

ASİMETRİK MEME HİPERTROFİSİNDE İNFERİOR PİRAMİDAL TEKNİK İLE DÜZELTME

Nazım Gümüş*, Kenan Çoban**

*Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği.

**Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

ÖZET

Genellikle meme büyüklük, şekil ve pozisyonundaki küçük farklılıklar hastalar tarafından normal olarak kabul edilir. İki meme arasındaki belirgin farklılık, ciddi fizik, sosyal ve psikolojik şikayetlere neden olabilir. Bu çalışmada 7 olguda, asimetric meme hipertrofisi inferior piramidal küçültme mammoplastisi yöntemi ile düzeltildi. Hastaların ortalama yaşı 27,6 (21-31) idi. Operasyon öncesinde, meme küçültme, areola-nipple ,repozisyonu ile meme pitozu ve asimetrinin düzeltilmesi planlandı. Her bir hastadan 975 ile 1200 gr arasında doku eksizyonu yapılırken, iki meme arasındaki eksize edilen doku farkı 225-600 gr olarak bulundu. Memeler arasındaki simetri ve iyi bir projeksiyon küçültme ile birlikte temin edildi. Asimetric meme hipertrofisi düzeltilmesinde inferior piramidal teknik uygulaması, nipple hissinin korunması, iyi projeksiyon sağlanması, nipple-areola beslenmesinin güvenli olması ve cerrahi sonrası süt verme ihtimalinin yüksek olması avantajları nedeniyle tercih edilebilir bir yöntemdir.

Anahtar kelimeler: Meme asimetrisi, küçültme mammoplastisi, inferior pedikül, meme hipertrofisi

SUMMARY

CORRECTION OF ASYMMETRIC BREAST HYPERTROPHY WITH INFERIOR PYRAMIDAL MAMMOPLASTY TECHNIQUE

Minor differences in breast position, volume and contour are usually accepted as normal by the patient. Major variations between two breasts may present significant physical, social and psychological concern. In this study, asymmetric breast hypertrophy in 7 cases was corrected by inferior pyramidal reduction mammoplasty technique. Mean ages of patients were 27,6 (21-31)

Yazışma Adresi:

Dr. Nazım GÜMÜŞ

Mahfesiğmaz Mah. 85 sok. Burkent sitesi

A blok Kat:4 No:8 01170 Adana

Telefon: 0322 459 53 30

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi
2005;4:366-371

years. Breast reduction, reposition of nipple-areola, correction of breast ptosis and asymmetry was planned preoperatively. Removed breast tissue ranged from 975 to 1200 gr per patients and the difference of excised tissue between two breasts was 225-600 gr. Symmetry between two breasts and good breast projection with reduction of the breasts were established with inferior pyramidal mammoplasty technique. Correction of asymmetric breast hypertrophy with this method may be preferred, because it has many advantages such as protection of nipple sensation, good breast projection, safe nipple-areola circulation and protection of breast feeding ability following surgery.

Key words: Breast asymmetry, reduction mammoplasty, inferior pedicle, breast hypertrophy

GİRİŞ

Göğüslerin büyüklük, pozisyon ve şekillerindeki minimal farklılık hastalar tarafından normal olarak değerlendirilebilir. Ancak belirgin farklılık fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak askıntıya neden olabilir (1,2). Pubertenin başlaması ile birlikte göğüslerde hormonal uyarıya hassasiyet artar. Bazı olgularda aşırı hormonal duyarlılığa bağlı, bir veya iki göğüste hipertrofi gelişirken, hormonal fonksiyonlar normal görünebilir. Asimetri normal büyüme ve gelişme sırasında genetik ve hormonal faktörlerin etkisi ile oluşan bir deformitedir. Cilt, ciltaltı, fibröz doku ve nipple-areola kompleksinin oluşturduğu meme komponentlerinden kaynaklanmaktadır. Meme hücrelerinin hormonal uyarıya büyüklük artırımını ile yanıt vermesi hipertrofi ile sonuçlanırken, her iki memedeki farklı uyarı yada etkilenme asimetri gelişimine neden olur (3,4,5).

Küçük meme asimetrilerinin düzeltilmesine gerek duyulmazken, belirgin farklılıkların olması cerrahi onarımı gündeme getirir. Cilt, gland ve nipple-areolanın durumunun değerlendirilmesi ve hastanın şikayetlerinin anlaşılması sonrasında onarım planlanabilir. Uygun hacim, areola pozisyonu ve meme şekli amaçlanmaktadır. Hastalarda

tam ya da tama yakın simetri sağlanmalıdır. Areolanın duyarlılığı ile süt verme fonksiyonunun korunması özellikle genç olgularda önem taşımaktadır. Inferior piramidal pediküllü meme küçültme yöntemi ile asimetri, pitoz ve hipertrofi başarılı olarak düzeltilmektedir. Bu çalışmada yöntem; flep kanlanmasının iyi olması, areola-nipple duyarlılığının korunması ve süt verme yeteneğinin bozulmaması özelliği nedeniyle tercih edilmiş ve yapılan düzeltici girişimler ile sonuçları sunulmuştur.

MATERYAL VE METOD

Kliniğimizde 2001-2003 yılları arasında, asimetrik meme hipertrofisi nedeniyle 7 olguya düzeltici müdahale yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 27,6 (21-31) idi. Memeler arasında nipple-midklaviküler uzaklık farkı en az 4 cm olan olgular asimetrik olarak kabul edilerek çalışmaya dahil edildi (Tablo 1). Sadece hipertrofisi olan hastalar kapsam dışı tutuldu (Şekil 1a, 1b, 1c, 2a). Olgularda göğüslerin küçültülmesi, pitoz onarımı, fazla cildin alınması, areola-nipple bölgesinin yeni yerine koyulması ve simetrisinin sağlanması planlandı. Göğüs meridyenlerinin ve orta hattın çiziminin ardından, yeni nipple bölgesi orta klaviküler hatta 21cm mesafede belirlendi. Areola çevresi

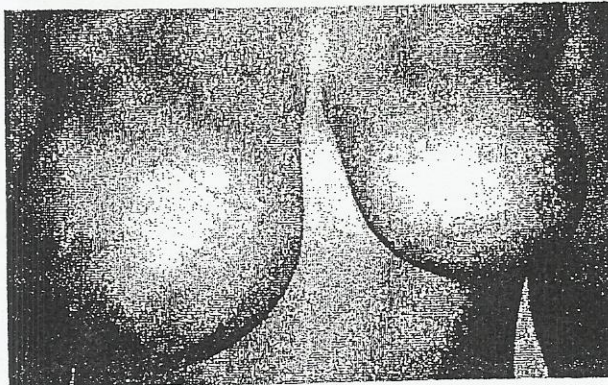
4 cm çaplı olarak işaretlendi (Şekil 1d). Piramidal pedükülün tabanı 10 cm olarak, areola-nipple bölgesini taşıyan uç kısmı ise 5 cm olarak hazırlandı. Dermoglandüler pedikül cildinin dezepitelize edilmesi, yan ve üst meme bölgesinden rezeksiyonun ardından fazla cilt eksize edilip, areola nipple yeni yerine sütüre edildi. Negatif basınçlı drenlerin koyulmasının ardından sütürasyon ile müdahale sonlandırıldı (Şekil 1e). Olgularda prepektoral aşırı diseksiyon ve eksizyondan kaçınılması interkostal sinirlerin ve nipple-areola duyarlılığının korunması sağlandı. Mediyal bölgede dolgunluk temini için mediyal ceplerden fazla glandüler rezeksiyon yapılmadı.

Tablo1: Asimetrinin ve çıkarılan dokunun ayrıntıları

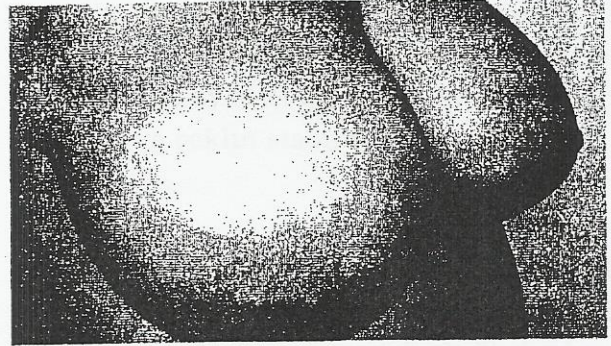
Olgu	Yaş	Toplam eksizyon (gr)	Sağ-sol eksizyon farkı (gr)	Memeler arası nip-MKN* farkı
1	21	1150	600 (875-275)	7,5 cm
2	29	1200	450 (825-375)	5,5 cm
3	30	975	375 (675-300)	5 cm
4	31	1125	425 (775-350)	6,5 cm
5	29	1000	300 (650-350)	6 cm
6	26	900	450 (675-225)	4,5 cm
7	27	1075	225 (425-650)	4 cm

*: MKN, midkavtkÖler nokta kısa yazıdır.

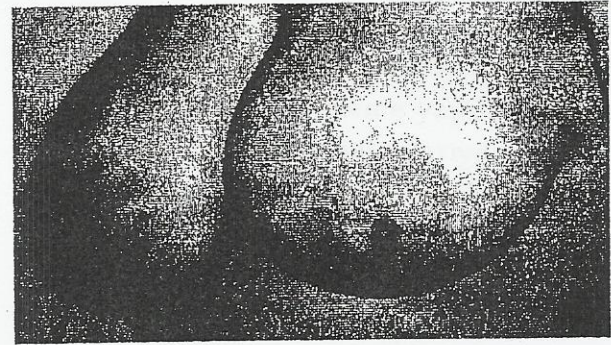
Şekil 1a. (Olgu 1) Asimetrik meme hipertrofili 21 yaşındaki hastanın önden görünümü.



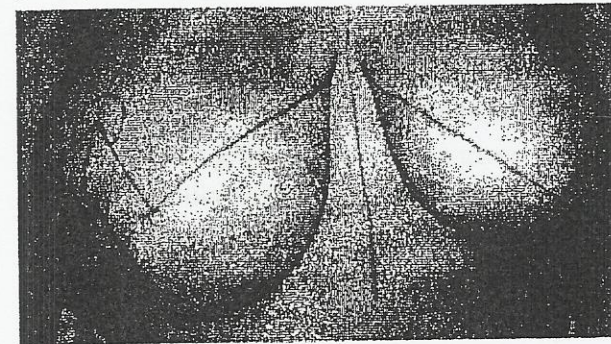
Şekil 1b. Olgunun sağ yan görünümü



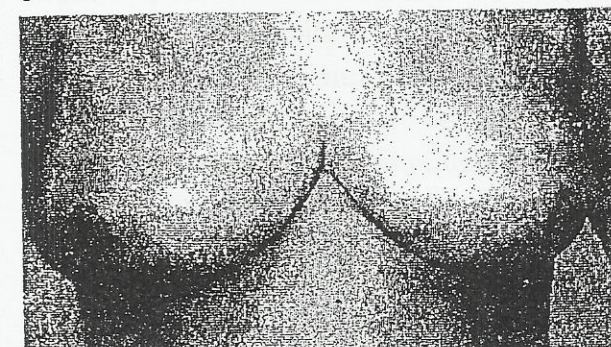
Şekil 1c. Aynı olguda asimetri ve pitozun soldan görünümü.



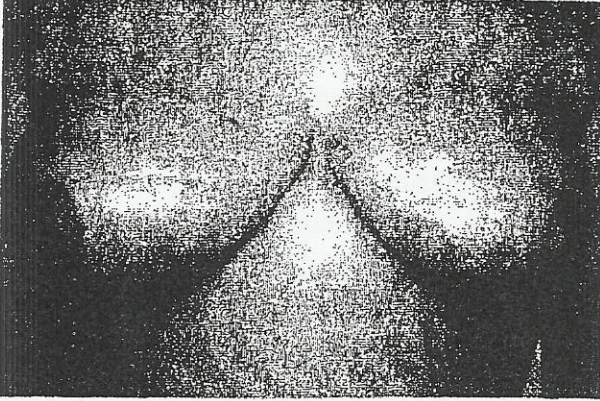
Şekil 1d. Göğüs meridyenleri, yeni areola bölgesi, eksizyon sınırları ve inferior pedikül meme üzerinde çizilmiş olarak görülüyor.



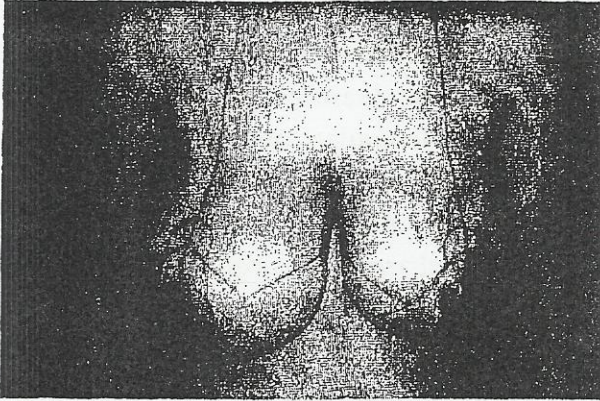
Şekil 1e. Postoperatif erken dönemde 275 gr sol, 875 gr sağ meme dokusu eksizyonu sonrası asimetri düzeltilmiş olarak görülüyor.



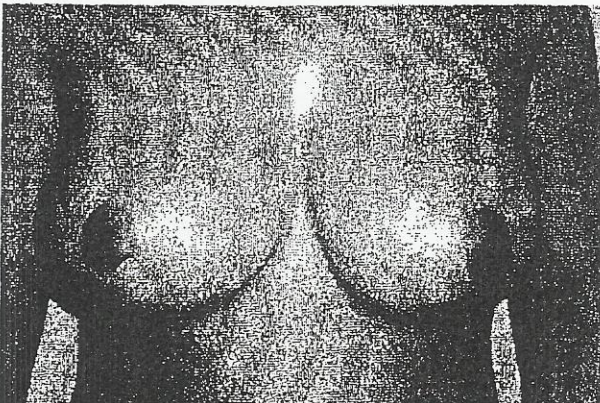
Şekil 1f. Müdahale sonrası 6. aydaki görünüm.



Şekil 2a. (Olgu 6) Asimetrik hipertrofi 26 yaşındaki olgunun operasyon öncesi bulguları görülmektedir.



Şekil 2b. Aynı hastanın sağ 675 gr, sol 225 gr doku çıkarılması sonrası 14. aydaki görünümü.



BULGULAR

Olgularda 975-1200gr arasında doku eksizyonu yapılmıştır. Göğüsler arasında asimetriye neden olan doku farkı 225-600gr olarak saptanmıştır. Göğüslerde simetri temin edilmiş, pitöz ve

hipertrofi düzelmiştir (Şekil 1f, 2b). Nipple-areola duyarlılığında ameliyat öncesi ile karşılaştırıldığında farklılık bulunamamıştır. Ortalama 11 ay (4-21 ay) takip edilen hastalarda simetri ve şeklin stabil kaldığı görülmüştür.

TARTIŞMA

İnsan memesi ilk olarak intrauterin 5. haftada süt çizgisi üzerinde ektodermal kıvrım şeklinde fark edilir. Fötüsün gelişmesiyle aksilladan kasık bölgesine uzanan bu kıvrım kranial 1/3 kısımda gelişirken, kaudaldeki bölümü regrese olur. İnsanların % 1-5'inde kaybolmayan kaudal artıklardan aberrant meme yapıları gelişir. Gelişen meme, hormonal uyarıya hassastır. Testosteron hormonunun inhibitör etkisi olduğundan, hormonun veya reseptörlerinin yokluğunda meme gelişimi devam eder. Erkek fötüsde mezensimal proliferasyon ve epidermal yayılımlar sınırlanır. Östrojen, insulin ve glukokortikoidlerin etkisi olsa da duktuslar ve boyları gelişirken normal lobuloalveolar yapı şekillenir. Büyüklük ve şekilde, gelişen memedeki hücre sayısı ile bunların hormonal uyarıya yanıtları etkilidir. Puberte ile birlikte memeler hızlı gelişme dönemine girer. Her iki memedeki hücresel ve hormonal uyarı farklılığı asimetri ile sonlanır (6).

Meme asimetrisi doğumsal ve gelişimsel nedenlere bağlı olduğu gibi edinsel sebeplerle de oluşabilir. Posttravmatik, postenfeksiyöz ve yanıklar sonrasında görülebileceği gibi geçirilmiş cerrahi müdahaleler de asimetri nedeni olarak sayılabilir.

Öykü ve fizik muayenenin ardından meme büyüklük, kontur ve pozisyonu değerlendirilerek, asimetrinin düzeltilmesi ile istenilen meme büyüklüğünü sağlayacak cerrahi yöntem seçilebilir. Mikromasti ile makro mastinin birlikte olduğu asimetrilerde, cerrahi soarısı gelişen asimetrde, Poland Sendromunda

veya bilateral hipertrofi de uygun düzeltici metod planlanır. Göğüs şekli primer olarak glandüler doku, fibröz destek yapıları ve cilde bağlıdır. Asimetri, pitoz ve hipertrofi bu yapılara yapılacak müdahale ile düzeltilebilir (7-12).

Hoffman meme asimetrilerinin düzeltilmesi sonrasında simetrinin, gebelik, yaşlanma ve kilo değişimlerinden etkilendiğini göstermiştir (4). Takipleri 10 yılı bulan olgularda tekrarlayan asimetriler gösterip, bu hastalara düzeltici ikincil müdahale planlamıştır. Düzeltilen olguların 18 yaş ve altında olması ayrıca hipomasti olan memelere protez yerleştirilmesi asimetri tekrarının nedeni olarak değerlendirilmiştir. Olgularımızın 21-31 yaş arasında olması gelişimsel sorunlardan kaçınmamızı sağlarken, asimetrik hipertrofi nedeniyle meme büyümeye gerek görülmemiştir. Takiplerde simetrinin korunduğu görülmüştür. Çalışmacılar, memeler arasındaki 2 cm nipple orta klaviküler hat farkını asimetri olarak değerlendirmişlerdir. Biz asimetrinin belirgin olduğu olguları çalışmaya dahil ettiğimiz için bu fark en az 4 cm'dir.

Argenta ve arkadaşları tam meme gelişiminin genellikle 18-19 yaşlarında tamamlandığını belirtip, asimetrik memenin geç erişkinde psikolojik ve sosyal sıkıntılara ebep olduğunu belirtmişlerdir (3). Özellikle tek taraflı hipomastisi olan olgularda meme gelişimi beklenmeksizin müdahale planlanabileceği gösterilmiştir. Ancak ileri yaşlarda asimetrinin süt verme, gebelik ve kilo değişikliklerine bağlı olarak tekrarlayabileceği belirtilmiştir. Hastalarımızda gelişimin tamamlanmış olması stabil meme şeklinin sağlanması için bir gereklilik olarak değerlendirildi. Ondokuz yaş altındaki olgularda düzeltici müdahale düşünülmedi.

Courtiss ve arkadaşları inferior pedikül yöntemi kullanarak ciddi makromastili

olgularda küçültme mammoplastisi uygulamışlar ve her bir memeden 700-1760 gr doku eksizyonu yapmalarına karşın flep beslenmesinde sorun görmemişlerdir (2). Flep kanlanmasını fluorescein boya testi ile göstermişlerdir. Nipple-areola duyarlılığının değişmediğini ve yeni meme şeklinin korunduğunu belirtmişlerdir.

Adanalı ve arkadaşları tarafından 25 olguya uygulanan inferior piramidal yöntemli küçültme mammoplastisinde benzer sonuçlar bulunmuşlardır. İki olgunun operasyon sonrasında doğum yaptığı ve emzirebildiği belirtilmiştir (10).

Hastalarımızda hipertrofik asimetrinin düzeltilmesi amacıyla, flep kanlanmasının iyi olması, nipple-areola duyarlılığının korunması ve süt verme yeteneğinin bozulmaması nedeniyle inferior piramidal pediküllü küçültme tekniği uygulandı.

Yöntemde dermoglandüler pedikülden kanlanan nipple-areola kompleksinin yaşayabilirliği, dermal pediküllü yöntemlerden daha fazladır. Strombeck ve McKissock tekniklerinden bu özelliği ile ayrılabilir (8,9,10). Göğüs ön duvarında bir miktar doku bırakılması ve lateral - mediyal fleplere çok az diseksiyon yapılması nedeniyle interkostal sinirlerin zedelenme ihtimali daha azdır. Bu, meme başı duyarlılığının korunmasını sağlar. Inferior pedikül içerisinde duktusların korunması ve bırakılan glandüler yapılar hamilelik sonrasında süt verme imkanını artırır (5,8,9). Ayrıca estetik olarak tatminkar ve kalıcı bir küçültme yöntemi olarak kabul edilmektedir. Yöntemin bu özellikleri dikkate alınarak uygulanan tüm olgularda asimetri, etkili olarak düzeltilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Goin MK, Goin JM, Gianini MH. The psychic consequences of a reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1977; 59:531-534.

2. 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;59:500-507.
3. Argenta LC, VanderKolk C, Friedman RJ, et ali. Refinements in reconstruction of congenital breast deformities. *Plast Reconstr Surg* 1985;76:73-80.
4. Hoffman S. Recurrent deformities following reduction mammoplasty and correction of breast asymmetry. *Plast Reconstr Surg* 1986;78: 55-60.
5. Hester TR, Bostvick J, Miller L, et ali. Breast reduction utilising the maximally vascularized central breast pedicle. *Plast Reconstr Surg* 1985;76: 890-898.
6. Hoehn JG, Georgiade GS, Georgiade NG. Congenital and developmental deformities of the breast and breast asymmetries. in: Gregory SG and Nicholas G G, eds. *Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery*. 21st ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1992:783-800.
7. Boschert MT, Barone CM, Puckett CL. Outcome analysis of reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1996;98: 451-454.
8. Hang-Fu L. Subjective comparison of six different reduction mammoplasty procedures. *Aesthetic Plast Surg* 1991 ;15: 297-302.
9. Georgiade GS, Riefkohl RE, Georgiade NG. The inferior dermal pyramidal type breast reduction: long term evaluation. *Ann Plast Surg* 1989;23: 3-10.
10. Adanalı G, Tuncel A, Ayhan M ve ark. Inferior pediküllü teknik ile redaksiyon mammoplasti deneyimlerimiz. *Türk Plast Rekonstr Est Cer Derg* 2000;8: 175-180.
11. Lejour M. Vertical mammoplasty and liposuction of the breast. *Plast Reconstr Surg* 1994;94:100-114.
12. Orak F, Yucel A, Senyuva C. Wineglass pattern for vertical mammoplasty. *Aesth Plast Surg* 1997;21:180-189.