Anatomie

Die weibliche Brust besteht aus dem Hautmantel an dessen höchstem Punkt (idealerweise) die Brustwarze liegt. Die Brustwarze besteht aus dem Warzenhof und dem Nippel welcher die Milchgänge beinhaltet. Unter der Haut liegt eine unterschiedlich dicke Fettschicht, darunter befindet sich die Brustdrüse, welche aus einem derben weißen Gewebe besteht. Im Bereich der Brustwarze fehlt die Fettschicht hier ist die Brustdrüse über die Milchgänge direkt mit der Haut verbunden.

Die Brust und Brustdrüse befinden sich vor dem Brustmuskel und sind mit diesem locker verwachsen. Der Brustmuskel spannt sich zwischen dem Oberarmknochen und dem in der Mitte des Brustkorbes gelegenen Brustbein und der Unterbrustfalte auf. Die seitliche Begrenzung des Brustmuskels liegt etwa auf Höhe der Brustwarze.

Die Gefühlsnerven welche die Brust mit Sensibilität versorgen entspringen in der Mitte und seitlich zwischen den Rippen und ziehen durch die Haut bis in die Brustwarze. Sie müssen bei der Entfernung der Kapselfibrose geschont werden um die Empfindung der Brust zu erhalten. Auch die Blutversorgung gilt es zu erhalten, die versorgenden Blutgefäße kommen von oberhalb der Brust und von der Mitte.

Je nachdem ob ein Implantat hinter dem Brustmuskel oder davor liegt, ist die Kapselfibrose mit der Vorderseite oder der Hinterseite des Muskels verwachsen. In jedem Fall ist das Implantat von einer derben narbigen Gewebeschicht umgeben und praktisch nicht mehr verformbar. Die narbigen Verwachsungen können zwischen den feinen Gefühlsnerven verlaufen. Aus diesem Grund müssen sie sehr aufwändig und subtil entfernt werden um Nerven und Blutgefäße der Brust zu schonen.

Als Fachärzte für Plastische- und Ästhetische Chirurgie und als hoch qualifizierte Mikrochirurgen, verfügen wir über das gesamte technische Know-how welches erforderlich ist, die komplexe Planung bei Implantatwechseln auf wissenschaftlich aktuellstem Stand vorzunehmen.

Technische Details

Das Prinzip des Implantatwechsels besteht in der Entfernung des alten Implantates en bloc mit der Kapsel. Anschließend ist die Präparation eines neuen Implantatlagers (Tasche), Verbesserung der Weichteilverhältnisse, ggf. Rekonstruktion des Brustmuskels, ggf. zusätzlicher Bruststraffung und das Einsetzen eines neuen, hochwertigen Implantates erforderlich. Sollten die Weichteile zu stark ausgedünnt und der Muskel zerstört sein, dann kann die Notwendigkeit zur Eigengewebsrekonstruktion erforderlich werden.

Wie weit man bei einem Implantatwechsel gehen muss und wie viele Zusatztechniken erforderlich sind, sollte vor dem Eingriff feststehen damit Sie sich auf dem Umfang der Operation einstellen können. Entscheidend ist jedoch die Implantatkapsel vollständig zu entfernen, sonst können Komplikationen entstehen.

Die Beurteilung und technische Durchführung eines Implantatwechsels ist deutlich anspruchsvoller als das ursprüngliche Einsetzen des Implantates und erfordert viel Berufserfahrung. Wir beraten Sie gerne.

1. Entfernung von Implantat und Kapsel

   Vor dem Hintergrund, dass das alte Implantat defekt oder infiziert sein könnte, sollte man es en bloc, zusammen mit der Bindegewebskapsel entfernen. Die so genannte no touch Technik verhindert, dass kontaminiertes Material aus der Bindegewebskapsel mit dem gesunden Gewebe in Kontakt kommt. So ist das Risiko einer Infektion nach dem Eingriff am geringsten.

2. Präparation eines neuen Implantatlagers

   Ist die Kapsel mit dem Implantat entfernt, muss nun eine neue Implantattasche präpariert werden. Üblicherweise ist nach vielen Jahren die alte Tasche so stark geschrumpft, dass diese nur noch teilweise verwendet werden kann. Oft ist die Position des Implantatlagers nicht mehr korrekt und muss korrigiert werden. Am Ende dieser Präparation ist zu entscheiden ob die Weichteilbedeckung des Implantates gut ist oder u.g. Zusatztechniken zum Einsatz kommen müssen.

Ist die Weichteilsituation gut wird jetzt ein neues Implantat eingesetzt. Nach gründlicher Gewebespülung und erneuter Desinfektion, wird durch das Einsetzen unterschiedlicher Probeimplantate die günstigste Größe und Form des neuen Implantates ermittelt. Meistens muss ein leicht größeres Implantat gewählt werden. Nun werden Drainagen eingelegt.

Schließlich werden die neuen Implantate unter hoch sterilen Bedingungen eingesetzt und der Zugang mit mehrschichtigen Nahttechniken verschlossen.

3. Verbesserung der Weichteilbedeckung

Sind Brustdrüse und Haut vor dem Implantat sehr dünn und tastet man die Begrenzungen des Implantates stark, dann sollte eine Verbesserung der Weichteilsituation erfolgen. Dazu stehen verschiedene Techniken zur Verfügung.

3.1. Implantatverlagerung hinter den Brustmuskel

Bei dieser Technik wird die Implantattasche hinter den Brustmuskel (siehe Brustvergrößerung submuskuläre Technik) verlagert. Dadurch liegt nun vor dem Implantat nicht nur dünne Haut und Brustdrüse, sondern auch der 3-4cm dicke Brustmuskel. Dies sorgt für weiche Konturen im Decollete und ein natürliches Aussehen der Brust.

3.2. Zusätzliche Bruststraffung

Soll das Implantat vor dem Brustmuskel bleiben, dann kann durch eine Bruststraffung (siehe Kapitel Bruststraffung, Brustformung) die Brust nicht nur gestrafft, sondern Gewebe so übereinander gelegt werden, dass sich eine bessere Weichteilabdeckung für das Implantat ergibt.

3.3. Lipofilling

Mit dem Lipofilling ist es möglich die Fettgewebsschicht der Haut deutlich aufzupolstern. Fettgewebe wird an einer Stelle der Wahl abgesaugt, aufbereitet und in das Unterhautfettgewebe der Brust eingespritzt. Die Fettzellen wachsen an und die Gewebeschicht wird dicker. (siehe Kapitel Lipofilling)

3.4. Transplantation von künstlicher Dermis Matrix

Die Industrie bietet feine Schichten künstlicher Dermis (Lederhaut) zur Transplantation an. Diese wird zwischen Implantat und Weichteilgewebe aufgenäht und führt zur Anreicherung körpereigenen Gewebes um das Implantat herum. Leider lassen sich damit nur dünne Gewebeschichten aufbauen.

4. Rekonstruktion des Brustmuskels

Wir der Brustmuskel an seinem Ansatz in der Unterbrustfalte abgelöst, so gleitet er mit den Jahren nach oben und zieht das Brustimplantat zur Seite. Es entstehen Einsenkungen mit dünner Haut unterhalb der Implantate und eine Wulst mit viel Gewebe oberhalb der Brust. Diese unschöne Deformierung der Brust nach Brustvergrößerung sieht man noch häufig in der älteren Generation. Die ursprünglichen Techniken zur Brustvergrößerung mit Implantaten unter dem Brustmuskel setzten durch das Ablösung des Muskels auf ein besseres Aufdehnen der Implantatasche. Moderne Techniken versuchen jegliche Schädigung des Muskels zu vermeiden.

Ist der Brustmuskel „abgerissen“ muss er wieder in der Unterbrustfalte fixiert werden. Das kann durch Dehnungsplastiken des Muskels, Verlängerungstechniken mit Eigengewebe (Faszie) oder synthetischem Gewebe erreicht werden. Danach ist es möglich das neue Implantat korrekt zu platzieren.

5. Zusätzliche Bruststraffung

Hängt die Brust unterhalb der Unterbrustfalte, so ist unabhängig von der Weichteilsituation eine Bruststraffung erforderlich. (Bruststraffung + Brustimplantat)

6. Rekonstruktion der Brust mit Eigenfett

Sind sowohl der Brustmuskel als auch die Brustdrüse und Haut hauchdünn und nicht mehr in der Lage, ein Implantat aufzunehmen, so bleibt als einzige Möglichkeit die Brustrekonstruktion mit Eigengewebe.

Als erfahrene Mikrochirurgen und führende europäische Anbieter dieser Techniken sind wir in der Lage, die für Sie passende Entnahmestelle des Fettgewebes zu realisieren und eine weiche, natürliche Brust aufzubauen. Die Techniken dazu sind ausführlich in den Kapiteln (Brustrekonstruktion Mikrochirurgie, Freie mikrochirurgische Lappenplastiken) auf unserer Website erläutert.