

La terapia chirurgica della gigantomastia



Ann. Ital. Chir., 2011 82: 191-196

Mauro Tarallo, Emanuele Cigna, Pasquale Fino, Federico Lo Torto, Nicolò Scuderi

Department of Dermatology and Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (Director: Prof. N. Scuderi), University of Rome "Sapienza", Policlinico Umberto I, Rome, Italy

Macromastia surgical therapy

AIM: *Macromastia is a social health problem that causes high discomfort in the patients. Goals of reduction mammoplasty are to alleviate physical, emotional and psychosocial problems and to restore a conical shaped breast, maintaining scars as short as possible. We report our approach for reduction mammoplasty with superior pedicle.*

MATERIALS OF STUDY: *Our method combines advantages of round block with vertical scar, using a dermal flap that is fixed to the new mammary crease. We analyzed skin and glandular resection customizing the mammoplasty.*

RESULTS: *The dermal flap works against the weight of residual tissue, maintaining the crease at the desired position with natural result. Benefits are an excellent projection, short scar, suitable reshaping and patient satisfaction.*

DISCUSSION AND CONCLUSIONS: *This technique can be used for mild to severe hypertrophy with various degrees of ptosis. It results in a successful aesthetic outcome with minimal scarring suitable breast remodelling and natural long-lasting projection.*

KEY WORDS: Breast ptosis, Dermal flap, Macromastia, Reduction mammoplasty.

Obiettivo

La macromastia è una malattia che richiede l'intervento coordinato di specialisti medici e chirurgici. Le pazienti spesso presentano complicanze al rachide, lamentano un abbassamento delle spalle, sindrome da compressione della coracoide, complicanze cutanee quali eczema e micosi. Le tecniche chirurgiche hanno subito una notevole evoluzione nel corso del tempo. Noi riportiamo la nostra esperienza clinica sulla tecnica di mastoplastica riduttiva "su misura".

Materiale e Metodo

Per questo lavoro abbiamo valutato il nostro approccio chirurgico di 64 pazienti affette da macromastia, di età media di 45 anni e con BMI media di 27, operate negli ultimi 7 anni (2003-2010) presso il Dipartimento di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica del Policlinico Umberto I di Roma (Tab. I). Nella nostra tecnica abbiamo considerato preoperatorivamente la variabilità anatomica di ciascuna paziente, senza effettuare una rimozione tessutale standardizzata, ma effettuata "su misura" per ciascuna di esse, con il risultato di una cicatrice verticale. I disegni preoperatori si effettuano inizialmente con la paziente in ortostatismo, considerando le linee standard dal punto medio-clavicolare fino al capezzolo, con la nuova posizione del capezzolo disegnata a 18-22 cm a seconda del grado di ptosi della paziente. Successivamente con la paziente in clinostatismo, consideriamo 10-11 cm di distanza dalla linea medio-sterale sul solco alla proiezione del nuovo capezzolo. Anche

Pervenuto in Redazione Novembre 2010. Accettato per la pubblicazione Gennaio 2011.

Correspondence to: Emanuele Cigna M.D. Department of Dermatology and Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery, University of Rome "Sapienza", Policlinico "Umberto I", Via Federico Barocci, 3, 00147 Rome, Italy (e-mail: emanuelecigna@msn.com – pasquale.fino@gmail.com).

TABELLA I - Valutazione Preoperatoria delle pazienti.

Popolazione di pazienti	Ipertrofia			Grado di ptosi			Tipo		
	Lieve	Media	Grave	I-II	II-III	III-IV	Ptosi cutanea e ghiandolare/ Soprattutto/ macromastia con tessuto adiposo	Soprattutto ptosi ghiandolare / Macromastia dovuta a gestazione	
No. di casi	64	12	32	20	12	32	20	30	34

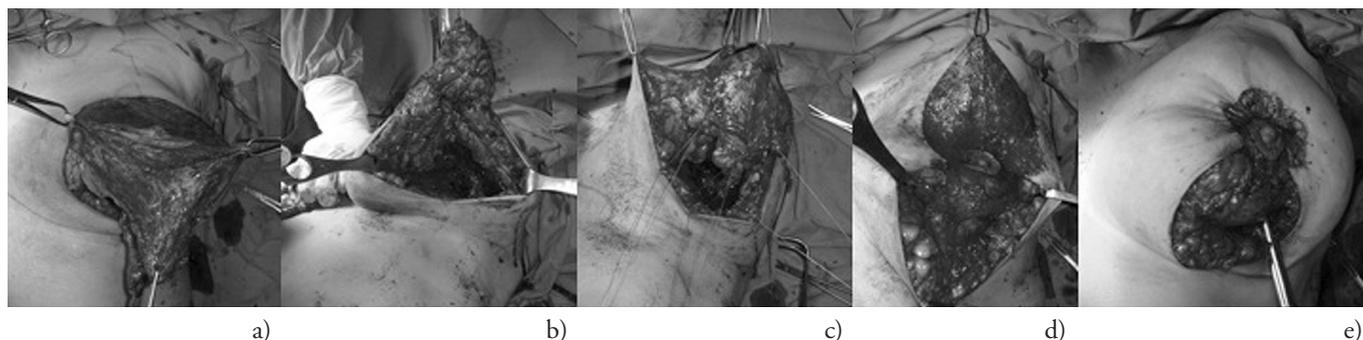


Fig. 1: Immagini intraoperatorie della tecnica chirurgica: a) disepitelizzazione del peduncolo superiore del lembo dermico; b) resezione della ghiandola mammaria; c e d) fissaggio del lembo dermico; e) ripristino della forma conica.

il nuovo solco è valutato disegnando la futura cicatrice (6 cm). L'eccesso cutaneo periareolare è preoperatoriamente valutato con un pinch-test per consentire un'appropriate resezione cutanea. L'intervento chirurgico, generalmente, comincia con la disepitelizzazione di quest'area. La resezione ghiandolare si effettua con una classica "V" rovesciata, preservando il lembo cutaneo, preventivamente disepitelizzato. I margini mediale e laterale della "V" rovesciata vengono riaccostati e il lembo cutaneo viene fissato con 3 punti staccati riassorbibili in Vicryl 2/0 al nuovo solco mammario, per sostenere il polo inferiore della nuova mammella, prevenendo una recidiva della ptosi (evenienza frequente della tecnica con cicatrice verticale). Una round block è effettuata intorno all'areola seguita dalla sutura della cicatrice verticale (Fig. 1), la quale può essere convertita a forma di "L" quando vi sia un'eccesso di cute nel polo inferiore, in modo tale che la cicatrice verticale non sia mai più lunga di 6 cm. Abbiamo analizzato la cute e la resezione ghiandolare, dopo aver disegnato la posizione del nuovo capezzolo e del solco mammario, con il pinch-test per valutare la cute in eccesso e disegnare i margini di incisione mediale e laterale. L'incisione viene approfondita in basso fino alla fascia del muscolo pettorale attraverso il tessuto adiposo ghiandolare, rimuovendone una porzione di forma piramidale inferiormente fino al solco mammario e superiormente 1 cm sotto il lembo cutaneo. La resezione cutanea è effettuata dopo quella ghiandolare per minimizzare la ten-

sione sulle suture. È stato effettuato un follow-up a 3, 6, 12, 48 e 60 mesi. I criteri utilizzati per valutare i risultati sono stati: rimodellamento mammario, complicanze (infezioni, necrosi complesso areola-capezzolo, deiscenza suture, visibilità cicatrici, ptosi) e soddisfazione della paziente.

Risultati

Questa tecnica offre molti vantaggi, in particolare esiti cicatriziali meno estesi (Fig. 2) e una buona proiezione (Fig. 3), senza l'appiattimento tipico della tecnica "round block". Inoltre la posizione del solco sottomammario che viene posto a livello desiderato permette di mantenere la cicatrice verticale ridotta, preservando parte della cute nella resezione del polo inferiore. A 48 mesi di follow up, 58 pazienti (90,6%) hanno avuto un buon rimodellamento del cono mammario con risoluzione della ptosi. La distanza del nuovo complesso areola capezzolo è stata di 21,5 cm. In 6 pazienti è residua una lieve ptosi ma nessun ulteriore intervento si è reso necessario. In 3 casi si è verificata la deiscenza delle ferite chirurgiche che è stata risuturata. Il grado di soddisfazione, valutato tramite questionari basati su forma delle mammelle, qualità delle cicatrici, sensibilità e benefici psicologici, è stato alto in più del 96,8% dei pazienti. In 52 casi è stata effettuata una cicatrice verticale, in 12 casi una cicatrice a "L".

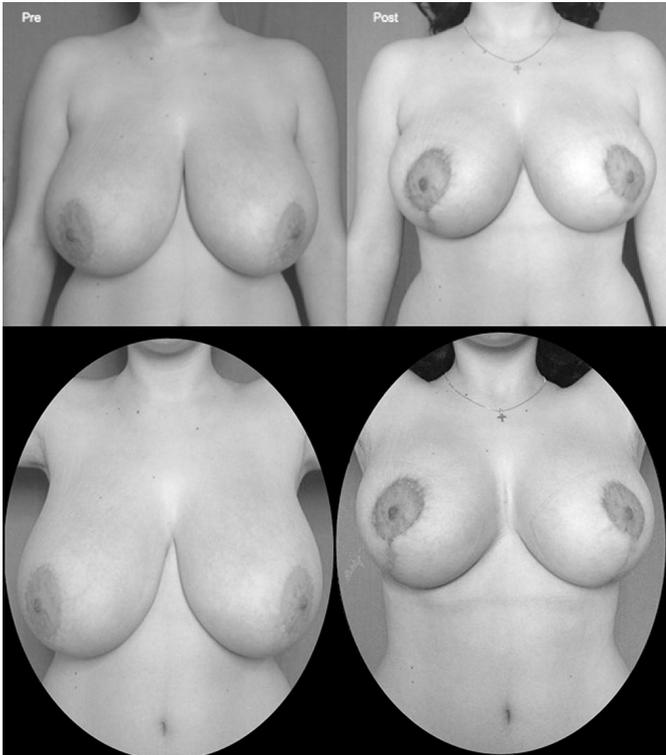


Fig. 2: Fotografie pre e post-operatorie che dimostrano una riduzione mammaria con ottimi risultati estetici e funzionali, rimodellamento con una cicatrice ridotta e ripristino della circonferenza mammaria.

Discussione

La mastoplastica riduttiva riduce i sintomi della macro-mastia e migliora l'aspetto estetico di una mammella di grandi dimensioni, determinando un miglioramento notevole della qualità di vita ¹⁻⁷. Numerose tecniche sono state utilizzate negli ultimi 20 anni per ridurre e rimodellare la mammella con cicatrici ridotte ⁸⁻¹⁰, come la tecnica della cicatrice verticale ¹¹⁻¹² e la round block ¹³. Ciascuna di queste tecniche presenta vantaggi e svantaggi ¹⁴. Le limitazioni della round block sono evidenti cicatrici periareolari causa spesso dell'eccessiva tensione con modifiche di forma dell'areola, depressione dell'areola stessa, eccessivo appiattimento della mammella.

Le limitazioni della tecnica a cicatrice verticale sono: eccessiva lunghezza della cicatrice (8/9 cm) con inevitabile erniazione del polo inferiore della mammella.

Noi, descriviamo il nostro approccio che combina la tecnica a cicatrice verticale e la round block utilizzando un lembo a sostegno delle ghiandole mammarie residue che ci permette di modificare la posizione del solco mammario ottenendo contemporaneamente ottimi risultati funzionali ed estetici.

Inoltre la resezione cutanea è eseguita senza uno schema prefissato, variando caso per caso e quindi "su misura" per la singola paziente.

La resezione cutanea dopo asportazione ghiandolare è un importante concetto già descritto da Peixoto ¹⁵ per minimizzare la tensione delle suture.

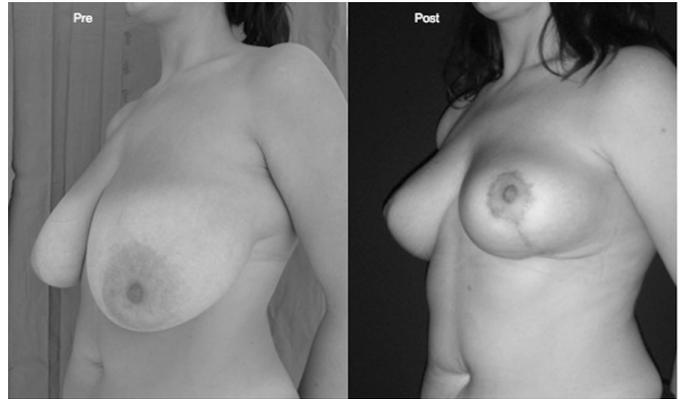


Fig. 3: Fotografie pre e post-operatorie che mostrano una significativa riduzione del volume mammario, un buon profilo con risoluzione della ptosi ed un aspetto naturale del seno.

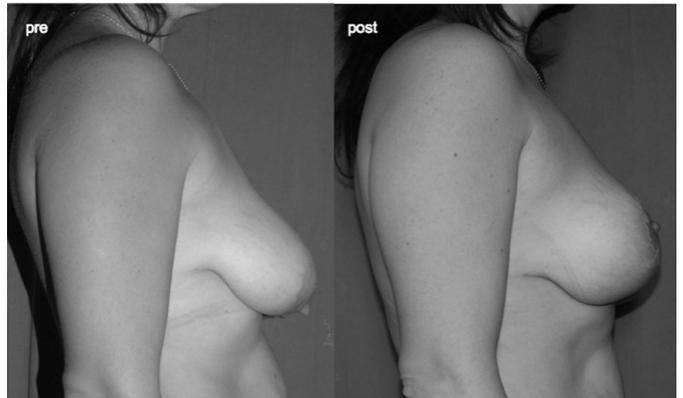


Fig. 4: Visione laterali pre e post-operatorie che evidenziano una buona qualità della proiezione mammaria nel follow-up a lungo termine (5anni).

Ramirez descrisse la tecnica "owl" come alternativa alle incisioni verticali e periareolari e suggerì che combinando la componente verticale e quella periareolare si elimina l'effetto "pieghettatura" dell'incisione periareolare e la discrepanza in lunghezza della cicatrice è meglio distribuita ¹⁴⁻¹⁶.

Il nostro approccio combina i vantaggi della round block (cicatrice ridotta) con la tecnica a cicatrice verticale (migliore forma conica) usando il lembo cutaneo superiore che impedisce l'erniazione e l'effetto pieghettatura.

La principale differenza riguarda il peduncolo, inferiore nella tecnica descritta da Ramirez ¹⁶, mentre nella nostra tecnica è superiore ed inoltre, la componente distale (situata sotto l'areola) viene fissata al nuovo solco mammario per prevenire la ptosi del polo inferiore della mammella ¹⁵⁻¹⁶. In conclusione, noi usiamo il peduncolo superiore e un lembo cutaneo di sostegno. Il peduncolo superiore cutaneo ghiandolare è una tecnica sicura ed affidabile per la mastoplastica riduttiva.

La sua versatilità permette risultati riproducibili in un ampio range di pazienti con vari pattern di escissione cutanea ¹⁷.

Rimuoviamo la cute in eccesso con la round block evitando le pieghettature usando la cicatrice verticale, garantendo così una buona proiezione della mammella. Il lembo cutaneo è stato molto utile per mantenere il tessuto ghiandolare nella nuova posizione sopra il nuovo solco mammario¹⁸.

Questo è anche un modo per evitare la resezione cutanea del polo inferiore mantenendo la cicatrice verticale inferiore a 6 cm¹⁸⁻²⁰.

Conclusioni

La nostra tecnica combina i vantaggi della round block e della tecnica a cicatrice verticale, utilizzando il lembo cutaneo superiore, sostenendo il tessuto mammario ed evitando l'erneazione e la pieghettatura.

Inoltre, il lembo cutaneo ancorato al solco inframammario antagonizza il peso del tessuto residuo, mantenendo il solco nella posizione desiderata con un risultato naturale.

Abbiamo trovato questa tecnica molto utile nelle pazienti che sono andate incontro a perdite di peso dopo la riduzione mammaria, spesso seguita da ptosi.

Questa tecnica permette una adatta cicatrice verticale di soli 5/6 cm grazie al posizionamento del solco sottomammario a livello desiderato, in quanto la cute del polo inferiore che generalmente viene resecata con questa tecnica viene invece preservata.

Questa tecnica "su misura", che può essere modulata per ogni paziente, consente risultati estetici soddisfacenti con minime cicatrici, gradevole proiezione, rimodellamento della mammella con risultati naturali e duraturi (Figg. 3, 4).

Riassunto

OBIETTIVO: La macromastia è una malattia spesso a carattere sociale che provoca forte disagio nelle pazienti. Gli obiettivi della mastoplastica riduttiva sono di alleviare i disagi fisici, emozionali, psicosociali ed inoltre di ristabilire una forma conica della mammella, contenendo gli esiti cicatriziali.

Riportiamo la nostra tecnica di mastoplastica riduttiva con lembo a peduncolo superiore

MATERIALE E METODO: La nostra tecnica combina i vantaggi della "round block" con quella "a cicatrice verticale", usando un lembo cutaneo disepitelizzato che si fissa al nuovo solco mammario. Abbiamo analizzato la resezione ghiandolare e cutanea eseguita "a demand" nei diversi casi di mastoplastica riduttiva

RISULTATI: Il lembo cutaneo antagonizza il peso del tessuto residuo, mantenendo il solco mammario nella posizione desiderata nel corso degli anni, ottenendo un risultato naturale. I benefici sono un'eccellente proiezione, cicatrici ridotte, forma gradevole e soddisfazione della paziente

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI: Questa tecnica può essere utilizzata per tutte le forme di ipertrofie dalla più lieve alla più severa, con diversi gradi di ptosi. Essa porta a risultati estetici soddisfacenti con cicatrici contenute, un rimodellamento delle mammelle ed una buona proiezione, con un risultato duraturo nel tempo.

Bibliografia

- 1) Akyurek M: *Y-Scar vertical mammoplasty for treatment of mild macromastia with pseudoptosis*. Aesthetic Plast Surg, 2010.
- 2) Mello AA, Domingos NA, Miyazaki MC: *Improvement in quality of life and self-esteem after breast reduction surgery*. Aesthetic Plast Surg, 2010; 34(1):59-64. Epub 2009.
- 3) Veiga DF, Veiga-Filho J, Ribeiro LM, Archangelo I Jr, Balbino PF, Caetano LV, Novo NF, Ferreira LM: *Quality-of-life and self-esteem outcomes after oncoplastic breast-conserving surgery*. Plast Reconstr Surg, 2010; 125(3):811-17.
- 4) Foreman KB, Dibble LE, Droge J, Carson R, Rockwell WB: *The impact of breast reduction surgery on low-back compressive forces and function in individuals with macromastia*. Plast Reconstr Surg, 2009; 124(5):1393-99.
- 5) Das S: *Implication of reduction mammoplasty: A debatable issue*. Aesthet Surg J, 2009; 29:170.
- 6) Saariniemi KM, Keranen UH, Salminen-Peltola PK, Koukkanen HO: *Reduction mammoplasty is affective treatment according to two quality of life instruments. A prospective randomised clinical trial*. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2008; 61:1472-478.
- 7) Sabino Neto M, Dematte MF, Freire M, Garcia EB, Quaresma M, Ferreira LM: *Self-esteem and functional capacity outcomes following reduction mammoplasty*. Aesthet Surg J, 2008; 28:417-20.
- 8) Hidalgo DA, Elliot LF, Palumbo S, Casas L, Hammond D: *Current trends in breast reduction*. Plast Reconstr Surg, 1999; 104:806-15.
- 9) Corduff N, Taylor GI: *Subglandolar breast reduction: The evolution of a minimal scar approach to breast reduction*. Plast Reconstr Surg, 2004; 113:175-84.
- 10) Pedron M: *Minimal scar breast reduction and mastopexy*. Aesthetic Plast Surg, 2005; 29:261-73.
- 11) Lejour M: *Vertical mammoplasty*. Plast Reconstr Surg, 1993; 92:985-86.
- 12) Hofmann AK, Wuestner-Hofmann MC, Bassetto F, Scarpa C, Mazzoleni F: *Breast reduction: Modified "lejour technique" in 500 large breast*. Plast Reconstr Surg, 2007; 120:1095-107.
- 13) Benelli L: *A new periareolar mammoplasty: The round block technique*. Aesth Plast Surg, 1990; 14:93-100.
- 14) Ramirez OM: *Reduction mammoplasty with the "owl" incision and nondermining*. Plast Reconstr Surg, 2002; 109:512-24.
- 15) Peixoto G: *Reduction mammoplasty: A personal technique*. Plast Reconstr Surg, 1980; 65:217-26.
- 16) Ramirez OM: *The owl technique combined with the inferior pedicle in mastopexy*. Aesth Plast Surg, 2008; 32:16-17.

- 17) Davison SP, Mesbahi AN, Ducic I, Sarcia M, Daylan J, Spear SL: *The versatility of superomedial pedicle with various skin reduction patterns*. *Plast Reconstr Surg*, 2007; 120:1466-476.
- 18) Manaswi A, Mehrotra N: *Use of pectoralis major with or without pectoralis minor muscle flap to fill lumpectomy in the breast*. *Ann Plast Surg*, 2010; 65(1):23-27.
- 19) Güven E, Aydın H, Baflaran K, Aydın U, Kuvat SV: *Reduction mammoplasty using bipediced dermoglandular flaps and free-nipple transplantation*. *Aesthetic Plast Surg*, 2010.
- 20) Kim P, Kim KK, Casas LA: *Superior pedicle autoaugmentation mastopexy: A review of 34 consecutive patients*. *Aesthet Surg J*, 2010; 30(2):201-10.

