

JİNEKOMASTİDE LİPOSAKŞIN VE PULL-THROUGH TEKNİĞİ KOMBİNASYONU

PULL-THROUGH TECHNIQUE COMBINED WITH LIPOSUCTION IN GYNECOMASTIA

Mehtap Karamiş*, Mustafa Keskin*, Mustafa Sütçü**, Osman Akdağ**, Zekeriya Tosun*, Nedim Savacı**

*Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD.

**Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD.

ÖZET

Jinekomasti, erkek meme dokusunun iyi huylu büyümesidir. Uygun bir bekleme süresi içerisinde jinekomastide gerileme olmaz ise cerrahi müdahale uygulanabilir. Patolojik glandüler dokunun cerrahi tedavi ile çıkarılması istenmeyen skar oluşumu ile sonuçlanabilmektedir. 'Pull-through' tekniği ile kombine liposakşın uygulaması, minimal insizyon yeri gereksinimi ve ameliyat sonrası daha az skar dokusu oluşturması sebebiyle tercih edilebilmektedir. Bu çalışmada glandüler meme büyümesi olan adolesan hastalarda uyguladığımız 'pull-through' tekniği ile kombine liposakşın tedavisinin sonuçlarını sunduk.

Anahtar Kelimeler: Jinekomasti, Pull-through yöntemi, Liposakşın

ABSTRACT

Gynecomastia is defined as a benign enlargement of the male breast. If breast enlargement does not resolve after a reasonable waiting period then surgical intervention is indicated. Removal of pathological glandular breast tissue may result with undesirable scar formation. Pull-through technique with combined liposuction is preferred for minimal incision site require and minimal postoperative scar formation. In this study, we presented our results of pull-through technique combined liposuction in cases with glandular gynecomastia in adolescent

Keywords: Gynecomastia, pull-through technique, liposuction

GİRİŞ

Jinekomasti, erkek memesinde görülen duktal doku, stromal yapı ve yağ bileşiminde artışın görüldüğü iyi huylu büyümedir. Jinekomasti, tek taraflı veya bilateral görülebilir.¹

Yağ bileşiminin artışı ile karakterize meme büyümeleri, fizyolojik olarak erkek hayatının 3 döneminde görülmektedir. Bunlardan ilki infansi dönemi olup maternal östrojenlerden etkilenim vardır ancak bu etkiler geriye dönüşümlüdür. İkinci dönem puberte dönemidir. Bu dönemde gelişen meme büyümesi 3 yıl içinde çözülmesi beklenir. Son dönem ise yaşlılık dönemidir ve bu yaşlarda oluşan meme büyümesinde geriye dönüşüm beklenmez.²

Gland dokusundaki artış ile karakterize gerçek jinekomasti vakalarında etiopatogenez çok faktörlü olmasına rağmen etiolojinin temelinde östrojen ve androjen hormonlarının meme dokusuna olan etkileri arasındaki dengesizlik yatmaktadır. Androjen

prekürsörlerinin aromatisasyonunun artması, pubertenin başlangıcında gün boyu testosteron salgısının düşük olması ve meme dokusunun genetik olarak östrojene duyarlı olması gibi mekanizmalar sorumlu tutulmaktadır. Jinekomastide patoloji ortaya çıktıktan belirli bir süre sonra geri dönüşümsüz sıkı fibrozis ve hyalinizasyon meydana gelmekte, hastalığının kendiliğinden gerilemesi mümkün olmamaktadır. Bu durumdaki hastalarda bir yıllık bekleme süresinden sonra meme dokusunun cerrahi olarak çıkarılması önerilmektedir.³

Jinekomastinin derecesi Simon sınıflaması ile belirlenir.⁴ Evre II'nin altında ve yağ bileşiminde artış olan hastalarda, liposakşın tek başına yeterli iken daha ileri vakalarda ve duktal-stromal doku artışlarında eksizyonel yaklaşım gereklidir. Kliniğimizde jinekomasti hastalarına Morselli tarafından literatürde tanımlanan pull-through tekniği ile eksizyon uygulanmaktadır.⁵ Liposakşın ve stromal dokunun



Şekil 1. Operasyon tekniği a) Adrenalinli solüsyonunun uygulanması b) İnsizyon yeri c) Liposakşın uygulaması d) Glandüler dokunun çıkarılması e) Diren yerleştirilmesi f) İnsizyonun postoperatif görünümü

çekip çıkarılıp eksizyonu şeklinde tanımlanabilecek olan bu yöntemle, cilt eksizyonu yapılmadan ve minimal iz bırakılarak tedavi sağlanmaktadır. Bu yazıda tekniğin detayları ve klinik örnekleri sunulmuştur.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimizde 2008–2011 yılları arasında liposakşın ile ‘pull-through’ cerrahi tekniği kombinasyonu yöntemi kullanılarak Simon sınıflamasına göre, Evre IIb ve III jinekomastisi olan 22 hasta ameliyat edildi. Yaş, aspire edilen doku miktarı, eksize edilen doku miktarı ve komplikasyonlar kaydedildi. Hastaların hiçbirinde karaciğer hastalığı, tiroid fonksiyon bozukluğu, alkolizm, böbrek yetmezliği ya da malign hastalık belirtileri yoktu. Meme muayenesinde şüpheli kitlelere ya da aksiler lenfadenopatilere rastlanılmadı.

Klinik deđerlendirme:

Hastanın yaşı, meme büyümesinin başlama zamanı, ağrı veya hassasiyetin varlığı, ilaç kullanım hikâyesi ve mevcut durumun psikolojik ve sosyolojik etkileri sorgulandı. Meme, palpasyon ve ‘pinç’ testleri ile muayene edilerek kıvamı ve içeriği hakkında bilgi edinildi. Meme dokusunun hemen altından ve her iki nipple seviyesinden göğüs çapları ölçüldü ve aralarındaki fark hesaplandı. Gerekli olgularda rutin ultrasonografi, mamografi veya ileri laboratuvar tetkikleri istendi.

Cerrahi teknik:

Hastalar ayakta iken meme altı kıvrımı (inframamariyal fold), sternum ve meme dokularının sı-

nırlarını belli edecek çizimler yapıldı. Genel anestezi altında, tüm meme alanına 1/400000 oranında adrenalinli lidokain solüsyonu her bir memeye 250-500 cc arasında değişen miktarlarda infiltre edildi. Areola cilt sınırının 2 cm altından 4-6 mm uzunluğunda insizyon yapıldı. Bekleme süresinin ardından tüm meme dokusuna liposakşın işlemi uygulandı. Liposakşın ile yağ dokusunun aspirasyonu ve geride kalan meme dokusunun da ayrışması sağlandı. Böylece doku, küçük bir insizyondan çıkabilecek kıvama ulaşmış oldu. Mevcut liposakşın insizyonundan girilerek meme parenkim dokusu dışarı çekilip makas yardımıyla kesildi. Meme parenkim dokusunun meme başına veya çevre dokulara yapıştığı yerlere özen gösterildi. Parenkim eksizyonunun, areola çevresinde deprese alan oluşturmamasına dikkat edildi. Her memeye birer adet negatif basınçlı kapalı diren yerleştirildi. Oluşan insizyon tek bir cilt sütürü ile kapatıldı. (Şekil 1) Hastalar; ertesi gün, direnleri çekilerek taburcu edildi. Dört hafta boyunca korse veya elastik bandaj kullanılması önerildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 22 hastanın yaş ortalaması 22,4 (19 ve 24 yaş) idi. Aspire edilen yağ dokusu, meme başına ortalama 324 cc, eksize edilen doku miktarı, meme başına ortalama 47,95 gram idi. İki hastada (% 9,09) ameliyat sonrası boşaltılması icap eden seroma-hematoma meydana geldi. Bir hastada (% 4,54) areola altından fazla doku çıkarılmasına bağlı olarak areola depresyonu oluştu. Diđer hastalarda memnun edici, genel estetik sonuçlara ulaşıldı. Hiçbir hastada nipple beslenmesinde sorun olmadı ve duyu bozulması ile ilgili şikâyet gözlenmedi.



Şekil 2: Evre III jinekomastisi olan 20 yaşında hasta. Üst resim: Preoperatif önden ve yandan görüntü. Alt resim: Postoperatif 12. ay görüntü.

TARTIŞMA

İdiyopatik jinekomasti, cerrahi ve tıbbi yöntemler ile tedavi edilir.³⁻⁵ Tıbbi tedavinin etkili olduğu dönem, jinekomastinin en aktif olduğu proliferasyon fazıdır. Danazol, klomifen, testolakton ve tamoksifen bu amaç için kullanılmış medikal tedaviler olup tedaviye yanıtlar son derece sınırlı olmuştur.³

Jinekomastide hipertrofik meme dokusu belirgin bir ağrıya neden olabilir; duygu durumu, cinsel kimlik gelişimi hatta kişinin günlük faaliyetleri olumsuz etkilenebilir. Hastalığın seyri boyunca geri dönüşümsüz sıkı fibrozis ve hyalinizasyon meydana gelince tedavi seçeneği olarak sadece cerrahi yöntemler kalmaktadır. Cerrahi müdahale, jinekomastinin tedavisinde en önemli ve etkili seçenek olup, büyümüş meme dokusunun en az skar ile küçültülmesi hedeflenmelidir.

Cerrahi teknikler içinde farklı eksizyon ve liposakşın yöntemleri bulunmaktadır. Fakat hiçbir jinekomasti tüm evreleri için tek başına istenen başarıyı sağlayamaz.^{6,7} Evre IIb ve evre III jinekomastisinde cildin çıkarılması amacı ile çeşitli insizyonlar uygulanmaktadır.⁸ Ameliyat sonrası kozmetik sonuçları kabul edilemeyen bazı teknikler halen kullanılmaktadır. Deformite düzeltilmekte fakat cerrahi sonrası meydana gelen izler, kişiyi orijinal deformitenin neden olduğu durumdan daha utanılacak duruma



Şekil 3: Evre III jinekomastisi olan 21 yaşında hasta. Üst resim: Preoperatif önden ve yandan görüntü. Alt resim: Postoperatif 6. ay görüntü.

ve daha fazla psikolojik sıkıntıya sokabilmektedir.

Adolesan evre I ve II jinekomasti vakaları için en çok tercih edilen yöntem, yarım daire infraareolar insizyon ile doku eksizyonu veya liposakşındır. İlk kez 1983'te cerrahi rezeksiyon ile birlikte liposakşının kullanımını tarif eden Teimourian ve Perlman, liposakşın cerrahisini tek başına jinekomasti tedavisinde kullanımını önermiştir.⁹ Fakat ergen hasta grubunda yağ dokusu oranı çok daha azdır ve liposakşın, tek başına glandüler dokuyu uzaklaştırmada başarılı olamamaktadır. Uzun dönemde rezidü meme dokusunun neden olduğu asimetrikler, kozmetik açıdan kötü sonuçlara neden olmaktadır. Bu yüzden genel eğilim jinekomastinin stromal elementlerinin çıkarılması için eksizyonun gerekli olduğudur.

Liposakşın ile 'pull-through' cerrahi tekniğinin kombinasyonu Morselli tarafından tanımlanmıştır.⁵ Liposakşın teknikleri yağ dokusunu ve meme parenkim dokusunun bir kısmını çıkarmada etkilidir. Liposakşın ile emilemeyen hipertrofik parenkim dokuları mevcut insizyondan dışarı çekilerek kolayca eksize edilebilir. Çünkü hem adrenalini sıvı içeriği verilmesi hem de liposakşının ışınal hareketleri parenkim dokusunu örselemekte ve bütünlüğüne zarar vermektedir. Areola altından çok fazla doku uzaklaştırılmamasına dikkat edilerek hastalarda son derece estetik, iz bırakılmamış sonuçlara ulaşılmaktadır. Cilt fazlasının olduğu vakalarda dahi bu cerrahi tekniğin sonuçları çok yüz güldürücüdür.

Liposakşın ve pull-through yöntemi 1996 yılında

Morselli tarafından tanımlandıktan sonra 2003 yılında Hammond ve ark. ultrason destekli liposakşın (UDL) ile aynı yöntemi uygulamışlardır.^{5,10} Bracaglia ve ark. bu cerrahi tekniği kullanarak ameliyat ettikleri 45 hastanın sonuçlarını yayınlamıştır.² Ramon ve ark. karşı göğüs duvarından power assisted liposakşın ve pull-through yöntemini endoskopik olarak uygulamış ve başarılı sonuçlar aldığını raporlamıştır.¹¹ Lista ve ark. power assisted liposakşın ile elde ettiği sonuçları literatüre sunmuştur.¹²

Ultrason destekli liposakşın (UDL) jinekomasti tedavisinde tek başına etkili bir yöntem olarak sunulmaktadır. UDL sıkı fibroglandüler erkek meme dokusunu daha kolay çıkarılmasını sağlamaktadır. Rochrich ve ark. UDL uygulanan olgularda ameliyat sonrası dönemde cilt kontraksiyonun daha fazla olduğunu ve ayrıca doku rezeksiyonuna gerek olmadığını öne sürmüşlerdir.¹³ Evre III jinekomasti vakalarında ciltten eksizyon yapmaya ihtiyaç olup olmadığı tartışmalıdır. Evre III jinekomastide, ciltten rezeksiyonun gereksiz olduğu ve sadece liposakşının yeterli olduğunu savunan yazarlar, yağ lobülleri emildikten sonra Cooper ligaman boyutlarının kısaldığını ve ciltte retraksiyonun oluştuğunu savunmaktadır.¹⁴ Fakat oluşacak kontraksiyonun derecesi ve sonuçlarını tahmin etmek güçtür. Biz vakalarımızda klasik liposakşın uygulaması yaptık ve uzun dönem takiplerinde problem yaşamadık. Hastaların hiçbirinde nipple beslenmesinde sıkıntı ve duyu kaybı gibi problemler gelişmedi. Geç dönem sonuçlarımızda areolar sınırın 2 cm altından yaptığımız insizyonların neredeyse hiç belli olmadığını tespit ettik. (Şekil 2, 3) Literatürde tanımlanan areola çevresi insizyonu yerine, areolanın 2 cm aşağısından yapılan yatay keside amaç, bu insizyon yerinin zaman ile kıllar arasında fark edilmemesidir.¹⁵

SONUÇ

Jinekomasti, anksiyete ve psikolojik strese yol açan bir hastalıktır. Ameliyat sonrası dönemde minimal skar dokusu ve tatmin edici estetik sonuç hedeflenmelidir. Liposakşın ve pull-through yöntemi, minimal müdahale izi ile gland dokusunun eksizyonunu sağlayan ve cilt eksizyon ihtiyacını ortadan kaldıran ve özellikle areola çevresi skar oluşumu istenmeyen durumlarda uygulanan etkin ve başarılı bir cerrahi teknik olduğu kanısındayız.

Dr. Mehtap KARAMEŞE

Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi,

Alaaddin Keykubad Kampüsü

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Selçuklu, Konya

E-posta: mehtapef@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Carlson HE. Approach to the patient with gynecomastia. J Clin Endocrinol Metab. 2011;96(1):15-21.
2. Bracaglia R, Fortunato R, Gentileschi S, Seccia A, Farallo E. Our experience with the so-called pull-through technique combined with liposuction for management of gynecomastia. Ann Plast Surg. 2004;53(1):22-6.
3. Keskin M, Beydeş T, Tosun Z, Savacı N. Adolesan jinekomasti ve areola çevresinden (sirkümareolar) cilt redüksiyonu ile cerrahi tedavisi. TPCD. 2008;16(2):84-8.
4. Simon BE, Hoffman S, Kahn S. Classification and surgical correction of gynecomastia. Plast Reconstr Surg. 1973;51(1):48-52.
5. Morselli, P. G. "Pull-through": A new technique for breast reduction in gynecomastia. Plast Reconstr Surg. 1996;97:450.
6. Smoot EC. Eccentric skin reduction and purse-string closure for skin reduction with mastectomy for gynecomastia. Ann Plast Surg. 1998;41:378-83.
7. Hoşnüter M, Kargı E, Tekereroglu B, Payaslı C, Işıkdemir A. Jinekomasti tedavisinde cerrahi eksizyon-liposakşın kombinasyonu: Klinik deneyimlerimiz. Türk Plast Cer. 2005;13:150-2.
8. Aslan G, Tuncalı D, Terziođlu A, Bingöl F. Periareolar-transareolar-perithelial incision for the surgical treatment of gynecomastia. Ann Plast Surg. 2005;54:130-4.
9. Teimourian B, Pearlman R. Surgery for gynecomastia. Aesthetic Plast Surg. 1983;7:155-7.
10. Hammond, DC, Arnold JF, Simon AM, Capraro PA. Combined use of ultrasonic liposuction with the pull through technique for the treatment of gynecomastia. Plast Reconstr Surg. 2003;112:891-5.
11. Ramon Y, Fodor L, Peled IJ, Eldor L, Egozi D, Ullmann Y. Multimodality gynecomastia repair by crosschest power-assisted superficial liposuction combined with endoscopic-assisted pull-through excision. Ann Plast Surg. 2005;55:591-4.
12. Lista F, Ahmad J. Power-assisted liposuction and the pull-through technique for the treatment of gynecomastia. Plast Reconstr Surg. 2008;121(3):740-7.
13. Rohrich RJ, Ha RY, Krenkel JM, et al. Classification and management of gynecomastia: defining the role of ultrasound-assisted liposuction. Plast Reconstr Surg. 2003;111:909-23.
14. Esme DL, Beekman WH, Hage JJ, Nipshagen MD. Combined use of ultrasonic-assisted liposuction and semicircular periareolar incision for the treatment of gynecomastia. Ann Plast Surg. 2007;59:629-34.
15. Keskin M, Hancı M, Sütçü M, Karameşe M, Savacı N. Jinekomasti tedavisinde Liposakşın ve Pull-Through Tekniği. 32. TPRED ulusal kongresi 15-19 Eylül 2010 Trabzon, Türkiye, Kongre özet kitabı S10