

BÜYÜK VE PİTOTİK MEMELERDE McKISSOCK YÖNTEMİ İLE REDÜKSİYONUN AVANTAJLARI (MEME REDÜKSİYONU)

Nazım DURAK, Fuat YÜKSEL, Erol KIŞLAOĞLU

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Servisi

ÖZET

Büyük ve sarkık memelerin redüksiyonunda esas amaç, mümkün olduğunca az skar bırakarak güzel görünümlü memeler elde etmektir. Bunun için de, izlerin lateralde bırakıldığını veya verdikal, ters T şeklinde izlerin kaldığı meme redüksiyonları yapılmaktadır. Büyük memelerde, meme ucu canlılığını riske atmadan güzel görünüm elde etmek amacıyla, meme ucu-midklavikuler hat uzunluğunun 25cm'i aştığı büyük memeli 28, hastada, McKissock yöntemi ile redüksiyon uygulandı.

En az 6 ay süreli takip sonunda, kozmetik açıdan arzu edilen ideal görünümlü elde edildiği, erken ve geç komplikasyonların kabul edilebilir düzeyde geliştiği gözlemlendi. Fleplerin hazırlanması sırasında konservatif kalmanın komplikasyon oranlarını azalttığını; bu nedenle oluşan deformitelerin ise küçük cerrahi girişimlerle düzeltilebileceği sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler : Meme redüksiyonu, McKissock yöntemi.

SUMMARY

ADVANTAGES OF McKISSOCK TECHNIQUE IN REDUCTION OF LARGE AND PROTIC BREASTS

Background and design: The main purpose in reduction of large and protic breasts is to create good looking breasts with minimal scar lines on them. It is very hard to obtain good looking in large breasts without the risk of nipple necrosis with methods leaving scars laterally or in a verdikal reversed T shape. In the study, 28 patients with large breasts including a midclavicle-nipple distance exceeding 25 cm were operated by using McKissock technique.

Results and conclusion: After a follow-up period of at least 6 months, cosmetically favorable breasts and considerably low rates of early and late complications were observed. Also, it was concluded that conservative approaches in flap designs would decrease the incidence of complications and minimal deformities appeared at the end could be corrected by local operative procedures.

Key words: Reduction mammoplasty, McKissock technique.

GİRİŞ

Güzel görünüm üzerinde etkin bir rol oynayan memeler, normal kabul edilen ölçüler dışına taşındığında, o oranda güzellik ve çekiciliğini yitirir ve problem olan bir organ haline dönüşür. Normal dışı meme büyümeleri, hipertrofiler, makromastiler ve daha da ötesinde gigantomastiler olarak sınıflandırılırlar.

Uzun ve tarihsel gelişiminden sonra 20 yy. başında, Biesenberger (1) ve Schwarzman (2) modern meme redüksiyonunda gerekli esasları ortaya koymuştur. Strömbeck'in (3) 30 yıl sonra geliştirdiği modifikasyona kadar yaygın kabul görülmüştür. Strömbeck dermal köprü kavramını geliştirerek güvenli meme ucu transpozisyonu sağlamıştır.

Horizontal dermoparankimal köprü ile flep canlılığın yüksek olması yöntemi prototip haline getirilmiştir. Aynı temele dayalı ancak modifiye veya farklı yaklaşımlı teknikler pitungay, McKissock, Skoog ve Regnault gibi cerrahlartarafından uygulanmıştır (4-6). Meme redüksiyon teknikleri, rezeksiyon yeri, pedikül pozisyonu ve insizyonun yerine göre grublandırılabilirler. Medialde insizyonların olmadığı teknikler "lateralizasyon" yöntemleri olarak adlandırılırlar. Nipple-areola kompleksini taşıyan teknikler pedikülün pozisyonuna göre, horizontal, superior, inferior veya biriverdikal dermal pediküllü veya serbest greft olarak sınıflandırılırlar.

METARYAL METOD

1991-1994 yılları arasında 28 hastaya McKissock yöntemi ile meme redüksiyon amaliyatı uygulandı. Olguların yaşı 18-56 arasında değişmekteydi.

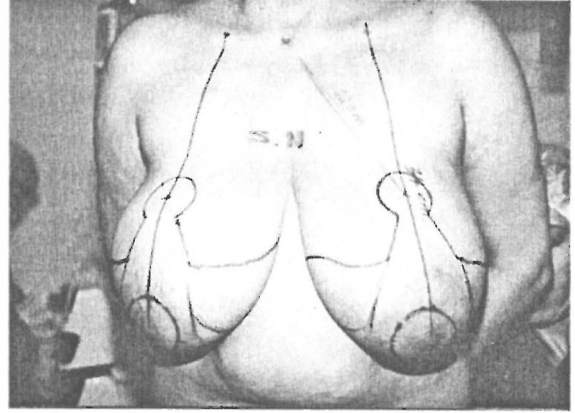
Amaliyat öncesi tüm hastalarda tıbbi anamnez alındı ve genel fizik muayene yapıldı. Ameliyatların en az 10 gün öncesinden aspirin ve oral kontraseptif ilaçların alınmaması tavsiye edildi.

Opere edilecek tüm memeler titizlikle değerlendirildi. Ağrı, duyarlılık, ele gelen kitleler ve meme ucu akıntısı olup olmadığı araştırıldı. Gerekteğinde mammografik tetkiler istendi. Şişman hastalarda, sadece memeyi küçültmenin hastanın kendi hakkındaki imajını değiştirmeyeceği düşüncesinden hareketle öncelikle

bir diyet programı uygulayarak kilo vermeleri sağlandı.

Hastalara ameliyatları, insizyon yerleri ve izler hakkında önceden bilgi verildi. Ameliyatla meme alt kadranındaki strialarının geçmeyeceği söylendi.

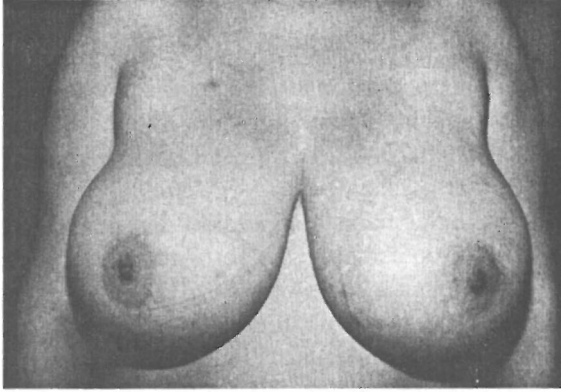
Ameliyat öncesi tüm olgular oturur pozisyonda değerlendirildi. Meme uçlarının midklaviküler, subrasternal çentik ve midsternal hattın olan uzaklıkları kaydedildi. Meme ucundan midklavikuler hatta olan uzaklık 25 ile 35 cm arasında değişmekteydi (ortalama 27 cm). İframammarial kıvrımına konulan el yardımıyla, meme ucunun transpoze edileceği yeni yer belirlendi. Belirlenen yerlerin midklavikuler hatta uzaklığı 18-24 cm, midsternal hatta uzaklığı 11-13 cm olarak tesbit edildi. Yeni areolar bölgenin çapı 5 cm. olarak belirlenerek çizim yapıldı. Medial ve lateral flep uzunlukları 5 cm olarak belirlendi. Bu noktalardan itibaren medial ve laterale doğru tembel S şeklinde çizim yapıldı. İframammarial çizgiden areolar pencerenin 1 cm içine girecek şekilde 5 cm eninde dermal pedikül belirlendi. Çizimlerden sonra hastaların resimleri çekildi (Resim 1a, 2a).



Resim (1a) : Ameliyat öncesi

Hastalar genel anestezi ile uyutulduktan sonra areolar pencere ve vertikal dermal flep bölgesi dezepitelize edildi. Dermal pedikülün, her iki tarafından dik olarak pektoral fasyaya kadar insizyon yapıldı. Vertikal dermal redikülün 1/2 üst bölümü, 2 cm kalınlıkta doku bırakacak şekilde rezeksiyon yapılarak pedikül inceltildi. Medial ve lateral flepler altında kalan bölgeler eksize edildi. Flep altında kalan dokular da çıkarılarak inceltme işlemi yapıldı. Dermal pedikül katlanarak areolar yapı yeni yerine transpoze edildi. Medial ve lateral flepler orta

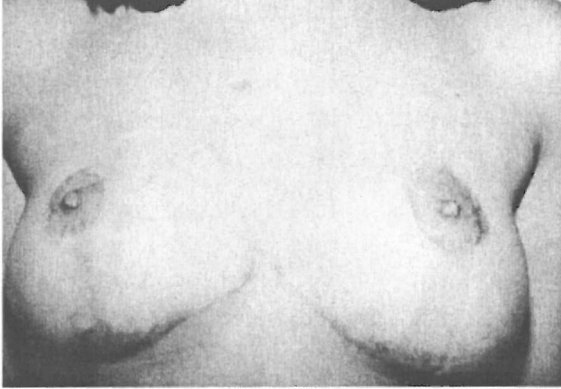
hatta getirilerek tesbit edildi. Her memeye ayrı olarak birer adet hemovak drenle kapalı sistem drenaj uygulandı. Drenler, insizyon hattı dışında bir bölgeden çıkarıldı.



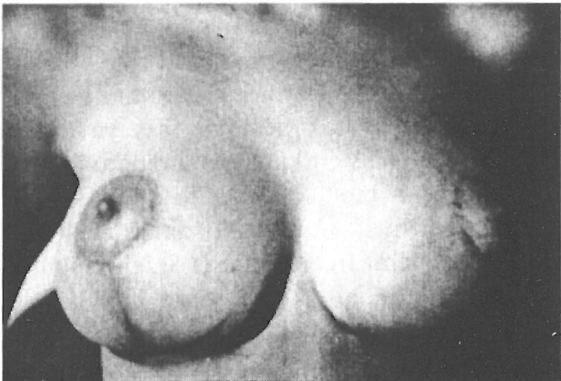
Resim (2a) : Ameliyat öncesi

Cilt altı 3/0 katgüt, cilt 4/0 prolen suture ile infrakütanöz olarak sütüre edildi. Meme, üst ve alt çevresi desteklenecek şekilde steril pansuman materyali ile sarıldı. Hastalar ameliyat sonrası en az 6 ay süre ile takip edilerek resimleri çekildi (Resim 1b, 2b).

Erken ve geç komplikasyonları belirlenerek kaydedildi.



Resim (1b) : Ameliyat sonrası



Resim (2b) : Ameliyat sonrası

Resim 1,2. Hipertrofik memeli iki olgunun

- Ameliyat Öncesi
- Ameliyat sonrası Görünümleri

BULGULAR

McKissock yöntemi ile uyguladığımız meme redüksiyon olguların erken dönem takiplerinde 1 olgunun hematoma, 1 olguda meme ucu nekrozu, 2 olguda flep uçlarında minimal nekroz, 1 olguda yağ nekrozu 1 olguda da enfeksiyon tespit edildi. Yeterli drenaj, antibiyotik tedavisi ve periyodik pansumanlarla bu olgulardan kısa dönemde olumlu sonuçlar alındı.

Hastaların uzun süreli takiplerinde 2 olguda meme ucu retraksiyonu, 2 olguda meme-areola kompleksinde malpozisyon gözlemlendi. 7 olguda insizyon yerlerinde hipertrofik skar gelişti. Bu hastalara silastik jel sheeting uygulandı ve tatmin edici sonuçlar elde edildi. Duyu algılama tüm olgularda farklılık göstermekle birlikte 6 olguda kalıcı hipoestezi, 1 olguda da erektilite kaybı izlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Komplikasyonlar

<i>Komplikasyonlar</i>	<i>Olgu Sayısı</i>
Meme ucu reaksiyonu	2
Meme-areola kompleksinde malpozisyon	2
İnsizyon hattında hipertrofik skar	7
Hipoestezi	6
Erektilite kaybı	1
Toplam	18

Olgularımızda dikkat çeken bir başka konu da, doku rezeksiyon miktarı arttıkça komplikasyon oranlarının artmasıdır. 750 gr'dan fazla doku çıkarılan 20 hastada komplikasyon görülme oranı %5 olarak tespit edilirken, rezeksiyon miktarı 750 gr dan az olan 18 olguda komplikasyon oranı %2 olarak tespit edildi .

Tüm olgularda tatmin edici sonuçlar elde edildi. Oniki olguda inframammial insizyon hattında "liposuction" işlemine, 6 olguda da lateral bölgelerden doku eksizeyonuna gerek duyuldu.

TARTIŞMA

Meme küçültme işlemi kozmetik ve rekonstrüktif cerrahi içinde, eşit önemde yer alan bir bölümdür. Her ne kadar bu işlemde esas, ağırlık ve kitle redüksiyonu olarak görülse de, estetik görünüm sağlanması aynı derecede önemlidir. Günümüze kadar geliştirilen hemen tüm tekniklerde kitle redüksiyon sağlanabilmektedir. Artık en üst düzeyde fonksiyonel ve estetik sonuç elde etmek için, daha titiz ve geliştirilmiş modifiye teknikler uygulanmaktadır (8, 9).

Her meme redüksiyonu olgusunda aynı cerrahi tekniği ideal olarak görmek yanlıştır. Lateralizasyon yöntemlerinde meme yapısında minimal bozulma olur. Meme altında skar bulunmaz. Ancak bu yöntemler, hafif derecede büyük ve pitotik memelerde uygulanabilmektedir (10,11). Tek pediküllü yöntemler ise, meme ucu-areola kompleksi için hareket serbesliği sağlarsa da, meme ucu nekrozu önemli bir risktir. Meme ucu yaşamının daha güvende olduğu bipediküllü tekniklerden Strömbec yönteminde ise, pedikülde üst düzeyde dolaşım vardır. Bu nedenle meme ucu nekrozu son derece az görülür. Ancak bu yöntemde, pedikül hareketi sınırlıdır ve tabanları, flebi aşağıya çeker. Bu durum meme ucunun aşağıya bakmasına ve memede şekil bozukluğuna neden olur. Oysa McKissoc tekniğinde, güvenle çok iri memelerde redüksiyon işlemi yapılabilmektedir. Bu tekniğin meme ucu-areola yapısının beslenmesi sağlayacak vaskülarize dermal parankimal pediküle sahip olması; yeterli meme ucu transpozisyonu için pedikülün rahatlıkla mobilize edilebilirliği; rezeke edilecek medial, orta ve lateral meme dokusuna iyi ekspozur sağlanması; her meme için yan fleplerin şekillendirilmesinde estetik oluşturması gibi üstünlükleri vardır. McKissoc, Robins, Strombeck, Regnault, modifiye Regnault ve serbest nipple gibi 6 farklı meme küçültme yöntemi arasında, subjektif bir karşılaştırma yapan Hagfu, en iyi nipple-areola pozisyonunun McKissoc yönteminde elde edildiği açıklanmıştır (12).

Redüksiyon amaliyatlarında, meme yapısının en iyi kopenenti olan meme ucu ve areolanın canlılığını koruması esastır. McKissoc, yönteminde, verdikal dermal pedikülün beslenmesi esas olarak parankimal perforan damarlarla sağlanmaktadır. O nedenle en azından inferior

pedikülün parankimasının sağlam bırakılmasında yarar vardır. İleri derecede sarkık meme ucu-midklavikuler hat arası uzaklığın 35cm ve üzeri olduğu, özellikle meme dokusunun az, meme cildinin elastikiyetini kaybettiği yaşlı hastalarda, verdikal dermal pedikülün dermal pedikülün meme ucu-areola kopleksinin besleyeceğinden şüphe duyulmalıdır. Bu olgularda, inferior pedikülün tabanını geniş tutmakta, flebi pektoral fasfaya bağlayan parankimayı sağlam bırakmaktayız. Bu olgularda yeterli redüksiyon olmasada meme ucu güvenliğini sağlamaktayız. Gerekirse bir sonraki seansta inceltme amacı ile revizyon uygulanabilmektedir.

Meme redüksiyonunda medial ve lateral fleplerin altında kalan üçgen dokunun eksizyonu çoğu zaman yeterli olmaktadır. O nedenle, bu fleplerden medial, ve superiora doğru gerektiği kadar inceltme işlemi yapılmalıdır

Olgularımızda, flep güvenliği açısından diseksiyonlarda flep lehine hareket etmekte ve Wise paterni açısından dar tutmaktayız. "Dog ear" oluşmaması için, flebi riske atmak yerine, bir sonraki seansta revizyon işlemi planlamakta yarar görmekteyiz. Hangi yöntemle yapılırsa yapılsın meme redüksiyonu majör amaliyatlardan biridir. O nedenle beraberinde çok sayıda komplikasyonlar görülebilir. Hematom riskini ekarda etmek için titiz hemostaz yanında, en az iki gün süreli kapalı sistem drenaj uygulanmalıdır. Flep üzerindeki cildin nekrozu önlemek, insizyon hattındaki gerilimi gidermek ve buna bağlı hipertrofik skar insidansın azaltmak için cilt altı dikişlerin sık olarak konulması yarar sağlamaktadır

Sonuç olarak, meme ucu-midklavikuler hat uzunluğunun 25 cm ve üzerinde olan iri memelerde, ideal meme redüksiyonunun McKissoc yöntemi ile güvenli bir şekilde sağlanabileceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Biesenberger, H: *Eine neue Methode der Mammaplastik. Zentralrabl.f. Chir.*, 57: 2971, 1930
2. Schwarzmann, E: *Die Technik der Mammaplastik. Chirurgica* 2:930, 1930

3. Strömbeck JO: Mammoplasty: report of a new technique based on a two-pedicle procedure. *Br J Plast Surg*. 13:79, 1960
4. Pitanguy I.: Breast reduction and pitotitis. In Georgiade, N. G. (Ed.): *Aesthetic breast Surgery*. Baltimore, Williams & Wilking Company 1983, p. 247
5. McKissoc PK: Reduction Mammoplasty by the vertical bipedicle flap technique: rationale and results. *Clin Plast Surg* 3:309, 1963
6. Soog T: A technique of breast reduction: transposition of the nipple on a cutaneous vascular padicle. *Acta Clir Scand* 126:453, 1963
7. Regnault P: Reduction mammoplasty by the "B" technique. *Plast Reconstr Surg* 53:19, 1974
8. Reno WT: Rediction mammoplasty with a circular folded pedicle technique. *Plast Reconst Surg* 90:65, 1991
9. Raffet B: Technique for correction of areola misplacement wiht no new scars. *Plast Recoonstr Surg* 88:895, 1991
10. Felico Y: Periareoler reduction mammaplasty *Plast Reconstr Surg* 88:789, 1991
11. Yousif NJ, Larson DL: Ellimination of the verdikal scar in reduction mamaplasty. *Plast Reconstr Surg* 89:459, 1992
12. Hang-fu L: Comparision of six different reduction mammoplasty procedures. *Aesthetic Plas Surg* 15:297, 1991

Yazışma Adresi :

Dr. Nazım DURAK,
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik
ve Rekonstr. Cerrahi Servisi
Kadıköy / İSTANBUL