie Hormonstörungen oder chromosomaler Veränderungen, welche meist im Rahmen der gynäkologischen Abklärung, welche immer präoperativ erfolgt, durchgeführt werden.

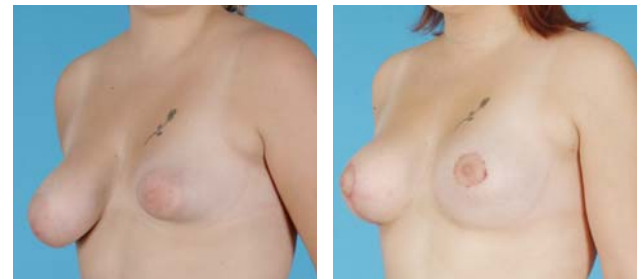
Mit den derzeit verwendeten Silikonprothesen der neuesten Generation – diese sind seit etwa 8 Jahren im Einsatz – konnte die am meisten gefürchtete Langzeitkomplikation, nämlich die Kapselfibrose – nochmals in ihrer Inzidenz auf derzeit etwa 2–3 % gesenkt werden. Auch die Risiken der Prothesenruptur mit den daraus resultierenden Silikonkomplikationen sind nicht mehr vorhanden, da die modernen Silikonprothesen nicht mehr aus Silikonöl, sondern festen Kohäsivgel bestehen.

**ABBILDUNG 2**



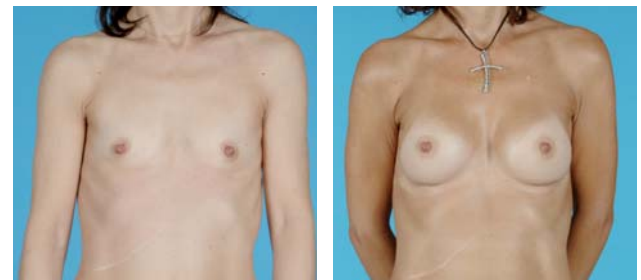
18-jährige Patientin, tubuläre Brustdeformität. Ergebnis 12 Monate postoperativ: Korrektur mittels Silikonprothese epipektoral 225 ccm (periareolärer Zugang).

**ABBILDUNG 3**



Brustasymmetrie bei 17-jähriger Patientin, mit beidseits tubulärer Komponente. Ergebnis 12 Monate postoperativ: Mastopexie rechts, Korrektur links mit Silikonprothese 255 ccm mittels periareolärem Zugang.

**ABBILDUNG 4**



Massive Mammahypoplasie beidseits bei 19-jähriger Patientin, leichte Trichterbrustdeformität. Ergebnis 12 Monate postoperativ: Subpektorale Augmentation mit 215 ccm Silikonprothesen beidseits (inframammärer Zugang).

**ZUSAMMENGEFASST** lässt sich sagen, dass durch eine enge Kooperation zwischen Gynäkologen und plastischem Chirurgen eine optimale Behandlung resultiert. Gerade in Grenzfällen muss individuell und interdisziplinär über die Therapie entschieden werden und auch vor allem über den idealen Operationszeitpunkt nachgedacht werden. Die lange Zeit gefürchteten Nebenwirkungen von Silikon wurden durch die Weiterentwicklung der Silikonprothesen in den letzten Jahren deutlich reduziert, sodass man nach gründlicher Aufklärung auch Silikonimplantationen im jüngeren Patientengut vertreten kann. Des Weiteren müssen psychische Faktoren ausgeschlossen werden. ■