

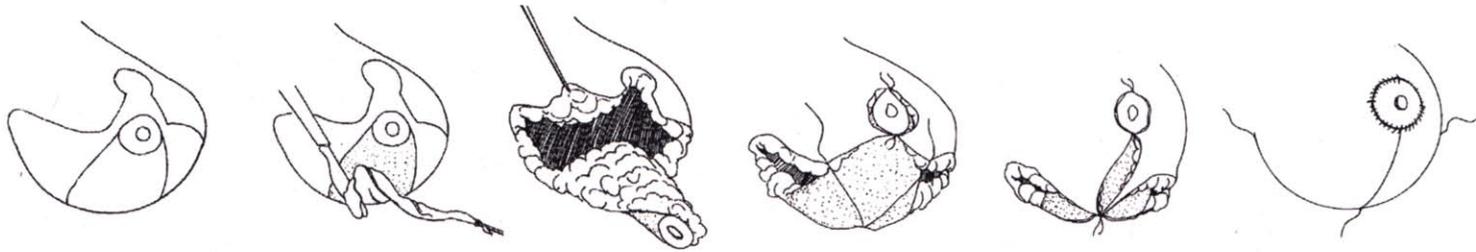
Der IBPF nach Robbins. Die Methode
für die Lösung fast aller Probleme der
Brustchirurgie

Veränderungen des Profils durch
die Korrektur des Long-Face

Aktuelle Informationen
zum Heilmittelwerbegesetz

MÄC

3 | 2006 Magazin für Ästhetische Chirurgie Magazine for Aesthetic Surgery



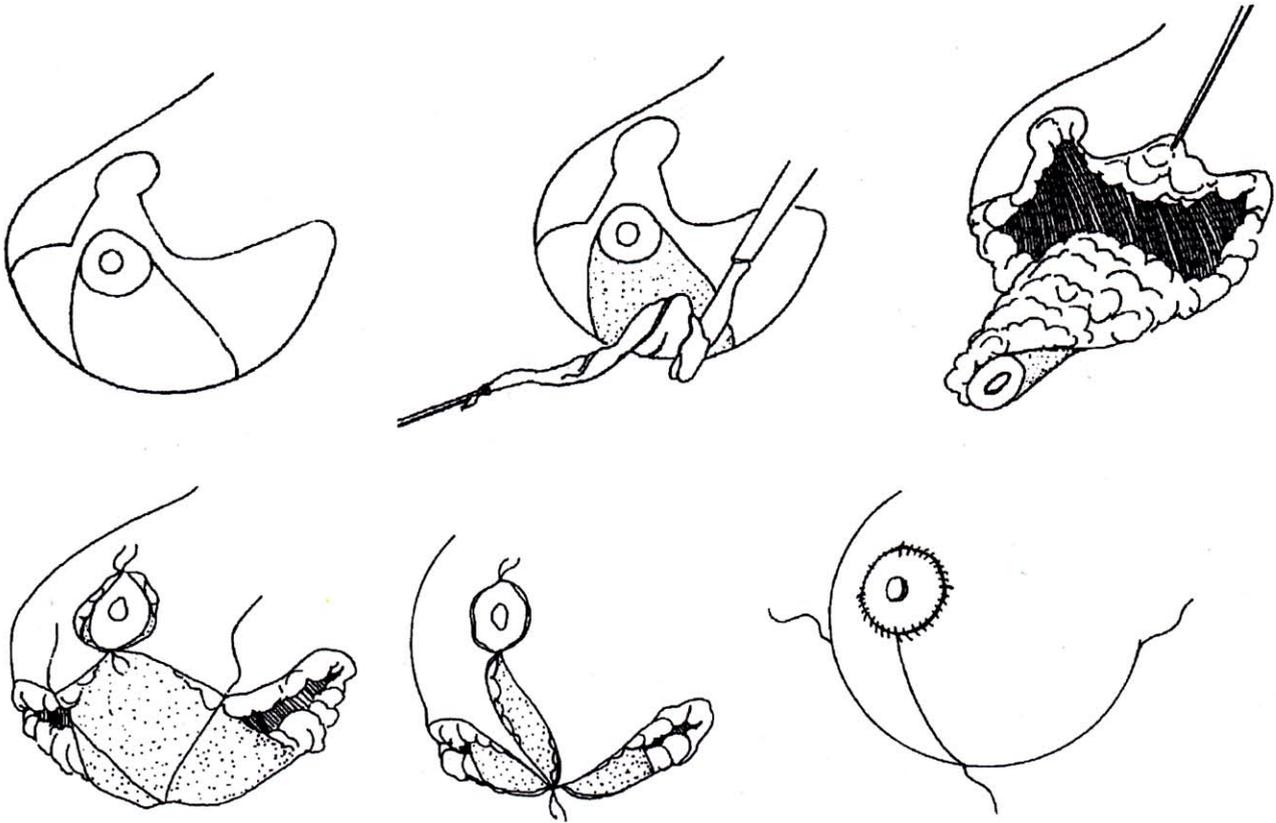
in dem Verlag e.K.
für medizinische Publikationen
Post B 57205 DPAG

G A C D

Offizielles Organ der Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie Deutschlands e.V.

Ch. Schrank, Y. Levy

Der IBPF nach Robbins.



Schlüsselwörter:
Brustformung –
MAK-Stillfähigkeit –
Brust-Sensibilität –
IBPF (inferiorer Stiel) -
Robbins

Key words: design of breasts
– nipple-areola complex –
lactation – sensitivity of breast –
IBPF (inferior based
pedicle flap) - Robbins

Die Methode für die Lösung fast aller Probleme der Brustchirurgie

Zusammenfassung Die Brust hat einen zentralen Stellenwert im Selbstwertgefühl der Frau. Deshalb kommt der Korrektur einer störenden Form oder Größe und der dabei verwendeten Technik große Bedeutung zu. Die Technik ist dabei der Weg und nicht das Ziel!

Das Ziel muß sein:

- feminine attraktive Form
- Erhalt voller Sensibilität
- Erhalt der Stillfähigkeit
- natürliche Konsistenz „Anfassgefühl“
- Maximierung der Haltbarkeit des Operationsergebnisses

Von allen wichtigen Techniken der letzten Jahrzehnte erfüllt der IBPF (inferior based pedicle flap) nach Robbins als universell anwendbare Möglichkeit (Bruststraffung, -reduktion jeglicher Größe und Form der Brust) diese Grundvoraussetzungen.

Selbst bei Problembrüsten mit starker Asymmetrie, Gigantomastie oder extremer Ptosis und „Leere“ der Brust stellt diese Methode ein sicheres, reproduzierbares Verfahren dar. Auf Grund der drei Bausteine = „Lappen“ ergibt sich eine große, dreidimensionale Variationsbreite in der Formgestaltung. Eine weitere Verfeinerung der Technik in den letzten Jahren macht diese Methode empfehlenswert.

Summary The breast is a central element in the self-esteem of a woman.

The correction of form and size of the breast is of great importance whereby the following is essential:

- feminine-attractive form
- preserving sensitivity
- preserving lactation
- natural “touch”
- maximal durability

Comparing the techniques developed in the last decades, Robbin's IBPF (inferior based pedicle flap) accomplishes all the above mentioned basic requirements. Even in correction of breasts with great asymmetry, gigantomastia, or extreme ptosis and emptiness of the breast this method is secure and reproducible. Due to the three parts/flaps there is a maximum possibility of variation in forming the breast. A further refinement was developed in the recent years and makes it recommendable.

Da die weibliche Brust einen hohen Stellenwert im Selbstwertgefühl und Empfinden der Frau darstellt, kommt der Korrektur einer etwaig störenden Form oder Größe enorme Bedeutung zu. Deshalb sollten an erster Stelle die Zielsetzung und Anforderungen an das Ergebnis stehen. Die meisten Techniken gehen mit einer mehr oder weniger starken, bis sogar kompletten, Unterbrechung der Drüsengänge zur Areola beziehungsweise Mamille einher, was eine spätere Laktation einschränkt oder unmöglich macht.

- 8** Ebenso zeigen sich oft Sensibilitätsstörungen des MAK-Areals. Die Brust muß eine feminine erotische Form erhalten und dabei eine natürliche Konsistenz/„Anfassgefühl“ besitzen. Weitere unabdingbare Grundvoraussetzungen sind der Erhalt der Stillfähigkeit und der vollen Sensibilität. Letztlich sollte das angewandte Verfahren eine möglichst lange Haltbarkeit des Operationsergebnisses gewährleisten.

Aus mehreren Operationstechniken kristallisierten sich in den letzten Jahren einige geeignete Methoden für die entsprechenden Indikationen und Vorbefunde mit dermoglandulärem Stiel heraus. Beispielsweise die Technik nach Höhler mit kranialem Stiel, nach Mc Kissock oder Stroembek mit bipedikulärem Stiel und resultierender umgekehrt T-förmiger Narbe (Abbildung 1a).

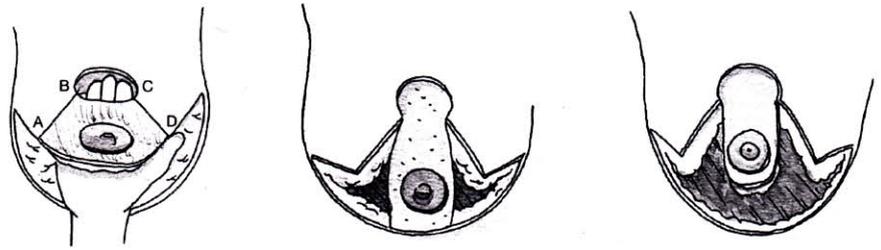


Abb. 1a Verschiedene Techniken mit bipedikulärem beziehungsweise kranialem Stiel (aus: Krupp)

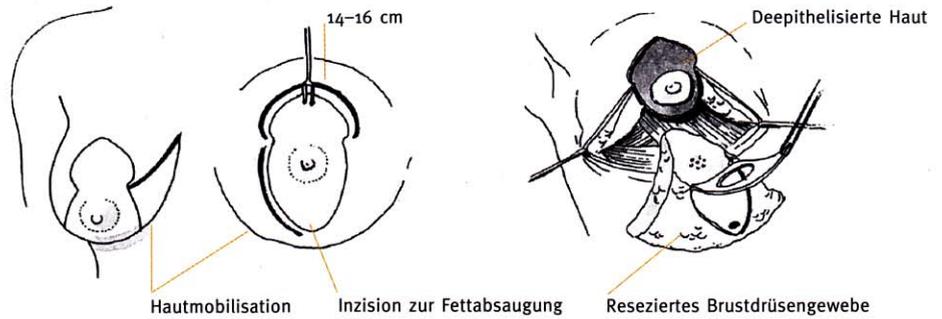


Abb. 1b Operationsmethode mit resultierender vertikaler subareolärer Narbe (aus: Krupp)

„Narbensparende“ Operationstechniken dürfen nicht auf Kosten der optimalen Form, Sensibilität, etc. verwendet werden. Nach unserer Erfahrung ist nicht die Länge der Narbe, sondern ihre Qualität von Bedeutung.

Lassus und Lejour entwickelten eine Methode, welche bei richtiger Indikationsstellung einzig mit einer senkrechten Narbe verbleiben (Abbildung 1b).

Neben diesen und vielen anderen Techniken stellt sich uns die Methode nach Robbins mit dem IBPF (inferior based pedicle flap) als universell anwendbare Möglichkeit (Bruststraffung, -reduktion jeglicher Größe und Form der Brust) dar, um eine der Patientin entsprechende ästhetisch ansprechende feminine Brust wiederherzustellen. Sie garantiert dabei, selbst bei Problembrüsten mit starker Asymmetrie, Gigantomastie oder extremer Ptosis und „Leere“ die Einhaltung oben genannter Ziele. Auf Grund der drei „Lappen“ ergibt sich eine große, dreidimensionale Variationsbreite in der Formgestaltung (Abbildung 1c).

Nach unserer Erfahrung stellt die vorzeitige Festlegung des späteren Sitzes des Mamillen-Areola-Komplexes (MAK) einen Nachteil dar, weshalb wir die Methode modifiziert haben (Abbildung 1d).

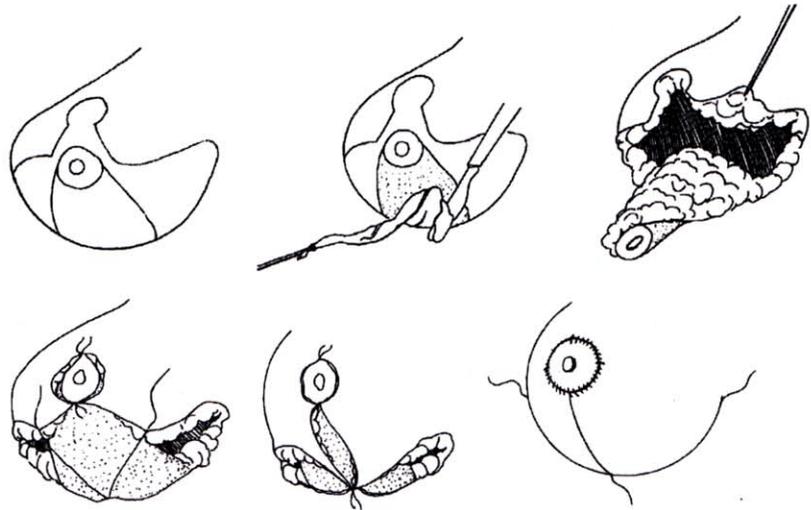


Abb. 1c Skizzen aus der Originalarbeit von Th. Robbins

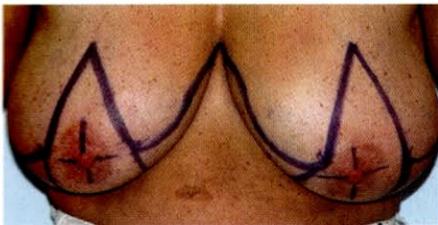
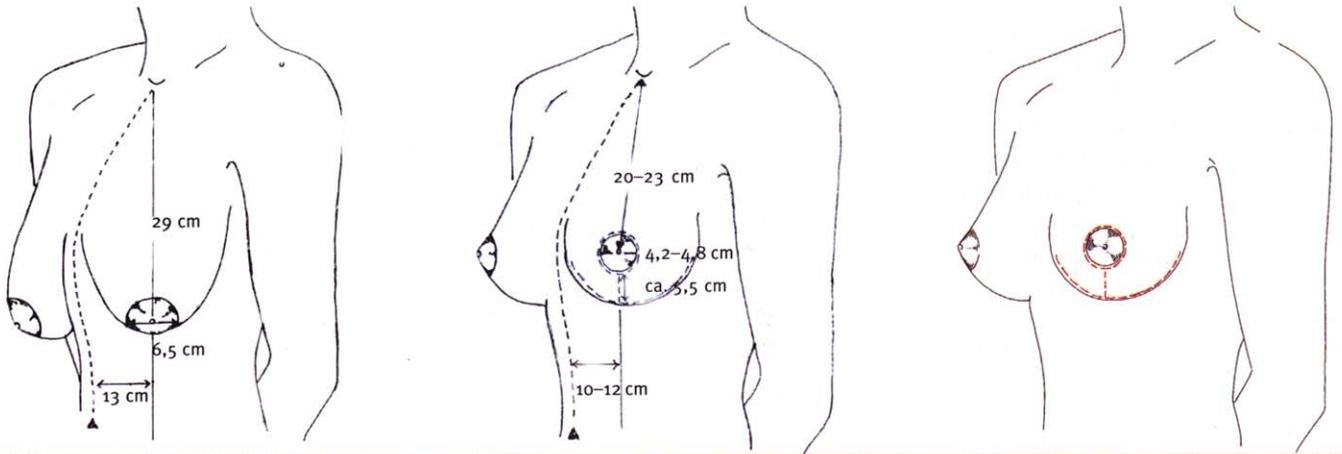


Abb. 1d Modifikation bei der Anzeichnung und Positionierung des MAK



10 Abb. 2 a Beispiel eines präoperativen Vorbefundes mit Hyperplasie und Ptosis (links). Präoperative Planungsmaße und postoperativ folgende Verhältnisse (mitte) sowie resultierende umgekehrt T-förmige Narbe (rechts).

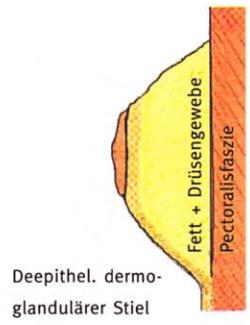
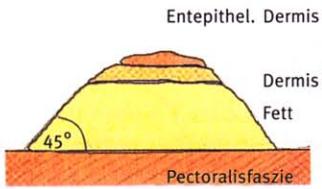


Abb. 3 a Trapez-/pyramidenförmiges Präparieren des Drüsen-/Fettkörpers. Horizontalschnitt mit Ansicht von unten (linkes Bild), Sagitalschnitt (rechtes Bild)

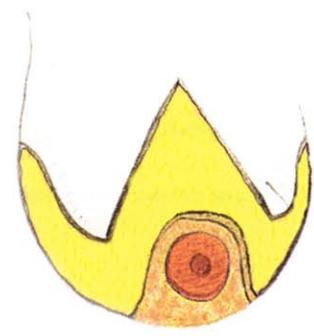


Abb. 3 b Der deepithelialisierte IBPF mit Resektion von mehr oder weniger viel Fett-/ Drüsengewebsresektion aus medialem, lateralem Pfeiler und Kapuze

Der Vorteil liegt darin, dass bis kurz vor Ende eine Variationsmöglichkeit der Positionierung des MAK entlang der dann senkrecht verschlossenen Narbe verbleibt. Desweiteren ermöglicht die genaue Positionierung auf dem Vertex der Brust eine optimale Form der Areola ohne „Verziehungen“. Auf Grund der Herstellung eines „inneren Brassieres“ mit Doppelung der deepithelisierten Dermis ergibt sich die Möglichkeit selbst bei sehr zierlichen-„leeren“ Brüsten mit mehr oder weniger stark ausgeprägter Ptosis (bei Patienten, die ein „auffüllendes“ Implantat ablehnen) eine formschöne Brust zu kreieren (Abbildung 4b).

Bei der Planung spielen die körperliche Konstitution (vor allem Größe) der Patientin, Beschaffenheit des Bindegewebes (Alter und Kontraktivität der Haut) und die Form und Größe der vorbestehenden Brust eine maßgebliche Rolle. Vor allem muß ein zu geringer Mamillen-Jugulum-Abstand („reitende Mamille“) vermieden werden. Aus unserer Erfahrung sind die in der Literatur zumeist angegebenen Entfernung von 18–21 cm zu kurz bemessen und verursacht häufig eine angedeutete reitende Mamille, die –wenn überhaupt– nur schlecht und unbefriedigend (zusätzliche Narben) zu korrigieren ist. Deshalb erscheint uns als geeignetes Orientierungsmaß für den MJA von 20–23 cm. Bei der Planung muß ebenso berücksichtigt werden, dass die



Abb. 3c Mammahyperplasie bei Z. n. nach auswärtiger Vorop. einer Brustverkleinerung, 10. postop. Tag nach Korrektur mit IBPF nach Robbins

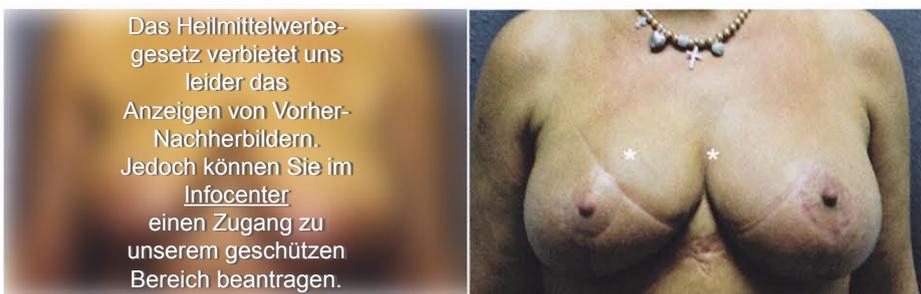


Abb. 3d Mammahyperplasie, -ptose und -asymmetrie, Anzeichnungsskizze, Front- und Seitensicht der prä- und postoperativen Befunde (* BH-Abdruck)

Entfernung von der Brustumschlagsfalte zum unteren Areolarand zwischen 5,5 und 6,5 cm betragen sollte, da sonst (falls größere Entfernung) die Brust in die Umschlagsfalte „einsackt“.

Die Position des neuen MAK muß auch die Midsternallinie zum künftigen Mamillensitz berücksichtigen. Die Entfernung sollte ca. die Hälfte des MJA betragen, wodurch sich ein gleichschenkeliges Dreieck ergibt. Als „Finesse“ („Concept of beauty“) muß darauf Wert gelegt werden, daß der MAK nicht flach gezogen wird, sondern eine leichte Kuppenform (spannungsfrei) erhält. Dies gelingt dadurch, dass der gewünschte Areoladurchmesser zum Beispiel mit 48 mm Durchmesser umschnitten wird und in die zukünftige kleinere Areolaaustrittsstelle zum Beispiel mit 42 mm gelegt wird.

12

Bei der Präparation des retromamillär gelegenen Brustdrüsen/-fettkörpers muß die Anheftung an der Pektoralisfaszie gewahrt bleiben. Dies gelingt durch trapez-/pyramidenförmiges Vorgehen im 45° Winkel zur Brustwand hin. Die Deepithelisierung des ca. 6 cm (Minimum) breiten dermoglandulären Stiels erfolgt metikulös, um die volle Sensibilität und Durchblutung der Areola zu erhalten. Ebenso bleiben die Milchgänge und pectoralen Perforatoren geschont und in ihrer Kontinuität zur Areola und Mamille erhalten (Abbildung 3).

Das Heilmittelwerbe-
gesetz verbietet uns
leider das
Anzeigen von Vorher-
Nachherbildern.
Jedoch können Sie im
Infocenter
einen Zugang zu
unserem geschützten
Bereich beantragen.



Das Heilmittelwerbe-
gesetz verbietet uns
leider das
Anzeigen von Vorher-
Nachherbildern.
Jedoch können Sie im
Infocenter
einen Zugang zu
unserem geschützten
Bereich beantragen.



Das Heilmittelwerbe-
gesetz verbietet uns
leider das
Anzeigen von Vorher-
Nachherbildern.
Jedoch können Sie im
Infocenter
einen Zugang zu
unserem geschützten
Bereich beantragen.



Abb. 3e Mammahyperplasie, -ptose und -asymmetrie, Anzeichnungsskizze, Front- und Seitansicht der prä- und postoperativen Befunde

Abb. 3f Ausgeprägte Mammahyperplasie, -ptose, Front- und Seitansicht der prä- und postoperativen (5. Tag) Befunde

Das Heilmittelwerbe-
gesetz verbietet uns
leider das
Anzeigen von Vorher-
Nachherbildern.
Jedoch können Sie im
Infocenter
einen Zugang zu
unserem geschützten
Bereich beantragen.



Das Heilmittelwerbe-
gesetz verbietet uns
leider das
Anzeigen von Vorher-
Nachherbildern.
Jedoch können Sie im
Infocenter
einen Zugang zu
unserem geschützten
Bereich beantragen.



Abb. 3g Ausgeprägte Mammahyperplasie, -ptose, Front- und Seitansicht der prä- und postoperativen (3. Monat) Befunde

Das Heilmittelwerbe-
gesetz verbietet uns
leider das
Anzeigen von Vorher-
Nachherbildern.
Jedoch können Sie im
Infocenter
einen Zugang zu
unserem geschützten
Bereich beantragen.



Das Heilmittelwerbe-
gesetz verbietet uns
leider das
Anzeigen von Vorher-
Nachherbildern.
Jedoch können Sie im
Infocenter
einen Zugang zu
unserem geschützten
Bereich beantragen.



- Die Resektionsskizze Abbildung 3b verdeutlicht noch einmal in der Frontalansicht die Schnittführung. Es ergeben sich je nach Vorbefund und Ausprägung einer Hyperplasie oder Gigantomastie unterschiedliche Möglichkeiten bei der Reduktion oder Straffung von Brustdrüsen und -fettgewebe. Selten wird (im Gegensatz zum lateralen/axillären Pfeilers) im Bereich des medialen Pfeilers Fettgewebe entfernt. Zusätzlich ergibt sich noch die Möglichkeit mehr oder weniger viel Fett- oder Drüsengewebe aus der supraareolären Kapuze zu entnehmen. Somit ergibt sich eine allen Gegebenheiten anpassbare Anwendungsmöglichkeit und Variationsbreite bei der Form und Größe der künftigen Brust (Hyperplasie, ausgeprägte Ptosis, Asymmetrie, Gigantomastie) (Abbildung 3 c-g). Selbst bei mangelhaft voroperierten Brüsten mit misslungenem, ästhetischem Resultat (Abbildung 3h). Aber auch bei Patientinnen mit extremer Involutionshypoplasie und Ver-



Abb. 4 a Deepithelisierung des inferioren Stieles und der lateralen, medialen Pfeiler sowie des supraareolären Bereichs

Das Heilmittelwerbegesetz verbietet uns leider das Anzeigen von Vorher-Nachherbildern. Jedoch können Sie im [Infocenter](#) einen Zugang zu unserem geschützten Bereich beantragen.



Abb. 3 h Deformierte Brust („double bubble“) nach misslungener auswärtiger Vorop., 5. postop. Tag nach Korrektur mit Reduktion und Straffung.

Das Heilmittelwerbegesetz verbietet uns leider das Anzeigen von Vorher-Nachherbildern. Jedoch können Sie im [Infocenter](#) einen Zugang zu unserem geschützten Bereich beantragen.



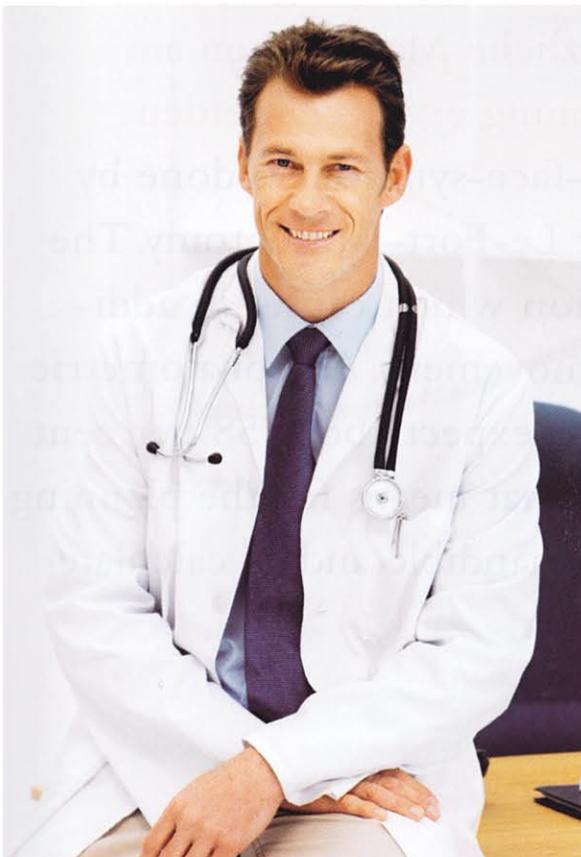
Abb. 4 b Patientin mit ausgeprägter Involutionshypoplasie und Ptose

weigerung eines „Auffüllens“ mit Silikonimplantat kann man mit Hilfe der Methode nach Robbins durch alleinige Deepithelisierung der dargestellten Areale eine akzeptable Form der Brust erreichen (Abbildung 4a, b).

Zusammenfassend stellt der IBPF nach Robbins eine universell anwendbare Operationsmethode dar, die mit einem sicheren, reproduzierbaren Verfahren eine Bruststraffung, -reduktion jeglicher Größe und Form der Brust ermöglicht. Selbst bei Problembrüsten mit starker Asymmetrie, Gigantomastie oder extremer Ptosis und „Leere“ lässt sich eine ästhetisch ansprechende feminine Brust wiederherstellen. Auf Grund der drei „Lappen“ ergibt sich eine enorme, dreidimensionale Variationsbreite in der Anwendung. Alle in der Einleitung genannten Grundvoraussetzungen werden in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle erfüllt. Die Qualität dieser Operationsmethode zeigt sich auf Grund der Formung des „inneren Brassieres“ in der hervorragenden Haltbarkeit des Ergebnisses.

Literatur

1. Strömbeck JO: Mammoplasty. Report of a new technique based on the two pedicle procedures. Brit J Plast Surg. 1960; 13: 79
2. Mc Kissock PK: Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. Plast Reconstr Surg. 1972; 4: 8-13
3. Robbins TH. Reduction mammoplasty with areola-nipple based on an inferior dermal pedicle. Plast Reconstr Surg. 1977; 59 : 64-67
4. Georgiade NG, Serafin D, Morris R, Georgiade G: Reduction mammoplasty utilizing an inferior pedicle nipple-areolar flap. Ann Plast Surg. 1979; 3: 211-218
5. Krupp S: Plastische Chirurgie, Klinik und Praxis. Kap VI 1.21-1.3
6. Lassus C: A technique for breast reduction. Int Surg 1970; 53: 69
7. Lassus C: New refinements in vertical mammoplasty. Chir Plast. 1981; 6:81
8. Lejour M, Abboud M: Vertical mammoplasty without inframmary scar and with breast liposuction. Perspect Plast Surg 1990; 4: 67
9. Levy Y., Kalthoff S: „Einer für alles!“- Der inferior based pedicle flap IBPF nach Robbins, eine universelle Methode zur Formkorrektur der weiblichen Brust. MÄC 2003; 2: 20-25
10. Courtiss EH, Goldwyn RM: Reduction mammoplasty by the inferior pedicle technique. An alternative to free nipple and areola grafting for severe macromastia or extreme ptosis. Plast Reconstr Surg. 1977; 4: 500-507
11. Ribeiro L: A new technique for reduction mammoplasty. Plast Reconstr Surg. 1975; 55: 330-334



Privatliquidation ohne Umwege schnell - zuverlässig - reibungslos

Die PVS ist seit fast 80 Jahren einer der größten deutschen Dienstleister im Bereich der Privatabrechnung und mit dieser Erfahrung für alle Beteiligten ein kompetenter und zuverlässiger Partner.

Unser Service für Sie:

- ✓ die gesamte Durchführung der Privatliquidation
- ✓ die Rechnungserstellung mit Vollständigkeitsprüfung
- ✓ die Korrespondenz mit Kostenträgern und Patienten
- ✓ die Sofortauszahlung der Honorare
- + die Übernahme des gerichtlichen Mahnverfahrens einschließlich Zwangsvollstreckung

... und vieles mehr!

Fordern Sie Ihr individuelles Angebot an:

02 08/48 47- 444 • info@pvs-portal.de • www.pvs-portal.de



**Privatärztliche Verrechnungsstelle
Rhein-Ruhr/Berlin-Brandenburg**
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung