

RUNDUM
PROMOTION

GESUND

#22 | Oktober 10



Zum Thema Brust
plastisch chirurgische Möglichkeiten

Aufbauend

Insbesondere bei Brustkrebskrankungen ist die Rekonstruktion der weiblichen Brust von großer Bedeutung. Selbst da in 80 Prozent aller Fälle Brust erhaltend operiert wird, hat die wiederherstellende Chirurgie einen großen Stellenwert. Verschiedene Einflüsse – wie zum Beispiel ein im Verhältnis zur Brust zu großer Tumor – können dazu führen, dass das Ergebnis nach der Operation einer ästhetischen Korrektur bedarf. In einigen Fällen stellen die Entfernung der Brust oder der Neuaufbau eine sinnvollere Alternative dar, vor allem wenn dadurch das Risiko einer erneuten Brustkrebskrankung reduziert werden kann. Bei der Brustwiederherstellung kann die Brust einerseits durch Eigengewebe, andererseits mit Hilfe eines Implantats rekonstruiert werden. Auch

eine Kombination beider Methoden ist möglich. Welches Verfahren zum Einsatz kommt hängt wesentlich von den Bedingungen ab, die nach der Entfernung des Tumors beziehungsweise nach der Brustamputation vom Arzt vorgefunden werden.

Nicht nur wiederherstellende Eingriffe nach Tumoren sind Aufgabengebiet der plastischen Chirurgie. **Angeborene Brustfehlbildungen** (z. B. tubuläre Brustformen, Seitenasymmetrien) beeinflussen das körperliche wie seelische Wohlbefinden der Frau nachhaltig. Im Gegensatz zu wiederherstellenden Eingriffen nach Brustkrebs sollte man in derartig gelagerten Fällen, die die weibliche Psyche stark negativ beeinflussen können, eher von „herstellender“ **Brustchirurgie** sprechen. Nicht selten lässt eine störende Brustform den Wunsch nach einer Korrektur aufkommen. Die häufigsten Abweichungen sind **tubuläre Deformitäten (Snoopy Deformity), Schlauch- oder Rüsselbrust**. Hier ist der Bereich des Warzenhofs stark ausgeprägt, manchmal sogar „hängend“. Das darunter liegende Brustgewebe meist wenig, manchmal gar nicht vorhanden. Da es sich in diesen Fällen um einen (wieder-)herstellenden Eingriff handelt, ist die Altersgrenze flexibler zu setzen als bei rein ästhetischen Eingriffen. Oft sind diese Korrekturen durchaus bereits im Alter von 16 bis 18 sinnvoll, da sie vor allem die psychosoziale Entwicklung positiv beeinflussen. Patientinnen berichten, dass oftmals erst nach einer Korrektur, das Tragen eines Bikinis oder das gemeinsame Duschen nach dem Turnunterricht ohne große Scham möglich ist. Für die meisten Patientinnen gibt es vor einem operativen Eingriff keine passenden BHs, sodass das fehlende Volumen nicht selten durch Taschentücher oder ähnliches aufgefüllt wird.

Auch **Brustasymmetrien** können ein **psychisch** schwer belastendes Problem darstellen. Freilich sind Brüste von Natur aus meist nicht gleich groß. Oft ist aber der Unterschied optisch so offensichtlich, dass es ästhetisch oder funktionell störend ist – letzteres ist eher selten der Fall. Asymmetrische Brüste müssen nicht immer angeboren sein. So können Operationen am Brustkorb vor Beginn des Brustwachstums oder Verletzungen Asymmetrien verursachen. **Möglichkeiten der Korrektur:** Die Verkleinerung der größeren Brust, die Vergrößerung einer oder beider Brüste (meist mit Brustimplantaten oder neu mit Injektionen wie Macrolane®), symmetrierende **Eingriffe wie Bruststraffung, Brustneuformung oder Verkleinerung der Warzenhöfe**. Primäres Ziel der Korrektur: Die Optimierung von Größe, Form und Aussehen – wobei eine 100-prozentige Symmetrie selten erreicht werden kann. Am einfachsten zu realisieren ist die gleiche Brustgröße, am schwierigsten die idente Brustform.

Eine weitere angeborene Brustfehlbildung ist die nicht entwickelte oder einfach **zu kleine Brust (Mammahypoplasie)** oder auch ein Amazonen-Syndrom. Auch hier lässt sich durch eine einfache **Brustvergrößerung** eine deutlich fühl- wie sichtbare Verbesserung sowie auch ein gesteigertes **Selbstwertgefühls** erreichen. Zur Abklärung im Vorfeld

gehören Hormonstörungen oder chromosomale Veränderungen. Das geschieht meist im Rahmen einer gynäkologischen Kontrolle vor der Operation.

Mit den derzeit verwendeten Silikonprothesen der neuesten Generation, die seit etwa sechs Jahren im Einsatz sind, kann das Risiko für die am meisten gefürchtete Langzeitkomplikation – die Abkapselung – drastisch minimiert werden. Auch der Riss von Implantaten mit austretender Silikonmasse stellen damit kein Problem mehr dar. Moderne Silikonprothesen bestehen nicht mehr aus Silikonöl, sondern aus festem Kohäsivsilikon-Gel.

Voraussetzung für ein **zufriedenstellendes Ergebnis** sind genaue Definierung des Behandlungszieles und realistische Erwartungshaltungen der Patientinnen. Fachärzte für Plastische, Ästhetische und Wiederherstellende Chirurgie decken aufgrund ihrer langen und speziellen Ausbildung das gesamte chirurgische Spektrum der Brustchirurgie ab. Gerade in Grenzfällen sollte sowohl fächerübergreifend über die Therapie und den idealen Zeitpunkt der Operation entschieden werden. Und natürlich mit viel Feingefühl für die Patientin in dieser sensiblen Situation.



Dr. Veith Moser und Dr. Shirin Milani betreiben seit zwei Jahren eine Ordination in Wien und Velden am Wörthersee. Beide sind Fachärzte für Plastische, Ästhetische und Wiederherstellende Chirurgie und waren über Jahre in leitenden Positionen am Universitätsspital in Zürich in der Plastischen und Ästhetischen Chirurgie tätig. Zudem sind sie seit der Rückkehr nach Wien im Lorenz Böhler Unfallkrankenhaus (Dr. Moser) und im SMZ Ost (Dr. Milani) beschäftigt. Der Schwerpunkt in der plastisch chirurgischen Tätigkeit liegt in der ästhetischen Gesichtschirurgie, sowie der Chirurgie der Brust.

Ordination Wien:
Florianigasse 46/11
1080 Wien

Ordination Velden:
Schlosshotel Velden
Seecorso 1
9220 Velden

www.moser-milani.at • info@milani.at
Tel. +43(0)699/133 613 36

Fallbeispiele



45-jährige Patientin mit Brustkrebs nach brusterhaltender Operation links und nachfolgender Bestrahlung. Es besteht eine schmerzhafte, eingezogene Narbe. Zusätzlich ist die Patientin mit dem ästhetischen Resultat unzufrieden. Ergebnis 9 Monate postoperativ nach Restbrustentfernung und Rekonstruktion mittels eines Haut-Muskellappens vom Rücken (ohne Prothese).



18-jährige Patientin, tubuläre Brustdeformität bzw. Rüsselbrust. Ergebnis 12 Monate postoperativ nach Korrektur mit einer Silikonprothese 225 ccm.



Kaum entwickelte Brust bei 19-jähriger Patientin. Ergebnis 12 Monate postoperativ nach Brustaufbau mit 215 ccm Silikonprothesen beidseits.