



dr n. med. Jerzy Kolasiński, specjalista chirurgii plastycznej

Klinika Kolasiński, Swarzędz-Nowa Wieś

## Co za dużo, to niezdrowo

**Zabiegi korekcyjne kobiecych piersi są najczęściej wykonywanymi procedurami w chirurgii estetycznej. Według statystyk Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgów Plastycznych (American Society of Plastic Surgeons) w roku 2015 wykonano w Stanach Zjednoczonych 279143 operacji powiększenia piersi i aż 140264 operacji podniesienia i redukcji piersi (podniesienia – 99614, redukcji – 40650). Gdyby do tego dodać pozostałe operacje korekcyjne tej okolicy, okaże się, że rocznie blisko pół miliona Amerek poddaje się operacjom piersi z przyczyn estetycznych. Gdzie tkwi przyczyna takiego stanu rzeczy?**

Czy to może wybujałe oczekiwania kobiet wobec własnego ciała, czy też natura jest tak niedoskonała i powoduje, że efekty jej działania tak daleko odbiegają od oczekiwań zupełnie normalnych kobiet? Dokładne spojrzenie na to zagadnienie skłania do przypuszczeń, że bliższy prawdy jest zarzut wobec Matki Natury. Piersi jako struktura anatomiczna nie służą jedynie do wykarmienia potomstwa, ale pełnią także role seksualno-psycho-społeczne, więc można zrozumieć kobiety, które oczekują od nich proporcji, piękna i funkcjonalności.

Szczególne miejsce w szerokiej gamie defektów piersi zajmuje ich znaczny przerost, pierwszy raz opisany w 1648 roku<sup>[1]</sup>. Wielokrotnie w piśmiennictwie podaje się pojęcie makromastii (z greckiego *macro*) –

rozrost piersi powyżej 1,5 kg do 2,5 kg oraz pojęcie gigantomastii (z greckiego – *giganticos*) które obejmuje piersi przekraczające wagę 2,5 kg<sup>[2,3]</sup>. Jako przyczynę nadmiernego rozrostu piersi podaje się najczęściej podwyższony poziom lub też zwiększoną wrażliwość tkanek piersi na estrogeny, progesteron, prolaktynę oraz liczne czynniki wzrostu<sup>[4-6]</sup>. Nadmierny rozmiar piersi może być przyczyną wielu dolegliwości, takich jak bóle barków, kręgosłupa, trudności w pełnej sprawności fizycznej, duszności nocne i bóle głowy. Równie uciążliwe są problemy natury psychologiczno-społecznej. Osoby posiadające duży biust są często przedmiotem złośliwych uwag, dyskryminacji, mają problemy z dobraniem odpowiedniej bielizny i ubiorów. Bardzo często występują również za-

burzenia w sferze seksualnej. Rozumiejąc skalę problemu, chirurgia plastyczna proponuje w takiej sytuacji zabieg zmniejszenia piersi. Mając na względzie szczególny charakter okolicy operowanej, należy taką korekcję wykorzystać do tego, by poza samym zmniejszeniem nadać piersiom estetyczny kształt.

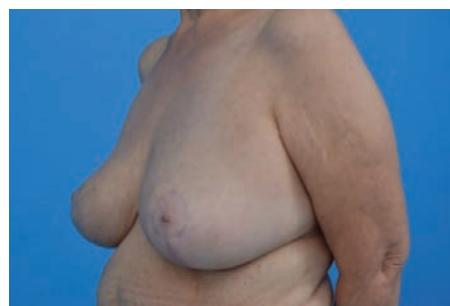
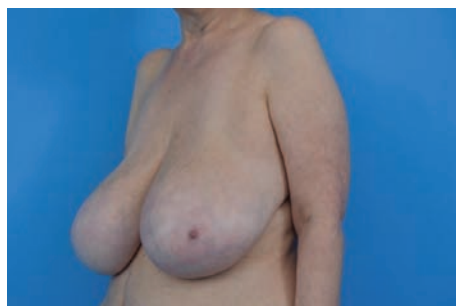
Kwalifikacja do zabiegów zmniejszenia piersi powinna być bardzo szczegółowa. Należy wziąć pod uwagę nie tylko rozmiar i kształt piersi, ale także wszystkie dolegliwości, które z przerostem piersi są związane. Ogromnie ważna jest ocena ogólnego stanu zdrowia pacjentki. Czekają bowiem 4-5-godzinna operacja w znieczuleniu ogólnym oraz kilkudniowe ograniczenie sprawności ruchowej. Szczególną uwagę należy zwrócić na stan układu sercowo-naczyniowego. Przebyte zawały serca oraz nadciśnienie tętnicze mogą być przeciwwskazaniami do operacji. Co więcej, nadwaga znacznego stopnia często wymusza na pacjentce zmniejszenie wagi przed operacją. Zaburzenia endokrynologiczne, szczególnie funkcji tarczycy, wymagają konsultacji endokrynologa, który może zalecić inne dawki leków w okresie okołoperacyjnym. Pacjentki operowane z powodu gigantomastii są narażone na wystąpienie powikłań zakrzepowo-zatorowych. Należy o tym pamiętać i w okresie okołoperacyjnym wdrożyć postępowanie profilak-



**Ryc. 1.** Pozioma blizna w okolicy fałdu podpiersiowego po zabiegu redukcji piersi techniką odwróconej litery „T”.

tyczne. Obecność dużych żyłaków wymaga ich usunięcia przed operacją redukcji piersi.

Oceniając gruczoł piersiowy wskazane jest wykonanie badania mammograficznego. Należy jednocześnie poinformować pacjentkę, że operacja spowoduje trwałe zmiany w anatomii piersi, więc ponowne badanie mammograficzne powinno być wykonane rok po operacji. Wynik tego drugiego bada-



**Ryc. 2.** Operacja redukcji i podniesienia piersi sposobem wertykalnym zapewnia mniej widoczne blizny oraz lepszą projekcję do przodu skorygowanych piersi.

nia będzie stanowił w przyszłości punkt odniesienia dla radiologa wykonującego kolejne badania nawet po wielu latach.

Ostatnim ważnym elementem w kwalifikacji pacjentek do zabiegów redukcji piersi jest ocena ich stanu psychicznego, motywacji, świadomości istniejących zagrożeń i poziomu oczekiwań. Piers po zabiegu redukcyjnym nigdy nie będzie bowiem tak piękna jak pierś zdrowa i kształtna. Operacja pozostawi zawsze trwałe blizny, czego pacjentka musi mieć świadomość. Obowiązkiem chirurga jest także poinformować pacjentkę o możliwych, typowych powikłaniach związanych z operacją. Dopiero na podstawie takiej wiedzy pacjentka może podjąć decyzję o operacji, która powinna być w 100% świadoma.

Skala dolegliwości związanych z makro- lub gigantomastią jest jednak najczęściej tak uciążliwa, że pacjentki decydują się na korekcję operacyjną.

Istnieje wiele technik redukcji piersi. Ich stosowanie zależy od skali ich rozrostu oraz od preferencji chirurga. Najczęściej jednak ich podział jest uzależniony od dwóch elementów: kierunku ukrwienia kompleksu brodawka-otoczka sutkowa oraz lokalizacji cięć skórnych i związanych z tym bliznami na piersiach. Dla pacjentki najważniejsze jest to drugie kryterium, ponieważ to blizny są główną skazą, która przypomina o przebytej operacji. Większość chirurgów plastyków preferuje cięcia pozostawiające blizny w kształcie odwróconej litery „T” oraz bliznę dookoła otoczki (*Wise-Pattern Breast Reduction*) (ryc. 1.). Najmniej estetyczną okazuje się blizna przebiegająca poziomo w okolicy fałdu podpiersiowego. Wielokrotnie ulega ona poszerzeniu, a nawet zmianom rozrostowym w okolicach przymostkowych. Ponadto, nawet gdy jej lokalizacja jest dobrze zaplanowana, to wskutek zmian zachodzących w operowanej piersi dochodzi często do przemieszczenia się blizny ku górze, na dolny biegun piersi.



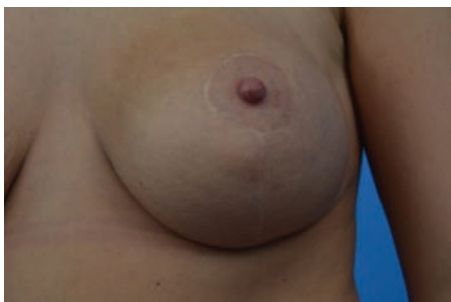
**Ryc. 3.** Zastosowanie techniki LLLT znacznie poprawia jakość blizn po operacjach redukcji piersi.

Coraz większą popularność zyskuje w ostatnich czasach wertykalny sposób redukcji i podniesienia piersi (*Vertical Breast Reduction*) (ryc 2.). Metoda spopularyzowana przez Madeleine Lejour<sup>[7,8,9,10]</sup> pozwala na pozostawienie blizn jedynie dookoła otoczki sutkowej i pionowej. Ponadto pionowe zszycie bocznych segmentów gruczołu piersiowego zapewnia mu znacznie lepszą projekcję ku przodowi niż w przypadku techniki odwróconego „T”.

Niezmiernie istotne jest odpowiednie przygotowanie i zszycie brzegów ran. Zastosowanie delikatnej techniki opartej na szwach śródskórnych o wydłużonym okresie wchłaniania pozwala uniknąć szerokich i nieestetycznych blizn. Wdrożenie kompleksowego programu opieki nad raną, a następnie blizną pooperacyjną, opartego na stosowaniu techniki LLLT (*low level laser therapy*), samoprzylepnych opatrunków silikonowych i lasera frakcyjnego CO<sub>2</sub> pozwala uzyskać dobre rezultaty (ryc. 3).

Wielokrotnie po roku od operacji blizny są bardzo dyskretne i nie stanowią dla pacjentki problemu estetycznego (ryc. 4).

W ostatnich latach znacznie wzrosła popularność stosowania zabiegów przeszczepu własnego tłuszczu. Tego typu procedura pozwala na nadanie „ostatniego szlif” zabiegom redukcji i podniesienia piersi. Co ważne, może być wielokrotnie powtarzana, tak



**Ryc. 4.** Dyskretne blizny po zabiegu redukcji i podniesienia piersi.

by ostateczny efekt operacji nie tylko uwalniał pacjentkę od objawów dużego biustu, ale także cieszył ją nowym, atrakcyjnym wyglądem. Dziś redukcja piersi powinna spełniać zarówno zdrowotne oczekiwania pacjentki, jak również jej potrzeby estetyczne.

Piśmiennictwo:

1. Palmuth, T (1648). "Observations medicuarum centinae tres posthumae". Cent II (Obs 89). Braunschweig.
2. To Wo Chiu (2011). Stone's Plastic Surgery Facts and Figures (3rd ed.). Cambridge University Press. p. 188.
3. Syed A. Hoda; Edi Brogi; Fred Koerner; Paul Peter Rosen (5 February 2014). Rosen's Breast Pathology. Wolters Kluwer Health. pp. 152-. ISBN 978-1-4698-7070-0.
4. Noczyńska A, Wasikowa R, Myczkowski T (2001). "[Hypersensitivity of estrogen receptors as a cause of gigantomasty in two girls]". Pol. Merkur. Lekarskii. 11 (66): 507-9.
5. Zhong, Aimei; Wang, Guohua; Yang, Jie; Xu, Qijun; Yuan, Quan; Yang, Yanqing; Xia, Yun; Guo, Ke; Horch, Raymund E.; Sun, Jiaming (2014). "Stromal-epithelial cell interactions and alteration of branching morphogenesis in macromastic mammary glands". Journal of Cellular and Molecular Medicine. 18 (7): 1257-1266. doi:10.1111/jcmm.12275. ISSN 1582-1838.
6. Kulkarni, Dhananjay; Beechey-Newman, N.; Hamed, H.; Fentiman, I.S. (2006). "Gigantomastia: A problem of local recurrence". The Breast. 15 (1): 100-102. doi:10.1016/j.breast.2005.03.002. ISSN 0960-9776.
7. Lejour M, Abboud M, Declety A, Kertesz P. Reduction des cicatrices de plastie mammaire: de l'ancre courte a la verticale. Ann Chir Plast Esthet. 1990;35:369-378.
8. Lejour M. Vertical Mammoplasty and Liposuction of the Breast. St Louis: Quality Medical Publishing; 1993.
9. Lejour M. Vertical mammoplasty and liposuction of the breast. Plast Reconstr Surg. 1994;94:100-114.
10. Lejour M, Abboud M. Vertical mammoplasty without inframammary scar and with breast liposuction. Perspectives in Plastic Surgery. 1996;4:67-90.

  
**KLINIKA KOLASIŃSKI**  
*H a i r C l i n i c P o z n a ń*

Klinika Kolasiński - Hair Clinic Poznań  
 62-020 Swarzędz - Nowa Wieś, ul. Staszica 20A  
 tel: (+48 61) 81 87 550, fax: (+48 61) 81 87 551

[www.klinikakolasinski.pl](http://www.klinikakolasinski.pl)