

MEDIAL DERMOGLANDÜLER PEDİKÜL VERTİKAL SKAR TEKNİĞİ İLE REDÜKSİYON MAMMOPLASTİ (VERTİKAL SKAR REDÜKSİYON MAMMOPLASTİ)

Zühtü DEMİR, Serkan SAYILKAN, Sebat KARAMÜRSEL, İlker ÜŞÇETİN, Hıfzı VELİDEDEOĞLU, Selim ÇELEBİOĞLU

SSK Ankara Eğitim Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Ankara

ÖZET

Redüksiyon mammaplasti ameliyatlarının hedefleri, memeyi uygun boyutta küçültüp, simetrik ve genç meme görünümü elde ederken, bunu minimal ve gizlenebilen skar ile yapmak ve elde edilen sonucun uzun süreli olmasını sağlamak şeklinde sıralanabilir. Bunlardan ilk iki parametre birçok meme küçültme tekniği ile sağlanabilirken vertikal skar mammaplasti tekniği inframammarial hattaki horizontal skarı elimine ederek total skar uzunluğundaki azalmayı sağlar. Bununla birlikte klasik vertikal skar mammaplasti yöntemi, kendine özgü bir takım dezavantajlarının olmasından dolayı çok geniş bir uygulama alanı bulamamıştır. Bazı cerrahlar ise yöntemin sadece küçük memelerde kullanılabileceğine inanmaktadır. Kliniğimizde, Kasım 1999-Aralık 2002 yılları arasında medial dermoglandüler pedikül, vertikal skar yöntemini kullanarak 23 hastada toplam 46 redüksiyon mammaplasti ameliyatı yaptık. Rezeke edilen ortalama doku ağırlığı 780 gr ve ortalama nipple transpozisyon mesafesi 9.5 cm'di. Bu teknikle inframammarial skar elimine edilip total skar uzunluğu önemli ölçüde azaltılırken medial dermoglandüler pedikül kullanımı ile nipple-areola yeni yerine güvenle ve kolaylıkla transpoze edilip bütün hastalarda duyu da korunmuştur.

Ortalama 2 yıllık takibimizde elde edilen sonuçlar tatmin edici bulundu. Medial dermoglandüler pedikül kullanılarak yapılan vertikal skar mammaplasti tekniğinin güvenli, kolay uygulanabilir, kısa ameliyat süreli, bir yöntem olduğu ve küçük memelerle birlikte daha büyük memelerin küçültülmesinde de kullanılabilecek bir teknik olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Vertikal skar mammaplasti, medial dermoglandüler pedikül, redüksiyon mammaplasti

GİRİŞ

Redüksiyon mammaplasti ameliyatları, memedeki kitle fazlalığı nedeniyle oluşan iskelet sistemi ve dermatolojik rahatsızlıkları gidermenin yanında, ameliyat sonrası elde edilen estetik düzelme neticesinde,

SUMMARY

Reduction Mammaplasty with Medial Dermoglanduler Pedicle Vertical Scar Technique

Reduction mammaplasty has the following goals: appropriate reduction of breast size, symmetric and youthful breast shape, minimal and inconspicuous scars and stable long term results. Although the first two parameters can be obtained by various reduction techniques, vertical scar mammaplasty eliminates the horizontal inframammary scar, thereby reducing total scar length. However, the vertical scar mammaplasty has not become widely accepted by surgeons because of its own drawbacks. Some believe that the vertical reduction mammaplasty is only applicable to smaller breast reductions. From November 1999 to December 2002, we performed total 46 breast reductions in 23 patients using the medial dermoglanduler pedicle vertical scar technique. Mean weight of tissue removed was 780 gr, and mean change in nipple position was 9.5 cm. By using the medial dermoglanduler pedicle vertical scar technique, the nipple-areola was safely and easily transposed to its new site and its sensation was retained in all patients while the inframammarial scar was eliminated.

After 2 years mean following period, our results were satisfactory. We think that medial dermoglanduler pedicle vertical scar mammaplasty technique is a safe, easy, time saving, and useful for both small and large breast reductions.

Key Words: Vertical scar mammaplasty, medial dermoglanduler pedicle, reduction mammaplasty

hastanın psikolojisine ve sosyal yaşantısına olumlu katkı yapması nedeniyle de plastik cerrahi alanında sıklığı ve popüleritesi giderek artmaktadır. Morbiditenin azalmasına, doku yaşam güvenilirliğinin artmasına, iyi ve kalıcı estetik sonuç almaya yönelik tekniklerin

geliştirilmesi ve kullanılması da, hastalar arasındaki beklentileri artırmaktadır. Genellikle hastaların endişeleri ameliyat sonrası kalacak olan izlerinin ne derecede olacağı, meme şeklinin nasıl olacağı, genç meme görünümünün olup olmayacağı, simetrisinin nasıl olacağı ve elde edilen şeklin devamlılığı üzerinedir. Meme büyüklüğü nedeniyle sırt ağrısı, meme altında maserasyon ve dermatolojik rahatsızlıkları olan ve fiziksel aktivitesi kısıtlanmış, orta ve ileri yaş grubundaki hastalar ameliyat sonrası memelerinin küçülmesiyle şikayetlerinin düzelmesine rağmen, beklentilerinin fazlalığı nedeniyle ameliyattan sonra kalabilecek olan şekil bozukluğu ve kötü görünümlü skarlardan mutsuz olurlar. Yine aynı şekilde memesi büyük olan genç hastalarda, her ne kadar ameliyat sonrası memeleri istedikleri büyüklüğe gelse de belirgin ameliyat skarları ve meme şeklinin bozukluğu hastaları memnun etmeyebilecektir. Bu beklentiler doğrultusunda meme küçültme ameliyatlarındaki temel amaçlar memeyi vücuda uygun büyüklükte olacak şekilde küçültmek, simetriyi sağlamak, genç meme görünümünü oluşturmak, minimal ve görülmeyecek skar bırakmak, duyu korumak, elde edilen şeklin kalıcı olmasını sağlamak, morbiditeyi minimale indirmek şeklinde sıralanabilir.

Redüksiyon mammoplasti ameliyat tekniklerinin birçoğu bu amaçların belirli bir kısmını sağlamaktadır. Fakat inframammarial hattaki skar, klasik ameliyat teknikleri ile ortadan kaldırılamamakta, buda hastalarda mutsuzluk nedeni olabilmektedir. Bu nedenle son yıllarda, memede inframammarial hatta skar bırakmayıp sadece vertikal hatta skar bırakması ve memeye iyi şekil verilmesi gibi çok önemli avantajlarından dolayı, vertikal skar mammoplasti tekniğinin popüleritesi giderek artmıştır. Teknik ilk olarak, Dartigues¹ tarafından mastopeksi için tanımlanmıştır. 1957 yılında Aria,² vertikal mammoplasti yöntemini meme redüksiyonunda da kullanmıştır. 1970 yılında Lasus,³ tekniği yeniden popülerize etmiştir, ancak skarın inframammarial foldun altına taşması nedeniyle L ya da ters T şeklinde skara dönmek zorunda kalmıştır.⁴ Daha sonra Lasus alt eksizyon sınırını foldun 2-5 cm yukarısında olacak şekilde yapmış olduğu modifikasyon ile tekrar tek bir vertikal skara dönmüştür.^{5,6} Lejour^{7,8,9} ise tekniğe yapmış olduğu kendi modifikasyonları ile daha büyük memelerde uygulayarak kullanımın daha da yaygınlaşmasına ve popülerize olmasına neden olmuştur. Fakat bu tekniğin uygulamasında karşılaşılan bir takım güçlükler ve görünümün erken dönemde hasta açısından tolere etmedeki sıkıntılar tekniğin bir kısım cerrahlar tarafından tercih edilmeme nedeni olmuştur. Bu nedenle vertikal skar mammoplasti tekniği üzerinde birçok modifikasyon tanımlanmıştır.¹⁰⁻¹⁶ Bunlardan birisi de Asplund ve Devies'in¹⁷ ilk kez tarif ettikleri medial pedikül vertikal skar mammoplasti tekniğidir.

Biz de bu çalışmamızda uygulama kolaylığı ve klasik

vertikal mammoplasti tekniğinin dezavantajlarını ortadan kaldırdığına inandığımız, medial pedikül kullanılarak yapılan vertikal skar mammoplasti tekniğini uyguladığımız hastalarda elde ettiğimiz sonuçları gözden geçirerek değerlendireceğiz.

GEREÇ ve YÖNTEM

Kasım 1999-Aralık 2002 yılları arasında meme hipertrofisi ve pitozisi olan toplam 23 hasta, medial pedikül vertikal skar mammoplasti yöntemi ile opere edildi. Hastaların en küçüğü 23, en büyüğü 52 yaşında olup yaş ortalaması 38 di. Hastaların sıklıkla ifade ettikleri şikayetleri; boyun ve bel ağrısı, meme altında maserasyon, sütyen askısının baskısı ve en çok olarak kozmetik görünümün kötü olmasıydı. Ameliyat sonrası sonuçla ilgili olarak üzerinde en çok durdukları hususlar ise, meme şeklinin nasıl olacağı ve memede ne kadar skar kalacağıydı. 10 hastada iki meme arasında büyüklük ve nipple areola mesafesi bakımından asimetri mevcuttu. Hasta ayakta iken yapılan ölçümlerde suprasternal çentik ile nipple-areola arası mesafe ortalama 32 cm olup, 27 ile 35 cm arasında değişiyordu. Yeni nipple-areolanın planlandığı yer ile suprasternal çentik arasındaki mesafenin ortalaması 21.2 cm'di (20-22 cm). Ameliyat öncesi tüm hastalarda preoperatif rutin tetkiler yapıldı. Mammografi ve gerekirse ultrasonografi ile herhangi bir patoloji olup olmadığı araştırıldı.

METOD

Planlama:

Ameliyat planlaması hasta ayakta iken yapılır. Planlamaya başlamadan önce, dikkatli bir inspeksiyon ve ölçümler ile iki meme arasında herhangi bir asimetri olup olmadığı tespit edilir. Planlamada ilk olarak suprasternal çentikten göbeğe kadar orta hattı gösteren çizim yapılır. Daha sonra mevcut inframammarial fold çizilerek belirlenir. Klavikula orta hattından başlayıp, nipple'ın 1 cm medialinden geçip, inframammarial foldu çaprazlayacak şekilde çizim yapılarak, memenin doğal aksı belirlenir. Daha sonra nipple'ın yeni yeri inframammarial fold seviyesine ve suprasternal çentikten 20-22 cm uzaklığa gelecek şekilde işaretlenir. Yeni areolanın üst seviyesinden başlayan, 14-16 cm uzunluğunda ve meme aksını ortasına alan, açıklığı aşağıya bakan, yarım daire şeklindeki yeni areola çevresi çizilir. Bu çizginin her iki ucu aşağıdaki meme dokusu rezeksiyonu için planlanan insizyon hatlarının çizgisiyle birleştirilir. Areola çevresindeki insizyon uzunluğunun 16 cm'i geçmemesi areolanın postoperatif dönemde genişlemesine neden olmamak için önemlidir.^{11,12} Aşağıdaki rezeksiyon hattı, memenin büyüklüğüne ve çıkarılması gereken dokunun miktarına göre genişliği belirlenerek, açıklığı yukarı bakan yarım daire şeklinde ve en alt seviyesi mevcut inframammarial foldun 2-4 cm kadar üzerinden geçecek şekilde çizilir. İki vertikal

çizgi arasındaki mesafe, rezeksiyonu planlanan doku fazlaysa geniş, az ise dar tutulur. Bu planlama esnasında, memenin alt kısmı içeriye doğru invagine edilerek veya pinch testi yapılarak rezeksiyon yapılacak doku miktarı belirlenir ve insizyon hattının rahat kapatılabilecek olması test edilir (Şekil 1). Areola çevresini belirleyen çizginin alt ucu ile aşağıdaki rezeksiyon hattının vertikal ayaklarının üst uçları birbirleriyle birleştirilir. Son olarak medial dermoglandüler pedikül tabanı mediale gelecek şekilde çizilir. Pedikül genişliği 6-8 cm tutulur ve areola distalinden 1 cm doku areolanın güvenliği için pediküle dahil edilir (Şekil 2).

CERRAHİ TEKNİK

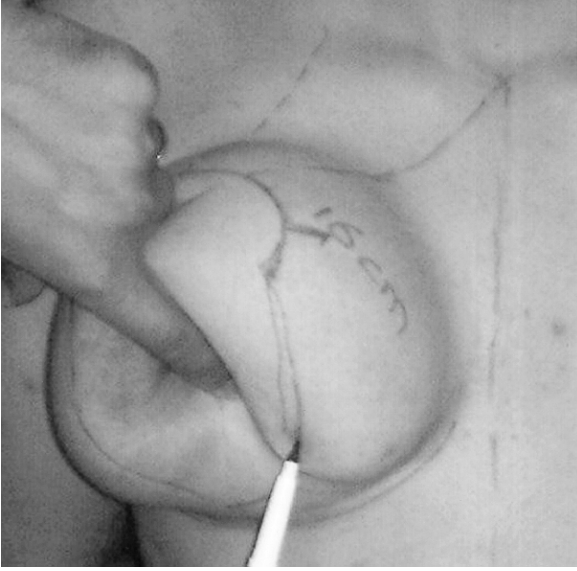
Pedikül etrafı ve tabanı dışındaki insizyon hatlarına ve meme tabanına 1/200.000 adrenalin içeren xylocaine lokal anestezi enjeksiyonu yapılır ve on dakika beklenerek operasyona başlanır. İlk olarak pedikül üzerinde dezepitelizasyon yapılır ve etrafından dikey olarak tabana kadar aynı genişlikte kalacak şekilde insizyonlar yapılarak geriye kalan meme dokusundan pedikül ayrılır. Planlanan dokunun eksizyonu deriyle birlikte blok olarak yapılır (Şekil 3). Alt bölgede subkutan diseksiyon yapılarak folda kadar olan dokunun eksizyonunda yapılarak, vertikal skar hattındaki derinin kontraksiyonu kolaylaştırılır. Daha fazla doku çıkartmak gerektiği zaman medial ve lateralde subkutan diseksiyon yapılarak geriye kalan dokudan eksizyon yapılır. Glandüler eksizyon yapılırken pektoral kas fasyasının üzerinde bir miktar yağ dokusu bırakılmaya özen gösterilir. Bu şekilde duyunun korunmasına katkıda bulunulur. Yine bu aşamada aksillaya doğru yağ birikimi varsa aspirasyon lipektomi işlemi yapılır.

Eksizyon işleminin tamamlanmasından sonra dikkatli bir hemostazı takiben ilk olarak yeni areola açıklığının alt ucunu kapatmak amacıyla tercihen 3-0 polydioxanone sütür materyali ile suture edilir. Pedikülün göğüs duvarından ayrılmamasına dikkat ederek nipple-areola yeni yerine önce geçici süturlar ile adapte edilir. Bu işlem esnasında pedikülün yukarıya transpoze olmasıyla da medial dolgunluk artmış olur. Daha sonra eksizyon sonrasında memenin alt kısmında lateral ve medialde kalan meme dokusu 3-0 polydioxanone ile karşılıklı olarak birbirine suture edilerek memenin formasyonu sağlanır ve istenen konik şekli elde edilir (Şekil 4). Gerek görüldüğü durumda pektoral fasyadanda sütür geçilerek fiksasyon yapılır. Memenin formasyonu sağlandıktan sonra vakumlu dren konulur ve ilk olarak 3-0 polydioxanone sütür ile derin dermis suture edilir. Bu esnada bir miktar büzülerek ve meme dokusundan da aralıklarla geçilerek sütür hattının insizyon hattından daha kısa olması sağlanır. Bu miktar hastanın deri elastikiyetine ve cerrahın öngörüsüne göre ayarlanır. Bu şekilde nihai skarın kısa olması sağlanmış olur. Daha sonra 4-0 monocryl veya polydioxanone ile, subkutikuler

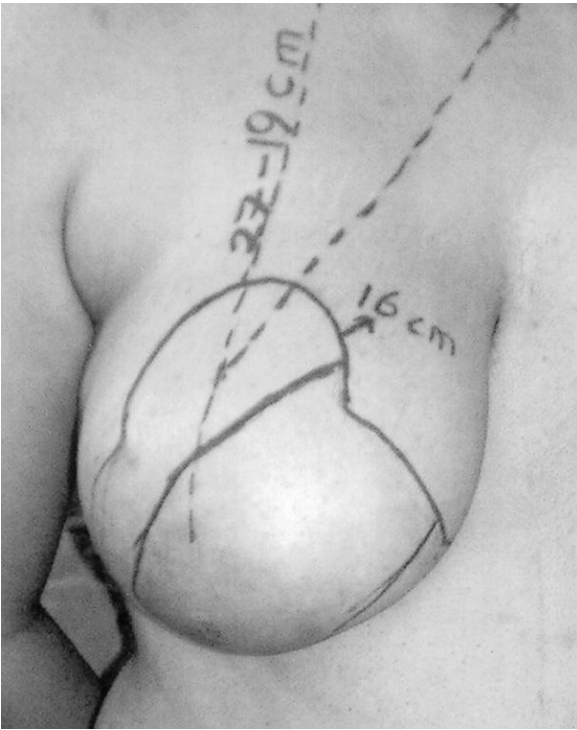
olarak vertikal hat kapatılır (Şekil 5). Areola 4-0 ve 5-0 monocryl sütür materyalleri ile çift tabaka olarak suture edilerek ameliyat sonlandırılır. İnsizyon hatlarına steri-strip konulur ve sadece insizyon hatları yumuşak bir pansuman materyali ile kapatılır. Hastaya uygun boyuttaki özel destekli bir sütyen giydirilir, böylece meme eksternal olarak desteklenerek, erken dönemde formasyonuna katkıda bulunulur. Drenler postoperatif 2. veya 3. gün gelen mayinin 20 cc altına düşmesi ve serohemorajik olmasıyla birlikte çekilir. Hastanın sütyenini en az 3 hafta süreyle sürekli kullanması, sonraki 3 aylık dönemde de sosyal yaşantısına göre azami sürece kullanması tavsiye edilir.

SONUÇLAR

Toplam 23 hastanın opere edildiği serimizde her bir memeden çıkarılan doku miktarı 425 gr ile 980 gr arasında olup ortalama eksizyon miktarı 780 gr dı. Hastaların yeni nipple ile suprasternal çentik arasındaki mesafe 20 ile 22 cm arasında değişmekte ortalaması 21.2 cm di. 6 ay ile 3 yıl arasında değişen ortalama 2 yıllık takibimizde erken dönemde 3 hastada vertikal sütür hattında minimal ayrılma ve iyileşme gecikmesi, 2 hastada dermal infeksiyon ve 1 hastada ise tek taraf memede 2 hafta süren yağ nekrozu karşılaştığımız komplikasyonlardı. Bu hastaların hepsinde de günlük lokal yara bakımı ile iyileşme sağlandı. Bir hastada 2 gün süren ve kendiliğinden gerileyen nipple-areola venöz konjesyonu dışında herhangi bir dolaşım problemi oluşmadı. Bunlar dışında erken postoperatif dönemde herhangi bir önemli komplikasyon gözlenmedi. 2 hastada tek taraf nipple-areolada üç ay kadar süren geçici hipoestezi dışında hiçbir hastada kalıcı duyu problemi oluşmadı. Vertikal bölgedeki başlangıçta büzük gözükten skar hattının ortalama 1.5 aylık sürede tamamen düzeldiği gözlemlendi. Sadece 2 hastada tek taraflı olarak minimal skar revizyonu yapıldı. Hastaların skarın ilk günlerdeki görünümünden memnun olmamalarına karşın daha sonra iyileşmenin tamamlanmasıyla bu rahatsızlıklarının kalmadığı gözlemlendi. Yine erken postoperatif dönemde memenin üst ve medial dolgunluğunun fazla olmasına karşın alt kısımda yeterli dolgunluk olmaması hastalarda başlangıçta bir kaygı uyandırsada, 3. haftadan itibaren üst dolgunluğun normale inip aşağıdaki dolgunluğun artması ve memenin ortalama 3 ay sonunda istenilen şekle ulaşmasıyla, hastaların tedirginliğinin ortadan kalktığı gözlemlendi. Elde edilen meme şeklinin kalıcılığının ise, daha önce klasik teknikleri kullanarak edindiğimiz deneyimlerimize göre daha uzun süreli olduğu ve iki taraf arasında maksimum simetrinin elde edildiği görüldü. Boyun ve bel ağrısı, sütyen askı yerinde basıya bağlı rahatsızlığı ve meme altında maserasyon problemleri olan hastaların sorunlarının ortadan kalktığı görüldü. Geç postoperatif dönemde hamile kalan bir hasta ise çocuğunu emzirebildiğini ifade etti.



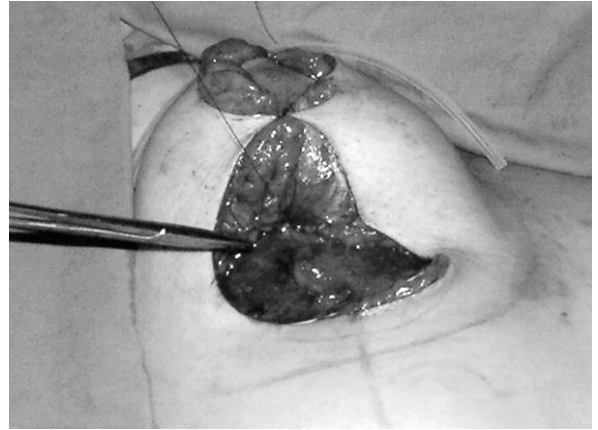
Şekil 1: Eksize edilecek olan dokunun sınırlarının, memenin alt kısmı invagine edilerek belirlenip, açıklığı yukarıya bakacak ve en alt sınırı foldun 2-4 cm üstünde kalacak yarım daire şeklinde çizilmesi



Şekil 2: Hastanın planlamasının tamamlanmış görünümü.



Şekil 3: Medial pedikülün dezepitelize edilmiş ve eksizyon yapılacak dokunun intraoperatuar görünümü.



Şekil 4: Eksizyon işlemi tamamlandıktan sonra nipple-areolanın yeni yerine transpozisyonu, lateralde ve medialde kalan meme dokusunun birbirine sütüre edilmesi ile memenin forme edilmesi.



Şekil 5: Vertikal sütür hattının ameliyat sonrası görünümü.



Şekil 6: Meme hipertrofisi ve ptozisi olan bir hastanın ön arka görünümü.



Şekil 8: Aynı hastanın preoperatif sağ yan görünümü.



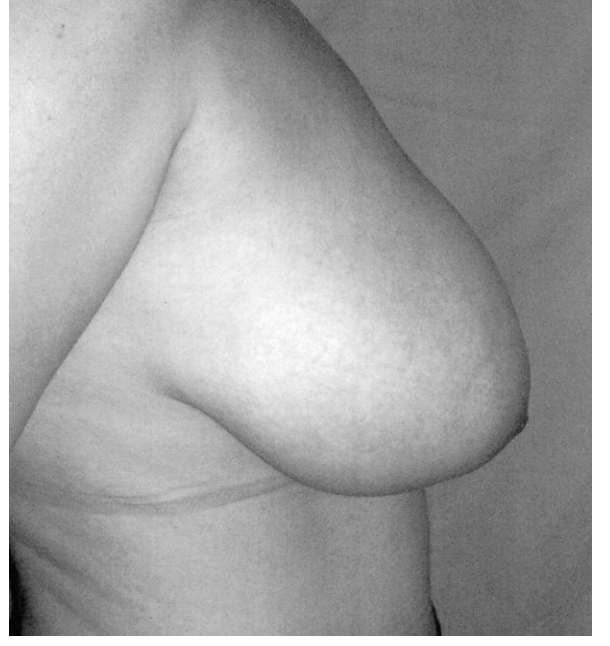
Şekil 7: Aynı hastanın ameliyattan 1 yıl sonraki görünümü.



Şekil 9: Aynı hastanın preoperatif sağ yan görünümü.



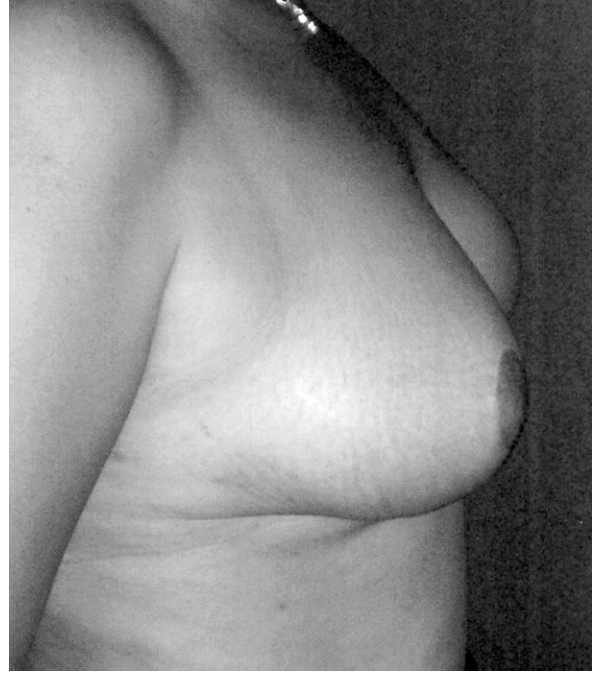
Şekil 10: Meme hipertrofisi ve ptozisi olan 2. hastanın ön arka görünümü.



Şekil 12: 2. hastanın preoperatif sağ yan görünümü.



Şekil 11: Aynı hastanın ameliyat sonrası 2 yıl sonraki görünümü.



Şekil 13: Aynı hastanın postoperatif sağ yan görünümü.

Ortalama 2 yıllık takip döneminin sonunda olgularımızda, morbiditenin düşük olduğu ve uygulamanın kolay olduğunu düşündüğümüz, medial pedikül vertikal skar mamoplasti yöntemi ile aldığımız sonuçların, biz ve hastalar açısından oldukça tatmin edici olduğu görüldü (Şekil 6-13).

TARTIŞMA

Meme küçültme ameliyatlarının tarihçesine bakıldığı zaman çabaların, genellikle nipple-areolanın yeni yerine transferini, serbest greft haline getirilmeden, en güvenli şekilde sağlayacak olan, flepli yöntemler üzerinde olduğu görülmektedir.^{10,18} Nipple-areolayı pedikülle taşıyan tekniklerin tanımlanmasıyla, 1960 lardan itibaren geniş dermal ve glandüler diseksiyon gerektiren Biesenberger tekniği gibi teknikler terk edilmeye başlanmıştır.^{10,19} Arie, Pitanguy ve Strombeck deri diseksiyonu yapmadan çıkarılacak dokunun blok olarak çıkarıldığı ve nipple-areolanın bir pedikül ile taşındığı modern tekniklerin gelişiminin öncüsü olmuşlardır.^{10,19,20,21} Arie ve Pitanguy superior pediküllü yöntemi kullanmışlar, Strombeck ise 1959 da kutanöz horizontal bipediküllü yöntemi tarif etmiştir.^{10,19,20,21} McKissock tarafından tarif edilen, vertikal bipediküllü yöntem 1970'li yıllarda en çok kullanılan yöntem olmuştur.^{10,21,22} 1980 ve 1990'larda ise uygulama kolaylığı ve güvenilirliği nedeniyle inferior pedikül tekniği en popüler teknik olmuştur.^{10,23,24,25,26} Fakat bu tekniklerin hepsinde de inframammarial hat boyunca uzanan horizontal skar önemli bir dezavantaj oluşturmuştur. Horizontal skarın elimine edildiği vertikal skar mamoplasti tekniği ise ilk olarak 1925 yılında Dartigues tarafından mastopeksi için tarif edilmiş ve Arie tarafından 1957 de meme küçültme içinde kullanılmıştır.¹⁰ 1970 yılında Lasus superior pedikül vertikal mamoplasti tekniğini yeniden popülerize etmiştir.³ Lejour ve arkadaşlarının^{7,8,9} teknik üzerinde yapmış oldukları birtakım modifikasyonlarla, yeniden tanımlamaları ile vertikal mamoplasti tekniğinin popülaritesi dahada artmıştır. Daha sonra ise hem Lejour'un kendisi hemde bir çok cerrah teknik üzerinde yapmış olukları modifikasyonları ile vertikal mamoplasti tekniğinin daha da gelişmesini sağlamışlardır.^{10,11,12,13,14,15,17,27,28,29}

Günümüzde Lejour'un uyguladığı superior pedikül, vertikal skar mamoplasti tekniği sıklıkla kullanılan ve tercih konusu olan tekniklerin başında gelmesine rağmen, yeni uygulayanlar için öğrenmenin zor olması, uygulamanın daha çok küçük memelerle sınırlı kalması ve postoperatif erken dönemdeki görüntüyü hastanın tolere etmesindeki güçlük gibi nedenler, birçok cerrah için yöntemi uygulamada isteksizlik yaratmaktadır.^{10,11} Hall-Findlay,¹⁰ superior pedikül vertikal mamoplasti yönteminin, skar problemini önemli ölçüde çözmüş olmasına karşın tekniğin Kuzey Amerika'daki plastik cerrahlar arasında yeterince sık kullanımının olmadığını

belirtmiştir. Bunun nedenleri olarakta, tekniğin uygulamasının küçük memelerle sınırlı olmasını, morbiditenin fazla olmasını, yeni uygulayanlar için öğrenmenin zorluğunu ileri sürmüştür. Hall-Findlay,¹⁰ Asplund ve Davies'in¹⁷ ilk olarak kullandığı medial pedikül vertikal skar mamoplasti tekniğini, 400 olguluk serilerinde kendi modifikasyonlarını ilave ederek kullanmış ve sonuçlarının iyi olduğunu bildirmiştir. Subdermal diseksiyon yapmayarak, morbiditenin azaldığını, yöntemi uygulamanın daha kolay olduğunu, medial pedikülün transpozisyonunun daha kolay ve daha güvenilir olduğunu, iyileşmesinde daha çabuk olduğunu ileri sürmüştür.¹⁰ Bizim bulgularımızda Hall-Findlay'inkileri destekler niteliktedir.

Lejour vertikal skar mamoplasti yönteminde kullanılan superior pedikülün, bazen yeni yerine adaptasyonunun zor olması ve deri diseksiyonu nedeniyle yara iyileşmesinin güçlüğü, yöntemin önemli dezavantajlarını oluşturmaktadır.¹⁰ Halbuki bizim olgularımızda kullandığımız medial pedikül ile nipple-areola yapısının yeni yerine taşınmasında herhangi bir problemle karşılaşmamıştır. Areolaya en yakın pedikül planlaması yapılacak yerin, eksizyonun medial sınırı olması ve sadece dermal değil dermoglandüler bir pedikül olması, ayrıca transpozisyon için pektoral fasyadan ayırmaya ihtiyaç duyulmaması hem areolanın, kan dolaşımının daha iyi olmasını, hemde duyunun daha iyi korunmasını sağlamaktadır. Ayrıca areolanın süt kanalları ile bağlantısının bozulmamasıda hastanın süt verme olasılığını arttırmaktadır. Bizim olgularımızda da herhangi bir areola nekrozu ve kalıcı duyu kaybı görülmemiştir ve hamile kalan bir hastada çocuğunu emzirebilmiştir. Halbuki klasik olarak superior pedikül kullanımında nipple-areola'yı yeni yerine taşırken flebin katlanıp sıkışmasını önlemek için tabandan ayırıp inceltmek gerekte bu da areolada dolaşım ve duyu problemlerinin yaşanmasına neden olabilmektedir.¹⁰ Literatürde medial pedikül yönteminde duyunun daha iyi korunduğunu gösteren çalışmaların^{10,30} olması da bizim sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Medial pedikül vertikal skar redüksiyon mamoplasti yönteminde, pedikülün yukarıya transpozisyonu ile meme üst ve medial kısmında istenen dolgunluk daha iyi elde edilebilmekte ve her zaman glandın pektoral fasyaya tespiti gerekmemektedir. Halbuki superior pedikül kullanıldığında pedikül kendi üzerinde katlanmakta ve nipple-areola yeni yerine taşınırken teknik zorluklar yaşanabilmektedir. Lejour vertikal mamoplasti tekniğinde olduğu gibi aşırı subdermal diseksiyon gerekmemekte, sadece lateralden fazla doku çıkarmak gerektiği zaman subdermal diseksiyon yapılmakta böylece morbidite daha az olmaktadır. Medial ve lateralde kalan glandüler dokunun karşılıklı sütüre edilmesiyle memeye verilen formasyon ile de erken postoperatif dönemi hastaların daha rahat

tolere etmeleri sağlanmaktadır. Halbuki Lejour vertikal mammoplasti tekniğinde, erken postoperatif dönemdeki memenin görünümü hastayı mutsuz etmekte ve memenin istenen formu alması uzun zaman almaktadır.¹⁰ Medial ve lateralden yeterli eksizyon yapıldıktan sonra deri uçları istenildiği şekilde büzülerek sütüre edilebilmekte ve skar kısaltılabilmektedir. Ayrıca fazla subdermal diseksiyon yapılmadığı için deriyle birlikte glandüler doku eksizyonu blok halde yapılarak ameliyat süresi daha da kısalmaktadır. İnsizyon hattının sadece vertikalde kalması ve sütüre edilecek yerin az olması ameliyat süresinin kısa olmasında başka bir etkindir.

Nahabedian ve arkadaşları,³¹ serbest nipple-areola greft yöntemiyle küçültmeyi gerektirecek derecede ciddi meme hipertrofisi olan 23 vakalık serilerinde, medial pedikül yöntemi kullandıklarını belirtilip elde ettikleri başarılı sonuçları yayınlamışlardır. Ortalama nipple-areola transpozisyon mesafesinin 17.1 cm, ortalama eksizyonun tek taraf meme için 1604 gr olduğu olgularında sadece 1 vakada tek taraflı nipple-areola duyu kaybı olduğunu, bunun dışında herhangi bir dolaşım problemi yaşamadıklarını belirterek medial pedikülün bir çok avantajının olduğunu belirtmişlerdir.³¹

Medial pedikül vertikal skar mammoplasti tekniği, sadece küçük boyuttaki memelerle sınırlı kalmayıp daha büyük boyuttaki memelerde uygulanabilir. Yapılan anatomik çalışmalar internal mammarial arterin memenin kan dolaşımının sağlanmasında % 70 hastada dominant olduğunu göstermektedir.^{31,32,33} Ayrıca nipple-areola kompleksinin inervasyonunun 4. 5. 6. intercostal sinirlerden olduğu gösterilmiştir.^{33,34,35} Medial pedikül yerleşiminin bu anatomik yapıların üzerinde olması, nipple-areola dolaşımının ve duyusunun daha iyi korunmasına olanak sağlamaktadır. Ayrıca pozisyonu gereği bükülme ve torsiyone olmaması transpozisyonunu kolaylaştırarak komplikasyon oranında azaltmaktadır. Bu özelliklerinden dolayı medial pedikül yöntemi ile meme küçültme yöntemi büyük boyuttaki memelerde de kullanılabilir.³¹

Sonuç olarak medial pedikül vertikal skar mammoplasti yöntemi klasik vertikal mammoplastinin, inframammarial skarın elimine edilip skarın sadece vertikal hatta kalması ve elde edilen şeklin uzun süreli olması gibi çok önemli avantajlarına ilaveten, pedikülün dermoglandüler olması, boyunun kısa olması, memenin dolaşım paternine uygun planlanması, göğüs duvarından ayırma gerekmemesi nedeniyle nipple-areola dolaşımının daha güvenli olmasını ve duyusunun korunmasını sağlar. Pedikülün pozisyonu gereği transpozisyonu ve memeye şekil vermek daha kolay olur, üst ve medial dolgunluk pedikül transpozisyonu ile kendiliğinden sağlanır, elde edilen şekil kalıcıdır. İframammarial horizontal hatta insizyon olmaması kan kaybının ve ameliyat süresinin kısa olmasına neden olmaktadır. Tekniğin bu saydığımız avantajlarına

ilaveten nispeten kolay, büyük memelerde uygulanabilir olması ve morbiditesinin düşük olması nedeniyle de redüksiyon mammoplasti gereken olgularda düşünülmesi gerektiğine inanıyoruz.

Dr. Zühtü DEMİR
Yukarı Dikmen Mah. Ürdün Cad.
45. Sok. 16/4 06700
Oran, ANKARA

KAYNAKLAR

1. Dartigues, L. Traitement chirurgical du prolapsus mammaire. Arch. Franco. Belg. Chir. 28: 313, 1925.
2. Arie, G. Una nueva tecnica de mastoplastia. Rev. Lat. Am. Cir. Plast. 3: 22, 1957.
3. Lassus, C. A technique for breast reduction. Int. Surg. 53: 69, 1970.
4. Lassus, C. New refinements in vertical mammoplasty. Chir. Plast. 6: 81, 1981.
5. Lassus, C. An "all-season" mammoplasty. Aesthetic Plast. Surg. 10: 9, 1986.
6. Lassus, C. Breast reduction: Evolution of a technique-a single vertical scar. Aesthetic Plast. Surg. 11: 107, 1987.
7. Lejour, M., Abboud, M., Declety, A., and Kertezs., P. Reduction des cicatrices de plastie mammaire: de l'ancre courte a la verticale. Ann. Chir. Plast. Esthet. 35: 369, 1990.
8. Lejour, M. Vertical mammoplasty and liposuction of the breast. Plast. Reconstr. Surg. 94: 100, 1994.
9. Lejour, M. and Abboud, M. Vertical mammoplasty without inframammary scar and with breast liposuction. Perspect. Plast. Surg. 4: 67, 1990.
10. Hall-Findlay, E. J. A simplified vertical reduction mammoplasty: shortening the learning curve. Plast. Reconstr. Surg. 104: 748, 1999.
11. Exner, K., Scheufler, O. Dermal suspension flap in vertical-scar reduction mammoplasty. Plast. Reconstr. Surg. 109: 2289 2002.
12. Lejour, M. Vertical mammoplasty: update and appraisal of late results. Plast. Reconstr. Surg. 104: 771, 1999
13. Van der Lei, B. Pedicle modification in the Lejour vertical scar reduction mammoplasty. Plast. Reconstr. Surg. 99: 2118, 1997.
14. Ramirez, O. M. Reduction mammoplasty with the "owl" incision and no undermining. Plast. Reconstr. Surg. 109: 512, 2002.
15. Lejour, M. Pedicle modification of the Lejour vertical scar reduction mammoplasty. Plast. Reconstr. Surg. 101: 1149, 1998.
16. Ronan Horta de Almeida, A. Short-scar reduction mammoplasty. Plast. Reconstr. Surg. 88: 1112, 1991.
17. Asplaud, O., and Davies, D. M. Vertical scar breast reduction with medial flap or glandular transposition of the nipple-areola. Br. J. Plast. Surg. 49: 507 1996.
18. Goldwyn, R. M. Reduction mammoplasty. Boston: Little Brown, 1990.
19. Moufarrege, R. The total dermoglandular pedicle mammoplasty. In Georgiade, N. G., Georgiade G. S., Riefkohl. R. (eds). Aesthetic Surgery of the Breast. Philadelphia, London, Toronto. 371, 1990.

20. Planas, J. Hints for improving shape and symmetry in reduction mammoplasty. In Georgiade, N. G., Georgiade G. S., Riefkohl. R. (eds). *Aesthetic Surgery of the Breast*. Philadelphia, London, Toronto. 171, 1990.
21. Letterman, G., Schurter M. A history of reduction mammoplasty. In Georgiade, N. G., Georgiade G. S., Riefkohl. R. (eds). *Aesthetic Surgery of the Breast*. Philadelphia, London, Toronto. 161, 1990.
22. McKissock, P. K. Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. *Plast. Reconstr. Surg.* 49: 245, 1972.
23. Ribeiro, L. A new technique for reduction mammoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 55: 330, 1975.
24. Robbins, T. H. A reduction mammoplasty with the areola-nipple based on an inferior pedicle. *Plast. Reconstr. Surg.* 59: 64, 1977.
25. Courtiss, E. H. and Goldwyn, R. M. Reduction mammoplasty by the inferior pedicle technique: An alternative to free nipple and areola grafting for severe macromastia or extreme ptosis. *Plast. Reconstr. Surg.* 59: 500, 1977.
26. Georgiade, N. G., Serafin, D., Morris, R., and Georgiade, G. Reduction mammoplasty utilizing an inferior pedicle nipple-areolar flap.
27. Leone, M. S., Franchelli, S., Berrino, P., Santi, P. L. Vertical mammoplasty: a personal approach. *Aesthetic Plast. Surg.* 21: 356, 1997.
28. Orak, F., Yucel, A., and Senyuva C. Wineglass pattern for vertical mammoplasty. *Aesthetic Plast. Surg.* 21: 180, 1997.
29. McKinney P. Vertical versus inverted-T reduction mammoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 93: 1533, 1994.
30. Mofid, M. M., Dellon, A. L., Elias, J. J., and Nahabedian, M. Quantitation of breast sensibility following reduction mammoplasty: a comparison of inferior and medial pedicle techniques. *Plast. Reconstr. Surg.* 109: 2283, 2002.
31. Nahabedian, M. Y., McGibbon, B. M., and Manson, P. N. Medial pedicle reduction mammoplasty for severe mammary hypertrophy. *Plast. Reconstr. Surg.* 105: 896, 2000.
32. Palmer, J. H., and Taylor, G. I. The vascular territories of the anterior chest wall. *Br. J. Plast. Surg.* 39: 287, 1986.
33. McCarty, K. S., Carpenter, S. A., and Georgiade, G. S. The breast: embryology, anatomy, and physiology. In Georgiade, N. G., Georgiade G. S., Riefkohl. R. (eds). *Aesthetic Surgery of the Breast*. Philadelphia, London, Toronto. 3, 1990.
34. Jaspars, J. J. P., Posma, A. N., van Immerseel, A. A. H., and Gittenberger-de Groot, A. C. The cutaneous innervation of the female breast and nipple-areola complex: implications for surgery. *Br. J. Plast. Surg.* 50: 249, 1997.
35. Sarhadi, N. S., Dunn, J. S., Lee, F. D., and Soutar, D. S. An anatomical study of the nerve supply of the breast, including the nipple and areola. *Br. J. Plast. Surg.* 49: 156, 1996.