

# SÜPEROMEDİAL DERMOGLANDÜLER PEDİKÜL YÖNTEMİ İLE KÜÇÜLTME MAMMAPLASTİ

M. Nebil Bozdoğan, Hıfzı V. Velidedođlu , O. Koray Coşkunfirat,  
Yılmaz Türkgüven

SSK Ankara Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniđi, ANKARA

## ÖZET

Küçültme mammaplasti ameliyatları areola-nipple transpozisyonunun şekline ve sonuçta ortaya çıkan skara göre sınıflandırılabilir. Areola-nipple kompleksi serbest greft şeklinde ya da pediküllü olarak taşınabilir. Pediküllü yöntemlerin serbest greft yöntemine göre bazı avantajları vardır. Günümüze kadar küçültme mammaplastisi amacıyla bir çok pediküllü yöntem tanımlanmıştır. Küçültme mammaplastide hedef, estetik ve fonksiyonel olarak en iyi sonucu veren zaman kazandıran ve güvenilir olan bir yöntem uygulamaktır. Kliniğimizde meme küçültme isteği ile başvuran 28 hastaya süperomedial dermoglandüler pedikül yöntemi ile küçültme mammaplasti uygulandı.

Süperomedial dermoglandüler pedikül yönteminin, diğer areola-nipple transpozisyon yöntemlerinin pek çok avantajlarına sahip olduğu ve serbest areolar greft yöntemi endikasyonları sınırlarını zorladığı görüldü.

Literatür bilgileri derlenerek, bu makalede süperomedial dermoglandüler pedikül yönteminin avantajları ve geç dönem sonuçları tartışıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Küçültme mammaplasti, süperomedial dermoglandüler pedikül yöntemi

## GİRİŞ

Kadın memesi bir çok toplumda dişiliğin sembolü olarak algılanmakta ve hem annelik hem de cinsel yönden önem taşımaktadır. Çeşitli fizyolojik işlevleri olan kadın memesinin şekil bozukluğunun yol açacağı psikolojik bozukluklar, en az işlevsel bozukluklar kadar önemlidir. Büyük memeler çeşitli ortopedik bozuklar, deri hastalıkları, psikolojik bozukluklar ve spor aktiviteleri gibi sosyal

## SUMMARY

Reduction mammoplasty techniques can be simply classified according to the transposition of areola-nipple complex and the resulting scar. Areola-nipple complex can be transposed as a free graft or via pedicled flaps. Pedicled flaps have some advantages against free graft method. Many pedicled methods are defined for reduction mammoplasty up to date. A reliable method giving the best cosmetic and functional results in the shortest time must be the aim of reduction mammoplasty.

We performed reduction mammoplasty using the superomedial dermoglandular pedicle method in 28 patients who applied for breast reduction.

The superomedial dermoglandular pedicle method is found to have most of the advantages of the pedicled areolar transposition methods and limits the borders of indications of the free areolar graft method.

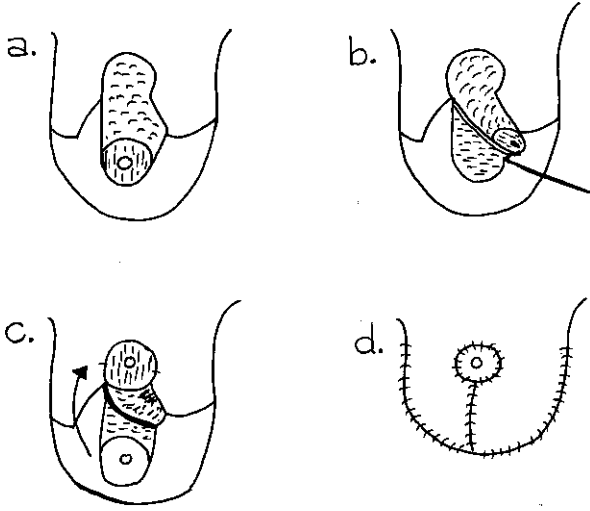
Literature findings are also revised to compare with our results. Versality and late results of the superomedial dermoglandular pedicle method are discussed.

**Key Words:** Reduction mammoplasty, superomedial dermoglandular pedicle method.

etkinlikleri kısıtlama şeklinde olumsuz etkiler yapabilir<sup>1</sup>. Bu nedenlerle küçültme mammaplasti meme görünümünün düzeltilmesi, ikincil işlevsel bozuklukların hafifletilmesi ve hastaya psikolojik yarar sağlaması açısından tatmin edici bir ameliyattır<sup>1,2</sup>.

Günümüzde küçültme mammaplasti amacıyla tanımlanmış yöntemler cerrahın bilgi, beceri ve tecrübesine, olgunun durumuna göre

tercih edilmektedir<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11</sup>. Süpero-medial dermoglandüler pedikül yöntemi, küçültme mammaplasti için kullanılan ve pek çok avantajları olan bir yöntemdir<sup>12,13</sup>. Bu çalışmada bu yöntem ile aldığımız sonuçlar ve tecrübelerimiz sunulmaktadır.



Şekil 1a-b-c-d: Ameliyat tekniği.

### GEREÇ ve YÖNTEM

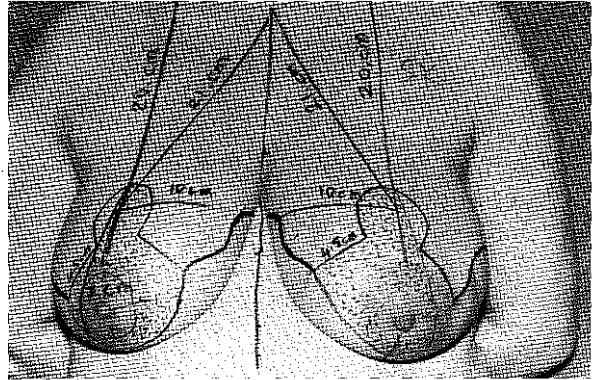
1989-1994 yılları arasında kliniğimizde 27 tanesi iki taraflı, 1 tanesi tek taraflı makromasti olmak üzere 28 olguda toplam 55 memeye süperomedial dermoglandüler pedikül yöntemi ile küçültme mammaplasti uygulandı. Olguların yaşları 18 ile 63 arasında değişiyordu (ortalama yaş 29.6).

20 olgu fiziksel semptomlarla (postür bozukluğu, dermatoz v.s.) başvururken, 7 olgu psikolojik nedenlerle başvurdu. Olguların hiçbirinde hormonal bozukluk ya da tümöral oluşuma rastlanmadı. Olguların 13'ü virginal hipertrofi, 6'sı postgravid hipertrofi, 5 i involusyonel hipertrofi, 3'ü obez hipertrofi olarak değerlendirildi. Bir olgu daha önce radikal mastektomi geçirmiş ve memesi rekonstrükte edilmiş idi. Simetri sağlamak amacıyla diğer memesinin küçültülmesi planlandı.

Tüm olgularda ameliyat öncesi planlamada 110 derece açılı modifiye Strömbeck paterni kullanıldı. İşaretleme hasta ayakta ve dik durur

pozisyonda gerçekleştirildi. Ameliyat öncesi değerlendirmede hastanın genel yapısı (boyu ve ağırlığı gibi), göğüs kafesinin durumu, areola-nipple boyutları ve yeri ile hastanın istekleri gözönüne alındı. Tüm bunlar değerlendirildikten sonra yeni areola-nipple yeri midklaviküler hat üzerinde olmak üzere, sternal çentikten 18-22 cm uzaklıkta olacak şekilde planlandı. Yeni areola-nipple yerinin sternum orta hattına olan uzaklığı 10-13 cm olacak şekilde ayarlandı.

İşaretleme sırasında medial ve lateral fleplerin boyu 4,5 cm olarak tutuldu. Medial ve lateral fleplerin alt köşeleri, meme altı kıvrımı çizgisinin medial ve lateral uçları ile "tembel S" şeklinde çizgiler kullanılarak birleştirildi. Medial ve lateral fleplerin alt köşeleri areolayı da içine alan konveks bir çizgi ile birbirlerine birleştirildi.



Şekil 2: Bir olgunun ameliyat öncesi planlaması.

Tüm ameliyatlar intratrakeal genel anestezi altında, kollar yanlara 90 derece açık ve hasta 45 derece açıyla yarı oturur pozisyonda iken gerçekleştirildi. Cerrahi temizlik ve örtüm sonrası süperomedial pedikül bölgesi dışında her iki memede insizyon yerlerine 1:100.000 lik adrenalin solüsyonu infiltre edildi.

Yeni belirlenen areola hariç, anahtar deliği şeklindeki patern içinde kalan bölüm deepitelize edildi. Lateralde fasyaya kadar deri ve glanda dik bir insizyon yapıldı. Medial taraftaki insizyon ise yine fasyaya kadar, ancak medial flebin lehine hafif oblik yapıldı. Meme altı kıvrımı insizyonu deriye dik yapıldı, alttaki serratus kası fasyasına gelince bu fasyanın ve pektoral kas fasyasının üzerinden meme dokusu

yeni belirlenen nipple seviyesine kadar kaldırıldı. Medial ve lateral fleplerin köşelerini birbirleriyle birleştiren eğri çizginin insizyonu yine deriye dik olarak yapıldı, alt parça çıkartıldı.

Areolar pencerede, saat 12 hizasından başlayan tam kalınlıkta deri ve gland kesisi aşağıya ve laterale oblik olarak indirilerek areolanın lateral kenarından 1 cm uzağına getirildi. Böylece belirlenmiş olan süperomedial pedikül, 2 cm kalınlıkta ve dermoglandüler olarak hazırlandı. Areolar pencerenin lateral tarafında flep için cep hazırlandı ve lateral flebin köşesinden meme ve yağ dokusu eksizeyonu yapıldı. Daha sonra areola-nipple kompleksi yukarı, dışa rotasyonla yeni yerine (areolar pencere içine) getirilerek, anahtar sütürlerle tespit edildi. Merkezde kalan meme kitlesinden gerektiği kadar rezeksiyon yapıldı.

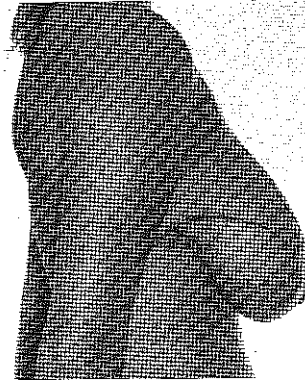
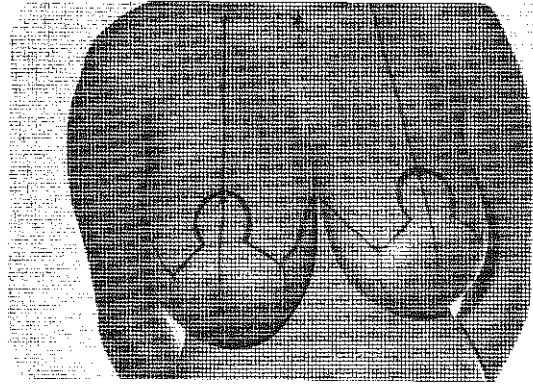
Kanama kontrolünü takiben, medial ve lateral fleplerin önce üst sonra alt köşeleri birbirleriyle deri altı için 4/0 emilebilen, deri için 3/0 ve 4/0 emilmeyen sütürler yardımıyla birleştirildi. 4/0 emilebilen sütürler ile medial ve lateral flepler alt köşelerinden meme altı kıvrımı orta çizgisi ile birleştirilerek konizasyon yapıldı. Her iki memeye yara dışından ve lateralden çıkacak şekilde birer adet vakumlu dren konuldu. Areola sütürleri ise 5/0 emilmeyen sütürler ile yarı gömülü şekilde tatbik edildi. Daha sonra simetri kontrolü ile aynı işlemler diğer memeye uygulandı ve üç gün sonra elastoplast ve drenler çıkarılarak destekleyici sütyen tavsiye edildi.

### SONUÇLAR

28 hastanın toplam 55 memesinde gerçekleştirilen toplam rezeksiyon miktarı meme başına 305 gram ile 1700 gram arasında idi (ortalama 718.47 gram). Gerçekleştirilen areola transpozisyonu ise 5,5 cm ile 16 cm arasında değişiyordu (ortalama 11,04 cm). Ameliyat içi kanama miktarı en fazla 450 cc, en az 200 cc olarak belirlendi (ortalama 325 cc). Hastalar 3 ay-5 yıl arası takip edildi.

Hiç bir olguda areola nipple beslenmesinde problem olmadı. Bir hastanın her iki memesinde erken dönemde yağ nekrozu gözlemlendi; ancak konservatif yaklaşımla tedavi

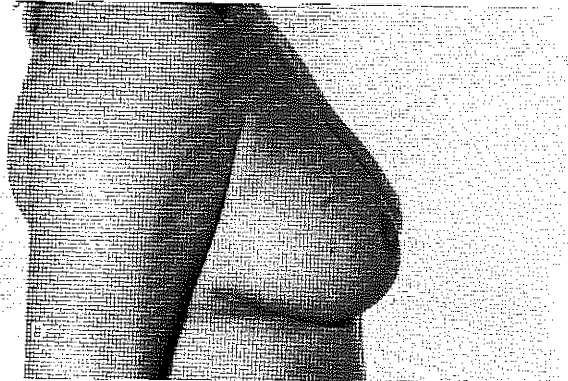
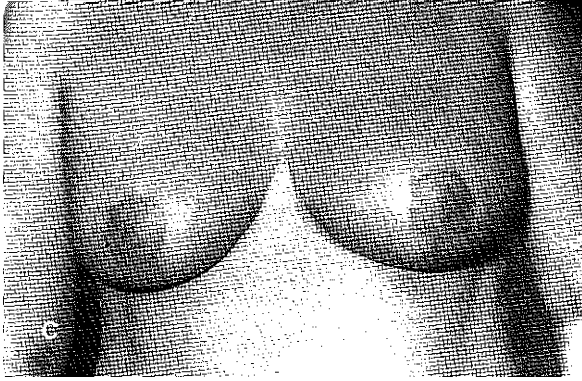
edildi. Aynı hastada geç dönemde sağ tarafta minimal nipple retraksiyonu gözlemlendi. Başka bir hastada geç dönemde her iki meme altı skarlarında hipertrofi ortaya çıktı. Ameliyat sonrası değerlendirilmede, erken dönemde iğne batırma ve hafif dokunma ile az ya da çok oranda areola-nipple duyusunda azalma tespit edildi. 8 aylık takip sonunda hastaların çoğunda (% 80'inde) areola-nipple duyusu normale döndü. Tüm olgularda memenin medialinde dolgunluk sağlandı ve simetrik sonuçlar elde edildi. Sonuçta, elde edilen meme şekli ve boyutları hastalar için tatmin edici oldu.



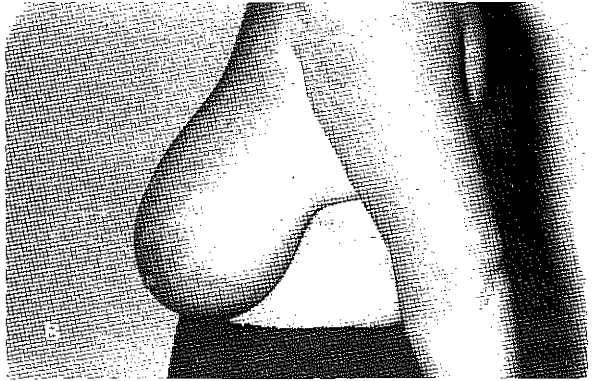
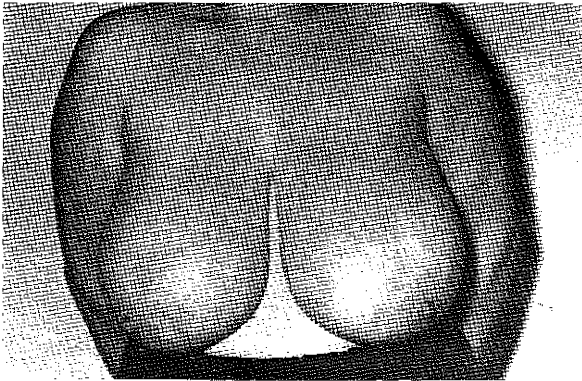
Şekil 3a-b: Ameliyat öncesi ön-arka ve yan görünüm.

### TARTIŞMA

Küçültme mammoplastisinde gözönüne alınacak temel ilkeler; areola-nipple canlılığını korumak, deri ve meme dokusu nekrozunu önlemek, simetriyi sağlamaktır. Bunun yanında, konikal projeksiyonun sağlanması, areola-nipple duyusunun korunması, skarı en aza indirmek diğer dikkat edilmesi gereken unsurlardır. Tüm bunları her türlü şekil ve ölçüdeki memelere,



Şekil 3c-d: Ameliyattan 1 yıl sonra ön-arka ve yan görünüm.



Şekil 4a-b: Bir başka olgunun ameliyat öncesi ön-arka ve yan görünümü. c-d: Ameliyattan 7 ay sonra ön-arka ve yan görünüm.

en az zamanda, en az kan kaybı ile, en basit şekilde uygulamak hedeflenmelidir.

Horizantal bipediküllü yöntemler ile yapılan areola-nipple transpozisyonu sonucunda areola altında fazla miktarda gerginlik oluşmakta, dermal flebin katlanmasında zorluklar meydana gelmektedir. Yine bu yöntem ile areolar retraksiyon sık olarak gözlenir<sup>4</sup>.

Vertikal bipediküllü ve inferior pediküllü yöntemler ile küçültme mammaplasti zaman içinde popülerite kazanmıştır. Ancak bu yöntemlerin dezavantajı geç dönemde yer

çekiminin etkisi ile inferior pedikülün neden olduğu sarkıklık ve projeksiyon kaybıdır. Vertikal bipediküllü mammaplasti zaman kaybettiren bir yöntem olup, hazırlanan flebin inferior kısmı areolanın yaşayabilmesi için gereksizdir ve geç dönemde olumsuzluklar yaratabilir<sup>2,12,14,17</sup>.

Küçültme mammaplastisi ameliyatları 1910 yılından bu yana uygulanmaktadır. 1975 yılında Orlando ve arkadaşları vertikal ve horizontal pedikülleri birleştirerek süperomedial dermal pedikülü tanımladılar<sup>12</sup>.

Daha sonra 1989'da Finger ve arkadaşları süperomedial pedikülle 4100 grama kadar rezeksiyon ve 30 cm ye kadar areola-nipple transpozisyonu gerçekleştirdiklerini yayınladılar<sup>14</sup>.

Küçültme mammaplastisi amacıyla areola-nipple transpozisyonu uygulandığında areola-nipple beslenmesinde güvenilir esastır. Superomedial dermoglandüler pedikül yöntemi ile meme küçültmesi gerçekleştirdiğimiz olguların hiçbirinde areola-nipple beslenmesinde problem olmadı (internal mammarian arter perforatörleri daima pediküle dahil edildi)<sup>15,16</sup>.

Süperomedial dermoglandüler pedikül yönteminde areola-nipple duyusu kısa sürede geri dönmektedir. 4. lateral kütanöz sinir kesilmesine rağmen bu durum 3.,4.,5. anterior kütanöz sinirlerin korunması ile izah edilir<sup>13,17</sup>.

Ameliyat sonunda elde edilen ters T şeklindeki skarın horizontal elemanı meme altına iyi gizlenmektedir. 110 derece açılı modifiye Strömbeck paterni kullanılması ile areola altında gerginlik olmadan kapatma sağlanır ve bu durum skarın vertikal elemanına olumlu yönde katkıda bulunur.

Bu yöntem ile lateralden istenilen miktarda rezeksiyon yapılabilen ve medial dolgunluk korunabilmektedir. Ayrıca, pedikülün superior bölümünün geç dönemde projeksiyon kaybını önleyebileceği söylenebilir.

Bir diğer avantaj ise iki taraflı küçültmenin yaklaşık ikibuçuk saat sürmesidir. Basit ve hızlı bir yöntem olması nedeniyle ameliyat sırasında fazla kan kaybı olmamaktadır.

Süperomedial dermoglandüler pedikülle küçültme mammaplastisi çok yönlü bir yöntemdir, meme büyüklüğü ve sarkıklığı arttıkça areola-nipple kompleksinin yukarı dışa rotasyonu kolaylaşmaktadır. Ancak bu tür olgularda medial elemanın normalden biraz daha geniş tutulması tavsiye edilebilir.

Sonuç olarak, bu yöntem büyüklük ve sarkıklık ne derece olursa olsun güvenle kullanılabilen, göreceli olarak basit bir yöntemdir.

*Dr. M. Nebil Bozdoğan  
Kennedy Cad. 90/1  
Gaziosmanpaşa/ANKARA*

#### KAYNAKLAR

1. Bostwick, W. III: Breast Reduction'in Aesthetic and Reconstructive Surgery. St Louis: Mosby, 1983.
2. Georgiade, N.G., Serafin, D., Riefkohl, R., Georgiade, G.S. Is there a mammaplasty for "all seasons" Plast. Reconstr. Surg. 63: 765, 1979.
3. Strömbeck, J.O. Mammaplasty: A report of a new technique based on the two pedicle procedure. Br. J. Plast. Surg. 13: 79, 1961.
4. Mc Kissock, P.K. Reduction mammaplasty with a vertical dermal flap. Plast. Reconstr. Surg. 49: 245, 1972.
5. Weiner, D.L., Aiache, A.E., Silver, L., Tittinanondo, T. A single dermal pedicle for nipple transposition in subcutaneous mastectomy, reduction mammaplasty, mastopexy. Plast. Reconstr. Surg. 51: 115, 1973.
6. Pitanguy, I. Surgical treatment of breast hypertrophy. Br. J. Plast. Surg. 20: 78, 1967.
7. Arons, M.S. Reduction of very large breasts: The inferior technique of Robertson. Br. J. Plast. Surg. 29: 137, 1976.
8. Robins, T.H. A reduction mammaplasty with the nipple areola based on an inferior dermal pedicle. Plast. Reconstr. Surg. 59: 64, 1977.
9. Skoog, T. A technique of breast reduction: Transposition of the nipple on a cutaneous vascular pedicle. Acta Chir. Scand. 126: 453, 1963.
10. Hugo, N.E., Mc Clellan, R.M. Reduction mammaplasty with a single superiorly pedicle. Plast. Reconstr. Surg. 63: 230, 1979.
11. Conroy, W.C. Reduction mammaplasty with a maximum superior subdermal pedicle. Ann. Plast. Surg. 2: 189, 1979.
12. Orlando, J.C., Futhrie, R.H. The superomedial dermal pedicle for nipple transposition. Br. J. Plast. Surg. 28: 42, 1975.
13. Hauben, D.J. Experiences and refinements with the superomedial dermal pedicle for nipple transposition in reduction mammaplasty. Aesthetic Plast. Surg. 8: 189, 1984.
14. Finger, R.E., Vasquez, B., Drew, S.G., Given, S.K. Superomedial pedicle technique of reduction mammaplasty. Plast. Reconstr. Surg. 83: 3, 1989.
15. Maliniac, J.W. Arterial blood supply of breast. Arch. Surg. 47: 329, 1943.
16. Edholm, P., Strömbeck, J.O. Influence of mammaplasty on the arterial supply to the hypertrophic breast: Angiographic studies before and after operation. Acta. Chir. Scand. 341: 71, 1965.
17. Craig, R.D.P., Sykes, P.A. Nipple sensitivity following reduction mammaplasty. Br. J. Plast. Surg. 23: 165, 1970.
18. Balch, C.R. The central mound technique for reduction mammaplasty. Plast. Reconstr. Surg. 67: 305, 1985.