Candemir Ceran,
Düriye Deniz
Demirseren*,
Soner Tezcan**,
Ömer Faruk Taner**,
Fatih Tekin**

Meme Büyütmede Önemli Bir Komplikasyon: Stria Distensa

An Important Complication in Augmentation
Mammoplasty: Striae Distensae

Öz

Stria distensa (SD) dermatoloji polikliniğinde sık gözlenen deride epidermal atrofi ve dermal hasar ile birlikte ortaya çıkan lineer atrofik depresyon durumudur. Medikal olarak herhangi bir probleme yol açmazken sıklıkla estetik sorun oluşturur. Boy uzaması ve kilo alımı gibi fizyolojik nedenler dışında hiperkortizolizm gibi iatrojenik olarakta gelişebilmektedir. Bu makalede 21 yaşındaki bayan hastada meme büyütme için silikon implant uygulaması sonrası meme bölgesinde gelişen SD olgusu sunuldu. Estetik amaçlı bir işlem sonrası ortaya çıkması, hasta ve hekim için can sıkıcı bir durum oluşturabilir. Risk faktörlerine sahip hastaların dermatoloji kliniği ile birlikte değerlendirilerek önceden bilgilendirilmesi, gerektiğinde de uygun tedavi yöntemlerinin uygulanması tıbbi ve hukuki açıdan oldukça faydalı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Meme büyütme, atrofik stria, stria distensa, estetik, komplikasyon, silikon implant

Abstract

Striae distensae (SD) is a common linear atrophic depression in dermatology practice presenting with epidermal atrophy and dermal injury. Generally it does not cause a medical problem for the patients but an aesthetically unpleasing condition. Etiological factors could be physiologic like height and weight gaining and iatrogenic like hypercortisolism. In this case report, a female case of SD formation following breast augmentation surgery was presented. Its presentation after aesthetic breast augmentation could be devastating for both patient and plastic surgeon. Preoperative evaluation of risk factors together with dermatology department and proper treatment in case of occurrence would be beneficial in both medical and legal aspects for patients with risk factors.

Keywords: Augmentation mammoplasty, atrophic striae, striae distensae, aesthetically, complication, silicone implant

Atatürk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Kliniği,
Ankara, Türkiye

*Atatürk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Deri ve Zührevi
Hastalıklar Kliniği,
Ankara, Türkiye

**Keçiören Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Kliniği,
Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Düriye Deniz Demirseren, Atatürk
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği,
Ankara, Türkiye
E-posta: ddemirseren@yahoo.com
Geliş Tarihi/Submitted: 14.02.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 17.02.2014

@Telif Hakkı 2016 Türk Dermatoloji
Derneği Makale metnine
www.turkdermatologijdersisi.com
web sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2016 by Turkish Society
of Dermatology - Available on-line
at www.turkdermatologijdersisi.com

Giriş

Stria distensa (SD) ilk kez Roederer tarafından 1773 yılında tanımlanmış ve ilk histolojik tanımı 1889 yılında Troisier ve Menetrier tarafından yapılmıştır. Medikal olarak herhangi bir probleme yol açmazken hastalar sıklıkla estetik nedenler sebebi ile hekime başvururlar. Nadiren çok büyüdüğünde ülser olabirler. Genellikle 5-50 yaş arasında ortaya çıkar, beyaz ırkta daha fazla görülür ve kadınları erkeklerden iki kat fazla etkiler (1). Derinin sürekli ve progresif olarak gerilime maruz kaldığı bölgelerde, bağ dokusu üzerindeki artmış stres sonucu ortaya çıkar. İnsidansı boy uzaması ve kilo alımı

nedeni ile derinin gerilime maruz kaldığı pubertal dönemde %25-35 iken gebelikte %75 olarak bildirilmiştir (2,3). Bu fizyolojik süreçlerin dışında vücut geliştiricilerde, obezlerde ve hiperkortizolizm durumlarında da görülmesine karşın, cerrahi işlemler sonrası nadir oluşan bir komplikasyondur. Gün geçtikçe dünyada ve ülkemizde artış gösteren bir estetik ameliyat olan meme büyütme, bu komplikasyon açısından dikkat çekici bir önem arz etmektedir. Her ne kadar SD dermatoloji pratiğinde yaygın bir durum olsa da, bu makalede implant ile meme büyütme sonrası gelişen SD olgusunu sunmayı ve literatürü gözden geçirmeyi amaçladık. Bildiğimiz kadarı ile Türkçe

literatürde meme büyütmesi sonrası gelişen SD olgusu bulunmamaktadır.

Olgu Sunumu

Yirmi bir yaşında kadın hasta memelerinde küçüklük şikayetiyle plastik cerrahi polikliniğine başvurdu. Hastanın hikayesinden puberteden itibaren meme gelişiminin olmadığı ve daha önce doğum yapmadığı öğrenildi. Hikayede herhangi bir ilaç kullanımı öyküsü yok idi. Dermatolojik muayenede herhangi bir vücut bölgesinde stria gelişimi mevcut değildi. Fizik muayenede bilateral meme hipoplazisi ile birlikte meme başlarının orta hattan simetrik olarak uzak yerleştiği gözlemlendi. İmplant seçimi için yapılan değerlendirmede; meme taban genişliği yaklaşık 12 cm, maksimum traksiyonda meme başı ise meme altı kıvrım arası 6 cm, sternal çentik ile meme başı arası 20 cm, meme başından yapılan çekme (pinch) testi 2 cm olarak tespit edildi (Resim 1). Sistemik muayenede hastanın astenik yapıda olması dışında patolojik bir bulgu saptanmadı. Hastanın biyokimyasal ve hormonal tetkikleri normal değerlerde idi. Operasyona engel bir durumu olmadığı belirlendikten sonra, genel anestezi altında meme altı yaklaşımla bilateral subpektoral alana yuvarlak, pürüzlü yüzeyle meme implantı yerleştirildi. Seçilen implant hacmi 225 ml, taban çapı 10,9 cm, yüksekliği 3,5 cm idi (Mentor®). Postoperatif erken dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hastanın üçüncü ay kontrolünde her iki memede kırmızı çizgilenmeler olduğu gözlemlendi (Resim 2, 3). Hasta memelerinin şekil ve büyüklüğünden memnun olduğunu ifade etti. Dermatoloji uzmanı tarafından yapılan muayenede her iki memede medial kadranlarda belirgin olmak üzere, en uzun 3 cm'yi geçmeyen, eritematöz, radial tarzda uzanan deri lezyonları SD'nin erken evresi olan stria rubra (SR) olarak değerlendirildi. Hastaya farklı tedavi alternatifleri sunulduktan sonra, kendi isteği doğrultusunda %0,1'lik topikal tretinoin tedavisi başlandı. Uygulamanın üçüncü ayında lezyonların gerilemesi ve hastanın memnuniyeti üzerine tedaviye son verildi (Resim 4).

Resim 1. Hastanın preoperatif görünümü

Tartışma

SD oluşumuna neden olan faktörler tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu lezyonlar dermal atrofiye neden olan bağ dokusu içindeki yırtılmaların bir yansımasıdır. Bir teoriye göre bağ dokusundaki yırtılmaların esas nedeni derideki gerilimdir. Dolayısıyla pubertal dönemdeki hızlı büyüme, gebelik, kilo artışı ve diğer gerginlik oluşturan faktörler nedeniyle SD oluşmaktadır. Derideki gerginlik aşırı

Resim 2. Sağ memenin postoperatif görünüm ve stria rubralar

Resim 3. Sol memenin postoperatif görünüm ve stria rubralar

derecede mast hücre degranülasyonu ve bunun sonucunda da kollajen ve elastin liflerde hasara neden olmaktadır (4). Ancak gebeliğin üçüncü ayından itibaren SD'si başlayanlar olabildiği gibi, ikiz gebeliğe rağmen hiç SD'si olmayanlar düşünüldüğünde, patofizyolojide sadece gerginlik mekanizması yetersiz kalmaktadır. Özellikle kortikosteroidler olmak üzere hapi kullanımı, mekanik stres, genetik yatkınlık, yaş, obezite, nulliparite, cinsiyet ve özgeçmişinde SD hikayesi gibi multifaktöriyel bir mekanizma rol oynamaktadır. Ayrıca deride mekanik stresin arttığı bölgelerde hormonal reseptör aktivasyonunun artmış olduğu, SD'de östrojen reseptör sayısının normal deriye nazaran 2 kat fazla olduğu gösterilmiştir (1,5).

Klinik olarak SD başlangıçta kırmızı-mor renkli zaman zaman hafif kaşıntılı olabilen lezyonlar şeklindedir ve SR olarak adlandırılır. Zamanla rengi solar, atrofik bir hal alır ve stria alba (SA) olarak adlandırılır. Dolayısıyla SD'nin doğal gelişimi skar formasyonu veya yara iyileşmesine benzemektedir. Boyları birkaç cm uzunluğunda olabilirken, genişlikleri birkaç milimetreden birkaç santimetreye kadar değişebilir (2). SD gebelikte genellikle abdomen ve memelerde ortaya çıkar. Adelolanlarda en fazla görüldüğü bölgeler erkeklerde uyluk dış yüzleri ve lumbosakral bölgeler, kızlarda uyluk, kalça ve memelerdir. Uzun süreli steroid kullanımına bağlı oluşan SD'ler genellikle daha büyük ve daha genişler. Ayrıca vücudun yüz dahil olmak üzere daha geniş bölgelerinde de ortaya çıkabilirler.

SD'nin iyatrojenik nedenleri arasında doku genişletme işlemi iyi bir örnektir. Doku genişleticinin yerleştirildiği bölgede deri belli bir zaman diliminde sürekli, progresif ve nispeten hızlı bir artışla gerilime maruz kalmaktadır, bu durum da SD ye neden olabilmektedir. Meme büyütme işleminde de sabit hacimdeki implant yerleştirildikten sonra, deri sürekli ve uzun süreli gerilime maruz kalmaktadır. Meme büyütme uygulanan 409 olguluk geniş bir seride, 19 hastada (%4,6) ameliyat sonrası bir yıl içinde yeni ortaya çıkmış stria olduğu belirtilmiştir (6,7). Literatürde sunulan olgular değerlendirildiğinde, implantın yerleştirildiği anatomik boşlukla (subglandüler, subfasyal veya

submusküler) SD oluşumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tarif edilememiştir. Bununla birlikte bugüne kadar bildirilen toplam 39 olgunun 30'unda subglandüler implantın kullanılmış olması ve ayrıntılı analizlerin (implantın taban genişliği, hastanın deri yapısı gibi) yapılmamış olması nedeniyle cerrahi teknik ve implantın yerleştirileceği planın, SD oluşumundaki rolünün netleşmediği düşüncesindeyiz (6-14). Hastamızda memeye ait anatomik değerler ile seçilen implant ölçüleri uyumlu olsa da, ameliyat sonrası üçüncü ayda SD gözlenmiştir. Bu bilgiler ışığında hastamızın genç, nullipar ve astenik yapıda olması etiyolojide mekanik stres ve bunun indüklediği reseptör aktivasyonunda artış olabileceğini düşündürmektedir.

Histolojik olarak erken evrelerde epidermis normal iken, zamanla retelerin silindiği atrofik bir hal alır. Dermal kalınlık da zamanla azalır. Kollajen lifler incelirken elastik liflerde parçalanma olur (15).

SD'nin tanısını koymak kolay olsa da ayırıcı tanıda lineer fokal elastozisi unutmamak gerekir. Burada lezyonlar strianın tersine deriden kabarık ve sarıdır (16).

Günümüzde SD'nin tedavisinde kesin sonuç elde edilebilecek spesifik bir yöntem yoktur. Erken dönemde (SR); tretinoin, triklor asetik asit, çeşitli lazer uygulamaları, radyofrekans ve mikrodermabrazyon gibi bazı topikal ajanlar ve klinik işlemlere cevap alınabilir (17-25). Sunduğumuz olguda iki ay %0,1'lik topikal tretinoin uygulamasından sonra tatmin edici sonuç alınması nedeniyle başka bir tedavi yöntemi gerekli görülmemiştir. Ancak literatürde kendiliğinden gerileme gösteren olgular da bildirildiğinden, önemli olan yaklaşımın hasta ile hekim arasında uyumlu bir ilişki olduğunu düşünüyoruz (6-14).

Meme büyütme sonrası ortaya çıkan SD nadir görülen bir komplikasyon olmasına rağmen estetik beklenti içinde olan hasta için büyük bir sorun teşkil edebilir. Bu nedenle etiyolojik faktörlerin iyi bilinmesi ve yüksek risk taşıyan hastaların ameliyat öncesinde belirlenmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz. Böylece dermatoloji kliniğinden alınacak yardımla birlikte, bu hastaların iyi aydınlatılması ve onayının alınması, sonraki dönemde ortaya çıkabilecek olumsuz durumları da önleyebilir.

Etik

Hasta Onayı: Alındı.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: Candemir Ceran, Soner Tezcan, Ömer Faruk Taner, Fatih Tekin, Konsept: Candemir Ceran, Düriye Deniz Demirseren, Dizayn: Candemir Ceran, Düriye Deniz Demirseren, Veri Toplama veya İşleme: Candemir Ceran, Düriye Deniz Demirseren, Analiz veya Yorumlama: Candemir Ceran, Düriye Deniz Demirseren, Literatür Arama: Candemir Ceran, Düriye Deniz Demirseren, Yazan: Candemir Ceran, Düriye Deniz Demirseren.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Resim 4. Sol memenin 2 aylık tedavi sonrası görünümü

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Maari C, Powell J. Atrophies of Connective Tissue. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV editors. Dermatology. 3rd ed. China: Elsevier Saunders;2012. p.1631-40.
2. Ammar NM, Rao B, Schwartz RA, Janniger CK. Adolescent striae. Cutis 2000;65:69-70.
3. Muzaffar F, Hussain I, Haroon TS. Physiologic skin changes during pregnancy: a study of 140 cases. Int J Dermatol 1998;37:429-31.
4. Sheu HM, Yu HS, Chang CH. Mast cell degranulation and elastolysis in the early stage of striae distensae. J Cutan Pathol 1991;18:410-6.
5. Cordeiro RC, Zecchin KG, de Moraes AM. Expression of estrogen, androgen, and Glucocorticoid receptors in recent striae distensae. Int J Dermatol 2010;49:30-2.
6. Basile FV, Basile AR, Basile A. Striae distensae after breast augmentation: expected findings versus actual findings. Aesthetic Plast Surg 2013;37:849-50.
7. Basile FV, Basile AV, Basile AR. Striae distensae after breast augmentation. Aesthetic Plast Surg 2012;36:894-900.
8. White DJ, Schnur PL. Striae distensae after augmentation mammoplasty. Ann Plast Surg 1995;34:16-22.
9. Robinson C. Case report of asymmetrical striae following breast augmentation. Plast Reconstr Surg 1997;99:274-5.
10. Mahabir RC, Peterson BD. Two cases of striae distensae after submuscular augmentation mammoplasty. Plast Reconstr Surg 2001;108:753-6.
11. Keramidas E, Rodopoulou S. Striae distensae after subfascial breast augmentation. Aesthetic Plast Surg 2008;32:377-80.
12. Huang GJ, York CE, Mills DC. Striae distensae as a complication of augmentation mammoplasty. Plast Reconstr Surg 2008;122:90-3.
13. Guimarães PA, Haddad A, Sabino Neto M et al. Striae distensae after breast augmentation: treatment using the nonablative fractionated 1550-nm erbium glass laser. Plast Reconstr Surg 2013;131:636-42.
14. Naidu NS. Striae distensae after breast augmentation. Aesthetic Plast Surg 2013;37:189.
15. Arem A, Ward Kisher CW. Analysis of striae. Plast Reconstr Surg 1980;65:22-9.
16. Hashimoto K. Linear focal elastosis: Keloidal repair of striae distensae. J Am Acad Dermatol 1998;39:309-13.
17. Kang S. Topical tretinoin therapy for management of early striae. J Am Acad Dermatol 1998;39:90-2.
18. Obagi ZE, Obagi S, Alaiti S, Stevens MB. TCA-based blue peel: a standardized procedure with depth control. Dermatol Surg 1999;25:773-80.
19. Jimenez GP, Flores F, Berman B, Gunja-Smith Z. Treatment of striae rubra and striae alba with the 585-nm pulsed-dye laser. Dermatol Surg 2003;29:362-5.
20. Hernandez-Perez E, Colombo-Charrier E, Valencia-Ibieta E. Intense pulsed light in the treatment of striae distensae. Dermatol Surg 2002;28:1124-30.
21. McDaniel DH. Laser therapy of stretch Marks. Dermatol Clin 2002;20:67-76.
22. Alexiades-Amenakas MR, Bernstein LJ, Friedman PM, Geronemus RG. The safety and efficacy of the 308-nm excimer laser for pigment correction of hypopigmented scars and striae alba. Arch Dermatol 2004;140:955-60.
23. Goldberg DJ, Marmur ES, Schmults C, et al. Histologic and ultrastructural analysis of ultraviolet B laser and light source treatment of leukoderma in striae distensae. Dermatol Surg 2005;31:385-7.
24. Tehrani R. Microdermabrasion for striae distensae. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2006;72:59.
25. Goldman A, Rossato F, Prati C. Stretch marks: treatment using the 1,064 nm Nd:YAG laser. Dermatol Surg 2008;34:686-91.