

DIKEY İZLİ MEME KÜÇÜLTME YÖNTEMİ AŞIRI BÜYÜK MEMELERDE GÜVENLİ BİR İŞLEM MİDİR?

Eray COPCU¹, Nazan SİVRİOĞLU¹, Çağhan BAYTEKİN¹, Banu KOÇ¹, Şule ER¹

ÖZET

Amaç: Dikey izli (vertikal skar) meme küçültme tekniği mevcut ameliyat teknikleri içinde sıklıkla kullanılan yöntemlerden biridir. Bu teknik, özellikle meme düzeltme ve çok büyük olmayan memelerin küçültülmesinde pek çok cerrah tarafından başarı ile uygulanmaktadır. Ancak aşırı büyük memelerde özellikle dikey izin iyileşme problemleri ile ilgili olarak kullanımı tartışmalıdır. Bu tekniğe en iyi aday hasta elastik derisi olan, orta derecede hipertrofik (800 gr.dan az) ve yağ ve bez karışımından oluşan memelerdir.

Yöntem: Bu çalışmada, 1000 gr.dan fazla miktarda doku rezeksiyonu yaptığımız toplam 11 hastadaki aşırı büyük memelerde uyguladığımız dikey izli tekniğin erken ve geç dönem sonuçları sunulmuştur.

Bulgular: Hastaların yaşları 20 ile 46 arasında değişmekte olup ortancası 32 idi. Eksize edilen doku miktarı 1000 ile 1780 gr. arasında olup ortalaması 1322 gr. idi. Tüm hastalar aynı cerrahi ekip tarafından ameliyat edildiler. İzlem süresince olgularda erken dönemde iki komplikasyon gözlemlendi: parsiyel meme başı - areola nekrozu ve hematoma. Aşırı sigara içimi öyküsü olan nekrozlu hasta hipertrofik skar ile iyileşti. Uzun dönem sonuçlarında hastalarda herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç: Sonuç olarak dikey izli meme küçültme yönteminin, 1000 gr. dan fazla rezeksiyon yapılacak aşırı büyük memelerde güvenli bir şekilde uygulanabileceği görüşündeyiz.

Anahtar sözcükler: meme küçültme, komplikasyon, aşırı büyük meme

Is The Vertical Scar Mammoplasty a Safe Procedure for Reduction of Heavy Sized Breasts?

SUMMARY

Aim: The vertical scar mammoplasty is one of the most frequently performed operations among reduction mammoplasties. The technique has now been adopted by many surgeons for mastopexies and small reductions, but it has not been commonly used for large reductions because of the frequency of healing problems of the vertical scar. The best candidate for surgery is a patient with elastic skin, moderate hypertrophy (up to 800 g removed per breast), and a breast which is a mixture of fat and glandular tissue.

Method: In this study, we present our late term results with vertical scar reduction mammoplasty in heavy sized breast with resection of 1000g or more per breast in eleven patients. Eleven patients with heavy sized 22 breasts in which more than 1000g of tissue was resected are evaluated.

Results: Median age of the patients was 32 years (20-46 years) and the average amount of resected specimen was 1322g (1000-1780g) per breast. All patients were operated by the same team and senior surgeon. During the follow up period 2 major complications in the early period were observed: partial nipple-areola necrosis and hematoma. Secondary healing of a partial nipple areola necrosis in a heavy smoker patient resulted in periareolar hypertrophic scar. There were no late term complications.

Conclusion: We think that the vertical mammoplasty technique can safely be applied to heavy breasts and large reductions over 1000 gr of tissue.

Key words: reduction mammoplasty, complication, gigantomastia

Plastik cerrahide, günümüze kadar pek çok meme küçültme yöntemi tanımlanmış olup, hangi hastada hangi yöntemin seçilmesi gerekliliği tartışmalı bir konudur. Genel olarak meme küçültme operasyonları hem estetik açıdan hasta memnuniyeti yaratan, hem de boyun ve sırt ağrılarında düzeltme sağlayan yaklaşımlardır.^{1,2} Ancak bu ameliyatlardaki en temel problem oluşan izlerdir.³ Dikey izli meme küçültme ameliyatlarının en önemli avantajı oluşan izin diğer yöntemlere göre daha az ve kabul edilebilir olmasıdır.⁴

Geçmiş dönemde en sık kullanılan yöntem olarak sunulan Wise paternli küçültme ameliyatlarının yerini artık dikey izli teknik almaya başlamıştır.^{4,5} Dikey izli teknik sadece yatay düzlemde iz olmamasını değil, aynı zamanda şeklin daha konikal

olmasını da sağlamaktadır.⁶ Beer ve ark.'larının çalışmasına göre dikey izli teknik, ters T izli meme küçültme yöntemlerine göre daha güzel, daha projekte memelerin olmasını sağlarken, ters T izli teknikte daha düz memeler oluşmaktadır.⁷ Tüm avantajlarına rağmen dikey izli meme küçültme tekniği için ideal adaylar elastik deriye sahip, orta büyüklükteki (800 gr.'lık rezeksiyon) hacimde olan ve bu hacmin yağ ve bez dokusundan oluştuğu olgulardır.^{4,6}

Ancak bilginin hızla yayıldığı çağımızda artık hastalar özellikle kozmetik cerrahi teknikleri hakkında internet yada basın yayın organlarından etkilenmekte ve farklı yöntemlerin varlığını bilip tercih kullanmak istemektedirler. Büyük memelere sahip olgularda dikey izli tekniğin diğer yöntemlere oranla daha az iz bıraktığı düşüncesiyle, bu operasyon

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.D, AYDIN

teknikliğini tercih etmektedir.

Bu çalışmamızda aşırı meme büyüklüğüne sahip ve 1000 gr.dan fazla rezeksiyon gerektiren olgularımızda uyguladığımız dikey izli meme küçültme tekniğini ve bu tekniğin erken ve geç dönem sonuçlarını sunduk.

GEREÇ VE YÖNTEM

1999 ile 2004 yılları arasında Anabilim dalımızda aşırı meme büyüklüğü nedeniyle 1000 gr.dan fazla doku rezekte ettiğimiz ve dikey izli operasyon tekniği uyguladığımız 11 olgu (22 meme) çalışmamıza alındı. Olguların hepsi aynı cerrahi ekip ve plastik cerrahi uzmanınca genel anestezi altında ameliyat edilmişlerdir. Dikey izli meme küçültme ameliyatları Lejour'un⁸ tanımladığı geometrik şekilde yatay iz olmadan ancak Lejour'dan farklı olarak liposuction (yağ emme) yöntemi kullanılmadan gerçekleştirilmiştir. Olguların çizimleri dik pozisyonda otururken gerçekleştirilmiş ve bu çizimlerde orta hat, meme altı kıvrım ve her bir memenin dikey aksları işaretlenmiştir. Oluşturulacak meme başı ve areola kompleksinin yeni yeri meme altı oluğa göre, rezekte edilecek medial ve lateral meme dokuları ise her bir memenin dikey aksına göre belirlenmiştir. Sternal çentik ile yeni meme başı uzaklığının 20 cm olması sağlanmıştır. Periareolar kürevün uzunluğu 16 cm olarak, yeni meme altı oluğu ise orjinalinden 4 cm yukarıda olacak şekilde planlanmıştır. Ameliyatta klasik de-epitelizasyondan sonra memenin deri insizyonu ve disseksiyon yapılmış ve işaretlenen alanlara göre medial ve lateral alandaki dokular rezekte edilmiştir. Rezeksiyon sonrası medial ve lateralde oluşan flepler serbestleştirilmiştir. Areola yeni yerine superior pediküllü olacak şekilde taşınmış ve meme bezinin merkezinden pektoral fasyaya dikiş konup yeni pozisyon sabitlemiştir. Medial ve lateralde oluşturulan flepler orta hatta sütüre edilmişlerdir. Tüm bu işlemlerle yeni konikal şekilli meme oluşturulmuş ve buna uygun olarak cilt dikişleri yapılmıştır. Olgularda vakum ile yağ emme ameliyatı yapılmamıştır. Rezekte edilen dokuların ölçümleri yapılmış ve patolojik incelemeye gönderilmiştir. Olguların hepsine vakumlu dren konmuş ve drenler 48. saatin sonunda çekilmiştir. 3 gün süreyle baskılı pansuman yapılıp 1 ay süreyle baskılı ve destekli sutyen kullanımı sağlanmıştır. Olguların hepsi en az 1 yıl süreyle takip edilmişlerdir.

SONUÇLAR

Toplam 11 olgu, 22 memenin sunulduğu ve her

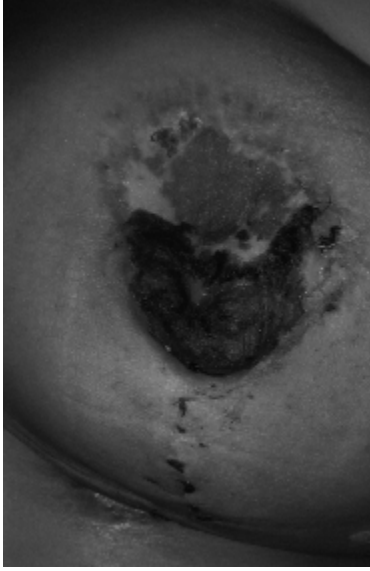
bir memeden en az 1000 gr.lık eksizyonun yapıldığı bu çalışmada olguların yaşları 20 ile 46 arasında değişmekte olup ortancası 32 olarak bulunmuştur. Rezekte edilen doku miktarı 1000 gr ile 1780 gr. arasında değişmekte olup ortalaması 1322 gr olarak bulunmuştur. Olgulara ait detaylı bilgi Tablo 1'de sunulmuştur. Tüm hastaların ameliyat öncesi sternal çentik ile meme başı arası mesafeleri ölçülmüş olup, 27 cm ile 36 cm arasında (ortalama 32,4 cm) bulunmuştur. Ameliyat sonrası meme başları 20 cm mesafede tutulmaları sağlanmıştır. Hastaların erken dönem takiplerinde 22 memenin 2'sinde komplikasyon (%9) ile karşılaşılmış. Bunlardan biri 6 no'lu olguda görülen areolanın kısmi nekrozudur (Resim 1). Nekroz post-op 5. günde başlamış ve kendini sınırladıktan sonra (post-operatif 1. ayda) debridman ve skar revizyonu ameliyatı yapılmıştır. Bu olgunun pre-operatif sorgulamasında sigara içmediğini belirtmesine rağmen, komplikasyon çıktıktan sonra günde 2 paket sigara içtiğini ancak ameliyatı ertelememiz yada iptal etmemizden korktuğu için söylemediğini belirtmiştir. İkinci komplikasyon olarak 11 no'lu olguda dreni çekildikten sonra post-operatif 3. günde gelişen hematomdur. Hipertansiyon öyküsü olan bu olguda hematom boşaltılmış olup geç dönemde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmamıştır.

Bu iki olgu dışında, olgularda herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmamış tüm hastalarda iyi bir yara iyileşmesi görülmüştür (Resim 2-3). Olguların tümünde estetik olarak kabul edilebilir sonuçlar elde edildiği gibi, ameliyat öncesi tanımladıkları sırt ağrısı, meme altında sık pişik olması ve mantar enfeksiyonu gelişimi şikayetlerinin tümüyle kaybolduğu görülmüştür.

Tablo 1: Hastalara ait ayrıntılı bilgiler

Hasta No:	Yaş	Rezekte edilen doku miktarı *	Risk faktörleri	Komplikasyon
1	32	1200 gr.	Yok	Yok
2	44	1100 gr.	Yok	Yok
3	46	1450 gr.	Sigara	Yok
4	30	1000 gr.	Yok	Yok
5	42	1780 gr.	Yok	Yok
6	20	1620 gr.	Yok	Meme başı areola kısmi nekrozu
7	46	1420 gr.	Yok	Yok
8	29	1140 gr.	Yok	Yok
9	27	1200 gr.	Sigara	Yok
10	44	1460 gr.	Yok	Yok
11	28	1180 gr.	Hipertansiyon	Hematom

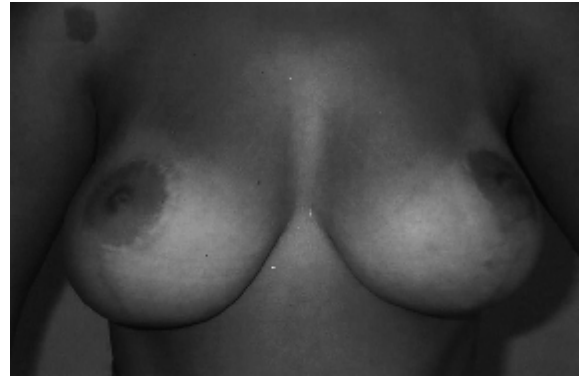
(*): Her iki memeden rezekte edilen dokunun ortalamasıdır.



Resim 1: Sol memede oluşan kısmi meme başı areola nekrozu



Resim 3a: Bir başka olguda ameliyat öncesi planlama.



Resim 3b: Olgunun geç dönem ameliyat sonrası görüntüsü (Hasta no: 4)



Resim 2a : Aynı olguda ameliyat öncesi planlama



Resim 2b: Aynı olgunun geç dönem ameliyat sonucu

TARTIŞMA

Kadınların yaşantılarında aşırı büyük memeler her zaman problem teşkil etmiştir. Bu problemler psikososyal olduğu kadar, boyun ve sırt ağrısı, intertrigo, korokoid bası sendromu gibi fiziksel yakınmalara yol açmaktadır.^{9,10} Ayrıca aşırı büyük memelerde kişinin egzersiz ve spor faaliyetleri de etkilenmektedir. Kişilerin bu semptomlardan ve problemlerinden kurtulması için pek çok farklı meme küçültme operasyon teknikleri tanımlanmıştır. Başarılı bir meme küçültme şu kriterleri içermelidir:

1. Meme başı ve areolar kompleksin daha yukarıdaki yeni pozisyonuna yerleştirilmesi bu yapılara olan vasküler desteği bozmamalıdır.
2. Yeterli miktarda meme dokusu rezeke edildiğinde estetik meme şekli yaratılabilir.
3. Derinin fazla miktarda alınması sonucu yara iyileşmesinde herhangi bir sıkıntı yaratmamalıdır.⁴

Tüm bu prensipleri gerçekleştiren birden fazla yöntem tanımlanmıştır. Önemli olan hangi hastada hangi yöntemin seçilmesi gerektiğidir. Seçilecek teknik için cerrahın tecrübeleri de önemli bir kriterdir; ancak hastanın özellikleri mutlaka değerlendirilmelidir. Aşırı meme büyüklüğünde 2

temel sıkıntı söz konusudur: meme küçüldükten sonra oluşturulan yeni memenin yeterli vasküler desteği sağlanmalı ve en az iz yaratılmalıdır. Aşırı büyük memelerin küçültülmesinde en sık kullanılan yöntemlerden biri McKissock yöntemi olmakla beraber bu yöntemde en büyük sıkıntı aşırı izlerdir.⁴ Son dönemde en popüler yöntem dikey izli meme küçültme yöntemidir. Bu yöntemde yukarıda tanımlanan tüm prensipler sağlanmış olup sadece dikey iz yaratılmış olması da tekniğin en önemli avantajlarından biridir. Amerikan Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Derneğinin son dönemde yapmış olduğu bir çalışma, meme küçültme ameliyatı yapılan bayanların %11'nin oluşan izden dolayı yaptırdukları ameliyattan memnun olmadıklarını göstermiştir.¹¹ Sıklıkla uygulanan ters T izli meme küçültme tekniğinde hem dikey hem de yatay izler görülmekte olup daha az izli meme küçültme ameliyatı arayışları doğmuştur. Dikey izli meme küçültme operasyonlarını ilk defa Lötsch¹² 1923'de, Dartigues¹³ ise 1924'de memeyi düzeltme (mastopeksi) amacıyla sunmuşlardır. 1957 yılında Arie¹⁴ meme küçültme amaçlı kullanılabileceğini gösterirken, Lassus¹⁵ tekniği modifiye etmiş ve Marchac¹⁶ geniş bir seride kullanmıştır. Ancak tekniğin bugünkü popularitesi Lejour⁸'un çalışmalarıyla olmuştur. Doğaldır ki, tüm cerrahi tekniklerde olduğu gibi bu yöntemde avantaj ve dezavantajları vardır. Lejour bu tekniği estetik olarak daha iyi sonuçların elde edildiği, güvenli bir meme küçültme tekniği olarak tanımlamaktadır.⁸ Oluşturulan yeni meme, olması gereken konikal şekilde ve az iz ile gerçekleştirilmektedir.¹⁷ Bu tekniğin dezavantajları olarak meme altı alanda skar revizyonu olasılığı, gecikmiş yara iyileşmesi, oluşturulması planlanan meme şeklinin uzun süre sonra gerçekleşmesi ve özelliklede aşırı büyük memelerde superior pedikülün vaskularitesi konusundaki şüpheler sunulmuştur.^{18,19} Literatürde her ne kadar bu teknik 800 gr.dan daha az rezeksiyon yapılacak, orta derecedeki meme hipertrofilerde önerilmekle birlikte, biz bu çalışmamızda 11 aşırı meme büyüklüğüne sahip olguda bu tekniği kullandık. Sadece 2 olguda (%9) komplikasyon ile karşılaştık ancak her iki olguda da komplikasyona zemin hazırlayan etkenler söz konusu idi. Kısmi nekrozu olan olgunun aşırı sigara içimi ve hematomu olan olgunun hipertansiyon öyküsü komplikasyon gelişmesinde asıl faktörlerdir. Olgularda skara ait komplikasyon gözlenmemiştir. Sadece bir olgu ameliyat sonrası 6.ayda skar revizyonunu estetik açıdan istemiş ve bu olguya skar revizyonu yapılmıştır. Dikkatli bir ameliyat öncesi değerlendirme ve özenli hasta seçimi bu komplikasyonların azalmasını sağlayacaktır. Biz çalışmamızda operasyonu belirleyecek ameliyat öncesi çizimleri Lejour'un tanımladığı yöntem ve geometrik özelliklere uygun olarak yapmamıza rağmen, Lejour'un uyguladığı olduğu yağ emme

ameliyatını eş zamanlı olarak olgularımıza uygulamadık. Cruz-Korchin'in çalışmasında da özellikle vurgulandığı gibi, yağ emme ameliyatı uygulanan olgularda uzun süren morluklar ve seroma gibi komplikasyonlar sıkça gözlenmektedir.⁴ Biz de aşırı büyük memelerde zaten potansiyel komplikasyon riski olduğundan yağ emme ameliyatını ek bir risk yaratmaması için uygulamadık.

Aşırı büyük memelerin küçültme cerrahisinde estetik açıdan olumsuz sonuçlarla sıklıkla karşılaşmaktadır. Bunlar: meme başı ve areolanın malpozisyonu, aşırı artmış meme altı alan mesafesi ve çözümü zor köpek kulağı deformitesidir.²⁰ Her ne kadar bizim olgu serimiz sadece 11 olgu gibi küçük bir grup olsa da sadece areolanın kısmi nekrozundaki olguda görülen hipertrofik iz dışında olgularda ileri dönemde bir problem gözlenmedi. Büyük memelerde yapılan dikey izli meme küçültme ameliyatlarında istenilen sonucun alınması için uzun bir süreç geçmesi gerektiğini Lejour çalışmasında vurgulamıştır.¹⁷ Biz de tüm olgularımızı en az 1 yıl süreyle takip ettik. Deconinck ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada dikey izli meme küçültme ameliyatı ile 700 gr'dan fazla rezeksiyon yaptıkları toplam 179 memede, 3 hematoma, 4 enfeksiyon, 8 parsiyel nekroz ve 44 yara açılması gözlemlenmiştir.²¹ Bu verilerin değerlendirilmesinde %4,4 parsiyel nekroz görülmüş olması ve %1,7 hematoma görülmesi bizim verilerimizle paralellik gösterse de, bu araştırmacıların çalışmasında %24,5 gibi yüksek oranda yara açılması komplikasyonu bulunmaktadır. Ancak yara yeri ile ilgili komplikasyon sadece dikey izli teknik ile ilgili olmayıp, aşırı büyük memelerin küçültülmesinde yaygın kullanılan diğer tekniklerde de görülmektedir.²²

Dikey izli meme küçültme ameliyatlarında görülen yara iyileşme problemlerini en aza indirmek için çeşitli otörler tarafından teknik modifiye edilmiştir. Plua ve Ermisch, dikey "T" şeklindeki izi "L" haline getirip daha az oranda (%13) komplikasyonla karşılaştıklarını rapor etmiştir.²³ Yazarlar bu yaklaşımın her bir memeden 2000 gr. doku rezeksiyonuna izin verdiğini ve sigara içimi gibi risk faktörü olan olgularda tercih edilmesi gerektiğini savunmaktadır.

Sonuçta aşırı büyük memelerin küçültme cerrahisinde hangi yöntem seçilirse seçilsin özellikle yara yerine ait komplikasyonların oranı yüksektir, ancak ameliyat sonrası iz ve konikal estetik memenin yaratılması açısından dikey izli meme küçültme tekniği güvenli olarak uygulanabilecek bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Kerrigan CL, Collins ED, Striplin D, et al. The health burden of breast hypertrophy. *Plast Reconstr Surg* 2001;108:1591-6.
2. Chao JD, Memmel HC, Redding JF, Egan L, Odom LC, Casas LA. Reduction mammoplasty is a functional

- operation, improving quality of life in symptomatic women: A prospective, single-center breast reduction outcome study. *Plast Reconstr Surg* 2002;110:1644-8.
3. Hoffman S. Reduction mammoplasty: A medicolegal hazard? *Aesthet Plast Surg* 1987;11:113-5
 4. Cruz-Korchin N, Korchin L. Vertical versus Wise pattern breast reduction: patient satisfaction, revision rates, and complications. *Plast Reconstr Surg* 2003;112:1573-78
 5. Hidalgo DA, Elliot LF, Palumbo S, Casa L, Hammond D. Current trends in breast reduction. *Plast Reconstr Surg* 1999;104:806-8.
 6. Behmand RA, Tang DH, Smith DJ Jr. Outcomes in breast reduction surgery. *Ann Plast Surg* 2000;45:575-80.
 7. Beer G.M, Spicher I, Cierpka K.A, Meyer V.E. Benefits and pitfalls of vertical scar breast reduction. *J Br Plast Surg* 2004;57:1219.
 8. Lejour M. Vertical mammoplasty and liposuction of the breast. *Plast Reconstr Surg* 1994;94:100-114.
 9. Behmand RA, Tang DH, Smith DJ Jr. Outcomes in breast reduction surgery. *Ann Plast Surg* 2000;45:575-80.
 10. Chadbourne EB, Zhang S, Gordon Mj, et al. Clinical outcomes in reduction mammoplasty: a systematic review and meta-analysis of published studies. *Mayo Clin Proc* 2001;76:503-10.
 11. Hoffman S. Reductionmammoplasty: a medicolegal hazard? *Aesth Plast Surg* 1987;11.113-6.
 12. Lötsch F. Über Hängebrustplastik *Zentralbl Chir* 1923;50:1241.
 13. Dartigues L. Traitement chirurgical du prolapsus mammaire. *Méd Intern* 1924;32:281.
 14. Arié G. Una nueva técnica de mastoplasia. *Rev Lat Am Cir Plast* 1957;3:22.
 15. Lassus C. Breast reduction: Evolution of a technique-A single vertical scar. *Aesthetic Plast Surg* 1987;11:107-10.
 16. Marchac D, De Olarte G. Reduction mammoplasty and correction of ptosis with a short inframammary scar. *Plast Reconstr Surg* 1982;69:15-17
 17. Lejour M. Vertical mammoplasty: Early complications after 250 personal consecutive cases. *Plast Reconstr Surg* 1999;104:764-9
 18. Hammond DC. Short scar periareolar inferior pedicle reduction (SPAIR) mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1999;103:890-4.
 19. Spear SL, Howard MA. Evolution of the vertical reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2003;112:855-9.
 20. Hidalgo DA. Vertical mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2005;115:1179-97.
 21. Deconinck C, de Greef C, Walravens C, Calteux N. Report of 243 vertical mammoplasties for very large, heavy breasts and/or severe ptosis. *Ann Chir Plast Esthet* 2002;47:623-32.
 22. Kevin F, O'Grady BA, Thoma A, Dal Cin A. A comparison of complication rates in large and small inferior pedicle reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2005;115:736-9.
 23. Pallua, N, Ermisch C. "I" Becomes "L": Modification of vertical mammoplasty *Plast Reconstr Surg* 2003,111:1860-70

YAZIŞMAADRESİ

Yrd.Doç.Dr. Eray COPCU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.D.
09100 Aydın

Tel : 212 00 20 / 115
Faks : 214 64 95
E-Posta : ecopcu@adu.edu.tr

Geliş Tarihi : 04.03.2005
Kabul Tarihi : 25.05.2005