

SENOLOGIE & BRUSTCHIRURGIE

Informationen



Entfernung und Wiederaufbau der Brust

Subkutane bzw. nippelsparende Mastektomie

Brustprothesen

A pink awareness ribbon is tied in a bow on the left side of a white t-shirt. The background of the page is a close-up of the white fabric of the shirt.

ENTFERNUNG DER GESAMTEN BRUSTDRÜSE – MUSS ES SEIN?

Heute kann bei zwei von drei Frauen mit Brustkrebs eine brusterhaltende Operation durchgeführt werden. In manchen Fällen muss aber die ganze Brustdrüse entfernt werden, eine Operation, die als „Mastektomie“ bezeichnet wird. Das ist der Fall z.B., wenn der Tumorbefall in der Brust ausgedehnt ist, oder mehrere Stellen betrifft.

In einer solchen Situation erscheint eine brusterhaltende Operation bei ungünstigem Brust/Tumorverhältnis nicht sinnvoll.

Auf der anderen Seite kommt so eine Operation bei manchen gesunden Frauen als prophylaktische Maßnahme infrage:

Bei bestimmten Veränderungen im Erbgut, sogenannten Genmutationen (u.a. BRCA 1 oder BRCA 2), haben die Betroffenen ein besonders hohes Risiko, an Brustkrebs zu erkranken. Hier kann die Brustoperation als risikoreduzierende Maßnahme angeboten werden.

Brustentfernung und sofortiger Wiederaufbau

Während bis in den 80ern Brustkrebs mit möglichst radikalen Operationstechniken bekämpft wurde, ist heutzutage ein künstlicher Brustaufbau hoch ästhetisch möglich.

Es gibt unterschiedliche Techniken von Brustentfernungen. Meistens führen wir, wenn es onkologisch möglich und sicher ist, die sogenannte „subkutane Mastektomie“ durch. Bei dieser Operationsmethode erfolgt die vollständige Entfernung des Drüsenkörpers mit Erhalt der Haut, eine Art der Brustentleerung. Gleichzeitig wird die Brust mittels eines Silikonimplantates wiederaufgebaut. Eine Methode, die onkologisch genauso sicher ist, wie die damalige radikale OP mit Entfernung der Haut. Natürlich vorausgesetzt, dass die Brusthaut nicht vom Tumor betroffen ist.

Was wird während der Operation gemacht?

Über einen möglichst unauffälligen, a.e. in der Umschlagfalte der Brust oder am Rand des Warzenhofs gelegenen, Hautschnitt wird der ganze Drüsenkörper entfernt, sodass nur Brusthaut und Brustwarze, wenn nicht befallen, erhalten bleiben. Während der Operation werden feingewebliche Untersuchungen (sog. Schnellschnitt) durchgeführt. Sollte sich dabei eine bösartige Veränderung im Bereich der Brustwarze finden, muss diese ebenfalls entfernt werden. Ein Wiederaufbau der Brustwarze ist in diesem Fall natürlich auch möglich.

Bei sehr großen Brüsten muss der Hautmantel verkleinert und die Brustwarze nach oben verlagert werden. In der Regel muss dann auch die Gegenseite entsprechend, ggf. bei einer späteren Operation (zweitzeitig), verkleinert werden.

Vor dem Verschluss der Wunde werden dünne Kunststoffschläuche (Drainagen) eingelegt, um die Wundflüssigkeit nach außen abzuleiten. Die Wunde wird durch Nähte verschlossen.

INFORMATIONEN ÜBER BRUSTPROTHESEN

Brustprothesen bestehen in der Regel aus einer Silikon-Kunststoffhülle, die meistens mit Silikongel gefüllt ist.

Wie bei jeder Operationsmethode gibt es immer Vor- und Nachteile.

Die Vorteile des Wiederaufbaus mit Implantaten sind:

- Die Brustentfernung und der Wiederaufbau erfolgen meistens in einer Sitzung
- Deutlich weniger aufwändige Operation im Vergleich zum Wiederaufbau mit Eigengewebe
- Meistens kaum sichtbare Narben
- Meistens sehr schöne kosmetische Ergebnisse

Die Nachteile dieser Methode sind:

- Das Risiko der sogenannten Kapselfibrose. Hier wird das Implantat von einer Schicht Bindegewebe (Kapsel) abgegrenzt. Schrumpft oder verkalkt die Kapsel (Kapselfibrose), kommt es zu einer – evtl. schmerzhaften – Verhärtung mit Spannungsgefühl. Das ästhetische Ergebnis kann sich durch die Verhärtung verschlechtern. In dieser Situation kann eine Korrekturoperation erforderlich werden.





Oberfläche und Form der Implantate:

Es gibt unterschiedliche Implantatoberflächen. Die glatten Implantate sind seit den 1960er Jahren bekannt. Seit den 1970er Jahren werden mit Mikropolyurethan-Schaum (MPU) beschichtete Implantate verwendet. Dann kamen in den 1980er Jahren die texturierten (aufgerauten) Implantate auf den Markt. Seit einigen Jahren gibt es auch die mikrotexturierten Implantate. Jede Oberfläche hat ihre Vor- und Nachteile. Manche haben ein höheres Risiko der Kapselfibrose als andere.

Es gibt ebenso unterschiedliche Formen der Brustimplantate. Es gibt die runden Implantate mit zentraler Wölbung und die anatomischen Implantate, bei denen die Wölbung in der unteren Hälfte ist (tropfenförmig). Diese können quer oder längsoval sein. Je nach Zielform, Wunsch, eigener Figur und vielen anderen Faktoren wird individuell für jede Frau entschieden, welches Implantat am besten für sie passt.

Wo wird das Implantat eingesetzt?

Es gibt zwei Möglichkeiten für die Implantation der Brustprothese: Entweder direkt hinter der Haut (subkutan bzw. präpektoral) oder unter dem Muskel (subpektoral).

Es sind viele Faktoren und individuelle Unterschiede, die die Entscheidung der Prothesenposition bestimmen. Eine individuelle Beratung ist immer notwendig.

Implantate und Krebs

In der Literatur besteht kein Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen Brustkrebs und Implantaten. Das heißt; die Implantatträgerinnen erkranken nicht häufiger an Brustkrebs als Frauen ohne Implantate.

Es besteht allerdings der Verdacht auf einen möglichen Zusammenhang zwischen bestimmten texturierten Implantaten und einer bösartigen Veränderung der Lymphknoten; ein sogenanntes ALCL (anaplastisches großzelliges Lymphom), so dass diese bestimmten Implantate 2018 aus dem Markt rausgenommen wurden.

Das anaplastische großzellige Lymphom (ALCL) ist eine seltene Form der Lymphknotenerkrankung. Die genaue Inzidenz des Brustimplantat-assoziierten anaplastischen großzelligen Lymphoms (BIA-ALCL) ist sehr selten. Laut FDA tritt es bei 0,6–1,2 von 100.000 Patientinnen auf. Manche Quellen ermitteln Inzidenzen von < 1 von einer Million Patientinnen mit Brustimplantaten pro Jahr, während andere Quellen auf < 1 von 100.000 Patientinnen mit Brustimplantaten pro Jahr kommen. Im Mittel entwickeln ein bis zwei Frauen von 10.000 Frauen mit Brustimplantaten in zehn Jahren ein BIA-ALCL.

Im schlimmsten Fall bei Auftreten dieser sehr seltenen Erkrankung ist die Prognose dann sehr gut und eine vollständige Heilung kann in den meisten Fällen durch die Entfernung des Implantates mit der Kapsel erzielt werden.



Netze und Gewebersatzmaterialien:

In einigen Fällen kann ein gewebsunterstützendes Material gebraucht werden, damit das Implantat an der gewünschten Position gehalten wird; entsprechend einem internen BH. Dadurch wird das Verrutschen des Implantates aus seiner Lage verhindert (siehe obenstehende Abbildungen).

Es gibt biologische und synthetische Materialien. Die Biologischen werden als ADM (azelluläre dermale Matrix) bezeichnet. Sie werden aus Schwein-, Rind- oder Humangewebe hergestellt. Die synthetischen Materialien sind nicht selbstauflösend. Es wird individuell entschieden, ob solche Materialien benötigt werden.

Informationen zum organisatorischen Ablauf entnehmen Sie bitte der entsprechenden Broschüre auf unserer Webseite.

Bei Rückfragen zögern Sie nicht, uns zu kontaktieren.

*Ihr Team der Senologie und Brustchirurgie
am HKK Walsrode*

LITERATUR

AGO-Leitlinien

Kommission Mamma | Leitlinien & Empfehlungen | Leitlinien & Stellungnahmen | AGO - Die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (ago-online.de). – Zugriff am 15.02.2022

BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte)

Homepage - Möglicher Zusammenhang zwischen Brustimplantaten und der Entstehung eines anaplastischen großzelligen Lymphoms (ALCL) – Zugriff am 15.02.2022

Bryant, H. and P. Brasher (1995). "Breast implants and breast cancer—reanalysis of a linkage study." *New England Journal of Medicine* 332(23): 1535-1539.

Clemens, M. W. and R. N. Miranda (2015). "Coming of Age: Breast Implant–Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma After 18 Years of Investigation." *Clinics in plastic surgery* 42(4): 605-613.

Deapen, D. M., et al. (1997). "Are breast implants anticarcinogenic? A 14-year follow-up of the Los Angeles Study." *Plastic and reconstructive surgery* 99(5): 1346-1353.

Downing, D. (1998). "Silicone Gel Breast Implants: the UK Independent Review Group Report." *Journal of Nutritional & Environmental Medicine* 8(4): 317-319.

Ezekwudo, D. E., et al. (2017). "Breast implant–associated anaplastic large cell lymphoma: a case report and review of the literature." *Case Reports in Oncological Medicine* 2017.

Friis, S., et al. (1997). "Breast implants and cancer risk in Denmark." *International journal of cancer* 71(6): 956-958.

Fumento, M. (1996). *Silicone Breast Implants: Why Has Science Been Ignored?*, American Council on Science and Health, Incorporated.

Hamann, U. and C. Ankel (2018). "Mammakarzinom: Diagnostik und Therapie—das Wichtigste für den Internisten." *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift* 143(04): 267-278.