

Μια καινούργια τεχνική μείωσης-ανόρθωσης του μαστού εγκαινιάζεται, περιορίζοντας τις γνωστές ουλές τύπου άγκυρας σε μόνο μια λοξή προς τα κάτω και έξω. Η τεχνική αυτή που εφαρμόζεται από την ομάδα πλαστικών χειρουργών του κ. Στρ. Γαβριήλ τη τελευταία τριετία, έχει πολλά πλεονεκτήματα σε σχέση με τις προηγούμενες τεχνικές. Πρώτον είναι σύντομη και δεν χρειάζεται περισσότερο από μία ώρα χειρουργικό χρόνο. Έτσι περιορίζεται η βαρύτητα της επέμβασης όσο μεγάλος και πεσμένος και αν είναι ο μαστός με αποτέλεσμα πολύ εύκολη μετεγχειρητική πορεία χωρίς πόνο και με τις λιγότερες πιθανές επιπλοκές. Η ασθενής φεύγει την ίδια μέρα από το νοσοκομείο. Το κυριότερο όμως πλεονέκτημα της καινούργιας τεχνικής είναι ότι περιορίζονται οι ουλές σε μία λοξή η οποία πολύ σύντομα παίρνει τη μορφή ραγάδας. Είναι γνωστή η δύσμορφη ουλή η οποία σχηματίζεται στην υπομάστιο πτυχή όσο καλός και άριστος να είναι ο πλαστικός χειρουργός ιδιαίτερα όταν η γυναίκα είναι ξαπλωμένη. Επιπλέον το σχήμα του μαστού είναι ασυγκρίτως φυσικότερο από το αποτέλεσμα της προηγούμενης τεχνικής με στρογγυλό και γεμάτο κάτω και έσω τετατρίοριο που επιτρέπει στη γυναίκα να φορά ένα πολύ βαθύ «ντε κολτέ». Η τεχνική αυτή χειρουργικά έχει εύκολα οδηγία σημεία και μπορεί να διδαχτεί στους πλαστικούς χειρουργούς ώστε να έχουν σταθερά και καλά αποτελέσματα στους ασθενείς τους. Η επινόηση της τεχνικής αυτής είναι συνδυασμός παλαιότερων τεχνικών και τροποποίηση νεότερων ώστε έξυπνα να αποδώσουν μια απλή και ιδιαίτερα αποτελεσματική τεχνική. Συχνά πράγματα απλά έχουμε τη τάση να τα κάνουμε σύνθετα και πολύπλοκα ενώ η καινούργια τεχνική δείχνει να είναι αυτονόητη και σύντομα οι πλαστικοί χειρουργοί θα απορούν γιατί τόσο καιρό εφάρμοζαν απλά πράγματα κοινής λογικής. Πάντα βέβαια με την εξέλιξη της σκέψης, της τεχνολογίας και των τεχνικών όταν γυρνάμε πίσω απορούμε με τις παλαιότερες πολύπλοκες και ταυτόχρονα απλοϊκές σκέψεις μας. Με τη καινούργια χειρουργική τεχνική έχουν χειρουργηθεί πάνω από 70 γυναίκες με χαλάρωση και πτώση του μαστού τους, και πάνω από 30 με μεγάλους έως και τεράστιους μαστούς. Τα αποτελέσματα είναι εντυπωσιακά και σταθερά στο διάστημα που παρακολουθούνται. Θεωρούμε ότι σύντομα η τεχνική θα καθιερωθεί σαν τεχνική εκλογής στη χειρουργική του μαστού.

Η συνεχής εξέλιξη σε όλους τους τομείς και επομένως και στην ιατρική επιστήμη δεν θα άφηνε έξω τη πλαστική χειρουργική. Η πλαστική χειρουργική συνεχώς εξελίσσεται και παρουσιάζει καινούργιες τεχνικές ώστε να αποδίδουν καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα σε σύντομο χειρουργικό χρόνο με μικρή νοσηλεία και με ευκολότερη μετεγχειρητική πορεία. Η επανάσταση στα κάθε είδους ιατρικά βοηθήματα, (εμθέματα σιλικόνης, σιλικονούχα πλέγματα, ράμματα κλπ) έχουν δώσει επίσης μεγάλη ώθηση στη πλαστική χειρουργική.

Στην αισθητική χειρουργική το μεγαλύτερο ποσοστό του συνόλου των επεμβάσεων αφορά το μαστό. Η αύξηση του μαστού από μια μικρή οπή και με νέας τεχνολογίας ενθέματα σιλικόνης σήμερα είναι μια επέμβαση ασφαλής, λειτουργική και με διάρκεια. Η ανόρθωση-μείωση του μαστού παραμένει μια επέμβαση-πρόκληση για το πλαστικό χειρουργό. Η ομάδα πλαστικών χειρουργών του κ. Γαβριήλ που συνεχώς εργάζεται προς τη κατεύθυνση νέων τεχνικών, έχει ήδη παρουσιάσει τρεις απ' αυτές σε διεθνή συνέδρια πλαστικών χειρουργών. Η νέα τεχνική ανόρθωσης-μείωσης μαστού, που παρουσιάστηκε από το κ. Γαβριήλ και τους συνεργάτες του σε απ' ευθείας σύνδεση από τη χειρουργική αίθουσα σε πάνω από 50 πλαστικούς χειρουργούς στις 9 Μαΐου σε γνωστή συνεδριακή αίθουσα υπόσχεται καινούργια εποχή στη αισθητική χειρουργική του μαστού. Η νέα τεχνική ανόρθωσης-μείωσης αφήνει ελάχιστη ουλή γύρω από τη θηλή και μια προς τα κάτω και έξω, η οποία με τον καιρό παίρνει τη μορφή ραγάδας. Αποφεύγεται πλέον η γνωστή τομή της άγκυρας, που συχνά έφθανε μέχρι τη μέση γραμμή και απαγόρευε στη γυναίκα να φορέσει ένα βαθύ ντεκολτέ. Η τεχνική αυτή είναι σύντομη (45 έως 60 λεπτά χειρουργικός χρόνος), εύκολη στο σχεδιασμό από ένα νέο πλαστικό χειρουργό, εξασφαλίζοντας σταθερά και καλά αποτελέσματα. Τα αισθητικά αποτελέσματα είναι απόλυτα φυσικά και σταθερά στο χρόνο. Η τεχνική επίσης είναι λειτουργική και η νέα γυναίκα μπορεί να μείνει έγκυος και να θηλάσει χωρίς κανένα πρόβλημα. Η νέα τεχνική ανόρθωσης-μείωσης μαστού εφαρμόστηκε τα τελευταία τρία χρόνια σε πάνω από 150 γυναίκες οι οποίες παρουσιάζουν σταθερά αποτελέσματα όλο αυτό τον καιρό. Όλο και περισσότεροι πλαστικοί χειρουργοί αποζητούν να εκπαιδευτούν στη νέα τεχνική και σίγουρα θα καθιερωθεί σαν επέμβαση, που θα μας κάνει να ξεχάσουμε τη γνωστή τομή της άγκυρας.

ARTICLE LINKS:

[PDF \(4.94 M\)](#) | [References \(5\)](#) | [View full-size inline images](#) | [Request Permission](#)

 Plastic and Reconstructive Surgery: Volume 123(3) March 2009 pp 115e-117e

New Inferomedial Based Mammoplasty with L-Scar [VIEWPOINTS]

Gabriel, Stratis M.D.; Mantalos, Panagiotis N. M.D.; Enchef, Angelos M.D.; Gianopoulos, Evangelos M.D.

Psychico General Hospital (Gabriel)

IKA Athens Oncologic Hospital (Mantalos)

Psychico General Hospital Athens, Greece (Enchef, Gianopoulos)

Correspondence to Dr. Mantalos; IKA Athens Oncologic Hospital; 4, Asopiou Street; Athens 11473, Greece; info@mantalos.gr



Figure. No caption available.

Sir:

More than ever before, the minimal scarring techniques used in mammoplasty have today become very popular.²⁻⁴ An alternative reduction mammoplasty technique is described by the authors that results in an L-shaped scar, with the nipple-areola complex based on an inferomedial pedicle flap.

Sixty-three patients were operated on using this method over the past 30 months. Twenty-three of them underwent reduction mammoplasty and 40 underwent mastopexy. The average patient age was 35.8 years. In the reduction cases, the maximum weight of the removed tissue was 940 g.

The incision lines were marked preoperatively, as usual, with the Wise pattern and the A, B, C, D, and E points. The new point (F) is determined on the bisector of the angle (C-E-D) by pinching the loose skin of the breast, between points B and E ([Fig. 1](#)).

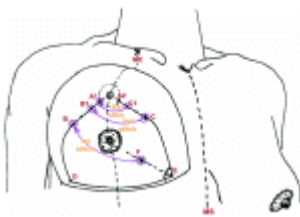


Fig. 1. The marking on the right breast, with the patient lying down. The new marking points F, B1, and C1 on the up-lifted breast. The E-F line is the bisector of the C-E-D angle. The corresponding suturing points are depicted (*purple*).

After these first markings, the corresponding points are sutured with temporary stay stitches, as follows: point F to B, point C to B1, and point C1 to A1. Then, the new areola margins are rearranged, because point A2 is now inside the new areola circle, and not in the new perimeter.

After the former, the new outer and inner contours of the new pattern are drawn, which comprises an L-curve that starts from point A1 (C1) and continues through points B1 (C) and B (F), and ends at point D of the Wise pattern. Next, the temporary stitches are removed, and the inferomedial pedicle for the nipple-areola complex is marked.

The skin is incised down to the muscle fascia, first in the inner pole and then in the outer one. In the inner pole, the incision is not as inferior toward the inframammary fold as in the outer one. It stops between points C and F. The two adipocutaneous flaps are unified by cutting through the mammary parenchyma just above the nipple, leaving an adequate amount of tissue on the upper pole ([Fig. 2](#)).

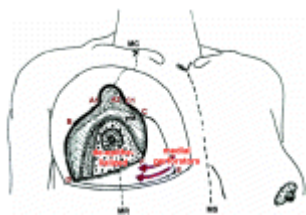


Fig. 2. Schematic depiction of the deepithelialized area to be removed and the extramedial perforators.

In cases of reduction mammoplasty, a horseshoe-shaped section of tissue (but with a shorter medial limb) is removed from around the nipple flap.²

The upper pole flap is undermined onto the pectoralis fascia, as far as the second rib, creating space for the top of the nipple flap to come in between. When the nipple-areola complex flap is too heavy, a suspension absorbable pexy stitch is used at this point.³ Wound closure is started, in the opposite way.

There were no major complications. Advantages of the method include the following: standardized easy marking; there is no medial scar; complications are rare and minor; immediate and early postoperative aesthetic results are very satisfactory; better shape and more complete projection of the breast than with inverted-T techniques because of a longer vertical scar; avoidance of the pleating of the vertical scar technique; and it has an easy learning curve for beginners. Disadvantages of the method include the distance from the areola to the submammary fold, which is longer than with other methods (7 to 13 cm).^{4,5}

With this new method, we have not so far experienced the relatively common complications of reduction mammoplasty, related to inadequate blood perfusion of the nipple-areola complex flap. We think that the key reason is the extramedial component of the base of the inferior flap.

Stratis Gabriel, M.D.

Psychico General Hospital

Panagiotis N. Mantalos, M.D.

IKA Athens Oncologic Hospital

Angelos Enchef, M.D.

Evangelos Gianopoulos, M.D.

Psychico General Hospital Athens, Greece

REFERENCES

1. Robbins T. A reduction mammoplasty with the areola-nipple based on an inferior dermal pedicle. *Plast Reconstr Surg.* 1977;59:64-67.
[\[Fulltext Link\]](#) [\[Medline Link\]](#) [\[CrossRef\]](#)
2. Chiari AJ. The L short scar mammoplasty: A new approach. *Plast Reconstr Surg.* 1992;90:233-246.
[\[Medline Link\]](#) [\[CrossRef\]](#) [\[Context Link\]](#)
3. Lassus C. A 30-year experience with vertical mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1996;97:373-380.
[\[Fulltext Link\]](#) [\[Medline Link\]](#) [\[CrossRef\]](#) [\[Context Link\]](#)
4. Meyer R, Kasserling U. Reduction mammoplasty with an L-shaped suture line: Development of different techniques. *Plast Reconstr Surg.* 1975;55:139-148.
[\[Fulltext Link\]](#) [\[Medline Link\]](#) [\[CrossRef\]](#) [\[Context Link\]](#)
5. Rohrich RJ, Thornton JF, Jakubietz RG, Jakubietz MG, Grunert JG. The limited scar mastopexy: Current concepts and approaches to correct breast ptosis. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114:1622-1630.
[\[Fulltext Link\]](#) [\[Medline Link\]](#) [\[CrossRef\]](#) [\[Context Link\]](#)

Section Description

GUIDELINES

Viewpoints, pertaining to issues of general interest, are welcome, even if they are not related to items previously published. Viewpoints may present unique techniques, brief technology updates, technical notes, and so on. Viewpoints will be published on a space-available basis because they are typically less timesensitive than Letters and other types of articles. Please note the following criteria:

- * Text-maximum of 500 words (not including references)
- * References-maximum of five
- * Authors-no more than five
- * Figures/Tables-no more than two figures and/or one table

Authors will be listed in the order in which they appear in the submission. Viewpoints should be submitted electronically via PRS' en kwell, at www.editorialmanager.com/prs/. We strongly encourage authors to submit figures in color.

We reserve the right to edit Viewpoints to meet requirements of space and format. Any financial interests relevant to the content must be disclosed. Submission of a Viewpoint constitutes permission for the American Society of Plastic Surgeons and its licensees and assignees to publish it in the *Journal* and in any other form or medium.

The views, opinions, and conclusions expressed in the Viewpoints represent the personal opinions of the individual writers and not those of the publisher, the Editorial Board, or the sponsors of the *Journal*. Any stated views, opinions, and conclusions do not reflect the policy of any of the sponsoring organizations or of the institutions with which the writer is affiliated, and the publisher, the Editorial Board, and the sponsoring organizations assume no responsibility for the content of such correspondence.