

Brust-OP

Stillen nach operativer Brustvergrößerung und ihre Auswirkungen auf die Stillfähigkeit

Die Brust ist für viele Menschen das Sinnbild von Weiblichkeit. Daher ist es verständlich, das besonders Mädchen und junge Frauen unter einer sehr kleinen Brust massiv leiden. Die Brustvergrößerung ist die zweithäufigste „Schönheitsoperation“ bei Frauen.

Für eine Brustoperation gibt es viele Gründe. Doch für viele Frauen ist es ein ästhetisches Problem, eine sehr kleine Brust zu haben. Viele Frauen fühlen sich hier in ihrer Weiblichkeit eingeschränkt. Sie leiden gegebenenfalls unter ihrer knabenhaften Figur und entwickeln regelrechte Minderwertigkeitskomplexe bzw. haben ein mangelhaftes Selbstbewusstsein. Die psychische Komponente spielt als Grund für eine Brustvergrößerung eine sehr große Rolle.

Für viele Mädchen und junge Frauen ist hier der eigene Leidensdruck, neben dem „Druck von außen“ und/oder eine schlechte Körperwahrnehmung so hoch, dass sie sich für eine Brustvergrößerung entscheiden.

Hier sei angemerkt, dass eine Brustoperation erst nach dem vollständig beendeten körperlichen Wachstum und einer vollständig entwickelten Brust erfolgen sollte, um das bestmögliche Ergebnis zu erzielen. Auch wäre es sicherlich sinnvoll, wenn die Familienplanung und auch die Stillzeit bereits abgeschlossen sind. Denn bekanntlich sind hier die Veränderungen der Brust durch die hormonelle Umstellung gegeben.

Nicht selten sind die betroffenen Frauen nach einer Schwangerschaft und Stillzeit mit dem optischen Ergebnis ihrer Brustvergrößerung nicht

mehr zufrieden. Hier fehlt es teilweise an entsprechenden Informationen über die natürlichen Veränderungen der Brust in dieser Zeit.

Meist wird jedoch eine Brustvergrößerung im jungen Erwachsenenalter erfolgen, ohne an mögliche Auswirkungen der zukünftigen Stillfähigkeit zu denken.

Generell können Frauen auch mit sehr kleinen Brüsten erfolgreich stillen.

Hier ist es nicht eine Frage der Brustgröße, sondern wieviel milchbildendes Drüsengewebe vorhanden ist. Ist das Drüsengewebe normal angelegt, kann eine Frau auch mit kleinen Brüsten voll stillen.

Folgen organischer Veränderungen und Brustanomalien

Ursächlich für sehr kleine Brüste können auch organische Veränderungen und Anomalien sein, die eine primäre Laktationsinsuffizienz zur Folge haben. Das bedeutet, dass die Frauen von Geburt an zu wenig bzw. fast gar kein Brustdrüsengewebe besitzen. Hier wäre es von Vorteil, den genauen „Ausgangsbefund“ der Frau zu kennen: Bilder, die die Brust vor der OP dokumentieren bzw. auch ggf. ärztliche Befunde und OP Bericht.

Anzeichen, die auf eine primäre Laktationsinsuffizienz hinweisen könnten:

- stark unterentwickelte Brüste
- Nichtanlage der Brüste
- sehr weit auseinanderliegende Brüste
- stark asymmetrische Brüste
- tubuläre Brüste

Hierbei kann auch immer eine Kombination einzelner bzw. aller Formen vorliegen. Auch ist es möglich, dass lediglich eine Brust entsprechende Veränderungen aufweist und die andere Brust sich normal entwickelt hat.

Weitere Ursachen einer Brustvergrößerung bzw. Angleichung mit Auswirkung auf die Stillfähigkeit:

- Zustand nach Brustkrebs mit Abnahme der Brust
- Verletzungen der Brust nach Unfall, Verbrennung, vorausgegangenen Operationen

Eine Brustvergrößerung kann in allen Fällen zwar das optische Erscheinungsbild korrigieren, nicht jedoch die Stillfähigkeit bzw. das fehlende Drüsengewebe ausgleichen. Wenn ein voll ausgeprägtes Bild einer primären Laktationsinsuffizienz vorliegt, wird die Frau nicht in der Lage sein zu stillen. Ist das Drüsengewebe „nur“ vermindert vorhanden, ist die Frage, ob die Frau, bei optimalem Stillmanagement, das Vollstillen erreichen kann oder ob teilweise zugefüttert werden muss.

In jedem Fall sollte die Frau bei einem Stillwunsch versuchen zu stillen.

Wie erfolgreich das Stillen letzten Endes werden wird, kann ohne den Stillversuch nicht beurteilt werden; ggf. ist ein Teilstillen möglich.

Betroffene Frauen benötigen hier entsprechende Informationen über die physiologischen Veränderungen der Brust in Schwangerschaft und Stillzeit und die möglichen Auswirkungen der Operation auf die Stillfähigkeit. Genauso wichtig ist jedoch, dass

den Frauen bekannt ist, welche möglichen Ursachen der sehr kleinen Brust zu Grunde liegen (falls bekannt) und welche möglichen Folgen hier auftreten können.

Sonst kann es zu einer falschen Erwartungshaltung bzgl. des Stillens kommen. Denn leider ist im Internet immer wieder zu lesen: „Wir operieren mit einer Technik, mit der sie stillen können!“

Nur leider ändert die Technik nichts am möglichen Vorliegen von zu wenig milchbildendem Drüsengewebe und vermittelt den Frauen ein unvollständiges Bild der Situation. Eine idealerweise in bzw. bereits vor der Schwangerschaft gut informierte Frau wird hier weniger Stress im Umgang mit der Situation haben, was sich im Gegenzug positiver auf die Milchbildung und die Laktation auswirkt.

Silikon oder Eigenfett?

Beide „Materialien“ sind möglich, um eine Brustvergrößerung durchzuführen. Bei der Vergrößerung mit Eigenfett kann bei einer Operation eine Volumenvergrößerung von maximal einer Körbchengröße erreicht werden. Wünscht sich die Frau eine höhere Zunahme, müssen ggf. mehrere Eingriffe erfolgen oder es erfolgt die Einlage eines Silikonimplantates.

Wird Eigenfett genutzt, wächst dieses im Idealfall vollständig an, so dass die Brustvergrößerung grundsätzlich ein Leben lang hält. Direkte Auswirkungen auf die Stillfähigkeit hat eine Vergrößerung mit Eigenfett in der Regel nicht, da dieses eingespritzt wird.

Allerdings unterliegt sie Einschränkungen und Veränderungen aufgrund von Schwangerschaft, Stillzeit, Gewichtsveränderungen, -schwankungen und Alter.

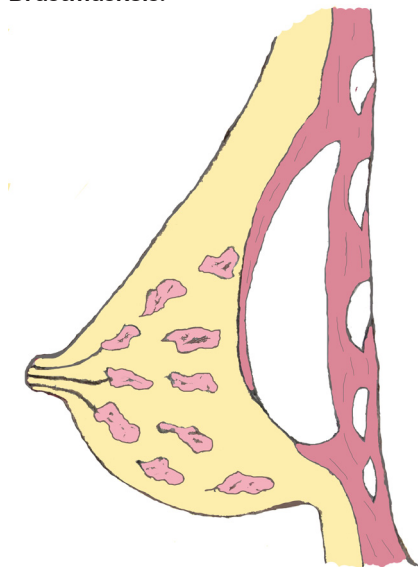
Wird ein Silikonimplantat zur Vergrößerung genutzt, gilt, je größer das Implantat ist, desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen und die Auswirkungen auf die Stillfähigkeit. Die Implantate

gibt es in verschiedenen Formen, so dass sich später auch unterschiedliche Tastbefunde ergeben. Zudem gibt es unterschiedliche Füllungen der Silikonhülle: Kochsalz und eine spezielle Gel-Füllung. Der Vorteil der mit Kochsalz gefüllten Kissen ist, dass eine kleinere Schnittführung notwendig ist, denn es wird erst eine leere Hülle eingebracht, die später aufgefüllt wird. Daher ist diese Variante schonender für das Gewebe und es gibt weniger Narben.

Die Platzierung der Implantate

Nur ein erfahrener Operateur kann entscheiden, ob ein Implantat besser unterhalb oder oberhalb des Brustmuskels eingesetzt wird. Abhängig ist dies von der Brustform, Form und Größe des Implantates und der Operationstechnik sowie der Beschaffenheit des Brustgewebes. Idealerweise sollte der Chirurg über einen möglichen Stillwunsch vor dem Eingriff informiert werden und entsprechend gewebeschonend operieren. Die Platzierung des Implantates ist jedoch entscheidend bzgl. der Auswirkungen auf die Stillfähigkeit.

Implantat unterhalb des Brustmuskels:

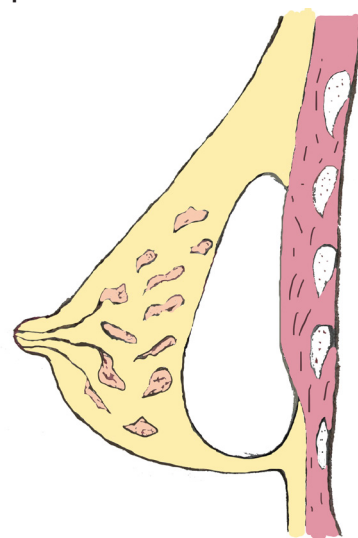


Das Platzieren des Implantates unterhalb des Brustmuskels ist zum Erhalt der Stillfähigkeit ideal. Bei dieser Technik werden Blutgefäße,

Drüsengewebe und Nervenfasern und auch der Brustwarzenkomplex in der Regel nicht manipuliert und geschädigt.

Diese Platzierung wird bei sehr dünner und schlaffer Haut und wenig Brustdrüsengewebe gewählt. Hinzu kommt, dass die Implantate unterhalb des Brustmuskels weniger tastbar sind und so auch die Krebsfrüherkennung erleichtert.

Implantat oberhalb des Brustmuskels:



Bei einer Platzierung des Implantates oberhalb des Brustmuskels, kann es zur Schädigung von wichtigen Strukturen wie Nerven und Blutgefäßen kommen. Zudem kann das Implantat auf das Brustdrüsengewebe drücken und die Blutversorgung einschränken. Eine Störung der Milchbildung kann hier die Folge sein.

Die Platzierung oberhalb des Brustmuskels ist einfacher durchzuführen und für die Betroffene mit weniger Schmerzen verbunden. Allerdings können die Implantate in diesem Fall auch leichter abrutschen. Zudem sind bei wenig vorhandenem Drüsengewebe, welches das Implantat abdeckt, meist auch die Implantate sichtbar und spür- bzw. tastbar.

Schnittführung zum Einbringen des Implantates

Zum Einsetzen eines Implantates sind in der Regel nur kleine Schnitte von 4-6 cm Länge nötig.

Dabei gibt es verschiedene Möglichkeiten der Schnittführung.

- durch bzw. an der Brustwarze
- in der Unterbrustfalte
- in der Achsel

Je nachdem welche Schnittführung gewählt wurde, wirkt sich diese mehr oder weniger auf die Stillfähigkeit aus.

Im ungünstigsten Fall wird eine Schnittführung an bzw. durch die Brustwarze gewählt. Hierbei kommt es meist zu Verletzungen von Drüsengewebe, Milchführungsgängen, Nerven und Blutgefäßen und auch zu Empfindungsstörungen der Brustwarze. Diese regulieren sich zwar mit der Zeit wieder, allerdings dauert dieser Prozess. Daher besteht die Gefahr, dass es zu negativen Auswirkungen auf die Milchbildung und den Milchfluss kommt.

Der Schnitt in der Unterbrustfalte dagegen gilt als besonders stillfreundlich, da hier kaum wichtige Strukturen verletzt werden.

Eine Schnittführung in der Achsel wird meist eher bei kleinen Implantaten und dem Wunsch einer narbenfreien Brust eingesetzt.

Unabhängig von der Schnittführung wird als Reaktion in der Regel eine Narbenbildung erfolgen, auch in der Brust. Dies kann unter Umständen zu Schmerzen und Missempfindungen beim Stillen, besonders während der initialen Brustdrüenschwellung führen.

Schwangerschaft nach Brustvergrößerung

In einer Schwangerschaft verändert sich die Brust im Regelfall. Art und Ausmaß dieser Veränderung in Form und Größe ist dabei von Frau zu Frau verschieden. Diese Veränderungen treten natürlicherweise nach einer erfolgten Brustvergrößerung auf und können das kosmetische Ergebnis entsprechend verändern. Es hängt aber nicht nur von hormonellen und gewichtsbedingten Faktoren ab, sondern ebenso von der Größe des verwendeten Implantates.

Stillen nach Brustvergrößerung

In den einschlägigen Informationsquellen zum Thema ist immer wieder zu lesen, dass sich die Brustvergrößerung, wenn sie fachmännisch durchgeführt wurde, kaum bzw. in 99% der Fälle gar nicht auf die Stillfähigkeit auswirkt.

Allerdings ist hier nur von der Operation und nicht von deren Ursache die Rede! Wenn kein Drüsengewebe vorhanden ist, wird eine Frau an der betroffenen Seite auch nicht stillen können! Wenn wenig Drüsengewebe vorhanden ist, ist vom Teil- bis hin zum Vollstillen unter Einhaltung eines optimalen Stillmanagements alles möglich.

Daher sollte eine Frau, die Stillen möchte, es auf jeden Fall versuchen. Denn wenn keine Vorerkrankung vorliegt und die Operation aus kosmetischen bzw. ästhetischen Gründen erfolgt, muss nicht von einem grundsätzlichen Stillproblem ausgegangen werden.

Es kann zu Missempfindungen und ggf. auch Schmerzen, besonders bei einer sehr prallen Brust, kommen. Auch das Risiko einen Milchstau zu erleiden, ist größer als bei einer nicht operierten Frau. Aber die Sorgen der Frauen, ein Implantat könnte durch den großen Druck platzen, ist unbegründet.

Von Seiten der Stillberaterin sollte darauf geachtet werden, welche Einstellung die Mutter zum Thema Stillen und Brust hat. Es kommt vor, dass der Leidensdruck der Frau vor der Brustvergrößerung so hoch ist, dass sie Sorge hat, das Kind und das Stillen könnten ihr die Brust „ruinieren“, ggf. besteht auch ein unklarer Stillwunsch. Hier ist eine empathische Beratung besonders wichtig.

Der Mutter muss klar sein, dass nicht das Stillen oder gar das Kind die Brust verändert, sondern die Hormone und die Gewichtsschwankungen in dieser Zeit die Hauptursachen für eine mögliche Veränderung sind. Der Körper benötigt nach der Geburt und auch nach Beendigung der Stillzeit Geduld und Zeit, um wieder in seinen vorherigen „Zustand“ zurückzufinden. Die Frau sollte wissen, wie die

normalen körperlichen Entwicklungen ablaufen und dass auch nicht operierte Frauen mit ähnlichen Sorgen kämpfen. Die Sorge um die Brust könnte hier stressbedingte Auswirkungen auf die Milchbildung und die Anlegebereitschaft haben. Dies gilt es zu vermeiden.

Hier ist allerdings aus Sicht der Stillberatung folgendes zu bedenken:

- Ursache für die Vergrößerung
- Art der Schnittführung
- Narben und -kontraktionen
- Art der Vergrößerung: Eigenfett oder Implantat
- Platzierung des Implantates
- Zeitraum zwischen Operation und Stillen
- Vorherige Stillzeiten vor bzw. nach erfolgter Operation

All diese Faktoren können sich auf die Still- und Laktationsfähigkeit der Frau auswirken! Sei es nur partiell, beispielsweise bei der initialen Brustdrüenschwellung, oder auch generell bei Milchmenge und Milchfluss.

Andrea Böttcher

Kinderkrankenschwester, Fachkraft für Stillförderung, Laktationsberaterin, Stillbeauftragte in der Klinik, Referentin für Stillen und Säuglingsernährung

Quellen:

- www.bodenseeklinik.de/brustvergroesserung
- www.infomedizin.de/themenwelt/brust-op/behandlungsgrundlagen/brustvergroesserung/
- www.vitalitas.de/brustvergroesserung-operation.html
- Praxisbuch besondere Stillsituationen, DHV, 2012
- still-lexikon.de/stillen-nach-brustvergroesserung-und-brustverkleinerung/, aktualisiert 2017
- Stillberatung, Marie Biancuzzo, 2005
- Stillen Kompakt, D.Both, K. Frischknecht; Ausgabe 2007

Mögliche Probleme nach einer Brustvergrößerung bzgl. Laktation und Stillen

In den meisten Fällen kommt es kaum zu größeren Problemen! Hier einmal einige typische Beispiele nach einer Brustvergrößerung. Das A und O nach einer Brustoperation sind generell eine einheitliche Handlungsweise und fachlich fundierte Information der Frau und aller an der Betreuung beteiligten Personen, inklusive der entsprechend ausführlichen Dokumentation.

Problem:	Ursache:
wunde/verletzte Brustwarzen	bewegliches Implantat erschwert die korrekte Positionierung der Brustwarze
Lösungsmöglichkeit:	
<ul style="list-style-type: none"> • mehrfaches Beobachten des Anlegens • korrekte Position der Brustwarze im Mund des Kindes erklären • ggf. Anlegen korrigieren • asymmetrisches Anlegen 	

Problem:	Ursache:
Schmerzen in der Brust / beim „Milcheinschuss“	<ul style="list-style-type: none"> • Narbengewebe in der Brust • Drüsengewebe schwillt an und drückt gegen das Implantat • Haut ist massiv gedehnt, durch darunterliegendes Implantat
Lösungsmöglichkeit:	
<ul style="list-style-type: none"> • optimales Stillmanagement • häufiges Anlegen • Vermeidung einer übermäßigen initialen Brustdrüsenanschwellung • Schmerzmittel bei Bedarf nach ärztlicher Anordnung • Ggf. kühlen und Brustmassage <p>Manuelle Maßnahmen sind hier nur sehr eingeschränkt wirksam. Entscheidend ist hier die Lage des Implantates. Liegt das Implantat oberhalb des Brustmuskels, ggf. sogar zwischen Drüsengewebe und Haut, muss eher mit Komplikationen gerechnet werden. Hat sich die Milchbildung „eingespielt“, treten meist kaum noch Beschwerden auf. Am ehesten bei unzureichender Entleerung der Brust.</p>	

Problem:	Ursache:
unzureichende/ fehlende Milchbildung	<ul style="list-style-type: none"> • kaum / generell fehlendes Drüsengewebe bereits vor OP • Schnittführung entlang/durch Brustwarze
Lösungsmöglichkeit:	
<ul style="list-style-type: none"> • frühes und intensives Bonding • optimales Stillmanagement • Stillhäufigkeit von 10 bis 12 mal in 24 Std. • nächtliches Stillen • Stillbeginn an der nicht operierten Seite (bei Angleichungs-OP) <p>Eine Frau sollte idealerweise bereits in der Schwangerschaft informiert werden, dass sie grundsätzlich auch mit einer sehr kleinen Brust stillen könnte. Denn entscheidend für die Stillfähigkeit ist die Menge an Brustdrüsengewebe. Es stellt sich aber die Frage, wieviel Drüsengewebe überhaupt vorhanden ist, wenn eine extrem kleine Brust vorliegt. Daher sollte das vorhandene Gewebe maximal stimuliert werden. Bei einer Schnittführung um bzw. durch Mamille und Areola kommt es zu Verletzungen von Nerven, Blutgefäßen und des darunterliegenden Brustdrüsengewebes. Dadurch kann es zu Missempfindungen und Gefühlsstörungen in der Brustwarze kommen. Diese behindern bzw. verzögern den Milchspendereflex und wirken sich negativ, durch fehlende Stimulation, auf die Milchbildung aus.</p>	

Problem:	Ursache:
unklarer Tastbefund (Knoten und Co.) an Brust und Achseln	<ul style="list-style-type: none"> • Position und Größe des Implantates erschweren und verändern den Tastbefund • Narbenkontrakturen • Druck auf Milchführungsgänge, Drüsengewebe durch Implantat • versprengtes Brustdrüsengewebe
Lösungsmöglichkeit:	
<ul style="list-style-type: none"> • Klarheit über Größe, Lage und Ausmaß der Brustvergrößerung verschaffen (OP-Bericht) • ggf. ärztliche Abklärung mittels Ultraschall • Kühlen im Achselbereich bewirkt das Abschwellen von versprengter Brustdrüse, keine Veränderung tritt ein wenn der „Knoten“ von der Narbe einer transaxillaren Schnittführung ausgeht • manuelle Therapie: kühlen, massieren je nach Lage des Implantates möglich • ggf. Schmerzmedikation nach ärztlicher Absprache • Optimierung des Milchflusses und des Stillmanagement • Information der Frau zur Erkennung von Milchfluss, Milchstau und Mastitis • genaue Dokumentation des „Knoten“ und der Brust mit entsprechender Information der „Betreuungspersonen“ 	