



Evangelische Elisabeth Klinik

Ein Unternehmen der Paul Gerhardt Diakonie

Rekonstruktives Brustzentrum



Ihre Klinik am Potsdamer Platz!

Abteilung für Plastische Chirurgie
und Handchirurgie der
Evangelischen Elisabeth Klinik Berlin

Herzlich Willkommen im Rekonstruktiven Brustzentrum der Evangelischen Elisabeth Klinik

Die Zertifizierung von Brustzentren in Deutschland hat in den letzten Jahren geholfen, die Versorgungsqualität onkologischer Erkrankungen der Brust zu heben und landesweit zu vereinheitlichen. Ein Defizit bestand bisher in der gleichwertigen Gewichtung der Brustwiederherstellung nach Brustkrebs zur Besserung der Lebensqualität betroffener Frauen.

Die Abteilung für Plastische Chirurgie und Handchirurgie der Evangelischen Elisabeth Klinik Berlin ist eine der ersten Abteilungen Deutschlands, die diesem Anspruch gerecht wird. Im Rahmen einer Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) wurde ihr das Prädikat **Qualitätsgesicherte Brustrekonstruktion** verliehen. Die Abteilung darf seit dem den Titel **Rekonstruktives Brustzentrum** führen. Unter Einsatz modernster chirurgischer Behandlungsmethoden und Verwendung bester Materialien und Verfahren gewährleisten wir diese hohen Anforderungen.



Ziel der modernen Brustrekonstruktion ist ein bestmögliches Ergebnis in Bezug auf Form, Größe und Konsistenz der rekonstruierten Brust. Um dieses Ergebnis zu erreichen, bieten wir in unserer Abteilung moderne mikrochirurgische Verfahren der Brustrekonstruktion mit Eigengewebe an.

Zusätzlich zu diesen unter Einsatz des Operationsmikroskops durchgeführten Verfahren klären wir die Patienten immer über Alternativen im Rahmen einer ganzheitlichen Beratung auf. Unter Abwägung der Vor- und Nachteile entscheiden wir gemeinsam mit den Patientinnen, welches Verfahren letztendlich durchgeführt wird.

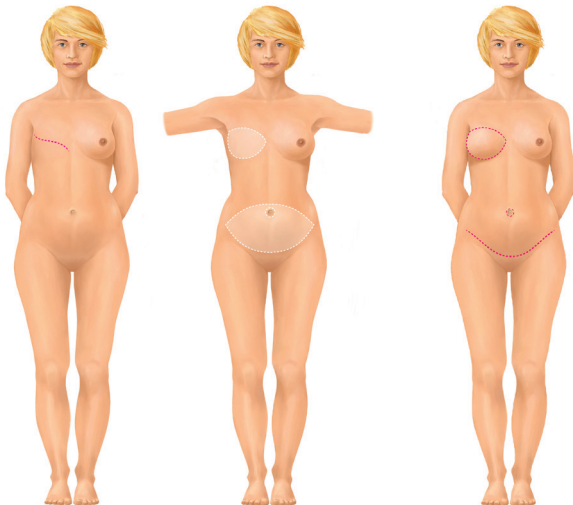
Den Brustaufbau aus Eigengewebe empfinden die Patientinnen als natürlich im Hinblick auf Form, Konsistenz und Wärme. Es kann auf die Einlage von Silikonimplantaten verzichtet werden und somit das Risiko möglicher späterer Komplikationen wie z. B. einer Kapselfibrose verhindert werden. Der Brustaufbau mit Eigengewebe kann prinzipiell zu jedem Zeitpunkt erfolgen, wobei nach Chemotherapie oder Strahlentherapie sechs Monate vergangen sein sollten. Selbst nach vielen Jahren zurückliegender Amputation der Brust kann die Rekonstruktion durchgeführt werden. Ebenso kann bei prophylaktischer Entfernung des Drüsengewebes bei Nachweis eines Brustkrebsgens (BRCA Genmutation) in einer Operation simultan das Drüsengewebe entfernt und durch Eigengewebe ersetzt werden.

Leitung: **Prof. Dr. med. Markus V. Küntscher**
Arzt für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie
Abteilung für Plastische Chirurgie und Handchirurgie
der Evangelischen Elisabeth Klinik

DIEP-Lappenplastik

(engl: deep inferior epigastric perforator flap)

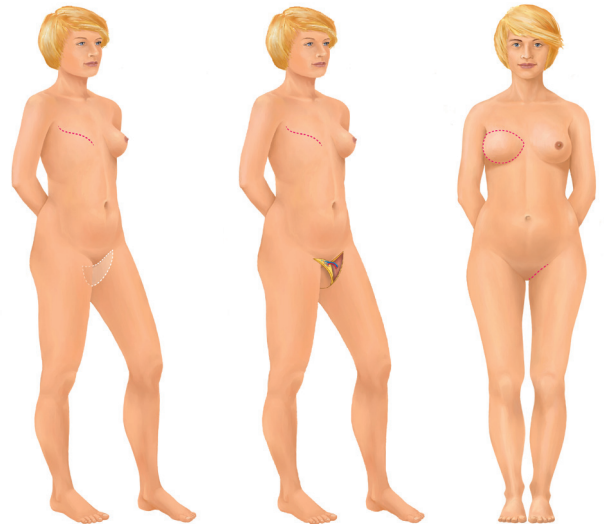
Das häufigste Verfahren zur Brustrekonstruktion ist die sogenannte DIEP-Lappenplastik. Diese ist ein Haut-Fettgewebstransplantat vom Unterbauch. Die Besonderheit dieser Lappenplastik ist der geringe Schaden an der Entnahmestelle, die wie bei einer Bauchdeckenstraffung verschlossen wird. Da bei diesem Verfahren im Vergleich zu früheren Verfahren (TRAM-Lappenplastik) auf die Entnahme von Muskulatur am Bauch verzichtet wird, kommt es in der Regel zu keiner Schwächung der Bauchwand. Die DIEP-Lappenplastik wird vom Unterbauch einschließlich der für die Durchblutung verantwortlichen Arterie und Vene entnommen. Danach erfolgt unter dem Operationsmikroskop ein neuer Anschluss an Blutgefäße der Brustwand. Bei starken bereits bestehenden Vernarbungen am Bauch oder bei sehr schlanken Patientinnen, die nicht ausreichend Fettgewebe am Unterbauch haben, können Alternativmethoden angewendet werden bei denen das Eigengewebe entweder vom inneren Oberschenkel oder vom Gesäß entnommen wird. Gerne gehen wir in einem ausführlichen Gespräch näher auf diese alternativen Methoden ein.



TMG-Lappenplastik

(TMG: transversaler musculus gracilis)

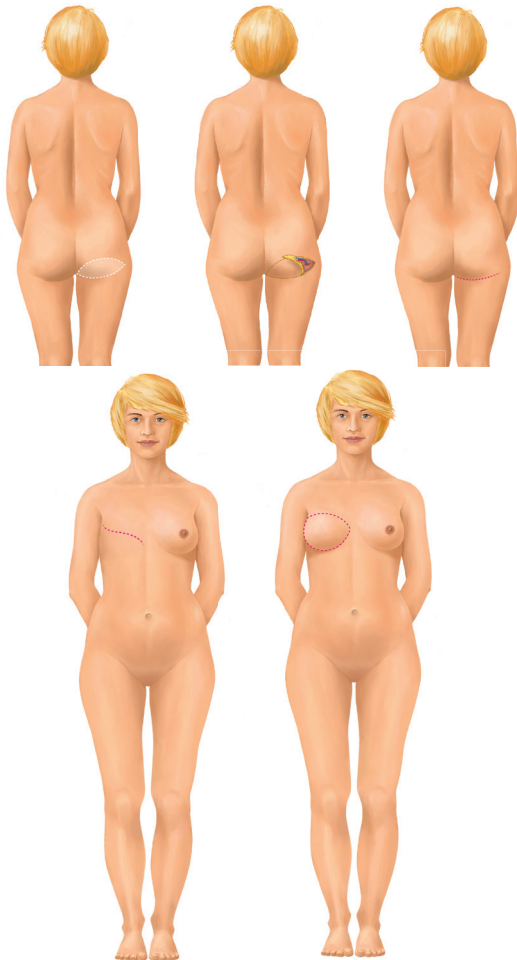
Diese Haut-Fettgewebs-Muskel-Lappenplastik von der Innenseite des Oberschenkels wird ebenfalls unter dem Operationsmikroskop neu an die Durchblutung der Brustwand angeschlossen. Da der Gracilismuskel der kleinste von insgesamt vier Muskeln der Gruppe der Adduktoren ist, fällt sein Verlust an der Entnahmestelle funktionell kaum ins Gewicht.



Die Stelle der Entnahme der Lappenplastik wird wie bei einer Oberschenkelstraffung verschlossen.

I-GAP und FCI-Lappenplastik, S-GAP-Lappenplastik

Hierbei erfolgt der Brustaufbau aus Eigengewebe vom Gesäß. Während die S-GAP-Lappenplastik (engl. superior gluteal artery perforator) von kleinen Blutgefäßen (sog. Perforatoren) ernährt wird, die von der oberen Gesäßarterie stammen, beruhen die I-GAP (engl. inferior gluteal artery perforator) und die FCI-Lappenplastik (engl. fascio-cutaneous flap of the inferior gluteal artery) auf der unteren Arterie des Gesäßes. In unserer Abteilung bevorzugen wir die I-GAP bzw. FCI-Lappenplastik.



Gestielte musculus latissimus dorsi Lappenplastik

Eine weitere Möglichkeit der Brustwiederherstellung bietet eine gestielte Muskellappenplastik vom Rücken (M. latissimus dorsi) mit oder ohne Implantation eines Silikonimplantates.

Diese Variante der Brustrekonstruktion bietet sich bei Patientinnen an, die nur eine kleine Brust benötigen. Bei dieser Operation verbleibt das Gewebe an einem definierten Gefäß. Es entfällt somit der mikrochirurgische Gefäßanschluss unter dem OP-Mikroskop.

Je nach Größe des Substanzdefektes kann die Lappenplastik mit einem Implantat kombiniert werden. Bei diesem Verfahren wird bei großem Verlust an Weichgewebe das Implantat mit dem Muskelanteil überdeckt, um so ein möglichst natürliches Ergebnis zu erreichen. Als Nachteil gegenüber einer freien Lappenplastik wie der DIEP Lappenplastik steht der mögliche Einsatz von Implantaten, mit dem erhöhten Risiko einer Bildung einer Kapselfibrose. Zudem empfinden einige Patientinnen den Muskelverlauf unterhalb der Achsel als störend. Weiter kann es bei nicht vollständiger Denervierung zu Mitbewegungen des Muskels in der Brust kommen.

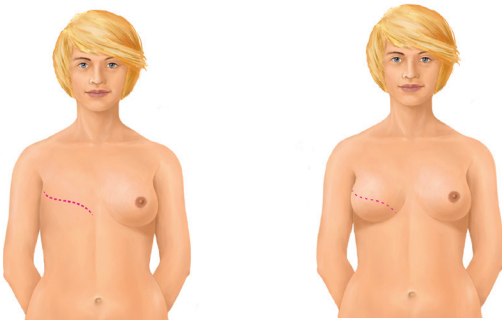
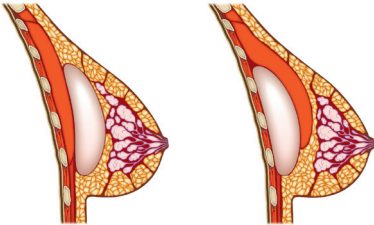
Leider führt eine vollständige Denervierung zur Atrophie (Verkleinerung) des Muskels, so dass meistens Implantate notwendig werden. Auch wenn Sie in Ihrem Alltag den Verlust des Muskels kaum bemerken, ist der Hebedefekt bei diesem Verfahren deutlich größer als bei mikrochirurgischen Operationsmethoden bei denen der Muskel erhalten wird.

Brustrekonstruktion mit Silikongelimplantaten

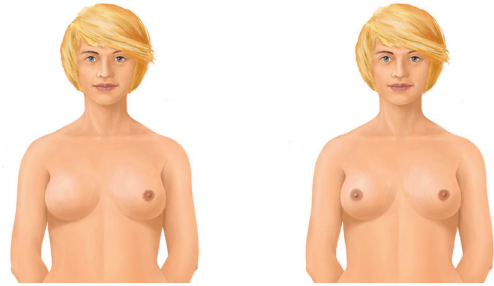
Diese Form der Brustrekonstruktion eignet sich besonders für Frauen, die im Rahmen ihrer Grunderkrankung der Brust keine Strahlentherapie benötigen. Wenn nicht mehr ausreichend Haut für ein Implantat vorhanden ist, kann auch eine Vordehnung des Gewebes mit einem Brustexpander erfolgen.

In der Regel wird die ohnehin durch die Voroperation bestehende Narbe verwendet, um das Implantat einzubringen.

Für weitere Informationen siehe auch Kapitel Brustvergrößerung ab Seite 12.



Wiederherstellung der Brustwarze



Zur Wiederherstellung der Brustwarze nach der eigentlichen Brustrekonstruktion gibt es vielfältige Möglichkeiten. Eine lokale Hautverschiebung für die Brustwarze selbst in Kombination mit Hautverpflanzung für den Brustwarzenhof ist die in unserer Abteilung am häufigsten angewandte Methode. Häufig erfolgt danach auch noch eine Tätowierung. Dies wird auch in unserem rekonstruktiven Brustzentrum durchgeführt.

Brustverkleinerung / Bruststraffung

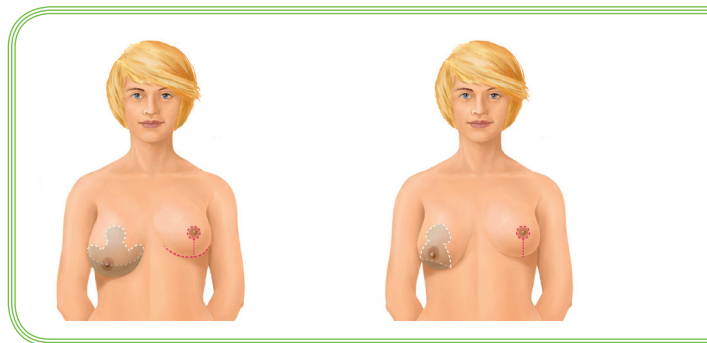
Von einer zu großen Brust (sog. **Makromastie**) spricht man im Allgemeinen ab einer BH-Körbchengröße von D. Jedoch gibt es auch immer wieder Frauen mit den BH-Größen E, F oder G. Diese extrem großen Brüste verursachen Schmerzen durch eine Fehlbelastung der Wirbelsäule oder einschneidende BH-Träger. Besteht dieser Zustand lange Zeit können die Schäden an der Wirbelsäule irreversibel sein. Hinzu kommen Hautirritationen oder sogar Pilzinfektionen in den Hautfalten unter der Brust. Die betroffenen Frauen sind bei Sport und Bewegung deutlich eingeschränkt. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine Brustverkleinerung in der Regel ab einem zu erwartenden Gewicht von 500 g Brustgewebe je Seite, welches bei der Operation entfernt wird. Vor der Operation benötigen Sie eine Krankenhauseinweisung Ihres Hausarztes, Gynäkologen oder Orthopäden (für Privatpatienten nicht notwendig).

Damit stellen Sie sich bitte in unserer Sprechstunde vor. Von uns erhalten Sie dann einen Befundbericht. Diesen Bericht und die Krankenhauseinweisung benötigen Sie bei Ihrer Krankenkasse, um die Kostenzusage zu beantragen. Zudem fertigen wir eine Fotodokumentation an. Diese kann Ihnen oder, wenn Sie damit einverstanden sind, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zur Verfügung gestellt werden. Der MDK prüft als unabhängiger Gutachter im Auftrag der Gesetzlichen Krankenkassen Ihren Fall und spricht danach eine Empfehlung zur Kostenübernahme aus. Die letztendliche Entscheidung liegt jedoch bei der gesetzlichen Krankenkasse selbst.

Für Privatpatienten ist der Prozess einfacher. Im Prinzip benötigen Sie hier keine Krankenhauseinweisung und keine Kostenzusage. Es empfiehlt sich jedoch mit dem Befundbericht bei der Kasse anzufragen, ob die Kosten getragen werden, um nicht im Nachhinein Probleme mit der Kostenerstattung zu haben.

Bruststraffung in inverser T-Technik

Ist die Brust sehr groß oder besteht ein ausgeprägter Hautüberschuss entsteht im Ergebnis der Operation ein Narbenverlauf wie er in der Abbildung gezeigt ist. Bei jeder Brustverkleinerung oder -Straffung entsteht eine Narbe am Brustwarzenrand. Bei der sog. inversen T-Technik verläuft die Narbe unter der Brustwarze wie ein Buchstabe „T“ (Abb. links), der auf dem Kopf steht. Die senkrechte Narbe ist hierbei zwischen 4 und 6 cm lang. Die Länge der waagerechten Narbe entlang der Unterbrustfalte variiert je nach Größe der Brust bzw. Hautüberschuss, geht aber in der Regel nicht über die Unterbrustfalte hinaus. Dadurch wird die Narbe hier verdeckt. Viel wichtiger für ein schönes Langzeitergebnis ist jedoch die Neuformung der Brustdrüse unter der Haut. Gerne beraten wir Sie hierzu.



Bruststraffung in I-Technik

Diese Technik ist für Brüste mit geringerem Hautüberschuss geeignet und kann auch als Kombination mit einer Brustvergrößerung angewandt werden. Hier entsteht neben der Narbe um die Brustwarze nur noch eine senkrechte Narbe unter der Brustwarze in Richtung Unterbrustfalte wie der Buchstabe „I“ (Abb. rechts).

Brustvergrößerung

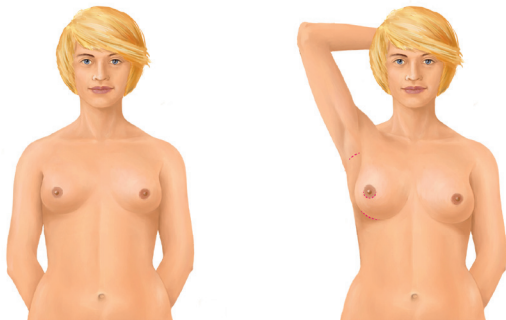
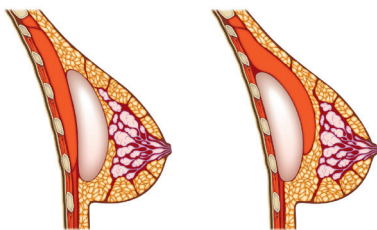
Brustkorrektur mit Silikongelimplantaten

Die häufigste medizinische Indikation für eine Brustvergrößerung ist die sog. **Mikromastie**. Darunter versteht man eine im Verhältnis zur Größe und zum Gewicht der Patientin zu kleine Brust durch eine Unterentwicklung des Brustdrüsenkörpers. Aber auch eine **Mammainvolution** (Brustdrüsenrückbildung) nach Schwangerschaft oder Gewichtsverlust kann bei den betroffenen Frauen zu einem Leidensdruck führen. Leider gelingt es in beiden Fällen in den letzten Jahren immer seltener, für diese Operationen eine Kostenübernahme der Krankenkassen zu erlangen.

Anders ist es bei angeborenen und erworbenen Fehlbildungen der Brust wie der **tubulären Brustdeformität**, **extremen Asymmetrien** oder dem **Poland-Syndrom**. Häufig werden hier kombinierte Verfahren aus dem Einsatz von Silikonimplantaten und Korrekturen der Brustdrüse erforderlich die eine Narbe am Brustwarzenrand (Abb.) oder auch wie bei den Bruststraffungen (Abb.) erforderlich machen. Für Korrekturen dieser Erkrankungen der Brust erfolgt i.d.R. eine Kostenerstattung durch die Krankenkassen.

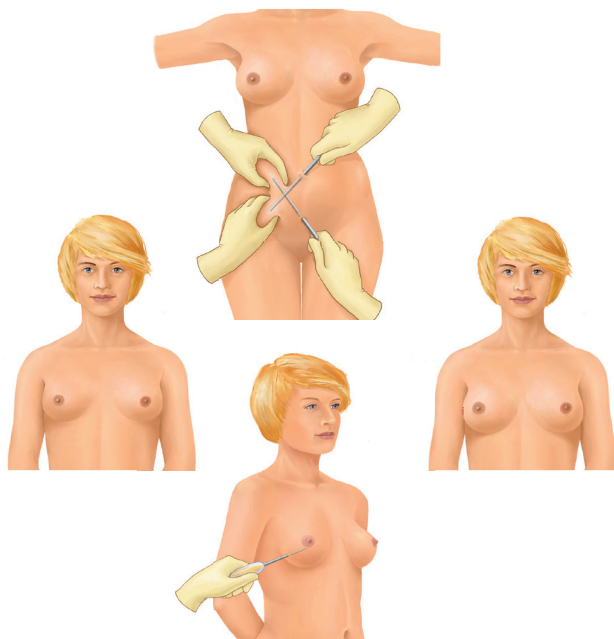
Für eine reine Brustvergrößerung benötigt man je Seite einen 4 bis 5 cm langen Schnitt, welcher in der Unterbrustfalte, am Brustwarzenrand oder versteckt in der Achselhöhle liegen kann (Abb.). Die Schnittlänge variiert in Abhängigkeit von der Elastizität der Haut und der Implantatgröße.

Die modernen Silikonimplantate können vor oder hinter dem Brustmuskel platziert werden (Abb.), wobei in unserer Klinik die Lage hinter dem Muskel bevorzugt wird. Selbstverständlich stehen wir Ihnen auch zu diesem Thema in einem individuellen Gespräch zur Verfügung.



Lipofilling

Theoretisch besteht die Möglichkeit des Absaugens von Fettgewebe an einer Stelle (z.B. am Bauch oder Oberschenkel) und das nachfolgende Einspritzen in die Brust. Bei dieser Methode werden immer Stammzellen aus dem Bindegewebe mit verpflanzt. Bisher fehlen zu diesem Verfahren noch Langzeitergebnisse.



Gynäkomastie

Die vergrößerte männliche Brust, die so genannte Gynäkomastie, kommt bei vielen Männern vor. Für Betroffene stellt sie eine starke psychische Belastung dar. Die Ursache ist meist eine genetisch oder hormonell bedingte Neigung zur vermehrten Fetteinlagerung in diesem Bereich. Es ist aber auch möglich, dass infolge hormoneller Störungen oder Medikamenteneinnahme (z.B. Anabolika) die Brustdrüse vergrößert ist.

Reine Fetteinlagerungen (sog. falsche Gynäkomastie) sind normalerweise durch Absaugung des überschüssigen Gewebes leicht zu korrigieren (Fettabsaugung). In diesen Fällen tragen die Krankenkassen die Kosten leider nicht. Wenn eine vergrößerte Brustdrüse (echte Gynäkomastie) besteht, haben auch Männer ein erhöhtes Brustkrebsrisiko. Das überschüssige Gewebe wird über einen halbkreisförmigen Schnitt am unteren Brustwarzenrand entfernt (Abb. 1). Muss bei einem Gewebsüberschuss Haut entfernt werden, entstehen Narben um die Brustwarze (Abb. 2) oder auch zusätzlich entlang der Unterbrustfalte (Abb. 3).

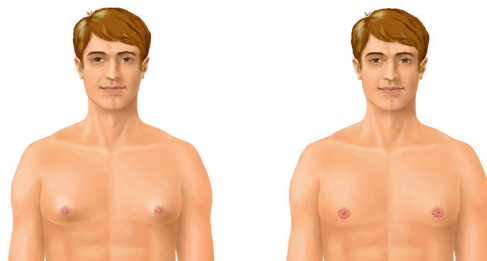


Abbildung 1

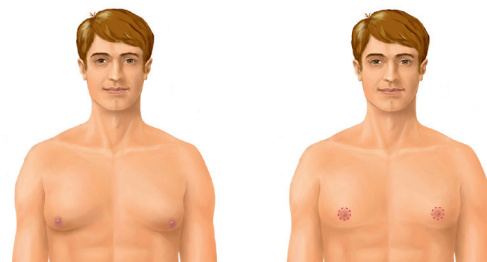


Abbildung 2

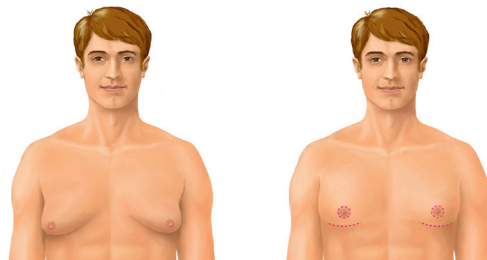


Abbildung 3

Evangelische Elisabeth Klinik Krankenhausbetriebs gGmbH

● Lützowstraße 24 – 26 | 10785 Berlin

Telefon 030 2506-1 | Telefax 030 2506-333

www.pgdiakonie.de

Gesellschafter

Paul Gerhardt Diakonie e. V., Berlin und Wittenberg

Kontakt

● Schöneberger Ufer 69 | 10785 Berlin

Sprechstunden täglich nach Vereinbarung (außer Dienstag)

Chefarztsekretariat Frau Gerwing

Telefon 030 2506-950 | mamma@elisabeth-klinik-berlin.de

Anfahrt

- **Bus** M29 Haltestelle Potsdamer Brücke
M48 Haltestelle Lützowstraße/Potsdamer Straße
M85 Haltestelle Lützowstraße/Potsdamer Straße
(fährt über Hauptbahnhof)
- **U-Bahn** U1 Kurfürstenstraße, U2 Bülowstraße,
ca. 6 Minuten Fußweg oder Bus M48, M85
- **S-Bahn** Potsdamer Platz (S1, S2, S25, S26),
ca. 10 Minuten Fußweg oder Bus M48/M85

