

JİNEKOMASTİ TEDAVİSİNDE 'LIPOSUCTION' – ARTROSKOPİK KIKIRDAK TRAŞLAYICI KOMBİNASYONU

COMBINATION OF LIPOSUCTION WITH ARTHROSCOPIC CARTILAGE SHAVER FOR THE TREATMENT OF GYNECOMASTIA

Burak Ersoy, Tayfun Aköz

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İSTANBUL

ÖZET

Giriş: Uzun süredir mevcut jinekomasti tanısı konulan erişkin erkeklerde tek etkin tedavi seçeneği cerrahidir. Jinekomastinin düzeltilmesine ilişkin birçok farklı cerrahi teknik tarif edilmiştir. Bu çalışmada, ameliyat izini en az düzeyde tutmak amacıyla artroskopik kırıktrak traşlayıcı cihazın konvansiyonel LPS uygulamasına kombine edildiği jinekomasti düzeltici cerrahi yöntemin tanıtılması ve sunulan cerrahi teknikle elde edilen sonuçların değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: 2012 ve 2013 yılları arasında yaş ortalaması 27,6 (yaş aralığı 19-43) olan toplam 13 hastada liposuction ile artroskopik kırıktrak traşlayıcı kombine edilerek jinekomasti tedavisi uygulandı; kullanılan yöntem diğer cerrahi tekniklerle kıyaslanarak elde edilen sonuçlar analiz edildi.

Bulgular: Tamamı bilateral jinekomasti tanısı almış ve yaş ortalaması 27,6 olan toplam 13 hastada sunulan kombine cerrahi tedavi uygulandı. Aspire edilen meme dokusu meme başına ortalama 348 cc olarak ölçüldü. Hastalar ortalama 10,6 ay (7-13 ay) süreyle takip edildi. Bir hastada karşılaşılan unilateral hematoma haricinde herhangi bir komplikasyon meydana gelmedi. Bir hastada yetersiz rezeksiyon sebebiyle ilk girişimden 6 ay sonra reoperasyon gerçekleştirildi. Tüm hastalarda estetik açıdan memnun edici sonuçlar elde edildi.

Sonuçlar: Benign bir rahatsızlık olsa da emosyonel açıdan ciddi sorunların yaşanmasına yol açabilen jinekomasti erişkin erkeklerde en sık karşılaşılan kozmetik cerrahi girişim nedenlerinden bir tanesidir. Özellikle evre 2a ve 2b jinekomasti tanısı konulan seçilmiş olgularda 'liposuction' ile kombine edilen artroskopik kırıktrak traşlayıcı kullanımı, jinekomasti tedavisinde minimal yara izi bırakılarak gerçekleştirilen etkili bir tedavi seçeneğini oluşturmaktadır.

Anahtar sözcükler: jinekomasti, kırıktrak traşlayıcı, liposuction

ABSTRACT

Introduction: Surgical intervention is the most effective treatment modality for adult male patients with longstanding gynecomastia. Various surgical techniques for the correction of gynecomastia were described in the literature. This study was designed to introduce the combination of conventional liposuction with arthroscopic cartilage shaver for the correction of gynecomastia and to evaluate the cosmetic results following surgery.

Materials and Methods: Thirteen consecutive patients with a mean age of 27.6 years (range 19-43 years) underwent a combined approach that included liposuction and arthroscopic cartilage shaver. A comparison of the combination modality with other surgical alternatives and the analysis of the end-results were performed.

Results: The combination modality was performed in 13 patients, all diagnosed with bilateral gynecomastia. The average volume of aspirated breast tissue was measured as 348 cc. Follow-up periods ranged in duration from 7 to 13 months (on average 10.6 months). Apart from a case with postoperative unilateral hematoma formation no other complication was encountered. One of the patients underwent reoperation because of under-resection. All of the patients had aesthetically pleasant results.

Conclusion: Although gynecomastia is a benign condition it nevertheless is able to give rise to serious emotional disturbances; thus gynecomastia constitutes one of the most prevalent reasons for cosmetic surgical interventions. The combination treatment using liposuction and an arthroscopic cartilage shaver in selected cases diagnosed with stage IIa/IIb gynecomastia is an effective treatment alternative for gynecomastia with minimal scar formation.

Keywords: gynecomastia, cartilage shaver, liposuction

GİRİŞ

Çeşitli yayınlarda toplumda görülme insidansı yaklaşık %35 olarak bildirilmiş olan jinekomasti benign karakterde bir hastalıktır.^{1,2} Ancak kişi üzerindeki olumsuz emosyonel etkileri nedeniyle hastalar sıklıkla tedavi arayışı içerisinde girmektedir. Jinekomastiye bağlı olarak bir yıldan uzun bir süredir memede büyüklük şikayeti devam eden ve jinekomastiye yol açacak herhangi bir sebebin olmadığı ya da varsa ortadan kaldırdığı eriş-

kin erkeklerde tek etkin tedavi seçeneği cerrahidir. Jinekomastinin düzeltilmesine ilişkin birçok farklı cerrahi teknik tarif edilmiştir. Bu tekniklerin içerisinde seçim yapılırken meme büyümesinin evrelemesi belirleyici rol oynamaktadır. Jinekomasti hastalarında en sık olarak Simon Evrelemesi kullanılır.³ Cilt fazlalığı olmayan hastalarda (Evre 1 ve 2a) konvansiyonel ya da ultrason yardımıyla 'liposuction' (LPS),⁴⁻⁶ açık eksizyon veya her iki yöntemin kombinasyonu tercih edilmektedir. Cilt fazla-

liğı olan erkeklerde (Evre 2b ve 3) ise ya tek seansta cilt-ciltaltı eksizyonu gerçekleştirilmekte ya da ilk seansta Evre 2a gibi davranılarak cildin retrakte olması için 6-9 ay beklenmekte ve eğer gerek duyulursa ikinci seansta cilt fazlalığı eksize edilmektedir. İz açısından en avantajlı yöntem olan LPS işlemi, yağ dokusuyla birlikte glandüler dokunun da mevcut olduğu olgularda yetersiz kalmakta ve LPS işlemine ek olarak periareolar insizyon kullanılarak açık cerrahi eksizyon gerçekleştirilmektedir. Yakın geçmişte Prado ve Castillo tarafından tarif edilen yöntemde⁷ LPS için oluşturulan insizyondan faydalanılarak glandüler dokunun eksize edilmesi amacıyla artroskopik girişimlerde kıkırdak dokusunun fazlalığını gidermeye yardımcı olan traşlayıcı cihaz kullanılmış ve başarılı sonuçların alındığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada, ameliyat izini en az düzeyde tutmak amacıyla artroskopik traşlayıcı cihazın konvansiyonel LPS uygulamasına kombine edildiği jinekomasti düzeltici cerrahi yöntemin tanıtılması ve sunulan cerrahi teknikte elde edilen sonuçların değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

2012 ve 2013 yılları arasında yaş ortalaması 27,6 (yaş aralığı 19-43) olan toplam 13 hastada LPS ile artroskopik kıkırdak traşlayıcı kombine edilerek jinekomasti tedavisi uygulandı. Hastalar Simon evrelemesine göre değerlendirildiğinde 2 hasta evre 1, 6 hasta evre 2a ve 5 hasta da evre 2b olarak sınıflandırıldı. Evre 3 hastalar çalışma dışında bırakıldı. Hastaların hiçbirisinde tiroid fonksiyon bozukluğu, karaciğer hastalığı, böbrek yetmezliği ya da şüpheli ilaç kullanımı öyküsü olmamasına dikkat edildi.

CERRAHİ TEKNİK

Inframammarian katlantıyı ve meme dokusunda fazlalığı ortaya koyan preoperatif çizimlerin ayakta yapılmasını takiben hastaların tümünde genel anestezi altında kollar 90° abdüksiyonda olacak şekilde supin pozisyonda operasyona başlandı. Inframammarian katlantı inferolateralinde oluşturulan 1 cm'lik insizyon kullanılarak cerrahi alana 'superwet' tekniğe uygun olarak infiltrasyon yapıldı. LPS işlemi her meme loju için iki farklı giriş deliği oluşturularak 3 ve 4 mm'lik kanüller yardımcıyla yaklaşık 1 atm gücünde negatif basınç uygulanarak gerçekleştirildi. Konvansiyonel LPS ile memeden uzaklaştırılmayan meme bezi ve fibröz yapıdaki diğer dokular artroskopik kıkırdak traşlayıcısı (Endoscopic Arthroscopic System SE 5/TPS; Stryker, Kalamazoo, MI) ile aynı insizyonlar kullanılarak rezeke edildi. Bu cihazın ucu 3 ve 4 mm çaplarında iki konsantrik kanülden oluşmaktadır (Şekil 1). Dışta yer alan 4 mm'lik kanülün ucunda yer alan açıklık sayesinde, içteki kanülün rotasyonu sonucunda kürete edilen doku parçaları emilerek memeden çıkartılır. Tıpkı LPS kanüllerinde olduğu gibi traşlayıcı uç kısmındaki açıklığın da aşağıya bakacak şekilde tutulması dermal hasar riskini ortadan kaldırması bakımından büyük önem taşır. 'Pinch testi' ile uygulanan



Şekil 1. Kıkırdak traşlayıcı ve ucunun yakından görüntüsü. İçteki kanül rotasyon hareketi sırasında dişleriyle glandüler doku parçalarını eksize eder ve bu parçalar aynı kanül içerisinden aspire edilir.

işlemin cerrahi bölgenin tamamında herhangi bir düzensizliğe sebep vermeden gerçekleştirilmesi sağlandı. Areola bölgesinde depresyon gelişimini önlemek amacıyla areolanın hemen arkasında geride yeterli miktarda bez dokusu bırakılmasına özen gösterildi. İşlem sonunda dren kullanılmadı ve insizyonların primer sütürünü takiben baskılı pansuman uygulandı.

Postoperatif 1. gün taburculuğu verilen hastaların dört hafta süresince özel bir jinekomasti korsesi kullanmaları sağlandı.

BULGULAR

Tamamı bilateral jinekomasti tanısı almış ve yaş ortalaması 27,6 olan toplam 13 hastada sunulan kombine cerrahi tedavi uygulandı (Tablo 1). Aspire edilen meme dokusu meme başına ortalama 348 cc olarak ölçüldü. Hastalar ortalama 10,6 ay (7-13 ay) süreyle takip edildi. Bir hastada ameliyat sonrası boşaltılması icap eden unilateral hematoma meydana geldi. Periareolar semisirküler insizyon kullanılarak eksplorasyon ve kanama kontrolü yapılan hastanın postoperatif takiplerinde herhangi bir sorunla karşılaşmadı. Diğer hastaların hiçbirisinde seroma, enfeksiyon, meme ucu nekrozu, belirgin asimetri ya da meme ucu retraksiyonu meydana gelmedi. Kontroller sırasında hastaların tamamında meme dokusu normal olarak değerlendirildi. Evre 2b jinekomasti tanısı almış bir hastada yetersiz rezeksiyon sebebiyle ilk girişimden 6 ay sonra reoperasyon gerçekleştirildi. Tüm hastalarda estetik açıdan memnun edici sonuçlar elde edildi (Şekil 2). Hastaların tamamına cerrahi müdahaleden beş hafta sonra tekrar spor yapmaya başlayabilecekleri belirtildi ve normal hayat düzenine geri dönmeleri sağlandı.

Tablo I. Hastaların operasyonlara ait verileri

Yaş	Evre	Infiltrasyon (ml)	Aspirasyon (ml)	Takip Süresi	Komplikasyon
		(Sağ – Sol)	(Sağ – Sol)	(ay)	
19	Evre 2a	400 / 400	325 / 325	12	-
21	Evre 1	300 / 300	200 / 225	7	-
25	Evre 2a	400 / 400	300 / 300	9,5	-
19	Evre 2b	500 / 500	425 / 425	10,5	-
43	Evre 2b	500 / 500	475 / 450	13	-
39	Evre 2a	400 / 400	325 / 325	10	-
31	Evre 2b	500 / 500	475 / 475	11	Hematom
19	Evre 2a	400 / 400	325 / 300	8,5	-
24	Evre 2a	400 / 400	300 / 275	11,5	-
21	Evre 2b	500 / 500	450 / 425	13	-
36	Evre 1	300 / 300	225 / 225	9,5	-
34	Evre 2b	500 / 500	400 / 400	12	Yetersiz rezeksiyon
28	Evre 2a	400 / 400	325 / 350	10,5	-

TARTIŞMA

Erkeklerde en sık karşılaşılan meme patolojisi olan jinekomasti hastaların büyük çoğunluğunda benign bir seyir sergilemekte,¹ fizyolojik olarak ortaya çıkan olguların önemli bir kısmı da herhangi bir tedavi gerektirmeden önceki haline geri dönmektedir. Meme kanseri riskinde jinekomastiye bağlı artışın yaşandığı Klinefelter sendromu dışında tamamen kozmetik nedenlerle uygulanan jinekomasti tedavisinde en etkin yöntem cerrahi olarak kabul edilmektedir. Geride en az yara izini bırakması açısından diğer seçeneklerin bir adım önünde yer alan LPS işlemi özellikle fibröz bez dokusunun çıkartılmasında yetersiz kalmaktadır.⁶ Bu tarz olgularda LPS uygulamasına sıklıkla periareolar insizyonla açık ekzizyon kombine edilmektedir.⁸

Periareolar insizyon kullanımına alternatif oluşturmak üzere ilk kez Prado ve Castillo⁷ tarafından tarif edilen yöntemde LPS işlemine artroskopik-endoskopik kıkırdak traşlayıcı kombine edilmiş ve fibröz yapıların etkin bir şekilde eksize edildiği bildirilmiştir. Çalışmacılar bu yöntem sayesinde inframammarian katlantının lateralinde tek bir insizyon kullanarak açık cerrahiye kıyasla daha az iz bırakıp daha kısa sürede jinekomasti ameliyatını tamamladıklarını ve kozmetik sonuçların çok iyi olduğunu belirtmiştir.

Benito-Ruiz ve ark⁹ yaptıkları çalışmada konvansiyonel LPS yerine vibrasyon-destekli LPS işlemiyle kıkırdak traşlayıcıyı kombine etmişler ve başarılı sonuçlar elde etmişlerdir. Vibro-LPS uygulaması operatörün daha az enerji harcayarak yorulmadan işlemi gerçekleştirmesine olanak sağlıyorsa da etkinlik açısından anlamlı bir üstünlük taşımamaktadır. Bu nedenle yaptığımız çalışmada konvansiyonel LPS tercih edilmiş ve cerrahi işlem süresi uzamakla birlikte bahsi geçen çalışmayla eşdeğer sonuçlar elde edilmiştir.

Cilt altı çöküntü alanlarının ve ciltte hiperpigmentasyon oluşumunun engellenmesi açısından artroskopik kıkırdak traşlayıcının kullanımı özellik arz eder ve belirli bir öğrenme eğrisine sahiptir. Özellikle areola altında rezeksiyon yapılırken geride yeterli dokunun bırakılmasına dikkat edilmelidir; kıkırdak traşlayıcının uç kısmındaki açıklığın aşağıya gelecek şekilde kullanılmasına da özen gösterilmelidir. Böylece dermis tabakası-

nın istenmeden kürete edilerek inceltilmesini ve ciltte postoperatif hiperpigmentasyon gelişimini engellemek mümkün olmaktadır. Jinekomasti tedavisinde kıkırdak traşlayıcı kullanımına yeni başlarken düşük devirlerin tercih edilmesi (≤ 900 devir/dakika) ve deneyim kazandıkça daha yüksek devirlere çıkılması önerilir.⁹ Özellikle evre 1 jinekomasti hastalarında eksizyonu planlanan ciltaltı yağ ve bez dokusunun nispeten daha az oluşu da kıkırdak traşlayıcı kullanımının güven aralığını daraltan ve işlemin düşük devirde azami dikkat sarf edilerek yapılmasını gerektiren bir unsurdur.

Yapılan çalışma sonucunda en başarılı sonuçların özellikle evre 2a ve 2b jinekomasti tanısı almış hastalarda elde edildiği izlenmiştir. Evre 1 jinekomastide meme parankimindeki fazlalığın kısıtlı düzeyde oluşu nedeniyle optimal düzeyde yararlanım sağlanamamıştır. Evre 3 hastalar da ileri düzeyde cilt fazlalığına sahip olmalarından ötürü minimum yara izi hedefini gözeterek bu kombinasyon tedavisi için uygun bir hasta grubu izlenimi oluşturmamaktadır. Bu nedenle söz konusu hastalar çalışma dışında tutulmuştur. Yine de özellikle genç erkeklerde cildin retraksiyon kapasitesinin daha yüksek olması nedeniyle sunulan cerrahi tekniğin fayda sağlayabileceği düşünülmektedir. Çalışmada opere edilen 5 evre 2b jinekomasti hastasından dördünde (%80) takip süreci sonunda rezidü cilt fazlalığına yönelik ikinci bir cerrahi girişime gerek duyulmamıştır. Bu sonuç, mevcut çalışmada sunulan kombine tedavi yönteminin evre 3 jinekomasti hastalarında uygulanması halinde cilt fazlalığının tamamen olmasa da kısmen gerileyeceğini böylece ikinci seansta cilde yönelik işlemler bırakılacak nihai yara izinin daha kabul edilebilir düzeylerde kalacağını düşündürmektedir.¹⁰

SONUÇ

Jinekomasti benign bir rahatsızlık olmasına karşın, birçok hastada psikolojik travmaya sebep olarak duygusal ve sosyal hayatı olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle erkeklerde gerçekleştirilen kozmetik cerrahi girişimlerin içerisinde önemli bir yere sahiptir. Özellikle evre 2a ve 2b jinekomasti tanısı konulan seçilmiş olgularda LPS ile kombine edilen artroskopik kıkırdak traşlayıcı kullanımı, jinekomasti tedavisinde minimal yara izi bırakılarak gerçekleştirilen etkili bir tedavi seçeneğini oluşturmaktadır.



Şekil 2. 23 yaşında evre IIb jinekomasti hastasının preoperatif ve tedaviden 6 hafta sonraki ön, çapraz ve profilden görüntüleri

Dr. Burak ERSOY.

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

E-posta: burakersoy@burakersoy.com

Bu çalışma, 35. Ulusal Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kongresi'nde (28-31 Ekim 2013, İstanbul) "Sözel Bildiri" olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Carlson HE. Gynecomastia. N Engl J Med 1980;303:795-9.
2. Nuttall FQ. Gynecomastia as a physical finding in normal men. J Clin Endocrinol Metab 1979;48:338-40.
3. Simon BE, Hoffman S, Kahn S. Classification and surgical correction of gynecomastia. Plast Reconstr Surg. 1973;51:48-56.
4. Fruhstorfer BH, Malata CM. A systematic approach to the surgical treatment of gynecomastia. Br J Plast Surg 2003;56:237-46.
5. Hodgson EL, Fruhstorfer BH, Malata CM. Ultrasonic liposuction in the treatment of gynecomastia. Plast Reconstr Surg 2005;116:646-53.
6. Rohrich RJ, Ha RY, Kenkel JM, Adams WP. Classification and management of gynecomastia: Defining the role of ultrasound-assisted liposuction. Plast Reconstr Surg 2003;111:909-23.
7. Prado AC, Castillo PF. Minimal surgical access to treat gynecomastia with the use of a power-assisted arthroscopic-endoscopic cartilage shaver. Plast Reconstr Surg 2005;115:939-42.
8. Walden J, Schmid RP, Blackwell SJ. Cross-chest lipoplasty and surgical excision for gynecomastia: A 10-year experience. Aesthet Surg 2004;24:216-23.
9. Benito-Ruiz J, Raigosa M, Manzano M, Salvador L. Assessment of a suction-assisted cartilage shaver plus liposuction for the treatment of gynecomastia. Aesthet Surg J. 2009 Jul-Aug;29(4):302-9.
10. Filho DH, Garcia Arruda R, Alonso N. Treatment of severe gynecomastia (grade III) by resection of periareolar skin. Aesthet Surg J 2006;26:669-73.