

54. Spätergebnisse der Reduktionsplastik nach McKissock

R. G. H. Baumeister, R. Daigeler, A. Umlandt und H. Bohmert

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität München (Direktor: Prof. Dr. G. Heberer),
Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, D-8000 München 70

Late Results in McKissock's Reduction Mammoplasty

Summary. 162 patients had a McKissock's reduction mammoplasty between 12.78 and 4.85. The areola is transposed thereby on a cranio-caudal flap. A questionnaire and a checkup was performed 3 1/2 years postop., 57% found the results very good and good, 31% satisfactory, 3% adequate, 6% imperfect and 3% bad. The sensibility of the nipple was almost unchanged in 40%. Erectibility of the nipple was in most cases present. The measures of the breast changed only little after 3 1/2 years.

Key words: Plastic surgery – Reduction mammoplasty – Breast surgery – Breast hypertrophy.

Zusammenfassung. 162 Patienten wurden mit der McKissock'schen Reduktionsplastik zwischen 12/78 und 4/85 operiert. Die Mamille wird dabei auf einem cranio-caudalen Brückenlappen transponiert. Bei einer Fragebogenaktion bzw. Nachuntersuchung durchschnittlich 3 1/2 Jahre postoperativ bezeichneten 57% das Gesamtergebnis als sehr gut und gut, 31% als befriedigend, 3% als ausreichend, 6% als mangelhaft und 3% als schlecht. Die Sensibilität der Mamille war bei 40% weitgehend unverändert, die Erektionsfähigkeit nahezu immer vorhanden. Die Brustmaße veränderten sich postoperativ auch nach 3 1/2 Jahren nur gering.

Schlüsselwörter: Plastische Chirurgie – Reduktionsmammoplastik – Mammachirurgie – Brusthypertrophie.

McKissock beschrieb 1972 ein Verfahren zur Reduktion mittlerer bis schwerer Hypertrophien der weiblichen Brust [2]. Die Mamille wird dabei für die Transposition an einer cranio-caudalen Gewebsbrücke gestielt belassen. Dadurch wird ein Verziehen der Brustwarze vermieden. Das Unterfüttern des Brückenlappens unter die Mamille verbessert gleichzeitig die Projektion der Brustwarze.

Nachdem die neue Position der Mamille präoperativ markiert wurde, wird ein cranio-caudal verlaufender Hautstreifen um die Mamille deepithelisiert. Er reicht von der Submammarfalte bis zum neuen Mamillensitz. Medial und lateral der Deepithelisierungszone können je nach Ausmaß der Hypertrophie unterschiedlich große Gewebsblöcke reseziert werden (Abb. 1).

Schließlich wird auch Gewebe unter dem deepithelisierten Hautstreifen entfernt, um die Mamille auf einen Brückenlappen transponieren zu können. Alle Resektionsschritte können dabei unter guter Sicht bei weiten Zugängen erfolgen. Die Mamille wird schließlich nach cranial transportiert und die seitlichen Brustanteile in der Mitte über dem caudalen Teil des Brückenlappens vereinigt (Abb. 2).

Zwischen Dezember 1978 und April 1985 wurde bei 162 Patienten an unserer Klinik eine Brustreduktionsplastik nach McKissock durchgeführt. 111 Patienten unterzogen sich einer bilateralen Reduktion. Lediglich eine einseitige Reduktion war bei 51 Patienten notwendig.

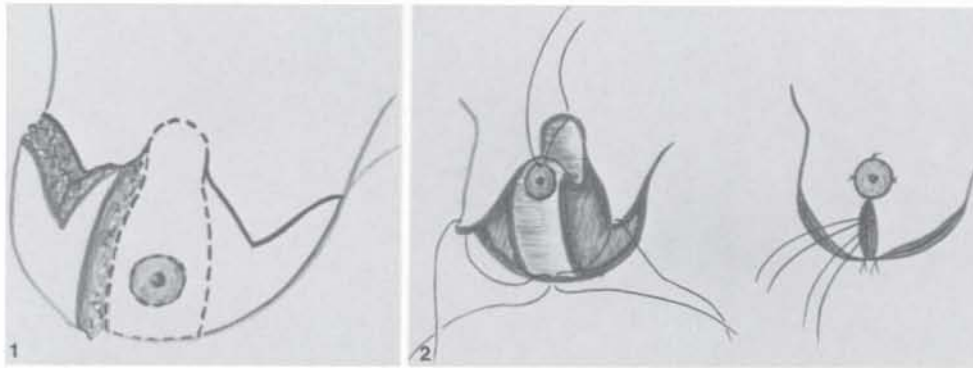


Abb. 1. Perimamilläre Deepithelisierung des Brückenlappens, Resektion seitlicher Gewebeblöcke

Abb. 2. Transposition der Mamille und Vereinigung seitlicher Brustanteile über dem kaudalen Teil des Brückenlappens

14mal handelte es sich dabei um eine Asymmetrie, 37mal um eine Angleichung der kontralateralen Brust bei einer Wiederaufbauplastik nach Ablatio mammae.

Im Mittel betrug das Alter der Patientinnen 33,5 Jahre. Die jüngste Patientin war 16, die älteste 66 Jahre alt.

Bei Mammahypertrophien wurde linksseitig durchschnittlich 439 g, rechtsseitig 451 g Gewebe reseziert. Bei einseitigen Reduktionen war die reduzierte Menge deutlich geringer. Sie betrug bei Brustasymmetrien 250 g und bei Angleichungen im Zusammenhang mit einer Wiederaufbauplastik 308 g im Durchschnitt. Das Ausmaß der Reduktion überstieg selten 700 g. In Einzelfällen wurden jedoch bis zu 1500 g reseziert.

Als größere Komplikation trat bei 1% der Patientinnen eine revisionsbedürftige Nachblutung auf. In 2% zwang eine Infektion zu einem erneuten Eingriff. Eine Teilnekrose der Mamille wurde in 2% beobachtet. Zu einem Verlust der transponierten Mamille kam es nie. Kleinere Komplikationen, wie Fadenreaktionen bei 8%, Epithelcysten bei 13% und eine verzögerte Wundheilung bei 8% waren häufiger festzustellen.

Den 162 Patientinnen wurde im Durchschnitt 3 1/2 Jahre postoperativ ein Fragebogen vorgelegt. 62% der angeschriebenen antwortete.

Es konnte das Gesamtergebnis mit Noten zwischen 1 (sehr gut) und 6 (schlecht) beurteilt werden. 57% stuften dabei das Ergebnis als sehr gut (16%) und gut (41%) ein. 31% beurteilten das Ergebnis als befriedigend, 3% als ausreichend, 6% als mangelhaft und 3% als schlecht.

Die für einen Vergleich mit anderen Methoden wichtigen Befunde wurden gesondert abgefragt. So gaben 40% an, daß die Sensibilität der Mamille weitgehend unverändert sei. 60% beschrieben sie als vermindert.

Auf die Frage nach der Narbenbildung gaben 51% an, daß zu viele Narben nach der Reduktion sichtbar sind. 54% fanden die Narben unschön.

Ein repräsentatives Kollektiv von 23 Patientinnen wurde nachuntersucht. Der Abstand zwischen Operation und Nachuntersuchung betrug – wie bei der Fragebogenaktion – ebenfalls 3 1/2 Jahre.

Als objektivierbare Parameter wurde an der Mamille die Erektionsfähigkeit geprüft. Diese war nahezu immer erhalten. 38 von 42 Untersuchungen ergaben ein positives Resultat.

Zur Beurteilung der Narbenbildung wurde an der submamären Incision 2 cm medial und lateral der senkrecht verlaufenden Narbe zwischen Mamille und Submammarfalte sowie periareolär die Narbenbreite bestimmt. Sie betrug im Mittel medial 0,4 cm. Sie war lateral mit durchschnittlich 0,8 cm deutlich breiter. Am schmalsten waren die Narben periareolär. Hier betrug ihre durchschnittliche Breite 0,3 cm.

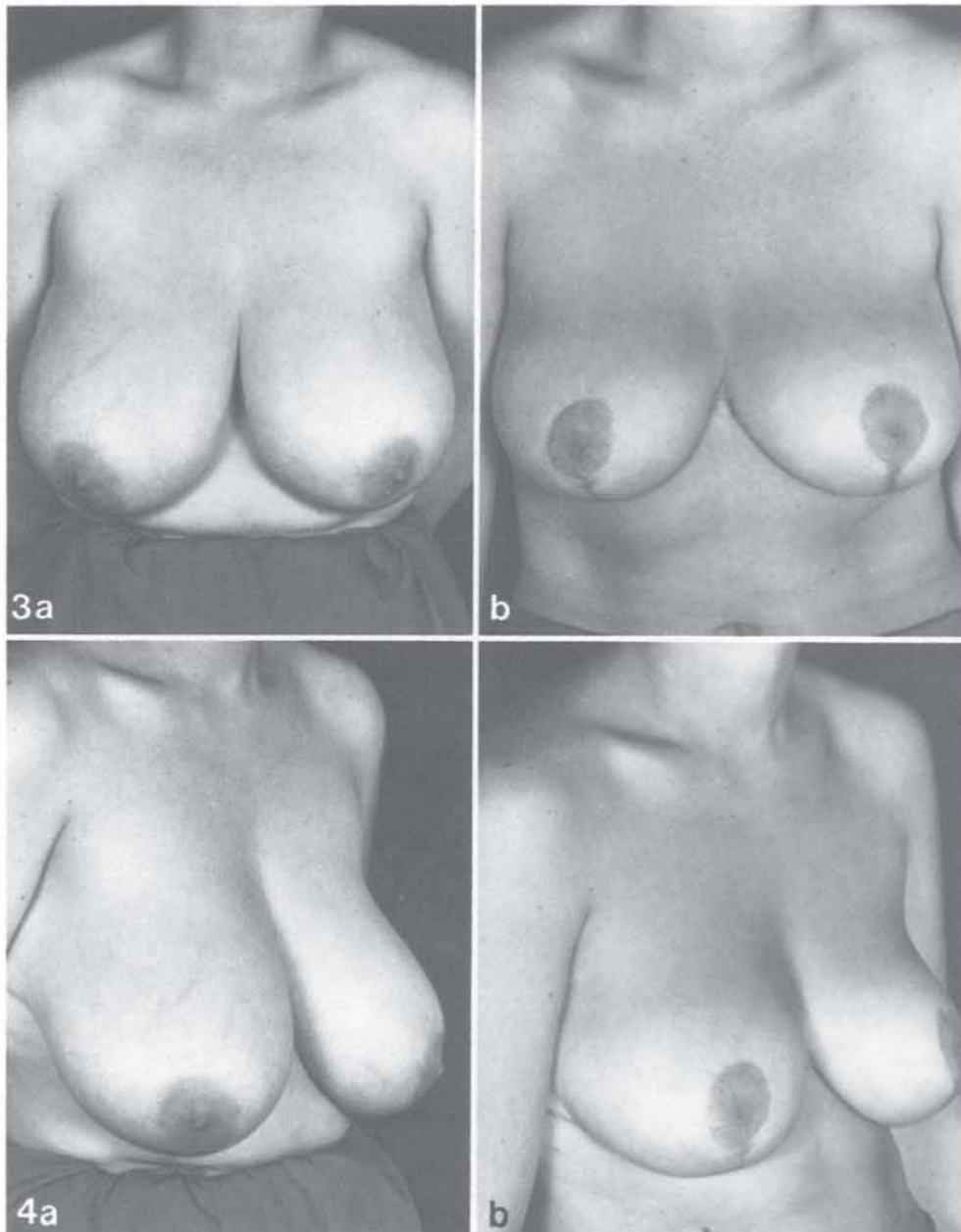


Abb. 3a, b. 24jährige Patientin prä- (a) und 2 Monate postoperativ (b) in Frontalansicht

Abb. 4. a, b. Die gleiche Patientin in Seitenansicht

Zur Überprüfung einer möglichen späten postoperativen Verformung der Brust wurden bei der Untersuchung die Abstandsmaße: der Abstand zwischen Jugulum und Mamille sowie zwischen Mamille und Submammarfalte des prä- und intraoperativen Maßes gegenübergestellt. So verlängerte sich der intraoperative durchschnittliche Abstand zwischen Jugulum und Mamille von 21 cm intraoperativ auf 22 cm 3 1/2 Jahre später nur geringfügig. Präoperativ hatte er 29 cm betragen. Ähnlich verhielten sich die Veränderungen im Abstand

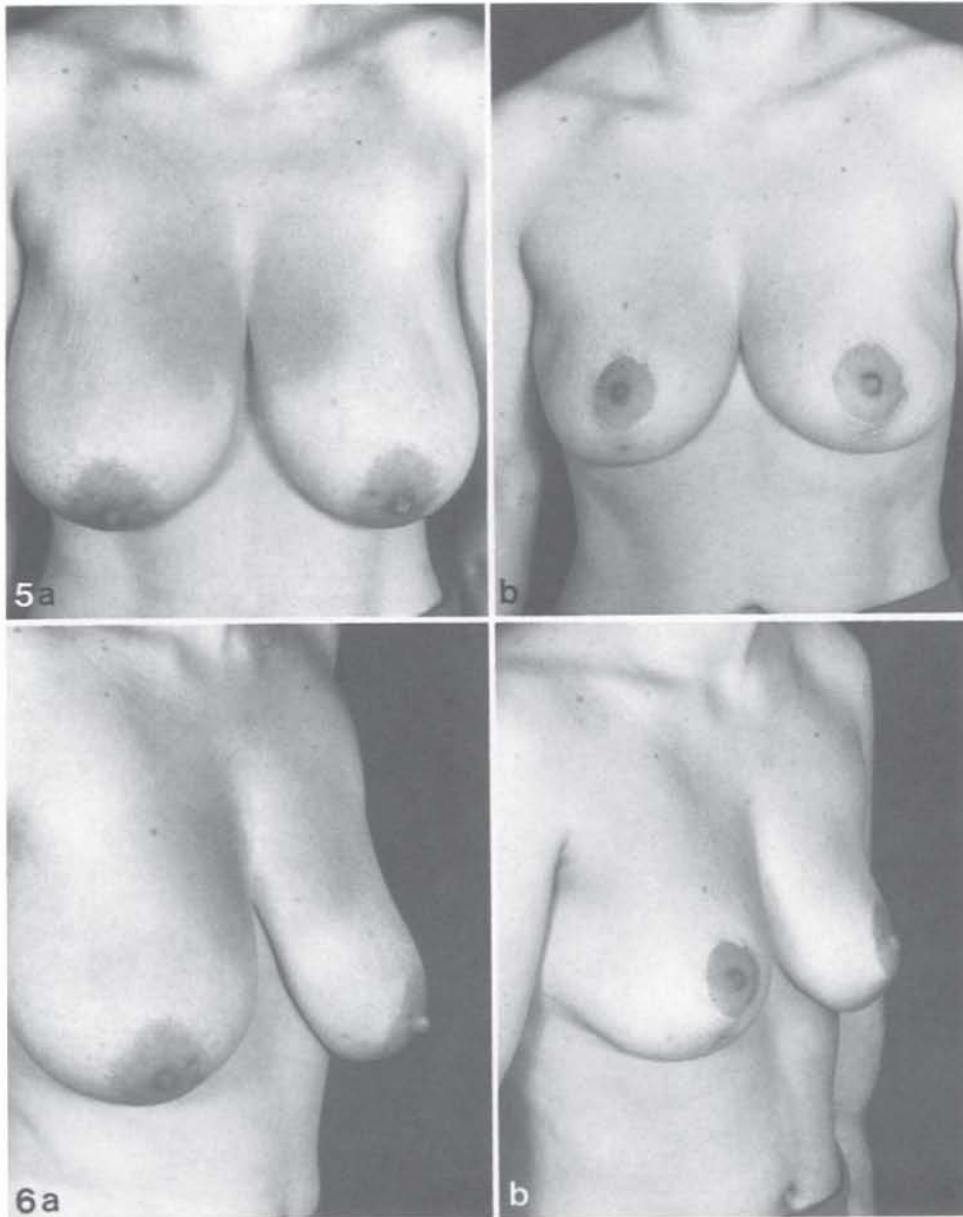


Abb. 5 a, b. 25jährige Patientin prä- (a) und 2 Jahre postoperativ (b) in Frontalansicht

Abb. 6 a, b. Die gleiche Patientin in Seitenansicht

zwischen Mamille und Submammarfalte. Der Abstand betrug präoperativ 13 cm, war intraoperativ 7 und 3 1/2 Jahre später durchschnittlich 8 cm.

Das erste klinische Beispiel zeigte eine 24jährige Patientin mit einer ausgeprägten Mammaryhypertrophie prä- und 2 Monate postoperativ in Frontal- und Seitenansicht (Abb. 3 a, b, 4 a, b).

Ein Ergebnis nach 2 Jahren findet sich bei einer 25jährigen Patientin mit einer Mammaryhypertrophie und fibröser Mastopathie (Abb. 5 a, b, 6 a, b).

Wie auch bei der Reduktionsplastik nach Strömbeck stellen ausgedehnte und häufig hypertrophe Narben einen Hauptnachteil des Verfahrens dar. Die in diesem Punkt überlegene Technik nach Marchac und Peixoto bildet demgegenüber bei der Formgebung der Brust erhebliche Probleme [1, 3].

Die Ernährung der Mamille ist bei der Methode nach McKissock durch den Brückenlappen in aller Regel gewährleistet. Allenfalls muß – wie unsere Untersuchungen zeigen – mit Teilnekrosen gerechnet werden.

Der Brückenlappen dient jedoch nicht nur zur Ernährung der Mamille, er verbessert zusätzlich deren Projektion, indem er zentral die Brustwarze unterfüttert. Ein der McKissock'schen Reduktionsplastik angelasteter Nachteil, ein späteres Durchsacken der Brust, konnten wir anhand unserer Beobachtungen nicht bestätigen.

Die Reduktionsplastik nach McKissock ist eine gut standardisierbare und sichere Methode, die ein überschaubares Operieren gestattet und bereits während der plastisch-chirurgischen Weiterbildung leicht erlernbar ist.

Literatur

1. Marchac D, de Olarte G (1982) Reduction mammoplasty on correction of ptosis with a short inframammary scar. *Plast Reconstr Surg* 69:45–55
2. McKissock PK (1972) Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. *Plast Reconstr Surg* 49:245–252
3. Peixoto G (1980) Reduction mammoplasty: A personal technique. *Plast Reconstr Surg* 65:817
4. Strömbeck JO (1960) Mammoplasty: Report of a new procedure based on the two-pedicle procedure. *Br J Plast Surg* 13:79–90

55. P. Eckert, H. P. Keller (Würzburg): Diagnostische Abgrenzungen bei formverändernden Eingriffen an der weiblichen Brust.
Manuskript nicht eingegangen.