

MEME PLASTİĞİNDE BİR BAŞKA YÖNTEM **(Dermal Vault Flap - Voute Dermique)**

Dr. Atilla OYMAK (*)

Ö Z E T

Son yıllarda sunulan meme plastiği ameliyatlarından birini kliniğimizde 9 yıldan buyana kullanmaktayız. Bu yöntemin belirgin özelliklerini; 1 — Her türlü meme deformasyonlarında uygulanabilmesi, 2 — Skatrislerin daha kısa ve değişik oluşu, 3 — Ameliyat sonrası meme düşüklerinin çok az oluşu biçiminde özetleyebiliriz.

Yöntemde, dezepitemize edilen geniş bir dermo-glandüler flabın kendi üzerine kıvrılarak dermo dermik bir birleşim sağlanması ve gereğinde subtotal mastektominin rahatlıkla yapılabileceği anlatılmıştır.

Klasik meme plastiği olgularında görülen komplikasyonların dışında, ameliyattan sonraki ilk aylarda areolanın daha geniş görünüşü son olgularda yapılan değişiklikle daha normale getirilmiştir.

Şimdiye kadar 100 ü aşkın olguda uyguladığımız bu yöntemin teknik incelikleri resimlerle açıklanmaya çalışılmıştır.

G İ R İ Ş

Son yıllarda belirli kurallardan hareket eden, birbirlerine az ya da çok benzeyen, adlarını akılda tutamıyacağımız kadar çok meme plastiği tekniği yayınlanmıştır.

Kanımızca bir plastik cerrahi yaşamında en fazla 4-5 değişik teknik kullanabilir. Demekki her yeni tekniğin herkesçe denenmesi

(*) Pastör Hastanesi Baş Hekimi - İstanbul

olanaksızdır. İşte bu nedenle 9 yıldan buyana denediğimiz ve memelerin değişik irilik ve düşüklükteki biçim bozukluklarının rahatlıkla düzeltilebileceği bu tekniği genç arkadaşlarımıza tanıtmayı uygun bulduk.

YÖNTEMİN TEKNİĞİ

Yöntemin en belirgin özelliklerinin başında büyüklüğü ne olursa olsun, bütün memelerde uygulanabilir olması gelir. İkinci büyük özelliği, bıraktığı skatrislerin diğer yöntemlerden daha küçük olmasıdır. Ameliyat sonrası dönemde meme düşüklüğünün en az görüleceği, tekniğin tanıtılmasından sonra daha kolay anlaşılacaktır.

Sternum orta çukurundan 5 cm uzaklıkta klavikülalar üzerinde birer işaret noktası konur. Cetvel klavikula alt kenarına dayanarak memenin ortasından geçen oblik çizgi üzerinde 14-15 cm uzaklıkta bir nokta belirlenir (A noktası). Oblik çizginin, memenin ortasından geçmesi esastır, bu bazan meme başına rastlayabilir, fakat meme başından geçmesi zorunlu değildir.

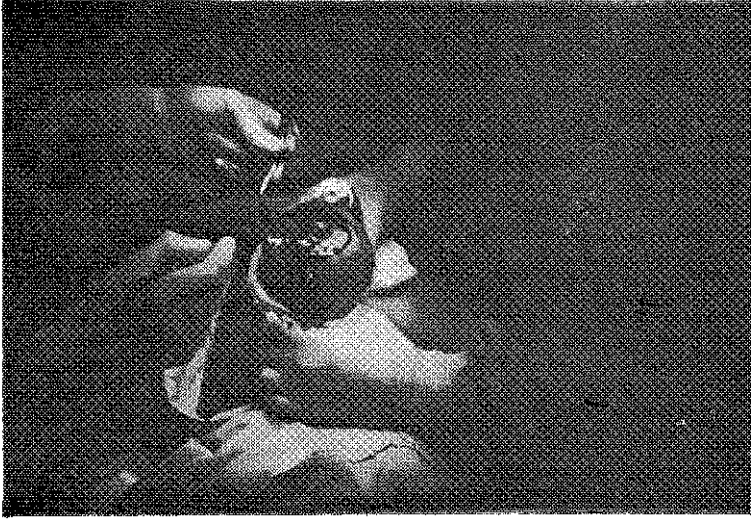
Areola üzerinde merkezi meme başı olan 20-22 mm çapında bir daire ile yine merkezi meme başı olan, beden yapısına ve memenin büyüklüğüne göre değişen, 10-14 cm çapında bir diğer daire üstte (A) noktasından geçecek biçimde çizilir. Ortada horizontal doğrultu üzerinde bu daire, çapı 7-11 cm indirilerek oval biçim verilir. Bu ovalin en alt noktasından meme altı boşluğuna kadar çevrilen vertikal bir doğrultu ile çizim işlemi bitirilmiş olur.

Meme bir yardımcı tarafından iyice gerginleştirildikten sonra oval alan tamamen dezepitelize edilir (Şekil 1). İnce dişli ve kuvvetli iki pensle (Potzi persi) meme, areolanın üst ve altından tutulup vertikal kesi derinleştirilerek ve her bir deri dudağı üzerine konan birer koher pensi ile tutulup, deri ortadan sağ ve solda meme bezinden 7-8 cm ayrılır. Üste konan Potzi pens çıkarılıp, alttaki yeniden dezepitermize edilen bölgenin alt noktasına yakın olarak konur. Meme bezi orta hattın başlanarak, yukarıda 1,5-2 cm kalınlıkta doku bırakılarak, horizontal olarak kesilmeye başlanır. Alta konulan pens çıkarıldıktan sonra, üstte kalan dezepidermize kısım ve meme bezinden oluşan flep, sol elle tutulup eşit kalınlıkta kesildiği kontrol edilerek meme bezi pektoral kasa kadar diseke edilir. Üstteki flep yardımcı tarafından kaldırılır ve bez pektoral kasın üst yapışma yerinden başlanarak kas fasyasını takiben alta kadar tümüyle diseke edilerek çıkarılır. Böylece subtotal mastektomi yapılmış olur. Geriye



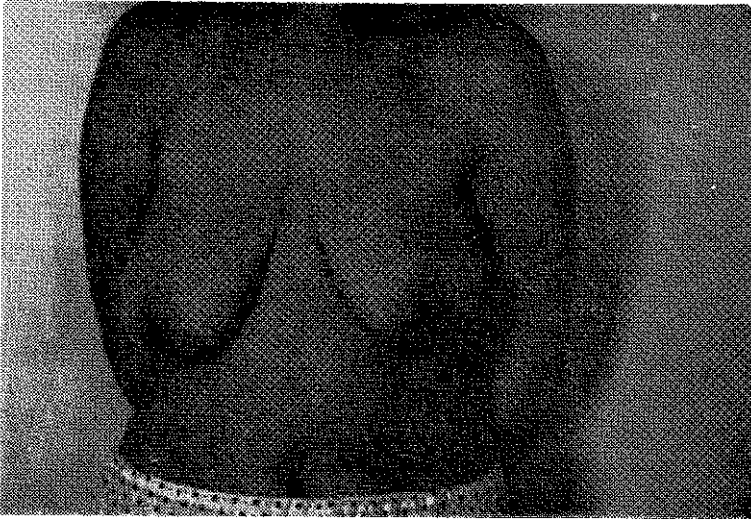
Şekil : 1

1,5-2 cm kalınlığında üzerinde areolanın oturduğu bir flep ve deri kalmıştır. Şayet bu flebin kalınlığı istenilen meme boyutunu oluşturmaya yetmezse, meme bezinin bir kısmı bırakılmak isteniyorsa pektoral kasın en üst kısmında bırakılmalıdır. Yani rezeksiyon yapılırken orta hattan başlayıp yukarıda tam pektoral gelmeden transglandüler bir kesi ile meme-pektoral alt yapışma planı düzeyine geçilir. Meme bezi total ya da subtotal rezekce edilir. Böylece yeterli doku üst kutupta bırakılmış olur. Areola en üst bölgesinden bir dikişle (A) noktasına tutturulur. Orta çizgide derinin iki ucu bir koher pensi ile birleştirilir, sağ ve soldaki deri dudakları üzerine 7 cm uzaklığa geçici bir dikiş konur. Konan bir sütünle deri flepler gerilir. Dermoglandüler kitle yardımcı tarafından yukarı çekilir ve istenilen gerginlik verilerek araya kıvrık bir barsak pensi konur. Konulan bu pens ne çok dik ne de çok yatık olmamalıdır. Ayrıca derinin çok fazla gerilmeside zararlıdır. Barsak pensinin yeri dıştan mürekkeple belirlenip, bu çizginin 1-1,5 cm uzaklıktaki her iki yanı dezepitelize edilir. Meme altı çizgisinin başladığı noktada dezepitelize edilmiş deri parçaları üzerine yaklaştırıcı dikiş konur ve orta çizgi boyunca dezepitelize deri krome katgüt ile gömme dikişleri konularak yaklaştırılır. En alttaki ipek dikişten 4,5 cm uzaklıkta orta çizgi üzerinde bir nokta belirlenir. Buradan başlanarak areola etrafındaki deri fazlalığı yeniden dezepitelize edilir. Areola ile etrafındaki deriye 4 kardinal sütün konur (Şekil 2).

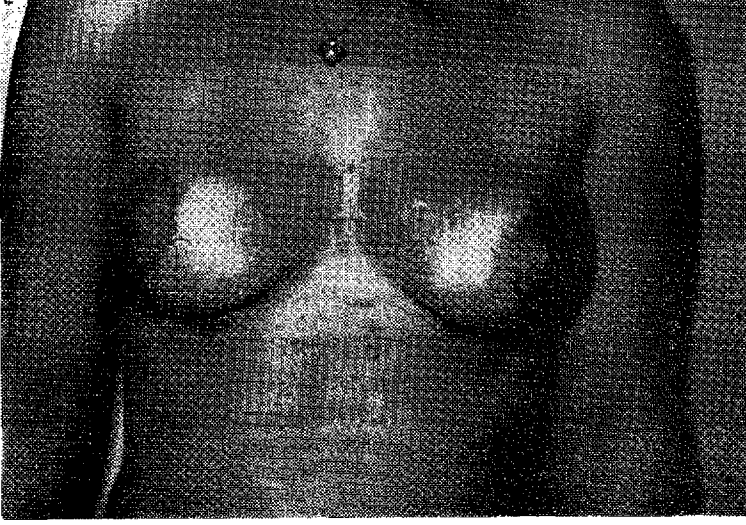


Şekil : 2

Eşit olmayan iki dairenin birbirine daha iyi uyabilmesi için 4/0 - 5/0 krome katgütle yaklaşıtrıcı gömme dikişleri konur ve meme etrafı intradermik dikişle kapatılır. Alttađi deri fazlalığı, meme altı çiz-



Şekil : 3



Şekil : 4

gisinin altında kalan hafif dış oblik eksizyonla ortadan her iki yan doğru çıkarılır. Her iki deri parçası kas fasyasından geçecek biçimde krome katkı ile tespit edilir. Böylece horizontal kesimiz normal meme altı çizgisinden daha alt ve dış kısımda kalmaktadır. Genellikle 48 saatlik drenaj yeterli olmaktadır. Vertikal doğrultu tek, tek, horizontal doğrultu intradermik dikişlerle kapatılır. Hafif basınçlı bir pansuman uygulanır, 48 saat sonra dren çıkarılır ve pansuman hafifletilir. Tek dikişler 7-11 inci günde intradermik dikişler 3. hafta sonunda alınır. Özellikle ortada ve meme başı etrafında iki ay süre ile Steri-strip ile yaklaşımcı pansumanların uygulanması skatri-sin azaltılması yönünden yararlıdır.

TARTIŞMA

1920 yıllarından önce meme küçültme ameliyatlarının başlamış olması o tarihten bu yana bir çok yöntemin gelişimine yol açmıştır. Fakat ana kural olarak yapılan ameliyatlar ya serbest meme ucu grefti biçiminde ya da pediküllü meme ucu transpozisyonu halinde gerçekleştirilmektedir. Tüm bu yöntemlerde amaç, memenin glandüler ve yağ dokusunun azaltılmasının yanı sıra memede güzel bir görünüm elde etmek olmuştur. Yöntemini daha önce belirttiğimiz

meme küçültme ameliyatını 9 yıldan beri uygulamaktayız. Bize göre yöntemin avantajları şu biçimde özetlenebilir. Dermal valup flap yöntemi büyüklüğü ne olursa olsun her memede uygulanabilir, ameliyat sonrası oluşacak skatrisler diğer yöntemlere oranla daha azdır, sonradan oluşabilecek meme düşüklüğü minimal düzeydedir. Yalnız bu uygulama sonucunda meme başı ve areola daha büyük olmakta, areola etrafında oluşacak skatrisleri azaltabilmek için uzun süre steri-strip ile yaklaştırıcı pansumanların uygulanması gerekmektedir ki son olgularımızda bu durumu dikkate alarak meme başını daha küçük kılmak için daha değişik uygulamalar yapmaktayız (Şekil 3, 4)

SUMMARY

Reduction Mammoplasty-Dermal Vault Flap.

Another technique of reduction mammoplasty used for hypertrophic breast especially for moderate hypertrophic cases in the last ten years is presented. The technique is primarily a dermal vault flap and consists in deepithelialized dermo-glandular breast tissue and has the following advantages:

1. Applicable to all kind of breast hypertrophies,
2. Scar formation is minimal,
3. Postoperative ptosis is very rare.

The surgical technique applied onto 100 cases is described in detail.

KAYNAKLAR

1. ARUFE, H.N., JURI, O.: Modification of the Strombeck Technique. *Plast. Reconstr Surg.* 46: 605, 1970.
2. BANKOFF, G.: A new simplified method of mammoplasty. *Calif. Med.* 90: 349, 1959.
3. BEARE, R.: Reduction mammoplasty. *IV. Int. Congres. Rome*, 1967.
4. BURIAN, F.: *The plastic surgery atlas*. 18-64, 1967.
5. CLARKSON, P.: Modern mammoplasty. *Brit. J. Plast. Surg.* 20: 297-310, 1967.

6. DUFOURMENTEL, C., MOULY, R.: Plastic mammaire par la methode oblique. Ann. Chir. Plast. 6: 45-58, 1961.
7. GILLIES, H., MILLARD, J.R.: Principles and art of plastic surgery, 1957.
8. GOULIAN, D., Jr. CONWAY, H.: Correction of the moderately ptotic breast. Plast. Reconstr. Surg. 43: 478-480, 1969.
9. Mc. INDOE, A.H., REES, T.D.: Mammoplasty. Brit. J. Plast. Surg. 10: 307-320, 1958.
10. Mc. KISSOCK, P.K.: Reduction mamaplasty. Plast. Reconstr. Surg. 49: 245-252, 1972.
11. MIR, Y., MIR, L.: Reduction mammoplasty. Plast. Rekonstr. Surg. 41: 352-355, 1968.
12. MOREL-FATIO, D.: Chirurgie de l'hypertrophie mammaire avec prote. Encyclopedie Medico-chirurgicale. 25180: 199-208.
13. PITANGUY, J.: Une nouvelle technique de plastie mammaire. Ann. Chir. Plast. 7: 199-208, 1962.
14. REES, T.D.: Plastic surgery of the breast. Reconstructive Plastic Surgery. 1966 Vol. 5 p. 1903-1938.
15. SKOOG, T.: A technique of breast reduction. Acta. Chir. Scand. 126: 453-465 1963.
16. STROMBECK, J.O.: Mammoplasty. Br. J. Plast. Surg. 13: 79, 1960.