

II. BRUSTREKONSTRUKTION – ÜBERSICHT

1. BEI BRUSTKREBSPATIENTINNEN

Eine Brustwiederherstellung kann oft zeitgleich mit der Krebsoperation erfolgen. Die zeitgleiche Rekonstruktion nennt man ‚*Sofortrekonstruktion*‘ (auch ‚*Primärrekonstruktion*‘). Mit dem Wiederaufbau ihrer Brust muss die Patientin also nicht mehr, wie früher üblich, einige Jahre warten. Wenn die operierte Brust aus verschiedenen Gründen erst später wiederhergestellt wird, spricht man von ‚*sekundärer Rekonstruktion*‘, wobei der Zeitpunkt grundsätzlich frei wählbar ist.

Eine Brustwiederherstellung kann entweder mit *körpereigenem Gewebe* oder mit *Implantaten* erfolgen. Eigengewebekonstruktionen können mit *Lappenplastiken*,

mit *Eigenfett* oder mit einer im Operationsaal frisch hergestellten *Gelprothese* aus körpereigenen, aktivierten Blutplättchen erfolgen.

Mit Ausnahme der Gelprothese, die ausschließlich allein zum Einsatz kommt, werden oft Kombinationen der anderen Methoden eingesetzt, um optimale Ergebnisse zu erzielen. Das geschieht zumeist in 2 oder 3 Etappen, wobei die Hauptoperation der Volumenrekonstruktion gewidmet ist und die nachfolgenden Operationen der Form- und Größenanpassung der gesunden Gegenseite, der Wiederherstellung des Warzenhofes und letztendlich der endgültigen Formkorrektur/Angleichung beider Brüste dienen.

Eine Brustwiederherstellung mit körpereigenem Gewebe sieht in der Regel natürlicher und schöner aus als Rekonstruktionen mit Implantaten, zudem fühlt sich die Brust sowohl für die Betroffene als auch für den Partner viel besser an (siehe Seite 70). Brustrekonstruktionen mit Lappenplastiken sind jedoch in der Regel mit einem bedeutenden operativen Aufwand verbunden, der die Patientin für 7–12 Tage ans Bett fesselt und weitere 2–3 Wochen-Rekonvaleszenz mit sich bringt. Dagegen weisen Brustrekonstruktionen mit Implantaten einen weitaus geringeren operativen Aufwand auf und haben kürzere Rekonvaleszenzzeiten. Die entscheidenden Nachteile der Implantatrekonstruktion liegen in der deutlich schlechteren Haptik, dem überwiegend unnatürlichen Aussehen und den leider häufigen Langzeitkomplikationen. Die Implantatrekonstruktion hat jedoch zweifellos ihre Berechtigung, weil sie auf relativ einfachem Weg und mit verhältnismäßig geringer Belastung für die Patientin eine akzeptable Volumenwiederherstellung ermöglicht.

Die Sofortrekonstruktion der Brust mit Eingewebe (Lappenplastik, Gelprothese), die ja simultan mit der Krebsoperation durchgeführt wird, ist sowohl mit der häufig notwendigen begleitenden Chemotherapie als auch unter Umständen mit einer Bestrahlungstherapie vereinbar.

Dies trifft für die Brustrekonstruktion mit Implantaten *nicht zu*, Implantate dürfen/ sollten im Falle einer geplanten Bestrahlung aus meiner Sicht *weder primär noch sekundär* eingesetzt werden. Bei der primären Implantatrekonstruktion wird fast immer (Ausnahme: siehe Seite 56, linke Spalte, letzter Absatz) am Ende der Krebsoperation ein Hautexpander (aufblasbarer Ballon) unter die verbleibende Haut platziert, der 3–4 Wochen nach dem Eingriff langsam mit Kochsalz gefüllt wird. Das geschieht mit einem Ventil, dass gemeinsam mit dem Expander unter die Haut eingebbracht wurde. Durch das Auffüllen des Expanders wird die Haut in 2–3-wöchigen Abständen so lange gedehnt, bis die gewünschte Größe erreicht wird. Danach wird in einer neuerlichen kurzen OP der Expander gegen ein bleibendes Implantat ausgewechselt.

Das *Bestrahlen* einer bei der Krebsoperation mit einem Implantat rekonstruierten Brust führt unweigerlich zu einer massiven Kapselfibrose, die rekonstruierte Brust wird hart, schrumpft und es kommen später auch oft Schmerzen hinzu. Dennoch wird dies nicht selten durchgeführt, weil manche Ärzte argumentieren, dass eine Implantatrekonstruktion trotz darauffolgender Bestrahlung auch erfolgreich sein kann und der Patientin dann die aufwändige Lappenrekonstruktion erspart bleibt. Wie so oft in der Medizin scheiden sich hier die Geister der Experten. Ich bin der Meinung, dass man einer Patientin medizinische Komplikationen unbedingt ersparen sollte und empfehle dieses Vorgehen daher nicht.

Auch von einer sekundären Brustrekonstruktion mit Implantaten ist nach Strahlentherapie abzuraten, weil selbst die modernen Formen der Bestrahlung zu einer starken Vernarbung der Haut führen. Eine durch Strahlen geschädigte Haut, die durch einen Expander gedehnt wird, wie dies zur Vorbereitung einer sekundären Implantatrekonstruktion notwendig ist, weist eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit der Perforation auf. Die Haut reißt sehr leicht ein, weil sie aufgrund der Bestrahlung ihre Elastizität verloren hat und daher die Dehnung durch den Expander häufig nicht toleriert (siehe Fotos Seite 59).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Brustrekonstruktion bei gegebenen körperlichen Voraussetzungen uneingeschränkt empfohlen werden kann. Für das perfekte Ergebnis benötigt der Operateur jedoch die Kooperation der Patientin, die ihre Brustwiederherstellung gewissermaßen als „Projekt“ akzeptiert und bereit ist, die damit notwendigen, mitunter etwas zahlreichen operativen Schritte auf sich zu nehmen.

Das Bestrahlen einer bei der Krebsoperation mit einem Implantat rekonstruierten Brust führt unweigerlich zu einer massiven Kapselfibrose, die rekonstruierte Brust wird hart, schrumpft und es kommen später auch oft Schmerzen hinzu.

2. BEI HOCHRISIKOPATIENTINNEN

Die Brustrekonstruktion erfolgt immer zeitgleich mit der vorbeugenden Entfernung des Brustdrüsengewebes. Die Betroffene wacht also nach der Vorbeugeoperation bereits mit der rekonstruierten Brust auf.

Im Gegensatz zur Brustrekonstruktion bei Brustkrebs gibt es bei Brustrekonstruktionen nach der vorbeugenden Brustentfernung weder eine postoperative Chemotherapie noch eine postoperative Bestrahlung. Daher gibt es grundsätzlich auch keine Einschränkung bei der Wahl der Rekonstruktionsmethode.

Aus praktischen Gründen werden jedoch in der Regel zur Wiederherstellung nur Implantate verwendet, weil es für eine aufwändige Eigengeweberekonstruktion kaum eine Indikation gibt. Erklärung: Bei der vorbeugenden Entfernung der

Brustdrüse bleiben der Hautmantel und der Warzenhof vollständig erhalten. Die Rekonstruktion kann sich daher auf den Volumenersatz beschränken. Daher reicht es durchaus, ein geeignetes Implantat einzusetzen, das genau das gleiche Volumen aufweist wie das Volumen des entfernten Brustgewebes. Und sollten nach der Rekonstruktion Asymmetrien und/oder Unebenheiten oder Dellen verbleiben, können diese in weiterer Folge ganz leicht mit einer Eigenfetttransplantation korrigiert werden (siehe Seite 75).

Den Betroffenen kann an dieser Stelle versichert werden, dass in erfahrener Hand die Ergebnisse von Brustrekonstruktionen nach vorbeugender Brustdrüsentraktion ausgezeichnet sind.