

Mastektomie – Möglichkeiten der Wiederherstellung

Professor Dr. med. Axel-Mario Feller, Kongresspräsident 2013 der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS), Gemeinschaftspraxis für Ästhetisch-Plastische Chirurgie Prof. Feller und Prof. Heitmann München

Die Brustrekonstruktion ist heute ein integraler Bestandteil jeder modernen operativen Therapie bei Brusterkrankungen. Es gibt eine Vielzahl von Rekonstruktionsmethoden. Prinzipiell unterscheiden wir zwei Hauptverfahrensweisen: die Rekonstruktion mit Implantaten und die Rekonstruktion mit körpereigenem Gewebe. Beide Verfahren haben Vor- und Nachteile und sind auch nicht bei jeder Patientin anwendbar. Mit einem Implantat wird ein Fremdkörper implantiert, der natürlich zu Fremdkörperreaktionen und entsprechenden Problemen führen kann. Andererseits ist es ein schnelles Verfahren im Vergleich zu Operationsverfahren ohne zusätzliche Narben an anderen Körperstellen. Bei der Eigengeweberekonstruktion muss man zur Entnahme des eigenen Gewebes an einer anderen Körperstelle eine Narbe setzen. Der große Vorteil dieses Verfahrens ist jedoch, dass die Brust mit körpereigenem Fettgewebe rekonstruiert wird und daraus ein wesentlich natürlicheres Formverhalten der Brust resultiert und auch die Fremdkörperreaktionen entfallen.

Welches Verfahren bei welcher Patientin zur Anwendung kommt, hängt nicht nur von onkologischen und anatomischen Voraussetzungen ab, sondern muss sehr individuell in einem Gespräch mit der jeweiligen Patientin erarbeitet werden. Um der Patientin auch die Möglichkeit zu geben, selbst mitzuentcheiden, sollte auf jeden Fall jeder Patientin die gesamte Palette der Rekonstruktionsmöglichkeiten vorgestellt werden, um dann mit ihr das für Sie geeignetste Rekonstruktionsverfahren festzulegen. Dies bedarf einer großen klinischen Erfahrung.

Die Möglichkeit der Sofortrekonstruktion – Brustabnahme und Brustrekonstruktion in einer Operation – hat durch den mutigen Schritt von Angelina Jolie, mit ihrer Erkrankung an die Öffentlichkeit zu gehen, sehr viel Aufmerksamkeit erlangt.

Bei diesen Mutationsgenträgerinnen, bei denen die Brüste prophylaktisch amputiert werden, sind an die Rekonstruktionsverfahren höchste Ansprüche gestellt, da es sich hier meist um sehr junge Frauen handelt und das ästhetische Ergebnis nach dieser einschneidenden Entscheidung für die psychische Bewältigung der Situation besonders wichtig ist.

Wenngleich kein Rekonstruktionsverfahren einer Frau eine Brust mit allen Funktionen und Gefühlen wiedergeben kann, so haben wir doch heute mit den modernen Rekonstruktionskonzepten die Möglichkeit, eine Brust so zu rekonstruieren, die die meisten Patientinnen im Alltag vergessen lässt, dass Sie brustamputiert sind.

Heute werden weltweit in zertifizierten Brustzentren mehr Sofortrekonstruktionen als Sekundärrekonstruktionen durchgeführt. Als Beispiel: Vor 15 Jahren wurden in unserer Institution ca. 90% Sekundärrekonstruktionen durchgeführt, heute sind es 90% Sofortrekonstruktionen.

Warum überhaupt Rekonstruktion?

Medizinisch ist eine Rekonstruktion der Brust nicht nötig, es hat sich jedoch gezeigt, dass Patientinnen mit einer rekonstruierten Brust die Krankheit allgemein besser bewältigen. Der hohe Zufriedenheitsgrad der Patientinnen nach Rekonstruktion zeigt auch die Fortschritte im Wiederaufbau, um ein möglichst natürliches Ergebnis zu erlangen. Wie selbstverständlich das Angebot des Wiederaufbaus der Brust heute ist, zeigt auch, dass es zu den Zertifizierungskriterien für Brustzentren zählt, den Patientinnen dort alle Rekonstruktionsmöglichkeiten anbieten zu können.

Literatur:

De Oliveira RR, Morais SS, Sarian LO.: Immediate breast reconstruction effects on quality of life of women with mastectomy. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010 DEC; 32(12):602-8

Rubino C, Figus A, Loretto L, Sechi G.: Post-mastectomy reconstruction: a comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2007; 60 (5):509-18

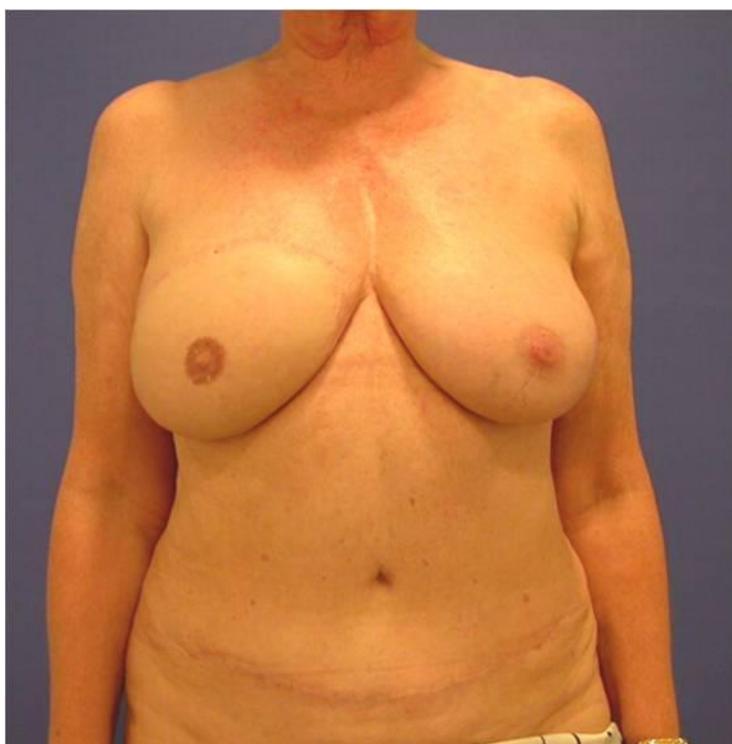
Christensen BO, Overgaard J, Kettner LO, Damsgaard TE: Long-term evaluation of postmastectomy breast reconstruction. Acta Oncol. 2011 Oct; 50(7):1053-61

Bildserie 1

1a und b – 60-jährige Patientin, Z.n. Ablatio mammae rechts von vorne und seitlich

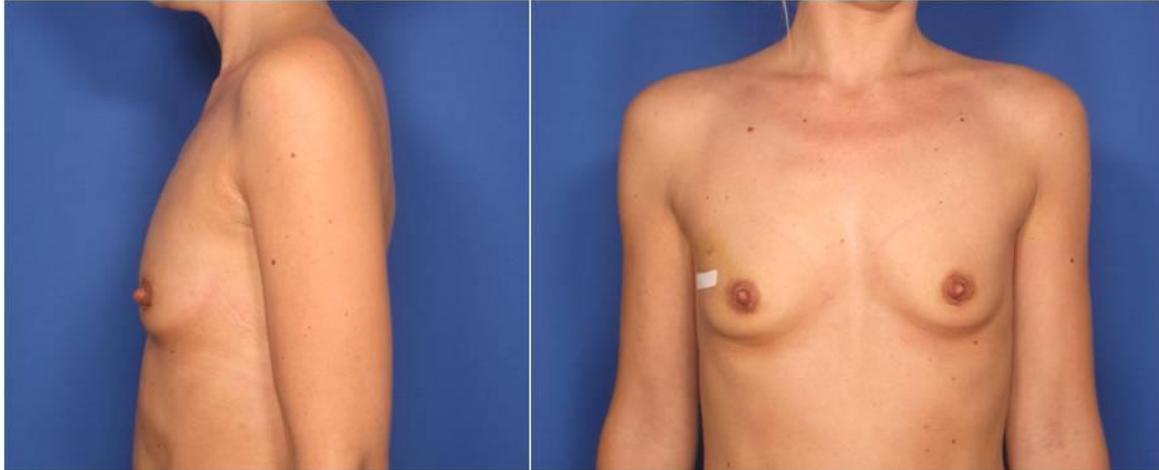


2a und b – 60 jährige Patientin, Z.n. Ablatio mammae rechts, 1 Jahr nach
Brustrekonstruktion mit körpereigenem Gewebe vom Unterbauch als freies
mikrovaskuläres Transplantat von vorne und von rechts



Bildserie 2

1a und b - 35-jährige Patientin BRCA1 Mutationsgträgerin, präoperativ von vorne und von links



Kongress-Presskonferenz der
Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS) anlässlich ihrer 33. Jahrestagung,
27. Juni 2013, 10.30 bis 11.30 Uhr, Internationales Congress Center München

2a und b - 35-jährige Patientin BRCA1 Mutationsgenträgerin, 1 Jahr postoperativ nach haut-
und nippelsparender Mastektomie beidseits über Inframammarschnitt und
Brustsofortrekonstruktion mit einem Silikongelimplantat von vorne und von links

