Ästhetik trifft Rekonstruktion

Subjektive Unzufriedenheit oder doch ein Technikfehler?

Dr. Benjamin Gehl, MOOCI

Auch, wenn wir alle aus der Rekonstruktiven Chirurgie kommen und es hierbei immer wieder primär um die Herstellung von Funktionen des Körpers geht, spielt natürlich auch die Ästhetik eine entscheidende Rolle in der Niederlassung. So suchen uns immer wieder Patientinnen auf, die sich eine entsprechende Formveränderung ihres Körpers wünschen. Nicht alle Wünsche sind erfüllbar, weshalb die richtige, detaillierte Aufklärung sowie die Wahl der individuell richtigen Technik am Ende der Schlüssel zur subjektiven Zufriedenheit und einem objektivierbaren, schönen Ergebnis für unsere Patientinnen sind.



Abb. 1



Abb. 2a

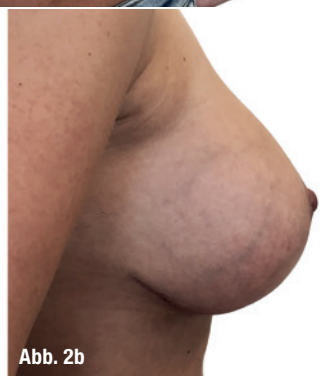


Abb. 2b

Abb. 1: Patientin V.; Splitbild – Ausgangssituation (links), Ergebnis (rechts). **Abb. 2:** Patientin V.; Seitenansicht – Ausgangssituation **(a)**, Ergebnis **(b)**.

Immer wieder stellen sich Patientinnen zum Erstgespräch bei uns vor, die bereits im In- oder Ausland operiert wurden und mit dem Ergebnis nicht zufrieden sind. Es besteht meist der Wunsch, die erste OP zu korrigieren, um schlussendlich den subjektiven Wünschen gerecht zu werden.

Eine detaillierte Operationsaufklärung über fortbestehende Asymmetrien und Möglichkeiten bzw. Techniken kann die subjektive Erwartungshaltung dämpfen, die Wahl der korrekten Technik schafft objektiv betrachtet das bestmögliche Ergebnis. Hierfür haben wir bereits in der *face 2/2014,* S. 22 ff., https://epaper.zwp-online.info/epaper/sim/fa/2014/fa0214/epaper/ausgabe.pdf, unseren Algorithmus der Brustchirurgie vorgestellt und möchten heute am Beispiel von fünf Patientinnen unseren Weg diskutieren.

Patientenbeispiele aus dem In- und Ausland

Patientin V.

Patientin V. stellte sich bei uns aufgrund ihrer aktuell bestehenden subjektiven Unzufriedenheit ihrer Brustform vor, nachdem sie sich vor sieben Jahren die Brust vergrößern ließ und vor 3,5 Jahren ein Kind bekommen hatte. Nebenbefundlich stand die Verdachtsdiagnose einer Kapselfibrose im Raum, die sich nach einer klinischen Untersuchung allerdings nicht bestätigt hatte. Der Wunsch der Patientin war eine Korrekturoperation der Form mit dem Ziel, rundere, weibliche Brüste zu haben. Zusätzliches Ziel war es, die Dellenbildung (Rippling) zu minimieren, welche vorwiegend bei Bewegung auftrat und die Patientin selbst immer wieder störend wahrgenommen hatte.



Abb. 3: Patientin S.; Ausgangssituation (links), Ergebnis (rechts).

Im Falle einer klassisch beginnenden „Snoopy's Deformity" zeigte sich intraoperativ eine submuskuläre Lage der Implantate – verwendet wurden relativ weiche Implantate einer französischen Firma, deren Hülle bekanntlich nur zu etwa 2/3 gefüllt ist, was das Rippling verstärkt hat. Durch das Stillen zeigte sich die Brustdrüse abgesenkt, das hohe Profil der Implantate hat hier ebenfalls keinen positiven Beitrag zur Form geleistet.

Im Zuge der zweiten Operation haben wir die Brust klassisch gestrafft und mit niederprofiligen B-Lite Implantaten mit ca. 300 ml aufgefüllt. Der Rest wurde autoaugmentiert und die Brust in einer Doppellagentechnik neu geformt.

Für die Patientin konnte so das Ziel erreicht werden, dass das Dekolleté nun natürlich wirkt und die Brust etwas breiter und nicht mehr ganz so „spitz" ist. Zudem ist die Patientin ebenso mit der Anpassung der Brustwarzen sehr zufrieden, auch die Narben sind kaum sichtbar.

Durch den Verlauf der Schwangerschaft und die klassischen Veränderungen der Brust über die Jahre, kann man in diesem Fall nicht von einer Korrektur sprechen, denn die damals sicherlich korrekt positionierten Implantate brauchten im Rahmen der Veränderungen der Drüse nun so eine neue Lage, was durch die Umstellung auf eine Doppellagentechnik erreicht werden konnte. Das Dekolleté wirkt nun weiblicher, die Brustwarze ist neu positioniert und in der Größe angepasst, die spitze Form ist runder und die Narben konnten durch eine Lasertherapie relativ unsichtbar gemacht werden.

Patientin S.

Patientin S. wurde im nahen Ausland operiert und stellte sich nun bei uns aufgrund ihrer subjektiven Unzufriedenheit mit dem Operationsergebnis sowie Kribbelparästhesien im Bereich der Brustwarze vor. Ihr Wunsch war es, die Brust ästhetisch so korrigieren zu lassen, dass sich die Brustwarzen auf derselben Höhe befinden, die Brüste insgesamt schöner beieinander stehen (Abstand), das Dekolleté auf der gleichen Höhe ist und die Brüste insgesamt symmetrischer wirken. Entscheidend war vor einer Korrektur natürlich die Aufklärung, dass anatomisch bedingt nicht alle Ziele zu erreichen sind.

Intraoperativ zeigte sich, dass die Implantattasche rechtsseitig submuskulär nicht ausreichend nach kranial

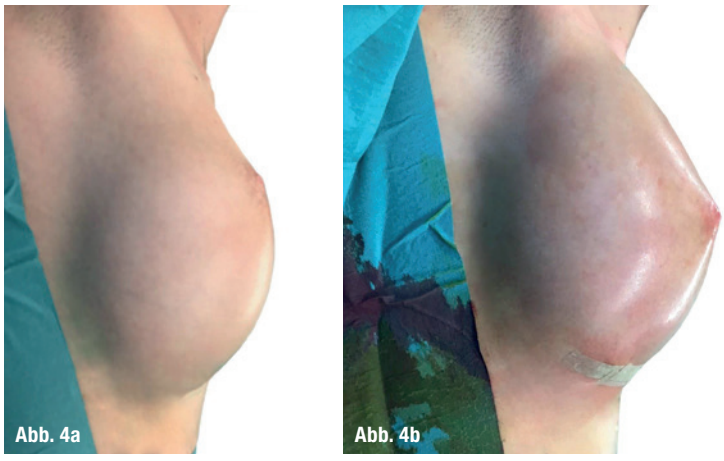


Abb. 4: Patientin S.; Seitenansicht – Ausgangssituation **(a)**, Ergebnis **(b)**.



Abb. 5

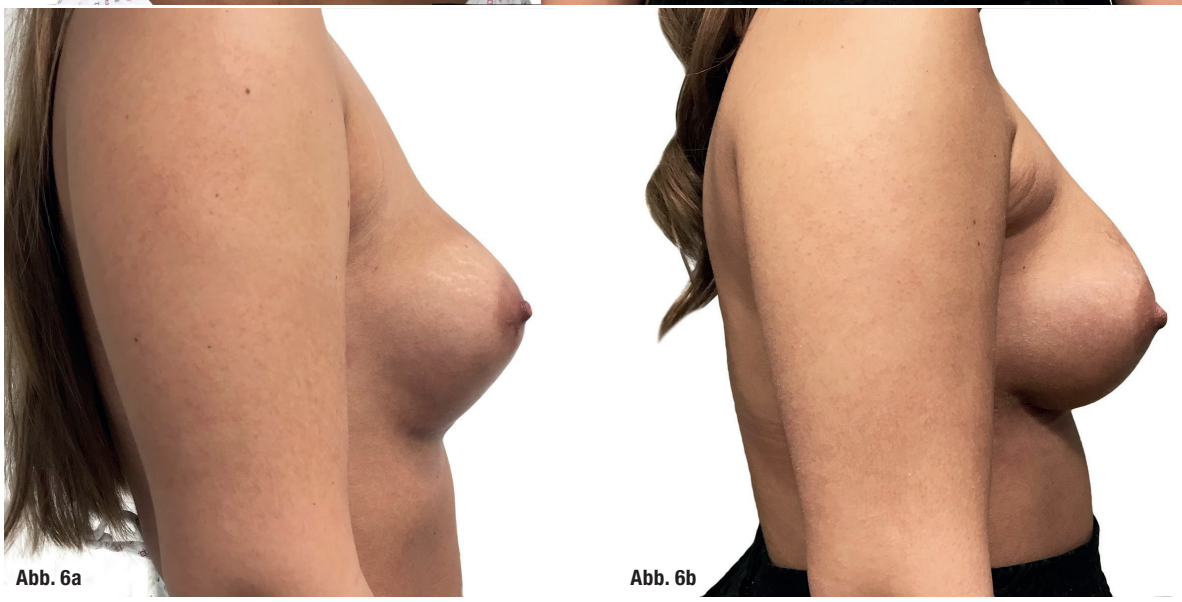


Abb. 6a

Abb. 6b

Abb. 5: Patientin K.; Ausgangssituation (links), Ergebnis (rechts). **Abb. 6:** Patientin K.; Seitenansicht – Ausgangssituation **(a)**, Ergebnis **(b)**.

gelöst wurde. Zudem wurde rechtsseitig die Unterbrustfalte so weit geöffnet, dass die Implantatplatzierung, sicher auch aufgrund des Wunsches der Patientin, eine entsprechende Größe zu erreichen, zu tief erfolgte (Bottoming out).

Aufgrund der Anatomie, des Alters der Patientin und dem Wunsch der Vergrößerung, war die submuskuläre Implantatlage richtig gewählt. Nach Erweiterung der neuen Implantattasche rechts nach kranial und links nach lateral, konnte die Unterbrustfalte mit PDO-Fäden der Stärke 2/0 so rekonstruiert werden, dass die neuen Implantate zentral unter der Brustwarze zu liegen kamen.

Die Rekonstruktion der ursprünglichen Anatomie (Unterbrustfalte) war hier der entscheidende Faktor, um das Implantat korrekt positionieren zu können. Auch, wenn nach der OP die Kribbelparästhesien laut Patientin nicht mehr vorhanden waren, zeigte sich intraoperativ kein Korrelat, weshalb dieser Punkt nicht aktiv in die Operation eingebunden wurde.

Patientin K.

Patientin K. ließ sich im Ausland operieren. Der Wunsch war es, von der Größe eines kleinen A-Körbchens auf ein schönes, natürliches, volles B zu vergrößern. Das postoperative Ergebnis nach sechs Monaten ist in den Abbildungen 5 und 6 zu sehen.

Aufgrund ihrer subjektiven Unzufriedenheit und einem objektiv unzureichenden Ergebnis stellte sich die Patientin erstmals vier Monate nach der ersten Operation bei uns vor. Der Wunsch war es, das OP-Ergebnis korri-

gieren zu lassen – die Größe war für sie nicht entscheidend, vielmehr die Form der Brüste.

Solch eine Revisionsoperation planen wir in der Regel sechs bis zwölf Monate nach der ersten Operation, da erst dann die Wund- und Narbenheilung abgeschlossen und eine weitere Verformung der Brust nicht zu erwarten ist.

Intraoperativ zeigte sich, dass die Implantate unterhalb der Drüse platziert wurden und die Tasche im äußeren Bereich nicht weit genug nach lateral und im Bereich des Dekolletés nicht genug nach kranial präpariert wurde.

Der Versuch des ersten Operateurs, die Implantate unterhalb der Drüse so zu positionieren, dass ein schöner Abstand zwischen den Brüsten resultiert und die Patientin ein schönes B erhält, führte in diesem Fall leider nicht zum Erfolg.

Wie auch bei Patientin S. wurde die Unterbrustfalte durchtrennt (siehe Abbildungen 4a und b) und die Tasche nicht ausreichend nach kranial präpariert. Dies führte zur Doppelkontur im Bereich der Unterbrustfalte (Bottoming out). Dem Brustalgorithmus nach forderte die Ausgangslage der Patientin (Anatomie und Alter) eine klassische submuskuläre Technik. Weil bereits bei der ersten Operation subglandulär komplett präpariert wurde, ließ sich nun die Umstellung des Implantates auf unterhalb des Brustmuskels nur erreichen, indem wir auf eine Doppellagentechnik umstellten. Hier erfolgte die Präparation natürlich nach lateral und nach kranial. Durch die Repositionierung der Unterbrustfalte um etwa einen Zentimeter nach oben (Abb. 5 [rechts]) und eine Neupositionierung neuer Implantate (Profil: mittelhoch, Größe: 235 ml) konnte schließlich eine entsprechend weibliche Form erreicht werden, was nicht zuletzt auch zur subjektiven Zufriedenheit der Patientin geführt hat (fortführend in der *face 2/2014*, S. 22 ff.).

Patientin M.

Patientin M. stellte sich initial mit dem Krankheitsbild der tubulären Brustfehlbildung Grad 2 im Inland vor. Hier wurde in einer ersten Operation der Versuch durchgeführt, dem Wunsch der Patientin durch submuskulär platzierte Implantate gerecht zu werden. Die spitze Form der Brustwarze wurden durch das Aufspannen der Brustwarze über einen periareolären Randschnitt versucht zu korrigieren.

Da die Drüse und die damit ursächliche Struktur der Fehlbildung nicht in das Konzept eingebunden wurde, resultierte das in Abbildung 8a zu sehende Ergebnis, das weder subjektiv noch objektiv final zufriedenstellend sein kann.

Als Lösungskonzept wählten wir hier einen periareolären Zugang, die Präparation erfolgte transglandulär. Hierbei



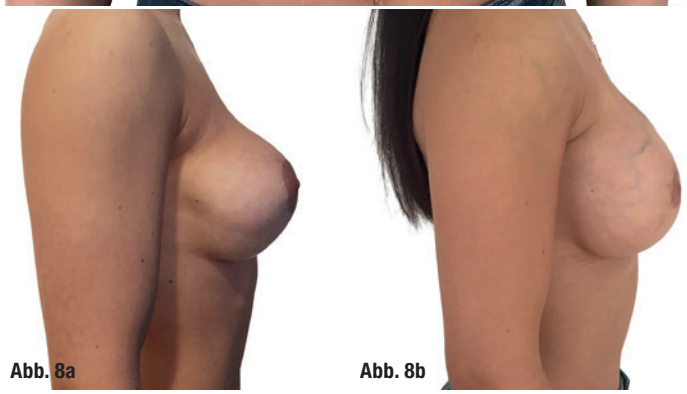


Abb. 7: Patientin M.; Splitbild – Ausgangssituation (links), Ergebnis (rechts).
Abb. 8: Patientin M.; Seitenansicht – Ausgangssituation **(a)**, Ergebnis **(b)**.

wurde der fibrotische Ring der tubulären Brustfehlbildung gespalten, die Drüse durch ein „Unfolding" entspannt und über das Implantat gelegt. Zum Füllen des Dekolletés haben wir den Muskel kranial mithilfe einer Doppellagentechnik positioniert. Zur Stabilisierung der Brustwarze wurde tief mit auflösenden Nähten (PDS 3-0) so genäht, dass die Haut nur noch mit einem dünnen, nicht resorbierbaren Faden (Ethilon 5-0) adaptiert wurde (Ziel war es, die Spannung auf dem Drüsenkörper und nicht auf der Haut zu haben).

(Fortführend: Teil I: Die tubuläre Brust – Anatomische Grundlagen und die daraus resultierenden Behandlungskonzepte aus der *face 4/2014,* S. 32 ff.)

Zusammenfassung der Techniken

Prinzipiell unterscheiden wir in der Plastischen, Ästhetischen und Rekonstruktiven Chirurgie zwischen drei verschiedenen Techniken zur Platzierung des Implantates: Subpectoral-, Subglandulär- und die Doppellagentechnik.

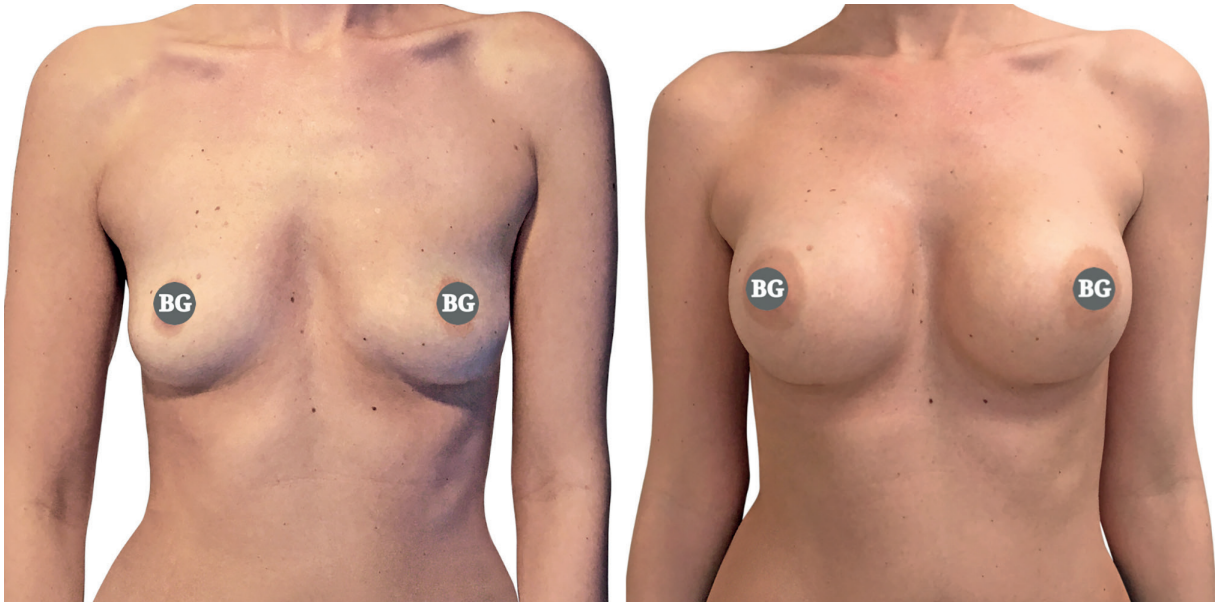


Abb. 9: Patientin L.; Ausgangssituation (links), Ergebnis (rechts).

Subpectorale Technik
Bei der subpectoralen Technik wird erneut differenziert zwischen der klassischen submuskulären Technik, sowie der Muskellappentechnik. Letztere wird besonders bei sehr schlanken und muskulösen Patientinnen angewendet, weil bei dieser Technik die Muskelkappe das Implantat von oben in Position halten kann und die Muskelfunktion zum größten Teil erhalten bleibt. Nachteil ist, dass diese Technik nur bis zu einer gewissen Implantatgröße anwendbar ist. Bei der klassischen submuskulären Technik wird das Implantat unterhalb des M. pectoralis major platziert und es erfolgt keine subglanduläre Präparation – das Implantat ist fast vollständig vom M. pectoralis major bedeckt.

Subglanduläre Technik
Bei der subglandulären Technik erfolgt nach einem periareolären oder einem submammären Schnitt die Präparation bis an die Muskelfaszie des M. pectoralis major. Anschließend erfolgt die entsprechende Formung des subglandulären Pockets. Mit dieser Technik kann dem Wunsch, die Drüse zu formen und den Abstand zwischen den Brüsten zu verringern, meistens Folge geleistet werden.

Dual Plane/Doppellagentechnik
Die Kombination aus den oben genannten Techniken nennt sich Doppellagentechnik. Bei der Dual Plane Technik wird sowohl subglandulär als auch subpectoral präpariert, sodass ein Gleiten des Muskel- und Drüsengewebes zueinander ermöglicht ist, wie es gerade bei Patientin V. sinnvoll war.

Der oft von unseren Patientinnen gewünscht nähere Abstand der Brüste stellt für den Arzt meist eine Herausforderung dar, da die Anatomie nicht immer schonend verändert werden kann. Bei Patientin M. haben wir uns für eine kleine Dual Plane Technik entschieden, die im Bereich des Sternums zu einem schönen Übergang führt – dies in Kombination mit der richtigen Basisbreite kann Ergebnisse, wie in Abbildung 7 gezeigt, erfüllen.

Zusammenfassend ist der Schlüssel zum Erfolg die detaillierte präoperative Aufklärung, die alle möglicherweise zu hohen Erwartungen unserer Patientinnen auf eine realistische Basis nivellieren. Darüber hinaus hat es sich bei uns bewährt, Patienten zu clustern und entsprechen der Anatomie die Technik zu wählen. Sicher schlägt die Erfahrung die einfache Logik und einen möglichen Algorithmus, dennoch ist es gerade für eine Objektivierbarkeit essenziell, dass wir Ergebnisse messbar machen und Techniken logisch aufbauen, sodass Korrekturoperationen weitestgehend vermieden und subjektive Erwartungen bis auf ein mögliches Maximum erfüllt werden.

Qualität durch Objektivität. www.mooci.org

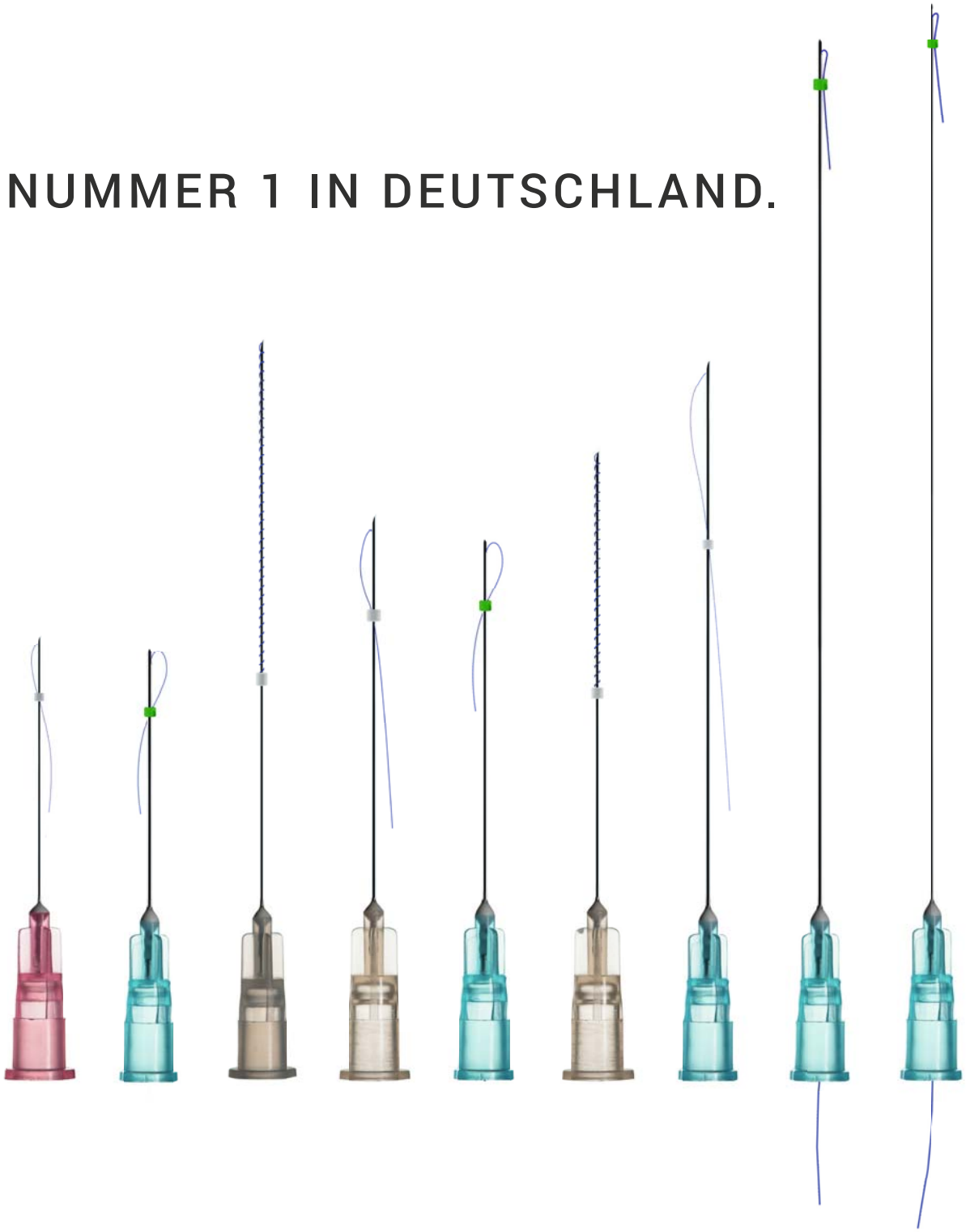
Kontakt



Dr. med. Benjamin Gehl
Facharzt für Plastische &
Ästhetische Chirurgie
Ordination Dr. Gehl
Grinzinger Allee 15
1190 Wien, Österreich
Tel.: +43 664 4599596
office@drgehl.at
www.drgehl.at

Venus Line
PDO FADENLIFTING

DIE NUMMER 1 IN DEUTSCHLAND.



CE 2195

SONEWA

SONEWA GmbH

An der Spinnerei 4 • 96049 Bamberg • Tel. +49 (0)951 29 60 093 • Fax +49 (0)951 29 60 166 • info@sonewa.com

www.sonewa.com