

Liebe Patientin,
im Folgenden werden Ihnen einige Informationen über die brustformverändernden Operationen gegeben:

Brustvergrößerung, Mammaaugmentation

Zur Vergrößerung der weiblichen Brust aus ästhetischer Indikation kommen verschiedene Verfahren in Frage. Die individuell für Sie beste Lösung kann nur nach einer klinischen Untersuchung im Gespräch mit Ihnen festgelegt werden. Die folgenden Darstellungen können demzufolge nur eine theoretische Auflistung der Möglichkeiten sein. Grundsätzlich kann die Vergrößerung der weiblichen Brust mit körpereigenem oder fremdem Gewebe (Implantaten) vorgenommen werden.

Brustvergrößerung mit körpereigenem Gewebe

Bruststraffung

Ist die Brustform z.B. durch eine Schwangerschaft in Mitleidenschaft gezogen, ohne dass das absolute Volumen gelitten hat, wenn die Brust also hängt, so kann oft durch eine Neuformung des vorhandenen Drüsengewebes eine optisch attraktiv erscheinende Brustform geschaffen werden, ohne dass dadurch wirklich absolut Volumen zugefügt wird. Hier muss mit relativ vielen Narben gerechnet werden. Es ist jedoch weder die Verlagerung von körpereigenem noch von Fremdgewebe erforderlich. (s. Aufklärung Bruststraffung und -verkleinerung).

Mikrochirurgische Gewebeverpflanzung

Ist eine absolute Volumenvergrößerung erforderlich, so kann mit körpereigenem Gewebe sowohl aus dem Unterbauch bzw. vom Rücken oder aus dem Gesäß Gewebe gewonnen werden. Diese Operationsmethoden sind eigentlich entwickelt worden, um eine Rekonstruktion der weiblichen Brust nach Amputation wegen eines Brustkrebses zu ermöglichen. Hier ist einmal Voraussetzung, dass an der Entnahmestelle genügend Gewebe vorhanden ist, das heißt, Gewebe entnommen werden kann, ohne einen Gewebedefekt zu verursachen. Zudem ist auch an der Entnahmestelle mit großen Narben zu rechnen. Diese Operationsmethoden sind sehr aufwendig und erfordern zum Teil sogar den Einsatz mikrochirurgischer Methoden, das heißt, dieses Gewebe muss unmittelbar unter dem Operationsmikroskop im Bereich der Arterien und Venen wieder angenäht werden. Auch hier sind erhebliche Narben im Brustbereich zu akzeptieren.

Eigenfettunterspritzung

Die theoretisch einfachste Methode der Brustvergrößerung mit körpereigenem Gewebe besteht in der Fettabsaugung, Aufbereitung des Eigenfettes und Einspritzen dieses Fettgewebes in die weibliche Brust. Das Verfahren erscheint vordergründig sehr einfach. Es hat jedoch gravierende Langzeitkonsequenzen. Das eingespritzte Fettgewebe wird vom Körper zum Teil zunächst wieder abgebaut. Dies ist zunächst nicht weiter dramatisch, da es nachgespritzt werden kann. Viel dramatischer erscheint jedoch die Umwandlung des eingespritzten Fettgewebes. Hierbei können sich u.a. kleine Zysten und Verkalkungen bilden. Diese Verkalkungen können später bei Mammographien, die zur Früherkennung eines Brustkrebses durchgeführt werden, zu Bildern führen, die einen beginnenden Brustkrebs imitieren. Schlimmstenfalls kann mit dieser Methode die sinnvolle Beurteilung von Mammographien unmöglich gemacht werden. Ich halte diese Methode für einen ärztlichen Behandlungsfehler und lehne sie konsequenterweise ab.

Vergrößerung der Brust mit Implantaten

Bis zum Frühjahr 1992 erschien die Vergrößerung der weiblichen Brust mit Implantaten weitgehend unproblematisch. Bis zu diesem Zeitpunkt standen lediglich mit Silikonöl gefüllte Implantate zur Verfügung. Seither 1992 werden diese Implantate für Erkrankungen, wie z.B. Rheuma, Brustkrebs oder Bindegewebserkrankungen, verantwortlich gemacht. Der Hintergrund ist, dass die zur Zulassung befugte Behörde in den USA, die Food and Drug Administration (FDA), zum damaligen Zeitpunkt diese Implantate für den Einsatz zur Vergrößerung der weiblichen Brust aus ästhetischer Indikation verboten hat.

Hinweis: Die hier abgebildeten „Vorher/Nachher“-Bilder sind Fotos von rein ästhetisch-plastischen Operationen. Es handelt sich **nicht** um die Korrektur oder Behandlung von krankhaften Veränderungen.

Die Argumentation der FDA im Frühjahr 1992 ist ausgesprochen wichtig. Diese Argumentation lautete: Wir verbieten diese Implantate zunächst, weil bisher nicht ausreichend belegt ist, dass diese Implantate nicht vielleicht doch rheumatische Erkrankungen, Brustkrebs oder Bindegewebserkrankungen verursachen. Das Verbot stellte also eine reine Vorsichtsmaßnahme dar. In unseren Medien wird häufig diese Vorsichtsmaßnahme als Tatsachenbehauptung dargestellt.



glattwandiges, mit Silikonöl gefülltes Implantat

Der Hintergrund für die Entscheidung der FDA war die Tatsache, dass jahrelang die Aufforderung der FDA entsprechende Untersuchungen nachzuweisen, von den implantatproduzierenden Firmen nicht befolgt wurde. Seither sind diese Untersuchungen unter dem Druck der FDA nachgeholt worden. Das Ergebnis lässt sich in einem einzigen Satz zusammenfassen: Weltweit findet sich nicht eine einzige wissenschaftliche Studie, die eine Häufung irgendeiner ersten Erkrankung bei Implantatträgerinnen zeigt. Ein Kausalzusammenhang ist nicht nachweisbar.

Andere Implantatfüllungen

Um weiterhin Implantate benutzen zu können, ohne in Konflikt mit dem Verbot der FDA zu geraten, wurden zunächst andere Füllmedien entwickelt. Grundsätzlich muss gesagt werden, dass die Hülle aller Implantate bis heute aus Silikon besteht. Wir sprechen hier also lediglich über die Implantatfüllung.

Das Füllmedium, das zunächst entwickelt wurde, besteht aus einer Kochsalzlösung. Dies ist bis heute das einzige Füllmaterial, das in den USA uneingeschränkt zugelassen ist. Der Vorteil dieser Kochsalzlösung besteht darin, dass sie, wenn sie aus der Hülle ausläuft, keinerlei Erkrankungen im Körper hervorruft. Der Nachteil ist, die Kochsalzlösung tritt tatsächlich in mehr oder weniger großer Menge durch die Hülle aus. Es ist mit einem Volumenverlust von 5-10% zu rechnen. Hierdurch entstehen möglicherweise sichtbare Falten in den oberen Bereichen des Implantats. Das Implantat kann durch die eingedrungene Luft Geräusche von sich geben (Blubbern) und die zunächst ästhetische Form lässt zu wünschen übrig. Zusammengefasst kann man sagen, dass dieses Füllmaterial auf der einen Seite absolut unschädlich ist, auf der anderen Seite aber den ästhetischen Ansprüchen nicht genügt.

Im weiteren sind Materialien wie Sojaöl und Hydrogel entwickelt worden. Diese sind zwischenzeitlich in Deutschland vom Markt genommen und werden deswegen hier nicht weiter erörtert. Es bleibt als Füllmaterial, neben der Kochsalzlösung, weiterhin nur Silikon verfügbar. Hier ist jedoch eine Weiterentwicklung vorgenommen worden. Man hat die Silikonmoleküle quervernetzt, man spricht hier von kohäsiem Silikon. Das quervernetzte Silikon kann nicht mehr durch die Hülle austreten und im Körper umherwandern. Die sogenannten Silikonome, Silikonknoten in den Achselhöhlen, im Unterhautfettgewebe, an Bauch oder sogar Beinen können nicht mehr auftreten. Somit ist dieses quervernetzte Silikon sehr sicher.

Oft wird die Frage gestellt, ob das Implantat im Flugzeug platzen kann. Das passiert nicht. Das Implantat kann allerdings bei einem schweren Verkehrsunfall, bei einer offenen Verletzung der Brust, zerstört werden. Auch hier bietet das kohäsiere Silikon gegenüber dem Silikonöl mehr Sicherheit, da das Gel nicht ausläuft und wesentlich einfacher entfernt werden kann.

Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass dieses quervernetzte Silikon auch in eine anatomische, also eher Tropfenform, gebracht werden kann. Hierdurch gelingt es, der Brust eine sehr natürliche Form zu geben. Hiermit sind auch die ästhetischen Resultate allen anderen Implantaten deutlich überlegen.

Es sollte hier aber nicht der Eindruck erweckt werden, dass ich Brustimplantate für unproblematisch halte. Brustimplantate haben sehr wohl eine Problematik. Diese heißt nicht Rheuma oder Brustkrebs, „Kapselfibrose“.

Der Körper bildet um jedes Implantat, gleich welcher Form oder Füllung, eine körpereigene Kapsel. Diese ist im Idealfall ein zartes Häutchen. Sie kann aber auch dick, hart, fest und schmerzhaft wie eine Narbe werden. Wir sprechen dann von einer Kapselfibrose. Eine Kapselfibrose kann behandelt werden, wenn sie auftritt. Wir wissen heute, dass ein wesentlicher Faktor für das Auftreten einer Kapselfibrose die Struktur der Oberfläche des Implantates darstellt.

Bei glattwandigen Implantaten betrug die Kapselfibroserate früher ca. 30%. Strukturierte Implantate weisen eine geringere Kapselfibroserate auf. Hier kann aber keine allgemeine Prozentzahl angegeben werden, da man zwar von einer grundsätzlich glatten Implantatoberfläche sprechen kann, die strukturierte Oberfläche kann jedoch sehr unterschiedlich aussehen, so dass die Kapselfibroserate bei strukturierten Oberflächen auf ein ganz bestimmtes Implantat bezogen werden muss.

Hinweis: Die hier abgebildeten „Vorher/Nachher“-Bilder sind Fotos von rein ästhetisch-plastischen Operationen. Es handelt sich **nicht** um die Korrektur oder Behandlung von krankhaften Veränderungen.

Bei den von mir bevorzugten Implantaten liegt die Kapselfibroserate unter 4%. Es gibt keine Implantate, die eine geringere Kapselfibroserate aufweisen.

Für die von mir bevorzugten Implantate der Firma McGhan Style 410 spricht also einmal die Füllung mit quervernetztem Silikon und die damit erreichbare anatomische Form, die geringe Kapselfibroserate, sowie das zu erzielende ästhetische Resultat. Der Nachteil dieser Implantate besteht darin, dass sie operativ sehr aufwendig sind, dass ein spezielles Instrumentarium vorhanden sein muss und dass in ungeübter Hand auch sehr negative Ergebnisse erzielt werden können. Der absolute Vorteil besteht in der sehr individuellen Möglichkeit, ein Implantat für sie als Patientin auszuwählen. Hier können sowohl Form des Oberkörpers, Körpergröße, Breite des vorhandenen Drüsengewebes, vorhandener Hautmantel

berücksichtigt werden. Die Philosophie zur Auswahl der Implantate besteht nicht in der Volumenbestimmung, sondern es wird zunächst die Breite des Implantates passend zu ihrem Körperbau bestimmt. Dann kann vom Operateur, in Zusammenarbeit mit Ihnen, zu jeder Breite eine dreifach unterschiedliche Höhe des Implantates und zu jeder Höhe wiederum eine dreifach unterschiedliche Projektion ausgesucht werden.

Wir sind heute mit diesen Implantaten in der Lage, das für sie individuell vorteilhafteste Implantat auszuwählen.



Anatomisch geformte Implantate mit unterschiedlicher Projektion

Wo liegt das Implantat und über welchen Schnitt wird es eingebracht ?

Wenn man von den bisher erörterten technischen Möglichkeiten absieht, stellt sich noch die Frage, über welchen Schnitt und wohin das Implantat platziert wird.

Die beschriebenen Tebbettsimplantate werden von mir ausschließlich in der sich natürlich bildenden Falte unterhalb der Brust eingebracht. Beim Schnitt durch die Achselhöhle kann bei ärmelloser Bekleidung durchaus von der vorhandenen Narbe auf die Einbringung eines Implantates geschlossen werden. Die Einbringung durch einen Schnitt im Bereich der Brustwarze oder des Warzenhofes lehne ich aus nachfolgenden Gründen ab. Das Implantat kann wegen seiner Größe durch diesen Schnitt nicht eingebracht werden. Die Gefühlsversorgung der Brustwarze kann erheblich gefährdet werden. Das Implantat muss durch den Drüsenkörper eingebracht werden und kann somit wiederum zu Vernarbungen und Falschinterpretationen von Mammographien führen.

Ich favorisiere daher die Schnittführung in der Falte unterhalb der Brust. Diese ist 5-6cm groß (abhängig von der Implantatgröße) und auch bei unbedeckter stehenden Patientinnen nicht sichtbar. Für die Qualität der Narbe kann ich, als seriöser Operateur, leider keine Garantie geben, da eine individuelle Neigung zur überschießenden Narbenbildung (Keloid) bestehen kann. Ich Sorge allerdings durch die verwendete Nahttechnik (sog. intracutan fortlaufende Naht) dafür, dass keine zusätzlichen Einstichlöcher durch die Fäden sichtbar werden. Meine Erfahrung zeigt, dass es bei der Narbe in der unteren Brustfalte sehr selten zu dieser überschießenden Narbenbildung kommt. Früher wurden die meisten Implantate unter dem Brustmuskel positioniert. Grund hierfür war im Wesentlichen die hohe Kapselfibroserate, die unter dem Brustmuskel nicht so sehr in Erscheinung trat.

Hinweis: Die hier abgebildeten „Vorher/Nachher“-Bilder sind Fotos von rein ästhetisch-plastischen Operationen. Es handelt sich **nicht** um die Korrektur oder Behandlung von krankhaften Veränderungen.

Nachteile dieser Lage sind deutliche Schmerzen nach der Implantation, eine Betonung der oberen Kante des Implantates durch den eng anliegenden Brustmuskel sowie eine Verschiebbarkeit des Implantates durch die Muskelaktivität. Bei der geringen Kapselfibroserate von unter 4% der hier beschriebenen Implantate favorisiere ich daher die Positionierung unter dem Brustdrüsenkörper und oberhalb des Brustmuskels. Lediglich bei Patientinnen mit sehr wenig Drüsengewebe und Unterhautfettgewebe platziere ich die Implantate unter dem Brustmuskel.

Sollte es bei Ihnen doch zu einer Kapselfibrose kommen, kann diese behandelt werden. Vollständige Kapselfibrosen, die zu einer tennisballartigen Verformung der Brust führen, habe ich bei der Verwendung der McGhan Implantate Style 410 bisher nicht beobachtet. Die Kapselbildung hatte sich v.a. dadurch gezeigt, dass die Brust schmerzhaft und fester wurde. Wenige unserer Patientinnen wiesen nur eine sogenannte partielle Kapselfibrose auf, die sich in einer lokalisierten Verhärtung und Schmerzen an der oberen inneren Implantatkante äußerte.

Die Behandlung der Kapselfibrose erfolgt folgendermaßen: Über eine eingebrachte Optik (Endoskop) kann unter Sicht die Kapsel eingeschnitten werden. Ist dies nicht möglich, wird von der alten Narbe aus die Kapsel eingeschnitten oder entfernt. Das Implantat kann sofort wieder eingesetzt werden.

Welche Komplikationen können auftreten?

Blutung und Blutergussbildung

Da bei einer brustvergrößernden Operation eine relativ große Wundhöhle entsteht, besteht hier das Risiko, dass es zu Nachblutungen bzw. zur Blutergussbildung kommen kann. Um dies zu vermeiden, wird bei der von mir verwandten Technik während der Operation jedes sichtbare Blutgefäß sorgfältig mit elektrischem Strom verschorft.

Das Risiko einer Nachblutung versuche ich durch kontinuierliche Kontrolle des Blutdruckes und Vermeidung von Blutdruckschwankungen während der Narkose gering zu halten. Trotzdem ist dieses Risiko nicht ganz auszuschließen.

Zur Vermeidung von Blutansammlungen lege ich Wunddrainagen ein, die meistens nach 2 – 3 Tagen wieder entfernt werden können.

Narbenbildung

Über die Qualität der Narben kann ich, als seriöse Operateurin, nicht zusichern, dass sich die im Idealfall gewünschte blasse, unauffällige und schmale Narbe als Resultat ergibt. Genauso können dicke, rote, überschießende Narben auftreten. Je jünger Sie sind, um so größer ist das Risiko, dass dicke rote Narben auftreten. Ich versuche allerdings, durch alle mir zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, eine möglichst unauffällige Narbenbildung zu schaffen. Dazu gehört die Entlastung der Hautnaht durch Fäden mit hochwertigem Nahtmaterial in der Lederhaut und dem Unterhautfettgewebe. Die Narben werden mit einer sogenannten intrakutanen fortlaufenden Naht verschlossen, das bedeutet, dass keine einzelnen Einstiche links und rechts von der Narbe zu sehen sind. Der Faden schlängelt sich durch die Wunde, ohne zusätzliche Einstiche. Tritt eine überschießende Narbenbildung auf, steht die Silikonfolien-Auflage zur frühzeitigen Narbenbehandlung zur Verfügung, die bei rechtzeitiger Anwendung ein akzeptables Ergebnis und das Flacherwerden der Narben bewirken kann. Ich habe bei brustvergrößernden Operationen noch keine überschießende Narbenbildung beobachtet.

Wundheilungsstörungen

Wundheilungsstörungen treten sehr selten auf.

Infektion

Das Risiko für eine Infektion ist, trotz äußerst sorgfältiger und steriler Arbeit, nicht ganz auszuschließen. Sollte eine Rötung, Schmerzen bzw. Spannungsgefühl der Brust einige Tage nach der Operation auftreten, so informieren Sie mich unbedingt. Häufig ist zur Behandlung die Einnahme eines Antibiotikums ausreichend, und es kann auf eine erneute Operation – bei der das entzündete Gewebe und ggf. das Implantat entfernt werden muss – verzichtet werden.

Dies wäre notwendig, wenn trotz Antibiotikum-Gabe die Infektion nicht zum Stillstand kommt und körperliche Allgemeinsymptome wie Schwäche und Fieber zusätzlich auftreten würden.

Hinweis: Die hier abgebildeten „Vorher/Nachher“-Bilder sind Fotos von rein ästhetisch-plastischen Operationen. Es handelt sich **nicht** um die Korrektur oder Behandlung von krankhaften Veränderungen.

Gefühlsminderung der Brustwarze

In weniger als 20 % der Fälle kommt es zu einer Gefühlsminderung der Brustwarze nach der Operation. Kommt es zu einer Gefühlsminderung der Brustwarze, so kann im schlechtesten Verlauf das Gefühl erst nach 1 bis 3 Jahren wieder auftreten, wenn kleine Hautnerven aus der Umgebung in die Brustwarze einwachsen und die Gefühlsversorgung der Brustwarze wieder übernehmen.

Stillfähigkeit

Die Stillfähigkeit nach der Operation ist nicht ursächlich aufgehoben. Nach dem Stillen kann es zu einem relativen Hautüberschuss kommen, so dass die Brust nach dem Stillen nicht mehr so straff erscheint.

Kapselfibrose

Diese wesentliche und wichtigste Komplikation wurde bereits erörtert.

Allgemeines zur Operation und weiteres Vorgehen

Bevor Sie sich zu einer brustvergrößernden Operation entschließen, sollten folgende Fragen beantwortet werden:

- Ist in der Familie bei weiblichen Verwandten Brustkrebs aufgetreten ?
- Hatten Sie oder ein Verwandter eine tiefe Beinvenenthrombose und neigen Sie zu einer schnellen Blutergussbildung ?
- Besteht eine Bluterkrankung ?

In den Gesprächen vor der Operation sollten wir erörtern, ob vor der Operation eine Mammographie bzw. eine Ultraschalluntersuchung der Brust sinnvoll erscheint.

Falls Sie planen in der nächsten Zeit schwanger zu werden, sollten Sie die Operation erst nach der Geburt Ihres Kindes durchführen lassen.

Vor der Operation sollten Sie auf keinen Fall Acetylsalicylsäure-haltige Medikamente (z.B. Aspirin, Grippe-Medikamente) einnehmen. Bitte informieren Sie mich über jede Form der Medikamenteneinnahme bzw. Allergien.

Am Nachmittag vor der Operation werden Fotos zur Dokumentation des Erscheinungsbildes vor der OP gemacht. Dann zeichne ich zusammen mit Ihnen die neue Brustform an.

Der Eingriff wird in Allgemeinnarkose durchgeführt. Am Ende der Operation lege ich Drainagen ein und einen Klebeverband an. Dieser wird für eine Woche belassen. Anschließend sollten Sie einen Sport-BH für weitere 4-6 Wochen, auch nachts, tragen. Körperliche Aktivitäten, die das abrupte Heben der Arme über 90 Grad erfordern, z.B. Tennis spielen oder Gardinen aufhängen, sollten für 4-6 Wochen unterlassen werden. Anschließend können Sie ihre normalen Aktivitäten wieder aufnehmen. Ich empfehle den Besuch der Sauna für 3 Monate zu vermeiden, da immerwiederkehrende Schwellungen den Heilungsverlauf verzögern können.

Für ein bis zwei Nächte sollten Sie im Jüdischen Krankenhaus Berlin bleiben, da es in sehr seltenen Fällen auch einmal zu einer Nachblutung kommen kann. Die Fäden werden für 2 Wochen belassen. So lange sollten Sie nicht duschen. Nach Entfernung der Klebeverbände (nach ca. 1 Woche) kann es erneut zum Anschwellen der Brust kommen. Ggf. kann diese Flüssigkeitsansammlung sogar gluckernde Geräusche hervorrufen.

Nach Entfernung der Fäden ist die Narbenpflege ein wesentlicher Punkt. Hierfür sollten Sie ein gut fettende Creme verwenden und wenigstens 2mal täglich die Narben eincremen sowie vorsichtig mit der Fingerkuppe massieren. So lange eine Narbenrötung besteht, sollte eine direkte UV-Einstrahlung unbedingt vermieden werden, um eine Dunkelverfärbung der Narben zu verhindern.

Kommt es zu einer verdickten Narbenbildung bzw. zu einer verlängerten Rötung, kann möglichst frühzeitig eine Silikonfolien-Behandlung begonnen werden.

Zur Nachkontrolle sollten Sie sich einmal im Jahr zu einer Untersuchung vorstellen. Ich halte diese Untersuchung für erforderlich, da Sie somit Gelegenheit finden, mit ihrem Operateur in Kontakt zu bleiben, über Neuerungen informiert zu werden und auch ohne dass Sie selbst Beschwerden verspüren, einer Qualitätskontrolle unterliegen.

Hinweis: Die hier abgebildeten „Vorher/Nachher“-Bilder sind Fotos von rein ästhetisch-plastischen Operationen. Es handelt sich **nicht** um die Korrektur oder Behandlung von krankhaften Veränderungen.

Praxis FÜR PLASTISCHE CHIRURGIE

am Jüdischen Krankenhaus Berlin

Dr. Karen Petrich

Der routinemäßige Wechsel des Implantates nach 10 oder 12 Jahren, wie zum Teil bisher propagiert wurde, wird von den deutschen plastischen Chirurgen nicht mehr grundsätzlich vorgeschlagen. Wenn Sie keinerlei Probleme mit ihrem Implantat haben, kann dieses nach dem heutigen Erkenntnisstand definitiv belassen bleiben. Erfahrungen, speziell mit den von mir verwendeten McGhan-Implantaten, liegen seit über 10 Jahren vor.

Die Brustdrüse kann über dem Implantat abgetastet werden, so dass die Krebsvorsorgeuntersuchung weiterhin möglich ist. Im Rahmen der Krebsvorsorge werden auch Mammografien durchgeführt. Ist dies bei Ihnen geplant, sprechen Sie bitte mit mir darüber. Ich empfehle Ihnen einen erfahrenen Röntgenarzt, der diese Röntgenaufnahmen trotz Brustimplantaten durchführen und beurteilen kann.

Abschließend sei bemerkt, dass die Entscheidung für oder gegen ein Silikonbrustimplantat nicht die grundsätzliche Entscheidung für Sie ist, ob ihr Körper sich mit Silikon auseinandersetzen soll oder nicht. Dies ist längst geschehen. In Kosmetika, in Medikamenten und selbst in Babynahrung findet sich Silikon. Sollten Sie mit dem Gedanken an ein silikongefülltes Brustimplantat nicht glücklich werden können, dann sollten Sie sich nicht operieren lassen.

Dr. Karen Petrich 01.07.2002

Hinweis: Die hier abgebildeten „Vorher/Nachher“-Bilder sind Fotos von rein ästhetisch-plastischen Operationen. Es handelt sich **nicht** um die Korrektur oder Behandlung von krankhaften Veränderungen.

Heinz-Galinski-Str.1 · 13347 Berlin · Tel: (030) 914 22 9 32 · FAX: (030) 914 22 9 33
Internet: www.dr-petrich.de · eMail: info@dr-petrich.de