

Lebensqualität und Brustrekonstruktion

Eine spezielle Berücksichtigung des Körperbilds

Die chirurgische Behandlung des Mammacarcinoms hat sich in den letzten Jahrzehnten immer mehr von radikalen Operationstechniken distanziert. Eine Brusterhaltung plus Strahlentherapie ist der Mastektomie hinsichtlich Überleben gleichzusetzen. Bei einer Minderzahl der Frauen ist jedoch eine Tumorexzision im Gesunden mit einer kosmetisch akzeptablen Restbrust nicht möglich und die Betroffenen müssen sich mit einer Brustentfernung konfrontieren.

Le traitement chirurgical du cancer du sein, dans les dernières décennies, s'est progressivement orienté vers des procédés chirurgicaux de moins en moins radicaux. La survie après chirurgie conservatrice suivie de radiothérapie est équivalente à la mastectomie. Néanmoins, une part non négligeable de femmes présente une tumeur qui ne permet pas l'excision en tissu sain avec un résultat cosmétique acceptable. Ces patientes se voient toujours confrontées avec la nécessité d'une amputation.

Entgegen der gängigen Erwartung finden sich wenige Unterschiede in Bezug auf die psychosoziale Anpassung zwischen den chirurgischen Therapiemöglichkeiten (2), vielmehr sind die betroffenen Frauen durch die adjuvante Therapie, insbesondere die Chemotherapie, belastet (1,3). Der deutlichste Vorteil bei einer Erhaltung der Brust ist das bessere Körperbild, die Bewertung der eigenen Attraktivität und folglich ein stabileres Selbstbewusstsein, insbesondere bei dem jüngeren Patientinnenkollektiv. Angesichts der tiefgreifenden Symbolik der weiblichen Brust und dem übersteigerten Wert der Schönheit in unserer Gesellschaft erstaunt dies nicht. Heute kann den Frauen, bei welchen eine Brustentfernung unumgänglich ist, ein Wiederaufbau sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt angeboten werden. Die zunehmend ausgefeilten Techniken vor allem mit körpereigenem aber auch Fremdmaterial erlauben individuelle Rekonstruktionsmöglichkeiten.

Der in den letzten Jahren zunehmend zu beobachtende Wunsch nach prophylaktischer Brustentfernung, sei es kontralateral bei einem bereits vorhandenen Brustkrebs oder bilateral bei einer genetischen Prädisposition, hat der Thematik der Brustrekonstruktion und deren Konsequenzen noch zusätzlich Aktualität verliehen (4–6).

So führen heute nicht nur die verbesserte Prognose der Brustkreberkrankung sondern auch die zunehmende Anwendung des Brustwiederaufbaus therapeutisch wie präventiv zu einer vermehrten Beachtung des Einflusses der Chirurgie auf die Lebensqualität der betroffenen Frau. Im Folgenden soll nicht auf die verschiedenen Operationstechniken oder postoperative Komplikationen und physische Morbidität der Mammarekonstruktion eingegangen werden. Vielmehr steht die Frage der Lebensqualitätsverbesserung durch die Rekonstruktion der verlorenen Brust, insbesondere die emotionalen Konsequenzen sowie der Einfluss auf das Körperbild der betroffenen Frauen, im Vordergrund.



Dr. med.
Eliane Sarasin Ricklin
Zürich

Zum Begriff der Lebensqualität

Lebensqualität kann lediglich aus der Sicht des einzelnen Individuums erfasst werden. Der Begriff beinhaltet verschiedene Aspekte wie somatische Symptome, psychisches Wohlbefinden aber auch interpersonelle Aktionen, soziale Integration und letztendlich ein spirituelles oder religiöses „Aufgehobensein“ (WHO 1949). Weitere essentielle Bestandteile von Lebensqualität sind das Gefühl wahrgenommen und respektiert zu werden sowie eine (gewisse) Kontrolle über sein Leben zu haben. Die Bewertung der eigenen Lebensqualität ist subjektiv und die genannten Komponenten können individuell unterschiedlich stark gewichtet sein.

Eine einfache wie einleuchtende Definition von Lebensqualität, gerade im medizinischen Kontext, ist die Differenz zwischen Erwartungen und aktuellem Empfinden (sog. „Calman Gap“ 1984) einer einzelnen Person. So wird Lebensqualität nicht primär medizinisch definiert sondern aus der Sichtweise des Patienten in Bezug auf seinen momentanen (Krankheits-)Zustand und seinen Hoffnungen und Vorstellungen. Die Bedeutung, neben der medizinischen Behandlung kurativ oder palliativ auch die Erwartungen des Patienten auf realistische Ziele zu lenken, wird betont. Nur wenn die behandelnden Ärzte beide Aspekte beachten, kann der sogenannte „Gap“ zwischen „Sein“ und „Soll“ verringert und die Lebensqualität des Patienten verbessert werden.

Auch anlässlich einer anstehenden Brustrekonstruktion ist eine ausgiebige präoperative Erfragung der individuellen Erwartungen, Wünsche und Anliegen an einen Brustaufbau genauso wichtig wie das sorgfältige Aufzeigen der realen Möglichkeiten. Die investierte Zeit und Aufmerksamkeit von ärztlicher Seite vor einem geplanten Eingriff vermittelt der betroffenen Frau nebst der Information, was ein realistisches Ergebnis sein kann, auch ein Gefühl das eigene Schicksal in einem gewissen Mass mitbestimmen zu können (self-control). Für den erfolgreichen Ausgang einer Brustrekonstruktion nicht nur aus kosmetischer Perspektive, sondern vor allem auch aus der Sicht der betroffenen Frau, sind dies elementare Voraussetzungen.

Die Bedeutung des Körperbildes

Für das Selbstwertgefühl eines jeden Menschen ist der eigene Körper von entscheidender Bedeutung. Unter dem Begriff „Körperbild“ versteht man die individuelle und subjektiv geprägte Wahrnehmung über Grösse, Form und Gestalt des eigenen Körpers

ABB. 1

Was sind Risikofaktoren für eine Anpassungsstörung nach Mastektomie mit Rekonstruktion?

- **Junges Alter**
- **Depression/Angststörung in Anamnese**
- **Mangelndes Selbstbewusstsein**
- **Starke Gewichtung/vorbestehende Unzufriedenheit mit der äusserlichen Erscheinung**

protektiv: – ausführliche praeop. Aufklärung,
Miteinbezug in Therapieentscheid
– stabile Beziehung/Umfeld

und die damit verbundenen Gefühle. Insgesamt beinhaltet das Körperbild eine Wahrnehmungskomponente und eine Bewertungskomponente (Diskrepanz zwischen subjektiv erlebtem „Ist“ versus persönlich idealem „Soll“) und bildet so das individuelle Gefühl der eigenen Attraktivität (7). Dies ist eng an den sozialen Kontext gebunden und wird durch gesellschaftliche Idealvorstellungen geprägt. Gerade bei Frauen beinhaltet das Körperbild auch die Einschätzung ihrer Weiblichkeit und sexuellen Anziehungskraft (8) und bildet einen elementaren Bestandteil des sexuellen Selbst-Schemas. Der Zusammenhang zwischen dem subjektiven Körperbild und sexueller Erregbarkeit, Aktivität respektive sexueller Zufriedenheit konnte mehrfach gezeigt werden (9). Vor diesem Hintergrund erstaunt nicht, dass eine negativ erlebte Körperveränderung, wie sie nach einer Brustentfernung auftreten kann, mit einem verminderten Selbstwertgefühl („ich bin nicht mehr begehrenswert, nicht mehr attraktiv“) und konsekutiv einem sexuellen Vermeidungsverhalten und einer Qualitätseinbusse der eigenen Sexualität einhergehen kann (10).

Body-Image und Sexualität: Kleiner Exkurs zum weiblichen Begehren

Um die tiefgreifende Bedeutung des Körperbildes für das Selbstkonzept der Frau zu verstehen, seien ein paar wenige Sätze zur empirischen Forschung auf dem Gebiet der weiblichen Sexualität erlaubt. Das Lustempfinden der Frau und ihre Bereitschaft sexuell aktiv zu werden begründen sich auf verschiedenen Motivationen (11). Nebst einem starken Bindungswunsch beeinflussen ebenso sehr die Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper und dessen subjektive Bewertung den Grad der Lust. Die Beurteilung der eigenen sexuellen Attraktivität kann als zentraler Schub- aber auch Hemmfaktor für eine intime Begegnung wirken (12,13). Je attraktiver sich eine Frau empfindet, desto eher ist sie bereit sich auf eine sexuelle Begegnung einzulassen und desto befriedigender beurteilt sie ihre gelebte Sexualität.

Kann ein Wiederaufbau der Brust die negativen Folgen auf das Körperbild durch die Mastektomie kompensieren?

Generell konnte eine Übersichtsarbeit aus England (14) eine überwiegend grosse Zufriedenheit der Patientinnen mit ihrer rekonstruierten Brust nachweisen, unabhängig von der chirurgischen Technik oder des Zeitpunkts des Eingriffs (sofort vs. verzögert). In einer aktuellen australischen Studie (15), um nur eine von vielen zu

nennen, bestätigt sich der positive Effekt einer Brustrekonstruktion nach Mastektomie auf das psychische, physische und auch sexuelle Wohlergehen („well-being“) der betroffenen Frauen. Der spezifische Einfluss der Rekonstruktion auf das Körperbild wurde in einer Meta-Analyse untersucht und im letzten Jahr publiziert (16). Interessanterweise wurde der Begriff „body image“ aufgeteilt in „body concern“ und „body stigma“. Der Begriff „body concern“ beinhaltet die Zufriedenheit mit der äusseren Erscheinung und Kontur, während „body stigma“ den schamhaft empfundenen Makel und die verlorene Körperintegrität meint. Insgesamt gaben Frauen, welche brusterhaltend operiert werden konnten, die grösste Zufriedenheit mit ihrem „body image“ an. Im Vergleich zu den Frauen mit rekonstruierter Brust nach Mastektomie fand sich kein Unterschied im Bereich „body concern“, beide zeigten sich gleich zufrieden mit ihrer äusseren Kontur. Bezüglich „body stigma“ hingegen schnitten die Frauen mit einer rekonstruierten Brust deutlich schlechter ab als Frauen mit erhaltener Brust. Gegenüber mastektomierten Frauen hatten diejenigen mit einem Brustaufbau generell ein besseres „body image“, dies gilt auch für den Begriff des „body concern“. Was jedoch „body stigma“ anbelangt, so waren die mittels Fragebogen erhobenen Werte bei mastektomierten Frauen mit und ohne Rekonstruktion nicht signifikant unterschiedlich.

Es wird dementsprechend deutlich, dass im subjektiven Empfinden der betroffenen Frauen die Rekonstruktion zwar zu einer Verbesserung des Körperempfindens in Form einer wiederhergestellten Kontur ohne externe Prothese führt. Unbestritten sind auch die Vorteile der flexibleren Kleiderwahl und der weniger schambehafteten Möglichkeit sich im Badeanzug oder in der Sauna zu zeigen. Trotz allem bleibt für gewisse Frauen jedoch der Makel/das Stigma nicht mehr „vollkommen“ zu sein, der Verlust der Körperintegrität und das Gefühl der Einbusse an Weiblichkeit, ein nicht zu unterschätzender Einfluss auf den Selbstwert und die Lebensqualität. Diese subjektiven Wahrnehmungen werden unterstützt durch den Sensibilitätsverlust im Bereich der rekonstruierten Brust, einer vormals wichtigen erogenen Zone, und dem Fremdkörpergefühl.

Welche Frauen haben ein erhöhtes Risiko einer Anpassungsstörung ans veränderte Körperbild?

In einigen Vergleichsstudien zum psychosozialen Outcome bei Brustentfernung gegenüber Brusterhaltung resultiert die häufigere Anpassungsstörung der mastektomierten Frauen an das veränderte Körperbild (1, 17–20, 29). Dies gilt insbesondere, wenn das Selbstbewusstsein stark durch die äusserliche Erscheinung geprägt ist. Darüber hinaus erstaunt nicht, dass die chirurgische Komplikationsrate eine postoperative Anpassungsstörung erhöht (18). Interessant ist jedoch die Frage, ob sich bereits präoperativ ein Risikokollektiv für eine Körperbildstörung nach Brustentfernung finden lässt. Damit würde sich die Möglichkeit bieten, diese Frauen bereits vor dem Eingriff speziell zu unterstützen.

Wenn auch nicht alle Studien zum gleichen Resultat kommen, so lassen sich doch gewisse Risikogruppen erkennen. Junges Erkrankungsalter, der Einsatz einer adjuvanten Chemotherapie, geringes Ausbildungsniveau, neurotische Persönlichkeitszüge (emotionale Vulnerabilität), Hang zum Perfektionismus, bereits vorbestehende Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper sowie instabile Partnerschaft sind Faktoren, welche häufiger mit einer Körperbildstörung postoperativ einhergehen (21,22). Protektiv wirkt hingegen der

Einbezug der Patientin in den chirurgischen Entscheidungsprozess (active coping) sowie eine ausführliche präoperative Aufklärung über das zu erwartende kosmetische Resultat. Ebenso konnte in einigen Studien gezeigt werden, dass eine längere Beobachtungszeit nach Operation eine Verbesserung der initialen Anpassungsstörung bringen kann (18, 23). Andere Autoren hingegen interpretierten das Ausmass der Körperbildproblematik in der frühen postoperativen Phase als zukunftsweisend.

Besonders interessant sind die Untersuchungen, welche den Einfluss einer Brustrekonstruktion für die Körperbild- und Lebensqualitätsverbesserung einbeziehen (24, 25). Insgesamt war ein Viertel bis ein Drittel der rekonstruierten Frauen nicht zufrieden mit dem Resultat. Die bereits oben erwähnten Risikofaktoren für eine Anpassungsstörung bestätigten sich auch in diesem Kollektiv. Diese Patientinnen waren signifikant jünger, häufiger Singles, mussten sich zusätzlich einer Chemotherapie unterziehen und/oder litten an einer vorbestehenden depressiven Stimmungslage. Der Grad der Zufriedenheit mit dem chirurgischen Resultat korrelierte nicht zwischen Patientin und Chirurgen. Daraus lässt sich folgern, dass der objektive ästhetische Erfolg des Eingriffs nicht der wichtigste Faktor oder Garant für eine verbesserte Lebensqualität durch eine Brustrekonstruktion ist. Bei Vorliegen von einem oder mehreren der genannten Risikofaktoren für die erschwerte Anpassung an das veränderte Körperbild mit konsekutiver Unzufriedenheit und Lebensqualitätseinbusse wird eine psychologische Unterstützung, auf Wunsch mit Einbezug des Partners, im Rahmen der präoperativen Abklärung und auch perioperativ empfohlen.

Zur prophylaktischen Brustentfernung mit Rekonstruktion

Seit mindestens Anfang dieses Jahrhunderts lässt sich eine wachsende Tendenz zur prophylaktischen Mastektomie mit Rekonstruktion beobachten. Einerseits gilt dies für die contralaterale prophylaktische Mastektomie (CPM) bei bereits bestehendem Brustkrebs oder die beidseitige prophylaktische Mastektomie bei genetischer Prädisposition. Der Fall der Schauspielerin Angelina Jolie, die sich zur prophylaktischen Mastektomie entschlossen hat, dürfte als zusätzlicher Katalysator wirken. Es gilt diese beiden Kollektive zu unterscheiden, da jeweils eine unterschiedliche Ausgangslage besteht:

Die kontralaterale prophylaktische Mastektomie (CPM)

Die Zahl der contralateralen prophylaktischen Brustentfernungen hat sich zwischen 2003 und 2010 mehr als verdoppelt (4,1% zu 9,7%), insbesondere bei Frauen unter 45 Jahren (9,3% zu 26,4%) (5). Vor kurzem wurde eine amerikanische Untersuchung publiziert, in der fast 1500 kürzlich an Brustkrebs erkrankte Frauen befragt wurden (26). Fast jede fünfte zog eine kontralaterale prophylaktische Mastektomie stark in Erwägung. Von diesen Patientinnen wurde in einem Drittel diese Eingriffe tatsächlich durchgeführt. Bei 68,9% dieser Gruppe lagen keine gravierenden genetischen oder familiären Risiken für eine kontralaterale Erkrankung vor. Eine CPM war im Gegensatz zur unilateralen Mastektomie oder brusterhaltenden Operation klar assoziiert mit der Durchführung von Gentests – ob sie nun positiv oder negativ ausfielen. Weitere Faktoren, welche mit einer CMP einhergingen, waren die Durchführung eines MRI im Zuge der Diagnosestellung, ein höherer Bildungshintergrund sowie gesteigerte Angstgefühle im Hinblick auf einen Krankheitsrück-

fall. Diese Ergebnisse zeigen, dass auch über die medizinische Indikation hinausgehende Faktoren viele Patientinnen dazu bewegen, eine beidseitige Operation in Betracht zu ziehen trotz bestenfalls minimalem „survival benefit“. Gleichzeitig bieten sie fruchtbaren Boden für Diskussionen über Überbehandlung gegenüber dem Recht auf Selbstbestimmung. Nicht zu vergessen ist die zunehmend restriktive Haltung der Krankenkassen zur Kostenübernahme dieser Eingriffe. Essentiell ist die gute Aufklärung der Patientinnen über das reale Risiko eines Zweitcarcinoms gegenüber dem Risiko einer Metastasierung des bereits diagnostizierten Tumors, insbesondere bei negativem Gentest. Nicht zu vergessen sind auch die potentiellen Nebenwirkungen des radikalen Eingriffs. „Bigger is not always better“ in der chirurgischen Behandlung des Mammacarcinoms, fasst die amerikanische Chirurgenin Monica Morrow die Problematik dieses aktuellen Trends zusammen (27).

Die prophylaktische beidseitige Mastektomie bei positiven Genträgerinnen

Mutationen der Gene BRCA1 und BRCA2 sind für 5 bis 10% aller Brustkrebsfälle verantwortlich und die Genträgerinnen haben ein Risiko von 70 bis 80% im Laufe ihres Lebens Brustkrebs zu entwickeln. Ihnen bieten sich zwei Möglichkeiten: eine engmaschige Überwachung mit bildgebenden Möglichkeiten oder eine vorsorgliche Entfernung des Brustgewebes. In Holland entscheidet sich etwa die Hälfte aller Mutationsträgerinnen zum radikalen Schnitt mit der konsekutiven Risikoreduktion von über 90%. Damit führt diese Nation noch vor England und den USA die Rate der prophylaktischen Brustentfernungen an. Eine holländische Forschergruppe (21) untersuchte prospektiv die psychosozialen Folgen einer prophylaktischen beidseitigen Brustentfernung bei gesunden Genträgerinnen. Im Zentrum stand der Einfluss auf das individuell erlebte Körperbild, auf die sexuelle Zufriedenheit und die Partnerschaft. Vor der Operation wie auch 6 Monate danach und nach Abschluss der Rekonstruktion (durchschnittlich 21 Monate) wurden von den knapp 50 Teilnehmerinnen validierte Fragebögen ausgefüllt. Nebst einer deutlichen Erleichterung über das reduzierte Erkrankungsrisiko resultierte bei ca. einem Drittel der Frauen eine Abnahme der Zufriedenheit mit Ihrem Körper wie ihrer Sexualität, welche auch nach Abschluss des ganzen chirurgischen Procedere nicht wieder die Ausgangswerte erreichte. Nahezu unverändert blieb hingegen die generelle Partnerschaftszufriedenheit. Eine weitere Studie aus Holland (28) untersuchte ein gleiches Kollektiv prospektiv sogar über 9 Jahre. Auch sie konnte nebst einer deutlichen krebsbezogenen Stressreduktion eine über Jahre persistierende Körperbildstörung zeigen. Prädiktoren für die schlechtere Anpassung an das veränderte Körperbild waren eine präoperativ überdurchschnittlich hohe Angst an Brustkrebs zu erkranken sowie eine vorbestehende generelle Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (nicht speziell brustbezogen!). Protektiv wirkten ein generell guter Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt des Eingriffs, die Integration in ein tragendes soziales Netz, insbesondere eine stabile Partnerschaft und eine aktive Patientenrolle im Rahmen des Entscheidungsprozesses.

Wiederum bestätigt sich, dass auch bei primär gesunden Frauen, welche ihre Entscheidung zu einer Brustentfernung mit Rekonstruktion unter deutlich weniger hohem Zeitdruck und Stress fällen müssen gegenüber bereits Brustkrebs-erkrankten Frauen, ein Risikokollektiv (ca. 30%) für eine Körperbildstörung besteht. Es fallen dieselben Risikofaktoren, wie bereits früher in diesem Text

erwähnt, für eine postoperative Unzufriedenheit auf. Es bleibt erneut zu betonen, wie wichtig und notwendig eine präoperative ausführliche Abklärung einer jeden Patientin ist, dies beinhaltet insbesondere Fragen nach Ihrem persönlichen Körperumgang und -zufriedenheit (siehe unten). Sollten sich diesbezüglich Anzeichen für eine erhöhte Vulnerabilität zeigen, so empfiehlt sich die Integration einer perioperativen Begleitung durch einen Psychologen oder Sexologen.

Dr. med. Eliane Sarasin Ricklin

FMH Gynäkologie und Geburtshilfe, SAPP, FECSM
Sexualmedizin und Sexualtherapie, Diploma of Advanced Studies
Universität Basel
Brust-Zentrum, Seefeldstrasse 214, 8008 Zürich
e.sarasin@brust-zentrum.ch

Literatur:

1. Ganz et al.: Cancer 1992;69:1729
2. Moyer et al.: Health Psychology 1997;16:284
3. Bukovic et al.: Onkologie 2005;28:29
4. Pesce et al.: J Am Coll Surg 2014;219:19
5. Yao et al.: Breast Cancer Res Treat 2013;142:465
6. King, Morrow et al.: JCO 2011;29:2158
7. Ditz S.: Psychoonkologie- Schwerpunkt Brustkrebs, Kohlhammer Verlag 2006
8. Mock et al.: Nurs Res 1993;42:153
9. Seal et al.: Arch Sex Behav 2009;38:866
10. Frierson, Anderson et al.: Ann Behav Med 2006;32:77
11. Meston, Buss: Arch Sex Behav 2007;36:477
12. Meana: J Sex Research 2010;47:104
13. Clement U, Eck A: Körper, Sexualität und Neurobiologie, Kohlhammer Verlag 2013
14. Guyomard: The Breast 2007;16:547
15. Ng et al.: Ann Plast Surg 2014: Epub online
16. Fang et al.: Breast Cancer Res Treat 2013;1:13
17. Al-Ghazal et al.: EJC 2000;36:1938
18. Collins et al.: Breast Cancer Res Treat 2011;126:167
19. Boisvert et al.: Ann J Surg 2007;194:438
20. Janni et al.: Ann Surg Oncol 2001;8:542
21. Gopie et al.: Familial Cancer 2013;12:479
22. Den Oudsten et al.: Supportive Care in Cancer 2012;20:1659
23. Rowland et al.: JNCI 2000;92:1422
24. Rubino et al.: J of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery 2007;60:509
25. Gilboa et al.: Ann Plast Surg 1990;25:397
26. Hawley et al.: Jama Surg 2014 May 21 (Epub ahead)
27. Katz & Morrow: Cancer 2013,15, 3584
28. Den Heijer et al.: EJC 2012;48:1263
29. Montebanacci: Psychol.Rep 2007. 101, 100

Take-Home Message

- ◆ Der Trend zur Brustrekonstruktion nach therapeutischer wie prophylaktischer Mastektomie ist deutlich zunehmend
- ◆ Die positive Auswirkung des Brustaufbaus auf die Lebensqualität der betroffenen Frauen ist unbestritten
- ◆ Dennoch bleibt ein nicht zu vernachlässigendes Kollektiv von etwa 20-30%, welches trotz objektiv gutem postoperativen Resultat eine Anpassungsstörung an das veränderte Körperbild mit subjektiver Einbusse der eigenen Attraktivität und konsekutiv einen Selbstwertverlust erleidet
- ◆ Risikofaktoren wie psychische Morbidität, junges Alter und Überbewertung der äusseren Erscheinung respektive Vulnerabilität im Umgang mit dem eigenen Körper, um nur einige zu nennen, lassen sich in diversen Untersuchungen erkennen
- ◆ Das oberste Ziel in der rekonstruktiven Chirurgie ist die Patientenzufriedenheit. Um eine solche zu erlangen, sollte allen Patientinnen, insbesondere bei Vorliegen von Risikofaktoren perioperativ eine Begleitung durch ein mit dieser Thematik vertrauten Psychologen respektive Sexologen angeboten werden

Messages à retenir

- ◆ Actuellement, les reconstructions mammaires sont pratiquées de plus en plus souvent, soit après chirurgie pour tumeur, soit après mastectomie prophylactique
- ◆ Il est indéniable que la reconstruction mammaire a un effet favorable sur la qualité de vie des femmes touchées
- ◆ Malgré un résultat postopératoire objectivement correct, environ 2-3 patientes sur 10 peinent à intégrer leur nouvelle image corporelle. Ceci a comme conséquence une diminution de l'attractivité subjective et une perte de l'estime de soi
- ◆ Comme facteurs de risque pour ces évolutions défavorables, dans plusieurs études, sont identifiés le jeune âge, des comorbidités psychiques, la surestimation de l'apparence physique, une attitude peu assurée vis-à-vis de son propre corps pour n'en citer que quelques uns
- ◆ Le but primordial de la chirurgie reconstructrice est la satisfaction de la patiente. En conséquent, dans la période péri-opératoire, un accompagnement psychologique voire sexologique compétent devrait être proposé à chaque patiente, en particulier en présence de facteurs de risque