

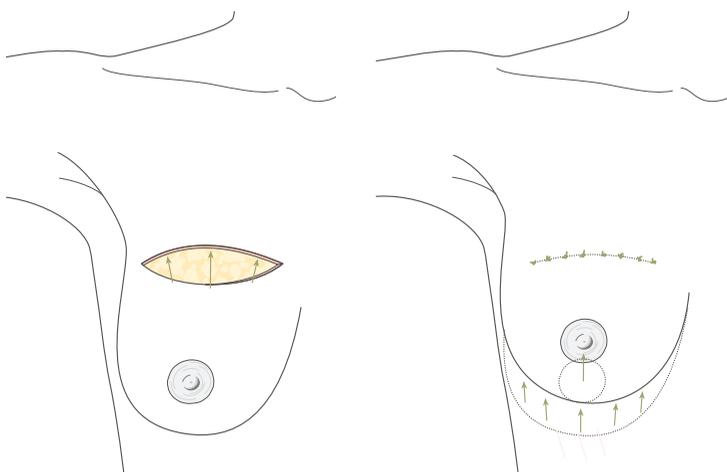
II Geschichtliche Entwicklung der Bruststraffung

In der Geschichte der Brustchirurgie spielte die Bruststraffung erst relativ spät und anfangs nur eine untergeordnete Rolle. Alfred Pousson [1853–unbekannt] war 1897 der Erste, der bei einer jungen Frau, deren Brüste bis zu den Oberschenkeln hingen, neben einer Volumenverkleinerung auch eine Bruststraffung durchführte. Sein Eingriff erfolgte aber 51 Jahre nach der ersten modernen Brustverkleinerung von Johann Friedrich Dieffenbach [1792–1847], der in seiner posthum veröffentlichten Arbeit (1848) auf die Wichtigkeit eines normalen Aussehens der Brust bei Brustoperationen hinwies und den Erhalt der Brustwarze und des Warzenhofs forderte.

Trotz Poussons Veröffentlichung folgte aber noch keine parallele Entwicklung von Brustverkleinerung und Bruststraffung, erst 70 Jahre später (1966) begann man, Schnittführung und Konzepte der Verkleinerungsmethoden systematisch auch bei Straffungen einzusetzen.

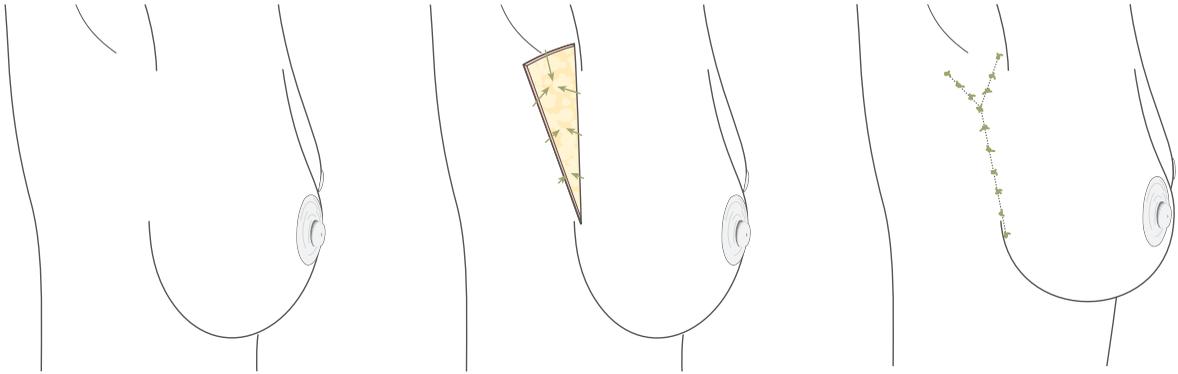
Die 1897 von Pousson eingesetzte Methode war technisch einfach und effektiv: Er entfernte überschüssige Haut, indem er oberhalb der Brustwarze ein schiffchenförmiges Hautareal exzidierte und von diesem Zugang das Brustgewebe vom Brustmuskel abpräparierte, um es nach oben zu verlagern und am Brustmuskel zu fixieren. Wenig später (1898) folgte F. Verchère, der bei einer Opernsängerin das Dekolleté narbenfrei beließ, indem er den Hautschnitt in die Achselregion verlagerte.

ERSTE DOKUMENTIERTE BRUSTSTRAFFUNG



Alfred Pousson führte 1897 die erste Bruststraffung gemeinsam mit einer Verkleinerung durch. Er entfernte ein schiffchenförmiges Hautareal oberhalb des Warzenhofs, präparierte von diesem Zugang aus die Brust vom Brustmuskel ab, um sie dann mit festen Nähten in einer höhergelegenen Position wieder am Brustmuskel zu fixieren.

ZWEITE DOKUMENTIERTE BRUSTSTRAFFUNG

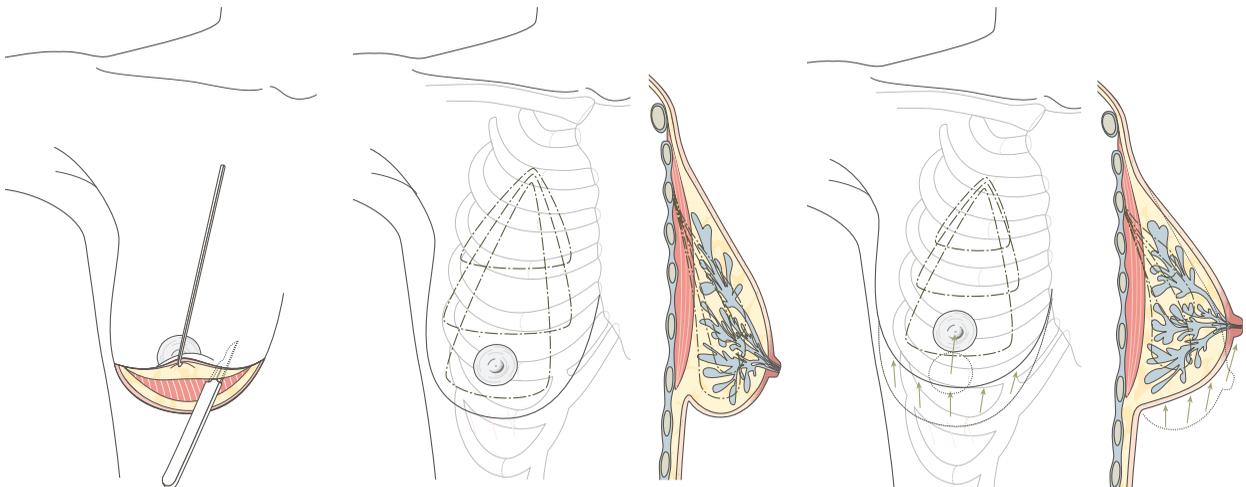


Verchère führte 1898 die zweite Bruststraffung ohne gleichzeitige Verkleinerung durch. Sein Hautschnitt erfolgte in der Achselregion, um das Dekolleté narbenfrei zu belassen.

Der Deutsche J. Dehner imitierte 1908 Pousson mit dem kleinen Unterschied, dass er die Brust nicht an den Brustmuskel, sondern an die darunter liegende 3. Rippe nähte. 1910 wählte C. Girard einen neuen Zugang und präparierte, ausgehend von der Unterbrustfalte, die Brust vom Brustmuskel ab, um sie dann an der 2. Rippe zu fixieren. Der Deutsche T. Göbell operierte ähnlich, setzte die Verankerungsnäht aber nicht direkt in das Brustgewebe, sondern verwendete Faszienstreifen (Muskelhülle), die er an der 3. Rippe befestigte.

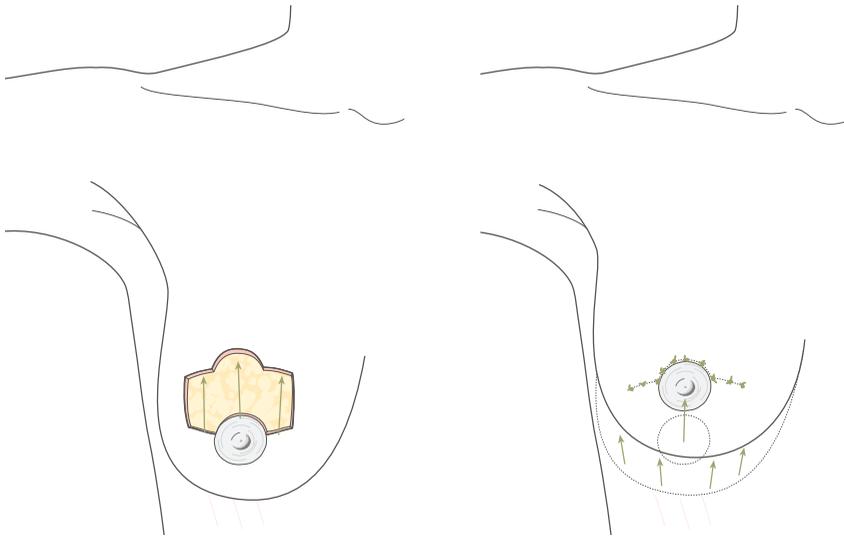
Den nächsten Meilenstein in der Geschichte der Bruststraffung setzte der Deutsche Lotsch. Er publizierte 1923 erstmals eine Schnittführung mit vertikaler Narbe unter dem Warzenhof und entfernte rund um ihn Haut. Dadurch konnten Brustwarze und Warzenhof nach oben versetzt werden. Seine Methode ermöglichte auch eine Neuformung der Brust. In zahlreichen danach publizierten Techniken wurden viele Details seiner Methode übernommen.

ERSTE DOKUMENTIERTE BRUSTSTRAFFUNG MIT ZUGANG ÜBER DIE UNTERBRUSTFALTE



Girard wählte als Erster den Zugang über die Unterbrustfalte, präparierte das gesamte Brustgewebe vom Brustmuskel ab und befestigte die Brust weiter oben. Die Verankerungsnähte fixierte er an der 2. Rippe.

EINFACHE BRUSTSTRAFFUNG VON SUZANNE NOËL



Bei dieser einfachen Methode der Bruststraffung wird oberhalb des Warzenhofes ein rechteckiges Hautareal entfernt.

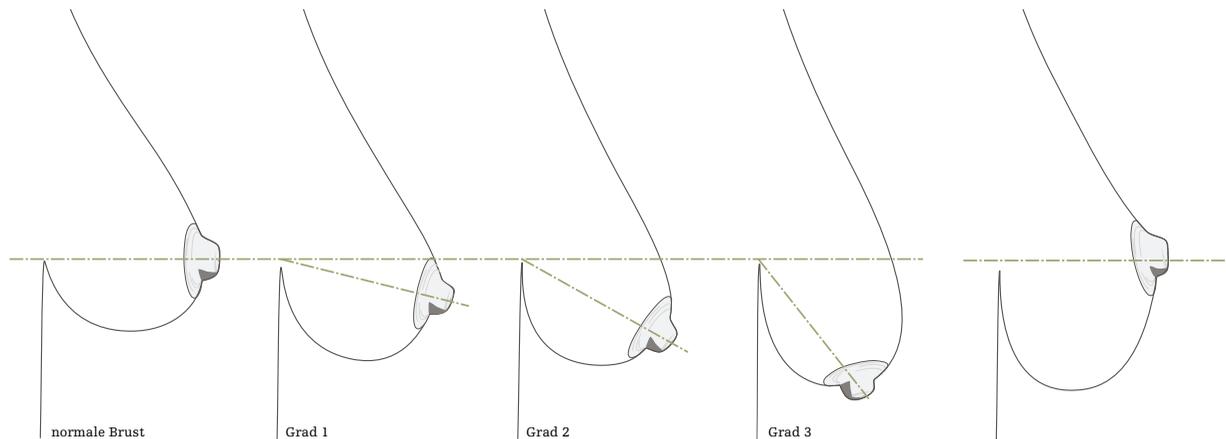
1924 veröffentlichte Louis Dartigues einige Arbeiten über die ästhetische Brustchirurgie und beschrieb vier Grade der Ptose. 1927 publizierte der Pionier der Nasen- und Ohrkorrektur Jacques Joseph eine etwas komplizierte Methode mit seitlich verlagert, Z-förmiger Narbe.

Auch die berühmt gewordene französische Chirurgin Suzanne Noël [1878–1954] veröffentlichte eine Methode zur Bruststraffung, bei der ein rechteckiges Hautareal oberhalb des Warzenhofs entfernt wird und die Brust mäßig gestrafft werden konnte.

Es folgten fast 40 Jahre ohne nennenswerte Fortschritte, bis 1966 die Kanadierin Paule Régnauld erstmals eine Bruststraffung mit gleichzeitiger Vergrößerung mit Implantaten beschrieb. Brustvergrößerungen mit Implantaten waren damals gerade vier Jahre alt. Régnauld führte 1976 auch eine neue Skalierung der Ptose in drei Grade ein und beschrieb den Begriff der „Pseudoptose“. Die Pseudoptose liegt dann vor, wenn der Warzenhof noch auf Höhe der Unterbrustfalte liegt, mehr als die Hälfte des Brustgewebes jedoch unterhalb der Submammärfalte zu liegen kommt.

1968 bemerkte Kahn, dass sich die 1960 von Jan Olof Strömbeck eingeführte und berühmt gewordene Brustverkleinerungstechnik auch sehr gut für die Straffung einsetzen lässt. Von nun an entwickelten sich Brustverkleinerung und Bruststraffung parallel weiter.

EINTEILUNG DER MAMMAPTOSE IN DREI GRADE



Régnault teilte 1976 die Mammoptose in drei Grade ein. Bei Grad 1 der Ptose liegt die Brustwarze unterhalb der Submammaryfalte, der Warzenhof noch nicht. Bei Grad 2 der Ptose liegt der gesamte Warzenhof unterhalb der Submammaryfalte. Bei Grad 3 der Ptose bildet der Warzenhof den Unterrand der Brust.

PSEUDOPTOSE

Bei der Pseudoptose liegt der Warzenhof auf Höhe der Submammaryfalte, während mehr als die Hälfte des Brustgewebes unterhalb der Submammaryfalte zu liegen kommt.

Den nächsten großen Fortschritt stellte die Einführung der Dermisuspension dar. Hinderer setzte 1976 bei der Bruststraffung erstmals Dermisstreifen ein, um das neuerliche Absinken der operierten Brust zu verhindern (verzögern). Er war der Initiator des Konzeptes zur Bildung eines „inneren BH“ mit körpereigener Dermis, ein wichtiger Meilenstein zur Verbesserung der Langzeitergebnisse und fixer Bestandteil meines eigenen Konzeptes der Brustchirurgie. Diese ergänzende Maßnahme erfuhr zahlreiche weitere Variationen, die man unter dem Begriff „Dermisuspension“ zusammenfasste.

Neben der Verwendung der körpereigenen Dermis begann man zuletzt auch Fremdmaterialien einzusetzen, um die gestraffte Brust in ihrer Position zu halten. Es handelt sich dabei einerseits um veränderte Schweinedermis, die keine Abstoßungsreaktion im menschlichen Körper hervorruft, sowie andererseits um Kunststoffnetze, ähnlich den Produkten, die zur Korrektur von Leistenbrüchen und Bauchwandhernien eingesetzt werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die moderne Brustchirurgie mit den etwa zehn zur Verfügung stehenden Techniken zur Bruststraffung mit Einsatz einer Dermisuspension genügend Möglichkeiten anbietet, um ausgezeichnete Ergebnisse nach Mastopexie-Operationen zu gewährleisten, ohne auf teure und fragwürdige Fremdmaterialien zurückgreifen zu müssen.

ZUSAMMENFASSUNG

Die moderne Brustchirurgie bietet mit den etwa zehn zur Verfügung stehenden Techniken zur Bruststraffung mit Einsatz einer Dermisuspension genügend Möglichkeiten, um ausgezeichnete Ergebnisse nach Mastopexie-Operationen zu gewährleisten, ohne auf teure und fragwürdige Fremdmaterialien zurückgreifen zu müssen.