

Eine Entscheidungshilfe für Frauen mit Brustkrebs

Brustentfernung – was kommt danach?

Gemeinsame Planung des Vorgehens nach Brustentfernung



**Arbeiten mit
dieser Broschüre**

Tipps

Konkrete
Handlungsvor-
schläge für die
Patientin



Ausnahmen

Wichtige Infor-
mationen zu
Besonderheiten
der Behandlung



Hilfe für Ihre Entscheidung **5**

Vor der Brustentfernung 5

Die Behandlungsalternativen **7**

Die Behandlungspfade im Überblick 8

Äußere Brustprothese 10

Erstversorgung 10

Dauerhafte Versorgung 10

Brustwiederaufbau 11

Brustwiederaufbau mit Eigengewebe 13

Risiken und Auswirkungen auf den

Krankheitsverlauf 15

Brustwiederaufbau mit Implantat 17

Risiken und Auswirkungen auf den

Krankheitsverlauf 20

Den eigenen Weg finden **25**

Abwägen des Für und Wider 25

Behandlungswege im Vergleich 26

Drei Frauen und ihre Gründe **35**

Agnes K.: Ein Wiederaufbau kann die Brust
nicht ersetzen 35

Cora A.: Dem Gefühl der eigenen Brust
am nächsten 36

Beate P.: Ich wollte nur eine Narbe und
eine Operation 37

service **38**

Adressenliste 38

Hilfreiche Internetadressen 41

Medizinische Fachbegriffe 42

inhalt

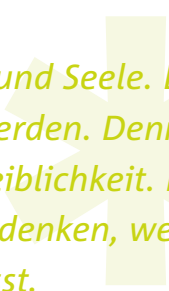
Liebe Patientin,

eine Brustoperation ist für Frauen mit Brustkrebs ein notwendiger Teil ihrer Behandlung, damit der Tumor vollständig entfernt werden kann. Für einige Frauen bedeutet dies aus medizinischen Gründen die Entfernung der ganzen Brust. Andere Frauen haben die Wahl zwischen einer brusterhaltenden Therapie und einer vollständigen Entfernung der erkrankten Brust und entscheiden sich aus verschiedensten Motiven für die Entfernung. Welche Gründe auch immer dazu geführt haben, dass die Brust ganz abgenommen wird, immer verändert dieser Eingriff das Körperbild grundlegend. Für manche Frauen ist dies mit einem starken Verlustgefühl verbunden. Ein Brustwiederaufbau kann Ihnen helfen, den Verlust der Brust besser akzeptieren zu können, aber er kann Ihnen die eigene Brust nicht ersetzen. Unabhängig von Ihrer Entscheidung braucht es in jedem Fall Zeit und Unterstützung, das neue Körperbild zu akzeptieren.

Es gibt viele Wege des Umgangs damit. Einige Frauen entscheiden sich für eine äußere Brustprothese. Andere entschließen sich für einen Wiederaufbau der Brust. Diese grundsätzlich sehr persönliche Entscheidung sollten Sie zunächst für sich klären. Für Frauen, die einen Brustwiederaufbau wünschen, gibt es heute mehrere Möglichkeiten des Vorgehens, die jedoch alle gewisse Risiken mit sich bringen und gut geplant sein wollen. Sie werden im Folgenden dargestellt, auch im Hinblick auf Entscheidungen, die Sie möglicherweise noch vor Ihrer Krebsoperation treffen sollten. Dies kann Ihnen als Grundlage für das Gespräch mit Ihrem Operateur und Ihrem behandelnden Arzt dienen. Da es keine medizinisch notwendige Entscheidung darstellt, sollten Sie sich genügend Zeit für Ihre Überlegungen nehmen.

Ob Sie einen Brustwiederaufbau wünschen und welche Methode für Sie die passende ist, können nur Sie selbst wissen. Weder Ihr Arzt noch Ihr Partner kann diese Entscheidung für Sie treffen. Sie können Sie auf Ihrem Weg mit Informationen und unterstützen.





Brustkrebs hinterlässt Spuren an Körper und Seele. Das gilt auch für die vielen Frauen, die geheilt werden. Denn die Operation der Brust verletzt auch die Weiblichkeit. Deshalb sollten Sie vor dem Eingriff darüber nachdenken, welches Erscheinungsbild am besten zu Ihnen passt.



Hilfe für Ihre Entscheidung

Kurz vor der Operation sind Ihre Gedanken vermutlich auf die Entfernung des Tumors und Ihre Heilungschancen konzentriert. Das ist verständlich. Dennoch ist es hilfreich, wenn Sie bereits jetzt darüber nachdenken, wie Sie sich die Versorgung nach der Operation vorstellen.

Ob äußere Prothese oder Wiederaufbau: Beides ist nicht nur kosmetischer Ersatz für die verlorene Brust. Beides trägt auch dazu bei, den Körper wieder ins Gleichgewicht zu bringen und Schmerzen an Rücken, Schulter und Nacken vorzubeugen. Dies ist wichtig für die Lebensqualität nach einer Brustentfernung. Denn wird die Gewichtsverlagerung in der Folge einer Brustentfernung nicht ausgeglichen, kann dies zu einer Fehlstellung der Wirbelsäule führen.

Studien haben gezeigt, dass es bezüglich der Lebenserwartung zwischen äußerer

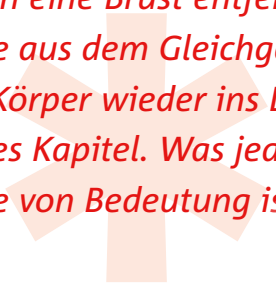
Prothese und Brustwiederaufbau keinen Unterschied gibt. Auch die Zahl der Fälle, in denen sich am gleichen Ort ein neuer Tumor bildet (Lokalrezidiv), unterscheidet sich nach den vorliegenden Daten nicht.

Ein Brustwiederaufbau kann jederzeit auch zu einem späteren Zeitpunkt vorgenommen werden. Sie müssen sich also nicht unter Zeitdruck setzen, wenn Sie sich gegenwärtig damit überfordert fühlen.

Vor der Brustentfernung

Wenn Sie sicher wissen, dass Sie in jedem Fall einen Wiederaufbau wünschen, sollten Sie vor der Operation mit einem qualifizierten Operateur (siehe S. 34/35) die verschiedenen Möglichkeiten besprechen, die in Ihrem Fall in Betracht kommen. Beraten Sie sich danach ausführlich über das weitere Vorgehen mit Ihrem behandelnden Arzt, der die einzelnen Schritte der Krebstherapie aufeinander abstimmt.

Wenn eine Brust entfernt wird, geraten Körper und Seele aus dem Gleichgewicht. Mit welchen Methoden der Körper wieder ins Lot gebracht werden kann, erklärt dieses Kapitel. Was jedoch für das Gleichgewicht Ihrer Seele von Bedeutung ist, können nur Sie entscheiden.



Die Behandlungsalternativen

Äußere Prothese oder Brustwiederaufbau? Die Gründe für oder gegen eine dieser Möglichkeiten sind vielschichtig. Auch medizinische Aspekte können eine Rolle spielen. In jedem Fall gilt: Es gibt nicht den richtigen oder den falschen Weg. Was zählt, sind Ihre persönlichen Wünsche und Ihre gesundheitliche Verfassung.

Wichtig für Ihre Überlegungen ist sicher, dass sich jede Frau zu einem operativen Wiederaufbau entschließen kann. Diese Entscheidung ist unabhängig vom Alter und davon, wie lange die Entfernung der Brust zurückliegt. Die Kosten für diese Behandlung werden von der Krankenversicherung übernommen. Auch wenn Sie sich zunächst für eine äußere Prothese – also einen BH mit Füllung – entscheiden, können Sie zu einem späteren Zeitpunkt dennoch einen Brustwiederaufbau vornehmen lassen.

Es gibt verschiedene Wege des Wiederaufbaus. Alle bergen gewisse Risiken und sollten gut geplant sein. Da es keine medizinisch notwendige Entscheidung darstellt, sollten Sie sich Zeit zum Nachdenken nehmen. Ein Brustwiederaufbau kann helfen, den Verlust der Brust besser akzeptieren zu können, aber er kann Ihnen die eigene Brust nicht ersetzen. Keine Rekonstruktion ist so natürlich, so beweglich und so empfindsam wie eine gesunde Brust.

Erfahrungen anderer

Sich vorzustellen, wie sich die Entfernung einer Brust auswirkt, fällt schwer. Hilfreich ist oft ein Gespräch mit betroffenen Frauen. So erhalten Sie zum Beispiel in einer Selbsthilfegruppe Informationen, welche Erfahrungen andere gemacht haben und wie sie damit umgehen. Auf den folgenden Seiten werden die verschiedenen Versorgungsalternativen erläutert.

Die Behandlungspfade im Überblick

A

Äußere Brustprothese

medizinisch sinnvoll
zur Vorbeugung von
Rückenschmerzen
und Haltungsschäden

Erstversorgung

leichte Prothese,
z. B. aus Schaumstoff,
für die erste Zeit nach
der OP bzw. die Dauer
der Strahlentherapie

oder

B

Brustwieder- aufbau

kann je nach Methode
und weiterer Therapie
sofort in einem
Schritt mit der
Brustamputation
vorgenommen werden
oder aber zu jedem
beliebigen späteren
Zeitpunkt

1

Eigengewebe

Strahlentherapie nach
Wiederaufbau meist
möglich, ästhetisches
Ergebnis leidet

oder

2

Implantate

in Verbindung mit
Strahlentherapie,
meist in zwei
Schritten eingesetzt

Dauerhafte Versorgung

nach Abschluss des Prozesses der Wundheilung, ca. 4 bis 6 Wochen nach der OP, beziehungsweise nach der Strahlentherapie

Prothesenwechsel

im Allgemeinen alle 2 Jahre, eine Anpassung der äußeren Prothese an Veränderungen der gegenseitigen Brust ist möglich

Latissimus dorsi Teil des Rückenmuskels mit Gewebe; gestieltes Transplantat

TRAM Unterbauchfettgewebe mit geradem Bauchmuskel; gestieltes Transplantat

DIEP Unterbauchfettgewebe, freies Transplantat

SIEA Unterbauchfettgewebe, meist zur beidseitigen Rekonstruktion; freies Transplantat

SGAP/IGAP/TMG Gesäß- bzw. Oberschenkelgewebe; freies Transplantat

Silikon-Gel als Füllung, fühlt sich natürlicher an

Kochsalzlösung als Füllung, umschlossen von Silikon

Überprüfung der Implantate alle 6 bis 12 Monate
Implantataustausch nach ca. 7 bis 10 Jahren häufig notwendig; dafür weitere OP erforderlich

A

Äußere Brustprothese

Für Frauen, die keine weitere Operation wünschen, stellt eine äußere Brustprothese eine gute Möglichkeit dar. Das Tragen dieser Prothese ist jedoch keinesfalls nur eine kosmetische Korrektur, die den Verlust der Brust nach außen hin verbirgt. Sie ist auch medizinisch wichtig und sinnvoll. Denn eine solche Brustprothese hilft, Haltungsschäden und Rückenschmerzen aufgrund der entstandenen körperlichen Asymmetrie zu vermeiden.

Erstversorgung

Die Erstversorgung sollte schon im Krankenhaus beginnen. Sie besteht aus einer leichten Prothese, die aus einer speziellen Watte oder aus Schaumstoff gefertigt ist, um das Narbengebiet zu schonen. Weiterer Bestandteil ist ein Spezial-BH aus Baumwolle, der sich vorne öffnen und schließen lässt und somit die eingeschränkte Armbewegung nach der OP berücksichtigt. Diese Erstprothese sollte aber nicht länger als vier bis sechs Wochen getragen werden bzw. für die Dauer der Strahlentherapie.

Lassen Sie sich begleiten

Es ist hilfreich, zum Beratungstermin im Sanitätshaus jemanden mitzunehmen, der Ihnen eine ehrliche Rückmeldung gibt. Denn eine gute Freundin oder auch Ihr Partner können besser als jede Fachberaterin eines Sanitätshauses einschätzen, welche Prothesenform wirklich zu Ihnen passt. Deshalb sollten Sie sich zu dieser Beratung begleiten lassen.

i

Diese leichteren Prothesen werden von vielen Frauen im Vergleich zur dauerhaften äußeren Brustprothese als deutlich angenehmer empfunden, weil sie leichter sind. Doch auf Dauer können sie nicht den notwendigen Gewichtsausgleich herstellen, um Haltungsschäden und Rückenbeschwerden zu verhindern.

Dauerhafte Versorgung

Nach dem Verheilen der Wunde und dem Abschluss der Strahlentherapie sollte eine dauerhafte äußere Brustprothese angepasst werden. Meist bestehen diese Prothesen aus Silikon und mehreren anderen Schichten, um eine natürliche Brustform zu erhalten.

Man unterscheidet Prothesen, die in einen Spezial-Büstenhalter eingelegt werden, und selbsthaftende Brustprothesen, die auf die Haut geklebt werden. Selbsthaftende Prothesen werden aus medizinischen Gründen vor allem bei Patientinnen mit Lymphödem empfohlen, um zu verhindern, dass der BH-Träger weitere Druckstellen im Schulterbereich verursacht, die zu einem Lymphstau führen könnten.

Äußere Brustprothesen gibt es in unterschiedlichen Formen: oval, rund oder herzförmig. Außerdem gibt es noch individuell angefertigte Passformen.

Lassen Sie sich bereits vor der Operation über die unterschiedlichen Brustprothesen in einem Spezial-Sanitätsgeschäft in Ruhe beraten. Dies kann die Entscheidung erleichtern. Sie können sich mit einer Brustprothese völlig normal bewegen, auch Sport treiben und schwimmen. Eine Angleichung

der Passform an alters- oder gewichtsbedingte Veränderungen der gesunden Brust ist natürlich ebenfalls möglich. Um nach der Operation die richtige Passform zu finden, ist es hilfreich, zu diesem Termin im Spezial-Sanitätshaus eines Ihrer Lieblings-oberteile, beispielsweise ein Top oder auch eine Bluse mitzunehmen.

Die Kosten für die Prothese werden von Ihrer Krankenkasse übernommen. Sie können zweimal jährlich einen Zuschuss für die Brustprothesenfixierung erhalten. Das können Brustprothesen-BHs oder Haftstreifen sein. Auch das Einnähen von Taschen in herkömmliche BHs zählt dazu. Über die Höhe der Pauschale informiert Sie Ihre Krankenkasse. Für den Badeanzug werden nur Zuschüsse gewährt, die aufgrund dieser speziellen Versorgung anfallen. Wenden Sie sich bitte schon vor dem Kauf an Ihre Krankenversicherung. Viele Krankenkassen verfügen über „Hilfsmittel-Kompetenz-Zentren“, die sich speziell mit diesen Themen auskennen und Sie beraten können. Wenn Sie weitere Tipps benötigen, erhalten Sie diese auch bei einer Selbsthilfegruppe vor Ort.

Brustwiederaufbau

B Die Entscheidung für einen Brustwiederaufbau ist eine sehr persönliche Sache. Deshalb können hierfür keine allgemeingültigen Empfehlungen gegeben werden. Ihre persönliche Einstellung ist das, was zählt. Das gilt sowohl für die Entscheidung für oder wider den Brustwiederaufbau als auch für die Wahl der Methode. Auch Ihr allgemeiner Gesundheitszustand ist wichtig,

um beurteilen zu können, welcher Weg für Sie der richtige ist. Bei einem Brustwiederaufbau sind zunächst zwei grundlegende Entscheidungen zu treffen:

- der Zeitpunkt für den Eingriff und
- die Wahl der Methode.

Die Grundlagen für beide Entscheidungen werden auf den folgenden Seiten erläutert und die verschiedenen Vorgehensweisen mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen vorgestellt.

Beraten Sie sich mit betroffenen Frauen

Es fällt schwer, sich vorzustellen, welche Auswirkungen die Entfernung einer Brust auf die Psyche hat. Es hilft Ihnen, wenn Sie vorher mit betroffenen Frauen sprechen. So können Sie sich ein Bild davon machen, wie Sie den Verlust Ihrer Brust verarbeiten können und welcher Weg für Sie der richtige ist. In einer Selbsthilfegruppe treffen Sie auch Frauen, die Ihnen berichten können, welche Erfahrungen sie mit einem Brustaufbau gemacht haben.

Der Zeitpunkt

Ein Brustwiederaufbau kann in vielen Fällen in derselben Operation, das heißt zusammen mit der Entfernung des Tumors, vorgenommen oder zumindest vorbereitet werden. Ein Brustwiederaufbau ist generell zu jeder Zeit nach einer Brustentfernung möglich, unabhängig davon, ob er mit Implantat oder Eigengewebe vorgenommen wird. Die Rekonstruktion kann in geeigneten Fällen sofort (einzeitig) oder verzögert (zweizeitig) etwa drei bis sechs Monate nach der Brustamputation oder aber zu einem noch später von Ihnen gewünschten

* Die Behandlungsalternativen

Zeitpunkt durchgeführt werden. Schließt sich an die Brustentfernung eine Strahlentherapie an, sollte der Wiederaufbau mit Eigengewebe in der Regel frühestens sechs Monate nach der Strahlentherapie erfolgen.

Eine spätere Brustrekonstruktion lässt Ihnen mehr Zeit, über die Art des Brustwiederaufbaus nachzudenken und bietet Ihnen mehr Gelegenheit, nach einem erfahrenen Plastischen Chirurgen zu suchen.

Wenn Sie sicher sind, dass Sie auf jeden Fall einen Brustwiederaufbau wünschen, sollten Sie dies bei der Therapieplanung mit Ihrem Plastischen Chirurgen vor der Tumorentfernung ansprechen. So kann der Operateur z. B. hautsparend operieren, um einen anschließenden Wiederaufbau mit Eigengewebe zu erleichtern, oder gegebenenfalls einen Expander einsetzen, der den Brustmuskel zur Vorbereitung auf das Einsetzen des Implantats dehnt.

Eine sofortige Rekonstruktion der Brust sollte vorher intensiv besprochen und gut geplant werden. Dies gilt vor allem, wenn Sie nach der Tumorentfernung eine Strahlentherapie benötigen. Zum einen führt die Bestrahlung dazu, dass Haut und Brustmuskel nur noch eingeschränkt dehnbar sind. Zum anderen kann das ästhetische Ergebnis darunter leiden. Diese Fragen werden – wie alle Schritte der Therapie – vor dem Eingriff von den Experten aller beteiligten Fachrichtungen in der Tumorkonferenz Ihres zertifizierten Brustzentrums individuell beraten.

Wie das ästhetische Erscheinungsbild am Ende aussieht, hängt vom Ausgangs-

befund der Patientin und der Routine des Operateurs ab. Einige Frauen fühlen sich unmittelbar nach der Diagnose überfordert, solch weitreichende Entscheidungen zu treffen. Dies gilt sowohl für die Frage, ob eine Rekonstruktion überhaupt gewünscht wird, als auch mit Blick auf die plastisch-chirurgischen Wahlmöglichkeiten.

Brustwiederaufbau mit Eigengewebe

B₁

Bei einem Brustwiederaufbau mit Eigengewebe wird ein Haut-Fett-(Muskel)-Lappen an einer anderen Körperstelle entnommen und für die Rekonstruktion der amputierten Brust verwendet. Dies kann entweder an nicht von den Blutgefäßen abgetrennten, also gestielten, Hautlappen, erfolgen oder als freies, mikrochirurgisches Transplantat.

Dieser Haut-Fett-Muskel-Lappen kann vom Rücken (Latissimus dorsi) entnommen und unter der Haut nach vorne geschwenkt werden. Um eine kleine Brust zu formen, reicht das Gewebe des Lappens vom langen Rückenmuskel meist aus. Bei der Rekonstruktion einer größeren Brust ist häufig zusätzlich ein Silikonimplantat erforderlich, um die ursprüngliche Brustgröße zu erreichen. Eine weitere Möglichkeit zur Herstellung der Symmetrie der Brüste ist das Verkleinern der Gegenseite, also der gesunden Brust. Fachleute nennen dies Reduktionsplastik.

Bei Frauen mit etwas Bauch kommt auch Gewebe vom Unterbauch infrage. Hierfür stehen verschiedene Techniken zur Verfügung. Der TRAM-Lappen kann unter der Haut des Oberbauchs hochgezogen werden. Dabei bleibt der Anschluss an die Blutversorgung erhalten; das nennt man gestielter Lappen. Oder das Gewebe wird an einer entfernten Körperstelle entnommen und an der Stelle der entfernten Brust wieder eingesetzt. Das Gewebe muss an die vorhandenen Blutgefäße angeschlossen werden (DIEP- oder SIEA-Lappen). Die-

se Verfahren eignen sich besonders für Frauen mit großen Brüsten oder wenn viel Brusthaut entfernt werden musste. Reicht das Gewebe am Bauch nicht aus oder ist wegen vorangegangener Operationen dort keine Entnahme möglich, kommt Gewebe vom Gesäß in Betracht (SGAP- oder IGAP-Lappen). Manchmal genügt auch das Gewebe der Oberschenkelinnenseite, um eine Brust zu rekonstruieren. Bei einer solchen Grazilis-Lappenplastik (TMG-Lappen) wird eine quer verlaufende Hautinsel mit dem Grazilismuskel am Oberschenkel entnommen.

Durch die Entnahme eines Haut-Fett-Muskel-Lappens an Rücken (Latissimus dorsi) oder Bauch (TRAM-Lappen) wird die Muskulatur zum Teil geschwächt, was bei einigen Frauen zu Bewegungseinschränkungen und Verlust von Muskelkraft im Entnahmegebiet führen kann. Lassen Sie sich die Daten zur langfristigen Zufriedenheit der Patientinnen mit den unterschiedlichen Rekonstruktionsverfahren von Ihrem Arzt erläutern.

Beim Latissimus-dorsi-Lappen wird die Funktion des verlagerten Muskels im Schulter-Arm-Bereich von den umliegenden Muskeln teilweise übernommen. Je nach Tätigkeit und ausgeübter Sportart kann es trotzdem zu Bewegungseinschränkungen kommen. Patientinnen, deren Brustrekonstruktion bereits länger zurückliegt, berichten häufiger von Spannungsgefühlen an der Narbe, eingeschränkter Beweglichkeit des Arms oder unwillkürlichen Muskelzuckungen an der Brust. Beim TRAM-Lappen kam es häufiger zur Schwä-

Verwendetes Gewebe – wo es entnommen wird

Die gängigen Methoden

Die dargestellten Vorgehensweisen werden beim Brustwiederaufbau mit Eigengewebe besonders häufig angewandt. Die zentralen Fragen: Werden Muskeln geschädigt und dadurch eventuell geschwächt? Wird das Gewebe verlagert oder wird es entnommen und an der Brust wieder eingesetzt (transplantiert)? In jedem Fall kann es zu Durchblutungsstörungen und zum Absterben des Gewebes kommen. Dieses Risiko ist bei einer Transplantation jedoch größer als bei Methoden, bei denen die Blutversorgung erhalten bleibt.

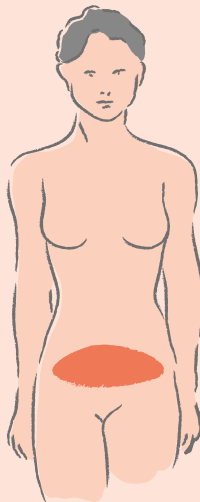
Latissimus-dorsi-Lappen

Bei dieser Methode wird der gleichnamige Rückenmuskel zum Wiederaufbau der Brust nach vorn verlagert. Sie eignet sich besonders zur Rekonstruktion kleiner Brüste, kann aber auch mit einem Implantat kombiniert werden.



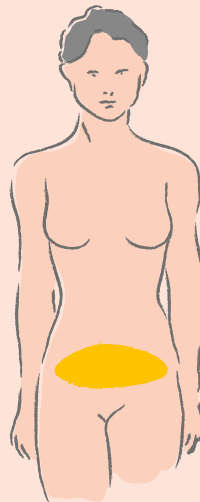
TRAM-Lappen

Die neue Brust wird aus Anteilen des Haut-, Fett- und Muskelgewebes der unteren Bauchregion gebildet, die nach oben verlagert werden. Die bestehenden Blutgefäße bleiben erhalten.



DIEP- / SIEA-Lappen

Bei diesem Verfahren wird Fettgewebe des Unterbauches mit Haut, aber ohne Muskulatur transplantiert und bei der Rekonstruktion der Brust an eine neue Venen- und Arterienversorgung angeschlossen.

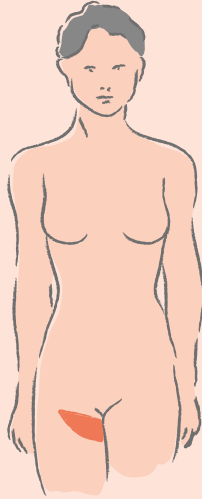


 = Haut-Fett-Muskel-Gewebe

 = Haut-Fett-Gewebe

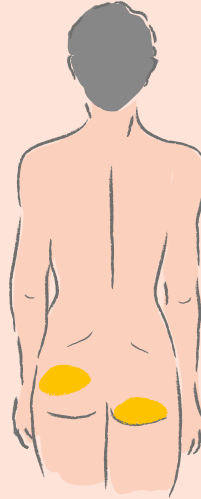
TMG- oder Grazilis-Lappen

Die Brust wird bei dieser Operationsmethode aus Anteilen des Haut-, Fett- und Muskelgewebes der Innenseite der Oberschenkel modelliert. Auch dieses Gewebe wird frei transplantiert.



SGAP-/IGAP-Lappen

Die Brust wird aus frei transplantiertem Haut-Fett-Gewebe des Gesäßes gebildet. Geeignet für Frauen, deren Gewebe am Bauch nicht ausreicht bzw. bei denen am Bauch eine Entnahme nicht möglich ist.



chung des Bauchmuskels, die zu Problemen beim Heben und zu Bauchwandbrüchen führte. Daher verwendet man zur Rekonstruktion zunehmend einen muskelsparenden TRAM-Lappen. Bei der mikrochirurgischen Technik (DIEP) bleibt die Bauchmuskulatur intakt.

Bei einem Brustwiederaufbau mit Eigengewebe ist die rekonstruierte Brust selbst nicht sensibel, reagiert also beispielsweise nicht auf Berührung.

Die Brustwarze kann später ersetzt werden. Dazu wird der Warzenhof z. B. tätowiert. Möglich ist auch eine kleine Hautverpflanzung. Die Brustwarze kann aus Haut dieser Region oder einem Teil der Brustwarze der anderen Brust nachgebildet werden. Es kann aber auch eine selbsthaftende Brustwarze verwendet werden.

Ein Wiederaufbau mit Eigengewebe ist nur bei gutem Allgemeinzustand möglich,

denn der Eingriff erfordert eine Operation, die drei bis sechs Stunden dauert, bzw. in manchen Fällen sogar mehrere Operationen. Hinweis für Diabetikerinnen und Raucherinnen: Sie können ein erhöhtes Risiko für Wundheilungsstörungen haben.

Risiken und Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf

Der Brustwiederaufbau mit Eigengewebe birgt Risiken und wirkt sich auf den Krankheitsverlauf aus. Um ein Abwägen der Vor- und Nachteile zu erleichtern, werden die wesentlichen Aspekte aufgelistet.

- Die Entnahme von Haut-Fett-Muskel-Lappen kann zu einer Schwächung der Muskulatur und

* Die Behandlungsalternativen

zu anhaltenden Bewegungseinschränkungen an der betroffenen Stelle (Rücken, Unterbauch), zu Schmerzen und zu Störungen bei der Wundheilung führen.

- Bei 2 bis 4 von 100 Fällen kommt es zu Durchblutungsstörungen im verpflanzten Haut-Fett-Muskel-Lappen, was zum Absterben des Gewebes (Nekrose) und zur Abstoßung führen kann. Dadurch wird ein erneuter Eingriff erforderlich. Dies ist bei einem frei transplantierten Gewebe häufiger als bei einer gestielten Verpflanzung, bei der die Blutversorgung erhalten bleibt.
- Wegen der möglichen Komplikationen ist je nach Operationsmethode bei 8 von 100 Patientinnen mit späteren Komplikationen und bei mehr als 20 von 100 Patientinnen mit ästhetischen Korrektureingriffen zu rechnen.
- Zusätzliche Narben entstehen in der Körperregion, aus der das Gewebe entnommen wird.
- Schwerere Lasten dürfen erst nach drei Monaten gehoben werden.

Ästhetisches Ergebnis des Aufbaus mit Eigengewebe

Ein Brustwiederaufbau mit Eigengewebe sieht am ehesten wie eine natürliche Brust aus und fühlt sich am natürlichsten an. Die auf diese Weise rekonstruierte Brust altert mit und unterscheidet sich deshalb im Aussehen nicht wesentlich von der Gegenseite. Bei einigen Patientinnen ist jedoch

eine Anpassung der gesunden Brustseite nötig, damit die Brust insgesamt wieder symmetrisch aussieht (Bruststraffung oder Reduktionsplastik). An der Körperstelle, an der für den Wiederaufbau der Haut-Fett-(Muskel)-Lappen entnommen wird (Rücken, Unterbauch, Gesäß oder Oberschenkel), entstehen zusätzliche Narben. Eine Strahlentherapie nach der Brustrekonstruktion kann das ästhetische Ergebnis beeinträchtigen. Ein Wiederaufbau mit Eigengewebe ist auch in diesem Fall in zwei Schritten möglich (zweizeitiges Vorgehen).

Die Vorzüge

Ein Wiederaufbau mit Eigengewebe fühlt sich am ehesten wie die eigene Brust an. Das ästhetische Ergebnis ist unter anderem vom individuellen Ausgangsbefund der jeweiligen Patientin und von der Routine des Operators abhängig. Es wirkt meist natürlicher als eine Rekonstruktion mit einem Implantat. Eine Strahlentherapie nach der Brustrekonstruktion ist bei dieser Methode in den meisten Fällen möglich.

Einsatz von Eigenfett

Zunehmend wird die Transplantation von Eigenfett angeboten, um veränderte Konturen und Asymmetrien auszugleichen. Es ist noch nicht abschließend geklärt, welche Gruppe von Patientinnen von dieser Methode besonders profitieren kann, ohne längerfristige Ungewissheiten hinsichtlich der Spätfolgen oder Nachteile in Kauf zu nehmen. Sinnvoll ist diese Methode nur,

wenn die ursprüngliche Brusthaut vorhanden ist. Dies gewährleistet die ausreichende Durchblutung des Gewebes.

Bei dieser Methode wird Fettgewebe an geeigneten Stellen des Körpers abgesaugt, z. B. an Bauch oder Gesäß, um möglicherweise entstandene Defekte aufzufüllen. Nach dem Einspritzen baut der Körper einen Teil dieses Fettgewebes wieder ab. Deshalb muss dieser Eingriff mehrfach wiederholt werden. Das eingespritzte Fettgewebe kann unter Umständen verkalten und es können sich Zysten bilden. Dies erschwert etwas die Nachsorge an der rekonstruierten Brust. Daher ist in diesen Fällen eine besonders gründliche Vor- und Nachsorge durch einen sehr erfahrenen Radiologen notwendig.

Da die Methode erst seit einigen Jahren angewandt wird, fehlen bislang Studien über die ästhetischen und onkologischen Langzeiteffekte des Verfahrens bei Brustkrebspatientinnen. Die Kommission Brustkrebs der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) empfiehlt die Anwendung im Rahmen entsprechender wissenschaftlicher Studien. Auch die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DG-PRÄC) empfiehlt wegen der mangelnden Langzeiterfahrungen, bei der Transplantation von Eigenfett zurückhaltend zu mit einer brusterhaltenden Therapie.

Brustwiederaufbau mit Implantat

Ein Implantat ist ein „Kissen“, das ähnlich schwer ist wie das Drüsengewebe und das operativ auf oder unter den Brustmuskel eingesetzt wird. Das Einsetzen unter dem Brustmuskel ist häufig notwendig, weil das Implantat durch den Muskel den nötigen Halt bekommt und vor Stößen besser geschützt ist. Außerdem wird dadurch das Risiko vermindert, dass sich eine Verhärtung des Bindegewebes um das Implantat, also eine sogenannte Kapselfibrose, entwickelt. Dass sich überhaupt eine Kapsel aus Bindegewebe um das Implantat bildet, ist eine normale Reaktion des Körpers auf den „Fremdkörper“ in der Brust. Fällt diese Abgrenzung jedoch sehr stark aus, wird die rekonstruierte Brust hart und schmerzt. Tritt diese Situation ein, muss das Implantat auf jeden Fall entfernt und gegebenenfalls ersetzt werden.

Das Implantat enthält meist ein Silikon-Gel oder eine Kochsalzlösung. Ein Silikon-Gel als Füllstoff hat gegenüber der Kochsalzlösung den Vorteil, dass sich die rekonstruierte Brust natürlicher anfühlt. Um vorab den nötigen Hohlraum für das Implantat zu

B₂

Ist eine Bestrahlung geplant, wird ein Implantat in zwei Schritten eingesetzt

Eine Alternative dazu ist der Brustwiederaufbau mit Eigengewebe. Deshalb sollten Sie dies unbedingt mit Ihrem Operateur oder Plastischen Chirurgen besprechen.

Risiko einer Kapselfibrose bei Einsatz eines Implantats


Ist eine Bestrahlung notwendig und eine Brustrekonstruktion mit Implantat geplant, sollte mit letzterem mindestens ein halbes Jahr gewartet werden, da das Risiko für eine Kapselfibrose sonst deutlich erhöht ist. Ohne Strahlentherapie beträgt das genannte Risiko rund 15 Prozent, mit Strahlentherapie zirka 50 Prozent. Bei neueren Implantaten ist dieses Risiko insgesamt möglicherweise geringer.


ohne Bestrahlung




mit Bestrahlung



 Brustrekonstruktion mit
Implantat ohne Bestrahlung

 Brustrekonstruktion mit
Implantat und Bestrahlung

 Risiko einer
Kapselfibrose

schaffen, wird der Brustmuskel durch einen Expander gedehnt. Hierzu wird der Expander in mehreren Schritten mit einer Kochsalzlösung aufgefüllt und immer weiter gedehnt. Diese Dehnung wird abhängig von der Füllmenge von manchen Frauen als etwas schmerzhaft empfunden und als Spannungsgefühl beschrieben. Nach zirka vier bis sechs Monaten wird in einer zweiten Operation der Expander durch das endgültige Implantat ersetzt.

Der Eingriff zum Einsetzen des Silikonkissens dauert etwa eine Stunde. Dabei entstehen meist keine zusätzlichen Narben, da die ursprüngliche Operationsnarbe genutzt werden kann. Mittlerweile gibt es auch Expander, die nach der Dehnung beibehalten und nicht ersetzt werden müssen. Dies ist jedoch abhängig von der Brustform und der -größe und kann nur individuell entschieden werden.

Bei größeren Brüsten oder bei hauterhaltenden Operationen kann das Implantat zur Gestaltung einer natürlichen Brustform mit sogenannten azellulären Matrixprodukten (hergestellt zum Beispiel aus Tierhaut) oder synthetischen Netzen kombiniert werden. Diese Verfahren werden erst kurze Zeit angeboten. Daher liegen dazu für Brustkrebspatientinnen wenige Daten über die langfristige Verträglichkeit und den Nutzen vor.

Die Brustwarze wird zu einem späteren Zeitpunkt – etwa drei bis sechs Monate – nachgebildet, wenn das Implantat vom Körper angenommen wurde und keine Formveränderungen oder Komplikationen

an der operierten Brust mehr zu erwarten sind. Zu diesem Zeitpunkt hat sich die neue Brust noch etwas gesenkt und befindet sich nun in ihrer endgültigen Lage.

Die Brustwarze der gesunden Brust wird entweder geteilt oder es werden andere körpereigene Gewebe für die Rekonstruktion verwendet. Geeignet dafür ist zum Beispiel eine Transplantation der Haut der Oberschenkelinnenseite in Kombination mit einer örtlichen Lappenplastik oder einem Teil der Brustwarze der Gegenseite beziehungsweise der Schamlippen. Die dunklere Tönung kann durch eine Tätowierung erreicht werden. Manche Frauen belassen es auch bei einer Tätowierung der Brustwarze statt sie nachbilden zu lassen oder wählen eine selbsthaftende Brustwarze.

Früher mussten Implantate nach spätestens zehn Jahren ausgewechselt werden. Neuere Materialien ermöglichen nach Angaben der Hersteller einen längeren, zum Teil sogar dauerhaften Verbleib in der Brust. Nach der derzeitigen Studienlage beträgt die durchschnittliche Verweildauer eines Brustimplantats im Körper jedoch keine zehn Jahre. Es können medizinische Gründe, wie beispielsweise eine Kapselfibrose, oder auch ästhetische Aspekte für die Auswechslung eines Implantats sprechen. So verändert sich zum Beispiel die Form einer Brust mit Implantat anders als die einer natürlichen Brust. Durch den normalen Alterungsprozess der gesunden Brust sehen deshalb die beiden Brüste nach einigen Jahren unterschiedlich aus.

Risiken und Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf

Die Verwendung von Implantaten hat Vorteile, birgt aber auch gewisse Risiken. Um Ihnen eine Abwägung zu ermöglichen, werden diese im Folgenden knapp zusammengefasst:

- Hochwertige Implantate sind nach derzeitigem Wissensstand medizinisch relativ unbedenklich. Die Vorteile stehen in einem vernünftigen Verhältnis zu den Risiken, die der Einsatz körperfremden Materials grundsätzlich mit sich bringt. Tritt – ohne dass ein Infekt vorliegt – eine erhebliche Schwellung oder eine Flüssigkeitsansammlung rund um das Implantat auf, sollte der Arzt aufgesucht werden. Generell sollten die Implantate alle zwölf Monate

von einem qualifizierten Facharzt überprüft werden.

- Eine Strahlentherapie ist bei einem Implantat nur begrenzt möglich: Erfolgt die Strahlentherapie vor dem Einsatz eines Implantats, ist die Brusthaut meist schwerer dehnbar. Erfolgt die Strahlentherapie nach dem Einsetzen eines Implantats, muss mit Komplikationen und ästhetischen Einbußen gerechnet werden. Eine Strahlentherapie bei Frauen mit Implantat führt beispielsweise bei jeder zweiten Patientin zu einer Kapselfibrose. Daher ist es sinnvoll, in diesem Fall ein zweizeitiges Verfahren zu wählen. Dazu wird während der Bestrahlung ein Expander eingesetzt, der erst später gegen das endgültige Implantat ausgetauscht wird. Im Falle einer Kapselfibrose muss das Implantat oft entfernt werden.
- Eine Kapselfibrose kann auch ohne Strahlentherapie entstehen, das Risiko ist aber deutlich geringer. Laut Krebsinformationsdienst (KID) entwickeln in diesem Fall zirka 15 von 100 Patientinnen innerhalb von zehn Jahren eine Kapselfibrose. Neuere Implantate haben eine aufgeraute Oberfläche, was dieses Risiko nach Angaben der Hersteller senken soll. Laut der amerikanischen Zulassungsbehörde FDA, die über Langzeitdaten von Implantaten bei Brustkrebspatientinnen verfügt, benötigen 50 von 100 Frauen innerhalb von



Geben Sie bei Nachsorgeterminen die Verwendung eines Implantats an

Nach dem Einsatz eines Implantats ist eine Mammografie nur in Ausnahmefällen angezeigt. Informieren Sie bei Nachsorgeterminen Ihren Arzt, falls bei Ihnen ein Implantat oder ein Teilimplantat eingesetzt wurde. Die Nachsorge erfolgt meist mittels Ultraschalluntersuchung oder Kernspintomografie.

zehn Jahren eine Implantatentfernung bzw. einen Austausch des Implantats. Die häufigsten dafür angeführten Gründe sind Kapselfibrose, Riss der Implantathülle oder ungünstige Position des Implantats. Ihr Operateur kann Sie hinsichtlich der Risiken Ihres individuellen Implantat-Typs beraten.

- Wenn das Implantat unter den Brustmuskel eingesetzt wird, erleichtert es die Nachsorge.
- Zur Nachsorge werden Ultraschalluntersuchung oder Kernspinuntersuchung (MRT) angewandt; eine Mammografie ist nur in sehr seltenen Ausnahmefällen angezeigt.
- Die Dehnung des Brustmuskels durch den Expander verursacht bei vielen Frauen anfangs Schmerzen, die als Spannungsgefühl beschrieben werden.
- Je nach klinischem und ästhetischem Befund kann es sein, dass ein Implantat ersetzt werden muss.

Das ästhetische Ergebnis bei Einsatz eines Implantats

Das ästhetische Erscheinungsbild kann sehr unterschiedlich ausfallen. In der Regel gilt jedoch folgendes für diese Methode des Wiederaufbaus:

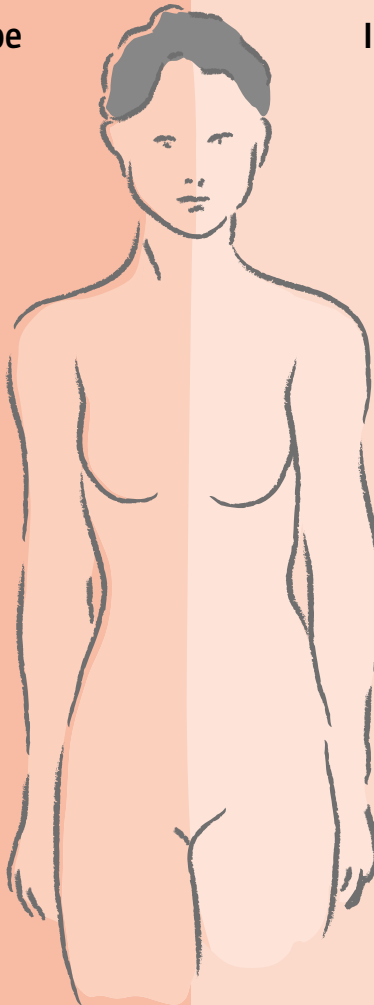
- Es entsteht nur eine einzige Operationsnarbe, weil die Narbe, die bei der Brustentfernung entstanden ist, auch für das Einbringen des Implantats verwendet werden kann.
- Das Implantat führt zu einer etwas künstlich anmutenden und runderen Form der Brust.
- Dieser Effekt verstärkt sich im Laufe der Jahre, weil die mit Silikonimplantat rekonstruierte Brust nicht altert und sich auch bei einer Gewichtszunahme oder -abnahme nicht an die andere Brust anpassen kann.
- Die Brust fühlt sich abhängig von den operativen Möglichkeiten und der Verwendung neuerer Implantate einigermaßen weich an. Im Vergleich zu einem Brustwiederaufbau mit Eigengewebe wird sie jedoch etwas kühler und fremdartiger empfunden. Hinweis: In geeigneten Fällen kann zu einem späteren Zeitpunkt auch ein anderes Verfahren gewählt werden. Es ist also kein Fehler, sich zunächst für ein Implantat zu entscheiden – allerdings mit allen beschriebenen Risiken.

Auswirkungen der Rekonstruktionsverfahren

B₁

Eigengewebe

- evtl. Abstoßung oder Absterben des transplantierten Gewebes
- zusätzliche Narben im Entnahmegebiet des Gewebes
- evtl. Schmerzen, Wundheilungsstörungen und Spannungsgefühl im Entnahmegebiet
- evtl. Schwächung der Muskeln im Entnahmegebiet



Implantate

- eine Narbe an operierter Brust
- evtl. Schmerzen durch Dehnung des Brustmuskels
- Brust fühlt sich künstlich an, sieht evtl. künstlich aus
- evtl. Kapselfibrose und dann erneute Operation
- evtl. weitere Operation zum Einsetzen des Implantats
- regelmäßige Kontrolle des Implantats
- evtl. weitere Operationen zum Implantat-Austausch

B₂

Beide Verfahren, sowohl das Implantat (B2) als auch die Brustrekonstruktion mit Eigengewebe (B1), wirken sich weder auf das Überleben aus noch auf das Risiko, einen erneuten Tumor in derselben Brust zu entwickeln.

Die Vorzüge

Der Einsatz von Implantaten beim Wiederaufbau der Brust hat jedoch auch Vorteile gegenüber der Verwendung körpereigenen Gewebes. So dauert die Operation zum Wiederaufbau mit einem Implantat nur etwa eine Stunde und ist weniger kompliziert als die Rekonstruktion mit Eigengewebe.

Es entstehen keine zusätzlichen Narben, weder an der Brust noch an anderen Körperstellen. Auch die Muskulatur an anderen Körperstellen bleibt vollständig erhalten und wird somit nicht geschwächt.

Außerdem ist dieser Eingriff mit einem deutlich kürzeren Krankenhausaufenthalt verknüpft, der rund drei bis fünf Tage dauert, und das Abheilen der Operationswunde verläuft in den meisten Fällen günstiger.

Ausführliche Informationen sind erhältlich bei der Frauenselbsthilfe nach Krebs

Wenn Sie weitere Informationen zu den Versorgungswegen nach Brustentfernung wünschen, wenden Sie sich an die Frauenselbsthilfe nach Krebs (siehe Seite 39). Dort erhalten Sie zum Beispiel die Broschüre „Brustamputation – wie geht es weiter?“. Ausführliche Fachinformationen erhalten Sie auch beim Krebsinformationsdienst (KID) oder bei der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) (siehe Seite 40/41).





Sie kennen nun die Wege, wie Sie erreichen können, dass Ihnen niemand den Verlust Ihrer Brust ansieht. Damit Sie Vorzüge und Nachteile der jeweiligen Verfahren in Ruhe abwägen können, finden Sie auf den folgenden Seiten eine Gegenüberstellung. Das kann Ihnen helfen, Ihre Entscheidung zu treffen.



Den eigenen Weg finden

Das Risiko eines erneuten Auftretens eines Tumors in der gleichen Brust ist aus medizinischer Sicht bei den dargestellten Versorgungswegen gleich. Welchen Weg Sie wählen, hängt von Ihren Bedürfnissen und Vorstellungen ab.

Auf den folgenden Seiten werden die Vorzüge und die Nachteile der Versorgungsalternativen in knapper Form schematisch gegenübergestellt, um Ihnen einen besseren Überblick zu ermöglichen. Verglichen werden hierbei grundsätzlich die Vorgehensweise und das zu erwartende ästhetische Ergebnis. Bei den Methoden zum Brustwiederaufbau kommen die jeweils damit verbundenen Nebenwirkungen und die möglichen Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf hinzu.

Nehmen Sie sich ausreichend Zeit, um diese Gegenüberstellung in Ruhe durchzugehen. Denn diese Informationen können

die Grundlage für Ihre ganz persönliche Entscheidung bilden.

Wie Ihre Entscheidung auch ausfällt: Für Ihre Lebensqualität nach der Brustentfernung ist es wichtig, dass Sie den Weg finden, der zu Ihnen passt. Wenn es Sie aber zu sehr belastet, diese Entscheidung jetzt zu treffen, lassen Sie sich Zeit. Eine Rekonstruktion der Brust ist auch zu einem späteren Zeitpunkt jederzeit möglich.

Abwägen des Für und Wider

Um Ihnen das Abwägen des Für und Wider zu erleichtern, finden Sie in diesem Teil eine Tabelle, in der Vorzüge und Nachteile der Versorgungswege aufgezeigt sind. Hier können Sie eine Gewichtung vornehmen, welche Aspekte für Sie besonders wichtig sind. Auch daraus können sich weitere Fragen ergeben. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt und beraten Sie sich auch gemeinsam mit Ihrem Partner oder einer Freundin.

Behandlungswege im Vergleich

Äußere Brustprothese (A)

Vorteile

- Weitere Operationen werden vermieden
- Nachfolgende Therapien werden nicht beeinflusst
- Anpassung an Veränderungen der Gegenseite möglich
- Entscheidung kann überdacht werden

Risiken

- Keine

Ästhetisches Ergebnis

- Der Verlust der Brust wird bei Nicht-Tragen der Prothese sichtbar
- Die Prothese wird individuell an die Brustform der Gegenseite angepasst

Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf

- Keine Auswirkungen auf das Überleben und die Rückfallrate

Brustwiederaufbau Eigengewebe (B1)

Vorteile

- Sieht am ehesten aus und fühlt sich am ehesten an wie eine natürliche Brust
- Strahlentherapie kann vorgenommen werden

Risiken

- Operationsrisiken
- Evtl. Abstoßen oder Absterben des Gewebes
- Evtl. Schwächung der Muskulatur an der Entnahmestelle
- Oftmals Korrekturen nötig

Ästhetisches Ergebnis

- Natürlicheres Aussehen
- Altert mit
- Zusätzliche Narben im Entnahmegerbiet (Rücken, Bauch, Po)

Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf

- Keine Auswirkungen auf das Überleben und die Rückfallrate

Brustwiederaufbau Implantat (B2)

Vorteile

- Meist nur ein Narbengebiet
- OP-Zeit kürzer (vs. Eigengewebe)
- Keine Funktionseinschränkungen durch Gewebeentnahme an anderen Körperstellen

Risiken

- Operationsrisiken
- Strahlentherapie erschwert
- Evtl. Kapselfibrose
- Vorübergehende Schmerzen durch Dehnung des Brustmuskels
- Implantataustausch nach ca. 10 bis 15 Jahren erforderlich

Ästhetisches Ergebnis

- Meist nur eine Narbe notwendig
- Wirkt eher künstlich
- Altert nicht mit; dann evtl. erneute Operation

Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf

- Keine Auswirkungen auf das Überleben und die Rückfallrate

Wie vergeben Sie Ihre Prioritäten?

Äußere Brustprothese (A)

Vorteile

- Keine weitere Operation notwendig

☐☐☐

- Dadurch keine Nebenwirkungen und Risiken

☐☐☐

- Strahlentherapie durchführbar

☐☐☐

- Unproblematische Nachsorge

☐☐☐

- Anpassung im Alter möglich

☐☐☐

Nachteile

- Verlust der Brust wird bei Nicht-Tragen der Prothese sichtbar

☐☐☐

Brustwiederaufbau

Vorteile

- Ästhetisches Ergebnis besser als bei Implantat

☐☐☐

- Tastgefühl einer echten Brust am ähnlichsten

☐☐☐

- Strahlentherapie nach Rekonstruktion möglich

☐☐☐

- Brust altert mit

☐☐☐

– Eigengewebe (B1)

Nachteile

- Aufwändige Operation

☐ ☐ ☐

- Evtl. Schwächung der Muskulatur an der Entnahmestelle

☐ ☐ ☐

- Evtl. Lappendurchblutungsstörungen; in der Folge Abstoßung oder Absterben des transplantierten Gewebes möglich (erneute OP)

☐ ☐ ☐

- Nachkorrekturen

☐ ☐ ☐

Brustwiederaufbau – Implantat (B2)

Vorteile

- Kürzere Operationsdauer

☐ ☐ ☐

- Keine Funktions-einschränkungen an anderen Körperstellen

☐ ☐ ☐

- Meist nur eine Narbe

☐ ☐ ☐

Nachteile

- Strahlentherapie erschwert

☐ ☐ ☐

- Risiko einer Kapsel-fibrose (erneute OP)

☐ ☐ ☐

- Künstliches Aussehen und Anfühlen des Implantats; kein Mitaltern

☐ ☐ ☐

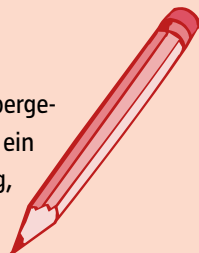
- Vorübergehende Schmerzen durch Expander

☐ ☐ ☐

Was ist Ihnen wichtig?

In dieser Tabelle werden die Vor- und Nachteile der Versorgungswege gegenübergestellt. Das gibt Ihnen die Möglichkeit, Ihre eigene Gewichtung vorzunehmen. Ist ein Aspekt für Sie besonders wichtig, vergeben Sie bitte drei Kreuzchen. Ist er wichtig, machen Sie zwei, ist er etwas wichtig, ein Kreuzchen.

✓✓✓ = sehr wichtig ✓✓ = wichtig ✓ = etwas wichtig



Fragen und Notizen

Beim Abwägen der Vor- und Nachteile der Versorgungsalternativen sind bei Ihnen möglicherweise weitere Fragen aufgetreten. Notieren Sie sich bitte diese Fragen oder auch Ihre eigenen Überlegungen für Ihr Gespräch mit dem Arzt. Diese Notizen können Ihnen als Gedächtnisstütze dienen. Es kann hilfreich sein, wenn Sie noch einmal die Gründe für Ihre Entscheidung hinterfragen und sich dazu Notizen machen.

Ist bei mir noch eine Strahlentherapie erforderlich?

Welche Aufbaumethode ist für meinen Körper die geeignete, aus welchem Grund?

Wie unterscheiden sich die Risiken der einzelnen Brustwiederaufbaumethoden?

Muss ich mit Nachoperationen und Spätkomplikationen rechnen?

Möchte ich zur Entscheidungsfindung die Erfahrung von Betroffenen einbeziehen?

Gibt es an meinem Behandlungsort einen erfahrenen plastischen Chirurgen?

Gibt es Bilder des kosmetischen Ergebnisses bei Brustwiederaufbau durch den Operateur?

Welche Brustwiederaufbaumethoden werden an der Klinik vorgenommen, für die ich mich entschieden habe?

Wie ist mein körperlicher Allgemeinzustand?

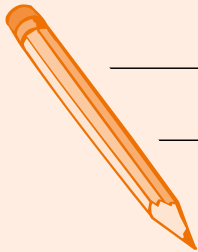
Worüber habe ich bereits Klarheit?





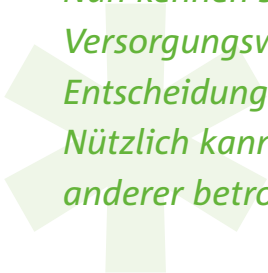
Fragen und Notizen

Meine Fragen und Zweifel:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. In the bottom-left corner, there is a small, stylized illustration of an orange pencil pointing towards the center of the page. The pencil has a pink eraser at its top end. The overall appearance is that of a clean, unused piece of stationery or a template for writing.

A large, faint orange question mark is positioned on the left side of the page, spanning across the lined writing area. The page features horizontal lines for writing, with a solid orange header bar at the top and a decorative orange flower in the bottom right corner.





Nun kennen Sie die wesentlichen Fakten und haben die drei Versorgungswege verglichen. Möglicherweise steht Ihre Entscheidung schon fest. Eventuell sind Sie aber noch unsicher. Nützlich kann es in dieser Situation sein, die Beweggründe anderer betroffener Frauen zu kennen.

Drei Frauen und ihre Gründe

Die Gründe betroffener Frauen, sich für eine Brustprothese oder aber eine der unterschiedlichen Methoden des Brustwiederaufbaus zu entscheiden, sind sehr verschieden. Auf den folgenden Seiten wird berichtet, welche Überlegungen bei den hier vorgestellten Frauen den Ausschlag gegeben haben für ihre Entscheidung.

Agnes K.: Ein Wiederaufbau kann die Brust nicht ersetzen

A„Nach meiner Brustamputation wollte ich nicht wieder eine größere Operation, deshalb entschied ich mich im Gespräch mit dem Arzt für eine Prothese. Zunächst hat mich der Anblick meines Körpers erschreckt, aber mit der Zeit habe ich mich daran gewöhnt. Eine Brustrekonstruktion empfinde ich als zu aufwändig und sie bringt mir meine Brust nicht zurück.“

Bei Agnes K. ergab die Mammografie mehrere kleine Knoten in der erkrankten

Brust (multizentrischer Brusttumor). Die Ärzte diskutierten zunächst die Möglichkeit, die relativ kleinen Tumore einzeln zu operieren und ihr eine Brusterhaltung zu ermöglichen. Agnes K. erkundigte sich daraufhin genau nach den ästhetischen Auswirkungen der Brustoperation. Als sie erfuhr, dass der Erhalt der Brustwarze bei ihrem Befund nicht möglich sei und eventuell eine Nachoperation nötig würde, entschied sie sich für die Brustentfernung. Agnes K. konnte sich ein Leben mit einer größeren Narbe und ohne die Brust eher vorstellen als mehrere Narben und eine Verformung ihrer Brust.

Über einen Wiederaufbau konnte sie zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht nachdenken. Die diagnostischen Untersuchungen hatten sie viel Kraft und Nerven gekostet, sodass sie diese Entscheidung auf einen späteren Zeitpunkt nach der Brustoperation verschob. Agnes K. wollte zunächst Schritt

für Schritt vorwärtsgehen und schauen, wie ihr Körper mit den Veränderungen zu-rechtkommt.

Der Verlust der Brust fiel auch Agnes K. schwer. Trotzdem konnte sie sich nicht überwinden, eine erneute Operation vor-nehmen zu lassen. Ein Fremdkörper in ihrer Brust durch den Einsatz eines Implantats widerstrebte ihr. Auch die Gewebeentnah-men von anderen Körperstellen, die für einen Wiederaufbau mit Eigengewebe notwendig geworden wären, schreckten sie ab. Agnes K. ist der Meinung, dass ihr ein Wiederaufbau ihre eigene Brust nicht wiederbringt. Ihr genügt eine äußere Brust-prothese, um sich anderen gegenüber wieder sicherer zu fühlen.

Cora A.: Dem Gefühl der eigenen Brust am nächsten

„Nach der Krebsoperation litt ich am meis-ten unter dem Verlust der Brust. Deshalb entschied ich mich für einen Brustwieder-aufbau mit Eigengewebe. Diese Möglich-keit kommt dem Bild und dem Gefühl der eigenen Brust am nächsten. Ich weiß natür-lich, dass dies ein aufwändiges Verfahren in mehreren Schritten ist und einige Neben-wirkungen damit verbunden sein können. Aber es braucht eben Zeit, bis alle Narben verheilt sind.“

Cora A. wird zunächst brusterhaltend operiert. In der feingeweblichen Unter-suchung stellt sich jedoch heraus, dass der notwendige Sicherheitsabstand nicht ein-gehalten wurde. Manchmal geschieht das, weil der Operateur während der OP nicht sicher erkennen kann, ob er tatsäch-

lich alle Tumorzellen entfernt hat. Das zeigt erst die feingewebliche Untersuchung. In einem solchen Fall muss die Patientin ein weiteres Mal operiert werden. Um die Wahrscheinlichkeit etwaiger erneuter Operationen bei dem recht ausgedehnten Tumor zu verringern, vereinbaren Cora A. und ihr Arzt, die Brust bei der Nachopera-tion abnehmen zu lassen.

Nach diesem Eingriff leidet Cora A. sehr unter dem Verlust ihrer Brust und kann sich nicht damit abfinden. Erneut sucht sie deshalb das Behandlungszentrum auf. Der Arzt rät ihr, zunächst die weiteren Behandlungsschritte – in ihrem Falle die Chemotherapie und die Bestrahlung – ab-zuwarten. Denn häufig leidet das ästheti-sche Ergebnis eines Brustwiederaufbaus, wenn danach eine Strahlentherapie er-folgt.

Ein knappes Jahr nach der Brustentfer-nung sucht Cora A. während eines Nach-sorgetermins die Sprechstunde ihres Ope-rateurs auf. Mit ihm bespricht sie die un-terschiedlichen Möglichkeiten eines Wiederaufbaus. Ein Silikonimplantat kommt für sie nicht in Betracht. Ihr selbst erscheint ein Implantat zu künstlich. Außerdem sprechen medizinische Gründe dagegen. Denn durch die vorangegan-gene Strahlentherapie ist die Haut nicht mehr dehnbar genug. Eine Gewebeent-nahme am Rücken wäre nur zusammen mit einem Implantat möglich, um eine Symmetrie zu ihrer relativ großen gesun-den Brust herzustellen.

Letztlich entscheidet sie sich für einen sogenannten DIEP-Lappen. Dabei wird ein

Haut-Lappen vom unteren Bauch entnommen und zur Brust geformt. Dieser DIEP-Lappen enthält im Gegensatz zum TRAM-Lappen keine Bauchmuskelanteile, wodurch die Struktur der Bauchwand intakt bleibt. Der Arzt klärt sie über die Risiken dieser Methode auf.

Die Operation dauert rund fünf Stunden. Um diesen Eingriff gut zu überstehen, muss Cora A. in guter körperlicher Verfassung sein. Außerdem sollte ihre Durchblutung gut funktionieren, damit das verpflanzte Gewebe richtig anwachsen kann. Wäre sie Diabetikerin oder Raucherin gäbe es ein Risiko für Wundheilungsstörungen. Da Cora A. aber alle erforderlichen Voraussetzungen erfüllt, legt sie mit dem Arzt einen Operationstermin fest.

Beate P.: Ich wollte nur eine Narbe und eine Operation

„Als ich erfuhr, dass ich Brustkrebs habe und deshalb meine Brust verliere, wollte ich auf jeden Fall einen Wiederaufbau machen lassen. Deshalb ließ ich mich von einem Plastischen Chirurgen noch vor der Brustoperation beraten. Letztlich entschied ich mich für ein Implantat, weil dieser Eingriff weniger aufwändig ist. Da ich keine Strahlentherapie brauche, kann der Expander schon während der Brustentfernung eingesetzt werden. Auch wenn eine Rekonstruktion mit Silikon weniger natürlich aussieht als ein Wiederaufbau mit Eigengewebe, entschied ich mich dafür, weil so nur eine Wunde entsteht.“

Für Beate P. ist von Beginn an klar, dass sie im Fall einer Brustentfernung einen

Wiederaufbau vornehmen lassen würde. Darüber informiert sie auch sofort ihren Arzt. Der vermittelt sie an seinen Kollegen weiter, der sich auf Brustwiederaufbau spezialisiert hat. Beate P. erhält einen neuen Gesprächstermin, bei dem die Fragen zum Vorgehen beim Brustwiederaufbau im Mittelpunkt stehen sollen. Zur Verstärkung nimmt sie ihre Freundin mit.

Der Arzt erklärt ihr die unterschiedlichen Möglichkeiten eines sofortigen Brustwiederaufbaus oder einer späteren Rekonstruktion sowie die unterschiedlichen Operationsmethoden. Zur Erklärung des jeweiligen Vorgehens zeigt er ihr Fotos von Operationen, die er bereits ausgeführt hat. Beate P. tut sich zunächst schwer damit, die Bilder anzusehen. Doch dann ist sie froh darüber, dass sie sich nun eine realistische Vorstellung von dem zu erwartenden Ergebnis machen kann.

Zwar ist Beate P. in guter körperlicher Verfassung, weshalb sie sich auch für eine Brustrekonstruktion mit Eigengewebe entschließen könnte. Doch sie schreckt davor zurück. Zum einen wegen der zwei Narbengebiete, die dabei entstehen würden. Zum anderen, weil dafür möglicherweise zusätzliche aufwändige Operationen notwendig sein könnten. Eine sofortige Rekonstruktion mit einem Silikonimplantat erscheint ihr deshalb als die angenehmste Lösung.

Der Arzt hat keine Bedenken hinsichtlich dieses Vorgehens, da in ihrem Fall keine Strahlentherapie geplant ist. Somit wird eine Brustentfernung mit sofortiger Expandereinlage vereinbart.

Adressenliste

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
Telefon: 030 4005-2501/-2504
Fax: 030 4005-2555
E-Mail: mail@azq.de
azq.de

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e. V. (AGO)

Hainbuchenstraße 47
82024 Taufkirchen
Telefon: 089 61208899
Fax: 089 66611648
E-Mail: geschaeftsstelle@ago-online.de
ago-online.de

Arbeitsgemeinschaft für ästhetische, plastische und wiederherstellende Operationsverfahren in der Gynäkologie e. V. (AWOgyn)

Jägerstraße 58-60
10117 Berlin
Telefon: 030 514883339
Fax: 030 51488344
E-Mail: info@awogyn.de
awogyn.de

Berufsverband der Frauenärzte e. V.

Arnulfstraße 58
80335 München
Telefon: 089 244466-0
Fax: 089 244466-100
E-Mail: bvf@bvf.de
bvf.de

service

Brustkrebs Deutschland e. V.

Lise-Meitner-Straße 7
85662 Hohenbrunn
Erstes kostenfreies Brustkrebstelefon
Deutschlands: 0800 0 117112, zusätzlich
unter dieser Nummer kostenfreie ärzt-
liche Telefonsprechstunde immer
montags von 17:30 bis 19 Uhr
E-Mail: online@brustkrebsdeutschland.de
brustkrebsdeutschland.de

**Deutsche Arbeitsgemeinschaft für
Psychosoziale Onkologie (dapo) e. V.**

Geschäftsstelle
c/o Mittelrhein-Klinik
Salzbornstraße 14
56154 Boppard
Telefon: 0152 33857632 (kostenpflichtig)
E-Mail: info@dapo-ev.de
dapo-ev.de

**Deutsche Gesellschaft der Plastischen,
Rekonstruktiven und Ästhetischen
Chirurgen (DGPRÄC)**

Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58-59
10117 Berlin
Telefon: 030 2800-4450
Fax: 030 2800-4459
E-Mail: info@dgpraec.de
dgpraec.de

**Ratgeber Brustrekonstruktion – Externe
Qualitätssicherung Brustrekonstruktion
DGPRÄC**

mammarekonstruktion.de

**Deutsche Gesellschaft für Senologie e. V.
Repräsentanz der Fachgesellschaften**

Jägerstraße 58-60
10117 Berlin
Telefon: 030 514883345
Fax: 030 51488344
E-Mail: office@senologie.org
senologie.org

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
Telefon: 030 3229329-0
Fax: 030 3229329-66
E-Mail: service@krebsgesellschaft.de
krebsgesellschaft.de

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Buschstraße 32
53113 Bonn
Telefon: 0228 72990-0
Fax: 0228 72990-11
INFONETZ Krebs Telefon: 0800 80708877
(kostenfrei) (Mo. bis Fr. 8 – 17 Uhr)
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
krebshilfe.de

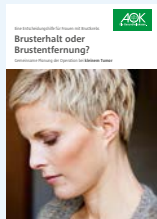
**Frauenselbsthilfe nach Krebs,
Bundesverband e. V.**

Haus der Krebselbsthilfe
Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn
Telefon-Zentrale: 0228 33889-400
Telefon-Beratung: 0228 33889-402
(Mo. bis Do. 8 – 15 Uhr, Fr. 9 – 12 Uhr)
Fax: 0228 33889-401
E-Mail: kontakt@frauenselbsthilfe.de
frauenselbsthilfe.de

Lesetipp

Brusterhalt oder Brustentfernung?

Diese Entscheidungshilfe unterstützt Frauen, den für sie persönlich richtigen Weg zu finden. Erhältlich ist diese Broschüre bei der AOK.



Das AOK-Brustbuch



Vom Umgang mit der ersten Diagnose, über die Vorbereitung auf die OP, bis zur Nachsorge – das Buch ist ein

wertvoller Ratgeber. Für AOK-Versicherte kostenfrei.

Eine Woche im August

Die Diagnose Brustkrebs weckt Ängste. Das Buch zeigt Wege aus der Krise und richtet sich an Patientinnen, deren Angehörige und professionelle Helfer. Hrsg.: Kai Kolpatzik. KomPart-Verlag, 19,80 €, ISBN 978-3-9809562-5-3



Krebsinformationsdienst (KID) des Deutschen Krebsforschungszentrums

Im Neuenheimer Feld 280

69120 Heidelberg

Brustkrebstelefon: 0800 4203040*

Speichzeiten: täglich von 8 bis 20 Uhr

*Anrufe aus dem deutschen Festnetz sind kostenfrei; ggf. andere Kosten

bei Anrufen aus den Mobilfunknetzen

E-Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de

krebsinformationsdienst.de

Mamazone – Frauen und Forschung gegen Brustkrebs e. V., Zentrale Augsburg

Max-Hempel-Straße 3

86153 Augsburg

Telefon: 0821 2684191-0

Fax: 0821 2684191-1

Sprechzeiten: montags und mittwochs

9 bis 16:30 Uhr, dienstags und

donnerstags 9 bis 12 Uhr

E-Mail: info@mamazone.de

mamazone.de

Tumorzentrum München

Projektgruppe Mammakarzinom

Leitung: Dr. Ingo Bauerfeind

Pettenkoferstraße 8a

80336 München

Telefon: 089 4400-52238

Fax: 089 4400-54787

E-Mail:

TZMuenchen@med.uni-muenchen.de

tumorzentrum-muenchen.de

Hilfreiche Internetadressen

ago-online.de

Die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie präsentiert ihre Behandlungsempfehlungen in einer patientengerechten Sprache und informiert über Brustzentren, Selbsthilfegruppen sowie Studien.

aok.de/curaplan → Brustkrebs

aok.de/gesundheitsnavigator

Auf den Seiten der AOK finden Sie Informationen zum DMP Brustkrebs und den AOK-Gesundheitsnavigator.

brustkrebsdeutschland.de

Der Verein Brustkrebs Deutschland informiert über die Diagnose Brustkrebs und neue Behandlungsstrategien und präsentiert Videointerviews mit Experten im Rahmen medizinischer Fachkongresse.

cochrane.de

Das Deutsche Cochrane Zentrum veröffentlicht Zusammenfassungen von Studien über Erkenntnisse zur Wirksamkeit medizinischer Behandlungsmethoden.

dapo-ev.de

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie. Hier ist ein Newsletter zum Thema erhältlich.

gesund.bund.de

Das Gesundheitsportal des Bundesministeriums für Gesundheit bietet leicht verständliche und gesicherte Informationen zu zahlreichen Erkrankungen und zu ihrer Behandlung.

inkanet.de

INKA – Informationsnetz für Krebspatienten und Angehörige e. V.

krebsgesellschaft.de/landeskrebsgesellschaften.html

Die Ländergesellschaften der Deutschen Krebsgesellschaft haben ein Netz von psychosozialen Beratungsstellen in ganz Deutschland aufgebaut.

krebsinformationsdienst.de

Infos über alle Krebsarten für Patienten, gut für den Einstieg in das Thema Krebs.

mammacare.de

Informationen zur effektiven Brustselbstuntersuchung und Hinweise auf Kurse, in denen die Methode erlernt werden kann.

oncomap.de/centers

Die Deutsche Krebsgesellschaft hat hier eine aktuelle Liste der bereits anerkannten Brustzentren hinterlegt.

Medizinische Fachbegriffe

Bauchwandbruch	15
Brustentfernung	5, 7, 11f., 20, 23, 35 ff.
Brustprothese, äußere	5, 7, 8, 10 , 25 f., 36 f.
Brusttumor, multizentrischer	35
Brustwiederaufbau mit Eigengewebe	8, 13 ff. , 16 f., 27, 29, 36
mit Implantat	8, 11, 14, 17 ff. , 22, 27 ff., 36
DIEP	9, 13, 14 , 36 f.
Eigenfett-Transplantation	16
Expander	12, 17 , 19 f., 27, 33
Grazilis-Lappenplastik	13
Haltungsschäden	8, 10
Haut-Fett-Muskel-Lappen	13 f. , 16
Hilfsmittel-Kompetenz-Zentren	11
IGAP	9, 13 , 15
Implantat mit Kochsalzlösung	9, 17
Implantat mit Silikon-Gel	9 f., 13, 17 ff. , 36 f.
Implantataustausch	9, 19 , 22, 27
Kapselfibrose	18 ff. , 22, 27
Kernspintomografie (MRT)	20 f.
Latissimus dorsi	9, 13 ff.
Lebenserwartung	5
Lokalrezidiv	5
Lymphödem, -stau	10
Mammografie	20 f., 31
Matrixprodukte, azelluläre	19
Narbe	10, 16 ff. , 21, 23, 31 ff.
Nekrose	16
Reduktionsplastik	12 , 16
SGAP	9, 13 , 15
Sicherheitsabstand	32
SIEA	9, 13 f.
Strahlentherapie	8, 10 ff., 17 , 18 f., 27 ff., 36 f.
TMG	9, 13 , 15
TRAM	9, 14 f. , 33
Transplantation	14, 16
Tumor	3, 5, 12 f., 22, 31 f.
Ultraschalluntersuchung	20 f.
Zyste	17

Basis dieser Entscheidungshilfe

Diese Entscheidungshilfe wurde an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, Frauenklinik Großhadern, von Dr. phil. Cornelia Caspari und Dr. phil. Andrea Vodermaier entwickelt. Gefördert und finanziert durch den Bundesverband der AOK, Stab Medizin. Als Grundlage dienten die Studienergebnisse des Modellprojekts: „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung; Förderkennzeichen: 217-43794-5/2. Leitung:

- Prof. Dr. M. Untch (Chefarzt der Frauenklinik und Leiter des interdisziplinären Brustzentrums Helios Klinikum Berlin-Buch)
- Dr. phil. A. Vodermaier

Wissenschaftliche Unterstützung durch:

- Dr. med. Ingo Bauerfeind, Landshut
- PD Dr. med. Ilona Funke, München
- Dr. med. Steffen Kahlert, München
- Dr. med. Carola Riedner, München
- Dipl.-Psych. Janna Köhm, München
- Dr. med. Bettina Löhns, Landshut
- Dr. med. Nina Ditsch, München
- Dr. med. Pamela Schaffer, Oberaudorf
- Dr. med. Anita Wuttge-Hannig, München

Aktualisierung und Überarbeitung 2012, Koordination und Leitung:

- Dr. phil. Cornelia Caspari, Ebersberg

Wissenschaftliche Unterstützung:

- Dr. med. Ingo Bauerfeind, Landshut
- Prof. Dr. med. Cornelia Höß, Ebersberg
- Dr. med. Christian Metz, Ebersberg
- Dr. med. Uwe von Fritschen, Berlin
- Dr. med. Bettina Löhns, Landshut

Aktualisierung und Überarbeitung 2018:

Wissenschaftliche Unterstützung:

- Dr. med. Uwe von Fritschen, Berlin
- Dr. med. Eike Eymers, Berlin

Besonderer Dank gilt den vielen Brustkrebspatientinnen und nicht betroffenen Frauen, die wertvolle Anregungen für diese Entscheidungshilfe geliefert haben. Durch ihr Engagement haben sie dazu beigetragen, dass diese Entscheidungshilfe die Perspektive Betroffener und Laien einbezieht und deren Sprache spricht.

Impressum

Herausgeber: AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin;
 Medizinische Schlussredaktion: Dr. Eike Eymers, AOK-Bundesverband, Stab Medizin;
 Redaktion: Katja Winckler; Konzeption und Gestaltung: Tina Hirth, Kerstin Conradi;
 Illustration: Ulrich Scholz; Titelbild: Getty Images; Foto Rückseite: Jochen Tack;
 Druck: Albersdruck GmbH & Co. KG, Düsseldorf
 10. Auflage, Januar 2021; ©2021 KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, Berlin

AOK-Curaplan Brustkrebs Gute Betreuung von Anfang an

Diagnose: Brustkrebs. Jetzt ist die Familie wichtig, brauchen Sie die Unterstützung von Freundinnen, Verwandten und dem Arzt Ihres Vertrauens.

Wichtig ist aber auch die Gewissheit: „Es wird alles für mich getan“.

AOK-Curaplan Brustkrebs unterstützt Sie in dieser schwierigen Situation, gibt Entscheidungshilfen durch umfassende Information und individuelle Betreuung in jeder Phase der Krankheit.

Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Seite im Internet unter **aok.de/curaplan** oder direkt bei Ihrer AOK vor Ort.



Weitere Fragen zur Therapie beantwortet Ihnen gerne Ihr behandelnder Arzt.