

Η συμβολή της πλαστικής και επανορθωτικής χειρουργικής στην επίλυση προβλημάτων του γυναικείου στήθους. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ

Το γυναικείο στήθος αποτελεί ένα από τα βασικά ανατομικά στοιχεία του γυναικείου σώματος. Έχει σημαντικό λειτουργικό ρόλο και είναι το πλέον σημαίνον δευτερεύον χαρακτηριστικό του γυναικείου φύλου. Μια σειρά από ανωμαλίες και παθήσεις χρειάζονται την χειρουργική για να αποκατασταθούν. Οι πιο συνήθεις από αυτές καθώς και η συμβολή της πλαστικής χειρουργικής στην αποκατάστασή τους θα συζητηθεί παρακάτω.

Οι περισσότερες γυναίκες εμφανίζουν μια μικρή διαφορά μεγέθους μεταξύ του ενός στήθους και του άλλου, η οποία περνάει απαρατήρητη. Εμφανής ασυμμετρία, μεγάλη δηλαδή διαφορά μεγέθους μεταξύ του ενός στήθους και του άλλου προκαλεί σοβαρό αισθητικό πρόβλημα. Η ασθενής έχει να επιλέξει μεταξύ τριών λύσεων: 1) αύξηση του μικρότερου στήθους στο μέγεθος του μεγαλύτερου, 2) μείωση του μεγαλύτερου στο μέγεθος του μικρότερου και 3) ταυτόχρονη αύξηση του μικρότερου και μείωση του μεγαλύτερου στο επιθυμητό μέγεθος. Η αύξηση του στήθους, όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια, γίνεται με την βοήθεια ενδεμάτων (implants). Η μείωση απαιτεί χειρουργική επέμβαση, κατά την οποία αφαιρείται μέρος του δέρματος και του αδενολιπώδους ιστού του στήθους.

Στα ίδια πλαίσια πρέπει να αναφερθεί το σύνδρομο Poland. Οι πάσχουσες έχουν ένα στήθος μικρό ή απόν, στις βαρύτερες μορφές δε λείπει και ο μυς που υποστηρίζει το στήθος και καλύπτει εξωτερικά το ημιδωράκιο. Ανάλογα με την βαρύτητα της καταστάσεως χρησιμοποιείται ένδεμα ή συνδυασμός ενδέματος και μεταφοράς μύος από την πλάτη σε αντικατάσταση του ελλείποντος.

Η μη ανάπτυξη του στήθους με αποτέλεσμα μικροαστία ή η σχεδόν ανυπαρξία του αποτελεί άλλο σοβαρό πρόβλημα στις νέες γυναίκες. Αυτό λύνεται με τη χρήση ενδεμάτων. Δύο είδη αυτών κυκλοφορούν βασικά στο εμπόριο: 1) τα ενδέματα σιλικόνης (silicone gel implants) και 2) τα ενδέματα φυσιολογικού ορού (saline filled implants).

Τα ενδέματα σιλικόνης χρησιμοποιούνται εδώ και πολλά χρό-

νια. Το 1992 η χρήση τους για αισθητικούς λόγους απαγορεύτηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες από την Food and Drug Administration (FDA – Αμερικάνικη αρχή εγκρίσεως φαρμάκων και ιατρικών υλικών) λόγω ενδείξεων, σύμφωνα με τις οποίες τα ενδέματα ήταν υπεύθυνα για μια σειρά επιπλοκών. Ας σημειωθεί ότι συνέχισαν να χρησιμοποιούνται στην Αμερική για επανορθωτικούς σκοπούς, στον δε υπόλοιπο κόσμο δεν διακόπηκε η χρήση τους ποτέ λόγω έλλειψης ικανών στοιχείων. Από το 1992 και μετά ξεκίνησαν διάφορες επιστημονικές μελέτες οι οποίες και απέδειξαν ότι τα ενδέματα σιλικόνης δεν ευθύνονται για ότι είχαν ενοχοποιηθεί (πρόκληση καρκίνου, νόσων του συνδετικού ιστού κ.λ.π.).

Η τοποθέτησή τους γίνεται από μια μικρή τομή κάτω από το στήθος την οποία προτιμάει ο γράφων λόγω καλύτερου αισθητικού αποτελέσματος, ή από τομή στο κάτω μέρος της άλω, ή από τομή στην μασχάλη ή από τομή γύρω από τον ομφαλό (χρησιμοποιείται από πολύ λίγους χειρουργούς). **Παράδειγμα ασθενούς με ενδέματα για αύξηση του στήθους φαίνεται στην εικόνα 1.** Η θέση τους είναι είτε κάτω από το στήθος (subglandular) είτε κάτω από τον βασικό



μου του θώρακα (sybrectoral). Μειονεκτήματα της πρώτης είναι ο σχηματισμός σε ένα μικρό ποσοστό των γυναικών της λεγόμενης κάψας (capsule). Η κάψα είναι ένα περίβλημα από συνδετικό ιστό που σχηματίζει ο οργανισμός γύρω από το ένδεμα και η οποία ενίοτε σκληραίνει προκαλώντας πόνο και πιθανή παραμόρφωση του στήθους. Σε αυτές τις περιπτώσεις αντικαθίσταται το ένδεμα μετά από ανοιχτή καψουλοτομή (περιορισμένη επέμβαση που χαράσσεται η κάψα και αλλάζει το ένδεμα). Η πιθανότητα σχηματισμού κάψας είναι μικρότερη όταν το ένδεμα τοποθετείται κάτω απ' τον θωρακικό μυ, το μεγάλο μειονέκτημα της τεχνικής αυτής όμως είναι η πιθανή μετατόπιση του ενδέματος λόγω των συσπάσεων του μύος. Τα ενδέματα φυσιολογικού ορού δεν δίνουν τόσο καλό αισθητικό αποτέλεσμα όσο αυτά της σιλικόνης. Ένα άλλο μειονέκτημα είναι η ευαισθησία τους. Είναι πιο ευάλωτα σε διαφορές πίεσεως και σε μηχανικά ερεθίσματα.

Το αντίθετο της μικρομαστίας είναι μεγαλομαστία ή σε μεγαλύτερο ακόμα βαθμό η γιγαντομαστία. Οι γυναίκες με μεγάλο στή-

θος πέραν του αισθητικού προβλήματος υποφέρουν συχνά από πόνους στην μέση, στους ώμους, δερματίτιδα στην υπομαστική πτυχή κ.ά σε ακραίες δε περιπτώσεις δυσχεραίνονται στην εκτέλεση των επαγγελματικών τους καθηκόντων (π.χ. οδοντίατροι) ή ακόμη και απλών χειρισμών όπως το δέσιμο των παπουτσιών.

Η χειρουργική αφαίρεση τμήματος του δέρματος και του αδενολιπώδους ιστού του στήθους με ταυτόχρονη ανόρθωση της πτωτικής θηλής είναι η λύση εκλογής.

Παράδειγμα ασθενούς με μεγαλομαστία και πτώση καθώς και το μετεγχειρητικό αποτέλεσμα δύο μήνες μετά από μειωτική επέμβαση, φαίνεται στην εικόνα 2. Τμήμα της επέμβασης είναι η σε σχήμα άγκυρας καταλειπόμενη ουλή. Στην αρχή φαίνεται κυρίως το κάθετο της τμήμα (εικόνα 2), αν και σε άλλες ασθενείς είναι λιγότερο εμφανής ακόμα και λίγες εβδομάδες μετά την επέμβαση, όπως φαίνεται στην **εικόνα 3. Σε αυτήν απεικονίζεται το αριστερό στήθος ασθενούς που χειρουργήθηκε για πτώση, δύο εβδομάδες μετά την επέμβαση.**

Μετά από ένα χρόνο οι ουλές στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν φαίνονται σχεδόν καθόλου. Ας σημειωθεί ότι το τμήμα αυτό είναι πάρα πολύ μικρό σε σύγκριση με την ανακούφιση που αισθάνεται η γυναίκα και με την βελτίωση του περιγράμματος και της θέσεως του στήθους και της θέσεως της θηλής.

Με την πάροδο του χρόνου και τους πιθανούς τοκετούς το γυναικείο στήθος σημειώνει πτώση. Η επέμβαση που χρησιμοποιείται για την λεγόμενη ανόρθωση του στήθους, η μαστοπηξία, μοιάζει σε γενικές γραμμές με την μειωτική επέμβαση του στήθους. Είναι μικρότερης έκτασης αφού αφαιρείται μόνο δέρμα, στην δε περιορισμένου βαθμού πτώση είναι πιο μικρές και οι ουλές που καταλείπονται.



Χαριλάος Αλεξ. Ιωαννίδης
ΙΑΤΡΟΣ, ΠΛΑΣΤΙΚΟΣ και
ΕΠΑΝΟΡΘΩΤΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ

Γεννήθηκε στην Αθήνα το 1955. Φοίτησε στην Γερμανική Σχολή Αθηνών (Dorpfeld Gymnasium) απ' όπου και αποφοίτησε το 1972. Σπούδασε Ιατρική και Οδοντιατρική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Εκπαιδεύτηκε στη Γενική Χειρουργική και στη Γναθοπροσωπική Χειρουργική στα Πανεπιστήμια του Leiden και Nijmegen της Ολλανδίας.

Εκπλήρωσε τις στρατιωτικές του υποχρεώσεις στο Πολεμικό Ναυτικό σαν Επιμελητής της Ωτορρινολαρυγγολογικής Κλινικής του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών Υπεράσπισε επιτυχώς την διατριβή του με θέμα τις ενδοαρθρικές μεταμοσχεύσεις χόνδρου και ανακηρύχθηκε υπηγητής του Πανεπιστημίου του Nijmegen το 1987. Εκπαιδεύτηκε στα Πανεπιστήμια της Λουβένης (Βέλγιο) και του Λονδίνου (Μεγ. Βρετανία), εξειδικεύτηκε δε στην Χειρουργική Ογκολογία Κεφαλής – Τραχήλου και στην Μικροχειρουργική. Πήρε τον τίτλο του Αναπληρωτού Καθηγητού της Χειρουργικής με γνωστικό αντικείμενο τη Χειρουργική Κεφαλής – Τραχήλου στο Πανεπιστήμιο της Λουβένης και τον τίτλο του Διευθυντού Πλαστικού Επανορθωτικού Χειρουργού (Consultant) στο Νοσοκομείο Middlessex του Trust του Πανεπιστημίου του Λονδίνου (University College London Hospitals), όπου εργάζεται μέχρι σήμερα. Είναι μέλος πολλών διεθνών επιστημονικών συλλόγων και εταιρειών. Έχει συμμετάσχει σε πολλά εθνικά και διεθνή συνέδρια έχοντας παρουσιάσει περισσότερες από εκατό εργασίες. Έχει συγγράψει περισσότερα από εβδομήντα επιστημονικά άρθρα σε εθνικά και διεθνή περιοδικά. Το 1988 τιμήθηκε με το βραβείο Leibinger της Ευρωπαϊκής Ενώσεως Κρανιοπροσωπικής Χειρουργικής. Το βιογραφικό του σημείωμα περιλαμβάνεται στο Marquis' Who is Who in Science and Engineering (τέταρτη έκδοση, 1988 – 1999), στο Marquis' Who is Who in Medicine and Healthcare (δεύτερη έκδοση, 1988) και στο Marquis' Who is Who in the World (δέκατη έκτη έκδοση, 1999). Μιλάει Αγγλικά, Γερμανικά, Ολλανδικά και Γαλλικά. Στα ενδιαφέροντά του ανήκουν η ζωγραφική, ο αθλητισμός και η οινολογία.

