

ve patolojik olarak selim lezyonlardır. Lokal invaziv lezyonlar olup, geniş eksizyon ile tedavi edilebilmektedir.^{4,5}

Gardner sendromunda poliplerin taşıdığı yüksek oranda malignleşme potansiyeli erken tanıyı önemli kılmaktadır. Ancak poliplerin semptomatik hale gelip tanı konulabilmesi hastalığın ilerleyen dönemlerinde olmaktadır. Fakat intestinal polipler dışındaki klinik tablolar daha önce ortaya çıktıkları için erken tanıda çok önemlidirler. Bu noktada erken evrede tanı konulup, genel cerrahi kliniklerine yönlendirilip, zamanında tedavi edilmesinde plastik cerrahi klinikleri önemli yer tutmaktadır. Erken evrede takibe alınıp, kontroller sonrasında poliplere uygun ve zamanında müdahale ile malignensi gelişimi önlenabilir. Böylece hastaların yaşam süresi ve kalitesinin artırılması sağlanabilmektedir.

Dr. Serdar YÜCE
Şehit Cevdet Özdemir Mah. 20. Sok. 7/9
4. Cad. Öveçler 06450
Çankaya, ANKARA

JİNEKOMASTİ TEDAVİSİNDE CERRAHİ EKSİZYON-LIPOSUCTION KOMBİNASYONU: KLİNİK DENEYİMLERİMİZ

Mübin HOŞNUTER, Eksal KARGI, Bülent TEKEREKOĞLU, Cem PAYASLI, Ahmet IŞIKDEMİR

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Sayın Editör;

Erkek memesinin aşırı büyümesi olarak tanımlanan jinekomasti, adolesan döneminin sık görülen bir meme hastalığıdır. Meme büyümesi yağ, deri, meme parankimi artışı veya bunların kombinasyonu şeklinde olabilir. Genelde bening karakterdedir ve yaklaşık %75'i idiyopatikdir. Puberte ve yenidoğanda fizyolojik olabilmektedir. İnsidansı %32-65 arasında değişen bu hastalık, cinsel kimliğin şekillendiği adolesan dönemde psikolojik rahatsızlıklara yol açabilmektedir¹. Çeşitli sınıflandırmalar kullanılmakla beraber Simon jinekomastiyi; grup 1 : minor meme büyüklüğü, grup 2A : orta meme büyüklüğü, grup 2B : minor deri fazlalığı + orta meme büyüklüğü, grup 3 : deri fazlalığı + gross meme büyüklüğü olarak 3'e ayırmıştır. Jinekomastide ağrı, rahatsızlık hissi hastanın günlük yaşamını etkiliyor ve altta yatan bir patoloji de yoksa cerrahi tedavi endikedir². Cerrahi tedavide ise eksizyon, liposuction ve her ikisinin kombinasyonu uygulanabilir³.

2001-2004 tarihlerinde kliniğimize jinekomasti nedeni ile başvuran 9 hastaya nipple-areolar transpozisyon ve liposuction tekniğini uyguladık

KAYNAKLAR

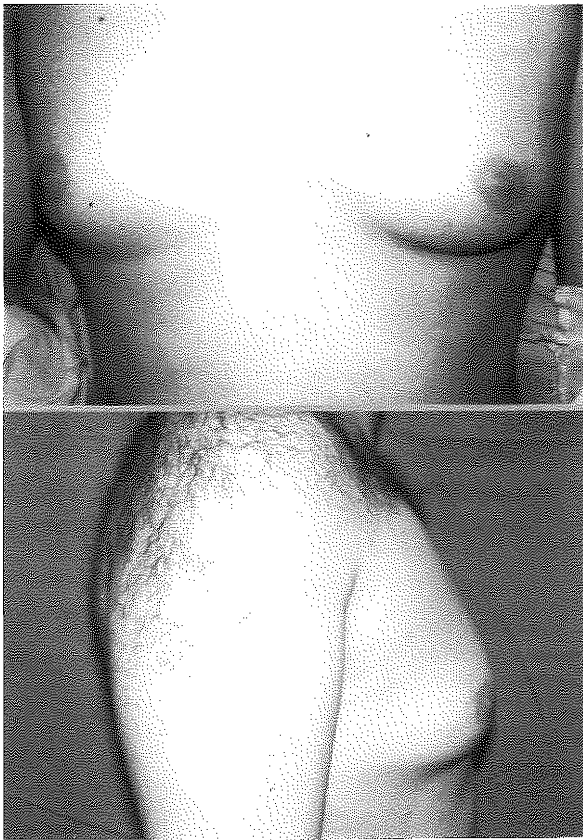
1. S. M. Herrmann and Y. D. Adler: The concomitant occurrence of multiple epidermal cysts, osteomas and thyroid gland nodules is not diagnostic for Gardner syndrome in the absence of intestinal polyposis: a clinical and genetic report. *British Journal of Dermatology* 2003; 149: 877-883.
2. Hauck RM, Manders EK: Familial syndromes with skin tumor markers. *Ann. Plast. Surg.* 1994; 33: 102-111.
3. Katou F, Motegi K, Baba S: Mandibular lesions in patients with adenomatosis coli. *J. Craniomaxillofac. Surg.* 1989; 17: 354.
4. K. Jones, P. Korzcak: The diagnostic significance and management of Gardner's syndrome. *British J. of Oral and Maxillofacial Surg.* 1990; 28: 80-84.
5. Schusterman MA: The role of the plastic surgeon in the treatment of Gardner's syndrome: a report of two cases. *Ann. Plast. Surg.* 1990; 25: 412-416.

(Tablo1). Opere ettiğimiz hastalarda sınıflandırmada Simon sınıflamasını kullandık. Preoperatif olarak glanduler rezeksiyon alanı ve liposuction alanları ayrı memeler üzerinde işaretlendi. Kanülün girdiği iki insizyondan birincisi anterior aksiller çizgiden, ikincisi mammarian sulkus'un sağ yanından açıldı. Bu teknikle total meme alanından iyi suction sağlandı ve liposuction tünelleri çaprazlaştığından dolayı glanduler doku etrafındaki alanın yüzeyi homojen olarak göğüs kasları üzerine oturdu. Böylece rezeksiyon miktarı ve yeri çok daha net olarak ortaya çıktı. Eksizyonlarda bir grup hastada nipple areola kompleksinin her iki yanında saat 3 ve 9 hizalarına kadar uzanan superior semisirküler insizyon yapıldı. Altta pektoral kas fasyası üzerindeki plandan memenin üst sınırına kadar disseke edildi. Pektoral fascia intakt bırakıldı. Glanduler doku rezekte edilirken depresyonu önlemek amacıyla nipple-areolar bölgenin altında 3-4 cm kalınlığında meme dokusu kalmasına özen gösterildi. Bir hastamızda postoperatif rezidüel meme dokusu kalması dışında başka bir komplikasyona rastlanmadı.

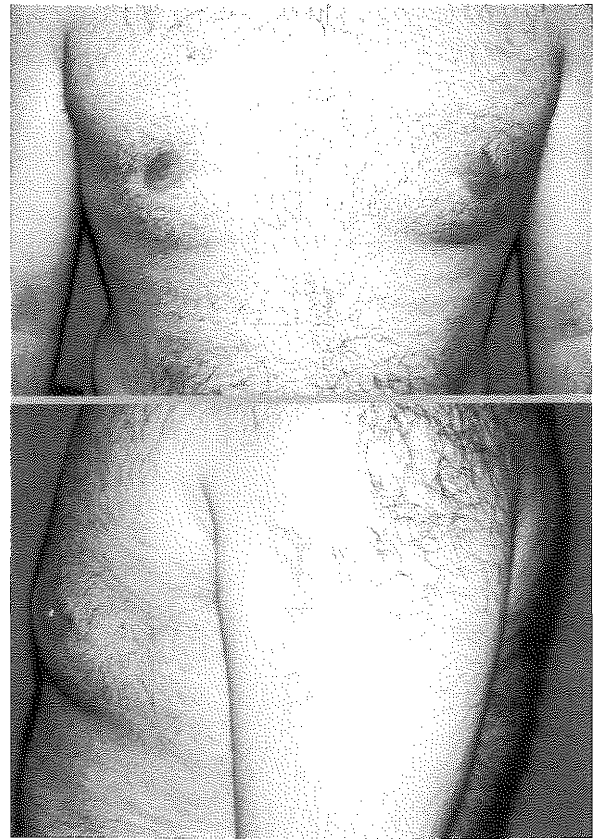
Hastaların memnuniyeti ve memelerin postoperatif

Tablo 1: Vakaların yaş, etyoloji, klasifikasyon, uygulanan cerrahi teknik, komplikasyon ve memnuniyet açısından karşılaştırılması. (Memnuniyet de 1: Hastanın kendi memnuniyeti açısından verdiği puan, 2: Operasyonu yapan doktorun değerlendirmelerinde verdiği puan ve 3: Tarafsız gözlemcinin verdiği puandır.)

Vaka	Yaş	Etyoloji	Klasifikasyon	Cerrahi Teknik	Komplikasyon	Memnuniyet		
						1	2	3
1	27	İdiopatik	Grade 2B	Kresentrik eksizyon + liposuction	-	5	4	5
2	29	İdiopatik	Grade 2B	Letterman tekniği + liposuction	-	4	4	5
3	24	İdiopatik	Grade 2A	Kresentrik eksizyon + liposuction	-	5	5	4
4	35	İdiopatik	Grade 2B	Kresentrik eksizyon + liposuction	-	5	4	5
5	33	İdiopatik	Grade 2B	Letterman tekniği + liposuction	-	5	5	5
6	28	İdiopatik	Grade 2A	Kresentrik eksizyon + liposuction	-	4	5	4
7	28	İdiopatik	Grade 2A	Kresentrik eksizyon + liposuction	-	5	4	5
8	41	İdiopatik	Grade 3	Letterman tekniği + liposuction	Rezidüel meme dokusu	4	5	4
9	27	İdiopatik	Grade 2B	Kresentrik eksizyon + liposuction	-	4	4	5



Şekil 1: Üst resim: Grade 2A jinekomaсти nedeni ile opere edilen hastanın preoperatif önden görünüşü. Alt resim: Hastanın preoperatif sağ yan görünüşü



Şekil 2: Üst resim: Hastanın postoperatif 6 ay sonra önden görünüşü. Alt resim: Hastanın postoperatif 6 ay sonra sol yan görünüşü

estetik görünümleri skorlanarak değerlendirildi. Bu amaçla 1 ile 4 arasında puan verilerek skorlama yapıldı. Skorlamada 1- kötü, 2- orta, 3 iyi, 4 çok iyi olarak derecelendirildi (Tablo1). Bu kombine tekniği tercih etmemizin sebepleri arasında; gerektiğinde deri eksizyonu yapılabilmesi, liposuction tünellerinin glanduler doku eksizyonunu kolaylaştırması, çok daha homojen şekilli ve engebesiz bir meme yüzeyi elde edilmesi, nipple-areolar bölge depresyonlarının olmaması sayılabilir (Şekil 1,2).

Jinekomastide ilk cerrahi tedavi Paulus ve Aegina tarafından tanımlanmıştır. Webster'in intraareolar insizyonu, inferior periareolar insizyon, transvers nipple areola insizyonu, süperior kresentrik eksizyon, transaksiller insizyon, Letterman tekniği ve free nipple greft prosedürü uygulanan belli başlı tekniklerdendir. Tüm bu farklı yaklaşımların primer amacı skar sayısından ve boyutundan kaçınmak, sensitif fonksiyonu korumak ve memenin santral estetik ünitesini sağlam bırakmaya çalışmaktır. 1970 sonlarında ise Illouz jinekomasti tedavisinde liposuction'ı tanımlamıştır⁴. Liposuction tekniği ile nipple areolar kompleks nekrozu, depresyon deformitesi, kontur irregülaritesi gibi birçok komplikasyon engellenebiliyor ve ayrıca subkutan bağlantılar da intakt kalıyordu. Liposuctionda glanduler doku eksizyonunun gerçekleştirilememesi ve diffüz yağ doku artışı olan memelere uygulanabilmesi, açık tekniklerde ise skar formasyonu oluşması ve kontur

düzensizlikleri cerrahi sınırlamaktadır. 1983 yılında ise Perlman ve Teimourian ilk kez açık eksizyon ve liposuction kombinasyonunu jinekomasti tedavisinde tanımlamışlardır⁵.

Tüm bu gelişmeler sonucunda görülmüştür ki değişik teknikler olmakla beraber jinekomastinin her formuna etkili bir teknik yoktur. Uyguladığımız bu kombine yöntemin iyi estetik sonuç ve yüksek hasta memnuniyeti ile jinekomastide son derece etkili bir tedavi yaklaşımı olduğu kanaatini taşımaktayız.

*Dr. Mübin HOŞNUTER
ZKÜ Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi A.D.
67600 Kozlu, ZONGULDAK*

KAYNAKLAR

1. Peter McKinney. Gynecomastia, Sherrell J. Aston. Grabb and Smit'S Plastic Surgery. Philadelphia, Lipincott - Raven, 753: 1997.
2. Braunstein GD. Gynecomastia. N Engl J Med. 328: 490-5, 1993.
3. Mladick, R. A. Lipoplasty as an adjunctive procedure: Gynecomastia. Perspect. Plast. Surg, 18: 815, 1991.
4. Illouz Y-G. Body contouring by lipolysis: a 5-year experience with over 3000 cases. Plast and Reconst Surg, 72: 591-7, 1983.
5. Lewis CM. Lipoplasty: treatment for gynecomastia. Aesthetic Plast. Surg, 9: 287-92, 1985.