(Mammaaugmentation)
Brustvergrößerung

DGÄPC
seit 1972

Ziel einer Mammaaugmentation ist eine natürlich vergrößerte Brust, ohne dass die Umwelt die Patientin als Implantatträgerin erkennt. Neben den subjektiven, rein ästhetischen Beweggründen für eine Brustvergrößerungsoperation kann die Implantation auch bei Asymmetrien, Fehlbildungen sowie nach Brustkrebsoperationen Abhilfe verschaffen.

- Diagnose und Indikation
- Vor der OP
- OP-Methoden
- Narkose, OP-Dauer und stationärer Aufenthalt
- Erholungsphase und Nachbehandlung
- Mögliche Komplikationen
- Kostenrahmen
- DGÄPC-Beratungshilfe Brustvergrößerung
- Zusatzinformationen

Geschäftsstelle ▪Hohenstaufenring 48-54 ▪50674 Köln Tel.: 0221 29 85 11-10 ▪Fax: 0221 29 85 11-19 ▪E-Mail: info@dgaepc.de ▪Internet: www.dgaepc.de

Diagnose und Indikation

Bei einigen Patienten geht der Wunsch nach einer Brustvergrößerung über den rein ästhetischen Wunsch nach „mehr“ Busen hinaus. Folgende Diagnosen können den Arzt veranlassen, den Einsatz von Implantaten zu empfehlen:

- Mammahypoplasie: Die Brüste sind in Relation zu Körpergröße und Gewicht sehr klein angelegt.
- Mammaaplasie: Die Warzenhöfe sind normal vorhanden, jedoch der Drüsenkörper fehlt fast vollständig.
- Mammaasymmetrie: Ungleich groß angelegte Brüste erzeugen einen erheblichen subjektiven Leidensdruck.
- Anlagestörungen der Brust, beispielsweise die tubuläre Brustdeformität: Die untere Brusthälfte ist nicht entwickelt, weswegen die Brust mit einer Warzenhofvorwölbung ein „schlauchförmiges“ Aussehen erhält.
- Verlust der Brust nach einer Brustkrebsoperation

Ist der Wunsch nach einer Brustvergrößerung rein ästhetischer Natur, steht der behandelnde Arzt in der Pflicht, im Beratungsgespräch eventuelle psychische Instabilitäten auszuschließen. Bei einigen potenziellen Patientinnen ist der Wunsch auch auf einen Partnerschaftskonflikt zurückzuführen.

Bei hohem familiärem Brustkrebsrisiko bedarf es der umfassenden Abwägung der Vor- und Nachteile einer Brustvergrößerung. Brustimplantate können bei der Mammographie zur „Ausblendung“ von Drüsenpartien führen und so die Erkennbarkeit bösartiger Strukturen in der Brust erschweren.

Vor der OP

Bei verdächtigem Tastbefund und in jedem Fall bei Patientinnen über 30 Jahren sollte vor der geplanten Operation eine Röntgenuntersuchung der Brust durchgeführt werden.

Im Beratungsgespräch muss die Patientin zusammen mit dem Arzt zusätzlich zur Wahl der OP-Methode eine Reihe von Entscheidungen treffen:

Bei der Wahl von Größe und Form des Implantats beschränken Körpergröße, Form des Brustkorbs, die Elastizität der Brusthaut sowie die Drüsenkonsistenz die Möglichkeiten. Verfügbar sind Kissen von 80 bis 600 ml; die durchschnittliche Größe der verwendeten Implantate liegt bei 250 bis 300 ml.

Mithilfe von Expander-Implantaten kann eine Brust innerhalb von bis zu vier Monaten aufgebaut werden, indem Woche für Woche das Volumen vergrößert wird. Sie eignen sich für Mädchen, deren Brüste nicht oder nur einseitig entwickelt sind sowie für Brustkrebs-Patientinnen.

Implantate haben entweder eine glattwandige oder eine texturierte Oberfläche. Glattwandigen Implantaten bescheinigt man ein besonders natürliches „Feeling“; statistisch gesehen ist jedoch die Rate der Kapselfibrosen (dazu: Mögliche Komplikationen) bei diesem Typ höher als bei den Implantatkissen mit texturierter Hülle.

Für die Füllung der Implantate stehen Silikongel und Kochsalzlösung zur Auswahl. Die alternativen Füllungen Sojaöl und Hydrogel wurden wegen auftretender gesundheitsschädlicher Wirkungen aus dem Verkehr gezogen.

Sterile Kochsalzlösungen (Salinen) scheinen das ungefährlichste körperfremde Füllmaterial zu sein. Tritt Lösung aus dem Implantat aus, kann der Körper sie problemlos aufnehmen und ausscheiden. Nachteil: Oft nimmt das Volumen mit der Zeit ab; dann gluckert die verbleibende Flüssigkeit.

Die deutliche Mehrheit der Plastischen Chirurgen hält am Silikongel fest, weil es am natürlichsten wirkt und die Form am stabilsten bewahrt. Der vermutete Zusammenhang, Silikon könne Autoimmunerkrankungen und sogar Krebs auslösen, konnte bis heute nicht nachgewiesen werden. Daher hob die amerikanische Zulassungsbehörde FDA 2006 das in den USA seit 1992 geltende Verbot von Silikonimplantaten für die ästhetische Verwendung wieder auf.

Viele Ärzte bevorzugen das Zweikammer-Kissen mit Silikonkern und einem Kochsalzring. Es verbindet den Vorteil der besseren Formgebung des Silikongels mit der größeren Sicherheit der Kochsalzlösung.

OP-Methoden

Zur Entscheidung für die richtige OP-Methode zählt der Entschluss für die Schnitttechnik genauso wie für die Lage des Implantates.

Als operativen Zugang wählt der Chirurg entweder einen Schnitt in der Unterbrustfalte, an der Brustwarze oder in der Achsel der Patientin (dazu: Schnitttechniken).

Nach dem Hautschnitt bildet der Chirurg eine Tasche (die so genannte Implantatloge) und bringt die Prothese entweder unter den Brustmuskel oder zwischen Brustmuskel und Drüse in die Tasche ein. Die Wahl der Implantatloge ist abhängig von Dicke und Konsistenz des Brust- und Weichteilgewebes, Brustform und –größe sowie den Präferenzen des Operateurs.

Bei schlanken Patientinnen mit kleiner Brust empfiehlt sich in der Regel die Lage des Implantates unter dem Muskel, da so das Implantat weniger sicht- und tastbar wird.

Auch bietet die Implantatloge unter dem Brustmuskel bessere Möglichkeiten zur Mammographie. Brustimplantate können bei Röntgenaufnahmen zur Brustkrebserkennung zur „Ausblendung“ von Drüsenpartien führen, womit die Erkennbarkeit bösartiger Strukturen in der Brust erschwert wird.

Bei sportlicher Aktivität werden Implantate unter dem Brustmuskel als weniger störend wahrgenommen, da sie beim Anspannen der Muskeln an ihrem Platz bleiben und sich nicht mitbewegen.
Nachteil der Implantation unter dem Brustmuskel: Das mehrfache Einschneiden des Brustmuskels, wie es diese Methode erfordert, kann die Armbeweglichkeit einschränken.

Narkose, OP-Dauer und stationärer Aufenthalt

In der Regel dauert eine Brustvergrößerungsoperation ein bis zwei Stunden. Meist steht die Patientin dabei unter Vollnarkose. Doch auch eine Lokalanästhesie mit Zugabe von Beruhigungsmitteln ist möglich. Der Vorteil: Während die Vollnarkose einen Krankenhausaufenthalt von bis zu drei Tagen erfordert, kann die Patientin die Klinik nach der Lokalanästhesie meist spätestens einen Tag nach dem Eingriff verlassen und sich zuhause in gewohnter Umgebung erholen.

Erholungsphase und Nachbehandlung

Am Tag nach dem Eingriff untersucht der Chirurg eventuelle Blutergüsse und kontrolliert die Implantatposition. Drainageschläuche können insbesondere bei der Implantation unter den Brustmuskel für ein bis zwei Tage nach der OP erforderlich sein. Sieben bis zehn Tage postoperativ können die Fäden gezogen werden – sofern kein selbstauflösendes Nahtmaterial verwendet wurde.

Nach Entfernung des Mullverbandes stützt ein spezieller BH die Brust und unterstützt die natürliche Formgebung des Operationsergebnisses. Er sollte für sechs bis acht Wochen getragen werden. Schmerzen beim Bewegen der Arme sowie Spannungsgefühle in den Brüsten können einige Tage nach der OP anhalten; mit Schwellungen muss die Patientin für drei bis fünf Wochen rechnen. Erst nach etwa drei Monaten kann das endgültige ästhetische Resultat überprüft werden.

Patientinnen sollten sich zehn Tage Urlaub nehmen und etwa sechs Wochen allgemeine Schonung einplanen. Auf schwere körperliche Arbeit sollte für mindestens acht Wochen verzichtet werden.

Die Brustvergrößerung mittels Implantaten zieht in jedem Fall weitere Operationen nach sich. Irgendwann muss das Implantat ersetzt werden, weil das Material „ermüdet“. Bei Silikongelkissen rechnet man mit einer Haltbarkeit von etwa zehn Jahren, bei Kochsalzimplantaten etwas kürzer.

Mögliche Komplikationen

Die Brustvergrößerung gilt unter Plastischen Chirurgen als relativ unkomplizierter Eingriff. Wie bei jeder Operation kann es zu Wundheilungsstörungen und Nachblutungen kommen.

Die spezifische Komplikation bei Brustvergrößerungen ist die verhärtende Kapselbildung (Kapselfibrose). Um jeden inaktiven Fremdkörper herum bildet der menschliche Organismus eine natürliche Hülle. Meist ist sie zart und weich; bei manchen Patientinnen entsteht jedoch nach unterschiedlich langer Zeit eine Verhärtung dieser Hülle. Die Bindegewebshülle zieht sich in Form einer Halbkugel zusammen. Schlimmstenfalls deformiert diese Kapsel die Brust so stark, dass ein Zweiteingriff notwendig wird. Die Häufigkeit der Kapselbildung ist nicht zu unterschätzen, sie liegt bei etwa 20 Prozent aller Brustvergrößerungen, während die Implantate jedoch nur bei weniger als 5 Prozent dieser Fälle wieder entfernt werden müssen.

Tropfenförmige Implantate können sich kurz nach der OP drehen. Bei stationärem Aufenthalt bemerkt der Chirurg dies schnell und kann die Rotation rückgängig machen.
Wenn eine bakterielle Infektion auftritt, ist ein Zweiteingriff notwenig, um die Implantate zu entfernen. Frühestens nach sechs Monaten können neue Implantatkissen eingesetzt werden.

Einbußen der Stillfähigkeit sowie der erotischen Empfindungsfähigkeit können insbesondere beim Zugang über den Warzenvorhof (dazu: OP-Methoden) auftreten.

Implantate können unter Druck reißen. Dieser Druck müsste allerdings schon das Ausmaß einer Gewalteinwirkung haben, wie etwa bei einem Autounfall. Ausgetretenes Silikon muss dann operativ entfernt werden.

Bei einseitiger Vergrößerung muss die Patientin damit rechnen, dass die Brüste im Laufe der Zeit wieder asymmetrisch werden, da die natürliche Brust stärker von Alterungsprozessen betroffen ist als die operierte.

Kostenrahmen

Eine Brustvergrößerung kostet ab 5.500 Euro. Dazu kommen Kosten für Materialien, Narkose und den Krankenhausaufenthalt.

Erhebliche Mehrkosten entstehen bei einer gleichzeitigen Straffung der Brüste, da es sich dabei um eine zusätzliche Operation handelt.

Sehr auffällige Asymmetrien gelten als Fehlbildungen; hier übernehmen unter Umständen die Krankenkassen die Kosten für eine Implantation. Dasselbe gilt für Brustkrebspatientinnen mit narbigen Ge- websveränderungen.

ACHTUNG: Seit der Gesundheitsreform 2006 können Patienten nicht mehr mit der Übernahme von Kosten rechnen, die durch „selbst verschuldete Erkrankungen“ entstehen. Dazu gehören auch mögliche Komplikationen bei ästhetisch indizierten Brustvergrößerungen, also solche, die nicht auf einer von der Krankenkasse attestierten Fehlbildung basieren. Daher gilt es darauf zu achten, dass der Behandlungsvertrag mit dem Plastischen Chirurgen eventuelle Nachbehandlungen einschließt.

DGÄPC-Beratungshilfe Brustvergrößerung

Unter www.dgaepc.de stellen wir Ihnen kostenlos speziell auf die Brustvergrößerung abgestimmte Beratungshilfen zur Verfügung. Diese können Sie als Orientierung für das Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt und bei der Vorbereitung auf die Operation nutzen. Die DGÄPC-Beratungshilfen enthalten stichpunktartig alle Besonderheiten, die Sie im Zusammenhang mit dem geplanten Eingriff beachten sollten: von der Anamnese über die eigentliche Behandlung bis hin zu Risiken und Alternativen.

Zusatzmaterial - Die Schnitttechnik

Der operative Zugang bei der Brustvergrößerung hängt ab von Brustform und –größe, dem Warzenhofdurchmesser, erwünschtem Implantatvolumen und der persönlichen Präferenz von Patient und Operateur.

Folgende Schnitttechniken sind möglich:

- Der Zugang über die Brustumschlagfalte (inframammär): Der wenige Zentimeter lange Schnitt in der unter der Brust liegenden Falte ist der am häufigsten gewählte Zugang. Vorteil dabei ist die Übersichtlichkeit für den Operateur, die einfache Präparation sowie die erhöhte Sicherheit, da hier die Blutstillung besonders gut möglich ist. Nachteile: Die Narbe ist im Liegen sichtbar und in seltenen Fällen kann es zu einer unschönen Wulstnarbe kommen.
- Der Zugang über die Achselhöhle (axillär): Hier setzt der Chirurg den ebenfalls etwa vier Zentimeter langen Schnitt in den Achselhöhlen an, sodass die Narben später von vorne nicht sichtbar sind. Wird das Implantat unter den Brustmuskel gesetzt, erfährt die Brustdrüse bei dieser Schnitttechnik keine Verletzung. Nachteil: Der Zugang ist für den Chirurgen unübersichtlich und der lange Weg erschwert die symmetrische Ausformung der Implantattasche. Beim Anheben der Arme über die Horizontalebene wird die Narbe sichtbar, wenn die Patientin ihre Achselhöhlen rasiert hat.
- Der Zugang am Rande des Warzenvorhofs: Mit dieser Methode können nur begrenzt große Implantate oder leere Implantathüllen eingebracht werden, die erst im Körper mit Kochsalzlösung aufgefüllt werden. Der Schnitt erfolgt halbkreisförmig (infraareolär) oder ganz (periaerolär) um die Brustwarze und kann auch waagerecht durch den Warzenhof erweitert werden (transareolär). Die so entstehende Narbe ist kaum sichtbar; allerdings ist der Zugang eng und damit unübersichtlich. Diese Methode bietet die gute Möglichkeit zur gleichzeitigen Warzenhofkorrektur oder –angleichung. Nachteilig kann sich das Durchtrennen des Drüsengewebes und der Drüsenausführungsgänge sowie der sensiblen Leitungsbahnen auswirken. Das Öffnen von Milchgängen birgt zudem eine erhöhte Infektionsgefahr.

Ein eventueller Austausch der Implantate ist über den bei der ersten OP gewählten Zugang möglich. Ausnahme: Der axilläre Schnitt kann eine Entfernung über denselben Zugang unmöglich machen.

Schon existierende Narben nach vorausgegangenen Brustoperationen oder Gewebeproben können zum Einführen des Implantatkissens wieder verwendet werden.

Bei Hautüberschuss oder einer erforderlichen Hängebrustkorrektur kann die Implantation auch über die Schnittführung der Straffungsoperation durchgeführt werden.