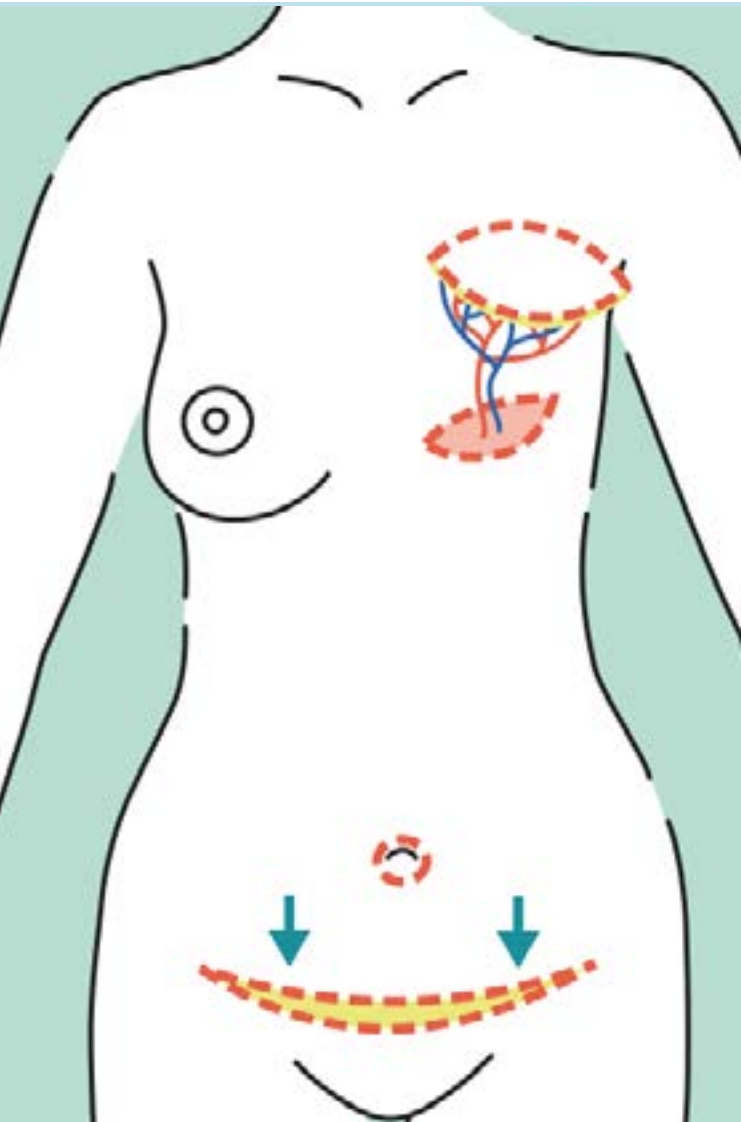




Deutsche Gesellschaft für  
Plastische, Rekonstruktive und  
Ästhetische Chirurgie

# BRUST- REKONSTRUKTION



# BRUSTREKONSTRUKTION

Wir möchten Sie im Folgenden mit dem Thema vertraut machen und Ihnen einen ersten Überblick bieten. Dabei legen wir das Augenmerk auf die Möglichkeiten, aber auch Grenzen eines Eingriffes, geben Hinweise worauf Sie unbedingt achten sollten und auf was es bei der Wahl eines geeigneten Arztes ankommt. Diese Broschüre kann allerdings eine individuelle ärztliche Beratung oder rechtsverbindliche Aufklärung nicht ersetzen. Wenden Sie sich daher für weitere Informationen bitte an einen Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Fachärzte in Ihrer Nähe finden Sie über die Arztsuche der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC) unter

[www.plastische-chirurgie.de](http://www.plastische-chirurgie.de)

Der Begriff „Brustrekonstruktion“ beschreibt die plastisch-chirurgische Wiederherstellung der Kontur einer weiblichen Brust. Mit Hilfe von körpereigenem Gewebe oder einem künstlichen Implantat wird dabei die ursprüngliche Brustform mitsamt Brustwarze nachgeformt.

Mit rund 70.000 Fällen im Jahr ist Brustkrebs die häufigste Krebsart bei Frauen. Bei den meisten Patientinnen (knapp 70 Prozent) kann der Tumor brusterhaltend entfernt werden, aber bei ca. 30 Prozent der Krankheitsfälle ist dies leider nicht möglich. Am häufigsten erfolgt eine Brustrekon-

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich, divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

struktion nach der Entfernung des Tumors bei Brustkrebs. Aber auch angeborene Fehlbildungen oder die vorsorgliche Entfernung der Brustdrüse bei einem genetisch erhöhten Brustkrebsrisiko (BRCA-Mutation) können Grund für einen Wiederaufbau sein.

Der Verlust einer Brust im Rahmen der Tumorentfernung ist für die meisten Frauen eine große seelische Belastung und kann Betroffenen das Gefühl geben, unvollständig zu sein.

Für eine bestmögliche medizinische Versorgung bei Brustkrebs stehen deutschlandweit Experten in rund 250 zertifizierten Brustzentren zur Verfügung. Viele arbeiten eng mit Plastischen Chirurgen zusammen, da die Brustrekonstruktion ein selbstverständlicher Teil der Behandlung ist. Hierfür stehen moderne Methoden zur Verfügung, die individuell auf Ihre Situation und Vorstellungen abgestimmt werden und möglichst gleich bei der Diagnose aus medizinisch-ästhetischer Sicht einbezogen werden.

Um Ihnen ein ideales Behandlungskonzept anbieten zu können, müssen sämtliche zur Verfügung stehende Verfahren beherrscht werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie vergibt ein Zertifikat, das an umfangreiche Qualitätsanforderungen und hohe Erfahrung in der Brustwiederherstellung geknüpft ist. Für die Brustrekonstruktion gibt es keine Altersbegrenzung. Die Entscheidung

sollte jedoch erst nach einer umfassenden und kompetenten Beratung souverän getroffen werden. Die DGPRÄC Arztsuche zeigt Ihnen, wo sich in Ihrer Nähe ein kompetenter Ansprechpartner für Sie befindet. Für die meisten Patientinnen ist die Wiederherstellung der Brust mit einem enormen Gewinn an Lebensqualität und Selbstbewusstsein verbunden.

Gerade in der Chirurgie der weiblichen Brust spielt die Integrität des Körpers für die Patientinnen zur Krankheitsbewältigung eine zentrale Rolle. Um das Ziel einer möglichst natürlichen Wiederherstellung der Brust zu verfolgen, sind schon im Rahmen der Tumoroperation multiple Aspekte zu beachten, welche auch Einzug in die gängige Leitlinie gefunden haben.

## WANN IST DER RICHTIGE ZEITPUNKT FÜR EINE BRUSTREKONSTRUKTION?

Es gibt, sofern die Brust abgenommen werden muss, zwei Optionen: Entweder wird die Brust in einer Operation entfernt und sogleich rekonstruiert (Primärrekonstruktion) oder die Rekonstruktion wird in einem späteren Eingriff (Sekundärrekonstruktion) durchgeführt. Neben onkologischen Aspekten ist auch die psychische



Verfassung der Patientin maßgeblich. Ein sofortiger Wiederaufbau der Brust, also im Rahmen der ersten Tumoroperation, kann unter bestimmten Bedingungen in Abhängigkeit vom Gesamtkonzept der notwendigen onkologischen Therapie bei bestehendem Wunsch der Patientin sicher erfolgen. Häufig kann, was ein Vorteil ist, in diesem Zusammenhang der Hautmantel der Brust oder zudem auch die Brustwarze trotz der Entfernung der Brustdrüse erhalten bleiben. Für eine spätere Rekonstruktion sollten Wundheilung sowie eine eventuell begleitende Behandlung (z. B. Chemotherapie, Strahlentherapie) einige Monate abgewartet werden. Der vorübergehende Einsatz eines Implantates lässt auch für eine spätere Rekonstruktion mit Eigengewebe alle Möglichkeiten offen. Grundsätzlich ist ein Wiederaufbau der Brust auch noch nach mehreren Monaten oder Jahren durchführbar, der Zeitpunkt richtet sich nach den Wünschen der Patientin.

## AUSWAHL DES OPERATEURS

Eine optimale Brustrekonstruktion setzt eine gute Zusammenarbeit des behandelnden Senologen (in der Regel ein Gynäkologe) und des Plastischen Chirurgen voraus. Ein Plastischer Chirurg sollte zu

jedem zertifizierten Brustzentrum gehören und im Idealfall ab dem Zeitpunkt der Krebsdiagnose in die Behandlung einbezogen werden. Nur so ist eine rechtzeitige und detaillierte Aufklärung über alle derzeit bekannten Arten der Brustrekonstruktion möglich. Der Plastische Chirurg sollte eine Mindestanzahl der mikrochirurgisch anspruchsvollen Eigengewebsrekonstruktionen belegen können und den Titel „Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“ (bzw. „Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie“ oder „Facharzt für Plastische Chirurgie“) tragen. Andere Bezeichnungen wie „Kosmetischer Chirurg“, „Schönheitschirurg“ oder „Ästhetischer Chirurg“ sind keine geschützten Titel und sagen über die Qualifikation nichts aus. Plastische Chirurgen erhalten als Fachärzte eine umfangreiche Ausbildung in der Brustchirurgie, die sie in einem Operationskatalog zur Erlangung des Facharztstitels nachweisen müssen.

Viele von ihnen haben sich hierauf spezialisiert und neue Methoden entwickelt – vom Implantateinsatz bis hin zur mikrochirurgischen Transplantation von eigenem Gewebe, das an anderen Körperstellen entnommen wird.

## DAS GESPRÄCH MIT DEM FACHARZT

Voraussetzung für einen gelungenen Eingriff ist ein ausführliches Gespräch über die Details der Operation und mögliche Komplikationen. Nach einer körperlichen Untersuchung wird der Plastische Chirurg Ihnen erklären, welche Methoden der Brustrekonstruktion für Sie in Frage kommen und Sie über Vor- und Nachteile der einzelnen Operationsverfahren aufklären. Dabei ist es wichtig, dass Sie über das realistisch zu erwartende Ergebnis, mögliche Risiken und Komplikationen sowie die Nachbehandlung aufgeklärt werden. Weiterhin wird Sie der Plastische Chirurg über mögliche Folgeoperationen (z. B. Rekonstruktion der Brustwarze, Brustverkleinerung/ -straffung der gesunden Brust) aufklären. Falls nach dem Gespräch noch Fragen offenbleiben, vereinbaren Sie einen weiteren Termin oder rufen Sie Ihren Plastischen Chirurgen an. Eine ausreichende Bedenkzeit vor der Operation sollte Ihnen in jedem Fall zur Verfügung stehen. Dies trifft ausdrücklich auch zu, wenn Sie etwa mit der Diagnose Brustkrebs gerade erst konfrontiert worden sind. Sie haben immer die Möglichkeit und auch das Recht, sich eine zweite Meinung einzuholen.

## VOR DER BRUSTREKONSTRUKTION

Mindestens 14 Tage vor der Operation sollten Sie keine Schmerzmittel einnehmen, die Acetylsalicylsäure enthalten (z.B. Aspirin). Die blutverdünnende Wirkung verzögert die Blutgerinnung und kann Nachblutungen verursachen. Sollten Sie Tamoxifen oder andere Medikamente zur endokrinen Therapie einnehmen, sprechen Sie mit Ihrem Arzt, ob Sie das Medikament vor dem Eingriff absetzen sollten.

Reduzieren Sie den Konsum von Nikotin und Alkohol vor dem Eingriff auf ein Minimum. Nehmen Sie regelmäßig weitere Medikamente ein oder leiden Sie unter Allergien (beispielsweise gegen Medikamente, Desinfektionsmittel oder Pflaster), teilen Sie dies unbedingt dem Arzt mit. Informieren Sie ihn auch über bekannte Krankheiten. Neigen Sie zu blauen Flecken oder anhaltenden Blutungen nach kleinen Verletzungen, sollte der Plastische Chirurg eine Gerinnungsstörung vor der Operation unbedingt ausschließen.

Der Eingriff wird stationär in Vollnarkose durchgeführt. Welche Voruntersuchungen dafür notwendig sind und wann sie durchgeführt werden, besprechen Sie am besten mit Ihrem Plastischen Chirurgen. Sie werden auch Gelegenheit haben, die Narkose mit dem Anästhesisten zu besprechen. Es gibt verschiedene Möglichkeiten zum Brustwiederaufbau, die sich im Wesentlichen in drei grundsätzliche Methoden einteilen lassen.



# IMPLANTAT-REKONSTRUKTION

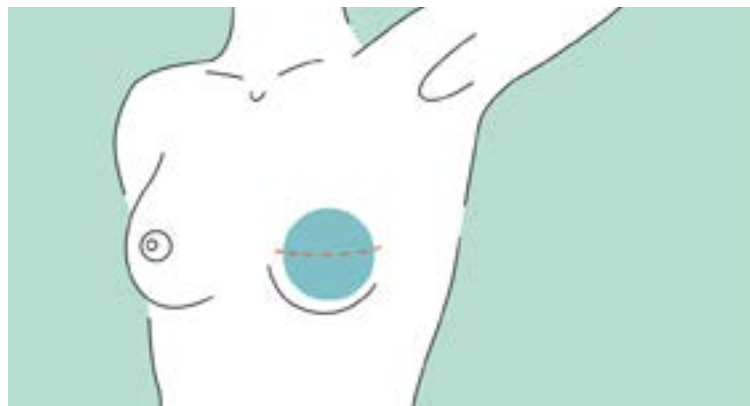
Die Implantatrekonstruktion ist das Verfahren mit dem zunächst geringsten operativen Aufwand. Speziell geformte Silikonimplantate werden dabei entweder vor oder unter den Brustmuskel eingesetzt, um eine möglichst natürliche Brustform zu erzielen. Falls während der Entfernung des Tumors die ursprüngliche Brusthaut nicht erhalten werden konnte, muss zur Wiederherstellung der Kontur zunächst die vorhandene Haut gedehnt werden. Dazu wird ein Expander (Gewebedeher) unter die Haut gesetzt, der im Verlauf von mehreren Wochen über ein Ventil mit Flüssigkeit gefüllt wird. Dieses Verfahren hat meistens keine zusätzliche Narbenbildung zur Folge.

Das Implantat ist für den menschlichen Organismus ein Fremdkörper, so dass es im Heilungsverlauf mit einer dünnen Schicht aus Bindegewebe umhüllt wird. Diese „Kapsel“ kann sich verhärten, wodurch sich die Brust fester als normal anfühlt. Derartige Verhärtungen können unterschiedlich stark ausfallen und schlimmstenfalls zu Schmerzen, Verlagerung des Implantats oder Verformungen der Brust führen. Deswegen kann es zu weiteren Korrekturoperationen kommen. Trotz der heute zur Verfügung stehenden vielfältigen Auswahl an Implantatgrößen und -formen ist die Wiederherstellung einer natürlichen Brustform in Symmetrie zur nicht operierten Gegenseite und die Akzentuierung der Unterbrustfalte seltener möglich. Patientinnen berichten häufig über ein

unterschiedliches Organgefühl, etwa bezüglich des gefühlten Gewichts und der Temperatur.



Gewebedefekt



Implantatrekonstruktion (Silikon-Implantat)

# BRUSTREKONSTRUKTION MIT EIGENGEWEBE

Bei der Eigengewebsrekonstruktion wird Gewebe aus einer Körperregion entnommen und in die Brustregion transplantiert. Es gibt verschiedene Methoden dieser Form der Rekonstruktion. Die aufwendige Brustrekonstruktion mit Eigengewebe ist die dauerhafteste Methode des Wiederaufbaus, darüber hinaus lassen sich mit ihr meist sehr natürliche Ergebnisse erzielen. Je nachdem, ob sich die Entnahmestelle am Rücken, Bauch oder Gesäß befindet, werden Haut und Fettgewebe mit oder ohne Muskulatur transferiert. Mit Ausnahme der so genannten gestielten Latissimus-dorsi oder TRAM-Lappen wird das Gewebe „frei“ transplantiert. Das heißt, das komplett entnommene Gewebestück („Lappenplastik“) wird in die Brustregion eingefügt und zur Brust geformt. Unter dem Mikroskop werden die Blutgefäße des Gewebes an andere im Bereich der Brustwand angeschlossen. Die Rekonstruktion mit Eigengewebe führt sehr viel häufiger zu einer guten Brustform, einem natürlichen Organgefühl und ist auch bei größerem Brustumfang möglich. Darüber hinaus fühlt sich die Brust körperwarm an und reagiert natürlich auf Veränderungen des Körpergewichts und den Alterungsprozess. Außerdem erkennt der Körper das Gewebe und somit können Abwehrmechanismen ausgeschlossen werden. Die Hautqualität der rekonstruierten Brust ist abhängig von Farbe und Oberfläche der Haut aus

der Spenderregion. Die Eigengewebsrekonstruktion ist sehr nachhaltig und hält nach erfolgreicher Operation ein Leben lang. Der Eingriff dauert im Schnitt zwischen vier und sechs Stunden. Unmittelbar nach der Operation besteht die Gefahr von Durchblutungsstörungen der Lappenplastik, etwa durch ein Blutgerinnsel im Bereich der zarten, unter dem Mikroskop genähten Blutgefäße. Daher sind häufige Durchblutungskontrollen und die Bereitschaft zur sofortigen Nachoperation unverzichtbar. Trotz aller Sorgfalt kann ein kompletter oder teilweiser Verlust der Lappenplastik nicht in jedem Fall verhindert werden. Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Brustrekonstruktion mit Eigengewebe.

## TRAM

Der Transverse Rectus Abdominis Muscle Flap Methode (TRAM) stellt den Ursprung der Brustrekonstruktion durch Eigengewebe vom Unterbauch dar und wurde über die Jahre bis zur DIEP- und SIEA-Lappenplastik weiterentwickelt. Vom Unterbauch wird eine querverlaufende Spindel aus Haut- und Fettgewebe mitsamt des Geraden Bauchmuskels (Musculus rectus) herausgelöst und im Brustbereich wieder angenäht. Die Bauchwand ist durch den fehlenden Muskel



jedoch geschwächt, und es besteht die Gefahr von Bauchdeckenschwächen oder -brüchen. Beim so genannten „muskelsparenden TRAM“ wird aus diesem Grund nur eine kleine Muskelspindel abgelöst, welche die Blutgefäße enthält. Finden sich im Rahmen einer geplanten DIEP-Operation keine geeigneten Blutgefäße, wird meist der muskelsparende TRAM-Lappen genutzt. Bei dem so genannten „gestielten TRAM-Lappen“ bleibt der herausgelöste Gewebblock mit dem Körper verbunden und wird durch einen Tunnel unter dem Oberhautgewebe in den Brustbereich geschoben. Eine mikrochirurgische Gefäßnaht ist nicht notwendig, der operative Aufwand entsprechend wesentlich geringer. Dafür birgt die Variante ein erhöhtes Risiko für Durchblutungsstörungen und Heilungsprobleme.

## DIEP UND SIEA

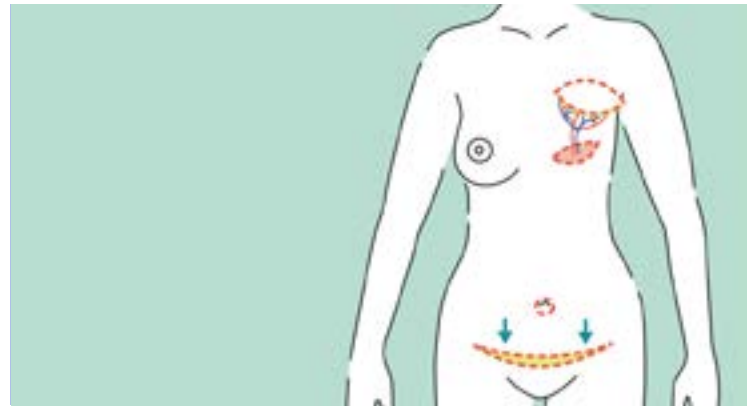
Die DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator Flap) Lappenplastik gilt heute unter Experten als der „Goldstandard“ in der Brustrekonstruktion mit Eigengewebe. Bei dieser Methode wird eine querverlaufende Spindel aus Haut- und Fettgewebe mitsamt der versorgenden Blutgefäße (Perforatoren) im Bereich des Unterbauches

entnommen. Anders als beim TRAM-Lappen wird der gerade Bauchmuskel (Musculus rectus abdominis) und seine wichtige Muskelhüllenschicht (Faszie) dafür aber nicht entnommen, sondern lediglich gespalten, um die Blutgefäße zu entnehmen. Die Gefahr einer Bauchwandschwäche oder eines Bauchdeckenbruchs ist im Vergleich zum TRAM-Lappen minimal. Die Anzahl der zu transplantierenden Blutgefäße wird von deren Kaliber und Lage bestimmt. Eine Ultraschalldarstellung und ggf. CT-Angiographie (insbesondere bei beidseitiger Rekonstruktion) der Blutgefäße vor und während der Operation erleichtert die Präparation. Nach der Entnahme des Gewebes wird die Bauchmuskulatur bzw. die Faszie wieder vernäht und die Entnahmestelle wie bei einer Bauchdeckenstraffung verschlossen. Es verbleiben eine querverlaufende Narbe in Höhe des Unterbauches und eine kreisrunde Narbe um den neu eingesetzten Bauchnabel. Beide lassen sich gut in der Kleidung verbergen. Eine seltene Variante ist die SIEA-Lappenplastik, bei der lediglich eine Insel aus Haut- und Fettschicht transplantiert wird. Hierbei wird das Gewebe durch oberflächlich im Fettgewebe verlaufende Blutgefäße versorgt. Eine Durchtrennung von Muskulatur und Muskelhüllenschicht zur Entnahme der tiefer verlaufenden Blutgefäße ist nicht notwendig. Leider sind die Gefäße im Fettgewebe bei vielen Patientinnen nicht oder zu schwach ausgebildet, so dass die SIEA-





Methode nur bei wenigen Frauen angewendet werden kann.



Anschluss des DIEP



Hebung des DIEP

Narbenbild

## S-GAP/ I-GAP/ FCI

Bei der Superior/ Inferior Gluteal Artery Perforator Flap Methode sowie bei der fasziokutanen Infragluteal-Lappenplastik werden Haut- und Fettgewebe vom Gesäß zur Rekonstruktion verwendet.

Der I-GAP-Lappen wird an der unteren Gesäßfalte entnommen, der S-GAP-Lappen am oberen Gesäß (unterhalb der Hüfte). Der FCI-Lappen wird im Bereich der Po-Falte am Übergang zum Oberschenkel gehoben. Die entsprechenden Blutgefäße verlaufen durch bzw. unter dem großen Gesäßmuskel, welcher bei der Operation jedoch nicht entnommen, sondern intakt belassen wird. Der Eingriff kommt zum Beispiel für sehr schlanke Patientinnen infrage, die nicht über ausreichendes Fettgewebe am Bauch verfügen oder für Patientinnen mit zahlreichen Bauchnarben. Außerdem kann die S-GAP-/I-GAP-Methode für einen zweiten Rekonstruktionsversuch verwendet werden, wenn es während einer DIEP-Operation zum Verlust der Unterbauch-Lappenplastik kommen sollte. Lage und Länge der Narbe im Bereich des Gesäßes sind abhängig von der Größe der zu rekonstruierenden Brust sowie der Art der Lappenplastik. Die Narben am Gesäß lassen sich durch entsprechende Kleidung verbergen. Sehr selten klagen Patientinnen über langanhaltende Sitzbeschwerden. Meist verbleibt ein Areal mit vermindertem Gefühl auf der Rückseite des Oberschenkels.



Entnahme S-GAP/ I-Gap

## TMG UND PAP

Bei den TMG (Transverse Musculocutaneus Gracilis Flap) und PAP (Profunda Artery Perforator Flap) Methoden werden von der Innenseite eines Oberschenkels eine meist horizontale Haut-Fettspindel ggf. einschließlich eines schmalen, an der Oberschenkelinnenseite verlaufenden Muskels (Musculus gracilis) entnommen. Der Verlust des Muskels beeinträchtigt nicht die Funktion des Beines. Voraussetzung für dieses Verfahren ist ein Gewebeüberschuss am Oberschenkel, der für die Rekonstruktion der Brust geeignet ist. Der entstandene Defekt wird mit einer Oberschenkel-

straffung verschlossen, bei der eine horizontale Narbe an der Oberschenkelinnenseite bis zur Leiste verbleibt. Die Schenkelhaut ist in der Regel etwas dunkler als im Bereich der Brust. Der TMG- oder der PAP-Lappen eignet sich gut zur beidseitigen Brustrekonstruktion, insbesondere, wenn die ursprüngliche Brusthaut erhalten werden konnte. Das hierdurch zu erreichende Brustvolumen ist jedoch aufgrund der begrenzten Gewebereserven limitiert.



Entnahmestelle TMG Rückansicht

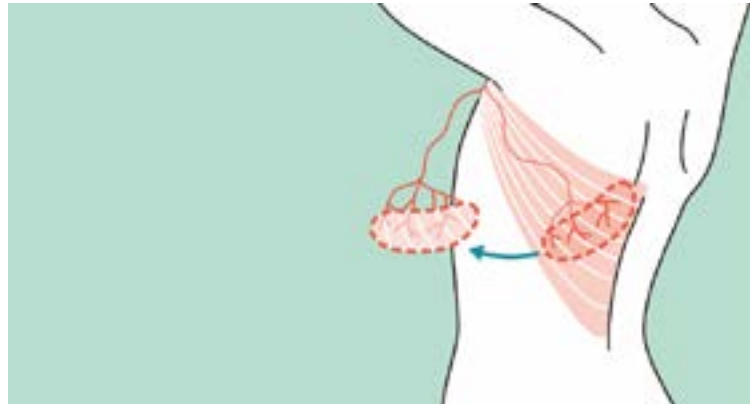


Entnahmestelle TMG/PAP Vorderansicht

Narbenbild

## M. LATISSIMUS DORSI (+ IMPLANTAT)

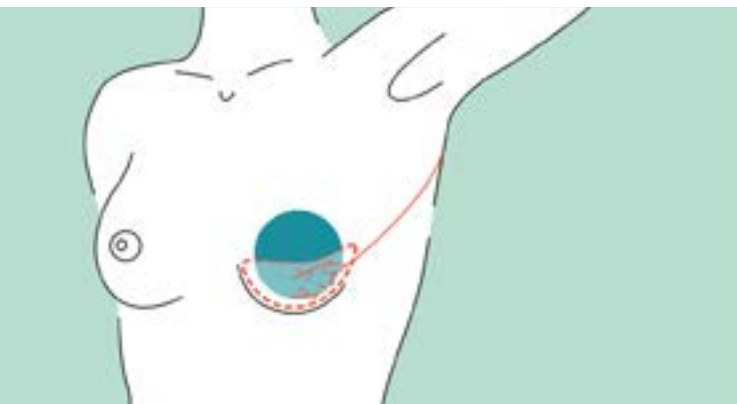
Diese Operation zählt zu den ältesten Methoden und wird heute eher seltener angewendet; sie ist vor allem eine Option, falls andere Rekonstruktionsversuche fehlgeschlagen sind. Der große Rückenmuskel (Musculus latissimus dorsi) wird oberhalb des Beckens ganz oder teilweise abgelöst und mit einer Hautinsel vom Rücken nach vorn auf die Brustwand transplantiert, ohne dass die versorgenden Blutgefäße durchtrennt werden. Durch die Mitnahme der Hautinsel kann meist eine besonders natürliche Brustform modelliert werden. Zur Rekonstruktion einer kleinen Brust ist der Muskel inklusive Hautinsel ausreichend – in der Regel ist jedoch ein zusätzliches Implantat notwendig. Die Operation dauert etwa zwei bis drei Stunden und hinterlässt eine zusätzliche Narbe am Rücken. Nach Wunsch der Patientin kann diese diagonal oder horizontal positioniert werden. Der Verlust des Rückenmuskels wird weitgehend von anderen Muskelgruppen ausgeglichen, so dass keine wesentlichen Einschränkungen entstehen. Obwohl die Nervenstränge des Rückenmuskels durchtrennt werden, kann es zu einer unnatürlichen Mitbewegung der rekonstruierten Brust kommen. Bei Kombination mit einem Implantat besteht die Gefahr einer Kapselbildung, vor allem nach vorangegangener Bestrahlung.



Hebung des Latissimus mit Hautinsel und Muskel



Schwenk des Latissimus

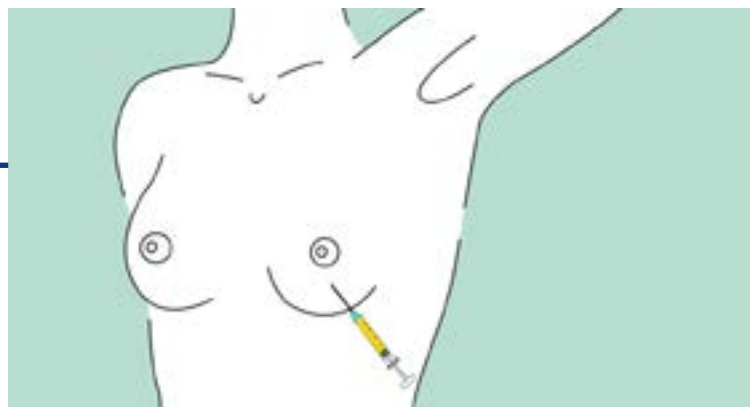


Einpassen des Latissimus vor dem Implantat

ist gut geeignet, wenn bei der Tumorentfernung kleinere Defekte zurückbleiben. Maßgeblich hängt es von den körperlichen Gegebenheiten der Patientin ab, mit welchem Eingriff das bestmögliche Ergebnis erzielt wird. Die aufwendigen Eigengewebsrekonstruktionen führen jedoch in der Regel zu natürlicheren und dauerhafteren Ergebnissen als der Einsatz von Implantaten.

## BRUSTREKONSTRUKTION MIT EIGENFETTGEWEBE

Die Brustrekonstruktion durch Eigenfetttransplantation ist ein noch seltener Eingriff, der meistens als Ergänzung zu den anderen Verfahren angewandt wird. Durch Einspritzen von zuvor abgesaugtem Fett wird dabei das Brustvolumen vergrößert. Nur wenn die ursprüngliche Brusthaut in ausreichender Menge vorhanden ist, kann die Methode erfolgreich sein. Das Fettgewebe wird durch Absaugung an geeigneten Körperpartien gewonnen. Nach Einspritzen baut der Körper einen Teil des Fettgewebes wieder ab, so dass der Eingriff wiederholt werden muss. Diese Methode



Brustrekonstruktion mit Eigenfett

# REKONSTRUKTION DER BRUSTWARZE

Um ein möglichst natürliches Brustbild zu erreichen, kann die wiederhergestellte Brust in einer Folgeoperation durch eine rekonstruierte Brustwarze sowie einen rekonstruierten Warzenvorhof ergänzt werden. Hierfür gibt es auch unterschiedliche Möglichkeiten, die der Plastische Chirurg mit Ihnen erörtern wird. Grundsätzlich gibt es den Aufbau der Brustwarze durch Gewebverschiebung vor Ort, den Aufbau der Brustwarze mit Verwendung von Brustwarzengewebe der Gegenseite, den Aufbau des Warzenvorhofes mit Haut aus der Leiste sowie der Aufbau des Warzenvorhofes durch Tätowierung. Diese Operation sollte erst einige Monate nach der Brustrekonstruktion stattfinden, da es noch zu deutlichen Formveränderungen nach der Rekonstruktion kommen kann.

## NACH DER BRUSTREKONSTRUKTION

Unmittelbar nach der Operation wird die Brust für ein paar Tage schmerzen. In der Regel werden dagegen Schmerzmittel verabreicht. Die in der Operation eingelegten Wunddrainagen werden nach einigen Tagen entfernt. Danach können Sie in der Regel duschen. Auf Vollbäder sollten Sie jedoch einige Wochen verzichten. Die

Dauer des stationären Aufenthaltes richtet sich vor allem nach dem Operationsverfahren und beträgt bei komplikationslosem Verlauf zwischen einigen Tagen bis zu zwei Wochen. Nach etwa 14 Tagen können Sie mit der Narbenpflege (Eincremen und leichte Massage) beginnen.

Die voraussichtliche Arbeitsunfähigkeit beträgt etwa sechs Wochen. Belastende körperliche Aktivitäten sowie Sport sollten Sie zwei bis drei Monate nach der Operation vermeiden. Das Tragen von Kompressions-BH oder -mieder wird in der Regel für sechs Wochen empfohlen. Solange die Narben nach der Operation für einige Wochen oder Monate gerötet sind, sollten Sie UV-Licht an diesen Arealen vermeiden.

Auch ist es wichtig, dass Sie in Rückenlage schlafen, um die innere Wundheilung nicht zu stören.

Eventuell notwendige Folgeoperationen wie eine angleichende Operation der anderen Brust oder die Rekonstruktion der Brustwarzen werden vor Beginn der Brustrekonstruktion im Rahmen eines Gesamtkonzeptes geplant und bei Bedarf durch eine eventuell notwendige Formkorrektur der rekonstruierten Brust ergänzt.



# WELCHE KOMPLIKATIONEN KÖNNEN ENTSTEHEN?

Jede Operation bringt Risiken mit sich. Die Risiken einer Brustrekonstruktion können aber minimiert werden, wenn die Operation von einem qualifizierten Plastischen Chirurgen mit genügend Erfahrung vorgenommen wird. Trotz größter Sorgfalt können aber, wie bei jedem chirurgischen Eingriff, während oder nach der Operation vereinzelt Komplikationen auftreten.

Neben spezifischen Risiken der einzelnen Rekonstruktionsmethoden besteht bei jeder Operation die Gefahr allgemeiner Komplikationen: Infektion, Wundheilungsstörungen, Nachblutungen, Blutergüssen, Taubheitsgefühl, überschießende Narbenbildung, die Notwendigkeit von Folgeoperationen, Blutgerinnselbildung und Embolie. Ziel der Rekonstruktion ist eine natürlich erscheinende Brust, jedoch kann die ursprüngliche Optik und Gefühlsempfindung der Brust nicht gänzlich erreicht werden. Weiterhin verbleiben in der Regel Narben im Bereich der rekonstruierten Brust – sowohl aufgrund der erfolgten Voroperationen (z. B. Mastektomie) als auch infolge der Rekonstruktion. Häufig ist zur Herstellung der Symmetrie eine Anpassung der gesunden Brust (z. B. durch Straffung oder Verkleinerung) notwendig.

Bei einer Rekonstruktion mit Silikonimplantaten kommen spezifische Risiken hinzu. Neben der bereits erwähnten Kapselbildung mit ggfs.

notwendigen erneuten Operationen, sind dies Defekte des Implantats, aber auch Implantat assoziierte Erkrankungen, wie das anaplastische, großzellige Lymphom (BIA-ALC) oder das so genannte Brustimplantat-assoziierte Plattenepithelkarzinom (BIA-SCC) sowie die so genannte Breast Implant Illness (BII). Diese Krankheitsbilder werden intensiv erforscht. Sie finden dazu aktuelle Information auf der Webseite der DGPRÄC ([www.plastische-chirurgie.de](http://www.plastische-chirurgie.de)) im Bereich Patienten/ Sonderthemen.

Sind Sie als Frau in einem Alter, in dem Sie regelmäßig Mammographie-Untersuchungen vornehmen lassen, sollten Sie Ihren Arzt in jedem Fall über Ihr Brustimplantat informieren, da es die Untersuchung einschränkt. Alternativ kann der Brustzustand per Ultraschall oder Kernspintomografie untersucht werden – die Kosten hierfür übernimmt die Krankenkasse jedoch meist nicht.

## WER TRÄGT DIE KOSTEN?

Die Kosten für die Brustrekonstruktion und notwendige Folgeoperationen werden von den Krankenkassen vollständig übernommen. Vor der Operation sollte, vor allem bei Folgeoperationen oder Angleichung der Gegenseite, die Kostenübernahmebescheinigung eingeholt werden.

## NOTIZEN

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....







# NOTIZEN

---

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Herausgeber:**  
Deutsche Gesellschaft für  
Plastische, Rekonstruktive und  
Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC) e.V.  
Luisenstr. 45  
10117 Berlin

**Grafik, Illustration:**  
Nicola Marina, [www.nicolamarina.com](http://www.nicolamarina.com)  
Angie Frenzel

**Druckerei:**  
MediaService GmbH  
Franz-Mehring-Platz 1  
10243 Berlin

Stand: 01.06.2024

© DGPRÄC e. V.



# PLASTISCHE CHIRURGIE FORM UND FUNKTION



Rekonstruktive  
Chirurgie



Hand-  
Chirurgie



Verbrennungs-  
Chirurgie



Ästhetische  
Chirurgie

[WWW.PLASTISCHE-CHIRURGIE.DE](http://WWW.PLASTISCHE-CHIRURGIE.DE)