

GIGANTOMASTIA – CORECȚIE CHIRURGICALĂ

Camelia Tamaș, L. Popa, C. Stănescu, A. Burlacioc, R. Niță, S. Shaukat.

Clinica de Chirurgie Plastică și Reconstructivă

Spitalul Clinic de Urgențe Iași

Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

GIGANTOMASTIA – SURGICAL TREATMENT (Abstract): We discuss the aesthetic reconstruction of giant breasts in 7 cases, operated between 2000-2006. All our patients were young (age 23-35 years old) and presented very large breasts comparing with their body shape. We used, as main technique, the preservation of the inferior glandular flap because this procedure allowed us to obtain a better shape of the breast and a better symmetry. Some of our patients had special problems as: skin colour (two cases from Sudan), psoriasis (one case) or local dermatitis (two cases) that could influence the evolution of the surgical wound.

KEY WORDS: GIGANTOMASTIA

Correspondență: Dr. Camelia Tamaș, Clinica de Chirurgie Plastică și Reconstructivă, Spitalul Clinic de Urgențe Iași, str. Gen. Berthlot, nr. 2, Iași; e-mail: nita_radu2002@yahoo.com*

INTRODUCERE

Sânii hipertrofici necesită corecție chirurgicală atât din motive estetice cât și în scop funcțional; gigantomastia este o afecțiune invalidantă: pacientele prezintă frecvent devieri ale coloanei vertebrale, hiperpigmentări sau dermite de contact la nivelul tegumentelor din vecinătatea șanțului submamar, vergeturi, iar depistarea clinică a unor eventuali noduli în acest volum uriaș de țesut devine practic imposibilă. Pentru a adopta poziția verticală, cât și pentru ușurarea mersului, ele sunt nevoite să utilizeze sisteme de contenție complicate și greoaie. O viață și activitate normale sunt greu de imaginat în astfel de condiții. Amprenta bolii asupra psihicului nu este de neglijat.

Primele tehnici chirurgicale destinate corecției gigantomastiei s-au inspirat din mamoplastii de reducere folosite pentru ginecomastie [1] sau din operații adresate tumorilor mamare benigne și care utilizau incizii în șanțul submamar, cu scopul de a obține rezultate cât mai bune din punct de vedere estetic (Dr. Gaillard Thomas, New York, 1882; Czerny, 1895) [2]. Numeroși chirurghi au contribuit la dezvoltarea acestor tehnici și la extinderea lor de la sânii ptozați sau cu hipertrofii minore, la sânii giganți.

Un moment crucial în chirurgia de modelare a sânilor hipertrofici îl constituie descoperirea tehnicii de transpoziție a complexului areolo-mamelonar (CAM) atribuită de mulți autori lui Morestin (1909), dar publicată pentru prima dată de Auber (1923) [3]. Posibilitatea tehnică de a conserva rețeaua vasculară care alimentează CAM cât și cea de a utiliza CAM ca o grefă liberă, au permis excizii largi, cu eliminarea unor volume tisulare mari și obținerea unor sâni simetrici, adaptați tipului constituțional și dimensiunilor fiecărei paciente.

Au fost descrise tehnici de excizie cu conservarea vaselor craniale (pedicul superior) sau a celor caudale (pedicul inferior), dar și lambouri bi-pediculate transportoare pentru CAM, fiecare cu avantaje și dezavantaje. Această multitudine de intervenții chirurgicale oferă operatorului posibilitatea de a alege metoda cea mai potrivită pentru fiecare pacientă, cea care conduce la rezultatul cel mai bun.

* received date. 20.05.2006
accepted date: 28.05.2006

MATERIAL ȘI METODĂ

Am operat 7 paciente cu gigantomastie, cu vârste cuprinse între 23-35 ani.

În cadrul evaluării preoperatorii am realizat o anamneză amănunțită pentru a stabili eventuale cauze ale bolii: antecedente heredo-colaterale (obezitate, tulburări endocrine sau gigantomastie), tulburări ale creșterii evidente în perioada pubertății, afecțiuni endocrine sau tratament hormonal în acea perioadă (ex. întâzieri ale menarhei pentru care s-a administrat tratament hormonal), caracterul familial al afecțiunii. Astfel, am descoperit antecedente de gigantomastie pentru 2 cazuri, caracter familial al afecțiunii în 2 cazuri (două surori mulatre, ambele operate și incluse în cazuistică), tratament hormonal aplicat la pubertate în 4 cazuri, obezitate în antecedentele heredocolaterale pe linie maternă, asociată cu sâni hipertrofici în 3 cazuri. În nici un caz nu am depistat antecedente heredocolaterale de neoplasm mamar.

Au fost efectuate echografiile mamare în toate cazurile, fără a se depista formațiuni care să impună mamografia.

Preoperator s-au solicitat: consult cardiologic și examen endocrinologic, care nu au depistat modificări față de normal; examen dermatologic (o pacientă cu psoriazis și leziuni localizate la nivelul șanțului submamar, care a necesitat spitalizare și tratament de specialitate într-o clinică dermatologică; 2 paciente cu dermite în vecinătatea șanțului submamar, favorizate de dimensiunile mari ale sânilor, și care au urmat tratament local în pregătirea preoperatorie); examenul coloanei vertebrale (o pacientă cu cifoza secundară gigantomastiei).

Trei dintre paciente prezentau în antecedentele fiziologice sarcina și alăptarea; 6 paciente erau normostenice; o singură pacientă cu obezitate gradul I (35 ani, 2 sarcini în antecedente). O pacientă prezenta o cicatrice abdominală postoperatorie (cezariană) hipertrofică și cu zone de înfundare, a cărei corecție s-a efectuat ulterior.



Fig. 1 Gigantomastia – măsurători preoperatorii

Măsurătorile preoperatorii s-au efectuat cu pacientele în ortostatism dar și în poziție șezândă; desenul preoperator, realizat simetric, a marcat ca repere: furculița sternală, linia mediosternală, linia medioclaviculară și șanțul submamar, precum și punctele corespunzătoare

jumătății brațului (Fig. 1). Elementul de bază – fixarea viitoarei poziții a CAM – s-a realizat în raport cu: lungimea brațului fiecărei paciente, dar și cu șanțul submamar; am preferat o poziție mai joasă cu 1-2 cm pentru a evita o eventuală creștere a tensiunii la liniile de sutură dintre lambouri și pentru a obține un aspect cât mai firesc al viitorului sân. Dimensiunile viitorului CAM (adaptate la volumul sânelui) au fost de 4-5 cm. Am înregistrat diferențele de volum între sâni (asimetrie) și am stabilit volumul de excizat (Fig. 2). În 4 cazuri sânul drept a fost mai voluminos și mai ptozat. Am măsurat distanțele de la punctele medioclaviculare la noile mameloane și am respectat limitele de 18-24 cm în ceea ce privește poziția mamelonului față de furculița sternală [4]. Incizia submamară este hotărâtoare pentru noul aspect al sânelui, iar lungimea lambourilor supero-laterale trebuie să reprezinte jumătate din cea a inciziei submamară [5].



Fig. 2 Gigantomastie asimetrică

Operațiile au fost efectuate sub anestezie generală, cu pacienta în decubit dorsal, cu modificarea intraoperatorie a poziției toracelui (elevare la 30 de grade în momentul fixării lambourilor) pentru a aprecia mai corect poziția CAM, volumul și simetria sânelor. Am utilizat bisturiul electric pentru rapiditate și hemostază corectă.

După marcarea viitoarei areole și dezepitelizare, am realizat lamboul cu pedicul inferior, purtător al CAM, disecând până la fascia mușchiului mare pectoral, pe care am păstrat-o. Dimensiunile lamboului inferior glandulo-grăsos au fost de 21-33 cm.

Am evitat decolările agresive pentru a limita pierderile lichidiene și drenajul postoperator prelungit. Am verificat în permanență viabilitatea CAM prin examenul culorii, sângerării marginale și a timpului de recolorare. Apoi, am excizat excesul glandular de la nivelul lambourilor laterale, comparând segmentele eliminate prin cântărire (cantitatea excizată dintr-un singur sân – 1,5-3 kg). Am solicitat examen anatomic-patologic pentru câteva segmente glandulare în fiecare caz (toate rezultatele au relevat glandă mamară de aspect normal și țesut adipos abundent).

Am fixat la peretele toracic (cu fir Clinisolv 1) lamboul purtător al CAM, determinând astfel și noua sa poziție. Am verificat hemostaza, după care am suturat lambourile supero-laterale, corectând eventualele „urechi de cățel” și montând tuburile de dren aspirativ. Ca artificio de tehnică, am suturat central lambourile supero-laterale, acoperind CAM, după care am redesenat (măsurând încă o dată) conturul noii areole și am excizat tegumentul inclus în aria sa, iar apoi, am adus CAM în noua poziție și l-am suturat. Am obținut astfel areole perfect rotunde și simetrice, precum și o mai bună proiecție a mamelonului (Fig. 3, 4).

Am efectuat profilaxia cu antibiotice în toate cazurile.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Evoluția postoperatorie a fost simplă în toate cele 7 cazuri, fără febră, cu cantități comparabile ale lichidului drenat din fiecare sân; tuburile de dren au fost necesare în medie 3-4 zile. Durata spitalizării postoperatorii a fost de 3-5 zile. În 3 cazuri am înregistrat echimoze postoperatorii periareolare, în special în cadranele laterale, care s-au remis în 7-10 zile. Plăgile postoperatorii s-au vindecat fără probleme; într-un caz s-a înregistrat o depigmentare marginală la nivelul areolei (una dintre pacientele multatre); una dintre paciente a prezentat temporar (30 zile) asimetrie a cadranelor infero-externe (mai mare la sânul drept), datorită unui serom depistat echografic și evacuat prin puncție.



Fig. 3 Aspect postoperator



Fig. 4 Gigantomastia – aspect pre- și post-operator

Nu am înregistrat suferințe ale CAM, hematoame, infecții, cicatrici retractile sau hipertrofice, suferințe marginale la nivelul lambourilor laterale. Complicațiile postoperatorii au fost reprezentate de depigmentări areolare și seroame (Fig. 5).

Am optat pentru tehnica de modelare a sânului expusă anterior deoarece oferă multe avantaje, extrem de importante în cazul sânilor giganți.

Spre deosebire de tehnica „în carenă” (Pitanguy, [6]) unde excizia țesutului glandular în exces este mai aproximativă, tehnicile cu pedicul inferior permit o apreciere mai exactă a țesutului de excizat.



Fig. 5 Complicații postoperatorii
depigmentare CAM (stânga); serom submamar (dreapta)

Mobilitatea lamboului inferior oferă posibilitatea fixării la peretele toracic în punctul cel mai potrivit pentru a da o formă cât mai frumoasă noului sân, dar și o proiecție corectă noului mamelon. În timpul intervenției chirurgicale, operatorul poate testa mai multe poziții ale segmentului cranial ale acestui lambou pentru a alege pe cea mai potrivită. De asemenea, volumul sânului se poate ajusta prin degresarea lambourilor superolaterale, fără nici un risc de devascularizare pentru CAM. Construirea a două lambouri purtătoare de CAM, simetrice, cu suficientă stofă glandulară și extrem de pliabile, ne permite să asigurăm sânului volumul central pe care vom mula apoi lambourile laterale, obținând astfel sâni rotunzi și simetrici.

Dezavantajul tehnicii constă în riscul ca disecția unui pedicul inferior, extrem de lung (21-33 cm în cazul nostru), să determine devascularizarea CAM. Studiile efectuate de-a lungul timpului au demonstrat că cea mai importantă rețea vasculară care alimentează CAM este rețeaua dermică [7], iar conservarea corectă a dermului în timpul dezepitelizării este esențială pentru supraviețuirea mamelonului [8].

CONCLUZII:

Gigantomastia este o afecțiune invalidantă care necesită corecție chirurgicală. Anamneza corectă și examenul preoperator amănunțit sunt esențiale pentru reușita intervenției chirurgicale.

Există numeroase tipuri de mamoplastii de reducere care permit o adaptare a tehnicii chirurgicale la particularitățile cazului. Am optat pentru tehnica cu pedicul inferior deoarece asigură un lambou purtător de CAM extrem de mobil, permite excizia corectă a excesului glandular și obținerea unor sâni simetrici.

BIBLIOGRAFIE

1. Aegineta P. On male breasts resembling the female. In: *Adams*. The Seven Books of Paulus Aegineta, London, Sydenham Society 1946; vol. 2, Book t, Sect. 46. p. 334.
2. Thomas TG. On the removal of benign tumors of the mamma without mutilation of the organ, *NY Med J Obstet Rev.* 1882; 35: 337.

3. Auber V. Hypertrophic mammaire de la puberte, resection partielle restauratrice. *Arch Franco-Belges Chir.* 1923; 3: 287.
4. Rees Td. *Aesthetic plastic surgery.* Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1980. p. 907.
5. Strombeck JO. Reduction mammoplasty. In: Grabb WC, Smith JW, editors. *Plastic Surgery*, Boston: Little, Brown and co., 1973. p. 123.
6. Pitanguy I. Breast hypertrophy. *Transactions of the International Society of Plastic Surgeons*, 2nd Congress, London: 1959. Edinburgh E, Livingstone S, Ltd. 1960.
7. Courtiss Eh, Goldwyn Rm. Reduction mammoplasty by the inferior pedicle technique. *Plast Reconstr Surg.* 1977; 59: 500-503.
8. Georgiade NG. *Reconstructive Breast Surgery*, St. Louis: Mosby; 1976.