

trước đốt giữa 2 nhóm tuổi. Điều này chứng tỏ ảnh hưởng của sóng tần số radio trên chức năng nút nhĩ thất ở cả 2 nhóm tuổi gần như nhau.

So sánh với nghiên cứu của tác giả khác, chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng về hiệu quả điều trị cắt đốt ở nhóm BN cao tuổi so với nhóm BN trẻ. Tỷ lệ thành công nói chung từ 98-100% ở mọi lứa tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tổng biến chứng của cắt đốt ở nhóm BN ≥ 60 tuổi là 4,1% và ở nhóm BN < 60 tuổi là 2,2%. Trong nghiên cứu số bộ đa trung tâm tại Đức của tác giả Hoffmann[7] gồm 3234 BN chia làm 3 nhóm tuổi < 50 , 50-75 và > 75 tuổi với tỷ lệ tương ứng là 39,2%, 52,8% và 8% cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ biến chứng giữa các nhóm tuổi. Biến chứng nặng trong nghiên cứu là 0,6%, block nhĩ thất hoàn toàn phải đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn là 0,6% và không có trường hợp nào tử vong liên quan đến thủ thuật. Về tỉ lệ tái phát, kết quả của chúng tôi tương đồng với Hagjoo với thời gian theo dõi trung bình 14 tháng ghi nhận không có sự khác biệt về tỉ lệ tái phát giữa hai nhóm ≥ 65 tuổi và < 65 tuổi (1,6% so với 1,4%, $p=0,94$).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 207 ở 2 nhóm < 60 và ≥ 60 tuổi, chúng tôi nhận thấy rằng so với nhóm trẻ, nhịp nhanh vào lại nút nhĩ thất ở người cao tuổi có nhiều triệu chứng lâm sàng hơn nhưng có xu hướng trì hoãn việc cắt đốt và dùng nhiều loại thuốc chống loạn nhịp để kiểm soát cơn. Đây cũng là nhóm đối tượng có nhiều bệnh đồng mắc. Sự thay đổi về giải phẫu và điện sinh lý dẫn đến tần số tim trong và ngoài cơn nhịp nhanh ở

nhóm cao tuổi đều chậm hơn nhóm trẻ cũng như việc cắt đốt có một số khó khăn tuy nhiên hiệu quả và an toàn của việc cắt đốt nhịp nhanh ở 2 nhóm là như nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen Shih-Ann, Chern-En Chiang, Chin-Juey Yang, et al.**, (1994), "Accessory pathway and atrioventricular node reentrant tachycardia in elderly patients: Clinical features, electrophysiologic characteristics and results of radiofrequency ablation". Journal of the American College of Cardiology, 23(3): p. 702-708.
2. **Yangni N'Da' O. and B. Brembilla-Perrot**, (2008), "Clinical characteristics and management of paroxysmal junctional tachycardia in the elderly". Archives of Cardiovascular Diseases, 101(3): p. 143-148.
3. **Alihanoglu, Y.I., et al.**, Clinical and Electrophysiological Characteristics of Typical Atrioventricular Nodal Reentrant Tachycardia in the Elderly—Changing of Slow Pathway Location With Aging—. 2015: p. CJ-14-1320.
4. **Choi, S., et al.**, Slowing down as we age: aging of the cardiac pacemaker's neural control. GeroScience, 2022. 44(1): p. 1-17.
5. **Yangni N'Da' O. and B. Brembilla-Perrot**, Clinical characteristics and management of paroxysmal junctional tachycardia in the elderly. Archives of Cardiovascular Diseases, 2008. 101(3): p. 143-148.
6. **Rostock, T., et al.**, Efficacy and safety of radiofrequency catheter ablation of atrioventricular nodal reentrant tachycardia in the elderly. J Cardiovasc Electrophysiol, 2005. 16(6): p. 608-10.
7. **Hoffmann, B.A., et al.**, Ablation of atrioventricular nodal reentrant tachycardia in the elderly: results from the German Ablation Registry. Heart Rhythm, 2011. 8(7): p. 981-7.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG PHẪU THUẬT THU GỌN VÚ PHÌ ĐẠI KHÔNG LỖ BẰNG CUỐNG BA CHÂN MANG PHỨC HỢP QUẰNG NÚM VÚ

Lê Trung Kiên¹

TÓM TẮT

Vú phì đại là một tình trạng bệnh lý của tuyến vú, gây ảnh hưởng đến chức năng và sinh hoạt của người bệnh đồng thời cũng tác động xấu đến tâm lý và sự tự tin của người phụ nữ về hình thể bên ngoài của mình. Vú phì đại mức độ khổng lồ là tình trạng nặng nhất

của vú phì đại đòi hỏi bắt buộc điều trị bằng phẫu thuật. Chúng tôi ghi nhận một trường hợp bệnh nhân vú phì đại khổng lồ với thể tích mỗi bên vú khoảng 1800cc. Bệnh nhân được phẫu thuật thu gọn vú bằng kỹ thuật cuống ba chân mang phức hợp quầng núm vú (QNV). Quá trình phẫu thuật tiến hành an toàn, kết quả thẩm mỹ cao, phức hợp QNV sống tốt, cảm giác phục hồi ngay sau mổ. Bệnh nhân ra viện sau 4 ngày và không ghi nhận bất kỳ biến chứng nào xảy ra trong quá trình theo dõi. **Từ khóa:** Vú phì đại khổng lồ, cuống ba chân mang phức hợp quầng núm vú, phẫu thuật thu gọn vú phì đại.

¹Bệnh viện Thẩm mỹ Thu Cúc

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trung Kiên

Email: drkienl@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023

SUMMARY

CLINICAL REPORT OF BREAST REDUCTION

SURGERY FOR MASSIVE GIGANTOMASTIA USING THREE - PRONGED TECHNIQUE WITH COMPLEX AREOLAR PEDICLE

Breast hypertrophy is a pathological condition of the breast gland, affecting the function and lifestyle of the patient, as well as negatively impacting their psychological well-being and self-confidence regarding their appearance. Gigantomastia is the most severe form of breast hypertrophy and requires surgical intervention. We report a case of a patient with massive gigantomastia, with a volume of approximately 1800cc on each breast. The patient underwent breast reduction surgery using a three - pronged technique with complex areolar pedicle. The surgical procedure was safe, with high aesthetic results, good survival of the nipple-areolar complex, and immediate postoperative sensory recovery. The patient was discharged after 4 days, and no complications were reported during follow-up.

Keywords: Massive gigantomastia, three - pronged technique with complex areolar pedicle, breast reduction surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vú phì đại là một trong những bệnh lý phổ biến hay gặp ở tuyến vú, đặc trưng bởi tình trạng tăng thể tích vú trên mức bình thường do sự phát triển của tuyến vú kèm theo sự thâm nhiễm của tổ chức mỡ. Phì đại vú được thể hiện bởi sự thay đổi hình dáng và thể tích vú đặc biệt là sự chuyển dịch xuống thấp của phức hợp QNV. Những bệnh lý do vú quá khổ gây ra thường gây ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe, hình thể và tâm lý của người bệnh. Vú phì đại gây khó khăn trong vận động, sinh hoạt hàng ngày, theo thời gian cũng là nguyên nhân của các bệnh lý về cột sống và khớp vai. Đặc biệt ở các thiếu nữ, bệnh lý này khiến họ mất tự tin trong giao tiếp xã hội, hạn chế các hoạt động hàng ngày, nhất là các hoạt động thể thao, do đó tình trạng này là nguyên nhân của bệnh béo phì trong tương lai. Như vậy, vú phì đại là một bệnh lý cần được coi trọng và phải điều trị để mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho người bệnh. Phẫu thuật thu gọn vú phì đại là phương pháp duy nhất có thể giải quyết triệt để bệnh lý do vú quá khổ gây ra.

Phẫu thuật thu gọn vú phì đại liên tục được cải tiến nhằm đáp ứng vấn đề chính là đảm bảo sự toàn vẹn của phức hợp QNV cả về chức năng cũng như thẩm mỹ, ngoài ra cũng cần chú trọng đến hình dạng bầu vú và đường sẹo để lại sau phẫu thuật. Các phương pháp phẫu thuật chủ yếu khác nhau về cách sử dụng các vật mang phức hợp QNV. Các dạng vật hay được sử dụng hiện nay như cuống trên trong, cuống trong, cuống ngoài, cuống dưới, cuống kép... Mỗi vật

đều có những ưu điểm riêng như về nguồn cấp máu dồi dào, về tạo hình bầu vú thẩm mỹ cao, về sự di động của phức hợp QNV. Tuy nhiên nếu sử dụng các cuống trên như dạng vật ngẫu nhiên thì đòi hỏi phần cuống phải đủ rộng và dày điều này dẫn đến lượng tuyến vú cắt bỏ bị hạn chế, bầu vú mất cân đối do tuyến vú tập trung ở cuống vật quá nhiều, khả năng sa trễ tuyến tái phát do trọng lực cao. Sử dụng cuống vật dạng trục mạch đã được ứng dụng ở Việt Nam và cho kết quả tốt, tuy nhiên cũng có một số nhược điểm như vật sử dụng một cuống mạch tuy cấp máu dồi dào nhưng trong quá trình khâu tạo hình cuống có thể bị gập vụn làm giảm lưu lượng máu nuôi QNV, bầu vú sau tạo hình thường thiếu tổ chức phần cực dưới.

Do đó kỹ thuật cuống ba chân mang phức hợp QNV được chúng tôi phát triển dựa trên thực tế lâm sàng các ca phẫu thuật theo các kỹ thuật kể trên để lấy ưu điểm và loại bỏ các nhược điểm của các kỹ thuật trước đây. Trên thế giới chúng tôi chưa thấy tác giả nào công bố kỹ thuật tương tự kỹ thuật cuống ba chân mang phức hợp QNV và tại Việt Nam cho đến nay cũng chưa có thông báo hay nghiên cứu nào nói về việc sử dụng kỹ thuật này. Trong báo cáo này chúng tôi trình bày về một trường hợp vú phì đại mức độ khổng lồ được phẫu thuật thu gọn vú bằng kỹ thuật cuống ba chân mang phức hợp QNV.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 40 tuổi, không có bệnh lý nội khoa kèm theo chống chỉ định phẫu thuật. Bệnh nhân vào viện vì lý do vú quá khổ gây cản trở sinh hoạt hàng ngày, xếp đốt sống thắt lưng L4, L5, L6 do trọng lượng tuyến vú quá lớn gây tăng tải trọng lên cột sống. Khám lâm sàng tuyến vú phì đại khổng lồ có kèm tuyến vú phụ ở hố nách hai bên, thể tích mỗi vú trung bình 1800cc, núm vú cách điểm giữa xương đòn 35cm, siêu âm tuyến vú thấy tổ chức tuyến, ống tuyến và mô mỡ tăng sinh quá mức.



Hình 1. Hình ảnh bệnh nhân trước phẫu thuật

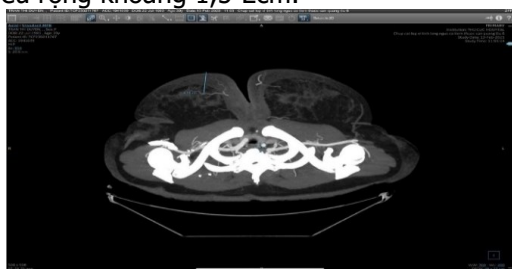


Hình 2. Đo thể tích vú bằng phương pháp Bouman

Bệnh nhân được chẩn đoán vú phì đại hai bên mức độ khổng lồ. Phương pháp điều trị được chỉ định là phẫu thuật thu gọn vú phì đại với củng ba chân mang phức hợp QNV. Trong đó hai củng trong và ngoài dựa theo đường đi của nhánh xuyên của động mạch (ĐM) ngực ngoài và ĐM ngực trong được xác định bằng kỹ thuật chụp MSCT mạch tuyến vú và siêu âm doppler dựng lại đường đi các nhánh xuyên dựa theo MSCT. Củng dưới là củng ngẫu nhiên được sử dụng như chất liệu để độn phần cực dưới vú sau khi tạo hình. QNV ở vị trí trung tâm của ba củng do đó tác động của trọng lực lên QNV là cân bằng.

Thiết kế phẫu thuật. Siêu âm doppler ở tư thế nằm để đánh dấu đường đi các nhánh xuyên ĐM ngực trong và ĐM ngực ngoài đi đến núe QNV.

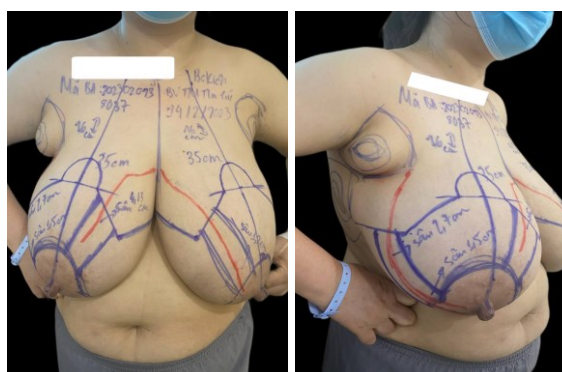
Ở tư thế đứng xác định trục vú hai bên, đánh dấu vị trí mới của QNV trên trục vú cách xương đòn 16cm. Vẽ các đường rạch da theo kiểu Wise. Xác định các củng núe QNV theo đường đi của các nhánh xuyên, chiều rộng củng núe khoảng 2cm lấy nhánh xuyên làm trung tâm củng. Củng dưới xác định dọc theo trục vú với chiều rộng khoảng 1,5-2cm.



Hình 3. Chụp MSCT mạch vú có tiêm thuốc cản quang



Hình 4. Siêu âm doppler dựng mạch tuyến vú



Hình 5. Thiết kế trước phẫu thuật

Quy trình phẫu thuật.

Bệnh nhân đặt tư thế nằm ngửa, tay giang 90 độ, sát khuẩn toàn bộ vùng phẫu thuật bằng dung dịch betadin 10%. Tiến hành rạch da ở tư thế vú được giữ căng theo chiều thẳng đứng, loại bỏ phần thượng bì quanh QNV 1cm và trên các củng núe. Ở tư thế này tiếp tục loại bỏ toàn bộ da tuyến vú, mỡ dưới da, dưới tuyến ở 3 phần xung quanh củng núe đó là phần trên, phần dưới ngoài, phần dưới trong. Sau đó sẽ thấy rõ phức hợp QNV với ba củng núe xung quanh. Nhắc thẳng đứng phức hợp này, làm mỏng tổ chức mỡ và tuyến vú ở củng dưới, đối với củng trong và củng ngoài loại bỏ tổ chức mỡ ở phía trên và dưới vách ngăn ngang Würinger nhưng không làm tổn thương vách ngăn này. Sau đó chúng tôi đã có hệ thống củng núe ba chân mang phức hợp QNV có bảo tồn vách ngăn ngang.

Ở các phần loại bỏ tổ chức tuyến vú cần bộ lộ sát cân cơ ngực lớn bằng cách loại bỏ tổ chức mỡ dưới tuyến, có thể loại bỏ thêm tuyến vú ở dưới phần da còn lại nhưng không làm tổn thương lớp mỡ dưới da.



Hình 6. Tổ chức da, mỡ, tuyến vú được loại bỏ

Khâu cố định tuyến vú ở vị trí tương đương QNV vào cân cơ ngực lớn ở vị trí muốn đưa QNV lên cao, khâu cố định phần tuyến vú tại củng trong và ngoài vào cân cơ ngực lớn hai bên phần trên vú bằng chỉ Vicryl 1/0. Đây là những mũi khâu quan trọng nhất để định hình vị trí mới của

QNV và chống tình trạng sa trễ tái phát về sau. Khâu tuyến vú dưới da hai bên vào cân cơ tương xứng ở phía dưới, chú ý không để khoảng trống ở những vùng loại bỏ tuyến vú. Khâu phục hồi bầu vú theo đường chữ T ngược, băng ép chặt

sau phẫu thuật 48h đầu. Phẫu thuật diễn ra thuận lợi trong khoảng 4 tiếng, lượng tuyến vú cắt bỏ ở bên phải là 1350cc và bên trái là 1400cc tương đương khoảng 78% thể tích tuyến vú ban đầu.

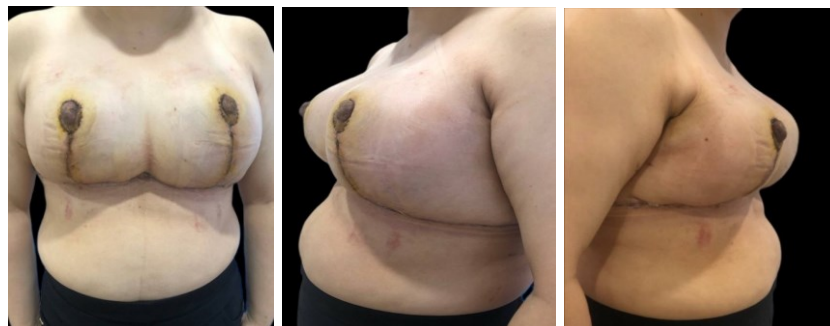


Hình 7. Hình ảnh cuống ba chân mang phức hợp quầng núm vú

Chăm sóc sau mổ. Bệnh nhân được sau phẫu thuật được điều trị kháng sinh, chống viêm, giảm đau. Sau phẫu thuật 6 tiếng kiểm tra sức sống quầng núm vú tốt, không có dấu hiệu thiếu dưỡng thượng bì hoặc hoại tử QNV. Thay băng sau 24h và sử dụng áo định hình ngực cố định tuyến vú. Bệnh nhân ra viện sau 4 ngày điều trị trong tình trạng toàn thân tốt, đi lại sinh hoạt cá nhân bình thường, vết mổ khô, vị trí các ngã ba không thiếu dưỡng mép vết mổ. QNV sức sống

tốt, không có hoại tử thượng bì hoặc hoại tử toàn bộ tại bất kỳ vị trí nào, cảm giác xúc giác tại QNV rõ ràng.

Sau 2 tuần phẫu thuật, tình trạng vết mổ khô sạch, không có hoại tử mép vết mổ, QNV sống tốt, cảm giác xúc giác rõ ràng, hình dạng bầu vú tròn đầy đạt hiệu quả thẩm mỹ cao. Bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật, hoạt động sinh hoạt dễ dàng hơn.



Hình 8. Kết quả sau 2 tuần phẫu thuật

III. BÀN LUẬN

Vú phì đại là một tình trạng bệnh lý phổ biến ở phụ nữ và phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt để nhất tình trạng này. Thách thức của phẫu thuật này chính là ở mức độ phì đại của tuyến vú, vú thể tích càng lớn, QNV càng thấp thì phẫu thuật càng khó khăn do đòi hỏi cắt bỏ nhiều tuyến vú, nhưng phải đảm bảo sức sống QNV tốt, vẫn còn nhạy cảm tại QNV. Với các kỹ thuật hiện nay thì đã rất chú trọng vào việc bảo vệ nguồn cấp máu cho phức hợp quầng núm vú, tuy nhiên vẫn còn những hạn chế nhất định như: dùng một cuống nuôi QNV đòi hỏi cuống phải đủ dày, đủ rộng nếu là cuống ngẫu nhiên như vậy việc xoay vạt rất khó khăn, vết mổ chịu sức căng

lớn sẽ khó liền, hình dáng bầu vú chưa cân đối do tuyến vú tập trung lệch về cuống vạt. Trường hợp dùng vạt trực vạt cuống có thể làm mỏng vạt nhiều hơn, tuyến vú không tập trung quá nhiều ở cuống vạt nên bầu ngực nhìn cân đối hơn, tuy nhiên khi sử dụng một vạt trực mạch mỏng thì khả năng gập vạt khi khâu tạo hình tuyến vú vẫn có thể xảy ra làm thiếu máu nuôi đến QNV, nhất là trong những trường hợp vạt dài, góc xoay lớn khi khâu định vị QNV.

Ở ca vú phì đại khổng lồ này, chúng tôi đã phát triển một kiểu vạt mang phức hợp QNV có thể đạt được tất cả các ưu điểm của các dạng vạt mang QNV từ trước đến giờ như: đảm bảo nguồn cấp máu dồi dào từ hai vạt trực mạch,

làm mỏng vạt tối đa do xác định vị trí của nhánh xuyên từ đường đi cho đến độ sâu dưới da nên không làm tổn thương nhánh xuyên khi làm mỏng vạt, sử dụng kết hợp 1 vạt ngẫu nhiên mỏng ở cực dưới vú với chức năng đệm thể tích cực dưới bầu vú, điều mà khi làm mỏng các vạt trực mạch sẽ không đạt được, ngoài ra vách ngăn ngang Würinger cũng được chúng tôi bảo tồn tối đa để bảo vệ nhánh bì ngoài của thần kinh liên sườn IV chi phối cảm giác QNV, đồng thời các tĩnh mạch trong vách ngăn ngang cũng tăng cường khả năng hồi lưu máu cho cuống nuôi QNV. Chúng tôi gọi cuống mang phức hợp QNV này cuống ba chân mang phức hợp QNV.

Phương pháp được chúng tôi được thực hiện dựa trên sự thăm dò các nhánh xuyên của ĐM ngực trong và ĐM ngực ngoài thông qua chụp MScT mạch vú có dùng thuốc cản quang và kết hợp siêu âm doppler mạch để dựng đường đi các nhánh xuyên này cũng như xác định độ nông sâu của các nhánh xuyên. Trong mổ các cuống vạt cũng được kiểm tra lại bằng siêu âm doppler cầm tay do đó nguồn cấp máu cho QNV được đảm bảo dồi dào bằng cả hai vạt trực mạch. Phẫu thuật kéo dài khoảng 4 giờ và loại bỏ được khoảng 70% thể tích tuyến vú, khâu dính tuyến vú vào cân cơ ngực lớn chắc chắn cũng là yếu tố quan trọng để chống tái sa trễ vú, ngay sau mổ QNV ấm, màu sắc không thay đổi, trong quá trình theo dõi sau mổ thì chúng tôi không ghi nhận bất kỳ biến chứng nào.

Như vậy, bước đầu kỹ thuật sử dụng cuống ba chân mang phức hợp QNV của chúng tôi đã cho thấy hiệu quả tốt và độ an toàn cao trong việc bảo tồn phức hợp QNV, tính thẩm mỹ của bầu vú sau phẫu thuật cao, không móp méo do tuyến vú được giữ lại được phân bố đồng đều ở cả ba góc của vú, cảm giác xúc giác của QNV xuất hiện ngay sau mổ 24h. Phương pháp này đòi hỏi phẫu thuật viên nắm chắc giải phẫu tuyến vú, thăm dò nhánh xuyên nuôi QNV, có đủ kinh nghiệm trong phẫu thuật thu gọn vú phì đại vì cần độ chính xác cao trong việc loại bỏ tuyến vú và làm mỏng cuống vạt cũng như bảo vệ vách ngăn ngang của vú không bị tổn thương khi phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

Vú phì đại khổng lồ là mức độ nặng nhất của bệnh lý vú phì đại, là thách thức với bất kỳ phẫu thuật viên nào dù đã có nhiều kinh nghiệm trong thu gọn vú do thể tích cần loại bỏ quá lớn, cuống nuôi QNV rất dài nên luôn có khả năng thiếu dưỡng hoặc hoại tử phức hợp QNV, hình dáng

bầu vú sau thu gọn không có tính thẩm mỹ cao vì tuyến vú loại bỏ không cân đối hoặc quá ít hoặc quá nhiều. Phương pháp cuống ba chân của chúng tôi đã bước đầu thể hiện được sự ưu việt trong tạo hình thu gọn vú phì đại ở mức độ rất nhiều và khổng lồ. Trong tương lai có thể trở thành phương pháp tin cậy để sử dụng trong các trường hợp vú phì đại ở mức độ các mức độ khổng lồ. Để đánh giá hiệu quả của kỹ thuật này chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu trên mẫu bệnh nhân lớn hơn và đặc biệt ở mức độ nặng của vú phì đại.

V. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn khoa phẫu thuật thẩm mỹ, khoa cận lâm sàng bệnh viện thẩm mỹ Thu Cúc Hà Nội; Khoa cận lâm sàng bệnh viện đa khoa quốc tế Thu Cúc đã hỗ trợ và tạo điều kiện tốt nhất để chúng tôi có thể phát triển và thực hiện thành công kỹ thuật mới này. Chúng tôi xin cam đoan nghiên cứu này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác, kỹ thuật này chưa được công bố hay báo cáo trong bất kỳ nghiên cứu nào trên thế giới cũng như ở Việt Nam cho đến nay. Các số liệu trong bài báo cao là trung thực, chính xác và khách quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thiết Sơn và CS (2021)**. "Phẫu thuật thu gọn vú sử dụng vạt mang phức hợp QNV trực mạch ngực trong". Tạp chí y học Việt Nam. 507: 41-45
2. **Nguyễn Mạnh Cường (2020)**, Đánh giá kết quả sử dụng vạt trực mạch ngực ngoài mang QNV trong phẫu thuật thu gọn ngực phì đại, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Würinger E, Mader N, Posch E, Holle J (1998)** "Nerve and vessel supplying ligamentous suspension of the mammary gland". *Plast Reconstr Surg* 101:1486-1493
4. **H. Ryssel • G. Germann • R. Reichenberger (2010)**. "Cranio-medial Pedicled Mammoplasty Based on Würinger's Horizontal Septum". *Aesth Plast Surg* 34:494-501.
5. **Osman Kelahmetoglu, Remzi Firinciogullari, Caglayan Yagmur, Kemalettin Yildiz, Ethem Guneren (2017)**. "Combination of Würinger's Horizontal Septum and Inferior Pedicle Techniques to Increase Nipple-Areolar Complex Viability During Breast Reduction Surgery". *Aesth Plast Surg* 41:1311-1317.
6. **A. Uslu, M. A. Korkmaz, A. Surucu, A. Karaveli, C. Sahin, M. G. Ataman (2019)**. "Breast Reduction Using the Superomedial Pedicle-and Septal Perforator-Based Technique: Our Clinical Experience". *Aesth Plast Surg* 43:27-35.
7. **Ercan Karacaoglu, Richard J. Zienowicz (2017)**. "Septum-Inferior-Medial (SIM)-Based Pedicle: A Safe Pedicle with Well-Preserved Nipple Sensation for Reduction in Gigantomastia". *Aesth Plast Surg* 41:1-9.