

Aus dem Dienst für plastische und Wiederherstellungschirurgie der Gemeinde Wien  
(H. G. B r u c k)

## Zur Hormontherapie der hypoplastischen weiblichen Brust\*)

H. G. BRUCK und G. MÜLLER

Die gesamte Entwicklung der weiblichen Brust steht unzweifelhaft in engem und unmittelbarem Zusammenhang mit dem Hormonspiegel der Frau. Dies zeigen nicht nur der Beginn der Brustentwicklung zur Zeit der Pubertät, sondern auch die beträchtlichen Veränderungen, die sich während einer Schwangerschaft im Bereiche der Mamma abspielen. Da uns heute die Komponenten des weiblichen Hormonhaushaltes in mehr oder minder reiner Form als handelsübliche Drogen zur Verfügung stehen, ist der Gedanke naheliegend, diese Medikamente — unter Vernachlässigung ihres ursprünglichen Zweckes — auch aus rein kosmetischen Gründen zur Vergrößerung respektive Formverbesserung einer unterentwickelten Brust heranzuziehen.

Im Vergleich zu ihren beiden wesentlichsten Alternativen — der Aufbauplastik und der lokalen Injektionsbehandlung mit hochmolekularen Flüssigkeiten — erscheint die Hormonbehandlung auf den ersten Blick als einfachste und natürlichste Lösung dieses Problems. Gegen die Operationen spricht nämlich sowohl der relativ große Aufwand — Spitalsaufenthalt, Narkose, Nachbehandlung und Schmerzen — als auch die Tatsache, daß jede Hautdurchtrennung selbstverständlich immer eine, wenn auch hier gut verbergbare Narbe zurückläßt. Daß dieses Vorgehen auch eine beträchtliche chirurgische Ausbildung und Erfahrung beim behandelnden Arzt voraussetzt, ganz gleich ob körpereigenes Material oder Kunststoff zum Aufbau verwendet werden, sei, obzwar selbstverständlich, nochmals betont.

Wenn auch die modernen hochmolekularen Siliconöle eine Vergrößerung der Brust durch lokale Injektionen theoretisch möglich machen, sprechen doch mehrere Tatsachen gegen diese Methode. Es gibt nämlich nur den einen schmalen, beinahe hypothetischen Spaltraum zwischen Hinterfläche der Brustdrüse und Pectoralisfascie, in den die Einbringung beliebiger Aufbaustoffe medizinisch unbedenklich und gefahrlos erfolgen kann. Diesen Raum nun mit einer Injektionsnadel blind zu treffen, dürfte extrem schwierig sein, aber selbst wenn es gelingt, bedeutet die Retention auch sehr visköser Öle an diesem Ort ein fast unlösbares mechanisches Problem, da bei der Mammaplastik ja relativ große Mengen erforderlich sind. Wie ernst diese Frage zu beurteilen ist, können wir alle heute noch bei jenen unglücklichen, seinerzeit mit Paraffininjektionen behandelten Frauen feststellen, bei welchen noch nach Jahrzehnten an weit entfernten Körperstellen Paraffinome aufgetreten sind. Auch die in letzter Zeit publizierten amerikanischen Arbeiten, bei denen im Tierversuch Siliconablagerungen in regionalen Lymphknoten nachgewiesen wurden, geben sehr zu denken. Und schließlich muß noch bedauerlicherweise festgestellt werden, daß es in den beiden Ländern, in denen diese lokalen Ölinjektionen am häufigsten ausgeführt wurden (Frankreich und Japan), bereits zu tragischen Todesfällen nach dieser Behandlung gekommen ist.

Die simple Hormontherapie scheint nun alle diese Probleme ohne weiteres aus dem Wege zu räumen. Die heute zu diesem Zweck verwendeten Injektions- und Tabletten-

\*) Vortrag auf dem XII. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für die Aesthetische Medizin und ihre Grenzgebiete, Berlin, 3. Juni 1967.

kuren bestehen in der Regel aus Kombinationen von Gestagenen und Östrogenen, und werden oft mit lokalen Massagebehandlungen mittels hormonhaltiger Salben und Öle verbunden. Der Erfolg letzterer ist äußerst zweifelhaft, wenn überhaupt vorhanden, und läßt sich bei aller kommerziellen Bedeutung, die solche Präparate haben, ärztlich kaum vertreten. Die Wirkung der parenteralen Hormone ist unbestritten. Sie ist ja auch als Nebenerscheinung — und hier meist ausgesprochen unerwünscht — bei der immer mehr in Übung kommenden chemisch-hormonellen Konzeptionsverhütung, den sogenannten Antibabypillen, wohl bekannt. Nur die sogenannten Sequentialkuren, wie beispielsweise mit Sequens-Lily (15 weiße Tabletten à 0,08 mg Mestranol und 5 orange-farbene Tabletten à 0,08 mg Mestranol und 2 mg Chlormadinonacetat) machen hier eine Ausnahme, da bis zum 19. Cyclustag keine Gestagene, sondern nur Östrogene verabreicht werden. Diese Nebenwirkungen, die sich an einem weit größeren Zahlenmaterial überprüfen lassen als die doch relativ seltenen „hormonellen Büstenkuren“, zeigen eine sehr bemerkenswerte Tatsache. Sie treten gerade bei jenen Frauen am signifikantesten auf, die schon von Natur aus eine reichlich große, ja übergroße Brust haben, da dort mehr Parenchym eine größere Angriffsfläche bietet, und helfen den Hypoplastikerinnen aus dem gleichen Grund entsprechend weniger.

Alle Hormonbehandlungen weisen aber einen grundsätzlichen Fehler auf: Sie führen zu keinen irreversiblen Veränderungen im Bereiche der Brust. Ihre Wirkung hält praktisch nur so lange an, als die Medikation aufrecht erhalten wird. Es ist zwar sicherlich richtig, daß die Größenzunahme der Brust auch während der Schwangerschaft sich nicht allein auf eine Vermehrung des Drüsenparenchyms beschränkt, sondern daß der Reizzustand des adenoiden Gewebes auch zur lokalen Wasserretention und Ödembildung im Bereich des Binde- und Fettgewebes führt. Eine echte Volumenvergrößerung für längere Zeit entsteht aber aus diesem Ödem nicht, da es zu keiner Bindegewebsvermehrung führt und die Flüssigkeit nach Absetzen der Therapie wieder resorbiert wird. Gerade erfolgreiche Hormonkuren mit primär recht befriedigendem Erfolg bringen jedoch oft unerwünschte Spätfolgen mit sich. Wie schon von der Schwangeren her bekannt, bleibt nämlich gar nicht selten die überdehnte Haut als einziges zurück, und aus der zu kleinen, aber wenigstens in ihrer Form ansprechenden Brust ist dann eine schlaffe Hängebrust entstanden, die noch weniger anziehend wirkt als der Ausgangsstatus. Neben diesen mehr lokalen Bedenken dürften aber noch zwei weitere Punkte nicht übersehen werden:

Die große Bedeutung des wechselnden Hormonspiegels für die psychische Situation jeder Frau und die außerordentliche Empfindlichkeit und Komplikationsneigung des sehr differenzierten weiblichen Hormonhaushaltes. In dieses bei unserer naturfernen Bevölkerung stark labile und bei vielen Frauen schon von selbst sich dem Pathologischen nähernden Geschehen aus rein kosmetischen Gründen einzugreifen und zusätzliche, manchmal schwer vorauszusehende und zu beherrschende Noxen zu setzen, erscheint bedenklich.

Zusammenfassend muß daher gesagt werden, daß sowohl wegen der Gefahr psychischer und somatischer Nebenwirkungen als auch wegen des kurzdauernden — nur durch fortlaufende Behandlung zu erhaltenden — und nur in wenigen Fällen wirklich befriedigenden Therapieerfolges die Hormonbehandlung der unterentwickelten weiblichen Brust weiterhin abgelehnt werden muß. Beim derzeitigen Stand der Dinge ist für diesen Zustand ein wirklich ansprechendes Dauerresultat nur operativ durch Transplantation oder Implantation zu erzielen. Die Größe des erforderlichen Aufwandes schränkt aber die Indikationsstellung naturgemäß auf jene Frauen ein, die durch ihren Zustand echt beeinträchtigt sind, und schließt jedes Nachgeben an Modetorheiten aus.