

JİNEKOMASTİ OLGULARINDA GLANDÜLER EKŞİZYONU KOLAYLAŞTIRAN HİLAL EKŞİZYON YAKLAŞIMI CRESENTIC EXCISIONAL APPROACH WHICH FACILITATES GLANDULAR EXCISION IN GYNECOMASTY CASES

Derya Özçelik, Fatma Kaçağan

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Düzce

ÖZET

Jinekomasti erkek memesinin benign büyümesidir. Bu makalede kliniğimizde 2008-2010 yılları arasında Simon sınıflamasına göre Evre I ve II glandüler meme büyümesi olan ve meme dokusu sert kıvamlı olan 8 hastada modifiye areolar insizyon kullanarak gerçekleştirdiğimiz eksizyon tekniği sunulmaktadır.

Teknikte areola inferior sınırından hilal şeklinde yaklaşık 4x2 cm.lik deri adası eksize edilmektedir. Böylece glandüler dokunun ekşizyonu daha kolay biçimde gerçekleştirilebilmektedir. Güvenilir ekşizyona izin verdiği için simetrisinin sağlanmasına da (bilateral) yardımcı olduğu kanısındayız.

Hastaların yaş ortalaması 30 (21-39) idi. Çıkarılan ortalama glandüler doku miktarı meme başına 70.3 gr (20-200 gr) idi. Ortalama ameliyat süresi 60 dakika idi. Geç postoperatif dönem takiplerinde bütün hastalar estetik sonuçtan memnundular. Kullandığımız ekşizyon yöntemi basit insizyona göre ameliyat alanını daha iyi görmemizi sağlamaktadır. Sonuç olarak, bu tekniğin ameliyatı kolaylaştırdığını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Jinekomasti, ekşizyon, hilal insizyon

ABSTRACT

Gynecomastia refers to a benign enlargement of the male breast. This article presents our method of gland removal through a modified areolar incision used in 8 patients having grade I and II (according to Simon classification) dense breast enlargement. The patients were operated in our clinic between 2008 and 2010 years. In technique, about 4x2 cm crescent-type skin excision is achieved along the inferior border of the areola. Thereby, the exposition of the glandular tissue becomes easier. We think that the wide exposure does not only provides safe excision but also helps to have a symmetrical result (bilateral).

Average age of the patients was 30 years (range, 21-39 years). Mean breast tissue removal for each breast was 70.3 g (20-200 g). Mean operation time was 60 min. At late postoperative follow-up, all patients were satisfied with their aesthetic results. The technique we used provides better exposure than the simple incision. At result, we think that this technique makes the operation easier.

Key words: Gynecomastia, excision, crescent incision

GİRİŞ

Jinekomasti fizyolojik veya patolojik nedenlerden dolayı erkek memesinin benign büyümesidir. Meme volum artışı; glandüler doku, yağ dokusu veya ikisinin birden hacminde artış ile olabilir. Jinekomasti etyolojisi temelinde östrojen ve androjen hormonlarının meme dokusuna olan etkileri arasındaki dengesizlik yatmaktadır. Östrojen/androjen dengesinin bozulması sonucu duktal hiperplazi, fibroblast proliferasyonu ve damarlanma artışı görülür. Jinekomasti ortaya çıktıktan belirli bir süre sonra fibrozis ve hiyalinizasyon meydana gelmekte ve jinekomastinin kendiliğinden gerilemesi mümkün olmamaktadır.¹

Jinekomasti benign bir olay olmasına rağmen, psikolojik travmaya sebep olarak duygusal ve sosyal hayatı olumsuz etkiler. Jinekomasti düzeltilmesinde

hedef, fazla yağ ve fibroglandüler dokuyu, varsa fazla cildi çıkarmak ve minimal skar ile normal vücut kontürünü sağlamaktır.

Jinekomastide genellikle Simon Evrelemesi kullanılmaktadır.²

Evre I : Hafif volum artışı mevcut, cilt fazlalığı yok
Evre IIa : Orta derecede volum artışı mevcut, cilt fazlalığı yok
Evre IIb : Orta derecede volum artışı mevcut, cilt fazlalığı var
Evre III : Belirgin volum artışı mevcut, cilt fazlalığı var

Farklı evrelerdeki jinekomasti vakaları için farklı cerrahi teknikler kullanılmaktadır.³ Evre I ve II jinekomasti hastaları için kullanılan teknikler çoğun-

lukla tek başına gland eksizyonu,⁴ veya tek başına liposakşın⁵⁻⁸ ya da gland eksizyonu-liposakşın kombinasyonudur.⁹ Belirgin cilt fazlası olan hastalar için, Evre III, deri ve gland eksizyon yöntemleri mevcuttur.¹⁰⁻¹²

Bizim sunduğumuz bu çalışmada Evre I ve II glandüler meme büyümesi olan hastalar yer almaktadır. Bu grupta gerçekleştirdiğimiz operasyon tekniği ve sonuçları sunulmaktadır.

KLİNİK DEĞERLENDİRME

Çalışmamızda anamnez bölümünde hastanın yaşı, meme büyümesinin başlama zamanı, ağrı veya hassasiyet, ilaç kullanım öyküsü, psikolojik ve sosyolojik etkiler sorgulandı. Jinekomastinin etiolojisinde kronik karaciğer hastalığı, böbrek yetmezliği, malign hastalıklar (adrenal, testis, hipofiz bronkojenik tm), endokrin bozukluklar (Klinefelter sendromu, Cushing sendromu, hipotiroidizm, hipertroidizm), malnutrisyon, ilaç kullanım öyküsü (östrojenler, androjenler, simetidin, amiodaron, alkol, eroin, steroid) yer almaktadır.²

Fizik muayenede palpasyonla meme dokusunun kıvamı ve içeriği, ve de cilt fazlalığı değerlendirildi. Yağ dokusundan zengin ise yumuşak, glandüler dokudan zengin ise lastik kıvamlı olmaktadır. Birincisi liposakşından fayda görürken diğerine glandüler eksizyon uygulamak daha iyi olabilir.

Anatomik özellikler incelendiğinde normal erkek memesinde, meme başı - jugulum mesafesi 20 cm, meme başı - midklavikuler hat 18 cm, iki meme başı mesafesi 21 cm, areola çapı 2-4 cm olmalıdır. Simon evrelemesine göre meme boyutu ve cilt fazlalığına göre jinekomasti derecesi hesaplanır.^{10,13}

HASTA VE YÖNTEMLER

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'nde 2008-2010 yılları arasında Simon sınıflamasına göre Evre I (2 hasta), IIa (5 hasta) ve IIb (1 hasta) jinekomastisi olan ve meme dokusu lastik kıvamında olan 8 hasta ameliyat edilmiştir. Bu hastalarda areola altından hilal şeklinde deri adasının eksize edilmesiyle ekpozisyonun kolaylaştığı teknik kullanılmıştır. Meme dokusunun kıvamı yumuşak olan yağ içeriği fazla olan hastalara kliniğimizde liposakşın uygulanmaktadır.

Sekiz hastanın muayenesinde meme dokusu glandüler doku komponenti fazla hissini verecek biçimde sertti. Bu nedenle liposakşın yerine glandüler doku eksizyonu planlandı.

Hastaların yaşları 21-39 arasında (ortalama: 30) değişmekteydi. Tüm hastaların jinekomastisi bilateral idi.

Hastalar yaş, VKE (vücut kitle endeksi), eksize edilen miktar, hormonal bozukluk, ilaç kullanım öyküsü, kronik hastalık varlığı ve komplikasyonlar yönünden değerlendirildi.¹³

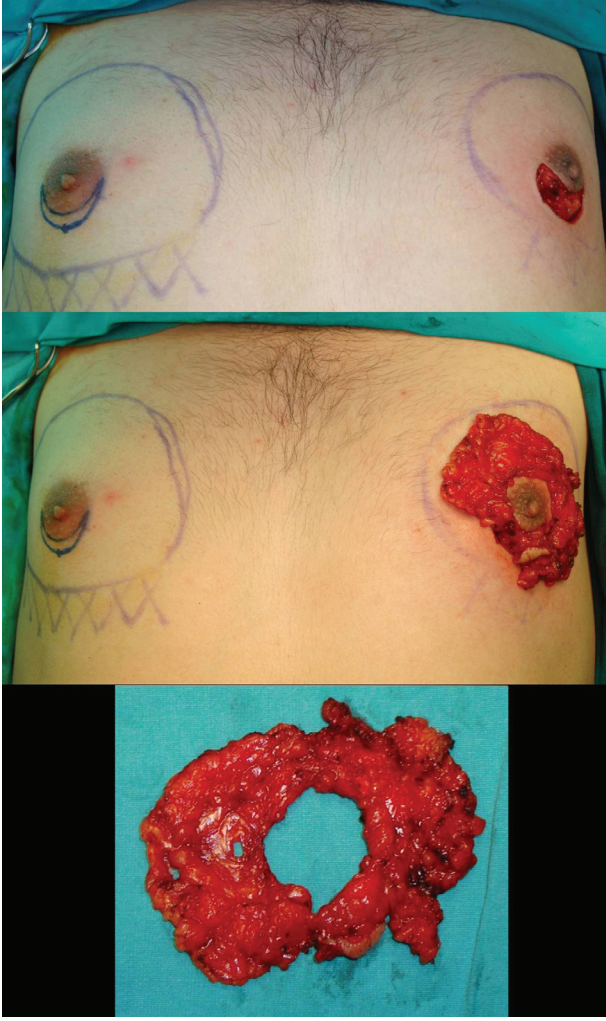
Bizim sekiz hastamız yukarıda bahsi geçen etyolojik nedenler açısından sorgulandığında şu veriler elde edildi:

Bir hastada 12 yıl önce vücut geliştirme amaçlı steroid kullanımı ve alkol kullanım öyküsü mevcuttu. Bir hastada simetidin kullanım öyküsü mevcuttu. Bir hastada famotidin kullanım öyküsü ve aynı hastada testesteron düşüklüğü ve inmemiş testis öyküsü mevcuttu. Bir hastada HbsAg (+) idi. Ancak karaciğer enzimleri normaldi. Hiçbir hastada kronik hastalık öyküsü yoktu.

Hastaların VKE'si 24,6-29,3 kg/m² (ort: 26,8 kg/m²) arasında değişmekteydi. 25 ile 30 arasındaki değerler kilolu olarak kabul edilmektedir.

CERRAHİ TEKNİK

İşaretlemeler hasta ayaktayken yapıldı. Lokal anestezi simetriyi sağlamak için uygulanmadı. Hastalar genel anestezi altında opere edildi. Areola inferior sınırından hilal şeklinde yaklaşık 4x2 cm.'lik deri adası insize edildi (Şekil 1a, b). Klasik yarım daire areola insizyonu yerine yapılan, hilal biçimindeki deri eksizyonu ameliyat alanının daha iyi görülmesine olanak vermektedir. Eksize edilen deri adası glandüler doku üzerinde bırakılarak ameliyat boyunca bir bütün olarak çıkardığımız glandüler dokuyu tutmamızda da kolaylık sağlamaktadır. Böylece glandüler doku eksizyonu daha kolay biçimde gerçekleştirilmektedir. Ayrıca geniş görme alanı sayesinde glandüler eksizyon dikkatli biçimde uygulandığından simetrinin sağlanmasına da (bilateral) katkıda bulunmaktadır. İnsizyon yapıldıktan sonra 1,5-2 cm kalınlığında meme dokusu areola altında depresyonu engellemek için; yaklaşık 1cm'lik yağ ve meme dokusu da cilt flebinin altında düzensiz bir görünümü engellemek için bırakıldı. Glandüler eksizyon kenarlara doğru gittikçe incelerek sonlandırıldı ve tabanda pektoral fasyanın üzerinden gerçekleştirildi. Eksizyon koter ile gerçekleştirildi. Glandüler doku her hastadan gerektiği kadar çıkarıldı. Cilt altı 3/0 vikril, cilt 5/0 poliglekapron ile sütüre edildi. Göğüs çevresine elastik bandaj sarıldı. Bir gece hastanede yatan hasta ertesi gün taburcu edildi. Drenler 1. gün çekildi. Kompresyon amaçlı elastik bandaj 4 hafta uygulandı.



Şekil 1. Evre I jinekomastisi olan 28 yaşında erkek hasta. a-Sol sütun - preoperatif görünüm. Sağ sütun - postoperatif görünüm. b- Intraoperatif görünüm. Hilal biçimli subareolar deri eksizyonu uygulandı. Bu şekilde geniş bir görüş alanı elde edildi. Eksize edilen deri dokusu glandüler yapının üzerinde görülmektedir. Çarpı ile işaretlenmiş alan glandüler eksizyon yapılmaması gereken alanı gösteriyor. Sağ taraftan 20 gr, sol taraftan 25 gr doku eksize edildi.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 30 idi. Hastaların çıkarılan glandüler doku miktarı meme başına 70.3 gr (20-200 gr) olarak hesaplandı. Çoğunlukla ameliyat süresi 60 dakika idi. Hiçbir hastada enfeksiyon, hematom, ekimoz, nipple retraksiyonu ve asimetri meydana gelmedi. Bir hastada tek tarafta glandüler eksizyonun 6 cm.'lik çizgi şeklinde bir hatta, cilde yakın yapılması sonucu ciltte kontür bozukluğu gözlemlendi. Fakat hasta şikayetçi olmadığını belirtti. Hastaların tamamında areola duyası normaldi. Tüm hastalar sonuçtan memnundu. Hiçbir hastada skara ait sorun izlenmedi (Şekil 2).



Şekil 2. Evre IIa jinekomastisi olan 27 yaşında erkek hastada hilal biçimli subareolar cilt eksizyonu kullanılarak sağ memeden 80 gr, sol memeden 80 gr doku eksize edildi. Sol sütun - preoperatif görünüm. Sağ sütun - postoperatif görünüm.

TARTIŞMA

Vakaların büyük çoğunluğunda meme dokusu hipertrofisi benign karakterde olduğundan tedavinin öncelikli amacı normal vücut kontürünü sağlamak olmalıdır. Cerrahi müdahale jinekomasti tedavisinde önemli ve etkili bir seçenek olup, en az skar ile, büyümüş meme dokusunu küçültmeyi hedefler.

Cerrahide uygulanabilecek farklı eksizyon ve liposakşın yöntemleri bulunmaktadır. Fakat hiçbiri tek başına tüm jinekomasti tiplerinde uygulamaya uygun değildir. İlk defa 1983'de cerrahi rezeksiyon ile birlikte liposakşın kullanımını tarif eden Teimeurion ve Perlman'dan sonra bazı cerrahlar tek başına liposakşının jinekomasti tedavisinde kullanımını önermişlerdir.⁴ Fakat yağ dokusu oranı az olan hasta grubunda liposakşın tek başına glandüler dokuyu uzaklaştırmada başarılı olamamaktadır. Uzun dönemde rezidü meme dokusunun neden olduğu asimetri kozmetik açıdan kötü sonuçlara neden olmaktadır. Liposakşın sonrası geride kalan fibrotik bağ dokusunu küçük bir insizyondan çekerek dışarı alan ve eksize eden bir yaklaşım da vardır.⁹ Biz lastik kıvamlı memelerde açık cerrahinin daha kontrollü bir işlem olduğunu düşünüyoruz.

Evre I ve II jinekomastilerde, glandüler dokunun cerrahi olarak çıkarılması için günümüzde sıklıkla Webster'in tarif ettiği yarım daire areolar insizyon kullanılmaktadır.¹⁴ Bir modifikasyon olarak areola altından hilal şeklinde cilt adası eksizyonu, eksizyonu kolaylaştırmaktadır.

SONUÇ

Sonuç olarak areola alt kısmından az miktarda deri eksizyonu ile alana ulaşmak sadece cilt insizyonu ile alana ulaşmaktan daha iyi bir görüş alanı sağlamakta ve daha kontrollü bir eksizyona izin vermektedir.

KAYNAKLAR

1. Keskin M, Beydeş T, Tosun Z, Savacı N. Adelolan jinekomastisi ve areola çevresinden (Sirkumareolar) cilt redüksiyonu ile cerrahi tedavi. *Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi*. 2008;16(2):84-8
2. Simon BE, Hoffman S, Kahn S. Classification and surgical correction of gynecomastia. *Plast Reconstr Surg*. 1973;51:48-56.
3. Hammond DC. Surgical correction of gynecomastia. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124(1 Suppl):61e-8e.
4. Teimourian B, Perlman R. Surgery for gynecomastia. *Aesthetic Plast Surg*. 1983;7(3):155-7
5. Rohrich RJ, Ha RY, Kenkel JM, Adams WP Jr. Classification and management of gynecomastia: Defining the role of ultrasound-assisted liposuction. *Plast Reconstr Surg*. 2003;111:909-23; discussion 924-5.
6. Rosenberg GJ. Gynecomastia: Suction lipectomy as a contemporary solution. *Plast Reconstr Surg*. 1987;80:379-86.
7. Matarasso A. Suction mammoplasty: The use of suction lipectomy to reduce large breasts. *Plast Reconstr Surg*. 2000;105:2604-7; discussion 2608-10.
8. Maxwell GP, Gingrass MK. Ultrasound-assisted lipoplasty: A clinical study of 250 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg*. 1998;101:189-202; discussion 203-4.
9. Morselli PG. "Pull-through": a new technique for breast reduction in gynecomastia. *Plast Reconstr Surg*. 1996;97(2):450-4.
10. Çek Dİ, Reis M, Şen C, Ünal Ç. Jinekomasti nedeniyle yapılan meme amputasyonu ve meme başı-areola transplantasyonu. *Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi*. 2004;12(2), 91-4
11. Tashkandi M, Al-Qattan MM, Hassanain JM, Hawary MB, Sultan M. The surgical management of high-grade gynecomastia. *Ann Plast Surg*. 2004;53(1):17-20
12. Persichetti P, Berloco M, Casadei RM, Marangi GF, Di Lella F, Nobili AM. Gynecomastia and the complete circumareolar approach in the surgical management of skin redundancy. *Plast Reconstr Surg*. 2001;107:948-54.
13. Karp NS. Jinekomasti. In: Thorn CH, Beasley RW, Aston SJ, Bartlett SP editors. *Grabb and Smith's Plastic Surgery*. 6th ed. 2010; 616-20.
14. Webster JP. Mastectomy for gynecomastia through a semicircular intra-areolar incision. *Ann Surg*. 1946;124:557-75.

Dr. Derya ÖZÇELİK

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konuralp-Düzce

E-posta: deryaozcelik68@yahoo.com