



Brustvergrößerung: Kriterien der Implantatwahl

Interview mit L. Raab, Essen

Die Fachärztin für Ästhetisch-Plastische Chirurgie, Frau Dr. med. Lona Raab, arbeitet innerhalb der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie am St. Josef-Krankenhaus in Essen-Kupferdreh. Neben der Gesichtsmodellierung mit den Schwerpunkten Gesichtschirurgie und Faltenbehandlung sowie der Nasenchirurgie (Rhinoplastik) ist vor allem die ästhetische und rekonstruktive Brustchirurgie ihr Spezialgebiet. Wir sprachen mit Frau Dr. Raab über die Kriterien, die für sie bei der Auswahl des Implantats für die jeweilige Patientin entscheidend sind.

MÄC:

Frau Dr. Raab, haben Sie sich bei der Materialauswahl der Implantate auf ein bestimmtes festgelegt oder verwenden Sie unterschiedliche Implantate je nach Indikation und Patientenwunsch?

Dr. Raab:

Generell arbeite ich mit einem der führenden Implantat-Hersteller sehr eng zusammen, bin aber je nach spezifischer Indikation flexibel. Ich bevorzuge es, immer aufgrund der jeweiligen Verhältnisse das ideale Implantat und die optimale OP-Methode für die Patientin individuell auszuwählen. Das Wich-

tigste bei der Wahl der Implantate sind die Qualität und die Sicherheit.

MÄC:

Welche Art von Implantaten verwenden Sie hauptsächlich?

Dr. Raab:

Ich verwende hauptsächlich Silikonimplantate mit rauer Oberfläche, die Form und der Typ des Implantats richtet sich nach dem individuellen Ausgangsbefund der Patientin. Es ist sehr wichtig, durch die jeweilige Beratung eine Auswahl bezüglich

des Implantates und der OP-Methode zu treffen, um eine harmonische und natürliche Form der Brüste passend zum Körperbau zu erzielen. Ich bevorzuge generell Silikon und halte zum Beispiel nicht besonders viel von mit Kochsalzlösung gefüllten Implantaten – Haptik und Tastgefühl sind bei diesen eher unnatürlich.

MÄC:

Welche Art von Brustimplantaten fühlen sich am natürlichsten an?

Dr. Raab:

Die Natürlichkeit von Brustimplantaten ist abhängig von der Form und dem Füllungsgrad des Implantates. In der Regel fühlen sich aber Silikonimplantate mit einem bestimmten Vernetzungs- und Füllungsgrad, welches dem Brustgewebe sehr nahe kommt, am natürlichsten an. Auch Polyurethanschaum-Implantate besitzen eine natürliche Haptik und werden auch meinerseits nach spezifischen Indikationen (z.B. rezidivierenden Kapsel-fibrosen) verwendet, aber nicht standardmäßig bei jeder Patientin. Polyurethan-Implantate lassen sich nämlich im Falle einer frühzeitigen Entfernung extrem schwer herausnehmen: Diese haben zwar eine geringe Verkapselungsgefahr, aber die Haftung an das Körpergewebe ist so stark, dass man oft sehr viel Eigengewebe mit entfernen muss. Die meisten Patientinnen kommen zu mir und sagen: „Ich möchte eine natürliche Form“ und die nennen mir die Körbchen-Größe. Die Indikation wird letztendlich von uns Plastischen Chirurgen gestellt und wir wissen am besten, welche Implantat-Form für die jeweilige Indikation angemessen ist. So entscheiden wir auch, ob ein Implantat dann eine runde oder anatomische Form haben sollte und welche Art Implantat-Lager geschaffen werden muss.

MÄC:

Man hört, dass viele Frauen in den USA dazu tendieren, sich ihre Implantate aus kosmetischen Gründen entfernen zu lassen, da sie eine schlanke Silhouette bevorzugen und nicht mehr großbusig aussehen möchten. Welche Trends sehen Sie in der aktuellen Brustchirurgie? Sehen Sie diese Fälle auch in Ihrer Klinik?

Dr. Raab:

Ja, ich kann insgesamt bestätigen, dass Patientinnen, die zu uns in die Sprechstunde kommen, eine natürliche und harmonische Brustform und -größe wünschen. Die Tendenz einer enormen Brustvergrößerung nimmt meiner Meinung in den letzten Jahren stetig ab. Die wenigsten Frauen wollen eine übernatürlich-große Brust. Als Plastische Chirurgin ist es meine Aufgabe, durch eine entsprechende Aufklärung die Patientin dahingehend zu beraten, die Form und Größe passend zum Körperbild auszuwählen, damit auch keine späteren gesundheitlichen Nachteile oder Spätfolgen aufgrund der z.B. übermäßigen Brustvergrößerung entstehen können. Auch wenn Patientinnen dies manchmal wünschen, sollte man diesen klar machen, dass sich daraus Nachteile für die Zukunft ergeben können und eine natürliche Größe die bessere Methode ist, um ein gutes langfristiges Ergebnis zu erzielen. Die meisten meiner Patienten vertrauen mir aber und folgen meinen Empfehlungen und meiner Herangehensweise. Ich persönlich lehne auch die Behandlung von Patienten ab, deren Vorstellung und Erwartung nicht mit meiner medizinischen Sichtweise zusammenläuft. Ich möchte immer auch „hinter dem Ergebnis stehen“, und wenn dies nicht gegeben ist, kann ich die Behandlung nicht durchführen.

MÄC:

Brustkrebs ist immer noch eine der häufigsten Tumorerkrankungen in Deutschland und mit 30 Prozent die häufigste Krebserkrankung der Frau. Angelina Jolie hat sich aufgrund des erhöhten Brustkrebs-Risikos beide Brüste abnehmen lassen. Viele weibliche Promis und andere Frauen sind ihrem Beispiel gefolgt. Glauben Sie, dass dies ein wirklich erforderlicher Schritt ist bei einem Brustkrebsrisiko und würden Sie diesen Schritt Ihren Patientinnen auch empfehlen?

Dr. Raab:

Das Thema Angelina Jolie hat für viel Unruhe gesorgt. Die individuelle Gen-Analyse innerhalb von Familien, die mit Brustkrebs vorbelastet sind, ist der Öffentlichkeit durch Angelina Jolie ins Bewusstsein gebracht worden. Wir selber führen diese Gen-Analyse nicht durch, arbeiten aber mit den behandelnden Gynäkologen und Genetikern in diesen Fällen eng zusammen und beraten die Patientin auch. Wenn also ein stark erhöhtes Brustkrebsrisiko vorliegt, muss man eine Vorgangsmöglichkeit wie bei Angelina Jolie auch angemessen besprechen. Wenn einmal ein positives Ergebnis da ist, sollte man der Patientin einfach die prozentualen Anteile des Ergebnisses erläutern und dann planen, wie man fortfahren möchte.

MÄC:

Der Brustaufbau ist in Deutschland nach wie vor ein unterrepräsentiertes Verfahren und wird nur bei der Hälfte aller Patientinnen nach Brustamputation überhaupt durchgeführt. Ist die Brustrekonstruktion vor einer Mastektomie einfacher?

Dr. Raab:

Es hängt immer vom Befund ab. Durch unser Fachgebiet als Plastische Chirurgen steht uns ein großes Repertoire an OP-Methoden zur Verfügung, um nach so einem konsequenten und radikalen Schritt wie der Mastektomie der Patientin eine formschöne Brust zu geben, sei es aus Eigengewebe oder mit Implantaten. Die primäre oder sekundäre Vorgehensweise ist davon unabhängig. Es gibt generell immer die Option der primären und sekundären Rekonstruktion. Beide Verfahren müssen vorab mit der Patientin besprochen werden und sind auch individuell je nach Indikation vorab zu bestimmen. Die Rekonstruktionsmethode, ob primär oder sekundär, ist auch wieder von der gesundheitlichen Ausgangssituation und weiteren Faktoren abhängig wie z.B. dem Lymphknotenbefall, von der Größe des Tumors, ein- oder beidseitigem Befall sowie dem Rekonstruktionsverfahren (Eigengewebe oder Implantat).

MÄC:

Welche Methoden verwenden Sie, um die Implantat-Lager im Körper zu schaffen?

Dr. Raab:

Die Bestimmung, ob ein epipektorales oder ein subpektorales Lager bei der Patientin vorgenommen wird und wo und wie der Zugang erfolgt, ist immer befundabhängig. Meistens jedoch verwenden wir ein subpektorales/submuskuläres Lager. Im Einzelfall – je nach Weichteilabdeckung und Drüsen- und Körperfettbeschaffenheit – kann auch ein epipektorales Lager über dem Muskel geschaffen werden – auch dieses kann eine formschöne natürliche Brust ermöglichen. Es gibt keine Standardvorgehensweise und es ist sehr wichtig, immer eine individuelle, dem jeweiligen Patienten gut angepasste Beratung und Methode zu wählen.

An Schnittmethoden verwenden wir am häufigsten den Zugang über den unteren Rand der Brustwarze. Aber auch über die Umschlagsfalte der Brust oder den axillären Zugang können wir das Implantat einsetzen. Bei dem Brustwarzen-Schnitt haben wir allerdings die geringste Narbensichtbarkeit, da diese mit der Pigmentierung der Brustwarze "verschmilzt" und nach einem Jahr nicht mehr sichtbar ist.

MÄC:

Der PIP-Gründer Jean-Claude Mas wurde soeben zu vier Jahren Haft verurteilt. Konnten Sie beobachten, dass Frauen der Qualität von Brustimplantaten seit dem PIP-Skandal merklich skeptischer gegenüberstehen?

Dr. Raab:

In der Tat konnten wir feststellen, dass die Patientinnen nach dem PIP-Skandal wesentlich kritischer gegenüber der Qualität der Brustimplantate geworden sind. Der Skandal hat auch zu einer wesentlichen Verunsicherung bei Frauen, die sich eine Implantats-Brustvergrößerung wünschen, geführt. Die Patientinnen achten darauf, dass die verwendeten Implantate qualitativ hochwertig sind und fragen auch danach. Da unsere Klinik aber ausschließlich Qualitätsimplantate verwendet, kommen wir dieser Nachfrage automatisch nach. Wir hatten selber auch einige Patientinnen hier, die sich bei uns die PIP-Implantate haben entfernen lassen. Es gab zum Glück bis dato weder einen Silikonaustritt noch Beschwerden bei einer der Patientinnen. Trotzdem müssen diese Frauen sich einer erneuten OP unterziehen, was wir wirklich sehr bedauert haben.

MÄC:

Wie wichtig ist Qualität und welche Standards haben bei Brustimplantaten für Sie persönlich Priorität?

Dr. Raab:

Wie bereits erwähnt, steht die Qualität der Implantate bei mir an erster Stelle. Immerhin handelt es sich ja auch bei den meisten Patientinnen um sehr junge Frauen, die auch noch ein langes Leben vor sich haben. Es ist für mich eine Frage der Ärztlichen Ethik nichts zu tun, was dem Patienten schaden könnte, auch langfristig gesehen. Somit sind die Qualität der Implantate und die Qualität unserer chirurgischen Arbeit an die erste Stelle zu setzen. Dies ist letztendlich auch der Grund, warum ich gezielt Implantate von führenden Herstellern verwende, die bewiesenermaßen eine Top-Qualität besitzen.

MÄC:

Gab es Patienten, die den Wunsch nach Billigimplantaten geäußert haben? Oder sind den Patienten Qualitätsimplantate, die eine hohe Langlebigkeit versprechen, ebenso wichtig wie Ihnen?

Dr. Raab:

Leider gibt es immer wieder auch Patientinnen, denen der Preis des Implantats wichtiger ist als die Qualität. Aber genauso wie ich keine überdimensional großen Brüste mache, lehne ich auch solche Patientinnen ab. Wir verwenden in gar keinem Fall Billigimplantate. Wir haben allerdings öfters Revisions-Eingriffe von Patientinnen, die im Ausland mit Billigimplantaten operiert wurden und wo dann eine Ruptur oder ein Silikon-Bleeding vorliegt.

MÄC:

Welche Silikonimplantate verwenden Sie am häufigsten?

Dr. Raab:

Allgemein bin ich an keinen Implantat-Hersteller in irgendeiner Weise gebunden, allerdings haben wir sehr gute Erfahrungen

mit Implantaten der Firma Allergan und Natrelle™ gemacht. Diese verwenden wir bei bestimmten Indikationen auch sehr häufig und erhalten hier hervorragende Ergebnisse.

MÄC:

Gibt es bei Natrelle™ Implantat-Rotationen oder -Dislokationen? Wie sieht es mit Verkapselungen und Kapselbildungen aus?

Dr. Raab:

Bei der sach- und fachgerechten Platzierung der anatomischen Implantate ist das Risiko der Implantat-Rotation aufgrund der angerauten Oberfläche zu vernachlässigen. Das Risiko einer Kapselbildung ist von vielen unterschiedlichen Faktoren abhängig. Aber unsere Erfahrung zeigt, dass sie heute relativ selten vorkommt. Es ist immer abhängig vom Gewebe der Patientin, von dem Implantat, von der Art und Weise der Einbringung und teilweise auch noch von unbekanntem Faktoren. Selbst wenn alles perfekt läuft und richtig gemacht wird, kann eine Kapselbildung entstehen. Aufgrund der neuen OP-Methoden und Implantat-Standards gibt es heutzutage aber kaum noch Kapselbildungen.

MÄC:

Wie hoch ist das Infektionsrisiko bei Brustvergrößerungen und ist dies implantatabhängig?

Dr. Raab:

Dies ist extrem gering und nicht implantatabhängig. Dies ist ausschließlich von den absolut sterilen Operationssaal-Verhältnissen abhängig.

MÄC:

Sehr geehrte Frau Dr. Raab, vielen Dank für das Gespräch!



Das Interview führte M. Lengenber.