

Die Implantate

Eine wichtige Rolle bei der Brustvergrößerung spielen die Implantate: Seit 2001 dürfen in der EU nur Implantate mit CE-Zeichen verwendet werden. Die Patientin erhält einen Implantatpass, in dem die Daten des Implantates detailliert aufgelistet sind. Die heute verwendeten Silikonimplantate haben mehrwandige Hüllen und enthalten kohäsives Silikon-Gel. Es besteht, selbst wenn sie beschädigt sein sollten, keine Gefahr, dass das Silikon-Gel in das Körpergewebe fließt. Einige Hersteller geben eine Lebenslange Produktgarantie.

Es gibt sie anatomisch, oval, rund und in verschiedenen Größen. Neben Silikon-Gel-Kissen kommen auch Kochsalzgefüllte Implantate bei der Brustvergrößerung zum Einsatz. Sie fühlen sich weniger natürlich an, können Falten werfen und bei Bewegungen glucksende Geräusche abgeben. Nicht mehr zugelassen sind Implantate aus Sojaöl und Hydro-Gel sowie titanbeschichtete Implantate.

Die Technik

Grundsätzlich können bei Brustvergrößerungen die Implantate über verschiedene Schnittvarianten in den Körper eingebracht werden. Bei der am häufigsten verwendeten OP-Technik wird der Schnitt in der Unterbrustfalte gesetzt. Dazu wird ein etwa 35mm langer Schnitt angebracht, die Implantattasche modelliert und das Implantat eingesetzt. Bei einem guten Narbenverhalten verschwindet die Narbe in der Brustfalte und bleibt somit unauffällig. In der Regel bleiben Gefühlsechtheit und Stillfähigkeit erhalten.

Erfolgt der Schnitt im Bereich des Brustwarzenhofes, wird zwischen periareolär und transareolär unterschieden. Bei der periareolären Technik verläuft ein halbrunder Schnitt am unteren Teil des Brustwarzenhofs, der transareoläre Schnitt verläuft quer durch den Warzenhof unterhalb der Papille. Bei Schnittführungen im Umfeld der Brustwarze besteht grundsätzlich die Gefahr, Drüsengewebe und Milchgänge zu verletzen. Diese Technik behalten wir uns rekonstruktiven Indikationen vor.

Der Zugang über die Achselhöhle ist nur für kleine Implantate geeignet. Häufig werden bei dieser Technik Kochsalzimplantate verwendet, die erst in der Brust befüllt werden und dadurch leichter einzuführen sind. Nachteil: Der Operateur hat keinen Einblick ins Operationsfeld und bei Problemen kann eine Blutung nicht gestillt werden. Es entstehen zunächst keine Narben im Brustbereich, aber dafür in der Achsel. Im Falle einer Nachoperation ist dieser Zugangsweg nicht mehr möglich, es muss in der Submammärfalte eröffnet werden.

Bei allen Techniken kann das Implantat in einer Gewebetasche vor oder unter dem Brustmuskel platziert werden. Bei der Lage unter dem Muskel (submuskulär) muss die Patientin in der ersten Zeit nach dem Eingriff mit stärkeren Schmerzen rechnen. Der Brustmuskel muss sich der neuen Situation erst noch anpassen und entsprechend dehnen. Am vorteilhaftesten ist die von uns favorisierte Technik Dual-Plane, bei der das

Implantat von mehreren Gewebeschichten abgedeckt wird. Die Variante unter der Brustdrüse (subglandulär) ist nur sinnvoll, wenn die Patientin über genügend Brustgewebe verfügt. Als Reaktion gegen das Implantat, bildet der Körper eine Hülle (Kapsel) aus Bindegewebe, die das Implantat umschließt. In unter fünf Prozent der Fälle schrumpft und verdickt sich diese Kapsel, die Patientin bekommt Schmerzen und die Brustform ändert sich. In diesem Fall spricht man von einer Kapsel­fibrose. Wie bei allen größeren Operationen werden auch bei einer Brustvergrößerung Drainageschläuche zum Abfluss von Blut und Sekret gelegt. Nach der Operation wird ein Sport-BH angelegt, der für etwa sechs Wochen zu tragen ist.