



38.

55. yıl

Türk Plastik Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Derneği

Ulusal Kurultayı

27 - 30 Ekim 2016

www.plastikcerrahi2016.org

Gloria Otel ve
Kongre Merkezi
ANTALYA

Bildiri Özetleri Kitabı

**Türk Plastik Rekonstrüktif
ve Estetik Cerrahi Derneği**
38. Ulusal Kurultayı

Bildiri Özetleri Kitabı

***UZMAN BİLDİRİ
YARIŞMASI***

DENEYSEL 1

Sentetik Hidroksiapatite Biyomimetik Bir Alternatif: Yapay Vücut Sıvısından Elde Edilen 'Bor Katkılı Kemik Benzeri Hidroksiapatit'

Mert Çalış¹, Tuğrul Tolga Demirtaş²,
Alper Vatansever³, Gülseren Irmak²,
Ahmet Hamdi Sakarya¹, Pergin Atilla⁴,
Figen Özgür¹, Menemşe Gümüşderelioğlu⁵

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

²Hacettepe Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Biyomühendislik Anabilim Dalı

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı

⁵Hacettepe Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Kimya Mühendisliği ve Biyomühendislik Anabilim Dalı

Günümüzde plastik cerrahide karşılaşılan en büyük problemlerden biri kemik defektlerinin rekonstrüksiyonu olup güncel tedavi seçeneklerinin kendi içindeki kısıtlamalar nedeniyle kemik doku mühendisliği uygulamaları son yıllarda önem kazanmıştır. Hidroksiapatit bu uygulamalar için sıklıkla sentetik olarak elde edilmekte ancak doğal hidroksiapatitin sahip olduğu birçok kimyasal ve mekanik özelliğe sahip olmaması nedeniyle elde edilen 'kemik benzeri hidroksiapatit'in kimyasal yapısına katılarak doku mühendisliği uygulamalarında kemikleşme üzerindeki etkisinin in vivo ortamda gözlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla 30 adet, Sprague Dawley cinsi erkek sıçan randomize olarak 5 gruba ayrılmıştır. Cerrahi olarak her hayvanda kalvaryumda 5mm. çaplı biparietal kritik boyutlu kemik defekti oluşturulmuştur. Kitosan yapıdaki hidrojellere, SBF-HA, SBF-HA/Bor ve ticari HA yerleştirilmiştir. Hayvanlar erken ve geç dönem kemikleşmenin değerlendirilmesi amacıyla sırasıyla 2. ve 4. aylarda sakrifiye edilmiş ve elde edilen örnekler makroskopik, histolojik ve mikrotomografik olarak değerlendirilmiştir. Mikrotomografik görüntüler bilgisayar programı yardımıyla değerlendirilmiş olup defekt içinde oluşan mineralize matriks yüzdesi ve mineralizasyon dansitesi hesaplanmıştır. Histolojik örnekler ise standart bir skorlama paterni ile yeni kemik oluşumu ve doku yanıtı açısından değerlendirilmiştir. Mikrotomografi sonuçları değerlendirildiğinde en yüksek mineralize matriks formasyonu SBF-HA/Bor yerleştirilen grupta ($62,68 \pm 7,03$) elde edilmiş olup kontrol (defekt) grubuyla kıyaslandığında sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$). Geç dönemde en yüksek mineralizasyon dansitesinin gözleendiği SBF-HA/Bor grubunun sonuçları hem SBF-HA hem de Ticari HA grubunun mineralizasyon dansitesi sonuçlarıyla karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p = 0.030$ ve $p = 0.007$). Kemik defektinin onarımı açısından geç dönemde ise en yüksek sonuç SBF-HA/Bor grubunda gözlenmiş olup, gruplar kendi arasında karşılaştırıldığında SBF-HA/Bor grubu kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha iyi kemikleşme göstermiştir ($p < 0.001$). Sonuç olarak vücut sıvısından elde edilen 'bor katkılı kemik-benzeri hidroksiapatit'lerin yeni kemik oluşumu dikkate alındığında ileride gerçekleştirilecek kemik doku mühendisliği uygulamalarında mevcut kullanılan sentetik hidroksiapatite bir alternatif olabileceği düşünülmektedir.

DENEYSEL 2

Tendon Kökenli Mezenkimal Kök Hücre ile Yağ Doku Kökenli Mezenkimal Kök Hücrenin, Hücrelerinden Arındırılmış Amniyotik Membran ile Beraber Kullanılmasının Tendon İyileşmesine ve Peritendinöz Adezyona Etkilerinin Araştırılması

Hacı Ömer Sağır¹, Halil İbrahim Canter²

¹Eyüp Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği

²Acıbadem Üniversitesi Plastik Cerrahi Kliniği

Günümüzde tendon yaralanmaları ile oldukça sık karşılaşılmaktadır. Yaralanan tendon onarımı doğru şekilde yapılsa dahi karşılaşılan önemli problemler peritendinöz yapışıklık gelişmesi ve tendon iyileşmesindeki gecikmedir. Bu sorunlar çoğu zaman hayat kalitesini etkileyebilecek düzeyde sakatlıklar oluşturmaktadır. Mevcut bu problemlere yönelik çeşitli kimyasal ajanlar kullanılsa da, bu probleme etkin bir çözüm bulunulamamıştır. Son zamanlarda kök hücre tedavisindeki gelişmeler, tendon yapışıklıklarını önleyici ve/veya iyileşmesini hızlandırılabilceğini düşündürmüştür. Bu nedenle tendon kökenli mezenkimal kök hücre ile yağ doku kökenli mezenkimal kök hücrenin, hücrelerinden arındırılmış amniyotik membran ile beraber kullanılmasının tendon iyileşmesine ve peritendinöz adezyona etkilerinin araştırılması amaçlandı. Her grupta 14 denek olacak şekilde toplam 5 grupta 70 adet dişi Wistar-Albino sıçan kullanıldı. Sıçanların sağ bacaklarındaki aşil tendonu kesilip onarıldıktan sonra 1. grupta tendon onarımı sonrası ek hiçbir işlem uygulanmadı. 2. grupta tendon onarım sahası hücrelerinden arındırılmış amniyotik membran (HAAM) ile sarıldı. 3. grupta tendon onarım sahası yağ doku kaynaklı mezenkimal kök hücre (YKMKH) ekilmiş HAAM ile sarıldı. 4. grupta tendon onarım sahası tendon kökenli kök hücre (TKKH) ekilmiş HAAM ile sarıldı. 5. grupta tendon onarım sahası YKMKH ve TKKH ekilmiş HAAM ile sarılarak bütün sıçanlarda cilt primer onarıldı. 1. ayda sıçanlar sakrifiye edilip aşil tendonunun onarım yapılan kısmı biyomekanik ve histopatolojik inceleme için eksize edildi. Çalışma sonucunda ortaya çıkan biyomekanik ve histolojik veriler birbirleri ile paralellik göstererek en iyi sonuçların tendon kaynaklı kök hücrelerin kullanıldığı grupta olduğunu, bunu sırası ile hibrit kök hücrelerin kullanıldığı grubun ve yağ kökenli mezenkimal kök hücrelerin kullanıldığı grubun takip ettiği gösterildi. Bu bulgular kök hücrelerin uygulanacakları dokudan elde edilmesinin daha yararlı olacağı tezini desteklemektedir. Hibrit kullanımının etkisinin daha net aydınlatılabilmesi için tendon kaynaklı kök hücre sayısı azaltılmadan konulacak yağ kaynaklı kök hücrelerin oluşturduğu bir çalışmanın daha yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

KLİNİK 1

Eğri Burunlarda Alar Taban Retraksiyonunun Levator Labii Alaque Nasi Kasının Kesilerek Düzeltilmesi

Süleyman Taş

İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Alar taban retraksiyonu, alar tabanın vertikal plandaki sefalik malpozisyonu sonucu oluşur ve nazal tabanın burnun geri kalan kısmı ile disharmonisine neden olur. Literatürde, bu deformiteyi düzeltmeye yönelik bazı eksizyonel prosedürler tariflenmiştir, ancak bunlar nostril distorsiyonuna, stenozlara ya da üst dudakta çekintilere neden olabilmektedir. Burada, eğri burunlarda alar taban retraksiyonunu düzeltmek için yeni bir yöntem olan levator labii alaque nasi kasının kesilmesinin tariflenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Yaş aralığı 21 ile 42 arasında olan toplam 22 hasta (10 erkek, 12 kadın), alar taban retraksiyonunun eşlik ettiği eğri burun deformitesi nedeniyle opere edildi. Hastaların takip süresi 12 aydı. Tüm hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası fotoğrafları standart bir şekilde önden, yandan, tabandan ve oblik açılardan çekilerek bilgisayar ortamında incelendi. Cerrahi başarı açısından fotoğraflar, 2 bağımsız plastik cerrah tarafından değerlendirilerek puanlandırıldı. Bu değerlendirmede 0-2 arasındaki bir puanlama sistemi kullanıldı, ameliyat sonrası fotoğraflarda her iki alar tabanda simetriye; 2 puan, inkomplet simetriye; 1 puan ve asimetriye; 0 puan verildi. Başarı kriteri olarak her iki taraf alar tabanda simetri kabul edildi. Fonksiyonel değerlendirme, 0 (tamamen tıkalı) ile 10 (tamamen açık) arasında skorlaması olan nazal patensi testi ile yapıldı. İstatistiksel analiz için, Student T-test kullanıldı.

Bulgular: Fonksiyonel ve estetik olarak sonuçlar, cerrahlar ve hastalar açısından memnun ediciydi. İki bağımsız plastik cerrahın değerlendirmesi sonucu hastaların hiçbir hastada asimetri saptanmadı. Fonksiyonel olarak hastaların hava yolu açıklığı anlamlı olarak artmıştı ($p<0.001$). Hastaların hiçbirinde erken dönemde bir komplikasyon ya da takip süresi boyunca herhangi bir nöks gözlenmedi.

Sonuçlar: Sunulan yeni tekniğin alar taban retraksiyonunun düzeltilmesi ve eğri burunlarda nöksün önlenmesinde başarılı olduğu tespit edilmiştir ve plastik cerrahlara bu tip burunlarda memnun edici sonuçların elde edilmesinde yardımcı olacağı düşünülmektedir.

KLİNİK 2

Lateral Kıkırdak Malpozisyonunun Tedavisinde Yeni Bir Yöntem: Alar Rim Flep

Cemal Alper Kemaloğlu¹, Mehmet Altıparmak²

¹ Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

² Muğla Sıtkı Kocaman Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Alar kıkırdak malpozisyonu lateral krusun sefalik rotasyonu ile karakterize sık görülen anatomik bir varyasyondur. Eksternal valf yetmezliğine yol açan bu durum özellikle derin inspirasyon esnasında alar kollapsa yol açar. Bu çalışmada eksternal valf yetmezliğinin tedavisinde alar rim flebinin uygulanması sonrası estetik ve fonksiyonel sonuçların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyel-metod: Alar malpozisyonu olan 32 primer rinoplasty hastası çalışmaya dahil edildi. Alt lateralin kaudal kısmındaki 2-3mm'lik kıkırdak şerit mukozadan serbestlenmesinin ardından distalden kesilip kaudale çevrildi ve otolog kıkırdak grefti ile uzatıldı. Alar rim flebinin uzatılan bu kısmı infrakartilajinöz insizyonunun lateralinden apertura piriformise kadar hazırlanan cebe yerleştirildi. Tüm hastalar preop ve postop nazal obstrüksiyon açısından sorgulandı ve ayrıca paranazal tomografi ile de değerlendirildi.

Sonuçlar: Eksternal valf yetmezliği olan alar malpozisyonlu tüm hastalarda hem estetik hem fonksiyonel belirgin iyileşme sağlandı. Hiçbir hastada alar kollaps ya da flep yer değiştirmesi gözlenmedi.

Tartışma: Alar rim flebi malpoze lateral krusun düzeltilmesi ve eksternal valf yetmezliğinin tedavisinde etkili bir tekniktir. Bu tekniğin scroll area bölgesini koruması ile potansiyel internal valf bölgesinin hasarlanması da önlenabilmektedir.

***ASİSTAN BİLDİRİ
YARIŞMASI***

ABYD-1

Sıçanda Jejenum Flebi İskemi Reperfüzyon Modelinde İntralüminal Dekstroz İnfüzyonunun, Dokuya Etkilerinin Fizyolojik, Histolojik ve Biyokimyasal Olarak İncelenmesi

Doğuş Yalçın¹, Bülent Saçak¹, Alper Yıldırım⁴, Feriha Ercan³, Betül Karademir², Nurdan Bülbül³, Özhan Çelebiler¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Hipofarinks ve özefagus rekonstrüksiyonunda ilk tercih edilen otolog doku seçeneklerinden biri de serbest jejunum flebidir. Klinik uygulamada, bu hasta grubunda enteral beslenme erken dönemde tercih edilmemektedir. Flep aktarımında karşılaşılan sıcak iske mi ve ardından reperfüzyon, flep mikrodolaşımını etkileyebilecek iske mi reperfüzyon (İR) hasarına yol açmaktadır. Bu deneysel çalışmada, iske mi ve reperfüzyona maruz bırakılan jejunum flebinde enteral dekstroz infüzyonunun flep dolaşımına akut etkileri, fizyolojik, biyokimyasal ve histolojik parametreler ile incelenmiştir. Beş gruba ayrılan toplam 35 adet Sprague-Dawley sıçan-da jejunum flebi izole edildi. İlk grup sham olarak sadece biyopsiler alındı, diğer gruplarda ise flep jejunal arter klemplenerek 40 dakika iske mi ve 120 dakika reperfüzyon uygulandı. İkinci grupta bir müdahale yapılmazken, üçüncü grupta reperfüzyonla birlikte intralüminal serum fizyolojik (SF), dördüncü grupta intralüminal %5 Dekstroz, beşinci grupta intralüminal %10 Dekstroz uygulandı. İzolasyon sonrası, iske mi sonrası ve reperfüzyonun 60 ve 120. dakikalarında lazer doppler flowmetri (LDF) ölçümleri ile mikrodolaşım değerlendirildi, deney sonunda doku örnekleri alınarak histolojik olarak mukoza hasar skorlaması, biyokimyasal olarak NO (Nitrik Oksit), Interlökin-1, Interlökin-6 ve Matriks Metalloproteinaz-1 (MMP-1) tayini yapıldı. İstatistiksel değerlendirme için ANOVA ve Kruskal-Wallis analizleri, Tukey's ve Dunn's çoklu karşılaştırma testleri, Korelasyon değerlendirme için Pearson's testleri kullanıldı. Dolaşım değerleri PU (Perfüzyon Birimi) cinsinden; histolojik değerlendirme ise yüzey ve kript epitelinde hasar, villus yapısında hasar ve inflamatuvar hücre infiltrasyonu şeklinde 3 kriterin 0-3 arası, 3 en ciddi hasar olacak şekilde puanlanarak toplanması ile sayısal olarak kaydedildi. En iyi skor 0, en kötü skor 9 olarak kaydedildi. Doku örnekleri izolasyon ardından biyokimyasal olarak uygun kitler ve ELISA yöntemi ile gerekli protokoller doğrultusunda değerlendirildi. Dolaşım değerleri, her grupta başlangıç ve iske mi anlarında istatistiksel olarak beklenen şekilde benzer hesaplandı ($p>0.05$). Reperfüzyonun 60. dakikasından itibaren Dekstroz verilen grupların LDF değerleri anlamlı yüksek ölçülerek, Reperfüzyonun 120. dakikasında en iyi dolaşım değerleri %10 Dekstroz grubunda elde edildi. Deney sonunda yapılan ölçümlerde sırasıyla Grup 2,3,4 ve 5 için $188,5\pm 31$ PU, $253,8\pm 16$ PU, $323,1\pm 35$ PU, $440,4\pm 81$ PU değerleri elde edildi. Histolojik skorlar incelendiğinde, sham grubu 0 (en iyi) kabul edilerek hesaplandı. İR hasarı uygulanan ikinci grup $8,1\pm 0,8$, İR hasarı ve SF uygulanan üçüncü grup $5,8\pm 1$, İR hasarı ve %5 Dekstroz uygulanan dördüncü grup ve %10 Dekstroz uygulanan beşinci grup sırasıyla $5,4\pm 0,9$ ve $5,2\pm 1,9$ olarak hesaplandı. İstatistiksel olarak SF,

%5 Dekstroz ve %10 Dekstroz verilen gruplar sadece İR hasarı uygulanan gruplara göre daha iyi skorlar elde ederek daha az mukoza hasarı gösterdi ($p<0,05$). En iyi skoru %10 Dekstroz infüze edilen grup elde etmiştir. Biyokimyasal olarak incelenen NO, IL-1, IL-6 ve MMP-1 değerleri Tablo 1'de özetlenmiştir. NO %5 ve %10 Dekstroz grupları Sham grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir ($p<0,05$). IL-1 ve IL-6 için yalnızca dekstroz infüzyonu yapılan gruplar, %10 dekstroz verilen grup daha yüksek değerlere sahip olmak kaydıyla sham grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). MMP-1 ortalama değerleri karşılaştırıldığında gruplar arası ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Grupların sahip olduğu 120. dakika perfüzyon değerleri, histolojik skorları ile karşılaştırılarak istatistiksel olarak Pearson korelasyon testi uygulandığında, güçlü negatif korelasyon saptandı ($r:0,59$). Perfüzyonun iyileşmesi ile histolojik hasarın azaldığı gösterildi. Glukozun literatürle uyumlu olarak doku mikrodolaşımını iyileştirdiği, sıcak iske mi sonrasında SF ve Dekstroz infüzyonunun mukozal hasarlanmayı azalttığı, inflamatuvar belirteçlerin arttığı ve koruyucu özelliği olan moleküllerin yükseldiği gösterildi. Sonuçlar, klinik uygulamanın aksine erken enteral beslenmenin flep lehine olabileceğini düşündürmektedir.

Deneysel özgün bir modelde enteral infüzyonun flep dolaşımını iyileştirdiği, mukozayı koruyucu etkisinin olduğu ve inflamatuvar süreç olumlu katkısının bulunduğu gösterilerek ileri klinik çalışmalara temel oluşturulmuştur.

İzole edilmiş jejunum flebi, iske mi halinde.



Mikrovasküler klip ile iske mi uygulanması ve flep perfüzyonunun sabitlenmiş lazer doppler flowmetri ile ölçülmesi görülmektedir. Flep renginin koyuluğu iske mi periyodundan olduğunu işaret etmektedir.

Biyokimyasal Değerlendirme

	Grup 1 (Sham)	Grup 2 (İR)	Grup 3 (İR+SF)	Grup 4 (İR+%5Dex)	Grup 5 (İR+%10Dex)
NO (nmol/ml)	0,07083±0,01	13,31±6,06	15,87±2,8	16,67±2,18	19,74±2,78
IL-1 (pg/ml)/protein	0,0008086±0,0002	0,002451±0,003	0,003018±0,002	0,01±0,007	0,01145±0,015
IL-6 (pg/ml)/protein	0,03457±0,01	0,1107±0,13	0,1499±0,07	0,4271±0,32	0,5731±0,87
MMP-1 (pg/ml)/protein	1,489±0,4	1,411±0,6	1,68±0,7	2,707±2,0	3,48±4,2

Biyokimyasal olarak incelenen NO, IL-1, IL-6 ve MMP-1 düzeyleri

ABYD-2**Anjiyotensin II Reseptör Blokörü Valsartanın Tavşan Kulağı Yara Modelinde Patolojik Skar Maturasyonu Üzerine Etkilerinin Gösterilmesi**

Muzaffer Kurt¹, Funda Aköz Saydam¹, Mehmet Sürmeli¹, Salih Onur Basat¹, Aysel Çağlar², Mehmet Bozkurt¹

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

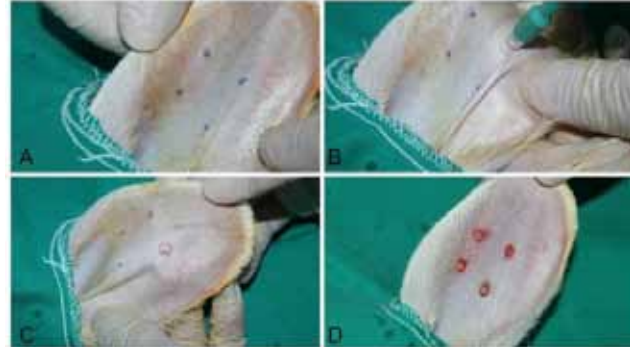
Amaç: Patolojik skar dokusunun altında yatan mekanizmayı araştıran hücresel ve moleküler düzeyde çok sayıda araştırma yapılmış olmasına rağmen, bu süreç halen tam olarak anlaşılamamıştır. Son yıllarda insandan alınan hipertrofik skar doku örnekleri ve fibroblast hücre kültürlerinde anjiyotensin II maddesinin varlığını ve fibrozis mekanizmasında rol aldığını gösteren çalışmalar yapılmaktadır. İnsan cildinde yapılan çalışmalarda ise keratinosit hücre kültüründe anjiyotensin reseptörü mi-RNA ekspresyonu RT-PCR yöntemi ile gösterilmiştir. Ayrıca insan hipertrofik skar dokularından elde edilen fibroblast hücre kültürlerinde anjiyotensin II reseptörlerinin varlığı gösterilmiştir. Ancak literatürde anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü enalaprilin, patolojik skarı azaltıcı etkilerini araştıran deneysel çalışma olmasına rağmen, halen anjiyotensin II reseptör blokörlerinin etkilerini gösteren bir çalışma bulunmamaktadır. Biz bu çalışmada daha önce tarifi yapılmış olan tavşan kulağı yara modelinde anjiyotensin II reseptör blokörü valsartanın patolojik skarı azaltabileceğini histomorfolojik olarak göstermeyi amaçladık.

Yöntem-Gereçler: Üç deney grubunda her bir grupta 3 adet olmak üzere toplam 9 adet Yeni Zelanda soyu tavşanlar kullanılmıştır. Denekler kontrol, enalapril, ve valsartan olmak üzere aldıkları ilaca göre üçer denekten oluşan üç gruba ayrıldı. Her bir gruptaki deneklerin kulak ventral yüzlerine punch biyopsi aleti ile 4 adet 5 mm defekt oluşturuldu. Denekler, her bir grupta 3 tavşan (24 defekt) olacak şekilde 3 gruba ayrıldı. Birinci grup enalapril grubuydu. Gruptaki her deneye enalapril (0.75 mg/kg/gün) oral gavaj yöntemi ile verildi. İkinci grup valsartan grubuydu. Gruptaki her deneye valsartan (10 mg/kg/gün) verildi. Üçüncü grup kontrol grubuydu. Birinci ve ikinci gruba tablet desteği 40 gün boyunca sürdü. 40. gün sonunda denekler sakrifiye edildi. Deneklerden histomorfolojik inceleme için dokular alındı. Hematoksilen-eozin, Mason-trikrom ve Sirius Red boyamalar uygulandı. Değerlendirmelerde fibroblast sayısı (mm²), kapiller sayısı (mm²), kollojen düzeni, tip 1/3 kollojen oranı, epitel kalınlığı, skar elevasyon indeksi parametreleri kullanılmıştır. kollojen düzeni için normal: 0, en dezorganize: 3 olarak numaralandırılmıştır.

Bulgular: Fibroblast sayısı, kapiller sayısı ve skar elevasyon indeksi parametrelerinde; enalapril ve valsartan grupları kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük sonuçlar vermiştir. Kollojen organizasyonu karşılaştırıldığında, enalapril ve valsartan grupları kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha organize bulunmuşlardır. Tip 1/3 kollojen oranında enalapril ve valsartan grupları kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Epitel kalınlığında valsartan, kontrol ve enalapril gruplarına anlamlı derecede daha ince bulunurken, kontrol ve enalapril grupları arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Enalapril ve valsartan grupları karşılaştırıldığında, fibroblast sayısı ve epitel kalınlığının valsartan grubunda enalapril'e göre yüksek anlamlı şekilde ($p<0,001$) düşük olduğu; kapiller sayısı, kollojen organizasyonu ve skar

elevasyon indeksi arasında anlamlı fark olmadığı, tip 1/3 kollojen oranının enalapril grubunda valsartan grubuna göre anlamlı şekilde ($p<0,001$) yüksek olduğu görüldü.

Sonuçlar: Hipertrofik skarların tedavisinde bugüne kadar çok sayıda tedavi yöntemi tanımlanmıştır ancak optimal tedavi yönteminin hangisi olduğu halen belirsizdir. Bu tedavi yöntemleri arasında cerrahi eksizyon, basınç tedavisi, intralezyoner interferon, topikal ve intralezyoner kortikosteroid, intralezyoner bleomisin, lazer terapi ve silikon jel örtüler bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda fibroblast hücre kültürlerinde anjiyotensin II'nin fibroblast gelişiminde rol alan Smad proteininin fosforilasyonunu artırdığı ve anjiyotensin reseptör blokörlerinin anjiyotensin II üzerinden Smad aktivasyonunu engellediği gösterilmiştir. Busebeplevalsartan kullanımında fibroblast gelişimi engelleneceğinden skar oluşumunun azalacağı düşünülebilir. Çalışmamız literatürde anjiyotensin reseptör blokörlerinin deneysel olarak patolojik skar üzerine etkilerini araştıran ilk ve tek çalışmadır. Klinik uygulamada oral valsartan ve enalapril kullanımı intralezyoner steroid tedavisine; steroidlerin hiperglisemi, immunsupresyon, hirsutizm gibi yan etkilerinin olması nedeniyle bir alternatif olabilir. Valsartan ve enalapril antihipertansif ilaçlardır ve patolojik skarı azaltmada kullanılacaksa, kan basıncı üzerine etkileri göz ardı edilmemelidir. Düşük doz, uzun süreli kullanımları hipotansif etkilerini azaltabilir. İleride bu konuda yapılacak çalışmalar, bu ilaçların klinik uygulamaya geçip geçmemesinde belirleyici olacaktır.

Cerrahi İşlem

A. Biyopsi alanlarının işaretlenmesi, B. Punch biyopsi aletiyle defekt oluşturulması, C. Elde edilen defektin görüntüsü, D. İşlem tamamlandığında bir kulaktaki dört adet defektin görüntüsü.

Enalapril (I) ve Valsartan (II) gruplarında fibroblast sayısı, kapiller sayısı, tip 1/3 kollojen oranı, epitel kalınlığı ve SEİ skorlarının değerlendirilmesi

	Grup 1-Enalapril	Grup 2-Valsartan	p değeri
Fibroblast Sayısı	430(400-480)	342(259-398)	$p<0.001$
Kapiller Sayısı	6(2-15)	5(2-10)	0.07
tip 1/3 kollojen oranı	85(75-95)	80(55-95)	$p<0.001$
Epitel Kalınlığı	0,1(0,05-0,14)	0,06(0,03-0,08)	$p<0.001$
Skar Elevasyon İndeksi	1,8(1,4-2,6)	1,9(1,5-2,4)	0.08
	Ortanca (minimum-maksimum)	Mann Whitney testi	

ABYD-3**Siçan İzogenik ve Allojenik Soliter Kas ve Deri Transplantasyon Modellerinde İskemi-Reperfüzyon Hasarının Etkilerinin Değerlendirilmesi**

Fatih Ceran¹, Salih Onur Basat¹, İdris Ersin², Deniz Filinte³, Özgür Pilancı¹, Mehmet Bozkurt¹

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Urla Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İzmir

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Organ ve doku transplantasyonları özellikle son yıllarda, mikrocerrahideki ve immünolojideki gelişmelere paralel olarak Plastik Cerrahi'nin önemli ilgi alanlarından biri haline gelmiştir. Ekstremiteler, yüz, karın duvarı gibi kompozit doku transplantasyonları günümüzde klinik uygulamaya girmiştir.

Organ ve doku transplantasyonu operasyonlarının başarısı, cerrahi teknik ve beceri kadar mikrosirkülasyonu etkileyen birçok sistemik ve lokal faktörün uygun olmasına bağlıdır. Ayrıca yüksek immünojeniteye sahip kompozit dokuların transplantasyonlarında akut ve kronik reddin önlenmesi için komplikasyonların azaltılması özellikle kritik öneme sahiptir. Bu yüzden bu konuda birçok farklı klinik ve deneysel araştırmalar yapılmaktadır.

Transplantasyon operasyonlarının süre olarak uzun sürmesi, dokular için kritik iskemiyeye maruziyet sonucu iskemik-reperfüzyon hasarının oluşmasına, immünolojik reaksiyon oluşmasına dolayısıyla akut ve kronik reddi tetikleyen mekanizmaların devreye girmesine sebep olduğu, solid organ transplantasyon çalışmalarında gösterilmiştir. Bu araştırmada; siçan izogenik ve allojenik soliter kas ve deri transplantasyonu modellerinde, iskemik-reperfüzyon hasarının etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem-Gereçler:

Çalışmaya 48 inbred adet Lewis (7 haftalık) ve 16 adet inbred Brown-Norway (7 haftalık) siçan dahil edildi. Gruplar şu şekilde dizayn edildi:

Grup 1: İzogenik deri flebi transplantasyonu (Alıcı:Lewis (n:8), Verici:Lewis (n:8))

Grup 2: İzogenik kas flebi transplantasyonu (Alıcı:Lewis (n:8), Verici:Lewis (n:8))

Grup 3: Allojenik deri flebi transplantasyonu (Alıcı:Lewis (n:8), Verici:Brown-Norway (n:8))

Grup 4: Allojenik kas flebi transplantasyonu (Alıcı:Lewis (n:8), Verici:Brown-Norway (n:8))

Ratlara, Xyalasine (10mg/kg) ile sedasyon, ketamine (70 mg/kg) ile anestezi uygulandı. -Deri transplantasyonu modeli olarak kasık flebi kullanıldı. Cilt adası planlanıp diseksiyon yapıldıktan sonra, femoral arter bazlı kasık flebi donör siçandan alındı, 4 saat iskemik süresi beklendi. Alıcı siçanın femoral arteri ortaya konulup hazırlandıktan sonra kasık flebi, mikrocerrahi anastomoz yapılarak heterotopik olarak transplante edildi. Donör siçanlar ise sakrifiye edildi. (Şekil) - Kas transplantasyonu modeli olarak gastrokneumus kas flebi kullanıldı. İnguinal bölgeden yapılan uygun insizyonu takiben diseksiyon yapılarak gastrokneumus kas flebi disekte edildi, femoral artere baze kaldırıldı,

3 saat iskemik süresinden sonra transplantasyon yapıldı. Alıcı siçanın femoral arteri ortaya konuldu, mikrocerrahi anastomoz yapılarak heterotopik olarak transplante edildi. Donör siçanlar ise sakrifiye edildi

(Şekil 3, 4.). Toplam 32 adet transplantasyon yapıldı. Allojenik transplantasyon grubunda, alıcı Lewis ratlara immünsüpresyon için 16mg/kg/gün dozunda Siklosporin A ajanı subkutan olarak uygulandı, sonrasında doz azaltılarak 2mg/kg/gün idame dozunda devam edildi. Operasyon sırasında intraoperatif olarak elektrokardiyografi, arteriyel basınç, ısı ve O₂ satürasyonu gibi veriler vericiler aracılığıyla telemetri yöntemiyle, Dataquest ART veri toplama ve veri analiz sistemleri kullanılarak değerlendirildi. Transplante edilen dokuların mikrosirkülasyonları peroperatif ve postoperatif Perimed Periflux 5000 laser doppler flowmetry cihazı ile iğne probe kullanılarak değerlendirildi. Postoperatif dönemde ödem, eritematöz değişiklikler, kıllarda azalma, ülserleşme, deskuamasyon gibi bulguların varlığı değerlendirilerek transplant rejeksiyonu açısından izlendi. Postoperatif 7., 21., 35., 63., 100. gün ve deney sonunda hayvanlardan 0,5 cc kan alınarak periferik kanda flow sitometri çalışması için değerlendirildi. Deney postoperatif 4. ayda sonlandırıldı. Transplante edilen dokular, anastomoz hattı, lenf nodları, karaciğer ve dalakları 4 ay sonra alıcı hayvan xyalasine (10mg/kg) ile sedasyon, ketamine (70 mg/kg) anestezi altında sakrifiye edilerek çıkarıldı. İmmünohistopatolojik ve moleküler biyolojik değerlendirmeye (mikro-RNA, polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) kullanılarak elde edilen doku kaynaklı flow-sitometri) tabi tutuldu.

Bulgular: Postoperatif dönemde hiçbir hayvanda transplant reddi gerçekleşmedi. 3. Grupta 1 adet hayvanda minimal miktarda marjinal nekroz gözlemlendi. Aynı alanda epitelizasyon gözlemlendi ve iyileşti. Aynı grupta 2 adet hayvanda postoperatif 1. günde hayvanın operasyon sahasını zedelemesi sonucu dehisans gözlemlendi, tekrar sütüre edildi, takiplerinde herhangi bir problem gözlenmedi. İğne prob ile değerlendirme sonucunda kas grubu transplantlarında herhangi bir red görülmedi (Şekil). İmmünohistokimyasal olarak; 3. grupta 1. gruba oranla daha fazla inflamatuvar hücre infiltrasyonu, T hücre infiltrasyonu çekirdek kofullaşması ve çekirdek kaybolması gözlemlendi. 4. Grupta ise 2. Gruba oranla çizgili kas dokusunda daha yoğun fibrozis ve inflamatuvar hücre infiltrasyonu (T hücre) gözlemlendi. Periferik kandan bakılan flow-sitometride 3 ve 4. gruplarda, özellikle 3. grupta daha belirgin olmak üzere postoperatif 7. Günden itibaren CD4, CD8 T hücreleri, CD45 B hücreleri ve CD11 monosit-granülosit-dendritik hücrelerde donör spesifik kimerizm gözlemlendi. Kimerizm seviyeleri tüm hücre gruplarında 63. günde en yüksek seviyeye ulaştı, 100. günde azalma gözlenmekle beraber deney sonunda bakıldığında hafif bir artış gözlemlendi. Postoperatif dönemde alıcı hayvanlardan alınan dalak, karaciğer ve lenf nodları PCR ile incelendiğinde 3. Gruptaki tüm hayvanlarda karaciğer, dalak ve lenf nodlarında donör-spesifik kimerizm görülmekle beraber, 4. grupta yalnız 3 hayvanın lenf nodlarında donör-spesifik kimerizm gözlemlendi. Mikro RNA değerlendirilmesi için; Grup 1 ve 3 ten alınan deri örnekleri, grup 2 ve 4 ten alınan kas örneklerinden elde edilen miR-21 ve miR-205 incelendiğinde: grup 3 ve 4 ten alınan miR-21 ve miR-205 düzeyleri daha yüksek görülmekle beraber, 4. Grupta daha belirgin olduğu istatistiksel olarak ortaya kondu.

Sonuçlar: Çalışmamızda iskemik reperfüzyon için oluşturulan soliter kas ve deri transplantasyon modellerinde perioperatif metabolik değişiklikler, immünohistokimyasal bulgular, flow-sitometrik çalışma ve mikro RNA değerlerinin tesbiti yapılarak ortaya objektif sonuçlar ortaya konmuştur. Bu çalışma cilt ve kas gibi farklı doku transplantasyonlarında iskemik reperfüzyon hasarının ve diğer sistemik faktörlerin doku sağ kalımına olan etkilerinin ortaya konulması ve bu tarz klinik uygulamalar için optimal şartların sağlanmasına ışık tutacaktır.

Kaynaklar: 1. Shimizu F, Okamoto O, Katagiri K, Fujiwara S, Wei FC. Prolonged ischemia increases severity of rejection in skin flap allotransplantation in rats. *Microsurgery*. 2010;30(2):132-7
2. Murphy BD, Zuker RM, Borschel GH. Vascularized composite allotransplantation: an update on medical and surgical progress and remaining challenges. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2013 Nov;66(11):1449-55.
3. Pradka SP1, Ong YS, Zhang Y, Davis SJ, Baccarani A, Messmer C, Fields TA, Erdmann D, Klitzman B, Levin LS. Increased signs of acute rejection with ischemic time in a rat musculocutaneous allotransplant model. *Transplant Proc*. 2009 Mar;41(2):531-6.
4. Siemionow MZ, Rampazzo A, Gharb BB, Cwykiel J, Klimczak A, Madajka M, Nasir S, Bozkurt M. The reversed paradigm of chimerism induction: Donor conditioning with recipient-derived bone marrow cells as a novel approach for tolerance induction in vascularized composite allotransplantation. *Microsurgery*. 2016 Mar 14.

ABYD-4

Deneysel Tavşan Modelinde Albumin ve Plateletten Fakir Plazma İle Botulinum A Toksini Sulandırılmasının Biyoyararlanım Üzerine Etkisi

Serhat Şibar¹, Kemal Fındıkçioğlu¹,
Murat Zinnuroğlu², Seyhan Çenetoğlu¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Ankara

Günümüzde kozmetik amaçlı olarak botulinum toksin tüm dünyada yaygın bir şekilde uygulanmaktadır. Toksinin etkinliğini azaltan bir çok madde tanımlanmış olmasına rağmen biyoyararlanımı arttırmaya yönelik yapılmış çalışmalar sınırlı sayıdadır. Çalışmamızın amacı kozmetik amaçlı botulinum toksin uygulamalarında, toksinin standart sulandırma (saline) yerine albumin ve/veya trombositten fakir plazma (TFP) ile sulandırılarak hazırlanmasının biyoyararlanım üzerindeki etkisini değerlendirmektir. Çalışmada 24 adet Yeni Zelanda tipi tavşan kullandı. Toksin enjeksiyonu için sağ anterior aurikuler kas tercih edildi. Denekler 4 gruba ayrılarak, her bir grupta farklı sulandırma yöntemleri ile hazırlanmış olan botulinum A toksini (BTxA) enjekte edildi. Grup I' deki deneklere 2.5U saline ile sulandırılmış BTxA, Grup II' de hazır tavşan albumini ile sulandırılmış BTxA, Grup III' de otolog TFP ile sulandırılmış BTxA, Grup IV' de ise sadece saline enjekte edildi. Enjeksiyon öncesi (0. hafta) ve sonrası 2., 6, ve 12. haftalarda deneklerin kulaklarının görsel ve elektronöromyografik (ENMG) incelemeleri gerçekleştirildi. 2. haftada Grup II> de medyan amplitüd düzeyleri diğer gruplara göre anlamlı olarak düşük saptandı. 6. haftada Grup I> de medyan amplitüd düzeyleri diğer gruplara göre anlamlı olarak düşük saptandı. 12. haftada tüm gruplar arasında medyan amplitüd düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunamadı. Görsel bulgular da, ENMG bulgular ile korele olarak saptandı. BTxA> nın albumin ile sulandırılmasının başlangıçta (2. hafta) saline veya TFP ile sulandırmaya kıyasla daha kuvvetli paralizisi yarattığı görüldü ancak ilerleyen haftalarda (6. hafta) saline ile sulandırmanın diğer sulandırma yöntemlerine kıyasla paraliziyi daha iyi idame ettirdiği görüldü. Kozmetik amaçlı BTxA uygulamalarında, toksinin standart sulandırma yerine albumin veya TFP ile sulandırılmasının biyoyararlanım üzerine olumlu bir etkisi saptanamamış olup, bu tür sulandırma ile ilgili yapılacak modifikasyonlar plastik cerrahi uygulamaları açısından uygun bulunmamıştır.

Şekil



Kasık ve gastrocnemius flep diseksiyonları (Üstte). İzojenik ve allojenik deri transplantasyonu yapılan ratların deney sonu fotoğrafları.

Resim 1



Tavşan kadavrasında anterior aurikuler kasın disseksiyonu. Kas medial kantusun kranialinden başlayıp ipsilateral kulak ventromedial sınırına uzanmaktadır (Çizgili alan kasın anatomik yerleşimini göstermekte). Lateral görünüm

Tablo 1

Gruplar	Toksin sulandırma yöntemi (100U BTxA)	Enjeksiyon hacmi
1 (Saline grubu)	2cc saline	0.05cc (2.5U)
2 (Albumin grubu)	2cc %0.1 konsantrasyonda hazır tavşan albumini ve saline çözeltisi	0.05cc (2.5U)
3 (Trombosit fakir plazma grubu)	2cc otolog trombositten fakir plazma	0.05cc (2.5U)
4 (Kontrol grubu)	Toksin (-)	0.05 cc saline

Deney gruplarının oluşturulması

ABYD-5

Tek Taraflı Fasiyal Reanimasyonda, Fonksiyonel Kas Transferi ve Çapraz Fasiyal Reinnervasyonda, Posterior Aurikular Sinir ile Zigomatik Sinir Akson Dansitelerinin Kıyaslanması, Kadavra Çalışması

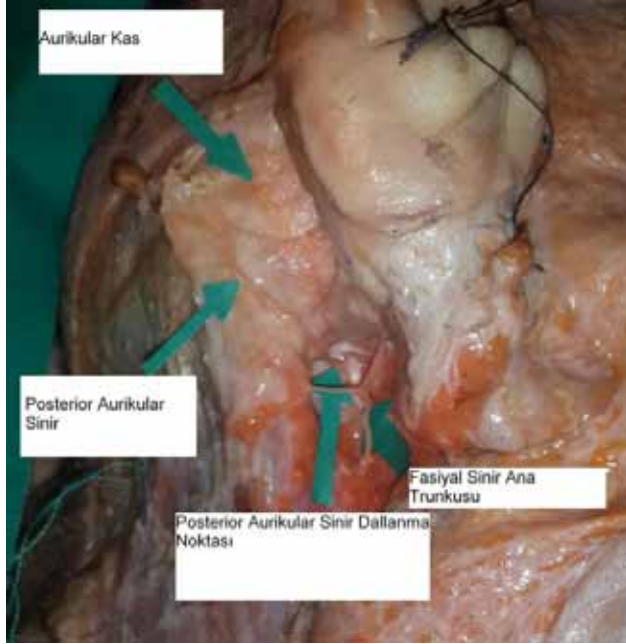
Murat Kara¹, Galip Gencay Üstün¹,
Dicle Yaşar Aksöyler¹, Mustafa Fevzi Sargon²,
Ozan Bitik¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi AD, Ankara

Günümüzde tek taraflı fasiyal paralizili hastalarda, dinamik fasiyal reanimasyon için altın standart cerrahi tedavi yöntemi, fonksiyonel kas transferi ve sinir grefti ile çapraz fasiyal reinnervasyondur. Bu teknikte, sağlam tarafın fasiyal sinirin zigomatik veya bukkal dalı, sinir grefti ile paralizili tarafa alıcı kasın sinirine koapte edilmektedir. Çalışmanın amacı, bu teknikte feda edilen sağlam tarafın zigomatik veya bukkal dalı yerine, sağlam tarafın fasiyal sinirin posterior aurikular dalının aurikular kasa giden motor dalının kullanılabilirliğini araştırmaktır. Böylece postoperatif morbiditenin azaltılması hedeflenmektedir. Bu çalışmada 14 adet taze donmuş kadavra kullanılmıştır. Kadavralarda bilateral fasiyal sinirin zigomatik ve posterior aurikular dalları disseke edilmiştir. Sinirlerden, kasa giriş yerlerinden 1 cm uzunluğunda spesmenler alınarak Gluteraldehit içinde saklanmıştır. Disseksiyonlar sonrası toplam 56 spesmen elde edilmiş, ancak 40 spesmenin aksonlarının sayılabilir durumda olduğu görülmüştür. Spesmenler elektron mikroskobunda, 0.01 mm² alanda, x200'lük büyütmede incelenerek, akson sayıları kayıt altına alınmıştır. Disseksiyon sırasında, posterior aurikular sinirin, stylomastoid foramenden çıktıktan sonra fasiyal sinirden ayrılma noktası ve seyri kayıt altına alınmıştır. Ayrıca posterior aurikular sinire hızlı ve güvenli ulaşmak için işaret noktaları belirlenmiştir. Yapılan sayımlar sonrası, ortalama akson sayıları; sağ zigomatik sinirde 93.4 +/- 6, sağ posterior aurikular sinirde 84.7 +/- 4.5, sol zigomatik sinirde 95.6 +/- 4.5, sol posterior aurikular sinirde 81.5 +/- 7.8 olarak tespit edilmiştir. Çapraz fasiyal sinir greftinde, zigomatik ve bukkal sinir disseksiyonları, bölgenin anatomik olarak sinir dallarından zengin olması nedeniyle, fasiyal sinir hasarı ile sonuçlanabilmektedir. Bu sinirlerin paralizili taraf için kaynak olarak kullanımı da sağlam tarafa disfonksiyona neden olabilmektedir. Bu nedenle, daha izole bir alanda seyreden, kaybı disfonksiyona neden olmayan ve gülümsemede fasiyal sinirin diğer dalları ile sinkinezik çalışan posterior aurikular sinirin kullanımı ümit verici görünmektedir.

Posterior Aurikular Sinir Disseksiyonu



hızına karar verilmesi amacıyla bir ön çalışma planlandı. Deneysel çalışma için Boğaziçi Üniversitesi Yaşam Bilimleri Merkezi Deneysel Hayvan Üretim ve Bakım Birimi laboratuvarı kullanılmıştır. Deney Hayvanı olarak; bağışıklık sistemi hassas olan, 4-8 haftalık yaşlarda erkek 18 adet Nude ırkı fareler kullanılmıştır. Ön çalışma için rastgele seçilen 6 adet fare kullanılmıştır. Gruplar farelerin ekim yapılacak flank /dorsal bölgeleri sağ ve sol taraf olarak ikiye ayrılmıştır. 1 cm² lik cilt alanı işaretlenerek greft ekim cebi cilt altı planda hazırlanmıştır. Her fare için kontrol grubu ekimleri sol tarafa toplam 1 cc, çalışma grubu ekimleri sağ tarafa 1 cc yapılmıştır. Ön çalışma sonucunda greft sağkalım verileri değerlendirilmiştir. Kontrol grubu için el yardımıyla negatif basınç ile edilen ve düşük santrifuj hızında hazırlanan yağ grefti elde edilmesi tekniğinin çalışma grubuna göre daha üstün olduğu görülmüştür. Bu sebeple çalışmada diğer oluşturulacak gruplarda kontrol grubu olarak aynı tekniğin kullanılması devam edilmiştir. Ön Çalışma, grup 1 olarak adlandırılmıştır. Çalışma devamında rastgele seçilen 6 şar fareden oluşan ve grup 1 e benzer şekilde kendi içinde çalışma ve kontrol grupları bulunan farklı iki grup daha oluşturulmuştur. Yağ greftleri, yaşları 38-49 (ort.42) arasında olan her bir grup için bir adet, toplam da 3 grup için 3 adet kadın hastaların abdominal bölgelerinden elde edilmiştir. Her bir grup için aynı hastadan elde edilen yağ greftleri kullanılmıştır. Yağ greftlerinin yaşayabilirliğini etkileyen faktörler standartize edilirse, 2 faktör sağkalımda önemli hale gelir. Bunların birincisi greftin alınma şekli ikincisi ise işlenme-greft hazırlama sürecidir.

ABYD-6

Farklı Tekniklerle Elde Edilen Yağ Greftlerinin Farklı Santrifuj Hızında Hazırlanarak Ekimlerinin Ardından Graft Canlılığının Değerlendirilmesi

Kadir Tasasız, Özay Özkaya, Ayça Ergan
Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik,
Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Otolog yağ grefti uygulamaları plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uygulamalarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Yağ greftlerinin elde edilmesinin pratik ve ucuz olması, donör alan morbiditesi oluşturmaması ve biyouyumluluğu popülaritesine katkı sağlayan özellikler arasında sayılmaktadır. Enjekte edilen yağ greftlerinin sağkalımının öngörülemezliği ise önemli bir dezavantajdır. Yapılan çalışmalarda yağ greftlerinin tutma oranlarının %20 ile % 90 arasında çok geniş bir dağılımda olduğu görülmektedir. Yağ greftlerinin yaşayabilirliğini etkileyen ana faktörler greftlerin alınma tekniği, ekime hazırlanma şekli ve enjeksiyon tekniği şeklinde sıralanabilir. Yağ greftlerinin elde edilmesinde; negatif basınçlı enjektör ile el yardımıyla liposuction ve konvansiyonel suction yardımıyla liposuction yönteminin yanında; teknolojik gelişmelerle beraber lazer yardımıyla liposuction (LAL) ve ultrason yardımıyla liposuction (UAL) gibi çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Literatürde greft sağ kalımı açısından, bu yöntemlerin birbirine üstünlüğü net olarak ortaya konmamıştır. Elde edilen greftlerin enjeksiyona hazırlanmasında birçok farklı teknik tanımlanmıştır. Santrifuj işlemi greft hazırlanmasında en sık kullanılan yöntemdir. Bu çalışmada farklı liposuction teknikleriyle elde edilen yağ greftlerinin düşük santrifuj hızında ve yüksek santrifuj hızında hazırlanıp, deney hayvanlarına ekimleri sonrasında, oluşturulan gruplardaki greft canlılığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmada, farklı teknikler ile alınacak olan yağların işlenmesi esnasında kullanılacak santrifuj

Materyal-Metod: Grup 1: El yardımıyla negatif basınçla alınan düşük santrifuj hızında hazırlanarak (1000 rpm 3 dk) elde edilen yağ greftleri (sol taraf) / El yardımıyla negatif basınçla alınan yüksek santrifuj hızında hazırlanarak (3000 rpm 3 dk) elde edilen yağ greftleri (sağ taraf) Grup 2: El yardımıyla negatif basınçla alınan düşük santrifuj hızında hazırlanarak (1000 rpm 3 dk) elde edilen yağ greftleri (sol taraf) /Ultrason yardımıyla liposuction ile alınan yüksek santrifuj (3000 rpm 3dk) elde edilen yağ greftleri (sağ taraf) Grup 3: El yardımıyla negatif basınçla alınan düşük santrifuj hızında hazırlanarak (1000 rpm 3 dk) elde edilen yağ greftleri (sol taraf) /Lazer yardımıyla liposuction ile alınan yüksek santrifuj (3000 rpm 3dk) elde edilen yağ greftleri (sağ taraf) Her bir deney hayvanına; kontrol grubu olarak 1cc çalışma grubu olarak 1 cc toplamda 2 cc yağ grefti ekimi yapılmıştır. Deney hayvanları ekim sonrası planlandığı şekilde 12 hafta yaşatıldıktan sonra yüksek doz ketamin anestezi ile ötenazi edilmiştir. Yağ greftleri canlılığı değerlendirilmesinde öncelikle greftler alındığı anda su taşıma testi ile volümleri değerlendirilmiştir. Histopatolojik olarak canlılık, preperatların mikroskop altında vaskülarite, fibrozis, kist oluşumu, kalsifikasyon oluşumu ile değerlendirilmiştir. Yağ hücrelerinin canlılığı biyokimyasal olarak değerlendirmek için örnekler homojenizasyon işlemine tabi tutularak Gliserol-3-fosfat dehidrogenaz (G3PDH) enzimi çalışılmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Anlamlılık olarak p<0.05 altındaki düzeyler anlamlı olarak değerlendirildi.

Bulgular: Volüm değerlendirmesi sonuçları tablo 1 de özetlenmiştir.

Çalışma sonlandırıldığında volüm oranları karşılaştırıldığında el yardımıyla negatif basınçla elde edilen yüksek ve düşük santrifuj hızıyla hazırlanan yağ greftlerini karşılaştıran, 1. grup değerlendirildiğinde düşük hızda santrifuj ile elde edilen yağ greftlerinde kalan oranın yüksek olduğu görülmüştür. Yüksek hızda santrifuj ile hazırlanan farklı gruplardaki kalan volüm oranları değerlendirildiğinde en yüksek oranın UAL ile elde yağ greftlerinin bulunduğu 2. grup olduğu görülmüştür.

Yağ greftlerinin histopatolojik olarak incelemesinde kist oluşumu açısından el yardımcı negatif basınçla elde edilen yüksek ve düşük santrifuj hızıyla hazırlanan yağ greftlerini karşılaştıran, 1. grup değerlendirildiğinde kist oluşumunun düşük hızda elde edilen yağ greftlerinde daha az olduğu görülmüştür. Yüksek santrifuj hızında hazırlanan farklı gruplardaki yağ greftleri vaskülarizasyon açısından değerlendirildiğinde en yüksek oranın UAL ile elde yağ greftlerinde olduğu izlenmiştir. Bulunan sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı izlenmiştir. Biyokimyasal inceleme sonucu tablo 2' de özetlenmiştir. Yağ greftlerinin biyokimyasal olarak canlılığını incelediğimiz G3PDH enzimi ile çalışma sonuçlarında, 1. Grup değerlendirildiğinde düşük santrifuj hızında hazırlanan yağ greftlerinde canlılık oranını yüksek bulunmuştur. Farklı yöntemlerle elde edilen yağ greftlerinin biyokimyasal olarak canlılık oranını incelediğimizde el yardımcı liposuction ile elde edilen yöntemde canlılık oranı daha yüksek oranda bulunmuştur.

Sonuç: Yağ grefti kullanımı plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahide sık kullanılan bir yöntem olup, genellikle elde edilmesi, hazırlanması ve uygulaması açısından standardize edilmiş bir metodu yoktur. Çalışmamızdaki yağ greft sağkalım oranları sonuçlarına göre; yağ greftinin elde edilme aşamasında el yardımcı negatif basınçlı liposuction ile UAL yönteminin LAL yöntemine göre üstün olduğu görülmektedir. Yağ greftlerinin hazırlanmasında esnasında düşük hızda santrifuj yönteminin uygulanmasının yüksek hızda santrifuj yöntemine göre greft sağkalım oranlarının daha yüksek olduğu izlenmektedir.

Grup 3 Nude Mouse



Ekim İşlemi Yapılmış Denek

Tablo 1

	Farklı yöntemlerle elde edilerek yüksek santrifuj hızında hazırlanan yağ grefti Kalan Volüm	Düşük santrifuj hızında hazırlanan yağ grefti Kalan Volüm
1. Grup	%46,6	%60
2. Grup	%63,3	%48,3
3. Grup	%43,3	%53,3

ABYK-1

Serbest Medial Femoral Kondil Kortikokansellöz Flep ile Dudak Damak Yarığında Alveoler Kemik Defektlerinin Onarımı

Tuğba Gün Koplay, Nuh Evin, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Alveoler yarık onarımında altın standart yöntem karma dişlenme döneminde yapılan sekonder alveoler kemik greftlemesidir. 1 Ne var ki bu işlem sonrasında % 20-30 oranında başarısızlık bildirilmektedir. 2 Çözüm için yapılan her kemik greftleme işleminde başarısızlık oranı giderek artmaktadır. Vaskularize kemik içeren flepler ile taşınan canlı kemik dokunun sonuç açısından greftlere üstünlüğü aşikardır. Sakai K tarafından ilk kez nonunion tedavisinde kullanılan desenden geniküler arter tabanlı serbest medial femoral kondil (MFK) kortikokansellöz flebinin alveol kleftinde de başarı ile kullanılabileceği düşünülmüştür. Bu çalışmada, alışılmış yöntemlerle onarılamamış alveoler kemik defektlerinin, kesin ve kalıcı sonuç elde etmek için serbest MFK flebi ile onarımı yapılmış olguların sonuçları ve bu yöntemin teknik detayları sunulmuştur.

Gereç Ve Yöntem: Yaşları 13 ile 26 arasında değişen, daha önce bir veya birden fazla sekonder veya tersiyer alveol greftlemesi yapılmış ve sonuç alınamamış toplam 7 hasta (1K, 6E) bu yöntemle tedavi edildi. Hastalardan üçü bilateral dördü tek taraflı yarık dudak damak sebebiyle opere edilmişlerdi. 6 hastaya daha önce bir veya birden çok kez alveol yarığı için kemik greftlemesi yapılmış fakat başarılı olunamamıştı. 5 hastada aynı zamanda oronazal fistül mevcuttu. Tüm hastaların defekti 1 cm den büyüktü. Operasyonu planlanan hastaların preoperatif Bilgisayarlı Tomografi (BT) görüntüleri alındı. SIMPLANT programı ile defekt şekli ve büyüklüğü belirlendi.

Cerrahi Teknik: Maksiller defekti ortaya koymak ve örtücü doku elde etmek için bilateral gingivobukkal flepler kaldırılarak yarık hattının her iki kemik yüzeyi açığa çıkarıldı. İkinci bir ekip tarafından, hasta supin, diz ve kalça eklemleri fleksiyon pozisyonunda iken baskın olmayan diz medialinden, midaksiyel insizyon ile girildi. Desenden geniküler arter bulunarak, medial femoral kondil bölgesinden defekte uygun flep dizayn edilerek osteotom yardımı ile kaldırıldı. Cilt ihtiyacı olan hastalarda safen dal üzerinden cilt adası planlandı. Alveol kleft alanına taşınan serbest MFK flebi, defekt alana suture ile tespit edildi. Üst bukkal vestibülden submandibuler bölgeye uzanan tünelden geçirilen pedikül, fasial arter ve eksternal juguler venin dalları ile anastomoz edildi. Flebin üzeri gingivo bukkal flebin izin verdiği oranda kapatıldı, diğer kısımlar sekonder iyileşmeye bırakıldı. Donör alan primer suture edildi. Damak fistülü mevcut hastalarda, fistül hattı da doldurulacak şekilde flep uzatıldı.

Flep takibi el doppleri ile yapıldı. Postoperatif yürüme, ağrı, duyu açısından donör alanlar değerlendirildi. Postoperatif 7. ve 21. günde kemik sintigrafisi yapıldı. Postoperatif 1. ve 6. ayda panoramik grafi ve BT ile osteointegrasyon değerlendirildi.

Bulgular: Tüm flepler başarı ile kaldırıldı. Yalnızca bir flep ciltli olarak kaldırıldı ve bu cilt kolumella rekonstrüksiyonunda kullanıldı. Ortalama pedikül uzunluğu 10.6cm (8.3-12.4) bulundu. Hiçbir flepte kayıp gözlenmedi. Postoperatif yedinci günde yapılan sintigrafilerde tüm hastalarda fleplerin yaşadığı teyit edilerek aynı gün hastalar taburcu edildi.

Donör alanda normal, kabul edilebilir skar gözlemlendi. Diz grafilerinde patoloji gözlenmezken, hiçbir hastada yürüme ile ilgili olumsuz yakınma gözlenmedi.

Tartışma Ve Sonuç: Alveoler yarıklı hastalarda miksdentisyon, karışık dişlenme, döneminde en iyi sonuçların alınmasına rağmen olası greft kaybında, ileri yaş döneminde tekrar greftleme yapılacağına greft kaybı riskinin yüksek olduğu açıktır. Kemik defektlerinin onarımında vaskularize kemik greftlerinin nonvaskularize kemik greftlerine biyolojik ve mekanik üstünlüğü literatürde de paylaşılmaktadır. 3 İliak krest, kosta, skapula, humerus, fibula gibi pek çok alandan vaskularize kemik grefti alınabilmekle birlikte 1991 de tariflenen free MFK flebinde daha az yumuşak doku diseksiyonu yapılmakta, defekte uygun çok küçük boyutlarda flep kaldırılabilen ve donör alan morbiditesi daha düşük olmaktadır. 4 MFK Flebi, periostu da içerdiğinden yüksek osteogenik potansiyeli vardır ve bu yönüyle pek çok nonunion olgusunda kullanılmaktadır. 4 Kalıcı dişlerin sürmesi, ileride yapılacak ortognatik cerrahi ya da dişimplantları için yeterli kemik desteğinesahip bir alveoler ark oluşturmak, yarık damak dudak onarımında elzemdir. Bu kemik desteğin sağlanmasında ince ve küçük boyutlarda kaldırılabilmesi, donör alan morbiditesi az olması sayesinde serbest MFK flebi iyi bir seçenektir.

KAYNAKLAR

- 1- Boyne PJ, Sands NR. Secondary bone grafting of residual alveolar and palatal clefts. J Oral Surg. 1972; 30:87-92
- 2- Long Jr RE, Spangler BE, Yow M. Cleft width and secondary bone graft success. Cleft Palate Craniofac J. 1995; 32:420-427.
- 3- Goldberg VM, Shaffer JW, Field GA, et al. Biology of vascularized bone grafts. Orthop Clin. 1987; 18:197-205.
- 4- Sakai K, Doi K, Kawai S. Free vascularized thin corticoperiosteal graft. Plast Reconstr Surg. 1991; 87:290-298

Hastaların özellikleri

Yaş	Cinsiyet	Yanık tipi	Alveol greftleme yaşı	Ek problemler	Defekt boyutu
24	E	BİLATERAL YDD	11, 21	Tip 5 fistül*	13.2x12.3x17.4 6.3x3.4x7.2
13	E	BİLATERAL YDD		Kolumella yokluğu	22.3x7.9x16.3
18	K	SAĞ YDD	10, 14	Tip 5 fistül*	11.8x8.09x8.7
26	E	SOL YDD	9, 11, 23	Tip 7 fistül*	10.6x11.9x13.1
20	E	BİLATERAL YDD	12	Orta yüz geriliği	10.4x9.6x6.3 8.5x6.3x10.3
20	E	SOL YDD	9, 15	Tip 7 fistül*	11.4x7.2x8.3
17	E	SOL YDD	11	Tip 6 fistül*	10.6x8.7x7.5

* Pittsburgh sınıflama sistemine göre yapılmıştır.

ABYK-2

Doğumsal Brakiyal Pleksus Felcinde Botulinum Toksini Uygulamasının Latissimus Dorsi ve Teres Major Kasları Üzerindeki Etkisi: Elektron Mikroskopik ve Klinik Çalışma

Erol Kozanoğlu¹, Atakan Aydın¹, Seyhun Solakoğlu², Safiye Özkan¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı

Giriş - Amaç: Doğumsal brakiyal pleksus felci, doğum eylemi sırasındaki çekme güçlerine bağlı olarak ortaya çıkabilecek olan ciddi bir komplikasyondur ve sıklığı ortalama olarak 1000 canlı doğumda 2,9'dur. Oldukça sık görülen bu durumun kliniğe yansımaları, etkilenen sinirlerin sayısına ve etkilenme düzeylerine göre değişkenlik gösterir. Doğumdan hemen sonra uygun fizik tedavi başlanan ve takip programına alınan hastalarda ciddi oranda düzelme görülürken olguların yüzde onunda kalıcı eklem katırlıkları ve şiddetli şekil ve işlev bozuklukları görülür. Tedavi sürecinde agonist ve antagonist kasların eş zamanlı olarak kasıldığı kokontraksiyon sırasında fizik tedavi etkin olarak uygulanamayacağından botulinum toksini tedavisi uygulanmaktadır. Bu toksin etkisiyle geçici olarak etkisiz hale getirilen bazı kaslar sayesinde hem fizik tedavi etkin olarak yapılmakta hem de sırasıyla omuz ve dirsek eklemlerinin olağan gelişimi sağlanmaktadır. Fakat, tekrarlayan botulinum toksini uygulamalarının kaslarda atrofiye yol açması ve bunun hasta üzerindeki klinik etkilerinin tam olarak bilinmemesi halen güncel olan bir sorundur.

Çalışmamızda, bu klinik tablo ele alınmıştır. Omuza tendon transferi ameliyatı öncesi iki kez botulinum toksini etkisi altında kalmış olan kaslar ile bu ilaca hiç maruz kalmamış olan kaslar arasındaki elektron mikroskopik ve klinik farkı ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem - Gereç: Ocak 2013 ile Aralık 2015 tarihleri arasında, humerusun tuberkulum majusuna latissimus ve teres majör kaslarının transferini planladığımız 14 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların beşi kızken 9 hasta erkekti. Hastaların Haziran 2016'da yapılan son kontrollerindeki yaş ortalamaları 8 (6 - 11)'di. Tüm hastalar doğum sonrası birinci aydan itibaren takibimiz altında olan hastalardı. Hastaların beşi doğum öncesinde botulinum toksini tedavisi görmüş olup olmamalarına göre iki gruba ayrıldı. Grup 1, latissimus dorsi, teres majör ve subskapular kaslarına botulinum toksini uygulanmamış olan hastalardan oluşturuldu. Grup 2, takipleri sırasında omuz eklemini korumak için sözkonusu kaslarına botulinum toksini uygulanmış olan hastalardan oluşturuldu. Hastalara standart tendon transferi ameliyatı yapıldı. Çalışma iki basamaklı planlandı. Birinci basamakta tüm hastalardan alınan latissimus dorsi kas biyopsileri genel kas yapısı ve kas hücreleri büyüklüğü açısından geçirilmiş elektron mikroskopik olarak değerlendirildi. İkinci basamak için ise tüm hastalar omuza tendon transferi ameliyatından bir gün önce ve iki yıl sonra omuz hareketleri açısından değerlendirildi. Hastaların ameliyat öncesinde ve sonrasındaki etkin omuz abduksiyonu, fleksiyonu, eksternal rotasyonu ve internal rotasyonu ile Mallet evresi kayıt edildi.

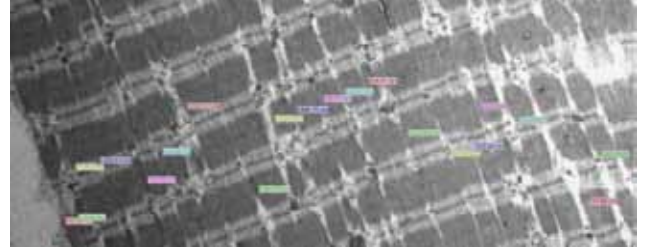
Sonuçlar: Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilken şu tanımlayıcı istatistik yöntemleri kullanıldı:

ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum ve maksimum değerleri. Ayrıca normal dağılım göstermeyen niceliksel verilerin iki grup karşılaştırmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Grup 1 ve 2 arasında alınan ve değerlendirilen kesit sayısı açısından anlamlı bir fark saptanmadı ve böylece iki grubun örneklem sayısı açısından birbirleriyle karşılaştırılabileceği görüldü. Yapılan karşılaştırmada iki kez tekrarlanan botulinum toksini uygulamasının latissimus dorsi kas hücresi kalınlığını istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemediği görüldü ($p>0.05$). Grup 1'de ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası değerler arasındaki ortalama 54.17 ± 57.92 'lik artış ($p=0.028$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Grup 2'de de ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası değerler arasındaki ortalama 83.57 ± 43.85 'lik artış ($p=0.018$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yani ameliyat her iki grupta da etkin omuz abdüksiyonunu olumlu etkilemiştir. Grup 1'de ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası değerler arasındaki ortalama 77.50 ± 44.80 'lik artış ($p=0.028$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Grup 2'de de ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası değerler arasındaki ortalama 67.86 ± 48.64 'lük artış ($p=0.018$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yani ameliyat her iki grupta da etkin omuz fleksiyonunu olumlu etkilemiştir. Grup 1'de ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası değerler arasındaki ortalama 65.83 ± 24.58 'lik artış ($p=0.037$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Grup 2'de de ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası değerler arasındaki ortalama 59.29 ± 16.18 'lik artış ($p=0.018$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yani ameliyat her iki grupta da etkin omuz eksternal rotasyonunu olumlu etkilemiştir. Grup 1'de ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası değerler arasındaki ortalama değişiklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.752$; $p>0.05$). Grup 2'de ise ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası değerler arasındaki ortalama 17.14 ± 19.12 'lik düşüş ($p=0.048$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yani ameliyat Grup 1'in etkin omuz internal rotasyonunu olumlu veya olumsuz yönde değiştirmemişken Grup 2'de internal rotasyon azalmıştır. Ancak, grupların ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası etkin omuz internal rotasyonu farkları sayısal olarak değerlendirildiğinde botulinum toksini açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.096$; $p>0.05$) (Şekil 4.7). Ancak sayısal değişimlerin yönünün birbirine ters olduğu ve Grup 2'deki değişimin düşüş yönünde olduğu unutulmamalıdır. Grup 1'de ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası Mallet evresi artışı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.115$). Grup 2'de de ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası Mallet evresi artışı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.061$) ($p>0.05$).

Tartışma: Erken sinir cerrahisi yapılan hastaları ameliyat sonrasındaki ilk 10 ayda omuz çevresindeki kontraksiyon ve glenohumeral eklemin bozukluklarına karşı yakın takip etmek gerekir. Doğumsal brakial plexus felcinde omuz eklemini korumak için latissimus dorsi kasına iki ayrı zamanda uygulanan botulinum toksininin, uygulaması sonrası 2 yıl gibi geçirdiğimiz dönem itibarıyla kalıcı kas atrofisine neden olmadığını saptadık. Mallet evrelemesinde her iki grupta da artış olmasına rağmen bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Gruplar kendi içinde değerlendirilirse omuz tendon transferinin hastalara fayda sağladığını görmekteyiz. Botulinum toksini açısından bakarsak, Grup 1 ve 2 arasında omuz abdüksiyonu, fleksiyonu, eksternal rotasyonu ve Mallet evresi açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu verilere bakarak, omuz eklemini displaziden korumak için yaptığımız botulinum toksini enjeksiyonunun görevini yaparken ileride yapılacak tendon transferine zarar vermediğini görmekteyiz. Bu da, uygun endikasyonlu hastalarda botulinum toksininin rahatlıkla uygulanabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızın en önemli bulgusu iç rotasyon konusundadır. Grup 1'de ameliyat sonrasında iç rotasyon artmıştır ve bu istatistiksel olarak anlamlı değildir. Fakat Grup 2'de iç rotasyon ameliyat sonrasında istatistiksel açıdan anlamlı olarak azalmıştır. Bunu, iç rotasyon kontraktürünün aşılması olarak yorumlamaktayız. Bu veriler ışığında, elde ettiğimiz sonucun subskapular kasın botulinum toksininden daha fazla etkilenmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Botulinum toksininin kas düzeyinde yaptığı periferik uyarı merkezi sinir sisteminde korteks uyarılabilirlik durumunu değiştirmiş olabilir. Gelecekte yapılacak benzer bir çalışma ile subskapular kasın da elektron mikroskopik olarak incelenmesi bu yeni hipotezi çözüme kavuşturacaktır. Uyguladığımız tedavi her iki grupta da fayda sağlamıştır ve botulinum toksininin herhangi bir olumsuz etkisi olmamıştır. Saç taramak gibi etkinlikler kolun rotasyonuna da ihtiyaç duyar ve omuz abdüksiyonu arttıkça kolun internal rotasyonu da artar. Bizim Grup 2'de saptadığımız internal rotasyon ölçümlerimiz kol istirahat konumundayken alınmıştır. Yani, Grup 2'deki internal rotasyon azalması saç tarama ve yüksekteki bir cisime uzanma gibi işlevleri olumsuz etkilememektedir ve istatistiksel olarak anlamlı olmasa da artış gösteren Mallet evresi bunu desteklemektedir.

Çalışmamızın elektron mikroskopisi basamağından örnek bir kesit



Grup 1'deki 3 numaralı hastanın sağlıklı ölçüm yapılabilen bir latissimus dorsi kasi kesiti ve ölçümler görülmektedir.

ABYK-3 Serbest Flep Cerrahisinde Eş Zamanlı Ultrasonik Liposuction ile Flep İnceltilmesi Güvenilir Mi?

Serhat Yazar, Bilsev İnce, Mehmet Dadacı
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,
Konya

Giriş: Rekonstrüksiyon merdiveninin en üst basamağında yer alan serbest flepler vücudun farklı bölgelerinden hazırlanabilirler.1 Geniş yüzey alanı nedeniyle uyluk bölgesi bu donör alanlardan biridir. Uyluk bölgesinden hazırlanan anterolateral uyluk flebi (ALT) kalın ciltaltı yağ dokusuyla kontur defektleri için uygun olmasına rağmen bazı durumlarda inceltilmesi de gerekebilir.2,3 Operasyondan ortalama 3-8ay sonra cerrahi veya liposuctionla flep inceltilebileceği bildirilmiştir.3-7 Flebin sekonder operasyonla inceltilmesi operasyon sayısını, maliyetini ve iyileşme süresini arttırdığı için bu işlemin serbest fleple eş zamanlı yapılması da önerilmiştir.8 Eş zamanlı cerrahi inceltmede ALT flep kalınlığının 6mm'ye kadar inceltilebileceği öne sürülmüştür.9

Geleneksel liposuction yöntemine alternatif olarak kullanıma giren ultrasonik liposuction (Ultrasound Assisted Liposuction, UAL), ultrasonik ses dalgaları

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

38. Ulusal Kurultayı

kullanılarak yağların parçalanması ve sıvı haliyle aspire edilmesi prensibine dayanır.Bu yöntemde kanama, morarma ve cilt yüzeyinde dalgalanmanın geleneksel liposuctiona göre daha az görüldüğü iddia edilmiştir.10-12

Literatürde daha önce UAL'ın postoperatif 6.ayda flep inceltilmesinde kullanıldığı bildirilmiştir.12 UAL'ın geleneksel liposuctionla karşılaştırıldığında damarlara daha az zarar verdiği10 ileri sürülmesine karşın serbest flep ile eşzamanlı kullanımı tanımlanmamıştır.Bu çalışmada amacımız UAL'ın serbest fleple eşzamanlı kullanımının güvenliğini belirlenerek, bu tekniğin sekonder operasyon sayısı, flep kalınlığı ve komplikasyon açısından serbest fleple karşılaştırılmasıdır.

Hastalar ve Yöntem: Ocak 2014-Mayıs 2016 arasında serbest flep endikasyonu olup kliniğimize başvuran hastalar prospektif olarak çalışmaya alındı.10-60 yaş arası, ASA 3 ve altı, ekstremiteler ve/veya yüzde lokal ve rejyonel fleplerle kapalı olmayan defektleri bulunan hastalar çalışmaya dahil edildi.Sigara ve/veya ilaç kullanan, kalp yetmezliği, diyabet ve ciddi sistemik problemi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.1.grup serbest ALT flep yapılan, 2.grup UAL ile eş zamanlı serbest ALT flep yapılan olmak üzere hastalar iki gruba ayrıldı.Tüm operasyonlar iki cerrah tarafından yapıldı.

Hastalar yaş, defekt alanı, flep kalınlığı, sekonder operasyon sayısı ve komplikasyon açısından karşılaştırıldı. Flebin tamamen nekroze olması major, parsiyel nekroz, hematoma, yara ayrılması, enfeksiyon ve seroma minör komplikasyon olarak kabul edildi.

Cerrahi Teknik: Her iki gruptaki hastalara anterior spina iliaca superior (ASİS) ile patellanın süperolateral köşesine vastus lateralis ve rektus femoris kasları arasındaki septumu temsil eden longitudinal bir çizgi çizildi.Bu çizginin orta kısmında el doppleri kullanılarak perforatörler saptandı ve deri üzerinde işaretleme yapıldı.

Grup 1'de perforatörler etrafında defekt alanın yaklaşık %20 fazlası kadar cilt çizimini takiben lateralden flep kenarları eleve edildi.Perforatör lateral sirkumfleks femoral artere (LCFA) kadar diseke edilerek 7-10cm pedikül elde edildi.Alıcı alan hazırlanmasının ardından flep defekt alana aktarıldı. 8-9/0 dayton suturla Zeiss S88 mikroskop yardımıyla bir arter ve bir ven anastomoz yapıldı.Flep inceltilmesi genel anestezi altında postoperatif 6-12 aylar arasında yapıldı.Flep distalinden eleve edilerek cerrahi olarak inceltildi.

2.gruptaki hastalarda flep alanına 1 cm² ye 1cc serum fizyolojik olacak şekilde cilt altı sıvı verildi.Sıvı uygulanmasını takiben %80 enerji modunda her 100cc'ye 1dakika olmak üzere UAL (Vaser) yapıldı.Emülsifiye edilen yağ aspire edilmesinin ardından flep 1.gruptaki gibi diseke edilerek, defektli alana aktarıldı.

Gruplar arasındaki sekonder operasyon sayısı, flep kalınlığı, majör ve minör komplikasyon sayısı karşılaştırmak için Tek yönlü varyans analizi ve Tukey post hoc testi kullanıldı. P<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: 1.grupta 12 (7 erkek, 5 kadın) ve 2.grupta 7 (5 erkek, 2 kadın) hasta çalışmaya alındı. Ortalama 18ay (5-30) takip edilen grup 1'deki hastaların yaş ortalaması 45 (32-59) idi.Defekt alan ortalama 16x12cm (25x15, 10x8), flep kalınlığı ortalama 28mm (22-43) idi (Resim 1).İki hastada (%16.66, 2/12) yara ayrılması ve parsiyel flep nekrozu görüldü.6 hastaya ortalama 1,77 defa (1-3) flep inceltilmesi yapıldı.Hiçbir hastada flep kaybı görülmeydi.

2. grubun yaş ortalaması 34.8 (10-60) idi.Bu gruptaki hastalar ortalama 6ay (2-9) takip edildi.Defekt alan ortalama 13x9cm (16x12, 9x6), flep kalınlığı ortalama 8.28mm (7-12) idi (Resim 1).Bir hastada (%14.28, 1/7) parsiyel cilt nekrozu görüldü.Bu grupta hiçbir hastada inceltirme yapılmadı ve flep kaybı görülmeydi.

Grup 2>de flep kalınlığı ve sekonder operasyon sayısı Grup 1>e göre istatistiksel olarak düşüktü(p<0.05) ancak gruplar arasında komplikasyon oranı açısından anlamlı fark görülmedi(p>0.05).

Tartışma: Perforatörlerinin subdermal pleksusa dik olarak uzanması nedeniyle ALT flebi gerekli durumlarda inceltirilerek defektli alana transfer edilebilir.9 Xie ve ark.13 4.55mm kalınlığında ALT flep tariflemişlerdir.Bu teknikte perforatör etrafında en az 2cm güvenli alan bırakılması gerekmektedir.9,13 Aşırı inceltirme yapılması veya perforatörün giriş bölgesine yakın inceltme flep kaybına yol açabilir.13 Çalışmamızda flep kalınlığı 2.grupta istatistiksel olarak düşüktü.Flebin inceltirilerek defektli alana aktarılması, erken dönemde bile kabul edilebilir görünümü sağlarken, ameliyat sonrası geç dönemde de sekonder revizyonun gerekmemesi veya çok az olmasına yol açmaktadır.14

Ameliyat sonrası flep inceltirmesi gereken hastalarda inceltirmenin en az 6ay sonra yapılması gerektiği bildirilmiştir.15,16 Flep inceltirmesi için geleneksel liposuction, power assisted liposuction veya UAL kullanıldığında flep revizyonu gerekebilir.6,17,18

Serbest ALT flebi komplikasyon oranı %5.4-29.8 arasında değişmektedir.19,20 Çalışmamızdaki her iki grupta da gördüğümüz komplikasyon oranı literatürle uyumludur.

Serbest fasyokutan flepler donör alanda belirgin morbiteye neden olmadığı için tercih sebebidirler.1-3 Çalışmamızda hem flebin morbityesinin daha az olması hem de altta kas gibi dolaşımı güçlü bir doku bulunmadığı için ALT flebi kullanıldı.Böylece UAL'ın dolaşım üstündeki etkisinin daha objektif olarak ortaya konması planlandı.

UAL'da ultrasonik enerji kanül ucuna iletilerek deri altı yağ dokusu üzerinde mikromekanik, termal ve kavitasyonel etkiye neden olur.Fibrokonnektif dokular göreceli olarak daha az hasar görür ve postoperatif deri kontraksiyonu sağlar.Emülsifiye edilen yağ düşük güçte aspirasyonla alınır.Cerrah açısından geleneksel liposuctiona göre daha az fiziksel güç gerektirir.10-12 Vaser liposuctionun vakaların çoğunda damarsal yapılara daha az hasar verdiği iddia edilmiştir.Geleneksel liposuctiona göre cildi %53 daha çok retrakte ettiği ve %26 daha az kanamaya neden olduğu ileri sürülmüştür.12 Ancak literatürde serbest fleple eşzamanlı kullanımında güvenilirliği tanımlanmamıştır. Çalışmamızda her iki grupta da flep kaybı görülmezken minör komplikasyon oranı benzerdir.Bu açıdan değerlendirildiğinde Vaser UAL'ın damarsal yapılara flep dolaşımına etki edecek kadar zarar vermediği düşünülebilir. Öte yandan UAL'ın serbest flep cerrahisinde eş zamanlı kullanılması ile kontur deformiteleri engellenerek sekonder operasyon ihtiyacını ortadan kaldırılabilir.Çalışmamızda UAL kullanılmayan gruptaki hastaların %50'sine flep inceltirmesi amacıyla sekonder operasyon yapılmıştır.Bu da operasyonun beraberinde getirdiği riski, maliyeti ve iyileşme süresini arttırmaktadır.

Geleneksel olarak kanama azaltılması amacıyla liposuction yapılacak alana farklı oranlarda adrenalinin içeren tümesan sıvı verilir.21 Ancak çalışmamızda adrenalinin flep dolaşımına zarar verebileceği düşünülerek flep alanına sadece serum fizyolojik verildi.

UAL'da cilde giriş yerinde yaralanma, seroma ve termal yaralanma görülebilir.²¹ Hastalarımızın hiçbirinde bu komplikasyonlarla karşılaşmadık.

Çalışmamızda serbest ALT flebinin UAL ile inceltilmesi veya inceltmemesi arasında komplikasyon açısından istatistiksel anlamlı fark görülemedi. Serbest ALT flep kalınlığının UAL ile yaklaşık %50 azaltılmasının flep dolaşımını etkilemediği belirlendi. Sekonder cerrahi ile inceltilmesi gerekeceği düşünülen serbest ALT fleplerinde UAL'la eşzamanlı flep inceltmesi tek seansta güvenle uygulanabilir.

Resim 1



A. Egzanterasyon sonrası serbest ALT flep ile anormi B. Egzanterasyon sonrası UAL ile inceltirilmiş serbest ALT flep ile anormi C. Ayak dorsumunda serbest ALT flep ile anormi D. Topukta UAL ile inceltirilmiş serbest ALT flep ve parsiyel nekroz görünümü E. Ön kolda serbest ALT flep ile anormi F. Ön kolda UAL ile inceltirilmiş serbest ALT flep ile anormi

ABYK-4

Otolog ve Homolog Trombositten Zengin Plazmanın (PRP) Androjenik Alopesi Tedavisinde Etkinliğinin Karşılaştırılması

Mehmet Emin Cem Yıldırım¹, Bilsev İnce¹,
Mehmet Dadacı¹, Mustafa Cihat Avunduk²,
Nedim Savacı¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,
Konya

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,
Patoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Androjenik alopesi (AGA), periferik androjenlerin etkisiyle terminal kılların vellus kıllara formasyonu ile birlikte ortaya çıkan nonskatrisyel bir alopesidir. Frontal ve vertexteki saçların diffüz olarak inceliş oksipitoparietal bölgedeki saçların sağlam kalması ile karakterizedir. Fizyopatolojisinde genetik yatkınlık, androjen yüksekliği

veya androjenik hormonlara aşırı duyarlılık suçlanmıştır.¹

AGA, çoğunlukla 2. ve 3. dekatta başlar, tüm saç dökülmelerinin %95'ini oluşturur. Tedavisinde çeşitli medikal ilaçlar ve cerrahi olarak saç ekimi kullanılmaktadır. Ancak medikal tedavi yöntemlerinin birçok yan etkisi mevcuttur.² AGA tedavisinde bir diğer seçenek ise trombositten zengin plazma (Platelet rich plasma-PRP) tedavisidir.³

PRP, insan trombositlerinin az miktar plazma içerisinde konsantre edilmiş şeklidir. Etkisini trombositlerin alfa granüllerinde bulunan büyüme faktörleri, kemokinler ve sitokinlerden oluşan bir grup proteinin ortama salınması yoluyla sağladığı ileri sürülmüştür.⁴ PRP hastanın kendi kanından otolog olarak elde edilebileceği gibi birden fazla donör kanıyla homolog şeklinde de hazırlanabilir. Otolog PRP'nin AGA tedavisinde etkinliğini inceleyen çalışmalarda PRP enjeksiyonunun saç dansitesini arttırdığı, foliküler üniteye büyümeyi stimüle ettiği bildirilmiştir.¹³⁻¹⁴ Saç dansitesindeki artışla birlikte saç kalınlığının da arttığını ileri süren çalışmalar mevcuttur.¹⁵

Literatürde otolog PRP'nin AGA tedavisinde kullanılabileceği öne sürülmesine karşın homolog PRP'nin AGA tedavisinde kullanımına dair herhangi bir çalışmaya rastlamadık. Çalışmamızda homolog ve otolog PRP'nin AGA tedavisinde saç dansitesi artışı, ortalama trombosit sayısı, komplikasyon, hazırlanma ve uygulama süresi açısından karşılaştırılması amaçlandı.

Hastalar ve Yöntem: 2014-2015 arasında saç dökülmesi şikayetiyle polikliniğimize başvuran, son bir yılda saç dökülmesi artan, PRP tedavisini kabul eden, 25-35 yaş arası, Norwood sınıflamasına göre Tip 2,3 ve 4 olarak değerlendirilen erkek hastalar prospektif olarak çalışmaya alındı. Tiroid hormon bozukluğu, anemi, demir eksikliği, B12 vitamin eksikliği, folik asit eksikliği, kronik hastalığı olanlar ve psikiyatrik hastalığı olanlar ile AGA için medikal tedavi alanlar, anabolik steroid, psikiyatrik ilaç, sigara kullanan ve kemoterapi tedavisi alan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Seanslara düzenli gelmeyenler çalışma dışı bırakıldı. Tüm işlemler tek cerrah tarafından yapıldı.

Hastaların polikliniğe geliş sıralarına göre gruplar rastgele randomizasyon yöntemiyle belirlendi. 40 hasta, tek başvuru sayılılar A Grubu: Otolog PRP yapılanlar ve çift başvuru sayılılar B Grubu: Homolog PRP yapılanlar olmak üzere 2 gruba ayrıldı.

A grubuna kendi kanlarından hazırlanan PRP, B grubuna ise kan merkezinden alınan hastayla aynı kan grubuna sahip havuz trombositlerinden hazırlanan PRP uygulaması yapıldı. Uygulama öncesi hastaların saçları fotoğraf çekimine uygun kısalıkta kestirildi ve Canon EOS 50D DSLR kamera ile standart fotoğrafları çekildi.

Hastalara lokal anestezi altında ilk uygulama ve sonrasında 1., 2. ve 6. aylarda olmak üzere bir yılda toplam 4 defa PRP enjekte edildi. PRP enjeksiyonları insülin enjektörü ile 1.5-2.5 mm derinliğe, cm²'ye 0.05-0.1 ml olmak üzere intradermal yapıldı. Hastaların dijital fotoğrafları ilk enjeksiyondan önce, 1., 6. ve 12. aylarda çekildi (Resim 1). Fotoğraflar NEO Image Analysis Software bilgisayar programı yardımıyla değerlendirilerek her bir hastanın enjeksiyon öncesi ve sonrası kontrollerindeki saç dansitesi (n/cm²) hesaplandı. Saç dansitesini hesaplamak için başvuru sırasında her hastaya sabit değerlendirme noktası belirlendi. Hastalara antibiyotik ve analjezik verilmedi.

Otolog PRP hazırlamak için 4 adet hazır PRP kiti kullanıldı. Her hastadan 40ml kan alınarak 4 kite eşit aktarıldı. 3000 devir/dk hızda 15 dk süresince santrifüj yapıldı. Bu işlem

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

38. Ulusal Kurultayı

sonunda her hasta için ortalama 4-5ml PRP elde edildi.

Homolog PRP ise hastanemiz kan merkezinden genellikle 4 veya 5 donörden elde edilen tam kanın kan ürünlerine ayrılması amacıyla 3000 devir/dk hızda 15 dk santrifügasyon ve ekstraksiyon işlemleri sonrasında elde edilen havuz trombositlerinden temin edildi.

Gruplar arasındaki saç dansitesinin artışını karşılaştırmak için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ve von ferroni düzeltmeli eşleştirilmiş örneklemelerde t testi kullanıldı. $P < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: A grubundan 5, B grubundan 4 kişi kontrollere düzenli gelmemesi nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. A grubunun yaş ortalaması 29,8 (25-34), B grubunun 30,1 (27-34) idi. Tam kan tahlillerinde A grubunun ortalama trombosit sayıları 281 bin/L (251-394), B grubunun 264 bin/L (203-367) olarak belirlendi. Hazırlanan otolog PRP'deki trombosit sayıları ortalama 803 bin/L (712-877), homolog PRP'deki trombosit sayıları ortalama 1.42 milyon μ/L (1,27-1,51) idi. Otolog PRP'nin hazırlanması ve uygulaması ortalama 30dk (28-35), homolog PRP'nin ise uygulama süresi ortalama 10dk (7-12) olarak belirlendi. A grubunda uygulama öncesine göre saç dansitesi artışı 1.ayda ortalama %10,1, 6.ayda %18,5, 12.ayda %27,08 olarak hesaplandı. B grubunda bu artış 1.ayda ortalama %16,09, 6.ay %38,41 ve 12.ay %48,76 olarak hesaplandı (Tablo 1). PRP uygulamamızda her iki grupta da saç dansitesi artışı 1.aydan itibaren görüldü.

Ayrıca saç dansite artışının tüm kontrollerde A grubu ile karşılaştırıldığında B grubunda istatistiksel olarak daha fazla olduğu görüldü ($p < 0.05$). Hiçbir hastada komplikasyon görülmeydi.

Tartışma: Genetik yatkınlık zemininde androjenlerin etkisiyle ortaya çıkan 16 AGA'de etkilenen foliküllerde telogen evredeki saç oranı artmıştır, anajen süresi ise kısalmıştır. 17 Bu nedenle tutulan saç foliküllerinde progresif küçülme söz konusudur. Erkek tipi saç dökülmesi 25-40 yaşları arasında maksimum olmakta sonrasında dökülme hızı yavaşlamaktadır. 19 Bu nedenle çalışmamızda denek grubu 25-35 yaş arasından seçildi.

PRP'nin etkili olabilmesi için içerdiği trombosit konsantrasyonunun plazmadakinin 3-5 katı olması gerektiği iddia edilmiştir. 22 Ancak 2-8,5 katın yeterli olacağını ileri süren çalışmalar da vardır. 22,23 Elde ettiğimiz ortalama trombosit sayıları literatürle uyumludur.

PRP enjeksiyonu intradermal, subkutanöz ve interfoliküler olarak yapılabilir. Çalışmamızda enjeksiyon 1.5-2.5 mm derinliğe intradermal uygulandı.

PRP tedavisinin saç dökülmesini azalttığı ve 3.ayda normal değerlere ulaştığı bildirilmiştir. Başka bir çalışmada PRP uygulanan grupta kontrol grubuna kıyasla daha hızlı sürede telogen evreden anajen evreye geçiş olduğu gözlenmiştir. 29

Homolog PRP, farklı endikasyonlarda kullanılsa da AGA tedavisinde kullanımı bildirilmemiştir. Çalışmamızda otolog PRP'nin ve homolog PRP'nin androjenik alopesi tedavisinde etkin bir rolü olduğu görüldü.

Hastalara enjekte ettiğimiz PRP'ler karşılaştırıldığında homolog PRP'de otologa göre trombosit sayısının daha yüksek olduğu görülmektedir. PRP uygulamalarında μ/L 'de 1 milyondan fazla trombosit sayısının daha etkili olduğu iddia edilmiştir. Çalışmamızda iki grup karşılaştırıldığında

saç dansitesinde artışlar arasındaki farklılığın sebebi, bu fazla trombosit sayısı olabilir. Öte yandan PRP, içindeki büyüme faktörleri aracılığıyla etki göstermektedir. 4 Otolog PRP'de sadece bir kişiye ait büyüme faktörleri bulunurken homolog PRP'de 4-5 farklı hastanın büyüme faktörleri bulunmaktadır. Farklı kişilerden gelen bu faktörler sinerjistik etki oluşturarak PRP etkinliğini artırıyor olabilir.

Homolog PRP'nin kolay hazırlanabilirliği, mikrolitrede yüksek trombosit sayıları elde edilebilirliği, tek seferde daha fazla PRP eldesi ve otolog PRP'ye göre daha ucuz oluşu önemli avantajıdır. Homolog PRP ise kan merkezlerinden hazırlanmış şekilde geldiğinden, hazırlama için ek süre yoktur, otolog PRP ile karşılaştırıldığında zaman kazancı sağlamaktadır.

Sonuç olarak çalışmamızda AGA tedavisinde gerek otolog PRP'nin gerekse homolog PRP'nin etkinliği tespit edildi. Bununla birlikte homolog PRP'de saç dansitesindeki artış miktarı otolog PRP grubuna göre daha fazla olduğu istatistiksel olarak belirlendi. Saç dökülmesi ile başvuran androjenik alopesili hastalarda homolog PRP tedavisinin kullanılabileceğini düşünüyoruz.

Resim 1



A: Otolog PRP tedavisi öncesi hasta görünümü B: Otolog PRP tedavisi sonrası 12. ayda hasta görünümü C: Homolog PRP tedavisi öncesi hasta görünümü D: Homolog PRP tedavisi sonrası 12. ayda hasta görünümü

Her iki grupta saç dansiteleri ortalamalarının ilk uygulama öncesine göre artışlarının yüzdelikleri

	1.Ay	6.Ay	12.Ay
Otolog PRP	%10.1	%18.5	%27.08
Homolog PRP	%16.09	%38.41	%48.76

ABYK-5**Ayaktan Ele Serbest Vaskülarize Eklem Transferi**

İsmail Melih Kuzu¹, Reşit Burak Kayan¹, Kahraman Öztürk², Ethem Güneren¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, El Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Giriş: El-parmak yaralanmalarında hasarlanan küçük eklemlerde fonksiyonel onarım için pek çok cerrahi teknik (artrodez, sentetik implantlar, nonvaskülarize ve vaskülarize eklem transferi) tanımlanmıştır. Cerrahi kararda belirleyici etken el fonksiyonlarıdır ve girişim planlanırken hastanın ihtiyaçları göz önüne alınmalıdır. Özellikle genç hastalarda el fonksiyonları mesleki faaliyetlerde ve günlük yaşam kalitesinde belirleyicidir. Bu popülasyonda artrodez fonksiyon açısından yetersiz kalırken sentetik materyaller ise uzun dönemde yüksek deformasyon riski taşımaktadır. Bu nedenle serbest vaskülarize eklem transferi önemli rekonstrüksiyon alternatiflerinden biri haline gelmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada 2014-2016 yıllarında el proksimal interfalangeal (PIF) eklemlerindeki disfonksiyon nedeniyle serbest vaskülarize eklem transferi yapılan 7 hasta incelendi. Hasta seçiminde izole eklem harabiyeti bulunan hastalar serbest eklem transferi için ideal aday olarak değerlendirildi. Çalışmaya 2, 3 ve 4. parmak PIF eklem disfonksiyonu bulunan hastalar dâhil edildi. Bu hastalardan 3'ünde tam ankiloz, 4'ünde ise ciddi şekilde haraplanmış PIF eklemler opere edildi. Cerrahi öncesi alıcı sahadaki alıcı arter ve venin yönü değerlendirilerek donör ayak seçimi yapıldı. Cerrahi Teknik: Hasta supin pozisyondayken alıcı üst ekstremitede turnike altında belirlenen dijital arter ve dorsal yüzdeki venin diseksiyonu yapıldı. Ardından alıcı parmağın planlanan tarafında yapılan midaksiyal insizyonla girilerek ekstansör tendon kaldırıldı ve harabiyete uğramış eklemle ulaşıldı. Volar yüzde bilateral dijital arter/sinir ve fleksör tendonlar korunarak eklem tamamen serbestlendi. Planlanan seviyelerden osteotomiler yapılarak haraplanmış eklem rezeke edildi. Donör ayak seçildikten sonra pinch testi ile ayak 2. parmak medial yüzde proksimal interfalangeal eklem seviyesinde yaklaşık 1x2cm boyutlu flep cilt adası ve bu cilt adasından çıkan en geniş ven işaretlendi. Arteria dorsalis pedis el doppleri yardımıyla işaretlendi (Resim 1). Cerrahiye flep pedikülünün diseksiyonu ile başlandı. Dorsal yüzde işaretlenen yüzeyel ven ve arteria dorsalis pedis devamındaki tibial taraf dijital arter iskeletize edildi. Cilt adasının eklem üzerinden sıyrılmamasına özen göstererek ekstansör tendon diseke edildi. Plantar yüzde fleksör tendonlar ve fibular taraf dijital arter korunarak eklem flebi serbestlendi. Ekstansör tendon uygun seviyeden kesilerek flebe dahil edildi. Uygun osteotomiler ile flep tamamen serbestlendi (Resim 2). Alıcı osseöz yapılar ve flep dokusu midfalanks ve proksimal falanksa uygun teknik ile (şine/serklaj teli, k-teli, plak-vida) fiks edildi. Ardından flep arter ve veni cilt altından tünelize edilerek alıcı arter ve vene mikroskop altında anastomoz edildi. Alıcı sahada oluşan santral slip defekti nedeniyle oluşabilecek Bouttonniere deformitesi ve ekstansör defisiti önleme amaçlı, flep ile birlikte kaldırılan ekstansör tendon alıcı ekstansör tendona sütüre edildi ve cilt kapatıldı. Donör alanda ise elden rezeke edilen ekleminden alınan kemik grefti ile osseöz defekt dolduruldu. 2 adet k-teli ile yapılan fiksasyon ardından cilt kapatıldı. Hastaların aktif/pasif eklem hareket açıklığı (ROM), parmak uzunluğu, kavrama (grip) ve pinch kuvveti ölçülmüş ve radyolojik olarak direkt grafiyle eklem aralığı ve harabiyet derecesi değerlendirilmiştir. Ayrıca el fonksiyon

ve semptomlarının daha iyi gözlenebilmesi amacıyla DASH testi ile değerlendirme yapıldı. Cerrahi sonrası ilgili ölçüm ve görüntülemeler tekrarlanarak fonksiyonel ve semptomatik sonuçlar değerlendirildi. Böylece vaskülarize eklem transferinin el fonksiyon ve hareketlerine etkisini objektif ve sübjektif olarak ayrıntılı değerlendirilmesi amaçlandı.

Bulgular: Pre-op değerlendirmede aktif hareket açıklığı ortalama 3,50 (00-150) iken post-op ölçümlerde aktif hareket açıklıkları ortalama 20,70 (150-350) olarak saptandı. Pasif hareket açıklıkları, pre-op ortalama 11,40 (00-300); post-op ortalama 34,30 (200-600) idi. Radyolojik bulgular, grip/pinch ölçümleri ve DASH skorları ışığında cerrahiden en fazla fayda gören hasta grubu total ankiloz gelişmiş aktif ve pasif hareket açıklığı 00 olan hastalardı.

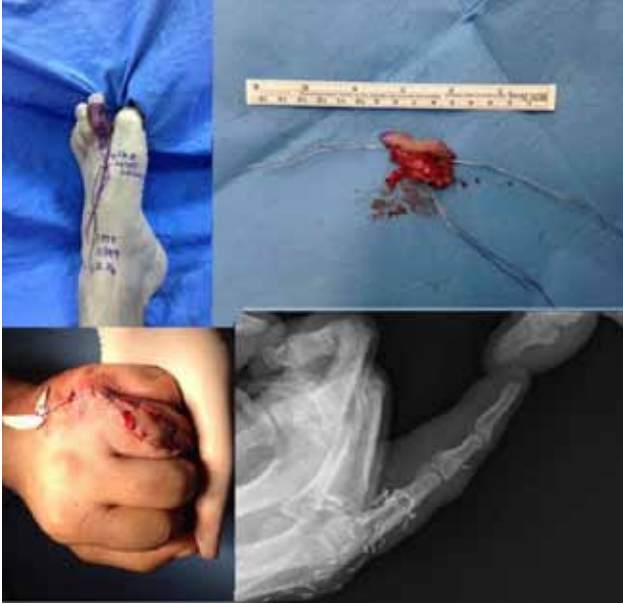
Tartışma: Fonksiyonel eklem ağrısız, hareket açıklığı olan ve yeterli stabilite içeren bir yapı olmalıdır. Sentetik eklem rekonstrüksiyonu büyük eklemlerde çok başarılı şekilde uygulanırken küçük eklemlerdeki sonuçları tartışmalıdır(1). Sentetik protezlerin özellikle uzun dönemde ortaya çıkan insatibite, deformasyon ve dayanıklılığın kısıtlı olması nedeniyle kullanımı kısıtlanmaktadır. Nonvaskülarize eklem transferleri, doku nekrozu ile oluşan yoğun dejenerasyon sonrası osseöz yapılar canlı kemik dokusuna transforme olurken; eklem yüzeyindeki hyalin kırıkdağın fibröz kırıkdağ şeklinde iyileşmesi nedeniyle, nonfonksiyonel olarak sonuç vermektedir(2). Limitli donör alan ve donör alan morbiditesinden kaçınmak için bazı yazarlar allogreft kullanımını araştırmıştır. Uygun immunsüpresan kullanımı ile fonksiyonel sonuçlar elde edilirken, immunsüpresyon kesildiğinde immun reaksiyona sekonder oluşan vasküler rejeksiyon ve kartilaj harabiyeti nedeniyle 6-8 ayda fonksiyon kaybı gelişmektedir(3). Vaskülarize eklem transferleri ise uzun dönemde makroskopik ve mikroskopik olarak normal eklemlerden ayırt edilememekte ve minimal hareket kısıtlılığı taşımaktadır (4). Vaskülarize eklem transferinin avantajları arasında yabancı cisim içermemesi, otojen dokularla rekonstrüksiyon sağlaması, eklem hareketlerini ideal şekilde koruması, uzun dönem dayanıklılık (çocuklarda epifiz plağı ile büyüme potansiyelini devam ettirmesi) sayılabilir. İlk vaskülarize eklem transferi el parmak donör alan olmak üzere 1967'de Buncke ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir (2). 1976'da Foucher ve ark. tarafından ayak başparmağı donör alan olmak üzere ilk başarılı eklem transferi yapılmıştır (1). Tsai ve ark. primatlarda vasküler ve non-vasküler eklem transferini araştırmış ve ayak 2. parmak ve rayin donör alan olarak kullanıldığı cerrahi tekniği klinik kullanıma uygun hale getirmede önemli bir adım atmışlardır(5). Mikrocerrahi olarak aynı pedikül üzerinden PIF eklem, MTF eklem, ekstansör / fleksör tendon, cilt ve 2. metatarsı da içerecek şekilde hazırlanabilmesi, ayrıca çeşitli yumuşak doku modifikasyonlarına izin vermesi, minimal donör saha morbiditesi sebebiyle günümüzde vaskülarize eklem transferi donör sahası olarak en sık ayak 2. parmak kullanılmaktadır(6).

Sonuç: Ayak 2. parmağının donör alanı olarak kullanıldığı serbest vaskülarize eklem transferi otojen dokuyla rekonstrüksiyona izin vermesi, yeterli stabilite ve eklem hareket açıklığı sağlaması, sentetik materyallerin uzun dönem dezavantajlarını taşımaması ve minimal donör alan morbiditesi nedeniyle el parmak eklemlerinin rekonstrüksiyonunda önemli seçeneklerden biridir. Biz de çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçları göz önüne alarak özellikle tamamen ankiloz olmuş ve hareket açıklığı taşımayan eklemlerin rekonstrüksiyonunda ilk seçenek olması gerektiğini düşünmekteyiz. İşlemin dezavantajları arasında ise uzun cerrahi süresi ve özellikli ekipman/ deneyimli ekip gerekliliği sayılabilir.

Literatür

- 1 Foucher G et al. Joint reconstruction following trauma: comparison of microsurgical transfer and conventional Methods: a report of 61 cases. J Hand Surg Br. 1986 Oct;11(3):388-93.
- 2 Buncke HJ Jr et al. The fate of autogenous whole joints transplanted by microvascular anastomoses. Plast Reconstr Surg. 1967 Apr;39(4):333-41.
- 3 Foucher G Vascularized joint transfers Green's Hand Surgery
- 4 Hurwitz PJ. Experimental transplantation of small joints by microvascular anastomoses. Plast Reconstr Surg. 1979 Aug;64(2):221-31.
- 5 Tsai M Metal. Experimental vascularized total joint autografts - a primate study. J Hand Surg Am. 1982 Mar;7(2):140-6.
- 6 Lin YT et al. Simultaneous reconstruction of extensor mechanism in the free transfer of vascularized proximal interphalangeal joint. Tech Hand Up Extrem Surg. 2013 Mar;17(1):20-4.

Vaskülarize eklem transferi



Serbest eklem flebi çizimi, Flebin serbestlenmiş hali, Ele transfer sonrası, Uzun dönem grafi

ABYK-6

Fasiyal Paraliziye Yeni Yaklaşım: Dinamik-Statik Askı

Muhammed Gafarov, İbrahim Vargel

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Amacı: Yüz siniri felci, travma, cerrahi işlem veya enfeksiyon sonucunda oluşan, fonksiyonel ve estetik sorun yaratan önemli bir klinik durumdur. Tedavisinde karşı taraf yüz siniri grefti, hipoglossal sinir transpozisyonu, lokal ve serbest kas transferleri gibi dinamik yüz reanimasyon prosedürleri altın standarttır. Bu tür dinamik reanimasyonlar için uygun olmayan veya bu tedaviyi kabul etmeyen hastalarda fasiya lata, temporal fasiya ve palmaris longus tendonu gibi otojen doku ya da goretex ve politetrafluoroetilen (PTFE) vs gibi sentetik ürünler kullanılarak statik askı yöntemleri de kullanılmaktadır. Çalışmamızda ise geç dönem yüz felçli hastalarda, kalıcı yüz - nazolabiyal fold asimetrisinin,

geliştirilen klavuz yardımı ile BD visitec I/A (Simcoe) silikon kanül kullanılarak gerçekleştirilen yeni bir statik askı yönteminin sonuçları değerlendirilmiştir.

Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2013- Aralık 2015 tarihleri arasında fasiyal paralizili hastalarda planlanıp uygulanan prospektif çalışmada BD visitec I/A (Simcoe) silikon kanül ile (Beaver-Visitec International, Inc, USA) yapılan statik askının sonuçları sorgulanmıştır. Çalışmaya bu 23 yüz felçli hasta dahil edildi. Hastalar erken ve geç estetik sonuçları, postop erken ve geç komplikasyonları, tragus-komissür mesafesi değişiklikleri, ameliyat süreleri ve hasta memnuniyeti yönünden değerlendirildi. Çalışmaya 14(%60) kadın, 9(%40)erkek toplam 23 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 43 (23-63). Ortalama ameliyat süresi 35 dk (25 dk-45 dk). İlk 3 ay erken dönem, 3 ay sonrası ise geç dönem olarak hastalar takip edildi. Hastalar ortalama 26 ay (5 ay-41 ay) takip edildi. Tragus komissür mesafesinde erken dönem değişim ortalama 20 mm (13 mm-27 mm), geç dönemde değişim ortalama 16 mm (13 mm-25 mm) saptandı. Postop 1 (%4) hastada erken dönem lokal enfeksiyon gelişti. Enfeksiyon oral antibiyotik ile tedavi edildi. Geç dönemde enfeksiyon saptanmadı. Geç dönemde 2 (%9) hastada silikon tüpün düğümü temporal bölgeden ekspoze oldu 1(%4), silikon tüpteki düğüm küçültüldü ve revizyonu yapıldı. Erken dönemde: hasta memnuniyeti 18 hastada (%78) - çok iyi, 5 hastada (%22) - iyi olarak belirtildi. Geç dönemde: 14 (%61) hastada - çok iyi, 7 (%30) hastada -iyi, 2 (%9) hastada -kabul edilebilir olarak belirtildi.

Teknik: Fasiyal paralizili taraftaki komissürden o taraf kulak üst polüne hat çizilir. Sağlı deride 1.5 cm'lik insizyon yapılır. Komissür mukozasından yapılan 0.5 cm'lik insizyondan (bu işlem için tasarlanıp hazırlanan) klavuz ile subdermal yağ dokusu planından ilerlenerek temporaldeki insizyona ulaşılır. Silikon tüp klavuzla yerleştirilerek geri çekilir. Bu defa da komissürden fakat submukozal plandan ilerlenerek yine temporal bölgedeki insizyona ulaşılır. Silikon tüpün uçları diğer komissürün seviyesinden 0.5 cm kadar yukarıya kaldırılarak şekilde düğümlenir. Düğüm 4/0 prolene ile temporal fasiyaya tutturulur. Sağlı deri 5/0 prolene ile kapatılır. BD visitec I/A (Simcoe) kanül oftalmoloji bölümünce kanalikül tedavisinde kullanılan 1 mm iç çapı, 2 mm dış çapı ve 60 mm uzunluğu olan elastik silikon tüpten oluşmaktadır. Daha ince formu da vardır ve çocuk hastalar için daha uygundur. Bu silikon askının ince duvarlı ve esnek olması, doku reaksiyonu oluşturmaması statik askı olarak kullanılmasına rağmen canlı dokudaki gibi esneklik kazandırmaktadır.

Sonuç: Tasarlanıp üretilen çelik klavuzun yardımı ile BD visitec I/A (Simcoe) silikon kanülün statik askı gibi kullanılarak fasiyal simetri ve oral kompetensinin sağlanması güvenli, kolay, etkili ve yeni bir yöntemdir. Lokal anestezi altında hastaya mimik hareketleri yaptırılarak simetri sağlanabilmekte, geç dönemde sarkma oluşursa aynı düğümden kısaltılarak yeniden ayarlanabilmektedir. Gülme, ısıklık çalma vs gibi hareketlerde modiolus karşı tarafın çekme kuvvetlerine uyum göstermektedir. Askı uygun plana yerleştirildiğinde farkedilmemektedir. Tüpün esnekliği, hareketliliği dinamik fonksiyonu taklit etmektedir. Kısa ameliyat süresi donör saha morbiditesinin olmaması ve dinamik katkı sağlaması diğer önemli avantajlardandır.

Örnek vaka



58 yaşında erkek hasta postop erken dönem (2.gün)

SÖZLÜ SUNUMLAR

S001

Sırtta Dev Nörofibrom: Vaka sunumu

Tekin Şimşek, Kamil Yıldırım, Yusuf Kenan Yılmaz,
Hakan Aktaş, Çağlayan Yağmur
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Samsun

Giriş: Nörofibromlar Schwann hücreleri, perinöral hücreler ve endonöral fibroblastların proliferasyonu ile karakterize iyi huylu periferik sinir kılıfı tümörleridir. Lokalize, pleksiform veya diffuz formda olabilirler. Burada sırt bölgesinde dev boyutlara ulaşmış (yaklaşık 30 kilogram ağırlığında) bir «Diffuz Nörofibrom» olgusuna dair tecrübelerimizi paylaşıyoruz.

Vaka: 47 yaşında erkek hasta sırtında yaklaşık 30 yıldır var olan ve son senelerde artan hızda büyüyen kitle şikayeti ile başvurdu. Hasta kitleye bağlı problemler sebebiyle kardiyojloji tarafından konsülte edildi ve «sağ kalp yetmezliği» ve «pulmoner hipertransiyon» nedeniyle kardiyojloji bölümüne yatırıldı. Kardiyojloji bölümü konseyinde hastanın mevcut kitlesinin acilen eksize edilmesi gerektiği bildirildi. Bunun üzerine hasta eksizyon ve greftleme amaçlı operasyona alındı.

Ameliyat esnasında 23 ünite eritrosit suspansiyonu, 16 ünite taze donmuş plazma, 3 ünite aferez trombosit, 2 ünite tam kan ve 14 litre kristalize mayı uygulandı. Defekt kitlenin derisinden elde edilen «kısmi kalınlıkta deri grefti» ile örtüldü. Hasta postoperatif 3 gün boyunca yoğun bakımda gözlemlendi ve asgari greft kaybı ile tam iyileşme sağlanmıştır.

Sonuç: Dev nörofibromların eksizyonu esnasında aşırı intraoperatif kanama ve kanama kontrolünde zorlukların görölme ihtimali oldukça yüksektir. Bu tip vakalardan önce anestezi bölümü ile koordineli bir çalışma yapmak hayati öneme sahiptir.

Sırtta dev nörofibrom



sırtta dev nörofibrom

S002

Nadir Görülen Bir Olgu: Dilde Nörofibrom

Ali Can Gunenc, Çağatay Öner, Erkan Yüce,
Zeliha Gül, Aysin Karasoy Yeşilada,
Selami Serhat Şirvan
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı İstanbul

Giriş: Nörofibromlar periferik sinir sistemi tümörleri sınıfına giren lezyonlardır. En sık görülen şekli deride veya periferik sinirlerde oluşur. Bunlar sendromik veya sporadik olabilir. Bu tiplerin maligniteye dönüşme potansiyeli oldukça düşüktür. İkinci tip daha çok sendromik olgularla görülen pleksiform nörofibromlardır ve malignite potansiyeli diğer tiplere göre yüksektir. Büyüyen ve semptomatik nörofibromlar için başlıca tedavi cerrahi rezeksyondur. Nörofibromlar mukozada görece nadir olarak görülür.

Gereç ve yöntemler: Kliniğimizde 2016 tarihinde opere edilen dilde nörofibrom vakası incelenmiş ameliyat öncesi ve sonrası analiz edilerek dildeki nörofibromlara yaklaşımda yardımcı olması amaçlanmıştır.

Bulgular: Hastamız 16 yaşında kadın hasta idi. Yaklaşık 6 yaşında dilin sağ yarısında kitle şikayeti ile dış merkezde opere olmuş. Şikayetleri tekrarlayan hasta tarafımıza başvurdu. Tarafımızca istenilen MRG nörofibrom ile uyumlu bulgular şeklinde raporlandı. Hasta tarafımızca opere edildi. Kitle eksize edildi ve herhangi bir komplikasyon görülmedi.

Tartışma: Nörofibromlar mukozada görece nadir olarak görülür. Dilde ortaya çıkan nörofibromlar büyüyerek hava yolu obstrüksiyonları ve konuşma problemlerine yol açabilir. Dilde oluşan nörofibromların eksizyonuna temkinli yaklaşılmalı ve herhangi bir havayolu problemlerine karşı trakeostomi durumu mutlaka gözönünde bulundurulmalıdır.

S003

Nörofibromatozis Olgularında Kansız Bir Cerrahi Mümkün Mü?

Burak Yaşar, Mehmet Tapan, Mehmet Onur Öztürk,
Hasan Murat Ergani, Murat İçde,
Ramazan Erkin Ünlü
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Nörofibroma, yaygın görülen benign yumuşak doku tümörüdür. Çoğunlukla büyümeye devam eder ve dev nörofibromlar şeklinde klinik pratikte karşımıza çıkabilir. Bu çalışmada, sağ uyluk lateralinde hastanın yürümesini büyük ölçüde engelleyen dev nörofibrom olgusunda cerrahi esnasında kanamanın büyük ölçüde engellendiği, ameliyat süresini ve hastane yatışını kısaltan, postoperatif transfüzyon ihtiyacını azaltan cerrahi yöntemimizi sunmayı amaçladık.

S004

The Use of Wrist Arthroscopy in Children and Adolescents with Chronic Wrist Pain

Servet Elçin Alpat, Sarbjit Kaur, Ruth Lester, Sami Al Ani, Kerstin Oestreich, Andrea Jester
Birmingham Children's Hospital, Plastic Surgery Department, Hand and Upper Limb Unit, Birmingham, United Kingdom

Background: Wrist pain is relatively rare within childhood and adolescence. Even if many of those possess a traumatic background, the clinician should also bear in mind that there might be underlying inflammatory diseases or congenital malformations. Wrist arthroscopy is a valuable step for the management of wrist disorders; which has grown from a mostly diagnostic tool to a curative, adjunctive procedure for the youngsters within the last decade. The purpose of this study is to report our preliminary results of diagnostic and therapeutic wrist arthroscopies (W-ASC) in children and adolescents with persistent wrist pain.

Methods: A retrospective data review of 19 children and adolescents who underwent W-ASC in Birmingham Children's and Pulvertaft Hand Centre, Royal Derby Hospitals between 2014 and 2016 was performed. Wrist arthroscopy indication was set to be chronic wrist pain refractory to non-surgical treatment for more than 12 weeks due to trauma, systemic inflammatory diseases, and selected cases of congenital and developmental disorders. Of those 19 unilateral W-ASCs 14 girls and 5 boys, the mean age at time of arthroscopy was 14.9 years (12-18 years). Preferred anesthetic technique, arthroscopic findings, and treatment methods were documented.

Results: Among all affected wrists, 8 of the patients (42%) had previous history of trauma on the ipsilateral upper extremity. 5 (27%) were suspected to have triangular fibrocartilage complex (TFCC) tears as per pre-operative MRI reports. 3 patients were known to have rheumatoid symptoms, juvenile idiopathic arthritis (JIA) and arthrogryposis. Rest of the patients (31%) had the persistent, unclassified wrist pain and opted for diagnostic W-ASC. The procedure was designed to be a day-case operation: carried out under regional block and undertaken by a single hand surgeon. A total of 12 patients (63,1%) were arthroscopically demonstrated to have synovitis at ulnocarpal, radiocarpal and midcarpal joint capsules which were treated by arthroscopic synovectomy. Synovectomy materials were sent to histopathology for further investigation. Within the 19 W-ASCs, 5 TFCC Palmer 1A tears (27%) and 4 midcarpal joint hypermobilities without instability (21%) were managed by TFCC debridement and midcarpal joint capsule shrinkage, respectively. Other pathologies were documented as being scapholunate, lunotriquetral ligament laxities, TFCC dimpling and sagging, ulnar abutment, triquetral chondromalacia and dorsal wrist ganglions. No intraoperative or postoperative complications related to the wrist arthroscopy were observed.

Conclusion: Wrist arthroscopy has been shown to be a safe procedure to detect and treat paediatric wrist disorders. We have seen a number of children with chronic wrist pain of unknown origin receiving arthroscopic dorsal capsule shrinkage for midcarpal hypermobilities, TFCC debridements for detected tears and synovectomies due to apparent synovitis. In addition to that, JIA patients have very little clinical symptoms despite known progressive and extensive joint destruction. We believe that early identification of these "silent

destructors" and subsequent early intervention could possibly delay joint destruction and so preserve function. In conclusion, we most certainly believe that this procedure, should only be carried out by well-trained, experienced hand surgeons within paediatric-friendly hospital settings.

S005

Yumuşak Doku Sarkomlu Olgulara Cerrahi Yaklaşım ve Rekonstrüksiyon Seçenekleri

Özay Özkaya Mutlu, Mert Canlı, Özlem Çolak, Turgut Kayadibi
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Histolojik kökenine göre sınıflandırılmakta olan sarkomların %80 i kas, yağ, sinovya ve fibröz doku gibi mezenkimal hücre kökenli yumuşak dokulardan köken almaktadır. Yumuşak doku sarkomları, sık görülmeyen tümörlerden olup tüm malignitelerin %1 ini oluştururlar. Yumuşak doku sarkomları en sık olarak alt ekstremitelerde (%40) görülmekte olup, üst ekstremitelerde (%25) ve gövde (%15) de diğer sık görülen bölgelerdir. Yumuşak doku sarkomları, lokal rekürrens sıklıkla görülmektedir (%20-30) nedeni ile tedavisi zor tümörlerdendir. Lokal rekürrens önlenmesi için kas, yağ ve ciltte en az 2-3 cm lik rezeksiyon sınırının gözetildiği geniş cerrahi eksizyon yapılmalıdır. Bu çalışma ile, kliniğimize başvuran yumuşak doku sarkomlu hastalarımızın sunulması ve rekonstrüksiyon seçeneklerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kliniğimizde Aralık 2010-Aralık 2015 tarihleri arasında toplam 31 hasta yumuşak doku sarkomu tanısı ile tedavi edilmiştir. Hastalar tümörün anatomik lokasyonu, patolojik tanısı ve cerrahi sınırın uygunluğu ile hastalığın evresi, rekürrens veya persistans durumu ve rekonstrüksiyonda kullanılan cerrahi yöntemine bağlı olarak retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Hastaların 18 i erkek ve 13 ü kadın olup, tümörün en sık görüldüğü bölgeler sırası ile alt ekstremitelerde (%32), gövde (%25), üst ekstremitelerde (%22) ve baş boyun bölgesi (%19) olmuştur. Tüm hastalarda yumuşak doku sarkomu tanılı lezyon 3 cm cerrahi sınır ile, ekstremitelerde yerleşimli ise tüm kompartmanı içerecek şekilde eksize edilmiştir. Oluşan doku defekti 2 hastada muskulokütan flep, 4 hastada fasyokütan flep ve 18 hastada cilt grefti ile rekonstrüktif edilmiştir. Ortalama 24 ay olan takip süresi boyunca yalnızca 2 hastada rekürrens (%6) görülmüş olup, 11 hastada pozitif veya yetersiz cerrahi sınır nedeniyle reeksizyon uygulanmıştır (%35).

Tartışma: Yumuşak doku sarkomlu hastalarda rekonstrüksiyon seçenekleri; tümörün boyutu, invazyon durumu ve tümörün anatomik lokasyonu ile yüksek derecede ilişkilidir. Sarkomlu hastalarda görülen yüksek rekürrens oranları, en az 3 cm lik tümörden serbest eksizyon sınırı sağlanmasını zaruri kılmaktadır. Flep ile rekonstrüksiyon; vital organların ve diğer önemli dokuların ekspoze olduğu defektlerin onarımında, cerrahi ölü boşluğun doldurulmasında, sinir tendon ve eklem gibi kritik yapıların korunmasında ve yara iyileşmesinin desteklenmesinde son derece yardımcı olmaktadır. Rekonstrüktif prosedürlerin gündeme alınması, aynı zamanda ekstremitelerde yumuşak doku sarkomlarına bağlı amputasyon oranlarının düşmesinin sağlamaktadır.

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

38. Ulusal Kurultayı

Sonuç: Yumuşak doku sarkomlarının lokal agresif doğaları ve gösterdiği yüksek rekürrens oranları nedeniyle, uygun cerrahi sınırların sağlanabilmesi ancak geniş cerrahi rezeksiyon ile sağlanabilmektedir. Flep ile rekonstrüyon yapılabilmesi sayesinde yumuşak doku sarkomlarının tedavisinde uygun cerrahi sınır ile eksizyon yapılması, ameliyat sırasında ekspozite olan kritik yapıların korunması, hastanın erken dönemde radyoterapi tedavisi görmesi ve ekstremitte bütünlüğünün korunması sağlanabilmektedir.

S006

Tenoliz Cerrahilerinde Lokal İnfiltrasyon Anestezisi Ve Etkinliği

Gökçe Yıldırım, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş Ve Amaç: Tendon adezyonları, sıklıkla ikincil ameliyatları gerektiren sorunlardır. Bu ikincil ameliyatlardaki problemler ise, yeterli serbestlemenin sağlanamamış olması, adezyondan ziyade kas fonksiyonunun yetersiz olması ve tenolizin faydasız olmasıdır. Tenoliz cerrahisinde turnike bir zorunluluk olarak tanımlanmıştır ve bu nedenle anestezi seçenekleri genel anestezi veya pleksus blokajları olarak düşünülmektedir. Oysaki her iki seçenek de motor fonksiyonları bloke edilerek intraoperatif hasta değerlendirmesini olanaksız kılar. Lokal anesteziler ise hastaya konfor, daha az postoperatif ağrı ve dolayısıyla erken aktif hareket ve hatta turnikesiz çalışma olanağı sağlar. Kliniğimizde uygulanan lokal infiltrasyon analjezisi ile tenoliz ameliyatlarındaki ipuçlarımız paylaşılmıştır.

Gereç-Yöntem: Kliniğimizde 2013 yılından beri uygulanan 22 tenoliz cerrahisinde, toplam 27 tendon için lokal infiltrasyon anestezisi uygulanmıştır. 3 ay veya daha uzun zaman önce tendon yaralanması geçirmiş zone 1 ve zone 2'de tendon adezyonu olan erişkin hastalar çalışmaya dahil edildi. Bu tekniktaki önemli noktalar şunlardır: Lokal infiltrasyon analjezisi; cerrahi işlemden 30 dakika önce %1'lik lidokain ve 1:100000'lik adrenalin enjeksiyonu ile, 26 gauge iğneler kullanılarak ve proksimalden başlanarak yapılır. Bruner insizyonunu(veya eski insizyonunu) takiben yeterli kanama kontrolü sağlanmışsa turnike kullanılmayabilir. Tenoliz sonrası hastaya aktif fleksiyon yapması söylenir, tenoliz yapılan tendonda istenen hareket yetersiz ise tenolize devam edilir, yeterli ise cerrahi alan ve hasta arasındaki örtü kaldırılarak hastanın da hareketini görmesi sağlanır. Postoperatif ağrının çok olacağı öngörülür ise bupivakain enjekte edilerek cilt sütüre edilir. Hastaya fizyolojik el pansumanı yapılmaz, erken dönemde aktif hareketini kısıtlamayacak küçük bir pansuman yapılır. Tenoliz hastaları kliniğimizde rutin olarak postoperatif erken dönemde, 3. gün, 7. gün, 14. gün, 1. ay ve 3. ayda kontrol edilir. Hastaların tendon hareketinin yeterli olup olmadığı bu günlerde kontrol edildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 40,18 olan 18 erkek ve 4 kadın hasta, 27 tendonu için değerlendirildi. (fleksör digitorum superficialis ve profundus) Hiçbir hastada reyonel veya genel anesteziye dönülmemiştir. Lokal anesteziye bağlı hiçbir komplikasyon gözlenmemiştir. 9 hastada hiç turnike ihtiyacı duyulmamıştır. Hastaların tamamında erken fizyoterapi başlanabilmektedir. Hiçbir hastada relaps gözlenmemiştir. Tüm hastalarda tendondan beklenen fonksiyon %100'dür.

Sonuç: Hastalara belirtilen şekilde uygulanan lokal infiltrasyon analjezisi sayesinde, yapılan cerrahi işlemin yeterliliği garanti altına alınmış olur. Hatta hastanın da intraoperatif hareketini görmesi, postoperatif ağrısız fizik tedaviye başlamasını daha kolay kılmaktadır. Lokal infiltrasyon analjezisi intraoperatif hareketi göstermesi açısından etkili ve cerrahi başarısı yüksek bir yöntemdir.

S007

Maksillo-mandibular Rekonstrüksiyonda Cerrahi Öncesi Sanal Kişiselleştirilmiş Planlama

Cemil Işık, Şeyda Evin, Ahmet Bilirer, Osman Akdağ, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Özet : İçerdiği karmaşık osseos yapı sebebiyle Maksillofasyal cerrahide cerrahi öncesi planlama oldukça önem kazanmaktadır. Gerek içerdiği kemik yapıların birbirleri ile olan ilişkileri (oklüzyon, erken temas vb.), gerekse yumuşak doku ile olan ilişkileri (distopi, enoftalmus, gummy smile vb..) cerrahi öncesi kişiselleştirilmiş planlamayı değerli kılmaktadır. Bu çalışmada sanal ortamda Kliniğimizde 2014-2016 yılları arasında Maksillofasyal rekonstrüksiyon uygulanan 17 hastanın cerrahi öncesi sanal 3 boyutlu cerrahi planı yapıldı. Bu plana göre elde edilen veriler 3 boyutlu yazıcılara aktarılarak kılavuzlar oluşturuldu. Operasyon sonrası kontrol bilgisayarlı tomografi görüntüleri ile karşılaştırma yapılarak özetlendi. Estetik sonuçlar ve operasyonel faydalar ele alındığında cerrahi öncesi 3 boyutlu sanal planlama maksillofasyal rekonstrüksiyonun geleceğini göstermektedir.

Giriş : İlk kez 1989 yılında Hidalgo Serbest fibula flebi ile mandibular defektlerin onarımında osteotomiler yaparak mandibula şeklinin daha uygun olmasını sağladı. Bununla beraber osteotomilerinin yerini, şeklini belirlemek sonradan uygulanacak protez ve implantlar için önem kazandı. Cerrahi sonrası yerleştirilecek protez ve implantların anatomik pozisyonunu öngörebilmek hastaya birçok fayda sağlamaktadır. "Medical additive manufacturing" belirli medikal imajların kullanılarak kişisel anatomik yapının tüm boyutlarıyla oluşturulmasıdır. Bu amaçla tıbbi görüntülemelerden sanal kişisel anatomik yapılar oluşturan birçok bilgisayar destekli yazılım bulunmaktadır. Günümüzde, Uygulanacak cerrahi öncesi Maksillomandibular kemiklerin girift yapısını belirlenmesi ve cerrahi planlamanın yapılması ile daha kesin sonuçlar alınmaya başlamıştır. 3 boyutlu yazıcıların yükselişi ile beraber maliyetlerinin düşmesi kişiselleştirilmiş tedavilerin önünü açmıştır.

Materyal ve metod: 2014-2016 yılları arasında Maksiller ve mandibular rekonstrüksiyon uygulanan 17 hastanın cerrahi öncesi 1mm kesitlerle aksiyal bilgisayarlı tomografileri (BT) alındı. DICOM planlamasında Simplant® ve Materialise Mimics® programları kullanıldı. Kliniğimizde takip edilen yarık damaklı 6 hastanın maksiller defektleri tedavi öncesi değerlendirildi. Serbest medial femoral kondil flebi ile onarımı düşünülen hastalarda alveolar yarık arkin topografik yapısı ortaya konuldu (Resim 1). Gerekecek flep 3 boyutlu yazıcıdan yazdırılarak operasyon öncesi hazırlandı (Resim 2). Ayrıca mandibular defekti bulunan 11 hastanın rekonstrüksiyonunda serbest fibula flebi ile onarımı planlandı. Operasyon öncesinde defektin ve donör alanın anjiyografik BT görüntüleri ile 3 boyutlu hali sanal ortama

aktarıldı. Fibular flebe sanal ortamda defekte uygun anatomik osteotomiler yapıldı (Resim 3). Rekonstrüksiyon plağı uygulanacak flep yüzey alanları belirlenerek 3 boyutlu yazıcıdan yazdırıldı (Resim 4). Elde edilen kılavuz üç boyutlu yapıya göre rekonstrüksiyon plağı eğilerek operasyon öncesinde yüzeyine uygun hale getirildi. İntraoperatif osteotomiler tam olarak bu 3 boyutlu kılavuzlara göre yapılarak defekt onarımı sağlandı. Postoperatif maksillofasyal BT görüntülemeleri yine 3 boyutlu sana ortamda değerlendirilerek operasyon hedefleri karşılaştırıldı. Yarık damaklı hastalarda alveolar ark bütünlüğü sağlanıp sağlanmadığı, onarımın plandan sapma miktarı, osesos tüberkül varlığı tablo halinde özetlenmiştir. Mandibular defektin yeri etiyojisi, serbest fibula flebinin planlamaya uyumluluğu vertikal ve horizontal planlamada sapmalar gösterilmiştir.

Tartışma: Bilgisayar destekli kılavuz plaklarının her ne kadar sanal planlamalardan milimetrik sapmalar olmasına rağmen literatürde cerrahi öncesi planlamanın güvenli olduğunu gösterilmiştir (1). Çalışmamızda önemli sapmaların olmadığı gözlemlendi. Cerrahi öncesi öngörüler operasyon sürelerinin kısaltarak özellikle de flep adaptasyon sürelerimizi kısaltmıştır (2). Özellikle fibular osteotominin bükülmüş rekonstrüksiyon plağına göre yapılabilmesi kozmetik sonuçlarımızı güçlendirmektedir. Fibular flebinin iskemi süresinin kısaltılması, beklenilen riskini düşürmektedir. Hastanın aldığı anestezi süresinin azalması ve kan kaybı miktarının düşmesi genel operasyonel riski de düşürmektedir (3). Ayrıca 2 boyutlu görüntülemelerle hastaya yapılacak cerrahi anlatmak, beklentilerini öğrenmek, hastalığının prognozu ve durumu hakkında bilgi vermek oldukça zordur. Yapılacak tedaviyi anlayabilen hasta daha kolay tedavi uyumu gösterebilmektedir. Rekonstrüktif cerrahiye öğrenmede ve tıbbi eğitim alanında önemli materyal sağlanması 3 boyutlu planlama fayda sağlamaktadır(4). Çalışmamızda erken postoperatif değerlendirme yapıldığından 3 boyutlu planlamanın protez/implant kullanımına olan katkısı bilinmemekle beraber literatürde bu katkı belirtilmiştir (1).

Sonuç: Bilgisayar destekli yazılım ile cerrahi öncesi planlama, hastaya sağladığı kozmetik sonuçlar ve özellikle kompleks maksillo-mandibular defektlerin onarımında cerraha sağladığı konfor nedeniyle kıymetlidir. Bunun ötesinde gelecekte biyoprostetik kişiselleştirilmiş implantların uygulanabilmesi renkostrüktif maksillofasyal cerrahide zorlu cerrahilerin onarımını mümkün kılacaktır (5).

Kaynak

- 1- Schepers RH, Raghoobar GM, Vissink A, Stenekes MW, Kraeima J, Roodenburg JL, et al: Accuracy of fibula reconstruction using patient-specific CAD/CAM reconstruction plates and dental implants: a new modality for functional reconstruction of mandibular defects. J Cranio-Maxillo-Fac Surg 34: 649e657, 2015
- 2- Mazzoni S, Marchetti C, Sgarzani R, et al. Prosthetically guided maxillofacial surgery: evaluation of the accuracy of a surgical guide and custom-made bone plate in oncology patients after mandibular reconstruction. Plast Reconstr Surg 2013;131:1376-1385
- 3- Cohen A, Laviv A, Berman P, et al. Mandibular reconstruction using stereolithographic 3-dimensional printing modeling technology. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2009;108:661-666
- 4- Emmez H, Küçüköyük I, Börcek AO, et al. Effectiveness of skull models and surgical simulation: comparison of outcome between different surgical techniques in patients with isolated brachycephaly. Childs Nerv Syst 2009;25:1605-1612

5- Gerstle TL, Ibrahim AM, Kim PS, et al. A plastic surgery application in evolution: three-dimensional printing. Plast Reconstr Surg 2014;133:446-451

S008

Lokal Agresif Mandibula Tümörlerinin Tedavisinde Kriyoterapi ve Serbest Kemik Nakli: Erken dönem sonuçlar

Bülent Saçak, Zeynep Deniz Akdeniz Doğan, Zafer Kaya, Fatma Betül Tuncer, Fatma Nihal Durmuş Kocaaslan, Özhan Bekir Çelebiler
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

Amaç: Mandibuladaki kemik lezyonlarında kriyocerrahinin mevcut hücreleri öldürerek inorganik kısmı sağlam bıraktığı ve bu kısmın osteokondüksiyon ile yeni kemik oluşumuna öncülük ettiği bilinmektedir (1). Bu tedavi malign lezyonlarda beklentiye karşılamamakla birlikte kitle eksizyonu ile lokal nüks potansiyeli yüksek benign tümörlerde etkili bir yöntemdir. Mandibulada görülen odontojenik keratokist, miksuma, dev hücreli tümör gibi lezyonlar bu gruba örnek olup tedavi için segmental rezeksiyon agresif bir yaklaşım olmakta ancak kitleye yönelik yapılan küretajda lokal nüks yadsınamaz oranda görülmektedir. Yöntemin temel prensibi olan kriyoterapinin oluşturduğu doku yıkımının patolojik fraktürlere sebep olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı geniş rezeksiyon gerektiren mandibuladaki benign lezyonlara yönelik yapılan segmental mandibulektomi ve kriyocerrahi sonrası, kemik iyileşmesini hızlandırmak için yapılan eş zamanlı fibula flebinin katkısının değerlendirilmesi ve erken dönem sonuçlarımızın sunumudur.

Yöntem-Gereçler: Bu çalışmaya 2015-2016 yılları arasında insizyonel biyopsi ile benign kemik tümörü saptanan ve segmental mandibulektomi planlanan 35-61 yaş aralığındaki (ortalama 44.5) 4 hasta dahil edildi. Ekstraoral yaklaşımla benign lezyonu içine alan mandibula segmenti çıkarıldı. Tüm yumuşak dokular ve dişler uzaklaştırıldıktan sonra spesmen 20 dakika sıvı azot (-196°C), 15 dakika gentamisinli distile su (25°C) ve 10 dakika oda ısısında (25°C) kuru havada bırakılarak işlem yapıldı. Klasik yöntemle elde edilen fibula flebi sıvı azot ile işlem görmüş mandibula dış korteksinin iç kısmına fiks edildi (Şekil 1). Fibula ve otojen mandibula kompleksi defekte adapte edildi. Otojen mandibuladaki viabilite postoperatif dönemde yapılan SPECT ile değerlendirildi. Operasyon sonrası tomografi ve fotoğraflar ile alt çene konturu değerlendirilmesi yapıldı.

Bulgular: Ortalama takip süresi 10 ay (2-16 ay) idi. Patoloji sonuçları değerlendirildiğinde hastaların primer lezyonları mandibula kaynaklı benign tümörlerdi (1 olgu Dev hücreli granülom, 2 olgu odontojenik keratokist, 1 olgu osteom). Çıkarılan kemik segment ortalama 8.175 cm idi. Tüm hastaların oklüzyonunun ve cilt konturunun tatmin edici olduğu görüldü. Takip süresi içerisinde hastalık nüksü saptanmadı. Otojen mandibulaya yönelik yapılan SPECT tetkikinde tüm hastalarda canlı kemik dokusu ile uyumlu osteoblastik aktivite elde edildi. Hastaların bir tanesinde tekrarlayan enfeksiyon ve fistül nedeni ile postop 16. ayda otojen mandibulayı ve fibula flebini stabilize eden tüm plak vidalar çıkarıldı. Bu operasyonda otojen mandibulanın canlı olduğu makroskobik olarak görüldü. Hiçbir hastada donör alan komplikasyonuna rastlanmadı.

Yüz Bölgesinde Mikroigneleme Destekli Yağ Enjeksiyonu Uygulamaları

Billur Sezgin, Selahattin Özmen, Reha Yavuzer

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Sonuçlar: Kriyoterapi uygulanmış mandibular segmentte patolojik kırık riski artmaktadır. Riski azaltmak için bazı çalışmalarda otojen mandibula ile kemik grefti kombine edilmiştir(2). Bizim çalışmamızda tümörlerin boyutu büyük olduğundan lokal nüksü engellemek için geniş mandibula segmenti çıkarılmıştır. Ancak bu durum gecikmiş osteogenez ve patolojik kırık riskini beraberinde getirmektedir. Mevcut defektin büyüklüğü nedeni ile kemik greftinin devitalize edilmiş alıcı sahadaki yaşayabilirliği şüpheli olduğundan vaskülerize osseoz fibula flebi ile onarım yapılmıştır. Önceki çalışmada kriyoterapi uygulanmış mandibulanın en zayıf olduğu zaman 8. haftadır(3). Bizim çalışmamızda bu dönemde yapılan SPECT tetkikinde osteoblastik aktivite görülmesi fibula flebinin otojen mandibulanın osteogenezis sürecini hızlandırdığını kanıtlamaktadır. Sonuç olarak; benign mandibula lezyonlarında konturun sağlanması için kullanılan sıvı azot kriyoterapi yöntemi özellikle büyük segmental mandibulektomilerde patolojik kırık ve gecikmiş osteogenez riskini arttırmaktadır. Fibula flebinin, sıvı azot ile işlem görmüş mandibula ile kombinasyonu vaskülarizasyon ve artmış osteogenez avantajları taşımaktadır.

Referanslar

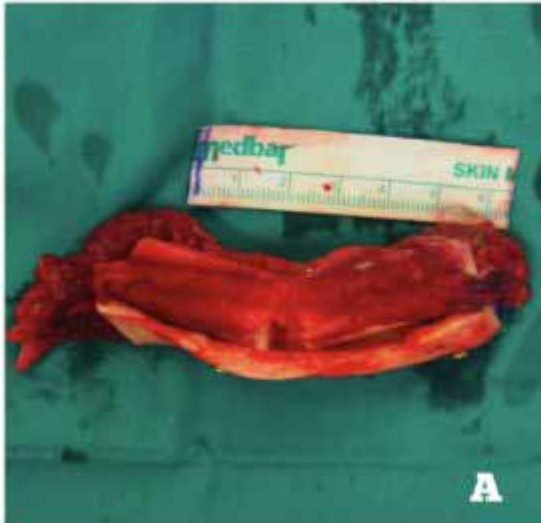
- 1-Gage A, Green G, Neiders M, et al: Freezing bone without excision. An experimental study of bone-cell destruction and manner of regrowth in dogs. JAMA 196;720, 1966
- 2-Salmassy DA, Pogrel MA: Liquid Nitrogen Cryosurgery and Immediate Bone Grafting in the Management of Aggressive Primary Jaw Lesions. J Oral Maxillofac Surg 53:784-799,1995
- 3-Fisher AD, Williams DF, Bradley PF: The effect of cryosurgery on the strength of bone. British Journal of Oral Surgery 15 (1977-78) 215-222

Giriş: Yağ grefti uygulamaları, özellikle yüz bölgesinde kozmetik ve rekonstrüktif endikasyonlar nedeniyle sık başvurulan bir teknik olarak karşımıza çıkmaktadır. Kontür bozukluklarının giderilmesinde, skarlı alanların cilt ve ciltaltı dokusunda kalite artışı meydana getirmesinde ve estetik girişimler gibi çok geniş bir endikasyon yelpazesinde, otolog yağ doku grefti çok sık kullanılmaktadır. Bu işlemin en sık görülen geç dönem komplikasyonu ve en önemli dezavantajı olan greft sağkalımının öngörülememesi, uygulamada kısıtlamalar getirmekte olup güncel literatürde yağ greftlerinin sağkalımını arttırabilecek tekniklere yönelik birçok çalışmaya rastlanmaktadır. Alıcı yataktaki vasküler zemin ne kadar zengin ise, canlı olarak transfer edilen yağ hücrelerinin de anjiogenezden önceki süreçte canlılıklarını korumalarının o denli mümkün olacağı bilinmektedir. Bu bilgi ışığında gerçekleştirilen bir önkoşullandırma modeli olarak mikroigneleme işleminin yağ enjeksiyonu öncesinde alıcı sahaya uygulanmasının vaskülariteyi arttırdığı ve buna bağlı olarak yağ grefti sağkalımında artış sağlandığı deneysel bir çalışma ile ortaya konmuştur. Bu bilimsel verinin ışığında kliniğimizde mikroigneleme eşliğinde gerçekleştirilen yüze yağ grefti uygulamalarının tekniği ve sonuçları sunulmuştur.

Gereç-Yöntem: Kliniğimizde estetik ve rekonstrüktif endikasyonlar nedeniyle yüz bölgesine yağ grefti uygulaması planlanan 18 hastaya mikroigneleme destekli yağ enjeksiyonu yapıldı.

Bu amaçla yağ enjeksiyonundan bir hafta önce hastalara poliklinik ortamında mikroigneleme işlemi gerçekleştirildi. Dört hastada yurtdışında ikamet etmelerinden dolayı ilk mikroigneleme uygulaması ameliyata 1 haftadan daha kısa bir süre kala yapıldı. Mikroigneleme için kullanılan cihazın yüzdeki deri kalınlığı gözetilerek 1.5mm uzunlukta titanyum iğnelere sahip olması tercih edildi. Onbeş dakikalık topikal lokal anestezi krem (EMLA®) uygulamasını takiben yağ

Şekil 1: Fibula flebinin otojen mandibulaya integrasyonu



enjeksiyonunun yapılacağı bölge gözetilmeksizin, yüzün tamamına en az 4 farklı doğrultuda her bölgeye 20>şer geçiş yapılarak uygulama gerçekleştirildi. İşlem sonrasında hastaların uygulama bölgelerinde peteşiyal odaklar izlendi. İşlem bitiminde antibakteriyal pomad (Thiocilline® deri pomadı) uygulandı ve iki saat yıkama yasaklandı. İlk mikroiğneleme işleminden bir hafta sonra yağ enjeksiyonu yapılmadan önce işlem steril koşullar altında ameliyathanede tekrar edildi ve takibinde hastaya ihtiyaç doğrultusunda yağ greftleme işlemi gerçekleştirildi. Postoperatif erken (1. hafta ve 1. ay) ve geç dönemde (3.ay) hastalar kontrole çağırıldı. Cilt kalitesindeki iyileşme ve yağ grefti sağkalımı tedavi öncesi ve tedavi sonrası 3. ayda çekilmiş olan dijital fotoğrafların hem hasta hem de bağımsız bir cerrah tarafından değerlendirilmesi ile saptandı. Cilt kalitesi için yapılan değerlendirmede cildin yapısındaki iyileşme gözetilerek Görsel Analog Skalası üzerinden 0-3 arası puan verildi. Bu değerlendirmede derinin yapısı, pigmentasyonu ve skar durumunu değerlendirilerek; 0 puan: cilt kalitesinde değişim yok (cildin yapısı, pigmentasyonu ve skarın görünümü aynı); 1 puan: cilt kalitesinde minimal bir iyileşme mevcut; 2 puan: cilt kalitesinde bir miktar iyileşme mevcut; 3 puan: cilt kalitesinde belirgin iyileşme mevcut olarak değerlendirildi. Yağ grefti sağkalımı için yüze verilen yağ dokusunun yarattığı hacimsel fark gözetilerek 0-3 arasında puanlama yapıldı. Buna göre; 0 puan: yüzde hacimsel anlamda hiç fark yok, 1 puan: yüzde hacimsel anlamda çok az miktarda iyileşme mevcut 2 puan: yüzde hacimsel anlamda bir miktar iyileşme mevcut, 3 puan: yüzde hacimsel anlamda belirgin iyileşme mevcut. Yağ grefti sağkalımından bahsedilebilmesi için ve erken dönem ödemin etkilerinin yanlış değerlendirmelere yol açmaması için her iki parametre preoperatif fotoğraflar ile kıyaslanarak sadece 3. ayda değerlendirildi. Hasta ve cerrahın vermiş olduğu puanların ortalaması alınarak her hasta için bir cilt kalitesi ve bir yağ greft sağkalımı skoru elde edildi.

Bulgular: Mikroiğneleme eşliğinde yüze yağ enjeksiyonu yapılan 18 hastanın 14'ü kadın, 4'ü erkek idi. Yaş ortalaması 38,6 yıl (17-61 yıl) idi. Dokuz hastada estetik kaygılar nedeniyle yüze yönelik yağ enjeksiyonu yapılırken, 7 hastada yüzde idiopatik, travma veya cerrahi sonrası oluşmuş skar, 2 hastada da yanık skarı nedeniyle yağ enjeksiyonu yapıldı. Mikroiğneleme eşliğinde yağ grefti uygulaması yapılan hastaların ortalama cilt kalitesi skoru 2.14 ± 0.45 iken, estetik ve estetik olmayan endikasyon ile bu işlemin yapıldığı hastalarda skor incelendiğinde estetik endikasyonlu hasta skoru 2.33 ± 0.43 , estetik dışı hastalarda ise 1.94 ± 0.39 idi. Estetik olmayan hastalarda ayrıca skar ve yanık endikasyonu ile bu işlemin yapıldığı hastalarda skorlara bakıldığında skar hastalarında 2.07 ± 0.19 , yanık hastalarında ise 1.5 ± 0.71 olarak saptandı. Yağ grefti sağkalımı açısından skorlar incelendiğinde, ortalama skor 2.38 ± 0.53 iken, yine estetik ve estetik olmayan endikasyon ile bu işlemin yapıldığı hastalarda skor incelendiğinde estetik endikasyonlu hastalarda 2.44 ± 0.58 , estetik dışı olgularda ise 2.33 ± 0.5 idi. Skar nedeniyle opere olan hastalarda greft sağkalım skoru 2.42 ± 0.53 iken yanık hastalarında bu skor 2 ± 0 olarak saptandı. Gerek cilt kalitesi, gerek yağ greft sağkalımı açısından estetik endikasyonla opere olan hastaların skorları estetik dışı endikasyonla opere olan hastalara göre daha yüksekti. Bunun sebebi, skarlı alanlardaki fibrozise bağlı dermal kalınlığın artmış olması, bu nedenle mikroiğneleme işleminin etkinliğinin azalması ve buna bağlı cilt kalitesi ve yağ grefti sağkalımında estetik hastalarda elde edilen sonuçlara kıyasla daha az etki elde edilmesi ile açıklanabilir. Yanık hastalarında en düşük skorların izlenmiş olması da bunu düşündürmektedir. Lakin, yanık dışı skarlı hastalarda cilt kalitesi ve yağ greft sağkalımı skorlarının estetik grupla daha yakın değerlerde oluşu fibrozise bağlı dermal kalınlığın en çok arttığı yanık hastalarında en olumsuz etkilenimin olduğunu desteklemektedir. Ancak, mikroiğneleme destekli

yağ enjeksiyonu uygulamalarında farklı hasta gruplarında farklı düzeylerde iyileşme görülmesine rağmen, bütün hasta gruplarında cilt kalitesi ve yağ grefti sağkalımı açısından olumlu değişim gözlenmiştir.

Sonuç: Günümüzde yağ grefti sağkalımını arttırmaya yönelik teknikler hem yüksek maliyetli hem de klinik koşullarda uygulanması zor teknikler olarak karşımıza çıkmaktadır. Mikroiğneleme ile yağ grefti alıcı sahasının önkoşullandırması ise alıcı sahada vasküler yoğunluğu arttırmak suretiyle yağ grefti sağkalımını olumlu yönde etkilemektedir. Bu amaçla yağ grefti uygulanacak hastaların yüzüne ameliyattan bir hafta önce mikroiğneleme yapılmıştır. Anestezi altında işlemin tekrar edilmesi ise özellikle mikroiğneleme işleminin deri kalitesi üzerine olumlu etkilerinin artırılmasına yöneliktir, lakin, bu tekniğin ele alındığı deneysel çalışmada işlemde bir hafta önce yapılan mikroiğneleme ile vasküler yoğunluğun yağ transferi esnasında artmış olduğu gösterilmiştir. Bu kombine klinik uygulama sonucunda farklı endikasyonlarda yağ enjeksiyonu yapılan hastaların cilt kalitesinde iyileşme olduğu gözlenmiştir. Yağ greftinin cilt kalitesine olumlu etkilerine ek olarak mikroiğneleme işleminin hem deri kalitesi üzerine olumlu etkileri hem de yağ greftinin sağkalımını arttırması mutualistik bir ilişki ile yağ enjeksiyonlarından elde edilen sonuçları etkin biçimde arttırabilmektedir. Mikroiğneleme; yağ grefti sağkalımı üzerine olumlu etkilerinin yanısıra, sahadaki deri kalitesi üzerine olumlu etkileri nedeniyle de tercih edilebilecek pratik, hasta tarafından tolere edilebilir, yan etkisi olmayan, maliyeti düşük ve etkin sonuçlara sahip bir uygulamadır.

S010

Üst Ekstremitte Yanık Kontraktürlerinin Tedavisinde Fonksiyonel ve Estetik Olarak Daha İyi Sonuçlar Elde Etmek İçin Serbest Doku Aktarımına Yeni Bir Alternatif: Dermal Skafold ve Zenginleştirilmiş Hücrelerin Kullanımı

Fatih Ceran¹, Emre Güvercin², Gaye Taylan Filinte², Mehmet Bozkurt¹

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Son gelişmelerin bir sonucu olarak akut yanık tedavisinde hayatta kalma oranlarında belirgin bir artış söz konusudur. Benzer sonuçlar yanık hastalarında uzun vadeli sonuçlarda gözlenmez. Yanık izlerinin ileri aşamalarında ekstremitte kontraktürleri ile karşılaşılması muhtemeldir, bu kontraktürler özellikle üst ekstremitede yaygındır ve kapsamlı fonksiyonel bozukluklara yol açabilir. Kontraktürler yüksek olasılıkla tekrar eğilimindedir, bu nedenle rekonstrüktif cerrahi girişimlerin; fonksiyonu arttırmak ve nüksü azaltması gerekir. Biz de bu çalışmamızda konvansiyonel deri greftlemesine ve fleplerine ek olarak dermal skafold, PRP ve yağ enjeksiyonunun etkinliğini tartışmaktayız.

Yöntem-Gereçler: Kliniğimize başvuran üst ekstremitte yanık kontraktürlü 90 hasta çalışmamıza dahil edildi. Hastalar; düşük, orta ve ileri düzeyde kontraktürlü olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Hastaların tümünün kontraktürleri

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

38. Ulusal Kurultayı

açıldı. Bütün hastalara dermal skafold (Matriderm™) adapte edildi. Dermal skafoldun üzerine alınan kısmı kalınlıklı deri grefti yerleştirildi. Yine hastalardan elde edilen PRP greft üzerine enjekte edildi. Hastalara pansuman olarak VAC uygulaması yapıldı. Ameliyat sonrası 6. ayda yağ enjeksiyonları yapıldı. Ameliyat önces, ve sonrası klem hareket açıklıkları kaydedildi.

Bulgular: Hastalar ortalama 18 ay takip edildi. Hastaların tümünde eklem hareket açıklıklarında belirgin bir artış söz konusuydu. Cilt kalitesinde ve elastikiyetinde belirgin bir artış mevcuttu. Hipertrofik skar veya keloid oluşumunda azalma söz konusuydu.

Sonuçlar: Yanık kontraktürlerinin tedavisinde yetersiz cilt kalitesi ve elastikiyeti, eklem hareket açıklıkları ve yüksek tekrarlamaya oranları en büyük problemlerdir. Geniş hipertrofik skarlı olgularda lokal fleplerin kullanımının kısıtlı olması ayrı bir problemdir. Bu hastalar için tedavi kısmi kalınlıklı deri grefti kullanımı ve serbest doku aktarımı ile sınırlıdır. Donör alan sorunları, uzun hastane yatışları, ekonomik kısıtlamalar serbest doku aktarımının kısıtlamalarıdır. Dermal skafold kullanımı cilt kalitesinin ve elastikiyetinin artmasını sağlar; hipertrofik skarlaşmayı ve tekrarlamayı azaltır. PRP enjeksiyonları greftin kolaylıkla adaptasyonunu ve doku rejenerasyonunu sağlar. Yapılan yağ enjeksiyonları ile konturlar daha da düzgünleştirilebilir.

Kaynaklar:

1. Petersen W, Rahmanian-Schwarz A, Werner JO, Schiefer J, Rothenberger J, Hübner G, Schaller HE, Held M. The use of collagen-based matrices in the treatment of full-thickness wounds. Burns. 2016 Jun 10.
2. Hocaoglu E, Arıncı A, Berköz Ö, Özkan T. Free pre-expanded lateral circumflex femoral artery perforator flap for extensive resurfacing and reconstruction of the hand. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2013 Dec;66(12):1788-91.

S011

Trombositten Zengin Plazma Hazırlanmasında Gözlemlerimiz

Metin Görgü, Ali Gökkaya, Ertuğrul Karanfil, Jehat Kızıllan, Ali Doğan, Aydın Aydemir
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bolu

Trombositten Zengin Plazmanın Konsantrasyonunu Nasıl Arttırabiliriz

Trombositten zengin plazma (PRP) büyüme faktörlerinden zengin olduğundan doku iyileşmesinde çok önemli bir yeri vardır ve cerrahi olarak bir çok alanda kullanılmaktadır. Prp hazırlamak için bir çok protokol ve bu protokollerin her bir birinden farklı aşamaları bulunmaktadır. Çalışmamızda prp'nin santrifüj aşamasından bahsedilecektir.

Giriş: Prp cerrahi olarak bir çok alanda kullanılmakta olup, farklı solusyonlarla hazırlanabilir. Alınan kanın sadece çok küçük bir kısmı prp olarak isimlendirilebilir. Özellikle bu küçük kısım büyük bir miktarda büyüme faktörü içermektedir. Prp de özellikle steril olarak kullanıma uygun bir şekilde trombositlerin konsantrasyonunu nasıl arttırılacağı yazımızın temelini oluşturmaktadır.

Materyal-Metod: 100 hastadan ACD-A tüpüne (1,5cc ACD-A solusyonu-8,5ml'lik tüp) olmak üzere 7 cc kan numuneleri alındı ve bu numuneleri NF-400 cihazımızla bir çok değişik G kuvvetlerinde ve farklı dakikalarda santrifüj ettik. Dakika olarak değişkenimiz 3-30 dakikaydı, G kuvveti olarak değişkenimiz 150-4000 arasındaki değerlerdi. Sonrasında numunelerimizdeki üstte kalan plazma kısımlarımızı gözlemledik ve bu numunelerden 1'er cc prplerini alarak trombosit miktarlarını ölçtük.

Sonuç: Numune sonuçlarına göre santrifüjün 5 dakikadan daha uzun bir sürede olması gerektiği çünkü daha düşük zamanlarda plazmanın ayrışmadığını gözlemledik. Ölçümlerimizde de sonuçların gözlemlerimize uygun olduğunu gördük. Ayırtan santrifüj öncesinde gözlemediğimizde uzun süreli bekletilen numunenin de plazmasının belirli bir boyutta ayrıştığı ve santrifüj işleminden sonra belirli bir süre beklediğimizde daha yoğun prpler elde ettiğimizi gördük. Konsantrasyonda en yüksek sonuçlarımızı ise 180gx12 dakika olduğunu gözlemledik.

S012

Travmatik El Amputasyonu ve El Dorsumu Defektlerinde Rekonstrüksiyon Seçenekleri

Özay Özkaya Mutlu, Tuğçe Yasak, Akif Ayberk Akçay, İlker Üşçetin, Özlem Çolak
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Üst ekstremitate, özellikle el bölgesi; birçok travmatik yaralanmaya açık olup, yumuşak doku, kemik ve tendon kayıplarının sık görüldüğü bölgelerdir. Bu bölgede görülen defektler; iş kazası, ev kazası, travma, crush yaralanma gibi bir çok nedene bağlı gelişebilmektedir. Elde görülen yumuşak doku defektlerinin; erken mobilizasyonu sağlamak, istenilen fonksiyonel ve kozmetik sonuçlara ulaşabilmek için, erken debridmanı ve kısa sürede rekonstrüksiyonu gerekmektedir. El dorsumunda cildin ince olması, tendon ve kemik yapının kolay ekspoze olması gibi nedenlerle greft ile onarım çoğu zaman uygulanamamakta, rekonstrüksiyon için pediküllü ya da serbest flepler seçilmektedir. Bu çalışmada, travmatik el amputasyonu ya da el dorsumu defektleri nedeni ile kliniğimizde opere edilen ve pediküllü ya da serbest flep ile rekonstrüksiyon uygulanmış olan hastaların tedavi sonuçları incelenmektedir.

Hastalar- Metod: Ocak 2010- Mayıs 2016 tarihleri arasında, travmatik el amputasyonu ve el dorsumu yumuşak doku defekti nedeni ile opere edilen 37 hasta çalışmaya dahil edildi. Baş parmak dışındaki parmak ucu defekti nedeni ile opere edilen hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hasta demografikleri, defekt etyolojileri, defekt lokalizasyonu, tercih edilen flep çeşidi, kozmetik ve fonksiyonel sonuçlar incelendi.

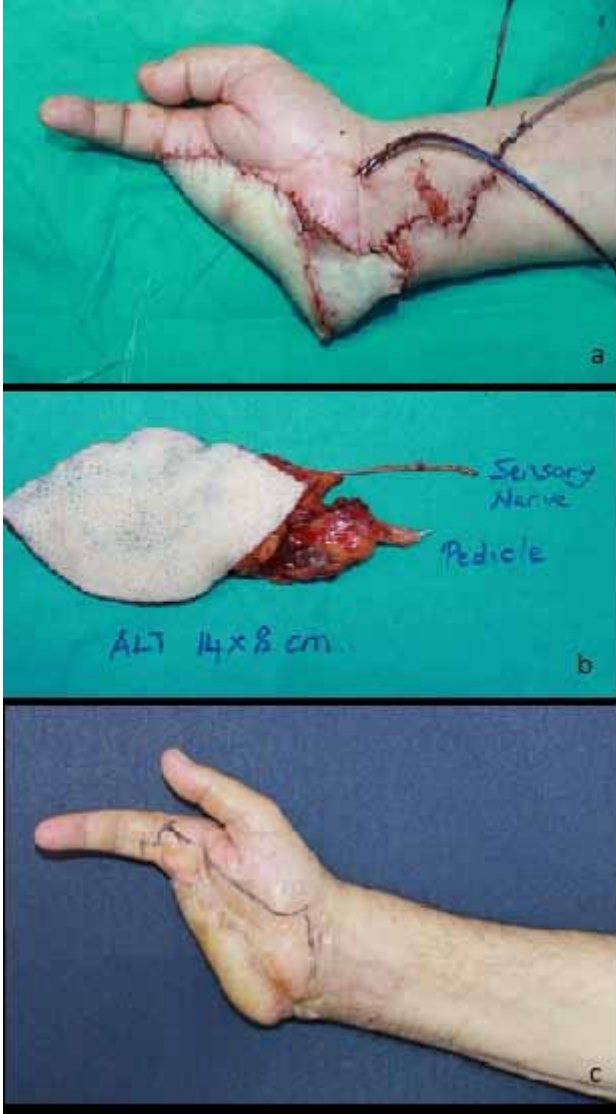
Sonuçlar: Hastalardan 10'u kadın, 27'i erkek; ortalama yaşları 33,8 idi. Defekt etyolojileri; crush yaralanma (n=20), yanık (n=5), diyabetik yara (n=3), el bileğinin travmatik amputasyonu (n=2), Tümör eksizeyonu (n=5) ve Buerger Hastalığı (n=1) idi. Defekt büyüklüğü ortalama 80 cm 2 idi. Rekonstrüksiyon yöntemi seçilirken, defekt tipi, boyutu, ekspoze kemik ya da tendon yapılarının durumu, alıcı ve donör alandaki vasküler yapılar ve hastanın medikal durumu göz önünde bulunduruldu. Rekonstrüksiyon için;

Hiperbarik Oksijen Tedavisinin Revaskülarizasyon Yapılan ve No-Reflow Görülen Parmak Avülsiyon Yaralanmalarında Akut-Subakut Dönemde Faydası Olabilir mi?

anterolateral uyluk flebi(n=4), distal pediküllü posterior interosseous arter flebi(n=12), pediküllü dorsal metatarsal arter flebi(n=14), pediküllü subpektoral flep(n=2), pediküllü kasık flebi(n=5) kullanıldı. Major komplikasyon gelişmedi, 3 hastada flep distalinde gelişen parsiyel nekrozların 3'ü sekonder iyileşmeye bırakılırken, 1'ine yüzeysel debridman sonrası kısmi kalınlıkta deri grefti uygulandı. Hastanede yatış süresi ortalama 6 gün, takip süresi ortalama 13 ay idi.

Tartışma: El bölgesi yumuşak doku rekonstrüksiyonu, hem fonksiyonel hem kozmetik bir iyileşmeyi amaçlamakta, iyi bir el fonksiyonu sağlanırken aynı zamanda iyi bir renk ve kontür uyumu amaçlanmaktadır. Bu nedenle; defektin boyutu, lokalizasyonu, hastanın medikal durumu, amputasyonun seviyesi gibi faktörler bir bütün halinde düşünülerek rekonstrüksiyon metoduna karar verilmelidir. Optimal sonuca ulaşabilmek için enfeksiyon kontrolü ve erken mobilizasyonun kritik olduğu, bu nedenle erken debridman ve onarımın önemli olduğu unutulmamalıdır.

Resim-1



a: sağ el 3.,4. ve 5. parmak amputasyonu sonrası oluşan yumuşak doku defekti, peroperatif görüntü, b: amputasyon güdüğü için planlanan anterolateral uyluk flebi, peroperatif görüntü, c: postoperatif 6. ay görüntüsü

Kaan Gideroğlu¹, Gaye Taylan Filinte¹, Selin Gamze Sümen², Tuna Gumus², Cem Berkay Sınacı¹, Murat Sarıcı¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi, Sualtı Hekimliği, İstanbul

Amaç: Avülsiyon yaralanmaları genelde tam bir düzgün kopma yerine uzvu oluşturan tüm dokuların sünmesine ve özellikle damarsal yapılarda gözle görünenin ötesinde mikrovasküler hasara neden olmaktadır. Bu nedenle avülsiyon yaralanmalarda belirtilen sorunu çözmek amacıyla uzun kısaltılarak makroskopik olarak hasarlı olduğu düşünülen damar kısmının çıkarılması ve kalan damarsal yapılar uç uca gelmiyorsa eksik damar kısmının ven grefti ile onarılması gibi yöntemler kullanılmaktadır. Ancak bu yöntemler kullanılsa bile yapılan mikrocerrahi işlemlerinde sıklıkla "no-reflow" fenomeni ile karşılaşabilmektedir. Hiperbarik oksijen tedavisi özellikle mikrovasküler düzeyde dolaşım bozukluklarının tedavisinde etkin olduğu bilinen bir tedavi yöntemidir. Bu sunuda kliniğimizde revaskülarizasyon sonrası akut-subakut dönemde(6-48 saat)"no-reflow" fenomeni gelişen ve hiperbarik oksijen(HBO) tedavisi uygulanan hastalara ait sonuçlarımızı aktararak yöntemin etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Kliniğimizde son bir yılda avülsiyon sonrası revaskülarizasyon uygulanan ve "no-reflow " gelişen yedi hastanın 9 parmağının verileri çalışmaya dahil edildi. Hastalara 10-40 seans 2.4 atmosfer basıncında 90 dakika süreyle %100 oksijenle HBO tedavisi uygulandı. Tedavi süresince tüm parmaklara günlük olarak "tulle gras" ile pansuman yapıldı.

Bulgular: İlk seanstan itibaren tüm olgularda kapiller dolaşımdaki düzelmeye bağlı renkte düzelme ve ısı artışı saptandı. Dört hastada meydana gelen kısmi deri kayıpları günlük pansumanlarla iyileşti. Olguların hiçbirinde tekrar cerrahi gerekmedi (Şekil 1).

Sonuç: Başarılı bir revaskülarizasyonun avülsiyon yaralanmalarında teknik olarak zor olması ve hastayı hayati önem taşımayan bir organ için ikinci kere uzun sürecek bir ameliyat riskiyle karşı karşıya bırakması nedeniyle HBO tedavisinin eğer bir kontraendikasyonu yoksa ve hastanın ulaşımı kolayca sağlanabilecek (mümkünse aynı hastanede) durumdaysa mutlaka denemesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Şekil



ince olması, rahatlıkla şekil verilebilmesi, ikiden fazla ve 1 mm den büyük perforatör içermesi, büyük bir damarın harcanmaması sayesinde parmak ucu defektleri onarımında kullanılabilecek bir fleptir. Bütün bu avantajlarının yanında flep pedikülünün kısa olması ve venöz sisteminin yetersiz olması dezavantaj olarak gösterilebilir.

Serbest Hipotenar Perforatör Flep



S014

Serbest Hipotenar Perforatör Flep ile Parmak ve Parmak Ucu Defektlerinin Onarımı

Emin Sır¹, Alper Aksoy², Meliha Kasapoğlu Aksoy³

¹Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İzmir

²Konur Cerrahi Merkezi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Bursa

³Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Bursa

Giriş: Parmak yumuşak doku defektlerinin onarımı el cerrahları arasında tartışmalıdır. Greft uygulanamayan hastalarda çeşitli lokal, bölgesel ve serbest flepler tanımlanmıştır. Bu fleplerin renk, doku uyumu, donör saha problemi ve bulky gibi problemleri vardır. Klinikte perforatör flep kullanımı el ve parmak defektleri için de artmış ve özellikle ince, donör saha morbiditesinin az olması ve defektlere uygun bükülebilmeleri nedeniyle tercih edilir konuma gelmişlerdir. Bu çalışmada parmak ucu defektlerinin onarımında kullanılan serbest hipotenar perforatör fleplerin sunulması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Çalışmaya parmak ucunda tendon veya kemiğin ekspoz olduğu ve aynı elden kaldırılan serbest hipotenar perforatör flep ile onarım uygulanmış 7 hasta dahil edildi. Bütün hastalar aksiller blok anestezisi altında ameliyata alındı. Ulnar taraftan yapılan insizyonla yüzeysel ven bulundu. Yüzeysel ven diseksiyonu tamamlanınca kas fasyasına ulaşıldı. Kas fasyasından ilerlenerek perforanlar bulundu. En büyük perforandan beşinci parmak digital arterine kadar diseksiyon tamamlanarak perforatör digital artere girdiği yerden kesilerek flebin kaldırılması tamamlandı. Flep büyüklükleri 1.5x2.5 ve 2.5x4 cm arasında değişiyordu. Bütün anastomozlar digital arterlere yapıldı. Ven anastomozları dorsal vene, sinir anastomozları ise digital sinirlere yapıldı. Flep donör sahaları primer kapatıldı.

Sonuç: Fleplerden 6 tanesinde tam iyileşme sağlanırken 1 flepten total kayıp izlendi. Donör sahalarda herhangi bir problem izlenmedi. Bütün hastalar 6-12 ay takip edildi. Flep uyumu ve görünümü iyi olarak tanımlandı. Fleplerde iki nokta diskriminasyon 8-11 mm olarak ölçüldü. DIP ve PIP eklemlerinde problem izlenmedi.

Tartışma: Hipotenar serbest flep; iyi bir doku uyumu,

S015

Meningomyelosel Defektlerinin Perforatör Ada Flepler ile Onarımı

Burak Kaya¹, Servet Elçin Alpat¹, Gökmen Kahiloğulları², Zeynep Tuzlalı¹, Mustafa Ağahan Ünlü²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Meningomyelosel: Vertebral kanal ve komşu mezodermal yapılarla birlikte, embriyolojik hayatın ilk dört haftası içinde ortaya çıkan nörolasyondaki defekt sonucu nöral plakin nöral tüp halini alamadığı orta hat kapanma defektidir. Meningomyelosel olgularının rekonstrüksiyonu primer onarımdan, serbest fleplere kadar çeşitlilik göstermektedir.

Çalışmanın Amacı: Bu çalışmada geniş meningomyelosel defektlerinin onarımında perforatör ada flepler ile ilgili deneyimlerimizi sunmaktayız. Bu flepler ek deri grefti gereksinimi olmaksızın, nöral elemanların üzerinde iyi vaskülarize ve stabil, dayanıklı doku desteği sağlayabilmektedir.

Materyal-Metod: Kasım 2013 – Mart 2015 tarihleri arasında fakültemiz Beyin ve Sinir Cerrahisi AD ile beraber geniş meningomyeloseli olan 12 hasta opere edildi. Beyin Cerrahi tarafından protrüde nöral yapılar vertebral kanal

içine alınıp, dural tamir yapıldıktan sonra yumuşak doku onarımı, defekt komşuluğundan hazırlanan perforatör ada flepler ile yapıldı. Olguların 4'ü erkek, 8'i kızdı. 5 hastada ek konjenital malformasyon bulunmaktaydı. Defekt onarım zamanı postnatal ilk gün ve 10 hafta arasında değişmekteydi. Hastaların ağırlıkları 1830 gr – 3800 gr (ort: 2780 gr) idi. Beyin Cerrahisi tarafından yapılan onarımı takiben el doppleri ile bulunan lokal perforatör damarlar dikkatli bir eksplorasyon ile diseke edildi ve defekte uygun ölçüde cilt adası perforatör tabanlı flep olarak hazırlandı ve defekte adapte edildi. Derialtı ve deri primer olarak kapatıldı. Olgularda aktif dren veya penroz dren kullanıldı. Olguların hiçbirinde transfüzyon gerektirecek miktarda bir kanama olmadı. Normal anatomik yapıya yakın, travma ve enfeksiyonlara dirençli bir defekt onarımı sağlandı. Postoperatif takiplerde 5 olguya ameliyattan sonraki dönemde gelişen hidrosefali nedeniyle ventrikuloperitoneal şant takıldı. 2 hastada BOS sızıntısı nedeniyle flep kenarında sütür açıldı ve primer onarıldı. 1 hastada flep distalinde parsiyel nekroz gelişti ve pansuman ile sekonder iyileşme sağlandı.

Sonuç: Olgularımızdan elde ettiğimiz deneyimlere göre, flep diseksiyonu yenidoğan perforatör damarlarının diseksiyonunun zor olması nedeniyle fasya-deri, kas- deri fleplerine göre daha zorlayıcı idi. Ancak kasların korunmuş olması ileride gerektiğinde kullanılabilir olması açısından önemli bir avantaj sağlandı. Sonuç olarak perforatör flepler geniş meningomyelosel defektlerinin onarımında etkili ve alternatif bir rekonstrüksiyon seçeneğidir.

Şekil 1



Postnatal 1. gün opere edilen hasta. Sırasıyla flep planı, perforatör damarın bulunup ada flebin hazırlanması, postoperatif 5.gün distalde yara iyileşmesinde bozulma, postoperatif 10.gün sütür açılması, postoperatif 1. ayda primer sütürasyon ile defekt onarımı.



Postnatal 1. gün opere edilen hasta. Sırasıyla postoperatif 2.gün, postoperatif 10.gün, postoperatif 15.gün. Herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

S016

Anterolateral Uyluk Serbest Flebi ile Rekonstrüksiyon Yapılan Hastalarda Flep İnceltme

Özlenen Özkan, Yalçın Leymunçiceği, Serkan İlhan, Onur Oğan, Adil Cumshudov, Ömer Özkan
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Antalya

Giriş: Son yıllarda doku defektlerinin onarımında serbest fleplerin kullanım sıklığı mikrocerrahi tekniklerin gelişmesi ile sıklanmıştır. Ancak operasyon sonrasında seçime göre kullanılan flep dokusunun şişkinliği hastalarda fonksiyonel engeller yaratabilmekle beraber bazen de estetik olarak hastaları rahatsız etmektedir. Hastalar ilerleyen zamanlarda flep inceltilmesi istemekte ve flep inceltmesinde pediküle zarar verebilme ihtimali nedeniyle tereddütler yaşanmaktadır. Bu sebeple de özellikle kilolu hastalarda anterolateral uyluk flebi ile rekonstrüksiyon yapmanın morbidite yaratacağı kanısına varılabilir. Çalışmamızın amacı, anterolateral uyluk serbest fleplerinde inceltme amaçlı çeşitli revizyon işlemlerinin güvenli yapılabileceğinin gösterilmesidir.

Metod: Retrospektif olarak 2009 Ağustos-2016 Ağustos ayları arasında anterolateral uyluk serbest fleple rekonstrüksiyon yapılan ve sonrasında inceltme işlemi isteğiyle başvuran 33 hasta değerlendirmeye alındı. Bu hastalardan 31 kişiye flep inceltmesi tekniği olarak liposuction uygulanmakla beraber aynı zamanda cilt eksizyonu da yapıldı. 2 kişiye ise sadece cilt eksizyonu uygulandı. İnceltmede yapılan işlem flep dokusuna 1000 cc ringer laktat + 2 amp. adrenalin + 3 amp. lidokain karışım solüsyonundan ortalama 150 cc verilerek pedikül anastomoz hattı da dahil olmak üzere anastomoz hattına yüzeysel, 2 cm distalde kalan tüm fasya üzerindeki subcutan dokuya ise derin ve yaygın liposuction şeklindedir. Liposuction işlemi sonrası yaklaşık 140 -500 cc kadar aspirat geri çekilmiştir. Anterolateral uyluk fleplerinde pedikül fasyanın altında kaldığından liposuction işlemi subkutan dokuya rahatça yapılmıştır.

Sonuçlar: Liposuction işlemi ile inceltme yapılan 31 hasta postop sonuçları ile değerlendirmeye alınmıştır. Hiçbir hastada komplikasyona rastlanmamış olup aşırı inceltme yapılmış olan 7 hastada hiperemi gözlenmekle birlikte hiçbir flepte nekroz ya da doku kaybına rastlanmamıştır. Özellikle üst ve alt ekstremitesinde flep dokusu bulunan hastaların hepsi inceltme işlemi sonrası fonksiyonel ve estetik açıdan iyileşmeyi teyit etmiştir. Bu hastalar ayakkabı, çorap giymekte rahatladıklarını, kısa kollu kıyafetlerde kozmetik açıdan kendilerini daha rahat hissettiklerini belirtmişlerdir. Hastaların tümü görüntü olarak inceltme öncesi durumlarından çok daha iyi estetik sonuçlara sahip olduklarını söylemişlerdir.

Tartışma: Rekonstrüksiyonda anterolateral uyluk flebi kullanımı sonrası flep dokusunun şişkinliği fonksiyonel ve estetik olarak hastaları rahatsız edebilmekte, hastaların ayakkabı, çorap giyinmesini engellemekte ve bu da rekonstrüktif seçenek olarak anterolateral uyluk serbest flebinden uzaklaşmaya sebep olabilmektedir. Bu rekonstrüksiyon prosedürlerini geçirmiş hastalarda flep inceltmesi için yapılacak liposuction ve/veya eksizyon işlemleri, fonksiyonel ve estetik kazanımların artmasını sağlamaktadır. Fasiyokutan bir flep olan anterolateral uyluk fleplerinde yapılan inceltmenin pedikül açısından güvenlidir olduğunu, liposuction işleminin rahatça uygulanabilir olduğunu ve muskulokutan fleplere kıyasla daha güvenli inceltilebildiğini düşünmekteyiz.

gerekli durumda dren uygulaması ile işleme son verilir.

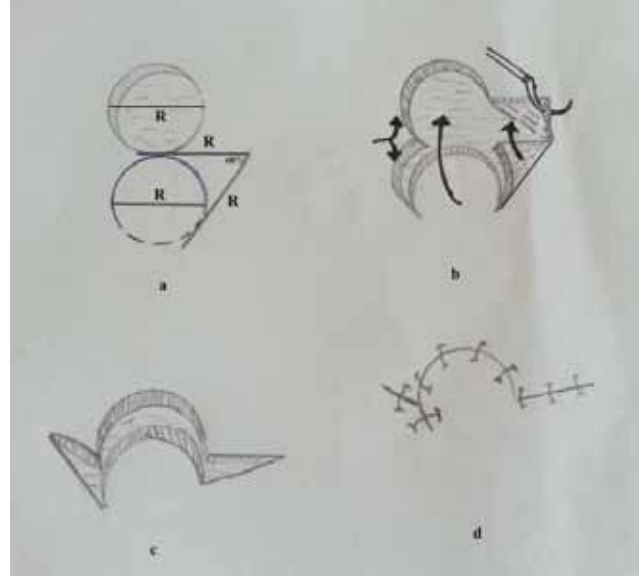
alt flep inceltilmesi



alt flep uygulanan hastada flep inceltilmesi olgusu

Sonuç: Bütün flepler sorunsuz olarak iyileşti. Enfeksiyon, flep nekrozu ve hematoma gibi komplikasyonlar ile karşılaşılma. Trap door deformitesi ve dog ear formasyonu görülmedi. Sekonder bir cerrahi girişim ihtiyacı olmadı. Fonksiyonel ve estetik açıdan sonuçlar tatmin edici düzeydeydi. Özellikle sirküler deri defektlerinde tercih edilebilecek bu tekniğin; basit ve vücudun birçok bölgesinde uygulanabilen bir nitelikte olduğunu düşünüyoruz. Klasik rotasyon flebinin dezavantajlarını içermemesi ve suture sonrası daha az gerginlik yaratması önemli avantajlarıdır.

orak flebinin planlanma şekli ve cerrahi çizimi



a. Flebin ameliyat öncesi aşamada planlanması. Defekt ile eşit çap ve boyutta sirküler bir flep tasarlanır. Flep ile defekt arasından geçen teğet çizginin uzantısı olacak şekilde, defekt çapı ile aynı uzunlukta bir çizgi planlanır. bu çizgi anatomik bölgenin ve deri kıvrımlarının doğrultusuna göre flebin sağ veya solunda planlanabilir. Bu çizginin bitim noktasından flebin alt sınırına doğru yine defekt çapı ile eşit uzunlukta ikinci bir teğet çizgi çizilir. b. Oluşan üçgen alan dezepitelize edilir. Flep ve dezepitelize üçgen doku disseke edilerek kaldırılır. c. Dezepitelize üçgen doku defektin lateralindeki disseke alana doğru çekilerek suturelerle fiks edilir. Flep defekt alanına doğru rotasyona uğratılır. Flep ve defekt sınırındaki yarımada şeklindeki doku anatomik bölgenin uyumuna göre üst veya alt bölgeye çevrilerek suture edilir. d. Suture sonrası görünüm

S017

Orak Flebi; Alternatif Bir Rotasyon Flebi Tekniği

Enver Arpacı¹, Nilgün Markal Ertaş²,
Ahmet Çağrı Uysal², Atilla Eyüboğlu²

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi
Anabilim Dalı, Konya

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi
Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Rotasyon flebi ve modifikasyonları günümüzde geçerliliği koruyan deri defektlerinde sık başvurulan yöntemlerden biridir. Ancak defektin en az üç katı bir eksene ihtiyaç olması, flebin rotasyonu sonrası kenarlarda boy uyumsuzluğu ve flebin pivot bölgesinde dog ear formasyonu gibi dezavantajlar oluşturabilmektedir. Bu noktada özellikle yuvarlak şekilli defektlerde, defekt şekline uygun planlanabilen ve rotasyon flebinin olumsuzluklarının oluşmadığı rotasyon-ilerletme şeklinde bir lokal deri flebi tasarladık. Postoperatif aşamada ortaya çıkan skar hattının görüntüsü orak şekline benzediği için yönteme «orak flebi» adı verildi. Bu çalışmada orak flebinin teknik özelliklerini ve klinik sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Hastalar - Metod: Teknik Mart 2013-Haziran 2015 yılları arasında, 22 hastanın yüz, üst ve alt ekstremité bölgelerinde, 2x1,5 cm ile 16x13 cm arasındaki defektler için uygulandı. Bu teknikte sirküler şekilli flebe komşu olarak aynı hacimde bir sirküler flep tasarlanmaktadır. Flebin bir kenarına anatomik bölgeye uyumlu olacak şekilde eşkanar özellikte bir üçgen alan tasarlanır. bu üçgen alan dezepitelize edilir. sirküler flep ve üçgen dezepitelize flepler taban kısımları defektin karşı tarafında olacak şekilde fasiyokutan olarak disseke edilir. Üçgen flep defektin kenarındaki sağlam ciltbölgesinin altına doğru ilerletilerek absorbl suturelerle sabitlenir. Sirküler flep defekt alanını kapatacak şekilde adapte edilmenden önce, flep kenarı ile defekt kenarı arasındaki uzunluk farkını düzeltmek için defekt ile sirküler flep arasındaki yarımada şeklindeki doku anatomik bölgeye uyumuna göre defekt kenarına doğru veya flep insize edildikten sonra oluşan lateral kenara doğru rotasyona uğratılarak bu bölgeye adapte edilir. Flebin defekt bölgesine adapte edilmesi ve

S018

TG Cihazı ile Simetrik Meme Planlama ve Randomize Retrospektif Hastaların Yeni Tanımladığımız Photoshop Simetri Analizi ile Değerlendirilmesi

Tahsin Görgülü, Burçin Acuner, Merve Torun,
Emrah Işıktekin, Eksal Kargı

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Ana
Bilim Dalı

Giriş: Preoperatif planlama cerrahinin, özellikle de plastik cerrahinin en önemli aşamalarından biridir. Redüksiyon mamoplasti dahil birçok operasyonda elle yapılan çizimler tercih edilmekte olup cerrahi alanın vertikal ve paralel aksisinin belirlenmesinde birtakım problemler yaşanmaktadır. Bunun yanında pratikte çok sayıda yaklaşımın farklı şekilde uygulanmaktadır. Örneğin her iki nipple'ın aynı çizgi üzerinde hizalanması için, nipple-areola kompleksin yeni anatomik pozisyonuna simetrik transfer edilmesi birçok farklı teknikler uygulanmakta çoğu basit mezura ölçümü ile dizayn edilmektedir. Yeni dizayn etmiş olduğumuz TG (The Goniometer) çizim ve hizalama aleti ile uygun aksis üzerinde simetrik yerleşimi sağlamanın yanında açı ölçümlerini de yapabilmekteyiz. Ek olarak sahip olduğu kanal sistem ile nipple-areolar kompleksin öngörülen pozisyona transferini de sağlamaktadır. Bu kanal sistemi sıklıkla uygulanan dome çiziminin modifiye edilmesi ile daha geniş superior pedikül genişliği sağlamasıyla bir avantajdır. Ayrıca diğer pediküller için de uygun bir nipple areola transfer alanı oluşturmaktadır. Ayrıca açı ölçebilme özelliği sayesinde bir memenin yapılan çizimi kopyala yapıştır şeklinde diğer memeye kopyalanabilmektedir. Özellikle meme asimetrisinin alt polde olduğu düşünüldüğünde superior ve simetrik alanda yapılan simetrik planlama sonucun simetrisine de yardımcı olacaktır.

Metod: Kliniğimizde 2013 yılı Nisan ayından 2015 Eylül ayına kadar yapılmış olan 96 tane superior pediküllü redüksiyon mamoplasti operasyonunda simetrisinin sağlanmasında ve uygun açı belirlenmesinde yeni dizaynımız olan TG çizim ve hizalama aleti kullanıldı, (Resim-1). Tüm planlamada sadece TG aleti kullanılmış olup, rastgele seçilen 20 hasta 1 yıl boyunca takip altına alındı. Kliniğimizde diğer konvansiyel teknikler uygulanarak planlaması yapılmış, TG aleti dizaynı öncesi yapılan rastgele seçilen superior pediküllü redüksiyon mamoplastisi uygulanmış 20 hasta ile fotoğraflar üzerinde yapılan ölçümler aracılığıyla simetri analizi yapılarak karşılaştırıldı.

Sonuç: Çalışmamızda simetrik hacim ve şekilde, nipple-areolar komplekste parsiyel veya total nekrozun görülmediği, yeni dizaynımız TG aletinin tüm kriterlerde postoperatif simetrisinin sağlanmasında üstün olduğunu anlamlı kılan ($p<0.05$) veri ve bulgular elde ettik(Tablo-1). Yeni dizaynımız TGaletinin plastik ve estetik cerrahide birçok operasyonun planlanmasında kolaylık sağlamanın yanında özellikle simetrisinin önem kazandığı redüksiyon mamoplasti ve mastopeksi gibi operasyonlarda oldukça faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Resim 1



Redüksiyon mamoplasti planlaması. (A) Yeni nipple noktasının karşı memede bulunması. (B-D) Yeni nipple areola bölgesinin planlanması. (E) Tüm planlamanın önden görünümü. (F-G) Planlamanın yandan görünümü.

Tablo 1:

Postoperatif Asimetri	Anterior View	Lateral View	Nipple-Areola
TG Cihazı	6.88±2.74	1,99±1.65	28±18.01
Konvansiyonel Teknik	15.8±5.33	9.5±5.43	72±10.76
P Değeri	<0.001	<0.001	<0.001

Postoperatif Simetri analizi (ortalama+st. deviasyon)

S019

Sternal Osteomiyelit Tedavisinde Negatif Basıncılı Açık Batın Yönetim Sisteminin Kullanımı

Melekber Çavuş Özkan,
Fatma Nihal Durmuş Kocaaslan, Bülent Saçak,
Zafer Kaya, Özhan Bekir Çelebiler,
T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Pendik EA Hastanesi, Plastik Cerrahi ABD, İstanbul

Giriş: Negatif basıncılı yara tedavisi yaraların tedavisinde yaygın olarak kullanılmakta olup rekonstrüksiyon alanında kendine yeni bir yer açmıştır. Negatif basınç vaskülarizasyonu ve granülasyonu artırır, eksuda gelişimini azaltır ve böylece yaranın kontraksiyonu sağlar. Vakum yardımcı yara kapama (VYK) sistemi yapışmaz özellikle ürünlerin kullanıma girmesi ile açık batında kullanım alanı bulmuştur. Derin sternal yaralar kardiyak cerrahilerin hayatı tehdit edici komplikasyonu olup morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Sternal yaralar, rekonstrüksiyon öncesi seri debridmanlara ve pansumanlara ihtiyaç duyarlar. Literatürde VYK'nın kardiyak cerrahi komplikasyonlarında kullanımı bulunmaktadır. Ancak sünger uygulaması yapışkan yüzeyi nedeniyle nörovasküler yapılarda ve vital organlarda kontraendikedir. Biz açık batın yönetim sisteminin derin sternal yaralardaki etkinliğini 9 vaka tecrübemiz ile sunmayı amaçladık.

Materyal-Metod: Diyabet, vaskülit ve kronik böbrek yetmezliği gibi yandaş hastalıklara sahip 9 kardiyak cerrahi hastası abdominal kapama sistemi ile tedavi edildi. Abdominal kapama sistemi ilk olarak çalışan kalpde yara üzerinde 50 mmHg basınç ile uygulandı. 5-10 pansuman sonrası eksuda azalır granülasyon dokusu oluşmaya başladığında hastalar operasyona alındı. Son debridman sonrası iki taraflı pektoral kas flepleri eleve edilip orta hatta yatırıldı ve üst üste sütüre edildi. Bilateral pektoral donör alana, orta hatta da bir adet kas altına ve bir adet

de kas üstüne olmak üzere toplam 4 adet hemovac dren yerleştirildi.

Sonuç: Tüm hastalar sorunsuz olarak iyileşti. Uygulama bağlı herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Açık batın yönetim sistemi derin sternal yaralarda düşük basınç ile atan kalp üzerinde dahi uygulandığında etkin sonuçlar doğurabilmektedir. Bu uygulamanın etkinliğinin daha iyi anlaşılabilmesi için geniş vaka içeren çalışmalarda denenmesinin ıygun olacağı kanaatindeyiz.

S020

Geniş Meningomyelosel Defektlerinin Rekonstruksiyonunda Deneyimlerimiz

Özlenen Özkan, Hasan Tuna Türkmen, Polat Biçici, Mehmet Can Ubur, Onur Oğan, Ömer Özkan
Akdeniz Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Antalya

Amaç: meningomyelosel doğumsal olarak spinal kanal ve torakolumbal vertebraların açıkta olduğu bir nöral tüp defektidir. santral sinir sisteminin enfeksiyöz komplikasyonlarını önlemek amacıyla postnatal dönemde erken defekt onarımı oldukça önemlidir. küçük defektler primer onarılabilirle birlikte geniş defektlerin onarımı için bir çok metod tanımlanmıştır. bu çalışmamızda kliniğimizde onarımını yaptığımız geniş meningomyelosel defektlerinin postop dönemdeki sonuçları ve takibinde gelişebilecek komplikasyonlar değerlendirilmiştir

Hastalar ve metodlar: kliniğimizde Mart 2012 - Temmuz 2016 tarihleri arasında nöroşirürji ekibinin nöral plak defekti onarımı sonrası opere edilmiş 10 yenidoğan hastasının geniş meningomyelosel defektinin 7 si bilateral interpolasyon flepleri ile, ikisi bipediküllü flep ile, biri sol taraf bipediküllü sağ taraf limberg flep ile onarılmıştır. interpolasyon flepleri defektin her iki lateralinde superior ve/veya inferior tabanlı fasyokutan fleplerdir. interpolasyon fleplerinin boyutları 8x6 cm-12x9 cm aralığındadır.bipediküllü flepler 10x3 cm - 11x3 cm ve 9x3 cm - 10x4 cm boyutunda olup fasyokutan fleplerdir. flep diseksiyonu esnasında perforator identifikasyonu ve diseksiyonu yapılmamıştır. interpolasyon flebi uygulanan 5 hastada donör saha onarımı hastaların uyulduğundan alınan split thickness deri grefti ile sağlanırken 2 hastada meningomyelosel kesesi cildi bol irigasyon sonrasında greft olarak kullanılmıştır. 3 hastada donör saha onarımına ihtiyaç duyulmamıştır. hastaların yaş aralığı 2 gün-21 gün aralığındaydı. 21 günlükken opere edilen hastanın defekti daha önce nöroşirürji ekibince ilk gün kapatılmış sonrasında yaranın açılması sonrasında tarafımızca opere edildi. hastaların yenidoğan servisinde yatış süresi 19 gün-75 gün arasında idi. yatış süresinde hastalardan biri kardiyak arrest nedeniyle 45.günde exitus oldu.

Bulgular: opere edilen hastalarda uygulanan interpolasyon flebinin geniş defektlerin onarımında başarılı olduğu görüldü. 4 hastanın flep distalinde venöz yetersizlik olması nedeniyle gergin olan flep kenarları süturleri alınarak flepler rahatlatıldı. sonraki takiplerde venöz yetmezlik oluşan flep distalinin renginde açılma gözlemlendi.günlük antibiyotikli krem ile pansuman yapıldı. buna rağmen flep distalinde yüzeysel parsiyel nekrozlar oluştu. takiplerinde debridman ihtiyacı olmadan flep distallerinin granüle ve epitelize olduğu izlendi. bir hastada bos fistül gelişmesi nedeniyle

flep ortasında 2x1 cm bosun cilde fistülize olduğu ve cilt kaybının geliştiği defekt oluştu. bos fistülüne yönelik hasta nöroşirürji ekibinin ekstreventriküler drenaj tedavisiyle cilde bos akımı engellendi. sonrasında flepteki fistül alanı ve distalindeki viabilitesi bozulan flep alanı eksize edilerek revizyonu yapıldı. yara iyileşmesinin hızlı olduğu gözlemlendi.

Sonuç: geniş meningomyelosel defektlerinde primer onarım mümkün olmayıp santral sinir sistemi komplikasyonları önlenmesi açısından acilen onarımı yapılmalıdır. literatürde birçok onarım tekniği tanımlanmakla beraber interpolasyon flep ve bipediküllü flep tekniği oldukça faydalı olmaktadır. ancak bu yöntemler flep distalinin beslenmesinde yetersizlik gibi sonuçlar doğurabilmekte ve flep revizyonu ihtiyacı olabilmektedir. uygun vakalarda yeni greft donör saha morbiditesi yaratmamak adına kese cildi greft olarak kullanılabilir. flep distallerinin venöz yetmezliğe girmesi durumunda cerrahi müdahale için aceleci davranılmamalı,yenidoğanların rejeneratif kapasitesi göz önüne bulundurularak pansumanla takip edilmesi değerlendirilmelidir. bu hasta grubunda bos kaçağı olup olmadığı yakın takip edilmeli,bos kaçağı tespit edildiğinde nrş ekibi tarafından erken müdahale sağlanmalıdır. bos kaçağı engellendiğinde sekonder yara iyileşmesi ile cerrahi müdahale gerektirmeksizin defektin kapanabileceği akılda tutulmalıdır.

Meningomyelosel Defekt Rekonstruksiyonu



geniş meningomyeloselli bir olgunun interpolasyon flebi ile onarımı; preop, intraop, erken ve geç postop dönemi

S021**Self Mutilasyon Sonucu Oluşan
Ön Kol Skarlarında Cerrahi Tedavi
Yaklaşımlarımız ve Sonuçları**

Kadir Tasasız, Özay Özkaya, Özlem Çolak,
Ahmet Dilber
Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,
Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Self mutilasyon olarak da bilinen kendine zarar verme davranışı (KZVD), intihar amacı olmadan kişinin vücuduna ya da vücudunun bir kısmına kasıtlı olarak zarar vermesidir. Genellikle ağır formların daha çok psikotik bozukluk, yoğun madde kullanımı, mental retardasyon ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Kendine zarar verme sıklığının toplumda %4, psikiyatrik hasta grubunda %21 olduğu rapor edilmiştir. 1KZVD içinde olan kişi büyük ölçüde ekstremiteler, göz, genital organları hedef aldığı izlenmiştir. 19-29 yaş sıklıkla görülen KZVD kadın cinsiyette daha fazla izlenmektedir. Bu çalışmamızda geçmiş dönemde KZVD ile oluşan ön kol skarları ile oluşan sosyal fobi göz önüne alınarak, yapılan cerrahi müdahale sonrası skarda oluşan değişikliğin yeterliliği değerlendirilmiştir.

Yöntem: Bu çalışmaya kliniğimize 2010-2016 yılları arasında ön kolda KZVD sonucu oluşan ön kol skar revizyonu deri grefti ile tedavi edilmiş yaşları 20-32 arasında değişen (Ort.= 27), 3 ü kadın, 1 i erkek toplam 4 hasta dahil edildi. 4 hastanın tamamında eksizyon sonrası tek aşamalı rekonstrüksiyon uygulanmıştır. Tedavi yöntemi olarak 2 hastada kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım iki hastada tam kalınlıkta deri grefti ile onarım yapıldı. Skar formasyonunun ne tür değişiklik olduğu bağımsız gözlemciler tarafından subjektif olarak değerlendirildi. Gözlemciler plastik cerrah, dahiliye servis hemşiresi, ilköğretim okul müdürü, ev hanımı, gazete köşe yazarıdır. Graft skarlarını değerlendirme amacıyla bağımsız rastgele seçilen 5 gözlemciye greft skarları gösterilerek skarın izinin neye benzediği sorulmuştur.

Bulgular: Ön kol da bulunan cilt ve cilt altı skar alanı en blok halinde, derin yağ doku veya fasya alanına kadar eksize edilmiştir. Tam kalınlıkta deri grefti ile onarım yapılan tüm hastalarda greft donör alan olarak inguinal bölge seçilmiştir. Kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım yapılan hastalarda uyuk anterolateral greft donör alanı olarak seçilmiştir. Postoperatif erken dönemde ve ilk bir yıl içinde greftin sağlıklı adapte olabilmesi ve yeni skar oluşumunun minimum olması için hastalara gerekli önerilerde bulunulmuş ve hastalar poliklinik kontrolünde takip edilmiştir. Gözlemciler tarafından değerlendirme sonuçları alındığında gözlemcilerden alınan cevaplar sırasıyla tablo 1 de verilmiştir. Mevcut skarlar için gözlemcilerde ağırlıklı cevap olarak yanık izi -skarı cevabı verildiği görülmüştür.

Sonuç: Postoperatif erken dönem değerlendirildiğinde mevcut operasyon bölgesinde enfeksiyon, greft kaybı ve benzeri komplikasyonlar görülmemiştir. Hastalarımızın polikliniğe ilk başvuru anında mevcut skarları sebebiyle yaşadıkları sosyal kaçınma ve sonucunda oluşan anksiyete gibi başlıca şikayetlerinin azaldığı hastalar tarafından postoperatif dönemde bildirilmiştir. Self mutilasyonda tedavi değerlendirilirken; KZVD içinde olan hastaların poliklinik başvurularında psikolojik değerlendirmeleri ile beraber skar tipi, lokalizasyonu, büyüklüğü birlikte değerlendirilerek uygun tedavi yöntemi belirlenmelidir. Hastalara gerektiğinde müdahale edilmemesi ve psikiyatri kliniği muayene olmaları önerisi sunulmalıdır. Bu hastalarda tedaviye karar verildiğinde yöntemler cerrahi tedavi ve cerrahi dışı tedavi

olarak iki ana grupta değerlendirilebilir. Cerrahi dışı tedavi yöntemleri arasında en sık olarak kamuflaj (tatuaaj), lazer yardımlı skar yönetimi tedavileri uygulanmaktadır. Cerrahi yöntemler ise dermabrazyon, aşamalı eksizyon primer onarım, doku genişletici ile onarım, eksizyon sonrası deri grefti ile onarım gibi çeşitli yöntemlerden uygun olanı seçilmelidir. Sosyal hayatta ön kol gibi görünen bölgelerde kötü imaj oluşturan ve bu sebeple sosyal kaçınmaya sebebiyet veren skarların ortadan kaldırılması, revizyonu bu hastalarda tedavinin ana basamağıdır. Çalışmamızda hastalarımızın skarlarının lokalizasyonu ve büyüklüğüne göre deri grefti ile onarım yöntemi seçilmiş ve sonuçlarının başarılı olduğu izlenmiştir.

Graft Skar**Skar Sonuçlarının Subjektif Değerlendirilmesi**

	Doktor	Hemşire	Yazar	Ev hanımı	Okul Müdürü
Deri Grafti	1-2-4				
Lentigo		3			
Yanık İzi	3	1-2-4	1-2-3	1-2-	1-2-3
Doğum Lekesi			4	4	4
Allerji				3	

Vakalar 1 ile 4 arası numaralandırılmıştır.

S022**Perforatör Bazlı Hatched Flebin Alt Ekstremiteler, Göğüs Öndüvar ve Baş Boyunda Kullanımı**

Eyüphan Gencel, Cengiz Eser, İbrahim Tabakan,
Erol Kesiktaş, Metin Yavuz, Oben Karakuş

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Hatched-çekiç- dizaynına sahip flepler vücudun birçok alanında doku kayıplarının rekonstrüksiyonunda kullanılan fleplerdir. Kabul gören bu flep dizaynı yüzün bir çok bölgesinde^{1,2}, sevikal alanda³, skalp defektlerinde⁴, el- parmak doku kayıplarında⁵ ve bası ülserlerine yönelik torakanterik⁶ ve sakral⁷ alanlarda başarı ile uygulanmıştır.

İlerletme ve rotasyon imkânı sağlayan bu fleplerin v-y ilerletme fleplerinin modifikasyonu olduğu söylenebilir. defektin çapının 2.5 katı kadar flep dizaynı yapılabilir.8 bu fleplerin tanımlanmış perforatör damarlar üzerinden farklı bölgelerde hazırlanabilmesi ada fleplerde görülen venöz yetmezlik bulgularının daha az görülme ihtimalinden yola çıkılarak baş boyun gövde önyüz üst ve alt ekstremiteler kullanımları ve sonuçları bu çalışmada araştırılmıştır. 2015-2016 yılları arasında 6 hastada baş boyun üst ekstremiteler göğüs öndüvar ve alt ekstremitelerde yanık, travma ve tümör cerrahisi sonrası oluşan 48 ila 150 cm² lik yumuşak doku kayıpları onarımında «hatchet flep» uygulanan hastalar değerlendirildi. Tüm hastalarda perforatörler standart el doppleri kullanılarak saptandı. Hastaların demografik özellikleri, flep boyutları, perforatör ve damarsal sistem, arterial yetmezlik veya venöz konjesyon bulgu varlığı sekonder girişimler değerlendirildi. Fleplerde total veya parsiyel kayba rastlanmadı, perforatör tabanlı «hatchet flep»lerde venöz ve arterial komplikasyonlarla postoperatif dönemde karşılaşılmadı. İl kez venöz sorunu aşma amaçlı Brunetti ve arkadaşlarının9 «free style» perforatör flep çalışmasında (40 vaka) 3 vakada yarımada «hatchet flep»lerde bu sorunun olmadığına dikkat çekilmesi üzerine bu çalışmada vücudun farklı anatomik bölgelerinde hatchet flepler perforatör damarlar üzerinden kaldırılmıştır bu çalışma sadece perforatör fleplerde değil bilinen birçok ada fasyokütan flebin perforatör tabanlı hatchet flep dizaynı ile güvenli kaldırılabilceği düşündürmektedir.

1. Pan Y, Ai Y, Li H, Guo S. Local hatchet flap for facial skin defects reconstruction in special areas. Dermatologic surgery: official publication for American Society for Dermatologic Surgery [et al] 2004;30(9):1256-1260.
2. Gargano F, Alfano C. Versatility of the hatchet flap in facial reconstruction. Acta chirurgiae plasticae 2005;47(3):67-70.
3. Sowerby LJ, Taylor SM, Moore CC. The double hatchet flap: a workhorse in head and neck local flap reconstruction. Archives of facial plastic surgery 2010;12(3):198-201.
4. Fernandez-Calderon M, Casado-Sanchez C, Cabrera-Sanchez E, Casado-Perez C. Versatility of hatchet flaps for the repair of scalp defects. Actas dermo-sifiliograficas 2012;103(7):629-631.
5. Tuncali D, Barutcu AY, Gokrem S, Terzioğlu A, Aslan G. The hatchet flap for reconstruction of fingertip amputations. Plast Reconstr Surg 2006;117(6):1933-1939.
6. Demirseren ME, Gokrem S, Ozdemir OM, Katircioğlu A, Can Z, Serel S. Hatchet-shaped tensor fascia lata musculocutaneous flap for the coverage of trochanteric pressure sores: a new modification. Annals of plastic surgery 2003;51(4):419-422.
7. Josvay J, Sashegyi M, Kelemen P, Donath A. Clinical experience with the hatchet-shaped gluteus maximus musculocutaneous flap. Annals of plastic surgery 2005;55(2):179-182.
8. Ceran C, Tekin F, Demirseren DD, Tezcan S, Aksam E, Demirseren ME. Hatchet Flap: Clinical Evaluation of Results in Reconstruction of Lateral Nasal Region Defects. The Journal of craniofacial surgery 2015;26(5):e407-409.
9. Brunetti B, Tenna S, Aveta A, Segreto F, Persichetti P. Free-style local perforator flaps: versatility of the v-y design to reconstruct soft-tissue defects in the skin cancer population. Plast Reconstr Surg 2013;132(2):451-460.

S023

Koyunda Frontozigomatik Yaklaşım ile Yapılan Göz Ototransplantasyonu: Yeni Bir Göz Allotransplantasyon Modeli

Mehmet Veli Karaaltın¹, Murat Diyarbakırlıoğlu¹,

Aykut Özpür², Hakan Hanımoğlu³, Serap Arslan⁴

¹Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²Özel Esthetica Hastanesi

³Florence Nightingale Hastanesi

⁴Türkiye Hastanesi

Giriş: Son yıllarda kompozit doku allotransplantasyonlarının popülerite kazanmasıyla beraber total göz nakli üzerine yapılan çalışmalar ve tanımlanan hayvan modellerinde bir artış gözlemlenmektedir. Periorbital doku hasarı ile birlikte meydana gelen görme kaybı sonrasında periorbital dokularla beraber gözün yapısal ve fonksiyonel rekonstrüksiyonu bugüne kadar gerçekleştirilememiştir. Yapılan bazı hayvan çalışmalarında göz ve periorbital dokuların transplantasyon sonrası kompozit olarak yaşayabilirliği gösterilmiş ve bu çalışmalar insanda göz naklinin mümkün olabileceğini göstermiştir. Fonksiyonel nakiller için nörooftalmoloji ve transplantasyon immunolojisi alanında daha fazla çalışmaya ihtiyaç olmakla beraber, koyunda gerçekleştirmiş olduğumuz göz ve periorbital doku kompozit ototransplantasyonunun, göz naklinin kompozit doku allotransplantasyonu ayağına önemli bir katkı sunacağını düşünüyoruz.

Materyal-Metod: Koyunabolu propofol ve xylazine + ketamin infüzyonu ile anestezi uygulandı. Alt ve üst göz kapaklara insizyon yapılmasını takiben yüzeyel venler daha sonra kullanılmak üzere disseke edilerek flebe dahil edildi. Periorbital ciltaltı yağlı dokular geçilerek lateralde orbital rim periostuna ulaşıldı. Lateral orbitotomi uygulanarak kemik segment çıkarıldı. Orbita içerisinde subperiosteal planda disseksiyona devam edilerek glob orbitadan ayrıldı. Oftalmik artere ulaşıldı ve arter izole edilerek bağlandı. 4 adet ekstrinsik göz kası ve optik sinir de ligate edilerek ayrıldı. Lateral orbital rimden posterolaterale doğru insizyon uzatılarak superfisyal temporal arter ve ven disseke edildi. Sağ ön ayakta yapılan insizyonlarla yüzeyel venler disseke edilerek greft olarak alındı. Ven grefti iki parça haline getirilerek donör arter ve vene anastomoz edildi. Glob ve periorbital dokulardan oluşan kompozit doku tekrar orbitaya yerleştirildi. Optik sinir koaptasyonu için orbita superolateralinden ek bir kemik segment çıkarıldı. Optik sinir koapte edildi. Ven greftleriyle uzatılan donör arter ve ven superfisyal temporal arter ve vene uzatılarak anastomoz uygulandı. Periorbital dokularda arteriyel kanama gözlemlendikten sonra kompozit flep yeniden çevre dokuya suture edildi.

Sonuç: Ototransplantasyon sonrası flep takibinde dolaşım problemi izlenmedi. Post-op 20. güne kadar flepte hiçbir dolaşım sıkıntısı olmadı. 20. günün sonunda denek pnömoni nedeniyle ex oldu.

Tartışma: Kompozit doku allotransplantasyonlarının giderek daha çok popülerite kazandığı günümüzde, total göz allotransplantasyonu da plastik cerrahlar açısından ilgi çekici bir konu haline gelmektedir. Memelilerde yapılan göz allotransplantasyonu çalışmalarında kullanılan modeller, insanda total göz allotransplantasyonun mümkün olduğu sonucunu çıkarmıştır.

Çalışmamız koyunda frontozigomatik yaklaşım ile tanımlanan ilk göz allotransplantasyon modelidir. Bu

modelin daha çok sayıda yapılarak, nörooftalmoloji ve transplantasyon immunolojisindeki ilerlemeler ile beraber, göz nakline giden uzun yolda önemli bir katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

S024

Ratlarda Deneysel Degloving Yaralanma Modelleri ve Karşılaştırılması

Serdar Altun¹, Furkan Kayhan¹, Hakan Orbay², Mehmet Ekinci³, Ahmet Çetinbaş⁴, Ali Bal¹, Enver Arpacı⁵, Mehmet İhsan Okur¹

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik cerrahi ABD, Elazığ

²University of California - Davis Medical Center, Department of Surgery, Division of Plastic Surgery, Sacramento, CA

³Muş Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik cerrahi, Muş

⁴Kilis Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik cerrahi, Kilis

⁵Başkent Üniversitesi, Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik cerrahi, Konya

Giriş: Deri ve subkutan dokunun tabanda yapışık olduğu derin fasiyadan ayrılmasına degloving (avülsiyon) yaralanması denir. Bu tip yaralanmalarda, avülsiyon kısmın subkutan vasküler pleksusunun zedelenmesine bağlı olarak gelişen cilt nekrozu başlıca problemi oluşturmaktadır. Degloving yaralanmalarının acil servislere en yaygın, basit ve kolay tedavisi, avülse flebi tekrar eski yerine dikmektir. Fakat bu durum genelde flebin tümünün veya bir kısmının nekrozu ile sonuçlanır. Literatürde primer dikilmiş avülsiyon flebin nekroz miktarını azaltmaya, flep sağ kalımını arttırmaya yönelik yapılmış az sayıda deneysel makale bulunmaktadır. Bu makalelerde Öztuna ve ark'n tanımladığı olduğu kuyruk degloving modeli ile Michelski'nin tanımladığı bacak degloving modeli olarak 2 farklı rat modeli kullanılmıştır. Flep sağ kalımına ilişkin araştırmalarda kullanılan flep modellerinin kolay uygulanabilir, tekrarlanabilir ve sabit oranda nekroz oranı gösteren özellikte olması gerekmektedir. Bu araştırmadaki amacımız deneysel olarak tanımlanan bu rat modellerini kıyaslayarak hangi modelin güvenilir ve tekrarlanabilir olduğunu tespit etmektir.

Gereç ve Yöntemler: Wistar albino cinsi 8 adet rat kullanıldı. Ratların kuyruklarında ve sol arka bacaklarında literatürde tanımlandığı şekilde degloving yaralanması oluşturuldu.

Kuyrukta oluşturulan degloving yaralanması: Öztuna ve ark'nın tarif ettiği şekilde Kuyruğun başlangıç noktasının 5 cm distalinde cilt ve ciltaltı dokusu kuyruk tendonu ve vasküler yapıları korunarak sirküler şekilde kesildi. Daha sonra başparmak ve işaret parmağı ile orta kuvvette traksiyon uygulanarak cilt ve cilt altı dokunun kesinin altındaki tendon ve vasküler yapılardan distale doğru 3 cm avülsiyon sağlandıktan sonra traksiyon sonlandırıldı. (resim 1a). Kuyruk distalinin bağlantıları korundu. Avülsiyon oluşturulduktan On beş dakika sonra avülsiyon doku eski yerine 5-0 propilen sütür ile primer dikildi.

Bacakta oluşturulan degloving yaralanması: Milcheski ve ark'nın tarif ettiği şekilde arka bacağın proksimalinden sirküler cilt-ciltaltı kesisi yapıldıktan sonra cilt çamaşır klembiyle tutulup ayak bileği seviyesine kadar traksiyon yapılarak distal bazlı avülsiyon flep oluşturuldu (resim 1b). Beş dakika bekledikten sonra avülsiyon doku eski yerine 5-0 propilen sütür ile primer dikildi.

Avülsiyon fleplerindeki değişiklikleri gūnaşırı olarak 10 gün boyunca gözlemlendi. Takip sürecinin sonunda avülsiyon fleplerindeki lezyonları makroskopik nekroz ölçümü ve histolojik olarak da ulusal başıncık űlseri danışma paneli ölçęęi kullanılarak űlser skorlaması ile değeriendirildi (tablo 1). Ayrıca PubMed ve Google Scholar veri tabanlarında literatür taraması yaptık ve sonuçlarımızı önceki çalışmalarla karşılaştırdık.

Bulgular: Avülsiyon kuyruk fleplerinde ortalama nekroz uzunluğu 28.42 ± 3.04 mm iken avülsiyon arka bacak fleplerinde nekroz görölmedi ($p < 0.05$) (resim 1c). Ortalama űlser skorları kuyruk için 3.42 ± 0.78 bulunurken, arka bacak lezyonlarının ortalama űlser skoru ise 1.28 ± 0.48 bulundu ($p < 0.05$). Avülsiyon arka bacak fleplerinde görölür nekroz olmamasına rağmen, TUNEL boyama ile artmış oranda apoptotik hücre ortaya çıkmıştır.

Sonuç: Literatürde savunulanan aksine kuyruk degloving yaralanma modelinin, bacak degloving yaralanma modelinden daha güvenilir olduğu gösterilmiştir. Bacak degloving modelinde, avülsiyon flepte makroskopik olarak hiç nekroz görölmemesi deneysel olarak bu modelin kullanılabilirliğini engellemektedir.

Resim 1



A) Kuyruktaki avülsiyon, tendon ve dorsal vasküler yapılar űzerinden 3 cm uzunluğunda yapıldı. B) Bacaktaki avülsiyon, proksimal bacak seviyesinde gepeçevre kesi yapıldıktan sonra ayak bileği eklemine kadar çamaşır klembi ile yapıldı. C) Postoperatif 10. günde aynı ratın kuyruğunda avülsiyon yapılmış kısımda total nekroz izlenirken, avülsiyon bacak flebinde herhangi bir nekroz görölmedi.

Tablo 1

Skor	Histolojik Bulgular
0	Normal cilt
1	İnflamasyon hakim, sağlam cilt ve sağlam epidermis
2	Epidermisi parsiyel tutan cilt kaybı
3	Tam kat cilt kaybı, subkutan doku nekrozu, fasiaya doğru ilerleme gösteren tam tabaka cilt nekrozu
4	Tam tabaka cilt kaybı ve geniş doku destrüksiyonu ve nekroz ve tam kat lezyon

Bası űlseri skorlaması

S025**Endoskopik Yöntemle ve Minimal İnsizyonla Yapılan Brakiyal Pleksus Eksplorasyonu ve Anterior Serbestleme: Anatomisi İnsana Yakın Olan Bir Türün Deneysel Modeli**

Atakan Aydın¹, Emre Hocaoglu¹,
Hayri Ömer Berköz¹, Yunus Doğan²,
Erol Kozanoğlu¹, Fethi Sarper Mete¹,
Serhat Atalay Eviş¹, Cengizhan Ekizceli¹,
Gökhan Semerci¹, Taha Sönmez¹, Mehmet Gencer¹,
Serhat Dünder¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

²Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş - Amaç: Doğumsal brakiyal pleksus felci, doğum sırasında brakiyal pleksusa uygulanan çekme veya sıkıştırma kuvvetleri ile oluşur. Bin canlı doğumda 1 ila 3 sıklığında görülen bu tabloda hastaların yüzde 70 ila 92'si kendiliğinden iyileşirken geri kalan kısmı erken sinir cerrahisi ve geç rekonstrüktif cerrahi gerektirir. Hasta 6 ila 12 aylıkken yapılan primer brakiyal pleksus eksplorasyonu, sinir greftlemesi ve nörotizasyonun üst ekstremité işlevlerine katkısı literatürde tanımlanmıştır. Altı ay ila bir yaş arasındaki çocuklarda bu girişimleri yapmak yüksek tecrübe ve beceri gerektirir. Bu çalışmadaki amacımız, brakiyal pleksus ve omuz kavşak anatomisi insana en yakın olan türlerden biri olan domuzlarda bir deneyisel model oluşturmaktır.

Yöntem-Gereçler: Çalışma, Acıbadem Üniversitesi CASE Laboratuvarında, ilgili etik kurul onayı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya on adet erişkin domuz dahil edilmiştir. Domuzlar 10 - 25 kilogram aralığındadır. Domuzlara, 20 mg/kg Ketamin ve 2 mg/kg ksilazin ile genel anestezi verilmiş ve endotrakeal entübasyon yapılmıştır. Anestezinin devamı % 3'lük izofluran ile sağlanmıştır. Her domuz üzerinde iki cerrah (brakiyal pleksusa yönelik mikrocerrahi konusunda deneyimli olan ve olmayan) çalışmıştır. Sağ pleksusta açık yöntem sonrasında karşı tarafa geçip endoskopik yöntem uygulanmıştır. Her iki işlemde de standart fotoğraflama yapılmıştır. Her işlemin süresi kayıt edilmiş ve cerrahlara açık ve kapalı yöntemdeki zorlukları karşılaştıran bir form doldurtulmuştur. Ameliyatın sonunda domuzlar yüksek doz anestezi madde uygulamasıyla sakrifiye edilmiştir.

Sonuçlar: Açık cerrahide anterior serbestleme 14 dakikada (6 - 31 dakika) tamamlanmıştır. Brakiyal pleksusa 17 dakikada (7 - 34 dakika) ulaşılmıştır. Tüm brakiyal pleksusu serbestlemek için geçen ortalama süre 32 dakikadır (8 - 57 dakika). Karşılaşılan ilk sinir yapısı da bir olgu dışında üst trunkustur. Endoskopik cerrahide brakiyal pleksusa 13 dakikada (5 - 26 dakika) ulaşılmıştır. Brakiyal pleksusa 17 dakikada (7 - 34 dakika) ulaşılmıştır. Tüm brakiyal pleksusu serbestlemek için geçen ortalama süre 36 dakikadır (20 - 51 dakika). Karşılaşılan ilk sinir yapısı tüm olgularda üst trunkustur. Açık cerrahi her iki cerrah grubunda da ortalama 6 zorlukta endoskopik cerrahi ortalama 8 zorluğundadır.

Tartışma: Endoskopik işlem daha zor ve zaman alıcı olarak bulunmuştur. Bu çalışma ile domuzlar üzerinde endoskopik bir brakiyal pleksus eksplorasyon modeli ortaya

konmuştur. Kamera ve diğer iki portun gireceği üç ayrı nokta tanımlanmıştır. Domuz anatomisi ile insan anatomisi arasındaki temel farklar tanımlanıp fotoğraflanmıştır. Modelin standart hale getirilmesi ile ileri çalışmalar yapılabilir. Böylece, cerrahlar 6 ila 12 aylık hastaları ameliyat etmeden önce laboratuvarda yeterli deneyim kazanacaktır. Glenohumeral kavşak ve brakiyal pleksus, daha az hasar ile daha etkin şekilde eksplere edilecektir.

Domuz modelinde endoskopik portların tanımlanması

Domuz brakiyal pleksus eksplorasyonu modelinde kamera ve iki portun giriş noktalarının hesaplanması ve işaretlenmesi bu resimde gösterilmiştir.

S026**Sıçan Karın Perforatör Flep Modelinde Fondaparinux'un İskemi Reperfüzyon Hasarı ve Flep Yaşayabilirliği Üzerine Etkisi**

Güler Gamze Eren Özcan, Hakan Ağır,
Murat Şahin Alagöz

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı

Amaç: Perforatör flepler, plastik cerrahi tarihinin geldiği önemli noktalardan birini temsil etmektedir. İlk tanımlanan derin inferior epigastrik arter perforatör flebi, meme rekonstrüksiyonunda sık kullanılan ve en iyi rekonstrüktif sonucu veren yöntemlerden biridir. Cerrahi sırasında olası iske mi ya da zorunlu iskeminin uzaması ile ortaya çıkan iske mi reperfüzyon hasarı flepte kısmi ya da tam kayba neden olmaktadır. İ/R hasarındaki olayların karmaşıklığı, flep cerrahisinde ortaya çıkan bu hasarı önleyecek ajanların bulunmasındaki zorluğu artırmaktadır. Postoperatif tromboz ile akut koroner sendrom tedavi ve profilaksisinde kullanılan selektif Faktör Xa inhibitörü Fondaparinux plastik cerrahinin ilgisini çekmektedir. Biz bu çalışmamızda Fondaparinux'un sıçan karın perforatör flep modelinde iske mi reperfüzyon hasarı ve flep yaşayabilirliği üzerine etkilerini araştırmayı amaçladık.

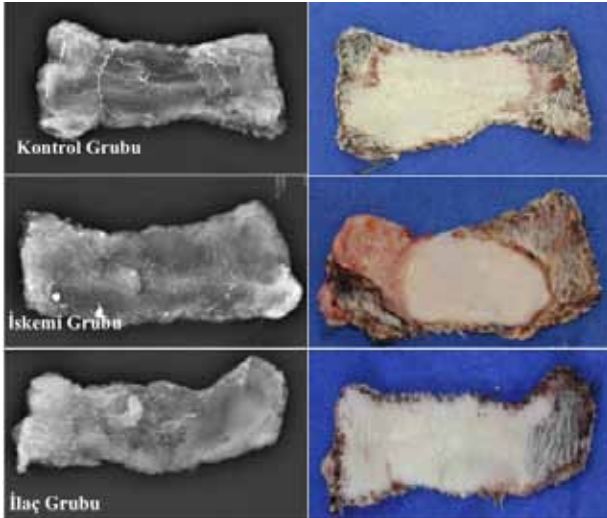
Gereç-Yöntem: Çalışmamızda 28 adet dişi Wistar Albino sıçan kullanıldı.

Siçanlar A:kontrol (n=9), B:iskemi (n=9), C:iskemi + ilaç (n=10) olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Bütün gruplarda karında tek perforatör üzerinde superior epigastrik arter perforatör flebi kaldırıldı. A grubunda flep tekrar yerine sütüre edildi, B grubunda seçilen perforatöre 4 saat iskemi uygulanarak reperfüzyondan sonra flep yerine sütüre edildi, C grubunda ise 4 saat iskemi uygulandı ve reperfüzyondan 30dk önce fondaparinux uygulanarak flep yerine sütüre edildi. Bütün deneklerden alınan kan örneklerinde 24. saat serum MDA, MPO incelemesi ve flep inferior sınırından alınan biyopsilerde histopatolojik inceleme yapıldı. Histopatolojik incelemede nekroz, ödem, trombüs ve ekstrasvasküler alanda polimorfonüveli lökosit infiltrasyonu artımı değerlendirildi. 7. günde flep yaşayabilirliği, histopatolojik inceleme ve mikroanjiyografi yapıldı.

Bulgular: Deneklerin gruplar içinde, özellikler (ağırlık, flep alanı, perforatör sayısı) bakımından benzerlik taşıdığı, grupların homojen dağılım gösterdiği belirlenmiştir. A,B ve C gruplarında sırası ile flep canlı alanların tüm flep alanına oranları ortalamaları %92,5; %50,1; %91,1 dir (Tablo 1). İstatistiksel anlamlı fark izlenmiştir. 7. günde yapılan histopatolojik incelemede, gruplar arasında ödem, nekroz, bağ doku artımı ve PMNL açısından istatistiksel anlamlı fark izlenmiştir. Anjiyografide, geniş çaplı damarlar incelendiğinde damar sayısı ve çapı bakımından kontrol grubunda diğer gruplara kıyasla artış olduğu görüldü (Resim 1). Küçük çaplı damarlar incelendiğinde ilaç verilen grupta, damarların kontrol ve iskemi grubuna göre daha fazla olduğu görüldü.

Sonuç: Siçan epigastrik arter perforatör flebinde, iskemi sonrası fondaparinux verilmesi flep yaşayabilirliğini artırmıştır. İskemireperfüzyonhasarıniazaltmamekanizması trombozun önlenmesi ve nötrofil birikimin azaltılması yoluyla olabilir.

Resim 1



Mikroanjiyografi bulguları

Tablo 1

	Kontrol (A)	İskemi (B)	İskemi + İlaç (C)	p
Flep Yaşayan Alanı (cm ²)	22.6±3.3	11.8±2.3	19.3±2.9	p<0.001
Flep Yaşayabilirliği Oranı (%)	92.5±4.9	50.1±30.4	91.1±9.9	p<0.001

7. günde flep yaşayabilirliği açısından değerlendirme, flep yaşayan alanı ve flep yaşayabilirliği oranları arasında istatistiksel anlamlı fark izlendi (p<0.001)

S027

Tümesan Solüsyonuna Maruziyet Adipositlerdeki Perilipin Fosforilasyonunu Artırır mı?

Mustafa Sütçü¹, İlknur Keskin², Hilal Eren², Hasan Çelik¹, Mustafa Keskin¹

¹İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, İstanbul

²İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji AD, İstanbul

Amaç: Lidokain ve epinefrin potansiyel olarak adiposit canlılığını azaltabilir, ancak bu etkileri kanıtlanmış değildir. Adipositlerin perilipinin fosforilasyon durumu ile hücre canlılığı hakkında öngörü yapılabilir. Perilipin kılıf lipid damlacıkları ve lipaz erişimini kısıtlar; fosfo-perilipinin bu koruyucu fonksiyonu yoktur. Adipositlerdeki perilipin fosforilasyon durumu hakkında lidokain ve epinefrin içeren tümesan solüsyonlarının etkileri araştırıldı.

Yöntem: Bu in vitro çalışmada, abdominoplasti uygulanan 15 kadından tümesan öncesi ve sonrası lipoaspirat toplandı. Yağ örnekleri, sabit kesitli ve histolojik ve immünohistokimyasal analizler için boyandı. Perilipinin rölatif fosforilasyonu, immünohistokimyasal adiposit piksel yoğunlukları konfokal mikroskopu ile ölçüldü.

Bulgular: Tümesan infiltrasyonundan önce toplanan adipositlerde toplam perilipinin %10.08 fosforile idi. Buna karşılık, tümesan sonrası toplanan adipositlerde toplam perilipin %30.62 (P <.01) fosforile edildi.

Sonuç: Tümesan tekniği lipoliz için bu hücreleri daha savunmasız hale getirerek adipositlerdeki perilipin fosforilasyonunu göreceli olarak arttırmaktadır. Donör sahanın analjezi ve hemostazı için kullanılan tümesan solüsyonu mümkün olan en düşük konsantrasyonlarını içermelidir

S028**Rat Aşıl Tendon Yaralanma Modelinde Sistemik Enalapril Uygulamasının Tendon İyileşmesi ve Tendon Adezyonu Üzerine olan Etkileri**

Serdar Altun¹, Fatih Çakır², Mehmet Öztan³,
Furkan Kayhan¹, Ali Bal¹, Mehmet İhsan Okur¹,
Ahmet Kılıçaslan⁴

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Elazığ

²Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kahramanmaraş

³Özel Medova Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Konya

⁴Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Elazığ

Giriş: Cerrahi teknikler ve postoperatif rehabilitasyon programlarındaki gelişmelere rağmen tendon tamirlerinden sonra karşılaşılan en yaygın komplikasyon tendon ve çevre dokular arasındaki fibröz adezyondur. Anjiotensin-converting enzimi inhibitörleri, anjiotensin I in aktif formu olan anjiotensin II'ye hidrolizini sağlayan converting enzimi (ACE) inhibe ederek etkilerini gösterirler (1). Angiotensin II kollajen üretimini sağlar, yara iyileşmesinde ve fibroziste önemli bir rol alır (2). Anjiotensin converting enzim inhibitörlerinin hipertrofik skar önlediği ile ilgili klinik ve deneysel çalışmalar mevcuttur (1, 3). Ancak anjiotensin converting enzim inhibitörlerinin tendon iyileşmesi ve peritendinöz adhesiyon üzerine olan etkilerini ortaya koyan bir çalışmaya literatürde rastlanılmadı. Biz bu çalışmamızda ACE inhibitörü olan enalaprilin ratların aşıl tendon modelinde tendonun ekstrasik iyileşme döneminde, peritendinöz adezyon ve cilt üzerine olan etkilerini araştırmayı amaçladık.

Materyal Metod: Tüm uygulamalar Üniversitemizin Hayvan Deneyleri Yerel Etik Kurulu'ndan gerekli onay alındıktan sonra Uygulama ve Araştırma Laboratuvarı'nda yapıldı. Çalışmada, ağırlığı 300±20 gram olan 21 adet erişkin erkek Wistar Albino rat kullanıldı. Tüm cerrahi işlemler anestezi altında ve aseptik koşullarda yapıldı. Anestezi sağlandıktan sonra cerrahi işleme geçildi. Çalışmada kullanılan 21 deney hayvanı (42 ekstremite); sham grubu, kontrol grubu ve enalapril grubu olmak üzere üç gruba ayrıldı. Deneklerin her iki arka bacağı traş edildikten sonra antiseptik solüsyon ile temizlendi. Posterior bölgeden horizontal cilt insizyonu yapıldıktan sonra diseksiyonla aşıl tendonuna ulaşıldı. Grup 1'de (sham) tendona herhangi bir müdahale yapılmadan sadece tendon kılıfı açılacak şekilde aşıl tendonu proksimal ve distale doğru disseke edildi. Grup 2 ve grup 3 de ise aşıl tendonu transvers olarak tam kat kesildikten sonra 5/0 yuvarlak iğneli polipropilen dikiş ile Kessler yöntemine uygun olarak onarıldı. Diğer bacağı da aynı işlem uygulanarak toplam 42 aşıl tendonu üzerinde çalışıldı. Hayvanların hareketleri iyileşme sürecinde kısıtlanmadı. Grup 1 (sham) ve Grup 2 (kontrol) deneklere postoperatif herhangi bir ilaç verilmedi. Grup 3 (enalapril)'e ise operasyondan sonra başlamak üzere 28 gün boyunca 1 mg/kg/gün dozunda salin içinde çözünmüş enalapril oral gavaj yöntemiyle verildi (4). Çalışmanın sonunda cilt ve peritendinöz adezyonu histolojik olarak değerlendirmek için ratların bilateral aşıl tendonları üzerindeki cilt ile bağlantıları korunacak şekilde blok halinde biyopsi alındı. Biyopsi alınması takiben ratlar sakrifiye edildi.

Mikroskopik Değerlendirme: Tendon biyopsi materyalleri peritendinöz adezyon, ciltteki fibrozis ve tendon iyileşmesi açısından değerlendirildi. Her grupta ciltteki fibrozis ve

peritendinöz adezyon değerlendirilirken Tang ve ark (5) tarafından tariflenen skorlama yöntemi kullanılarak yapıldı. Tendon iyileşmesi ise tamir edilen tendonların devamlılığı, epitenonun iyileşme durumu ve intratendinöz kollajen liflerinin dağılımları dikkate alınarak değerlendirildi. Tendon iyileşmesi mükemmel, iyi, orta ve kötü olarak sınıflandırıldı (5).

Bulgular: Derideki fibrozis skoru ortalaması grup 1'de 2,35, grup 2'de 2,92, grup 3'te ise 1,5 olarak bulundu. Bu değerlere göre grup 2 (kontrol) ile grup 3 (enalapril) arasında istatistiki olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi. Peritendinöz adezyon skoru ortalaması istatistiksel olarak grup 1'deki peritendinöz adezyon grup 2 ve 3'e göre daha az bulundu. Grup 2 ve grup 3 arasında istatistiki olarak fark bulunamadı. Grup 1'de sadece tendon kılıfında parsiyel kalınlaşma ve fibrotik görünüm mevcuttu (figur 1). Hem tendon iyileşmesi hemde peritendinöz adezyon istatistiksel olarak değerlendirildiğinde grup 2 ve grup 3 arasında anlamlı bir fark bulunamadı (p>0.05). Ancak, grup 1 deki adezyon miktarı hem grup 2'den hem de grup 3'den azdı ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.05).

Tartışma: Tendon ve tendon kılıfı yaralanması, immobilizasyon ve sütür materyallerinin adezyon oluşumunu önemli derecede arttırdığı bilinmektedir. Tendon onarımları sonrası en sık karşılaşılan komplikasyon peritendinöz adezyon olup tendonun kanalında serbest bir şekilde hareket etmesini engelleyerek eklemde hareket kısıtlılığına ve ağrıya neden olur (6). Tendon iyileşmesi intrinsik ve ekstresek mekanizmalar ile gerçekleşen ve sıklıkla tendonda skar dokusu oluşumu ile sonuçlanan kompleks bir süreçtir. Ekstresek iyileşme, yaralanmış doku çevresindeki yumuşak dokudan migrasyonla gelen fibroblastlar tarafından başlatılan yoldur ve tendon adezyonundan sorumludur. Bu nedenle ekstrasik hücrel aktiviteden kaynaklanan fibroblastik proliferasyon ve kollajen oluşumunun yan ürünleri olan yapışıklıklar kaymanın sağlanabilmesi için en aza indirgenmelidir. Tang ve ark(5) Anjiotensin I'in aktif formu olan Anjiotensin II'nin TGF-β salınımını arttırdığı ve bu dönüşümün inhibe edilmesiyle anjiotensin II ilişkili kollojen sentezinin bloke olacağını belirtmişlerdir. ACE inhibitörleri ise Anjiotensin I'in Anjiotensin II'ye dönüşümünü bloke ederler. Iannello ve ark (3) 2006 yılında sundukları makalelerinde ACE inhibitörü olan enalaprilin düşük doz kullanımının hipertrofik skarda etkili olduğunu bildirmişlerdir. Biz de enalaprilin fibrozis ve skar önleyici etkisinden faydalanarak tendon onarımı sonrası derideki fibrozis, peritendinöz adezyon ve tendon iyileşmesi üzerine olan etkilerini inceledik. Enalapril tercih etme nedenimiz kolay uygulanabilir olması ve daha önce yapılan çalışmalarda hipertrofik skar üzerinde olumlu etkilerinin bildirilmesidir(1). Bunun yanında tendon adezyonlarında; cilt-ciltaltı dokularındaki iyileşme mekanizmasını yok sayarak sadece tendon adezyon patogenezi üzerine yoğunlaşmak bu sorunun bir seviyede tikanmasına neden olacaktır.

Sonuç: Sonuç olarak enalaprilin cilt-ciltaltı dokularda fibrozisi gerilettiğini fakat epitenon üzerinde etkili olmadığını gözlemledik. Geleceğe yönelik bakıldığında hem epitenona bağlı hem de cilt-ciltaltı dokulara bağlı gelişen adezyonları engellemeye yönelik kombine tedavilerin de denenebileceği görüşü ön plana çıkmaktadır.

Kaynaklar: 1. Uzun H, Bitik O, Hekimoğlu R, Atilla P, Kayıkçıoğlu AU. Angiotensin-converting enzyme inhibitor enalapril reduces formation of hypertrophic scars in a rabbit ear wounding model. Plast Reconstr Surg 2013;132(3):361-71. 2. Steckelings UM, Henz BM, Wiehstutz S, Unger T, Artuc M. Differential expression of angiotensin receptors in human cutaneous wound healing. Br J Dermatol 2005;153:887-893.

3. Iannello S, Milazzo P, Bordonaro F, Belfiore F. Low-dose enalapril in the treatment of surgical cutaneous hypertrophic scar and keloid: Two case reports and literature review. MedGenMed 2006;8:60.
4. Ghazi-Khansari M, Mohammadi-Karkani A, Sotoudeh M, Mokhtary P. Antifibrotic effect of captopril and enalapril on paraquat-induced lung fibrosis in rats. J Appl Toxicol 2007; 27:342-9.
5. Tang JB, Shi D, Zhang QG. Biomechanical and histologic evaluation of tendon sheath management. J Hand Surg Am 1996; 21(5):900-08.
6. Zobitz ME, Zhao C, Amadio PC, An KN. Comparison of mechanical properties of various suture repair techniques in a partially lacerated tendon. J Biomech Eng 2000; 122: 604-07.

S029

Cilostazol'un Ratlarda, Transvers Rektus Abdominis Myokutanöz Flep Üzerinde Koruyucu Etkisi

Erkan Orhan¹, Ayfer Özdemir², Serdar Altun³, Emre İnözü⁴

¹Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

²Özel Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Uşak

³Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Elazığ

⁴Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Ankara

Transvers Rektus Abdominis Myokutanöz Flebi (TRAM flep) mastektomi sonrası meme rekonstruksiyonunda sıkça kullanılmaktadır. Son yıllarda cerrahi ilerlemelere rağmen TRAM flebi ile meme rekonstruksiyonu sonrası iskeleliye bağlı komplikasyonlar hala görülmektedir ve bunların en kötüsü de flep nekrozudur. TRAM flebi yaşayabilirliğini arttırmak için en etkili yöntem cerrahi geciktirmedir. Cerrahi geciktirmenin etkinliği kanıtlanmış olsa da ek bir cerrahi girişin gerektirmesi medikal ve ekonomik olarak dezavantaj oluşturmaktadır bu nedenle klinikte rutin olarak kullanılmamaktadır. Bu nedenle farmakolojik tedavi yöntemleri ile TRAM flebi nekrozu azaltılması üzerinde durulmuş ve TRAM flebi yaşayabilirliğini arttırmak için birçok maddenin etkinlikleri incelenmiş fakat hiçbir klinik uygulamaya girmemiştir. Bu çalışmanın amacı rat TRAM modelinde, cilostazolun TRAM flep yaşayabilirliği üzerindeki etkisini göstermektir.

Materyal Metod: Bu çalışma, Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Deney Hayvanları Etik Kurul Başkanlığı'nın onayı alınarak, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Laboratuvar Hayvanları Yetiştirme ve Deneyel Araştırmalar Merkezi'nde gerçekleştirildi. Çalışmada, ağırlıkları 280-300 gram arasında değişen, 24 adet Wistar albino tipi dişi rat kullanıldı. Ratlar her grupta 6 denek olacak şekilde 4 gruba ayrıldılar

Grup 1: Sadece flep cerrahisi yapıldı.

Grup 2: Ratlara flep cerrahisinden 3 saat önce 30 mg/kg cilostazol oral gavaj yolu ile uygulandı. Flep cerrahisinden sonra günlük 30 mg/kg cilostazol günde 2 kez olacak şekilde oral gavaj yolu ile 7 gün boyunca uygulandı

Grup 3: Flep cerrahisi öncesi 7 gün boyunca günlük 30 mg/kg cilostazol günde 2 kez olacak şekilde oral gavaj yolu ile uygulandı ve flep cerrahisi sonrası 7 gün tedaviye devam edildi.

Grup 4: Flep cerrahisi öncesi 7 gün boyunca

günlük 30 mg/kg cilostazol günde 2 kez olacak şekilde oral gavaj yolu ile uygulandı. Flep cerrahisi sonrası ilaç tedavisine devam edilmedi. Cerrahi prosedür: Ratlarda 6x3 cm boyutlarında rektangüler, süperior sınır ksifoidin 1 cm altı, inferior sınır pubisin 2-2,5 cm üzeri olacak şekilde sağ inferior epigastrik arter bazlı TRAM flebi planlandı. Sağ superior epigastrik arter bulunup bağlandı. Cilt flebinin yalnızca sağ inferior epigastrik arterden gelen perforanlardan beslenebilmesi için cilt adası sol rektus kasının üzerinden diseke edildi. Daha sonra flep yerine iade edilerek 4/0 nylon sütur ile adapte edildi.

Kan Laktat Değerinin Hesaplanması: Flep cerrahisi sonrası 5. gün tüm gruplardaki deneklerin kuyruk venlerinden kan örnekleri alındı ve kan laktat değeri ticari ELİSA kitleri kullanılarak ölçüldü.

Fleplerin değerlendirilmesi: Flep cerrahisinden 7 gün sonra yüksek doz anestezi verilerek tüm deneklere ötenazi yapıldı. 7. günde her ratta, meydana gelen nekroz yüzdesi hesaplandı. Şeffaf milimetrik kağıt, fotoğraf çıktılarının üzerine yerleştirilerek her flepte oluşan nekrozun, flebe göre oranı belirlendi.

Anjiyografi: Flep cerrahisinden 7 gün sonra yüksek doz anestezi verilerek deneklere ötenazi yapılmasını takiben ratlara baryum sülfat verilerek anjiyografi yapıldı

İstatistiksel Analiz
Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, medyan) yanısıra verilerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Anlamlılık p<0.05 düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: TRAM flebindeki nekroz oranları Grup 1'deki nekroz oranı ortalaması; %41.69, grup 2'deki nekroz oranı ortalaması %27.0, grup 3'deki nekroz oranı ortalaması %6.66 grup 4'deki nekroz oranı ortalaması %11.22 olarak tespit edildi. Sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldığı zaman; grup 1'deki nekroz oranının diğer gruplardakinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu (p<0,01), grup 2'deki nekroz oranının, grup 3 ve 4'deki nekroz oranlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu (p<0,01), grup 4'deki nekroz oranının ise grup 3'dekinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu (p<0,01) tespit edildi. Kan laktat düzeylerinin ölçülmesi

Grup 1'deki kan laktat düzeyini ortalaması 89.2 mg/ml, grup 2'deki kan laktat düzeyini ortalaması 70.31mg/ml, grup 3'deki kan laktat düzeyini ortalaması 49.41 mg/ml, grup 4'deki kan laktat düzeyini ortalaması 58.85 mg/ml olarak ölçüldü. Sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldığı zaman Grup 1'deki kan laktat düzeyi diğer tüm gruplardan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek olduğu (p<0,01), grup 2'deki kan laktat düzeyi, grup 3'deki kan laktat düzeyinden (p<0,01) ve grup 4'deki kan laktat düzeyinden istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek olduğu tespit edildi. Grup 3 ile grup 4 arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi(p>0,05).

Mikroanjiyografik değerlendirme: Grup I, II, III, IV deneklerden elde edilen fleplerin anjiyografilerinde gruplar arasında damar açıklığı, dilatasyon, kıvrımlılık ve vaskularizasyon açısından fark olduğu gözlemlendi. Grup 3 de en bariz olmak üzere cilostazol tedavisi alan gruplarda kontrol grubuna göre vaskularizasyonun ve damar çaplarının artmış olduğu gözlemlendi.

Tartışma: Bu çalışmada periferik arter hastalıklarının tedavisinde kullanılan bir ilaç olan cilostazolun TRAM flebi yaşayabilirliği üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Flep cerrahisinde, flep kaldırıldıktan sonra mikrovasküler perfüzyon kaybı olmakta ve bu durum nedeni ile oluşan besin ve oksijen desteğinin kaybolması özellikle

flep distalde iske mi olmasına neden olmaktadır. Flep dokusunda iske mi sonucu oluşan hücre sel hipoksi, hücre nin anaerobik metabolizmaya dönmesine neden olur. Anaerobik metabolizmada aktive olan piruvat dehidrojenaz kinaz(PDH-K) piruvatu laktata metabolize eder ve laktat üretimini artır. Çalışmamızda TRAM flebi kaldırılması sonrası kan laktat seviyesindeki artışın cilastazol tedavi ile azaldığı özellikle cerrahi öncesi uzun süreli cilastazol tedavisi ile bu azalmanın çok daha fazla olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar cilastazolun TRAM flebindeki iske miyi azalttığını göstermektedir. Cilastazol fosfodiesteraz tip III enziminin selektif inhibitörüdür. Fosfodiesteraz enzim inhibisyonu ile hücre içi cAMP yıkımı inhibe olur ve cAMP miktarı artar. Vasküler düz kas hücrelerinde cAMP konsantrasyonunu artması hücre içi Ca salınımı inhibe eder ve sonuçta vazodilatasyon olur. Cilastazol ayrıca endotelden NO salınımını arttırarak da vazodilatasyon yapmaktadır. Cilastazol, Heme oksijenaz-1 enzim ekspresyonunu arttırarak inflamatuvar sitokinlerin üretimini inhibe etmekte ve NADPH oksidaz bağımlı süperoksit formasyonunu ve sitokin üretimini azaltmakta ve bu şekilde antioksidan özelliğe göstermektedir. Ayrıca vasküler düz kas hücrelerinde nitrik oksid üretimi arttırmakta ve adhezyon moleküllerinin azaltarak nötrofilin endotel adhezyonunu inhibe etmekte ve bu şekilde de antiinflamatuvar etkinlik göstermektedir. Çalışmamızda cilastazol tedavisi yapılan gruplarda flep nekroz oranı kontrol grubuna göre daha az olduğu görülmüştür. Bu etkinin cilastazolun kan akımını arttırıcı, antioksidan ve antiinflamatuvar etkinlik ile yaptığı düşünülmektedir. Cerrahi öncesi uzun dönem cilastazol tedavisi yapılmasının cerrahi sonrası cilastazol tedavisi yapılmasına göre nekroz miktarının daha çok azaltması cilastazolun TRAM flebindeki koruyucu etkisinin daha çok kan akımını arttırıcı etkisi ile olduğu şekilde yorumlanabilir.

Grup 5(n=10): L-Karnitin grubu, yakma işleminden sonra L-Karnitin ile mezoterapi uygulandı. Yanık tedavisinde etkili olacağı düşünülen mezoterapi ajanlar nokta tekniği ile dermisin retiküler tabakasına intradermal olarak verildi. Termal yanık oluşturulduktan sonraki ilk 2 saat içinde mezoterapinin ilk kürü başlanmış ve 10. güne kadar devam edildi. 22. günde sakrifikasyon işlemi öncesinde gruplarda iyileşmeyen yanık alanları ölçülerek, patolojik değerlendirme için başta oluşturulmuş olan termal yanık alanının tamamını içeren biyopsiler alındı.

Sonuçlar: İyileşmeyen yanık alanı bakımından değerlendirmede, en az iyileşmeyen alanla Grup 3 (Glutasyon grubu) ilk sırayı aldı, bunu Grup 4 (Taurin grubu) ve Grup 5 (L-karnitin grubu)'ın izlediği belirlendi. İyileşmeyen yanık yara alanının azlığı bakımında Glutasyon grubu, Taurin grubu ve L-karnitin grubu istatistiksel olarak Kontrol ve Sham gruplarından üstünlüğü anlamlı bulunmuştur. Patolojik inceleme için alınan kesitlerde, yanık yarasının iyileşmesi, akut inflamasyon, kronik inflamasyon, granülasyon dokusu miktarı, fibroblast maturasyonu, kollajen dokusu miktarı, reepitelizasyon, neovaskülarizasyon ve ülser derinliği gibi yara iyileşme kriterleri skorlanarak değerlendirilmiş olup, en iyi sonuç glutasyon grubunda elde edilmiş ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. L-karnitin ve taurin grubunda da yanık yarasının iyileşmesi sham ve kontrol gruplarına göre daha iyi olarak değerlendirilmiş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tartışma: Deney sel çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler doğrultusunda, parsiyel kalınlıkta yanıkların tedavisinde glutasyon mezoterapisinin etkili olduğu görülmüş olup, ileri çalışmalarla farklı formlarda insan yanığında bir tedavi seçeneği olabileceği kanaatindeyiz.

S030

Yanıkta Glutasyon Mezoterapisinin Etkinliği: Deney sel Çalışma

Ayhan Buz, Tahsin Görgülü, Burçin Acuner, Merve Torun, Eksal Kargı

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı

Giriş: Yanık, en yaygın travmaların başında gelmekte olup ilk sırada termal yanıklar görülmektedir. Günümüzde parsiyel kalınlıkta (2. derece derin) termal yanıkların tedavisinde halen bir fikir birliği bulunmamaktadır. Yara bakım ürünlerindeki çeşitlilik de bunun bir göstergesidir. Parsiyel kalınlıkta termal yanıkların tedavisinde kullanılan ürünlerin etkinlikleri ve birbirine üstünlükleri halen tartışmalıdır. Mezoterapi, patolojinin olduğu lokalizasyona, intradermal olarak ajanın verilmesi prensibine dayanan bir tedavi şeklidir. Bu nedenle deney sel çalışmamızda parsiyel kalınlıkta termal yanıkların tedavisinde mezoterapinin etkinliğini araştırmayı amaçladık.

Method: Deneyde 50 adet wistar cinsi erkek rat eşit sayıda 5 ayrıldı.

Grup 1(n=10): Kontrol grubu, yakma sonrasında hiçbir işlem yapılmadı.

Grup 2(n=10): Sham grubu, yakma işleminden sonra serum fizyolojik ile mezoterapi uygulandı.

Grup 3(n=10): Glutasyon grubu, yakma işleminden sonra glutasyon ile mezoterapi uygulandı.

Grup 4(n=10): Taurin grubu, yakma işleminden sonra taurin ile mezoterapi uygulandı.

Resim 1



İyileşme sonrası görünüm A: Kontrol Grubu, B: Sham Grubu; C: Glutasyon Grubu; D: L-Karnitin Grubu; E: Taurin Grubu.

S031

Pediyatrik Hastalarda Ayak Rekonstrüksiyonunda Perforatör Tabanlı Propeller Fleplerin Kullanımı

Burhan Özalp, Muhammet Mustafa Aydınol

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Perforatör tabanlı propeller flepler ayak rekonstrüksiyonu için yeterli yumuşak doku sağlamaktadır. Bu çalışmanın amacı pediyatrik hastalarda ayak rekonstrüksiyonunda propeller fleplerin kullanılabilirliğini ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

Yöntem: Ortalama yaşları 6,7 olan ve yaşları 2-13 arası değişen yedi erkek pediyatrik hastaya 4 yıllık dönemde perforatör tabanlı flep cerrahisi yapıldı. Yaralanmaların etiyojisine bakıldığında hastaların 4'ünde yanık ve 3'ünde trafik kazası olduğu tespit edildi. Hastaların dördünde defekt ayak bileğindeyken diğer üç hastada sırasıyla dizde, tibia alt anteriorunda ve ayak dorsumunda bulunmaktaydı.

Bulgular: Flep boyutları ortalama 7,6x4,3 cm olup, 5x3 cm ile 10x6 cm arasında değişmektedir. Flep kaldırma süresi 38-56 dakika arası olup ortalama 46 dakikadır. Fleplerin rotasyon derecesi 90°-180° arası değişmektedir. Propeller fleplerden dört tanesi posterior tibial arter, ikisi anterior tibial arter ve bir tanesi sirkumfleks femoral arter (inen dalı) tabanlıydı. Fleplerin hiçbirinde komplikasyon görülmedi ve hepsi yaşadı ancak bir hasta post-op ikinci günde yaygın intravasküler koagülasyon sendromu geçirerek dört gün içerisinde ex oldu.

Sonuçlar: Pediatrik hastalarda alt ekstremité rekonstrüksiyonu için perforatör tabanlı propeller flepler kullanılarak yapılan rekonstrüksiyon oldukça güvenilir ve kullanışlı bir yöntemdir ancak cerrahi esnasında hassas diseksiyon ve çok sabır gerektirmektedir.

S032

Alt Ekstremité Rekonstrüksiyonunda Defekt ve Hastaya Göre Flep Seçimi

Özgür Hürkal, Serhan Tuncer, Safa Manav, Alperen Tekin, Sühan Ayhan
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Alt ekstremité rekonstrüksiyondaki birincil amaç ana vasküler, nöral yapılar, kemik dokunun üzerini kapatmak ve ekstremitenin kurtarılması olmaktadır. Alt ekstremité defektleri yerine göre uyluk bölgesi, proksimal 1/3, orta 1/3, distal 1/3 ve ayak bölgesi olarak incelenir.

Materyal Metod: Son 6 yıl içerisinde kliniğimizde opere edilen 46 hasta çalışmaya dahil edilmiş olup;

- 17 hastanın defekti lokal flep ile rekonstrükte edilmiştir
- 8 hasta gastroknemius
- 5 hasta rotasyon/transpozisyon flebi
- 2 hasta propeller flep
- 1 hasta pediküllü TRAM
- 1 hasta pediküllü TFL flebi
- 29 hastanın defekti serbest fleple rekonstrükte edilmiştir
- 10 hasta ALT
- 9 hasta latissimus dorsi
- 2 hasta radyel önkol
- 2 hasta VRAM
- 1 hasta TAP
- 1 hasta serratus fasya
- 1 hasta serbest grasilis
- 1 hasta serbest MSAP(mediyal sural arter perforatör flebi)

Sonuçlar: Alt ekstremité defektleri sınıflandırıldığında

Uyluk bölgesindeki defektler:

Bu bölgede kas doku miktar ve kalınlığının oldukça yüksek olup kemik doku, kasık bölgesi hariç vasküler ve nöral dokular derindedir. Bu nedenle rekonstrüksiyonlarında lokal flepler tercih edilmektedir. Kasık bölgesinde oluşan defektler için pediküllü grasilis pediküllü VRAM, TRAM yada DIEP flebi kullanılabilir. Proksimal ve orta 1/3 bacak Küçük defektlerde genellikle pediküllü gastroknemius flebi kullanılmakla birlikte daha büyük defektlerde pediküllü MSAP(mediyal sural arter perforatör

flebi) kullanılabilir. Fakat defekt büyükse veya bacak posteriorunda yaralanma mevcutsa serbest flep kullanılması gerekmektedir. Serbest flep olarak ALT flebi uzun pediküllü, güvenilirliği, iki ekip olarak çalışmaya izin vermesi ve hastanın ekstremitésinin arteriyel eksikliği varsa gerektiğinde flow-through anastomoz yapılabilmesi nedeniyle öncelikli olarak tercih edilmektedir. Geniş defektlerde yine uzun pediküllü ve güvenilirliği nedeniyle latissimus dorsi flebi tercih edilebilir.

Distal 1/3 bacak

Öncelikle propeller flep seçeneği akılda tutmak gerekemekte olup; yapılamadığı durumlarda serbest flep seçeneğine başvurulması gerekir. Yine bu bölge için ALT flebi en uygun fasyakutan flep olmaktadır. Büyük defektlerde latissimus dorsi kas flebi kullanılabilir.

Ayak defektleri

Defektler flep seçimine göre 3 bölgede incelenmektedir

A-dorsal defektler:

Amaç defekti ince bir örtüyle kapatıp hastanın tedavisi tamamlandıktan sonra ayakkabı giymesini sağlayabilmektir. Eğer inceyse ALT yada TAP değilse serratus fasya flep, MSAP, radyel önkol gibi flepleri kullanmak gerekmektedir.

B- topuk bölgesindeki defektler:

Topuk bölgesi rekonstrüksiyonunda dermisi tam kat içeren fasyokutan serbest flepler tercih edilmelidir. Kliniğimizde topuk bölgesi rekonstrüksiyonu için öncelikli olarak topuk bölgesine uygun yapısı ve dorsalis pedis tıkalı ise posterior tibial artere flow-through anastomoz yapabilme imkanı nedeniyle ALT flebi tercih edilmektedir.

C- plantar bölgedeki defektler

Bu bölge için donör saha morbiditesinin çok düşük olması, yeterince ince olması ve yeterli pediküll uzunluğu sağlaması nedeniyle MSAP flebi tercih edilebilir. Eğer MSAP perforatörü güvenilir değilse suprafasyal yada trim edilmiş ALT yada nadiren serbest radyel önkol flebi tercih edilebilir.

Tartışma: Alt ekstremité rekonstrüksiyonu travmatik yada daha önce operasyon geçirmiş hastalarda beraberinde damar hasarı olması ve anastomoza uygun arter ve ven bulma güçlüğü, bu bölgede özellikle travma zonuna yakın arterlerin spazma yatkın olması, çevre cilt rezervinin az olması ve bölgeye göre gereken flep özelliklerinin farklı olması sebebiyle plastik cerrahinin zor konularındandır.

S033

Arter Yaralanmalarının Eşlik Ettiği Dijital Sinir Onarımlarında Uzun Dönem Sonuçlarımız

Gökçe Yıldırım, Osman Akdağ, Mehtap Karamese, Zekeriya Tosun
Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Dijital sinir yaralanmaları sıklıkla epinöral onarılan ve sık görülen yaralanmalardır. Yaş, travmanın tipi, sigara içiciliği gibi eşlik eden klinik durumların dijital sinir iyileşmesine etkili olduğu bilinmekte ancak literatürde epinöral sinir onarımlarının sonuçlarında fikir birliği sağlanamamaktadır. Bu çalışmada dijital sinirle birlikte dijital arterin de yaralanmasının sinir iyileşmesi sonuçlarına etkisi sunulmuştur.

Yöntem: 2012 Ocak-2015 Nisan tarihleri arasında dijital

sinir onarımı yapılan hastalar; dijital arterlerinde de kesi olup olmamasına göre 2 gruba ayrıldı. 1. Grupta dijital sinir kesisinin olduğu ancak arterin sağlam olduğu hastalar, 2. Grupta hem dijital sinir hem dijital arter kesisinin olduğu, ancak dijital arterin onarılmadığı hastalar yer aldı. Sinir onarımlarının tamamı epinöral olarak ve mikroskopik bakı altında gerçekleştirildi. Primer tamir edilemeyen vakalar çalışmanın dışında tutuldu. Arter onarımı da yapılmış dijital sinir kesileri çalışmanın dışında tutuldu. Sinir hasarı olmayıp sadece arter kesisi olan hastalar, değerlendirmeye alınmadı. Bilateral hasarı olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. "Onarılmamış arter grubu"ndaki 24 hasta ile "Sağlam arter grubu"ndan (sigara içicilik durumları ve yaşları benzer) rastgele örneklemeye seçilen 24 hasta; 2 nokta diskriminasyonu ve nöroma gelişimi açısından kıyaslandı.

Bulgular: "Onarılmamış arter grubu"nda 2 hastada nöroma saptandı. Ortalama 2 nokta diskriminasyon ayrımı 5,37 mm idi. "Sağlam arter grubu"nda ise 1 hastada nöroma saptanırken ortalama 2 nokta diskriminasyonu 5,29 mm idi. İstatistiksel olarak nöroma gelişiminde ve 2 nokta ayrımında fark saptanmadı.

Sonuç: Arter onarımı yapılarak kanlanmanın sağlanması, dijital sinirin iyileşmesinde ilk planda etkili faktörlerden değildir. Sinir iyileşmesinin tahmininde dijital arterin sağlam olup olmaması belirteç olarak kullanılamaz.

S034

Eklemler Üzerindeki Yumuşak Dokuların Rekonstrüksiyonu

Gökçe Yıldırım, Şeyda Evin, Osman Akdağ, Mehtap Karamiş, Zekeriya Tosun
Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Üst ekstremitelerde yumuşak doku rekonstrüksiyonunun birincil amacı fonksiyon kazandırmaktır. Travmaya bağlı üst ekstremitelerde yumuşak doku kayıpları sıklıkla çoklu anatomik yapılarda hasara ve kemik, tendon, eklem, damar gibi yapıların açıkta kalmasına sebep olur. Eklem yapılarının yumuşak doku örtüsünü geri kazandırmak ise özellikler içermektedir. Bu yazıda, eklem üzerindeki yumuşak dokularının rekonstrüksiyonu yapılan hastalar, sonuçları ve yönetimimizin esasları sunulmuştur.

Yöntem: 2013-2015 yılları arasında 24 hastanın parmak, el bileği ve dirsek eklemlerindeki yumuşak doku defektleri rekonstrükte edildi. Postoperatif 1. Yılda hastaların postoperatif eklem fonksiyonları, QuickDASH skorları, eklem hareket açıklığı (ROM) ve hasta memnuniyeti ölçüldü. Eklem fonksiyonu için; hastaların etkilenen eklem hareketini (fleksiyon, ekstansiyon, abduksiyon, adduksiyon, ulnar ve radial deviasyon, pronasyon, supinasyon vb.) yapip yapamadığı gözlemlendi. ROM değerleri ölçülerek aynı eklem normal ROM değerleri ile her hasta için tek tek kıyaslandı. Hastanın kendi fonksiyonel ve estetik açıdan memnuniyeti ise 5 nokta değerlendirme ölçeği (1: çok kötü, 2: kötü, 3: orta, 4: iyi, 5: mükemmel) ile yapıldı. Hastalar ayrıca; yapılan rekonstrüksiyonun tipi (greft, rejonel flep, serbest flep), doku defektinin etyolojisi ve hangi eklemlerde defekt olduğuna göre (parmak eklemleri, el bileği, dirsek) sınıflandırıldı.

Bulgular: 15i erkek, 9u kadın 24 hasta değerlendirildi. 5 dirsek eklemi, 8 parmak eklemleri, 11 el bileği eklemi

çevresi doku defekti için; 3 cilt grefti, 3 homodijital adipofasyal flep, 2 lateral kol flebi, 3 adipofasyal radial ön kol flebi, 2 radial ön kol flebi, 4 serbest anterolateral uyluk flebi, 2 groin flep, 2 metakarpal arter perforatör flep, 1 dorsoulnar başparmak flebi, 1 posterior interosseöz arter flebi, 1 önkol fasya flebi ile rekonstrüksiyon yapıldı. Rekonstrüksiyonun yapıldığı doku; travma zonunun yakınlığı, defektin yumuşak doku kalınlığı ihtiyacı, eklem hareket vektörü gözetilerek seçildi. Postoperatif 1. Yılda, eklemlerin her birinde o eklem hareketlerinin tamamı mevcuttu. ROM değerleri her eklem için ayrı ayrı kıyaslandı. Normal eklemle istatistiksel olarak anlamsız farkta değerler saptandı. Quick DASH skorlamasına göre hasta ortalaması 3,50 olarak hesaplandı. (0-9,1) Hastaların genel memnuniyet düzeyi 4,33 olarak ölçüldü.

Sonuç: Eklem fonksiyonunu korumakta en az kemik yapılar kadar yumuşak doku da önemlidir. Eklemdeki hareketi ve hareket açıklığını muhafaza etmek için; doğru rekonstrüksiyon seçeneğini kullanmak önemlidir. Doğru seçimlerle hasta memnuniyeti, normal eklem hareket açıklığı ve eklem korunması sağlanabilir.

S035

A Simple, Effective Technique for Removing Accessory Digits on Stalks and Skin Tags under Local Anaesthetic – The Birmingham Children's Hospital Pathway

Servet Elçin Alpat, Sarbjit Kaur, Ruth Lester, Sami Al Ani, Kerstin Oestreich, Andrea Je
Birmingham Children's Hospital, Plastic Surgery
Department, Hand and Upper Limb Unit, Birmingham, United Kingdom

Background: Post-axial or ulnar polydactyly is a common problem with an incidence of between 1 in 143 and 1 in 1339 live births depending on the ethnicity of the population. In post-axial polydactyly type B (PAPD-B) the accessory digit is typically rudimentary, pedunculated and devoid of skeletal attachment to the rest of the hand. These accessory digits have traditionally been treated with application of a surgical clip or ligature and the part allowed to undergo auto-amputation. If done by inexperienced staff this can be complicated by infection of the necrotic part, a residual "nubbin" or neuroma in a prominent scar. Skin tags on the ulna border of the hand however are usually excised under general anaesthetic (GA) much later, necessitating a GA. For these reasons, for a number of years it has been our practice at Birmingham Children's Hospital to formally excise these digits and skin tags under local anaesthetic.

Methods: We have established a protocol for referral of all children with pedunculated polydactyly and skin tags at the time of birth. The service is a one stop clinic and treatment, where the child is seen and if suitable immediately treated. Ideally the digit should be excised when the child is aged between 4 and 8 weeks. Local anaesthetic is injected, whilst a nurse holds and comforts the baby, and the digit excised at its base with scissors. Bipolar haemostasis is performed and the wound sutured with 6.0 Vicryl Rapide. Preauricular skin tags are excised per scalpel including the cartilaginous stalk. A simple steri-strip dressing is applied and the child is discharged with wound care advice. No formal follow-up is arranged but patients have easy access to review in case of any complications.

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği 38. Ulusal Kurultayı

Discussion: Since 2000, over 1000 cases of PAPD-B digits and skin tags have been excised as above. We have found this to be a quick and simple technique that allows a fast turn-around time and efficient use of staff and resources. This technique also avoids the risks of a general anaesthetic and has a lower complication and re-operation rate than the use of surgical clips or ligatures. We strongly advocate this technique but referral pathways must be established that allow the timely review of patients so that the window of opportunity is not missed.

S036

Düşük Enerjili Patlayıcılar ile Gelişen El Yaralanmalarındaki Tedavi Deneyimlerimiz

Burak Özkan¹, Zülfikar Ulaş Bali¹,
Atilla Adnan Eyüboğlu², Ahmet Çağrı Uysal²,
Nilgün Markal Ertaş²
¹Ağrı Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Ağrı
²Başkent Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Düşük enerjili patlayıcılar; savaş ve inşaat sanayisinde kullanılan tahrip ve imha gücü fazla olan yüksek enerjili patlayıcıların aksine, ses çıkarmak ve eğlence amaçlı basit kimyasallardan üretilen havai fişek, maytap, torpil gibi ürünlerdir. İnsan vücudunda hasarı termal olarak ve patlama sonucu oluşan şok dalgasıyla verirler. Şok dalgaları elde daha çok parmaklarda fraktürlere, dislokasyonlara veya amputasyonlara neden olurken, termal hasar sonucu yumuşak doku ve nörovasküler yapılarda hasar gelişmektedir. Farklı mekanizmalarla genellikle birkaç parmağın veya elde farklı bölgelerin yaralanmasının birlikte görüldüğü bu hastalarda, kliniğine göre farklı tedavi ve rekonstrüksiyon yöntemlerinin kullanılması gerekmektedir. Bu çalışmamızda kliniğimizde el bölgesinde düşük enerjili patlayıcılar ile gelişen yaralanmalarda tedavi deneyimlerimiz sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem: 2015-2016 yılları arasında kliniğimize düşük enerjili patlayıcı sonrası izole el yaralanması olan 5 hasta çalışmaya dahil edildi. Preoperatif değerlendirmeler klinik muayene ve direk grafi ile yapılırken, yaralanma bölgesi en az 2 litre izotonik sodyumla irriye edildikten ve tetanoz profilaksisi yapıldıktan sonra aynı günde operasyona alındılar. Post operatif istirahat splintine alınarak geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi aldılar. Hastalara post operatif 1 hafta günlük yara bakımı yapıldı. Açık yara iyileşmesinin sağlanmasının ardından el fizyoterapisine yönlendirildiler.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 34.2>idi (8-75). Hastaların 2 si kadın 3ü erkekti. Yaralanmaların 4 ü torpil patlaması sonucu, 1'i havai fişek patlamasıyla gerçekleşmişti. Tüm hastalarda tek el etkilenirken etikelen parmak sayısı ortalama 2 (1-3) iken 2 hastada phalanks kırığı 1 hastada dislokasyon 1 hastada tip amputasyonu ve tüm hastalarda yumuşak doku defekti ve nörovasküler hasar mevcuttu. Yumuşak doku onarımları primer onarım, thenar flep, v-y ilerletme flebi, tam kalınlıkta deri grefti gibi farklı rekonstrüksiyon yöntemleriyle yapıldı. Kemik fiksasyonu K teli ile sağlandı. Ortalama hospitalizasyon süresi 2.8 (0-5) gündü. Herhangi bir flep kaybı ve gözlenmezken 1 hastada mallet finger komplikasyon olarak görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Düşük enerjili patlayıcı yaralanmaları

etkilerini patlama sonrası oluşan basınç dalgası ve yakıcı termal hasar sonucu gerçekleştirirler. Patlayıcıya olan mesafe ve temas hasarın şiddetiyle ters orantılıdır. Basınç dalgaları yumuşak dokuları diseke edici laserasyonlardan, eklem dislokasyonları, tendon avülsiyonları, kemik fraktürleri veya amputasyonlara varan bir gerçevede hasara neden olmaktadır. Literatürde en çok distal tip amputasyonları bildirilmiştir. Cilt fleplerinde termal hasar sonucu takip döneminde kayıplar gelişebileceği unutulmamalıdır. Serimizde erken dönemde agresif debridmanlardan kaçınılmış, yumuşak doku defektleri mevcut dokuların gergin olmadan yaklaştırılması ve kalan alanların tam kalınlıkta deri greftleriyle veya rejyonel fleplerle onarılmasıyla sağlanmıştır. Post operatif günlük pansumanlarla takip edilmiştir. Serimizde ortalama iyileşme süresinin yaklaşık 3 hafta olması literatürle uyumludur. Sonuç olarak düşük enerjili patlayıcılar, her yaşta kişiyi etkileyebilmekte genellikle birden fazla parmağın kemik ve yumuşak dokularında hasara neden olmaktadır. Tedavide kemik fiksasyonun sağlanması, agresif debridmanlardan kaçınılması, cilt fleplerinin yaklaştırılması ve rekonstrüksiyonun ihtiyaca göre planlanması gerektiğini düşünüyor ve ortalama iyileşme sürelerinin ve olası komplikasyonların tedaviye başlamadan önce hastalara bildirilmesinin, tedaviye adaptasyon ve motivasyon açısından tedavi sürecine katkısı olacağını düşünüyoruz.

Referanslar

1. Al-Qattan M, Al-Tamimi AS. Localized hand burns with or without concurrent blast injuries from fireworks. Burns 35(2009) 425-429
2. Kankaya Y, Oruc M, Uysal A, Kocer U. Multiple closed flexor tendon avulsions from their insertions by high energy explosion. J Hand Surg 2006;31B:663-4.

Resim 1-2-3



Resim 1: Karpozometarsal dislokasyon ve 4. parmakta tip amputasyonu olan torpil yaralanması ve post operatif 1. ay görünümü



Resim 2: 4. parmak distalinde tam kalınlıkta yumuşak doku yaralanmasının tenar fleple onarımı ve post operatif 4. ay görünümü



Resim 3: 1. parmakta distal kırık ve 3. parmakta geniş yumuşak doku hasarının K teli ve cilt flapsi ile tam kalınlıkta deri grefti ile onarımı sonrası 3. ay görünümü

Hastaların dağılımı

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği
38. Ulusal Kurultayı

	Cinsiyet	Yaş	Etkilenen Bölge	Rekonstrüksiyon	Komplikasyon
Hasta 1	E	75	1 ve 3.parmak	kemik fiksasyonu, tam kalınlıkta deri grefti	-
Hasta 2	K	8	1 ve 4. parmak palmar bölge	eklem kapsülü onarımı, v-y ilerletme flebi	skar kontraktürü
Hasta 3	E	54	3 ve 4.parmak	k teli ile fiksasyon ve tenar flep	çekiç parmak
Hasta 4	K	18	2. parmak	primer onarım sinir onarımı	parestezi
Hasta 5	E	16	2.parmak	primer onarım	-

düşük enerjili patlayıcı ile yaralanan hastalar ve tedavi sonuçları

S037

Parmak Defektlerinin Pediküllü Rejyonel Flepler İle Onarımı; Klinik Deneyimlerimiz

Musa Kemal Keleş¹, Enis Mert¹, Uğur Horoz¹, Bekir Ünal¹, Ali Teoman Telliöğlu²

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

²Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara; Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Parmak defektlerinin onarımı el cerrahisinin zorlayıcı problemlerinden biridir. Travma sonrası oluşan parmak defektlerine ve replantasyonun mümkün olmadığı ezici tipte yaralanmalarda gelişen parmak ucu defektlerine acil serviste sıkça rastlanmaktadır. Bu defektler sekonder iyileşmeden serbest flep ile onarıma kadar rekonstrüktif merdivenin farklı aşamalarındaki yöntemlerle tedavi edilebilirler(2,4). Bu çalışmada parmak defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullandığımız pediküllü rejyonel fleplerin klinik değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem ve Gereçler: Çalışmaya Ağustos 2015 ve Temmuz 2016 tarihleri arasında, kliniğimize travma sonrası oluşan parmak defekti nedeniyle başvuran ve rekonstrüksiyonda pediküllü rejyonel flepler ile onarım yaptığımız 14 hasta dahil edildi. Hastalar acil serviste değerlendirildikten sonra akut dönemde opere edildi. Defektlerin rekonstrüksiyonunda homodijital nörovasküler ada flebi, heterodijital nörovasküler ada flebi, 1. ve 2. dorsal metakarpal arter bazlı ada flepleri kullanıldı. Postoperatif dönemde hastalara rutin antibiyoterapi verildi. Yatarak tedavi sonrası hastalar poliklinikte takibe alındı. Hastalara postoperatif ikinci haftadan sonra fizik tedavi uygulandı. Hastaların klinik iyileşmeleri dokümanite edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 14 hastanın 13'ü erkek, 1 tanesi ise kadın olup yaş ortalaması 40 idi. Hastaların tümü acil servise travma sonrası oluşan parmak defekti nedeniyle tarafımıza başvurmuştu. Rekonstrüksiyonda kullanılan fleplerin içinde, ters akımlı homodijital nörovasküler ada flebi, 6 hastada uygulanılması ile en fazla kullanılan flepti. Ters akımlı homodijital ada flebini, düz akımlı homodijital nörovasküler ada flebi (3 hastada), heterodijital nörovasküler ada flebi (2 hastada), 1. dorsal metakarpal arter ada flebi (2 hastada), 2. dorsal metakarpal arter ada flebi (1 hastada) takip etmekteydi. Postoperatif dönemde bir vakada total flep kaybı olurken (1. dorsal metakarpal arter ada flebi), bir vakada ise venöz yetmezlik sonrası

parsiyel flep kaybı (2. dorsal metakarpal arter ada flebi) izlendi. Diğer vakalar sorunsuz olarak iyileşti.

Sonuç: El yaralanmaları sonucu oluşan parmak defektlerine acil serviste sık rastlanmaktadır. Parmak defektleri rekonstrüksiyon aşamasında cerrahi zorlayan yaralanmalar olup tedavilerinde bir çok farklı seçenek bulunmaktadır(4). Pediküllü rejyonel flepler ile tek aşamada rekonstrüksiyon sağlanmaktadır. Bu fleplerin bazıları duyulu olarak dizayn edilerek rekonstrüksiyon bölgesinin duyulanımı da sağlanabilmektedir(4). Flep donör sahaları genellikle primer kapamaya uygun olmayıp tam kalınlıkta deri grefti ile kapatılması gerekebilir. Ancak el dorsumundan planlanan fleplerin donör alanları primer kapamaya daha uygundur. Tek aşamada onarım, minimal donör alan morbiditesi ve uygun planlandıklarında güvenli dolaşıma sahip olmaları bu fleplerin başlıca avantajlarıdır(1,4). Tek taraf dijital pedikülün sakrifiye edilmesi ve erken dönemde rotasyona bağlı olabilecek venöz yetmezlik gelişmesi ise bu fleplerin dezavantajları arasında sayılabilir(1,3,4). Parmak defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılan rejyonel ada flepleri serbest fleplere göre teknik olarak daha basit olmaları, iki seanslı interpolasyon fleplerine göre daha yüksek hasta konforuna sahip olmaları açısından uygun bir seçenek olarak ön plana çıkmaktadır.

Heterodijital anterograd nörovasküler ada flebi A-İntraop B-Postop 2. Hafta



S038

Aksiller Bölge Rekonstrüksiyonunda Pediküllü ve Perforatör Fleplerin Kullanımı ve Diğer Rekonstrüksiyon Seçeneklerine Üstünlükleri ve Dezavantajları

Özay Özkaya Mutlu, Ahmet Dilber, Özlem Çolak,
Kadir Tasasız
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Aksilla üst ekstremité ve klavikula ile toraks duvarı arasında üçgen piramid biçiminde bir boşluktur. Aksillada göğüs duvarı ve kola giden damarlar, aksiller arter ve ven ile bunların dalları, sinirler, brakial pleksusun infraklaviküler bölümü ve dal-ları, bazı interkostal sinirlerin lateral dalları, lenf düğümleri, yağ dokusu ve gözele doku bulunur. Aksiller bölge defektlerinin rekonstrüksiyonu bir çok önemli yapının bu bölgede yer almasından dolayı zor ve önemlidir. Bu bölgenin rekonstrüksiyonunda bir çok farklı teknik tanımlanmıştır. Bizim amacımız pediküllü ve perforatör flepler kullanılarak aksiler bölge rekonstrüksiyonunda deneyimlerimizi sunmaktır.

Hastalar ve Yöntem: Çalışmamıza 2011 Ocak ve 2015 Haziran arasında aksiler hidradenitis süpürativa, yanık sonrası skar ve kontraktür, nüks veya aksillaya invaze meme kanseri veya deri kanseri nedeniyle opere edilen 20 hasta dahil edildi. Hastalar 15 ile 83 yaş aralığında olup yaş ortalaması 42.8 idi. Tüm defektler fleple rekonstrükte edildi. Grefle onarım yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: Aksiller bölgede defektlerin sebebi en sık olarak hastaların %50'sinde (n:10) hidradenitis süpürativa eksizyonu, daha sonra hastaların %25'inde nüks veya invaziv meme kanseri eksizyonuydu. Cerrahi prosedür olarak en sık torakodorsal arter perforatör flebi uygulandı. Defektlerin %35'i (n:7) torakodorsal arter perforatör flebiyle rekonstrükte edilirken, ikinci sıklıkla hastaların %20'sine (n:4) pediküllü latissimus dorsi flebi, %20'sine (n:4) paraskapuler flep uygulandı. Hastaların %80'inde (n:16) herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Komplikasyon gelişen 4 hastanın 2'sinde parsiyel flep kaybı, 1 hastada total flep kaybı, 1 hastada hematoma görüldü.

Tartışma: Primer onarım, deri grefti, rotasyon, ilerletme veya transpozisyon flepleri, pediküllü flepler veya perforatör flepler aksilla rekonstrüksiyonunda kullanılabilir. Grefle onarımın ekspoze yapıların üzerini örtememek ve uzun dönemde kontraksiyon riskinin fazla olması, Transpozisyon fleplerinin geniş kontraktürü olan hastalarda serbestleme için yetersiz kalması ve flep distal ucunda nekroz görülebilmesi gibi dezavantajları vardır. Özellikle aksilla defekti büyük olan hastalarda, damar veya sinir gibi yapıları ekspoze olan hastalarda pediküllü veya perforatör fleplerle rekonstrüksiyonun avantajlı olduğunu düşünüyoruz.

S039

Fasial Paralizide Masseter Kas Transferi ve Zygomaticus Major Kas Yön Değiştirilmesinin (Rerouting) Birlikte Kullanımı

Mehmet Veli Karaaltın, Murat Diyarbakırlıoğlu
Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Giriş: Fasial paralizide alt yüzde meydana gelen fonksiyonel ve estetik problemler birçok hastanın sosyal yaşantısında ciddi sorunlara neden olmaktadır. Alt yüzde meydana gelen bu değişiklikler gülüş sırasında küçük asimetrilere, istirahat halinde belirgin asimetrelere kadar geniş bir yelpazede olabilmektedir. Alt yüz fasiyal reanimasyonunda uygulanacak yöntem hastaya göre belirlenmelidir. Çalışmamızda dinamik gülüş rekonstrüksiyonu amacıyla masseter kas transferi ve zygomaticus major kas yön değiştirilmesi (rerouting) birlikte kullanılmıştır.

Hastalar ve Metod: 2013-2016 yılları arasında 18 hastada dinamik gülüş rekonstrüksiyonu için masseter kas transferi ile birlikte zygomaticus major kas yön değiştirilmesi birlikte uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 24>tü. House-Brackmann skorlamasına göre hastaların 13>ü House-Brackmann evre 3, 5 tanesi ise House-Brackmann evre 4 idi. Hastaların 13 tanesinde alt ve üst göz kapak reanimasyonu için temporal kas transferi de aynı seansta uygulandı. Postop 1. haftadan itibaren hastalara ayna karşısında egzersiz başlatıldı.

Sonuçlar: Evre 3 hastaların 12'sinde evre 2>ye, evre 4 hastaların tamamında ise evre 3>e ilerleme izlendi. Evre 3 hastalardan 1'inde değişiklik izlenmedi. (Hastaya revizyon ameliyatı planlanıyor).

Tartışma: Masseter kas transferi fasial paralizi hastalarında dinamik gülüş rekonstrüksiyonu için uygulanan etkin bir yöntemdir. Dinamik rekonstrüksiyonla beraber yanak bölgesinde meydana gelen dolgunluk, fasial paralizi sonrası meydana gelen atrofik görünümün düzeltilmesi anlamında sekonder bir kazancı da beraberinde getirir. House-Brackmann evre 3-4 hastalarda minimal olan zygomaticus major kas fonksiyonu da kasın yeniden yönlendirilmesi (rerouting) ile daha etkin şekilde kullanılır. Kısa ameliyat süresi, mikrocerrahi gerektirmemesi gibi avantajları da göz önünde bulundurularak masseter kas transferi ve zygomaticus major kas yön değiştirilmesi tekniklerinin beraber kullanımının house-brackmann evre 3 ve 4 hastalarda başarılı sonuçlar verdiği söylenebilir.

S040

**Kulak Kepçesi ve Kulak Çevresi
Defektlerin Retroauricular Perforator
Propellar Fleple Rekonstrüksiyonu**

**Nuh Evin, Gökçe Yıldırım, Osman Akdağ,
Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun**
*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Kliniği*

Giriş: Kulak kepçesi ve çevresindeki doku defektleri genellikle travma, onkolojik rezeksiyon ve konjenital eksilik nedeniyle oluşmaktadır. Bu defektlerin rekonstrüksiyonunda çeşitli cerrahi teknikler tariflenmiştir. Kulak arkası dokusu kulak kepçesi ve kulak çevresi defektlerin rekonstrüksiyonunda sıklıkla kullanılmaktadır ve en ünlülerinden biri Masson'un kulak kepçesindeki konka defektlerinin rekonstrüksiyonu için tariflediği retroauricular ada flebidir. Biz bu çalışmada kulak arkası dokunun "retroauricular perforator propeller flep" olarak kulak kepçesi ve kulak çevresi doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanımını sunacağız.

Hastalar Ve Yöntem: 2015-16 yılları arasında kulak kepçesi ve kulak çevresi defektleri nedeniyle opere edilen 8 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşları 15- 72 arasında olup ortalama yaş 55'ti. Rekonstrüksiyon 6 hastada kulak kepçesinde (3'ü Skuamöz hücreli karsinom:SCC, 1'i hayvan ısırığı, 2'si travma nedeniyle); diğer 2 hastada ise kulak arkası bölgede (SCC nedeniyle) yapıldı. Defekt alanları kulak kepçesi defektlerinde ortalama 8.4 cm², kulak arkasında ise 18.2cm² idi. Kulak kepçesi defektleri marginal defektler olup cilt ve kıkırdak rekonstrüksiyonu için iki aşamalı onarım planlandı, 1 hastada kostal kartilaj greft alınması ve adaptasyonu için üçüncü bir aşama yapıldı. Kulak arkası defektleri ise tek aşamada rekonstrükt edildi. Hastalar cerrahi sonrası en az 6 ay gözlemlendi.

Cerrahi Teknik: İlk iki aşama cerrahi işlemler sadece lokal anestezi altında yapıldı. Tümör hastalarında öncelikle onkolojik eksizyon, travma hastalarında ise debritleme yapılarak tam defekt alanı ortaya kondu. Defekt boyutlarına göre kulak arkası bölgeden flep tasarlandı.

1) Birinci aşama: Flebin defekte uygun tasarlanması, perforatör bazlı kaldırılması ve defekte kısmi ya da tamamen adaptasyonunu aşamasıdır. Öncelikle el dopleri yardımıyla kulak arkası bölgede Sternocleidomastoid kas(SCMM) origosuna yakın en güçlü posterior auricular arter (PAA) perforatörü işaretlendi. Defekt ebatlarına uygun olarak flep çizildi. Flep lateral kenarı genellikle kulak arkası saç çizgisi olarak tasarlandı. Flep lateral ve distal kenardan başlanarak eleve edildi. Elevasyon esnasında greater auricular, lesser occipital ve auricularis magnus sinirleri korundu. Flep tüm kenarlardan serbestlenerek, perforatör tabanlı 180 derece döndürüldü ve defekte adapte edildi. Kulak kepçe defektlerinde adapte edilen flep bölgesi rekonstrükt edilen kulak alanının ön yüzeyi(anterior auricular surface) olarak tasarlandı. Kuak defekt alanının arka yüzeyi ise(posterior auricular surface) geriye kalan flep kısmıyla ikinci seansta rekonstrüksiyonu planlandı. Kulak çevresi defektleri ise tek aşamada rekonstrükt edildi. Donör alan primer kapatıldı.

2) İkinci aşama: Kıkırdak rekonstrüksiyonu ile flep ayrılması ve adaptasyonu aşamasıdır. İlk aşamadan 3 hafta sonra yapıldı. Flep pedikülden ayrıldı ve ters akımlı beslenmesi sağlandı. Flebin iç yüzüne defetting yapıldı. Diğer kulak konkasından defekte uygun kıkırdak greft elde edildi. Kıkırdak greft helikal konturu sağlamak için defekte adapte edildi. Ardından flep helikal kıkırdak greft üzerinden 180 derece dönderilerek kulak kepçesinin arka yüzeyine adapte edildi. Pedikül tabanı primer suture edildi. 3) Üçüncü aşama: Kulak kepçesi üst 2/3 rekonstrüksiyonu

yapılan bir travma hastasında kostal kartilaj grefti ile kıkırdak doku rekonstrüksiyonu üçüncü aşamada gerçekleştirilmiştir. Bu hastada da diğer iki aşama lokal anestezi ile gerçekleştirilmiş olup kostal kartilaj grefti alınan bu aşama genel anestezi altında yapılmıştır.

Sonuç: Cerrahi sonrası hematoma, dehisens, enfeksiyon ve flep kaybı görülmedi. 1 hastada flepte ödem ve distal uçta siyanoz görüldü ancak 48 saatte düzeldi. 1 travma hastasında post op 8. ayda kontrite bağlı kulak şekil bozukluğu gelişti ancak hasta ek cerrahi kabul etmedi. Hastaların hepsinde saç çizgisine yakın skar sorunsuz iyileşti.

Tartışma: Kulak kepçesi tümör ve travmaları genellikle tam kat kondrokutanöz defektlere neden olmaktadır. Kulak arka bölgesi cildi renk, doku uyumu, kalınlık, defekte yakınlık, kullanılabilir olması ve skar dışında donör alan morbiditesi olmaması nedeniyle kulak kepçesi ve çevresi defektlerinin rekonstrüksiyonunda perforatör propellar flep olarak alternatif bir rekonstrüksiyon seçeneği olarak kullanılabilir.

S041

**Baş Boyun Bölgesindeki Skar ve
Alopesilerin Foliküler Ünite
Transplantasyonu ile Kamuflajı**

**Nuh Evin, Cemil Işık, Osman Akdağ,
Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun**
*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Kliniği*

Giriş: Baş boyun bölgesinin kıl içeren estetik ünitelerindeki skar ve alopesiler genellikle travma, yanık ve cerrahiye sekonder meydana gelmektedir. Bu skatrasiyel alopesiler sonrası facial simetride bozulmanın yanı sıra kozmetik ve psikolojik problemlerde gelişebilmektedir. Bu skarların tedavisinde skatrizan pomadlar, lazer tedavileri ve cerrahi skar revizyonlarına kadar bir çok tedavi seçeneği kullanılmaktadır. Ancak bu tedavi yöntemleri ile mevcut skarı yok etmek zor olduğu kadar; alopesiyide tedavi etmek mümkün değildir. Biz bu çalışmada baş boyun bölgesindeki skatrasiyel alopesilerin saç ve sakal bölgesinden yapılan foliküler ünite transplantasyonu ile kamuflajını sunmaktayız.

Hastalar Ve Yöntem: 2015-16 yılları arasında 13'ü travma sonrası, 14'ü ise yarık dudak onarımı sonrası oluşan skarları tedavi edilen 27 hasta çalışmaya dahil edildi. 13 hastanın sırasıyla 4'ü skalp, 2'si favori, 3'ü kaş ve 4'ü sakal bölgesinde travmaya bağlı skatrasiyel alopesiye sahipti. Diğer 14 hasta ise dudak damak yarığı hastası olup; 6 hastada unilateral filtrum skarı, 7 hastada bilateral filtrum skarı ve prolabial alopesi mevcuttu. Bilateral filtrum skarı ve prolabial alopesi olan hastaların biri abbe flep donör alan skarına da sahipti. Tüm hastalarda öncelikle alıcı alanlar; skar genişliği ve matüritesi, gerekli donör greft sayısı, yapılacak ekimin açısı ve yönü bakımından değerlendirildi. Donör alan olarak skalp, faul ve kaş bölgesi skarları için occipital ve post aurikuler skalp bölgesi seçilirken; bıyık ve sakal bölgesi skarları için öncelikle submental sakal bölgesi, yeterli donör sakalı olmayanlarda ise yine skalp seçildi. Donör ve alıcı alanlara tümesan solüsyonu infiltre edildi. İskemi süresini kısaltmak için bir ekip foliküler üniteleri mikromotor ve punch yardımıyla ihtiyaç dahilinde ekstrakte ederken; diğer bir ekip Choi implanter yardımıyla alıcı alana transplante etti. Transplantasyon aşamasında

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

38. Ulusal Kurultayı

greftler normal salinde +4 derecede muhafaza edildi. Tüm hastalar aynı gün analjezik ve antibiyotik ile taburcu edildi. Post op 3. günde alıcı alanlar yıkandı. Hasta 2. hafta 1., 3., 6., 12. aylarda kontrole çağrıldı ve fotoğrafları çekildi. İşlem sonrası 1. yılda greft sağ kalımı ve hasta memnuniyeti sırasıyla Microsoft paint programı ile yapılan greft sayımları ve hasta memnuniyet skalası(-1:memnun değil, 0:nötr, 1:orta, 2:iyi, 3: çok iyi derecede memnun) ile değerlendirildi.

Sonuç: İşlem sonrası erken dönemde major komplikasyon görülmedi, tümöstan infiltrasyonuna bağlı geçici ödem ve basit analjeziğe yanıt veren ağrı görüldü. Geç dönemde ise yalnız 1 dudak damak yarığı hastasında epidermal inklüzyon kisti gelişti, folikül ve kist eksize edilerek tedavi edildi. Tüm greftlerde sağkalım ortalama %86 oranındaydı. 20 hasta çok iyi, 7 hasta iyi derecede memnun olup; memnun olmayan hasta yoktu.

Tartışma: Baş boyun bölgesinin estetik ünitelerindeki skatrasiyel alopesiler uğraşması zor bir problem olup hastanın sosyal ve psikolojik durumunu etkilemektedir. Skatrasiyel alopesilerin kamuflej ve tedavisinde foliküler ünite ekstraksiyon teknik(FUE) saç ve sakal transplantasyonu kolay, maliyeti düşük, minimal invaziv, memnuniyeti ve başarı oranı yüksek alternatif bir tedavidir.

S042

Dudak Kanserlerinde Boyun Lenf Nodlarının Evrelere Göre Tutulumu ve Uygulanan Rekonstrüksiyonların Fonksiyonel Sonuçlarının Retrospektif Analizi

Özay Özkaya, Akif Ayberk Akçay, İlker Üşçetin
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Dudak sahip olduğu yeme, içme, konuşma, mimik hareketleri, salgı ve salyanın kontrolü, oral kompetans ve duyu gibi bir çok fonksiyonu olmasından ve aynı zamanda yüzün estetik ünitelerinin yapısına katılmasından dolayı, form ve fonksiyonun korunması önem taşır. Tüm bu amaçların yanında dudak kanserlerinin cerrahisinde bölgesel lenf nodlarının yönetimi, ve hastanın sürvisinin artırılmasına yönelik kanser evrelemesinin doğru yapılması şarttır. Bu çalışmada, kliniğimizde dudak kanseri nedeniyle opere edilen hastaların tedavi protokolleri ile birlikte lenf nodu ve sistemik yayılım yüzde oranlarının belirlenmesi, yapılan tedavilerin surviye katkısının belirlenmesi, rekonstrüksiyon sonrası elde edilen fonksiyonel ve estetik sonuçların karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Method: Ocak 2010-Temmuz 2016 tarihleri arasında kliniğimizde tedavileri yapılan 60 dudak kanseri olgusu çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, tümörün histopatolojik özellikleri, yerleşim yeri, TNM sınıflamasına göre evresi belirlendi. Klinik TNM ye göre primer tümöre yönelik ve boyun lenf nodlarına yönelik yapılan operasyonlar belirlendi. Hastaların nihai operasyon sonrasında patolojik evresi, onkolojik tedavileri ve survileri ile birlikte dudağa uygulanan rekonstrüksiyon işlemlerinin fonksiyonel ve estetik sonuçları geriye yönelik gözden geçirildi.

Sonuç: Olguların yaşlarının ortalaması 66.3 yıl olup, 40 ı erkek 20 si kadın idi. Histopatolojik olarak tümörlerin 11 i

BCC, 49 tanesi SCC olarak raporlandı. Lezyonların 12(%20) si üst dudak, 45(%75) tanesi alt dudak 3(%5) tanesi oral kommisurda yerleşim göstermekte idi. SCC tanılı hastalarda tümör, klinik T lerine göre 0.5-1 cm sağlam cerrahi sınır ile eksize edildi.Onarım yöntemleri olarak 20 hastada wedge rezeksiyon primer onarım, 40 hastada çeşitli flepler ile rekonstrüksiyon yapıldı. Flep ile onarımlar içinde en sık yapılan flep çeşidi karapandzic+schuart(%17.5) flebi idi. 20 olguya boyun diseksiyonu yapıldı.Sentinel lenf nodu biyopsisi yapılan 5 olguda ise frozen sonucunun negatif gelmesi üzerine boyun diseksiyonu planlanmadı. Dudak kanserlerinde oral mukozanın tamiri önemlidir. Oral mukozaya tamirinde primer onarım veya mukozal ilerletme flepleri ile rekonstrüksiyon sağlanmıştır.Yapılan cerrahi sonrası klinik olarak olguların 22 si(%36.6) T1 tümör, 24(%40) ü T2, 8(%13.3) i T3, 6 sı(%10) T4 tümör olarak raporlandı. Toplamda 46(%76.6) olgu erken evre (T1-T2), 14(%28.3) olgu ise ileri evre(T3-T4) olarak değerlendirildi. Lenf nodu diseksiyonu yapılan hastaların diseksiyon materyallerinin patoloji raporlarına göre 1 olgu N1, 5 olgu ise N2 olarak raporlandı.40 adet scc olgusunun yüzde 2.5 i N1, yüzde 12.5 u N2 olarak saptandı. Hastalar postoperatif ilk 3 ay boyunca aylık daha sonraki ilk 1 yıl 3 ayda bir ve daha sonra da 6 aylık periyotlarda fizik muayene ve boyun usg ile takip edildi. Dudak kanserli hastalar cerrahi tedavi sonrası radyasyon onkolojisine konsulte edildiler.9 hasta postoperatif radyoterapi gördü. Çalışmaya alınan hastalardan 6 tanesinin uzun dönem takiplerinde ex olduğu 1 tanesinin ise postop alındığı yoğun bakımda kardiyak nedenlerden ex olduğu görüldü. Karapandzic flebin ise özellikle %30 un üstündeki defektlerde mikroostomi yapabilmesine karşın kommisuru nispeten daha az rahatsız etmesi, foldlara dik skarlar içermemesi ve çoğunlukla oral sfinkter fonksiyonunu olmasi nedeni ile fonksiyonel ve estetik sonuçların kabul edilebilir olduğu izlendi. Bütün bu değerlendirmelere rağmen defektin %60 dan büyük olduğu yada dudak ve perioral bölgenin estetik ünitelerinin eksizyonunu gerektiren geniş lezyonlarda estetik sonuçların düşünülmeden ve fonksiyonel iyileştirmelerin sonraki seanslara bırakılabileceği de düşünülerek, serbest doku aktarımları ile onarım yapmanın ve bu onarımları sonradan ek seanslar ile revize edilebileceğinin farkında olarak kullanılacak flebin ona göre seçilmesi, gerekirse yumuşak doku ile birlikte kemik rekonstrüksiyonunda gelecekteki fonksiyonel sonuçlar içinde değerlendirilerek yapılması önerilir

Tartışma: Dudak kanserleri ileri yaşta ve sıklıkla erkeklerde görülmektedir.Erken evre tümörlerde tedavi sonrası uzun sağkalım mümkündür. Dudak kanserlerinden skuamöz hücreli karsinomlar dudak için en sık görülen varyantdır ve çoğunlukla alt dudakta yerleşir. Bazal hücreli karsinomlar ise daha çok üst dudakta olma eğilimindedirler.Dudak kanserlerinin tedavisinde değişik görüşler ve uygulamalar vardır. Cerrahi tedavi radyoterapiye oranladaha sık tercih edilir. (2).Dudak kanserlerinin cerrahi tedavisinde önerimiz N0 boyunlu primer tümörün en az 1 cm sağlam doku ile beraber çıkarıldıktan sonra,dudağın fonksiyonu ve görünümünü en az bozulacak şekilde komşu dokularla defektin kapatılarak rekonstrüksiyonun sağlanmasıdır. Ayrıca boyunda lenf nodu tutulumu olan,rekürrens gösteren,T3 ve daha büyük tümörler,kommisur tutulumlu tümörler ile high grade tümörler için boyun diseksiyonunun ilave edilmesinin sürviyi uzatmak için gerekli olduğu düşünülmektedir(2) Bizim çalışmamızda da ileri evre olarak kabul edilen T3 ve T4 tümörlü olgularda, preoperatif klinik olarak palpabl lenf nodu olan,görüntüleme yöntemleri ile boyunda patolojik görünümlü lenf nodu saptanan hastalar için supraomohyoid veya modifiye radikal boyun diseksiyonu uygulanmıştır.Çalışmamızda boyun diseksiyonu yapılan 20 olgunun 6 tanesinde(%30) cerrahi olarak patolojik lenf nodu varlığı saptanmıştır.Boyun diseksiyonu yapılan 20 olgu içinde primer tümörün büyüklüğü ile boyun metastazı arasında ilişki olduğu saptandı.Bu ilişki incelendiğinde

T1 ve T2 lezyonlu 10 adet erken evre kanser olgusunun 2 tanesinde (%20) boyun metastazı olduğu, buna karşın T3-T4 tümörlerde ise 10 olgusun 4 tanesinde (%40) boyun metastazı olduğu izlendi. Bu bulgular ışığında özellikle T3-4 tümörlerde boyun diseksiyonu yapılması ve postoperatif radyoterapi verilmesi önemlidir. Buna karşın T1-T2 lezyonu olan hastalarda da önemli oranlarda patolojik lenf nodu pozitifliği olabileceği izlenmiştir

Tablo 1

Karapandzic+schuart flep	7 olgu	%17.5
Karapandzic flep	5	%12.5
Schuart ilerletme	5	%12.5
Estlander flep	4	%10
Serbest radyal ön kol flebi	4	%10
Estlander+schuart flep	3	%7.5
Nazolabial ilerletme	2	%5
Fujimori gate flep	2	%5
Rotasyon flebi	2	%5
Servikofasyal flep	1	%2.5
Depresör anguli oris flebi	1	%2.5
Bernard burow webster modifikasyonu	1	%2.5
Abbe flep	1	%2.5
Serbest fibula flebi	1	%2.5
Mukozal ilerletme	1	%2.5
Toplam	40 OLGU	%100

Flep ile onarımlar içinde en sık yapılan flep çeşidi karapandzic+schuart(%17.5) flebi idi. Diğer flepler tablo 1 de yer almaktadır.

S043**Fronto-orbital İlerletme Sonrası Oldukça Nadir Bir Komplikasyon: Heubner'in Rekürren Arteri Enfarktı**

Mert Çalış¹, Zeynep Öz¹, İlkey Işııkay², Ersoy Konaş¹, Burçak Bilginer², Gökhan Tunçbilek¹

¹Hacettepe Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

²Hacettepe Üniversitesi Nöroşirürji Anabilim Dalı

Yaşa ve kraniyal deformitenin tipine bağlı olarak kraniosinostozlara değişik kraniyal kubbe yeniden şekillendirme teknikleri uygulanabilmektedir. Bu operasyonların intrakraniyal komplikasyonları arasında postoperative hipertermi, subgaleal kanama, ampiyemler, dural yırtıklar, serebrospinal sıvı kaçakları ve serebral kontüzyon yer almaktadır. İntravenöz yol enfeksiyonu, üriner sistem enfeksiyonu ve solunum yolu enfeksiyonları da ekstrakraniyal komplikasyonlardır (1). Bizim bu olgu sunumumuzda kraniyoplasti sonrası oldukça nadir görülen Heubner'in rekürren arter enfarktından bahsedilmektedir.

Olgu Sunumu: 18 aylık erkek hastaya metopik sütür sinostozu nedeniyle supraorbital bar ve frontal kemik şekillendirmesi yapıldı. 4. kardeş olan hastamızın ailesinde

nörolojik hastalık veya kraniosinostoz hikayesi yoktu. Olaysız bir gebeliğin ardından hastamız 40. haftada, eşzamanlı fallop tüpü ligasyonu yapılabilmesi amacıyla sezaryen ile doğmuştu. Doğum kilosı 3500 gramdı. Hasta, kliniğimize 3 aylıkken trigonosefali nedeniyle başvurdu ve kraniofasyal ekibi tarafından takibe alındı. 15 aylıkken demir eksikliği anemisi geçiren hasta uygun şekilde tedavi edildi. Hastamızın preoperative hemoglobin 10,7 gr/dL, hematokriti %34,8 ve MCV'si 70,8 fL idi. Elektrolitleri de normal sınırlardaydı. Oftalmolojik ve ekokardiyogram ile yapılan kardiyolojik değerlendirmede herhangi bir anormallik saptanmadı. Operasyon esnasında dural yırtık veya kanama olmadı. Hastaya intraoperative 100 cc eritrosit süspansiyonu ve 150 cc taze donmuş plazma transfüzyonu yapıldı. Postoperatif izlem amacıyla hasta çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı ve Postoperatif solukluk ve taşikardisi gelişen hastaya yapılan tam kan sayımında hemoglobin 8,2 gr/dL olarak bulundu. Anemisi için 10 cc/kg eritrosit süspansiyonu ve periorbital ödemi için 2 cc/kg metilprednizolon tedavisi verilirken antibiyotiğe devam edildi. Transfüzyon sonrası hastanın taşikardisi geriledi ve hemoglobin 14 gr/dL'ye yükseldi. Hasta postoperative 2. gün yoğun bakımdan servise devredildi. Postoperatif 3. günde hastanın gülüşünde asimetri ve sol ekstremitelerinde güçsüzlüğü olduğu fark edildi. Nörolojik muayenede sol santral fasyal paralizi ve sol ekstremitelerde 4/5 hemiparezi saptandı. Hastanın bilinç durumu normaldi. Acil bilgisayarlı tomografi çekildi ve Heubner'in rekürren arteri tarafından beslenen sağ bazal ganglia ve internal kapsül çevresinde hipodens bir infarkt alanı saptandı. İnme tanısı konan hasta hematolojiye danışılarak 2x0,12 cc düşük molekül ağırlıklı heparin (enoksaparin sodyum) tedavisi başlandı. Trombofili açısından kan tahlilleri yapıldı. Protrombin zamanı, active parsiyel tromboplastin zamanı, D-dimer ve fibrinojen seviyeleri normaldi. Faktör V Leiden, Protrombin ve PAI mutasyonları için PCR analizleri sonuçları da normal geldi; ancak MTHFR 677 mutasyonu için olan sonuç heterozigot olarak bulundu. Hastanın semptomları enoksaparin tedavisinden 2 gün sonra gerilemeye başladı ve post operatif 12. günde ailenin isteğiyle hasta taburcu edildi.

Tartışma: Kraniosinostozların tedavisi için hastanın yaşı ve deformitesine göre değişik teknikler uygulanabilir. Literatüre göre kraniofasyal cerrahide mortalite oranı düşüktür ve gerçekleştiği takdirde komplikasyonlar iyi şekilde iyileşir. Bu operasyonların intrakraniyal komplikasyonları arasında postoperative hipertermi, subgaleal kanama, ampiyemler, dural yırtıklar, serebrospinal sıvı kaçakları ve serebral kontüzyon yer almaktadır. İntravenöz yol enfeksiyonu, üriner sistem enfeksiyonu ve solunum yolu enfeksiyonları da ekstrakraniyal komplikasyonlardır (1). Nadiren hiponatremi, poliüri ve genel durum bozukluğuyla giden serebral tuz eksikliği sendromu da rapor edilmiştir (2). Kraniyal şekillendirmeye bağlı inme hiç rapor edilmemiştir. Heubner'in rekürren arteri (RAH) anterior serebral arterin bir dalıdır. İnternal kapsülün ön bacağı, globus pallidus, putamen, thalamus ve ünsinat fasikülün anterioru bu damar tarafından beslenmektedir. Bu damara ait inmelerde fasiyobrakial özelliklerinbaskın olduğu hemiparezi görülür (3). RAH kanaması iskemisinden daha sıklıkla görülür. Erişikilerde iyi tanımlanmış bir inme sendromu olmasına rağmen (3) çocuklarda görülmesi nadirdir. Literatürde bazal ganglia etrafında görülen iskemik, derecesi değişebilen diffüz serbral travmaya bağlıdır (3,4,5). Bizim hastamızda olduğu gibi, arterial felçler nöbet gibi ani semptomlar gösteren venöz felçlere göre daha aşamalı bir balangica sahiptir (6). Bizim olgumuzda belirgin preoperative ve intraperatif travma hikayesi yoktur. Hasta hemodinamik olarak instabil kalmamıştır ve intraoperative ya da postoperative intrakraniyal komplikasyon gözlenmemiştir. Bazal ganglia etrafında gözlenen bu nadir infarkt altta yatan bir durumla ilişkilendirilmiştir. Çocuklardaki inmeler genelde nadir etiyolojilerle ilişkilidir ve

bunların başında protrombotik durumlar gelmektedir (6). Protrombotik anomaliler açısından değerlendirilen hastada heterozigot MTHFR677T mutasyonu olduğu görülmüştür. İskemik inme patogeneğinde 677 C>T or 1298 A>C MTHFR mutasyonlarından hangisinin daha önemli olduğuna dair raporlar çelişkili olsa da homosisteinin vasküler metabolizma üzerindeki etkileri açıktır ve inme için bağımsız bir risk faktörüdür (7, 8, 9, 10). MTHFR 677 allelindeki mutasyonlar kanda artmış homosistein oranlarıyla daha fazla ilişkili olsa da Türk popülasyonundaki çalışmalar, iskemik inme hastalarında daha sık MTHFR1298C mutasyonu görüldüğünü ortaya koymaktadır (9). Literatürde iskemik inme için anti-trombotik ilaçların kullanımına sıklıkla rastlansa da çocuklarda kullanımına dair veriler azdır (11,12) ve kanama ve Reye sendromu gibi yan etkiler görülebilir (12). Benzer şekilde, trombolitik ajanların kullanıma dair veriler de azdır ve hemorajik komplikasyonlardan bahsedilmektedir. Diğer modalitelere kıyasla düşük molekül ağırlıklı heparin daha güvenli bir tedavidir (11, 12).

Sonuç: Uzun ameliyat süresi ve prosedürün santral sinir sistemine olan yakınlığı göz önünde bulundurularak preoperative ve postoperative olarak nörolojik durumun değerlendirilmesi ve herhangi bir semptom görüldüğünde hızlı müdahale çok önemlidir. Pıhtılaşma anomalilerine yönelik rutin preoperatif tetkikler tartışmalı olsa da kraniyal modelleme gibi riskli cerrahilerden önce yapılabilir.

S044

Faringeal Flep Ayrılması Yapılan Hastalarda Konuşma Sonuçları

Gökhan Sert¹, Mert Çalış¹, Mehtap Öztürk², Rıza Önder Günaydın³, Maviş Emel Kulak Kayıkcı⁴, Figen Özgür¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Ankara, Türkiye

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ABD, Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Ünitesi, Ankara, Türkiye

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ABD, Ankara, Türkiye

⁴Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü

Amaç: Velofaringeal yetmezlik(VFY) bulunan hastalarda günümüzde altın standart tedavi faringeal flep(FF) cerrahisidir. Faringeal flep ayrılması endikasyonu olan pek çok neden ile karşılaşılabılır; bunların arasında obstrüktif uyku apnesi, konuşmada bozulma, horlama şikayeti, orta yüz ilerletme planı gibi nedenler bulunur. Bu çalışmanın amacı FF ayrılması yapılan hastalardaki konuşma sonuçlarını değerlendirmektir.

Materyal ve Metod: VFY nedeniyle Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde 2010-2015 yılları arasında FF ile tedavi edilen hastaların FF ayrılması öncesi ve sonrasındaki konuşma sonuçları değerlendirilmiştir. Konuşma sonuçlarının preoperatif ve postoperatif olarak değerlendirilmesi için hastaların nazalans skorları kullanılmıştır.

Sonuçlar: 2010-2015 yılları arasında kliniğimizde FF ayrılması yapılan 9 hastanın 5 i (%55.5) kadın 4 ü (%44.5) erkek idi. 1 (%11.1) hastada damak uzatılması amacıyla

FF ayrılması Furlow palatoplasti ile kombine edildi. diğer 8 (%88.9) hastada yalnızca FF ayrıldı. Bütün hastalarda horlama şikayeti veya FF cerrahisi sonrasında konuşmada bozulma nedeniyle FF ayrılması yapıldı. Preoperatif ve postoperatif nazalans skorları test edilen bütün heceler için karşılaştırılabilir bulundu (p>0.05).

Tartışma: FF ayrılması cerrahisinin konuşma skorlarını olumsuz etkileyeceğine inanılsa da bu çalışmada VFY düzeltilmesi için yapılan FF cerrahisi sonrasında uzun dönemde ayrılan faringeal fleplerin konuşma sonuçlarını anlamlı olarak etkilemediği gösterilmiştir.

S045

Ortognatik Cerrahi Tekniğini Kolaylaştırıcı İpuçları ve Beraber Yapılabilecek Uygulamalar

Şeyda Güray Evin, Cemil Işık, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Çene-yüz bozuklukları (dentofasyal deformiteler) popülasyonun yaklaşık %20 sini etkiler. Dentofasyal deformitelerin düzeltilmesi ile daha sağlıklı bir çiğneme ve yutma fonksiyonu elde etmek, dişlerin doğru kapanış ilişkilerini sağlamak, çene açma kapama sorunlarını gidermek, temporomandibuler disfonksiyon ve ağrılarını gidermek, gelişim fazlalığı veya gelişim geriliğinden kaynaklanan yapısal bozuklukları düzenlemek ve kişinin normale yakın görünümüne dönmesine katkıda bulunmak için ortognatik cerrahi uygulamaları yapılmaktadır. Bu yazıda kliniğimizde 2009 ile 2016 yılları arasında yapılan 40 ortognatik cerrahi vakasına ait tecrübelerimiz doğrultusunda geliştirdiğimiz kolaylaştırıcı ipuçları ve beraberinde yapılabilecek işlemler sunulacaktır.

Hastalar ve Yöntem: Kliniğimizde 2009 ile 2016 yılları arasında yaşları 20 ile 32 arasında değişen ortalama yaşı 24 olan 40 hastaya (23K, 17E) ortognatik cerrahi yapılmıştır. Bunların 3 tanesi mandibuler retrognati, 4 tanesi orta yüz geriliği olan class 3 hastalar, 2 tanesi laterognati, 31 tanesi ise Class 3 kapanışa sahip hastalardır. Bu hastalardan 2 tanesine ortognatik cerrahi ile birlikte septoplasti, 2 tanesine dil ucu eksizyonu yapıldı. 15 adet hastada mandibuler SSRO hattının fiksasyonu için nonrigit bir yöntem olan tek vidalama kullanıldı. Maksiller osteotomi hatları kurşun kalem ile belirlendi, osteotomi hatları oluşturulduktan sonra geçici plağa okluzal uyumun sağlanması için yumuşak doku gerilimini yenmek amaçlı kemik forsepsler ile kemiğe uzun süreli güç uygulandı. Ağız içi insizyon hatlarının sütürasyonu sırasında üsdudak augmentasyonunu arttırmak amaçlı v- y kapama yöntemi kullanıldı.

Sonuç: Ortognatik cerrahi yapılan hastaların tümü estetik görünümünden memnundu. Hastalardan bazıları optimum diş ilişkilerinin sağlanabilmesi için ortodonti tarafından uzun süreli takip edildi. Septoplasti yapılan hastalarda cerrahi teknikte zorluk ile karşılaşılmadı, dil eksizyonu yapılan hastalarda nükse rastlanmadı.

Tartışma: Üst çene osteotomisi yapılırken burun hava yolu sorunları da halledilebilir. Çünkü Le fort I osteotomisi yoluyla septoplasti, parsiyel türbinektomi ve burun poliplerinin çıkarılması mümkündür. Burnun

estetik görünümü osteotomi ile aynı ameliyatta ya da sonraki seansta düzeltilebilir. Ortognatik cerrahi sonucu yumuşak dokularda ödemin başlaması çene ve diş yapılarında konum değişikliği postoperatif dönemde burunda istenilen estetik sonucun elde edilmesini önleyebileceğinden sonraki seansta yapmak daha doğrudur. Ortognatik cerrahide özellikle anterior open bite ile makroglossi söz konusu ise nüksleri engellemek bakımından dil cerrahisi düşünülebilir. Üst çene yetersizliği olan hastalarda üst dudak vermillionunun da küçük olduğu görülür. Bunu gidermek ve üst dudağın volümünü desteklemek için Le fort I osteotomisini tamamladıktan sonra V şeklinde kesilen dudak mukozası Y şeklinde dikilebilir.

S046

Ortognatik Cerrahinin Temporomandibular Eklem Disfonksiyonuna Etkisi

Osman Akdağ, Şeyda Güray Evin, Mehtap Karemeşe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Okluzal insitabilite, çiğneme bozukluğunun yanında TME (Temporomandibular eklem) bozukluklarının etyolojik faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Estetik görünümü düzeltmesini bir yana bırakırsak ortognatik cerrahinin en önemli amaçlarından biri çiğneme fonksiyonlarını düzeltmektir. Cerrahi sonucunda okluzal insitabilite ve bozukluklar düzeltildiğinden çiğneme fonksiyonu başarılı şekilde sağlıklı hale getirilir. Bununla ilişkili TME disfonksiyon üzerine ortognatik cerrahinin etkileri ile ilgili yapılmış birçok prospektif ve retrospektif çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalardan bazıları ortognatik cerrahi öncesi TME şikayeti olan hastalarda cerrahi sonrası semptomların azaldığını ifade etmiştir. Fakat çeşitli yüzdeler vererek düzelme olmadığı ya da ortognatik cerrahinin semptomlar üzerine etkili olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmada kliniğimizde 2010 ile 2016 yılları arasında ortognatik cerrahi yapılan 32 hastanın TME semptomları değerlendirilmesi ve cerrahinin bu semptomlar üzerine etkisi sunulacaktır.

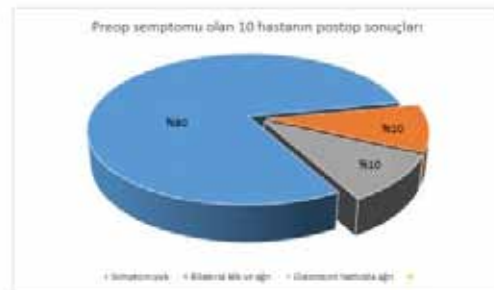
Hastalar ve Yöntem: 2010 ile 2016 yılları arasında kliniğimize, ortognatik cerrahi olmak amacıyla başvuran 11K, 9 E yaş ortalamaları 24 olan 20 hastanın operasyon öncesi ve operasyon sonrası TME semptomları sorgulanarak, ortognatik cerrahinin bu semptomlar üzerine etkisi incelenmiştir. Bu hastalardan 19 tanesinde mandibulada rigid fiksasyon sağlanırken 1 tanesinde nonrigit fiksasyon sağlanmıştır. Dışlama kriterleri tek, maxiller deformite içermeyen, cerrahi sonrası, kondiler stabiliteyi etkileyen travma geçirme ve takip süresinin kısa olması olarak belirlenmiştir. Ortalama takip süresi 36.2 ay olarak belirlendi. Retrospektif olarak hastaların TME semptomları değerlendirildi. Temporomandibular eklem ait eklemden klik, kilitlenme çenede çabuk yorulma ve hareketinde kısıtlılık, ağız açıklığı, çenede luksasyon ve kilitlenme yüz ve çenede ağrı, kulak ağrısı gibi subjektif semptomlar cerrahi öncesinde ve cerrahiden ortalama 36.2 ay sonra sorgulandı. Cerrahi sonrası değişiklikler Grafi 1> de özetlenmiştir.

Sonuç: Bu sorgulama sonucunda 20 hastadan 10 unda operasyon öncesi en az 1 subjektif semptomun olduğu

saptandı. 10 hastadan 7 sinde hem maksiller hem de mandibular deformiteye sekonder class 3 kapanma paterni vardı. 3 tanesi sadece mandibular prognatizmi olan hasta idi. 10 hastada bu subjektif semptomlardan hiçbirine rastlanmadı. Subjektif semptomlara rastlanmayan hastalardan 9 u hem maksiller hem de mandibular deformiteye bağlı class 3, 1 tanesi de sadece mandibular prognatizmi olan hastaydı. Ortognatik cerrahi sonrası hastalarımızın bazılarında tıpkı daha öncesinde dentofasyal deformitesi olmayan hastalarda olabileceği gibi diş sıkma şikayetleri gelişmiş buna bağlı TME semptomları ortaya çıkmıştır. Bazı hastalar hala ortodontik aparatlar kullanmaktadır bu da sağlıklı bir diş ilişkisinin sağlanmasını engellemektedir. Hastalar estetik görünümünün verdiği tatminkarlık ile bu tür şikayetleri cerraha başvurma nedeni olarak görmeyebilir. Bu hastaların TME eklem semptomları ile ilişkili olarak cerrahi sonrası dönemde de sorgulanması gerekmektedir.

Tartışma: Ortognatik cerrahi estetik problemlerin yanında nazı fonksiyonel problemleri de giderebilmek için yapılır. Kiyak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada minör temporomandibular klik ya da rahatsızlık hissinin hastalar arasında memnuniyet oranını değiştirmede bulunduğudur. Kerstens ve arkadaşları 480 hastanın %16.2 sinde operasyon öncesi TME semptomları olduğunu bunların 2/3 ünde operasyon sonrası semptomların azaldığını ya da kaybolduğunu bulmuştur. Operasyon öncesi şikayeti olmayan %11.5 hastada operasyon sonrası semptom geliştiği bulunmuştur. Postoperatif dönemde genellikle dentofasyal deformitelerin düzeltilmesi TME semptomlarını azaltmaktadır çünkü bu semptomların gelişiminde psikosomatik etkenler de etkindir. Kişinin vücut algı indeksinde değişiklik de semptomları azaltmakta yardımcı olur.

Grafi 1



S047**Anterior Süperfasial Temporal Arter Ada Flebi ile Orbital ve Periorbital Bölge Defektlerinin Onarımı**Güllü Korkmaz Solmaz¹, Harun Çöloğlu¹,Ahmet Çağrı Uysal², Nilgün Ertaş²¹Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., Adana²Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., Ankara

Yanak, orbital ve periorbital alanlar içerisindeki defektlerin rekonstrüksiyonları planlanırken hem estetik hem de fonksiyonel açıdan tatminkar sonuçlar elde edilebilmesi için defektin büyüklüğü, etiolojisi, çevre dokuların durumu değerlendirilmeli ve fasiyal estetik üniteler arası geçişlerin yumuşatılabilmesi için en uygun teknik tercih edilmelidir. Bu bölgede defekt oluşumunun en sık nedeni kütanöz tümörlerdir. Deri ve deri eki kökenli tümörler dışında, nazal kavite ve paranasal sinüs kökenli tümörler, inflamasyon ve travmalar da doku defektleri oluşturabilmektedir. Onkolojik cerrahi prosedürler sonucunda bazen göz küresinin, orbital içeriğin, alt ve üst göz kapaklarının hatta orbital kemiklerin de dahil edildiği destrüktif bir egzenterasyon defekti de ortaya çıkabilmektedir. Yanak ünitesinde- orbital- periorbital alan içerisinde oluşan yumuşak doku defektlerinin onarımında primer kapama, deri grefti ile kapama, lokal flepler ile kapama ve mikrovasküler serbest doku transferleri ile kapama seçeneklerinin tamamı kullanılabilir. Sıklıkla V-Y ilerletme flebi, Limberg flebi, Bilobüle flep, «reading man» flep, Mustarde'nin yanak ilerletme flebi ve alın flebi gibi lokal flepler tercih edilmektedir. Egzenterasyon defekti rekonstrüksiyonunda ise kavitenin granülasyon ile dolmasını beklemekten, greftlemeye, temporal/ alın/servikopektoral transpozisyon fleplerinden, yanak ilerletme fleplerine ve hatta mikrocerrahi teknikle kas transferlerine kadar pek çok seçenek tercih edilebilmekle birlikte en sık temporal kas ve /veya süperfasial temporal fasiya transpozisyonu sonrası deri grefti ile onarım tekniği tercih edilmektedir. Tüm bu lokal flep tekniklerinde primer defekt marjiniindeki skara ek olarak, donör sahada da oluşan, bazen distorsiyonlara neden olan ek skatrisler ve genellikle uygulanan iki aşamalı cerrahi prosedürler tatminkar sonuçlar elde edilmesini engellemektedir. Çalışmamızda, lokal fleplerin yukarıda bahsedilen dezavantajları nedeni ile estetik açıdan daha tatminkar sonuç sağlayabilecek, tek seanslı onarıma imkan sunabilecek, doku kalitesi ve rengi açısından maksimum uyuma sahip, kısa anestezi süresi ile uygulanabilirliği yüksek, hem orbital/periorbital alanda hem de yanak bölgesi defekt onarımında kullanılabilecek alternatif flep geliştirme gayesi ile literatürde daha önce lateral kantal bölge ve intraoral defekt onarımı amacı ile de kullanılmış olan «Anterior Süperfasial Temporal arter Ada flebi» (ASTIF) ile orta yüz doku defekti onarımı planlanmıştır. 2014-2016 yılları arasında hastanemize orbital, periorbital ve yanak bölgesinde deri kanseri şikayeti ile başvuran toplamda 8 hastaya (65-96 yaş) total tümör rezeksiyonu (ikisine egzenterasyonla birlikte) yapıldı. 6 hastaya alt göz kapağı ve yanak rekonstrüksiyonu, 2 hastaya da orbital soket rekonstrüksiyonu amacı ile ASTIF flebi ile defekt onarımı yapıldı. Teknik olarak; el dopleri ile süpersiyel temporal arter (STA) ve onun anterior dalının trasesi cilt kalemi ile işaretlenerek, anterior dal üzerinden defekt büyüklüğüne uygun cilt adası planlandı. Pedikül üzerindeki cilt, preauriküler bölgede deri grefti kalınlığında diske ve eleve edildikten sonra planlanan flep anteriordan posterora doğru ada flebi şeklinde STA'nın anterior terminal dalı üzerinden eleve edildi. Aksiyal pedikül 2,5 cm genişliğinde dermal

doku ile birlikte eleve edilerek korundu. STA'nın parotis glandına girdiği noktaya kadar diseksiyonla STA trasesi takip edildi, ardından flep zigomatik bölgede cilt altında künt diseksiyon ile oluşturulan tünelden geçirilerek defektif sahaya adapte edildi. Donör saha skarı, temporal ve frontal saç çizgisine saklanarak kamufle edilecek şekilde çoğunlukla primer suture edildi, primer suture edilemeyen vakalarda grefti ile onarım yapıldı (Resim 1). Uyguladığımız bu alternatif flep tekniğinin, diğer tanımlanmış flep tekniklerine kıyasla avantajları; flebin güvenilir olması, kolay kaldırılabilir olması, cerrahi işlem süresinin kısa olması, flebin alıcı sahaya kolay adapte olması, 3-4 cm genişlikte kaldırıldığında bile aksiyal paternli olması nedeni ile 16 cm uzunluğa kadar ulaşabilen deri adası hazırlanabilmesi, donör alanın primer kapatmaya uygun olması, skarın saç çizgisine saklanabilmesi, herhangi bir fasiyal ünit deformasyonuna neden olmamasıdır. Sonuç olarak, Anterior süperfasial temporal arter ada flebinin estetik ve fonksiyonel sonuçlarıyla gerek yanak ünitesi defektlerinin gerekse orbital/periorbital bölge defektlerinin onarımında güvenle kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Resim 1**S048****Aplasia Cutis Congenita Olgularında Kalvarial Remodelling Sonrası Geç Dönem Doku Genişletici Uygulanması ve Sonuçları**

Eyüphan Gencel, Cengiz Eser, İbrahim Tabakan, Erol Kesiktaş, Metin Yavuz

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Aplasia cutis congenita (ACC) nadir görülen konjenital anomalilerdendir. Bu çalışmanın amacı kliniğimizde takip ettiğimiz geniş scalp defekti olan ACC olgularının rekonstrüksiyonunda doku genişletici uygulamalarının sonuçlarını sunmaktır.

Materyal-Metod: 2000-2015 yıllarını kapsayan bu geriye

dönük çalışmada doku genişletici uygulanan geniş skalp defektli 6 ACC hastasının medikal raporları incelendi. Hastalar 4 ila 25 yaş aralığında olup ortalama yaş 14.5 idi. 1 hastada calvarial defekt frontal yerleşimli diğer hastalarda vertekste idi. Tüm hastalar yeni doğan döneminde kranioplasti operasyonu yapılmaksızın debridman ve deri grefti uygulamaları ile yumuşak doku onarımları sağlanan hastalardı. Hastalara alopesi korreksiyonu amaçlı en az 1 seans «round» doku genişletici operasyonu minimum tek bir alanda uygulanarak gerçekleştirildi. Bilgisayarlı tomografik incelemelerde tüm hastalarda kalvariumun kemikleştiği yer yer hiperostozlar saptandı. Ortalama alopesik alan 69,5 cm 2 olup 32 ile 148,5 cm 2 arasında değişmekteydi. skalp fleplerinin sadece 1 inde 6x1 cm lik distal nekroz saptandı. Doku genişletici uygulamaları arasında 1 sene beklendi 1 doku genişletici enfeksiyona bağlı ekspoze olması nedeniyle çıkartıldı. Ortalama hasta takibi 8,5 yıl olan hastalarda flep kaybı veya kalvarial kemik yapıda komplikasyonla karşılaşmadı. Sonuç olarak skalp bölgesindeki geniş ACC olgularında kalvarial oluşumun tamamlanması beklendikten sonra doku genişleticiler ile geç dönemde skalp rekonstrüksiyonları başarı ile tatbik edilebilir. Skalp vasküler sistemin anatomik değişiklik gösterebilmesi erken dönemde karşılaşılan komplikasyonların fazlalığını açıklamada düşünülmelidir.

S049

Burun Ucu Tümörlerinin Ters Akımlı Tünelize Nazolabial Ada Flebiyle Onarımı

Nuh Evin, Tuğba Gün Koplay, Ahmet Bilirer, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Burun defektleri dahil yüz defektlerinin rekonstrüksiyonunda ana amaç; yüz estetiği ve fonksiyonunu bozmadan benzer doku ile rekonstrüksiyondur. Burun defektleri için primer onarım dışında greft, lokal, bölgesel ve uzak flepler kullanılmış olup lokal fleplerle çok iyi sonuçlar elde edilebilmektedir. Burun alt 1/3 defektleri ise genellikle yanak ya da alın flepleri ile rekonstrükt edilir. Bununla birlikte burun bölgesi 6 alt üniteye ayrılmış olup (Burget ve Menick; 1985) cerrahi insizyonların bu üniteler arası geçiş zonlarına yapılması ve ünitelerin %50'sinden fazlasını içeren defektlerde (özellikle konveks nasal tip ve ala) mevcut ünitenin total rekonstrüksiyonu estetik sonuçları iyileştirmektedir. Bu çalışmada burun ucu tümörlerinin ters akımlı tünelize nazolabial ada flebiyle rekonstrüksiyonu sunulmaktadır.

Hastalar ve Yöntem: 2015- 16 yılları arası burun ucunda içeren melanom dışı cilt tümörü (Skuamöz hücreli karsinom: SCC, Bazal hücreli karsinom: BCC) nedeniyle opere edilen 7 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar cerrahi öncesi ayrıntılı değerlendirildi; sırasıyla hikaye, fizik muayene, endoskopik burun içi ve hava yolu muayenesi, internal ve external nasal valv muayenesi, lenfadenopati açısından ayrıntılı boyun muayenesi ve ultrasonografik inceleme yapıldı, digital fotoğraflar çekildi. 1 hasta dışında tüm hastalar lokal anestezi altında opere edildi. Tüm hastalarda tümör kitle en az 5 mm sınırla eksize edildi. El dopleri yardımıyla dominant anguler arter kalibrasyonu ve trasesi belirlendi ve tümör eksizyonu sonrası oluşan defekte uygun eliptik şekilli nazolabial ada flebi tasarlandı. Eliptik şekilli flebin öncelikle distal nazolabial kıvrım sınırı insize edilerek vasküler yapılar açığa çıkarıldı, bağlandı ve kesildi. Ardından flep tamamen serbestlendi, pedikül sefalik yönde defekt alanının proksimaline kadar cilt altı diseke

edildi. Defekt alanı lateralinde oluşturulan tünelde ters akımlı flep alıcı alana taşındı. Donör alan primer kapatıldı. Hastalar en az 9 ay süreyle takip edildi. Cerrahi sonrası 6. ayda burun şekli ve ayrı ayrı her iki yüz yarımı görüntüsü hasta memnuniyet skalası yardımıyla değerlendirildi (-1: memnun değil, 0: nötr, 1: orta, 2: iyi, 3: çok iyi derecede memnun). Nasal fonksiyon (internal ve external nasal valvler) değerlendirildi.

Bulgu: Hastalardan 3'ü erkek 4'ü bayandı. Yaşları 61-83 yaş (ort. 72.1) arasındaydı. Hiçbir hastada fizik muayene ve boyun USG'sinde patolojik lenf noduna rastlanmadı. Nasal fonksiyon (internal ve external valv fonksiyonu) hepsinde iyiydi. 4 hastada sol; 3. hastada sağ nasolabial bölgeden flep tasarlandı. Verici alan seçimi defektin yakınlığı, pedikül kalibrasyonu ve cilt laksitesine göre belirlendi. Cerrahi eksizyon sonrası alıcı alandaki defektler 4cm2-7,56 cm2 arasındaydı. Flepler defektlerden %10 büyük planlandı. Ortalama cerrehisüresi 95dk ' idi. Cerrahi sonrası enfeksiyon, hematoma ve total flep kaybı görülmüdü. Erken dönemde 1 hastada kısmi dehisens görüldü, tekrar sütüre edildi. 1 kronik diabetli hastada venöz konjesyon ve kısmi (%20) flep kaybı görüldü, debridman ve primer sütürasyonla defekt kapatıldı. Post op 3. ayda tüm flepler alıcı alana adapte oldu. Hastaların hiç birinde donör yüz yarısında duyu kusuru, konuşma, çiğneme ve gülme problemi görülmüdü. 1 hastada geçici üst dudak sarkması görüldü, dudak elevatör kas hasarına bağlandı, ancak post op 6. Ayda düzeldi. Burun görünümünden 3 hasta iyi, 4 hasta çok iyi derecede memnundu. 6 hasta donör yüz yarımının daha genç göründüğünü belirtti, 1 hasta ise yüz yarımaları arasında fark görmedi. Tüm hastalarda donör alan skarı sorunsuz iyileşti. Ortalama 9 aylık takiplerde tümörall rekürrens görülmüdü.

Tartışma: Burun cildi rekonstrüksiyonu estetik ve cerrahi açıdan oldukça komplike cerrahi girişimlerdenidir. Bu bölgenin rekonstrüksiyonunda bir çok flep tanımlanmıştır. Ancak donör alan morbiditesi, defatting ve revizyon ihtiyacı, birden fazla cerrahi girişim gereksinimi bir çok flebin kullanımını sınırlandırmaktadır. Burun rekonstrüksiyonunda çok sık kullanılan alın flebinin bile burun ucu rekonstrüksiyonunda; alında skar bırakması, alını dar kişilerde burun ucuna yetişme zorluğu, düşük saç çizgisinde flep distalinin kıllı olması ve iki aşamalı olması gibi dezavantajları mevcuttur. Anguler arter bazlı, ters akımlı nasolabial ada flebi ise doku ve renk uyumu, minimal donör alan morbiditesi, iyi beslenmesi, güvenli olması ve tüm nasal alt ünitelere taşınabilmesi nedeniyle nasal rekonstrüksiyonda alternatif flepler arasındadır.

S050**Süperfisiyal Temporal Fasya Flebi ile Sarılmış Kostal Kıkırdak Greft ile Kısmi kulak rekonstrüksiyonu**

Said Alğan¹, Ensar Zafer Barın², Hakan Çinal³,
Murat Kara¹, Akın İnalöz¹, Mehmet Akif Çakmak¹,
Önder Tan¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Erzurum

²Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Erzurum

³Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Siirt

Giriş-Amaç: Kulak, insanın dış görünümünü doğrudan etkileyen, estetik değeri ve aynı zamanda fonksiyonel önemi olan savunmasız, kolay yaralanabilen bir organdır. Kulak kepçesi travma, yanık, enfeksiyon ve tümör eksizyonu gibi nedenlerle tam ya da kısmi olarak kaybedilebilir. Kısmi kulak rekonstrüksiyonu; kulağın kompleks üç boyutlu yapısı, ince deri örtüsü ve hasta beklentilerinin üst düzey olmasından dolayı rekonstrüktif cerrahinin en zor ameliyatlarından biridir. Ayrıca kısmi kulak defektlerinde; defektin büyüklüğü, yerleşimi ve kulak arkasındaki cildin sağlam olup olmadığına göre yapılacak ameliyat değişkenlik gösterebilir. Bu nedenle cerrahlar tarafından kısmi kulak rekonstrüksiyonunda mikrocerrahi teknikler de dahil olmak üzere çok değişik kombinasyonlar uygulanmıştır. Bu çalışmada kısmi kulak kepçesi defektleri, süperfisiyal temporal fasya flebi (STFF)'ne sarılmış kostal kıkırdak grefti ile onarılmıştır.

Gereç-Yöntem: 2008-2014 yılları arasında kısmi kulak kaybı olan 12 hastaya (9 erkek ve 3 bayan) tanımlanan yöntemle tedavi edildi. Hastaların ortalama yaş 27,5 yıldır. Etiyolojik faktörler 3 hastada yanık skarı, 3 hastada kasıtlı amputasyon, 3 hastada travmatik amputasyon, 2 hastada akut yanık ve 1 hastada tümör rezeksiyonu idi. Altı Bütün hastaların ameliyat öncesi ve sonrası fotoğrafları çekildi. Kulaktaki skar dokusu eksize edilerek defekt ortaya kondu. Aynı yada karşı taraf 7.-9. arası kosta kıkırdakları defektin büyüklüğüne uygun ebatlarda alındı. Bistüri ve gerektiğinde tur motor cihazı ile kostal kıkırdağa şekil verildikten sonra kıkırdak greft kulak kıkırdağına PDS sütürler ile tespit edildi. Daha sonra STFF kaldırılarak kıkırdak çatının girinti ve çıkıntılarına tam oturacak şekilde sütüre edildi. Son olarak kısmi kalınlıkta cilt grefti ile temporal fasyanın üstü örtüldü. 10 gün nemli greft pansumanı, sonrasında açık bırakılarak 2 hafta kadar antibiyotikli pomad uygulandı.

Bulgular: Ortalama izlem süresi 11,2 aydır. Ameliyat sonrası erken dönemde bir hastada STFF 'nde kısmi kayıp yaşandı, lokal retroauriküler cilt flebi ile onarıldı. Gerikalan hastalarda kanama, flep nekrozu, greft lizisi ya da enfeksiyon gibi herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hiçbir hastada geç dönemde kulak şeklinde deformasyona yol açan kıkırdak erimesi, kıkırdak ekspozisyonu ve cilt greft kontraksiyonu görülmedi. Estetik görünüm açısından hasta memnuniyeti yeterliydi.

Sonuç: İdeal kulak rekonstrüksiyonu kolay uygulanabilir, ucuz, etraf dokularla yüksek renk ve yapı uyumuna sahip ve tek seanslı olmalıdır. Kulak amputasyonlarında en iyi seçenek erken dönemde ampute segmentin mikrocerrahi tekniklerle replante edilmesidir. Ancak kulak replantasyonlarının, alıcı ve verici damarların istenilen kalitede olmaması yada yokluğu nedeniyle başarı şansı

oldukça düşüktür. Ampute segmentin kayıp olduğu, replantasyon için uygun olmadığı, yada replantasyonun başarısız olduğu durumlarda, kulak arkasından lokal cilt flepleri, kostal kıkırdaklar ile kombine edilmiş STFF ya da mikrocerrahi teknikler ile kombine kostal kıkırdaklar geç dönemde kullanılabilir. Lokal cilt flepleri kulak arkası cildin korunduğu küçük defektler için uygundur. Mikrocerrahi teknikler, özel bir deneyim ve ekipman gerektirmektedir. Bu yöntemde kulağın kompleks 3 boyutlu yapısını örten ince cilt dokusunun tam olarak karşılanamaması nedeniyle estetik sonuçlar yüz güldürücü değildir. Kostal kıkırdaklar ile kombine edilmiş STFF, büyük defektleri onarabilmesi, mikrocerrahi gerektirmemesi ve tek seanslı olması gibi avantajlarıyla diğer yöntemlere üstünlük sağlayabilir ve ideal bir yöntem olabilir.

Preop, perop ve postop hastanın görüntüleri

Preop, perop ve postop hastanın görüntüleri

S051**Kıyılmış Kıkırdak Greftinin Başarısızlığı Sonucu Oluşan Semer Burun Deformitelerinde Yeni Bir Yöntem: Kıyılmış Kıkırdak Flebi**

Süleyman Taş

İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Kıyılmış kıkırdak grefti yöntemi, dorsum augmentasyonunda çok sık kullanılan popüler cerrahi bir yöntemdir. Ancak, bu teknik ile yapılan düzeltmelerde, kıkırdağın erimesi ve yer değiştirmesi sonucu semer burun deformitesi oluşabilmektedir ve genellikle revizyon cerrahileri doğurmaktadır. Burada, bu klinik problem için yeni bir flep yönteminin sunulması amaçlanmıştır.

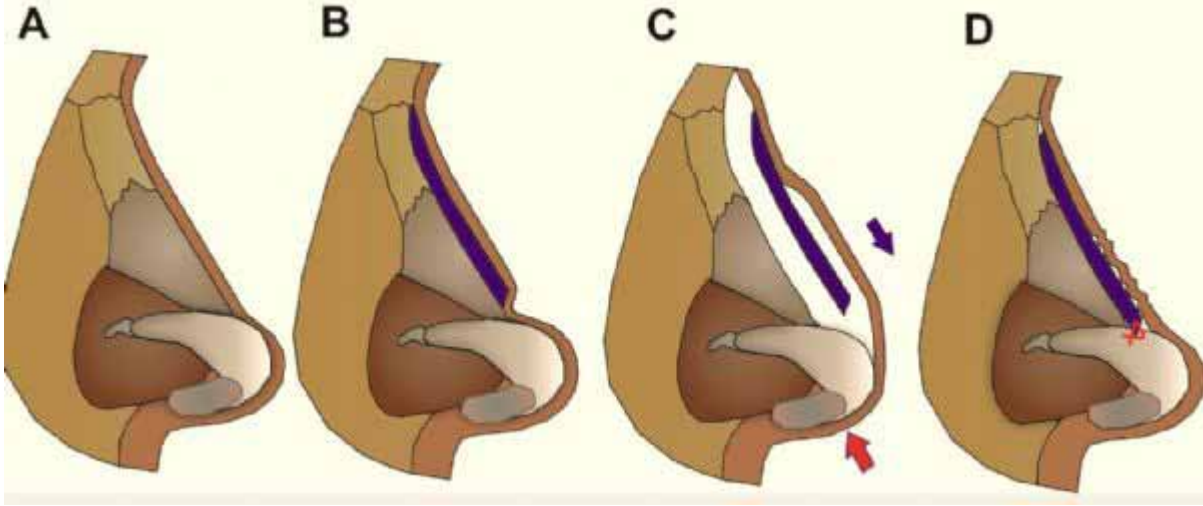
Materyal-Metod: Kliniğimize daha önceden kıyılmış kıkırdak grefti ile burun ameliyatı geçiren ve sonrası semer burun deformitesi nedeniyle 12 hasta başvurdu. Bu hastalardan 7 si (4 kadın, 3 erkek) dorsum alt 1/3 lük kısmında 1 cm den daha az bir gap sahip olduğu tespit edildi ve sunulan teknik ile revizyon ameliyatı planlandı. Nazal dorsum subperikondrial ve subperiosteal plandan undermine edildi, kıyılmış kıkırdak adası proksimalde cilt flebine yapışık bırakılarak distal kısmı diseke edildi. Bu kıkırdak adası tip bölgesine ilerletme flebi gibi transpoze edilerek, dom posterioruna sütüre edildi. Hastalar 3 aylık aralıklar ile minimum 1 yıl süre ile takip edildi (12-20 ay).

Bulgular: Hiçbir hastada yara yeri iyileşmesi, nekroz, dolaşım problemi, enfeksiyon gibi erken ya da greft rezorpsiyonu gibi geç dönem bir komplikasyon görülmedi. Tüm hastalarda sonuç estetik açıdan memnun ediciydi.

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği
38. Ulusal Kurultayı

Sonuç: Daha önce kıyılmış kıkırdak grefti yöntemi ile rinoplasti operasyonu geçirmiş hastalarda kıkırdığın rezorbe olması ya da yer değiştirmesi nedeniyle burun 1/3 alt kısmında oluşan semer burun deformitelerinin düzeltilmesinde sunulan bu yeni tekniğin pratik, uygulanabilir ve alternatif bir yöntem olabileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda sunulan teknik ile tip projeksiyonu ve rotasyonunda mümkün olduğu görülmüştür.

Şekil 1



Cerrahi yöntemi anlatan şematik resim. A: normal burun anatomisi B: Kıyılmış kıkırdığın rezorpsiyonu ya da yer değiştirmesi sonucu oluşan semer burun deformitesi C: Diseke edile kıkırdak ada flebi D: Flebin adaptasyonu ve deformitenin onarımı

Tablo 1

Hasta no	Yaşı	Cinsiyeti	Daha önceki ameliyat tekniği	Deformitenin lokalizasyonu	Deformitenin miktarı	Deformitenin sebebi	Ameliyat öncesi patensi testi skoru	Ameliyat sonrası patensi testi skoru
1	22	K	Serbet kıyılmış kıkırdak	1/3 distal	1 cm	rezorpsiyon	4	9
2	29	K	Serbet kıyılmış kıkırdak	1/3 distal	0,7 cm	kıkırdığın yer değiştirmesi	6	8
3	23	E	Serbet kıyılmış kıkırdak	1/3 distal	0.5 cm	rezorpsiyon	3	8
4	26	E	Surgicel e sarılmış kıkırdak	1/3 distal	0.8 cm	rezorpsiyon	5	8
5	30	K	Serbet kıyılmış kıkırdak	1/3 distal	1 cm	rezorpsiyon	4	9
6	25	E	Serbet kıyılmış kıkırdak	1/3 distal	0.7 cm	rezorpsiyon	3	8
7	27	K	Surgicel e sarılmış kıkırdak	1/3 distal	1 cm	rezorpsiyon	2	9

Hastalara ait dermografik ve fiziki bilgiler anlatılmaktadır.

S052

Meme Küçültme Hastalarında Preoperatif Görüntüleme Sonuçlarının Histopatolojik Tanılarla Uyumunun Karşılaştırılması

Yasemin Aydın, Melihcan Sezgiç, Zeynep Tuzlalı, Burak Kaya, Serdar Mehmet Gültan, Savaş Serel Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Meme küçültme planlanan hastalarda belirgin bir risk faktörü yoksa preoperatif görüntüleme tekniklerinin kullanılması standart bir uygulama değildir. Ancak malignite açısından riskli hastalarda ameliyat öncesi hazırlık ve tıbbi hatadan kaçınmak için son derece önemlidir. Bu klinik çalışmada, meme küçültme ameliyatı öncesi preoperatif radyolojik görüntülemeleri (mammografi veya ultrason) olan hastaların radyolojik sonuçları ile histopatolojik bulgularının uyumunun karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Anabilim Dalımız'da Haziran 2008 ve Haziran 2016 tarihleri arasında meme küçültme ameliyatı geçiren, ek hastalığı ve şikayeti olmayan, fizik muayenesinde meme büyüklüğüne bağlı bulgular dışında bulgusu olmayan ve ameliyattan önceki 1 yıl içerisinde mammografi veya ultrasonu yapılmış olan 182 hasta dahil edildi. Hastaların mammografi ve ultrason raporları dosyalarından ve hastanemizde kullanılan hasta takip sisteminden elde edildi. Patoloji raporları hasta takip sisteminden elde edildi. Çalışmada mammografi ve ultrason raporlarının BIRADS sistemine göre değerlendirilmesi patoloji sonuçları ile karşılaştırıldı. BIRADS 4 ve 5 anormal olarak değerlendirildi. Patoloji açısından ise karsinoma in-situ ve daha ileri invazyon gösteren lezyonlar anormal olarak değerlendirildi. BIRADS 0 olan hastalar ise ek çalışma gerektirmesi ve sonuçları açısından değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 182 hastanın 36'sının sadece mammografisi, 79'unun sadece ultrasonu ve 67'sinin hem mammografisi hem de ultrasonu mevcuttu. Bu 67 hastanın 27'sinde mammografi BIRADS 0 olması nedeniyle, 7'sinde mammografi BIRADS 3 olması nedeniyle, 1'inde ise mammografi 4 olması nedeniyle ek tetkik olarak ultrason yapıldı. Mammografi BIRADS 0 olan 27 hastanın 3'üne ultrason sonucuna göre yakın takip önerildi ve operasyon sonrası patolojileri benign proliferatif hastalıklar olarak raporlandı. Üçünde ultrasona ek olarak, şüpheli görünüm nedeniyle manyetik rezonans görüntüleme (MRG) de yapıldı ve şüpheli lezyon görülmedi. Bu 3 hastanın patoloji raporlarında da benign non-proliferatif ve benign proliferatif meme hastalıkları dışında malign bir oluşum saptanmadı. İki hastaya ise yapılan mammografi ve ultrason sonuçlarına göre ek olarak ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı ve patolojisi iki hastada da fibrokistik hastalık olarak geldi. Mammografisi BIRADS 0 olan ve ultrasonları normal olarak raporlanan 4 hastanın ise patolojileri şiddetli duktal hiperplazi olarak raporlandı. Mammografisi BIRADS 0 olan 3 hastanın ise patolojilerinde meme dokuları tamamen normaldi. Bu hastaları ultrason da normal olarak yorumlamıştı. Diğer BIRADS 0 olan hastalarda ise benign non-proliferatif ve proliferatif meme hastalıkları, en sık fibrokistik değişiklikler olmak üzere, tespit edildi. Mammografisi BIRADS 3 olan 12 hastanın 7'sine ek olarak ultrason yapıldı ve sonuçları normal geldi. Patolojileri de benign non-proliferatif ve proliferatif hastalıklar olarak raporlandı. Kalan 5 hasta ise ek tetkik yapılmadan opere edildi ve 1 tanesinin patoloji raporunun şiddetli duktal hiperplazi olarak raporlanması dışında kalan hastaların patolojileri benign non-proliferatif ve proliferatif hastalıklar olarak raporlandı. Mammografisi BIRADS 4 olan 1 hastaya da ek olarak ultrason yapıldı ve bunun da şüpheli gelmesi üzerine yapılan ince iğne aspirasyon

biyopsisi şiddetli duktal epitelyal hiperplazi ve sklerozan adenozis olarak raporlandı. Bu da yanlış pozitiflik olarak değerlendirildi. Mammografisi BIRADS 2 olan ve ek olarak ultrasonu da bulunan ve ultrasonda da benign değişiklikler saptanan 1 hastanın ise patolojisi lobuler karsinoma in situ olarak raporlandı. Bu durum da mammografi ve ultrasonun yanlış negatifliği olarak değerlendirildi. Bunun dışında anlamlı bir anormallik saptanmadı. Sonuç olarak mammografi yapılan 103 hastanın 1 tanesinde yanlış pozitiflik, 1 tanesinde ise yanlış negatiflik görülürken; ultrason için 146 hastanın 1 tanesinde yanlış pozitiflik, 1 tanesinde ise yanlış negatiflik görüldü.

Sonuç: Mammografi ve ultrason meme kanseri taramasında yaş kriteri göz önünde bulundurularak sık kullanılan görüntüleme yöntemleridir. Taramada mammografi altın standart olarak görülmesine rağmen küçük lezyonlar ultrason ve mammografilerde güçlükle saptanabilmekte hatta saptanamamaktadır. Bunun yanında özellikle BIRADS 0 olarak raporlanan mammografiler sıkça görülmekte ve bu durum da ek tetkikler ile kesin bir tanıya ulaştırılana kadar hastada büyük bir psikolojik stres faktörü olmaktadır. Çalışmamızda bunların tamamı da yapılan ek tetkikler ve patolojiler neticesinde benign olarak raporlanmıştır. MRG ise yapılan çalışmalara göre bu konuda diğer iki görüntüleme yöntemine göre daha sensitif ve spesifik görülmektedir. Herhangi bir radyasyon riski olmadığı için ve hastada oluşan gereksiz stres faktörünü ortada kaldırdığı için kullanımının yaygınlaştırılması oldukça önemlidir. BIRADS 0-4 gelen ve şüpheli bulguları olan her hastada MRG çalışması daha güvenilir sonuçlara ulaşmamızı sağlayacaktır. Bu çalışma yapılan diğer sensitivite ve spesifite çalışmalarına bakıldığında asemptomatik olan ve muayene bulgusu olmayan hasta grubunun değerlendirilmesi olması yönüyle literatürdeki çalışmalardan ayrılmaktadır.

S053

Bipediküllü Mastopeksi Tekniği Olgu Serisi Sunumu

Fatih Kılıç

Niğde Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, Niğde

Giriş: Kadınlığın bir simgesi olan meme dokusu yaşın ilerlemesi, kilo kaybı, yer çekimi ve emzirme ile deformasyona uğrayarak sarkmaya başlar. Yeterli meme dokusu bulunduğu durumlarda bu deformiteyi düzeltmek için bir takım mastopeksi teknikleri uygulanabilir. Mastopekside amaç gland ve meme başı kompleksine lifting etkisi ile meme pitozunun düzeltilmesidir. Bu çalışmamızda pitotik memelerde vertikal bipediküllü teknik ile mastopeksi uygulanmış hastalar sunulmaktadır.

Materyal-Metod: Kliniğimizde 2015 ile 2016 yılları arasında meme pitozu ile başvuran 11 hasta ve daha önceden meme küçültme operasyonu geçirmiş psödopitozu olan 1 hasta opere edildi. Tüm hastalar tek cerrah tarafından opere edildi. Hastaların hikayesinde yaş, gebelik sayısı, hızlı kilo kaybı, herhangi bir hastalık olup olmadığı sorgulandı. Fizik muayenede MC-NAC, NAC, NAC-IMF, NAC-göğüs duvarı mesafeleri ölçüldü ve pitoz dereceleri Regnault sınıflandırmasına göre belirlendi (1). Tüm hastalardan cerrahi işlem öncesi ultrason veya mamaografi istendi. Hipoplazik veya atrofik memesi olup implant ile augmentasyon gereksinimi olan pitotik memeli hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Cerrahi Yöntem: Hastaların cerrahi işlem öncesi onam formları alındı ve fotoğrafları çekildi. Tüm operasyonlar

genel anestezi altında gerçekleştirildi. Daha sonra keyhole insizyona uygun çizimler yapıldı. Çizim yapılan alan içinde NAC 40-42mm'ye ayarlanarak tüm alan desepitelize edildi. Desepitelize edilen kısım flep şeklinde insize edilerek çevre meme dokusundan ayrıldı. Lateral ve medial meme zarfları da 2cm kadar olacak şekilde inceltildi ve fazla meme dokusu eksizye edilerek çıkarıldı. Daha sonra tüm pedikül süperior ve inferior kutbundan huk yardımı ile tutularak, NAC 2cm inferiorundan pektoral fasyaya doğru dikey şekilde tam kat glandüler kesi yapıldı ve tek olan pedikül 2 pedikül haline getirildi. İnferior flep diseke edilmeden sadece süperior pedikül pektoral fasya üzerinde bir miktar doku bırakılarak klavikula doğru diseke edildi. Süperiorda yeterli boş oluşturulduktan sonra inferior pedikül 2/0 poliglaktin sütür ile fazla sıkı olmayacak şekilde pektoral fasyaya sütüre edildi. Meme zarfları birbirine yaklaştırılırken NAC'ın altındaki dokudan da geçilen ortak sütür ile birleştirildi. NAC'ın inferiora distorsiyonunu önlemek için süperior pedikül ile inferior pedikül birbirine sütüre edilmedi. Birer adet hemovak dren yerleştirilip cilt altı 3/0 poliglaktin sütür ile, cilt 4/0 poliglekapron ile sütüre edildi (Resim). Hastalar 1-2 gün hastanede takip edilip taburcu edildi.

Bulgular: Bipediküllü mastopeksi yapılan hastalarda NAC ortalama 3.7 cm (2.8-5.2cm) süperiore doğru yer değiştirdi. Ortalama 440gr (350-580gr) fazla meme dokusu eksizye edildi. Nipple projeksiyonu ortalama 15mm (11-20mm) arttı. Hiçbir hastada hematoma, seroma, yara yeri enfeksiyonu, flep veya NAC nekrozu ve NAC his kaybı görülmedi. Hastalar ortalama 7 (2-10) ay takip edildi.

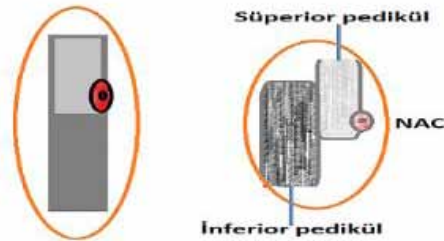
Tartışma: Mastopekside amaç pitozu düzeltmek, kalıcı estetik sonuçlara ulaşmak ve kabul edilebilir bir yara izi elde etmektir. Hastaların beklentisi ise büyük olan memelerde bir miktar küçülme, memenin yukarı doğru daha dik görünecek şekilde yeniden şekillenmesi ve simetri sağlanmasıdır. Sadece deri eksizyonu ile yapılan mastopeksilerin uzun dönem sonuçları pek yüz güldürücü olmadığı için cerrahlar meme dokusuna şekil vererek mastopeksiye yönelmişlerdir. Bu yolda meme küçültme tekniklerinden ilham alınarak birçok mastopeksi tekniği geliştirilmiştir (2-5). Bu tekniklerin hepsinde temel olan meme dokusuna şekil vermek ve fazla deri dokusunu da uygun şekilde eksizye etmektir. Oluşan skarı azaltmak için daha sonraları sirkumareolar ve vertikal teknik mastopeksiler geliştirilmiştir (6-8). Bu tekniklerde de IMF boyunca küçük horizontal cilt eksizyonları yapılarak dog ear deformiteleri düzeltilmeye çalışılmıştır. Süperior pedikül mamoplastide yaşanan problem pedikülün 9 cm'den daha uzun olduğu durumlarda pedikülün kendi üzerine katlanarak venöz yetmezliğe yol açması ve meme başı nekrozuna neden olmasıdır. Bizim vakalarımızda hiçbir hastada meme başı nekrozu problemleri ile karşılaşmamıştır ve meme başı duyusu iyi korunmuştur. İnferior pedikül ile vertikal redüksiyon mamoplasti Hammond tarafından kullanılmıştır (9). Hammond meme başı nekrozunu %4 olarak, meme başı his kaybını da %7 olarak belirtmiştir. Öte yandan inferior pedikülün yer ekimi etkisine maruz kalarak bottom-out deformitesine neden olduğu da bilinmektedir. Yaptığımız teknikte inferior pedikül süperior pedikül tarafından saklanıp desteklendiği için, takip süresi en uzun 10 ay olmakla beraber böyle bir deformite görülmemiştir. Süperiomedial pediküllü mastopekside ise meme başı canlılığı ve hissi iyi korunurken üst pol dolgunluğu pek sağlanamamaktadır. Her ne kadar normal bir memede meme ucu memenin en yüksek noktasına denk gelecek şekilde yerleşmiş olsa da mastopeksi sırasında üst pol projeksiyonundaki artış meme ucu projeksiyonundaki artıştan daha fazla olmaktadır. Çünkü meme total olarak yukarı ve öne yer değiştirmektedir ve mastopeksi ameliyatının başarısı budur. Bizim çalışmamızda da meme projeksiyonundaki artış ortalama 1,5cm kadar iken dekolte kısmında daha fazla projeksiyon artışı sağlanmıştır. Birçok otorite tarafından mastopeksi tekniği yönünden daha güvenli bir pedikül arayışı olmuş, meme başının güvenilir

bir pedikül ile transpozisyonu amaçlanmıştır. Bu amaçla birçok teknik kullanılmıştır. Bu tekniği kullanmamızdaki temel amaç yeterli projeksiyonu sağlarken, pedikülün güvenilirliğinin artırmak ve meme başı inervasyonunu korumaktır. Kullandığımız tekniğin sonuçları meme başının güvenliği açısından mükemmeldi. Estetik açıdan da oldukça tatminkardı. Tekniğin iri memeler ve psödopitozlu hastalar için de rahatlıkla uygulanması avantajlarından biridir.

Referanslar:

- 1- Regnault P. The hypoplastic and ptotic breast: a combined operation with prosthetic augmentation. *Plast Reconstr Surg.* 1966;37:31-37.
- 2- Whidden PG. The Tailor-Tack mastopexy. *Plast Reconstr Surg.* 1978;62:347.
- 3- Wise RJ. A preliminary report on a method of planning the mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1956 May. 17(5):367-75.
- 4- Goulian D Jr. Dermal mastopexy. *Plast Reconstr Surg.* 1971 Feb. 47(2):105-10.
- 5- Gonzales-Ulloa M. Correction of hypotrophy of the breast by means of exogenous materials. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull.* 1960. 25:15-26.
- 6- Benelli L. A new periareolar mammoplasty: the "round block" technique. *Aesthetic Plast Surg.* 1990;14: 93-100.
- 7- Lejour M. Vertical mammoplasty: update and appraisal of late results. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104:771-781.
- 8- Spear SL, Venturi ML. Augmentation with periareolar mastopexy. In: Spear SL, ed. *Surgery of the Breast: Principles and Art.* Vol 2. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:1393-1402.
- 9- Hammond, D.C. Short scar periareolar inferior pedicle reduction (SPAİR) mammoplasty. *Plast Reconstr. Surg.* 1999;103:890.

Resim



En üstte tekniğin şematik gösterimi, alttaki ise sırası ile bu teknik ile yapılmış 2 farklı hastanın post-operatif 3. ve 6. ay sonuçları

S054

Rinoplasti Sonrasında Gelişen Periorbital Ödem ve Ekimozun Azaltılmasında Göz Kapaklarına Yapışkan Bant Uygulamasının Etkisi

Sedat Tatar¹, Mehmet Hakan Bulam²,
Selahattin Özmen³

¹Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü

²Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü

³Koç Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
A.D

Giriş: Rinoplasti ameliyatları sonrasında periorbital ödem ve ekimoz görülebilmektedir. Periorbital ödem ve ekimozun azaltılması hastaların ameliyat sonrası konforunu artırmak ve günlük hayatlarına daha hızlı dönmeleri açısından önemlidir. Kompresyon, soğuk uygulama ve elevasyon ödem ve ekimozun en bilinen tedavi yöntemleridir. Yapışkan bantlar dokuları birarada tutabilmektedir ve kompresyon etkisi yapmaktadır. Bu çalışmada rinoplasti sonrasında alt ve üst göz kapaklarına yapışkan bant uygulamasının postoperatif ödem ve ekimoz üzerine etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

Metod: Ocak-Haziran 2016 tarihleri arasında aynı açık cerrahi teknikle primer rinoplasti uygulanan 40 hasta çalışmaya dahil edildi. Random olarak bir taraf göz kapakları seçildi ve operasyon bitiminde standart boyutta ve sayıda yapışkan bant yapıştırıldı. Diğer tarafa ise herhangi bir ek işlem yapılmadı. Postoperatif üçüncü gün bantlar çıkarıldı ve üçüncü ve yedinci gün fotoğrafları çekildi. Yapılan işlemi bilmeyen bir plastik cerrah tarafından hastaların sağ ve sol periorbital ödem ve ekimoz alanları değerlendirildi ve 1 ile 4 arası standart bir ölçek ile derecelendirildi.

Bulgular: 40 hasta çalışmaya dahil edildi. 12 erkek 28 kadın hasta opere edildi. Ortalama yaşları 25.2 (18-40) idi. Operasyon sonrası erken dönem yani üçüncü gün alt göz kapağında yapışkan bant uygulanan grupta ortalama değer 1.25 iken bant yapıştırılmayan tarafta 2.83 idi ve istatistiksel anlamlı farklılık vardı ($p < 0.05$). Erken dönemde üst göz kapağında ekimoz değerleri bantlı tarafta 1.45 iken bantsız tarafta 2.41 idi. Geç dönemde yapışkan bant uygulanan taraf alt göz kapağı ortalama ekimoz değeri 0.25 iken kontrol grubunda 1.33 olarak derecelendirildi ve istatistiksel anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.05$). Üst göz kapağı erken ve dönem ekimoz değerleri 1.45 ve 2.41 olarak derecelendirildi ve istatistiksel anlamlı farklılık vardı ($p < 0.05$). Geç dönem skorları ise 0.125 ve 0.625 olarak belirlendi. Alt göz kapağı erken dönem ödem skorları 1.54 ve 2.5 olarak hesaplandı, geç dönem ödem dereceleri 0.75 ve 1.2 olarak hesaplandı ve gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Üst göz kapağı erken dönem skorları 1.37 ve 1.87 olarak belirlendi. Üst göz kapağı geç dönem skorları 0.33 ve 0.70 olarak belirlendi ve yine gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı.

Sonuç: Rinoplasti sonrası dönemde ödem ve ekimozun azaltılması için steroidler dekonjestanlar, çeşitli cerrahi teknikler, lateral osteotomide farklı yaklaşımlar gibi pek çok yöntem denenmektedir. Kompresyonun ekimoz üzerine faydalı etkileri de bilinmektedir. Literatürde yapışkan bant uygulamalarında ekimoz ve ödemi değerlendirmek için kontrol grubu olarak farklı hastalar kullanımı ve fizyolojik ve metabolik farklılıklar sonuçların bilimsel olarak değerini azaltmaktadır.

Biz çalışmamızda alt ve üst göz kapaklarına yapışkan bant uygulayarak aynı hastayı kontrol grubu olarak kullanarak ödem ve ekimozu; dış etkenlerden ve ya farklı hastaların farklı fizyolojik özelliklerinin etkisinden bağımsız olarak değerlendirdik ve yapışkan bant uygulamasının ödem ve ekimozu azalttığını gösterdik.

Resim



S055

Wise Cilt Eksizyon Paterni Kullanılarak Yapılan Redüksiyon Mamoplasti Operasyonlarında İnferior ve Süperomedial Pediküllü Tekniklerin Post-op Sonuçlar Ve Komplikasyonlar Açısından Karşılaştırılması

Alper Cemal Kemaloğlu, Mehmet Severcan,
Hakan Özocak

Erciyes Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik
Cerrahi A.B.D

Meme redüksiyon operasyonlarındaki temel amaç, estetik olarak güzel bir meme şekli oluşturmada yanında Nipple areola complex (NAC) perfüzyonu ve duyusunun da korunmasıdır.

Bu amaçları sağlamak için tariflenen farklı pedikül ve cilt eksizyon paternleri, uzun dönem kalıcı ve etkili sonuçları elde etmenin yanında az iz bırakması için de değişikliklere uğramıştır.

Robbins tarafından inferior pediküllü-wise patern cilt eksizyonlu meme küçültmenin tariflenmesinin ardından bu yöntem tüm dünyada büyük bir kabul görek uygulananmaya başlamıştır.

İnferior pediküllü meme küçültme tekniği bugün halen bir çok ülkede en sık uygulanan tekniktir. İnferior pedikül kullanımı, NAC kompleks dolaşımı ve duyusu için tatmin edici sonuçlar vermekle birlikte, zaman içinde oluşan bottom-out deformitesi ve uzun IMF skarları, bu yöntemin estetik olarak eleştirilmesine yol açmıştır.

Ardından Hall-Findley tarafından tariflenen vertikal skarlı superomedial pediküllü meme küçültme yöntemi, inferior pediküllü yönetime alternatif olarak ortaya çıkmıştır.

Estetik olarak başarılı sonuçları ve az skara yol açması, bu yöntemi kısa sürede popüler hale getirmiştir. Bununla beraber 1000 gr'dan fazla doku çıkarımı gerektiren gigantomasty hastalarının superomedial pediküllü vertikal

skar tekniğinin kullanımı ile ilgili bazı komplikasyonlar ve uyarılar rapor edilmiştir. Bunlardan bazıları; pedikül rotasyonunun fazla olması sebebi ile olası NAC dolaşım problemleri, köpek kulağı deformitesi oluşumu ve şekil vermek için yüksek cerrahi kabiliyet gerektirmesidir. 5,6 Bahsi geçen problemlerden kaçınmak için, vertikal skarlı-süperomedial pedikül kullanımının, özellikle orta veya az meme hipertrofisi olan ve iyi cilt laksitesi olan genç hastalar için tercih edilmesi tavsiye edilmiştir. 1000 gr'dan daha fazla doku çıkartılması gereken hasta grubunda ise wise patern teknik kullanılarak hem inferior pedikül hem de superomedial pedikül güvenle kullanılmıştır. Bununla beraber literatürde, wise patern cilt eksizyonu hastalarda bu iki tekniği birbiri ile karşılaştıran bir çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışmada wise patern cilt eksizyonu yapılan hastalarda, inferior ve superomedial pediküllü tekniklerin birbirlerine olan üstünlükleri, komplikasyon oranları ve hasta memnuniyeti açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ocak 2014 ila haziran 2015 yılları arasında meme küçültme operasyonu geçiren hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. 30 inferior pediküllü wise patern cilt eksizyonu tekniği kullanılarak yapılan hasta grubu ile (60 meme), 27 superomedial pediküllü wise patern cilt eksizyonu yapılan hasta grubu (54 meme) karşılaştırıldı. Karşılaştırmalar hastaların yaşı, küçültme miktarı, body mass indexleri (BMI), sigara içme durumları, minor ve major postoperatif komplikasyonları, pre-op ve post-op 1. yıldaki SN-NAC ve IMF-NAC ölçüm değerleri ve semptomatik rahatlama değerlendirelerek yapıldı.

Çalışmaya katılan tüm hastaların ameliyat öncesindeki şikayetleri düzelmiş ve belirgin semptomatik düzelme sağlanmıştır.

Postoperatif 1 yılın sonunda her iki grupta da NAC-IMF mesafelerinde anlamlı bir artış olmuş ve bu klinik olarak da belirgin hale gelmiştir. Bu çalışmada inferior pedikül grubu ile superomedial pedikül uygulanan grupta yaş, BMI ve eksize edilen doku miktarı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış ve komplikasyonlar açısından da grupların birbirine üstünlüğü gözlenmemiştir.

S056

Kazanjian Kemik Kesme Pensi ile Nazal Hump Rezeksiyonu İçin Pratik Bir Teknik

Yalçın Yontar, Sedat Tatar

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kayseri

Giriş: Nazal hump rezeksiyonu komplikasyonlara oldukça yatkın bir işlem olup, rinoplasti prosedürünün en önemli basamaklarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Uygun şekilde gerçekleştirilen nazal hump rezeksiyonu ters-V deformitesi, nazal dorsal irregülarite, rezidü hump, semer burun deformitesi gibi birçok iyatrojenik komplikasyonun önüne geçilebilmesi açısından bir gerekliliktir.¹

Bu bildiride, Kazanjian kemik kesme pensi ile nazal hump rezeksiyonunun uygulanmasına yönelik kolay, pratik ve atravmatik bir tekniğin ve elde edilen klinik sonuçların sunulması amaçlanmıştır.

Materyal ve metot

2.1 Hastalar: Çalışmada, (septo)rinoplasti operasyonu esnasında Kazanjian kemik kesme pensi ile komponent nazal hump rezeksiyonu uygulanmış 57 ardışık hastanın retrospektif analizi yapıldı. Tekniğin uygulanma kriterleri; geniş burun tabanı ve burun kökü nedeni ile lateral

osteotomi ve aynı zamanda herhangi bir boyuttaki nazal hump nedeniyle rezeksiyon ihtiyacının olmasıydı. Lateral osteotomi ihtiyacı olmayan ve aynı zamanda törpüleme ile giderilebilecek boyutlarda nazal hump (< 2 mm), septoplasti ve/veya rinoplasti operasyon öyküsüne ve dokuz aydan kısa takip süresine sahip olan hastalar çalışmadan dışlandı.

2.2 Operatif teknik: Açık rinoplasti tekniğine uygun olarak yapılan insizyonlar sonrasında gerçekleştirilen kırıldak hump rezeksiyonu ve septoplasti işlemi sonrasında üst lateral kırıldakların nazal kemiklerin alt yüzüne doğru uzanım gösteren sefalik uçlarının detaşmanı gerçekleştirildi. Kazanjian pensi ile paramedian osteotomiler ve 4 mm'lik keski ile paramedian osteotomiler arasında kalan nazal kemiklerin santral parçasının rezeksiyonu yapıldı (Şekil 1A ve B). Lateral nazal duvarların her biri, istenilen dorsum yüksekliği elde edilinceye kadar birbirinden bağımsız olarak rezeke edildi (Şekil 1C ve D). Takiben lateral ve medial oblik osteotomiler yapılarak açık çatı kapatıldı (Şekil 1E ve F). Cerrahi prosedür esnasında törpüleme işlemi gerçekleştirilmedi. Kolumellar strut ve spreader greftlerin yerleştirilmesi ve ihtiyaç duyulan hastalarda tip-plasti işlemini takiben eksternal ve internal splintleme ile operasyona son verildi.

2.3 Hump yüksekliğinin hesaplanması: AutoCAD 2013 yazılımı vasıtasıyla preoperatif profil fotoğrafları üzerinde nazal hump yüksekliği ölçüldü. Nazal hump boyutu küçük (< 2 mm), orta (2-4 mm), büyük (4-6 mm) ve çok büyük (> 6 mm) olarak sınıflandırıldı.

2.4 Hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi: 'Rinoplasti sonuç değerlendirme' (RSD) anketi,² postoperatif 9. ayda hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi amacıyla uygulandı. Anket sonucu 50 ve üzerinde olanlar mutlu; 50'nin altında olanlar ise mutsuz hasta olarak değerlendirildi.

Sonuçlar: Teknik, ortalama yaşları 24.95±6.97 olan 19 erkek ve 38 bayan hastada gerçekleştirildi. Nazal humpin ortalama yüksekliği 4.65±1.56 mm'di. Hastaların 4'ü küçük, 17'si orta, 24'ü büyük ve 12'si çok büyük boyutta nazal hump sahipti.

Hastalarda dorsal asimetri, aşırı ya da yetersiz hump rezeksiyonu, açık çatı deformitesi, ters V deformitesi, rekürren septum deviasyonu vs. gözlenmedi ve revizyon ihtiyacı olmadı. RSD anket skoru ortalaması 79.60±12.19'du ve tüm hastalar mutlu hasta grubunda yer aldı (Şekil 2-4).

Tartışma: Düz ya da eğimli testereler, korumalı ya da korumasız osteotomlar, törpü, forseps ve motorlu enstrümanlar gibi birçok alet nazal hump rezeksiyonu amacıyla kullanılmaktadır.³ Rubin osteotomu ve karbit törpüsü en sık kullanılan geleneksel aletler olmakla birlikte sıklıkla travmatik doku hasarına ve postoperatif dönemde artmış periorbital ödem ve ekimozla neden olmaktadır.⁴

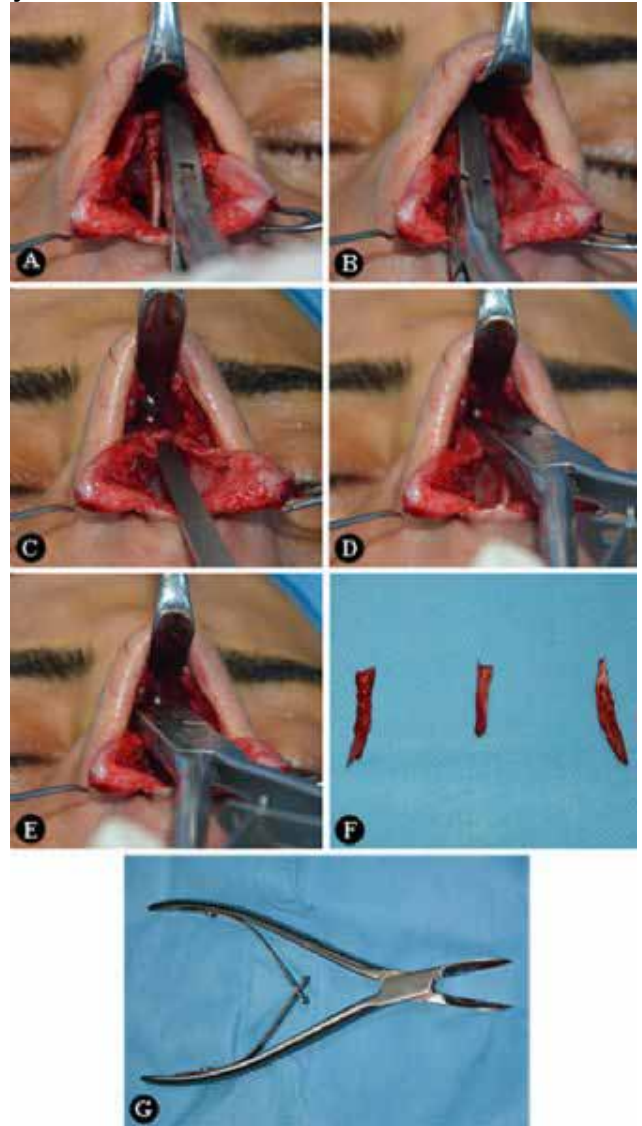
Kemik kesme penslerinin; nazal hump rezeksiyonu sonrasında dorsum düzensizliklerinin giderilmesi,⁵ lateral osteotomilerin uygulanması⁶ ve lateral nazal duvarların koronal osteotomileri amacıyla kullanımı tariflenmiştir.⁷ Hump rezeksiyonu amacıyla kemik kesme penslerinin kullanılması bir yenilik olmamakla birlikte, genellikle kompozit rezeksiyon amacıyla kullanımları tariflenmiştir.⁸⁻¹¹ Ancak, kompozit rezeksiyon esnasında kemik kesme pensinin eski fraktür hatlarını takip etmeye meyil göstermesi, üst lateral kırıldakların ve alt yüzünü örten mukozal dokunun aşırı rezeksiyonuyla dorsumun aşırı daralması ve mukozal skarlarla bağlı olarak gözlenen internal valf yetmezliği ve keystone'da görülebilen destek

kaybı kompozit rezeksiyonun dezavantajları olarak Şekil 1 gösterilmektedir.^{3,9,12}

Kazanjian kemik kesme pensi ile aşamalı ve konservatif bir şekilde gerçekleştirilen hump rezeksiyonunun kompozit rezeksiyon tekniklerine göre birçok avantajı söz konusudur; (1) Üst lateral kırıkdağlar ve alt yüzünü örten mukozal dokunun aşırı rezeksiyonu önlenmektedir, (2) keystone'da gereksiz travmatizasyondan kaçınılmaktadır, (3) nazal dorsumun tüm komponentleri birbirinden bağımsız olarak rezeke edilmektedir, (4) lateral nazal duvar yükseklik farkı olan hastalarda farklı boyutlarda yapılan rezeksiyonlar ile duvarların eşitlenmesi sağlanmaktadır, (5) lateral nazal duvarların kolay medializasyonu amacıyla etmoid kemiğin perpendiküler laminasının istenilen düzeyde rezeksiyonu gerçekleştirilebilmektedir. Törpülemeye ihtiyaç duyulmaması, azalmış doku travmatizasyonu ve operasyon zamanı ve artan postoperatif konfor tekniğin diğer avantajlarıdır. RSD anket sonuçları ve uzun dönemde elde edilen klinik sonuçlar Kazanjian kemik kesme pensi ile komponent nazal hump rezeksiyonunun motorlu ve geleneksel enstrümanlara alternatif olabilecek, güvenilir, etkili ve pratik bir teknik olduğunu göstermektedir. Tekniğin görülen tek dezavantajı kısıtlı cerrahi saha nedeniyle kapalı rinoplastide uygulanamamasıdır.

Kaynaklar

- [1] Lee MR, Unger JG, Rohrich RJ. Management of the nasal dorsum in rhinoplasty: a systematic review of the literature regarding technique, outcomes, and complications. *Plast Reconstr Surg* 2011;128:538e-50e.
- [2] Izu SC, Kosugi EM, Brandão KV, Lopes AS, Garcia LBS, Suguri VM, Gregório LC. Normal values for the Rhinoplasty Outcome Evaluation (ROE) questionnaire. *Braz J Otorhinolaryngol* 2012;78:76-9.
- [3] Halewyck S, Michel O, Daele J, Gordts F. A review of nasal dorsal hump reduction techniques, with a particular emphasis on a comparison of component and composite removal. *B-ENT Suppl* 2010;15:41-8.
- [4] Davis RE, Raval J. Powered instrumentation for nasal bone reduction: advantages and indications. *Arch Facial Plast Surg* 2003;5:384-91.
- [5] Goumain J. Cutting forceps for lateral osteotomy in rhinoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1974;53:358-9.
- [6] Seyhan A. Management of the Lateral Walls in Crooked Nose. *World J Plast Surg* 2012;1:112-5.
- [7] Neuner O. A simple procedure for correction of the hump nose. *Br J Plast Surg* 1971;24:375-81.
- [8] Kazanjian VH, Holmes EN. New rongeur for removing a nasal hump. *Arch Otolaryngol* 1947;45:361-4.
- [9] Rowland AL. A new cross-action nasal hump rongeur. *Plast Reconstr Surg* 1955;15:509-11.
- [10] Barton RT. Use of the Kazanjian rongeur in rhinoplastic surgery. *AMA Arch Otolaryngol* 1952;55:478-83.
- [11] Daniel RK. Mastering rhinoplasty: a comprehensive atlas of surgical techniques with integrated video clips. 2010, Springer, Berlin.
- [12] Pearlman SJ, Talei BA. An anatomic basis for revision rhinoplasty. *Facial Plast Surg* 2012;28:390-7.



Şekil 1. A ve B. Kazanjian kemik kesme pensi ile paramedian osteotomilerin yapılması, C. 4 mm'lik osteotomy ile nazal kemiklerin santral parçasının rezeksiyonu, D ve E. Sırasıyla sol ve sağ lateral nazal duvarın istenilen dorsum yüksekliğinde rezeksiyonu, F. Soldan sağa doğru, sırasıyla, sağ lateral nazal duvar, nazal kemiklerin santral parçası ve sol lateral nazal duvara ait rezeksiyon materyalleri ve G. Kazanjian kemik kesme pensi.

S057

Temporomandibular Eklem Disfonksiyonunda Temporal Kas ve Masseter Kası EMG Aktivitelerinin Değerlendirilmesi ile Kas İçi Botox Tedavisi Planlanması

Tunç Tunçbilek, Gaye Taylan Filinte, Rahşan Advıye İnan, Emre Güvercin, Mehmet Bozkurt
Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Temporomandibular eklem (TME) disfonksiyonunda son yıllarda artrosentez uygulamaları yerini alternatif tedavi arayışlarına bırakmıştır. Bunun en önemli nedeni uygulayıcıya bağlı teknik hatalar sonucunda tedavinin yetersiz olması ve ileri evre hastalarda yeterli klinik yanıtın alınamamasıdır. Bu arayışlar içinde kendine yer bulan en önemli konulardan biri de eklem çevresi kas gerginliğidir. Çalışmamızda TME disfonksiyonunda alternatif tedavi olarak kas içi Botox® (botulinum toksin tip A) uygulamasının klinik sonuçları irdelenmiştir.

Materyal-Metod: Kliniğimize başvuran, TME disfonksiyonu tanısı alan ve Wilkes sınıflamasına göre evre 3 olan 12 hastanın temporal ve masseter kaslarına iğne emg testleri yapıldı. Her iki kasın istirahat tonusu belirlendi, istirahatta aktivite saptanan kaslara her iki tarafa ellişer ünite olmak üzere toplam 100 ünite Botox® uygulandı. Birinci ayın sonunda hastalar tekrar emg ile değerlendirildi ve klinik takibe alındılar.

Sonuç: Tüm hastalarda klinik olarak 1. Haftada başlayan ağrıda azalma ve ağız açıklığında artış saptandı. Birinci ay emg sonuçları değerlendirildiğinde enjeksiyon öncesine göre kas aktivitesinde anlamlı derecede azalma saptandı. **Tartışma:** TME disfonksiyonu günümüzde yaygın olarak görülen ve tedavisi güç bir hastalıktır. Tedavi başarısının istenilen düzeyde olmaması klinisyenleri alternatif tedavi arayışına götürmektedir. Çalışmamızda temporal ve masseter kaslarına yapılan emg tekniği ile kasların istirahat tonusu belirlenmiş ve iki kas arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bu kaslara yapılan Botox® uygulaması bu sayede rastgele değil objektif kriterlere dayanılarak seçilmektedir. Şifası zor bir hastalık olan TME disfonksiyonunda tedavi aşamasına giren Botox® tedavisi ameliyat dışı tedavilerde yerini almakla beraber daha fazla uygulama yapılarak bu hastalıktaki etkinliği ve güvenilirliği araştırılmalıdır.

S058

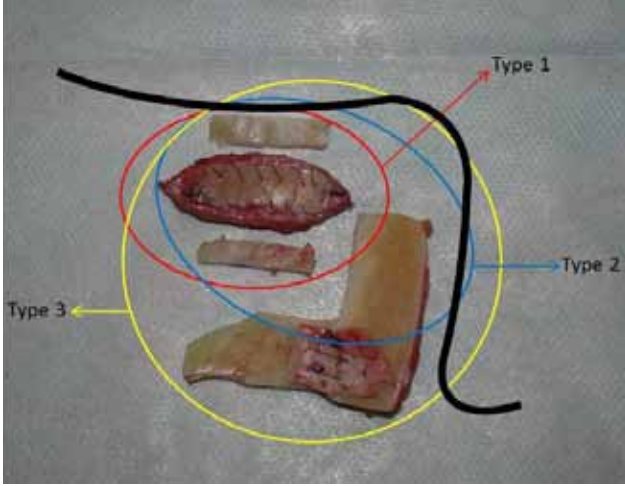
Dermal Yağ ve Kostal Kıkırdak "Sandviç Grefti" ile Semer Burun Deformitesinin Onarımı: Sorun Odaklı Yaklaşım ve Antropometrik Bir Değerlendirme

Önder Tan, Said Alğan, Hakan Çinal, Ensar Zafer Barın, Murat Kara, Akın İnalöz
Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Erzurum

Semer burun deformitesi burun dorsumunun yükseklik ve kontür kaybı ile karakterize ciddi bir sorun olup travma yada geçirilen septorhinoplasty ameliyatları sonrası

oluşabilmektedir. Cerrahi tedavisinde kosta kıkırdak yaygın olarak kullanılmakla birlikte erime, eğrilme, yerdeğiştirme ve belirginleşme (silüet deformitesi) gibi potansiyel komplikasyonları bulunmaktadır. Bu riskleri önlemek yada en aza indirmek amacıyla yeni bir teknik olarak kosta kıkırdak dermal yağ grefti altına kamufle ederek kompozit bir sandviç greft hazırladık ve semer burun deformitelerine kapalı rhinoplasty tekniği ile uyguladık. Yöntem 2010-2014 yılları arasında kliniğimize farklı derecelerde semer burun deformitesi ile başvuran 21 hastaya (12 erkek ve 9 bayan) uygulandı. Etiyoloji 14 hastada geçirilmiş septo ve/veya rhinoplasty operasyonu, 4 hastada travma ve 3 hasta ise yapısal kaynaklı primer deformiteydi. 15 hasta daha önce operasyon geçirirken (11 hasta bir kez, 4 hasta 2 yada daha çok kez), 6 hasta hiç opere olmamıştı. Kostal kıkırdak tüm hastalarda dermal yağ grefti ile kombine edilerek sandviç greft şeklinde nazal dorsuma uygulanırken, ilave olarak yine tüm hastalarda septal strut greft, 15 hastada septal splint greft, 6 hasta septal blok greft, 10 hastada spreader greft (9 hastaya çift taraflı, 1 hastaya ise tek taraflı) ve 3 hastada ise kolumellar strut greft olarak da uygulandı. 19 hastaya median ve lateral osteotomiler yapılırken 2 hastaya osteotomi yapılmadı. Ameliyat öncesi ve sonrasına ait yan fotoğraflar üzerinde Image JTM programı kullanılarak toplam 6 antropometrik ölçüm (nazal dorsum projeksiyonu, nazal supratip projeksiyonu, nazal tip projeksiyonu, burun uzunluğu, labio-kolumellar açı ve nazofrontal açı) gerçekleştirildi. Elde edilen sayısal değerler istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Ortalama izlem süresi 29,95 aydı. Cerrahi teknikle ilgili verici sahaya ait pnömotoraks, hipertrofik skar vb. herhangi bir komplikasyonla hiçbir hastada karşılaşmadık. Burunda ise transfer edilen sandviç greftler tüm hastalarda iyi tolere edildi. Bir hastada lokal enfeksiyona bağlı kısmi greft kaybı gelişti, konservatif olarak tedavi edildi. Bir hastada kıkırdak geç dönemde hafif eğrildi, ek tedavi uygulanmadı. Kalan hiçbir hastada sandviç greftlerde herhangi bir erime, yerdeğiştirme, eğrilme, yada belirginleşme görülmedi. Her iki grup antropometrik veriler açısından karşılaştırıldığında sırasıyla ameliyat öncesi ve sonrasında nazal dorsum projeksiyonu ortalama 18,66±2,06 mm ve 21,15±3,90 mm (p= 0,048), nazal supratip projeksiyonu ortalama 18,27±4,41 mm ve 20,99±3,39 mm (p= 0,028), nazal tip projeksiyonu ortalama 25,15±2,59 mm ve 28,15±3,79 mm (p= 0,014), burun uzunluğu ortalama 38,14±4,68 mm ve 40,41±5,17 mm (p= 0,097), labio-kolumellar açı ortalama 79,75±18,360 ve 95,96±17,130 (p= 0,004), nazofrontal açı ise ortalama 143,50±10,130 ve 144,69±16,170 (p= 0,676) idi. Gruplar arasında nazofrontal açı hariç diğer parametreler yönünden anlamlı fark vardı. Başarılı bir semer burun onarımı için ameliyat öncesi deformitenin ağırlığı iyi belirlenmeli ve kıkırdak greftler deformite odaklı kullanılmalıdır. Kostal kıkırdak en stabil segmenti olan orta kısmının, "sandviç tekniği" ile dermal yağ grefti altında kamufle edilmesi ve kapalı rhinoplasty yöntemiyle yerleştirilmesi olası komplikasyonları ve revizyon risklerini en aza indirebilir. "Sandviç tekniği" uygulaması kolay, etkin ve sonuçları kalıcı bir yöntem olabilir.

Resim 1



Kıkırdak greftler, semer burun deformitesinin ağırlığına ve eşlik eden kıkırdak destek kaybının varlığına dayanarak yapılan sınıflamaya göre kullanıldı. İzole bir dorsal yükseklik kaybında (Tip 1 semer burun deformitesi) tekbaşına sandviç greft yeterli iken, eşlik eden burun ucu destek kayıplarında (Tip 2 semer burun deformitesi) sandviç greftin septal strut greftle L strut şeklinde kombine edilmesi; ciddi nasal pasaj tıkanmaları ve nefes sorunları ile karakterize septal kıkırdak eksikliklerinde (Tip 3 semer burun deformitesi) ise gerek fonksiyon gerekse dorsal ve kaudal yerleşimli L strut greftlere yeterli destek sağlaması amacıyla septumun mutlaka blok greftlerle rekonstrüksiyonu hayati öneme sahiptir.

S059

Ameliyat Öncesi Anksiyete ve Depresyon Varlığının Meme Küçültme Ameliyatı Sonrası Memnuniyete Etkisi Var mı?

Çağlayan Yağmur¹, Sertaç Ak², Murat Sinan Engin¹, Kamil Yıldırım¹, Murat Gümüş³, İsmail Küçüker¹, Ahmet Demir¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

³Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş:Literatürde meme küçültme ameliyatları sonrasında depresyon ve anksiyete seviyelerinin azaldığını bildiren çalışmalar mevcuttur. Ancak preoperatif depresyon ve/veya anksiyete durumunun ameliyat sonucundan duyulan memnuniyete olan etkisi belirsizdir. Çalışmamızın amacı ameliyat öncesindeki depresyon ve/veya anksiyete durumunun ameliyat sonrası tatmine olan etkisini hastalara ve ameliyatlara bağlı değişkenler eşliğinde sorgulamaktır.

Metod: Çalışmaya 2011-2015 yılları arasında opere edilen toplam 72 meme küçültme hastası dahil edilmiştir. Ameliyat öncesi tüm hastalara «Beck Depresyon Ölçeği» (BDÖ) ve «Beck Anksiyete Ölçeği» (BAÖ) uygulanmıştır. Aynı ölçekler ameliyat sonrası 6. ayda tekrarlanmış ve hasta tatminleri Visual Analog Skalalama (VAS) kullanılarak kaydedilmiştir. Buna ek olarak her bir hastanın ameliyat sonucu 3 farklı plastik cerrah tarafından ayrı ayrı değerlendirilerek 1-10 arası skorlanmıştır (profesyonel değerlendirme).

Sonuçlar: Postoperatif 6. ayda BDÖ ve BAÖ skorlarında anlamlı düzelmeye saptamıştır. Hastaların VAS skorları ortalaması 8.8 olmuştur. Regresyon analizinde çıkarılan doku miktarı ve hasta tatmini korrele bulunmamıştır. Buna

karşılık profesyonel değerlendirme puanları, çıkarılan doku miktarı arttıkça düşmektedir. Çalışmaya dahil edilenler arasında preoperatif BDÖ ve BAÖ sonuçları klinik depresyon ve anksiyete bozukluğu ile uyumlu hastalar olmasına karşılık BDÖ ve BAÖ skorları ameliyat tatmini ile korrele bulunmamıştır.

Tartışma:Çalışmamızın sonucuna göre hastalar meme küçültme ameliyatlarının sonucunu değerlendirirken ameliyat öncesi psikiyatrik durumlarından etkilenmemektedirler. Bu bulgu depresif veya anksiyöz olan ve meme küçültme talep eden hastalarla muhatap olan plastik cerrahların ameliyat sonrasında hasta uyumuna ve tatminine ilişkin kaygılarını hafifletebilir.

S060

'Free Nipple' Tekniğiyle Oluşan Nipple Tübekül Kaybına Basit Bir Çözüm

Tuğba Dindar¹, Hasan Dindar², Özgür Agdoğan⁴, Soysal Baş¹, Alpay Duran¹, Ersin Altun³

¹Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

²Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

³Karadeniz Teknik Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

⁴Edirne Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş/Amaç: Olması gerekenden daha büyük ve ağır memeler kadınlar için birçok sorun ortaya çıkarmaktadır. Meme küçültme operasyonu çoğu zaman estetik kaygıdan çok sağlık sorunlarına çözüm olmaktadır. Özellikle büyük miktarda rezeksiyon gerektiren ve kimi lokal (sigara içimi, DM, kollagen doku hastalıkları) veya sistemik (eşlik eden hastalık sonucu anestezi riski orta yüksek olan) yüksk riskli hasta grubunda kullanılabilecek en iyi yöntem Serbest Meme Başı Grefti ve Amputasyon (SMBG) tekniğidir.SMBG tekniği meme başını dolaşımı ve duysunu korumadan greft olarak kaldırıp, istenen küçültmeler ve şekillendirmelerden sonra transpoze edilmesi olarak özetlenebilir. Memenin tümseğini oluşturmada ise glandüler/ yağ doku tercih edilen bir pedikül üzerinden korunup şekil verilebilir. Meme başı grefti daha sonra oluşturulan bu tümseğinin en üstüne yerleştirilir. Bakımı deri grefti bakımına benzer. Greftin yaşayabilirliğini artırmak için greftin olabildiğince ince olması gerekmektedir. Areola genellikle sorunsuz iyileşirken, greft yeterince inceltilemezse nipple bölgesinde nekroz oluşmaktadır. Buna çözüm olarak nipple yeterince inceltimelidir ancak bu kezde nipple yaşayabilirliği artmakta ancak tümseği ortadan kalmaktadır. Bu yükseklik kaybına bağlı oluşan düz görüntü hastaları rahatsız etmektedir. Buradan yola çıkarak nipple yaşayabilirliğini artırıp tümseği yeniden sağlayan basit bir yöntem planlandı.

Yöntem/Gereç: SMBG tekniği ile meme küçültme sağlandıktan sonra grefti yerleştirmek için deepitelize yaklaşık 45-50 mm lik bir alan oluşturulmaktadır. Bizim tekniğimizde bu alanın tam merkezinde olacak şekilde, çapraz tek bir sütür ile dermaglandüler bir <dog ear> oluşturulmaktadır. Bu <dog ear> bize nipple tümseği sağlamaktadır.Daha sonra makas yardımı ile inceltilen nipple areola greftinin nipple kısmı bu tümseğin üzerine gelecek şekilde adapte edilmektedir.Böylece yaklaşık 7 mm yükseklik sağlanmaktadır.

Bulgu: Bu yöntem toplam 15 hasta 30 greft üzerinde

uygulanmış olup nipple areola grefti yaşayabilirliği %100 dür. Nipple tümseği tüm greftlerde korunmuştur. Postop 6. ay takiplerde tümsek yüksekliğinde kayıp olmadığı gözlenmiştir. Sonuç: Bu yöntemle nipple areola grefti istenilen kalınlıkta kullanılabilmekte ve postop greft yaşayabilirliği artmakla beraber nipple tümseği korunmaktadır. Nipple görüntüsü yeniden oluşturmak adına faydalı bir teknik olduğu düşünülerek sunulmaya değer bulunmuştur.

dermaglandüler dog ear ile nipple tümseği



S061

Meme Küçültme Cerrahisinde Hematom Yaş Bağımlı Bir Komplikasyon mudur? Retrospektif Analiz

Osman Kelahmetoglu¹, Onur Akman¹, Çağlayan Yağmur², Erhan Çetin Çetinoğlu³, Remzi Fırıncioğulları⁴

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Samsun

³Özel Büyük Anadolu Hastanesi, Anestezi Kliniği, Samsun

⁴Özel Ege Şehir Hastanesi, Estetik-Plastik Cerrahi Kliniği, İzmir

Giriş: Küçültme mamoplastisi günümüzde oldukça sık uygulanan genelde güvenli ve memnun edici estetik cerrahi ameliyatlardandır. Makromasti tedavisi için başvuran hastaların boyun ve sırt ağrısı, omuzlarında çökme, meme altındaki tekrarlayan dermatitler ve görünümünden dolayı özgüven eksikliği gibi şikayetleri eşlik etmektedir. Küçültme mamoplastisi sonrasında yaşanan en sık erken komplikasyonlar hematom, meme başı iskemisi veya nekrozu, yara ayrışması, selülit ve seromadir. Bu çalışmada ise postoperatif hematom ile yaş arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Hastalar ve Yöntem: 2010 ocak ile 2016 temmuz arasında bilinen ek bir hastalığı bulunmayan ve meme küçültme cerrahisi uygulanan 129 hasta retrospektif

olarak incelenmiştir. Tüm hastalar ameliyat öncesi meme ultrasonografisi ve 40 yaş üstü hastalarda mammografi ile meme kanseri açısından araştırılmıştır. Hasta yaşları 17 ile 61 arasında değişmekte olup ortalama yaş 36 bulunmuştur. Hastaların yaş aralıkları 1982 Birleşmiş Milletler Standart Uluslararası Yaş Sınıflaması kitapçığını esas alarak oluşturuldu ve temel olarak iki grup (15-44 ve 45-64) arasındaki fark araştırıldı.

Bulgular: 15-44 yaş aralığında 101 ve 45-64 aralığında 28 hasta mevcut idi. Postoperatif 6 (%4.7) hastada hematom görüldü ve bu hastaların hepsi 15-44 yaş aralığındaki grubunda yer almaktaydı. 109 hasta ters T skar yöntemi ve 20 hasta vertical skar patternine uygun olarak ameliyat edilmişti. 103 hastaya inferior pediküllü ters t skar tekniğine uygun operasyon uygulanmıştı. Her iki memeden yapılan rezeksiyon miktarı 300 gr ile 6100 gr arasında değişmekteydi ve ortalama eksizyon miktarı 2288 gr olarak hesaplandı. Tüm hematomlar tek taraflı olup, dört hastada sağ memede, iki hastada sol memede görüldü.

Sonuç: Çalışmamızda meme küçültme cerrahisinde hematomun yaş ile ilişkisinin araştırılmasında iki grup arasında anlamlı fark saptanmamasına rağmen 15-44 yaş grubu hastalarda produktif evrede olduğu için memenin hormonal olarak aktif ve glandüler yapısının baskın olması ile ilişkisi olduğu kanısındayız. Bu yaş grubundaki hastalarda ameliyat sırasında kanama kontrolünün daha dikkatli sağlanması gerektiğini düşünmekteyiz

S062

Katastrofik Karınlar

Selma Sönmez Ergün¹, Mustafa Ekrem Güleş¹, Reşit Burak Kayan¹, Onur Akman¹, İsmail Melih Kuzu¹, Naim Memmi², Hüseyin Kadioğlu²

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, İstanbul

Amaç: Karın duvarı defektleri veya kontur bozuklukları yumuşak doku enfeksiyonları, travmalar, daha önceden geçirilen cerrahi girişimler veya tümör rezeksiyonlarına bağlı olarak gelişebilir. Günümüzde farmakoloji teknolojisindeki ve yoğun bakım tekniklerindeki gelişmeler karın duvarı defektli olan hastalarla karşılaşma oranlarını yükseltmiştir. Seçilecek onarım yöntemini belirlemede defektin büyüklüğü, yerleşimi, derinliği ve hastanın sağlık koşulları bize yol gösterici olmaktadır. Defektin 15 cm'den büyük olduğu olgularda serbest doku aktarımı veya doku genişletme uygun tedavi seçeneğini oluştururken, daha küçük boyutlu defektlerde abdominoplasti veya lokal fleplerle onarım sağlanabilmektedir (1,2,3,4) Karın duvarı defektleri veya karın konturunu bozan skarları nedeniyle katastrofik görünümlü karınlara sahip olan ve doku genişletme, abdominoplasti veya lokal karın flepleri kullanılarak tedavi edilen 25 olguluk seri sunulmaktadır.

Yöntem: Bir olguda karın duvarındaki tam katlı defektin her iki tarafına 2000 cc'lik doku genişleticiler yerleştirildi. İstenilen hacme ulaşıldığında doku genişleticiler çıkarıldı, batin duvarını güçlendirmek amacıyla prolen mesh uygulandı. Doku genişletmeyle elde edilen yumuşak dokular orta hatta ilerletilerek defekt tamamen kapatıldı, hastanın normal karın konturuna sahip olması sağlandı. Altı olguda karın duvarındaki skar dokusunun eksizyonu

esnasında derinin peritona yapışmış olduğu görüldü. Periton onarımı ve katlara uygun onarım sonrasında lokal flepler kullanılarak karındaki kontur bozuklukları giderildi. Bir olguda orta hattaki eski ensizyon skarından girilip fitik redükte edildikten sonra prolen mesh kullanılarak karın duvarı güçlendirildi. Rektus plikasyonu ve nedbe eksizyonları yapılarak karın duvarının kontürü ve görünümü düzeltildi. Bir olguda ilk seansta hastanın sol lomber bölge ve sağ gluteal bölgesindeki ülserleri eksize edilerek kısmi kalınlıklı greftlerle defekt alanları onarıldı. İkinci seansta ise abdominoplasti ensizyonu yapıp karın flebi kaldırıldıktan sonra sağ alt karın ve kasık bölgesindeki kontrakte yanıklı doku eksize edilip karın flebi laterale doğru ilerletildi. Olgumuzdaki yaşlılık, doğumlar ve kilo artışı nedeniyle karının sağlam olan tarafında oluşan doku fazlalığından yararlanarak hem kontraktürün giderilmesi sağlandı hem de abdominoplasti esnasında rutinde eksize edilerek atılacak olan flepten yararlanılarak hastanın karnının normal görünümüne kavuşması sağlandı. Bir olguda karın duvarındaki greftlenmiş olan alan eksize edilip abdominal flep yeniden kaldırılıp eksize edilen alana ilerletilerek defekt onarıldı, karın duvarının görünümü düzeltildi. On beş olgudaki karın duvarı kontur bozuklukları ise karın duvarının çeşitli yerlerinde mevcut olan fitikların redüksiyonu ve mesh konulmasını takiben klasik abdominoplasti yapılarak düzeltildi.

Bulgular: Öne-arkaya eğilmekte zorluk, karnın distandü görünümü, karın duvarındaki nedbeler ve karın duvarındaki rahatsız edici görünüm hastaların başlıca şikayetlerini oluşturmaktaydı. Perfore apandisit nedeniyle başvuran ve appendektomiye takiben drenaj ve batin yıkaması yapıp açık batin ile iyileşmeye bırakılan olguda karın ön duvarında ince bir epitel tabakasıyla örtülü 23x37 cm boyutunda tam katlı defekt saptandı. Perfore apandisit nedeniyle opere edilen altı olguda karın duvarında retraksiyona ve karın duvarının kontüründe bozulmaya neden olan hipertrofik nedbeler saptandı. Perfore apandisit ve karaciğer apsesi nedeniyle ameliyat edilen olguda insizyonel herni ve karın duvarında çok sayıda nedbe saptandı. 50 yıl önce alevle temas sonucu yanan ve sekonder olarak iyileşen olguda karın konturunu bozan sağ alt batin ve kasık bölgesini içine alan yanık kontraktürleriyle sol lomber ve sağ gluteal bölgesinde ülserler ve sağ bacağındaki hareket kısıtlılığı mevcuttu. Yanık skarları ve ülserasyonları nedeniyle geniş eksizyon ve DİEP uygulanan flebi korumak için verilen pozisyon nedeniyle karın duvarında gelişen nekroz eksize edilip greftlenen (17x8 cm) olguda alt batin kadranında belirgin kontür bozukluğu mevcuttu. On beş olguda ise karın duvarının çeşitli bölgelerinde appendektomi, kolesistektomi, obezite cerrahisi ve sezeryana sekonder gelişen insizyonel hernilerin oluşturduğu karın duvarı kontür bozuklukları mevcuttu. Üç olguda pansumanlarla iyileştirilen minör yara detaşmanları, bir olguda yeniden operasyonu planlanan paraumbilikal herni nüksü, bir olguda ise debridman ve primer sütür ile onarılan pubik bölgede nekroz gelişimi oldu. Diğer hastalarımız ise sorunsuz iyileşti.

Tartışma: Karın duvarında nedbe veya kontraktürler hareket zorluklarına neden olabildikleri gibi olguların görünümünün de bozulması nedeniyle cinsel işlevlerini negatif yönde etkileyebilmektedirler. Bu yüzden bu gibi olgular yalnızca işlevsel açıdan değil estetiksel yönden de değerlendirilmelidirler. Katastrofik görünümlü karınları olan hastalarda, uygun onarım yöntemleri kullanılarak ve kişiye özgü problemler göz önünde bulundurularak görünümünü daha iyi hale getirmek mümkün olabilir. Karın duvarı onarımında katlara uygun onarım yapılması, gerektiğinde rektus plikasyonu uygulaması ve karın duvarını güçlendirmek

için mesh uygulanması başarı şansını arttırabilir.

Sonuç: Bu bölgede oluşan görünüm değişiklikleri ve hareketlerde oluşabilen kısıtlılıklar hastaları negatif yönde etkilemektedir. Hastaların kısıtlanan işlevlerinin düzeltilmesinin yanı sıra estetik görünümünün de daha iyi hale getirilmesiyle hastaların özgüvenleri yeniden sağlanabilir.

Kaynaklar:

- 1.Rochrich RJ, Lowe JB, Hackney FL, Bowman JL, Hobar PC: An algorithm for abdominal wall reconstruction. Plast Reconstr Surg 2000; 105: 202-16.
- 2.Mathes SJ, Steinwald PM, Foster RD, Hoffman WY, Anthony JP: Complex abdominal wall reconstruction: A comparison of flap and mesh closure. Ann Surg 2000; 232: 586-96.
- 3.Argenta LC, Marks MW: Principles of tissue expansion. In:Mathes SJ, editor. Plastic surgery. 2nd ed, vol 1, Saunders-Elsevier, Philadelphia, 2006, pp. 539-567.
- 4.Ergun SS: Release of postburn contractures on the lower abdomen and inguinal regions using modified abdominoplasty. J Burn Care Res. 2012; 33:e247-50. doi: 10.1097/BCR.0b013e31823da29.

Resim 1



Karın bölgesinde kontür deformitesi olan hastaların bir kısmının preoperatif görünümü

S063

**Sakral Bölge Defektlerinin
Rekonstrüksiyonunda Random Paternli
Fleplerle Perforatör Bazlı Fleplerin
Karşılaştırılması**

Göktekin Tenekeci, Yavuz Başterzi, Alper Sarı,
Şakir Ünal, Yavuz Demir
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Mersin

Giriş: Sakral bölge defektlerinin rekonstrüksiyonunda en sık kullanılan yöntem rotasyon veya bilateral V-Y ilerletme flepleridir. Ancak özellikle son yıllarda perforatör flep konseptinin gelişmesiyle özellikle superior gluteal arter perforatör propeller flepleri (SGAP) sakral bölge defektlerinin rekonstrüksiyonunda polipülerlik kazanmaya başlamıştır. Bu çalışmanın amacı, sakral defektlerin rekonstrüksiyonunda kullanılan random paternli fleplerle perforatör bazlı propeller fleplerin çeşitli yönlerden karşılaştırılmasıdır.

Materiyal-Metod: Toplamda sakral bölgede yarısı olan 57 hastaya uygulanan 59 flep incelendi. Bu hastaların defekt boyutları 3x3 cm ile 25x15 cm arasında değişmekteydi. Bu defektlerin 40 tanesi sakral bölgede yerleşik dekübit ülseri iken, 14 tanesi pilonidal sinüs, 2 tanesi tümör, 1 tanesi de trauma sonucu oluşmuştu. Hastaların operasyon süreleri, hastanede yatış süreleri, postoperatif dönemdeki reoperasyon ihtiyacı, yara yerinde dehisens, flep nekrozu, seroma veya yara yeri infeksiyonu ve mortalite açısından değerlendirildi ve karşılaştırıldı.

Bulgular: 29 hastaya rotasyon flebi, 3 hastaya V-Y ilerletme flebi, 1 hastaya Limberg flebi yapılırken, 25 hastaya SGAP flep, 1 hastaya da lumbal arter perforatör propeller flebi uygulandı. Ortalama operasyon süresi bilateral V-Y ilerletme flebi için 113.3 dakika, rotasyon flebi için 112.75 dakika, SGAP flep için 149.36 dakika olarak tespit edildi. Limberg flep için operasyon süresi 60 dakika, lumbal arter perforatör flebi için operasyon süresi 175 dakika olduğu görülmüştür. Ortalama hastanede yatış süresi V-Y ilerletme flebi için 21.3 gün, rotasyon flebi için 28.65 gün, SGAP flep için 11.4 gün, limberg flep için 5 gün, lumbal arter perforatör propeller flep için ise 11 gün idi. Rotasyon flebi yapılan 2 hastada, V-Y ilerletme flebi yapılan 1 hastada ve SGAP flep yapılan 2 hastada yara yerinde dehisens görüldü. Bu hastalardan alınan kültürlerde üreme oldu ve tedavi sonrası primer sütüre edilerek kapatıldı. Yine iki hastada dehisens olmasa da yarısından akıntı oluştu. Antibiyotik tedavisi ile akıntı kontrol altına alındı. Rotasyon flebi yapılan hastaların dördünde rekürans gözlemlendi. Bunlardan ikisi yara kapatılmadan kaybedildi. Birisi için karşı taraftan rotasyon flebi yapıldı, birisi için aynı rotasyon flebi ilerletilerek yara kapatıldı. SGAP yapılan hastaların birinde yara yerinde rekürans görüldü ve aynı SGAP flep kaldırılarak defekt kapatıldı. Rotasyon flebi yapılan hastaların üçünde fleplerinde parsiyel nekrozlar görüldü. Diğer hastalarda nekroz gözlemlenmedi. Total flep nekrozu görülmeydi. SGAP hastalarının iki tanesinde venöz konjesyon gözlemlendi ve spontan olarak düzeldi. SGAP uygulanan hastalardan birinde ve rotasyon flebi yapılan hastaların ikisinde pürülan akıntı gözlemlendi. Rotasyon flebi yapılan hastaların ikisi postoperatif 5. gün ve 2. haftada kaybedildi. SGAP fleplerin yedisi iki perforatör üzerinden, onyedisi tek perforatör üzerinden, biri de üç perforatör üzerinden kaldırıldı.

Sonuçlar: Sonuç olarak perforatör fleplerin sakral bölge defektlerinin rekonstrüksiyonunda önemli bir yere sahip

olduklarını ve güvenli bir seçenek olarak karşımıza çıktıklarını ve bu serideki hastalardan perforatör bazlı flep yapılanlarından hiçbirisinde parsiyel veya total flep kaybı yaşanmadığını görmekteyiz. Perforatör fleplerin random paternli fleplerden daha uzun ortalama ameliyat sürelerine sahip olduğunu görmekteyiz. Ancak bu farkın klinik önceliğimizi değiştirecek ölçüde olduğunu düşünmemekteyiz. Gelecekte oluşabilecek sakral bölge defektlerinin rekonstrüksiyonunda yeniden kullanılabilirlik açısından perforatör bazlı fleplerin rotasyon fleplerine nazaran bağlı bulundukları bir cilt pedikülü bulunmaması nedeniyle daha avantajlı olduklarını düşünmekteyiz.

S064

**Ayak Dorsalinden Serbest Eklem Ve
Fonksiyonel Kas Transferi: Anatomik
Çalışma**

Osman Akdağ¹, Aylin Shafiyi², Anita Mohan²,
Steven Moran²

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif Ve
Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı Konya

²Mayo Clinic Department of Plastic Surgery Rochester MN

Giriş: Bir çok farklı doku kaybını içeren komplike yaralanmaların onarımı son derece güçtür. Tekbir seansta tüm eksik olanların yerine konması için birçok flep onarımları gerekir. Bu çalışmada Ayaktan olası kaldırılacak kas eklem ve cilt içeren fleplerin anatomik ilişkileri kadavrada incelenmiştir.

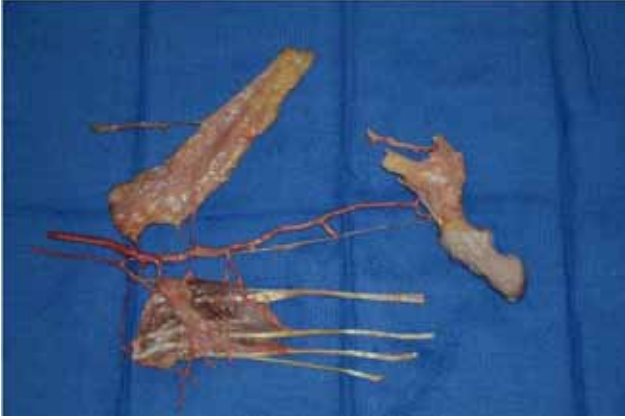
Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada toplam 10 adet taze kadavra kullanılmıştır. Daha önce alt ekstremitte cerrahisi geçirmemiş yada belirgin vasküler hastalığı olmayan Çalışmada Ekstansör Digitorum Brevis (EDB) kası ile birlikte ikinci parmağın Metatarsofalangiyel (MTF) eklemi ve perforatör tabanlı bir cilt adasını da içeren ayak dorsumundan bir kompozit flep planlandı. Flep kaldırılmadan önce dorsalis pedis (DP), lateral tarsal arter (LTA) ve dijital arter çapları ve bu arterlerin pedikül olduğu varsayılarak uzunlukları kaydedildi. Pedikül uzunlukları hesaplanırken ikinci parmak MTF eklemi ile dorsal transfer ligaman arası referans nokta olarak alındı. Elde edilebilecek maksimum pedikül uzunlukları ve Kasın motor inervasyonunu sağlayan maksimum derin peroneal sinir uzunlukları kaydedildi. Fonksiyonel olarak kaldırılması planlanan EDB kasının alanı, bu kasa ait tendon sayısı ve maksimum tendon uzunlukları kaydedildi. Dorsalis pedis üzerinden ayrılan direkt cilt perforanları ise intermalleolar çizginin orta noktasından bir ve ikinci parmak arasındaki vebe doğru çizilen doğru üzerindeki iz düşümleri referans alınarak haritalandırıldı.

Bulgular: Arter ölçümlerde DP için ortalama çap 2.74 mm iken LTA için 1.86 mm bulundu. Maksimum pedikül uzunluğu ise ortalama EDB kasına kadar 5,7 cm birinci vebe kadar ise 18,8 cm olarak ölçüldü. Maksimum derin peroneal sinir uzunluğu ise EDB kasına kadar 6,2 cm olarak belirlendi. Tip 2 kas yapısına sahip bir kas olan EDB için hesaplanan kas yüzey alanı ise ortalama olarak 26 cm² olarak ölçüldü. EDB 4 örnekte 5 tendon var iken 6 örnekte ise 4 tendonun olduğu kaydedildi. Maksimum tendon uzunluğu ise yaklaşık olarak 17 cm olarak değerlendirildi.

Sonuç: Baş parmağın konjenital yokluğunda ve kompleks

el travmalarında yalnızca 2 parmak transferi yanında opozisyonun sağlanması için fonksiyonel kas transferi ve olası cilt defekti içinde örtücü bir cilt dokusuna ihtiyaç duyulabilir. Baş boyun bölgesi yaralanmalarında da bazen temporamandibuler eklem (TME) eklem hasarı ve bunun yanında fasial sinirin fonksiyon kayıplarının yerine konması için de kompozit doku transferi gerekebilir. Bu çalışmada kompleks yaralanmalar için kullanılabilecek eklem fonksiyonel kas ve cilt defektleri için ayak dorsumundan aynı pedikül üzerinden kaldırılabilen olası bir flebin anatomik detayları paylaşılmıştır. Bu çalışmanın ileride bu tür fleplerin kaldırılması için bir referans çalışma olduğunu düşünüyoruz.

Kompozit flep dizaynı



S065

Hiperbarik Oksijen ve Ozon Tedavilerinin Ayrı Ayrı ve Birlikte Kullanımlarının İskemi Reperfüzyon Hasarına Etkilerinin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması: Rat Rektus Abdominis Kas Flebinde Deneysel Çalışma

Aslı Datlı¹, Özgür Pilancı¹, Mehmet Bozkurt², Samet Vasfi Kuvat³

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: İskemi sırasında toksik oksijen radikallerinin oluşması sonucu endotel hasarı ve tromboza eğilim artar. Reaktif vazodilatasyon gelişip doku oksijenizasyonunun yeniden artmasına bağlı ise oksidatif stres artar ve oluşan oksidasyon türevleri DNA hasarına yol açarak reperfüzyon hasarı gelişmesine neden olur. 1,2,3,4,5 İskemiye maruz kalan fleplerde parsiyel veya total kayıplara yol açan bu durumun önüne geçmek, mortalite ve morbiditeyi azaltmak amacıyla oksijenin farklı formlarda ve tekniklerle kullanımı günümüzde daha da popüler hale gelmektedir. 5,6,7 Biz de çalışmamızda rat rektus abdominis kas flebinde, iskemi reperfüzyon hasarı sonrası uygulanan hiperbarik oksijen ve ozon tedavileri ve bunların birlikte uygulamalarının flep

sağkalımı üzerine etkilerini biyokimyasal, histopatolojik ve gen ekspresyon çalışmaları ile araştırmayı planladık.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmada 36 adet Sprague Dawley cinsi erişkin sıçan kullanıldı. Gruplar: sham-opere grup (S) (n=4), kontrol grubu (K) (n=8), hiperbarik oksijen verilen grup (HBO) (n=8), ozon verilen grup (O) (n=8) ve hiperbarik oksijen ve ozonun birlikte verildiği grup (HBO+O) (n=8) olarak isimlendirildi. Sham grubu dışında bütün ratlarda superior epigastrik artere baze rektus abdominis kas flebi kaldırıldı. Flepler 4 saat süre ile klemplenerek iskemiye maruz bırakıldı. Sonrasında 1 saatlik reperfüzyonu takiben 1., 24. ve 48. saatlerde uygulanan hiperbarik oksijen, ozon ve kombine tedaviler sonrası ameliyat sonrası 1. ve 7. günlerde biyokimyasal çalışmalar için kan örnekleri, histopatolojik ve gen ekspresyon çalışmaları için ise kas biyopsileri alındı.

Bulgular: Kas hasarının özellikle akut dönemde (1. gün) tüm tedavi gruplarında istatistiksel olarak daha az olduğu ve bunun yanında HBO+O grubunda kas hasarının diğer tedavi gruplarına göre anlamlı derecede az olduğunu gözledik ($p<0,05$). 1. ve 7. günde nekroz, tedavi gruplarında kontrol grubuna göre daha az bulundu ($p<0,05$), neovaskülarizasyonun ise 7. günde tüm tedavi gruplarında kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görüldü ($p<0,005$) ancak tedavi grupları arasında ki fark anlamlı değildi ($p>0,05$). Biyokimyasal değerlendirmelerde K, HBO ve O gruplarında 7. gün MDA ortalamaları 1. güne göre anlamlı derecede yüksek bulunmuşken ($p<0,05$), HBO+O grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir. Nötrofil birikiminin bir göstergesi olan MPO'nun K grubunda artışı anlamlı iken tedavi gruplarında ise anlamlı artış saptanmamıştır. Antioksidan aktivitenin göstergesi olan SOD değerlerinde HBO+O grubunda 1. günden 7. güne istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptanmıştır ($p<0,05$). Gen ekspresyon çalışması ile baktığımız ve IR'da yükselmesini beklediğimiz mikro RNA 205 düzeylerinde 1. gün K grubu ortalaması tedavi gruplarına göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Kas fleplerinde İR sonrası uygulanan HBO ve Ozon tedavilerinin etkinliğini anlamak üzere planladığımız çalışmamızda sonuç olarak farklı mekanizmalarla ekisini gösteren oksijenin bu iki farklı formunun teker teker ve birlikte kullanımlarının flep yaşayabilirliğini arttırdığını ancak Ozon ve HBO tedavilerinin birlikte kullanımlarının, her iki tedavinin ayrı ayrı kullanımına kıyasla histopatolojik olarak kas hasarının azaltılması dışında belirgin bir üstünlüğünün olmadığını söyleyebiliriz.

S066**Serbest Fibula Flebi ile Yapılan Mandibula Rekonstrüksiyonlarında Hangi Plak Seçilmeli?**

Giray Genç¹, Safa Manav¹, Burak Pasinlioğlu¹,
Kemal Fındıkçioğlu¹, Selahattin Özmen²,
Seyhan Çenetoğlu¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Mandibula rekonstrüksiyonu, mandibulayı etkileyen travma, enfeksiyon, konjenital anomalilere bağlı rezeksiyon ve tümör ile kist eksizyonları sonrası oluşan kayıpların rekonstrüksiyonunu içerir. Günümüzde mikrocerrahi alanındaki gelişmeler ile birçok farklı bölgeden vaskülarize kemik doku transferleri yapılarak mandibula rekonstrüksiyonu gerçekleştirilebilmektedir. Bunlardan sıklıkla tercih edileni de serbest fibula flebi ile yapılan rekonstrüksiyonlardır.

Hasta-Metod: 2005-2015 yılları arasında kliniğimizde serbest fibula flebi ile mandibula rekonstrüksiyonu yapılan 23 hasta, demografik özellikleri, rekonstrüksiyon etyolojileri ve preoperatif tanıları, rezeksiyon sonrası mandibulada oluşan kemik defekt boyutları, fibula flebinde yapılan osteotomi sayısı, flebin fiksasyonunda kullanılan plak çeşitleri ve operasyon sonrası gereken revizyon ihtiyaçları açısından incelenmiştir. **Bulgular:** Hastaların ortalama yaşı 36(11-77),preoperatif etyolojide mandibuladan kitle eksizyonu en sık neden olup yassı hücreli karsinom (5) ve ameloblastom(4) en sık tanı alan patoloji raporları idi. 4 hastaya travmaya sekonder rekonstrüksiyon yapıldı. Rezeksiyon sonrası mandibulada oluşan defekt boyutları ortalama 8,9 cm (5-15) dir. 12 hastada serbest fibula flebinde osteotomi ihtiyacı olmadan rekonstrüksiyon gerçekleştirilmiş olup diğer 11 hastanın ikisinde çift osteotomi yapılmış, diğerlerinde ise tek noktadan osteotomi yapılarak rekonstrüksiyon gerçekleştirilmiştir. 7 hastada fibula flebinin fiksasyonu için miniplaklar kullanılmış olup 16 hastada rekonstrüksiyon plakları kullanılmıştır. Miniplaklar monokortikal olarak vidalanmıştır. Miniplak kullanılan hastalarda plağa bağlı komplikasyonlar nedeniyle cerrahi girişim gerekliliği olmamıştır. Rekonstrüksiyon plağı ile onarım yapılan hastalardan 8 tanesinde plak ekspozisyonu ya da plağa bağlı başka sorunlar nedeniyle plağının çıkarılması için cerrahi girişim yapılması gerekmiştir. Bu hastalardan dördünün plağı ekspozisyon nedeniyle çıkarılmıştır. Miniplak kullanılan hastalarda plak ekspozisyonu görülmemiştir.

Tartışma: Serbest fibula flebi ile mandibula rekonstrüksiyonlarında kliniğimizde yaptığımız vakalarda geçmiş dönemlerde flebin fiksasyonu amacıyla rekonstrüksiyon plakları kullanılmıştır. Ancak plağa bağlı komplikasyonlar nedeniyle yakın dönemde bu tür vakalarda miniplak ile birlikte intermaksiller fiksasyon tekniği uygulanmıştır. Mandibulada oluşan segment kaybına bağlı olarak vaskülarize fibula flebi ile onarım sırasında yük taşıyan osteosentez elde etme kuralı düşünüldüğünde rekonstrüksiyon plağının kullanılması mantıklı gelmektedir. Fakat rekonstrüksiyon plağı hastaya ciddi bir yabancı cisim yükü yaratmaktadır. Miniplaklar ile karşılaştırıldığında rekonstrüksiyon plaklarının şekillendirilmesi zordur. İntermaksiller fiksasyonda miniplakların esnemeye bir miktar izin vermesi sayesinde oklüzyonunun sağlanması daha kolay olabilmektedir. Miniplaklarla vidalama monokortikal olarak gerçekleştirildiğinden ilerleyen dönemde flep üzerine dış implantlarının

yapılmasında zorluklar daha az görülmektedir. Ayrıca bu hastalara cerrahi sırasında trakeostomi açıldığından intermaksiller fiksasyonun yan etki ve zorlukları da daha az görülmektedir. Tüm bu nedenler göz önüne alındığında plağa bağlı komplikasyonlardan kaçınmak için miniplakların kullanılması daha cazip görünmektedir. Geçmiş dönemde yapılan çalışmalar mandibula rekonstrüksiyonunda rekonstrüksiyon plağı kullanılması ile miniplak kullanılması arasında plağa bağlı komplikasyonlar açısından anlamlı fark olmadığını söylemesine karşın bizim klinik tecrübemizde miniplaklarda plak kaynaklı komplikasyon oranı daha düşüktür.

Sonuç: Günümüzde serbest fibula flebi, mandibula rekonstrüksiyonu için öncelikli tercihlerdendir. serbest fibula flebinin adaptasyonu ve stabilizasyonu miniplak ve intermaksiller fiksasyon yapılarak sağlandığında rekonstrüksiyon plağı kullanılan hastalara kıyasla plak ekspozisyonuna bağlı revizyon ihtiyacının daha az olduğu görülmüştür.

miniplakfiksasyon

Kliniğimizde miniplak ve İMF ile serbest fibula flebi fiksasyonunu yapılmış hastanın postop 6. ay filmi

S067**Canlı Vericili Karaciğer Nakillerinde Hepatik Arter Mikroanastomozu Sonuçlarımız**

Ensar Zafer Barın¹, Önder Tan², Said Algan²,
Hakan Cinal², Murat Kara¹, Akın İnalöz²,
Mehmet Akif Çakmak²

¹Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

²Atatürk Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Erzurum

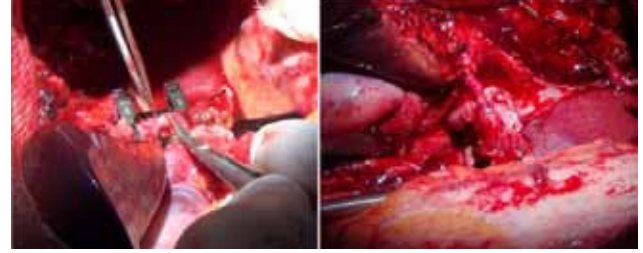
²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Erzurum

Karaciğer nakli; karaciğer yetmezliğinde nihai ve seçkin tedavi yöntemidir. Canlı vericiden alınan karaciğer lobu kendi hepatic arteri ile taşınmakta ve bunun alıcıda ilgili artere anastomozu küçük çapından dolayı özel mikrocerrahi teknik ve ekipmana ihtiyaç göstermektedir. Hepatik arter anastomozunun başarısı ise operasyonun başarısını ve hastanın sağkalımını direkt olarak belirleyen majör bir etken olup başarısızlık durumunda mortaliteyle sonuçlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, tarafımızca yapılan hepatic arter anastomozlarının sistematik olarak damar karakteristikleri, çapları, operasyon süresi, gelişen komplikasyonlar ve tromboz oranları yönünden geriye dönük değerlendirilmesi; daha düşük komplikasyon oranları ile daha mükemmel sonuçlar elde etmek, ayrıca gelecekte tekniğin

geliştirilmesi ve daha kolay öğrenilmesi adına kazanılan bilgi ve tecrübenin paylaşılması ve geleceğe aktarılmasıdır. 2010-2016 yılları arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Organ Nakli Merkezi'nde yapılan ve hepatik arter anastomozları kliniğimiz tarafından gerçekleştirilmiş 77 canlı vericili karaciğer nakil hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların 51'i erkek (% 66,2), 26'si bayandı (% 33,7). Yaşları 6 ay - 68 yıl arasında değişmekteydi. (ortalama 40,70 yıl). Organ nakli ekibinin canlı vericiden alınan karaciğeri alıcıya yerleştirmesi ve hepatik venler ile portal venin anastomoz işlemini tamamlamasının ardından, kliniğimiz mikrocerrahi ekibi tarafından mikroskop altında uygun mikrocerrahi sütürler ve mikroaletler kullanılarak verici ve alıcıya ait hepatik arterlere mikroanastomoz işlemi gerçekleştirildi. Mikrocerrahi işlem alıcı ve verici damarların diseksiyonları, uçların karşılıklı pozisyonlandırılması ve ucuca anastomoz olmak üzere 3 safhadan oluşmaktaydı. Tüm operasyonlar aynı cerrah (Ö.T.) tarafından standart koşullar altında uygulandı. Akabinde organ nakli ekibi tarafından safra kanalı anastomozu yapılarak operasyon tamamlandı. Ameliyat sonrası hepatik arter anastomozları rutin olarak doppler USG ve karaciğer enzim düzeyleri ile 7 gün boyunca günlük olarak izlendi. 28 hastada (% 36,3) sirozun nedeni Hepatit B virüsü iken, 14 hastada (% 18,1) siroz nedeni bilinmemekteydi (Kriptojenik siroz). 6'şar hastada (% 7,6) Fulminan Hepatit ve otoimmün hepatite bağlı siroz mevcut iken, 5 hastada (% 6,4) Wilson Hastalığı'na ve 3'er hastada ise (% 3,8) Hepatit C virüsü ve Budd-Chiari Sendromu'na bağlı siroz gelişmişti. Birer hastada ise Hepatit B ve C'ye bağlı siroz, sekonder bilier siroz, maternal hepatit B'ye bağlı siroz, alkolik siroz etiyolojik etkendi. Alıcı damar olarak 54 hastada (% 69,2) sağ hepatik arter, 10 hastada (% 14,1) ise sol hepatik arter anastomozda kullanıldı. Daha sonra sırasıyla 5 hastada (% 6,4) sağ replaced hepatik arter, 1 hastada (% 1,2) Segment IV arteri, 1 hastada (% 1,2) gastroduodenal arter, 1 hastada (% 1,2) proper hepatik arter kullanıldı. 77 hastanın 66'sında (% 85,7) sağ lob transfer edildi. Bu hastaların 61'inde (% 79,2) sağ hepatik arter, 5 hastada (% 6,4) ise sağ replaced arter verici arterdi. 11 vakada (% 14,2) ise sol lob (Segment 2 ve 3) transferi yapıldı ve verici arter sol hepatik arter ve aksesuar sol hepatik arterdi. Alıcı arter çapları 1 ile 5 mm arasında değişmekteydi (ortalama 2,91 mm). Verici arter çapları ise 1,5 ile 4 mm arasındaydı (ortalama 2,78 ± 0,55 mm). Alıcı ve verici damar çaplarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0.002). Toplam mikrocerrahi işlem süresi 25-320 dk. arasında değişmekteydi. (ortalama 63,08 dk) 77 hastanın hiçbirinde arter veya ven grefti kullanılmadı, tüm anastomozlar primer gerçekleştirildi. Hiçbir hastada ameliyat sırasında reanastomozu gerektirecek trombüs gelişmedi. 5 (% 6,4) olguda anastomoz sonrası spazm gelişti, topikal papaverin ve sıcak uygulamasıyla giderildi. 15 (% 19,4) anastomozda damarlar arasında ciddi çap farkı vardı ve küçük çaplı damara yapılan oblik kesikle eşitlendi. Alıcı hepatik arter 1 olguda rezeksiyon aşamasında iatrojenik yaralanma nedeniyle kullanılmadı ve yerine gastroduodenal arter kullanıldı; 7 olguda (% 9,1) ise intimal diseksiyon olmasına rağmen anastomozlar başarıyla tamamlandı, alıcı damar değiştirilmedi. Hiçbir olguda ameliyat sonrası erken yada geç hepatik arter trombozu görülmeydi, anastomoz başarıları % 100 idi. Geç postoperatif komplikasyonlardan stenoz ve anevrizmaya da rastlanmadı. Sadece 1 vaka muhtemel hepatik ven trombozu nedeniyle exitus ile sonuçlandı. Ortalama hastanede kalım süresi 14 gün, izlem süresi ise 16 aydı (3-40). Serimizde % 100 anastomoz başarıları elde edilmesi ve erken ya da geç hepatik arter trombozuyla hiç karşılaşılması literatürle uyumlu hatta daha da başarılıdır. Ancak burada serinin göreceli küçük olması da göz ardı edilmemelidir. Daha optimum değerlendirmeler için mevcut hasta sayısının daha da artırılmasının gerektiğini düşünmekteyiz. Hepatik arter anastomozunun mikroskop altında, özel mikroalet

ve sütürler kullanılarak, titiz ve hassas teknikle, zinde, konsantre ve mikrocerrahi deneyimi olan ayrı bir ekip tarafından yapılması komplikasyon oranlarını azaltırken, anastomozun dolayısıyla da ameliyatın başarısını artırabilir. Ayrıca bu ekip çalışması, tek ekibe kurduğu teknik üstünlük sayesinde, kadavra kaynaklı kısmi karaciğer nakillerinin sayısının artmasına ve sayıları sınırlı vericilerden özellikle çocuklar olmak üzere daha çok alıcının faydalanmasına imkan sağlayabilir. Mikrocerrah ve transplant cerrahlarının teknik komplikasyonları azaltmak adına yapacakları işbirliği, uzun süreli ve kalıcı transplant fonksiyonlarının elde edilmesinde önemli rol oynayabilir.

Hepatik Arter Mikroanastomozu



S068

Alt Ekstremitenin Lokal Perforatör Fleplerle Rekonstrüksiyonu

Göktekin Tenekeci, Yavuz Demir, Yavuz Başterzi, Şakir Ünal, Alper Sarı, Recep Okan Üstün
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Mersin

Giriş: Alt ekstremitte, yumuşak doku rekonstrüksiyonu açısından zorlu bir bölgedir. Lokal fasiyonkutan ve kas fleplerinin kullanım alanı kısıtlıdır. Bundan dolayı alt ekstremitenin rekonstrüksiyonunda serbest flepler önemli bir yere sahiptir. Özellikle son yıllarda alt ekstremitenin rekonstrüksiyonunda lokal perforatör fleplerin kullanımı yaygınlaşmaktadır. Rekonstrüktif mikrocerrahlar arasında küçük boyutlu defektlerin rekonstrüksiyonunda lokal perforatör fleplerin kullanımının uygun olacağı görüşü hakimdir. Bu çalışmada alt ekstremitenin rekonstrüksiyonunda elde ettiğimiz tecrübeyi paylaşmak ve başarılı sonuçlara ulaşmak için hangi kriterlere dikkat edilmesi gerektiğini tartışacağız.

Materiyal & Metod: 26 hastanın 28 alt ekstremitte defektinin rekonstrüksiyonu planlanmış ancak bu defektlerin beşinin preoperatif veya intraoperatif dönemde operasyon planı güvensiz perforatör veya zedelenmiş perforatör nedeniyle değişmiştir. 13 adet posterior tibial arter perforatör propeller flebi (PTAPPF), 6 adet anterolateral uyluk flebi (üçünde kas adası da beraber alındı), 2 adet anterior tibial arter perforatör propeller flep (ATAPPF), 1 adet derin femoral arterin perforan dalı bazlı flep ve bir adet de serbest stil lokal perforatör flep kullanıldı.

Bulgular: 23 flebin 21'i tamamen canlılığını korudu fakat fleplerin ikisinde kısmi kayıplar yaşandı. Kısmi flep kaybı yaşanan iki hastanın oluşan defektleri greftlenerek tamamen kapatıldı. Bir hastanın flebinde venöz yetmezlik (ATAPPF) ve iki hastanın flebinde (PTAPPF) arteriyel yetmezlik (78 ve 65 yaşlarında) bulguları gözlemlendi. Ortalama operasyon süresi 210 dakika idi. PTAPPFlerin 9 unun donör sahası deri grefti ile, anterolateral uyluk fleplerinin donör sahası biri

hariç primer suture edilerek, ATAPPFlerin donör sahası deri grefti ile, serbest stil perforatör flep ile derin femoral arterin perforan dalı bazı felbin donör sahası primer kapatıldı. 60 yaş üzerinde olan 3 hastanın ikisinin fleplerinde kısmi flep nekrozu görüldü. Bu seride başka flep kaybı (kısmi veya tam) gözlenmedi.

Sonuçlar: Derin kas fasyasının flebe her zaman dahil edilmesi gerektiğini, flebin perforatörünün tam olarak iskeletize edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Her ne kadar kısıtlı bir hasta sayısı ile yapılmış bir çalışma olsa da 60 yaşın üzerindeki hastalarda yapılacak lokal perforatör fleplerin güvenilirliğinin daha az olduğunu düşünmekteyiz. Posttraumatik damar hastalığı olan hastalarda diseksiyonun çok titiz ve dikkatli yapılması gerektiği düşüncesindeyiz. Alt ekstremitte rekonstrüksiyonunda kullanılan lokal perforatör flepler güvenli seçenek olarak karşımıza çıkar, hızlı bir iyileşme sağlar, serbest fleplere nazaran daha kısa operasyon süresi sunar. Serbest flep endikasyonu olan seçilmiş hastalarda lokal perforatör flep kullanımının başarılı sonuçlar verebileceğini gösteren bir çalışma olduğunu düşünüyoruz.

S069

Medial Sural Arter Peforatör(MSAP) ve Anterolateral Thigh (ALT) Fasyokutan Flep Kalınlıklarının Karşılaştırılması: Klinik Bir Çalışma

Zeynep Deniz Akdeniz, Fatma Betül Tuncer,

Samet Şendur, Melekber Çavuş Özkan,

Bülent Saçak, Özhan Bekir Çelebiler

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Baş boyun bölgesi kanserlerinin rezeksiyonu sonrası mikrocerrahi ile serbest doku aktarımı, fonksiyonel ve estetik sonuçların üstünlüğü açısından oldukça sık yapılmaktadır. Baş ve boyun bölgesinin rekonstrüksiyonunda tercih edilebilecek bir çok flep seçeneği vardır. Flep tercihi, defektin büyüklüğüne, derinliğine, doku içeriğine, cerrahin tercihine ve donör alan morbiditesine göre yapılır(1). Baş-boyun bölgesi rekonstrüksiyonunda, özellikle de ağız içinde, fasyokutan flepler olan ALT, radial ön kol ve son yıllarda artan sayısıyla MSAP flebi en sık kullanılan flepler arasındadır.

ALT flebi 1984 yılında Song tarafından tanımlandığından beri baş-boyun rekonstrüksiyonunda en sık kullanılan fleplerden biri olmuştur(2). ALT'nin avantajları güvenli bir anatomisinin olması, büyük miktarda yumuşak doku içermesi, istenilirse inceltilebilmesi, pedikülünün uzun olması, iki ekip çalışmasına izin vermesi ve düşük donör alan morbiditesidir. Ancak pedikül anatomisinin varyasyon göstermesi; son yapılan anatomik çalışmalarda çoğu perforatörünün muskulokutan olması ve bu nedenle diseksiyonunun daha zahmetli olması ALT flebinin dezavantajlarından(3). ALT flebinin önemli bir dezavantajı subkutan yağlı dokunun fazla olmasıdır. İnsanların vücut tipi ve obezite oranı ile ilişkili olarak subkutan yağlı dokusu da artış göstermektedir. Özellikle, Kuzey Amerika'da ve Avrupa'da ALT flebi kalın subkutan dokusu ile, fonksiyonel ve kozmetik deformiteye yol açmakta; bu durum özellikle ağız içi gibi ince, kolay şekillendirilebilen fasyokutan flepler ile rekonstrüksiyonun gerektiği bölgelerde kullanımını sınırlamaktadır(4).

MSAP flebi, 2001 yılında ilk kez Cavadas tarafından tanımlandığından beri özellikle baş-boyun bölgesinde kullanımı gün geçtikçe artmaktadır(1). İki ekibin aynı anda çalışmasına izin vermesi, düşük donör alan morbiditesi, inceliği, kolay pedikül diseksiyonu ve güvenilirliği öne çıkan avantajlarıdır. Dezavantajları arasında ise ALT'ye göre flep boyutlarının daha küçük olması ve donör alan skardır.

Bu çalışmada amacımız sağlıklı bireylerde ALT ve MSAP flebi kalınlıklarını ultrasonografi ile ölçmek ve bu değerleri (vücut kitle endeksi) VKİ ile karşılaştırmaktır.

Materyal-Metod: Çalışma için 16 sağlıklı bireyin (11 erkek, 5 kadın) her iki alt ekstremitesi üzerinde ölçüm yapıldı. Öncelikle ALT ve MSAP fleplerinin perforatörleri, el doppleri aracılığıyla işaretlendi. Ardından doppler ultrasonografi ile perforatör görüntüldü. Perforatörün çıktığı nokta üzerinde cilt ve subkutan doku milimetre cinsinden ölçüldü. Bir hastada tek taraflı ALT flebi daha önce kullanılmış olduğu için ALT grubu n=31; MSAP grubu n=32 olacak şekilde düzenlendi. Katılımcıların cinsiyeti, yaşı, boyu ve kilosu not edildi. İstatiksel değerlendirme, ALT ve MSAP flepleri kalınlıkları için paired t testi ile; VKİ ile ALT ve MSAP fleplerinin kalınlıkları arasındaki ilişki için pearson korelasyon testi ile yapıldı.

Bulgular: Katılımcıların ortalama yaşı 38 +12.4(19-61 yaş), ortalama VKİ'leri 25.6+3.9 (19.4-31.6) idi. ALT flebinin ortalama kalınlığı 9.83 +4.11 mm, MSAP flebinin ortalama kalınlığı ise 7.20 +4 mm ölçüldü (Tablo 1). Her bireyin ortalama ALT kalınlığı ile ortalama MSAP kalınlığı karşılaştırıldığında MSAP flebinin ALT flebine göre daha ince olduğu bulundu(p<0.01). MSAP ve ALT flebinin VKİ ile korelasyonuna bakıldığında anlamlı pozitif korelasyon olduğu görüldü. (Pearson "r" sayısının ALT için 0.74, MSAP için 0.69, p<0.05) (Şekil 1).

Tartışma: ALT flebi ve radial ön kol flebi, baş ve boyun rekonstrüksiyonunda, özellikle de ağız içinde kullanılan fleplerin başında gelmektedir. ALT flebinin pedikül uzunluğu, güvenilirlik, aynı anda iki ekibe çalışma imkanı sağlaması gibi avantajları, MSAP flebi için de geçerlidir. ALT flebi donör alan morbiditesinin az ama kalınlığı fazla bir flep iken radial ön kol flebi ince ama donör alan morbiditesi oldukça fazla olan bir fleptir. MSAP flebi, her iki flebin avantajlarını taşıyan bir flep olması nedeniyle öne çıkmaktadır.

ALT flebinin MSAP flebine göre avantajı geniş yüzey alanı ile kaldırılabilmesidir. Ancak bizim toplumumuzda vücut tipine ve obezite ile subkutan yağlı dokunun artmasına bağlı olarak ALT flebi oldukça kalındır. İncelik ve şekil verilebilirliğin daha önemli olduğu ağız içi gibi yerlerde MSAP flebinin kullanımı daha avantajlı olabilir.

Her ne kadar MSAP flebinin, bir diğer alt ekstremitte flebi olan ALT'ye göre daha ince olduğu ve incelik yönünden ALT flebine üstün olduğu belirtilmişse de; literatürde bu konuyla ilgili bir çalışma bulunmamaktadır. Baş ve boyun rekonstrüksiyonlarında MSAP ve radial ön kol fleplerinin karşılaştırıldığı klinik bir çalışmada, MSAP flebinin radial ön kol flebi gibi ince ve esnek olduğu; flep komplikasyonları açısından farkının olmadığı; donör alan morbiditesinin ise daha az olduğu gösterilmiştir(1). Bizim yaptığımız çalışmada perforatör çıkış noktasında yapılan ölçümlerde fasyokutan MSAP flebinin ALT'den daha ince olduğu klinik ve istatiksel olarak gösterilmiştir. Ek olarak VKİ ile flep kalınlığı korelasyonu değerlendirildiğinde her iki flep kalınlığının, artan VKİ ile artış gösterdiği; özellikle ALT flep kalınlığının VKİ ile daha korele olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, MSAP flebi, ALT ve radial ön kol fleplerinin

avantajlarına sahip olmasıyla ön plana çıkmakta, son yıllarda, özellikle baş ve boyun rekonstrüksiyonunda hızla artan oranda kullanılmaktadır. Bu çalışma ile MSAP fasyokutan flebinin ALT'den daha ince olduğu klinik olarak gösterilmiş ve her iki flebin VKİ ile olan korelasyonu ortaya konmuştur.

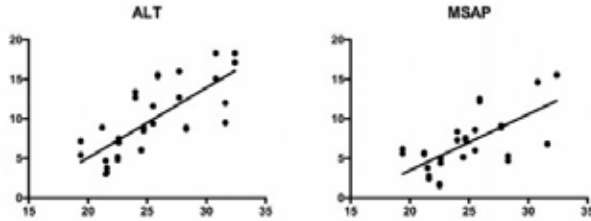
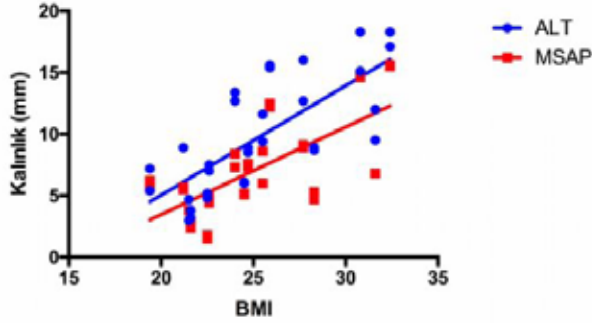
Referanslar: 1-Kao HK, Chang KP, Wei FC, Cheng MH. Comparison of the medial sural artery perforator flap with the radial forearm flap for head and neck reconstructions. *Plast Reconstr Surg.* 2009 Oct;124(4):1125-32.

2-Song YG, Chen GZ, Song YL. The free thigh flap: A new free flap concept based on the septocutaneous artery. *Br J Plast Surg.* 1984;37:149-159.

3-Horn D, Jonas R, Engel M, Freier K, Hoffmann J, Freudlsperger C. A comparison of free anterolateral thigh and latissimus dorsi flaps in soft tissue reconstruction of extensive defects in the head and neck region. *J Craniomaxillofac Surg.* 2014 Dec;42(8):1551-6.

4-Makitie AA, Beasley NJP, Neligan PC, et al. Head and neck reconstruction with anterolateral thigh flap. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:54

Şekil-1



ALT ve MSAP fleplerinin VKİ ile ilişkisi pozitif korelasyon göstermektedir.

Tablo-1

Katılımcı No	Sağ ALT	Sol ALT	Sağ MSAP	Sol MSAP
1	8.9	8.7	4.7	5.3
2	4.8	5.2	1.5	1.8
3	12.7	16	8.9	9.1
4	17.1	18.3	15.5	15.6
5	8.9	8.5	7.6	7.3
6	3.2	3.8	2.4	2.8
7	15.4	15.6	12.2	12.5
8	6.1	6.0	5.2	5.1
9	9.4	11.6	8.6	6.0
10	7.0	7.5	4.4	5.0
11	18.3	15.1	14.6	14.7
12	3.0	4.7	3.8	3.8
13	12.7	13.4	8.4	7.3
14	8.9	-	5.7	5.5
15	9.5	12	6.8	6.8
16	5.4	7.2	6.2	5.6

Katılımcıların ALT ve MSAP flep kalınlıkları (milimetre cinsinden)

S070

Üst Ekstremitte Karmaşık Defektlerinin Serbest Flepler İle Onarımı: 52 Olguluk Seri

Said Alğan, Akın İnalöz, Murat Kara, Mehmet Akif Çakmak, Hakan Çinal, Ensar Zafer Barın, Kerem Yılmaz, Harun Karaduman, Önder Tan
Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Erzurum

Üst ekstremitenin diğer seçenekler ile kapatılması mümkün olmayan çok geniş ve/veya kemik, eklem, damar, sinir gibi yapıları açıkta bırakan karmaşık doku defektlerinde seçkin tedavi yöntemi serbest fleplerdir. Uygun koşullar ve tecrübeli ellerde serbest fleplerin başarı oranları % 90'ın üzerindedir. Bu çalışmada kliniğimizde karmaşık üst ekstremitte defektlerine uygulanan serbest flepler ve sonuçları sunulmuştur.

2005-2016 yılları arasında karmaşık üst ekstremitte defekt olan 52 hastaya 57 serbest flep uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 32,09 (7-82) yıl, 40'ı (%76,9) erkek ve 12'si (%23,1) bayandı. 4 hastada hipertansiyon, 3 hastada DM, 2 hastada koroner arter hastalığı ve bir hastada KOAH ek hastalığı mevcuttu. Etiyolojik faktörler 20 hastada ezilme tipi yaralanma (% 38,5), 13 hastada ateşli silah yaralanması (% 25), 7 hastada akut yanık yarası (% 13,5), 6 hastada stabil olmayan skar (% 11,5), 4 hastada tümör (% 7,7), 1 hastada enfeksiyon (% 1,9), 1 hastada doğumsal deformite(% 1,9) idi. Defektlerin 41 tanesi elde (% 78,8), 9 tanesi önkolda(% 17,3), 2 tanesi dirsekte (% 3,8) yerleşimliydi. Flep dağılımı 11 anterolateral uyluk flebi (% 19,3), 11 latissimus dorsi flebi (% 19,3), 10 venöz flep (%17,5), 5 toe-to-thumb flebi

(%8,8), 4 fibula osteofasyokutan flebi (% 7), 3 serratus fasya flebi (% 5,3), 3 gracilis flebi (%5,3), 3 medial sural arter perforatör flebi (%5,3), 1 vertikal rektus abdominis muskulokutan flebi (% 1,8), 1 DIEP flebi (%1,8), 1 lateral kol flebi (%1,8), 1 posterior interosseöz flebi (%1,8), 1 radial önkol flebi (%1,8), 1 tensor fascia lata flebi (%1,8), 1 ayak 1. Web flebi (% 1.8) şeklideydi. Fleplerin 34 tanesi fasyokutan veya fasyal (% 59,6), 14 tanesi kas veya kas-deri (% 24,6), 9 tanesi osseöz veya osteokutan (% 15,8) içerikliydi. Ortalama flep alanı 89,8 cm² (12-300 cm²), ortalama pedikül boyu 7,3 cm (3-12 cm) idi. Mikroanastomozlar 40 (%70,2) flepte uç-yan, 17 (% 29,8) flepte ise uç-üç arter anastomozu; 51 (%89,5) flepte uç-üç, 6 (%10,5) flepte uç-yan ven anastomozu şeklinde yapıldı. 31 (%54,4) flepte 1 ven, 26 (%45,6) flepte ise 2 ven anastomozu uygulandı. 1 flepte arter grefti (%1,8) ve 1 flepte A-V loop (%1,8) kullanıldı. 21 (%40,4) hastada ek onarım işlemi (stsg, tendon grefti, lokal flep vb.) uygulandı. 7 flepte (%12,3) total nekroz, 1 flepte (%1,8) parsiyel nekroz gelişti, 49 flep (%86) tam yaşadı. 4 flepte (%7,7) enfeksiyon gelişti, antibiyoterapi ve pansumanla tedavi edildi. 11 (%19,3) flep postop revizyona alındı; 5 flepte (%8,8) arteriyel trombus, 3 flepte (%5,3) venöz trombus, 3 flepte (%5,3) vasküler kompresyon, 3 flepte (%5,3) hematoma, 1 flepte (%1,8) vasküler kink tespit edildi. Ortalama izlem süresi 14.3 aydı. Hastaların ameliyat sonu ekstremitte fonksiyonları ve kozmetik görünüşleri yeterli, hasta memnuniyeti iyi. Üst ekstremitte defektlerinin mikrocerrahi yöntemler kullanılarak serbest fleplerle onarımı, sunduğu geniş flep seçenekleri, en zor defektleri başarılı şekilde kapatabilmesi, düşük verici saha hasarı ve mükemmel fonksiyonel ve estetik sonuçları ile bugün rekonstrüktif cerrahinin en önemli seçeneği durumundadır. Ancak mikrocerrahi disiplini dayanan serbest flep cerrahisi, mikroskop ve özel mikrocerrahi ekipmanlar gerektirmesi dışında yetişmiş ve mikrocerrahi tecrübesi olan bir ekibe de ihtiyaç göstermektedir. Mikrocerrahi ameliyatlarının uzun sürmesi ise, özellikle yaşlı ve ek hastalığı olan olgularda anestezi riskini artırmaktadır. Başarılı bir serbest flep onarımı için, hastanın ve yaranın ameliyat öncesi ayrıntılı değerlendirilmesi ve hazırlığı, iyi bir flep ve alıcı damar seçimi, sorunsuz bir diseksiyon ve mikrovasküler anastomoz ile sıkı bir ameliyat sonrası izlem ve gelişebilecek komplikasyonlara karşı acil cerrahi müdahale şarttır.

Resim 1

Ateşli silah yaralanmasına bağlı sağ önkolun kemik, kas, tendon, sinir, yumuşak doku ve ciltini tutan karmaşık bir doku defekti. A: Defektin debridman sonrası görünümü. B: İlk seansta serbest fibula osteokutan flebi ile radius rekonstrüksiyonu. C: 2. seansta serbest gracilis muskulokutan flebi ile yapılan fonksiyonel kas transferi ve sural sinir grefti ile PIO sinir onarımı. D: geç görünüm.

S071**Karaciğer Transplantasyon Olgularında Arteriel Anastomoz Tecrübelerimiz, 17 Olgu**

Özlenen Özkan¹, Onur Oğan¹, Mehmet Can Ubur¹, Serkan İlhan¹, Bülent Aydın², Ömer Özkan¹

¹Akdeniz Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD

²Akdeniz Üniversitesi Genel Cerrahi ABD

Giriş: Karaciğer nakilleri, günümüz tıbbi imkanlarında artan endikasyonlarla artmaktadır. Karaciğer nakil başarıları birçok faktörden etkilenmekle beraber arteriel perfüzyon nakil sonuçlarında kritik rol oynamaktadır. Arteriel anastomozların mikrocerrahi teknik ve bilgiye hakim mikrocerrahlarca yapılması arteriel komplikasyonları minimize ederken nakil başarısını özellikle pediatrik hasta grubu ve canlıdan nakillerde doğrudan etkilemektedir. Bu amaç doğrultusunda hastanemiz bünyesinde plastik cerrah karaciğer nakli olgularında arteriel anastomoz evresinde sıklıkla rol almaktadırlar.

Yöntem-Gereçler: 2015 Eylül-2016 Ağustos ayları arasında retrospektif olarak incelenen 17 olgunun yaş aralığı 1,5 ay- 64 yaş şeklindedir. 2 olguda kadavra donör mevcut iken 15 olguda canlı donörlerden transplant gerçekleştirilmiştir. Nakil endikasyonları viral hepatite bağlı siroz, kriptojenik siroz, neonatal sklerozan kolanjit, familial hiperkolestolemi, alkolik hepatite bağlı siroz, familial intrahepatik kolestaz, Wilson hastalığı, otoimmün hepatitler yer almıştır. Portal ven anastomozları organ nakli ekibince tamamlandıktan sonra tarafımızca operasyonlara dahil olunmuştur. Tüm anastomozlar mikroskop altında yapılmıştır. Anastomoz öncesinde karaciğerin batin içinde transplantasyon cerrahları ile beraber planlanan pozisyona yerleştirilmiş ve pedikülün anastomoz esnasında daha iyi vizüelize edilebilmesi için karaciğer üst polü ile diafragma arasına destek konularak pedikül, anastomoz için daha uygun pozisyona getirilmiştir. Bu işlem esnasında oluşacak anastomoz hattının ve damarın kink yapmayacak uzunlukta olmasına özen gösterilmiş, gerekli olduğu hallerde alıcı damarda daha proximal seviyeye çıkılmıştır. Anastomoz için uygun alıcı damar ve verici damarların adventisyal kısımlarında diseksiyonu sınırlı tutulmuş olup "approximatör "kullanılmadan "bulldog" yardımı ile anastomozlar yapılmıştır. Posterior duvarın anastomozu öncelikle yapılarak "backwall" komplikasyonu azaltılması amaçlanmıştır. 8.0 kalınlıkta mikrocerrahi tekniği uygun tekli basit sütürler kullanılmıştır. 1 olguda alıcı damarın güdük kısmında plak formasyonu sebebiyle daha proximal seviyeye çıkılmış ve pedikül uzunluğu yetersizliği sebebiyle omental ven grefti eşseanslı alınarak oluşan vasküler gap onarımında kullanılmıştır. Vasküler akımın devamlılığı hepatic doppler ile takip edilmiştir. 1 olguda transplantasyon cerrahları tarafından yapılan anastomoz sonrası postop 1.günde arteriel tromboz sebebiyle tarafımızca revizyon için dahil olunmuştur. Bu olguda embolectomi sonrası kink sebep olan pedikül uzunluğu kısaltılarak reanastomoz yapılmıştır.

Bulgular: Postop periyoda hastaların bakımı anestezi yoğun bakım ünitelerinde yapılmıştır. Bu dönemde olguların tamamında postop takiplerde arteriel akımın intakt olduğu doppler ile doğrulanmıştır. Revizyon için postoperatif 24 saat geçtikten sonra tarafımızca dahil olunmuş 1 olguda daha önceki trombus akabinde gelişen segment 6 ve çevresindeki geniş iskemik alan mevcudiyetini sürdürmüştür. Arteriel akımın intakt olduğu diğer 1 olgu ve revizyona girilmiş olan olgular hepatorenal sendrom sebebiyle postop erken periyotta exitus ile sonuçlanmıştır. Tarafımızca dahil olunan diğer 12 olguda nakil işlemi başarı

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği
38. Ulusal Kurultayı

ile sonuçlanmıştır.

Sonuçlar: Literatürde karaciğer nakillerinde anastomoz güvenilirliği ve tekniğin uygulanabilirliği açısından mikroskop kullanımının loop kullanımına oranla daha faydalı olduğu kanaatindeyiz. Anastomoza başlamadan önce verici karaciğerin alıcı batın içindeki pozisyonunun organ nakli ekibi ile beraber karar verilmesi ve kink yapmayacak pedikül uzunluğuna erişilmesi, anastomoz başarısında önemli rol almaktadır. Vasküler uzunluğun yetersiz kaldığı durumlarda intraoperatif sahada yer alan omental ven grefti akılda bulundurulması gerektiğini düşünüyoruz. Plastik cerrahların karaciğer nakli olgularında hepatik arteriel perfüzyonun sağlanması için organ nakli ekibinin bir parçası olmasının transplantasyon başarısını arttıracak ve vasküler komplikasyonları azaltacak kanaatindeyiz.

Karaciğer nakli hasta bilgileri

Cinsiyet	Alıcı Yaşı	Alıcı Damar	Verici Damar	Etyoloji
K	4	Solhepatik Arter	Solhepatik Arter	Familial Hiperkolestorelemi
E	6	Solhepatik Arter	Solhepatik Arter	Kriptojenik Siroz
E	11	Solhepatik Arter	Solhepatik Arter	Otoimmün Hepatit
E	17	Sağ Hepatik Arter	Sağ Hepatik Arter	Wilson Sirozu
E	45	Sağ Hepatik Arter	Sağ Hepatik Arter	HBV+ALKOLİK HEPATİT
E	52	Sağ Hepatik Arter	Sağ Hepatik Arter	HCV-SİROZ
E	53	Solhepatik Arter	Solhepatik Arter	HCV-SİROZ
E	54	Sağ Hepatik Arter	Sağ Hepatik Arter	Kriptojenik Siroz
K	59	Sağ Hepatik Arter	Sağ Hepatik Arter/Omental Graft	HBV-SİROZ
K	60	Sağ Hepatik Arter	SMA-B/Sağ Hepatik	Kriptojenik Siroz
K	62	Sağ Hepatik Arter	Sağ Hepatik Arter	HCV-SİROZ
K	64	Sağ Hepatik Arter	SMA-B	HCV-SİROZ
E	1,5 AY	Common Hepatic	Segment4-RB	Kriptojenik Siroz
K	5,5 AY	Sağ Hepatik Arter	Sol Hepatik Arter	Neonatal Sklerozan Kolanjit
K	16 AY	Sağ Hepatik Arter	Sol Hepatik Arter	Familial İntrahepatik Kolestaz
K	32	Sağ Hepatik Arter	Sağ Hepatik Arter	HCV-SİROZ
K	29	Sağ Hepatik Arter	Sağ Hepatik Arter	Kriptojenik Siroz

SMA-B: Superior Mesenterik Arter Dalı Segment 4-RB: 4. Segmenter Arterin Sağ Dalı

S072

Serbest Fleplerin Donör Alan Morbiditesi İçin Bir Sınıflama Önerisi

Osman Akdağ, Gökçe Yıldırım, Mehtap Karamese,
Zekeriya Tosun
Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Serbest fleplerin donör alanlarının kapatılması uzun ve yorucu ameliyatlarda ikincil önemdeymiş gibi görünse de ciddi morbiditelerin oluşabileceği donör alanların kapatılmasının önemi yadsınmaz. Bu çalışmada kliniğimizde sık kullanılan serbest fleplerindonör alanları için bir sınıflama sistemi önerilmiştir.

Gereç-Yöntem: Bir donör alanın morbiditesinin saptanabilmesi için kliniğimizde kullanılan sınıflama sisteminde skar, fonksiyon kaybı, arter sakrifikasyonu ve lokalizasyon yer almaktadır. Skar için "cilt defekti de olmayan primer onarım" şekli; kas flepleri, fasya flepleri ve adipofasyal flepleri içerir ve 0 ile skorlanmıştır. "Cilt defekti de olan primer onarım" şekli 1 ile, "greft ile onarım" daha morbid olarak değerlendirilebileceğinden 2 ile skorlanmıştır. "Fonksiyon kaybı yaratmayan" fleplerin donör alanı 0, sadece "duyu kaybı" olanların 1 ve "motor kayıp" olanlarınki daha morbid olarak değerlendirilebileceğinden 2 olarak skorlanmıştır. Arter sakrifikasyonu için; "isimlendirilmemiş arterler" grubu perforatör flepleri de içerir ve 0 ile skorlanmıştır. "Minör arter sakrifikasyonu" 1 ve radial önkol flebi gibi "majör arter sakrifikasyonu" yaratan flepler 2 ile skorlanmıştır. Lokalizasyondaki morbidite ise; "gizlenebilir", "kısmen gizlenebilir" ve "gizlenemez" olarak sınıflanmış ve sırası ile 0,1,2 şeklinde skorlanmıştır.

Bulgular: Buna göre donör alanı primer kapatılmış fasyokutan bir anterolateral uyluk flebinin morbidite skoru 1 olarak, radial önkol flebinin morbidite skoru ise 6 olarak değerlendirilebilir. Bu sınıflamaya göre; kliniğimizde donör alanda bırakılacak morbiditeye göre de preoperatif değerlendirme yapılmakta; 0-2 düşük morbidite skoru, 3-5 orta morbidite skoru ve 6-8 yüksek morbidite skoru olarak standardize edilmektedir.

Sonuç: Klinikte preoperatif dönemde donör alan morbiditesinin tahmini ve hastanın hangi dokuya ihtiyacı olduğu bazında sınıflandırma yapabilmek için ortak dil kullanımı önemlidir. Serbest fleplerin donör alan morbiditesine göre sınıflaması da yapılabilecek ve pratikte fayda sağlayabilecek bir sınıflama türü olmaya adaydır.

Donör alan morbidite sınıflaması

	"0"	"1"	"2"
SKAR	CİLT DEFEKTİ YOK, PRİMER ONARIM	CİLT DEFEKTİ VAR, PRİMER ONARIM	GREFTLE ONARIM
FONKSİYON	KAYIP YOK	DUYU KAYBI	MOTOR KAYIP
ARTER SAKRİFİKASYONU	İSİMLENDİRİLMEMİŞ ARTER	MİNÖR ARTER	MAJÖR ARTER
LOKALİZASYON	GİZLENEBİLİYOR	KİSMEN GİZLENEBİLİYOR	GİZLENEMİYOR

S073**Orta Yüz Rekonstrüksiyonunda Serbest VRAM Kas-Deri Flebi Deneyimlerimiz**

İsmail Melih Kuzu, Reşit Burak Kayan,
Onur Akman, Mustafa Ekrem Güleş, Mustafa Ünal,
Ethem Güneren
Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Orbita tabanından başlayarak üst dişlere uzanan orta yüz bölgesinin en önemli kemik yapısı maksilladır. Temel olarak maksilla 6 duvarlı geometrik bir kutu olarak tanımlanabilir ve orbitayı, burnu, yanak ve üst dudakları destekleyen bir payandadır. (1) Maksilla ortasındaki 2-4 cc hacimli sinüs boşluğu ve çevreye uzanan 4 adet kolu nedeniyle fasiyal travmalardan sık etkilenir. Travmatik veya deri ve yumuşak doku örtüsü veya kemik doku kaynaklı tümörlerin rezeksiyonu sonrası gelişen kompleks (kompozit) doku kayıpları, hayati tehdit oluşturmazlar da, hastalar için fonksiyonel ve estetik görünüm açısından ciddi sorundur. (1, 2, 3) Orta yüz rekonstrüksiyonu için yöntem seçerken maksillanın kompleks 3 boyutlu yapısının gözönüne bulundurulması gereklidir. Rekonstrüksiyonda hedef tüm duvarları yeniden oluşturmak değil, maksillanın fonksiyonel ve destek görevini rekonstrükte etmek olmalıdır. Başarılı bir orta yüz rekonstrüksiyonu için önemli basamaklar şu şekilde sıralanabilir (1, 2):

1. Yara kapama
2. Maksillektomi defektini oblitere etme (doldurma)
3. Glob korunduysa globu destekleyecek payanda yapısını oluşturma veya glob ekzantere edildiyse orbital kaviteyi doldurma
4. Nazal sinüsler ve anterior kranial fossa arası bariyer oluşturma
5. Yüz şeklini ve konturunu oluşturma
6. Damak rekonstrüksiyonu

Orta yüzde geniş doku kayıpları oluşturan nedenler, yüksek enerjili ateşli silah yaralanmaları veya ileri evre tümör rezeksiyonlarıdır (4). Rekonstrüksiyon çabaları onarılabilecek doku kompozisyonuna bağlı olarak, nadiren primer onarım, ancak sıklıkla mikrovasküler serbest doku aktarımları gerektirir (1, 3, 4, 5). Geniş doku kayıplarında deformite ve mortalite riskinin yanında, rekonstrüksiyon amaçlı uzak doku aktarımı ameliyatının morbiditesi de göz önüne alınmalıdır (1, 2).

Bu çalışmada yüksek enerjili ateşli silah yaralanmaları veya ileri evre tümör rezeksiyonlarına bağlı, orta yüz bölgesindeki geniş kemik ve yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda, serbest vaskülarize vertikal rektus abdominis kas deri flebi (VRAM) uygulamalarımızın sonuçları incelendi.

Gereç ve Yöntem: T.C. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı'nda 2011-2016 yılları arasında serbest VRAM flebi ile orta yüz rekonstrüksiyonu yapılan 10 hasta (5 kadın, 5 erkek) çalışmaya dahil edildi. (Resim 1)

Bulgular: Tüm hastalara farklı boyutlarda cilt adasına sahip VRAM flebi ile rekonstrüksiyon yapıldı. Hastaların 7'si onkolojik nedenli, 3'ü ise travmaya sekonder defektlere sahipti. Onkolojik gruptaki tümör dağılımı 3 SCC, 2 yumuşak doku sarkomu, 1 bazoskuamöz karsinom ve 1 BCC şeklindeydi. Onkolojik hastalarda ortalama yaş 51 (28-71), travmatik hasta grubunda 24 (20-27) olarak saptanırken tüm hasta grubunda ortalama yaş 42,9 (20-71) idi.

Defekt yerleşimi 5 hastada nazomaksiller, 3 hastada orbita-maksiller ve 1 hastada ise orbita-zigoma-maksiller uzanımlıydı. Hastaların ortalama yatış süresi 28,7(14-61) gün olarak hesaplandı. Erken post operatif dönemde 1 hastada hematoma nedeniyle eksplorasyon yapıldı ve venöz yetmezliğe sekonder cilt adası kaybı yaşandı. 1 hastada ise post-op 1. haftada boyun hiperekstansiyon hareketi nedeniyle anastomoz rüptürü ve total flep kaybı izlendi. Diğer hastalarda flepler sorunsuz iyileşti. Tüm onkolojik hastalar post-op radyoterapi alırken. Geç dönemde 2 onkolojik hastada nüks saptandı ve adjuvan kemo/radyoterapi ile takip edildi.

Tartışma: Orta yüz defektlerinin anatomik uzanımı ayrıntılı şekilde saptanarak yapılan rekonstrüksiyonlar güvenilir ve efektif sonuçlar vermektedir. Kompleks defektlerin rekonstrüksiyonu için literatürde pek çok pediküllü ve serbest flep tanımlanmıştır.(1, 2, 4) Defekt tipine bağlı olarak ihtiyaç duyulan yumuşak doku miktarı az olduğunda fasiyokütan flepler (radial önkol, anterolateral uyluk vb.) yeterli olabilirken (3, 7), defekt büyüklüğü arttığında osseokütanöz (fibula, iliak vb.) (8) vemyokütanöz flepler (lat. dorsi, rectus abdominis vb.) (5) tercih edilmektedir. Özellikle geniş travma zone içeren ateşli silah yaralanmalarında ve onkolojik rezeksiyonlar sonrası oluşan defektlerin rekonstrüksiyonunda kas dokusu tarafından doldurulması gereken ölü boşluklar gözardı edilmemelidir. Tümör rezeksiyonu sonrası yapılacak onarımlarda ileride oluşabilecek kollaps, kontraksiyon, entropion ve kontur düzensizlikleri göz önüne alınmalı ve yüksek volümlü rekonstrüksiyondan kaçınılmalıdır (overfilling). Onkolojik hastaların post operatif dönemde adjuvan radyoterapi göreceği ve bu etkiyle yumuşak dokularda kontraksiyon oluşacağı unutulmamalıdır. Bu kontraksiyonu en iyi kompanse edecek flepler kas-deri flepleri olarak değerlendirilmektedir. (1, 2, 3)

Osseokütanöz flepler ileride yapılacak dental rekonstrüksiyon için en iyi osseöz desteği sağlasa da masif defekte sahip malignite hastalarında geç dönemde oluşabilecek komplikasyonları (radyoterapiye sekonder yumuşak doku kontraksiyonu, radyonekroz vb.) önlemede yetersiz kalmaktadır. (8)

Ayrıca kafa tabanının ekspozite olduğu masif defektlerde orofarengeal bölge ile kafa tabanı arasında kontaminasyonu engellemek amaçlı izolasyon sağlayacak bir rekonstrüksiyon hayati olabilmektedir. Kanlanması iyi olan kas-deri flepleri sağladıkları yumuşak doku örtüsü ile izolasyonu sağlayacak bariyer görevi için idealdir. (2)

Sonuç: Maksilla defektleri tiplerine bağlı olarak farklı deri, yumuşak doku ve kemik rekonstrüksiyonuna ihtiyaç duyarlar. Kompleks defektler için serbest doku transferi en etkili ve güvenilir yöntemdir. Özellikle rektus abdominis ve radial önkol flepleri en iyi fonksiyonel ve estetik sonucu sağlamaktadır. Rektus abdominis flebi orta ve büyük miktarda yumuşak doku defektini içeren durumlarda idealdir.

Literatür:

1. Cordeiro PG, Chen CM. A 15-year review of midface reconstruction after total and subtotal maxillectomy: part I. Algorithm and outcomes. *Plast Reconstr Surg.* 2012 Jan;129(1):124-36. *PubMed PMID:* 21681126.
2. Cordeiro PG, Chen CM. A 15-year review of midface reconstruction after total and subtotal maxillectomy: part II. Technical modifications to maximize aesthetic and functional outcomes. *Plast Reconstr Surg.* 2012 Jan;129(1):139-47. *PubMed PMID:* 21681127.
3. Cordeiro PG, Disa JJ. Challenges in midface reconstruction. *Semin Surg Oncol.* 2000;19:218-225.
4. Halvorson EG, Cordeiro PG. Maxilla and midface reconstruction. In: Guyuron B, Eriksson E, Persing JA,

Chung K, Disa J, Gosain A, Kinney B, Rubin JP, eds. *Plastic Surgery: Indications and Practice*. New York: Elsevier; 2009:837- 849.

5. Andrades P, Rosenthal EL, Carroll WR, Baranano CF, Peters GE. Zygomatic-maxillary buttress reconstruction of midface defects with the osteocutaneous radial forearm free flap. *Head Neck* 2008;30:1295-1302.

6. Cordeiro PG, Santamaria E. The extended, pedicled rectus abdominis free tissue transfer for head and neck reconstruction. *Ann Plast Surg*. 1997;39:53-59.

7. Cordeiro PG, Bacilius N, Schantz S, Spiro R. The radial forearm osteocutaneous "sandwich" free flap for reconstruction of the bilateral subtotal maxillectomy defect. *Ann Plast Surg*. 1998;40:397-402.

8. Futran N, Wadsworth J, Villaret D, et al. Midface reconstruction with the fibula free flap. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002;128:161-166.

Olgu Örneği



Orta yüzde içi hücreli mezenkimal tümör rezeksiyonu ve VRAM flebi ile rekonstrüksiyon olgusu

S074

Pediküllü Perforatör Fleplerde Geciktirme Fenomeninin Etkinliği ve Klinik Kullanımı

Özay Özkaya Mutlu, Mert Canlı, Tuğçe Yasak
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Bir flebin elevasyonu ve defekt alanına adaptasyonu öncesinde ayrı bir seansta yapılan kısmi insizyonlar yardımı ile flebi besleyen damarların bir kısmının bağlanması ve bu sayede flep yaşayabilirliğinin artırılmasına geciktirme işlemi denilmektedir. Flep operasyonları öncesinde yapılan cerrahi geciktirme işleminin, dokunun güvenilir bir biçimde aktarımında ve defektin boyutuna uygun olarak daha büyük fleplerin tasarlanabilmesinde yardımcı olduğu bilinmektedir. Geciktirme prosedürü ile ilgili olarak geliştirilen çoğu teori, oluşan iskemik değişikliklerin, vasküler yapılar için bir stimulus oluşturduğu temeline dayanmaktadır. Geciktirme prosedürünün bu anlamda sağlayacağı katkının fizyolojik mekanizması tam olarak kanıtlanmamış olsa da, yapılan birçok çalışmada geciktirme prosedürü ile değişen metabolizma sonrası mikrovasküler anastomoz hatlarında gelişen vazodilatasyon ile bu değişikliklere sekonder gelişen adaptasyon gösterilmiştir. Pediküllü perforatör flepler ile ilgili olarak yapılan çalışmalar incelendiğinde, genel olarak perforatör fleplerin özellikle serbest fleplere göre komplikasyon oranlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Ancak ek komorbiditeleri bulunan, büyük doku defektine sahip, flebin planlanacağı bölgenin vaskülaritesinin güvenilirliği kısıtlı olan hastalarda artan komplikasyon oranları perforatör fleplerin kullanımını kısıtlamaktadır. Bu çalışmada, pediküllü perforatör fleplerde geciktirme prosedürünün etkinliği ve klinik kullanımının tartışılması amaçlanmıştır.

Yöntem ve Bulgular: Çalışmaya Mayıs 2010 – Mayıs 2016 yılları arasında alt ekstremitede doku defekti nedeniyle rekonstrüksiyon planlanan ve yapılacak olan pediküllü perforatör flep öncesi geciktirme prosedürü uygulanan 12 hasta dahil edilmiştir. Bu hastaların 8'i erkek(%66), 4'ü kadındır(%34). Hastaların 8'inde posterior tibial arter perforatör flebi, 2'sinde anterior tibial arter perforatör flebi ve 2'sinde peroneal arter perforatör flebi kullanılmıştır. Flebin total olarak elevasyonu öncesi yapılan geciktirme işlemi sırasında, operasyon öncesi doppler USG ile saptanan perforatör üzerinden planlanmış flebin bir kenarı üzerinden insizyon yapılmış olup, yapılan diseksiyon ardından belirlenen perforatör dışındaki perforatörler ligate edilmiş ve ilk seans tamamlanmıştır. Perforatör flepler defekt alanına adapte edilmeden önce uygulanan geciktirme prosedürü sonrası ortalama geciktirme süresi 14,85 gün olmuştur. Yalnızca bir hastada operasyon sırasında flepte venöz yetmezlik gelişmiş, bu nedenle çapraz bacak flebi ile rekonstrüksiyon yapılmıştır. Diğer hastalarda herhangi bir komplikasyon izlenmemiştir. Çalışmada yer alan iki hasta için operasyon öncesi belirlenen perforatörün çapı ve sistolik-diastolik akım hızı; doppler ultrason ile ölçülmüş ve operasyon öncesi, operasyon sonrası birinci hafta ve ikinci hafta değerleri karşılaştırılmıştır. Buna göre geciktirme işlemi uygulanması ardından damar çapı, sistolik ve diastolik akım hızlarının belirgin oranda arttığı görülmüştür.

Tartışma: Delay prosedürünün etki mekanizmasına bakıldığında, işlem mekanizmasının erken ve geç dönem etkileri olduğu görülmüştür. Erken dönemde, diseksiyon sırasında sempatik tonusunun ortadan kaldırılmasına sekonder olarak flep içerisindeki anastomoz hatlarında vazodilatasyon gelişmektedir. Bu değişiklik, metabolik olarak artan iskemi direnci ile paralel ilerlemektedir. Uzun dönem etki ise, ortaya çıkan yeni kan damarlarının yoğunluğunda artma ile ilişkilendirilmiştir. İskemiye sekonder olarak dokuda görülen vaskülerizasyonda artma sayesinde flebin yaşayabilirliğinde artma, en-boy oranı daha büyük fleplerin tasarlanması ve daha büyük miktarlarda dokunun güvenilir bir şekilde aktarımı sağlanabilmektedir. Perforatör fleplerde kısmi nekroz genellikle komşu anjiyozom hatlarının kesişim noktalarında gelişmekte olup, geciktirme sayesinde bu hatlarda yer alan anastomozlardaki damar çaplarının artması ve doku kanlanması artması sağlanmaktadır. Geciktirme prosedürü ile, tahmin edilmeyen kısmi flep nekrozu veya yağ doku nekrozunun görülme sıklığı azalmaktadır.

Sonuç: Doku defektlerinin pediküllü propeller perforatör flepler ile rekonstrüksiyonu öncesinde uygulanan geciktirme prosedürü; geniş doku defekti nedeniyle bir perforatör üzerinden kaldırılacak flebin olması gerekenden daha büyük planlanması gereken durumlarda, serbest flep ile rekonstrüksiyonu mümkün olmayan ancak propeller flep yapmak için yeterli çapta perforatöre de sahip olmayan, ek komorbiditeleri olan hastalarda, operasyon sırasında flebin elevasyonu ardından flepte venöz konjesyon gelişen vakalarda ve doku defektinin niteliği nedeniyle tanımlanmış anjiyozom alanının dışında flep planlanması gereken durumlarda birinci seçenek olarak tercih edilmelidir.

S075

Siçan Sırt Derisinde Denervasyonun ve Mekanik Gerimin Dermal Skarlaşma Üzerine Etkisinin Araştırılması

Kamil Yıldırım¹, Tekin Şimşek¹, Çağlayan Yağmur¹, Berrin Zühal Altunkaynak², Işın Aydın²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D./ Samsun

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji A.D. / Samsun

Amaç: Aşırı skarlaşma durumları hastalarda hem fonksiyonel hem estetik yakınma oluşturan lezyonlar olarak ortaya çıkmaktadır. Bu fibroproliferatif durumların patogenezi hakkındaki bilgilerimiz halen sınırlı olduğundan güncel pek çok tedavi yöntemi olmasına rağmen etkileri sınırlı kalmaktadır(1). Mekanik gerimin skar arttırıcı etkisi bilinmekle birlikte bunu hangi yollar üzerinden sağladığı tam olarak anlaşılamamıştır. Nöral inflamasyon kavramına göre; mekanik gerim oluşturan kuvvetler hücreler düzeyde mekanoreseptörler (mekanosensör) ve /veya mekanosensitif nosiseptörler tarafından algılanarak buna cevaben sinir sonlanmalarından nöropeptid salınımına neden olurlar. Bu nöropeptidlerin direk etkisiyle ve/veya çeşitli büyüme faktörleri üzerinden ilgili hücreleri uyarıp enflamasyon oluşumuna neden olurlar ve bu durum aşırı yara iyileşmesiyle sonuçlanır (2). Mekanik gerim uygulanan cilt bölgesinin duyu sinirlerinin denerve edilmesinin skarlaşmayı nasıl etkileyeceği bilinmemektedir. Çalışmamızda kesi yapıp insizyonel skar oluşturduğumuz cilt bölgesinin denerve edilerek ve edilmeden, bu bölge cildine uygulanacak mekanik stresin (germe) dermal skarlaşma üzerine etkisini karşılaştırmalı olarak inceledik. Burada çalışmanın temeli bu iki bağımsız faktörün (mekanik gerim-denervasyon) skar oluşumu üzerinde ve yara iyileşmesinde etkilerinin kıyaslanmasına dayanmaktadır.

Gereç-Yöntem: Çalışmamızda 8-10 haftalık, 250-300 gr ağırlıklarında toplam 40 adet dişi Wistar Albino cinsi rat kullanıldı. Ratlar 4 eşit gruba bölünerek (her grup için n=10) çalışma planlandı. A grubu; sırt derisinin ilgili dermatomuna giden duyu sinirlerinin denerve edilip insizyonel skar modelinin bu denerve alanda oluşturulduğu rat grubunu, B grubu; sırt derisinin ilgili dermatomuna giden duyu sinirlerinin denerve edilip sonrasında oluşturulan insizyonel skar modeline alet yardımıyla mekanik gerim uygulanan grubu, C grubu; sırt derisinin ilgili kısmında sadece insizyonel skar modelinin oluşturulduğu kontrol grubu ve D grubu; sırt derisinin ilgili kısmında oluşturulan insizyonel skar modeline alet yardımıyla mekanik gerim uygulanan denekleri içerecek şekilde oluşturuldu. 28. gün sonunda hayvanlar, intrakardiyak hava enjeksiyonu uygulanarak sakrifiye edildiler. Hemen ardından insizyonel yara modeline ait skar dokuları, çevresinde en az 3 mm intakt cilt bölgesi olacak şekilde eksize edildi. Alınan örnekler enflamatuvar hücre sayısı, stereolojik skar hacmi hesabı, sinir liflerinin sayısı ve N-GF ekspresyonu açısından incelendi.

Bulgular: Çalışmamızın sonucunda; A grubundaki hayvanlarda diğer gruplara göre anlamlı skar hacmi küçüklüğü saptandı. D grubunun skar hacmi B ve C grubundan miktar olarak fazla olmakla birlikte istatistiksel olarak anlam ifade etmiyordu. B grubundaki hayvanlarda diğer gruplara göre birim alana düşen enflamatuvar hücre yoğunluğu anlamlı olarak fazla olarak bulundu. S-100 ve n-GF ekspresyonu açısından değerlendirildiğinde ise; epidermisteki sinir sonlanmaları açısından B ve D grubunun yoğunluğunun diğer gruplardan fazla olduğu saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda literatürde ilk defa hem mekanik gerimin hem denervasyonun ayrı ayrı skar oluşum etkilerini hemde bunların skar son şekli açısından birbirleriyle olan etkileşimini inceledik.

Kaynaklar: 1)Aarabi S, Bhatt KA, Shi Y, et al. Mechanical load initiates hypertrophic scar formation through decreased cellular apoptosis. FASEB J 2007;21:3250. 2) Ogawa R.(2011) Mechanobiology of scarring.Wound Repair Regen. Sep;19 Suppl 1:s2-9.

S076

Sternotomi Sonrası Gelişen Mediastinit ve Sternal Osteomyelit Olgularının Geriye Dönük İncelenmesi ve Klinik Tecrübemiz

Atacan Emre Koçman, Mehmet Uzuner, Ayşe Aydan Köse, Yakup Karabağlı, Cengiz Çetin
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Ana Bilim Dalı, Eskişehir

Giriş: Kardiyotorasik cerrahi sonrası gelişen mediastinit ve sternal osteomyelit tablosu nadiren görülmesine rağmen erken ve etkin tedavi edilmediği takdirde morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir. Bu çalışmada kliniğimizde takip ve tedavi ettiğimiz sternotomi sonrası mediastinit ve sternal osteomyelit tanısı almış olguların epidemiyolojik analizi ve yönetiminin geriye dönük incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya ait veriler Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD'de Ocak 1998-Temmuz 2016 yılları arasında yatarak tedavi edilen 75 mediastinit tanısı almış hastaya ait verilerin retrospektif incelenmesi ile elde edilmiştir.

Bulgular: Hastaların 45'i (%60) erkek, 30'u (%40) kadındı. En genç hastamız 39, en yaşlı hastamız 86 yaşında olup hastalarımızın yaş ortalaması 66.8'dir. Mediastinit tablosu 73 (%97.3) hastada koroner arter baypas grefti (CABG) prosedürü sonrası gelişmişken; 1 (%1.3) hastada aort kapak replasmanı (AVR) sonrası, 1 (%1.3) hastada da hem aort hem de mitral kapak replasmanı (AVR-MVR) sonrasında ortaya çıkmıştır. Hastaların %89.3'ü 4-5 mediatinit olgularıydı. Çalışmada ayrıca mediastinitin sternotomiden sonra ortaya çıkış süresi, hastaların başvuru şikayeti, risk faktörleri, ortalama kardiyotorasik cerrahi süresi, ilk cerrahi müdahale, kültür sonucu, antibiyoterapi seçimi, rekonstrüksiyon için uygulanan prosedür, hastanede kalış süresi, ortalama takip süresi, komplikasyon, rekürrens, lokal dehisens ayrıntılı olarak incelendi. Çalışmaya dahil olan mediastinit olgularının hepsine erken ve yeterli debritleme yapıldı. 65 (%86.6) hastaya negatif basınçlı yara kapama tedavisi uygulanırken; 10 (%13.3) hasta açık pansumanla takip edildi. 1 (%1.3) vakada debritleme sırasında ventrikül perforasyonu gelişti. 65 (%86.6) hastada pektoralis kas flebi kullanıldı ve bu vakaların %92.3'ünde pektoralis majör kas flebi bilateral kaldırıldı. 2 (%2.6) vakada rektus abdominis kas flebi, 1 (%1.3) vakada lokal fasyokutanöz flep, 5 (%6.6) vakada kısmi kalınlıklı deri grefti kullanıldı; kalan 2 (%2.6) vakada primer kapama yeterli oldu. Takiplerde 2 (%2.6) hastada lokal dehisens gözlemlendi.

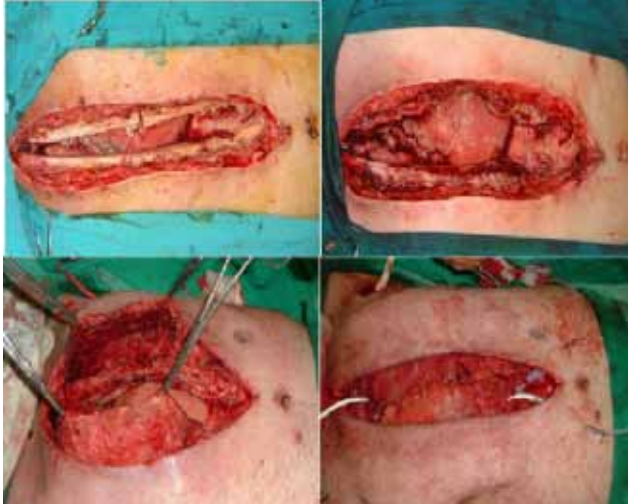
Sonuç: Sonuç olarak erken, yeterli debritleme ve negatif

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

38. Ulusal Kurultayı

basıncılı yara kapama tedavisi uygulanması sonrası pectoralis majör kas flebi ile rekonstrüksiyon sternotomi sonrası gelişen mediastinit ile ilişkili enfeksiyonları yönetmek için etkili ve güvenli bir tekniktir. Bu yönetimin başarılı sonucu düşük komplikasyon, morbidite ve mortalite oranıdır; ayrıca hastanede daha kısa yatış süresiyle sosyoekonomik kazanç da sağlanabilir.

Resim 1



Resim1:Evre 5 mediastinit ve debridman sonrası bilateral pektoralis majör kas flebi ile rekonstrüksiyonu

Tablo1

	Sayı	Oran(%)
Cinsiyet		
Erkek	45	%60
Kadın	30	%40
Etiyoloji		
Koroner arter baypas greft(CABG) prosedürü	73	%97.3
Aort kapak replasmanı (AVR)	1	%1.3
Aort+mitral kapak replasmanı (AVR+MVR)	1	%1.3
Risk faktörleri		
Diyabet	55	%73.3
Vücut Kitle İndeksi(VKİ)>30	30	%40
Kronik böbrek yetmezliği(KBY)	5	%6.6
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH)	1	%1.3
Kan tranfüzyonu öyküsü	35	%46.6
İnternal mammariyal arterlerin bilateral kullanımı	0	%0
Gram doku kültür sonucu		
Staphylococcus aureus metisilin duyarlı	15	%20
Staphylococcus aureus metisilin dirençli	30	%40

Etken üremeyen	30	%40
Negatif basıncılı yara kapama uygulaması	65	%86.6
Rekonstrüksiyon için uygulanan prosedür		
Primer kapama	2	%2.6
Kısmi kalınlıklı deri grefti	5	%6.6
Fasiyokutan flep	1	%1.3
Rektus abdominis kas flebi	2	%2.6
Pektoralis majör kas flebi	65	%86.6

Tablo1:Hastaların cinsiyet,etiyojoloji,risk faktörleri,kültür sonucu ve uygulanan rekonstrüksiyon prosedürüne göre dağılımı

S077

Distrofik Epidermolizis Büllozaya Bağlı Gelişen Mitten El Deformitesinin Düzeltilmesi ile İlgili Klinik Deneyimlerimiz

Özlenen Özkan, Mehmet Can Ubur, Serkan İlhan, Ömer Özkan
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Antalya

Distrofik tip EB(DEB) de bül oluşma ve iyileşme periyodlarını takiben mitten hand deformitesi gelişen hastaların cerrahi işlem sonrası oluşan defektlerin spontan iyileşmeye bırakılması ile ilgili deneyimlerimizi sunmakır.

Metod: Haziran 2013-ağustos 2016 tarihleri arasında opere edilen 7 hasta değerlendirildi. Hastalardan ikisi erkek beşi kızdı. Hastaların yaşı 7 ile 10 arasındaydı ve ortalama takip süresi 1.5 yıldır(4 ay-3 yıl) Tüm hastalarda bilateral 'mitten hand' görünümü vardı. Prosedür genel anestezi altında turnike uygulanmadan yapıldı. Falankslar palpe edilip yerleri tespit edildi. Web aralıklarında ve el ayasında epidermis kesildikten sonra normal anatomik seviyelerine kadar künt diseksiyon yapılarak falanks el ayasından ayrıldı. Kontraktürler açıldıktan sonra hastalarda PIP ekleminde 1x1cm'den büyük olmayan yağ dokusunun ekspozisyonu izlendi. Diğer yerlerde dermis bütünlüğü intakt izlendi. Hastalarda flexor tendon ya da nörovasküler bundle'lerin ekspozisyonuna yada kılmasına ve eklemden subluksasyona rastlanmadı. K telleri distal flanktan MP eklemini geçecek şekilde konuldu. Antibiyotikli pomad ile pansumanları yapıldı. İki günde bir pansumanları sedo-analjezi altında değiştirildi. Hastalarda epitelizasyon 1-2 hafta içinde tamamlandığı gözlemlendi. K telleri 6. haftada alınarak rehabilitasyon programına alındı. Sonuçlar Takipleri sırasında hasta ve yakınlarının memnuniyetlerinin iyi olduğu gözlemlendi. Bir olguda dominant olmayan elde tekrar flexor kontraktürlerinin geliştiği gözlemlendi ve hastaya tekrar operasyon planlandı. Hastalarda enfeksiyon, devaskularizasyona ait komplikasyonlar izlenmedi. Kavrama ve yazma gibi fonksiyonların düzeldiği gözlemlendi.

Tartışma: Doku mühendisliği yöntemiyle elde edilen cilt

kullanıldığında yaraların 6-18 hafta gibi sürede Dermagraft kullanıldığında epitelizasyonun ortalama 8 haftada tamamlandığı gösterilmiştir.

Kompozit kültürlü cilt (CCS) son yıllarda kullanılmaya başlanmıştır ancak klinik kullanımı ve sonuçları devam etmektedir.

Sonuç olarak; Daha önceki çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda DEB de mitten hand deformitesi ile başvuran hastaların cerrahi tedavi sonrası oluşan cilt defektlerinin spontan iyileşmeye bırakılması eldeki defektlerin kapanmasını geciktirmediği, rekürrens artmasına yol açmadığı; kısa operasyon süresi, basit teknik olması ve minimal travma ile sonuçlanması gibi avantajları göz önünde bulundurulduğunda tercih edilebilir bir yöntem olduğu söylenebilir.

hastanın preop ve intraop resimleri



S078

Malign Deri Tümörlerinin Lenf Nodu Metastazının Belirlenmesinde Ultrasonografik Elastografi Yönteminin Duyarlılık ve Özgüllüğünün Patoloji Sonuçları ile Karşılaştırılması

Özay Özkaya Mutlu, Mert Canlı, Suzan Öno, Mithat Akan

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Malign deri tümörlerinin tanı, evreleme ve takibinde lenf nodlarının incelenmesi büyük önem taşımaktadır. Ultrasonografi, lenf nodlarının değerlendirilmesinde ilk basamak olarak kabul edilen noninvazif bir görüntüleme yöntemidir. Benign ve malign lenf nodlarının ayrımında, ultrasonografi sıklıkla kullanılmakta olup lenf nodlarının bazı morfolojik özellikleri değerlendirilmektedir. Bir lenf nodunun ultrason yardımı ile değerlendirilmesinde birçok

kriter göz önünde bulundurulmakla beraber, hiçbir kriter tek başına lenf nodunun benign veya malign oluşu ile ilgili olarak tek başına duyarlı veya özgül değildir. Doku elastisitesini ölçmekte kullanılan sonoelastografi yardımı ile, dokuların hafif kompresyonu öncesi ve sonrasında elde edilen görüntüler ile saptanan elastisitede meydana gelmiş değişiklikler, lenf nodunun karakteri hakkında bilgi vermektedir. Sert karakterde yani elastisitesi düşük lenf nodlarının gerinim indeksi ölçülerek, ultrasona göre daha yüksek duyarlılık ve özgüllükte bir değerlendirme yapmak mümkün olmaktadır.

Amaç: Yapılan çalışma ile, malign deri tümörlerinin drenaj yolunda yer alan lenf nodlarına yönelik olarak yapılan elastografi ile elde edilen preoperatif radyolojik bulguların, postoperatif dönemde elde edilen patoloji sonuçları ile karşılaştırılması ve bu sayede elastografinin malign lenf nodu metastazının saptanmasında duyarlılık ve özgüllüğünün belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem ve Bulgular: Ocak 2010- Temmuz 2016 yılları arasında kliniğimize başvuran, malign deri tümörü tanısı almış ancak klinik olarak palpabl lenf nodu olmayan 32 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların 13'ü malign melanom, 19'u ise skuamöz hücreli karsinom tanısı almıştır. Preoperatif dönemde yapılan kontrollerde lenf nodlarına yönelik olarak yapılan ultrasonografiye ek olarak yapılan elastografik inceleme ile 49 lenf nodu değerlendirilmiş, bunların 21'i malign infiltrasyon yönünden yüksek riskli olarak saptanmıştır. Yapılan sentinel lenf nodu biyopsisi veya lenf nodu diseksiyonu ile eksize edilen lenf nodları patolojik olarak incelenmiş ve elastografi ile lenf nodlarının benign veya malign ayrımında duyarlılık ve özgüllüğü deri kanserinin türüne göre ayrı ayrı hesaplanmıştır. Buna göre elastografi, lenf nodlarının benign veya malign ayrımında %71.4 duyarlı %82.1 özgül bulunmuştur.

Tartışma: Deri kanserlerinin tanı, tedavi ve takibinde lenf nodu metastazının erken dönemde saptanması büyük önem taşımaktadır. Literatürde yer alan çalışmalarda, tümör hücrelerinin etraf yumuşak dokuya göre daha sert bir karakter göstermesi prensibi ile çalışılan elastografinin özellikle meme, karaciğer, prostat ve tiroid kanserlerinin tanısında faydalı olduğu gösterilmiştir. Son dönem yapılan çalışmalarda, bu yöntemin lenf nodlarının değerlendirilmesinde de yüksek duyarlılık ve özgüllük gösterdiği belirlenmiştir. Sonoelastografinin, benign veya malign lenf nodlarının ayrımında ultrason incelemesinin tanısallık değerini artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Erken evre deri kanserlerinde, klinik olarak palpabl lenf nodu varlığında veya yapılan görüntüleme işlemleri ile saptanan şüpheli lenf nodu varlığında sentinel lenf nodu biyopsisi sıklıkla kullanılmaktadır. Malign deri kanseri tanısı almış ancak palpabl lenf nodu olmayan hastalarda, lenf nodlarına yönelik yapılan elastografinin yüksek özgüllük ve duyarlılığı sayesinde olası malign lenf nodlarının belirlenmesinde yardımcı olduğu ve sentinel lenf nodu biyopsisini destekleyici sonuçlar gösterdiğini belirten yayınlar mevcuttur. Çalışmamızda da, elastografi ile değerlendirilen lenf nodlarının sentinel lenf nodu örneklemesi sonucunda alınan patoloji sonuçları ile benzer sonuçlar verdiği görülmüştür.

Sonuç: Malign deri kanserlerinin lenf nodu metastazının erken dönemde saptanmasında ultrasonografiye ek olarak kullanılabilecek elastografi yöntemi; ucuz, yüksek özgüllük ve duyarlılığa sahip noninvazif bir görüntüleme yöntemidir.

S079**Skumöz Hücreli Karsinomda ING-2 Gen Fonksiyonlarının Çalışılması**

Müge Anıl Yalçın¹, Arif Türkmen¹, Mustafa Özen², Mehmet Buğrahan Düz²

¹*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*

²*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İstanbul*

Skumöz hücreli karsinom non-melanom cilt kanserlerinin %15'ini oluşturur. Kronik UVA ve UVB maruziyeti, açık ten rengi, radyasyon, kronik skar zemini, immunsupresif durumlar ve bazı genetik hastalıklar risk faktörleridir. Aktinik keratoz en sık karşılaşılan prekürsör lezyonudur. Bowen hastalığı ise skumöz hücreli karsinom in situ'dur. Hücre siklusu çeşitli genler ve transkripsiyon faktörleri tarafından düzenlenen kompleks bir olaydır. Tümör supresör genler ve protoonkogenler arasındaki hassas dengeyin bozulması, bir takım neoplastik olayları tetikler. En bilinen tümör supresör gen p53'tür. p53 geni, çeşitli gen aileleri ile ortak çalışır. Bunlar arasında tümör supresör genler; ING ailesi de bulunur. p53 mutasyonu, cildin skumöz hücreli karsinomunda en sık rastlanan mutasyondur. p53 ile ING gen ailesi arasındaki mutualist ilişki literatürde gösterilmiştir. ING gen ailesinin hücre siklusu üzerinde, apoptozu başlatıcı, DNA hasarını onarıcı, proliferasyonu baskılayıcı ve kromatin yapıyı stabilize edici etkileri vardır. Güncel bir çalışmada bazal hücreli karsinom tanısı almış hastalarda ING2 ekspresyonlarının tümörlü dokularda azaldığı gösterilmiş ve ING2'nin bazal hücreli karsinom için tümör supresör gen olabileceği belirtilmiştir. Bu çalışmada skumöz hücreli karsinom tanısı almış 30 hastanın tümörlü ve sağlam dokularından örnekler alındı. Bu örneklerin ING2 mRNA seviyeleri ölçüldü. Tümör ve sağlam dokular arasındaki farka bakıldı. Ancak sonuçlar arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Bu ailenin az çalışılan üyesi olan ING2'nin, hücre ve dokulara göre farklı etkiler göstermesi, tümör baskılayıcı etkilerinin yanında p53'ü baskılayıcı etkilerinin de olması, neoplazinin farklı evrelerinde farklı etkilerinin olması bu sonuca yol açmış olabileceği gibi, çalışmada ki örnek sayısının yetersiz olması da suçlanabilir.

S080**Pediyatrik hasta popülasyonunda Vakum Yardımlı Kapama Sistemi kullanımı**

Özay Özkaya Mutlu, Tuğçe Yasak, Özlem Çolak, İlker Üşçetin
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giris: Pediyatrik hasta popülasyonunda yumuşak doku defektlerinin yönetimi, hem hastayı hem de cerrahı zorlayan bir durumdur. Defekt etyolojisinin (ör: trafik kazası, yanık vb) psikolojik açıdan çocuklar için negatif etkilerinin yanısıra ağrı yönetimi, immobilizasyonun zorluğu ve iletişim güçlüğü de tedavi sürecini zorlaştırmaktadır. Vakum yardımcı yara bakım sistemi (VAC); yara iyileşmesini hızlandıran, ödemi ve bakteriyel kontaminasyonu azaltarak granülasyon dokusunu artıran, lokal kan akımını artıran, erişkinde kullanımı literatürde iyi aydınlatılmış bir tedavi biçimidir. Bu çalışmada, yumuşak doku defekti nedeni ile rekonstrüksiyon öncesi VAC tedavisi uygulanan 11

pediyatrik hasta, tedavi aşamaları, tedavi süreleri ve cerrahi sonuçları incelenerek sunulmaktadır.

Hastalar- Metod: Ocak 2010- Mart 2016 arasında kliniğimizde yumuşak doku defekti nedeni ile kliniğimizde VAC pansumanı ile tedavi edilmiş olan 11 hasta retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalar genel anestezi altında opere edildi. Defekt üzerine -125 mm Hg, greft üzerine ise -75 mm Hg negatif basıncı VAC pansumanı uygulandı. VAC pansumanı 3 günde bir değiştirildi. Hasta demografikleri, defekt etolojileri, defekt boyutları, yapılan operasyonlar, operasyon sayıları ve hastanede kalış süreleri dosyalarından tarandı (Tablo-1).

Sonuçlar: Hastalardan 4'ü kız, 7'si erkek, ortalama yaşları 6.6 (3-12) idi. En sık etyolojik nedenler sıra ile araç dışı trafik kazası, yanık ve crush yaralanma idi. Defektin vücut yüzeyine oranla boyutu ortalama %8 idi. Hastaların tümünde yumuşak doku defekti alt ekstremitelerde yerleşimli idi. Hastalardan ikisinin serum albumin düzeyleri 2.5 in altında idi, bu iki hastaya intravenöz albumin desteği verilerek serum albumin seviyesinin normale ulaşması sağlandı. Hastanede kalış süresi ortalama 18 gün, ortalama takip süresi 10 ay idi. Toplam pansuman değişim sayısı ortalama 4.3 idi. Hastalardan hiçbirinde tedavi uyumsuzluğu ya da tolerasyonda yetersizlik gibi bir nedenle VAC tedavisi sonlandırılmadı. Hiçbir hastada major ya da minor komplikasyon gelişmedi. Tüm hastalarda kısmi kalınlıkta deri grefti ya da mikrovasküler doku transferi uygulanarak defektler tamamıyla kapatıldı.

Tartışma: Vakum yardımcı yara bakım sistemi (VAC); granülasyon dokusunu artıran, greft immobilizasyonunu kolaylaştıran, ağrı ve ödemi azaltan ve pediyatrik hastalarda da iyi tolere edilen bir tedavi yöntemidir. Pansuman değişimi sayısını azaltması, daha az ağrı ve anksiyete oluşturmaması, granülasyon dokusunun rekonstrüktif prosedüre hazırlanması için gereken zamanı azaltması ve günlük aktiviteye dönüşü hızlandırması gibi avantajları nedeni ile pediyatrik popülasyonda da sonuçları yüz güldürücüdür.

Resim-1

a: crush yaralanması sonrası alt ekstremitelerde geniş doku defekti bulunan pediyatrik hasta, preoperatif görüntü, b: 3 seans VAC uygulaması sonrası peroperatif görüntü, c: kısmi kalınlıkta deri grefti ile pnarım, postoperatif 3. gün görüntüsü, d: postoperatif 2. ay görüntüsü, e: postoperatif 6. ay görüntüsü

S081

Dirençli Yanık Olgusunda Bir Seçenek; Bal ile Tedavi

Ali Ertan Çapar, Ali Rıza Erçöçen
Bayındır Sağlık Grubu

Giriş: Yanık vücudun en katabolic travması olarak kabul edilmekle birlikte, tedavisi oldukça zordur. Multidisipliner yaklaşım gerektirir ancak buna rağmen standardize edilememiştir. Standardize edildiği düşünülen bazı protokollerin ise üzerindeki tartışmalar gün geçtikçe daha yüksek sesle dillendirilmeye başlanmıştır. Yanık hastasının takibi ve tedavisi için kurulan yanık ünitesi ya da yanık yoğun bakım ünitelerinde uygulanan tedavi protokolleri doğrudan plastik cerrahlar tarafından zaman zaman koordine edilmese de bu ekibin tartışılmaz en önemli üyesidir. Özellikle açık yara ve rekonstrüksiyon konularında plastik cerrahi branşının yeri ve önemi tartışılmaz. Her konu başlığında olduğu gibi yanık konusunda da plastik cerrahlarca standart bir tedavi protokolü oluşturulamamıştır. Her hekim kendi inandığı, deneyimlerine hakim olduğu protokolü seçmekte ve elbette bundan en faydalı sonuçları aldığını düşünmektedir. Bazen takipler istediğimiz gibi gitmez ve başka arayışlar içine gireriz. En zorda kaldığımızı düşündüğümüzde en son seçenek olarak daha önce hiç denemediğimiz yöntemlere biraz da klasik cerrahi dürtülerinin verdiği huzursuzlukla başlar ve sonuçları korku ile karışık heyecanla bekleriz. Bu olgumuz da her türlü klasik tedavi üç ayrı ekip tarafından yapılan bir hasta anlatılacak.

Olgu: 19 yaşında erkek hasta içinde bulunduğu aracın alev alması ile yanmış. İlk müdahalesi yapılan hasta yanık merkezi olan bir hastaneye sevk edilmiş. Vücut ön ve arka yüzlerinde, her iki kol proksimallerinde ve omuzlarda, her iki alt ekstremitede sirküler derin yanıkları olan hastanın yanık yüzdesi ilk olarak %60 olarak değerlendirilmiş. Hastanın her iki el ve ayakları, yüz ve perine bölgesi korunmuş. Genel durum stabilize edildiği halde yanık alanlarına yapılan greftlerin nekroze edilmesi üzerine hasta rekonstrüksiyon amacıyla başka bir kliniğe sevk edilmiş. Benzer şekilde hasta aynı merkezde yara yeri enfeksiyonu ve tedavisi ve iki kere greft ile onarım işlemi yapıldıktan sonra greftlerin kaybı üzerine kliniğimize sevk edilmek istendi.

Kliniğimize Kabul ettiğimiz hasta travmasının 7. ayındaydı. İlk muayenesinde tüm vücut kapalı pansumanı mevcuttu. Kötü kokulu akıntılı pansuman genel anestezi altında değiştirildi. Alınan kültür sonucu *Pseudomonas Aeruginosa* ve sadece Colistin duyarlı olarak geldi. Ateş ve benzeri sistemik enfeksiyon bulguları yoktu. Yatış süresi ve yapılan tedavi gözönüne alınan hastaya CVP katater takıldı. Esansiyel aminoasitler, demir, C vitamini ve çinko içeren ek besin programları başlandı. Hastanın ilk kabulünde ağırlığı 70,5kg idi. Enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu sonrasında hastamıza Colistin tedavisi başlandı.

Yara yeri enfeksiyonu kontrole alındığı düşünüldüğünde, enfeksiyon hastalıkları uzmanının görüşü de alınarak hasta operasyona alındı. Tüm yanık alanları STSG greft 1:3 Mesh ile rekonstrüksiyon yapıldı. Greftler pansumanı 5.gün açıldı. İlk pansuman da greft adaptasyonu totalde %3 kayıp dışında iyiydi. Postop 9.günde greft aralıklarından granülasyon dokusu oluşmaya başladı. Postop 15.günde greftler granülasyon dokusu tarafından kaldırıldı. Graft donör alanlarında da yer yer granülasyon dokusu oluşumu gözlemlendi.

Hasta genel anestezi altında tekrar yara bakımı ve enfeksiyon tedavisine alındı. Yara kültür örnekleri yapılan sık debridman ve sistemik tedaviye rağmen sürekli *Pseudomonas Aeruginosa* pozitifiti. Uzun tedavi

ve olası antibiyotik tedavi yan etkilerden kaçınmak için hasta iki kere daha greftleme amacıyla operasyona alındı(***). Son operasyonu yatışının 4.ayında; kazanın ise 10.ayında yapıldı. Ancak totalde onarılan yanık alanlarının çoğunda greft kayıpları tekrar yaşandı. Antibiyotik ve gümüş içeren tüm krem kombinasyonlarına rağmen yara sepsisinde düzelmeye sağlanamadı. Bunun üzerine son dönemlerde özellikle de kısmi kalınlıkta yanık yaralarında, konvansiyonel yöntemlere göre daha hızlı iyileşme sağladığı düşünülen bal içerikli kremler ile tedaviye devam edildi(*). Geniş yanık alanları nedeni ile sedasyon anestezi altında pansumana alındı. Anestezik etkilerinin yanında antibakteriyel etkileri olduğu bilinen lokal anesteziklerden lidokain ile de kombine edildi(**). Sonraki süreçte lokal anestezi ile pansumanlar devam etti. Serum fizyolojik ile yıkama sonrasında lidokain içerikli spray ve bal içerikli pomad ile pansumanlar kapatıldı. Pansuman değişikliği sonrasında ile gözle görünür ilk değişiklik granülasyon dokusundaki gerileme olarak not edildi. Yara kültürlerinde *Pseudomonas Aeruginosa* üremesi devam etse de yoğunluk azaldı ve antibiyotik duyarlılığı arttı. Colistin tedavisi 150.günde durduruldu. Gerileyen granülasyon dokusu ile birlikte kontraksiyon bandı giderek güçlendi, eş zamanlı yer yer keratinosit adaları oluştu. Sekonder yara iyileşmesi ile yanık epitelizeasyonu tamamlandı. Yatış kilosu 70kg olan hasta 87 kg ile taburcu edildi.

Sonuç: Yanık olguları standardize edilememiş, mevcut koşullara göre tedavi edilmesi gereken bir travma başlığıdır. Temel cerrahi prensiplere bağlı kalarak tedavi edilememiş olgulara yaklaşım değiştirilmelidir. Güncel yaklaşımlar güvenilirliğinden emin olunduktan sonra mutlaka takip edilmelidir.

Kaynaklar: 1. Jull AB, Cullum N, Dumville JC, Westby MJ, Deshpande S, Walker N. Honey as a topical treatment for wounds. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD005083. DOI: 10.1002/14651858.CD005083.pub4. 2. Svena M. Johnson, Barbara E. Saint John, and Alan P. Dine. Local anesthetics as antimicrobial agents: a review. Surgical Infections. April 2008, 9(2): 205-213. doi:10.1089/sur.2007.036 3. http://www.turkcer.org.tr/files/17_UCK_Bildiri_Ozetleri/CONTENT/S172.htm

Tedavi değişikliği öncesi ve sonrası

Yara sepsisi tablosu, geleneksel yöntemlerle tedavi



Tedavi tamamlandıktan sonra



Geleneksel yöntemlerle tedavi edildiği halde yara sepsisi düzeltilemeyen yara ve bal içerikli krem ile taburculuk öncesi son durumu

Hastanın yatış ve taburculuk kan değerleri

	Yatış günü	Taburculuk günü
CRP	127,47	5,99
Sedimentasyon (1.saat)	30	8
Lökosit	3,63	5,90
Hemogloblin	9,0	12,2

Yatış anında kronik hastalık anemisi olan ve enfeksiyon parametreleri yüksek seyreden hastanın, tedavi sonrasında genel durumu birlikte laboratuvar değerlerindeki düzeltilmiş gözlemlendi.

S082**Diyabetik Hastalarda Major Amputasyon Sonrası Gündük Hattı İyileşmesi Üzerine Nefropatinin Etkisi**

Mustafa Ünal, Osman Kelahmetoğlu, Ethem Güneren
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı İstanbul

Giriş: Diyabetik hastalarada yaşam boyu ayak ülseri gelişme riski %12-25 arasındadır. Tanı konulmadan önce bile hastaların ayak ülseri ile başvurdıkları olabilmektedir. Bununla beraber diyabetik ayak ülseri sıklıkla yaşlı popülasyonda gerçekleşmektedir. ABD verilerine göre ise diyabetik ayak ülseri nontravmatik amputasyonların %40-60'ını oluşturmaktadır ve diyabetik ayak yaraları nedeni ile yapılan amputasyonlar içinde majör amputasyon insidansı 0.5-5/1000 arasında değişmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde diyabetik ayak nedeniyle majör alt ekstremitte amputasyonu (diz altı amputasyon) yapılan hastaların ameliyat sonrası yarada iyileşme problemi, ayrışma, enfeksiyon ve üst seviye (diz üstü) amputasyonuna neden olan sebepleri analiz etmeye çalıştık.

Gereç ve Yönetim: 2014- 2016 yıllarında, iki yıllık süreçte kliniğimizde diyabetik ayak ülseri nedeniyle majör alt ekstremitte amputasyonu yapılan hastalar arasında amputasyon güdükünde revizyon gerekenler(Grup1) ile gerekmeyenlerin(Grup2), yaşı, cinsiyeti, kreatinin değerleri, retinopati durumları, HbA1c düzeyleri, koroner arter hastalıkları, diyaliz durumları, yara kültüründeki üremeleri, arterial doppler veya.BT-anjio raporları, ile majör ve minör amputasyon öyküleri dökümanate edildi. Ardından toplanan veriler ki-kare testi yardımıyla karşılaştırıldı.

Bulgular: Kayıtlarına ulaşılan ve çalışmaya dahil edilen diyabetik ayak nedenli majör amputasyon yapılmış 51 hastanın 6'sına direkt dizüstü amputasyon 45'ine dizaltı amputasyon yapıldı. Majör amputasyon yapılan hastaların %70'i erkek, %30'u kadındı. Majör amputasyon yapılan diyabetik hastaların yaklaşık %50'sinde gündük de yara detaşmanı nedeniyle revizyon gerekmiştir. Bizim çalışmamızda majör amputasyon güdükünde yara detaşmanı ile en ilgili etken nefropati olarak görülmüştür. Amputasyon güdükünde detaşman gelişen hastaların %73'ü nefropatili olup, %42'si diyalize girmektedir. Majör amputasyon uygulanan nefropatili hastaların %73'ünde, diyalize giren hastaların %84'ünde yara iyileşme problemi detaşman gelişmiştir. Majör amputasyon yapılan hasta ve gündük revizyonu yapılan hasta sayılarında erkek hastalar çoğunlukta

bulundu, ama amputasyon sonrası güdükte yara oluşum oranlarına bakıldığında, kadın hastalarda bu oran daha yüksek bulundu. Majör amputasyon uygulanan kadınların %60'ında, erkeklerin %47'sinde gündük revizyonu gerekti. HbA1c, Retinopati, koroner by-pass, BT anjio veya doppler ile saptanmış anjiyopati, minör amputasyon hikayeleri ve kültürde üreyen bakterilere bakıldığında anlamlı fark bulunamadı.

Tartışma: Elde ettiğimiz bulgulara göre özellikle diyalize giren diyabetik hastalarda yapılan majör alt ekstremitte amputasyonları sonrasında yara yerinde post-op detaşman riski çok yüksektir. Literatüre baktığımızda nefropatinin özellikle yara yeri enfeksiyon riskini arttırdığı gözlemlenmiş olup, düzenli diyalize giren hastalarda yara iyileşmesinin iyi olduğuna dair yayınlar mevcuttur. Çalışmamızda ise majör amputasyon sonrası nefropatili hastalar düzenli diyalize girseler dahi %84'e varan post-op yara iyileşme problemleri ve detaşman saptanmıştır. Sonuç olarak nefropatili hastalarda majör amputasyon sonrası iyileşmenin etkilenmiş olduğu ve üst seviye amputasyona sebep olabileceği unutulmamalıdır. Post-op yara bakımına özen gösterilmelidir.

Kaynaklar:

Kanatlı U. Diyabetik ayak enfeksiyonları TOTBİD Dergisi 2011;10(4):296-305

Gülman B. Diyabetik ayak. TOTBİD Dergisi 2003, Sayı:1-2 Karakoc A, Ersoy RU, Arslan M, Toruner FB, Yetkin I. Change in amputation rate in a Turkish diabetic foot population. J Diabetes Complications. 2004 May Jun;18(3): 169-72.

Giilbahar O. At all, Kronik Diyaliz Hastalarında Cerrahi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi/Official Journal of the Turkish Nephrology, Association 1997;1-2:11-14 Oğuz A. at all. Diyabetik Ayaklı Hastalarımızda Amputasyon Oranları ve Demografik Veriler. Ankara Medical Journal, Cilt: 12, Sayı: 1, 2012

S083**Pediyatrik Yanık Hastalarda Erken ve Geç Dönem Serbest Flep Uygulamaları**

Eyüphan Gencel, Cengiz Eser, İbrahim Tabakan, Erol Kesiktaş, Metin Yavuz
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Pediyatrik hastalarda, serbest doku nakilleri, özellikle travma sonrası alt ekstremitte rekonstrüksiyonlarında, baş boyun1 ve üst ekstremitte rekonstrüksiyonlarında mikrocerrahideki gelişmeler neticesinde yaygınlık kazanmıştır.2-4 Pediyatrik serbest flep uygulamaları, endikasyon açısından farklılık göstermese de teknik açıdan zorluğu nedeniyle, yetişkin hasta grubuna göre daha zor ve özel olarak değerlendirilen operasyonlardır.2 Damarsal sistemi vücutla orantılandırıldığında yetişkinlere göre damar çapının beklenilenden daha büyük olması, diyabet, hipertansiyon gibi sistemik hastalıkların bu yaş grubunda görülmemesi nedeniyle vasküler bütünlüğün korunmuş olması, flep adaptasyonu ve büyüme ile birlikte çocuk hastaların durumlarını daha iyi tolere edebilmeleri serbest doku nakillerinin bu hasta grubundaki bilinen avantajlarındandır. Literatürde, serbest flep ile onarım yapılan yanık hastalarda sıklıkla yanık kontraktürlerine yönelik operasyonların serbest latissimus dorsi, anterolateral uyluk flebi ve grasilis kas flebi ile gerçekleştirildiği görülmektedir.5 Olgu serimizde, 2011 ile 2016 yılları arasında opere edilen

serbest flep uygulanmış 4 pediatrik yanık hastanın tedavi sonuçlarını sunuyoruz. Hastalara uygulanan flepler ve anatomik lokalizasyonlar dikkate alındığında; alt ekstremité ekstremité koruyucu amaçlı kross latissimus dorsi kas flebi 1 hastada, üst ekstremitéde yanık kontraktürüne yönelik serbest alt uygulaması 1 hastada, yanığa bağlı 1.parmak kaybında ayakta ele parmak nakli 1 hastada(second toe to thumb) ve total kalvarial nekrozlu 6 aylık 1 hastada subakut dönemde serbest latissimus dorsi myokütan flep ile onarım sağlandı. Son olguda total kalvarium rejenerasyonu amaçlı kraniektomi yapılmaksızın vasküler yapı ile serbest latissimus dorsi myokütan flebi ile onarım, fasyal sinir korunarak servikal bölgede yanık alanı dışında fasyal arter ve vene 10/0 sütür ile uç uca gerçekleştirildi. Kemik kalvarium yapısı sintigrafik değerlendirme ile takip edildi. Yanık hastalardan postoperatif 10. günde parmak naklinde (second toe to thumb) oluşan venöz yetmezliğe bağlı revizyona alındı kısmen doku kaybı olan hastada ampute 2. parmak proksimal falanks yapısı ada flep olarak 1. parmak ogmentasyonunda kullanıldı. Diğer hastalarda portoperatif dönemde komplikasyonla karşılaşmadı. Yanık hastalarında erken dönem serbest flep uygulamaları araştırıldığında, 1 yaş altında yanık dışı serbest flep uygulamaları literatürde mevcuttur. Bu hastaların etiyolojilerine bakıldığında mandibulada melanotik neroektodermal tümöre yönelik fibula ile onarım (8 aylık)6,kafa tabanı onarımında rektus abdominis kas flebi(14 aylık)7,ekstremitéde malign fibrosarkom eksizyonu sonrası latissimus dorsi flep ile onarım (15 aylık)8, latissimus dorsi ile ensefalosel onarımı (10 haftalık)9 bulunmaktadır. Yanık hastalarda 1 yaş altı serbest flep uygulaması literatürde bulunmamaktadır. İlk kez skalp rekonstrüksiyonu amaçlı serbest flep uygulaması 1 yaş altı yanık hastada yapılmıştır.

1. Zhang C, Sun J, Zhu H, Xu L, Ji T, He Y, Yang W, Hu Y, Yang X, Zhang Z. Microsurgical free flap reconstructions of the head and neck region: Shanghai experience of 34 years and 4640 flaps. International journal of oral and maxillofacial surgery 2015;44(6):675-684.

2. Upton J, Guo L. Pediatric free tissue transfer: a 29-year experience with 433 transfers. Plast Reconstr Surg 2008;121(5):1725-1737.

3. Akcal A, Karsidag S, Sucu DO, Turgut G, Ugurlu K. Microsurgical reconstruction in pediatric patients: a series of 30 patients. Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi = Turkish journal of trauma & emergency surgery: TJTES 2013;19(5):411-416.

4. Upton J, Guo L, Labow BI. Pediatric free-tissue transfer. Plast Reconstr Surg 2009;124(6 Suppl):e313-326.

5. Misani M, Zirak C, Hau LT, De Mey A, Boeckx W. Release of hand burn contracture: comparing the ALT perforator flap with the gracilis free flap with split skin graft. Burns: journal of the International Society for Burn Injuries 2013;39(5):965-971.

6. Faria JC, Batista BN, Sennes LU, Longo MV, Danila AH, Ferreira MC. Mandibular reconstruction with a fibular osteocutaneous free flap in an 8-month-old girl with a 12-year follow-up. Microsurgery 2014;34(1):51-53.

7. Iida T, Mihara M, Yoshimatsu H, Hara H, Koshima I, Kawai K, Tsuchiya T, Asakage T. Reconstruction of an extensive anterior skull base defect using a muscle-sparing rectus abdominis myocutaneous flap in a 1-year-old infant. Microsurgery 2012;32(8):622-626.

8. Germann G, Waag KL, Selle B, Jester A. Extremity salvage with a free musculocutaneous latissimus dorsi flap and free tendon transfer after resection of a large congenital fibro sarcoma in a 15-week-old infant. A case report. Microsurgery 2006;26(6):429-431.

9. Bayramicli M, Sonmez A, Yavas T. Microvascular reconstruction of a giant encephalocele defect in a 10-week-old infant. British journal of plastic surgery 2004;57(1):89-92.

S085

1. Web Aralığı Kontraktürlerinin 90 Derece Rhomboid Flep İle Rekonstrüksiyonunda Klinik Deneyimlerimiz

Mustafa Nihat Koç¹, Berat Çiğdem¹, Saffet Ulutaş², Serdar Kara¹, Harun Yılmaz¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.

²Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Yanığa bağlı kontraktürlerin serbestleştirilmesi iyi kanlanan bir doku ile rekonstrüksiyonu ve kabul edilebilir estetik sonucu gerektirmektedir. Bu sunumda «diamond flap» olarak adlandırdığımız 90 derece açılı subkutanöz pediküllü rhomboid flepin, birinci web aralığındaki yanığa bağlı kontraktürlerde kullanımından bahsedilecektir.

Materyal-Metod: 2013 - 2015 yılları arasında 13 hastanın yanığa bağlı 1. web kontraktürleri diamond flap ile açıldı. 1. web aralığında preoperatif belirlenen iki referans noktanın post operatif uzama miktarı ölçüldü.

Bulgular: 13 hastadaki 15 adet 1. web kontraktürü diamond flap ile başarılı bir şekilde açıldı. Hastalar ortalama 18 ay izlendi ve hiç flep kaybı saptanmadı. Kontraktür hattında %120 ile %200 arası uzama sağlandı.

Tartışma: Yanığa bağlı kontraktürlerin açılması amacıyla deri greftleri, lokal flepler hatta serbest flepleri de içeren pek çok yöntem uygulanmaktadır. Deri greftleri yeniden kontrakte olduklarından ötürü, serbest flepler ise zor cerrahi gerektirmesi ve maliyetlerinin yüksek olması nedeniyle öncelikle tercih edilmezler. Bu nedenle lokal flepler, özellikle de Z plastiler öncelikle kullanılmaktadır. Diamond flep ile rekonstrüksiyonda ise Z plastilerde olduğu gibi flep elevasyonu gerekmemektedir. Böylece bu teknik kötü vasküler yataklı kontraktürlerde Z plastiye üstün gelmektedir

Sonuç:Diamond flep 1. web aralığındaki kontraktürlerin açılmasında öncelikle tercih edilmesi gereken bir rekonstrüksiyon tekniği olarak akılda tutulmalıdır.

Diamond Flep



1. web aralığındaki kontraktürün Diamond Flep ile serbestleştirilmesine ait intraoperatif fotoğraflar

S086

Malign Melanomda Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi: Hangi İşaretleme ve İnceleme Yöntemi?

Ayhan Işık Erdal, Ömer Polat, Kemal Fındıkçioğlu, Serhan Tuncer, Seyhan Çenetoğlu

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Malign melanom (MM) olgularında uygulanan sentinel lenf nodu biyopsi (SLNB) işleminde işaretleme amacıyla mavi boyalar (isosulfan mavisi, metilen mavisi) ya da radyoaktif işaretleme (lenfosintigrafi + intra-operatif gama prob) kullanılabilir. Kliniğimizde bu farklı işaretleme yöntemlerin izole olarak ve kombine olarak kullanıldığı olgular gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada kullanılan farklı işaretleme ve patolojik inceleme yöntemlerine dair klinik tecrübelerin aktarılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2010 ile Haziran 2016 arasında kliniğimizde MM tanılı hastalara gerçekleştirilmiş SLNB işlemleri retrospektif olarak tarandı. 63 olgunun demografik özellikleri, tümör özellikleri, işaretlemenin hangi yöntem ile yapıldığı, lenf nodunun frozen incelemesine gönderilme durumu analiz edildi.

Bulgular: 63 olguda prognoz ve SLNB endikasyonu belirleyen en önemli patolojik parametre olan Breslow kalınlığı ortalama 3,07 (0,5-15) mm bulundu. 8 olguda izole mavi boya (6 isosulfan mavisi, 2 metilen mavisi), 47 olguda radyoaktif işaretleme, 8 olguda mavi boya ve radyoaktif işaretleme kombine kullanıldı. 63 olgunun 12'sinde çıkarılan lenf nodunun intra-operatif frozen incelemesine gönderildiği, 2 olguda da gönderilen frozen sonucunun metastatik gelmesi üzerine ameliyata terapötik lenf nodu diseksiyonu olarak devam edildi. 2 olguda frozen incelemesinin negatif raporlanmasına rağmen frozen artığı olan materyalin kesin patolojik incelemesinde metastaz görüldü. 63 olgunun 21'inde sonucun metastatik olması nedeniyle terapötik lenf nodu diseksiyonları (9 aksiller, 7 inguinal, 5 boyun) yapıldı. 2010 yılından 2016 yılına kadar izole mavi boya kullanımının azaldığı, radyoaktif işaretleme kullanımının ve kombine kullanımının arttığı görüldü.

Tartışma: Radyoaktif işaretleme, intra-op gama prob kullanımını ile daha kolay lokalizasyonu mümkün kılması, baş-boyun, gövde orta hat olgularında ve lenf akışının tahmin etmenin zor olduğu diğer lokalizasyonlarda kullanılabilmesi, lenf nodu çıkarılması sonrası gama prob ile rezidü kontrolünün mümkün olması gibi sebeplerden dolayı mavi boya ile işaretlemeyle üstün bir yöntemdir. Mavi boyaların, radyoaktif işaretleme ile kombine kullanımının sentinel nodu bulmada intra-op kolaylık sağlamaktadır, literatürde kombine kullanım önerilmektedir.

Çıkarılan sentinel lenf nodunun frozen incelemesine gönderilmesi literatürde tartışmalı bir konudur. Çalışmada frozen incelemesine gönderilen 12 SLNB olgusundan 2 olguda frozen sonucu metastatik raporlanmış ve operasyona terapötik diseksiyon ile devam edilmiştir. 2 olguda ise frozen sonucu malignite açısından negatif olmasına rağmen kesin patoloji metastatik raporlanmıştır. Kliniğimizde SLNB frozen incelemesi tercihi, bu yanlış negatiflik oranı tecrübe edilerek zamanla azalmıştır, son 3 yılda hiçbir sentinel lenf nodu frozen incelemesine gönderilmemiştir. Diğer 8 olguda frozen ve kesin patoloji raporları uyumlu ve negatiftir.

Olgularımızda literatürle uyumlu olarak Breslow kalınlığı, ülserasyon varlığı, mitoz sayısı metastatik olgularda

belirgin fazladır. Bu patolojik parametrelere dayanarak nodal yayılım ihtimali yüksek olan olgularda çıkarılan sentinel nod frozen incelemesine gönderilebilir ve sonucu metastatik raporlanırsa da terapötik diseksiyon yapılarak hastanın cerrahi tedavisi tek seansta tamamlanabilir.

Sonuç: Klinik tecrübelerimiz, SLNB işleminde literatürde önerildiği gibi radyoaktif işaretleme ile mavi boyaların kombine kullanımının cerrahın işini kolaylaştırdığı, operasyon süresini kısalttığı yönündedir. Çıkarılan lenf nodunun frozen incelemesine gönderilmesi literatürde tartışmalı bir konu olmaya devam etmektedir, MM açısından tecrübeli patologlar ile bu yöntem seçilmiş olgularda kullanışlı olabilir.

S087

Ratlarda Derin İkinci Derece Yanıkta Hypericum Perforatum'un Etkileri

İrfan Özyazgan, Mehmet Severcan

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kayseri

Giriş-Amaç: Derin ikinci derece yanıkların medikal tedavisinde sistemik etkisi kanıtlanmış ajan sayısı oldukça azdır. Klinik pratikte sistemik ya da topikal olarak kullanılabilecek ve tedavi süresini kısaltarak hastanede yatış süresini azaltacak, debridman ve greftleme operasyonlarına gerekliliğini azaltacak ve muhtemel yanık komplikasyonlarını (enfeksiyon, hipertrofik skar) azaltacak bir ajan bulunması amacıyla, geleneksel olarak Avrupa, Asya ile Amerika kıtasında ve Anadolu'da birçok hastalığın ve yaranın (yanık yarası dahil) tedavisinde halk tarafından 'kantaron yağı' formu kullanılan Hypericum Perforatum'un ratlarda derin ikinci derece yanık tedavisinde topikal ve sistemik uygulamasının etkisi araştırıldı.

Gereç-Yöntem: Çalışmamızda, 50 adet Wistar albino erkek rat, her birinde 10 rat bulunacak şekilde 5 gruba ayrıldı. Ratların sırtları traş edilerek 7 cm² çaplı ısıtılabilir şişe ile 70 °C suya 12 saniye temas ettirilerek derin ikinci derece yanık oluşturuldu. 1.Kontrol grubuna 28 gün boyunca hergün gavaj ile SF, 2.Zeytinyağı oral grubuna gavaj ile saf zeytinyağı, 3.Hypericum Perforatum oral grubuna gavaj ile Hypericum Perforatum yağı verilirken; 4.Zeytinyağı topikal grubunda her sabah yara yüzeyini örtecek şekilde zeytinyağı, 5.Hypericum Perforatum topikal grubunda ise yanık yara yüzeyini örtecek şekilde Hypericum Perforatum yağı sürüldü. Tüm ratlar 7., 14. ve 21. günlerde tartıldı, yanık yara genişliği ölçümleri için fotoğraflandı ve yanık yaralarından insizyonel biyopsiler alındı. Ayrıca yaraların tamamen kapandığı günler kaydedildi.

Bulgular: Hypericum Perforatum oral grubunun yanık yarasının tamamen iyileşme süresinin (epitelizasyon) diğer tüm gruplara göre anlamlı olarak daha erken olduğu bulundu. Kontrol grubu ortalama 32. günde epitelize olurken Hypericum perforatum oral grubunun ort. 22. günde epitelize olduğu görülmüştür. (p<0.001) Ayrıca Hypericum Perforatum topikal grubunda da iyileşme süresi Kontrol grubundan ve Zeytinyağı oral ve Zeytinyağı topikal grubundan daha erken (25. gün) bulunmuştur. Ağırlık artışı ve histopatolojik olarak inflamasyon değerleri 21. gün verileri tüm gruplar arasında karşılaştırıldığında Hypericum Perforatum Oral grubu ağırlık artışı en fazla olan ve inflamasyon değeri en düşük olan grup olarak bulunmuştur (p<0.001).

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği
38. Ulusal Kurultayı

Sonuçlar: Derin ikinci derece yanık tedavisinde Hypericum Perforatumun sistemik ve topikal kullanımlarının Kontrol grubuna göre inflamasyonu azalttığı iyileşmeyi hızlandırdığı sonucu elde edilmiştir. Özellikle Hypericum Perforatum Oral grubunun en erken iyileşen grup olduğu dikkat çekti.

70 °C suya 12 sn temas ettirilerek Derin ikinci derece yanık oluşturma



S088 Belirgin Dorsal / Kaudal Eğriliğin Düzeltilmesinde "Karşıt Septal Otogreftleme Yöntemi"

Çağlayan Yağmur¹, Nuh Evin², Enes Agah Kodalak¹,
İsmail Küçüker¹, Osman Kelahmetoğlu³,
Ahmet Demir¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi AD

³Bezm-i Alem Üniversitesi Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

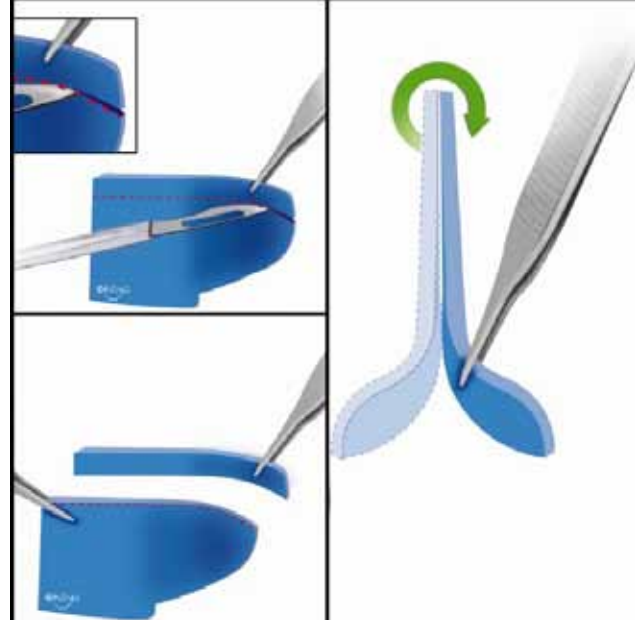
Giriş: Nazal septum burnun görünüm ve işlevinde oldukça önemlidir. Travma, cerrahi veya konjenital deformiteler belirgin septum deviasyonuna neden olabilirler. Septumun dorsal ve/veya kaudal eğrilikleri düzeltilmesi zor olan C veya S şekilli deformitelere neden olabilir. Bu çalışmada belirgin dorsal ve/veya kaudal septal eğriliklerin düzeltilmesinde etkin olarak kullanmakta olduğumuz «karşıt septal otogreftleme tekniği» sunulmuştur.

Hastalar Ve Metod: 2012-2016 yılları arasında eğri (kırık) burun ile başvuran ve hem estetik hem de işlevsel şikayeti olan 25 hastada septum düzeltilmesi ekstrakorporeal olarak planlanmış ve eğrilik «karşıt septal otogreftleme» yöntemi ile düzeltilmiştir (ŞEKİL1-3). Hastalar uzun dönem klinik muayene ve fotoğraflama ile takip edilmiştir. Tüm hastalara ameliyat öncesi ve postoperatif 1. sene «Nasal Obstruction Septoplasty Effectiveness» (NOSE) puanlaması yapılmıştır. Buna ek olarak, postoperatif 1 senesini dolduran hastalara ameliyat sonrası tatmin skalasına göre puanlama yapılmıştır. 1. sene sonunda dış deviasyonlardaki düzelme dijital fotolar üzerinden karşılaştırılmıştır.

Sonuç: Hastaların 12 tanesi bayan 13 tanesi erkektir. Ortalama takip süresi 14 ay olmuştur. Hiçbir hastada hematoma, sineşi, septal perforasyon, dorsal düzensizlik veya semer burun deformitesi oluşmamıştır. 1 vakada septal deviasyon nüks etmiştir. Bahsi geçen vaka 12. ay sonunda revizyon cerrahisi uygulanmıştır. NOSE skorları istatistiksel olarak anlamlı derecede düzelmiştir. Dijital fotoğraflardan yapılan açı ölçümlerinde anlamlı düzelme mevcuttur.

Tartışma: Belirgin deformite oluşturan dorsal ve/veya kaudal septal eğriliklerin düzeltilmesinde «güce karşı güç» presibini kullanan «Septal karşıt otogreftleme» tekniği kalıcı ve güvenilir biçimde etkili sonuçlar vermektedir. Septal eğriliklerin nüks etmesinde kıkırdak hafızasının başrolüdür. Sunmuş olduğumuz yöntem eğriliğin gücünü eğriliğe karşı eşit bir güç ile söndürerek tutarlı bir sonuç sağlamaktadır.

şekil 1



Ekstrakorporeal olarak eğri septumun anteriorunun uzunlamasına çıkarılması ve çıkarılan kısmın sagittal planda ters çevrilerek (septal karşıt otogreft) anterokaudal eğriliği söndürecek şekilde sutürasyona hazırlanması

S089 Vücut Geliştirme ve Jinekomasti, Olgu Sunumu

Mecid İsmailzade, Mehmet Dadacı, Bilsev İnce,
Serhat Yazar, Mehmet Cem Yıldırım
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

Giriş: Jinekomasti, duktal doku, stroma ya da yağ dokusu artışı nedeni ile ortaya çıkan erkek memesi büyümesidir. İnfant, adolosan ve ileri yaştaki hormonal değişikliklere sekonder olarak en sık karşımıza çıkmaktadır. Jinekomasti çoğunlukla idiyopatik olarak karşımıza çıkmakla beraber seks hormonlarındaki dengesizlikten kaynaklandığı düşünülür. Endokrin kökenli tümörler, testis gelişim bozuklukları ve anabolik steroid başta olmak üzere

kullanılan hormonal ilaçlar karşılaşılan diğer jinekomasti nedenleri arasındadır. Bu nedenlerden anabolik steroid kullanımı testislerin atrofisine, vücutta periferde östrojene çevrilerek östrojenin baskın hormon olmasına neden olmaktadır. Bu etki mekanizmasıyla jinekomastiye neden olduğu düşünülmektedir.

Bu olgu sunumunda vücut geliştirmek amacıyla anabolik steroid kullanan hastanın tanı ve tedavi süreci tartışıldı.

Olgu sunumu: 37 yaşında erkek hasta polikliniğimize her iki memede büyüme şikayetiyle başvurdu. Bilateral Simon evre 2a jinekomastisi saptanan erkek hastanın yaklaşık 10 yıldır anabolik steroidler başta olmak üzere, çoklu vücut geliştirmeye katkıda bulunan ilaç kullanım öyküsü olduğu ve bu şikayetin 3 yıldır devam ettiği öğrenildi. Hasta vücut geliştirme yarışmalarına katıldığı için en az iz ile ameliyatını yaptırmak istediğini belirtti. Genel anestezi altında meme başı altından pull through yöntemi ile gland dokusu parça parça eksize edildi. Ameliyat sonrasında hastaya jinekomasti atleti 1 ay süreyle giydirildi. Uyguladığımız tedavinin başarılı olduğu gözlemlendi.

Tartışma: Jinekomasti prevalansı erkeklerde % 36-57 arasında rutin fizik muayenede saptanabilmektedir. (4) Ekzojen ilaç kullanımı jinekomasti etyolojisinde yaklaşık % 20'lik kısmı oluşturmaktadır. (1) Ancak anabolik steroid kullanımının bu değerin yüzde kaçını oluşturduğuna yönelik literatürde bir çalışma yoktur. Vücut geliştiricilerde en uygun jinekomasti tedavi yöntemi fazla glanduler dokunun total cerrahi eksizyonudur.

Sonuç olarak kullanımı gittikçe yaygınlaşan anabolizan steroidler, vücut geliştirme ve şekillendirme amacıyla kullanılan sporcularda çeşitli etki mekanizmalarıyla olumsuz estetik görünümle sonuçlanabilen jinekomastiye neden olabilmektedir.

resim 1



S090

Nipple Koruyucu Mastektomi ve Eş Seanslı Rekonstrüksiyonda İnsizyon Seçiminin Komplikasyon Oranlarına Etkileri

Zeynep Deniz Akdeniz Doğan, Bülent Saçak, Mehmet Cömert, Fatma Nihal Durmuş Kocaaslan, Doğuş Yalçın, Özhan Bekir Çelebiler
Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Nipple - areola kompleksi (NAK) ideal meme görünümündeki en önemli unsurlardan biridir. Onkoplastik cerrahideki gelişmeler ve gen mutasyonu tetkiklerinin yaygınlaşması ile nipple koruyucu mastektomi (NKM) ve eş zamanlı rekonstrüksiyon ameliyatlarının sayısı artmaktadır. Bu ameliyatlardaki mastektomi insizyon seçiminin NAK dolaşımına karşı tehlike oluşturmaması, mastektomi ve onarım işlemi esnasında cerrahi kolaylık sağlaması, kozmetik sonucun kabul edilebilir olması başlıca aranan özelliklerdir. Bu çalışmanın amacı NKM ve eş zamanlı rekonstrüksiyonlarda kullanılan insizyon türlerinin komplikasyonlar açısından karşılaştırmalı değerlendirilmesidir.

Yöntem-Gereçler: Bu çalışmaya 2011 ve 2016 yılları arasında kliniğimizde NKM ve eş zamanlı rekonstrüksiyon ameliyatı uygulanmış olan 33-58 yaş arası (ort:48) 27 hastada 32 meme dahil edildi. Hastalarda kullanılan insizyonlar değerlendirildiğinde lateral insizyon: 18, vertikal insizyon: 9, periareolar transvers insizyon: 2, wise pattern: 1, semisirküler vertikal insizyon: 1, semisirküler insizyon: 1 olgu olarak saptandı. Ameliyat sonrası ilk ay içinde karşılaşılan erken dönem komplikasyonlar ve postoperatif takip kayıtları retrospektif olarak ele alındı ve karşılaştırıldı.

Bulgular: Lateral insizyon (18) ile NKM sonrası; 6 memeye aynı seansta DIEP flebi (Şekil 1) ile onarım uygulandı ve bunların birinde postop 2. gün hematoma gelişimi gözlemlendi. 11 memeye izole yuvarlak implant ile onarım uygulandı ve 1 memede implant çıkarılmasını gerektiren abse formasyonu ve NAK nekrozu gelişimi izlendi. 1 memeye Latissimus dorsi (LD) kas flebi ve meme implantı ile onarım uygulandı ve postoperatif komplikasyon gelişimi gözlenmedi. Tüm lateral insizyon olgularında toplam mastektomi flep /NAK dolaşım problemi 5,5% olarak hesaplandı. Vertikal insizyon (9) ile NKM sonrası; 4 memeye aynı seansta DIEP flebi ile onarım uygulandı, bunların 3'ünde mastektomi cilt fleplerinde nekroz gelişimi, iki memede flepte yağ nekrozu oluşumu gözlemlendi. 2 memeye ekspander ile onarım uygulandı ve 1 memede mastektomi flep dolaşım problemi ve ekspander ekspozisyonu gelişimi gözlemlendi. 3 memeye latissimus dorsi flebi ve implant ile onarım uygulandı ve postoperatif komplikasyon gelişimi gözlenmedi. Tüm vertikal insizyon olgularında toplam mastektomi flep/NAK dolaşım problemi 44,4% olarak hesaplandı. 2 memeye periareolar transvers insizyon ile NKM ve eş seanslı SİEA flebi ile onarım, 1 memeye wise pattern ile NKM ve eş seanslı yuvarlak implant ile onarım, 1 memeye semisirküler vertikal uzatma insizyonu ve eş seanslı yuvarlak implant ile onarım, 1 memeye semisirküler insizyon ile NKM ve eş seanslı serbest TRAM flebi ile onarım uygulandı ve bu vakalarda komplikasyon gelişimi gözlenmedi.

Sonuçlar: Çalışmamızdan elde edilen bulgular NKM ve eş seanslı onarım vakalarında lateral insizyon ile NAK ve

mastektomi cildinde dolaşım problemi görülme sıklığının, vertikal insizyon seçimine göre belirgin olarak daha az olduğuna işaret etmektedir. Lateral insizyonun meme hacmi büyük olan vakalarda seçilmemiş olabileceği retrospektif bu çalışmanın en önemli yetersizliğidir. Öte yandan, verilerimiz lateral insizyonun özellikle otolog doku ile rekonstrüksiyonda alıcı damarlara erişimi kısıtlamadığını işaret etmektedir. Flep komplikasyonlarının cerrahlar tarafından daha sık tercih edilen vertikal ve semisirküler periareolar insizyonlarla karşılaştırılabilir olduğu görülmektedir. NKM'de en ideal insizyonun belirlenmesi için algoritmik bir yaklaşım oluşturulması gereklidir, ancak bu amaçla daha büyük hasta gruplarında ve prospektif kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır

1- Candia MD, Lie KH, Forouhi P, Malata CM. Experience with the Wise mammoplasty skin resection pattern in skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction for large breast volumes. International Journal of Surgery 9(2011) 41-45.

2-Rawlani V1, Fiuk J, Johnson SA ve ark. The effect of incision choice on outcomes of nipple-sparing mastectomy reconstruction. Can J Plast Surg 2011 19(4):129-33.

3-Malata CM, Hodgson ELB, Chikwe J, Canal ACE, Purushotham AD. An application of the Lejour vertical mammoplasty pattern for skin-sparing mastectomy: A preliminary report. Ann Plast Surg. 2003 51(4): 345-50.

4-Holmes DR, Schooler W, Smith R. Oncoplastic approaches to breast conservation. International journal of breast cancer. Vol:2011:1-16.

5-El Hage Chehade H1, Heaton H1, Wazir UNipple sparing mastectomy using a hemi-periareolar incision with or without minimal medial-lateral extensions; clinical outcome and patient satisfaction: a single center prospective observational study. Am J Surg. 2016 Jul 21.

Sağ DIEP



S091

Meme Onarımı Uygulanan Hastalarda Breast-Q İle Hayat Kalitesi Değerlendirilmesi

Aynur Er¹, Doğuş Yalçın², Nihal Durmuş Kocaaslan², Bülent Saçak², Özhan Çelebiler²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 5. Sınıf Öğrencisi, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Meme kanseri hastalarının %20-30'u için mastektomi kaçınılmazdır. Oluşan bu psikososyal rahatsızlığı yenmek için hastanın isteği ve uygunluğuna göre meme onarım ameliyatları uygulanır. Onkolojik riskler göz önünde bulundurularak en uygun kozmetik sonuçlara ulaşılır. Meme onarımı ameliyatlarındaki öncelikli amaç hastayı psikososyal, fiziksel ve estetik olarak memnun etmektir. Bu ameliyatlarda başarı oranının en hassas belirleyicilerinden biri yaşam kalitesinin değerlendirilmesidir. Bilimsel olarak kabul edilmiş, standardize çeşitli yaşam kalitesi değerlendirme formları vardır. Breast-Q anketi meme cerrahisi için özel olarak yapılmış ve geçerliliği alınmıştır. Breast-Q kliniğimizce Türkçe'ye kazandırılarak valide edilmiştir ve etkin şekilde kullanılmaktadır. Hastanın yaşam kalitesineek olarak hastanın memnuniyetini değerlendirmeyi de içerir. Kliniğimizde uygulanan çeşitli tekniklerdeki meme onarım ameliyatları öncesi ve sonrası Breast Q skorları ile hastaların memnuniyet ve yaşam kaliteleri değerlendirildi. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi'ne Eylül 2013- Ocak 2016 tarihleri arasında meme onarımı için başvuran hastalar, kesitsel çalışmaya dahil edildi. Ameliyat öncesi ve sonrası sözlü onamları alınan hastalara, BREAST-Q anketleri uygulandı. Bu anketin içeriğinde ameliyat olunan memeden memnuniyet, ameliyat sonucundan memnuniyet, psikososyal iyilik hali, cinsel iyilik hali, fiziksel iyilik hali, meme başından memnuniyet, bilgilendirilmeden, cerrahından ve tıbbi ekipten memnuniyet vardır. Anketin resmi skorlama programı Q-Score ile değerlendirme uygulandı. 46 hastaya ameliyat öncesi rekonstrüksiyon anketi, ameliyattan bir gün önce uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 46,4>tür (28-67). 12 hasta kendi istekleri doğrultusunda çalışmadan çıkarıldı. Ortalama takip süresi 10,3 ay (6-18 ay) olarak hesaplandı. 31 hastaya serbest doku transferiyle onarım yapıldı (14 TRAM, 3 DIEP, 3 grasilis), 6 hastaya Becker meme implantları, 5 hastaya pediküllü flep, 3 hastaya asellüler dermal matris ve implant uygulandı. 3 hastanın ameliyat bilgisine ulaşamadı. Ameliyat olunan memeden memnuniyet (64,88), psikososyal iyilik hali (82,41), cinsel iyilik hali(69,5) ve meme ve karındaki fiziksel iyilik hali (70,23 - 73,71) preoperatif sonuçlarla karşılaştırıldığında anlamlı olarak bulundu. Hastaların ameliyat sonucundan memnuniyet (83,68), meme başından memnuniyet (61,14), bilgilendirilmeden memnuniyet (83,52), cerrahından ve tıbbi ekipten memnuniyet (96,05) yüksek ve hastanın genel olarak yaşam kalitesi artmış olarak bulundu. Özellikle serbest flep uygulanan hastaların memeden memnuniyetinin, implant uygulanan hastaların ise psikososyal skorlarının en yüksek olduğu tespit edildi. Mastektomi sonrası onarım ameliyatlarının memnun edici estetik sonuçlarla yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi vardır. Daha geniş bir hasta grubunda uygulandığında teknikler arası hasta hayat kalitesi kriterleri ve memnuniyet açısından değerlendirme yapılmasına olanak verebileceği öngörülmektedir.

S092

Nipple-Aerola Kompleksinin (NAK) Yaşayabilirliğini Arttırmak için Meme Hipertrofinin Sahip Kadınlarda İnferior pedikül ve Wuringer Horizontal Septumun Kombinasyonu Kullanımı

Osman Kelahmetoglu¹, Remzi Fıncıoğlu²,
Çağlayan Yağmur³, Kemalettin Yıldız¹,
Ethem Güneren¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik
Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Özel Ege Şehir Hastanesi, Estetik-Plastik Cerrahi Kliniği,
İzmir

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi
Ana Bilim Dalı, Samsun

Giriş: Memeküçültme teknikleri pedikülün vaskülerizasyonuna göre yapılır ve NAK vaskülaritesinin korunması esastır. Çünkü, NAK estetik ve fonksiyonel olarak memenin en önemli parçasıdır. Inferior pediküllü meme küçültme dünyada en çok kullanılan tekniktir. Gigantomastik ve hipertrofik memelerde inferior pedikülün kullanımı uzun pedikülden dolayı NAK kanlanması problemlere yol açabilir. Bu çalışmada, NAK canlılığının inferior pedikül ve Wuringer septum ile kombinasyonu ile korunmasına ait deneyimlerimizi sunmaya çalıştık.

Hastalar ve Yöntem: Bu çalışma 2012 mart ve 2015 ekim arasında inferior pedikül ve horizontal septum bazlı olacak şekilde meme küçültme ameliyatı yapılan 60 hastayı içermektedir. Hastaların ortalama yaşı 38.2 ±11.3 'dür. Tüm hastalar ameliyat öncesi meme ultrasonografisi ve gerekiyorsa mammografi ile incelenmiştir. Çizimler ayakta ve Wise pattern'e uygun hazır örnek ile yapılmıştır. Pedikül genişliği inframarian sulkusta 8 cm olacak şekilde planlanmıştır. Tüm cerrahilerde Wuringer septum görülmüş ve korunmuştur.

Bulgular: Hastalar, ortalama 5.6 ± 3.7 ay takip edildi. Sağ ve sol memeden çıkartılan doku miktarları ortalama sırasıyla 1335 ± 598 gr 1279 ± 587 gr idi. 5 hastada (%8.3) venöz yetmezlik görüldü. Tüm venöz yetmezlikler tek taraflıydı. Bir hastada kısmi NAK nekrozu görüldü (%1.6). Çıkartılan doku miktarı 2000 gr ımın üzerinde olan 15 meme gigantomastik olarak sınıflandı (%12.5). Görülen 5 venöz yetmezlikten ikisi gigantomastik memelerdeydi ve tek kısmi NAK kaybı gigantomastik memede görüldü.

Sonuç: Inferior pediküllü meme küçültme diğer meme küçültme tekniklerine göre daha basit bir plana, daha kısa öğrenme eğrisine sahiptir. Bu avantajı ve wuringer septumun pediküle dşil edilmesi gigantomastik ve hipertrofik memelerde NAK yaşayabilirliğini arttırması yönünde faydalı olabilir düşüncesindeyiz

S093

Rinoplastide Spreader Greft ile Elde Edilen Fonksiyonel Ve Estetik Kazançlar

Tugba Gün Koplay, Gökçe Yıldırım, Osman Akdağ,
Mehtap Karamese, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Spreader greftler farklı pekçok amaçla rinoplastide sıkça kullanılmaktadır. Burun orta 1/3 ünde, genişliğin azaltılması, dorsal estetik çizginin sağlanması, asimetrilerin düzeltilmesi, internal nazal valv açısının artırılması, kullanım endikasyonlarındandır. Bu çalışmada, kliniğimizde spreader greft kullanılan rinoplasti hastalarının fonksiyonel ve estetik sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

Materyal Metod: Kliniğimizde 2010- 2015 tarihleri arasında opere edilen rinoplasti ameliyatlarında spreader greft kullanılan 43 hastadan preoperatif ve postoperatif bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleri mevcut 27 hasta çalışmaya dahil edildi. Yaş ortalamaları 26 (21-39) olan hastaların 16'sı erkek, 11 i kadındı. Postoperatif altıncı ayda çekilen tomografileri üzerinden 2 farklı plastik cerrah tarafından dorsal estetik çizgiler değerlendirildi. Preoperatif ve postoperatif 6. ayda çekilen BT imajlarından nazal valv açısı ölçüldü.

Bulgular: Burun orta 1/3 ünde simetri sağlandı. Tüm hastalarda dorsal estetik çizgi oluşturuldu. Preoperatif tüm hastalarda «cottle sign» in pozitif olması, spreader greft yerleştirmek için endikasyon belirleyen temel faktördü. Postoperatif hastalarda nefes alıp vermede problem kalmamıştı ve «cottle sign»negatifti. Normal popülasyonda internal nazal valv (INV) açısı 10 ile15 derece arasında iken, bizim hastalarımızda preoperatif ortalama 8,2 olan INV açısı, postoperatif 12.1 e yükeldi.

Sonuç: Spreader greftler; üst lateral kıkırdakların yapılan dorsal reduction sonrası inferomediale kollapsın engellenmesi, osteotomiler sonrası dorsal estetik çizginin saplanması, orta 1/3 de simetrisinin sağlanması ve en sık da INV açısının artırılması 1 gibi farklı amaçlarla kullanılabilir. Spreader greft sonrası elde edilen sonuçların değerlendirilmesi zordur ve subjektiftir. 2 INV in ölçülmesi ile fonksiyonel olarak objektif bir değerlendirme yapılmış olur. Tardy ve Sheen tarafından tariflenen dorsal estetik çizgiler ile de estetik olarak değerlendirmek mümkündür. Kliniğimizde spreader greft kullanımında temel endikasyon INV yetmezliğidir. Bunun yanında aynı zamanda estetik olarak da kazanç sağlanmış ve hasta memnuniyeti artırılmış olur.

Kaynaklar

1- Karamese M, Akdag O, Akatekin A, Gun Koplay T, Koplay M, Tosun Z.Extracorporeal Septoplasty Combined With Valve Surgery in Rhinoplasty Patients.Annals of Plastic Surgery. 2016;76:7-12.2-

2-Sheen JH. Spreader graft: a method of reconstructing the roof of the middle nasal vault following rhinoplasty. Plast Reconstr Surg. 1984;73: 230Y239.

S094

Süperomedialpedikül Veinferiorpedikül Meme Küçültme Tekniklerinin Nipple Areola Duyusuna Etkilerinin Karşılaştırılması

Sultan Yalçın, Kübra Ece Kalafatlar,
Gaye Taylan Filinte, Celal Alioğlu,
Cem Berkay Sınacı, Tunç Tunçbilek, Gökhan Temiz,
Bükem Cüce
Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Meme küçültme ameliyatlarında cerrahın temel amacı meme fonksiyonlarına zarar vermeden yeterli küçülmenin sağlanmasıdır. Meme küçültme tekniklerinde pedikül seçiminin bir çok nedeni vardır. Bunlar arasında hastanın yaşı, laktasyon dönemi, nipple-areola duyusunun korunması ve geç dönemde meme pitozunun önlenmesi yer alır. Özellikle genç hastalarda nipple-areola duyusunun korunması çok önemlidir. Yapılan anatomik çalışmalarda inferiorpedikül kullanılarak yapılan meme küçültmelerde nipple duysal innervasyonun daha iyi korunduğu gösterilmiştir.(1) Çalışmamızda en sık tercih edilen iki meme küçültme yöntemi olan süperomedialpediküllü(smp) ve inferiorpediküllü(ip) meme küçültme tekniği nipple-areola duyusu açısından karşılaştırıldı.

Materyal-metod: 2015 yılında opere edilen smp ve ip hastalar çalışmaya dahil edildi. Smp 16 ip 12 olacak şekilde toplam 28 hastaya ameliyat öncesi ve ameliyattan 6 ay-1 yıl sonrasında iki nokta ayırımı testi uygulandı. Ölçüm işlemi içim basit ve kullanışlı bir teknik olan iki nokta ayırma aleti geliştirilerek kullanıldı.(2)(Resim-1) ölçümler için her bir meme tek tek değerlendirildi. Smp 32,ip 24 olacak şekilde toplam 55 memede ölçümler yapılarak kaydedildi. Elde edilen sonuçlar karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Smp uygulanan toplam 32 memenin ameliyat öncesi iki nokta ayırma mesafesi ortalama 1.181 Cm olarak ölçüldü. İp uygulanan hastaların ameliyat öncesi iki nokta ayırma mesafesi 1.116 Ölçüldü. Ameliyat sonrası 6 ay ve 1 yıl arasında yapılan ölçümlerde smp uygulanan memelerde iki nokta ayırma mesafesi ortalama 1.725, İp uygulanan hastalarda 1.454 Olarak hesaplandı. Elde ettiğimiz sonuçlara göre iki pedikül arasında anlamlı bir fark olmamasına rağmen, inferior pedikül uygulanan hastaların nipple-areola duyusunun daha iyi korunmuş olduğu görüldü.

Tartışma: Meme küçültme ameliyatlarında pedikül seçiminde birçok etken rol oynarken hastanın nipple-areola duyusu konusunda kaygıları mevcut olduğunda pedikül seçiminin buna göre yapılmasının hastalara fayda sağlayacağı düşüncesindeyiz. Çalışmamızda hastaların ek hastalıkları, sosyal-kültürel seviyesi ve sigara kullanımı varlığı değerlendirmeye alınmadı. Bu faktörlerinde iki pedikül arasında bulduğumuz sonucu etkileyebileceğinden çalışmanın hasta sayısı artırılarak ve bu faktörler değerlendirilerek yapıldığında en net sonuçlar belirlenebileceği düşüncesindeyiz.

iki nokta ayırma aleti



S095

Ağrı azaltma yöntemi: Dudak enjeksiyonları sırasında vibrasyon cihazı kullanımı

Kırdar Güney, Reha Yavuzer
Renéclinic, Özel Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Plastik cerrahide son dönemlerde enjeksiyonla yapılan işlemlerin sayısı hızla artmaktadır. Özellikle yüze uygulanan enjeksiyonlar hastalar için ağrılı olmakta ve hasta konforunu azaltmaktadır. Ağrı azaltmak için topikal kullanılan ajanlar, lokal anestezikler, soğuk uygulamaları gibi uygulamalar mevcuttur. Bu çalışmanın amacı vibrasyon cihazı ile enjeksiyon bölgesine titreşim vererek ağrı ve acı algısının azaldığını saptamak

Metod: Çalışma için ofis şartlarında dudak dolgusu yaptıran 20 erişkin kadın tercih edildi. Enjeksiyon öncesi tüm kadınların dudaklarına topikal anestezi ajanları sürüldü ve yaklaşık 15 dakika beklendi. Enjeksiyonları aynı cerrah ve 30 G enjektör ucuyla Hyalüronik asit +lidakoin içerikli dolgu maddeleri enjekte etti (resim). Alt ya da üst dudağın yarısına vibrasyon cihazı kullanılmadan enjeksiyon yapıldı ve ağrı skorlaması yapıldı. Dudağın diğer yarısına ise vibrasyon cihazı kullanılarak ağrı skorlaması (VAS) yapıldı. Elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak analiz edildi.

Sonuçlar: Çalışmaya toplam 20 kadın dahil edildi. Ortalama yaş 28 (19-42) olarak saptandı. Hastaların 2 'sinde alt dudak çalışma için kullanılırken 18 hastanın üst dudağı tercih edildi. Dudak dolgusu olarak 11 hastada Juvaderm volift, 5 hastada Teosyal RH3, 3 hastada Juvaderm ultra 3, 1 hastada Belotero intense kullanıldı. Dudağın sol ya da sağ tarafında vibrasyon cihazı randomize olarak seçilmiş olup 7 kişide sol taraf 13 kişide sağ tarafta vibrasyon cihazı kullanılmıştır. Vibrasyon cihazı kullanılan ağrı skorlaması ortalama değeri 3,6±2,2 olarak saptandı. Cihaz kullanılmayan tarafta ise ortalama ağrı skoru 5,45±1,5 olarak saptandı. Toplam 18 hastada ağrı azalırken sadece 2 hastada ağrı fazla olarak algılanmıştır. Yapılan istatistik sonuçlarına göre cihaz ile beraber yapılan enjeksiyon anlamlı ölçüde ağrıyı azalttığı ortaya çıkmıştır (p<0,001).

Tartışma: Plastik cerrahide minimal invaziv işlemler gün geçtikçe uygulama sıklığı artmaktadır. Yüz bölgesine ve özellikle dudak bölgesine uygulanan işlemler oldukça ağrılı olmaktadır. Topikal anestezikler kullanılması rağmen dolgu sırasında dolgu içeriğinde lokal anestezi ajanları olmasına rağmen işlemler ağrılı olmaktadır. Ağrı azaltma metodu olarak 1965 yılında Melzack ve

Wall tarafından ortaya atılan "kapı kontrol teori"nden yola çıkıldı. Bu teoriye göre, eğer büyük ağrı (A-beta) lifleri vibrasyon ile stimüle edilirse, daha ince olan A-gama veya C lifleri ağrı açısından algısı önlenmiş olur. Böylece eğer zararlı olmayan bir uyarı ile uyarım gerçekleşirse ağrı uyarısı da baskılanmış olacaktır. Hasta konforunu arttırmak üzere "kapı kontrol" teorisinden yola çıkarak vibrasyon cihazları ile ağrının daha az hissedilmesi planlanmıştır. Yapılan çalışmamızın sonucunda vibrasyon cihazı ile uygulanan dudak enjeksiyonlarında ağrı çok daha az hissedilmiştir. Ofis şartlarında uygulanma kolaylığı ile hasta konforu arttırılabilecektir.

resim



üst dudak dudak dolgusu yaparken vibrasyon cihazı uygulaması

S096

Wise Patern ve Vertikal Teknik İle Yapılan Meme Küçültme Ameliyatlarında Patoloji ve Uzun Dönem Takiplerinde Duyu ve Emzirebilme Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Tugba Gün Koplay, Gökçe Yıldırım, Osman Akdağ, Mehtap Karamiş, Zekeriya Tosun

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Meme küçültme ameliyatları, popülaritesi gittikçe artan, hayat kalitesinde önemli oranda artış sağlayan, plastik cerrahide en sık yapılan uygulamalardandır. Yapılan cerrahi sonrasında estetik görünüm kadar kişinin emzirebilmesi, duyunun korunması da fonksiyonel olarak oldukça önemlidir. Bu çalışmada, wise patern ve vertikal teknik ile kliniğimizde opere edilen hastaların çıkartılan doku miktarı da göz önüne alınarak duyu ve emzirme yönünden sonuçları irdelendi.

Gereç Ve Yöntem: 2010 ile 2015 yılları arasında kliniğimizde opere edilen yaşları 24 ile 65 arasında değişen 68 hasta çalışmaya dahil edildi. 12 aydan kısa takip süresi olan hastalar çalışmaya dahil edilmediler. Tüm hastaların Vücut Kitle İndeksi yirmi beşin üzerinde idi. Hastalarda kullanılan cerrahi teknik, çıkartılan doku miktarı ve patoloji sonuçları kaydedildi. Operasyondan sonra doğum yapmış olanlara emzirme süreleri ve yeterliliği soruldu. Yine duyu açısından dokunma duyusu, uyuşukluk hissi değerlendirildi. Duyu kaybı olan hastalarda meme dört kadrana bölünüp nipple 1 beşinci bölge kabul ederek yerleşimi kaydedildi.

Bulgular: Hastaların 27 sinde wise patern, 41 inde vertikal teknik ile meme küçültme gerçekleştirildi. Çıkartılan doku miktarı 295 gr ve 2850 gr arasında

değişiyordu. Hastaların 11 inde asimetrik eksizyon yapılmıştı. 8 hasta ameliyattan sonra nipple da uyuşukluk tarifledi fakat Chiari Junior ve ark.1 da belirttiği gibi 12 ay sonra tamamen geçmişti. Bir hasta uyuşukluk olmadığını fakat seksüel fonksiyonda azalma olduğunu belirtti. 3 hastada yine nipple da kalıcı his kaybı mevcuttu. His kaybı mevcut hastalardan birinde inferior pediküllü wise patern tekniği ile, diğerlerinde superior veya superomedial pediküllü vertikal teknik kullanılmış, tamamında 1000gr üzerinde doku çıkartılmıştı. Seçilen cerrahi teknik ve çıkartılan doku miktarı ile duyu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Hastalarımızın yaş ortalaması oldukça yüksekti ve birçoğu postmenapozaldı. İçlerinden üç ta Nesi doğum yapmıştı ve doğumdan sonra emzirdiklerini, fakat üç aydan sonra ek gıdaya geçtiklerini belirttiler. Hastalarımızın 18 inde fibrokistik hastalık, 7 sinde epitelyal hiperplazi, 4 ünde apokrin metaplazi tespit edildi. Hiçbir hastada insidental malignite ile karşılaşmadı.

Sonuç: 1800 lü yıllarda büyük memenin çözümü meme ampütasyonu olarak görülmekte iken yıllar içinde estetik kaygılar artmış, daha iyi sonuç elde etme adına Robbins tarafından inferior pediküllü teknik, Courtiss tarafından liposuction tekniği, Arie, Lassus, Lejour ve Hall- Findlay tarafından da vertikal teknik popularize edilmiştir. Tüm bu tekniklerde yaşayabilir bir doku bırakmanın yanında uygun kontur, şekil, büyüklük, skar oluşturmak ve duyunun korunması, emzirmenin sağlanması hedeflenmiştir. Nipple duyusu ve erektil fonksiyonu kadın için fizyolojik ve psikolojik açıdan oldukça önemlidir ve anatomik varyasyonlar olsa da sıklıkla dördüncü interkostal sinir tarafından alınmakta, sol memede saat 4, sağ memede saat 8 hizasında memeye girmektedir. Meme boyutu, bu anatomiyi etkilememektedir. 2,3 Meme küçültme ameliyatlarında inferolateral pol güvensiz bölgedir ve korunması ile duyu korunur.

Anne sütü özellikle ilk 6 ayda bebek için çok önemlidir. Meme küçültme ameliyatlarından sonra başarılı emzirme oranları %0 dan %100 e kadar değişen oranlarda belirtilmiştir ve seçilen pedikül, cerrahi teknik ve nipple duyusu ile emzirme yeterliliği arasında ilişki olmadığı gösterilmiştir. 4

Fibrokistik hastalık kadınların %40- 50 sinde görülmektedir ve artık normal kabul edilmektedir. Çalışmada, yaş ortalamasının yüksek olması ve hastaların birçoğunun postmenapozal olması emzirmeyi değerlendirme açısından limitasyon nedenidir.

Makromastili hastalarımızda fibrokistik hastalık sıklığı toplumdan fazla bulunmamıştır.

Literatür ile de uyumlu olarak görülmüştür ki, meme küçültme ameliyatlarında cerrahi teknik ve çıkartılan doku miktarı duyu açısından sonucu etkilememektedir.

Kaynaklar

- 1-Chiari Junior A, Nunes TA, Grotting JC, Cotta FB, Gomes RCB. Breast sensitivity before and after the L short-scar mammoplasty. Aesthet Plast Surg. 2012;36:105-114.
- 2- Schlensz I, Kuzbari R, Gruber H, Holle J. The sensitivity of the nipple-areola complex: an anatomic study. Plast Reconstr Surg. 2000;105(3):905-9.
- 3-Charles A. Riccio, MS, Matthew R. Zeiderman, BA, Saeed Chowdhry, MD, Ronald M. Brooks, MD, Shahrooz S. Kelishadi, MD, John Paul Tutela, MD, Joshua Choo, MD, David V. Yonick, MD, and Bradon J. Wilhelmi, MD. Plastic Surgery of the Breast: Keeping the Nipple Sensitive. eplasty July 2, 2015
- 4-Chiummariello S, Cigra E, Buccheri E, et al. Breastfeeding after reduction mammoplasty using different techniques. Aesthetic Plast Surg; 2007.

S097

Superior Pedikül Planlı Santral Pediküllü Meme Redüksiyonu

Göktekin Tenekeci, Alper Sarı, Yavuz Demir, Yavuz Başterzi, Şakir Ünal, Baver Acaban
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Mersin

Giriş: Superior teknik ile yapılan meme redüksiyonları sınırlı hastalarda yapılabilir. Meme ucunun beş santimetreden daha fazla taşınması gereken hastalarda başka bir teknik uygulanması önerilmektedir. Ancak superior pediküllü meme küçültmelerde bottoming-out deformitesinin daha az olabileceği düşüncesinden hareketle meme ucunun 5 santimetreden daha uzun mesafe taşınacağı memelerde de superior pedikül planına göre yapılacak küçültmelerin endikasyonlarını genişletmeyi hedefledik.

Materyal & Metod: Meme ucu 5 santimetreden daha fazla taşınacak toplam 14 hastanın memesi bu yöntemle uygun olarak küçültüldü. Hastaların ortalama yaşları 33.07 idi. Suprasternal oluk- meme ucu mesafesi sağ tarafta 31.14 cm, sol tarafta ise 30.67 cm idi. Superior pediküle uygun çizim yapıldıktan ve dezipitelializasyon tamamlandıktan sonra superior pediküle uygun olarak nipple-areola kompleksini içeren flep, tabandaki meme septumundan çıkan vasküler yapılar da hazırlanan flebe dahil edilerek hazırlanır. Ardından, orijinal süperior pediküllü teknikte olmamasına rağmen dermal pedikül insize edilip meme ucu yeni yerine adapte edilir ve sütüre edilir.

Bulgular: Meme ucunun yeni yeri ise ortalama sol ve sağ taraf için 20.42 santimetreye çekildi. Sağ memeden ortalama 590.21 gram, sol memeden ise ortalama 567.71 gram eksizyon yapıldı. Hematom, seroma veya enfeksiyonla karşılaşmadı. Meme ucu kaybı görülmedi. Ancak T'nin birleşme yerinde bir hastada ayrılma görüldü ve prime sütüre edildi. Tüm hastalar elde edilen sonuçtan oldukça memnundu.

Sonuçlar: Bilindiği gibi bottoming-out deformitesi ile meme küçültme operasyonlarından sonra karşılaşılabilir. Superior bazlı tekniklerde meme altı kıvrımı ve meme ucu arasındaki mesafe postoperatif dönemde pek artmaz. Ayrıca bu teknikler zamanla oluşabilecek değişimlere karşı daha dirençlidir ve özellikle inferior pedikül gibi tekniklerde görülen pseudoptoz gibi bulgularla daha az karşılaşılır. Bu nedenle superior bazlı teknikleri mümkün olduğunca tercih etmekteyiz. Bu modifikasyonla superior pediküllü tekniğin kullanımı daha büyük memelerde de sağlanabilecektir.

S098

Psödo-Jinekomastinin Liposakşın ile Tedavisinde Postoperatif Ağrı Protokolü Oluşturulması: 20 Hastaya Ait Deneyim

Osman Kelahmetoglu¹, İsmail Melih Kuzu¹,
Serdar Yeşiltaş², Çağlayan Yağmur³,
Kemalettin Yıldız¹, Ethem Güneren¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Samsun

Giriş: Jinekomasti, adolesan dönemde fizyolojik değişikliklere bağlı olarak erkek memesinde gland dokusu artışı olarak tanımlanabilir. Psödo jinekomasti, kilo alımına bağlı erkek memesinde yağ dokusu artışıdır ve esas olarak kozmetik problemler yaratmaktadır. Bu hastalarda liposakşın, vaser liposakşın veya soğuk lipoliz gibi daha az girişimsel teknikler kullanılabilir. Bu çalışmanın amacı pseudo jinekomastiye sahip hastalarda liposakşın ile tedavi sonrasında postoperatif ağrı yönetimine ait bir protokol oluşturmaktır.

Hastalar ve Yöntem: 2015 ocak ile 2016 temmuz tarihleri arasında psödo jinekomasti nedeniyle liposakşın operasyonu yapılan yaşları 19-39 arasında değişen bilinen başka hastalığı olmayan 20 hasta dahil edildi. Tüm hastalar ameliyat öncesi meme ultrasonografisi ile değerlendirildi. Tüm hastalar laringeal maske kullanılarak genel anestezi altında opere edildi. Tüm hastalara süper wet liposakşın tekniğine uygun tümesant solüsyon verildi ve 10 dakika beklenildi. Ardından 3 numara kanül kullanılarak liposakşın yapıldı. Ekstübasyondan 10 dakika önce 20 mg tenoksikam yapıldı. Postoperatif baskılı pansuman yapıldı ve korse giydirildi. Postoperatif 4. saatte 1 flakon parasetamol yapıldı. Postoperatif 6. saatte Wong-Baker yüz ağrı skalası, sözel ağrı skalası ve numaralandırılmış ağrı skalası ile değerlendirildi.

Bulgular: Hasta yaşları 19 ile 39 arasında değişmekteydi. Ameliyat süreleri 40 dakika ile 65 dakika arasında değişmekteydi. Aspire edilen doku miktarları 400 cc ile 1000 cc arasındaydı. Ağrı skalaları "ağrı yok ile hafif ağrı" arasında değişmekte olup; sayısal olarak "0 ile 3" arasında değişiyordu. Ertesi sabah hastaların ağrıdan şikayetçi olmadıkları saptandı.

Sonuç: Bu protokole göre takip edilen hastalarda ameliyat sonrası memnun edici sonuçlar elde edildi. Postoperatif daha az ağrı hisseden hastaların, takiplerinde daha rahat oldukları ve başka benzer şikayeti olan kişilere tavsiye konusunda daha olumlu görüşler bildirdiği kanısındayız.

S099

Mastektomi Uygulanan Hastalardaki Farklı Cerrahi Yöntemlerin ve Adjuvan Tedavilerin Hasta Üzerindeki Fiziksel ve Psikolojik Etkileri

Atilla Adnan Eyüboğlu¹, Çağrı Ahmet Uysal¹, Abbas Albayati¹, Azer Zeynalov¹, Harun Çöloğlu², Nilgün Markal Ertaş¹

¹Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Ankara

²Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Adana

Giriş: Meme kanserleri gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerin tamamında en sık görülen kanserdir. Dünya Sağlık örgütünün 2013 verilerine göre 2011 yılında 508.000 kadın meme kanserinden hayatını kaybetmiştir. Meme kanseri ameliyatları sonrası erken ve geç rekonstrüksiyon yöntemleri mevcuttur. Erken rekonstrüksiyon; mastektomi işlemi sonrası hemen uygulanan. Geç rekonstrüksiyon ise daha sonraki dönemde 2. bir seans rekonstrüksiyon uygulanmasıdır. Rekonstrüksiyon yönteminin seçiminde plastik cerrah, genel cerrah ve hastanın beraber karar vermesi gerekir. Seçim aşamasında hastaya ait faktörler önemli rol oynamaktadır. Hastalığın evresi, yapılan mastektominin tipi, radyoterapi planlaması ve hastanın tercihi gibi bir çok unsur uygulanacak yöntemi ve zamanlamasını etkilemektedir. Meme rekonstrüksiyonunda otolog, alloplastik veya kombine otolog-alloplastik yöntemler uygulanabilir. Alloplastik rekonstrüksiyonlar silikon implant veya doku genişletici gibi vücut dışı malzemeler kullanılarak, otolog yöntemler vücutun kendi dokuları kullanılarak yapılan yağ greftleri veya cilt-kas içeren fleplerin kullanıldığı yöntemlerdir. Hastaların meme kanseri oldukları gerçeği dışında vücut dışı yabancı cisim konulması veya onarım sırasında kendi dokularının farklı yere taşınmasının hastalar üzerindeki yıpratıcılığı göz ardı edilemez.

Meme Rekonstrüksiyonu yöntemleri: Alloplastik rekonstrüksiyon diğer tekniklere göre avantajları cerrahi işlemin yöntemin basit olması, donör saha morbiditesinin az olması, minimal insizyonel skar, azalmış operasyon süresi, azalmış iyileşme süreci sayılabilir. Mastektomi geçirmiş hastaların tüme yakını doku genişletici/implant ile rekonstrüksiyona adaydır ancak en iyi sonuçlar orta büyüklükteki (500 gr veya daha az) memesi olan, minimal pitozlu ve sağlıklı yumuşak doku örtüsü olan hastalarda sağlanmaktadır. Daha önceden radyoterapi almış veya tedavilerinin parçası olarak alacak hastalar doku genişletici/implant ile rekonstrüksiyona genellikle uygun aday değillerdir. Mastektomi sonrası geriye yeteri kadar kalınlıkta ve gevşeklikte doku kalmışsa eş zamanlı tek aşamalı silikon veya salin implantlar ile meme rekonstrüksiyonu yapılabilir.

Deri flepleri, deri ve deri altı dokusu içerir. Fasyokutan flep ise deri ve altındaki fasyanın birlikte kullanıldığı fleplerdir. Dolaşımı pedikül denilen damarlar ile sağlanır. Serbest fleplerde doku bağlı bulunduğu bölgeden tamamen ayrılır ve damarları alıcı bölgedeki damarlara mikrovasküler olarak adapte edilmesi sağlanır. Pediküllü fleplerde ise deri, deri altı yağ tabakası ve kas dokusu orijinal yapıldığı bölgeye bir damar sapı ile bağlı kalmaya devam eder ve deri altında yapılan bir tünel yardımıyla memenin oluşturulacağı bölgeye kaydırılır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Nucleus sisteminde 2012 ile 2016 ocak

ayları arasında kayıtlı olan meme rekonstrüksiyonu uygulanmış hastaların araştırılması hedeflenmiştir. Gelen hastalara 3 bölümden oluşan güç-sağlık, sosyal bariyerler ve görünüş-cinsellik konularını içeren anket uygulanarak hastaların 5 yönden (ön, sağ oblik, sol oblik, sağ yan, sol yan) fotoğrafları çekilmiştir. Anketteki sorulara ayrı 1 çok kötü, 10 çok iyi olacak şekilde puan vermeleri istenmiştir.

Demografik bilgileri ve mastektomi sonrası memnuniyetlerine yönelik hastalar ile telefonda aranarak kontrol amaçlı hastanemize çağırılmıştır. Hastaların meme boyutları, asimetrisi, skar dokusu, kapsül kontraktürü vb. parametrelerin ölçüleceği ve kendilerine anket ile değerlendirme yapılacağı anlatılmıştır.

Polikliniğe çağırılan 40 hastaların 27 tanesine telefon ile ulaşıp kendi rızası ile kontrole gelmesi sağlanabilmiştir. Gelen hastalara 3 bölümden oluşan güç-sağlık, sosyal bariyerler ve görünüş-cinsellik konularını içeren anket uygulanarak hastaların 5 yönden (ön, sağ oblik, sol oblik, sağ yan, sol yan) fotoğrafları çekilmiştir. Anketteki sorulara ayrı 1 çok kötü, 10 çok iyi olacak şekilde puan vermeleri istenmiştir.

Bulgular ve Sonuçlar: Çalışmaya dahil edilen 40 hastadan 26 tanesine sadece implant ile (3 expander, 1 becker implant), 6 tanesine sadece latissimus dorsi kas-deri flebi ile, 2 tanesine sadece TRAM flep ile, 6 tanesine latissimus dorsi kas-deri flebi ve implant ile rekonstrüksiyon uygulanmıştır.

Uygulanan cerrahi yöntemler güç ve sağlık (faktör 1), sosyal bariyerler (faktör 2) ve görünüş -cinsellik (faktör 3) açısından karşılaştırılmıştır. Kullanılan bütün yöntemlerin genel ortalaması 10 üzerinden faktör 1 açısından 6.02, faktör 2 açısından 5.46 ve faktör 3 açısından 5.24 hesaplanmıştır. İmplant ile rekonstrüksiyonun faktör 1,2 ve 3 puanı sırasıyla 5.8, 5.4 ve 5.1 Latissimus dorsi flebi ile rekonstrüksiyon yönteminin faktör 1,2 ve 3 puanı sırasıyla 6.2, 3.9 ve 5.5 Latissimus dorsi flebi ve implant ile kombine rekonstrüksiyon yönteminin faktör 1,2 ve 3 puanı sırasıyla 5.9, 7.2 ve 4.4 TRAM flebi ile rekonstrüksiyon yönteminin faktör 1, 2 ve 3 puanı sırasıyla 7.9, 5.9 ve 5.73 bulunmuştur.

Tartışma: 1970'lerin sonu ve 1980 başlarında sırasıyla latissimus dorsi (LD) kas deri flebi ve transvers rektus abdominis myokutanöz (TRAM) flebi gibi otolog dokularla meme rekonstrüksiyonu tercih edilirken; yine radikal mastektomilerin yaygın olarak yapıldığı 1980'lerde Radovan; 1990'larda Hartmann tarafından doku genişleticilerle yapılan meme rekonstrüksiyon olguları eş zamanlı ve gecikmiş meme rekonstrüksiyonunda yeni seçenekler sunmuştur. Hastanemizde eş zamanlı implant ile rekonstrüksiyonlar ek ameliyat morbiditesinin azaltılması ve hastanın <meme kaybetme> travmasını yaşamasını engellediğini düşünmemiz nedeniyle tercih edilmektedir.

Otolog tabanlı rekonstrüksiyonda hastanın en sık kullanılan donör saha alt abdomen ve sırt bölgesidir. Abdominal donör sahada pediküllü (TRAM flebi) ya da serbest (serbest TRAM, derin inferior epigastrik perforatör (DIEP) ve yüzeysel inferior epigastrik arter (SIEA)) flep seçenekleri bulunmaktadır. Meme rekonstrüksiyonunda serbest doku aktarımları kullanılmaktadır ancak ameliyat süresi azaltılması ve mikrocerrahinin komplikasyonlarıyla karşılaşmamak için pediküllü flep yöntemleri tercih etmekteyiz.

Yapılan ölçümler sonucunda, güç ve sağlık (faktör 1) ve görünüş - cinsellik (faktör 3) bakımından en

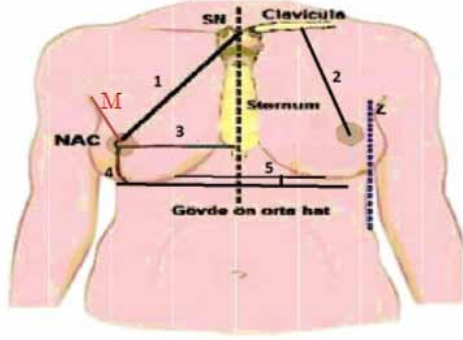
yüksek puanı TRAM flep ile, Sosyal bariyerler (faktör 2) bakımından en yüksek puanı latissimus dorsi ve implant ile rekonstrüksiyon almıştır. Dünyada en çok kullanılan ve kabul görmüş yöntem latissimus dorsi kas deri flebi ile rekonstrüksiyondur 5. Çalışmamızda hasta tatmini ve hayat kalitesi açısından en yüksek ortalamayı TRAM flep ile meme rekonstrüksiyon almıştır. TRAM flep sonrası abdominal lipodistrofinin düzeltilmesi nedeniyle puanlamanın faktör 1 ve faktör 3 te yüksek çıktığını düşünmekteyiz.

Latissimus dorsi ve implant ile kombine rekonstrüksiyon yönteminin uygulandığı hastalarda, iki meme arasındaki total farkın sadece implant ve sadece latissimus dorsi flebine göre daha az olduğu ve hastaların bu açıdan memnuniyetinin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Kanser sonrası meme rekonstrüksiyonu yöntem seçimi, uygulama ve sonraki dönemdeki psikolojik ve fiziksel engellerin aşılması için meme kanseri hastalığı tedavisinde multidisipliner yaklaşım ve hasta ile iletişimin önemi günümüzde daha iyi anlaşılmaktadır. Hasta memnuniyetinin artırılması için ameliyat öncesi ve sonrası dönem iyi planlanmalı ve hasta her konuda bilgilendirilmelidir. Ameliyat sonrası dönemde hastanın kontrollere gelmesi doktor ile hastası arasındaki iletişimi arttırıp daha iyi sonuçlar yaratacaktır.

meme ölçümlerinin ortalaması.

Ölçümler:



	Sağ	Sağ	Sağ	Sağ	Sağ	Sağ	Sol	Sol	Sol	Sol	Sol	Sol	5
	1	2	3	4	Z	M	1	2	3	4	Z	M	
Ortalamalar	21,4	22,8	12,2	8,7	15,6	14,7	19,2	20,4	11,1	7,6	14,1	14,5	4,9

Tablo 1. Tüm hastaların meme ölçümlerinin ortalaması.

Tablo 1. Tüm hastaların meme ölçümlerinin ortalaması.

S100

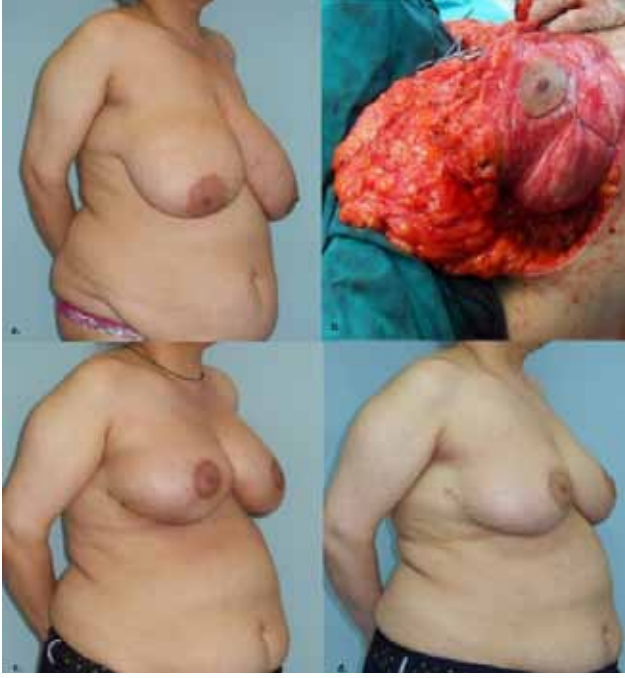
Vertikal Skarsız Küçültme Mammoplasti Tekniği Klinik Deneyimlerimiz ve Modifikasyonlarımızın Değerlendirilmesi

Hakan Teymur, Koray Gürsoy, Yüksel Kankaya, Melike Oruç Özpotaçı, Uğur Koçer
T.C. S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Redüksiyon mammoplasti sıklıkla uygulanan plastik cerrahi işlemlerinden birisidir. Bu cerrahi işlem için literatürde birçok teknik tanımlanmıştır. Teknik seçimi pedikül lokalizasyonuna, skar paternine veya her ikisine bağlı olarak değişmektedir. Günümüzde, dünyada en çok uygulanan meme redüksiyon tekniği meme şekil ve büyüklüklerine en çok uyum sağlayan T-skar meme redüksiyon tekniğidir. Vertikal skarsız meme redüksiyon tekniğinde T-skar tekniğine benzer şekilde ancak vertikal skar olmayan insizyonlar yapılır. Bunun sonucunda hastalarda sadece periareolar ve inframammaryan skarlar oluşturulur. Vertikal skarsız redüksiyon tekniğinde periareolar insizyonun vertikal komponenti olmadığı için periareolar skarda çekinti olmaz ve mükemmel yakın yuvarlak bir şekil sağlanır. Bu çalışmada belirli boyutun üstündeki memelerde kullanım alanı olan vertikal skarsız meme redüksiyon tekniğindeki deneyimlerimiz, inframammaryan skar boyutunu azaltmak, meme projeksiyonunu artırmak için uyguladığımız modifikasyonların etkisini ortaya koymayı amaçladık.

Materyal-Metod: Mart 2014 ve Şubat 2016 tarihleri arasında vertikal skarsız meme redüksiyon tekniği ile opere edilen 18 meme redüksiyon hastasının değerleri retrospektif olarak incelendi ve teknik içinde modifikasyon olarak yapılan eliptik kesi hattının lateralini içeren purse string dikişinin etkisi ve bu etkinin kullanılan materyalin eriyen olup olmamasına göre değişkenliği, inferior flep'in dermal uzantılarının göğüs duvarına sabitlenmesinin ve flebin erimeyen dikiş materyali ile plikasyonunun meme projeksiyonuna ve bottom-out deformitesine etkisi incelendi.

Sonuçlar: Opere edilen 18 hastanın hiçbirisinde flep veya areolada kısmi ya da total kayıp izlenmedi. Hiçbir hastada hematoma, seroma veya yara yeri enfeksiyonu gözlenmedi. İki hastada inframammaryan sütür hattında minimal dehissens izlendi. Geleneksel pansuman ile iyileştirildi. Horizontal insizyon lateral kısmına pürse sütür uygulamasının toplam insizyon skar uzunluğunda yaklaşık %12 azalma sağladığı izlendi. Kullanılan dikiş materyalleri karşılaştırıldığında kullanılan dikiş materyalinin eriyen olup olmamasına göre herhangi bir anlamlı fark bulunamadı. Flep plikasyonu yapılan 8 hastanın hiçbirisinde ortalama 13 aylık takip sırasında bottom-out deformitesi saptanmadı. Plikasyon yapılmayan 10 hastada yaklaşık 15 aylık takip sırasında 2 hastada bottom-out deformitesi gözlemlendi. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Vertikal skarsız meme redüksiyon tekniğinin 30 cm üzerinde suprasternal çentik- nipple mesafesi olan hastalarda güvenle kullanılabilecek bir yöntemdir. Yöntemin dezavantajları modifikasyonlarla bir miktar giderilebilmektedir. Yöntemi daha iyi hale getirmek için daha sıklıkla uygulanması ve değişik modifikasyonlarla tecrübenin artırılması önerilmektedir.

Olgu No 1:

a. Preoperatif görünüm, b. İntraoperatif görünüm, c. Erken postoperatif görünüm, d. Geç postoperatif görünüm.

yapılan hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar yaş, cinsiyet, rekonstrüksiyon türüne göre sınıflandırılmıştır.

Bulgular: Hastaların 14'ü kadın, 1'i erkek; ortalama yaş 26.2 (21-34) idi. Ortalama takip süresi 22.5 (5-38) idi. Hastaların 1'i Kallman sendromuna bağlı meme hipoplazisi sebebiyle 14'ü Poland sendromu sebebiyle opere edildi. Hastalardan 14'si doku genişletici ve sonrasında implant ile rekonstrükte edildi 1'i protez ve latissimus dorsi flep ile rekonstrükte edilmiştir. Sadece 3 hastada meme konturu düzeltmek amacıyla meme üst pole yağ enjeksiyonu yapılmıştır. Hastalardan erken postoperatif dönemde 1 hastada hematoma, 1 hastada seroma gözlemlendi. Hematom acil olarak boşaltıldı. Seroma tespit edilen hasta geç dönem komplikasyonu olarak değerlendirilmiş olup USG eşliğinde aspire edilmiştir. Diğer tüm hastalarda geç postoperatif dönem sorunsuz idi.

Tartışma: Sendromlu hastalarda meme deformiteleri gözlemlenebilmektedir. Her sendromun kendine has meme deformiteleri görülmekte olup her hastada bu deformite farklı olarak etkilenmektedir bu nedenle tedavi planı kişiye özel olarak yapılmalıdır. Meme rekonstrüksiyon seçeneği olarak otojen doku, ya da prostetik materyalleri ile rekonstrüksiyon yapılabilmektedir. Birden çok rekonstrüksiyon alternatifi içerisinde hastanın gereksinimine ve isteklerine göre seçim yapılmalıdır. Hastaların ihtiyacına göre bu tedavi seçenekleri kombine edilebilmektedir. Otojen doku rekonstrüksiyonlarında operasyon süresi uzun olmakta, donör saha deformitesi olmakta, cerrahi deneyim ve ekip gerektirmektedir. Prostetik materyallerde uzun dönemde kullanılan materyallere göre yabancı cisim reaksiyonu, kapsül reaksiyonları, enfeksiyonlar görülebilmektedir. Doku genişletici kullanılan operasyonlarda operasyonlar iki aşamalı olmaktadır.

S101**Sendromlu Hastalıklarda Meme Rekonstrüksiyonu Deneyimimiz**

Selami Serhat Şirvan, Hikmet İhsan Eren, Çağatay Öner, Mert Sızmaz, Kamuran Zeynep Sevim Aytağ, Semra Hacikerim Karşıdağ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Sendromik hastalıklar nadir olarak görülmekle birlikte bazı sendromik hastalıklarda meme deformiteleri görülebilmektedir. Kallman sendromu ve poland sendromu sık görülmeyen ancak görüldüğünde meme deformitesi oluşturabilen sendromlardır. Poland sendromu görülme sıklığı yaklaşık 1:30000 olup unilateral göğüs duvarı, meme ve üst ekstremitayı etkileyen çeşitli deformitelerin değişik oranlarda bir arada görüldüğü konjenital bir anomalidir. Kallman sendromu görülme sıklığı yaklaşık 1/48000 olup hiposminin eşlik ettiği konjenital hipogonadotropik hipogonadizmin bir formudur. Hipogonadotropizm den dolayı meme gelişimi de sekteye uğrayabilmektedir. Her iki sendromda da etkilenen bölgelerin dağılımı ve etkilenme dereceleri büyük değişiklik gösterebilmektedir. Poland sendromunda en sık karşılaşılan tablo, pectoralis majör kasının sternokostal başının yokluğudur. Poland sendromu saptanan hastalarda temel tedavi endikasyonu kozmetik kaygılardır. Bu hastalarda mevcut göğüs deformitesinin onarımı için otojen dokulardan kişiye özel üretilen protezlere kadar birçok yöntem tarif edilmiştir. Bu çalışmada, Kallman ve poland sendromlu hastaların mevcut göğüs deformitesinin rekonstrüksiyonu tartışılmıştır.

Gereç Ve Yöntem: Hastanemizde Poland sendromu ve Kallman sendromu tanısı alan 15 meme rekonstrüksiyonu

Sonuç: Sendromik meme deformite hastaları genel vücut durumu, hasta beklentileri, hastanın sağlık durumu açısından dikkatli değerlendirilmelidir. Hastalar ameliyat sonrası değişen durum hakkında bilgilendirilmelidir ve sonuçların hastaların hayatını değiştireceği anlatılmalıdır. Hastalara meme deformite ameliyatları sonrası uzun dönemde kilo alıp-verme veya gebelik gibi durumlarda meme deformiteleri gelebileceği ve tekrardan düzeltme ameliyatlarına ihtiyaç duyabilecekleri anlatılmalıdır.

poland sendromu

postop 2. hafta

S102

Ters T Mastektomilerde Rekonstrüksiyon Kurtarıcı Flep

Şükrü Yazar¹, Altuğ Altinkaya¹,
Emine Çiğdem Karadağ², Halil Kara³, Cihan Uras⁴

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acıbadem Maslak Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

²Acıbadem Kozyatağı Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü

³Acıbadem Maslak Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

⁴Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acıbadem Maslak Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Meme ptozisi olan büyük meme volümüne sahip hastalarda; sarkik ve fazla cilt dokusu varlığı implant ile eş zamanlı meme rekonstrüksiyonunu zorlaştırmaktadır. Bu hasta grubunda rekonstrüksiyon işlemi esnasında meme cildinde küçültülmesi önerilmektedir. Önceleri küçültme işlemi eliptik mastektomi insizyonu ile yapılmakta iken Toth ve Lappert daha iyi estetik sonuçlar elde edebilmek için 1991 yılında Ters T cilt küçültücü mastektomi tanımlamışlardır. Ters T insizyon kullanımı ile ilgili en bilinen komplikasyon T birleşim hattında gözlenebilecek yara iyileşme problemleridir. Bu problemler yüzeyel ve sınırlı olabileceği gibi, implant ekspozisyonu ve implant kaybıyla sonuçlanabilecek kadar ciddi olabilmektedir. Bu yazının amacı Ters T cilt küçültücü mastektomi ve eş zamanlı implant ile rekonstrüksiyon yapılmış ve postoperatif dönemde T birleşim hattında doku kaybı gözlenmiş beş hastada, doku kaybının onarımında kullanılabilecek basit bir lokal flep tekniğinin tarif edilmesidir.

Hastalar Ve Yöntem: Kliniğimizde 2013 ile 2015 yılları arasında meme kanseri tanısı alıp ters T cilt küçültücü mastektomi ve eş zamanlı implant ile rekonstrüksiyon uygulanmış beş hastada postoperatif dönemde ters T insizyonun birleşme hattında nekroz gelişti. Hastaların hepsinde midclavicular nipple mesafesi 25 cm'nin üzerindeydi ve meme ptozu mevcut idi. Tüm hastalar bir genel cerrah ve bir plastik cerrah tarafından aynı ekip tarafından opere edildi. Bütün hastalara tek seanslı meme rekonstrüksiyonu uygulandı. Tüm hastalarda implantlar pektoral kas ve serratus fasyası ile tamamen kaplı olacak şekilde yerleştirildi. Bütün bulgular retrospektif olarak medikal kayıtların incelenmesi ile elde edildi.

Cerrahi Teknik: Ters T birleşim hattındaki nekrotik dokular debride edildi. Defekt boyutları cetvel ile ölçülerek kaydedildi. Doku defektinin lateral veya medial kenarından başlayarak inframamaryal fold boyunca uzunluğu defekt boyunun uzunluğuna eşit uzunlukta, tabanı ise defekt uzunluğunun yarısı olacak boyutlarda limberg flep benzeri rectanguler lokal flep dizayn edildi. Flep fasyokutan flep olacak şekilde kaldırıldı ve defekt alanına transpoze edildi. Defekt donör alanı primer suture edildi.

Sonuçlar: Hastaların yaş aralığı 43 ile 54 arasında değişmekteydi (ortalama 49.6). Hastaların vücut kitle indeksleri 22 – 28.6 arasında değişmekteydi. (ortalama 24.8) Hastalar ortalama 11.3 (6 – 20 ay) ay takip edildi. Beş hastanın üçünde unilateral mastektomi, ikisinde bilateral mastektomi uygulandı. Bilateral mastektomi uygulanan iki hastanın tek memesinde karsinom mevcut iken diğer taraflara profilaktik mastektomi uygulandı. Ters T birleşme hattındaki nekroz tüm hastalarda uygun yara bakımı ile takip edildi ve sonrasında cerrahi olarak debride edildi. Debridman sonrası dört hastada implant ekspozisyonu gözlenmezken bir hastamızda implant doku defektli bölgede ekspoze oldu. Doku defekti, debridman ile aynı seansta bu yazıda tarif edilen flep ile kapatıldı.

Hiçbir hastada implant kaybı olmadı. Postoperatif dönemde bütün hastalarda iyileşme sorunsuz gerçekleşti, hiçbirinde komplikasyon gözlenmedi. Hastalar ortalama 1.6 gün (1 – 2 gün) içerisinde taburcu edildi. Hastalar taburcu olduktan ortalama 20. 3 gün sonra (14 – 32 gün) kemoterapi veya radyoterapi tedavisine başlayabildi. Takip süresince hiçbir hastada komplikasyon gözlenmedi.

Tartışma: Tarif edilen Limberg benzeri rectanguler flep, iyileşme problemi gözlenen küçültücü mastektomilerde; rekonstrüksiyonu kurtarmak amaçlı kullanılabilecek basit, maliyeti düşük, mikrocerrahi tecrübe gerektirmeyen, güvenilir ve etkili bir yöntem olarak değerlendirilebilir.

S103

İmplant ile Eşzamanlı Meme Rekonstrüksiyonu Uzun Dönem Sonuçlarımız

Şükrü Yazar¹, Altuğ Altinkaya¹,
Emine Çiğdem Karadağ², Halil Kara³, Cihan Uras⁴

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acıbadem Maslak Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

²Acıbadem Kozyatağı Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü

³Acıbadem Maslak Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

⁴Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acıbadem Maslak Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Kadınlarda gözlenen kanser vakalarının üçte birlik kısmını meme kanseri oluşturmaktadır. Meme kanserinin tedavisinde cerrahi birinci seçenektir. Cerrahi tedavi sonucunda meme dokusunun kaybı, hastalarda özgüven eksikliği ve pek çok istenmeyen psikolojik sonuçlar doğurmaktadır. Bu nedenle günümüzde meme rekonstrüksiyonun önemi giderek artmıştır. Bu çalışmada amaç protez ile eşzamanlı meme rekonstrüksiyonu gerçekleştirilen hasta grubunda 7 yıllık sonuçlarımızı sunmaktır.

Hastalar Ve Yöntem: Kasım 2009 ile Mayıs 2016 arasında kliniğimizde meme kanseri tanısı alıp opere edilen ikiyüzyirmibir hastanın medikal kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastalara ait genel bilgiler, mastektomi insizyon lokalizasyonu, mastektomi tipi ve lateralitesi, aksilla tutulumu, gözlenen komplikasyonlar, uygulanan ek cerrahi girişimler, patoloji sonucu ve uygulanan cerrahi dışı tedaviler çalışmanın parametreleri olarak belirlendi.

Sonuçlar: 7 yıllık sürede kliniğimizde 221 hasta memede kitle nedeniyle opere edildi. Hastaların ortalama yaşı 43,89 olup yaş aralığı 26 ile 70 arasında değişmekteydi. Hastaların ortalama vücut kitle endeksi 23,69'du. 211 hasta memede ilk defa saptanan lezyon ile başvururken, daha önce segmenter mastektomi geçirmiş 10 hastanın 7' si aynı memede nüks ile 3'ü ise karşı memede yeni lezyon ile başvurdu. 64 hastada sigara kullanımı öyküsü, 6 hastada Diabet öyküsü ve 10 hastada hipertansiyon öyküsü mevcuttu. 10 hasta geçirilmiş radyoterapi öyküsü mevcuttu. Hastalar ameliyat edildikten sonra ortalama 2.86 gün içerisinde taburcu edildi. 221 hastanın hepsinde meme rekonstrüksiyonu aynı cerrahi ekip tarafından, eş zamanlı olarak ve protez kullanılarak gerçekleştirildi. 68 hastada cilt koruyucu mastektomi, 153 hastada meme koruyucu mastektomi

gerçekleştirildi. 134 hastada tek taraflı meme rekonstrüksiyonu gerçekleştirilirken, 87 hastada çift taraflı meme rekonstrüksiyonu gerçekleştirildi. Mastektomi insizyonu olarak en sık lateral insizyon kullanıldı. 80 hastada aksiller sentinel lenf nodu pozitif olduğundan aksiller küraj gerçekleştirildi. 23 hasta neoadjuvan kemoterapi, 70 hasta adjuvan kemoterapi aldı. 15 hasta radyoterapi aldı. 65 hastaya radyoterapi ve kemoterapi uygulandı. Hastalarda en sık gözlenen kanser türü invazif duktal karsinom olarak tespit edildi. Postop takip sürecinde 2 hastada lokal nüks gözlenirken, 2 hasta uzak metastaz nedeniyle kaybedildi. Postoperatif dönemde toplam 41 komplikasyon gözlenirken, 86 hastada sonraki dönemlerde rekonstrüksiyona ek cerrahi prosedürler gerçekleştirildi.

Tartışma: Günümüzde implant ile rekonstrüksiyon cerrahi sürenin kısa olması, donör alan morbiditesi oluşturmaması ve cerrahi uygulama açısından daha kolay olması nedeniyle sıklıkla kullanılmaktadır. Bu avantajları göz önünde bulundurulduğunda özenle ve uygun olarak seçilmiş hastalarda implant ile rekonstrüksiyon gerçekçi ve memnun edici sonuçlar vermektedir.

S104

İmplant ve Ototolog Meme Rekonstrüksiyonu Olgularında Sekonder Revizyon Oranları

Safa Manav, İbrahim Giray Genç, Serhan Tuncer, Mehmet Sühan Ayhan
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonunun önemi ülkemizde her geçen yıl artmaktadır. Kliniğimizde gerek eş zamanlı gerekse gecikmiş olarak meme rekonstrüksiyonu işlemi gerçekleştirilmekte olup bu çalışmada kliniğimizde gerçekleştirilen meme rekonstrüksiyonu olgularında kullandığımız teknikler ve sonrasındaki revizyon oranlarımız ele alınmıştır.

Gereç-Yöntem: Ocak 2010 - Temmuz 2016 yılları arasında kliniğimizde yapılan meme rekonstrüksiyonu hastaları çalışmaya dahil edilmiştir. Rekonstrüksiyon stratejileri ve sonrasındaki revizyon ihtiyaçları açısından otolog ve implant ile yapılan rekonstrüksiyon işlemleri karşılaştırılmıştır. Revizyon ihtiyaçları açısından otolog rekonstrüksiyonlarda; flepte oluşan parsiyel nekroz debridmanları, beslenme sıkıntısı olan fleplerin anastomoz yenilemesi ve total flep kaybı yaşanan hastalar sekonder revizyon gerekliliği nedeniyle çalışmaya dahil edilmiştir. Ototolog rekonstrüksiyonlarda karşı memeye yönelik yapılan işlemler, meme asimetrisi sağlama amacıyla yapılan yağ enjeksiyonları ve nipple-areola rekonstrüksiyonları için yapılan sekonder işlemler çalışmaya dahil edilmemiştir. İmplant ile yapılan rekonstrüksiyonlarda ise protez ekspozisyonu nedeniyle yapılan revizyonlar, kapsül kontraksiyonu ve protez malpozisyonu nedeniyle yapılan kapsülotomi, protez değişimleri ve fold rekonstrüksiyonları ve protez rüptürü nedeniyle yapılan protez değişim işlemleri sekonder revizyonlar olarak çalışmaya dahil edilmiş olup, protez sonrası gerekli olan küçük skar revizyonları ve asimetri sağlamak için yapılan yağ enjeksiyonları çalışmaya dahil edilmemiştir.

Bulgular: Toplamda 222 hasta meme rekonstrüksiyonu için opere edilmiş olup (otolog+implant) bunların 20'si bilateral olarak gerçekleştirilmiştir. 222 hastanın 114'ü serbest otolog

rekonstrüksiyon, (5 tanesi eş seanslı) 31 tanesi LD+implant ile rekonstrüksiyon, 77'si ise implant ile rekonstrüksiyon (19 tanesi direkt implant, 58 tanesi doku genişletici sonrası implant) şeklinde gerçekleştirilmiştir. 222 vakanın 63'ü eş seanslı rekonstrüksiyon şeklinde, (57'si implant, 5'i serbest flep, 1 tanesi LD+implant) 159'u ise gecikmiş rekonstrüksiyon şeklinde yapılmıştır. Revizyon ihtiyaçları açısından implant ile yapılmış rekonstrüksiyonların (77) özellikle eş seanslı rekonstrüksiyonlarda revizyon ihtiyaçlarının daha fazla olduğu görülmüştür. (25/77). Gerek eş seanslı gerekse gecikmiş olarak yapılan 77 tane implant ile yapılmış meme rekonstrüksiyonu olgularının 25'i sekonder revizyon gerekliliği nedeniyle operasyona alınmıştır. Bu 25 adet olgunun 12 tanesi eş seanslı yapılmış implant ve ekspanderlerin ekspoze olması nedeniyle revizyona alınmıştır. 10 tanesi implant sonrası kapsül kontraksiyonu ve protez malpozisyonu gelişen vakalar olup kapsülotomi, fold rekonstrüksiyonu ve protez değişimi için revizyona alınmıştır. 3 olguda ise protez/ekspander rüptürü gelişmiş ve protez değişimi için revizyona alınmıştır. Klinik mikrocerrahi tecrübemizin artması ile serbest otolog rekonstrüksiyonlardaki revizyon ihtiyaçlarının azalmış olduğu görülmüştür. Serbest flep ile yapılan 114 vakalık seride 31 olgu revizyon ihtiyacı olduğu için tekrar opere edilmiştir. 18 olguda flepte parsiyel nekroz gelişmesi nedeniyle sonradan revizyona alınmıştır. 13 olguda flepte erken dönemde dolaşım problemi olması nedeniyle anastomoz yenileme ihtiyacı doğmuş ve erken dönemde revizyona alınmıştır. Anastomoz revizyonu yapılan 13 olgunun 6'sında total flep kaybı yaşanmıştır. LD+implant yapılan 31 hastalık meme rekonstrüksiyonu serisinde ise 3 olgu kapsül kontraksiyonu ve fold rekonstrüksiyonu için sekonder revizyona alınmıştır. Toplamda 222 hastanın 59'u farklı nedenlerden dolayı revizyona alınmış olup; 25'i izole implant ile yapılan meme rekonstrüksiyonu sonrası revizyonu (%32), 3'ü LD+implant ile yapılan meme rekonstrüksiyonu sonrası revizyonu (%9,6) ve 31'i otolog yapılan meme rekonstrüksiyonu sonrası revizyon gerektiren hastalardır (%27)

Tartışma-Sonuç: Meme rekonstrüksiyonu için birçok farklı teknik kullanılabilmektedir. Kullanacağımız tekniği belirlerken hastaya ait özellikler (yaş, BKİ, karşı memenin durumu, alışkanlıklar) ve mastektomi sonrası hastaya uygulanacak olan tedavi rejimi (RT, KT) önem taşımaktadır. Operasyon süresi ve hastanede yatış süresi daha kısa olmasına rağmen protez ile yapılan meme rekonstrüksiyonlarında, revizyon ihtiyaçları daha fazla olabilmektedir. Kliniğimizde yapılan 77 olguluk implant ile yapılmış meme rekonstrüksiyonu serisinde (57'si eş seanslı, 20'si gecikmiş) özellikle eş seanslı yapılan rekonstrüksiyonlarda revizyon ihtiyaçlarının daha fazla olduğu görülmüştür. (19/57) (%33). Gecikmiş yapılan implantlı meme rekonstrüksiyonu olgularında ise 20 hastanın 6'sında revizyon ihtiyacı olmuştur (%30). Ototolog yapılan rekonstrüksiyonlar ise revizyon oranlarımız daha düşük bulunmuştur (31/114) (%27). LD+implant ile yapılmış meme rekonstrüksiyonu olgularında ise en az revizyon oranları bulunmuştur (3/31) (%9,6). Bu özelliği sayesinde LD+implant ile yapılan meme rekonstrüksiyonu tekniği özellikle komplike olmuş vakalarda kurtarıcı bir yöntem olarak akılda tutulmalıdır. Doğru rekonstrüksiyon stratejileri belirleyerek, revizyon ihtiyaçlarını en aza indirmek ve hasta memnuniyetini üst düzeylere taşımak mümkündür.

Mastektomi Flep Nekrozu Sonrası İmplant Ekspozisyonu



tam flep kaybı yaşanırken geri kalanında flepler tam olarak yaşadı. Diğer taraftan serbest flep yapılan hastalarda ilgili alt ekstremitelerde venöz yetmezlik bulunmazken, lokal perforatör flep ile rekonstrüksiyonu yapılan ikialt ekstremitelerde venöz yetmezlik mevcuttu. Lokal perforatör flep yapılan ve 60 yaşın üzerinde olan üç hastanın ikisinde kısmi flep kaybı yaşanmıştır. Bu grupta bu hastalardan başka kısmi veya tam flep kaybı görülmedi. Serbest flep grubunda ise 60 yaşın üzerinde iki hastaya serbest flep operasyonu yapıldı ve bu hastaların fleplerinde tam veya kısmi flep kaybı yaşanmadı.

Sonuçlar: Alt ekstremitelerde yerleşik ve serbest flep ile rekonstrüksiyonu planlanabilecek genişlikteki defekti olan hastalardan uygun olanlarına lokal perforatör fleplerle yumuşak doku rekonstrüksiyonu planlanabilmektedir ve seçilmiş hastalarda güvenilir seçenek olarak karımıza çıkar. Lokal perforatör propeller flepler özellikle genç hastalarda (60 yaş altı) tatmin edici sonuçlar vermekte, daha kısa operasyon süresi ve daha kısa hastanede yatış süresi gerektirmektedir.

S105

Alt Ekstremitenin Rekonstrüksiyonunda Serbest Fleplerle Lokal Perforatör Fleplerin Karşılaştırılması

Göktekin Tenekeci, Şakir Ünal, Alper Sarı, Yavuz Başterzi, Yavuz Demir
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Mersin

Giriş: Alt ekstremitelerde defektlerinin yumuşak doku rekonstrüksiyonu zorlayıcı bir bölgedir. Alt ekstremitelerde random paternli fleplerin ve lokal kas flepleri kısıtlı endikasyonlarda kullanılmaktadır. Serbest flepler bu bölge defektleri için sıklıkla tercih edilebilmektedir. Ancak son yıllarda lokal perforatör propeller fleplerin kullanımı alt ekstremitelerde de popülerlik kazanmıştır. Bu çalışmada alt ekstremitelerde defektlerinde lokal perforatör propeller flepler ile serbest fleplerin kullanımının karşılaştırılması ve sonuç olarak lokal perforatör propeller fleplerin alt ekstremitelerde kullanım endikasyonlarının belirlenmesi için yardımcı olacak bilgilerin sunulması amaçlanmaktadır.

Materiyal & Metod: Bu çalışmaya bilgilerine ulaşılan 39 serbest flep ve 23 lokal perforatör propeller flep dahil edilmiştir. Serbest flep yapılan hastaların ortalama yaşları 28.64 iken lokal perforatör propeller fleplerin ortalama yaşları 36.39 idi. Serbest flep yapılan grupta 24 hastada eşlik eden kemik kırığı varken, lokal perforatör flep yapılan grupta 9 hastada eşlik eden kemik kırığı ile karşılaşılmıştır.

Bulgular: Serbest flep yapılan grupta üç kısmi, dört tam flep kaybı ile karşılaşılan lokal perforatör bazı fleplerden sadece ikisinde kısmi flep kaybı yaşanmıştır. Hastaların hastanede ortalama yatış süreleri serbest flepler için 34.46 gün iken lokal perforatör flepler için 14.26 gündür. Ortalama operasyon süresi lokal perforatör propeller flepler için 210 dakika iken, serbest flepler için 494.76 dakikadır. Serbest flep yapılan hastaların beşinde diabetes mellitus varken lokal perforatör propeller flep yapılan hastaların hiçbirisinde bu hastalık yoktu. Diabetes mellitus olan ve serbest flep yapılan beş hastadan birinde

S106

Alt Ekstremitelerde Karmaşık Defektlerinin Serbest Flepler ile Onarımı: 56 Olguluk Seri

Said Alğan, Murat Kara, Akın İnalöz, Mehmet Akif Çakmak, Ensar Zafer Barın, Hakan Çinal, Harun Karaduman, Kerem Yılmaz, Önder Tan
Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Erzurum

Alt ekstremitenin diğer seçenekler ile kapatılması mümkün olmayan çok geniş ve/veya kemik, eklem, damar, sinir gibi yapıları açıkta bırakan karmaşık doku defektlerinde seçkin tedavi yöntemi serbest fleplerdir. Uygun koşullar ve tecrübeli ellerde serbest fleplerin başarı oranları % 90'ın üzerindedir. Bu çalışmada kliniğimizde karmaşık alt ekstremitelerde defektlerine uygulanan serbest flepler ve sonuçları sunulmuştur. 2005-2016 yılları arasında karmaşık alt ekstremitelerde defekt olan 56 hastaya 62 serbest flep uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 30.47 (3-58) yıl, 17'si (%30,35) kadın ve 39'u (%69,64) erkekti. 6 hastada DM, üçer hastada periferik damar hastalığı ve hipertansiyon, 2 hastada koroner arter hastalığı ve bir hastada KOAH ek hastalığı mevcuttu. Etiyolojik faktörler 23 hastada ezilme tipi yaralanma (% 41,07), 9 hastada ateşli silah yaralanması (% 16,1), 6 hastada akut yanık yarısı (% 10,7), 5 hastada stabil olmayan yanık skarı (% 8,9), 4 hastada diabetik ayak (% 7,1), 3 hastada venöz ülser(% 5,3), 2 hastada tümör (% 3,6), 2 hastada doğumsal deformite(% 3,6), 1 hastada lokal anestetik nekrozu (% 1,8), 1 hastada enfeksiyondü (% 1,8). Defektlerin 38 tanesi ayakta (% 67,8), 9 tanesi bacakta(% 16,1), 7 tanesi topukta (% 12,5), 2 tanesi dizde (% 3,6) yerleşimliydi. 62 serbest flebin 22 tanesi anterolateral uyluk flebi (% 35,5), 17 tanesi latissimus dorsi flebi (% 27,4), 12 tanesi serratus fasya flebi (% 19,3), 7 vertikal rektus abdominis muskuloktan flebi (% 11,3), 2 tanesi iliak krest (% 3,2), 1 fibula osteofasyokutan flebi (% 1,6), 1 transvers rektus abdominis muskuloktan flebi (% 1,6) idi. Fleplerin 34 tanesi fasyokutan veya fasyal (% 54,8), 25 tanesi kas veya kas-deri (% 40,3), 3 tanesi osseöz veya osteokutan (% 4,8) içerikliydi. Ortalama flep alanı 120,41 cm² (21-500 cm²), ortalama pedikül boyu 8,9 cm (2-13 cm) idi. Mikroanastomozlar 22 (%35,5) flepte uç-uç, 40 (%64,5) flepte ise uç-yan arter anastomozu,

55 (%88,7) flepte uç-uca, 7 (%11,3) flepte uç-yan ven anastomozu şeklinde yapıldı. 33 (%53,2) flepte 1 ven, 29 (%46,8) flepte ise 2 ven anastomozu uygulandı. 2 (%3,2) flepte A-V loop kullanıldı. 36 (%64,28) hastada ek onarım işlemi (stsg, tendon grefti, lokal flep vb.) uygulandı. 8 flepte (%12,9) total nekroz, 1 flepte (%1,6) parsiyel nekroz gelişti, 53 flep (%85,5) tam yaşadı. 9 flepte (%14,5) enfeksiyon gelişti, antibiyoterapi ve pansumanla tedavi edildi. 11 (%17,7) flep postop revizyona alındı; 8 flepte (%12,9) vasküler kompresyon, 6 flepte (%9,7) arteriyel trombüs, 4 flepte (%6,5) venöz trombüs, 1 flepte (%1,6) vasküler torsiyon, 1 flepte (%1,6) hematoma tespit edildi. Ortalama izlem süresi 16.8 aydı (5-66 ay). Hastaların ameliyat sonu ekstremiteler fonksiyonları ve kozmetik görünüşleri yeterli, hasta memnuniyeti iyiydi. Alt ekstremiteler defektlerinin mikrocerrahi yöntemler kullanılarak serbest fleplerle onarımı, sunduğu geniş flep seçenekleri, en zor defektleri başarılı şekilde kapatabilmesi, düşük verici saha hasarı ve mükemmel fonksiyonel ve estetik sonuçları ile bugün rekonstrüktif cerrahların belki de en büyük silahı durumundadır ve yokluğu düşünülemez. Ancak mikrocerrahi disipline dayanan serbest flep cerrahisi, mikroskop ve özel mikrocerrahi ekipmanlar gerektirmesi dışında yetişmiş ve mikrocerrahi tecrübesi olan bir ekipe de ihtiyaç göstermektedir. Mikrocerrahi ameliyatlarının uzun sürmesi ise, özellikle yaşlı ve ek hastalığı olan olgularda anestezi riskini artırmaktadır. Başarılı bir serbest flep onarımı için, hastanın ve yaranın ameliyat öncesi ayrıntılı değerlendirilmesi ve hazırlığı, iyi bir flep ve alıcı damar seçimi, sorunsuz bir diseksiyon ve mikrovasküler anastomoz ile sıkı bir ameliyat sonrası izlem ve gelişebilecek komplikasyonlara karşı acil cerrahi müdahale şarttır.

Resim 1



48 yaşında erkek hastada geçirilmiş trafik kazası sonrası sağ diz bölgesinde sirküler, kas ve yumuşak doku eksikliği ile karakterize, kemiği açıkta bırakan atonik yaranın serbest latissimus dorsi kas flebi ve deri grefti ile onarımı.

S107

Serbest Anterolateral Uyluk Flebinde Farklı Uygulamalar

Tugba Gün Koplay, Şeyda Güray Evin, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Anterolateral uyluk (ALT) flebi, plastik cerrahi pratiğinde rekonstrüksiyonda en çok kullanılan serbest flep seçeneklerindendir. Bu kadar yoğun kullanılması ve en güvenilir fleplerden olmasına rağmen çeşitli anatomik varyasyonları ve kullanım amacına uygun dizaynlar ile farklı uygulamalar yapılabilmektedir. Bu çalışmada, kliniğimizde yapılan ALT flepler retrospektif olarak taranarak; flep büyüklüğü, pedikül tipi, flep içeriği, kullanım alanı, donör alan kapatılması gibi alt başlıklar değerlendirilerek farklı uygulamaların paylaşılması planlandı.

Gereç ve Yöntem: 2010-2015 tarihleri arasında kliniğimizde ALT flep ile rekonstrüksiyon yapılan yaşları 8 ile 73 arasında değişen, 30 hasta çalışmaya dahil edildi. Travma sonrası elde doku defektimaydana gelen 3 hastada, kraniasyal bölgede tümör eksizyonu sonrası 11 hastada, travma ile doku defekti ortaya çıkan 4 hastada, oronazal fistül mevcut yarık dudak damaklı 2 hastada, yanığa bağlı kontraktür olan 3 hastada, alt ekstremitelerde travmaya bağlı doku kaybı olan 5 hastada rekonstrüksiyon ALT flep ile yapıldı.

Bulgular: 11 hastada suprafasyalflep kaldırılırken diğer hastalarda fasya flebedahil edildi. 3 hastada donör alana greft konuldu, bir hastada donör alan kaldırılan perforatör plus transpozisyon flebi ile kapatılırken diğer hastalarda primer sütüre edildi. Pedikül 5 hastada muskulokutan iken diğerlerinde septokutan seyrediyordu.

Yanık kontraktürü mevcut 1 hastada flep kaldırılmadan önce doku genişletici ile ekspansiyon yapılarak 2. seansta serbest flep kaldırıldı.

4 hastada ikiye adet perforatör tabanında flep kaldırıldı.

4 hastada vastus lateralis kası da flebe dahil edilerek kimerik flep dizaynı ile kavite doldurulmasında kullanıldı. 6 hastada flep, kalın olması sebebiyle inceltilti. 1 hastada alt ekstremitelerde travma sonrası dolaşım yetersizliği oluşturmamak amacıyla flep tibialis posterior arterine flow through şeklinde anastomoz edildi. Aynı hastada oluşturulan topuk bölgesinde duyu sağlanması amaçlı lateral femoral kutanöz sinir alıcı alanda duyu sinirine uç yan koapte edildi. 1 hastada dilde yerleşimli tümör eksizyonu sonrası dil tabanı ve dili onarmaya yönelik tek pedikül tabanında bilobe planlanan flep aynı zamanda duyu sinirinin de ilave edilmesiyle inerve halde taşındı. Vücut kitle indeksi 30 üzerinde olan bir hastada, standart noktalar baz alınarak çizilen hatta yapılan işaretleme sonrası tespit edilen perforatör, lateral sirkumfleks femoral arter perforatörlerinin daha posteriorunda kaldığından flep dizaynı diseksiyon sonrası değiştirilerek anteriora alındı. Bir hastada çizimle belirlenen perforatör diseke edildiğinde daha yukarıdan geldiği görülerek flep dizaynı, daha yukarıdan başlanarak vastus lateralis flebi yönünde değiştirildi.

Tartışma ve Sonuç: Lateral sirkumfleks femoral arter desending dalı tarafından beslenen ALT, plastik cerrahide en çok kullanılan serbest flep seçeneği olmakla birlikte anatomik varyasyonları dezavantajlarındandır. 0.89% to 5.4% oranda perforatör bulunamayabilmektedir, bu gibi hastalarda tensor fasya lata flebi uygun bir alternatif yöntemdir. 1984 de Song tarafından tüm hastalarda

septokutanperforatör tanımlanmakla birlikte, son yayınlarda muskulokutan perforatör oranları daha fazladır (Wei 2002, 672 flep, %13 septokutan, %87 muskulokutan) ve bu hastalarda diseksiyon nispeten daha zordur. Suprafasyal planda, perforatörler daha incedir ve tespiti daha fazla dikkat gerektirir, fakat bunun yanında daha ince, pliabl bir flep elde edilmiş olur. Yine derin yağ dokunun trimlenmesi ile daha ince hale getirilebilir

Donör alanın kapatılmasında 8 cm e kadar primer kapatılabilirken üzerindeki greft veya lokal fleple onarım gerekir. Lateral kutanöz sinir flebe dahil edilerek gerekli hallerde innerve bir flep elde edilmiş olur.

ALT; ince olması, donör alan morbiditesinin düşüklüğü, tecrübenin fazlalığı gibi pekçok sebeple fazlaca kullanılmakta, farklı dizaynlara uyumlu bir flep olmakla birlikte anatomik varyasyonlar akılda tutularak B planlarına hazırlıklı olunmalıdır.

S108

Medial Sural Arter Perforatör Flebi Diabetik Periferik Vasküler Hastalığında Güvenilir bir Flep mi ?

Heval Selman Özkan, Saime İrkören,
Osman Enver Aydın, Hüray Karaca,
Taha Deniz Yıldırım
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Aydın

Giriş: Medial sural arter perforatör (MSAP) flebi, özellikle son on yılda baş boyun ve üst ekstremitelerde rekonstrüksiyonlarında alternatif bir serbest flep seçeneği olarak ön plana çıkmıştır. Periferik arter hastalıkları (PAH) yüksek mortalite ve morbidite yaratmasına rağmen hala bazı vakalarda yeterince teşhis ve tedavi edilmemektedir. Bu çalışmada periferik vasküler hastalığı olan hastalarda MSAP flebinin güvenilirliğini ve medial sural arterin sakrifiye edilmesinin distal dolaşımdaki etkilerini değerlendirdik.

Materyal-Metod: PAH olan 43 diyabetik hastanın daha önce yapılmış olan alt ekstremitelerde anjiyografik görüntülemeleri retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş, diyabet süresi, eşlik eden komplikasyonlar, tıkalı damar tipi, medial sural arterin popliteal bileşkedeki çapı, dallanma paterni ve perforatör sayısı doküman edildi.

Bulgular: 43 hastanın tümünde medial sural arter açık olarak izlendi. Popliteal bileşkede medial sural arterin çevre çapı ortalama 2.41 ± 0.65 mm olarak ölçüldü. Tüm hastalarda en az 1 adet büyük çaplı perforatör gözlemlendi. Ortalama perforatör sayısı 2 ± 0.75 olarak bulundu. Artan medial sural arter çapı ve popliteal arter okluzyonu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulundu. Anjiyografik bulgular ışığında Tip 1 (tek bir dal) %30; Tip 2 (çift dal) %60; Tip 3 (çoklu dallanma) %10 gözlemlendi. (Tablo 1.) (Resim 1. - 2.)

Sonuç: Bu çalışmanın ışığında, sadece diyabet hastalığının MSAP flebi kullanımında kontraendikasyon yaratmadığını düşünmekteyiz. Popliteal arterin ağır oklude olduğu hastalarda sural arter çapının ortalamadan daha büyük olduğunu, bunun da arteriogeneze yolu ile perigeniküler kolleteral hipertrofi nedeni ile olduğunu düşünmekteyiz. Bu nedenle özellikle ilerlemiş yaşta, PAH mevcut diyabetik hastalarda rekonstrüktif cerrahılarca MSAP flebi kullanımı öncesi rutin CTA ile ekstremitenin değerlendirilmesi faydalı

olacaktır. Özellikle periferik arter hastalığı ve sural arter hipertrofisi olan hastalarda kolleteral dolaşımın riske atılabileceği düşünülerek alternatif fleplerin kullanılması düşünülebilir.

Tablo 1

Pre-operative patient characteristics	n=43
Age, years	63.34±9.61
Male/Female, n	29/14
Diameter	2.41±0.65
Diagnosis	4
Number of Perforators	2±0.75

Sayı yaş cinsiyet çap

S109

İmplantla Meme Rekonstrüksiyonunda Endikasyonların Genişletilmesi: Yüksek riskli hastalarda da tatmin edici sonuçlara ulaşılabilir

Kamuran Zeynep Sevim¹, Bülent Çitgez²,
Semra Karşıdağ¹, Ayşin Karasoy Yeşilada¹,
Hamdi Özşahin², Zeliha Gül¹, Sıtkı Gürkan Yetkin²
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Meme kanseri sonrası implantla meme rekonstrüksiyonu, yüksek riskli hastalarda, implant kaybı, kötü kozmetik sonuç veya yara iyileşmesinde gecikme gibi komplikasyonların daha sık görülmesiyle sonuçlanabilir. Çalışmamızda eğitim araştırma hastanelerine başvuran yüksek riskli hastalardaki sonuçlarımızı paylaştık.

Materyal-Metod: Mayıs 2014- Temmuz 2016 tarihleri arasında meme kanseri sonrası implantla meme rekonstrüksiyonu yapılan 52 yüksek riskli hastanın sonuçları retrospektif olarak analiz edildi. Komplikeasyona bağlı implant kaybı, kozmetik sonuçtan tatminsizlik sonucu implant çıkarılması, gecikmiş yara iyileşmesi, obez (BMI ≥ 30), sigara içicisi, göğüs ön duvarına radyoterapi almış olmak, 65 yaş üzeri olmak, BMI ≤ 20 olan ve neoadjuvan kemoterapi alan, ağır sistemik hastalığı olan hastalarda ki sonuçlar incelenmiştir.

Sonuçlar: Toplamda 94 hasta ortalama 18 ay takip edilmiştir. 52/94 hastada yüksek risk faktörlerinden en az biri mevcuttu. 24 hastada obezite, 20 hastada sigara içiciliği, 14 hastada önceden radyoterapi almış olmak, 4 hasta 65 yaş üzeri, 4 hasta BMI ≤ 20 ve 7 hastada neoadjuvan kemoterapi alımı mevcuttu. Yüksek risk hastalarda tercih edilen rekonstrüktif yöntemleri özetlemek gerekirse;

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

38. Ulusal Kurultayı

sadece implant/ekspander ile onarım37(%71,15), implant ve fleple onarım 5(%10), implant/vicryl mesh ile onarım15(%28), implant/rektus fasyası ile onarım3(%5).

Tartışma: İmplantla meme rekonstrüksiyonu, ileri yaş, BMI<=20 ve neoadjuvan kemoterapi alan hastalarda implant kaybı ve yara iyileşmesinde gecikme oranları bu risk faktörleri taşımayan hastalarla benzerdir. Diğer risk gruplarında implantla rekonstrüksiyon daha yüksek komplikasyon oranı içermektedir.

Risk Faktörlerine göre implant kaybı ve yara gecikmesi oranları

Risk Faktörleri(RF)	RF li hastada implant kaybı %	RF siz hastada implant kaybı %	RF li hastada gecikmiş yara iyileşmesi %	RF siz hastada gecikmiş yara iyileşmesi %
Obezite	20	10	24	10
Sigara	25	8	25	8
RT almış olmak	18	12	35	9
İleri yaş	1	5	10	20
Düşük BMI	6	12	7	18
Neoadj KT	14	12	14	17

S110

Donör Alan Graftlenmesinin Geciktirilmesi

Onur Akman, İsmail Melih Kuzu, Mustafa Ekrem Güleş, Mustafa Ünal, Osman Kelahmetoğlu, Kemalettin Yıldız, Ethem Güneren
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Flep verici alanının kapatılması, ameliyatın önemli bir bileşenidir. Primer kapatmanın mümkün olmadığı ve kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatmanın gerektiği durumlarda, bu işlem ameliyatın süresini ve morbiditeyi artırır, ilave ağrı kaynağıdır ve hareket kısıtlılığı ve uygun greft bakımı gerektirmesi nedeniyle de yönetilmesi her zaman kolay olmayabilir. Ameliyat süresinin beklenenden daha uzun sürdüğü olgular başta olmak üzere, uzayan anesteziyen kaçınmayı gerektirecek tüm durumlarda ameliyatı daha fazla uzatmamak için, donör alanın alıcı alan ile çakıştığı pozisyonlarda ve rekonstrükte edilen bölgeye kısıtlamalar gerektiği durumlarda greftlenecek donör alanda uygun greft bakımı yapmanın zorluğu ve çok geniş donör alan varlığında kapatmak için geniş greft almanın da ilave deri grefti defekti oluşturmamasının uygun olmadığı durumlar gibi, komorbiditenin önemli olduğu olgularda; flep donör alanı greftlenmesini ertelemekteyiz. Bu açık yaraları sentetik geçici yara örtüsü kullanarak kapatıyoruz. Sentetik yara örtüsü iki katmanlı iç katmanı elastik poliüretan köpük, dış katmanı ince mikroporöz politetrafloroetilen olan geçici bir yara örtüsüdür (EPIGARD®).1 Ürün ilk kez 1973 yılında kullanılmaya başlanmış olup, sunni deri adıyla anılır ve doku mühendisliği çalışmalarının ilk örneklerindendir.

Yaraya doğrudan temas eden iç katmanının poliüretan köpük yapısı, zemindeki granülasyon dokusunun içine ilerleyerek entegre olmasına izin verir, bu haliyle hayatı organların dahi üzerinde daha sonra greftlemeye uygun granülasyon dokusu gelişmesine olanak verecek şekilde koruyucu örtü yapar. Klinikte en sık, bir kez yaraya entegre olduktan sonra, akıntıyı önlemesi dolayısıyla pansuman gerektirmemesi ve açık yara yüzeyinin ağrı ve irritasyon gibi tüm sorunlarını önlemesi nedeniyle, açık yaraların geçici kapatılmasında kullanılır. Hasta hayatı ve genel durum bakımından hazır olduğunda, uygun anestezi altında ürün, bilaminer tabakası korunarak yaradan kaldırılır, zemindeki granülasyon dokusu kanama kontrolünü takiben kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatılır. Bu çalışmada donör alan greftlemesinin Epigard kullanarak geciktirme ile ilgili deneyimlerimiz sunuldu.

Gereç Yöntem: Kliniğimizde 2011 ve 2016 yılları arasında mikrocerrahi ameliyatları (serbest flep, pediküllü perforator flep, replantasyon vb.) yapılmış hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. yaşları 4 ile 69 arasında değişen 76 hasta (48 erkek, 28 kadın) çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Hastaların 24 (%31,5) tanesinde yalnızca donör alanda 33 (%43,5) tanesinde yalnızca flep üzerinde 19 (%25.) hastada ise hem donör alanda hem de flep üzerinde geçici yara örtüsü kullanıldı. Hastaların 7 (%9) tanesine erken revizyon yapıldı ve 4 flep kurtarıldı. 3 flep kaybedildi. Flep kaybı yaşanan olgularda da defekt Epigard ile geçici olarak kapatıldı.Yara örtüsü kullanılan fleplerin 12 (%15) tanesi kas flebi, 27 (%35,5)tanesi kas-deri flebi ve 37 (%48,6) tanesi fasyokütan flepler idi. Hastaların 12 (%15) tanesinde gecikmiş primer onarım uygulandı. Gecikmiş primer onarım uygulanan hastalar fasyokütan flepler idi. Özellikle kalın subkutan yağ dokusu içeren fleplerin alıcı sahaya eşzamanlı primer onarımı flep üzerinde gerginlik oluşturuyorsa gecikmiş primer onarım tercih edildi. Geri kalan 64 (%84) hasta ikincil bir seansa kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Hastalar bu ikinci seansa bırakılmış işlemler için hiçbir memnuniyetsizlik göstermedi.

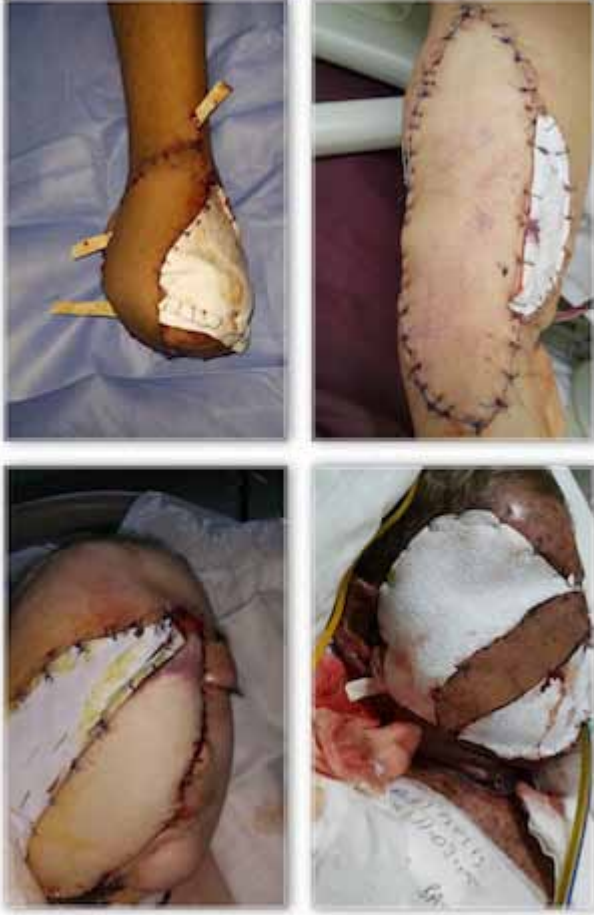
Tartışma : Ameliyat sonunda Epigard kullanımı rekonstrüktif cerrahide uzun süren ameliyatların sürelerini özellikle tek ekip çalışan merkezler için greftleme için tekrar uzatmamak, dikkati flebe odaklamak, yaşayabilirliğinin stabil hale gelmesini beklemek ve olası flep kaybında greft donör alanı morbiditesini iki katına çıkarmamak, pozisyon verme ihtiyacında greftin pozisyon kısıtlamasını önlemek, manipülasyon kısıtlamasını önlemek ve hastada ağrı kontrolünü sağlamada erken dönemde daha başarılı olmak gibi avantajlar sağlamaktadır. Ayrıca Epigard özellikle fasyokütan fleplerde flebin gergin primer kapamasını önlemek amaçlı subkutan kısmi kapamada kullanılabilmekte ve bu flepler gecikmiş primer olarak kapatılmaktadır. İkinci seans gerekliliği hastaların ikinci bir ameliyat morbiditesini doğurmaktadır. Bununla beraber Cole ve arkadaşları donör bölge ve alıcı sahadaki komplikasyonlar nedeniyle re-operasyon oranını %11 olarak göstermişlerdir.2 Biz ise bu çalışmamızda Epigard kullanılıp ikinci seansa bırakılan donör saha greftlemeleri ile ilgili hiç iyileşme problemi yaşamadık ve re-operasyon oranımız %0 idi, alıcı saha kaynaklı re-operasyon oranımız %9 idi.

Sonuç: Epigard rekonstrüktif cerrahide ameliyat süresinin kısaltılması ve hastanın ameliyat sonrası erken dönem takiplerinde flep odaklı ve diğer kısıtlamalardan bağımsız bir takip sağlar. Gergin kapatımın ve greft morbiditesinin aynı ameliyat sonrasında hastanın morbiditesini kümülatif olarak yükseltmesini önler.

Clinical Evaluation of Epigard, a new synthetic substitute for homograft and heterograft skin. J.W. Alexander., L. Wheeler., R. Rooney., J.J. McDonald.,

B.G. MacMillan. Journal of Trauma 1973 13:374
Towards performance measurement in reconstructive surgery: A multicentre pilot study of free and pedicled flap procedures R.P. Cole, J.P. Browne Volume 59, Issue 3, March 2006, Pages 257–262

Resim 1



Hasta fotoğrafları

S111

Fleksör Tendon Onarımında, Yeni Bir Loop Sütür Tekniğinin Alışılmış Yöntemlerle Biyomekanik Olarak Karşılaştırılması: İn Vitro Çalışma

Gökçe Yıldırım, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Malik Abacı

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Fleksör tendon onarımlarında pek çok sütür tekniği tanımlanmıştır. Tendonun onarımındaki hedef; iyi bir kayma hareketinin sağlanması ve erken aktif hareketlere mukavemetin yüksek olmasıdır. Ne var ki mevcut sütür teknikleri bütün amaçları aynı anda sağlayamamaktadır. Fleksör tendon tamirleri, ilk kez 1917 yılında Kirchmayr tarafından vurgulanmıştır.(1) Bundan sonra da, postoperatif aktif hareket kuvvetlerine karşı

koyabilmek için pek çok sütür tekniği geliştirilmiş, ancak ideal sütür tekniğine henüz varılamamıştır.

Bu çalışmada klasik tendon onarımlarından daha üstün olduğunu düşündüğümüz loop sütür tekniğinin, biyomekanik olarak diğer yöntemlerle tavuk tendonunda karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Bu çalışmada sık kullanılan 4 iplikli çift modifiye Kessler tekniği, grasping cruciate (kavrayıcı çaprazlama) tekniği, Tsuge loop sütür tekniğinin 4 iplikli modifikasyonu ile kliniğimizde tanımlanan yeni 4 iplikli loop sütür tekniğinin tavuk tendonu üzerinde biyomekanik olarak birbirleriyle kıyaslanmıştır.

Yukarıda bahsedilen tekniklere ait 4 grup oluşturuldu. 1. grup tendonları 4 iplikli çift modifiye Kessler tekniği ile, 2. grup tendonları 4 iplikli kavrayıcı çaprazlama tekniği ile, 3. grup tendonları 4 iplikli Tsuge loop sütür tekniği ile, 4. grup tendonları ise 4 iplikli yeni loop sütür tekniği ile onarıldı.

Çalışmada, ortalama ağırlığı 1,9 kg olan ve çalışmanın başında sakrifiye edilen leghorn cinsi tavuklara ait tendonlar kullanıldı. 100 tavuk bacağına, topuk bölgesi üzerinde flexor digitorum superficialis tendonları 5'er cm uzunluğunda disseke edildi. Her bir tendon ayrı bistüri ile ortasından transvers şekilde kesildi. Tendonlar rastgele 4 gruba ayrıldı.

1. ve 2. gruplar için 4/0 yuvarlak iğneli polyester sütürler, 3. ve 4. gruplar için 4/0 loop polyester sütürler kullanıldı.

Yeni loop sütür tekniği: Loop sütür ile ilk olarak proksimaldeki tendon yukardan aşağıya doğru, sonra aşağıdan yukarıya doğru geçilerek loop içinden geçirildi, horizontal olarak distal tendona geçildi, distal tendonda yukardan çıkılarak bir loop daha oluşturuldu. Önce aşağı yönde vertikal, sonra proksimal tendona horizontal geçiş yapıldı, loop içinden tekrar geçilerek iğne kesildi, her iki ip düğümlendi.

Tüm onarımlar aynı cerrah tarafından yapıldı. Hiçbir tendona epitendinöz sütür konulmadı, sadece kor sütürler ile yapılan onarımlar değerlendirildi. Düğümler, tüm tekniklerde aynı yön ve sayıda atıldı.

Biyomekanik testler için Elista elektromekanik yüklemeli çekme basma test cihazı (Elistald, İstanbul, Türkiye) kullanıldı. (Şekil 1a) Onarılan tendonlar ilk olarak 0,5 Newton başlangıç gerimine tabi tutuldu. Saniyede 0,2mm hızla ayrı yönlerde çekilen tendonların, aralarında 2mm boşluk oluştuğunda, sütür tendondan kaydırdığında veya ani kopma olduğunda işleme son verilerek en son uygulanan kuvvetler kaydedildi. (Şekil 1b)

4 grubun gerim kuvvetleri, istatistiksel olarak Anova analizi ve Tukey HSD testi ile kıyaslandı.

Bulgular: D grubundaki yeni loop sütür tekniği kullanılarak onarılan tendonlarda istatistiksel olarak diğer gruplardan daha iyi sonuçlar elde edildi. ($p < 0,05$) A grubu modifiye Kessler ve B grubu kavrayıcı çaprazlama sütür teknikleri arasında fark saptanmadı ($p > 0,05$) ve ikinci sırada yer aldı. C grubu Tsuge loop sütür ile onarılan tendonlar ise istatistiksel olarak tüm gruplar içinde en kötü gerim kuvveti sonuçlarını verdi. ($p < 0,05$)

Sonuç Ve Tartışma: İnsan tendon çalışmalarına en yakın çalışmalar tavuk tendonları kaynaklıdır.(2) Bu nedenle çalışmamızda tavuk tendonları kullanılmıştır.

Grupları oluştururken 4 iplikli modifiye Kessler ve kavrayıcı çaprazlama tekniklerini seçmemizin sebebi genel kabul görmüş sütür teknikleri olmasıdır. (3) Çalışmaya dahil edilen diğer sütür tekniği, 1985 yılında Tsuge tarafından geliştirilmiş olan loop sütür ile tendon onarımıdır.(4) Loop sütür ile tendon onarımının prototipi olduğu için çalışmaya dahil edilmiştir.

Literatürde daha önce yapılan tendon çalışmalarında başarısızlık addedilen boşluk miktarının 2mm olması nedeni ile, çalışmamızda da kaydedilen gerim kuvveti 2mmlik boşluk yaratan kuvvet olarak belirlendi. (5,6)

Literatürde epitendinöz sütürlerin, biyomekanik çalışmalarda kor sütürlerden daha önce koptuğu veya başarısız olduğu gösterilmiştir. (7,8) Bu çalışmada ise, değişkenlerin sayısının azaltılması ve test sırasında 2mmlik boşluk oluştuğunun gözlenebilmesi için epitendinöz sütürler atılmamış, sadece kor sütürler atılarak biyomekanik ölçümler yapılmıştır.

Tanımlanan yeni loop sütür tekniği, hem 4 iplikli olup sık kullanılan çift modifiye Kessler ve kavrayıcı çaprazlama teknikleri ile hem de yine bir loop sütür tekniği olan Tsuge tekniği ile kıyaslandı, gerim kuvveti açısından anlamlı olarak hepsinden üstün bulundu.Yeni teknikteki vertikal geçişler ve kilitlemelerle elde edilen sağlamlığın verdiği sütür stabilitesi sayesinde diğer sütür tekniklerinden daha iyi sonuçlar elde edilebildiği düşünüldü. Ayrıca iğnenin sadece 2 kez geçişi ile 4 iplikli kor sütür elde edilir, böylece kesik tendonlara daha az ilave hasar da verilmiş olur.

Kıyaslanan gruplar arasında en iyi sonucu veren 4 iplikli yeni loop sütür tekniği yeni bir fleksör tendon onarım yöntemi olmaya adaydır.

KAYNAKLAR:

1. Griffin M, Hidocha S, Jordan D, Saleh M, Khan W. An overview of the management of flexor tendon injuries. Open Orthop J. 2012;6:28-35.
2. Langbart MJ, Glezos CM, Smith BJ, Clarke EC, Lawson RD, Tonkin MA. A2 pulley integrity and the strength of flexor tendon repair: a biomechanical study in a chicken model. HandSurg. 2015;20(1):11-7.
3. C. J. Brockardt, I. G. Sullivan, B. E. Watkins, M. D. Wongworawat. Evaluation of simple and looped suture and New material for flexor tendon repair. The Journal of Hand Surgery (European Volume, 2009) 34E: 3: 329-332
4. Ikuta Y, Tsuge K. Postoperative results of looped nylon suture used in injuries of the digital flexor tendons. J HandSurgBr. 1985 Feb;10(1):67-72.
5. Gelberman RH, Boyer MI, Brodt MD, Winters SC, Silva MJ. The effect of gap formation at the repair site on the strength and excursion of intrasynovial flexor tendons. An experimental study on the early stages of tendon-healing in dogs. J Bone JointSurgAm. 1999, 81: 975-82.
6. Zhao C, Amadio PC, Tanaka T et al. Effect of gap size on gliding resistance after flexor tendon repair. J Bone JointSurgAm. 2004, 86: 2482-8.
7. Barmakian JT, Lin H, Green SM, Posner MA, Casar RS. Comparison of a suture technique with the modified Kessler Method: resistance to gap formation. J HandSurgAm. 1994, 19: 777-81.
8. Diao E, Hariharan JS, Soejima O, Lotz JC. Effect of peripheral suture depth on strength of tendon repairs. J HandSurgAm. 1996, 21: 234-9.

S112

Ultrason ile Ön Koşullamanın Ratlarda Random Patern Deri Flep Yaşamı Üzerine Etkileri

Sercan Yücel, Galip Kemal Güney

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kayseri

Tarihsel değeri olmasına rağmen, kas-deri flepleri, fasyokütan flepler ve serbest flep gibi daha iyi yöntemlerin geliştirilmesi nedeniyle "geciktirme yöntemi" nadir kullanılmaktadır. Bu yüzden; rastgele ve aksiyal paternli fleplerde kullanımıyla sınırlı bir yöntem haline gelmiştir. Artan anatomik çalışmalar sayesinde flep dizaynlarının ve anjiozomların tanımlanmasına rağmen halen flep nekrozu rekonstrüktif cerrahi için problem teşkil etmektedir.

Bu deneysel çalışma ile ultrason ile yapılan ön koşullamanın, cerrahi geciktirmeye kıyaslanması ve flep yaşamı üzerinde ultrasonun topografik, histolojik, biyokimyasal ve mikroanjiyografik olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda 98 adet erkek Sprague Dawley cinsi ortalama 300-450 gram ağırlığında 4 aylık rat kullanıldı. Ratlar 8 gruba ayrıldı. Her grupta 11 adet rat mevcuttu. Biyokimyasal olarak cerrahi geciktirme grubundaki ratların VEGF düzeyinin 3.gün alınan biopsilerden hesaplanabilmesi için ekstra 10 rat kullanıldı. 1. grup kontrol grubu, 2. grup cerrahi geciktirme grubu, 3.grup postop ultrason+ grubu, 4.grup postop ultrason- grubu, 5.grup preop ultrason+ grubu, 6.grup preop ultrason-, 7. grup preop ultrason- grubu, 8.grup preop-postop ultrason grubu olarak belirlendi. Ratlarda 2x8 cm'lik McFarlane flep modeli kullanıldı. Flepler kaldırıldıktan 14 gün sonra flep canlılık oranları ölçüldü. Tüm gruplarda doku Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) düzeyleri ölçülerek toplam damar sayıları ve flep canlılık oranları saptandı. Ayrıca her gruptan birer denekte mikro anjiyografi ile flep damarlanmasına dair görüntüler elde edildi. Elde edilen veriler istatistiksel olarak birbirleriyle karşılaştırıldı.

Gruplar arasında flep canlılığı açısından istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,001$) fark olduğu saptandı. Ultrason çalışır modda(C,E,G) uygulaması yapılan tüm gruplarda canlılık oranlarının, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde($p < 0,001$) arttığı saptandı. Canlılık oranında Cerrahi geciktirme ve Preop-Postop US+ gruplarında tüm gruplara göre anlamlı düzeyde ($p < 0,001$) artış mevcuttur.

Doku VEGF düzeyleri ultrason uygulanan ve cerrahi geciktirme yapılan grupta diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Mikroanjiyografik sonuçlar subjektif olarak değerlendirildi ve damarlanma yapısı en çok Preop-postop US+ ve cerrahi geciktirme grubunda en çok olduğu gözlemlendi.

Histopatolojik olarak yapılan incelemede damar sayıları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Bu veriler ışığında; Ultrason ideal bir yöntem olarak flep canlılığını arttırmak amacıyla flep kaldırılmadan önce ve flep kaldırıldıktan sonra uygulanabilir. En etkili yöntem hem flep kaldırılmadan önce hem de flep kaldırıldıktan sonra uygulamadır.

S113

**Patolojik Tanı Mı? Klinik Tanı Mı?
Kondroid Siringoma Nüksü Şüphesiyle
Eksizyon Yapılan Hastada Atipik
Yerleşimli BCC**

Mehmet Fatih Okyay, Müge Anıl Küçüksucu, Semih Başhaki, Anıl Demiröz, Royal Khankishiyev, Uğur Şahin, Hasan Kömürücü, Shamil Süleymanov, Tuğba Feryal Yıldız, Mehmet Beşir Öner, Başak Dağhan
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, İstanbul

Kondroid siringoma nadir görülen ter bezlerinden köken alan nadir bir deri tümörüdür. Patolojik kesitlerde kıkırdak matriksi ile birlikte ter bezlerinin görülmesi üzerine 1961 yılında Hirsch ve Helwig tarafından bu isimle adlandırılan tümör derinin mikst tümörü olarak da anılmakta olup benign ve malign formları bulunmaktadır. Literatürde ziyade yanlış tanıyla anılan bu tümöre ait en geniş vaka serisi on altı hasta olmakla birlikte bildirilmiş olgu sayısı ellinin altındadır. Biz daha önce farklı bir merkezde gluteal bölgeden nodüler lezyon eksize edilen patoloji raporu kondroid siringoma bildirilen hastanın bir yıl sonra eski kesi skarında gelişen nodüler lezyonu bir santimetre salim sınırlarla eksize ederek patolojik incelemeye gönderdik. Oluşan defekti IGAP flebi ile onardık. Patoloji raporunda lezyon nodüler BCC olarak bildirildi. Davranışı tam anlaşılamamış bu ve benzeri tümörlerin yanlış tanı olasılığı içermesi sebebiyle klinik şüphe halinde postoperatif altı aylık periyodlarla klinik izlem önermekteyiz.

S114

**Xeroderma Pigmentozumlu Hastalarda
Malign Deri Tümörlerinin Yaş,
Lokalizasyon ve Tümör Alt Tiplerine Göre
Dağılımı**

Hasan Kömürücü, Müge Anıl Yalçın, Mehmet Beşir Öner, Başak Dağhan
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Xeroderma pigmentozum, malin deri tümörlerinin görülme oranını anlamlı şekilde arttıran bir deri hastalığıdır. Bu hasta grubunun sağ kalımını ve hayat kalitesini belirgin şekilde değiştiren bu malinitelerin ortaya çıkış süresi, lokalizasyonu ve tümör alt tipleri incelenerek bu çalışmanın hasta takibi için yol göstermesi amaçlanmıştır.

Yöntem-Gereç: Xeroderma pigmentosum tanısı ile takipli olan ve son 1 yıl içinde en az bir kez opere edilen hastalar, kutanöz malinitelerin, lokalizasyonları, hastanın yaşı ve tümör alt tiplerine göre incelendi.

Bulgular: Yaşları 8 ile 48 arasında değişen 5 hasta (3 erkek, 2 kadın) incelendi. Tümör lokalizasyonu, alt tiplerine göre dağılmış olup hasta yaşı ve görülen tümör alt tiplerindeki farklılıklar ortaya konulmuştur. Buna göre hastaların yaş, cinsiyet, tümör lokalizasyonu ve tümör alt tipi yapılan ameliyat sayılarınca ortaya konmuştur.

8 yaş erkek hasta, solid ve morfeiform tipte bazal hücreli karsinom (baş boyun)

48 yaş kadın hasta, lentigo maligna morfolojisi gösteren

malign melanom (baş boyun)

36 yaş kadın hasta, bazoskuamöz karsinom (baş boyun), multifokal yüzeyel ve infiltratif tipte bazal hücreli karsinom (baş boyun)

12 yaş erkek hasta, bazoskuamöz karsinom(baş boyun); grade 2 orta difanransiye skuamöz hücreli karsinom (baş boyun); grade 1 iyi difanransiye skuamöz hücreli karsinom (baş boyun), multifokal ve solid tipte bazal hücreli karsinom (baş boyun)

41 yaş kadın hasta, grade 1 iyi difanransiye skuamöz hücreli karsinom (baş boyun), grade 1 iyi difanransiye skuamöz hücreli karsinom (alt ekstremité)

Sonuç: Xeroderma pigmentozum otozomal resesif geçişli, DNA tamir mekanizmasındaki bozukluğa bağlı olarak gelişen, kserozis, kutanöz dispigmentasyon ve ultraviyole ışığa hassasiyet ile karakterize bir hastalıktır. Kutanoz maliniteler bu hastalığın en önemli mortalite ve morbidite kaynağıdır. Bu malinitelerin gelişim sürecini ve prezentasyon şeklini bilmek hasta takibinde faydalı olacaktır.

S115

**Ayak dışı yerleşimli yara nedeniyle tedavi
edilen diyabetik hastalarda etiyoloji, risk
faktörleri ve lokalizasyon**

Anıl Demiröz, Hasan Kömürücü, Feryal Tuğba Yıldız, Yağmur Aydın

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı İstanbul

Amaç: Diyabet, periferik vasküler komplikasyonlar, enfeksiyon ve polinöropati nedeniyle kronik yaraların gelişmesine sebep olmaktadır. Bu yaraların en sık görüldüğü lokalizasyon alt ekstremité olmasına rağmen diğer lokalizasyonlarda görülen kronik yaralar da iyileşme güçlüğü ve enfeksiyona yatkınlık nedeniyle önem arz etmektedir.

Gereç ve Yöntemler: Bu çalışmada Aralık 2010-Ocak 2016 tarihleri arasında kliniğimize ayak dışı lokalizasyonda yarayla başvuran hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yara lokalizasyonları, yara etiyolojisi, diyabet süresi, insülin bağımlılığı ve iyileşme süreleri değerlendirildi.

Bulgular: Beş yıllık süre içinde ayak dışı yara nedeniyle başvuran diyabetik hasta sayısı 40 olarak saptandı. Hastaların 20'si erkek 20'si kadın idi. Yaş aralığı 37-79 (ortalama 60.9) olarak saptandı.

Kronik yaranın lokalizasyonu 11 vakada uyluk ve bacak bölgesi, 9 vakada el, 7 vakada perineal bölge, 7 vakada gövde, 5 vakada sakral ve iskiyal bölge, 1 vakada ise baş boyun bölgesi olarak saptandı. 40 vakadan 9 (4 uyluk-cruris, 4 gövde, 1 baş boyun) tanesinin cerrahiye sekonder kronik yara enfeksiyonu şeklinde prezente olduğu görüldü.

Sonuç: Diyabetik hastalarda ayak yaraları haricindeki yaralar da tedavi güçlüğü açısından önem arz etmektedir. Risk faktörlerini ve etiyolojiyi ortaya koymanın tedavi planlaması ve alınabilecek önlemler konusunda yol açıcı olacağı düşünülmektedir.

POSTER SUNUMLAR

P001**Geniş Tam Kat Alt ve Üst Göz Kapağı ile Lateral Kantus Defektlerinin Rekonstrüksiyonunda Aksiyel Bazlı Yüzeyel Temporal Arter Ada Flebi Kullanımı**

Mustafa Kürşat Evrenos, Levent Yoleri

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa

Amaç: Alt ve üst göz kapağı tam kat %20-30 arası defektleri yaşa bağlı olarak primer onarılabilir. Daha geniş defektlerde ise fonksiyonel ve estetik ünitelerin rekonstrükte edildiği flep veya flep ve greft kombinasyonları gündeme gelir. İdeal rekonstrüksiyon yöntemi fonksiyonel olmalı, estetik açıdan kabul edilebilir olmalı ve minimal morbiditeye neden olmalı ve komplikasyon oranı en az olmalıdır. Ancak anatomik ve fonksiyonel özellikleri nedeniyle, her iki kapağın ve kantus bölgelerinin ideal rekonstrüksiyonu çok zordur. Her bölgenin uygun rekonstrüksiyonu için çeşitli yöntemler tariflenmiştir. Bunlardan birisi de alt kapak ve lateral kantus tam kat geniş defektlerinde kullanımı olan aksiyel bazlı yüzeyel temporal arter ada flebidir. Bu flep güvenilir pedikülü ile cilt, kas ve fasya ile birlikte tek seansta tam kat defekt rekonstrüksiyonlarında yeterli doku sağlayabilir. Kliniğimizde bu teknikle alt, üst göz kapağı ve lateral kantus tam kat geniş defekt rekonstrüksiyonu yapılan hastaların klinik veri ve takip bulgularını değerlendirdik. **Yöntem-Gereçler:** Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'nde Mayıs 2014- Aralık 2015 tarihleri arasında aksiyel bazlı yüzeyel temporal arter ada flebi ile total ya da totale yakın tam kat alt veya üst kapak defektleri ve primer onarılamayan lateral kantus tam kat defektleri rekonstrüksiyonu yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, primer hastalığı, takip süresi, komplikasyon ve revizyon cerrahi ihtiyacı değerlendirildi. Cerrahi teknik: Flep, yüzeyel temporal arter frontal dalı üzerinden defekt boyutlarına uygun olarak tek loblu veya bilobe olarak tasarlandı. Pedikül manuel olarak palpe edilerek, palpe edilemediğinde ise el doppleri yardımı ile belirlendi ve distalden proksimale supraparietal planda eleve edildi. pedikül üzerindeki cilt deepitelize edildi. Orbita lateralinde, cilt altı planda açılan tünelden geçirilerek defekte adapte edildi. tüm olgularda flep laterali, orbita lateralinde periosta 4.0 polipropilen süturlar ile tespit edildi. Konjunktiva dokusu ada flebinin fasyal dokusuna; galeal kas dokusu ise alt kapakta SMAS, üst kapakta ise levator kasına suture edildi. Flep donör alanı 3 cm. genişliğe kadar primer, daha geniş dizayn edildiği olgularda ise tam kalınlıkta deri grefti (TKDG) ile onarıldı.

Bulgular: Bu teknikle toplam 7 hasta opere edildi. Hastalardan dördü kadın, üç tanesi erkekti. Yaş aralığı 33 ile 88 arasındaydı (Ort: 64.4). Etiyolojide 3 hastada Bazal hücreli karsinom (BHK), 2 hastada Skuamöz hücrelikarsinom (SHK), bir hastada Trikoblastik karsinom (TK) ve bir hastada ise travma saptandı. Dört hastada total alt kapak, 2 hastada lateral kantus, bir hastada ise total üst kapak rekonstrüksiyonu yapıldı. Takip süresi 6-20 ay arasında değişti (Ort:13 ay). Bir hastada ektropiyon gelişmesi üzerine post operatif 6. ayda lateral kantopektisi yapıldı. Bir hastada lateral görüş alanı kısıtlılığı nedeniyle lateral fissür genişletilmesi amacıyla post operatif 6. ayda lateral kantopektisi yapıldı (Tablo 1).

Tartışma: Lateral kantusu kapsayan tam kat üst ve alt kapak defekt rekonstrüksiyonları zordur ve sofistike prosedürleri gerektirir. Göz kapakları kuşkusuz göz korunmasında önemli bir role sahip ve bu nedenle, cilt,

kas, tarsal doku ve konjunktiva rekonstrüksiyonuna en kısa sürede ihtiyaç vardır. Genel olarak, tam kat kapak defekt rekonstrüksiyonu iki katman yapılmaktadır. Posterior lamella rekonstrüksiyonu mukozal, fasyal greftler ile birlikte kartilaj greftleri ya da kompozit greftlerle rekonstrükte edilirken, anterior lamella rekonstrüksiyonu için tariflenmiş lokal ve aksiyel flepler mevcuttur. Lateral kantus rekonstrüksiyonunda lateral forniks, lateral kantus tendon ile uygun açı ve pozisyonunda konumlandırılmış lateral fissür oluşturulması; lateral görüş alanı ve globun lateral hareketliliğinin yeterince sağlanması açısından önemlidir. Alt, üst göz kapağı ve lateral kantus geniş tam kat defekt rekonstrüksiyonları için tariflenmiş yöntemler mevcuttur. Yüzeyel temporal arter frontal dalı bazlı ada flebi alt, üst kapak ve lateral kantus tam kat defektlerinin rekonstrüksiyonunda daha önce başarılı olarak tariflenerek kullanılmıştır. Bu flep tek seansta rekonstrüksiyon imkanı sağlayan, her üç bölgenin tam kat defektlerinde kullanışlı, minimal donör alan morbiditesine neden olan ve komplikasyon oranı düşük, kolay uygulanabilen güvenilir bir fleptir. Biz uygulamamızda flebi supraparietal planda eleve ederek, frontal kas ve derin fasyayı flebe dahil ettik. Derin fasyayı konjunktivanın devamlılığı için kullanırken, frontal kas dokusuyla ise kalınlığı ve yeterince destek dokusu sağlaması itibarıyla tarsal ligament rekonstrüksiyonunu hedefledik. Orbita lateralinde açılan subkutan tünelin alt sınırını lateral kantus seviyesi olarak konumlandırdık ve flebin lateral sınırını orbita periostuna tespit ettik. Böylece posterior lamella rekonstrüksiyonu için donör alan morbiditesini azaltmış olduk. Olgularımızdan bir hastada lateral görüş kısıtlılığı nedeniyle lateral fissür belirginleştirilerek lateral kantopektisi yapıldı (hasta 6). Bir hastada ise medial kantus seviyesinde flep laksitesi nedeniyle gelişen ektropiyon deformitesi, flebin medial kantus tendona tespiti ile tedavi edildi (hasta 7).

Sonuç: Yüzeyel temporal arter frontal dalı bazlı ada flebi, her iki kapak tam kat defektleri ile her iki kapağın aynı anda tutulduğu lateral kantus defekt rekonstrüksiyonlarında; tek seansta, ek donör alan morbiditesine neden olmadan, güvenilir, fonksiyonel, estetik rekonstrüksiyon alternatifi sağlar.

Resim 1

A: Travmatik total üst kapak defekti. B: Post operatif 18. ay göz açık C: istemli kapama

Tablo 1

Hasta no	Cinsiyet	Yaş	Tanı	Defekt Yerleşimi	Takip Süresi (ay)	Komplikasyon	Revizyon
1	K	78	BHK	Total alt kapak	20	Yok	Yok
2	K	68	BHK	Lateral kantus	22	Yok	Yok
3	E	33	Travma	Total üst kapak	18	Yok	Yok
4	K	75	BHK	Total alt kapak	10	Yok	Yok
5	E	50	SHK	Total alt kapak	8	Yok	Yok
6	E	59	TK	Lateral kantus	7	Lateral görüş kısıtlılığı	Lateral kantopektisi
7	K	88	SHK	Total alt kapak	6	ektropiyon	Medial kantopektisi

Hastaların klinik bulgu ve takip değerlendirmeleri. BHK: Bazal hücreli karsinom, SHK: Skuamöz hücreli karsinom, TK: Trikoblastik karsinom

P002

**Süperior Pediküllü Tünelize Nazolabial
Flep ile Alt Göz Kapağı ve Lateral
Periorbital Bölge Rekonstrüksiyonu**

Sedat Tatar, Yalçın Yontar

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Amaç: Bu çalışmanın amacı lateral kantale ve periorbital bölge defektlerinin nazolabial flep ile farklı bir yaklaşımla rekonstrüksiyonu sonuçlarının, tekniğin ve klinik tecrübenin aktarılmasıdır.

Methot: Eylül 2015 ve Mayıs 2016 tarihleri arasında lateral kantale ve lateral periorbital bölgede tam kat defekti olan hastalar süperior pediküllü tünelize nazolabial flep tekniği ile opere edildi. Hastaların demografik özellikleri, etyolojileri, defekt özellikleri ve sonuçlar ve komplikasyonlar tartışıldı.

Sonuç: Tam kat defekti olan 9 hasta bu süre içinde opere edildi. Defekt alt göz kapağının %50 ile %75'i arasında kapsıyordu. Hiçbir hastada flepte kayıp olmadı. 2 hastada geçici skleral show, 1 hastada üst dudakta geçici uyuşukluk gözlemlendi.

Süperior bazlı tünelize nazolabial flep; lateral kantale ve periorbital bölge defektlerinde, komplikasyon oranının düşük olması, donör saha morbiditesinin az olması ile lateral kantale ve periorbital bölge defektlerinde rekonstrüksiyon amaçlı kullanılabilir.

Resim



P003

**Nazal Tip Defektlerinin Onarımında Yeni
bir Teknik: Pincer Flap**

Emre İnözü¹, Ali Teoman Tellioğlu²,
Avni Tolga Eryılmaz³, Ergin Seven¹

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Bilim Dalı

³Ufuk Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Bilim Dalı

Nazal tip defektlerinin onarımı, bölgenin üç boyutlu yapısı, çevresinde mevcut olan cildin sınırlı olması ve cildin renk, kalınlık ve özellik olarak farklılıklar taşıması gibi nedenlerle plastik cerrahi açısından zorluklar taşımaktadır. Nazal tip defektlerini kapatmak üzere literatürde birçok lokal flap tarif edilmesine rağmen bunlar genellikle 2 cm çapa kadar olan defektler için uygun olabilir. Bu klinik çalışmada 2 cm'den daha büyük tip ve supratip defektlerinin onarımında kullanılmak üzere yeni bir flap sunmaktayız. Pincer flap 2011 ile 2014 yılları arasında, burun ucu defekti olan 12 hastada kullanıldı (Tablo1). Tüm hastaların cilt lezyonu bazal hücreli karsinomdu. Ortalama yaş 67 (43-88) olarak hesaplandı. Burun ucu defektleri central nazal, lateral nazal ve supratip bölgelerindeydi. Tüm lezyonlar güvenli sınırla çıkarıldı ve oluşan defektler aynı seansta pincer flap ile onarıldı. Flap dizaynında kullanılan insizyonlar anatomik nazal çizgilerin içinde yer alır. Pincer flap bir santral ilerletme ve iki transpozisyon flebinden oluşan defekti kışkaç gibi tutan bir görünüme sahiptir (Figure1). Hastalar ortalama 11 (6-18) ay takip edildi. Takibinde flap nekrozu izlenmedi. Enfeksiyon ve venöz konjesyon oluşan 2 hasta medikal tedaviyle iyileşti. Rekürrens izlenmedi. Estetik sonuçlar kabul edilebilir düzeydeydi. Sonuç olarak pincer flap, 2 cm ile 3 cm arası nazal tip defektlerinde tek seansta onarım sağlayabileceğimiz güvenilir bir fleptir.

pincer flap



P004

Total/Totale Yakın Dudak Kanserlerine Yaklaşımımız

Zeliha Gül¹, Ali Can Güneş¹, Memet Yazar¹,
Çağatay Öner¹, Ayşin Karasoy Yeşilada¹,
Semra Hacikerim Karşıdağ¹, Leyla Türkoğlu Kılınç²,
Firdovsi Alizade²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Yoğun Bakım Kliniği

Giriş: Dudak kanserleri, oral kavitenin tamamını ilgilendiren, etyolojide toplumda sık rastlanan sigara- alkol tüketimi, kronik travma, UV maruziyeti, genetik yatkınlık, kötü ağız hijyeni, enfeksiyöz hastalıkların etkili olduğu önemli bir cilt kanseridir. SCC, BCC, verrüköz karsinom, adenokarsinom gibi nonmelanom cilt kanserleri daha sık görülür. Dudak kanserleri bulunduğu yer sebebiyle dikkat çekici olmasından dolayı sıklıkla erken teşhis edilir. Klinik ve radyolojik değerlendirmeler ardından uyarlanan algoritma ile cerrahi, radyoterapi, kemoterapi gibi tedavi yöntemleri ile %100 e yakın küre ulaşılmaktadır. Ancak hızlı progresyon, gecikmiş başvuru, kötü prognoz faktörleri ile ileri evre ve boyutlardaki hastalarda tedavi programı daha hızlı ve agresif uygulanmalıdır. Bu çalışma ile kliniğimizde total/totale yakın dudak kanseri sebebiyle tedavi alan hastalar cinsiyet, tümör özellikleri, uygulanan tedavi ve yaşayabilirlik açısından retrospektif olarak değerlendirilerek sunulması amaçlandı.

Hastalar ve Yöntem: 2006 mart-2016 mart tarihleri arasında 194 hasta dudak kanseri sebebiyle kliniğimizde tedavi edildi. Bunlardan 28 tanesi total/totale yakın (oral sirküler çevrenin %80 i, tek dudağın %40 ı) dudak kanseri olarak değerlendirildi. Tümör boyutu, klinik ve radyolojik bulgular, yaş, kötü prognoz kriterleri, seçilen cerrahi tedavi yöntemleri ve prognoza göre hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 60,1; K:E oranı 1:6 olarak saptandı. Hastalar klinik, radyolojik ve patolojik bulgularına göre belirlenen algoritma ile tedavi programına alındı. Uygun primer tümör cerrahisi ardından, bulgulara göre profilaktik ve terapötik boyun disseksiyonu yapıldı. Hastalardan 21'i evre 1, 1'i evre 2, 6'sı evre 3 olarak sınıflandırıldı. Bu hastalardan 25'ine boyun tanısı ve terapötik boyun disseksiyonu uygulandı ve metastaz oranı %24 olarak bulundu. Hastalardan 6 tanesine wedge eksizyon-primer suturasyon-lip shaving uygulandı. 16 tanesine lokal ilerletme flepleri (schuchardt, karapandzic, mcgregor, depressor anguli oris, estlander, bernard webster flepleri) ile, 2 tanesine interpolasyon flebi (deltopektoral, fasyal arter perforator, trapez muskulokutan flepleri) ile, 4 tanesine serbest doku transferi (radial önkol, paraskapular flepler) ile rekonstrüksiyon yapıldı. Nonmalign sebepler de dahil edildiğinde ortalama takip süresi 64 ay olan hasta grubunda yaşayabilirlik oranı %78 olarak saptandı.

Resim 1



Alt dudak SCC, preop; radial önkol flebi ile rekonstrüksiyon, postop 6. hafta ve 4. ay

P005

Çeşitli Nedenlerle Meydana Gelmiş Kraniomaksillo Mandibuler Defektlerinin Onarım Yöntemleri İle İlgili Seçenekler

Seyda Güray Evin, Tuğba Gün Koplay,
Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Ototolog kemik vücudun iliak, kostal, tibial, fibular ve kalvarial alanlarından elde edilebilmekte olup hasta için daha güvenli ve ucuz rekonstrüksiyon seçeneklerine olanak sağlamaktadır. Defektin yeri büyüklüğü, şekli, fonksiyonelliğe olan katkısı gibi faktörler göz önüne alınarak bu otolog kemikler vaskülarize kemik içeren free flepler ya da greftler olarak tasarlanabilir. Bu yazıda 2010 ile 2016 yılları arasında kliniğimizde opere olan ve ortak özellikleri maksillomandibulo fasyal alanda kemik defekti olan 28 hastada kullanılan cerrahi seçenekler ve sonuçları aktarılacaktır.

Hastalar ve Yöntem: Hastaların epidemiyolojik bilgileri ve kullanılan kemik materyaller tablo 1'de özetlenmiştir. 28 hastanın 7 si kadın, 21 i erkekti. Ortalama yaş 44.5 (13-86) olup, bu hastalardan 19 unda mandibulada defekt mevcuttu. 19 hastanın 5 inde defekt free fibula ile onarıldı, kullanılan ortalama kemik miktarı 85.2 mm idi. Geride kalan 14 mandibuler defekt kemik greft ile onarıldı. 12 sinde kemik greft iliak krestten (28.8 mm ortalama greft) 2 sinde kostadan (ortalama greft miktarı 52mm) elde edildi. 1 hastada maksilladaki defekt,iliak krestten alınan 14 mm kemik greft ile onarıldı. Kalan 8 hastada maksilla ve mandibula haricindeki viserokranium kemiklerinde konjenital ya da kazanılmış kemik defektleri nedeniyle kemik greft uygulaması yapıldı. Bu hastaların 4 ünde parietal kemik donor alan olarak kullanıldı. Ortalama 31.92 mm kemik greft alındı. Diğer 4 hastada donor alan iliak krestti. Ortalama kemik greft miktarı 22.33 mm idi. Hastalar en az 6 ay takip edildi.

Tartışma: Segmental mandibuler defektlerin kemik greftler ile hemen onarımında başarı oranı Lawson W ve arkadaşları tarafından %50 olarak belirlenmiştir. Bizim hastalarımızda greft ile onarılan grupta greft yaşayabilirliği %80 dir. Kemik defektlerin tedavisinde kemik boşluğun doldurulması daha etkin sonuçlar verdiğinden 6 cm den küçük defektlere kemik greft uygulaması yapılmıştır. 6 cm den büyük defektler için serbest flepler kullanılmıştır. Orbita kırıklarında rekonstrüksiyon teknikleri kemik duvarların osteotomi ile tekrar şekillendirilmesi, inlay ya da onlay tekniklerle augmentasyon sağlamak, alloplastik

Parsiyel Vermilion Defektlerinin Mukozal Transpozisyon Flebi ile Onarımı

Süleyman Taş

İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

ya da otolog materyallerle defekti kapatmak sayılabilir. Kalvaryum hastalarımızda orbital rekonstrüksiyon için kullanılmamıştır daha çok iliak krest tercih edilmiştir. Kalvarial kemik greftler skarın gizlenebilir olması, postoperatif ağrının az olması ya da olmaması, donör alan deformitesinin olmaması, grefti istenilen şekil ve boyutta tasarlama şansını vermesi gibi avantajlara sahiptir. Bikoronal insizyonun kırık eksplorasyonu için şart olduğu maksillofasyal travma hastalarında rahatlıkla kullanılabilir. Viserokranium kemiklerinde kırıklar olup onarılması için bikoronal insizyon yapılmayan hastalarda kemik greft ihtiyacı iliak krestten sağlanabilir. Kraniomaksillofasyal travmalarda erken dönemde kemik defektin greft ile rekonstrüksiyonu hem kemik volümü sağlayarak deformitenin düzeltilmesini sağlar hem de geç dönemde sentetik bir materyal ile rekonstrüksiyon ihtiyacını azaltmış olur.

Sonuç: 9 hastada takipler sırasında, cilt flebi nekrozu, plak ekspoziyonu, greft ekspoziyonu, minimal yara yeri enfeksiyonu ve apseleşme gibi minör komplikasyonların en az 1'i gözlemlendi. Bu hastaların 3 ü free fibula yapılmış hastalardı. Bunlarda en sık cilt flebinde dolaşım problemleri ve uzun dönem takiplerde plak ekspoziyonu gözlemlendi. 6 hasta greft grubuydu daha az sıklıkla plak ekspoziyonu gözlemlendi. Ön planda akut yara yeri enfeksiyonları vardı. Kraniomaksillofasyal bölgede kemik defektin yeri, büyüklüğü, oluşma etyolojisi, rekonstrüksiyonda kullanılacak kemik materyalin özelliğini belirlemektedir. Dokuyu benzer doku ile onarma prensibinden yola çıkarak, defektlerin otojenik bir kemik materyalle doldurulması iyileştirmeyi hızlandırmaktadır.

Amaç: Dudak hem estetik hem fonksiyonel açıdan yüzün 1/3 alt kısmında bulunan çok önemli bir anatomik yapıdır. Vermilion ise dudağın estetik ve duyuşal fonksiyonu açısından çok önemli subünittir. Travma ya da kanser cerrahileri sonrası, vermilion onarımı da bu önemli özellikler nedeniyle zor ve tecrübe gerektiren bir cerrahiye gerektirmektedir. Yazar, bu makalede, alt dudağın prekanseröz lezyonlarının eksizeyonu sonrası oluşan parsiyel vermilion defektlerinin onarımı için kullandığı mukozal transpozisyon flebi ile ilgili deneyimini, operasyon tekniği, hasta sonuçları ve detaylı literatür tartışması ile birlikte aktarmayı amaçlamaktadır.

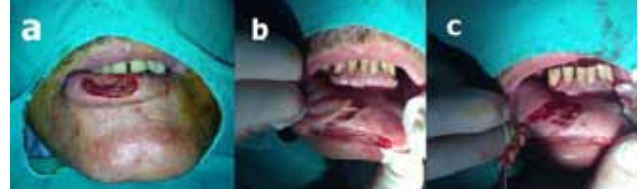
Hastalar ve Yöntem: Punch biyopsi ile prekanseröz lezyon tanısı alan, yaşları ortalaması 45 olan (42-55 yaş), 9 hasta (8 erkek, 1 bayan), lokal anestezi altında tümör eksizeyonu ve tarifiyen teknik ile vermilion rekonstrüksiyonu operasyonu geçirdi. Hastalar 1 yıl süre ile belirli intervallerde takip edildi (postoperatif 7.gün, 1, 3, 6, 12. Ay). Histopatolojik tanıları kayıt edilerek, fonksiyonel ve estetik sonuçları değerlendirildi

Bulgular: Tüm hastalarda fonksiyonel ve estetik açıdan mükemmel sonuçlar elde edilirken, takip süresi boyunca herhangi bir komplikasyon ya da nöks gözlenmedi.

tablo 1

HASTA	YAŞ	CİNSİYET	PATOLOJİ	KULLANILAN KEMİK ÜZÜMLÜĞÜ	KEMİK GREFT DONÖR SAHA	KOMPLİKASYON
1	68Y	BAYAN	MANDİBULAYA İNTRİZE ALT DUDAK BCC	36 MM KEMİK GREFT	İLİAC CREST ÜZERİNDEN	1 YIL SONRA EKSPÖZİSYON
2	45Y	BAYAN	AMELOBLASTİK FİBRİOM	39.57MM	İLİAC CREST ÜZERİNDEN	KOMP YOK
3	25Y	ERKEK	RADİKÜLER KİST	21.15	İLİAC CREST ÜZERİNDEN	KMP YOK
4	61Y	ERKEK	OSTİOPETİT FİBRİOM	15MM	İLİAC CREST ÜZERİNDEN	KMP YOK
5	67Y	ERKEK	ODONTOJENİK KİST	15MM	İLİAC CREST ÜZERİNDEN	KMP YOK
6	27Y	ERKEK	AMELOBLASTOM (MANDİBULA)	42MM	İLİAC CREST ÜZERİNDEN	APSE VE YARA YERİ EKSPÖZİSYONU (3 HAFTA SONRA)
7	72Y	BAYAN	OSTİOMİYELİT ZEMİNİNDE AKTİNOMYSES (MAKSİLLA)	14 MM	İLİAC CREST ÜZERİNDEN	KEMİK GREFTİN YARISI REZOLE
8	22Y	BAYAN	PERRY RİBERG SENDROMU (SAĞ SUPRABİTAL BÖLGE MEDIAL YÜZDE KEMİK DEFİKT)	40MM	SOL PARİETAL BÖLGE	KMP YOK
9	47Y	ERKEK	SOL MANDİBULER KORPUSTA TM	66MM FREE FİBULA	SAĞ FİBULA	1 HAFTA SONRA AĞIZ İÇİNDEKİ FLEP NEKROZ (DİL FLEBİ YARISI) BUNDAN 2 YIL SONRA KEMİK EKSPÖZİSYONU
10	69Y	BAYAN	MANDİBULA ALVEOLDE SCC	60MM	İLİAC CREST ÜZERİNDEN	KMP YOK
11	59Y	ERKEK	SOL MANDİBULA PARASİMFİDE ODONTOJENİK KİST	30.85MM	İLİAC CREST ÜZERİNDEN	KMP YOK
12	56Y	ERKEK	SOL MANDİBULER ANJİULUS	70MM	İLİAC CREST ÜZERİNDEN	CİLTE AKINTI
13	26Y	BAYAN	MANDİBULAYA SİMFİZE YERLEK DEV HC LI GRANÜLOM	40MM	İLİAC CREST ÜZERİNDEN	KMP YOK
14	47Y	ERKEK	TM EKSIZEYONU SONRASI OM	70MM	SOL FİBULA	CİLT FLEBİ NEKROZU
15	69Y	ERKEK	TM EKSIZEYONU SONRASI OM	37.2MM	İLİAC CREST ÜZERİNDEN	KMP YOK
16	79Y	ERKEK	SAĞ MANDİBULA SİMFİZE VE PARASİMFİZE	110MM	SAĞ FİBULA	KMP YOK
17	46Y	ERKEK	KAZANILMIŞ SAĞ SOL KORPUS VE SİMFİZE PARASİMFİZE KAYBI	80MM	SAĞ FİBULA	PLAK EKSPÖZİSYONU
18	47Y	ERKEK	SOL KAMUSTAN SAĞ KORPUS KADAR DEFİKT	100MM FİBULA 20 MM KEMİK GREFT	SAĞ FİBULA (HEM GREFT HEM FLEP ÇİN)	KMP YOK
19	80Y	ERKEK	MANDİBULA SİMFİZE VE PARASİMFİDE SCC	70MM GREFT	KOSTADAN	AĞIZ FLEBİNDE ÖİSİENS
20	51Y	ERKEK	SAĞ BLOW OUT	10MM	SAĞ İLİAC CREST	KMP YOK
21	49Y	ERKEK	FRONTAL SİNUS ANT DUVAR KIRIĞI	20.39	PARİETAL KEMİK	KMP YOK
22	38Y	ERKEK	MAKSİLLA ALVEOL KIRIĞI	18.09 MM	İLİAC CREST	KMP YOK
23	37 Y	ERKEK	FRONTAL KEMİK KIRIK	52.90MM	PARİETAL	KOMP YOK
24	52Y	ERKEK	MANDİBULADA TM	35MM	İLİAC KREST	PLAK EKSPÖZİSYONU
25	39Y	ERKEK	SOL BLOW OUT	17.24 MM	İLİAC CREST	KMP YOK
26	46Y	ERKEK	SAĞ BLOW OUT	24MM	İLİAC CREST	KMP YOK
27	30Y	ERKEK	SAĞ FORNİKSİGOMATİK BUTİRES	15MM	PARİETAL	LATERAL ÇEKİTİ
28	15	BAYAN	SOL MANDİBULER RAMUS	34mm	KOSTADAN	2 YIL SONRA DEFORMİTE TEKRARLADI

Şekil 1



Şekil 1a: Mevcut lezyon, 2mm lik güvenlik marjı ile orbikülaris oris kası korunarak eksize edildi ve 4x2 cm defekt olduğu izlendi, intraoperatif görüntüsü. Şekil 1b: Mevcut defekti onarmak için ağız içi mukozasından planlanan flep insize edildi. Şekil 1c: Planlanan flep, orbikülaris oris kası üzerindeki plandan eleve edildi.

Tablo 1

Hasta No	Yaş	Cinsiyet	Lezyon lokalizasyonu	Tanı	İntraoperatif defekt boyutu
1	44	E	Alt dudak orta hat	Aktinik keilitis	2x2 cm
2	47	E	Alt dudak paramedian	Displazi	4x2 cm
3	41	E	Alt dudak orta hat	Aktinik keilitis	2x1 cm
4	52	E	Alt dudak köşe	Displazi	3x1 cm
5	51	E	Alt dudak orta hat	Aktinik keilitis	4x2 cm
6	48	E	Alt dudak orta hat	Lökoplaki	3x2 cm
7	46	E	Alt dudak paramedian	Aktinik keilitis	4x2 cm
8	42	K	Alt dudak paramedian	Aktinik keilitis	3x1 cm
9	34	E	Alt dudak orta hat	Displazi	2x1 cm

Hastalara ait dermografik ve histopatolojik bilgiler listelenmiştir.

P007

Tam Kat Burun Defektlerinin Nazolabial Perforatör Flep ve Paramedian Alın Flebi İle Rekonstrüksiyonu

Asım Uslu, Mehmet Ali Korkmaz, Abdullah Sürücü, Kamil Manav, Emine Handan Şimşek, Altan Tekin
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Burun yüzün estetik olarak en önemli kısmıdır. Geniş ve tam kat burun defektlerinin rekonstrüksiyonu oldukça zordur. Nazal defektler daha sıklıkla tümör eksizyonu sonrası oluşmaktadır. Ayrıca travma ve yanık gibi etkenler diğer az karşılaşılan nazal defekt nedenleridir.

Hasta ve methot: Haziran 2014 - Haziran 2016 tarihleri arasında 5 hastada, tümör eksizyonu sonrası oluşan ve burun ½ kaudal kısmını içeren tam tabaka defekt, nazolabial bölgeden fasiyal-angular-lateral nazal arter tabanlı perforatör flep ve paramedian alın flebi kullanılarak onarıldı.

Cerrahi teknik: El dopleri kullanılarak defektin lateralinde infraorbital bölge ve bukkal gölgeden fasiyal arter, agular arter veya lateral nazal arterden cilde gelen perforatörler işaretlendi. El dopleri kullanılarak süperior orbital rimde, supratrochlear arter lokalizasyonu işaretlendi. Daha sonra tümör kitleler 1 cm sağlam marjinle tam tabaka olarak eksize edildi. İntraop cerrahi sınırlardan frozen çalışıldı. Frozen sonucu beklenmeden nazal mukoza defektinden hafif büyük olacak şekilde nazal mukoza rekonstrüksiyonu için nazonazal bölgeden perforatör flep planlandı. Flep lateralden mediale doğru ve cilt altında ince cilt altı yağ dokusu içerecek şekilde kaldırıldı. Perforatör damarlar görüldükten sonra, perforatör damar tam isketelize edilmeden etrafta bir mikrar doku bırakılarak, perforatörde gerilme ve kink olmayacak şekilde defekte taşınacak kadar diseke edildi. Flep kendi üzerinde 180 derece ters döndürülerek nazal mukozayı oluşturacak şekilde defekte sütüre edildi. Kıkırdak çatı rekonstrüksiyonu 1 hastada eş seanslı yapılırken diğer hastalarda 2. seansa yapıldı. Daha sonra defekte uygun ölçüde paramedian alın flebi kaldırılarak defekte sütüre edildi. Alın flebi donör alanı supraklaviküler bölgeden alınan tam tabaka deri grefti ile onarıldı. Operasyondan 3 hafta sonra hem flepler inceltildi

hemde konkadadan alınan kıkırdak grefti ile solunum yolunu açık tutacak şekilde nazal iskelet yapı rekonstrükte edildi. Son olarak 3 hafta sonra alın flebinin pedikülü kesildi.

Sonuç: Tüm flepler sorunsuz olarak iyileşti. 2 hastada patolojik tanı SCC (skuamoz hücreli karsinom), 3 hastada tanı BCC (bazal hücreli karsinom) olarak rapor edildi. Tüm hastalarda frozen ve sonraki patolojik incelemelerde cerrahi sınır sağlamdı. Hastalarda ek tedavi ihtiyacı olmadı ve hiçbir hastada nazal pasaj daralmasına bağlı solunum sıkıntısı olmadı. Hastaların hepsinde anesteziye ait morbiditeyi artıracak ek hastalık vardı ve 1 hasta cerrahiden 2 ay sonra MI nedeniyle ex oldu.

Tartışma: Yüzde tümörün en sık görüldüğü bölge burundur. Bu bölge defektlerinin rekonstrüksiyonunda burun kendi cildinden fleplerin yanında daha geniş defektlerde nazolabial, paramedian alın, infraorbital arter tabanlı cilt flepleri gibi flepler kullanılabilir. Fakat özellikle tam tabaka nazal defektlerin rekonstrüksiyonu zorluk arzemektedir. Tam tabaka nazal defektlerin rekonstrüksiyonunda mukoza rekonstrüksiyonu cilt rekonstrüksiyonu kadar önemlidir. Mukoza rekonstrüksiyonunun vasküler olmayan doku ile yapılması sonucu meydana gelen kontraktür, hem burun şeklini bozmakta hem de pasajı daraltmaktadır. Mukoza rekonstrüksiyonu için alın flebi kendi üzerine katlanabilir fakat çok büyük defektlerde alın flebi bu işlem için yetersizdir ve kendi üzerine katlanınca flep çok kalın olur. Diğer seçenek ise mukoza ve septumdan yapılan fleplerdir. Fakat bu mukoza flepleri ufak çaplı defektler için yeterlidir ve donör alanda açık alanlar kalması uzun süre kurut, septum perforasyonu ve pasajın daralması gibi sıkıntılar yaratabilir. Tam tabaka burun rekonstrüksiyonunda son seçenek serbest radial ön kol flebidir. Özellikle yaşlı ve ek hastalığı olan hastalar, uzun süren bu operasyon için uygun değildir ve flebin burun şeklini oluşturacak şekilde dizayn edilmesi zordur ve flep oldukça kabarık olacaktır. Özellikle yaşlı olan ve uzun süren ameliyatlara için morbiditesi olan hastalarda, tam tabaka burun defektlerinin rekonstrüksiyonunda perforatör bazlı nazolabial flep ile mukoza rekonstrüksiyonu ve alın flebi ile cilt rekonstrüksiyonu sağlandı. Eksik olan dokuyu benzeri ile rekonstrükte etmek ilkesine göre burun mukozası için en ideal doku yine burun mukozasıdır. Fakat özellikle geniş defektler için burun mukozası her zaman yeterli olmayacaktır. Bu fleplerle ilgili diğer sıkıntı ise donör alanlarının açık bırakılmasıdır ki buna bağlı uzun süre burunda kurut oluşması, solunum sıkıntısı, septum perforasyonu gibi sıkıntılar yaşanabilir. Bu vakalarda nazolabial bölgeden, flebi besleyen perforatör, flebin defekte yakın kısmında olacak şekilde perforatör tabanlı flep kaldırılarak, flep 180 ters katlanarak defekte sütüre edildi. Hasta grubu yaşlı olması nedeniyle donör alanı primer kapatılacak şekilde geniş ve cilt altı yağ dokusu ince olası nedeniyle ince flepler kaldırıldı. Yine hasta popülasyonu yaşlı olması nedeniyle alın flebide ince olarak kaldırılabilir. Böylece 2 flebin üst üste gelmesi burunda fazla kabarıklık yaratmadı. Nazal iskelet konkal kartilaj grefti ile sağlandı. Bu tekniğin en büyük dezavantajı ise operasyonun 3 seanslı yapılmasıdır. Fakat 1. seans genel anestezi altında yapılırken diğer seansların hepsi sedoanaljezi altında yapılmıştır. İkinci dezavantajı ise flepteki kalınlıktır. Bu nedenle 2. seansa flepler inceltiştir. Sonuç olarak burun ½ kaudal kısmının tam tabaka defektlerinde; burun kenarındaki perforatör flep kullanılarak mukoza rekonstrüksiyonu, konkal kıkırdak grefti ile çatı rekonstrüksiyonu ve alın flebi kullanılarak cilt rekonstrüksiyonu yapılmıştır. Bu şekilde yaşlı ve eşlik eden hastalığı olan kişilerde hem estetik ve hem de fonksiyonel olarak oldukça tatmin edici sonuçlar alınmıştır.

erken postop görüntü



88 yaşında burunda SCC tanısı ile tam tabaka burun defekti nazo-labial bölgeden perforatör flep ve paramedian alın flebi ile rekonstrüksiyon yapılan olgu

Klinik gözlem olarak ven içeren alın fleplerinde postoperatif dönemde daha az kanama ve konjesyon gözlemlendi. Flep kaybı gözlenmedi.

Tartışma: Alında supratroheal arter supratroheal veni takip etmez. Her iki tarafta venin orta hatta uzaklığı farklıdır. Supratroheal ven bir tarafta daha büyüktür. Alın flebi kaybı değişik kaynaklarda % 5'ler civarındadır. Bu vakalarda flebin pedikülü venini daha büyük olduğu taraftan planlanarak

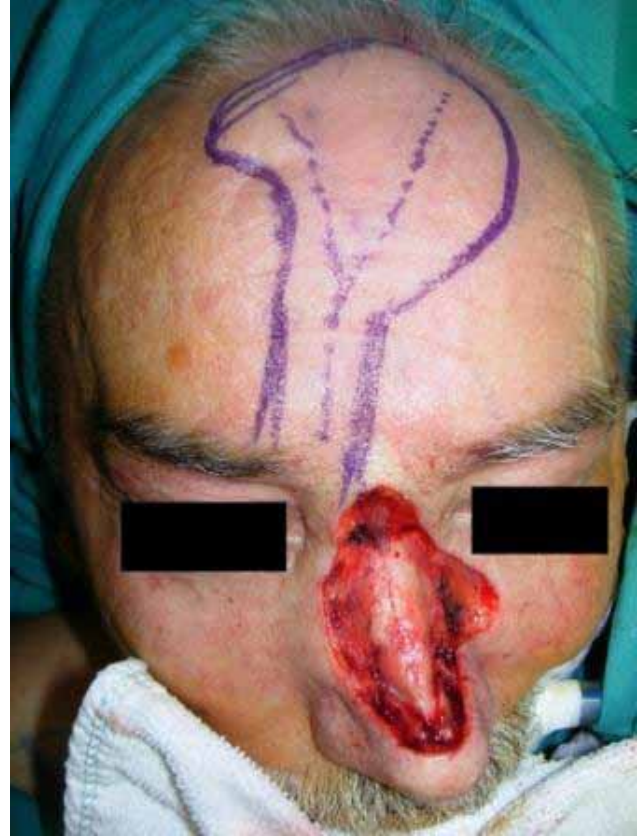
1- Erken postop dönemde görülen konjesyon daha az görüldü

2- Flepte postop daha az kanama gözlemlendi

3- Postop hiçbir flepte kayıp gözlenmedi.

Bu nedenle alın flebi planlanırken venöz yapısında göz önünde bulundurulmasının gerekli olacağı sonucuna vardık.

flep planlanması



P008

Aksiyal Arter ve Ven İçeren Paramedian Alın Flebi

Asım Uslu, Mehmet Ali Korkmaz, Abdullah Sürücü
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cer.

Paramedian alın flebinin orijini ilgili ilk yazılı text Sushrita-Samhita'dır. Klasik Hindistan alın flebi alının orta kısmını ve burada bulunan supraorbital ve supratroheal arteri pedikül olarak içerir. Zaman içinde alın flebinde pedikülün daha ince tutulmasından subkütan pediküllü alın flebine kadar değişiklikler olmuştur. 1,5 cm'yi geçen burun defektlerinde burun dışı dokuya ihtiyaç duyulabilmektedir. Alın flebi neredeyse geniş tüm burun defektlerinde iyi bir alternatiftir. Fakat bu flebin önemli iki dezavantajı; donör alan skarı ve işlemin en az 2 aşamalı olmasıdır. Alın flebi planlanırken hep artere göre planlama yapılmaktadır. Fakat alın bölgesinde venöz yapı arteri her zaman yakından takip etmemektedir. Alın flebi kaybı literatürde oldukça azdır fakat erken dönemde flepte venöz drenaj azlığına bağlı morarma ve kanama önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Hemen her flepte gözlenen konjesyon alın flebindeki kayıp nedeni olarak venöz yetmezliğini düşündürmektedir. Kliniğimizde hem arter ve hem de vene göre planlanmış 11 alın flebi vakası anlatılacaktır.

Hasta ve methot: 8 erkek ve 3 bayandan oluşan 11 hastada nazal defekt rekonstrüksiyonu için arter ve ven içeren paramedian alın flebi kullanıldı. Hastalarda defekt nedeni Bazal hücreli karsinom (8 Hasta) ve Skuamoz hücreli karsinomdu (3 Hasta).

Cerrahi teknik: Tümör eksizyonu sonrası alın flebi planlanırken flep pedikülü venin belirgin olduğu taraftan seçildi. Supratroheal arterin yeri el dopleri ile işaretlendi. Pedikül hem aksiyel arteri ve hem de veni içermiş oldu.

Sonuç: Nazal rekonstrüksiyon 2 aşamada tamamlandı.

P009

**Tümör Cerrahisi Sonrası Yüz
Rekonstrüksiyonunda Submental-Fasyal-
Transvers Servikal Arter Perforatör Flep
Uygulamaları**

Eyüphan Gencel, Cengiz Eser, İbrahim Tabakan,
Erol Kesiktaş, Metin Yavuz
*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif
ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana*

Fasiyal bölgenin alt 1/3 kısmını tutan epidermoid karsinom veya malign melanom gibi cilt tümörlerinin rezeksiyonlarına sıklıkla sentinel lenf nodu veya boyun diseksiyonları eşlik eder. Oluşan defektlerin kapatılmasında damarsal sistemin korunamamış ve doku kaybını büyük olması nedeniyle çoğu zaman lokal flepler yetersiz kalır. Bu nedenle serbest doku nakline ihtiyaç duyulur. Ancak yeterli doku sağlasa da renk uyumu ve getirilen dokuyu şekillendirme amaçlı birçok ek operasyona ihtiyaç duyulur. Bölgesel fleplerden pektoral, trapezius ve latissimus dorsi flepleri eskiden beri güvenle uygulanırsa da, kas fleplerinin uygulamaları sonrasında kozmetik amaçlı inceltme operasyonlarına sıklıkla ihtiyaç duyulur. perforatör flepler uygun kontur, renk uyumu sağlamakla birlikte damar diseksiyonu gerektirmesi ve boyun diseksiyonu sırasında bu damarsal yapıların korunmasını gerektirir. Submental arter1, fasiyal arter2 ve transverse servikal arter3 bazlı ada perforatör flepler bu bölgede kullanılır. Bu sunuda fasyal bölge alt 1/3 defektlerinde 3 farklı perforatör flebin 5 farklı hastadaki kullanımından elde ettiğimiz tecrübelerimiz sunulacaktır. Hastalar epidermoid karsinom ve malign melanom eksizyonları sonrası oluşan ortalama 10x8 cm lik cilt defetlerine sahipti. Perforatör seçimi defekt alan sınırına en yakın perforatör veren ana damar sistem üzerinden el doppleri ile perforatörün tespiti ile başladı. Olgularda submental fasyal ve transverse servikal perforatörler üzerinden flepler hazırlandı. Fleplerin boyutu 8x6 ila 12x8 cm 2 arasında değişmekteydi. Fasyal arterin her ne kadar mandibula üst sınır alanında perforatörlerisınırlı olsada fasyal sinirin arter hattında inferior ark yaparak dönüş alanının superiorunda perforatör tespit edildi. Submental arter perforatör flebinde digastik kasın anterioru kısmen dâhil edildi. Transverse servikal perforatör flep uygulamalarında eşlik eden ven yapıları sadece periarterial venler olması nedeniyle servikal fleplerin ilk 24 saatinde kısmen venöz konjesyon yaşandı. Antikoagülan, baş elevasyonu ve pozisyonlaması dışında hastalara sülük uygulaması yapılmadı. Postoperatif dönemde kanama, hematoma, flep kaybı veya enfeksiyonla karşılaşılma. Submental flepte ödem postoperatif yaklaşık 1 ay sürdü. Boyun diseksiyonunda ana arterial vasküler sistemlerin korunması şartı ile servikal ve submental alandan farklı perforatörler üzerinde kaldırılan fleplerin fasyal bölge alt 1/3 doku kayıplarında güvenle kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

1. Yilmaz M, Menderes A, Barutcu A. Submental artery island flap for reconstruction of the lower and mid face. Annals of plastic surgery 1997;39(1):30-35.
2. Demirseren ME, Afandiyev K, Ceran C. Reconstruction of the perioral and perinasal defects with facial artery perforator flaps. Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS 2009;62(12):1616-1620.
3. Kneser U, Beier JP, Dragu A, Arkudas A, Horsch RE. Transverse cervical artery perforator propeller flap for reconstruction of supraclavicular defects. Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS 2011;64(7):952-954.

P010

**Sinir Grefti İle Fasial Paralizi
Rekonstrüksiyonunda Trikler ve Zorluklar**

Tugba Gün Koplay, Şeyda Güray Evin,
Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun
*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya*

Giriş: Fonksiyonel, estetik ve sosyal problemlere yol açan fasiyal paralizi onarımında pekçok yöntem olmakla birlikte günümüzde dinamik yöntemler, motor kazanım için altın standart haline gelmiştir. Dinamik prosedürlerden en çok tercih edilen seçeneklerden biri olan sinir grefti ile onarımda ise sinir rejenerasyonu ve aktif kas kütlesinin ön görülememesi önündeki engellerdir. Çalışmada, sinir grefti ile fasiyal paralizi rekonstrüksiyonunun başarısını artırmadaki trikler, literatür ve klinik tecrübeler eşliğinde sunulacaktır.

Gereç Ve Yöntem: Çalışmaya 2012-2015 yılları arasında kliniğimizde opere edilen yaş ortalaması 26,8 olan 9 (4 bayan, 5 erkek) hasta dahil edildi. üçü konjenital diğerleri edinsel fasiyal paralizik olan hastalar House and Brackmann' s skalasına göre derecelendirildi. 3 hastada splint, diğerlerinde full, ortalama 16,5cm uzunlukta sural sinir grefti kullanıldı. Kontralateral sağlıklı bukkal dal ile end-to-side anastomoz yapıldı. Paralizik tarafta dört hastada sinir distali tragus anteriorunda yumuşak dokuya işaretlenerek bırakıldı. Bir hastaya ikinci operasyonda free serratus kası ile rekonstrüksiyon yapıldı. Diğer dört hastada intakt dallar ile end-to-end koaptasyon yapıldı. Ortalama 2 yıl EMG, fizik muayene ve videolar ile takip edildi.

Bulgular: Hastalarda takiplerde tama yakın iyileşme gözlemlendi. Bir hastada yaş ve paralizi süresinin uzun olması, sinir rejenerasyonundaki problemler gibi nedenlerle greftte ileti gözlenemedi. En iyi sonuç kas transferi eklenen hasta ile elde edildi. Sural sinir grefti full alınanlarda daha çok olmak üzere donör alanda hissizlik gözlemlendi.

Sonuç: Fasiyal paralizi onarımında altın standart olan dinamik prosedürlerden biri olan sinir grefti uygulanmasında iletinin sağlam taraftan paralizik tarafa taşınması planlanmaktadır. Cerrahi prosedür seçiminde etyoloji, etkilenen dallar, paralizik tarafta intakt sinir olup olmaması önemlidir. Bekleme süresi 24 ay üzerinde olan hastada kasta aktivite yetersizliği sebebi ile kas transferleri de gerekmektedir. Yaş, ek hastalıklar, ilaçlar, beslenme, psikososyal durum, motivasyon sinir rejenerasyonu üzerine etkili faktörlerdir. Sinir greftinin uzunluğu ve içerdiği dal sayısı süre ve sonuç üzerine etkilidir. En iyi sonuçlar, ikinci operasyonda serbest nörotize kas flebi eklenen hastalarda elde edilmektedir. Sinir rejenerasyonundaki problemler ve belirsizlikler fasiyal paralizi rekonstrüksiyonunda da geçerlidir. Cerrahi prosedür tüm bu faktörler değerlendirilerek seçildiğinde başarı şansı artacaktır.

P011**Fasiyal Arter Perforatör Ada Flebi ile Alt Dudak Rekonstrüksiyonu**

Eyüphan Gencel, Cengiz Eser, İbrahim Tabakan,
Erol Kesiktaş, Metin Yavuz
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif
ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Alt dudak rekonstrüksiyonunda kozmetik ve fonksiyonel sonucun üst düzeyde, tek aşamalı operasyonlarla sağlanması hasta memnuniyetine artırmaktadır. Fasiyal arter perforatör flep yaklaşımı fan fleplere¹, nazolabial bölgeden hazırlanan süperior veya inferior bazlı nazolabial ada fleplerine yeni bir yaklaşım getirerek perioral bölgenin onarımında kullanılmaktadır². Fonksiyonel onarım amaçlı kas transferi içeren serbest flepler³ veya lokal fasiyal arter bazlı birçok flep tariflenmiştir.⁴⁻⁶ Fasiyal arter trasesinde ortalama 3 ila 9 arasında değişen perforatör özellikle kommisür lateralinde yer almaktadır. Kommisür devamlılığın korunması ve yeterli sulkus derinliği korunması fonksiyonel kazanımda önemlidir. Fasiyal artere dayalı Fujimori gate flep aynı bölgeden hazırlanan tanımlanmış bir rotasyon flebidir⁷⁻¹⁰. mukozal yetersizlik ve trapdoor deformite görünümü hastaları rahatsız edebilmektedir. Mukoza serbestlemesi¹¹ ve meshleme tekniği⁹ bu amaçla flepte uygulanmıştır. Bu serimizde 4 hastada tam kat alt dudak kayıplarında fasiyal arter perforatör balı nazolabial alandan hazırlanan tam kat içeren flepler kommisür üzerinden hazırlandı. orbikularis oris kas devamlılığı sağlayacak şekilde mukozal kısmı rotasyon yerine baş aşağı ilerletilerek alt dudak rekonstrüksiyonunda uygulandı. Perforatörler el dopleri ile tespit edildi ve kas planı üzerinden diseksiyonla damarsal sistem korundu. Flep hazırlanmasında posterior sınır paraotis kanalı olarak belirlendi. Mukoza asimetrik olarak cilt kısmına göre daha fazla olacak şekilde flebe dahil edildi. Ortalama 3x5 cm 2 lik flepler hazırlandıktan sonra uygun katlarda donör alanın sütürasyonu yapıldı. Venöz konjesyon 1 hastada perforatörün çok iskeletize edilmesine bağlı görüldü. Hastalar ortalama 1 yıl takip edildi. Ödem ortalama 3 ay sürdü. Hastalarda sulkus derinliğinin greft uygulanmasına gerek olmadan sağlandığı görüldü pedikül kesilmesi, kommisüroplasti ve skar revizyon operasyonları yapılmadı. Bu flep dizaynı fujimori gate flebe benzerdir. Ancak fujimori flebindeki kas inervasyonun korunması yerine kas devamlılığını sağlayarak reinnervasyon beklenir. Bir açıdan fasiyal arter muskulomukozal flep¹² ile nazolabial ada flebin uygulanmadaki modifikasyona bağlı sonuçlar sunulmaktadır. fujimori gate flepten farkı kommisür seviyesinin altına inmemesi ve posterior mukozanın geniş bırakılarak sulkusta kullanımı amaçlı baş aşağı rotasyon yerine ilerletilmesidir. vermiondaki onarımının lid swith ve ilerletme flepleri ile çözümlenebilmesi nedeniyle sulkus derinliğini arttırma amaçlı planlanmıştır. Fasiyal arter perforatör bazlı nazolabial cilt alanından tam kat hazırlanan flepler alt dudak rekonstrüksiyonunda özellikle protez kullanan yaşlı hasta grubunda sulkus derinliğine yardımcı olmak amaçlı ilerletme rotasyon yerine ada flep olarak mukozal bölümü baş aşağı ilerletilerek kullanılabileceğini düşünüyoruz. Bunu destekleyici daha büyük serilere ihtiyaç vardır.

1. Nakajima T, Yoshimura Y, Kami T. Reconstruction of the lower lip with a fan-shaped flap based on the facial artery. British journal of plastic surgery 1984;37(1):52-54.
2. Demirseren ME, Afandiyev K, Ceran C. Reconstruction of the perioral and perinasal defects with facial artery perforator flaps. Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS 2009;62(12):1616-1620.
3. Ninkovic M, Spanio di Spilimbergo S, Ninkovic M. Lower lip reconstruction: introduction of a new procedure using a functioning gracilis muscle free flap. Plast Reconstr Surg 2007;119(5):1472-1480.
4. Bayramicli M, Numanoglu A, Tezel E. The mental V-Y island advancement flap in functional lower lip reconstruction.

5. Hills RJ. Innervated musculocutaneous lip flap (Karapandzic technique). The Australasian journal of dermatology 1998;39(3):190-191.
6. Yotsuyanagi T, Nihei Y, Yokoi K, Sawada Y. Functional reconstruction using a depressor anguli oris musculocutaneous flap for large lower lip defects, especially for elderly patients. Plast Reconstr Surg 1999;103(3):850-856.
7. Fujimori R. «Gate flap» for the total reconstruction of the lower lip. British journal of plastic surgery 1980;33(3):340-345.
8. Sari E, Ozakpinar HR, Inozu E, Eryilmaz T, Durgun M, Eker E, Tellioglu AT. Fujimori gate flap: an old flap for reconstruction of lower lip defects due to lower lip carcinoma resection. Kulak burun bogaz ihtisas dergisi: KBB = Journal of ear, nose, and throat 2014;24(3):153-158.
9. Ay A, Aytekin A, Aytekin O. Mucosal meshing technique in lip reconstruction with unilateral gate flap. Plast Reconstr Surg 2004;114(1):147-151.
10. Aytekin A, Ay A, Aytekin O. Total upper lip reconstruction with bilateral Fujimori gate flaps. Plast Reconstr Surg 2003;111(2):797-800.
11. Mavili E, Kayikcioglu A, Gursu G. Modified use of gate flap for the reconstruction of the lower lip. European journal of surgical oncology: the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology 1993;19(4):327-331.
12. Pribaz JJ, Meara JG, Wright S, Smith JD, Stephens W, Breuing KH. Lip and vermilion reconstruction with the facial artery musculomucosal flap. Plast Reconstr Surg 2000;105(3):864-872.

P012**Dil Rekonstrüksiyonlarında Radyal Ön kol Flebinin Kullanımı**

Engin Yosma, Tekin Şimşek, Gökhan Akkök
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik
Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Dil kanserleri en sık görülen intraoral kanserlerdir ve bu kanserlere yönelik uygulanan onkolojik cerrahi sonrası oluşan dil, ağız tabanı defektleri nedeniyle rekonstrüktif cerrahide önemli bir yere sahiptir. Gelişen mikrocerrahi yöntemler ile birlikte serbest doku transferleri dil rekonstrüksiyonu başta olmak üzere intraoral kavite rekonstrüksiyonlarında sıkça tercih edilmektedir. Özellikle uygulanan hemiglossektomi veya glossektomi sonrasında oluşan geniş defektlerin rekonstrüksiyonunda serbest flepler tercih edilmelidir ve günümüzde en sık tercih edilen serbest flepler radyal ön kol flebi ile anterolateral uyluk flebidir. Serbest radyal ön kol flebi; flebin inceliği, esnekliği, kolay dizayn edilebilirliği, uzun pedikülü, düşük morbiditesi ve yutma konuşma gibi fonksiyonlardaki düzelme göz önünde bulundurularak dil rekonstrüksiyonu vakalarında kliniğimizde ilk tercih olarak kullanılmaktadır. Çalışmamıza son iki yıl içinde preoperatif dil kanseri tanısı almış 9 erkek, 6 kadın toplam 15 hasta dahil edilmiştir. Hastaların tamamına cerrahi rezeksiyon ve boyun diseksiyonu sonrası serbest radyal ön kol flebi ile dil rekonstrüksiyonu uygulanmıştır. Dil kanserleri sonucu oluşan intraoral kavite rekonstrüksiyonu olguları onkolojik ve rekonstrüktif cerrahi başta olmak üzere genellikle multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Bu çalışmamızda klinik olarak dil kanseri sonucu oluşan intraoral kavite defektlerine yaklaşımımızı ve ilk tercih olarak kullandığımız radyal ön kol flebi ile rekonstrüksiyon sonuçlarımızı paylaşmaktayız.

P013

Yanak ve Parotis Bezinde Multifokal Myoperisitoma

Özgür Agdoğan¹, Engin Başer², Hasan Dindar³,
Fatih Burak Efeoğlu³

¹Edirne Kamu Hastaneler Birliği, Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Edirne

²Edirne Kamu Hastaneler Birliği, Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Edirne

³Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Şanlıurfa

Giriş: Myoperisitoma perivasküler myoid hücrelerden kaynaklanan nadir görülen benign bir tümördür. Dermis, deri altı ve yüzeyel yumuşak dokudan kaynaklanır. Ekstremiteler uç bölgeleri, baş boyun ve gövde de görülürler. Ayırıcı tanısında histolojik bulgular ve immünohistokimyasal yöntemler ile yapılabilir. Aynı anatomik alanda multifokal olarak görülebilir. Rekürrensi nadirdir. Cerrahi eksizyon ile tedavisi yapılır.

Olgu: 67 yaşında kadın hasta sol yanağında 8 yıldan beri var olan bir şişlik ve ağrı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Yavaş yavaş büyümeye başlamış. Yapılan muayenesinde sol yanakta 5x6 cm lik cilt altında derin düzenli sınırlı palpabl kitle belirlendi. Boyunda LAP saptanmadı. Sağ yanakta ve submandibuler glandlarda ve oral bölgede patolojik bulgu gözlenmedi. Özgeçmişinde DM ve obazite mevcuttu. Travma, enfeksiyon ve otoimmün hastalık hikayesi yoktu. Baş boyun BT de sol yanakta parotis üst bölge komşuluğunda ve yüzeyel parotis glandı içinde ve kitlenin komşuluğunda 12 mm'lik bir kitle daha görüldü. Yüzeyel parotidektomi ile birlikte her iki kitle de diske edilip eksize edildi. Her iki kitle de myoperisitoma şeklinde rapor edildi. Aynı alanda multifokal myoperisitoma tanısı konuldu.

Tartışma: Myopersitoma çok nadir görülen bir tümördür ve yakın zamanda perivasküler myoid hücrelerden kaynaklandığı tanımlanmıştır (1,2). İlk olarak Granter tarafından tanımlanmış ve 1998'de de Dünya Sağlık Örgütü tarafından yumuşak doku sınıflandırması içinde perivasküler tümör alt grubu olarak sınıflandırılmıştır (1,3). Cerrahlar ve patologlar tarafından zor tanı konulan bir tümördür. Myoperisitomalar, hemanjiyoperisitoma, anjiyoleomyoma, soliter fibroz tümör, myofibroma, myoepitelyoma, glomus tümörü gibi geniş spektrumlu büyüme paternleri içinde gösterilir. Myoperisitoma benign, yavaş büyüyen nodül şeklinde ve nadiren de ağrılı olan bir tümördür. Genellikle 2 cm'yi geçmez ve nadiren de malign dönüşüm sergilediği görülmüştür (1,5). Ve sıklıkla eksizyondan sonra tekrarlamaz (1,4). Fakat birkaç lokal rekürrens vakası rapor edilmiştir. Histopatolojisinde; ince duvarlar ile çevrili vasküler kanallar ile ilişkili konsantrik bir düzen içinde iğ şekilli görünümüne myoid hücreler görülür. Bu neoplastik hücreler immünohistokimyasal olarak SMA, CD 34 ve bcl-2 ile kuvvetli ve diffüz pozitifler. Ancak keratin, epitelyal membran antijen, desmin, S-100 protein, HMB-45, Melan-A, CD 31 ve kromogranin ile de negatifler (6,7,8).

Parotis glandından kaynaklı myoperisitoma, hemanjiyoperisitoma ve myoepitelyomadan ayrılabilir, çünkü bu tümörler benzer histolojik bulgulara sahiptirler ve parotis glandında nadir görülürler (6). Histolojik ve immünohistokimyasal olarak ayırıcı tanıya gidilir. İngiliz dili literatüründe dünya genelinde parotis kaynaklı myoperisitoma vaka sayısının sadece dört tane olduğu belirtilmiştir (14). Genellikle iyi sınırlı, yavaş büyüyen ve ağrısız kitleler şeklindedirler. Bazen ağrılı da olabilirler.

Sonuç: Myoperisitomalar nadir görülürler. Hem patologlar hem de cerrahlar tarafından az bilinir ve görülürler. Aynı alanda multifokal olarak da nadiren tespit edilebilir. Cerrahi eksizyon gerektirirler. Rekürrensi nadirdirler. Malign özellik kazanmaları ve uzak metastaz yapmaları çok nadirdir. Takip gerektirirler. Özellikle parotis glandından kaynaklı myoperisitomalar çok nadir görülürler.

resim 1



Sol yanakta ve parotiste kitle. Perioperatif görünüm.

P015

Hatalı Botulinum Toksin Tip A Uygulaması Sonucu Kazanılmış Kalıcı Blefaropitozis

Özgür Agdoğan¹, Tuğba Dindar²

¹Edirne Kamu Hastaneler Birliği, Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Edirne

²Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

Giriş: Üst göz kapağının düşüklüğü blefaropitozis olarak tanımlanır. Üst göz kapağının alt sınırı pupilla ile korneoskleral bileşke arasındaki mesafenin ortasında olmalıdır. Yada limbus üst sınırını 1-2 mm örtmelidir. Gerçek pitozis levator palpebra süperior kası, levator aponöroz ve müler kasının fonksiyon bozukluğundan kaynaklanır. Psödopitozis ise göz kapağının levator kompleksinden bağımsız olarak olması gereken yerden daha aşağı pozisyonda olmasıdır. Pitozis nedenleri; konjenital ve edinsel olabilir. Konjenital olarak levator kasında anomali, travmatik, myojenik, nörojenik ve mekanik olabilir. Pitozis ve levator fonksiyonu sınıflandırılır. 2-3 mm pitozis var ise hafif, 3-5 mm pitozis var ise orta ve 5mm' den fazla pitozis var ise şiddetli pitozis olarak değerlendirilir. Levator fonksiyonu 10-15 mm ise iyi, 6-9 mm ise orta ve 5 mm' den az ise kötü levator fonksiyonu olarak değerlendirilir. BotulinumtoksintipA; hiperhidroztedavisinde, blefarospazm, strabismus, servikal distoni, tortikollis, akalazy, sinkinezi, oddi sfinkteri spazmı, üst ekstremitelerde spastisitesinde, kronik migrende ve kozmetik uygulamalarda endikedir. Myastenia Gravis, Lambert-Eaton Sendromu, aminoglikazid grubu antibiyotik kullanımı, gebelik ve emzirme gibi durumlarda botulinum toksin tip A uygulaması kontrendikedir. Uygulamalarda doz aralıklarına ve miktarlarına, maksimum dozu aşmamaya, uygulama periyotlarına ve IV enleksiye yapılmamasına dikkat edilmelidir.

Olgu: 38 yaşında kadın hasta sağ üst göz kapağının düşüklüğünden tarafımıza başvurdu. 2 yıl önce sol üst göz kapağının çok hafif düşüklüğünü fark etmiş. Sonrasında internetten araştırmış ve dış merkezde uzman hekimi olmayan bir merkeze başvurmuş. Kendisine bu hafif düşüklüğün botulinum toksin tip A uygulanması ile giderileceği anlatılmış. Hasta ikna olmuş. Ve yüksek dozda 4 seans botulinum toksin tip A uygulanmış. Sonrasında kapak düşüklüğünün geçmediğini ve tamamen düştüğünü görmüş. Artık hiç kaldıramaması üzerine tarafımıza başvurdu. Yapılan muayenesinde sağ üst göz kapağının total pitotik olduğu görüldü. Levator fonksiyonu hiç yok idi. Botox etkisinin var olabileceği düşünülerek hasta 6 ay sonra tekrar kontrole çağrıldı. Hastanın bilinen kronik bir hastalığı yok idi. Geçirmiş bir operasyon ve hastalık öyküsü yok idi. Hastanın hikayesinden anlaşıldığı kadarı ile hafif blefarospazmının olduğu tahmin edilmektedir. Bu tanı konulmadan ve düşünülmeden uygulama yapılmıştır. Hastaya tensor faysa latadan alınan strip ile frontal kasa askı işlemi uygulandı. Sağ üst göz kapağını kaldırabildiği ve kapatabildiği görüldü. Tam fonksiyonel kazanç elde edildi. Diğer göz kapağı ile simetrisi de sağlandı.

Tartışma: Pitozis ve levator fonksiyonu şu şekilde sınıflandırılır: 2-3 mm pitozis var ise hafif, 3-5 mm pitozis var ise orta ve 5mm' den fazla pitozis var ise şiddetli pitozis olarak değerlendirilir. Levator fonksiyonu 10-15 mm ise iyi, 6-9 mm ise orta ve 5 mm' den az ise kötü levator fonksiyonu olarak değerlendirilir. Cerrahi seçenekler arasında; levator fonksiyonu iyi ve pitozis hafif ise plikasyon, kısaltma veya levator kasının ilerletilmesi işlemi yapılır. Levator fonksiyonu iyi ve pitozis orta ise levator plikasyonu veya levator ilerletmesi yapılır. Pitozis şiddetli ise levator ilerletmesi uygulanır. levator fonksiyonu orta ve pitozisin derecesi ne olursa olsun levator ilerletmesi yapılır. Fakat levator fonksiyonu zayıf ve pitozisin derecesi ne olursa olsun frontal kasa askı yöntemi uygulanabilir. Pitozis cerrahisinin en sık komplikasyonu yetersiz düzeltmeye bağlı asimetridir. Aşırı düzeltme nadir görülür ve lagofthalmus ile sonuçlanabilir. Botulinum toksin tip A' nın yan etkileri; gribe benzer sendrom, kas ağrıları ve güçsüzlüğü, disfaji, baş ağrısı, baş dönmesi, ateş-titrete, hipertansiyon, diyare, abdominal ağrı, lokal ödem ve kızarıklık, uyuşukluk olabilir (2,8). Botulinum toksin tip A' ya allerjik reaksiyon, göz kapağı düşüklüğü, kaş düşüklüğü, fasyal asimetri ve uzak sistemik reaksiyonlar gelişebilir (8). Botulinum toksin tip A' nın yan etkileri genellikle toksinin difüzyonu ve lokal etkiler ile karakterizedir. Botulinum toksini uygulamasına bağlı yan etkiler çeşitli kaynaklarda %22-73 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. Görülen başlıca yan etkiler 1-4 hafta sürebilen, pitoz, diplopi, görme bulanıklığı, göz kuruluğu ve göz kapağında ekimozdur. Ancak yan etkilerin lokal ve gecici olduğu bilinmektedir. Daha önce yapılan bir çalışmada, pretarsal uygulamada tedavi sırasında orbital enjeksiyona kıyasla daha çok ağrı olduğu ve enjeksiyon bölgesinde daha fazla ekimoz gözleendiği ancak pitoz ve diplopiye rastlanma sıklığının daha az olduğu bildirilmiştir (13,14,15). Orbital ve periorbital kasların spazmodik istemsiz ve zorlu kasılması ile ortaya çıkan bir distoni olan blefarospazm ve tek taraflı yüz kasları ile nasolabial sulkus çevresindeki kasların istemsiz kasılmasına sebep olan hemifasiyal spazm, iki önemli fasyal diskinezidir. İki hastalık grubunda da ilk tedavi seçeneği botulinum toksin-A (BTA) enjeksiyonudur. (13,16) Blefarospazmda, ışığa hassasiyet ve göz kuruluğu sık eşlik eden bulgulardır. Kasılarak kapanan göz kapağı fonksiyonel körlüğe yol açabilir. Bir seansta her bir göze 15-20 IU Botox®, 45-60 IU Dysport® uygulanır. En sık ortaya çıkan yan etkiler pitoz, lokal hematoma, göz yaşarmasıdır. Önerilen maksimum total doz 300-400 IU arasındadır. 3 aylık periyotta 400 IU' dan fazlası verilmez. Yanlışlıkla IV enjeksiyon sistemik bir soruna neden olmaz. Reaksiyon gelişirse Tip-I reaksiyon gelişir. Letal dozun 70 kg ağırlığındaki bir insan için 2800 IU civarında olduğu belirtilmiştir ve estetik botulinum toksin uygulamasıyla

herhangi bir ölüm bildirilmemiştir (12,18,19,20,21).

Amaç: Bu çalışmamızdaki amaç; uzman hekimler dışında yetkisi ve ehli olmayan kişiler ve merkezler tarafından hatalı botulinum toksin tip A uygulamaları sonucu doğabilecek olumsuz ve kalıcı hasarları sizler ile paylaşmak istedim. Botulinum toksin tip A uygulamasının basit bir işlem olmadığı, uzman hekimler tarafından yapılması gerekmektedir. Uygulamadan önce detaylı muayene edilmelidir ve doğru tanı konulmalıdır. Hatalı ve bilgisizce uygulamalar sonucunda edinilmiş kalıcı pitozis gibi ciddi hasarlarında olabileceği hatırlanmalıdır. Hatalı bölgelere uygulanması, yanlış enjeksiyon teknikleri ve doz önerileri dışında yapılan tedaviler sonucu komplikasyonlar karşımıza çıkabilir.

resim 2



Pentagonal tekniğe uygun çizim ve görünüm. Perioperatif görünüm.

P016

Alın Fleplerinde Vasküler Güvenilirliği Arttırmada 'Delay' Prosedürü Kullanımı

Özlenen Özkan, Sinem Çilingir, Mehmet Can Ubur, Serkan İlhan, Onur Oğan, Ömer Özkan
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Antalya

Amaç: Alın flepleri yüz orta hattı rekonstrüksiyonunda renk ve uyum açısından en çok tercih edilen flepler olarak bilinirler. Başarısızlık oranı literatürde düşük de olsa (%1) 'bazen flep sadece bir flep'tir ve karşılaşılan problemlerden birisi de rotasyona bağlı flepte gelişen venöz dönüş yetersizlikleri olabilir. Alın flebi orta yüz defektleri ve orbital defektleri doldurmak için ideal bir seçenek olsa da, flep boyutlarının kısıtlı olması geniş defektlerin rekonstrüksiyonunda zorluklar oluşturmaktadır. Anjiozom alanının dışına taşmanın flebin kanlanmasıyla yaratabileceği beslenme problemlerinin aşılması için "delay" prosedürü uygulanarak flebin daha büyük boyutlarda kaldırılabilmesi, hatta daha

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

38. Ulusal Kurultayı

önceden alın flebi başka bir nedenle kullanılmış hastalarda bile delay prosedürü kullanılarak alın flebinin anjiozomu dışına uzatılarak tekrar kaldırılabilirliğini düşünüp, rekonstrüksiyon yaptığımız ve başarılı sonuç aldığımız 3 olgumuzu paylaşmayı amaçlıyoruz.

Gereç Ve Yöntem: Bu amaçla Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Servisi'ne 2015-2016 yılları arasında başvurmuş olan 3 vakayı inceledik.

Vaka 1. İlk vakamız 74 yaşında erkek, 2011 yılında bazal hücreli karsinom (BCC) tanısı konmuş bu nedenle hastanemizde lezyonun eksizyonu sonrası cerrahi sınırların temiz gelmesiyle sol supratrochlear arter trasesi üzerinden planlanan alın flebiyle burun rekonstrüksiyonu gerçekleştirilmiştir. Hasta Temmuz 2015 yılında tekrar polikliniğimize başvurmuş, burun sol kanadında ve tabanda 2.5 cm çaplı ülser yeni oluşan lezyondan insizyonel biyopsi alınmıştır. Patoloji raporunda nüks BCC çıkan hastaya Eylül 2015 tarihinde genel anestezi altında burun sol nostrum girişinden başlayarak septumu içeren, sol alar kanattan sol infraorbital alana kadar uzanan 1 cm cerrahi marjinle eksizyon yapılmıştır. Örnekler patolojiye gönderilmiş ve açık kalan bölge pansumanla kapatılmıştır. Patoloji sonucunda cerrahi sınırların pozitif gelmesi üzerine hastaya Eylül ayında 2 kez daha sınır genişletme yapılmıştır. Kasım 2015'te cerrahi sınırların temiz gelmesi üzerine genel anestezi altında sağ supratrochlear arteri içeren 11x8 cm'lik alın flebi delay prosedürüne bırakılmıştır. Delay prosedürünün üç haftayı tamamlanmasını takiben flep, hastanın burun doku defektindeki sağ ve sol marjin ve septal marjin genişletilerek, tekrar kaldırılmış ve doku defektine inset edilmiştir. Flep donör sahası sağ uyluktan alınan 8x7 cm'lik STSG ile onarılmıştır. 5 haftanın tamamlanmasıyla Aralık 2015 sonlarında, hasta genel anestezi ile alınarak flebin proksimal ve distal bölgesi ayrılıp rekonstrüksiyon tamamlanmıştır.

Vaka 2. İkinci hastamız 55 yaşında erkek, 2016 yılında sol medial kantustaki 3x2 cm ülserle lezyon sebebiyle dış merkezde yapılmış biyopsi sonucunda BCC tanısı almış, Mayıs 2016 tarihinde genel anestezi altında kitlenin 0,5 cm cerrahi marjinle eksizyonu yapılarak çıkarılan örnek patolojiye gönderilmiş, eş seanslı sağ supraorbital arteri içeren 10x5 cm boyutlarında alın flebi delay prosedürüne bırakılmıştır. Patoloji sonucunun çıkmasıyla 3 haftasını tamamlayan delay prosedürüne bırakılmış olan flep, hastanın doku defektindeki inferior marjin genişletilerek, tekrar kaldırılmış ve doku defektine inset edilmiştir. Flep donör sahası sağ uyluktan alınan 4x4 cm'lik STSG ile onarılmıştır. Temmuz 2016 başında, hasta sedasyon altında alınarak flebin proksimal ve distal bölgesi ayrılıp rekonstrüksiyon tamamlanmıştır.

Vaka 3. Son hastamız 60 yaşında erkek, 2011 yılında burundaki lezyona BCC tanısı konmuş, kitlenin eksizyonu sonrasında sağ supratrochlear tabanlı alın flebi, cilt adası, alın sol supratrochlear arter anjiozomuna da uzanacak şekilde total burun rekonstrüksiyonunda kullanılmıştır. Aralık 2015'te sağ göz medialinde 1 cm'lik ülserle yeni oluşmuş lezyon nedeniyle başvuran hastadan lokal anestezi altında insizyonel biyopsi alınmıştır. Patoloji sonucunda BCC gelen hastaya kitlenin derinliği açısından çekilen manyetik rezonans görüntüleme sağ medial kantusta 5 mm'lik invazyon saptanmış, hasta genel anestezi altında kitle eksizyonu gerçekleştirilip oluşan defekt pansumanla takip edilerek patoloji sonucu beklenmiştir. Patoloji sonucu negatif cerrahi sınır gelmesi üzerine sol supratrochlear arteri içeren frontoparietale uzanan 10x4 cm boyutlarında alın flebi delay prosedürüne bırakılmıştır. Delay prosedüründe 2 haftasını tamamlayan flep, hastanın doku defektindeki medial marjin genişletilerek, tekrar kaldırılmış ve medial kantale bölgede oluşan 4x3cm boyutunda defekte inset

edilmiştir. 3 haftanın tamamlanmasını takiben Temmuz 2016'da, hasta sedasyon altında alınarak flebin proksimal ve distal bölgesi ayrılıp rekonstrüksiyon tamamlanmıştır.

Bulgular: Vakalarımızda hiçbir seansta hematoma, enfeksiyon, vasküler yetmezlik ve reverse pediküllü flepte sık görülen komplikasyonlardan biri olan venöz dönüş sıkıntısı gözlenmedi. Sadece flep planlanmasında anjiozom dışına çıkmamıza bağlı olarak her vakada gözlemlediğimiz delay prosedürü sonrasında erken postop dönemde venöz yetmezlik oluşmuş olup, her hangi birinde flep kaybı veya parsiyel flep nekrozu gelişmemiştir.

Sonuç: Orta yüz hattında ortaya çıkan BCC tanılı kitlelerin rekonstrüksiyonu yapılırken cerrahi sınırların tümörden temiz olması durumunda dahi hastalığın tekrarlama ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır. Öyle ki bu ihtimal dahilinde ileride ikinci bir kurtarma operasyonuna engel olmayacak şekilde rekonstrüksiyon planlanmalıdır. Bu bağlamda alın flebi planlanırken orta hattın diğer tarafına geçilmemesine özen gösterilmesi gerektiği literatürde yer almaktadır. Bu şekilde rekonstrüksiyon hikayesi olan ancak nüks ile gelen hastalarda ve geniş flep ihtiyacı olan hastalarda delay prosedürü kullanılarak, anjiozomların dışındaki boyutlarda, supraorbital, supratrochlear arter alanlarından alın flepleri kaldırılabilirliği akılda bulundurulmalıdır. Böylelikle daha önce operasyon geçirmiş hastalarda ve geniş defekti bulunan hastalarda, orta yüz hattı doku defektlerinin rekonstrüksiyonu açısından bu çok sık kullanılan flep çeşidi için halen kullanım şansı olmaktadır.

Alın Flebi Olgusu



Hasta B.K. 60 yaşında BCC tanılı erkek. Alın Flebi; Preop, İntraop, Erken ve Geç Postop

P017**Total Maksillektomi Defektlerinde Serbest Anterolateral Uyluk Flebi İle Birlikte Kemik Grefti İle Onarım**

Özlenen Özkan¹, Serkan İlhan¹, Mehmet Can Ubur¹, Neslihan Yaprak², Alper Tunga Derin², Ömer Özkan¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Cerrahi Ana Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Cerrahi Ana Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Maksilla ile ilişkili tümörlerin çıkarılması sonrası kompleks dört boyutlu, fonksiyonel ve estetik açıdan sorun teşkil edecek ciddi defekt ile (total maksillektomi ya da orbitomaksillektomi defekti) karşılaşmaktayız. Damağın yokluğunu eşlik ettiği defektler sonucu oral beslenme ve konuşma problemleri ortaya çıkmaktadır. Orbita tabanını içeren defektlerde enoftalmus ve diplopi ile karşılaşılabilir. Amacımız total maksillektomi ve orbita tabanını içeren defektlerde serbest anterolateral uyluk fasyokutan flebi ile birlikte iliak kemik grefti ile rekonstrüksiyon yaptığımız iki vakayı sunmak ve tecrübelerimizi aktarmaktır.

Yöntem-Gereçler: Bu hasta grubunda tümörün çıkarması sonrası tek bir doku içeren serbest flep olarak anterolateral uyluk(alt) flebi ve iliak krista kemik grefti ile 2016 yılı içinde rekonstrüksiyon yaptığımız 2 vakayı sunmak yaşadığımız zorluklar ve alt flebinin getirdiği kolaylıkları tartışmayı amaçlıyoruz.

Vaka 1: 66 yaşında erkek hasta sağ maksiller sinüs anterior, medial ve lateral duvarını ve sağ maksilla alveolar arkını destrukte eden, nazolakrimal kanala orta seviyede komşu kitle nedeniyle total maksillektomi ve orbita taban kemiği ve nazolakrimal kanal eksizyonu ve seviye 1-5 boyun diseksiyonu yapılan hastaya tarafımızca iliak kemikten alınan kemik grefti orbita taban kemiği rekonstrüksiyonu ve anterolateral uyluk fasyokutan flebi ile maksilla ve sağ damak yarısının rekonstrüksiyonu planlanmıştır. Tümör eksizyonu sırasında eşzamanlı olarak alt flebi kaldırılmaya başlanmış ve eksizyon ile eşzamalı flep kaldırılması tamamlanmıştır. 1 adet septokutan perforan üzerinden 32 *14 cm cilt adalı flep kaldırılmıştır. Frozen sonuçlarının temiz gelmesi üzerine iliak kemik grefti alınmış orbita tabanı oluşturulmuştur. Alıcı damar olarak superficial temporal arter ve ven hazırlanmıştır. İlk vakada cilt adasında defekt olmadığından maksillektomi alanı dolduracak kısım dezepitelize edilmiştir. 1 arter ve 1 ven anastomozu yapılmıştır. Flep takibi ağız içinden yapılmıştır.

Vaka 2: 60 y erkek hasta aralık 2015 te maksillada kitle nedeniyle dışmerkezde opere edilen patolojik incelemesi iyi diferansiye epidermoid kanser genelde ve nüks sonucu hastanemize başvuran hasta 3 kez kemoterapi ve 35 gün radyoterapi sonrası yapılan pet bt sinde sol maksiler sinüsün tamamını dolduran superiorda orbita tabanına, anteriorda cilt altına uzanan, posteriorda maksiller sinüsü erode eden 5,5*5,2 cm lik hipermetabolik kile saptandı. Maksillektomi ve orbita taban kemiği eksizyonu yapılan hastaya eşzamanlı 32*12 cm cilt adalı bir adet muskulokutan perforan üzerinden flep kaldırıldı. Frozen sonucu sonrası iliak kemik grefti ile orbita tabanı oluşturuldu. Medialde burun tabanına, orta hatta damağa ve oral mukozaya inseti yapıldı. Alıcı damar olarak superficial temporal arter ve ven hazırlandı ve anastomoz yapıldı.

Bulgular: İlk vaka da flebin ağırlığı nedeniyle minimal lagoftalmus gelişmiş ve suni göz yaşı ve gece göz kapama ile hasta postop radyoterapi almak üzere 17.

Günde salah ile taburcu edilmiştir. İkinci vakada ilk vakada yaşadığımız lagoftalmusu önlemek ve takibi kolaylaştırmak için alt göz kapağı kısmına 5*1 cmlik monitor cilt adası yerleştirildi. Böylelikle gevşek kapama ile bulky flep dokusuna baskı da azaltılması planlandı. Postop lagoftalmus ile karşılaşılmadı. Ancak takiplerinde yara enfeksiyonu dikiz hatlarında ayrışma ve damağı oluşturan cilt adasında parsiyel nekroz ile karşılaşıldı. Estetik açıdan dış görünüşü hastayı memnun etse de parsiyel flep kaybı sonucu nazone konuşma ile karşılaşıldı. Her iki vakada da kemik grefti canlılığında bir sorun yaşanmamış olup; postop hastalarda diplopi ya da enoftalmus ile karşılaşılmadı.

Sonuçlar: Anterolateral uyluk flebi güvenli, uzun bir pediküle sahip yeterli hacim ve uzunluk sağlayabilen, geniş defektler için uygun bir seçenektir. Aşırı kilolu hastalarda flep bulky olsa da, postop radyoterapi alması planlanan ileri evre hastalarda radyoterapi sonrası flep hacminde küçülme olmaktadır. Muskulokutan fleplere göre donör saha morbiditesi daha azdır. İnseti osteokutan fleplere göre kolay olup operasyonel süre tecrübelerimizce daha kısadır. Anterolateral uyluk fasyokutan flebi ileri evre, postop kemoradyoterapi planlanan cerrahi sonrası geniş defekti oluşacak dış beklentisi olmayan hasta grubunda iyi kan akımı sağlayan güvenli bir seçenektir.

vaka 2

vaka 2: 1) eksize edilen kitle 2) eksizyon sonrası defet 3)inset aşaması 4) dezepitelizasyon ve monitor cilt adası 5) Flep 6) erken postop

P018

**Youtube İzleyerek Evde Tıbbi Girişim
Yapanların Faciaları: Tahta Zımparası ile
Evde Dermabrazyon!**

Mehmet Sürmeli, Funda Aköz Saydam,
Yunus Doğan, Salih Onur Basat
İstanbul Bağırcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Medikal dermabrazyon uygulamaları için farklı metodlar tanımlanmıştır. Bunlar arasında en sık kullanılanlar dermabrazyon başlıkları ile kullanılan yüksek tork üreten motorlu sistemler ve mikrodermabrazyon setleridir. Ancak literatürde manuel zımpara kağıdı kullanımı ile ilgili birçok tıbbi yayın da bulunmaktadır. Sosyal medya ve dijital bilgi ortamlarının her zaman doğru bilginin kaynağı olarak görülmesi günümüzde yaşanan bir çok garip olayın kaynağı olabilmektedir. 35 yaşında erkek hasta kliniğimize alın bölgesinde geçmişte oluşan derin 2. Derece haşlanma yanığına sekonder yanık skarı zemininde enfekte abrazyon lezyonu ile başvurdu. Hastanın hikayesinde bir forum sitesinde skar tedavisinde dermabrazyonun kullanıldığını öğrendikten sonra Youtube'de "evde nasıl dermabrazyon yapabilirim?" diye arama yapıp çıkan videolarda zımpara kağıdı ile dermabrazyon yapılma videosunu izleyip evde kendi kendine zımpara kağıdı ile non-steril ortamda dermabrazyon yapma sonrası oluşan ülsere lezyon nedeniyle başvurmuştur. Hastanın yüzeysel enfekte lezyonu lokal anestezi altında temizlenmiş ve uygun antibiyotik tedavisi verilmiştir. Toplumun bilgi almasında önemli yer tutan forumlar ve büyük video veritabanı-arama motoru sitelerinde özellikle tıbbi konularla ilgili bilgilerin belirli uyarılarla birlikte verilmesi bu tip istenmeyen durumların ortaya çıkmasını en aza indirecektir.

Zımpara ile dermabrazyon



Yanık skarının hasta tarafından zımpara ile dermabrazyonu sonucu oluşan lezyon

P019

**Parotis Asinik Hücreli Kanserin Geç
Dönem Uzak Cilt Metastazı**

Ahmet Demir, Emrah Kağan Yaşar,
Murat Şahin Alagöz
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kocaeli

Tükürük bezi kanserleri tüm baş boyun kanserlerinin yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır. Tükürük bezi kanserlerinden Asinik Hücreli Kanseri (AHK) nadir görülmektedir ve tümör bezi kanserlerinin yaklaşık %1-6'sını oluşturmaktadır. En sık Parotis bezinden köken alır (~%90) ve bilateral olarak seyredebilmektedirler. Çoğunlukla yavaş seyirli ve ağrısız bir kanserdir. Her ne kadar AHK nadir görülen bir kanser olsa da lokal nüks eğilimindedir. Çok nadiren de olsa uzak metastaz yapması söz konusudur. Metastaz yaptığı takdirde akciğer ve pankreas çoklukla tutulum alan organlardır. Bu bildiride AHK tanısı nedeni ile opere olmuş ve onkolojik tedavi almış olan bir hastanın tedavisinden yaklaşık iki yıl sonra AHK'nın cilde olan uzak metastazını sunmaktayız. Böyle bir durumda akılda tutulması gereken AHK tanısı ve tedavili hastaların geç dönem cilt lezyonlarında ayırıcı tanıda AHK'nın uzak metastazının da yer alması gerektiğidir.

P020

Dev Servikal Lipom

Arda Küçüküven, Mert Çalış, Figen Özgür
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Ankara

Giriş: Lipomlar matür yağ hücrelerinden oluşan ve benign yumuşak doku neoplazmalarının %50'sini oluşturan kapsüllü kitlelerdir. İnsidansı yaklaşık olarak 1/1000'dir. Vücutta yağ dokusunun bulunduğu herhangi bir bölgede semptom vermeden yavaşça büyüyerek ortaya çıkabilirler. Kozmetik nedenler dışında fark edilmeleri zaman alabilir[1]. Lipomların %13'ü baş boyun bölgesinde görülür. Baş-boyun bölgesinde en sık posterior boyunda subkutanöz olarak konumlanır[2] [3] Boyunda genellikle yumuşak lastik kıvamında, mobil, düzgün sınırlı kitle şeklinde gözlenirler. Lipomlar tüm yaş gruplarında görülebilmelerine rağmen 4. ve 6. dekatta insidans artmaktadır. Lipomların yaklaşık %80'i hekime başvurdıkları sırada 5 cm'den küçüktür [4]. Literatürde boyut olarak 10 cm üzerinde olan veya ağırlığı 1000 gr üzerindeki lipomlar dev lipom olarak tariflenir [5]. Dev lipomlar malign kitlelerle karışabilir. Cerrahi olarak eksizyon lipomların kesin tedavi yöntemidir. Enükleasyon cerrahisi sonrası rekürrens %1-2'dir[6]. Kliniğimize boyun posteriorunda yaklaşık 15x14x8cm boyutunda ağrısız kitle ile gelen 59 yaşında erkek hasta olgusunu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: Yaklaşık 10 yıl önce başlayan ensede ele gelen kitle şikayeti ile 59 yaşında erkek hasta kliniğimize başvurdu. Kitlenin çok yavaş bir şekilde büyüdüğü ve vücudunun başka bir bölgesinde şişlik olmadığı öğrenildi. Ayrıca kitleden akıntı olmadığı ve hiçbir zaman küçülme göstermediği anlaşıldı. Kitlenin hastada herhangi bir hareket kısıtlılığına veya ağrıya yol açmadığı öğrenildi. Hastadan bundan 15 yıl önce de sırt torakal bölgeden küçük bir kitle çıkarıldığı öğrenildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde posterior servikal bölgeyi tamamen dolduran yumuşak kıvamlı, mobil,

38. Ulusal Kurultayı

hassasiyeti olmayan, yaklaşık 15x13 cm boyutlarında kitle izlendi. Kitleyi örten ciltte kızarıklık, ısı artışı gibi enflamasyon belirtileri yoktu. Boyunun diğer bölgelerinin muayenesinde palpe edilebilen kitle saptanmadı. Hastanın özgeçmiş sorgulamasında geçirilmiş baş-boyun bölgesi operasyonu, travması ve radyoterapi maruziyeti ile boyunda kitle yapabilecek granülomatöz hastalık, HIV, otoimmün hastalık gibi sistemik hastalık öyküsü yoktu.

Boyun Manyetik Rezonans(MR) tetkikinde boyun posterior kesiminde inferiora üst torakal vertebral seviyesinden superiora oksipital kemik düzeyine dek cilt altı yağ planları içerisinde yer değişimi gösteren yaklaşık 108x138x165mm boyutlarında yağ içerikli olduğu düşünülen kitle. Tanımlanan kitle lezyonunun komşu kas ve cilt planlarına belirgin invaziv ve infiltratif etkisi ayırt edilememekte ve iyi sınırlı kapsül ile çevre dokudan ayırım gösterdiği izlenmektedir şeklinde raporlanmıştır. Lipom ön tanısı ile hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Kitle üzerinde cilt kıvrımlarına paralel tasarlanan eliptik kesi yapıldı. Kitle çevre dokulardan düzgün sınırla disseke edilerek kapsülüyle beraber tek parça halinde çıkarıldı. Çıkarılan kitle 15x14x8 cm boyutlarındaydı. Cerrahi alan primer olarak suture edildi. Hematom oluşumunu önlemek için postoperatif ilk 2 gün dren yerleştirilip, baskılı boyun pansumanı yapıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon görülmüdü. Histopatolojik inceleme sonucu matür adipositlerden oluşan basit lipom olarak raporlandı. Hastanın ameliyat sonrası 10 aylık takiplerinde nüks görülmüdü.

Tartışma Ve Sonuç: Lipomlar genellikle soliter, yavaş büyüyen ve tüm benign tümörlerin %4-5'ini oluşturan kitlelerdir[7]. Lipomlar genellikle obez kişilerde oluşmakta ve aşırı kilo alımı ile de büyümektedir. Fakat kilo verme sonrası ise büyüklükleri çok etkilenmemektedir[8]. Lipomlar çoğunlukla asemptomatik olup genelde kozmetik nedenlerle hekime başvurulur. Özellikle hastalar tarafından ihmal edilen bazı vakalar dev boyutlara ulaşmış ciddi kozmetik bozukluğa neden olabilir. Yaklaşık 10 yıldır olduğu halde hastamız tarafından ihmal edilen boyun posteriorundaki lipomun boyutu 15x14x8cm olarak ölçüldü. Bizim olgumuzda gerek boyutu gerekse oksipital bölgeden başlayıp boyun laterale ve üst torakal vertebralara kadar uzanması nedeniyle dev lipom olarak kabul edildi. Lipomların etyolojisinde kesin kanıt bulunmamakla birlikte genetik, endokrin ve travmatik nedenlerin etkili olabileceği belirtilmiştir[9]. Sunulan hastada sistemik hastalık yada aile öyküsü tespit edilmemiştir. Dev lipomların liposarkomlardan ayırıcı tanısı mutlaka yapılmalıdır. Liposarkomlar iyi sınırlı ancak kapsülsüz kitlelerdir. Liposarkomlar genellikle retroperitonium, mediasten, bacak ve kalçanın derin kas dokularında görülür. Lipomlar ise daha çok subkutan yerleşmektedir. Lipomların histolojik incelemesinde mitoz görülmezken liposarkomda mitoz görülmektedir. Ayrıca yağ nekrozu, kas ve kemiğe invazyon görülmesi liposarkom lehinedir. Liposarkom haricinde ayırıcı tanıda boyunda yerleşen epidermoid kistler, hemangioma, apse, nekrotik lenf nodları, kistik higroma, nörofibrom ve malign fibröz histiyositom göz önünde bulundurulmalıdır [10]. USG boyunda kitle ayırıcı tanısında başlangıç tetkiki olarak yapılabilen kolay, ucuz ve zararsız bir tetkidir. Hem BT'de hem MR'da lipomlar tipik olarak iyi sınırlı homojen yapıdadır. BT görüntüleri karakteristik olarak düşük atenüasyonda ve az septalıdır.[11] MR ise daha iyi yumuşak doku görüntüsü vermesi ve lipomun sınırlarını daha iyi göstermesi sebebiyle BT'den üstündür. Bizim olgumuzda olduğu gibi lipomlar T1 ağırlıklı görüntülemelerde hiperintens ve T2 ağırlıklı görüntülemelerde yağ baskılı olarak görülürler[12]. Sonuç olarak boyunda dev lipom nadir görülmektedir. Cerrahi öncesi BT ve MR tanıda yardımcı olabilir. Dev lipomlarda preoperatif görüntüleme tetkikleri kitlenin uzanımını ile komşu dokularla olan ilişkisini göstermede

ve cerrahi planlama yapılmasında faydalıdır. Lipomlar kapsülleriyle beraber tam olarak eksize edildiklerinde rekürrens çok nadirdir. Bu sayede kesin histopatolojik tanıya ulaşılabılır.

KAYNAKLAR :

1. Francesco Grecchi ve ark. A case of lipoma of lateral anterior neck treated with surgical enucleation. Dent Res J (Isfahan). 2012 Dec; 9(Suppl 2): S225-S228.
2. Kim KS, Yang HS. Unusual locations of lipoma: differential diagnosis of head and neck mass. Aust Fam Physician. 2014 Dec;43(12):867-70.
3. Mehdiyev H. Anterior Servikal Dev Lipom: Olgu Sunumu. Fırat Tıp Dergisi 2009;14(1): 101-103.
4. Luba MC ve ark. Common benign skin tumours. Am Fam Physician 2003;67:729-738.
5. Sanchez MR ve ark. Giant lipoma: case report and review of the literature. J Am Acad Dermatol. 1993;28:266-8. Review.
6. Scherl MP ve ark. Recurrent infiltrating lipoma of the head and neck. Case report and literature review. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1986 Nov;112(11):1210-2.
7. De Vincentiis M, Greco A, Mascelli A, Soldo P, Zambetti G. Lipoma of the larynx: a case report. Acta Otorhinolaryngol Ital 2010;30:58-63.
8. El-Monem MH, Gaafar AH, Magdy EA. Lipomas of the head and neck: presentation variability and diagnostic work-up. J Laryngol Otol 2006;120:47-55.
9. Austin RM, Mack GR, Townsend CM, ve ark. Infiltrating (intramuscular) lipomas and angiolipomas. A clinicopathologic study of six cases. Arch Surg 1980;115:281-4.
10. Som PM, Scherl MP, Rao VM, et al. Rare presentations of ordinary lipomas of the head and neck: a review. AJNR Am J Neuroradiol 1986;7:6574664.
11. El-Monem MH, Gaafar AH, Magdy EA. Lipomas of the head and neck: presentation variability and diagnostic work-up. J Laryngol Otol 2006;120:47-55.
12. Durr ML, Agrawal N, Saunders JR, Ha PK. Laryngeal lipoma associated with diffuse lipomatosis: case report and literature review. Ear Nose Throat J 2010;89:34-7

Dev Servikal Lipom



Dev Servikal Lipom

P021

Bilgisayarlı Tomografide Mandibula Kırığına Taklit Eden Normal Anatomik Yapı: Lingual Kanal

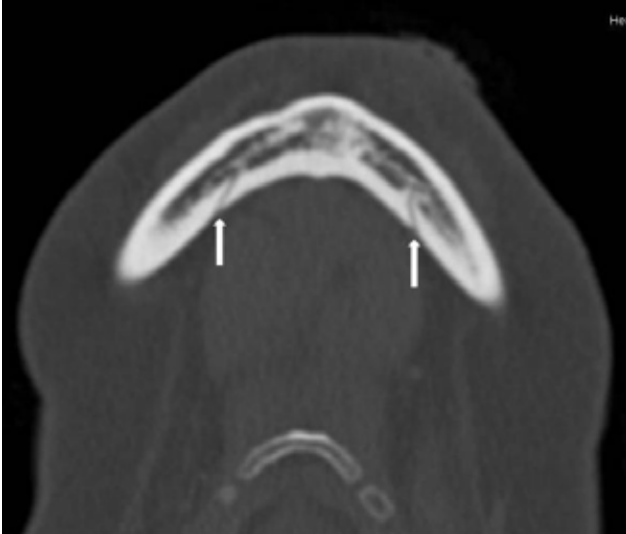
Nurten Turhan Haktanır¹, Ali Bekir Kurt²

¹Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

²Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji AD

Mandibular lingual foramen kadavra çalışmalarında popülasyonun % 99.04'ünde bildirilmiştir (1). İmplant uygulamasıöncesi mandibula anatomisinde değerlendirilmesi için yapılan dental bilgisayarlı tomografi (BT) ile lingual vasküler kanalların varlığı, yeri ve çapları gösterilebilir (2). McDonnell ve ark X ışınları kanala paralel olmadığında lingual kanalın tespitinin zor olduğunu bildirdiler (1). Bu durum mandibulanın rutin aksiyel BT görüntülemesi için de geçerlidir. Günlük plastik cerrahi pratiğinde kırık şüphesiyle mandibulanın BT incelemesi sıklıkla yapılmaktadır. Ancak yorumlama, normal anatomik kanal ve fissürler nedeniyle bazen zor olabilmektedir. Dental implant girişimi sırasında, diş hekiminin matkapının lingual kanallardaki damarları yaralaması ile yoğun kanama ve hayatı tehdit eden haller tanımlanmış komplikasyonlardır (3). Bir hafta önce geçirilmiş çene travması sonrası elde olunan yüz BT'de şüpheli mandibula kırığı tanımlanan 38 yaşında kadın hasta kliniğimize başvurdu (resim 1). Fizik muayenede kırık bulgusu yoktu. Sol mental bölgede 1,5 cm ve sol gingivobukkal sulkusta 2 cm uzunluğunda olmak üzere iki adet cilt laserasyonu görüldü. BT görüntülerinin radyoloji ile birlikte değerlendirilmesinde, kırık benzeri yapılar, rutin aksiyel BT'de nadiren görülen lingual kanallar olarak tanımlandı. Hasta bilgilendirilerek taburcu edildi. Günlük uygulamalarda, yüz travmaları içinde mandibula kırıkları önemli bir yer tutmaktadır. Ayrıca, genioplasti ve ortognatik cerrahi gibi estetik müdahalelerde bölge anatomisinin iyi bilinmemesi ile lingual arter hasarı ve sonuçta şiddetli ve hayatı tehdit eden ağız içi kanamalar ortaya çıkabilir (3). Hem cerrahlar hem de radyologlar rutin radyolojik inceleme sırasında ender olarak görülen bu anatomik kanalı tanımalı ve mandibula cerrahisinde potansiyel riski konusunda bilgi sahibi olmalıdırlar.

Resim 1



Aksiyel bilgisayarlı tomografi kesitinde nadir bilateral mandibula kırığını taklit eden bilateral lingual kanallar.

P022

İmmün Yetmezlik Olmayan Hastada İntestinal Lenfomanın Nadir Görülen İlk Bulgusu: Oral Kavitede Kronik Yara

Savaş Serel¹, Yasemin Aydın¹, Zeynep Tuzlalı¹, Melihcan Sezgiç¹, Gülşah Kaygusuz², Aylin Okçu Heper²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Kronik yaraların bilinen bir nedeni de malignitelerdir. Ancak lenfatik sistem malignitesi olan T hücreli Non-Hodgkin lenfomaların (NHL) ekstra-nodal prezentasyonu özellikle de kronik yara olarak karşımıza çıkması son derece nadirdir ve genellikle immün yetmezlikli bireylerde görülür. Bu çalışmada immün yetmezliği olmayan, ağız tabanında kronik yarası olan ve maligniyeti dışlamak için alınan biyopsi sonucu kronik inflamatuvar süreç olarak raporlanan; nihai tanı olarak lenfoma tanısı alan 59 yaşında kadın hasta sunulmuştur. Kronik yaralarda diğer nedenler dışlandıktan sonra maligniteyi ekarte etmek için alınan biyopsiler gereğinde tekrarlanmalı ve deneyimli bir patolog tarafından değerlendirilmelidir. Bu olgu yaranın bir neden değil bir sonuç olduğunu ve hastanın bir bütün olarak ele alınması gerektiğini hatırlatması açısından önemli bir örnektir.

Olgu Sunumu: Elli dokuz yaşında, diş ağrısı ve apse şikayeti nedeniyle diş çekimi sonucu gingivada ve ağız tabanında 8 aydır iyileşmeyen yarası olan hastada kronik yara nedenleri araştırılıp alınan biyopsiler sonucu da malignite dışlanmıştır. Hastadaki kronik yaranın nedeni osteoporoz nedeniyle Fosamax'a bağlı mandibulada nekroza bağlanmıştır. Özgeçmişinde dudodenal ülser ve geçirilmiş atriyal septal defekt onarımı cerrahisi dışında özellikli olmayan hasta bulunduğu ildeki Çene Cerrahileri tarafından takip edilmiş; mandibula ve ağız tabanı rekonstrüksiyonu için plastik cerrahiye yönlendirilmiştir. Hasta anabilim dalımıza yatırılarak kronik yara etilolojisi yeniden araştırıldı. İlk alınan biyopsi preparatları da fakültemiz patoloji anabilim dalı tarafından tekrar değerlendirilmek üzere istendi. Tanısal amaçlı yapılan BT ve MR incelemelerinde özellik saptanmadı. Mandibuladaki önceki nekroz tanısını doğrulamak için yapılan MR ve sintigrafi raporlarında nekroz tespit edilmediği gibi debridman ve yeni biyopsi sırasında mandibulaya drille açılan deliklerden mandibulanın ilgili segmentinin sağlıklı bir şekilde kanadığı ve devitalize olmadığı görüldü. Hastanın hastanede kaldığı süre içinde iki defa üst GIS kanaması nedeni ile stress ülserleri sklerize edildi, endoskopi ve koloskopi yapıldı. Endoskopi sırasında mide ve duodenum mukozasında tipik bir malignite bulgusu olmamakla beraber mukozanın elastikiyetinin azalmasından şüphelenilerek çok odaktan biyopsi alındı. Enfeksiyon hastalıklarına danışılan hastada düşünülen tüberküloz ve granülomatöz enfeksiyonlar dışlandı. Tüberküloz ve granülomatöz hastalıklar açısından enfeksiyon hastalıkları tarafından değerlendirilerek bu tanılar dışlandı. Kronik hastalık anemisi ile uyumlu olmayan anemisinin nedeninin açıklanması ve hematolojik malignitelerin dışlanması için hemtoloji bilim dalı tarafından hastanın perifereik yayması, hemoglobulin elektroforezi ve diğer parametreler değerlendirilerek malignite dışlandı. Nötrofil artışı da enfeksiyona sekonder olarak değerlendirildi. Hasta gerekli elektrolit ve kan ürünlerinin replasmanı yapıldı, uygun medikal tedavi ile takip edildi. Hastalığın başlangıç döneminde dış merkezde alınan biyopsisi patoloji anabilim dalımız tarafından "ülser

zemininde malign tümör infiltrasyonu" ve kliniğimizde alınan örnek için "sitotoksik tipte periferik T hücreli lenfoma ile uyumlu lenfoproliferatif hastalık" olarak, duodenumdan alınan örnek için de "sitotoksik fenotipte periferik T hücreli lenfoma ile uyumlu malign ülser" olarak raporlanmıştır. Hastanın tekrarlanan periferik yaymaları da tanıyı doğrulamıştır. Bütün bu bulgularla hematoloji konseyine çıkarılan hasta, kemoterapi almak üzere ilgili bilim dalına devredilmiştir.

Sonuç: Kronik yaraların nedeni maligniteler olabilir. Ancak oral kavite gibi yerlerde altta yatan neden bir diş çekimi gibi görünse de bunun çok nadir bir nedeni immün yetmezlikli olmayan hastalarda bile T hücreli lenfomaların ekstra nodal ilk bulgusu olabilir. T hücreli lenfomalar çok agresif seyrettiği için erken teşhis sağkalım açısından son derece önemlidir. Bu olgu hastalık yok hasta var öğretisinin her zaman geçerli olduğunu ve her hastanın tekrar ele alınarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermesi açısından önemlidir.

Hastanın oral kavitesindeki iyileşmeyen yara



P023

Tiroid Papiller Kanserinin Mandibula Metastazında Serbest Fibula Flebi ile Mandibula Rekonstruksiyonu

Gökhan Temiz, Çağrı Çakmakoğlu, Arda Akgün, Cem Berkay Sınacı, Murat Sarıcı, Kaan Gideroğlu
İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Tiroid malignitelerinin mandibulaya metastazı nadirdir ve insidansı çeşitli yayınlarda %1 olarak gösterilmiştir. Vakaların 1/3'ünde metastatik lezyon primeri bilinmeyen kitle olarak tespit edilmiştir. Çoğunluğu vasküler yayılım ve yüksek vasküler invazyon eğilimi nedeniyle papiller tip tiroid kanserdir. Bu yazıda mandibulada yerleşimli primeri bilinmeyen bir osteolitik kitlede papiller tip tiroid kanseri olgusunu ve serbest fibula flebi ile tedavisini sunduk.

Olgu Sunumu: 56 yaşında erkek hasta yaklaşık 3 aydır varolan çenede ağrı ve ele gelen kitle şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın bilinen sistemik hastalık öyküsü yoktu. Sigara, alkol, tütün çiğneme alışkanlığı yoktu.

Fizik muayene ve direk grafi sonrası mandibulada litik lezyon tespit edildi. Bilgisayarlı tomografi(BT) sonrası planlanan, intraoral yaklaşımla yapılan insizyonel biyopsi sırasında lezyonun hipervasküler olduğu görüldü, kanama kontrolü konusunda zorluk yaşandı ve post-operatif dönemde yanak bölgesinde hematoma gelişti.

Biopsi sonucu papiller tiroid karsinomu gelen hastanın primer odağı, tiroid sağ lobu olarak tespit edildi. Mandibulaya müdahale öncesi tiroidektomi yapılan ve radyoaktif iyot tedavisi alan hastaya radyoaktif iyot tedavisi sonrası 3. ayında cerrahi girişim planlandı ve operasyon, insizyonel biyopsi sırasında görülen kanama kontrolünde yaşanan güçlük görülmeden hemimandibulektomi ve serbest fibula flebi ile tamamlandı. Kanama kontrolünde önceki operasyonda yaşanan sorunun tekrar yaşanmamasının radyoaktif iyot tedavisine bağlı olduğu düşünüldü.

Tartışma: Tiroid papiller karsinomunun çene kemiklerine metastazı oldukça nadirdir. Çene kemikleri içinde en sık metastazlar mandibulaya olur. Mandibulanın diğer çene kemiklerine oranla hematopoetik dokusu daha fazladır. Bu yüzden hematojen yolla olan metastazlara mandibula metastazlarına diğer çene kemiklerine oranla daha sık rastlanır. Mandibula uzak metastazları en sık 5 ve 6. dekadlarda meydana gelir. Hastalar en sık boyunda ve yüzde şişlik, ağrı, parestezi, diş kaybı ve patolojik mandibula fraktürleri ile doktora başvurur. Hastamız da ağrı, ağız içinde ve yüzde şişlik yakınmaları ile başvurdu.

Radyolojik olarak metastatik lezyonlar genellikle osteolitik ve radyolusen olup; osteoblastik ve radyopak mixt olarak görülebilir. Bizim hastamızda da BT'de içinde litik alanlar içeren bir kitle tarif edildi.

Mandibula metastazı olan papiller tiroid karsinomunda total tiroidektomiye ek olarak mandibula metastazının rezeksiyonu sağ kalımı arttırmaktadır. Cerrahi sonrası radyoaktif iyot ve radyoterapi önerilir. Hastamız hemimandibulektomi sonrası serbest fibula flebi ile rekonstrükte edildi.

Sonuç: Mandibulayı tutan lezyon tespit edilen ve metastaz düşündüren olgularda tiroid maligniteleri de akla gelmelidir. Primer bölge araştırmalarında tiroid de mutlaka değerlendirilmelidir. Kanama kontrolünde sorun yaşanabileceği akılda tutulmalıdır. Radyoaktif iyot tedavisi sonrası hemimandibulektomi ve serbest fibula flebi ile rekonstrüksiyon, donor ve alıcı damar problemi yaşanmadan uygulanabilecek akılda tutulması gereken bir tedavi seçeneğidir

Pre-op ve Post-Op 3D BT Kesitleri



Sol: Pre-op Sağ: Post-op

P024

Transoral Hemimaksillektomi

Önder Tan, Said Alğan, Akın İnalöz, Murat Kara,
Mehmet Akif Çakmak
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi AD, Erzurum

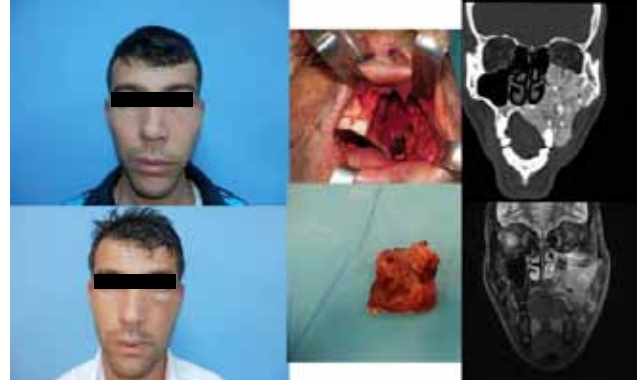
Giriş: Maksillektomi, aşırı kanama, infeksiyon, fistül, yüzde şekil bozukluğu ve kötü skar gibi komplikasyonlar nedeniyle hem hasta hem de cerrah için maksillofasial cerrahinin en zor operasyonlarından biridir. Weber-Ferguson-Longmire, maksillanın ortaya konması ve çıkartılması için gerekli oldukça uzun bir cilt insizyonu olup orta yüzün büyük bölümünü katetmektedir. Böylece, ameliyat sonrası göze çarpan ve kötü bir skar dokusu kalmaktadır. Biz bir maksiller fibröz displazi olgusunda skar komplikasyonlarından kaçınmak için yeni bir teknik olarak transoral hemimaksillektomiye başarılı bir şekilde uyguladık.

Gereç-Yöntem: Sol hemimaksiller fibröz displazi tanısı almış olan 28 yaşında erkek hasta kliniğimize başvurdu. Daha önce dış merkezlerde kemik küretajı dahil olmak üzere üç defa konservatif cerrahi işlem geçirmişti. Bu işlemlerden sonra kitlede gerileme olmamış, maksilla genişlemeye devam etmişti. Böylece palatal genişlemeye, hemifasiyal şişliğe ve görmeyi tehdit eden sol orbital kavitede daralmaya neden olmuştur. Hastaya klasik fasiyal skardan kaçınmak için, transoral yaklaşım ile hemimaksillektomi yapılmasına karar verildi. Epinefrin infiltrasyonunun ardından sol gingivolabial vestibül ve palatal mukoza insizyonları ile maksillanın ön yüzü ve palatal kemik orta hatta kadar deperioste edildi. İnfraorbital sinir invaze olduğundan rezeksiyona dahil edildi. Daha sonra elektrikli testere kullanılarak maksilla ön yüzde nazal aperturaya kadar ve tabanda sert damak bitimine kadar orta hat boyunca kesildi. Sol nazal pasajın lateral mukozası maksiller periosttan diseke edildi. Daha sonra maksilla medial kantusun altında nazomaxiller payandadan zigomatik arka kadar infraorbital rimin 0.5 cm altından kesildi. Kavisli osteotom kullanılarak pterigomaksiller payanda kırıldı. Ön, alt ve lateral duvarlardaki elektrikli testere ile oluşturulan tüm osteotomi hatları maksiller bağlantıları ayırmak için osteotom ile ayrıldı. İşlem sonunda medial tarafta nazal pasaj mukozası, lateral tarafta zigomatik ark, üst tarafta infraorbital rim ve orbita tabanı ile tabanda palatal mukoza korundu. Walsham forsepsi ile "down-fracture" yapılarak hemimaksilla oral kaviteden en-block olarak dışarı alındı. Kanama kontrolünü takiben gerekli alanlara oxidized cellulose (SurgicelTM) uygulandı. Operasyonun ikinci aşamasında rezeksiyon sonrası oluşan ölü boşluk serbest rektus abdominis kas flebi ile dolduruldu. Ameliyat sırasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Flep tam yaşadı.

Bulgular: 1.5 yıllık izlemlerde, hastada rekürrens gelişmedi. Konuşma ve beslenme fonksiyonları sorunsuz idi. Yüz kontürü ve simetrisi iyiydi. Hastanın yüzünde hiçbir skar kalmadı ve hasta dış görünümünden memnundu.

Sonuç: Transoral hemimaksillektomi göreceli olarak kısa süreli, uygulaması kolay, ve yüzde hiçbir skar bırakmayan bir tekniktir. Bilateral transoral yaklaşım ile total maksillektominin de başarılı bir şekilde uygulanabileceğini düşünmekteyiz, ve hemimaksillektomi ve total maksillektomilerde bu tekniği önermekteyiz.

Preop, perop ve postop hastanın görüntüleri



Preop, perop ve postop hastanın görüntüleri

P025

Periaurikular ve Skalp Bölgesinde Ter Bezlerinden Kaynaklanan Dermal Silindroma Olgusu

Nuh Evvin, Ahmet Bilirer, Osman Akdağ,
Zekeriya Tosun

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Silindroma cildin yavaş büyüyen benin tümörlerindendir. Apokrin differansiyasyona bazen ekkrin differansiyasyonunda eşlik ettiği cilt bileşenlerinden kaynaklanmaktadır. Tek başına silindroma terimi çok geniş bir terminolojiyi kapsayıp; dermal kitlelerin (dermal ekkrin silindroma) dışında; göz yaşı ve tükrük bezi ile solunum yollarındaki bir takım kitleleride kapsamaktadır. Dermal ekkrin silindromalar ise dermisteki erkin ter bezlerinden gelişen, benin karakterde kitleler olup genellikle estetik ve fonksiyonel deformitelere neden olmaktadır. Bu çalışmada; periaurikular ve skalp bölgesinde çok sayıda dermal silindromaya sahip vaka örneği sunulmuştur.

Olgu: 50 yaşında erkek hasta sol kulak çevresinde ve skalpte çok sayıda, yuvarlak, ağrısız kitlelerle başvurdu. Hikayesinde ek hastalığı olmayan, daha önce aile üyelerinde rastlanmayan kitlelerin son 1 yılda oluşmaya başlaması, fizik muayenesinde sol periaurikuler bölgede ve skalpte yaygın, nodüler, sert kıvamda, yarı mobil, hassasiyeti olmayan, en büyüğü 2x2 cm olan kitlelere rastlandı. Ultrasonografik inceleme ile solid özellikle kitleler olduğu ve cilt altı dokular ile sınırlı olup yüzeysel yerleşimli olduğu teyit edildi. Lezyonların en fazla semptomatik olan 2 tanesinin lokal anestezi ile cerrahi eksizyonu yapıldı. Histopatolojik inceleme sonucunda perilobuler ve intralobuler bazal membran materyali ve sekresyon birikimi görülen tümöral adacıklar tespit edilip ter bezlerinden kaynaklanan ekkrin dermal silindroma tanısı konuldu. Diğer lezyonlarda seri eksizyon ile eksize edildi. 6 aylık takipte eksizyon bölgelerinde rekürrens görülmedi.

Tartışma ve sonuç: Silindroma ilk olarak 1842 yılında Ansell tarafından tariflenmiştir. Cilt, salgı üreten tükrük bezi, göz yaşı bezi ve solunum yollarından kaynaklanabilir. 3. Dekattan önce nadir görülüp, 30-40 yaşlarında daha sık rastlanmaktadır. Kadınlarda en az iki kat daha fazla görülür. Cilt silindromaları en sık saçlı deri ve yüzde soliter lezyonlar olarak görülür. Fakat cilt silindromaları multipl lezyonlar şeklinde de saçlı deride, yüz ve gövde de görülebilirler. Soliter kitleler sporadik olup, multiple kitleler genellikle kalıtsaldır.

Bu yüzden multiple silindroma vakalarında hastayı iyi sorgulamak ve bilgilendirmek önemlidir. Sağlı deride olanlar büyük çaplarda oluşup, tüm saçlı deriyi kaplayabildiği için türban tümörü adını da alırlar. Dermal erkin silindromaların bazal hücreli karsinomla histopatolojik ayırıcı tanısı bazen güçtür. Tümör adacıklarını çevreleyen hiyalinize stromal örtünün varlığı ve periferik stromal retraksiyonun yokluğu ile histopatolojik olarak bazal hücreli karsinomdan ayırt edilir. Trichoepithelioma ve spiradenoma ile birlikte multiple cilt lezyonlarını içeren Brooke-Spiegler sendromunun bir parçası olabileceğide akılda tutulmalıdır. Dermal erkin silindromalar benin kitleler olup nadiren malin dönüşüm sergileyerek silindrokarsinomaya dönüşebilir ve çevre dokuya penetre olabilir. Tedavisinde eksternal radyoterapi, dermabrazyon, termoelektrokoagülasyon kullanılmış ancak en fazla estetik ve fonksiyonel ünitelere dikkat edilerek yapılan cerrahi eksizyon kabul görmüştür. Bu çalışmada sunulan vaka örneği: erkek hasta olması, 50 yaş sonrası görülmesi, çok odaklı olması, çok odaklı olmasına rağmen aile hikayesinin olmaması, türban tümöre dönüşüm olmadan erken tanı ve tedavi edilmesi nedeniyle özellik arz etmektedir.

P026

Vaka Sunumu: Alt Yüz Reanimasyonu için Minimal İnvaziv Temporal Tendon Transferi

Gökhan Efe, Muhammet Uraloğlu, Hasbi Mert Meral
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,
Trabzon

Giriş: Fasyal paralizi sonrası alt yüz reanimasyonu için temporal kas transferi 1970'li yıllardan beri kullanılmaktadır. Başlangıçta temporal kasın ters çevrilmesiyle uygulanan metod, temporal bölgede çöküklük ve orta yüzde genişlemeye sebep olması gibi dezavantajları nedeni ile yerini temporalis tendonunun koronoid proses ile transferine bırakmıştır. Biz burada kliniğimizde uygulamış olduğumuz minimal invaziv temporalis tendon transferi tekniğini ve sonuçlarını göstermeyi amaçladık.

Olgu: 70 yaşında erkek, 25 yıldır sol periferik fasyal paralizi öykülü hasta, tarafımıza sol kaşta düşüklük, sol alt göz kapağının dışa dönük olması ve dudak sol köşesinde düşüklük şikayetleri ile başvurdu. Hastaya kliniğimizde direk kaş kaldırma, alt göz kapağı için palmaris longus tendon grefti ile statik askı ve minimal invaziv temporalis tendon transferi yöntemi ile alt yüz reanimasyonu uygulandı.

Teknik: Operasyon öncesi hastanın gülme paternine göre temporalis tendonunun uygun çekim yönü belirlendi. Sol nazolabial sulkusa 2 cm'lik çizim yapıldı. Çizime uygun insizyon ve kör diseksiyonlar ile ilerlendi. Palpasyon ve ağız açıp kapama hareketleri ile mandibular ramusun ön kenarı bulundu ve diseksiyonlarla ilerlenerek koronoid proses'e ulaşıldı. Mandibular ramusun ön kenarı boyunca periost insize edildi ve temporalis tendonu mandibular ramusun medial ve lateral kenarından subperiostal diseksiyon ile ayrıldı. Retraksiyonu önlemek için koronoid proses klemp ile tutularak koronoidektomi yapıldı. Daha sonra uygun uzunluğu sağlamak için olabildiğince inferiordan temporal kas tendonu insize edildi ve operasyon öncesi belirlenmiş olan gülme paternine uygun vektör verilerek modiolus'a suture edildi.

Sonuç: Alt yüz reanimasyonu için temporal kas transferi uygulanacak hastalarda; küçük ve tek insizyon ihtiyacı, minimal diseksiyon gerektirmesi, yeterli temporal kas tendonu uzunluğunu sağlaması, zigomatik ark segmental eksizyonu gerektirmediği için zigoma ve temporal kas tendonu arasındaki kaygan düzlemi koruması gibi avantajları nedeni ile minimal invaziv temporal tendon transferi etkili ve güvenilir bir yöntemdir.

Kaynaklar: 1-Boahene KD, Farrag TY, Ishii L, Byrne PJ. Arch Facial Plast Surg. 2011 Jan-Feb;13(1):8-13

Preop-Postop



P027

Trafik Kazası Sonrası Skalpin Miçetoması; Olgu Sunumu

Çağla Çiçek¹, Candemir Ceran¹,
Mustafa Raşid Toksöz², Ersin Akşam³,
Mustafa Erol Demirseren²

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

³Manisa Akhisar Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Manisa

Amaç: Miçetoma, Aktinomiçetoma türü bakteriler ya da gerçek bir mantar olan Ömiçetomaya bağlı subkutan dokunun kronik granülomatöz enfeksiyonuna bağlı oluşur. Çoğunlukla cilt ve cilt altı dokuyu etkilenen bölgede şişlik, apse formasyonu ve multiple akıntılı sinüs ağzıdır. Benzer klinik, Nocardia Braziliensis'e bağlı da oluşabilir. Olgumuzda trafik kazasından yıllar sonra gelişen miçetoma olgusunun sunulması ve yönetiminin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: 47 yaşında erkek hasta 10 aydır kafatasında saçlı deride iyileşmeyen yaraları nedeniyle polikliniğimize başvurdu. 8 yıl önce araç içi trafik kazası nedeniyle yaralandığı ve saçlı deride kesileri olduğu öğrenildi. Muayenesinde parietal bölgede multiple, kırmızı ve fragil nodüllerin olduğu, akıntılı fistül ağızlarının varlığı tespit edildi (Resim 1). Hastanın immünsüpresyonuna neden olabilecek ek hastalığı mevcut değildi. Kemik değerlendirilmesine yönelik yapılan Bt incelemede kemiğin etkilenmediği görüldü. Ayırıcı tanıda öncelikle malign deri tümörü düşünülen hasta genel anestezi altında kitlenin mikrobiyolojik ve

histopatolojik tanısına yönelik eksizyon amaçlı opere edildi. Histopatolojik olarak yoğun nötrofil ve vakuolize histiyosit infiltrasyonu tespit edilmesinin yanı sıra kültürde *Nocardia Braziliensis* üremesinin gösterilmesi ile hastaya aktinomiçetoma tanısı konulmuştur. Postoperatif dönemde medikal tedavisinin düzenlenmesine yönelik enfeksiyon hastalıkları kliniğine konsülte edilen hastanın ayrıca renal fonksiyonları ve odyometrik durumu da değerlendirilmiştir.

Sonuç: *Nocardia*'ya bağlı cilt enfeksiyonları primer inokülasyonla ya da disemine enfeksiyonun cilt tutulumu ile karşımıza çıkar. Primer cilt enfeksiyonunun en sık (olguların %80'i) nedeni *nocardia braziliensis*'tir. Tipik olarak immünsüpresyon zemininde lokal travmaya bağlı oluşan doku defektinin toprak ile kontaminasyonu sonucu oluşur. Aktinomiçetomanın tanısında etken ajanın mikrobiyolojik olarak gösterilmesi yeterli iken etkilenen anatomik bölge, derin dokuların tutulumu (kemik ve iç organ tutulumu), disemine hastalığa sekonder oluşu ve etken ajan prognozu etkileyen en önemli faktörlerdir. Olguların %1'inden azı skalp yerleşimlidir ve bu bölgenin tutulumunda intrakraniyal yayılım riski çok yüksektir. *Nocardia*'ya bağlı aktinomiçetoma tedavisinde Trimetoprim-sulfametoksazol ve Dapson kombinasyonunun etkili olduğu gösterilmiştir. Skalp yerleşimli miçetomanın nadir olması ve klinik bulguların deri kanseri ile karışabilmesi dolayısı ile plastik cerrahiye ilgilendiren bu durum ayırıcı tanıda akılda tutulması açısından önemlidir.

Resim 1



P028

Leishmania (Şark Çıbanı) Skar Zemininde Gelişen Yassı Hücreli Karsinom

Said Algan, Mehmet Akif Çakmak, Murat Kara, Akın İnalöz, Kerem Yılmaz, Harun Karaduman
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Erzurum

Giriş-Amaç: Şark çıbanı olarak bilinen leishmaniazis hastalığı dişi tatarcık sineğinden kan emerken insanlara bulaşmaktadır. Sivri sineğin kan emdiği yere inoküle edilen parazitin inokülasyon süresi 6-8 aydır. Süre sonunda kan emilen yerde eritemli papül gelişir. Sivri sinek vücudun açık yerlerinden kan emdiği için bu belirti de bu nedenle vücudun açık yerlerinde meydana gelir. Şark çıbanının değişik formları mevcuttur. Hastalık kütanöz (şark çıbanı), mukokütanöz ve viseral leishmaniazis (kala-azar) olmak

üzere üç şekilde görülür. Şark çıbanı; deri ve mukozaları etkiler. %90 oranında akut formdadır. Kuru(Kentsel) ve ıslak (kırsal) tip olarak iki formu vardır.Kuru tipde inokülasyon süresi 6-8 aydır. Meydana gelen lezyon eritemli papül olup giderek genişleyerek 1-2 cm çapa ulaşır ve bunun üzerinde çivi arazi pozitif kurut gelişir. Yaş tipde ise inokülasyon süresi daha kısa olup daha geniş ve inflamatuvar görünümlü lezyon daha hızlı progresyon gösterir ve 6-8 ayda iyileşir. Tedavi uygulanmazsa % 95 oranında hastalarda iz bırakarak iyileşebilir. Bu çalışmada geçirilen şark çıbanı hastalığı nedeniyle skar zemininde nadir olarak gelişen Yassı hücreli karsinom olgusu sunduk.

Gereç-Yöntem: Kliniğimize başvuran 60 yaşında erkek hastanın her iki yanak bölgesinde yaklaşık 40 yıl önce geçirdiği şark çıbanı atrofik skarı mevcut idi. Skar dokusu hastanın yüzünde gerginlik ve çukurlaşmaya neden olduğundan hastaya operasyon planlandı. Hem sağ hem de sol yanaktan eksize edilen skar dokuları zemininde oluşan doku defekti yanak ilerletme flepleri ile kapatıldı.Eksize edilen materyaller patolojiye gönderildi.

Bulgular: Ameliyat sonrası hastanın her iki yanak flebi tamamen yaşadı.Hematom, enfeksiyon,seroma ve flep yetmezliği görülmedi.Patolojiye gönderilen materyallerden sol yanak eksizyon materyaline iyi differansiye yassı hücreli karsinom tanısı kondu.Hastanın takip süresi 3 yıldır ve geç dönemde nüks görülmedi.

Tartışma: Şark çıbanı öldürücü bir hastalık değildir. Tedavi uygulanmazsa % 95 oranında hastalarda kalıcı iz bırakarak iyileşebilir. Genellikle % 5 oranında hastalarda kronik bir hale gelebiliyor. Oluştugu yere göre ayrı etkileri olabilir. Göz kapağında çıkan şark çıbanı göz kuruluğu ve körlüğe neden olabilir, dudaklarda çıkarsa damar yapısını bozduğundan, kalıcı şişlik bırakabiliyor. Bu yüzden şark çıbanında iz kalması istenmiyorsa, mutlaka kronikleşmeden erken tedavi edilmelidir. Şark çıbanı her ne kadar geçmişe oranla daha az görülse de skar zemininde geç dönem komplikasyonu olarak yassı hücreli karsinomun ayırıcı tanıda akılda tutulmasını tavsiye ediyoruz.

Preop, perop ve postop hastanın görüntüleri



Preop, perop ve postop hastanın görüntüleri

P029

Odontojenik Servikal Nekrotizan Fasiit Vakası

Mehmet Altıparmak¹, Mustafa Kule²,
Sabri Köseoğlu², Mustafa Nişancı¹

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Muğla

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Muğla

Giriş: Nekrotizan Fasiit (NF), çoğunlukla alt ekstremitelerde görülen, fasyal planda hızlı ilerleyen ve sistemik toksik etkileri olan bakteriyel bir enfeksiyon tablosudur. İlk olarak 1952'de Wilson tarafından tariflenen NF, servikal bölgede nadiren etki eder. Servikal NF çoğunlukla enflematuar odontojenik bozukluklara sekonder görülmektedir ve maksillofasyal bölgenin en ölümcül enfeksiyonudur. Çalışmamızda servikal bölgede görülen odontojenik nekrotizan fasiit vakası sunulmuştur.

Olgu: Kulak-Burun-Boğaz kliniğine boyunda ağrı ve şişlik nedeniyle başvuran hasta, apse ön tanısıyla yatırıldı. Birkaç saat içerisinde submandibular bölgeden ön servikal alana doğru uzanan cilt nekrozu görülmesi üzerine tarafımıza konsülte edildi. Vakamızın 7 ay önce diabetik ayak nedeniyle tarafımızdan sağ ayak 1.parmak amputasyonu, patellar bölge medialindeki nekrotik dokunun debridmanı sonrası greft ile onarılma hikayesi mevcut. Hasta tarafımızdan görüldüğünde 5-6 saat içerisinde hızla ilerlemiş olan ve submandibular bölgeden göğüs ön duvarına kadar inen deri nekrozunun olduğu görüldü. Hastanın ağız içinde ve çenesinde akıntı ve şişlik şikayetlerinin başlamasıyla boyun bölgesinde nekrozlarının gelişmesine kadar geçen süre yaklaşık 1 gün olarak kaydedildi. Ağız temizliğinin kötü olduğu ve sol mandibular molar dişlerde ve mukozada pürülan akıntılı yara olduğu görüldü. Deri, deri altı doku ve fasyaların tamamında nekroz geliştiği ve kötü kokulu akıntının olduğu görüldü. Platısma fasyası, eksternal juguler damarlar, submandibular bezler de dahil olmak üzere debridman yapıldı. Doku ve sürüntü kültürleri alındı. Hastanın ağız temizliğinin iyi olmadığı, yer yer dişlerin ödontüle olduğu, özellikle sol mandibular molar dişlerin çürük olduğu görüldü. Diş temizliğini yıllardır yapmadığı hatta çürükleri yüzünden çoğu dişini kaybettiği öğrenildi. Hastanın ameliyat esnasında alınan yara kültüründe fakültatif anaerob bakterilerin (*Enterobacter Cloacae*), oral mukozadan alınan kültürde ise yine fakültatif anaerob bakterilerin (*1-Citrobacter Koseri*, *2-Escherichia Coli*) ürettiği görüldü ve buna yönelik antibiyoterapiye yoğun bakım şartlarında uygulandı. Günlük klorheksidin ve oksijenli su içerikli pansumanlar yapıldı. Hastanın kan kültürlerinde *E.Coli* ürettiği görüldü. Ameliyat sonrası 5.günde hasta sepsisten kaybedildi.

Tartışma: NF etyopatogenezinde deriden veya daha az olarak mukozadan inoküle olan bakteri, fasyal plana invaze olurken subdermal pleksuslardaki arteriollerin tıkanmasına sebep olur. Günler, hatta saatler içerisinde aerobik ve/veya anaerobik bakteriyel enfeksiyon sonucu fasyaya kadar inen nekrozlar görülür. Alttı yatan sebepler (diabet, sigara vs.), arterioller tıkanmaları hızlandırır. Vakamız hem Tip 2 diabet hastası hem de uzun yıllar sigara içicisidir. Ağız temizliğine önem vermemesi enfeksiyona zemin hazırlamış, tetikleyici faktörlerin de eşliğinde hızla ilerleyen ve fetal sonuçlanan hastalığa sebep olmuştur. Odontojenik servikal nekrotizan fasiit vakaları nadiren görülmektedir. Literatürde daha çok sağ mandibular molar diş enfeksiyonlarından kaynaklandığı, en sık predispozan faktörün diabet olduğu ve şikayetlerin başlamasıyla NF gelişmesi arasındaki sürenin 2-30 gün

arasında olduğu yazılmaktadır.(1) Vakamızdaki hızlı seyir, hastadaki komorbiditelerin varlığına bağlandı. Mortalite oranı değişim gösterse de servikal NF'in etyolojiden bağımsız olarak %10 oranında mortal seyrettiği gösterilmiştir (2). Yüksek mortalite oranı daha çok teşhisteki gecikmeden kaynaklanmaktadır. Genelde diş apsesi, submandibular lenfadenopati veya erizipel gibi ön tanılar, NF gibi hızlı ilerleyen ölümcül enfeksiyonlarda vakit kaybına sebep olmaktadır. Ayırıcı tanıda şikayetlerin hızla ilerlemesi, radyolojik tetkiklerde gaz görüntülerine rastlanması, kan sayımı sonuçlarının hızla ve aşırı yükselmesi gibi bulgular yardımcı olabilmektedir.

Sonuç: NF, hızlı ilerleyen ölümcül bir enfeksiyondur. Nadiren servikal bölgede de gelişir. Tedavinin en önemli basamağı NF'ten şüphelenmektir. NF şüphesinde erken debridman ve multipl antibiyoterapi, ölüm oranını azaltmaktadır. Tip 2 diabet hastalarında ağız temizliği bozuka hastaların bu konuda uyarılmaları, mümkünse ağız bakım solüsyonları kullanmaları konusunda teşvik edilmelidirler.

Referanslar:

- 1) Juncar M, Bran S, Juncar RI, et al. Odontogenic cervical necrotizing fasciitis, etiological aspects. Niger J Clin Pract. 2016 May-Jun;19(3):391-6.
- 2) Elander J, Nekludov M, Larsson A, et al. Cervical necrotizing fasciitis: descriptive, retrospective analysis of 59 cases treated at a single center.

Resim



Sol üst: Preop servikal nekrotizan fasiit Sağ üst: sol mandibular molar dişlerde enfeksiyon Sol alt: Preop MR'da servikal apse görünümü Sağ alt: Debridman sonrası görünüm

P030

Nadir Bir Cilt Ve Dudak Metastazı Olgusu: Primer Odağı Larenks Olan Malign Mikst Tümör

Özay Özkaya Mutlu, Ahmet Dilber, İlker Üşçetin,
Kadir Tasasız, Mert Canlı
Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Derinin metastatik tümörleri nadir gözlenen, primer malignite tanısından önce veya sonraki bir zamanda ortaya çıkabilen deri tümörleridir. Başka bir organda malignitesi olan vakaların %0,7 ile %10,4'sinde derinin metastatik tümörlerinin gözlemlendiğine dair çalışmalar mevcuttur. Larenksin skuamöz olmayan kanserleri oldukça nadirdir. Uzak metastaz genellikle geç dönemde görülür. Baş boyun bölgesine lenf nodu dışında metastazının olguların %4'ü ile %25'i arasında görüldüğü rapor edilmiştir. Bu çalışmada primer odağı larenks olan ve cilt ve dudak metastazı yapmış ve eksizyon sonrası abbe flep ve glabellar fleple rekonstrüksiyon yapılmış malign mikst tümör olgusu sunulmaktadır.

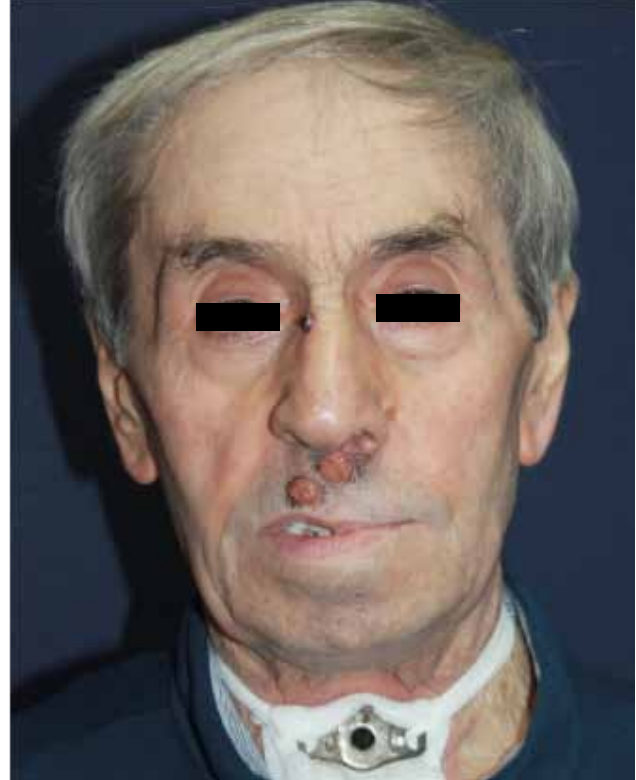
Olgu: Hastamız altı yıl önce larenks kanseri nedeniyle total larenjektomi ve modifiye radikal boyun diseksiyonu öyküsü bulunan, bunun dışında herhangi bir ek hastalığı olmayan, yetmiş üç yaşında erkek hasta; iki aydır burun dorsumu ve üst dudakta yer alan lezyonları nedeniyle cildiye polikliniğine başvurmuş ve orada yapılan punch biyopsi sonucunun malign mikst tümör gelmesi üzerine tarafımıza yönlendirildi. Hastanın larenjektomi materyalinin patoloji sonucu incelendiğinde cildindeki lezyonlara benzer şekilde malign mikst tümör tanısı mevcuttu. Fizik muayenede; burun dorsumu proksimal 1/3'ünde orta hattın 0.5 cm lateralinde siyah, pigmente, krutlu, düzensiz sınırlı, ciltten kabarık, 1x1 cm boyutunda bir adet lezyon ve üst dudak filtrumundan kolumella tabanına uzanan, hiperemik, kırmızı renkte, ciltten kabarık 1x1 cm boyutunda, düzensiz sınırlı iki adet lezyon mevcuttu. Baş boyun muayenesinde patolojik lenf nodu palpe edilmedi. Hastanın Pozitron Emisyon Tomografisinde dudak ve burnunda mevcut olan lezyonlara ek olarak, trakeostomi lojunda bilateral, infrahiler alanda, her iki akciğer parankiminde, karaciğer sağ lobunda, pankreas gövde ve kuyruğunda, D3 ve D4 vertebra lokalizasyonunda, sternum alt ucunda artmış FDG tutulumu ve metastazla uyumlu görüntüleme rapor edilmişti. Hastaya palyatif amaçlı preoperatif hazırlık başlandı. Hastanın operasyonu genel anestezi altında gerçekleştirildi. Burun dorsumundaki lezyon 0,5 cm cerrahi sınırla eksize edilerek glabellar fleple rekonstrüksiyonu sağlandı. Üst dudakta yer alan iki adet lezyonu içerecek şekilde wedge eksizyon yapıp alt dudaktan planlanan abbe flebiyle üst dudak rekonstrüksiyonu yapıldı. Operasyondan üç hafta sonra lokal anestezi altında abbe flebi ayrılması işlemi gerçekleştirildi. Postoperatif herhangi bir komplikasyon görülmedi. Hastanın patoloji sonucu malign mikst tümör olarak rapor edildi. Daha önceki larenjektomi materyalinin patoloji sonucu da aynı olan hastada lezyonlar metastaz olarak değerlendirildi.

Tartışma: Baş boyun kanserleri hematojen yayılımdan çok lokal olarak invazyon yapıp bölgesel lenf nodlarına metastaz yapma eğilimindedirler. Larenks kanserli hastalarda uzak metastazın en sık görüldüğü organ akciğerdir. Bunu kemik ve karaciğer metastazları izlemektedir. Çalışmalarda larenks kanseri için farklı oranlarda uzak metastaz oranı bildirilse de olguların yaklaşık %4'ü ile %25'i arasında uzak metastaz görülmüştür. Malign mikst tümör hem epitelyal hem de stromal

komponenti bulunan ve genellikle tükrük bezlerinde ortaya çıkan bir malignitedir. Ancak primer olarak lenf nodlarında veya larenkste de görülebilmektedir. Larenkste görülen malign tümörlerin yaklaşık %0,3'ü ile %1'i mezenkimal tümörler ve tükrük bezi benzeri tümörlerdir. Bunlar arasında en sık görüleni kondrosarkomdur. Tükrük bezi benzeri malign tümörler içerisinde malign mikst tümörün yanısıra adenoid kistik karsinom, mukoepidermoid karsinom ve asinöz hücreli karsinom da görülebilir.

Sonuç: Larenks maligniteleri içinde malign mikst tümör oldukça nadir görülür. Larenk kanserli olgularda uzak cilt metastazı da nadirdir. Hem histolojik olarak, hem de cilt ve dudak metastazı nadir görülen bir organ olması nedeniyle primer odağı larenks olan malign mikst tümör olgusu sunuldu. Derinin metastatik tümörleri hem ayırıcı tanıyı koymak için hem de hastaya palyatif amaçlı fayda sağlayacağı için eksize edilmesi mümkünse eksize edilmelidir.

resim 1



P031

Parotis Bezinde Nadir Görülen Bir Kitle Sebebi: Tüberküloz Granülomu

Sedat Öz¹, Gaye Filinte¹, Arda Akgün¹,
Emre Güvercin², Celal Alioğlu¹, Sultan Yalçın¹,
Kübra Ece Kalafatlar¹, Sevda Şener Cömert¹,
Şükran Sarıkaya Kayıpmaz¹

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
²Beykoz Devlet Hastanesi, İstanbul

Parotis bezi tümörleri baş-boyun tümörlerinde görülme oranı olarak %1-3 iken tükürük bezi tümörlerinin %90'ını oluşturmaktadır. Kliniklere parotis lojunda kitle sebebiyle başvuran hastalarda %75-77 arası sıklıkta benign tümörler görülmekte iken %23-25 arası sıklıkta malign tümörlere rastlanmaktadır. Benign tümörler göz önüne alındığında Pleomorfik Adenom %60 ile en sık rastlanan tümör olarak görülmektedir. Diğer benign tümörlerden Warthin Tümörü %10, Lipoma %8 ve azalan oranlarda Lenfoepitelyal Kist, Myoepitelyoma vs. olarak sıralanmaktadır. Malign Tümörlerden ise Mukoepidermoid Karsinom %33, Lenfoma %26, Malign Mikst Tümör %13 ve azalan sıklıkta metastatik diğer tümörler görülmektedir. Sunmuş olduğumuz vakada 42 yaşında kadın hasta sağ parotis lojunda kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hasta ev hanımı ve taşrada yaşamaktadır. Hastaya yapılan ince iğne aspirasyon biopsisinde sonuç alınamamış ve ayırıcı tanı yapılamamıştır. Ek bir hastalığı olmayan hastada çekilen kontrastlı MRI incelemesinde kontrast tutmayan en büyüğü 19x14mm boyutlarında parotis yerleşimli multipl lenf nodu? olarak raporlanmıştır. Hasta tarafımızca opere edilmiş, yüzeysel parotidektomi uygulanmıştır. Hastata postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. Patoloji sonucu tüberküloz granülomu olarak raporlanması üzerine hasta göğüs hastalıkları kliniği ile beraber incelenerek tedavisine başlanmıştır. Parotis bölgesindeki kitlelerde ayırıcı tanıda ülkemizde tüberküloz lenfadenitinin düşünülmesi kanaatindeyiz.

P032

Parotis Kanalı Onarımında Entübasyon Kaf Kanülü Kullanımı

Muhammed Beşir Öztürk, Elif Seda Tamses,
Mehmet Gürlü, Cengiz Ertekin, Bekir Atik
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı İstanbul

Giriş: Parotis kanalı travmatik yaralanmalar ve cerrahi girişimlerde zarar görebilir. Kanalin cerrahi onarımı yapılmadığında sialosel ve tükürük bezi fistülü gibi komplikasyonlar gelişebileceğinden kanal yaralanmasının erken tanı ve tedavisi önemlidir. 1 Literatürde epidural katater, üretral katater, double-j katater, katgut, vityum tel gibi çok çeşitli materyaller onarım sonrası kanal içi stent olarak kullanılmıştır. 2,3,4,5 Bu vaka sunumunda her ameliyathane de bulunan, ulaşılması oldukça kolay, düşük maliyetli bir materyal olan entübasyon tüpü kaf kanülünün parotis kanal onarımı tanı ve tedavisinde kullanımını tarifledik.

Olgu: 43 yaşında erkek hasta acil kliniğine yüzde kesici alet yaralanması nedeni ile başvurdu. Yapılan muayenesinde sol malar bölgede derin kesi saptandı.

(resim 1a.) Bu bölgede faysal sinir ve parotis kanalının yaralanmış olabileceği düşünüldü. Hastanın yapılan fizik muayenesinde fasyal sinirin sağlam olduğu görüldü. Hastada parotis kanal kesisinden şüphelenilerek parotis kanalı papillası ağız içinde 2. molar diş hizasından bulundu. silikon kanulden kanalın kesik olduğu görüldü. Kanal 8,5 numara entübasyon tüpü kafının silikon kanülü kullanılarak kanülize edildi Tüp bukkal mukozaya 2 noktadan sabitlendi ve cilt kesileri onarıldı. Postop 4. günde gelişen malar bölgedeki şişlik 3-4 gün içinde kayboldu. Erken veya geç postoperatif komplikasyonla karşılaşılmadı. 3. haftada tüp bağlantıları kesilerek çıkarıldı. Tükürük salgısının papilladan aktığı herhangi bir parotis kanal obstrüksiyonu bulgusu gelişmediği izlendi.(resim 2d.) Postop 1,5 yıllık takiplerinde hastamız sorunsuz şekilde izlenmektedir.

Sonuç: Teknik özellikleri, ulaşılabilirlik kolaylığı ve düşük maliyeti sebebiyle parotis kanal onarımında entübasyon tüpü kafının ideal bir malzeme olduğunu düşünmekteyiz.

43 yaşında erkek hasta yüzde kesici alet yaralanması



entübasyon tüp kafıyla onarım

P033

Eş Zamanlı Serbest Osteokütan Fibula ve Anterolateral Uyluk Perforatör Flep ile Total Alt Dudak ve Mandibula Rekonstrüksiyonu

Eyüphan Gencel¹, Cengiz Eser¹, Özgür Sürmelioğlu², İbrahim Tabakan¹, Erol Kesiktaş¹,
Metin Yavuz¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı, Adana

İntraoral karsinom eksizyonları sonucu oluşan doku kayıplarının rekonstrüksiyonunda, lokal dokuların yetersizliği ve postoperatif kemo-radyoterapi uygulamaları nedeniyle serbest doku nakilleri sıklıkla tercih edilmektedir.

Rekonstrüksiyon plağı ile kombine edilen lokal veya serbest yumuşak doku transferleri uzun dönemde plağa bağlı komplikasyonlar gösterir. Özellikle plak ekspozisyonu sıklıkla görülür.1büyük tümörler veya tekrarlayan kanser olgularında ardışık veya eş zamanlı birden fazla serbest flebin uygulanabilmektedir. Ardışık uygulamalarda sekonder flepler güvenle uygulanabilse de flep başarısı ve reeksplorasyon oranları özellikle alıcı damar sistemlerinin kullanılmış olması nedeniyle farklılık gösterebilmektedir.2 T4 olgularında eş zamanlı fibula osteokütan ve anterolateral (ALT) uyluk serbest flepleri ilk kez Wei ve arkadaşları tarafından radial önkol ve rektus abdominis ile fibula kombinasyonuna alternatif olarak sunulmuştur.3 ALT flebinin flow trough amaçlı sekonder flebin vaskülarizasyonu amaçlı kullanımı boyun arter sistemi kullanılmış veya radyoterapi sonrası uygun olmayan olgularda büyük avantaj sağlar.4 bu olgumuzda T4 tümör ekzisyonu ve bilateral modifiye radikal boyun diseksiyonu sonrası dil tabanı intraoral ve boyunda yumuşak doku kaybını eşlik ettiği mandibula anterior rezeksiyonlu olguda eş zamanlı fibula osteokütan flebinin intraoral ve dudak rekonstrüksiyonu ile servikal bölge onarımında serbest ALT flebinin kullanıldığı olguyu sunuyoruz. 65 yaşında kadın hasta mandibula kemiğinde yaygın destrüksiyon yapan epidermoid karsinom nedeniyle başvurdu. Her iki boyun bölgesinde tomografik incelemelerde lenfnodları saptandı. Kulak Burun Boğaz Anabilim dalınca yapılan ekzisyon sonrası oluşan defektin onarımında 15 cm fibula çift osteotomi ile şekillendirildi ve dil tabanı, sulkus ve alt dudak şekillendirmesi cilt adası ile yapıldı arter ve ven anastomozları sol fasyal arter ve sol fasyal vene uç uca 8/0 ethilon ile yapıldı aynı cerrah tarafından eş zamanlı kaldırılan anterolateral uyluk flebi servikal bölgede oluşan 10x10 cm lik cilt defekti ve mandibulayı örtecek şekilde aynı taraftaki süperior tiroidal ve eksternal jugular vene uç uca 8/0 ethilon ile anastomoz edildi. ALT flebi kaldırılırken alınan tensor fasia lata'dan elde edilen fasya kommisurlardan ve modiolustan sütüre edilerek fibula cilt adasının, oral sfinkterin yerçekimine karşı durabilmesi amaçlı tespitlendi. Hasta 48 saat yoğun bakımda mekanik ventilatörde takip edildikten sonra antiödem ve antikoagulan tedaviler ile servise alındı. Postoperatif dönemde dil ucunda 1x1.5 cm lik nekroz dışında alıcı ve donör alanlarda kanama ve enfeksiyon ve flep kaybı gibi komplikasyonlarla karşılaşmadı. Postoperatif dönemde hastaya kemoterapi ve radyoterapi planlandı. Hasta postop 1 ayında kardiojenik nedenle kaybedildi. Çift serbest flep uygulamaları eş zamanlı flep hazırlık aşamalarını barındırsa da operasyon süresine kısmen uzatmaktadır. Uzun operasyon sürecine rağmen 3 boyutlu onarımda komplikasyonların daha az olması hastanede yatış süresinin daha kısa olması lokal fleplerle kombinasyonlar yerine çift serbest flep uygulamalarını etkin hale getirmektedir. Mikrocerrahideki gelişmeler ve mikrocerrahi ünitelerinin yaygınlaşması ile çift serbest flep uygulamalarının daha sıklıkla yapılabileceğini düşünmekteyiz

1. Wei FC, Celik N, Yang WG, Chen IH, Chang YM, Chen HC. Complications after reconstruction by plate and soft-tissue free flap in composite mandibular defects and secondary salvage reconstruction with osteocutaneous flap. *Plast Reconstr Surg* 2003;112(1):37-42.

2. Demirkan F, Wei FC, Chen HC, Chen IH, Hau SP, Liao CT. Microsurgical reconstruction in recurrent oral cancer: use of a second free flap in the same patient. *Plast Reconstr Surg* 1999;103(3):829-838.

3. Wei FC, Celik N, Chen HC, Cheng MH, Huang WC. Combined anterolateral thigh flap and vascularized fibula osteoseptocutaneous flap in reconstruction of extensive composite mandibular defects. *Plast Reconstr Surg* 2002;109(1):45-52.

4. Ceulemans P, Hofer SO. Flow-through anterolateral thigh flap for a free osteocutaneous fibula flap in secondary

composite mandible reconstruction. *British journal of plastic surgery* 2004;57(4):358-361.

P034

Katarakt Cerrahisi Sonrası Nadir Bir Komplikasyon Olan Entropiyon ve Cerrahisi

Çağla Çiçek¹, Fatma Betül Ak Bozkırlı¹, Candemir Ceran¹, Mehmet Sönmez¹, Mustafa Erol Demirseren²

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Alt göz kapağı malpozisyonu bir çok nedene bağlı oluşan klinik bir durumdur. Alt göz kapağının trilemmar yapısının iyi anlaşılması, cerrahisi sonrası oluşabilecek retraksiyon ya da entropiyonun oluşumunu da önleyeceğinden önemlidir. Olgumuzda katarakt cerrahisi sonrası oluşan skatrisyel entropiyonun düzeltilmesi sunulmuştur.

Olgu: 57 yaşında kadın hasta polikliniğimize yaklaşık 2 ay önce sol gözde katarakt nedeniyle göz kliniğince opere edilmesinin ardından alt göz kapağında çekinti ve gözde kızarıklık şikayeti ile başvurdu (Resim 1). Hastadan alınan anamnezde benzer şikayetleri nedeniyle göz kliniğince katarakt cerrahisi sonrası opere edildiği ancak şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine tarafımıza yönlendirildiği öğrenildi. Muayenesinde sol alt göz kapağında entropiyonu olduğu ve kirpikli kenarın konjonktiva irritasyonu nedeniyle gözde kızarıklık ve sulanma tespit edildi. Genel anestezi altında opere edilen hastanın alt göz kapağı retraktörlerinin posterior yönelimi tespit edildi. Skar dokusunun ekzisyonunun ardından sütür ile retraktörler anteriora repoze edilerek posterior lamellanın yükseliği artırıldı. Hastaya postoperatif dönemde konjonktiva nemlendirilmesi için 1 hafta süre ile göz yaşı önerildi ve 2. haftasında şikayetlerinin düzeldiği tespit edildi.

Sonuç: Konjenital ya da kazanılmış olabilen alt göz kapağı malpozisyonunun en sık kazanılmış şekli involüsyoneldir. Diğer bir neden olan skatrisyel formunun ise en sık nedenleri orbital cerrahi, travma, kimyasal yanıklar, inflamasyondur. Posterior lamellanın vertikal kısalığı sonucu oluşan bu durumda amaç alt göz kapağının anterior rotasyonunun sağlanması, korneadan kirpikli kenarın uzaklaştırılması ve posterior lamellanın yüksekliğinin tekrar sağlanmasıdır. Düzeltilmesinde çoğunlukla mukozal genişletici greftler, blefarotomi ya da dikiş teknikleri kullanılmaktadır. Olgumuzda alt göz kapağı retraktörlerinin skara bağlı posterior yönelimi olduğu tespit edilmesi nedeniyle sütür ile anteriora repoze edilmiştir. Entropiyon cerrahisi sırasında mevcut durumun komplike olduğu ve sonra geçirilebilecek cerrahilerin olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle fazla doku çıkarılmamalı, ilerletme ya da sıkılaştırma işleminde aşırıya kaçılmamalıdır. Her üç ekseninde normal tonusun sağlanması için dikkatli olunmalıdır.

Resim 1



P035

Moebius Sendromlu Hastada Bilateral Serbest Kas Transferi Sonrası Origionun SMAS'ta Olmasına Bağlı Komplikasyon: Kas Hareketiyle Kulağın Öne Çekilmesi

Selman Hakkı Altuntaş, Fuat Uslusoy,
Dudu Dilek Yavuz, Mustafa Asım Aydın
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Isparta

Giriş: Moebius sendromu konjenital tek veya çift taraflı fasiyal paraliziye abducens felcinin de eşlik ettiği bir durumdur. Moebius sendromlu bir olgunun bilateral kas transferi sonrası gelişen komplikasyonu açısından sunulması amaçlandı.

Olgu Sunumu: 16 yaşında erkek olgu, mimik hareketlerinin kaybı ve konuşmada bozukluk şikayetleri ile başvuran bilateral fasiyal paralizili hastaya eş zamanlı bilateral gracilis kas transferi planlandı. Alıcı damarlar olarak fasiyal arter ve venler seçildi. Gracilis kas siniri obturator sinirler, bilateral hypoglossus sinirleri split edilerek uçyan koaptasyon gerçekleştirildi. Kasların insersiyoları karşı dudak köşelerine, origoları ise preauriküler bölgede SMAS'a tespit edildi.

Bulgular: Postoperatif dönemde herhangi bir dolaşım sorunu gözlenmedi ve önemli bir komplikasyon yaşanmadı. Postoperatif 6. ayda farkedilir şekilde kas kontraksiyonları başlayan hastanın 9. ayda güçlü kasılmalarla ağız köşelerini güçlü bir şekilde çekmeye başladı. Dudak köşelerinde asimetrik çekilmeler olması nedeniyle kas insersiyolarına revizyonlar yapıldı. Sonrasında kasılma hareketleri ile eş zamanlı olarak özellikle kulak lobülü ve tragusun öne doğru farkedilir bir şekilde çekildiği görüldü. Bu nedenle opere edilen hastaya kasın origosunun SMAS ve skar dokularından tamamen serbestlenerek zigomatik arka asılması işlemi ve geniş skarların revizyonu işlemleri gerçekleştirildi. İşlem sonrasında kulaktaki çekilmenin ortadan kalktığı görüldü.

Sonuç: Fasiyal paralizili hastalarda en sık uygulanan

yöntemlerden biri olan serbest gracilis kas transferi sonrasında meydana gelebilecek komplikasyonlar arasında kas origosunun yerleşimine bağlı komplikasyon da oluşabileceği göz önünde bulundurularak kas origosunun tespitinin zigomatik ark veya derin temporal fasiya gibi daha derin ve sabit dokulara yapılması gerektiği anlaşılmaktadır.

Resim 1



Olgunun kas transferi öncesi (sol üst), sonrası (sağ üst) görünüm-leri. Kasılma ile kulağın öne çekilmesi (sol alt), kas origosunun yerinin zigomatik arka taşınması sonrası görünümü (sağ alt).

P036

Geniş Kranial Defektli Bir Hastada; Kombine SCALP ve Yanak Flebi ile Rekonstrüksiyon

Cengizhan Ekizceli, Erol Kozanoğlu, Serhat Atalay
Eviş, Samet Vasfi Kuvat
İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik
Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Scalp ve kranial defektler; travma, yanık, tümör eksizyonu, osteoradionekroz veya konjenital olarak meydana gelebilmektedir. Kranial defektlerin kapatılması için farklı cerrahi tedaviler uygulanabilir; primer kapama, deri grefti, lokal flepler ve free flepler gibi. Vakaların çoğunda ilk tercih lokal fleplerdir. Bizim polikliniğimize 70 yaşında erkek, sağ frontoparietal bölgede 13x13 cm nekrotik, ülsera yara ile başvurdu. Hastanın anamnezinde Bazal Hücreli Karsinom (BCC) nedeni ile 30 seans radyoterapi aldığı ve kitlenin involüsyon göstermemesi üzerine tarafımıza yönlendirildiği öğrenildi. Hastanın MR görüntüsünde kitlenin kraniuma invaze ama dura matere invaze olmadığı görüldü. Hastanın cerrahi tedavisinde; tümör çevresinden sağlam 1 cm dokuyuda içerecek şekilde scalp ve kranium bütün olarak eksize edildi. Eksizyon sonrası oluşan kemik defektini onarmak için alloplastik materyal kullanıldı. Scalp defekti için ise sol taraf oksipital artere baze Scalp flebi ve sağ taraf yanak flebi kullanıldı. Scalp flebi donor sahası kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatılırken yanak flebi donor sahası primer suture edildi. Hastanın postoperatif takiplerinde komplikasyon görülmeydi. Biz bu çalışma ile; seçili geniş scalp ve kranium defekti bulunan hastalarda; lokal

scalp flebine yanak filebinin kombine edilmesinin yeterli olabileceğini ve serbest flebe gerek kalmadan defektin kapatılabileceğini göstermek ve sonuçlarımızı paylaşmak istedik.

Figür 1



P037 Üst Dudak Yerleşimli Schwannoma: Atipik Yerleşimli Bir Olgu

Muzaffer Durmuş¹, Abdül Kerim Yapıcı¹,
İbrahim Yavan²

¹GATA Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

²GATA Patoloji AD

Giriş: Schwannomalar benign karakterde tümörler olup sinir kılıfını oluşturan schwann hücrelerinden orijin alırlar. Bu tümörler genelde soliter, enkapsüle yapıda olup nadiren malign transformasyon gösterirler. Baş boyun yerleşimli ekstrakranial schwannomalar vagus sinirinden ya da sempatik sistemden kaynaklanabilir. Her yaşta görülebilse de sıklıkla 4.dekatta rastlanır. Bu çalışmada üst dudak yerleşimli schwannoma olgusunun klinik özellikleri literatür verileri eşliğinde sunulacaktır.

Olgu Sunumu: 28 yaşında bayan hasta üst dudakta kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Anamnezde kitlenin yaklaşık bir yıl önce belirdiği, son zamanlarda büyüme eğiliminde ve zaman zaman ağrılı olduğu ifade edildi. Fizik muayenede kitlenin hafifçe sert kıvamda etraf dokulara fiks olmayan bir yapıda olduğu saptandı. Ultrasonografide soliter yapıda malign karakterde olmayan 10x12 mm boyutlarında kitle olarak rapor edildi. Lokal anestezi altında kitle eksize edilip rutin histopatolojik incelemeye gönderildi. Yapılan histopatolojik incelemede kapsüllü nodüler yapıda hiposelüler (AntoniB) ve hiperselüler (AntoniA) alanlar içerdiği saptandı. Hiperselüler alanlarda hücrelerin oluşturduğu tipik palizadlar (verocay cisimcikleri) olduğu görüldü. Hiposelüler alanlarda ödem, miksomatoz değişiklikler, kistik hyalen değişiklikler olduğu saptandı. Schwannoma tanısı konuldu. Postoperatif 12 aylık takip süresince nükse dair bulgu saptanmadı.

Tartışma: Nörilemmoma olarak da bilinen schwannoma sıklıkla periferik sinirlerde gözlenen derin yerleşimli bir tümöral yapıdır. Akustik sinir, ekstremiteler, gövde ve baş boyunda saptanabilir ancak 1. ve 2. Kranial sinirlerde sinir kılıfı olmadığında schwannoma gelişmesi beklenmez. Schwannoma soliter yapıda yavaş büyüyen, düzgün sınırlara sahip kitleler ile karakterizedir. Klinik bulguları değişken olup tutulum yerine göre farklılıklar arz etmektedir. Sıklıkla asemptomatiktir. Olgumuzda lezyonun dudak yerleşimli olması erken tanı ve tedaviye olanak sağlamıştır. Sonuç olarak uygun cerrahi yaklaşımla kitlenin bütün olarak alınması kür sağlayacaktır. Malign transformasyon olasılığı

olmasa da cerrahi takibe devam edilmesi yerinde bir karar olacaktır. Bunun dışında dudak yerleşimli kitlelerin ayırıcı tanısında schwannoma olabileceği akılda tutulmalıdır.

P038 Nadir Yerleşimli Dev Bir Lipom Vakası

Burçin Acuner, Tahsin Görgülü, Merve Torun,
Ahmet Eksal Kargı

Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Zonguldak

Lipomlar insan vücudunun herhangi bir yerinde subkutan yağ dokusundan köken alan, benign, yavaş büyüyen, ağrısız mezenkimal tümörlerdir. Mezenkimal tümörlerin en sık görülenidir. Çok nadir de olsa sarkomatöz dönüşüme uğrayabilecekleri söylenir. Çoğunlukla küçük boyutlardadır ve hastaların asıl şikayeti kozmetik kaygılardır. Çok az bir kısmı ciddi derecede büyük boyutlara ulaşır. Bir lipoma dev lipom diyebilmek için en az bir boyutunun 10 cm'den büyük olması veya en az 1000 gr ağırlığında olması gerekir. Biz de hastamızda mevcut olan kozmetik sıkıntılara ve boyun hareketlerinde kısıtlılığa yol açan, az görülen boyunda dev lipomu sunmak istedik. 71 yaşında erkek hasta tarafımıza yaklaşık 2-3 yıldır olan ve zamanla büyüyen, boyun hareketlerinde kısıtlılığa ve o tarafına yatmakta zorluğa sebep olan boyun sağ tarafta ağrısız kitle şikayetiyle başvurdu. Ek hastalık olarak kontrol altına alınmış nodüler hipotirodizi mevcut idi. Onun dışında sistemik ek bir hastalık yoktu. Fizik muayenesinde boyun sağ taraf sternokleidomastoid kasın (SKM) posteriorunda yaklaşık 15x10 cm'lik yumuşak kıvamda kitle palpe edildi. Dış merkezde çekilen boyun MR'da sağ submandibular glandın posterior komşuluğundan başlayan SKM posteromedial komşuluğunda kaudale uzanan tiroid glandı sağ lob posterolaterali ve klavikula posterior komşuluğuna ve sağ akciğer apeksi ile sağ subklavyan arter anterosuperior komşuluğuna kadar uzanan en belirgin kraniokaudal boyutu 14cm, transvers boyutu 13cm, ön-arka boyutu 6cm olan internal septalar içeren lipom ile uyumlu kitle olarak raporlanmış. Ayrıca lezyonun sağ arteria carotica communis dextra ve jugular venin hemen lateralinden iki yapının arasında ilerlediği ve juguler vende kompresyona sebep olduğu ve trakea ile tiroid glandının orta hattın sola doğru ittiği belirtilmişti. Tarafımızca kitle genel anestezi

38. Ulusal Kurultayı

altında belirtilen vasküler yapılardan ve sinirlerden diseke edilerek eksize edildi. Postoperatif herhangi bir problemi olmayan hasta taburcu edildi. Yapılan patolojik inceleme lipom olarak raporlandı. Lipomlar popülasyonun yaklaşık %1'inde görülen yavaş büyüyen benin mezenkimal tümörlerdir. Vücudun her yerinde görülebilir. En sık gövde ve ekstremitelerde görünür. %13'ü baş ve boyuna yerleşimlidir. Sıklıkla subkutan yerleşimli olsalar da intramusküler, intermusküler, interosseöz ve iç organlarla ilişkili olabilirler. Bu şekilde olduklarında büyük boyutlara gelineye kadar fark edilemeyebilir. Dev lipomların en büyük problemi kozmetik sorunlar yaratması ve bulunduğu yere göre fonksiyonel kısıtlılıklara yol açmasıdır. Gözden kaçırmamamız gereken ve ekarte etmemiz gereken kısım ise malinitedir. Liposarkomlar yumuşak doku malinilerinin %7-27'sini oluşturmaktadır. Bu yüzden dev lipomlar USG ve MR gibi görüntüleme yöntemleriyle ayrıntılı değerlendirilmesi ardından da patolojik incelemenin sağlanabilmesi için cerrahi olarak eksize edilmelidir. Bizim vakamızda kitlenin kas ve nörovasküler yapıların arasında derin planda olmasına rağmen patolojisi lipom olarak raporlanmış olup malinite görülmemiştir.

resim 1



Sağ servikal bölgede sağ karotis arter ve jugular venin arasından diseke edilerek çıkartılan dev lipom

P039

Pectoralis Major Osteomiyokütan Flep İle Mandibula Rekonstrüksiyonu: Olgu Sunumu

**Kutalmış Yaprak¹, Cengiz Eser¹, Eyüphan Gencel¹,
Özgür Sürmelioglu², İbrahim Tabakan¹,
Erol Kesiktaş¹, Metin Yavuz¹**

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı, Adana

Mandibula rezeksiyonu gerektiren dil tabanı kanser cerrahisi geniş rezeksiyon nedeniyle intraoral onarım, mandibula rekonstrüksiyonu ve servikal cilt kaybının onarımı 3 boyutlu olarak serbest doku nakilleri ile istenilen düzeye yaklaşmıştır.1 İdeal yumuşak doku ve ideal kemik doku onarımı serbest osteokütan fibula ve sıklıkla serbest anterolateral uyluk flebi ile yapılmaktadır. Ancak serbest doku nakli operasyonlarının uygulanmasının güç olduğu durumlarda veya geçici yaklaşımlarla hasta morbiditesini azaltma amaçlı lokal ve bölgesel fleplerde kullanılmaktadır.2

Rekonstrüksiyon plağı ve miyokütan pektoralis major flebi ve bakamjianın deltopektoral veya internal mammarian perforatör flepler bu tür hastalarda kullanılmakta ancak uzun dönemde çoğunlukla radyoterapi zorunluluğu olan hastalarda rekonstrüksiyon plağının ekspozisyonu görülebilmektedir. Uzun dönem sonuçlarının çoğu vakada istenilen düzeyde olamaması nedeniyle3 serbest doku nakillerinin gerisinde kalan pektoralis major osteokütan flep ile bu tür zor vakaların rekonstrüksiyonu özellikle hasta survisi değişmeyecek hasta gruplarında alloplastik materyal kaynaklı komplikasyonları azaltma amaçlı 1 hastada uygulandı. Operasyon tekniği ve sonuç sunuldu.

75 yaşında erkek hasta son 6 sene içinde 3 kez nüks nedeniyle ilgili kulak burun boğaz ekibince dil laterali dil tabanı parsiyel mandibula rezeksiyonları ve radikal boyun diseksiyonu sonrası hyoid kemiğe dek uzanan kitle nedeniyle opere edildi. Hastanın mandibula angulustan parasimfizise dek uzanan kemik defekti ve 10x10 cm lik intraoral defekt ve karotisi açıkta bırakan 10x6 cm lik servikal cilt defekti nedeniyle operasyona dâhil olundu.5 kosta, areola inferiorundaki 10x6 cm lik cilt dokusu ön aksiler hattan inferiora yönelen para sternal alanda devam eden insiyonla, cilt adası pektoralis major kasına 3/0 poliglaktin ile suture edilerek eleve edildi pektoralis major kasının sınırları ortaya konuldu sternal bileşke ve lateralde Kosta geyotin kemik kesici ile kesildi kas bileşkesindeki periosteal beslenmeşi koruyacak şekilde Kosta posterior perikondrium korunarak Kosta kasa dâhil edildi flep elevasyonunda para sternal bölge internal mammarian arter perforatörleri medialde kalacak şekilde pedikül hattında kas korunarak klavikular alana dek diseke edildi. Bakamjian deltopektoral flep alanı sekonder operasyon amaçlı korundu cilt adası ağız içinde olacak şekilde sürürasyon ve kostonun her iki mandibula devamlılığı 4 delikli mini titanyum plak ve 4 er adet mini vida ile tespit edildi. Kasın inferioru kostonun anteriorunu kapama amaçlı süperiora suture edilerek üzerine deri grefti konuldu. Cilt adası ve kosta alınan alanda pleural alanın korunması amaçlı bipediküllü inferiordan hazırlanan flep ile 5. kosta alanı onarıldı. Post operatif erken dönemde komplikasyonla karşılaşmadı.2. haftadan sonra oral beslenmeye başlandı. Radyoterapiye bağlı yara iyileşme sorunu nedeniyle hastada yapılan eksplorasyonda kemik yapının periosteal alandan itibaren nekrotik doku haline geldiği görüldü debridman yapıldı Kosta alındı. Kas sutureasyonu yenilendi. Periosteal beslenmenin güvenilir olduğu çalışmalarda sunulmakla birlikte hasta uyumu ve radyoterapi gibi eşlik eden durumlar hastalarda sıklıkla orokütanöz fistüller ve enfeksiyona yol açabilmektedir. Literatürde uzun dönem vakalar büyük serilerde olamamakla birlikte yer almıştır. kosta ile pektoralis major miyokütan flebi birlikte kolaylıkla diseke edilmekle birlikte kostonun kas altında temas ettiği kas miktarı, diseksiyon sırasında periosteal beslenmeyi koruyacak yaklaşımlar önemlidir. Serbest flep uygulanamayan hastalarda pektoralis major osteokütan flebin kullanımında uzun dönem takibin olamayacağı hastalarda gecici yaklaşımlarda dikkatle kullanılmalıdır.

1. Ceulemans P, Hofer SO. Flow-through anterolateral thigh flap for a free osteocutaneous fibula flap in secondary composite mandible reconstruction. *British journal of plastic surgery* 2004;57(4):358-361.
2. Mishra RC, Sahoo M. Pectoralis major rib osteomyocutaneous flap in primary mandibular reconstruction in floor of the mouth cancer. *Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery: official publication of the Association of Otolaryngologists of India* 1997;49(4):374-377.
3. Shaha A. A long-term follow-up of pectoralis osteomyocutaneous flaps. *Journal of surgical oncology* 1992;49(1):49-51.

P040**Derinin Nadir Görülen Primer Nöroendokrin Tümörü; Olgu Sunumu**

Feridun Elmas¹, Elif Akbay¹, Avni Tolga Eryılmaz², Ali Teoman Tellioğlu³

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

²Ufuk Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

³Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Derinin primer nöroendokrin tümörlerinden olan Merkel Hücreli Karsinomlar (MHK) seyrek rastlanan, çoğunlukla ileri yaş erkek hastalarda ve sıklıkla baş boyun bölgesinde rastlanan nodüler, agresif lezyonlardır(1). MHK'ların etiyopatogenezinde güneş ışığı başta olmak üzere; immünsüpresyon, arsenik maruziyeti gibi faktörler rol almaktadır. Tedavide radikal lokal eksizyon ve adjuvan radyoterapi kullanılır(2). Tedavi aşamasında lezyonun eksizyonunda ve geniş lokal eksizyon sonrası defektlerin kapatılmasında plastik cerrahi konsültasyonuna sıklıkla ihtiyaç duyulur(3).

Amaç: Bu çalışma ile nadir olarak rastlanan cildin nöroendokrin tümörlerinden Merkel Hücreli Karsinom olgusu ve bu olguya yaklaşım sunulmuştur.

Olgu: 62 Yaşında erkek hasta tarafımıza burun sağ alar kanatta 4 ay önce fark edilen ve zamanla büyüyen lezyon nedeniyle başvurdu. Hastanın tarif edilen lezyona yönelik yapılan insizyonel biyopsisi «primer derinin Merkel Hücreli Karsinomu» olarak raporlandı. Hasta Tıbbi Onkoloji önerileri alındı. Uzak metastaza yönelik yapılan radyolojik tetkiklerde patoloji saptanmadı. Postoperatif adjuvan radyoterapi planlandı, hasta servisimize yatırıldı. Alar kanat dahil edilerek 2 cm güvenlik marjı ile tam kat eksizyon yapıldı. Lokal eksizyon sonrası defekt alanının rekonstrüksiyonu başka bir seansa bırakıldı. Eksizyon sonrası lezyon «Derinin primer Merkel Hücreli Karsinomu» olarak patoloji tarafından raporlandı. Radyoterapi tedavisi alan hasta defekt alanının kapatılması için tekrar tarafımıza yönlendirildi. Defekt alanı alın flebi ile kapatıldı.

Tartışma: MHK daha çok ileri yaş erkeklerde görülen ve nadir rastlanan nöroendokrin cilt malignitesidir. Son güncel bilgilere göre 5 yıllık sağ kalım lenf nodu negatif olgularda %64'tür. Bu oran lenf nodu pozitif olgularda %18-39'a kadar düşmektedir(4). Evreleme lenf nodu tutulumu, invazyon derecesi, lezyonun büyüklüğüne göre yapılmaktadır. Hasta tanı aldığı anda sentinel lenf nodu pozitifliği ve uzak metastaz görülebilmektedir. Hasta tanı aldığı anda sentinel lenf nodu araştırılmalı ve ek görüntüleme yöntemleri ile metastaz sorgulanmalıdır. Bu vakalara yaklaşım; primer lezyonun eksizyonu sonrası hasta takibi yada adjuvan radyoterapiyi içerir. İlerlemiş olgularda radyoterapi ve/veya kemoterapi kullanılabilmektedir.

Sonuç: MHK cildin nadir rastlanan nöroendokrin cilt malignitesidir. Sıklıkla baş boyun bölgesi ve yaşlı erkek hastalarda görülen bu malignitenin seyri sırasında metastaz bulunması sağ kalım oranlarını ciddi şekilde düşürmektedir. Görüntüleme yöntemleri, biyopsiler gibi yöntemler ile erken tanı için hayati olabilmektedir. Bu vakaların tedavi ve takiplerinde multidisipliner yaklaşım mutlaka tercih edilmelidir.

Kaynaklar:

1-Albores-Saavedra J., Batich K., Chable-Montero F., et

al: Merkel cell carcinoma demographics, morphology, and survival based on 3870 cases: a population based study. J Cutan Pathol 2010; 37: pp. 20-27

2- Venes M., Pere L., McCourt J., et al: Merkel cell carcinoma: improved outcome with adjuvant radiotherapy. ANZ J Surg 2005; 75: pp. 275-281

3-Merkel Cell Carcinoma - A Rare Entity with Specific Reconstructive Challenges, Bührer G1, Horsch RE1, Schlabrakowski A2, Arkudas A, Handchir Mikrochir Plast Chir. 2016 Apr;48(2):95-100. doi: 10.1055/s-0042-104656. Epub 2016 Apr 20.

4-Merkel Cell Carcinoma Therapeutic Update, Cassler NM1, Merrill D2, Bichakjian CK3, Brownell I4, Curr Treat Options Oncol. 2016 Jul;17(7):36. doi: 10.1007/s11864-016-0409-1.

5-Merkel Cell Carcinoma: Current Management and Controversies, Prewett SL1, Ajithkumar T2. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2015 Aug;27(8):436-44. doi: 10.1016/j.clon.2015.04.007. Epub 2015 May 23

Primer Nöroendokrin Tümör

Burunda Primer Nöroendokrin Tümör tanılı hastanın preoperatif ve intraoperatif görüntüleri

P041**Williams Sendromlu Hastalarda Alt Dudak Küçültme ile Estetik ve Fonksiyonel Kazanım**

Cengizhan Ekizceli, Serhat Atalay Eviş,

Erol Kozanoğlu, Samet Vasfi Kuvat

İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Williams sendromu (WS) yenidoğanlarda görülme sıklığı 1/7500 ile 1/20000 olan multisistemik bir hastalıktır. 7. kromozomun q11.23 bölgesinde meydana gelen mikrodelsiyon sonucu oluşur. Hastalarda; peri yüzü olarak bilinen karakteristik dismorfik bir yüz görüntüsü, mental retardasyon, hiperrefleksi, mikrosefali, kas hipotonisi ve en sık supravalyüler aort stenozu olmak üzere kardiovasküler anomaliler görülebilmektedir. Bizim hastamız genetik test ile WS tanısı almış, karakteristik peri yüzü deformitesine sahip, mental retardasyon, mitral kapak defisiti, büyük dudak ve geniş ağız, sol taraf inguinal herni gibi deformitelerin eşlik ettiği bir hastadır. Hastamızın bize başvuru sebebi; büyük dudaklar ve buna bağlı olan tükrük salgısını kontrol edememe ve kötü estetik görüntüsüdür. Hastamızın bu şikayetlerini gidermeye yönelik alt dudak orta hattan transfers uzunluğu 1.5 cm, vertikal uzunluğu 2 cm olan V şeklinde; deri, kas ve mukozayı içeren, vertikal planda tam kat eksizyon yapıldı ve tüm katmanlar ayrı

ayrı suture edildi. Hastamızın post operatif takiplerinde bir komplikasyon gelişmedi. Hastanın kendisi ve hasta yakınları tükürük salgısı kaçığında azalma ve estetik olarak daha iyi bir görüntü olduğunu ifade ettiler. Biz bu çalışmada bu şikayetleri bulunan WS hastalarda V şeklinde eksizyon ile cerrahi tedavinin faydasını göstermek ve sonuçlarımızı paylaşmak istedik.

figure 1



(sol) preoperatif ve (sağ) postoperatif 6. ay görüntüsü

P042

Nadir Bir Olgu: Nevus Lipomatozis Süperfisialis

Fatih Kılıç¹, Ebru Altındal Susem²

¹Niğde Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, Niğde

²Niğde Devlet Hastanesi Patoloji Lab, Niğde

Giriş: Nevus lipomatozis süperfisialis (NLS) dermis içerisinde matür ektopik adipositlerin görüldüğü nadir bir hamartomatöz lezyondur. Dermolipoma olarak da bilinir. İlk olarak 1921 yılında Hoffman tarafından tariflenmiştir (1). Genellikle doğumda vardır veya çocukluk ile ergenlik döneminde ortaya çıkar (2). Cinsiyete göre farklılık yoktur ve ailesel geçişe dair kanıt yoktur (3). Yumuşak sarı papüller şeklindedir. Subkutanöz yağ dokusu ile beraber herhangi bir bağlantısı yoktur. Üzerindeki epidermiste belirgin bir değişiklik yoktur. Bu çalışmada doğuştan her iki kulak arkasında soliter lezyonların eksizyonel biyopsi sonucu NLS gelen bir hasta sunulmuştur.

Olgu: 12 yaşındaki erkek hasta her iki kulak arkasında doğuştan varolan, deri renginde, deriden kabarık soliter, yumuşak 9x9x10mm ebatlarında bir lezyon nedeni ile kliniğimize başvurdu (Resim-A). Hastanın fizik muayenesinde herhangi bir ülserasyon endüryasyon ve rejyonel lenf nodunun olmadığı görüldü. Lezyonlar sınırından cerrahi eksizyon ile çıkarıldı ve histopatolojik incelemeye gönderildi. Histopatolojik incelemede matür yağ dokularının süperfisial dermis içerisinde kapiller damarlar çevresinde lobüler tarzda yerleşmiş olduğu izlendi (Resim-B).

Tartışma: NLS yüzeysel ve mid-dermiste matür yağ dokusunun ektopik olarak görüldüğü, genellikle multipl olduğunda sebace nevus ile karışabilen nadir görülen bir lezyondur. Etiyopatogenezi tam olarak bilinmemektedir. Genellikle asemptomatik seyreder fakat ülser ile de kendini gösterebilir (4). NLS'nin bazı cilt lezyonları ile ilgili olabileceği rapor edilmiştir(5,6). Klinik olarak soliter ve multipl olarak 2 formda sınıflandırılır (7). Multipl olduğunda genellikle pelvik ve gluteal bölgede görülür (8). Soliter olan ise skalp, göz kapağı, burun ve klitoriste görülebilir (9-12).

Bizim vakamız da kulak arkasında görülmesi ve bilateral olması nedeni ile literatürde benzeri bulunmamaktadır. Tedavi her zaman şart olmayıp, yapılacak cerrahi işlem sadece kozmetik amaçlıdır. Cerrahi eksizyon küratiftir ve cerrahi sonrası rekürrens nadirdir (7).

Referanslar: 1. Hoffmann E, Zuhelle E. Ubereinen nevus lipomatodes cutaneous superficialis der linkenglutaalgegend. Arch Dermatol Syph. 1921;130:327-33.

2. Finley AG, Musso LA. Naevus lipomatosus cutaneus superficialis (Hoffman-Zurhelle). Br J Dermatol 1972; 87: 557-564. PMID: 4648802

3. Jones EW, Marks R, Ponysehirun D. Naevus superficialis lipomatosus: A clinicopathological report of twenty cases. Br J Dermatol 1975; 13: 121-133. PMID: 1235780

4. Girglia HS, Bhattacharya SK. Naevus lipomatosus cutaneous superficialis. Int J Dermatol 1975; 14: 273-276. PMID: 1132930

5. Ghosh SK, Bandyopadhyay D, Jamadar NS. Nevus lipomatosus cutaneous superficialis: an unusual presentation. Dermatol Online J. 2010;16:12.

6. Al-Mutairi N, Joshi A, Nour-Eldin O. Nevus lipomatosus cutaneous superficialis of Hoffmann- Zuhelle with angiokeratoma of Fordyce. Acta Derm Venereol. 2006;86:92-93.

7. Yap FB. Nevus lipomatosus superficialis. Singapore Med J. 2009;50:e161-2.

8. Buch AC, Panicker NK, Karve PP. Solitary nevus lipomatosus cutaneous superficialis. J Postgrad Med.2005;51:47-8.

9. Hatori R, Kubo T, Yano K, et al. Nevus lipomatosus cutaneous superficialis of the clitoris. Dermatol Surg. 2003;29:1071-1072.

10. Kaw P, Carlson A, Meyer DR. Nevus lipomatosus (pedunculated lipofibroma) of the eyelid. Ophtal Plast Reconstr Surg. 2005;21:74-76.

11. Mansour AT, Yasar S, Aydingos IE, Goktay F, Ozdemir N, Sungurlu F. Colocalization of lipedematous scalp and nevus lipomatosus superficialis: a case report. J Cutan Pathol. 2007;34:342-345.

12. Saez Rodriguez M, Rodriguez-Martin M, Carnerero A, et al. Nevus lipomatosus cutaneous superficialis on the nose. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2005;19:751-752.

Resim A-B



Resim-A: Hastanın sağ ve kulak arkasındaki lezyonun görüntüsü
Resim-B: Patolojik incelemede matür adipositlerin dermis içerisinde yerleşmiş olduğu görülmektedir.

P043

Subtotal Kulak Amputasyonu Sonrası VI. Kranial Sinir Paralizisi; Olgu Sunumu

Enver Arpacı¹, Nilgün Markal Ertaş², Harun Çöloğlu³, Ahmet Çağrı Uysal², Güllü Korkmaz Solmaz³

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim dalı, Konya

²Başkent Üniversitesi tıp fakültesi, plastik cerrahi anabilim dalı, Ankara

³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim dalı, Adana

Giriş: Tüm kafa travmaları içinde tek taraflı VI. kranial sinir felci oranı %1-2,7 arasında bildirilmiştir. Bildirilen bu vakaların büyük kısmı çocuk yaş grubunda olup, nadir bir durum oluşturmaktadır. Bu çalışmamızda kulak ve temporal bölgesinde kesi sonrası tek taraflı VI. kranial sinir felci oluşan bir hastamızı sunarak bu tür bir durumun oluşma sebebi, ayırıcı tanısı ve tedavisi hakkında literatür bilgilerini sunmaktır.

Vaka: 22 yaşında erkek hasta cam imalathanesinde meydana geldiği ifade edilen yaralanma sonucu, sağ

kulak üst 1/3'lük kısmında subtotal amputasyon ve temporal bölgeyi içeren yaklaşık 12 cm uzunluğunda tam kat kesi ile acil serviste değerlendirildi. Bilinci açık ve kooperasyonu tam olan hastanın çekilen kranial tomografisinde sağ temporal kemik skuamöz ve mastoid kesimden geçen fraktür hattı, sağ mastoid hücreler ve orta kulak boşluğunda hava değerleri olduğu tespit edildi. Beyin cerrahisi tarafından yapılan muayenesinde cerrahi müdahale endikasyonu bulunmadığı belirtildi. Acil şartlarda ameliyathaneye alınan hastanın yüzeysel temporal arter, superior aurikuler arter ve eşlik eden venleri, temporal kas ve fasiyası ve kulak segmenti onarıldı. Ameliyat sonrası 1. günde travma bölgesinde nekroz ve enfeksiyon bulgusu olmayan hastanın sağ gözünde izotropi, lateral bakışta motor kayıp ve buna bağlı çift görme tespit edildi. Hastaya oftalmoloji önerisi ile sağ gözün kapatılması ve steroid uygulaması başlatıldı. Hastanın 7. aydaki kontrolünde mevcut durumun devam ettiği tespit edilmiştir.

Tartışma: Genel olarak VI. kranial sinir felci daha çok kafa travmaları sonrası (%34-42) ve kafa içi tümöral sebeplerden (%27-39) dolayı meydana gelir. Daha nadir olarak idiyopatik, enfeksiyon(herpes, leptospiroz), hidrosefali, konjenital ve otitis media gibi sebepler sayılabilir. Abdusens sinirinin kafa içinde uzun bir traseye sahip olması kapalı kafa travmalarında da etkilenmesinde önemli bir faktördür. Anatomik olarak beyin sapından VII. kranial sinir ile yan yana çıkan VI. kranial sinir, vertikal olarak subaraknoid boşluk içinde yukarı doğru uzanarak yaklaşık 15 mm sonra dura mater katmanından geçerek petroz kemiğe paralel olarak yukarı doğru yönelir. Petroz apeks seviyesinde 120 derecelik bir açı ile retro klinoidal ligament altından Dorello kanalı olarak adlandırılan kanaldan geçerek, internal karotid arterin dışında seyrederek kavernoöz sinüsü penetre eder. Buradan orbital boşluğa girerek lateral rektus kasını innerve eder. Abdusens siniri en sık petroz apeks bölgesinde zedelenir. Travma sonrası kafa tabanı kırığı, meningeal ödem, intrakranial kanam kanama gibi durumlardan dolayı sinir hasarlanabilir ancak daha sunduğumuz vakada da olduğu gibi çok travma esnasında yukarı ve aşağı doğru ani hareketler bu bölgede gerginlik ve sıkışmaya bağlı sinir hasarı meydana getirmektedir. Yapılan otopsi çalışmalarında bu durumda bağlantılı olarak perinöral hemoraji ve hücresel düzeyde ödem tespit edilmiştir. Tedavide çift görmeyi azaltmak için göz kapama uygulanmaktadır. Ancak 9 yaşından küçük çocuklarda sık sık açık tutularak iatrojenik amblyopia oluşumunun önlenmesi önerilmektedir. Erken dönemde medial rektus kasına botulinum toksini enjekte ederek lateral kasın çalışmamasına bağlı durum dengelenmeye çalışılabilir. Vakaların çoğu 3-6 ay içinde düzelmektedir. Düzeltme görülmeyen vakalarda cerrahi tedavi yapılmaktadır. Cerrahide rektus kaslarını içeren transfer işlemleri uygulanmaktadır. Sonuç olarak kapalı kafa travmalarında belirgin bir intrakranial patoloji bulunmadığı durumlarda bile abducens sinirinin hasar görebileceği ve buna bağlı bulgular oluşabileceği akıld tutulmalıdır.

Abdusens sinir paralizi olan hastanın klinik görünümü



Sol üst: Sol temporal bölge ve kulak üst 1/3lük kısmının subtotal amputasyonunu içeren preoperatif görünüm Sağ üst: Postoperatif dönemde ileri bakışta sağ gözde mediale kayma mevcut. Sol alt: Postoperatif sağ gözde dışa bakışta motor kayıp. Sağ alt: Postoperatif sola bakışta motor fonksiyonlar doğal görünümde.

P044
Bilateral Superficial Temporal Arter
Yerleşimli İntravasküler Papiller
Endotelial Hiperplazi

Yasemin İmamoğlu, Muhammet Uraloğlu,
Hasbi Mert Meral, Muhammet Ömür Ersin Altun,
Ümit Naci Karaçal
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., Trabzon

Giriş – Amaç: Papiller endotelial hiperplazi, vasküler endotelial proliferasyonla karakterize, benign natürlü nadir görülen bir lezyondur. Vücudun herhangi bir bölgesinde, cilt ya da yumuşak dokuda meydana gelebilmektedir. Anjiosarkom ile karışabilir. Bu sunuda 18 yaşındaki bir olguda frontal bölgede bilateral izlenen papiller endotelial hiperplazi özellikleri ile sunulmuştur. **Yöntem - Gereç:** 21 yaşında erkek hasta, 1 yıldır bilateral frontal bölgede ağrısız şişlik yakınması ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenede palpasyonda 3 cm çaplı, düzenli sınırlı, yumuşak kıvamlı olan, cilt altı mobil olmayan kitle için lipom ? kistik lezyon ? hemanjiom ? temporal arterit ? ön tanıları düşünüldü. Hastanın öncesinde kafa travması öyküsü yok, aktif klinik şikayeti yoktu. Hasta operasyon amaçlı servise yatırıldı.

Bulgular: Hastaya genel anestezi altında eksizyon yapıldı. Bilateral Temporal superficial arterin frontal dalı trasesine uygun yerleşimli 3 cm çaplı lezyon için uygun insizyon yapıldı. Diseksiyonlarla ilerlenerek makroskopide tespih tanesi görünümünde, yer yer boğumlanma gösteren distalde ve proksimalde devamlılığı olan lezyon distalden bağlandı, ayrıldı. Lümenli olduğu gözlemlendi. Proksimalden bağlandı, lümen devamlılığı, lümen içerisinde fibrin trombus gözlemlendi. İşlem bilateral her iki lezyon için uygulandı. Mikroskopik incelemede her iki bölgeden alınan materyalin birbirine benzer nitelikte olduğu izlendi. Fibröz bağ dokusu içinde kapiller hemanjiom adaları yanı sıra endotel ile örtülü çok sayıda hyalen papillalar ve organize trombus

izlendi. Trikrom ile hyalen dokuda yer yer pozitivite saptandı. Bu bulgular ile bilateral IPEH tanısı verildi. **Tartışma:** IPEH nadir vasküler tümörlerden biridir. Baş boyun bölgesi en sık görüldüğü lokalizasyonlardır. İlk kez 1923'te Masson tarafından vejetan intravasküler hemanjiomendotelioma olarak tanımlanmıştır. Salyer, bu antitenin trombus organizasyonuna sekonder olarak gelişen bir lezyon olduğunu belirtmiştir. Günümüze kadar IPEH, intravasküler anjiomatozis, Masson's pseudoanjiomatozis, Masson's hemanjioma ve Masson's vejetan intravasküler hemanjiomendotelioma olarak farklı isimlerle tanımlanmıştır. İlk olarak 1976 yılında Celarkin ve Enzinger intravasküler papiller endotelial hiperplazi terimini kullanmışlardır. Histolojik olarak dilate vasküler yapı içerisinde görülen pure form ve hemanjioma gibi önceden var olan vasküler bir lezyon içerisinde lokal değişimler gösteren miks form şeklinde iki yapı sergiler. Masson tümörü cerrahi tedavisinde amaç, lezyonu total olarak çıkartmaktır. Nüks genellikle miks formda vakalarda yetersiz eksizyon sonucu bildirilmiştir. Eksizyon ile tedavi ettiğimiz olgumuzda postoperatif dönemde yara iyileşmesinde herhangi bir problem yaşanmadı. IPEH klinik görünüm spesifik değildir. Tanı daima histopatolojik olarak koyulmaktadır. Sonuç olarak özellikle el ve parmak bölgesinde görülen ve vasküler yapının devamı olduğu izlenimi veren kitlelerde IPEH ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Zira sıklıkla karışabildiği anjiomatozomun aksine tamamen benign bir patolojidir. Basit total eksizyon ile tam kür sağlamak mümkündür.

Sonuç: Nonspesifik semptomlar dışında belirgin şikayeti olmayan Olgumuzun bilateral olması şimdiye kadar yapılan yayınlardan farklı kılmaktadır. Asemptomatik, cilt altı yumuşak doku şişliği olan hastalarda ayırıcı tanıda İPAH düşünülmelidir.

P045
Sekonder Dudak Deformitelerinde
Bilateral Rotasyon Flepleri

Elif Seda Tamses, Bekir Atık,
Muhammed Beşir Öztürk, Mehmet Gurler, Cengiz Ertekin
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı İstanbul

Giriş: Sekonder dudak deformiteleri tamiri için birçok teknik tarif edilmiştir. Ancak bu tekniklerde yeterli simetri sağlanamadığı görülmüştür. Kontraksiyon sebebiyle doku yetersizliği görülen yarık dudak tarafından, ekstra doku elde etmek amaçlı geliştirdiğimiz, Millard tekniğinin yeni bir modifikasyonu olan, bilateral rotasyon flebini sunmak istedik.

Gereç-Yöntem: Toplam 10 adet dudak sekonder deformiteli hasta opere edildi. Skar dokusu tamamen eksize edilecek şekilde ortada bırakılarak, her iki taraftan rotasyon flepleri planlandı. Flepler kaldırıldıktan sonra skatrize doku total eksize edildi ve kas tamiri ardından cilt sütüre edildi.

Sonuç: Yarık taraftan ilerletme flebi yerine rotasyon flebi planlanması sonucunda ekstradan doku kazanılmış oldu. Böylece skar ve kontraksiyon sebebiyle ortaya çıkan doku açığı giderildi. Gerginlik ortadan kaldırıldığı için yarık dudak tarafından doku alınmadı ve ileride oluşabilecek geniş skardan da kaçılmış oldu.

bilateral rotasyon flepleri



intraop bilateral rotasyon flepleri planlanmış

Şekil 1



Ameliyat öncesi, ameliyat, ameliyat sonrası 2. ay kontrolü

P046

İzole Konjenital Alt Lateral Kartilaj Aplazisi ve Septal Kartilaj Grefti ile Rekonstrüksiyonu: Vaka Sunumu

Erhan Coşkun, Anıl Arif Olguner

Çukurova Doktor Aşkın Tüfekçi Devlet Hastanesi, Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Adana

Giriş: Konjenital nazal anomalilere yenidoğanlarda 1/20000 ile 1/40000 sıklığı arasında rastlanmaktadır.1 Bildiğimiz kadarı ile izole alt lateral kartilaj aplazisi literatürde çok az sayıda tanımlanmıştır.2,3 Bu yazıda izole parsiyel alt lateral kartilaj lateral krura aplazisi olan bir hasta sunulmaktadır.

Vaka: 31 yaşında bayan hasta nefes alma problemi ve burunda şekil bozukluğu şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan muayenede belirgin eksternal deviasyon, nazal septumda deviasyon ve sol alar kanatta minimal depresyon dikkati çekti. Hastadan paranazal sinüs BT istendi. Tetkik sonucunda septum deviasyonu dışında belirgin bir patoloji dikkati çekmedi. Transkolumellar insizyon ardından subperiosteal ve subperiosteal diseksiyon ile burun kemik ve kartilaj dokuları ortaya kondu. Sol alt lateral kartilaj lateral kruranın mevcut olmadığı görüldü. Septum deviasyonu düzeltildi ve kıkırdak greft alındı. Alınan kıkırdak grefti şekil verilerek lateral kartilaj rekonstrüksiyonunda kullanıldı. Dorsal hump osteotom ile alındı, lateral osteotomlar ile açık çatı kapatılarak eksternal deviasyon düzeltildi. Ameliyat sonrası erken dönemde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmadı. Hasta dördüncü ay kontrolünde daha iyi estetik ve fonksiyonel sonuçları ile görüldü.

Tartışma: Konjenital nazal anomaliler oldukça nadir görülmektedirler, izole nazal yapı anomalileri ise çok daha nadiren karşımıza çıkmaktadır. Literatürde daha önce tanımlanan vakaların çoğunda yapısal eksiklik muayene bulgularında belirgin olarak görülebilmektedir ancak yukarıda sunulan vakada olduğu gibi muayene bulguları yapısal bir anomaliiyi düşündürmese dahi nadiren de olsa ameliyat sırasında burunda yapısal anomaliler ile karşılaşılabilceği görülmüştür.

P047

Nadir Görülen Kolumellar Epidermoid Karsinom Vakası

Mustafa Nışancı¹, Mehmet Altıparmak¹,
Rabia Mihriban Kılınc²

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,

Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Muğla

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji
Anabilim Dalı

Giriş: Kolumellar epidermoid karsinom nadir görülen, hızlı ilerleyen bir tümördür. Tedavisi tümör büyüklüğüne göre cerrahi, radyoterapi veya her ikisi birliktedir. Çalışmamızda septuma uzanım gösteren kolumellar epidermoid karsinom vakası ve tümör eksizyonu sonrası rekonstrüksiyonu sunulmuştur.

Olgu: Hastamız kliniğimize 2 aydır burnunun içinde büyüyen ağrısız nazal kitle şikayeti ile başvurdu. Uzun yıllar sigara içicisi olduğunu belirten 54 yaşındaki hastanın kanama şikayeti olmamış. Radyolojik görüntülemelerde (kranial BT) septuma doğru uzanan kolumellar kitle varlığı tespit edilmiş. sol nazal vestibülden görülebilen bu kitlenin nazal spine üzerinde yer aldığı fakat maksillaya invaze olmadığı görülmüştür. Metastaza dair herhangi bir belirtiye rastlanmadı. Boyun USG'sinde servikal lenf nodlarında patolojiye rastlanmadı. Kolumella, membranöz septum ve kıkırdak septumun bir kısmı eksize edildi. Radyolojik görüntülemelerde 2cm'den küçük olan kitle, ortalama 10mm cerrahi sınırla çıkarıldı (Resim 1). Dolayısıyla kıkırdak septumun kitleye bakan yüzü çıkarılmış oldu. Frozen incelemede tümör negatif geldi. Çıkarılan kitlenin patolojik incelemesi "iyi diferansiyeli keratinize tip skuamöz hücreli karsinom" olarak geldi. Cerrahi sınırlar sağlam olarak sonuçlandı. Sol nazolabial flep ile septum ve kolumella rekonstrüksiyonu gerçekleştirildi. Posterior septal kartilajdan 2mm genişliğinde kolumellar sitrat oluşturuldu ve flep ile örtüldü.

Tartışma: Anterior nazal kavitede epidermoid karsinom nadir görülen bir tümördür. Bunların birinde veya

birkaçında ortaya çıkan SCC'ler anterior nazal kavite bölgesine girer. Literatürde 5 yıllık sağ kalımının %60-80 arasında olduğu bildirilmiştir. Vestibüler SCC'nin geniş lenfatik drenajının olduğu ve lenf nodu tutulumunda prognozunun anlamlı oranda kötüleştiği bilinmektedir. Predispozan faktörler arasında en önemlisi sigara olup, bunun yanında petrol ürünleri veya çözeltilerine uzun süre maruziyette, odun talaşlarıyla çalışanlarda ve nikel ve deri ile ilgili kimyasallarla çalışanlarda görüldüğü kaydedilmiştir.(1) Hastamız marangoz olup yüksek miktarda sigara içicisidir (2 paket/gün/30 yıl). Nazal vestibüler SCC'nin en sık semptomları ağrı ve kanamadır.(2) Vakamızda kanaması olmayan ağrısız bir burun içi kitle şikayeti vardı. Literatürde semptomların ortalama 9 ayda belirti verdikleri yazılsa da vakamızda kitle belirtileri iki ay içerisinde kendini göstermiştir. Septum, vestibül, kolumella, anterior nazal taban, anterior nazal kavitenin içerisinde yer alan alt bölgelerdir. Fornelli ve ark'nın (2) çalışmasına göre anterior nazal kavite alt bölgelerinden tek bölgede çıkanların oranı %69 iken birden fazla alt bölgede çıkanlar %31'dir. Çok sayıda alt bölge yerleşimli kitlesi olan hastalardan yalnızca primer tedavisi cerrahi olanlar sağ kalabilmiştir. Bir başka çalışmada da ileri evre nazal vestibüler SCC'nin cerrahiye veya kombine tedaviye (cerrahi + radyoterapi) cevabının sadece radyoterapiye cevabından daha iyi olduğunu göstermişlerdir.(3) Ayrıca tümör büyüklüğü 2cm'nin altında olanlar için daha çok cerrahi tedavi yeterli olmaktadır. Bunlardan dolayı vakamıza primer tedavi metodu olarak cerrahi uygulandı. Ameliyat sonrası 3 aylık takiplerinde rekürrens bulgusuna rastlanmadı.

Sonuç: Nazal vestibüler Epidermoid karsinomlar nadir görülen tümörlerdir. Literatürde erken evre tümörlerde yalnızca cerrahi yeterli olmakla beraber, 2cm'den büyük kiteller veya birden fazla alt üniteye invaze olmuş tümörlerde ise cerrahi ve radyoterapinin kombine kullanımının faydası üzerinde durulmuştur.

Referanslar:

- 1) DiLeo MD, Miller RH, Rice JC, et al. Nasal septal squamous cell carcinoma: a chart review and meta-analysis. Laryngoscope 1996;106:1218-22.
- 2) Fornelli, Rick A., et al. Squamous cell carcinoma of the anterior nasal cavity: a dual institution review. Otolaryngology--Head and Neck Surgery, 2000, 123.3: 207-210.
- 3) Dowley, A., et al. Squamous cell carcinoma of the nasal vestibule: a 20-year case series and literature review. The Journal of Laryngology & Otolaryngology, 2008, 122.10: 1019-1023.

Resim 1



Sol üst: nazal kitle kolumella ve septuma invaze Sağ üst: preop radyolojik görüntüleme Sol alt: kitle eksize edildi Sağ alt: Nazolabial flep sonrası postop 3.ay

P048

Trapezius Perforatör Flep ile Posterior Servikal Bölge Onarımı

Cengiz Eser, Eyüphan Gencel, İbrahim Tabakan, Erol Kesiktaş, Metin Yavuz, Oben Karakuş
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Transvers servikal arter pediküllü myokütan trapezius flebi baş boyun cerrahisinde özellikle kanser cerrahisi sonrası geniş defektlerde major yapıların korunması amaçlı posterior boyun alanının rekonstrüksiyonunda güvenle kullanılmıştır. Pediküllü flep olarak kullanım alanları fasyal bölge, skalp, servikal bölge, omuz, dil ve posterior servikal üst ve alt torasik bölge olarak sayılabilir. Mathes nahai sınıflamasına göre tip 2 kastedir. Transverse servikal arter süperfisyal servikal ve dorsal skapular arteri veren ana arter gövdesidir. Son yıllarda perforatör flepler doku rekonstrüksiyonunda yer almaktadır.1 Okspital, süperfisyal servikal arter ve dorsal skapular arterin kası geçen ve üzerindeki cildi besleyen perforatörlerine yönelik "Freestyle" diseksiyon tekniklerinin gelişmesi kas koruyucu rekonstrüksiyon için ideal dokunun travma, cerrahi ve radyoterapi alanı dışından kaldırılmasına imkân sağlar.2 Donör alanın primer kapatılması ve kozmetik sonucun yakın bölge komşuluğundan onarımı nedeniyle daha iyi olması avantajlarındandır. Defekt boyutu ve pedikül mesafesi kimi olgularda pediküllü flep yerine serbest flep ile onarımı zorunlu kılmaktadır.2olgumuzda posterior servikalde epidermoid karsinom nedeniyle geniş rezeksiyon yapılmış olguda postoperatif radyoterapiye dirençli flep ile onarım amaçlı trapezius perforatör flep ile onarım yapılan hastanın sonucu sunuldu.

1. Hallock GG. Reconstruction of posterior trunk defects. Seminars in plastic surgery 2011;25(1):78-85.
2. Sadigh PL, Chang LR, Hsieh CH, Feng WJ, Jeng SF.

The trapezius perforator flap: an underused but versatile option in the reconstruction of local and distant soft-tissue defects. Plast Reconstr Surg 2014;134(3):449e-456e.

P049

Mandibulanın Tümör Rezeksiyonu Sonrası Sıvı Nitrojen İle Muamele Edilerek Tekrar Rekonstrüksiyonda Kullanılması

Tugba Gün Koplay, Cemil Işık, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Tümör rezeksiyonu sonrası mandibula rekonstrüksiyonunda endoprotezler, biyolojik yöntemler gibi pekçok seçenek mevcuttur. Bu çalışmada, mandibula ramusunda osteosarkom olan hastada tümör rezeksiyonu sonrası sıvı nitrojenle muamele edilen segment ile onarım, detayları ve sonuçları ile sunulmuştur.

Olgu Sunumu: 30 yaşında erkek hasta preaurikuler yaklaşık 3 cm çapta lezyon ile başvurdu. Alınan insizyonal biyopsinin sonucu osteosarkom olarak raporlandı. Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Magnetik Rezonans (MR) görüntüleri alındı. Lezyon mandibula ramusundan kaynaklanıyordu ve temporal ve zigomatik kemikte de devamlılık göstermekteydi. Tümör geniş cerrahi sınırlarla frozen sonuçları ile sınırın benign olduğu kanıtlanarak çıkartıldı. Tümör tarafından invaze olan fasyal sinir kısımları da rezeksiyonla alındı. Kemik segmentten yumuşak doku tamamen sıyrıldıktan sonra angulus da dahil edilen sol ramusu içererek rezeksiyon edilen mandibula 20 dakika sıvı nitrojen içeren kapalı bir kap içerisinde bekletildi. Daha sonra 15 dakika oda şartlarında bekletildi. 10 dakika distile su ile yıkandıktan sonra rekonstrüksiyon plağı ile fiks edildi. Kemik üzerinin örtülmesi için nöretize serbest rektus kası kaldırıldı ve fasyal arter ve juguler ven dalları ile anastomoz edildi. Sağ bacadan sural sinir grefti alındı. 2 splinte ayrıldı. tragus önünde fasyal sinire koapte edildi. distali tekrar uç kısımları fasiküllere ayrılarak fasyal sinir marjinal manibuler, bukkal, zigomatik, temporal dallara koapte edildi. Rektus kası sinirleri de sural sinir grefti proksimaline uç yan koapte edildikten sonra cilt sütürasyonları tamamlandı.

Bulgular: 6 aylık takipte yara ile ilgili herhangi bir problem olmadı. Drenleri 2 gün sonra çekilen hasta 1 haftalık free flep takibi sonrası taburcu edildi. Postoperatif 1. günde 3. ayda ve 6. ayda bilgisayarlı tomografi görüntüleri ile kontrolleri yapıldı. Postoperatif radyoterapi alan hastada fasyal sinir açısından takipler devam etmekte. Hastaya ek bir donör alan morbiditesi oluşturmadan mandibular kontur estetik bir şekilde oluşturulmuş oldu. Ameliyat süresi kısaltıldı. Ek bir cerrahi ekibe gerek kalmadı. Kemik grefti, free flep, alloplastik materyal gibi diğer seçeneklerin yanında daha az maliyetle tedavi sağlanmış oldu.

Sonuç: Sıvı nitrojen, doku saklanması ve destrüksiyonunda kullanılabilen güçlü bir kriyojeniktir. Çıkartılan kemik segmentin sıvı nitrojen ile muamele edilerek rekonstrüksiyonda kullanılması donör alan morbiditesi oluşturmadan estetik sonuçların alındığı zaman ve maliyet açısından karlı bir yöntemdir.

P050

Maksillada Nadir bir Kitle: Dev Hücreli Reperatif Granülom

Hasan Çelik, Mustafa Hancı, Mustafa Sütçü, Mustafa Keskin
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Dev hücreli granümler travma ya da inflamasyon sonrası oluşabilen neoplastik lezyonlardır. Periost bağ dokusu ya da periodontal ligament kökenli lezyonlardır. Genellikle 30 yaş altı kadınlarda görülür. Periferik ve santral olarak sınıflandırılabilirler. Periferik dev hücreli granümler baş boyun bölgesinde sık görülmekte, mandibula: maksilla oranı ise 2/1 olarak izlenmektedir. Çenedeki diş çevresinde rezorbsiyon, kortikal kemikte incelmeye yol açan ekspansiyon kitle oluştururlar. Mukoza yüzeyin devamlılığı normaldir. Radyolojik olarak unioküler ya da multioküler radyolusen lezyonlar izlenir. Kesin tanısı patolojik inceleme ile konur.

Tedavide lezyonun enükle edilmesi gerekir. Operasyon esnasında kitlenin kanamalı, boşlukların kırmızı-gri renkte görünümü dikkat çeker.

Kliniğimize sol orta yüz yarımında ileri derecede şişkinlik şikayeti olan 12 yaşında yabancı uyruklu kız hasta başvurdu. Sol maksiller bölgede sert, fiks kitle mevcuttu. Yüzeyel usg ile sol maksillofasiyal bölgesinde net sınır vermeyen, hipoekoik ve belirgin vaskülaritesi olan, hiperekojen hava alanlarında içeren yumuşak doku olarak değerlendirildi. Daha önce de operasyon geçiren hastanın verilerinin net olmaması üzerine tanısal biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu "dev hücreli reperatif granülom" olarak rapor edildi. Biyopsi sonucundan sonra cerrahi disiplinler altında; sol maksiller bölgedeki kitlenin tamamı enükle edildi. Cerrahi sırasında lezyonun ileri derecede kanamalı olduğu ve kistik boşluklarının kırmızı-gri renkli görünümü izlendi. Dev hücreli lezyonlar denildiğinde akla anevrizmal kemik kisti, hiperparatiroidizmde görülen Brown tümörü ve dev hücreli reperatif lezyonlar gibi patolojiler akla gelmektedir. Genellikle klinikleri benzer lezyonlardır. Çoğunlukla maksilla ve mandibulada görülmektedirler. Klinik belirtileri ile birlikte biyopsi sonucu tanıya götürmektedir. Lezyonun enükleasyonu yapılarak başarılı bir cerrahi sonrası nüks görülmeyeceği kanatındayız. Operasyon sonrası 6. ayda olan hastamızın klinik bulguları doğaldır.

preop görüntü 2



P051

İdiopatik Kistik Kondromalazi, 2 Olgu Sunumu

Arif Aydın

Afyon Devlet Hastanesi, Plastik Rek. ve Estetik Cerrahi Kliniği, Afyonkarahisar

Giriş: İdiopatik kistik kondromalazi ya da aurikuler psödokist; kulakta kartilajın anterior ve posterior yaprakları arasında sıvı birikmesiyle oluşan benign, non inflamatuvar, genellikle asemptomatik şişliktir. Tedavi edilmezse kulakta kalıcı deformiteye neden olabilir. Literatürde bu durum; enkondral psödokist, intrakartilajinoz kist, psödoaurikuler seroma, kistik kondromalazi gibi değişik isimlerle de adlandırılmıştır. Psödokist denmesinin sebebi belirgin bir kist duvarının olmayışıdır. Etiyoloji tam olarak aydınlatılamamıştır. Belli başlı teorilerde kondrositler tarafından destrüktif lizoenzimlerin salınması, embriyogenezde oluşan bir defekt, minör travmalar (kulaklarda sık sık çekme, sürtünme, motosiklet kaskı, kulaklık kullanılması vb.) üzerinde durulmuştur. Tedavide cerrahi dışı yöntemler olarak aspirasyon ve baskılı pansuman, steroid enjeksiyonu, TCA, triamsinolon gibi maddelerin enjeksiyonu kullanılmıştır. Cerrahi yöntem olarak ise; insizyon, drenaj ve kartilajın anterior yaprağının alınması olan <surgical deroofting> ve baskılı pansuman en sık kullanılan yöntem olmuştur.

Ogu 1: 22 yaşında erkek hasta sol kulağında 1 aydır mevcut olan şişlik nedeniyle başvurdu. Minör travma öyküsü yoktu. Hastaya lokal anestezi altında <surgical deroofting> prosedürü uygulandı. Anterior kıkırdak yaprakçığı eksize edildi ve bolster pansuman yapılarak taburcu edildi. 3 gün sonra pansuman açıldı ve günlük pansumanlarla takip edildi. Postop 4. ay takiplerinde nüks izlenmedi.

Ogu 2: 28 yaşında erkek hasta her iki kulakta şekil bozukluğu nedeniyle başvurdu. Deformite en az 10 yıldır mevcutmuş. Minör travma öyküsü yoktu. Daha önce kitlelerden sıvı aspire edilmiş fakat nüks oluşmuş. Hastaya sedasyon ve lokal anestezi altında <surgical deroofting> yapıldı. Bolster pansuman uygulandı. Hasta postop 1 haftadan sonra takiplere gelmediğinden nüks değerlendirilemedi.

Sonuç: İdiopatik kistik kondromalazi nadir görülen, benign kulaklarda heliks-antiheliks yerleşimli asemptomatik kitlelerdir. Tedavide cerrahi ve cerrahi olmayan çeşitli yöntemler kullanılmış olup, <surgical deroofting> prosedürü nüks oranı en az olan tedavi yaklaşımıdır.

P052

Bilateral Multipl Preauriküler Skin Tag Olgu Sunumu

Fatih Kılıç¹, Gamze Güney², Ebru Altındal Susem³

¹Niğde Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, Niğde

²Ankara Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

³Niğde Devlet Hastanesi Patoloji, Niğde

Giriş: Yenidoğanda sık görülen minör anomalilerden biri olan preauriküler skin tag, tragus ve ağız köşesi arasındaki çizilen hattın herhangi bir yerinde bulunan küçük, deri renginde nodüler anomalilerdir. Unilateral veya bilateral olabilir, pediküllü veya sesil olabilir ve yumuşak veya sert olabilir. Büyüklüğü genellikle 3-5 mm çapındadır ve üzerinde vellus tüyleri bulunabilir (1,2). Etiyopatogenezi tam olarak bilinmemektedir fakat dış kulak gelişimi sırasında 1. ve 2. Brankial arkta oluşan bir defekten kaynaklandığı düşünülmektedir (3). Fakat, gebelikte diyabeti olan annelerin bebeklerinde, embriyonun gelişimi sırasında ortaya çıkan hipergliseminin direkt veya indirekt teratojenik etkisi sonucu pek çok organ sistemini etkileyen malformasyonların gelişebileceği ileri sürülmüştür (4). Preauriküler skin tag yenidoğanda sık görülen bir anomali olsa da bilateral ve multipl olması nadir görülen bir durumdur. Bu çalışmada yüzünün iki tarafında çok sayıda skin tag bulunan olgu sunulmuştur.

Olgu: Ailesi 8 aylık erkek çocuğunu kulak önlerindeki çıkıntılar nedeni ile kliniğimize getirildi. Hastanın fizik muayenesinde sağ preauriküler bölgede 3 adet sapında kıkırdak içeren, 1 adet yanak bölgesinde sadece deri saplı olan ve sol preauriküler bölgede 2 adet sapında kıkırdak içeren toplam 6 adet skin tag olduğu görüldü (Resim). Lokal muayenede başka herhangi bir sinüs, fistül vb anomali görülmedi. Hastanın kognitif ve motor fonksiyonları normal olarak değerlendirildi. İşitme testlerinde bir patolojiye rastlanmadı. Beyin gelişiminin ve diğer organ muayenelerinin normal olduğu görüldü. Yanak ve kulak önündeki saplı nodüler lezyonları eksize edildi. Kulak önü ve yanaktan çıkarılan materyallerin patolojisinde elastik kartilaj çevresinde yağ-bağ dokusu içeren epitelyal polipoid oluşum görüldü.

Tartışma: Preauriküler skin tag veya aksesuar tragus ilk olarak 1858 yılında Birkett tarafından rapor edilen bir konjenital anomalidir. Preauriküler anomalilerin prevalansı %0,3-5 olarak hesaplanmıştır (5). Scheinfeld preauriküler skin tag ve sinüse ilaveten dismorfik özellik, ailede sağırılık, annede gebelik diyabeti hikayesinin bir veya daha fazlasının olması durumunda kulak ve renal anomaliler yönünden

preop/postop



araştırılması gerektiğini savunmuşlardır (6). Kugelman izole preauriküler skin tag ve pits'i olan bebeklerde %17 oranında işitme bozukluğu saptamışlardır (7). Konjenital preauriküler skin tag ve sinüsler izole bir bulgu olarak veya sendromlarla birlikte görülebilirler. Bu nedenle ayırıcı tanıda Goldenhar ve BOR (Brakiyo-otorenal sendrom) sendromları düşünülmelidir (8). Pre-auriküler skin tag, lar izole olabileceği gibi diğer brankial ark defektlerinin bir parçası da olabilir. Bu nedenle dikkatli bir muayene yapılmalı ve diğer anomaliler göz ardı edilmemelidir. Bizim olgumuzda başka herhangi bir anormali saptanmamış olup tüm organ muayeneleri normal olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca bilateral ve multipl olması yönü ile olgu sunulmaya değer görmüştür.

Sonuç: Yenidoğanlarda gözlenen kutanöz minör anomaliler, izole bulgular olabileceği gibi önemli malformasyonların veya sendromların belirtisi de olabilirler. Konjenital minör anomaliler gözardı edilmemeli ve eşlik edebilen ciddi tablolar nedeniyle multidisipliner yaklaşımla değerlendirilmelidir.

- Referanslar:**
- 1- Cosman BC (1993). Bilateral accessory tragus. *Cutis* 51:199-200.
 - 2- Sebben JE (1989). The accessory tragus--no ordinary skin tag. *Journal of Dermatologic Surgery Oncology* 15:304-307.
 - 3- McGrath BM, Ashton BD. DermaCase: can you identify this condition? Accessory tragus. *Can Fam Physician* 2012;58:767-72.
 - 4- Wang RY, Earl DL, Ruder RO, Graham JM. Syndromic ear anomalies and renal ultrasounds. *Pediatrics* 2001;108:1-8.
 - 5- Roth DA-E, Hildesheimer M, Bardenstein S, Goidel D, Reichman B, et al. Preauricular skin tags and ear pits are associated with permanent hearing impairment. *Pediatrics* 2008;122:884-90.
 - 6- Scheinfeld NS, Silverberg NB, Weinberg JM, Nozad V. The preauricular sinus: a review of its clinical presentation, treatment, and associations. *Pediatr Dermatol* 2004;21:191-7.
 - 7- Kugelman A, Hadad B, Ben-David J. Preauricular tags and pits in the newborn: the role of hearing tests. *Acta Paediatr* 1997;86:170-2.
 - 8- Tan T, Constantinides H, Mitchell TE. The preauricular sinus: A review of its aetiology, clinical presentation and management. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2005;69:1469-74.

Resim



Hastanın sağ ve sol preauriküler bölgesindeki çok sayıda skin tag'ler oklar ile gösterilmiştir.

P053

Nüks Eden Baş-Boyun Scc Hastalarında Pediküllü Pektoral Flep ile Rekonstruksiyonu

Selami Serhat Şirvan, Hikmet İhsan Eren, Mecd Atıf Cezairlioğlu, Erkan Yüce, Mert Sızmaç, Kamuran Zeynep Sevim Aytuğ, Semra Hacıkerim Karşıdağ *Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul*

Amaç: Baş boyun bölgesinin nüks tümörleri rekonstrüksiyonu oldukça zorlu ve tartışmalı konudur. Nüks tümör rezeksiyonları sonrası oluşan doku defektleri rekonstrüksiyonunda serbest doku nakillerinin kullanımı artmakla beraber pektoralis major myokutan (PMMKF) flepler güvenilir ve kullanışlı olmaları nedeniyle iyi bir seçenek olarak akılda tutulmalıdır. Bu çalışmada kliniğimizde baş boyun bölgesinde nüks SCC vakalarında yapılan pektoralis major myokutanöz flepler tartışılmıştır.

Gereç Ve Yöntem: Hastanemizde 2013-2016 tarihleri arasında kliniğimizde baş boyun bölgesinde nüks SCC vakalarında yapılan pektoralis major myokutanöz flepler ile cilt defektlerinin kapatılmasına yönelik tarafımızca opere edilen 2 hasta çalışmaya dahil edildi. Primer olarak kapatılamayan donör alanlar deri grefti ile onarıldı.

Bulgular: Hastaların 2'si de erkek olup; ortalama yaşları ise 66 (50-82) idi. Ortalama takip süresi 6.5 (5-8) ay olan hastalarda erken postoperatif dönemde 1 hastada sütür dehiscansı, 1 hastada parsiyel nekroz, gözlemlendi. Bu hastalardan parsiyel nekroz gelişen hastada debridman sonrasında lokal flep ile defekt rekonstrükt edildi. Daha sonra ek cerrahi girişime gerek duyulmadı. Tüm hastalarda geç postoperatif dönem sorunsuz izlendi.

Tartışma: Hastaların ilk ameliyatları sonrası radyoterapi endikasyonu konulmuş olmasına rağmen kendi istekleri ile tedavilerine devam etmemişlerdir ve nüks tümör gelişmesi sebebiyle tarafımıza başvurmıştır. Hastaların mevcut ek hastalıkları nedeni ile ameliyat süresinin kısaltılması amacıyla serbest flep düşünülmüdü. PMMKF kolay uygulanabilir olması, flep pedikülünün uzun olması, öğrenme eğrisinin hızlı olması, mikrocerrahi girişime gerek duyulmaması gibi avantajı var iken, flebin kas deri şeklinde planlanması flep kalınlığını artırarak boyun bölgesinde kalın kitleye neden olması ve erkeklerde cildin kıllı doku ile rekonstrüksiyon sağlaması dezavantaj oluşturabilir [2]. Baş boyun bölgesinde oluşan büyük defektlerin rekonstrüksiyonunda serbest fleplerin kullanımı gün geçtikçe artarken mikrocerrahi rekonstrüksiyonun ekipman gerektirmesi, uzun cerrahi süresine neden olması, ekip ve tecrübe gerektirmesi dezavantajdır. Ayrıca preoperatif dönemde radyoterapi uygulanmış olan hastalarda uygun donör damar bulunamayışı serbest flep kullanımı kısıtlamaktadır.

Sonuç: Bu nedenle baş boyun nüks tümör ameliyatları sonrası defektlerinin rekonstrüksiyonunda PMMKF'in kullanımının güvenilir ve etkili bir seçenek olduğu düşüncesindeyiz.

Kaynaklar

1. McLean, J. N., Carlson, G. W., Losken, A., "The pectoralis major myocutaneous flap revisited: a reliable technique for head and neck reconstruction", *Annals of Plastic Surgery*, 64 (5): 570-3, 2010
2. Gillies HD (1923) The tubed pedicle in plastic surgery.

JLaryngolOtol38:503-503

3. Mutter T (1842) Case of deformed leg, from unsuccessfully treated fracture: Cured by operation. Prov MedJRetrospectMedSci4:285-287

adapte pektoral flep



post-op 2. ay

P054

Superfisyal Temporal Arter Ada Flebi ile Kaş Rekonstrüksiyonu: Olgu Sunumu

Zeliha Gül, Erkan Yüce, Kamuran Zeynep Sevim Aytuğ, Çağatay Öner, Semra Hacikerim Karşıdağ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Amaç: Kaş, yüzün fonksiyonel ve estetik açıdan tamamlayıcı önemli bir subunitesidir. Kaş yokluğu herediter ya da kazanılmış olarak görülebilir. Tedavi seçenekleri etiyolojiye ve kaşın kaybedilen kısmına bağlı olarak değişir. Biz bu makalede kaş medial 1/3 ü için tasarladığımız superfisyal temporal arter bazlı ada flebinin sonuçlarını paylaşmak ve diğer seçenekleri tartışmayı amaçladık.

Olgu: 34 yaşında erkek hasta 12 yıl önce alev ile yanık sonrası dış merkezde pansuman ile takip edilmesi ardından

kliniğimize sol kaş medial 1/3 ünde yaklaşık %50 sini içeren (2.7 cm: 6 cm) yanığa ait 2.2 cm x 2.7 cm atrofik ve alopesik alan şikayeti ile başvurdu. Kontralateral kaş yoğunluğu ve frontal alopesi sebebiyle superfisyal temporal arter bazlı ada flebi ile rekonstrüksiyon planlandı. Genel anestezi altında defekt alan boyutları ve uzaklığına göre 14.5 cm pedikül uzunluğu ve 3 cm x 2 cm cilt adası oluşturuldu. Cilt adasının yönü flep rotasyonu ve adaptasyonu ardından kaş dizimine uygun şekilde tasarlandı. Defekt alanda desepidermizasyon sağlandı. Cilt adası subkutan planda tünel oluşturularak defekt alana adapte edildi. postop 2. Günde hasta taburcu edildi.

Sonuç: Kaş, her yüzde farklı yapıda olabilen önemli bir subunitesidir. Rekonstrüksiyonu için mini ya da mikro saç greftleri, subkutan pediküllü flepler, superfisyal temporal arter bazlı ada flebi, frontal skalp flebi ve mikrovasküler kaş transplantasyonu tanımlanan teknikler arasındadır. Cinsiyet, kaş yoğunluğu ve kalınlığı, etiyolojiye bağlı olarak uygun endikasyon ile uygun tedavi seçeneği oluşturmak en önemli basamaktır. Kaş medial 1/3 ünde defekt olarak lokalizasyon ve boyutları için atipik olsa dahi; erkek hastada, yoğun ve kalın kaş anatomisi, frontal alopesi, yanık zemini için uygun algoritma ile yaptığımız superfisyal temporal arter bazlı ada flebi, postop 3. ayda kaş rekonstrüksiyonu ve donör alan skarı açısından hasta memnuniyetini sağlamıştır.

resim 1



Sol kaş medial 1/3 ünde mevcut defekt; preop-postop 6. Hafta-postop 3. ay görünümü

P055

Çift Taraflı Nazolabial "Birbiri Üzerine Binen X Flepleri" ile Total Üst Dudak Rekonstrüksiyonu

Said Alğan, Önder Tan, Mehmet Akif Çakmak, Kerem Yılmaz, Harun Karaduman, Akın İnälöz
Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D. Erzurum

Total dudak rekonstrüksiyonları, gerek dudağı anatomik olarak taklit eden verici sahaların sınırlı olmasından gerekse çoğu zaman yeterli olmayan estetik ve fonksiyonel sonuçlarından dolayı sorunludur. Uzak verici sahalarından alınan serbest fleplerin aksine bölgesel flepler, yüz bölgesinde ekstra skar ve hasar oluşturmaktadırlar. Olgumuzda total üst dudak rezeksiyonu sonrası çift taraflı nazolabial flepler ile rekonstrüksiyon sağlandı. 67 yaşında bayan hasta üst dudak orta hattında, vermilion boyunca yayılmış yaklaşık 2.5 cm çaplı, düzensiz sınırlı, siyah pigment lezyon ile kliniğimize başvurdu. Alınan insizyonel biyopside malign melanom tanısı kondu, değerlendirilebildiği kadarıyla Breslow 6 mm, Clark evre 4 olarak rapor edildi, PET-CT de, sol üst juguler alanda hipermetabolik aktivite saptandı, uzak organ tutulumu yoktu. Hastaya geniş rezeksiyon ve çift taraflı terapötik boyun diseksiyonu planlandı. GAA çift taraflı supraomohyoid boyun diseksiyonunu takiben üst dudaktaki tümör, 1.5 cm cerrahi

sınırla, heriki dudak komissürleri korunacak ve deri-kas-mukozaı içerecek şekilde total olarak rezeke edildi. Heriki taraftan 8x1.5 cm boyutlu nazolabial flepler kaldırılarak sağ flep vermilionu, sol flep ise üst dudak ciltini oluşturacak şekilde birbiri üzerinde "X" şeklinde konumlandırılarak defekt sahasına taşındı. Flep verici sahaları primer kapatıldı. Ameliyat sonrası flepler tam yaşadı, kanama, enfeksiyon yada sütürlerde ayrılma yaşanmadı. 3 hafta sonra yine GAA heriki nazolabial flebin, rekonstrüksiyona dahil edilmeyen proksimal kısımları kesilerek verici sahalarına iade edildi. Flepler dudağa adapte edildi. Ameliyat sonrası heriki flep de alıcı sahadan çok iyi perfüze oldu, kayıp yaşanmadı. Histopatolojik raporda tümör tipi nodüler, kalınlığı Breslow 3.5 mm idi, boyunda 2 adet tümör pozitif lenf nodu tespit edildi. 6 aylık izlemlerde estetik olarak iyi bir üst dudak görüntüsü elde edildi. Konuşma ve beslenme fonksiyonları yeterliydi. Verici saha skarları kabul edilebilirdi. İmmüno-kemoterapi alan ve herhangi bir loko-rejyonel nüks yada uzak organ metastazı gelişmeyen hastanın halen plastik cerrahi ve medikal onkoloji tarafından izlemleri devam etmektedir. Dudak rekonstrüksiyonlarında lokal flepler önemli bir yer tutarken tam kat ve total dudak kayıplarında kullanımları sınırlıdır. Üst dudağın % 25 inden az defektler primer onarılabilirken, fazlası kayıplar flep rekonstrüksiyonu gerektirir. Ekstensör hallucis ve digitorum brevis kası ile kombine edilmiş serbest dorsalis pedis flebi ve palmaris longuslu serbest radial önkol flebi yaygın dudak defektlerinde başarıyla kullanılmışlardır. Ancak özellikle yaşlı hastalarda uzun ameliyat süresi, karmaşık cerrahi işlem, mikrocerrahi deneyim ve ekip zorunluluğu, ve ameliyat sonrası flebe yada hastaya ait komplikasyonlar serbest fleplerin temel riskleridir. Total alt dudak onarımlarında Stair Step eksizyon, Webster, Bernard ve Nakajima gibi bölgesel flepler tedavi seçenekleri arasında bulunsun da, üst dudak rekonstrüksiyonlarında seçenekler daha sınırlıdır. Lorenz ve Majer üst dudak ve kolumella restorasyonu için bilateral muskulokutan nazolabial fan flepler kullanmışlardır. Yine Oseni ve ark. bilateral nazolabial flepleri submental flep ve mukoza grefti ile kombine ederek total üst dudak kaybını onarmışlardır. Heriki grup da nazolabial flepleri inferior pediküllü ve tek seanslı olarak kaldırmışlardır. Bizim olgumuzda olduğu gibi flebin süperior bazlı kaldırılması ise hem daha geniş doku elde edilmesini hemde daha az verici saha skarını mümkün kılabilir. Kolay ve hızlı kaldırılması, güvenli dolaşımı, kısa ameliyat süresi, iyi estetik ve fonksiyonel sonuçları, yüzde gizli skar ve düşük verici saha hasarı gibi avantajlarıyla çift taraflı nazolabial X flepleri, gerek diğer bölgesel fleplere, gerekse serbest fleplere tercih edilebilir. Yöntemin dezavantajı ise iki seans gerektirmesidir.

Resim 1

Çift taraflı nazolabial birbiri üzerine binen X flepleri ile total üst dudak defektinin onarımı

P056**Pediyatrik Dönemde Nadir Görülen Alt Dudakta Lipom Olgusu**

Soner Karaali, Ahmet Faruk Yücel, Mehmet Yıldırım, Cengizhan Ekizceli, Erol Kozanoğlu
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Baş-Boyun bölgesinin en sık görülen benign mezenkimal kökenli neoplazmi lipomdur. Sıklığı %15-20 arasındadır. En sık yanak bölgesinde görülmekle birlikte, sıklık sırasına göre; dil, ağız tabanı, bukkal mukoza, dudak, damak ve gingivada görülmektedir. Oral kavitenin benign tümörlerinin %0.1-5 ini oluşturur. Oral kavite lipomları uzun süredir bulunan, nodüler, ağrısız ele gelen kitle olarak klinik bulgu vermektedir. Polikliniğimize dudakta kitle nedeniyle başvuran 8 yaşında erkek hastanın fizik muayenesinde; alt dudakta orta hatta 1x2 cm büyüklüğünde oral mukoza ile kaplı, yumuşak, düzgün sınırlı, mobil kitlesi mevcuttu. Hastanın MRG (Manyetik Rezonans Götüntüleme) de kas içi uzanımı olan lipom ile uyumlu kitle rapor edilmiştir. Hasta genel anestezi altında opere edildi. Kitle kas içi uzanımlarında göz önünde bulundurularak tamamen eksize edildi. Hastanın takiplerinde komplikasyon görülmedi ve patoloji raporu lipom olarak geldi. Hastanın 1 yıl sonraki kontrolünde aynı lokalizasyonda nüks kitle gözlenmesi üzerine hasta reopere edildi. Kitle eksize edildi ve patolojiye gönderildi. Patoloji sonucu yine lipom olarak rapor edildi. Hasta şuan post operatif 3. ayında olup takibinde nüks kitle görülmedi. Biz bu çalışmada alt dudakta görülen; mukosel, venöz konjesyon, piyojenik granülom, apse, malign deri tümörlerinin yanı sıra lipomatöz oluşumlarında görülebildiğini ve bizim hastamızda olduğu gibi nüks meydana gelebileceğini göstermek ve paylaşmak istedik.

Alt Dudakta Lipom Pre-Postoperatif fotoğraflar

P057

Yüzeyel Parotidektomide Kolay Diseksiyon İçin İpuçları

Alper Burak Uslu, Ramazan Erkin Ünlü, Ali Rıza Yıldırım, Mehmet Tapan, Mehmet Onur Öztürk, Murat İğde
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yüzeyel parotidektomi deri yassı hücreli kanseri ile benign ve malign parotis kitleleri tanı ve tedavisi için sıklıkla icra edilen bir operasyondur. Güvenli ve etkili şekilde icra edilebilmesi için bölge anatomisine mutlak hakimiyet ile iyi bir diseksiyon becerisi gerektirir. Kliniğimizde çeşitli baş/boyun bölgesi tümörleri tanı ve tedavisi için yapılmış olan yüzeyel parotidektomiler sırasında elde edinilmiş tecrübe ışığında söz konusu operasyonlara karşı alınabilecek önlemler ile gelişmeleri halinde komplikasyonların yönetimi noktasında- uygulanabilecek ipuçları ile dikkat edilmesi gereken püf noktaları vurgulamayı amaçladık.

P058

Mandibula Çevresinden Malign Lezyon Eksizyonu Yapılmış Hastalarda Oluşan Defektlerin Kapatılmasında Submental Arter Perforatör Fleplerin Kullanımı

Şeyda Güray Evin, Osman Akdağ, Mehtap Karemeşe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Kas içermeyen submental arter perforatör flep perioral rekonstrüksiyonda kullanılabilecek bir seçenektir. Perioral bölgeden malign lezyon eksizyonu yapılmış iki hastada flebin kullanımı bu bildiride sunulacaktır.

Hastalar ve Method: Hastalara ait epidemiyolojik bilgiler, lezyonun yeri, büyüklüğü ve komplikasyonlar Tablo 1>de özetlenmiştir.

Sonuç: Flep elevasyonu basit ve kaldırılma zamanı kısaydı. Hastalar 6 ay takip edildi. Major ya da minör komplikasyonlar gelişmedi. Boyun hareketleri kısıtlılık ve kabul edilemez bir skar görünümü olmadı.

Tartışma: Submental arterden köken alan 1 ya da 2 adet perforatör arter vardır. Major perforatör arterfasyal arterin 2-4 cm (31.8 cm) anteriorundan çıkar. Perioral bölge rekonstrüksiyonunda kullanılması yanı sıra bıyık ve sakal alanlarının restorasyonu için de kullanılabilir. Hatta fasial arter dahil edildiğinde alın bölgesindeki defektlerin rekonstrüksiyonunda kullanılabilir. Güvenilir bir perforatör artere sahip olduğundan usulüne uygun kaldırıldığında flep kaybı gibi komplikasyonlara rastlanmaz. Submental bölgede saklanabilen, kabul edilebilir bir skar bırakır. Kas dokusu olmadığından ince kaldırılabilir, 18*7 cm'e kadar çıkabilen bir doku rezervine sahiptir, uzun bir vasküler pedikülü vardır ve yüz ile ideal renk uyumunu sağlar.

Tablo 1

	Yaş	Cinsiyet	Lezyonun yeri	Etyoloji	Lezyonun büyüklüğü	Rotasyon açısı	Komplikasyon
Hasta 1	70	Bayan	Sağ mandibuler korpus	Basal hücreli karsinom	5*7 cm	145	yok
Hasta 2	85	Bayan	Sağ mandibuler korpus	Basal hücreli karsinom	5*6 cm	180	yok

P059

Üst Dudakta Lenfanjioma Olgusu

Nuh Evin, Osman Akdağ, Mehtap Karemeşe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

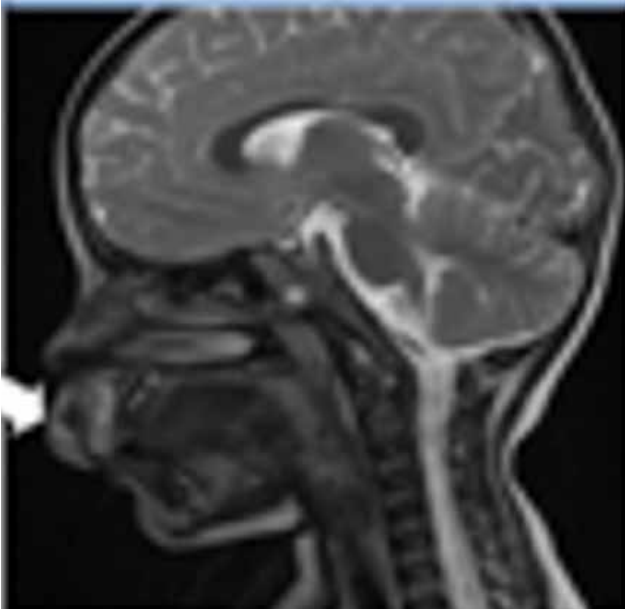
Giriş: Lenfanjiomalar lenfatik sistemin iyi huylu konjenital hamartomudur. Genellikle pediatrik yaşlarda baş boyun bölgesinde meydana gelir. Baş boyun bölgesinde sıklıkla boyunda görülselerde nadiren oral kavitede, dilde ve dudaklarda da görülebilirler. Bu çalışmada; dört yaşında üst dudak lenganjioma olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu: 4 yaşında erkek hasta üst dudak boyutlarında zamanla büyüme şikayetiyle başvurdu. Hikayesinde travma, sistemik hastalık, geçirilmiş cerrahi ve aile öyküsü yoktu. Fizik muayenede üst dudak geniş, gergin ve öne doğru çıkıntılı görünümde olup, üst dudak hareketleri kısıtlıydı. Ağız içi, baş boyun ve genel fizik muayenesi normaldi. Büyüme ve gelişmesi normal persentil aralığındaydı. Rutin laboratuvar testlerinde anormallik yoktu. Yüz bölgesine yönelik yapılan manyetik rezonans(MR) görüntülerinde; üst dudağa izole, çok sayıda kistik lezyon içeren, orbikuler kasın intakt olduğu, çoğunluğu kasın anterioruna yerleşimli olan lenfonjioma ile uyumlu kitle görünümü mevcuttu. (Şekil 1) Aileye hastalık ve cerrahi tedavi hakkında bilgi verildi ve aile onayı alındı. Genel anestezi altında vermilokutan hatta yapılan 0.5 cm insizyonlar yardımıyla oluşturulan cilt altı tünellerden pull-through tekniğiyle lenfanjioma dokusu eksize edildi. Orbikuler kas korundu. Dren yerleştirilerek mevcut insizyonlar sütüre edildi. Baskılı pansuman yapıldı. Drenler cerrahi sonrası 2. günde çekildi. Hasta analjezikle taburcu edildi. 1 ay süreyle baskılı bandaj önerildi. Patolojik inceleme sonucu lenfanjioma ile uyumlu geldi. Hasta 6 ay süreyle takip edildi.

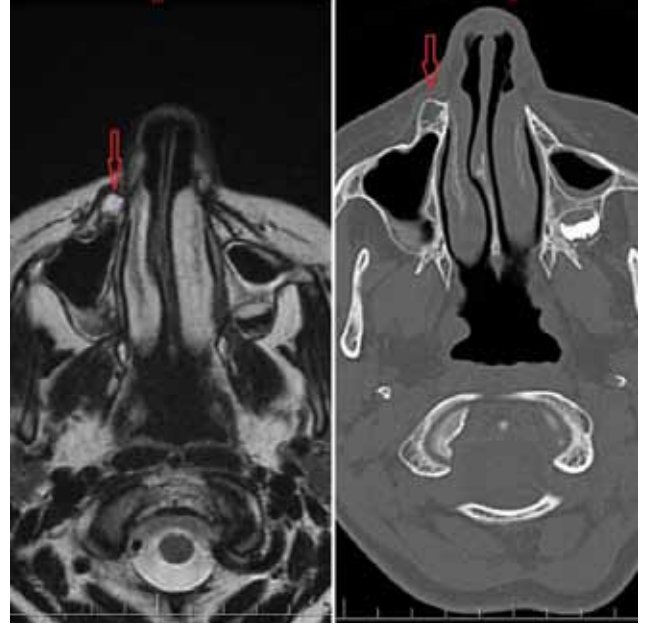
Bulgular: Cerrahi sonrası erken dönemde kanama, enfeksiyon, seroma görülmedi. Cerrahi sonrası 1. haftada seroma ile başvurdu. Seroma boşaltıldı ve baskılı bandajla tedavi edildi. Cerrahi sonrası altıncı ayda üst dudak fonksiyon ve estetiği memnun ediciydi.

Tartışma ve Sonuç: Lenfanjiomalar literatürde nadir görülen hamartomlardır. Tedavisinde cerrahi eksizyon, aspirasyon, steroid, sklerozan terapi, lazer tedavisi ve kemoterapi kullanılmıştır. Olgumuz nadir görülen üst dudak lenfanjioma olgusu olması ve pull-through tekniğiyle opere edilmesi nedeniyle özellik arz etmektedir.

şekil 1



Resim 1



Preoperatif intraosseus lipomun BT ve MR görüntüsü

P060 Henoch Schönlein Purpuralı Hastada Maksiller İntraosseus Lipom; Nadir Bir Olgu

Soysal Baş¹, Tansel Günendi², Songül Demir³

¹Şanlıurfa Mehmet Akir İnan EAH, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

²Şanlıurfa Mehmet Akir İnan EAH, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Şanlıurfa

³Şanlıurfa Mehmet Akir İnan EAH, Radyoloji Kliniği, Şanlıurfa

Erişkin çağın en sık yumuşak doku tümörü olan lipomlar nadiren yağ dokusu dışından gelişmektedir. Kemik yerleşimli lipomlar oldukça seyrek görülmekte olup özellikle uzun kemiklerde ve kalkaneus yerleşimlidir. Ayrıca literatürde maksilla ve mandibula yerleşiminde bildirilmiştir. İntraosseus lipomların etyolojisi bilinmemekle birlikte travma, radyasyon ve iskemi suçlanmaktadır. Mandibula ve maksilla bölgesi yerleşimli lipomlar odontojenik tümörler ve fibröz displazi ile ayırıcı tanıya girmektedir. Kliniğimize başvuran 11 yaşındaki bayan hastanın Henoch Schönlein Purpura tanısı bulunmaktadır. Sağ maksiller bölgede nazomaksiller bölgeye yerleşimli, MRG ve BT görüntülerinde 5x10 mm boyutunda düzgün konturlu kortekste destruksiyon yaratmayan düzgün sınırlı yağ baskılı sekanslarda baskılanan tümöral kitle tarif edilmiştir ve intraosseus lipom lehine yorumlanmıştır. Öyküsünde farkedildiğinden beri yavaş büyüme gösterdiği saptanmış olup cerrahi olarak eksize edilen kitlenin patolojik örnekleme ile ön tanısı teyit edilmiştir. Literatür taramasında intraosseus lipomun Henoch Schönlein Purpurası ile ilişkisine rastlanmamıştır. Yazıda çocukluk yaşta karşılaştığımız nadir olgunun sunulması ve literatürün gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

P061 Konjenital Kondroid Hamartom; Nadir Bir Olgu

Sedat Tatar, Yalçın Yontar

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Hamartomlar geliştiği organda normal olarak mevcut bulunan yapıların anormal bir karışımdan oluşan tümör görünümüne bir dokudur ve 1904 yılında Albrecht tarafından tanımlanmıştır.

Vaka: Kliniğimizde boyunda sol anterolateral bölgede sternokleidomastoid kası orta seviyesinde 2x1 cm nodüler, ağrısız kitle şikayetiyle başvuran ve doğumdan itibaren kitlesi var olan 6 yaşında kız hasta opere edildi. Kitle genel anestezi altında scm kası posteriorundan karotis kılıfı ön yüzünden total olarak eksize edildi ve patolojik inceleme sonucu kondroid hamartom olarak geldi.

Sonuç: Konjenital hamartomlar baş boyun bölgesinde nadir olarak görülmekte ve çoğunlukla oral kavite ve ya nazal kavitede görülmektedir. Boyun cildinde gördüğümüz konjenital kondroid hamartom olgusunu sunduk

Resim 1

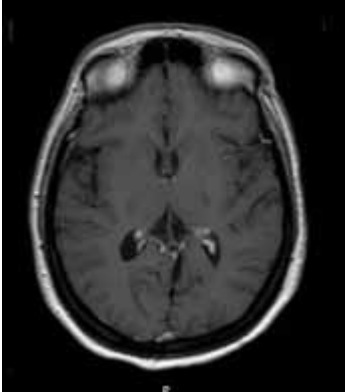


P062 Opere Edilmiş Dermoid Kist Komplikasyonu: BOS Fistülü

Kamil Manav¹, Dilek Şenen Demirez¹, Mehmet Ali Korkmaz¹, Abdullah Sürücü¹, Emine Handan Şimşek¹, Altan Tekin¹, Abdullah Erkan Orhan²
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Antalya
²Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Tekirdağ

Yüzün konjenital dermoid kistleri sık görülüp genellikle üst lateral orbital rimde lokalizedirler. Bu lezyonlar benign naturde olup embriyolojik füzyonla tabakaların altında tuzağa düşmüş migrasyon dokularının (dermal ve epidermal hücreler) bulunması ve retansiyonu ile meydana gelirler. Lokalizasyonlarına göre orbital/periorbital bölge ve nazal bölge olmak üzere ikiye ayrılır. Boyut olarak değişiklik gösterirler. Bu kistler basit epidermoid kistler olabileceği gibi içerdiği dermis ve eklerinden dolayı sebum ve saç içerebilirler. Dermoid kistlerdeki kritik konu intarkranial uzanımın olup olmamasıdır. İntrakranial uzanımlarda kraniyotomi genellikle endikedir. Mutlaka preoperatif olarak hastalar ince kesit bilgisayarlı tomografi ile görüntülenmelidir. Herhangi bir görüntüleme yöntemi kullanmadan dermoid kist vakalarını opere etmek son derece risklidir.

BOS Fistülü



P063

Metilmetakrilat Üzerine Koyulan Free Flepte Meydana Gelen Mikroskopik ve Makroskopik Değişiklikler

Şeyda Güray Evin, Osman Akdağ,
Mehtap Karemeşe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Metil metakrilat yıllardır kranial defektlerin rekonstrüksiyonu için kullanılan reaktif resin grubu bir alloplastik materyaldir. Free flepler bu alloplastik materyalin üzerine kapatmakta kullanılabilecek yumuşak doku araçlarından biridir. Güvenilir vaskularizasyon, istenilen ölçüde tasarlanarak kaldırılabilmesi, defekte istenildiği gibi adapte edilebilmesi avantajlarındandır. Bu bildiride tam kat kranial kemik defekti olup metilmetakrilat ile kemik rekonstrüksiyon yapılmış ve ardından yumuşak doku rekonstrüksiyonu için free flep uygulanmış 2 hastada akut dönemde meydana gelen histoloji değişiklikler ve kronik dönemde klinik takibi zorlaştıracak makroskopik değişiklikler sunulacaktır.

Vakalar Ve Method: Case1: 31Y erkek hasta travma sonucu sağ parietal bölgede 5*5 cm doku nedeniyle opere edildi. Daha önce metilmetakrilat ile kemik rekonstrüksiyonu yapılan hastaya free ALT flep ile onarım yapıldı. Hasta 12 ay takip edildi. Case2: 63y bayan hasta skalpte SCC nedeniyle opere edildi. Tümöral doku altındaki kalvariumda eksize edildi 11*13 cm lik defekte metilmetakrilat ile rekonstrüksiyon sağlandı. Yumuşak doku rekonstrüksiyonu free ALT ile sağlandı. Hasta 12 ay boyunca takip edildi. Fleplere ait histolojik, makroskopik değişiklikler ve komplikasyonlar aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Sonuç: Metilmetakrilat monomerlerinin kimyasal yapısı ve üzerindeki dokuda meydana gelen ısı nekrozu free fleplerdeki akut ve kronik dönem komplikasyonların nedeni olabilmektedir.

Tartışma: Free fleplerle kalvarial rekonstrüksiyon erken ve geç dönemde flep kaybı, yara dehiscensi, enfeksiyon, hematoma gibi komplikasyonlara sahiptir. Kranioplasti aracı olarak metilmetakrilat kullanıldığında 2 dönemde de komplikasyon oranlarında artış beklenmelidir.

sonuç tablosu

	Antibiyotik kullanılmayı gerektirecek enfeksiyon	Minimal dehiscens	Geniş dehiscens	Flep kaybı	İmplant ekspozisyonu	Histolojik değişiklik
Akut 1	+	+	-	+	+	-
Akut 2	+	+	-	+	+	-
Subakut 1	-	-	+	+	+	Nekrotik değişiklikler
Subakut 2	-	-	-	-	-	Lenfosit makrofaj ve nötrofil zengin doku

P064

Malign Tümör Eksizyonu Sonrası Serbest Flep İle Skalp Rekonstrüksiyonu

Sebat Karamürsel¹, Musa Kemal Keleş¹,
Ergin Seven¹, Uğur Horoz¹, Hülâ Rıfat Özakpınar¹,
Ali Teoman Tellioglu²

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi,
Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif
Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Yaşla birlikte radikal eksizyon gerektiren malign kafa derisi tümörleri sıklığı artmaktadır. Çok katmanlı kafa derisi yumuşak doku varyabiliteleri ve kısıtlı lokal mevcut dokusunundan dolayı rekonstrüktif ekip için zorluk oluşturmaktadır. Primer kapamadan serbest doku transferine kadar, skalp defektleri tedavisi için geniş seçenek yelpazesi vardır. Bu çalışmada, serbest doku transferi ile malign tümör rezeksiyonu sonrası büyük kafa derisi defektlerinin rekonstrüksiyonu yapılan 9 hasta değerlendirildi. Sekiz hasta lokal nüks nedeniyle ameliyattan sonraki 2 yıl içinde öldü ve bir hasta 32 aylık ortalama takip ile herhangi bir sorun olmadan hala hayatta kaldı. Skalp defektlerinde serbest doku transferleri ile ilgili çeşitli sonuçlar bildirilmiştir. Ameliyat sonrası dönemde, yaş ile ilişkili olmayan lokal ve sistemik komplikasyonlar görülebilir. Lokal tümör nüksü de postoperatif dönemde görülebilen başka ciddi bir sorundur. Tümöre bağlı komplikasyonlar ve nüks hastalarda sağ kalım oranlarını etkileyen faktörlerdir. Bu çalışmada tümör rezeksiyonu sonrası skalp defekti olan hastaların serbest flep ile rekonstrüksiyon sonuçları ve sağ kalım oranları değerlendirilmiştir.

P065

Kulak Skafa Defektlerinde Tam Kalınlıktaki Deri Grefti Uygulaması

Ersin Aksam¹, Berrak Aksam²

¹Akhisar Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik
Cerrahi Kliniği, Manisa

²Turgutlu Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Kliniği, Manisa

Kulaklar yüz bölgesindeki çıkıntılı yapılardan olduklarından güneş maruziyeti açısından ön plandadırlar ve deri kanserlerinin sık görüldüğü bölgelerdendir. Şekil ve yapısal olarak benzersiz olması nedeniyle rekonstrüksiyonu zordur. Bu çalışmada anterior skafa defektlerde tam kalınlıkta deri grefti uygulaması yapılmış hastaların sonuçları tartışılacaktır.

Son 1 yılda 4 hasta kulak kepçesinde yerleşik deri tümörleri nedeniyle opere edildi. Tümörlü doku ve altındaki kıkırdak dokusunun sağlam sınırlar ile eksizyonundan sonra kulak arka duvar derisinin üzerinde tam kalınlıkta deri grefti uygulaması ile rekonstrüksiyon sağlandı. Hastaların postoperatif dönem sonuçları tatmin edici idi. Hiçbir hastada nüks görülmedi.

Tümör eksizyonları sonunda kulak kepçesinde çatıyı oluşturmaya yetecek kadar kıkırdak dokusu korunmuş ise kalan cilt dokusunun üzerine deri grefti ile onarım uygulaması kolay ve sonuçları iyi olan bir yöntemdir.

Resim 1



Tam kalınlıkta deri grefti ile onarım sağlanan hastanın pre-operatif ve post-operatif görüntüleri

P066

Kıkırdak Kaybını İçeren Kulak Defektlerine Yaklaşım: Olgu Sunumu

Mustafa Nihat Koç, Serdar Kara, Berat Çiğdem,
Harun Yılmaz

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif
ve Estetik Cerrahi ABD, Gaziantep

Edinsel olarak oluşmuş kıkırdak kaybını içeren kulak defektleri genellikle travma veya yenidoğan dönemindeki ihmale bağlı bası yarası sonucu oluşmaktadır. Kliniğimize yenidoğan dönemindeki bası yarasına bağlı gelişen kulak daki çentik defektine yaklaşımımız anlatılacaktır

Method: Yenidoğan dönemindeki bası yarasına bağlı gelişen 8 yaşında kliniğimize başvuran erkek hasta tek operasyon ile tedavisi yapılmıştır.

Bulgular: Kliniğimize poliklinik yoluyla başvuran 8 yaşındaki erkek hastanın muayenesinde sol kulak üst polde kıkırdak kaybını içeren çentik deformitesi mevcuttu. Hasta elektif şartlarda operasyona alınarak öncelikle çentik hattı boyunca insizyon yapıldı. Cilt perikondrium altından geniş diseksiyon yapıldı. Kıkırdak defekti aynı kulak konkadan alınan kıkırdak grefti ile rekonstrükte edildi. Geniş diseksiyon yapılan cilt Z plasti yöntemi ile cilt defekti rekonstrükte edildi. Hastanın bilateral prominent ear ı mevcuttu. Hasta yakınları istemediğinden müdahale edilmedi.

Sonuç: Kıkırdak kaybını içeren Kulaktaki çentik deformiteleri aynı kulak kullanılarak rekonstrükte edilebilir. Cildin doğru seviyesinden diseksiyonu flep yaşabilirliğini arttıracaktır.

Hasta



yerini değiştirmeden, hastayı yeni bir şant ameliyatının ek morbiditesinden korumaya yönelik «şant kurtarıcı» cerrahi bir yöntem uyguladığımız hastaları sunmayı hedefledik. Bu amaçla mevcut şant üzerine nüks ekspozisyon ihtimalini azaltabilmek için hem vasküler açıdan daha güvenilir olan hem de şant üzerine insizyon hattını getirmeyecek şekilde planlanan «bipediküllü skalp flebi» kullanımı tercih edilmiştir (Resim 1). Flep donör sahası ise deri grefti ile onarılmıştır. Bu teknik ile kliniğimizde opere edilen 5 hastanın takiplerinde flep nekrozu veya nüks şant ekspozisyonu bulunamamıştır. Ek intraventriküler cerrahi müdahale ihtiyacını azaltması, hastanın hastanede kalış süresini kısaltması, vasküler açıdan güvenilir olması, baş bölgesine radyoterapi alan veya skalpte eski insizyonları bulunan hastalarda bile güvenle kullanılabilmesi bu tekniğin başlıca avantajlarıdır. Sonuç olarak, bipediküllü flep kullanımı ile ekspoz ventriküloperitoneal şant vakalarında tek seansta hem şantın kurtarılabilceğini hem de defekt onarımının güvenle yapılabileceğini düşünmekteyiz.

Resim 1



P067

Ventriküloperitoneal Şant Ekspozisyonunun Kurtarıcı Bipediküllü Flep ile Onarımı

Güllü Korkmaz Solmaz¹, Harun Çöloğlu¹,
Ahmet Çağrı Uysal², Nilgün Ertaş²

¹Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik
Cerrahi A.D., Adana

²Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik
Cerrahi A.D., Ankara

Beyin omurilik sıvısı (BOS)>nın serebral ventriküller ve/veya subaraknoid mesafelerde aşırı birikimi olarak tanımlanan hidrosefali; BOS üretimindeki, akışındaki ve emilimindeki problemlere bağlı olarak doğumsal ya da kazanılmış nedenlerle oluşabilir. En sık konjenital hidrosefali nedenleri; santral sinir sistemi malformasyonları, enfeksiyonlar, intraventriküler kanamalar, genetik defektler ve teratojenlerdir. En sık kazanılmış hidrosefali nedenleri ise enfeksiyonlar, tümörler, kafa travmaları ve kafa içi kanamalarıdır. Hidrosefali her yaşta görülebilmekle beraber çocuklarda daha sık görülmektedir. Hidrosefali çocuklarda etkin ve kalıcı bir şekilde tedavi edilmez ise mental retardasyona, körlük gibi nörolojik defisitlere, kalıcı gelişimsel bozukluklara neden olabilmektedir. Tedavinin ana amacı; BOS'un dolaşımını çoğu hastada eski haline getirmek mümkün olmadığından sıvının beyinden başka bir vücut boşluğuna aktarımını sağlamaktır. Bu amaçla en sık kullanılan yöntem şant yerleştirilmesidir. Şant sistemi genellikle sağ lateral ventrikül içerisine yerleştirilen bir kataterden, kataterle bağlantılı tek yönlü ve kontrollü akım sağlayan pompa adı verilen bir valf sisteminden ve periton, atrium, plevral kavite gibi bir boşluğa uzanan distal uçtan oluşmaktadır. Hidrosefali tedavisinde sıklıkla kullanılan şant uygulamalarında komplikasyon gelişme olasılığı yüksektir. Yetişkinlerde %29, pediatrik vakalarda yaklaşık %50 civarında komplikasyon görülmektedir. Katater enfeksiyonları ve mekanik nedenlere bağlı katater disfonksiyonları en sık görülen komplikasyonlardır. Şantın üzerindeki skalp dokusunda şantın tetiklemesi ile oluşan deri nekrozu ve buna bağlı şant ekspozisyonu ise sık görülmeyen komplikasyonlardan biridir. Ancak şantın ekspoz olması, hastaları şant enfeksiyonuna açık hale getirmekte ve genellikle şantın yerinin değiştirilmesi ve defektin onarılması gibi ek cerrahi işlemleri gerektirmektedir. Literatür bilgilerine göre genel yaklaşım; şantın yerini değiştirmek ve oluşan doku defektini deri grefti ve/veya lokal flepler kullanarak onarmaktır. Bu çalışmada şantın

P068

Medial Kantal Bölge Cilt ve Medial Orbital Duvar Defektlerinin Galea ile Genişletilmiş Procerus Kas Flebi ve Glabellar Flep ile Onarımı

Murat Sarıcı, Nebil Yeşiloğlu, Gaye Taylan Filinte,
Mehmet Bozkurt

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Arş. Hastanesi Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Medial kantel bölgede bulunan tümörlerin eksizyonu sonrası cilt ve cilt altı yumuşak doku defektleri olabileceği gibi medial orbital duvar invazyonu durumunda kemik defekti de ortaya çıkabilmektedir. Medial kantel cilt defektleri için literatürde birçok yöntem tanımlanmıştır; deri greftleri, glabellar, nasolabial, üst göz kapağı kaynaklı flepler. Ancak tümörün kemiğe invaze olduğu ve kemiğin eksize edilmesi gereken durumlarda medial orbital duvar rekonstrüksiyonu da gerekmektedir. Biz medial kantel bölge tümör eksizyonu sonrası açığa çıkan kemik defektini rekonstrükte etmek için galea

ile genişletilmiş procerus kas flebi ve cilt örtüsü için de glabellar cilt flebi kullandık

Medial kantal cilt ve kemik defekti ve onarımı



P069

Üst Dudakta SCC -Reverse Kardpanzic Flebi ile Rekonstrüksiyon

Murat İğde, Hasan Murat Murat Ergani,
Ramazan Erkin Ünlü, Ali Rıza Yıldırım,
Ahmet Kaplan

Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

Üst dudakta olan defektlerin yönetimi plastik cerrahi ekiplerince oldukça zorludur. Üst dudakta olan mevcut malignitelerin eksizyonu sonrasında meydana gelen defektlere sıklıkla rastlanır. Aynı zamanda perioral rekonstrüksiyonu estetik duruşu oral inkompetansı engellemesi ve fonksiyonel olması da önemli amaçlardandır. Çeşitli teknikler tanımlanmış olup (Abbe Kardpanzic, Bernard ve Gilles...). Biz kliniğimize başvuran üst dudağı kaplayan skuamöz hücreli kanser olarak patolojisi sonucu olan hastanın mevcut defekti için kullandığımız reverse kardpanzic flebini vaka sunumu olarak sunmayı amaçladık.

P070

Mandibula Sol Angulusta Kitle: Basit Kemik Kisti

Hasan Çelik, Mustafa Sütçü, Mustafa Hancı,
Mustafa Keskin
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Basit kemik kistleri sıklıkla genç yaşta, ikinci dekatta görülen iyi huylu kemik lezyonlarıdır. Çoğu zaman seröz bir sıvı içerir. Lezyonlar büyümeyle birlikte kendiliğinden kaybolabilir, ya da ağrı, patolojik kırıklar ve büyüme geriliğine neden olabilir. Uzun kemiklerde görülebildiği gibi yüz kemiklerinden maksilla ve mandibulada da görülebilir. Bizim olgumuzda 20 yaşında kadın hasta; diş tedavisi sonrası yaklaşık 4-5 ay sonra çenesinin sol tarafında lokalize ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde çene konturunu bozan yüzde ağrısız şişlik olduğu izlendi. Sistemik muayenesi ve laboratuvar bulguları doğal olan, travma öyküsü olmayan hastanın, panoramik mandibula grafisinde; mandibula sol angulus bölgesinde 20*30 mm boyutlarında son molar dişleri de içeren, molar diş köklerinde rezorbsiyona neden olan uniküler radyolusen yuvarlak-oval şekilli bir lezyon izlendi. Hastanın sol angulus bölgesinden girilerek lezyona ulaşıldı. Lezyonun kistik olduğu, septa ve sıvı içermediği ve yüzey epiteli olmadığı izlendi. Mevcut bulgular ile basit kist ön tanısı ile kitle kist duvarından da örnek alınarak kistin tamamı son molar diş ile birlikte ekstirpe edildi. 3 cm den küçük olan kemik defekti için rekonstrüksiyon planlanmadı. Patolojik inceleme "döşeyici epitelin içermediği basit kist oluşumu" olarak rapor edildi. Mandibulada görülen kistik kitler genellikle beningdir. Basit kemik kistleri ilk olarak Virchow tarafından 1876'da tanımlanmıştır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Ancak travma öyküsü rol almaktadır. Hastaların çoğunda klinik belirti yoktur, ancak bazen ağrı görülebilir. Genellikle semptom vermeyen lezyonlar direkt grafi ile saptanmaktadır. Kesin ve ayırıcı tanıda mikroskopik verilerin önemi büyüktür. Tedavide ilk yöntemlerden birisi lezyonun küretajı ve defektin otogreft ile onarılmasıdır.

panoramik mandibula grafisi



P071

**Alt Dudak Defektlerinin
Rekonstrüksiyonunda Modifiye Bernard-
Webster Flebi ve Modifiye McGregor Fan
Flep Uygulamalarımız**

Yasemin İmamoğlu, Muhammet Uraloğlu,
Hasbi Mert Meral, Muhammet Ömür Ersin Altun,
Ümit Naci Karaçal
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.

Amaç: Alt dudakta travma, tümör benzeri durumlar sonrası oluşan defektlerin rekonstrüksiyonu çeşitli cerrahi yöntemler kullanılarak yapılabilmektedir. Bu sunuda alt dudaktaki tümör rezeksiyonu sonrasında meydana gelen defektlerin onarımında kullanmış olduğumuz yöntemlerden modifiye Bernard-Webster flebi ve modifiye McGregor fan flebi sonuçları derlenmiştir.

Gereç – Yöntem: 2010- 2015 yılları arasında alt dudakta 2cm ve üzeri kitle şikayeti ile başvuran, rezeksiyon sonrasında alt dudak 1/2sinden fazla oranda defekt oluşan hastalarda modifiye Bernard-Webster flebi ve modifiye McGregor Fan flebi ile dudak rekonstrüksiyonu uygulandı.

Bulgular:: Hastalar 6 ay süreyle takip edildi. Fleplerde erken dönem lenfödem gelişti; 3. aydan sonra gerilemeye başladı ve 6. ayda normale döndü. Hastaların konuşma ve beslenme fonksiyonları, oral kompetansı oldukça iyi seviyede idi.

Sonuç: Fonksiyonel rekonstrüksiyon hala karşımıza önemli bir sorun olarak gelmektedir. Tümör rezeksiyonu sonrasında rekonstrüksiyon için asıl hedeflenmesi gereken defektin onarımı yanı sıra oral kompetansın sağlanması olmalıdır.

P072

**Burunda Kombine Subünit Defektlerinin
Alın Flebi ile Rekonstrüksiyonu: Olgu
Sunumu**

Mustafa Nihat Koç, Berat Çiğdem, Serdar Kara,
Harun Yılmaz
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif
ve Estetik Cerrahi A.D.

Giriş: Burunda kombine subünit kayıplarında defekti onarmanın yanı sıra 3 boyulu hacim elde edilmesi ve normal nasal konturun sağlanması estetik açıdan kabul edilebilir sonuca ulaşmada önem arz eder. Bu sunumda BCC eksizyonuna bağlı sol dom ve total alar kanat kaybını 3 aşamalı alın flebi ile rekonstrükte ettiğimiz bir olgudan bahsedeceğiz.

Materyal-Metod: 41 yaşındaki erkek hasta sol dom, alar kanat ve nasolabial bölgede BCC tanısıyla başvurdu. Tümör eksizyonu sonrası tam kat deri grefti ile defekt kapatıldı. Patoloji sonucu sonrası tüm sınırları intakt gelen hastanın burun rekonstrüksiyonu amacıyla 3. aşamalı alın flebi tercih edildi.

Bulgular: Post-operatif herhangi bir komplikasyon oluşmadan burun rekonstrüksiyonu tamamlandı ve kabul edilebilir estetik sonuç elde edildi.

Sonuç: Alın flebi burunda kombine subünit defekti içeren olguların rekonstrüksiyonunda ilk tercih olarak akıl tutulacak yöntemlerden biri olmalıdır.

3 Aşamalı Alın Flebi



Alın flebi ile rekonstrüksiyon aşamaları

P073

**Burunda Alar Kanat Defektinin Nazolabial
Ada Flebi ile Rekonstrüksiyonu: Olgu
Sunumu**

Mustafa Nihat Koç, Berat Çiğdem, Serdar Kara,
Harun Yılmaz
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif
ve Estetik Cerrahi A.D.

Giriş: Burunda alar kanat kayıplarında defekti onarmanın yanı sıra 3 boyulu hacim elde edilmesi ve normal nasal konturun sağlanması estetik açıdan kabul edilebilir sonuca ulaşmada önem arz eder. Bu sunumda BCC eksizyonuna bağlı sağ alar kanat kaybını nazolabial ada flebi ile rekonstrükte ettiğimiz bir olgudan bahsedeceğiz.

Materyal-Metod: 53 yaşındaki kadın hasta sağ alar kanatta BCC tanısıyla başvurdu. Tümör eksizyonu sonrası oluşan defektin onarımında nazolabial ada flebi tercih edildi.

Bulgular: Post-operatif herhangi bir komplikasyon oluşmadan burun sağ alar kanat rekonstrüksiyonu tamamlandı ve kabul edilebilir estetik sonuç elde edildi.

Sonuç: Nazolabial ada flebi burunda alar kanat defekti içeren olguların rekonstrüksiyonunda ilk tercih olarak akıldaki tutulacak yöntemlerden biri olmalıdır.

Nazolabial Ada Flebi



Sağ alar kanat defektinin nazolabial ada flebi ile onarımı



P075

Cineol, Alfa-Pinen ve Kamperin Deri Flep Yaşayabilirliği Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi

Bilsev İnce¹, Mehmet Dadacı¹, İbrahim Kılınc²,
Pembe Oltulu³, Serhat Yazar¹, Mehmet Uyar⁴

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,
Biyokimya Anabilim Dalı, Konya

³Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,
Patoloji Anabilim Dalı, Konya

⁴Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Yumuşak doku rekonstrüksiyonunda kullanılan deri fleplerinin yaşayabilirliğini arttırmak klinik olarak önemli bir hedeftir. Bu hedef doğrultusunda sistemik ve lokal pek çok ajan denenmiştir. Ancak flep nekrozunu tam olarak engelleyen bir madde tanımlanmamıştır. Antiinflamatuvar, antioksidan ve vasodilatör özellikleri bulunan Rosmarinus officinalis (RO) flep nekrozunu engellemek için kullanılan ajanlardan biridir. Yapılan daha önceki çalışmalarda RO verilen tüm gruplarda flep yaşayabilirliği kontrol grubuyla karşılaştırıldığında daha yüksek olarak belirlenmiştir. Bu çalışmanın amacı RO'nin flep yaşamını arttırmada etkili spesifik komponentini belirlemek ve bu komponentin hangi yolla etkili olduğunu tespit etmektir. Ayrıca bu çalışmada RO'nin hangi bileşeninin antiinflamatuvar, antioksidan ve vazodilatör etkisi olduğunu belirlemek amaçlandı.

Yöntem: 56 adet Wistar albino cinsi, 12-14 haftalık dişi rat her grupta 7 denek olacak şekilde 8 gruba ayrıldı. Grup 1 kontrol grubuydu. Grup 2'de 0.1 ml cineol, grup 3'de 0.1 ml alfa pinen, grup 4'de 0.1 ml kamfor, grup 5'de 0.1 ml cineol ve alfa pinen, grup 6'da 0.1 ml alfa pinen ve kamfor, grup 7'de 0.1 ml cineol ve kamfor, grup 8'de ise 0.1 ml cineol, alfa pinen ve kamfor günde bir kez ratlara cerrahiden önce bir hafta boyunca oral yolla verildi. Bir hafta sonunda ratların sırtında 8x2 cm random-pattern flep kaldırıldı ve her gruba verilen RO bileşeni cerrahi sonra bir hafta daha oral verilmeye devam edildi. 1. hafta sonunda ratlara anestezi verilmesini takiben her bir rat 0,5 ml fluorescein sodyum (Fluorescein ampül, %10, Alcon) intraperitoneal olarak enjekte edildi. Flepler 20 dakika sonra wood lambası altında, fluoresceinin floresansı ile değerlendirildi. Transparan kağıt üzerine fleplerin yaşayan ve nekroze olan kısımları işaretlendi. Her grupta, proksimal flep papiller dermisindeki en geniş damar lümen alanı ölçüldü. Ayrıca her rattan 10 cc kan alındı. Bu kanda, İnterleukin-1 (IL-1), tümör necrosis faktor alfa (TNF α), tiobarbituric acid reactive substances (TBARS) ve vasküler endotelial growth faktor (VEGF) seviyeleri antiinflamatuvar, antioksidan ve angiogenez uyarıcı özellikleri araştırmak için biyokimyasal olarak ölçüldü.

Bulgular: Ortalama yaşayabilen flep alanı tüm deney gruplarında kontrol grubuna oranla daha fazla idi. Ayrıca Grup 8, 3 ve 5'te grup 2,4,6 ve 7'ye göre istatistiksel olarak daha yüksekti. (P < 0.05). Ortalama damar çapı grup 5,7 ve 8'de grup 1'e göre istatistiksel olarak daha büyüktü (P < 0.05) ve grup 5 ve 8 arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu. Plazma VEGF seviyesi incelendiğinde grup 1,2,3,4 ve 6'da her hangi bir etki belirlenmedi. Grup 5,7 ve 8'de VEGF seviyesi yüksekti. Ancak grup 5 ve 8 arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu. Plazma IL-1 seviyeleri incelendiğinde grup 1 ve 2'de her hangi bir etki tespit edilemedi. Grup 3,4,5,6,7 ve 8 etkili idi, bunlardan minimum seviye grup 8 de idi.

P074

Ratlarda Deri Flebi Cerrahisinde Ozon Aracılı Önkoşullanma: Deneysel Çalışma

Abdulkerim Olğun

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Giriş: Literatürde yara iyileşmesi ve flep yaşayabilirliği ile ilgili yapılmış birçok çalışma mevcuttur. Ozon gazının antioksidan, vazodilatör ve immünomodülatör etkinliğinin yanında büyüme faktörlerini aktive ederek yara iyileşmesini artırdığı birçok çalışmada gösterilmiştir. Çalışmamızın temel amacı, preoperatif ozon gazının flep yaşayabilirliğine etkisini göstermek ve ozon terapisinin deri fleplerinde bir önkoşullanma olarak kullanılabileceğini ortaya koymaktır.

Materyal-Metod: 40 adet sıçan rastgele 4 gruba bölündü ve tüm deneklerde kaudal bazlı 11x3 cm lik dorsal modifiye Mac Farlane flebi eleve edildi. 1. gruba(kontrol grubu) herhangi bir ajan postoperatif uygulanmadı. 2.Gruba(preoperatif rektal ozon grubu) preoperatif 4 gün boyunca rektal ozon uygulaması yapıldı. Postoperatif herhangi bir uygulama yapılmadı. 3.Gruba (preoperatif +postoperatif rektal ozon grubu) preoperatif 4 gün ve postoperatif 7 gün boyunca rektal ozon uygulaması yapıldı. 4. Gruba (postoperatif rektal ozon grubu) postoperatif 7 gün boyunca rektal ozon uygulaması yapıldı. Bir haftanın sonunda tüm ratlar sakrifiye edildi, sırt flepleri alınarak makroskopik ve histopatolojik açıdan değerlendirildi.

Bulgular: Flep viabiliteyi açısından tüm gruplar kontrol grubuna göre istatistiki olarak daha iyi olup preoperatif + postoperatif grup ile postoperatif ozon grubu benzer bulundu. Histopatolojik olarak; kronik inflamatuvar yanıt tüm gruplarda gözlenmiş olup, kronik inflamasyon skorları tüm gruplarda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Granülasyon dokusunun miktarı tüm gruplarda ve özellikle preoperatif ozon grubunda kontrol grubuna göre daha yüksektir (p<0.001). Reepitelizasyon açısından gruplar arasında istatistiki olarak fark bulunamasa da (p=0.083), preoperatif ve preoperatif+postoperatif ozon gruplarında daha iyi olduğu gözlenmiştir. Neovaskülarizasyon açısından preoperatif ozon grubunda yeni oluşan damar sayısının diğer gruplara göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir. (p<0.05)

Sonuç: Çalışmamızda, ozon aracılı önkoşullanma yönteminin hem makroskopik olarak flep sağkalımlarının arttığı hem de histopatolojik seviyedeki faydalı etkileri olduğu gösterilmiştir.

Plazma TBARS seviyeleri incelendiğinde grup 1, 4 ve 7'nin bir etkisi belirlenemedi. Grup 2,3,5,6 ve 8'in etkisi vardı fakat bu gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık tespit edilemedi. Plazma TNFα seviyeleri incelendiğinde grup 1'de her hangi bir etki belirlenemedi. Diğer tüm gruplarda etki mevcuttu. Grup 4 en az etkisi olan grup iken diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilemedi. Flep yaşayabilen alanlar karşılaştırıldığında en yüksek yaşayabilen alan grup 8, 3, 5 ve 7'de idi. Bu grupların ortak özelliği antiinflamatuvar olmalarıydı. Grup 8,3 ve 5 deki ortak RO bileşeni ise alpha-pinene di. Ayrıca grup 8, 5 ve 7'deki ortak bileşen ise cineol dü.

Sonuç: Bu çalışmada cineol, alpha-pinene ve camphor ün her birinin ayrı ayrı flep nekrozunu azaltabildiği görüldü. Ancak veriler incelendiğinde RO'in flep yaşayabilirliğini arttırmada sorumlu bileşenlerinin öncelikli olarak alfa-pinen ve cineol olduğu düşünüldü. RO flep yaşayabilirliğini arttırmada antiinflamatuvar, antioksidan, vasodilatör özellikleri ve VEGF yi arttırarak etkili olduğu bildirilse de bu özelliklerden en etkilisinin antiinflamatuvar özelliği olduğunu belirledik.

P076

Pinealektomize Ratlarda Melatoninin Yanık Yara İyileşmesine Etkisinin Araştırılması

Emine Çiğdem Karadağ¹, Hatice Toy², Aysun Toker³, Nedim Savacı⁴

¹Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

²Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Patoloji, Konya

³Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Biyokimya, Konya

⁴Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Konya

Amaç: Yanık yara tedavisi, üzerinde halen çalışmaların yapıldığı önemli bir sorundur. Yanık yara iyileşmesinde ilerleyici doku hasarı morbidite, mortalite ve tedaviyi belirlemektedir. Serbest oksijen radikallerinin yanık yara progresyonunda rol alması melatoninin alternatif bir tedavi olabileceğini akla getirmektedir. Bu çalışmanın temel amacı, melatonin bazal salınımının ve eksojen melatoninin yanık yara iyileşmesine etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmada 40 adet deneysel rat 4 gruba ayrıldı: Kontrol grubu (Grup 1), eksojen melatonin grubu (Grup 2), pinealektomi grubu (Grup 3) ve eksojen melatonin uygulanan pinealektomi grubu (Grup 4). Ratların sırtlarına kaynar suda bekletilmiş metal plak ile 2.derece derin yanık oluşturuldu. Kontrol grubuna tedavi uygulanmadı. Grup 2'ye intraperitoneal melatonin verildi. Grup 3 ve 4'e pinealektomi yapıldı (Şekil 1). Ayrıca Grup 4'e intraperitoneal melatonin verildi. Yedi gün boyunca yanık alanlarının iyileşmesi dijital fotoğraf makinesi ile takip edildi. Yedi gün sonunda ratların yanık alanları eksize edildi. Bu dokularda hidroksiprolin, Tip 3 kollajen, ödem, iltihabi infiltrasyon, konjesyon, vasküler proliferasyon, fibrozis düzeyleri, staz zonu ve epitel kalınlıkları değerlendirildi. Makroskobik olarak yanık yarasında iyileşen alan hesaplandı.

Bulgular: Staz zonu kalınlığı Grup 4'te, Grup 1 ve 2'ye göre daha fazlaydı. Tip 3 kollajen boyanma Grup 2'de, Grup

3'e göre daha fazlaydı. Ödem Grup 2'de diğer gruplara oranla en yüksekti. Konjesyon Grup 1'de, Grup 4'e göre daha yüksekti. Fibrozis Grup 2'de, Grup 3 ve 4'e göre daha fazlaydı. İyileşen alan ortalamaları, epitelizasyon, iltihabi infiltrasyon, vasküler proliferasyon ve hidroksiprolin düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

Sonuç: Yanık yara iyileşmesinde endojen melatonin düzeyi oldukça önemlidir. Tek başına eksojen melatoninin yanık yara iyileşmesine etkisi olmadığı düşünülmektedir ve bu durum uygulanan eksojen melatoninin dozuna ve süresine bağlı olabilir. Veya eksojen melatoninin yanık yara iyileşmesine etkisinin görülebilmesi için endojen melatonin düzeyinin belli seviyede olması gerekmektedir. Bu nedenle yüksek dozda veya uzun periyotlu melatoninin uygulandığı çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Şekil 1



Superior sagittal sinüsün ligature edilen kaudal kısmının posteriora doğru çekilmesi ile pineal bezin (okla işaretli) görünür hale gelmesi

P077

Sıçanlarda, radyoterapi sonrası kaldırılan toraks arkası fasyokutan fleplerin Vasküler Stromal Fraksiyon ile yaşayabilirliğinin artırılması

Selçuk Yüce¹, İnci Gökalan Kara¹, Ramazan Hakan Özcan¹, Neşe Çallı Demirkan², Gülçin Mete Abban³

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Denizli

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

Radyoterapi sonrası radyoterapili alanda yapılacak cerrahi girişim hipovaskülarizasyon ve yetersiz kollajen üretimi nedeniyle yara iyileşmesini geciktirerek komplikasyonlara yol açmaktadır. Radyasyonun bu ağır etkileri nedeniyle birçok malignitenin tedavisinde cerrahi girişim öncesi radyoterapi tercih edilmemektedir. Bu durumda radyoterapi alımı rekonstrüksiyon zamanının gecikmesine veya radyoterapili sahada flep ile rekonstrüksiyondan kaçınılmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle birçok çalışmada flep yaşayabilirliğini arttıran ajanlar ve yöntemler denenmiştir. Adipoz doku kaynaklı stromal vasküler

fraksiyon içeriklerindeki çok sayıda büyüme faktörü ve pluripotent hücreler nedeni ile tıbbın her alanında olduğu gibi plastik cerrahide de giderek artan sıklıkta kullanılmaktadır. Alternatif olarak radyoterapili alandan aksiyal paternli fasyokutan flep kaldırılarak ve flep pedikül etrafına VSF infiltrasyonu yapılarak neovaskülarizasyon artırılabilir. Bu da radyoterapiye bağlı komplikasyonların tedavisinde daha basit, daha kullanışlı ve daha başarılı yöntemler ortaya koyarak rekonstrüksiyonda başarı şansını artırır. Bu amaçla her grupta 250-300 gramlık wistar sıçanlardan oluşmak üzere dokuzarlı 3 grup oluşturuldu. Grup dışında tutulacak on sıçanın her iki taraf inguinal yağ yastıkları yağ grefti olarak alınarak vasküler stromal fraksiyon oluşturmak için kullanıldı ve bu işlem sonrası sıçanlar sakrifiye edildi. 2. ve 3. gruplarda yer alan sıçanların sağ toraks cildine insandaki dozun karşılığı olan, düşük doz tekrarlayan seanslara eş değer gelecek, tek seans 20 Gray (2000 cGy) radyoterapi uygulandı ve 7 gün süreyle beklendi. Her 3 grupta 4 x7 cm boyutlarında 'Lateral Torasik Arter pediküllü fasyokutan flepler kaldırıldı. 3. grupta yer alan fleplerin pedikül etrafına subdermal cerrahi sırasında 1 cc vasküler stromal fraksiyon uygulandı. Flepler, nekrotik alanın tüm flep alanına oranı fotoğraflanarak değerlendirildi. transillüminasyonda kapiller damarlanmada artış değerlendirilmesi ve flep etraflarında yer alan cilt ile birlikte total olarak eksize edilecek ve histopatolojik olarak flep nekrozu makroskopik ve mikroskopik olarak incelendi. Sonuç olarak 20 Gy radyoterapi uygulanan ciltte VSF'nin etkisini araştıran bu çalışmada fleplerde saptanan ortalama nekroz oranları, grup 1' de %7.17, grup 2'de %28.45, grup 3'te %9.59 olarak bulundu. Bu da bize VSF'nin endotelial hücreler üzerine mitojenik etkisiyle, sıçan aksiyal patern deri flepleri üzerine radyasyonun neden olduğu nekroz artışını engellediğini göstermektedir.

flep nekroz oranı

	Grup 1	Grup 2	Grup 3	p
	ortalama ± Std. Sapma	ortalama ± Std. Sapma	ortalama ± Std. Sapma	
	medyan (min - maks)	medyan (min - maks)	medyan (min - maks)	
flep nekroz (%)	17,36 ± 11,18 13,85 (9,73 - 46,75)	26,18 ± 7,04 22,35 (18,13 - 36,01)	5,94 ± 2,3 6,82 (1,81 - 9,23)	0,0001*

*p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; Kruskal Wallis Varyans Analizi

P078

Domuz Brakial Pleksuslarının Histolojik Olarak İncelenmesi, Duyu ve Motor Nöronların Kantitaif Sayımı ve İnsan Modeli İle Karşılaştırılması

Mehmet Gencer¹, Erol Kozanoğlu¹, Hayri Ömer Berköz¹, Emre Hocaoglu¹, Seyhun Solakoğlu², Atakan Aydın¹

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Histoloji Anabilim Dalı

vasküler stromal fraksiyon

adiposit doku kaynaklı vasküler stromal fraksiyon

Doğum sırasında brakial pleksusa ait (C4) C5 C6 C7 C8 ve T1 (T2) kökleri, bunlardan oluşan trunkuslar, bunların divizyonları, kordları ve dallarından oluşan zedelenmeye bağlı olarak gelişen ve çeşitli düzeylerinde değişik derecede felçleri ve buna bağlı ikincil sorunlar ile özellenen unilateral veya bilateral bir klinik tablodur. Farklı insidanslar olmakla birlikte, canlı doğumların % 0.1 ila % 2.5 kadarında olduğu genel anlamda kabul görmektedir. Her spinal sinir, motor ventral ve duyu dorsal köklerin karışımı ile oluşur. Genel topografik organizasyonda proximalden distale gidildikçe fasiküllerin çapı küçülür ve fasikül sayısı artar. Çalışmamızda Slingluff, Terzis ve Edgerton çalışmaları temel alınarak son zamanlardaki tüm insan brakial pleksus kesitleri motor duyu nöron dağılımları göz önünde bulundurularak kliniğimizde 10 domuz üzerinde 20 brakial pleksus eksplorasyonu yapılarak domuz brakial pleksus anatomisi, her brakial pleksus kökünden alınan biyopsiler alınarak histolojik olarak incelenmeye alındı ve karşılaştırıldı. Yapılan domuz brakial pleksus çalışmasında brakial pleksus varyasyonları, köklerin çıkış şekli, trunkus ve fasiküllerin oluşumu incelendi, tüm köklerden alınan kesitler histolojik olarak motor - duyu nöronları kantitaif sayımı çalışıldı. Onarımı, cerrahi seçenekleri ile günümüzde en popüler ameliyatlardan olan brakial pleksus cerrahisine yön vermesi gelecekte domuz brakial pleksus modelleri üzerine çalışmalara ışık tutması ve hatta histolojik olarak enzim ve antikor çalışmaları ile greft olarak model olabileceği düşünülmektedir.

karışık

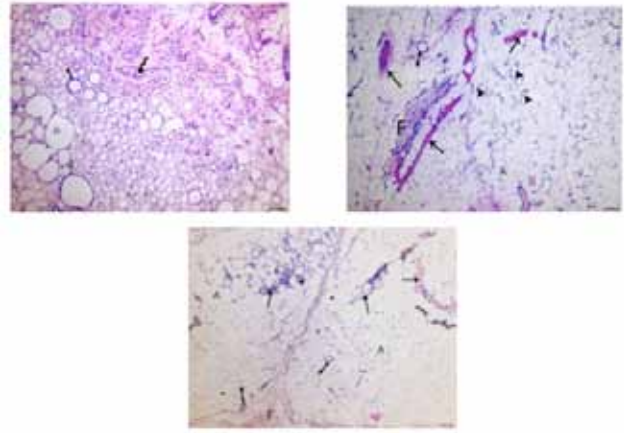


çalışma - anatomik varyasyon - mikroskop altında kesit

Bulgular: Heparinin adiposit yaşayabilirliği ve neoanjiogenez üzerine istatistiksel olarak anlamlı artış gösterirken, nekroz bulgusu üzerine istatistiksel anlamlı düşüş göstermiştir. Ancak nekrozun diğer bulguları üzerine heparin anlamlı etki göstermemiştir. Metamizol sodyumun tüm parametreler üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi yoktur. Sekiz hafta sonunda yağ grefti hacminde ve ağırlığında ki azalma gruplar arasında anlamsız iken, kendi grupları içinde anlamlı bulunmuştur.

Sonuç: Heparin yağ grefti yaşayabilirliğini arttırmaktadır. Ancak metamizol sodyumun yağ grefti yaşayabilirliği üzerine istatistiksel olarak anlamlı etki göstermemiştir.

gruplar arası bulguların mikroskop altında karşılaştırılması



üst sol mikrogaf; Kontrol grubu (nekroz bulguları yaygın), üst sağ mikrogaf; Heparin grubu (Neoanjiogenez bulgusu yaygın, nekroz bulguları az), alt mikrogaf; Metamizol sodyum grubu (diğer iki grubun arasında olacak şekilde bulgular göstermiştir)

P080

Heparin ve Metamizol Sodyumun Yağ Grefti Yaşayabilirliği Üzerine Etkisi

Murad Aumeed Hameed¹, Deniz Billur²,
Pınar Bayram², Burak Kaya¹, Savaş Serel¹,
Zeynep Tuzlalı¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji Ve Embriyoloji Anabilim Dalı

Amaç: Yağ greftlerinin tıpta yaygın ve çeşitli kullanımları vardır. Yağ grefti kullanımının en önemli kısıtlaması yaşayabilirliği oranlarının değişken olmasıdır. Bu çalışmada yağ greftinin yaşayabilirliği üzerine, heparin ve metamizol sodyumun etkileri araştırılmıştır. Heparinin neoanjiogenezi artırma özelliğinden ve metamizol sodyumun spazmolitik özelliğinden faydalanılarak bu iki maddenin yağ grefti yaşayabilirliğini arttıracakı düşünülmüştür.

Yöntem: Bu çalışmada 24 adet dişi Wistar albino sıçan randomize olarak 3 eşit gruba ayrıldı. Birinci grup kontrol grubu (yağ greftinin serum fizyolojikte bekletildiği grup), ikinci grup heparin grubu (yağ greftinin heparin solüsyonunda bekletildiği grup), üçüncü grup metamizol sodyum grubu (yağ greftinin metamizol sodyum solüsyonunda bekletildiği grup) olarak belirlendi. Sol inguinal bölgeden yağ grefti alınıp ağırlığı ve hacmi ölçüldü. Yağ grefti çalışma grubuna göre 20 dk hazırlanan solüsyonda bekletildikten sonra sıçanın kafa derisi altına yerleştirildi. Sekiz hafta sonra yağ greftleri alıcı bölgeden eksize edilip hayvanlara ötanazi uygulandı. Eksize edilen yağ dokusunun ağırlığı ve hacmi tekrar ölçüldükten sonra histopatolojik incelemeleri uygulandı.

Histopatolojik bulguların P değeri karşılaştırılması

Grup	Adiposit yaşayabilirliği P değeri	Nekroz P değeri	Kist oluşumu P değeri	Fibrous oluşumu P değeri	Enflamasyon P değeri	Neoanjiogenez P değeri
Kontrol						
Heparin	0.002	0.012	P=0.383	P=0.062	P=0.066	0.001
Metamizol sodyum	0.136	0.136				0.155

Gruplar arası histopatolojik bulguların P değeri karşılaştırılması

P081**Ratlarda Deneyssel Olarak Oluşturulan 2. Derece Yanıklarda Bir Hemostatik Ajan Olan Ankaferd'in Etkisi**

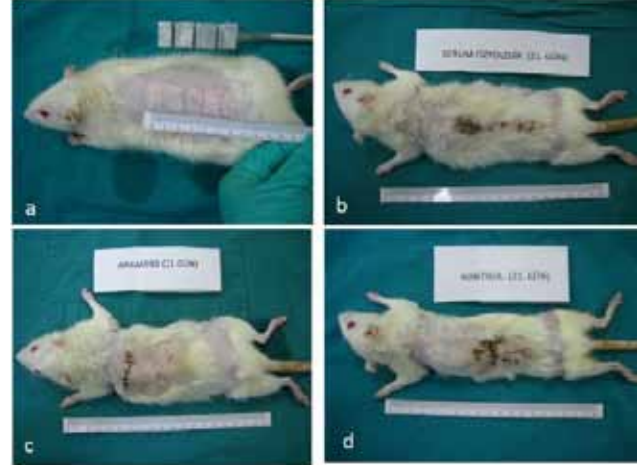
Erhan Cahit Özcan, Furkan Kayhan, Ali Bal, Serdar Altun, Mehmet İhsan Okur
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı

Özet: Deri, en geniş organımız olarak vücudu koruyucu bir bariyerdir. Deri bütünlüğünün bozulmasına neden olan en sık nedenlerden birisi yanıktır. Yanık tedavisi için birçok araştırma devam etmektedir. Tedavi için kullanılan ajanlardan bitkisel özlü olanlar dikkati çekmektedir. Bitki ekstraktlarının karışımından oluşan Ankaferd: 100 ml'lik ekstraktta 5 g Thymus vulgaris (Kekik), 7 g Glycyrrhiza glabra (Meyan), 8 g Vitis vinifera (Asma), 7 g Alpinia officinarum (Havlican) ve 6 g Urtica dioica (Isırgan) içerir. Ankaferd Blood Stopper (ABS) vücut dışı minor ve major kanamaların durdurulmasında kullanılmaktadır. Buna ilaveten Ankaferdin antibakteriyel, antifungal, antineoplastik ve hücrel ve vasküler proliferasyon etkinliklerinin de olduğu yapılmış olan klinik çalışmalardan anlaşılmaktadır. Buradan hareketle, ankaferdin yanık yaraları üzerindeki etkilerini, plasebo olarak kullanılan %0.9'luk NaCl ile karşılaştırmayı planladık. **Gereç ve Yöntem:** Fırat Üniversitesi Hayvan Deneyleri Etik Kurul'un'dan 15.01.2014 tarihli karar ile izin alındı. Deneyssel çalışma toplam 24 adet sıçan üzerinde gerçekleştirildi. Tüm sıçanlar Kontrol, Yanık Kontrol, Ankaferd ve Serum Fizyolojik olmak üzere 4 gruba ayrıldı. Deneklerin vücut yüzeylerinde 2x1 cm'lik 4 adet metal plakla 2. derece yanık oluşturuldu. (Resim 1a ratlarda 2. derece yanık oluşturulması) Sıçanların yanık yara yerlerinden, 0., 7., 14., 21. günlerde biyopsiler alındı. Deney sonrası bulgular makroskopik ve histopatolojik olarak değerlendirildi. (Resim 1b serum fizyolojik grubu 21. gün makroskopik görünüm) (Resim 1c ankaferd grubu 21. gün makroskopik görünüm) (Resim 1d kontrol grubu 21. gün makroskopik görünüm)

İstatistiksel Analiz: Denek takip formları aracılığı ile toplanan veriler, SPSS 11.5 paket programı kullanılarak veri tabanı oluşturulduktan sonra elektronik ortama aktarıldı ve istatistiksel değerlendirilmesi yapıldı. İstatistiki anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanıldı.

Bulgular: Fibroblast artışı değerlendirmesinde ankaferd grubu ile yanık kontrol ve serum fizyolojik grupları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Konjesyon değerlendirilmesinde; 0.-7. Günlerdeki histopatolojik veriler arasındaki değişim miktarlarına bakıldığında ankaferd ile yanık kontrol grubu arasında anlamlı bir fark saptandı. 7. günde ankaferd grubunda konjesyonda az artış görülürken, yanık kontrol grubunda konjesyonda şiddetli derecede artış görüldü. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. İnflamatuar hücre artışı değerlendirilmesinde; 0.-7. gün ve 0.-21. günlerdeki histopatolojik veriler arasındaki değişim miktarlarına bakıldığında ankaferd ile yanık kontrol grubu arasında anlamlı fark saptandı. 7. günde ankaferd grubunda İnflamatuar hücrelerde az artış görülürken, yanık kontrol grubunda İnflamatuar hücrelerde şiddetli derecede artış görüldü. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Epitelizasyon değerlendirilmesinde; 0.-7. gün ve 0.-21. günlerdeki histopatolojik veriler arasındaki değişim miktarlarına baktığımızda da yanık kontrol grubu ile izotonik ve ankaferd grupları arasında anlamlı fark saptandı. 7. günde ankaferd grubunda epitelizasyonda çok artış görülürken, izotonik grubunda epitelizasyonda orta derecede artış görüldü. Oysa 7. günde yanık kontrol grubunda epitelizasyonda artış

yoktu. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Ankaferdin, yanık kontrol grubuna kıyasla, konjesyon ve inflamatuar hücre artışı minimalize edip, epitelizasyonu artırdığı bu sayede, yara iyileşme sürecini hızlandırdığı fakat serum fizyolojik grubuna göre yara iyileşmesinde belirgin bir üstünlüğü olmadığı görüldü. Ankaferdin, epitelizasyon değerlendirilmesinde; yanık kontrol ve serum fizyolojik gruplarına göre daha üstün olduğu tespit edildi.

Rat Ankaferd

Resim 1a ratlarda 2. derece yanık oluşturulması Resim 1b serum fizyolojik grubu 21. gün makroskopik görünüm Resim 1c ankaferd grubu 21. gün makroskopik görünüm Resim 1d kontrol grubu 21. gün makroskopik görünüm

P082**Kapsüler Kontraktürün Önlenmesinde Kolşisin Emdirilmiş Oksidize Rejenere Sellülözün Lokal Uygulanmasının Etkilerinin Araştırılması**

Burçin Acuner¹, Nesrin Tan Başer², Gürkan Aslan³, Ahmet Terzioğlu³, Muzaffer Çaydere⁴, Hüseyin Üstün⁴, Metin Görgü⁵

¹Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Zonguldak

²Alsancak Nevvar-Salih İşgören Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İzmir

³Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

⁴Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, Ankara

⁵Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bolu

Kapsüler kontraktür meme büyütme cerrahisinin en sık komplikasyonudur. Oksidize rejenere sellülöz ilaç taşınması için bir matriks olarak kullanılabilir. Kolşisin yara iyileşmesinin farklı evreleri ile etkileşen antimitotik bir ilaçtır. Bu çalışmanın amacı oksidize rejenere sellülözün tek başına ve kolşisin ile birlikte kapsüler kontraktür üzerine olan etkilerinin araştırılmasıdır. 21 yetişkin dişi Wistar-Albino rat 3 grup olarak ayrılmıştır. İlk grupta sadece silikon blok, ikinci grupta oksidize rejenere sellülöz ile kaplı silikon blok, üçüncü grupta ise kolşisin emdirilmiş oksidize rejenere sellülöz ile kaplı silikon blok implantlar

ratın dorsal bölgesine implante edilmiştir. Dört hafta sonra implantlar çıkarılmış ve histopatolojik inceleme yapılmıştır. Değerlendirilen parametreler kapsül kalınlığı, inflammatuar infiltrat derecesi, kolajen lif organizasyonu ve myofibroblast dansitesidir. Makroskopik ve mikroskopik değerlendirmede sadece ilk grupta kapsül formasyonu gözlenmiş ve ortalama kapsül kalınlığı 134,65 µm olarak bulunmuştur. İkinci ve üçüncü grupta ayırt edilebilen bir kapsül oluşumu gözlenmemiştir. İnflammatuar infiltrat derecesi ikinci ve üçüncü grupta ilk gruba göre daha az olarak bulunmuştur. İmplantların etrafındaki kolajen lif organizasyonu ilk grupta paralel ve organize olarak saptanmışken ikinci ve üçüncü gruplarda random ve dezorganize olarak bulunmuştur. Birinci ve ikinci grupta yüksek myofibroblast yoğunluğu olduğu gözlenmiş ancak üçüncü grupta myofibroblast olmadığı gözlenmiştir. Bu sonuçlar ışığında oksidize rejenere selülöz ile veya kolşisin emdirilmiş oksidize rejenere selülöz ile kaplanmış implantların kapsüller kontraktürü önlemede etkili olabileceği söylenebilir.

Resim 1



Kolşisin emdirilmiş ORS kaplı silikon blok (A), 1. grup rattan en-blok çıkartılan implantın makroskopik görünümü (B), 1. grup rattan en-blok çıkartılan implantın makroskopik görünümü (C)

P083

Septal, Kostal ve Aurikuler Kıkırdak Greftlerinin Kıyılmış ve Blok Formlarının Histopatolojik Analizi

Funda Aköz Saydam¹, Oğuzhan Demirel¹, Salih Onur Basat¹, Deniz Filinte², Karaca Başaran¹, Mehmet Sürmeli¹

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Kartilaj greftleri rinoplasti operasyonlarında kozmetik ve/veya fonksiyonel amaçlar için yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Birçok greft materyali kullanılabilmeyle beraber en sıklıkla otolog kartilaj(kondral)greftleri tercih edilmektedir. Bu çalışmada, septal, aurikuler ve kostal kartilaj greftlerin farklı kullanımalarının kondral greft sağ kalımı(yaşayabilirliği) üzerine etkilerinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Bu çalışmada yirmi Yeni Zelanda tavşanı kullanılmıştır. Her tavşandan septal,aurikuler ve kostal kartilaj greftleri ile birlikte tensor fasya lata fasya grefti alınmıştır. Her bir donör kartilaj doğranmış,kıyılmış(diced) ve blok formda olmak üzere hazırlanmıştır. Sonrasında kartilaj greftler fasya ile sarılı olup olmamasına göre iki gruba ayrılmıştır. Her bir grupta 10 örneğin bulunduğu 12 grup oluşturulmuştur. Tavşanların sırtında altı subkutanöz cep oluşturulmuştur. Greftler aynı hayvandan alındıktan sonra randomize edilmiş ve bu ceplere yerleştirilmiştir.12 hafta sonra ceplere yerleştirilen kartilaj greftler histopatolojik olarak incelenmiştir.

Sonuçlar: Alıcı saha enfeksiyonu bir denekte tespit edilmiş olup granulomatoz reaksiyon gözlenmiştir. çalışmanın seyri esnasında hiçbir tavşan ölmemiştir. Örnekler haemotoxylin-eosin, trichrome, safranin-o ve van Gieson boyaları ile muamele edilmiş ve mikroskopik olarak greft sağ kalımı(yaşayabilirlik), rezorpsiyon,kalsifikasyon,kemik metaplazisi, bazofili ve fibrozis parametreleri açısından incelenmiştir. Her bir greft sağ kalımı, canlı doku kitlesinin total doku kitlesine oranı olarak tanımlanmıştır. Diğer parametreler semi-kantatif olarak değerlendirilmiştir. Tartışma: Farklı özellikteki rinoplasti vakalarında hangi donör sahanın seçilmesi gerektiği hakkında genel bir fikir birliği olmasına karşın, hangi donör sahanın hangi formada kullanılması gerektiğinin bilinmesi cerrah için avantaj sağlayabilir. Bu çalışma, cerrahlar için kartilaj greft seçimi hakkında deneysel bir veri sağlamaktadır.

P084

Preemptif Analjezik İlaç Tercihinin Random Paternli Cilt Fleplerinin Yaşayabilirliğine Etkisi

Soner Tezcan¹, Fatih Tekin¹, Hakan Ergün², Sevil Çaylı³, Mehmet Hakan Bulam¹, Mehmet Çağatay Falcıoğlu¹, Furkan Erol Karabekmez¹

¹Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

²Ankara Üniversitesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı

³Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı

Preemptif analjezik kullanımı cerrahinin her dalında olduğu gibi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi'de de tedavinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Flep cerrahisi öncesinde başlayarak kullanılacak analjezik tedavinin ise postoperatif dönemde hastanın konforunu sağlamanın yanı sıra, flebin yaşayabilirliği üzerine olumlu etkileri olacağı, patofizyolojik olarak öngörülebilir bir gerçektir. Bu görüşe bağlı olarak preemptif analjezik kullanımının hayvan flep modeli üzerindeki etkisini, üç farklı yapıda analjezik ajan kullanarak araştırmayı amaçladık. Bu noktada 48 adet Wistar Albino rat kullanılarak, denekler 4 eşit gruba ayrıldı. Deneklere preoperatif olarak intraperitoneal yolla eşit hacimlerde metamizol sodyum, diklofenak sodyum, tramadol ve kontrol grubu için serum fizyolojik verilerek, distal bazlı 9x3 cm boyutlarında McFarlane flebi uygulandı. Postoperatif 5. güne kadar 12 saatte bir analjezik tedaviye devam edilerek, denekler 7. günde sakrifiye edildi. Preoperatif, postoperatif ve postoperatif 7. günde deneklerin flep orta noktasının 0,3 ve 6. cm distalinden lazer doppler akım ölçerle kutanöz kan akımı ölçümleri yapıldı. Yapılan analizler sonucunda flep cerrahisi sonrasında analjezik ilaç kullanımının kendi başına flep yaşayabilirliğini artırdığı, bu ilaçlar içinden antispazmodik ve santral etkisi mevcut olan metamizol sodyumun analjezik etkisinden bağımsız olarak flep yaşayabilirliğine ayrıca katkı sağladığı gösterildi.

Resim 1



Postoperatif 7. gün görüntüsü

P085

Malign Melanom: 2005-2015 Yılları Arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda Opere Edilen Vakaların Retrospektif Analizi

Zeynep Öz, Aycan Kayıkçıoğlu

Hacettepe Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Bölümümüzde 2005-2015 yılları arasında malign melanom nedeniyle opere edilen hastaların demografik ve patolojik verilerini toparlayıp literatürle uyumu açısından inceledik. Ayrıca demografik ve tümöre ait çeşitli parametrelerin prognoz üzerindeki etkilerini de analiz ettik. Retrospektif taramamızda 174 malign melanoma hastasının verilerine ulaştık. Hastaların 82'si kadın, 92'si erkektir. En sık lokalizasyon 72 hastayla alt ekstremitedir. En sık görülen kalınlık 2 mm'nin üzeri, yani T3 ve T4'tür. En fazla görülen histolojik tip akrall lentiginöz melanomadır. Ayrıca melanomlar mitoz sayısı, regresyon, lenfositik infiltrasyon, lenfovasküler invazyon açısından da değerlendirilmiştir. Hastaların 121'ine sentinel lenf nodu biyopsisi, 20'sine elektif lenf nodu disseksiyonu yapılmıştır. Sentinel lenf nodu biyopsisi yapılan hastalarda kişi başı ortalama 2,5 lenf nodu çıkarılmıştır. Sentinel lenf nodu biyopsilerinden 26'sı pozitif, 95'i negatif gelmiştir. Prognostik parametreler olarak 5 yıllık sağ kalım ve metastaz gelişimi incelenmiştir. 27 hastanın 5 yıllık sağ kalımı negatif, 73'ünün pozitifdir. 45 hastada metastaz görülürken 106 hastada görülmemiştir. Ortalama izlem süremiz 2,7 yıldır. Sentinel lenf nodu pozitifliği üzerinde etkisi bulunan en önemli faktör tümör kalınlığıdır. Özellikle ince melanomlarda sentinel lenf nodu biyopsisi kararında önem taşıyan lenfositik infiltrasyon, regresyon ve lenfovasküler invazyon parametrelerinden hiçbiri sentinel lenf nodu pozitifliğiyle ilişkili bulunmamıştır. Yine literatürün aksine mitoz oranı ve ülserasyon sentinel lenf nodu pozitifliğiyle ilişkili bulunmamıştır, bunun sebebi ince melanoma sahip hasta sayısının azlığıdır. Kalınlığa ek olarak lenfovasküler invazyon varlığı nodal hastalık gelişimine etki etmektedir. Metastaz gelişimi lokasyon, tümör kalınlığı ve mitoz sayısından etkilenmektedir. En fazla metastaz üst ekstremitelerde melanomlarında görülmüştür ve bu da literatür bilgilerinden farklıdır. Tümör kalınlığı, sentinel lenf nodu metastazı, rejyonel ve uzak lenf nodu metastazı ve lenfositik infiltrasyon 5 yıllık sağ kalımı etkilemektedir. Mitoz ve ülserasyon sağ kalımla da ilişkili

bulunmamıştır ve bu da literatür bilgileriyle uyumlu değildir. Hasta sayısının kısıtlılığının yanı sıra coğrafi farklar da literatürle uyumsuzluğa sebep olmaktadır; çünkü güneş maruziyetinden hastaların genotipine, coğrafi yerleşim geniş bir spektrumdaki özellikleri etkilemektedir. Literatürün aksine, bizim bölümümüzdeki seride prosedür seçiminde hasta yaşının büyük bir etken olmadığı görülmüştür. Gerekirse rejyonel ve lokal anestezi altında ameliyatlara gerçekleştirilebilmesi bir avantajdır. Literatürde prosedür sırasında anestezinin tipi detaylı olarak belirtilmemiştir.

P086

Medial Kantal Cilt Kanserlerinin Rekonstrüksiyonunda Tunelize Frontal Ada Flebinin Kullanımı

Dağhan Dağdelen¹, Selami Serhat Şirvan², Zeliha Gül², Işıl Akgün Demir², Ali Can Gunenç², Kamuran Zeynep Sevim Aytuğ², Ayşin Karasoy Yeşilada²,

Semra Hacıkerim Karşıdağ², Memet Yazar²

¹Balıkesir Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Balıkesir

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Medial kantall alan ve nasal dorsumda özellikle de cilt kanseri rezeksiyonları sonrası oluşan defektlerin kapatılması plastik cerrah için zorlayıcıdır. Özellikle de tam medial kantall defektlerin kapatılmasında lokal flepler ilk tercihtir. Bu bölge defektlerinde en sık etyoloji cilt kanseri rezeksiyonudur. Tek seansta uygulanabilecek, kozmetik açıdan benzer doku ile onarımın sağlanabileceği lokal flepler ideal çözüm olabilir. Biz bu çalışmamızda supratrokleler arter bazlı, frontal alan ada flebinin, tunelize edilerek tanımlanan defektlere adapte edildiği olguları paylaşmak, bu flebin uygun defektlerde başarılı sonuçlar sağlayabileceğini göstermek istedik.

Materyal-Metod: 1 Temmuz 2015- 31 Temmuz 2016 yılları arasında 4'ü tam kat medial kantall defekt, 2'si nasal dorsum ve lateral duvar defekti olan, yaş ortalaması 67 (51-79) olan 6 hastaya, tanımlanan flep, kanser rezeksiyonu sonrası eş seanlı olarak uygulandı. Beş hastada etyoloji BCC olup, eksizyon sınırimız 3mm, nasal dorsum yerleşimli 1 hastada SCC olup eksizyon sınırimız 1cm idi. İki hastada genel anestezi, dört hastada sedasyon altında cerrahi uygulandı.

Flebin kaldırılması: Tümör rezeksiyonu sonrası defektin şablonu alınarak, kontralateral supratrokleler arter bazlı olarak flep planlanır. Flebin pivot noktası supraorbital rim seviyesi olarak belirlenir. Pivot noktanın defekte olan uzaklığı ölçüldükten sonra rotasyon arkı içinde ki kayıpta dahil edilerek, flep alın bölgesinde, ölçülen uzaklığa 1cm eklenerek longitudinal uzanımda planlanır. Flebin superior insizyonu tam kat olarak yapılır ve flebe frontal kasta dahil edilecek şekilde periost üzeri planda rim seviyesine kadar disseke edilir. Ardından inferior sınırı insize edilir ve subkutan yağlı doku seviyesinde rime kadar ayrı bir planda disseke edilir. Medial ve lateral cilt altı insizyonlar pedikül boyunca tamamlanır ve subdermal pediküllü ada flebi hazırlanmış olur. Pivot noktadan defekte oluşturulan subdermal tunelden flep geçirilerek defekte adapte edilir.

Sonuçlar: Kaldırılan ortalama cilt adası 2x1,4cm olup (1x1cm-2x2,7cm) tüm fleplerde donor saha primer suture edildi. Bir olguda cilt adasında epidermoliz izlendi ve venöz dönüş yetersizliği ile açıklandı. Lokal yara bakımı ile takip edildi. Hastalar operasyon sonrası 1. Gün taburcu edildi, erken dönemde en sık hasta yakınması glabellar alanda oluşan dolgunluk idi. 3.ayın sonunda glabella ve radix bölgesinde kontur düzensizliği izlenmedi.

Tartışma: Özellikle ileri yaş grubu hastalarda "H" bölgesinde cilt kanseri rekürrensi sık olup, geniş sınırlar ile rezeksiyon gereklidir. Bu rezeksiyonu takiben hasta grubunun özellikleri de göz önüne alındığında, tek seanslı cerrahi çözümler tercih edilmelidir. Yaşlı derisinin azalan esneklik özellikleri ve yüzde oluşan skarların kolay kamufule olması, tanımlanan bu supratroklelear arter bazlı, frontal ada flebini, medial kantalar alan ve nasal dorsum defektlerinin rekonstrüksiyonunda uygulanabilirlik açısından ideal kılacaktır.

Resim-1



Perop adapte edilmiş flep

P087

Malign Cilt Tümörlü 310 Olgunun Retrospektif Analizi: Epidemiyolojik ve Klinik Özellikler

Melike Oruç, Yüksel Kankaya, Veysel Murat Işık, Umut Suadiye, Koray Gürsoy, Uğur Koçer
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Son yıllarda insanda tespit edilen tüm kanser türleri değerlendirildiğinde cilt tümörleri oldukça önemli bir oranı oluşturmaktadır. Her ne kadar bazı cilt tümörleri yavaş bir seyir göstermekteyse de hızlı yayılan ve mortaliteye neden olabilen değişik tümör tipleri de mevcuttur. Bu çalışmada da kliniğimizde cilt tümörü tanısıyla takip ve tedavisi yapılan hastaların demografik ve klinik özelliklerini incelemek ve böylelikle bu önemli konuya tekrar dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Çalışmada 2000-2016 yılları arasında genel anestezi altında opere edilerek tedavisi uygulanmış 310 cilt kanserli olgu retrospektif olarak incelenmiştir. Değerlendirme kriteri olarak cinsiyet, yaş, tümör tipi, tümör lokalizasyonu, tedavi yöntemi ve uygulanan eksizeyon marjini kullanılmıştır. Değerlendirilen hastaların 174'ü erkek (%56), 136'sı kadın (%44) olarak bulundu. Hastaların ortalama yaşı 64.1 olarak tespit edildi (30-92 yaş). 180 hastada (%58.1) bazal hücreli karsinom izlenirken bunu görülme sıklığı açısından sırasıyla 104 hastada (%33.6) izlenen skuamöz hücreli karsinom ve 11 hastada (%3.5) izlenen malign melanom takip etti. Nazal bölge en sıklıkla etkilenen bölge olarak tespit edildi (%24.2).

Tedavi şekli olarak 157 olguda (%50,6) flep ile onarım uygulanırken bunu sırasıyla; 104 olguda (%36.8) uygulanan tam veya kısmi kalınlıkta deri grefti ile rekonstrüksiyon, 21 olguda (%6.8) uygulanan primer onarım, 18 olguda (%5.8) uygulanan flep ve greft ile onarım takip etti. Sonuç olarak çalışmamızda elde edilen bulguların literatür bulguları ile uyumlu olduğu gözlemlendi. Cilt tümörlerinin büyük bölümünün erken tanı ve tedavi ile tamamen tedavi edilebildiği tüm klinisyenlerin aklında tutması gereken bir gerçektir. Çalışmanın hem bu sık görülen sorunu hatırlatması açısından hem de daha kapsamlı planlanabilecek olan metaanalizlere kaynak oluşturması açısından değerli olduğu düşünülmektedir.

P088

Kliniğimizde BCC, SCC ve MM Vakalarında Rezidü ve Nüks Oranlarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Ali Conor Alakus¹, Nihal Durmuş Kocaaslan², Doğuş Yalçın², Bülent Saçak², Özhan Çelebiler²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 6. Sınıf Öğrencisi, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

En sık görülen kanserlerden olan cilt kanseri, insidanstaki artışa rağmen, mortalite oranında azalma görülmektedir. Cilt kanserleri melanom ve non-melanoma olmak üzere iki ana gruptan oluşur; non-melanom grup kendi içinde bazal hücreli karsinom (BCC) ve skuamöz hücreli karsinom (SCC) olarak ayrılır. BCC aralarında en az metastatik potansiyel taşıyan olup, malign melanom (MM) en agresif tiptir. Skalp, alın, periorbital, perioral, periaurikuler, burun, yanak, çene bölgelerindeki BCC, SCC ve MM tanısı almış lezyonlar için yapılan reoperasyonların belirleyici sebepleri araştırıldı. Retrospektif vaka kontrollü incelemede, Mart 2010 ve Aralık 2015 arasında kliniğimize başvuran 1801 hasta uygunluk açısından değerlendirildi. 398 vaka, lezyon lokasyonu ve histolojik tanısı göz önüne alınarak çalışmaya dahil edildi. Deri eki tümörleri ve diğer nadir cilt tümörleri dışlanma kriteri kabul edildi. Yaş, cinsiyet, lezyon lokasyonu, histolojik tanı, cerrahi sınır durumu, cerrahi sınır mesafesi, rezidü/nüks, reoperasyon durumu belirleyici faktörler olup Stata 10.0 programında istatistiksel analizleri yapıldı. 398 vakanın 268'i BCC(%), 122'si SCC(%), 8'i MM (%) tanılı olup her grubun sırasıyla ortalama yaşı 66, 66 ve 59'dur. Eksizeyonların %15'inde (59) cerrahi sınır pozitif (tümör devamlı) bulunmuştur. Cerrahi sınır pozitif vakaların %54'ünde (32) rezidüel lezyon için tekrar ameliyat uygulanmıştır. Genel durum bozukluğu, onkolojik olarak radyoterapi ve kemoterapiye yönlendirilme ve hastaların takipten çıkması sebepleriyle %46 (27) hastanın opere edilmediği tespit edildi. 32 cerrahi sınır pozitif vakanın 7'sinde rezidüel lezyon eksizeyonu sonrası cerrahi sınır tekrar

pozitif gelmiştir. En sık rezidü için reopere edilen bölge burun(13) olarak bulundu. Cerrahi sınır negatif vakaların %4'ünde nüks için reoperasyona ihtiyaç duyulmuştur. MM, en sık nüks eden tip olarak saptandı (%25). Cerrahi sınır mesafesi ideal değerlerle karşılaştırıldığında (BCC>=0.5cm; SCC>=1cm; MM>=2cm) BCC vakalarının %58'inde, SCC vakalarının %68'inde MM vakalarının ise tamamının ideal aralığın üstünde eksize edildiği görüldü. Hastaların ameliyat öncesi ideal planlamaya rağmen %32 oranda güvenli, önerilen ideal cerrahi sınır altında gelmesi anatomik olarak derin cerrahi sınırlarda basamaklı cerrahi tercih edilmesi ve patolojik inceleme öncesi formolin etkisiyle büzüşme nedeniyle olabileceği şeklinde yorumlandı.

Baş boyun bölgesindeki belirli alanlar eksizyon sonunda cerrahi sınır pozitif bırakılmaya daha yatkındır. Bu araştırmada, bir plastik cerrahi merkezindeki cilt kanseri vakalarında nüks ve rezidü oranlarını sunulmuş, patolojik ve klinik cerrahi sınırları arasındaki uyumsuzluğa dikkat çekilmiştir. Populasyonun büyütüleceği ileri çalışmalar istatistiksel olarak anlamlı belirleyicilerin ve etkilerinin saptanmasında yardımcı olacaktır.

P089

Malign Melanomada Evrelemenin Tedavi ve Sürviye olan Etkisinin Retrospektif Analizi

Özay Özkaya, Semih Tiber Menteşe, Özlem Çolak, İlker Üşçetin

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Deri kanserlerinin en mortal formu olarak bilinen Malign Melanoma (MM); tüm deri kanserlerinin 5-7%'sini oluşturmaya rağmen, deri kanserlerine bağlı ölümlerin %75'inden fazlasından sorumludur. Primer tümörün derinliği, mitoz hızı ve ülserasyon lokalize tümörlerde en önemli prognostik faktörler olarak belirlenmiştir. Malign Melanomda nihai cerrahi tedavi öncesinde hastanın primer tümör özellikleri, bölgesel lenf nodlarının durumu tam olarak bilinmeli ve hastanın klinik TNM'nin belirlenmesi gerekmektedir. Primer tümörün T evresi aynı zamanda klinik olarak NO hastalarda, lenf nodlarına yönelik yapılacak olan girişimin tipini belirlemekte de önemlidir. Hastaların ameliyat sonrasında elde edilen patolojik TNM'si onkolojik tedavisinde ve hastanın survisinin belirlenmesinde esas belirleyicidir. Bu çalışmada öncelikli olarak son 6 yıl içinde kliniğimizde deri kanseri nedeniyle opere edilen hastalardan, MM'nin oranları belirlenmiştir. Sonrasında MM hastalarının, klinik TNM evresi ve bu evreye göre seçilen cerrahi tedavilerin neler olduğu, cerrahi tedavi sonrası elde edilen patolojik TNM sonucunda hastaların gördükleri onkolojik tedaviler ve survilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Metod: Kliniğimizde 2010-2016 yılları arasında deri kanserleri nedeniyle opere edilen 529 hasta retrospektif olarak tarandı. Bu hastalardan MM tanısı konulmuş olan 52 hasta, tümörlerinin patolojik özellikleri, klinik evreleri, lokalizasyonları, yapılan cerrahi tedavi, varsa kullanılan rekonstrüksiyon yöntemi, diseksiyon yapılıp yapılmaması ve nihai patolojik evreleri ile aldıkları onkolojik tedaviler retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalara telefon ile ulaşılarak survileri saptandı.

Bulgular: Çalışmamıza dâhil edilen toplam 52 hastadan 22'si kadın, 30'u erkekten oluşmaktadır. Yaş ortalaması

59,75'tir. Hastaların %46'sında tümörün ekstremitelerde, %32'sinde baş boyunda, %21'inde ise gövdede yerleştiği saptandı. MM'nin en sık görülen tipi %58 ile Nodüler MM; 13% ile ikinci sırada ise Yüzeyel Yayılan MM'yd. Patolojik incelemelere göre hastaların %32,7 ülserasyon, %7,7'sinde ise satellit lezyon pozitifliği saptandı. Breslow ölçümünün en yüksek 30 mm, en düşük 0,53 mm ve ortalama olarak 5,12 mm olduğu görüldü. Hastaların evreleri incelendiğinde ise evre 0 ve IA %1,9 eşit oranda; %13,4 evre IB ve evre IIA; %19,3 evre IIB; %19,2 evre IIC; %5,7 evre IIIA; %11,4 evre IIIB; %3,8 evre IIIC olarak belirlenirken %5,7'si evre IV olarak tespit edildi. Mortalite oranı ise %7,7 olarak saptandı. Vakaların %36,5'inde primer onarım, %44,2'sinde deri grefti, %9,6'sinde ise doku aktarımı ile onarım tercih edildi. Hastalardan %66,9'unun tedavisine ayrıca LN diseksiyonu da eklendi. Hastaların tümü cerrahi tedavi sonrası Onkoloji Kliniği'ne sevk edilmiştir. Takiplerinde hastaların %9,8 kemoterapi (KT), %34,6'ü radyoterapi (RT) aldığı belirlendi. Sonuç: Deri kanserlerinin en mortal formu olan MM'da lezyonun hem tanı, tedavi ve sürvinin belirlenmesi amaçlı geniş eksizyonu esastır. LN'larının gerek diseksiyon ile gerekse SLNB ile araştırılması ise en az primer tümörün özelliklerinin sürvi ve tedavi seçenekleri üzerine olan etkisi kadar belirleyicidir. MM'ların en sık vücudun görünen baş boyun ve ekstremitelerde olduğu dikkate alınırsa; lezyonun genişçe eksize edilmesi ardından bu bölgenin taşıdığı fonksiyon ve estetik önem dikkate alınarak bir rekonstrüksiyon planı oluşturmak gerekmektedir.

P090

Deri Kanserlerinde Klinik Ön Tanı ile Patolojik Tanılar Örtüşüyor mu?

Alperen Tekin, Safa Manav, Ebubekir Karakaş, Ahsen Öncü, Kemal Fındıkçioğlu, Osman Latifoğlu
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Deri, güneş ışığı, kronik travma, yanık gibi etkenlere çokça maruz kaldığı için, zaman içerisinde, etkilenen alanlarda malign transformasyonlar görülebilir. Deri ve eklemlerin malign transformasyonları arasında en sık olarak metastaz kabiliyeti minimal olan Bazal Hücreli Karsinom(BCC), alt tipine göre lokal agresif seyreden Skuamöz Hücreli Karsinom(SCC) ve metastaz kabiliyeti en yüksek olan Malign Melanom(MM) görülür. Bu çalışmada preoperatif malign deri tümörü olgularının patolojik tanı ile uyumluluğu araştırılıp, klinik ön tanıya göre farklı patolojik tanı alan lezyonların hangileri olduğu ve en çok hangi deri lezyonu ile karıştığı üzerinde durulacaktır.

Yöntem: Şubat 2008 - Mart 2016 yılları arasında kliniğimizin lokal ameliyathanesinde, malign ön tanı, ortalama yaşı 56,4(19-95) olan 1006 hasta opere edilmiştir. Ön tanıların operasyonu yapan doktor tarafından konulmuştur. Kayıtlardan hastaların tahmini ön tanıları taranmış ve sistemde ki patolojik tanıları karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Opere edilen 1006 hastanın 698'i BCC, 165'i SCC, 143'ü ise MM ön tanı hastalardır. BCC için 161(%23) hastanın gerçek patolojisi farklıdır. BCC için %77'lik bir başarı oranı vardır. BCC ön tanı 45 hasta(%6,4) SCC, 42 hasta(%60) seboreik keratoz, 2'si leiomyosarkom, 1'i porosarkom 1'i kavernöz hemanjiom, 1'i mantar

enfeksiyonu tanısı almıştır. SCC ön tanılı 59 hastanın(%35) ise patolojik sonucu SCC'den farklıdır. SCC için %65'lik bir başarı oranı vardır. SCC ön tanılı 25 hasta(%15) BCC, 5 hasta (%0.3) aktinik cheilitis, 1 hasta ise arteriovenöz malformasyon(AVM) tanısı almıştır. MM ön tanılı 54 hastanın 27'si(%37) MM tanısı almamıştır. MM için %63'lük bir başarı oranı vardır. MM ön tanılı 17 hasta(%11) BCC, 9 hasta(%0,6) nevüs (blue nevüs, displastik nevüs) 1 hasta ise hemanjiom tanısı almıştır.

Tartışma: BCC ön tanısı alıp operasyon endikasyonu konulan ancak sonucu BCC olmayan 161 hastanın 55'i malign, 25'i ise premalign lezyon (%11), SCC yanlış ön tanılı 59 hastanın 28'i malign, 12'si premalign lezyon (%24), MM yanlış ön tanılı 54 hastanın 20'si malign 7'si premalign lezyon (%18) tanısı almıştır. Tanısı BCC gelmeyen 80 hastanın, SCC gelmeyen 40 hastanın, MM gelmeyen 27 hastanın malign ve premalign lezyonların terapötik amaçlı operasyon endikasyonu vardır. BCC ön tanılı hastaların 81'inin (%11), SCC ön tanılı hastaların 19'unun (%11), MM ön tanılı hastaların 27'sinin (%18) terapötik değil ayırıcı tanı sebebiyle operasyon endikasyonu vardır. BCC, en fazla SCC ve seboroik keratoz olmaz üzere nadiren sarkomla, mantar enfeksiyonu ya da hemanjiomla, aynı şekilde SCC, en fazla BCC ve Aktinik Cheilitis olmak üzere nadir olarak hiperkeratotik papillom ve AVM ile, Malign melanom, en sık olarak BCC ve nevüs olmak üzere daha nadir olarak da SCC, sarkom ve hemanjiom ile karışabilmektedir

Sonuç: Her ne kadar ön tanı ile patolojik tanıların zaman zaman farklılıklar gösterse de farklılık gösteren lezyonların birçoğunun terapötik amaçlı operasyon endikasyonu vardır.

Tablo 1

PATOLOJİK TANI	ÖN TANI	ÖN TANI	ÖN TANI
	BCC	SCC	MM
SCC	45	106°	2
BCC	537°	25	17
Seboroik keratoz	42	1	6
Solar Elastoz	12	4	2
Aktinik Keratoz	9	2	-
Aktinik Cheilitis	-	5	-
Sarkom	3	-	1
Bazoskuamoz Hücreli Karsinom	7	3	-
AVM	-	1	-
Hemanjiom	1	-	1
Keratoakantom	2	-	-
Nevüs	-	-	9

Patolojik tanıların ile klinik ön tanıların sayısal değerlendirilmesi

P091

Alt Ekstremitte Malign Melanomlu Hastaların Geriye Dönük Tedavi ve Nüks Süreçlerinin Değerlendirilmesi

Arda Akgün, Nebil Yeşiloğlu, Sedat Öz, Sultan Yalçın, Gaye Taylan Filinte
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Deri kanserleri içerisinde en fazla mortaliteye sahip olan malign melanom sıklığı giderek artan bir tümör haline gelmiştir. Alt ekstremitte yerleşimli melanomlar özellikle yüzeyel yayılan tip, nodüler tip ve akral lentiginöz tipte gözlenmektedir. Bu çalışmamızda, kliniğimize başvuran alt ekstremitte malign melanomlu hastaların geriye dönük olarak demografik verileri, uygulanan tedaviler ve seyirleri açısından incelenmiştir.

Hasta- Yöntem: Nisan 2014- Temmuz 2016 yılları arasında kliniğimize alt ekstremitte malign melanomu ile başvuran 15 hasta geriye dönük olarak incelendi. Kadın/ erkek oranı 8/7 iken, yaş ortalaması 64,8 (47- 83yaş) olarak saptandı. Hastalara tümör rezeksiyonu, insizyonel biyopsideki tümör kalınlığına göre sentinel nod örnekleme ve/ya da inguinal lenf nodu diseksiyonu ameliyatları uygulandı. Hastaların takip sürecinde medikal onkoloji ve radyasyon onkolojisi kliniklerindeki veriler de elde edilerek seyirleri ortaya kondu.

Sonuçlar: Hastalarda ortalama takip süresi 17,2 ay (4- 29 ay) olarak saptandı. Takip süresi içinde 15 hastadan bir tanesi takibinin 26ncı ayında sistemik metastaz nedeniyle kaybedildi. Diğer hastalardan takip süresi içinde kaybedilen olmadı. Hastaların dördünde tanı anında üst sınıra yakın olmak kaydıyla serum LDH değerleri normalden yüksek olarak gözlendi. Hastaların Breslow kalınlıkları ortalama 9,3 mm (0-40 mm) ve tümörlerin cerrahi evresi 0 ile 4 arasında değişmekteydi.

Çıkarım: Kliniğimizde takip edilen alt ekstremitte malign melanomlu hastalarda iki yıllık takipte çok kalın tümör olgularında bile iki yıllık sağ kalım oranının yüksek olduğunu gözlemledik. Bu hastalarda iç organ metastazlarından ziyade deri, deri altı metastazlarının daha sık gözleniyor oluşu en uzun 29 ay olan takip sürecinde hastalarda sağ kalımın daha fazla oluşu ile ilişkilendirilebilir. Daha geniş serilerde genetik çalışma ile birlikte alt ekstremitte melanomlarının davranışı hakkında daha değerli bilgiler edinileceği kanaatindeyiz.

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği
38. Ulusal Kurultayı

Demografik Özellikler

Hasta No	Yaş	Cinsiyet	Lokalizasyon	Sentinel?	Pos/Neg?	Nüke?	Nüke zamanı	Cerrahi Evre	KT/RT	İnterferon	Met?	LDH ¹	Takip süresi (ay)	Sekonder Cerrahi	Prognoz	
1	83	E	Sağ Plantar	dis+	0	0	0	2b	0	0	0	160	24		Sağ	
2	47	K	Sol Topuk	dis+	0	0	0	3	KT+RT	0	inguinal met +	283	2		Sağ	
3	50	K	Sağ Topuk	0	0	0	0	0	0	0	0	236	29		Sağ	
4	71	E	Sol Ayak D1	dis+	0	0	0	2b	0	0	0	123	22		Sağ	
5	77	E	Sol ayak	evet	negatif	evet	8ay sonra	4	RT+	0	beyin met (subat 2018)	284	26	inguinal dis+	mayıs 2016 ex	BRAF+
6	54	E	sağ uyluk	evet	negatif	0	0	2b	0	0	0	182	25	0	Sağ	
7	79	K	Sağ Kırık	evet	negatif	0	0	2a	0	0	0	193	23	0	Sağ	
8	47	E	Sağ ayak	evet	negatif	0	0	2b	KT+	evet	0	254/216	23	0	Sağ	
9	75	K	Sol Plantar	0	0	0	0	3	0	0	0	187	15	0	Sağ	
10	68	K	Sol Plantar	dis+	0	0	0	2c	0	0	0	164	18	0	Sağ	
11	47	K	Sol Kırık	evet	negatif	0	0	2b	0	0	0	189	7	0	Sağ	
12	70	E	Sağ Topuk	evet	negatif	0	0	2c	0	0	0	224	5	0	Sağ	
13	74	K	Sol Topuk	dis+	0	0	0	2c	RT+	0	inguinal met +	176	4	0	Sağ	
14	79	K	Sağ Topuk	dis+	0	0	0	2c	0	0	lokal nüks+	190	18	lokal ekizasyon	Sağ	BRAF+
15	53	E	Sol Kırık	0	0	0	0	2b	KT+	0	0	268	16	0	Sağ	BRAF+

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Serum LDH referans değerleri olarak 0-248 IU/L vermektedir.

Alt Ekstremitelerde Malign Melanomların Demografik Özellikleri

P092

Stewart-Treves Sendromu: Olgu Sunumu

Atila Adnan Eyüboğlu¹, Harun Çöloğlu², Nebil Bal³, Nilgün Markal Ertaş¹

¹Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi BD, Ankara

²Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi BD, Adana

³Başkent Üniversitesi Patoloji BD, Adana

Stewart- Treves sendromu kronik lenf ödem zemininden gelişen anjiosarkom tablosudur. Genellikle aksiller diseksiyon yapılan meme kanseri cerrahisi sonrası üst ekstremitelerde ortaya çıkar. Kolda lenfanjiom zemininde iyileşmeyen lezyon ile başvuran 79 yaşındaki hastaya yapılan ekizasyon sonrası kitle histopatolojide anjiosarkom olarak raporlandı. Morfolojik bulgular, immün profil ve klinik tablo ışığında hastaya Stewart-Treves sendromu (STS) tanısı konuldu. Olgumuzu hastalığın nadir görülmesi ve deneyimlerimizi paylaşmak amaçlı sunmaktayız.

Olgu: 79 yaşında bayan hasta tarafımıza sol kolda son 2 ayda hızla büyüyen ve kanayan kitle şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenesinde sol kol posterior yüzde distal 1/3de ülser 3x4 cmlik lezyonu mevcuttu. 20 yıldır insüline bağımlı diyabet ve 25 yıldır hipertansiyonu olan hastaya 6 yıl önce dış merkezde meme kanseri nedeniyle modifiye radikal mastektomi ve aksiller lenf nodu diseksiyonu yapılmıştı. Hasta meme kanseri cerrahisi sonrası bir ay boyunca antineoplastik ve immunomodülatör olan «Femara» kullanmış ve bu dönemde kolda lenfödem gelişmişti.

Hastanın sol kolundaki 3x2 cm boyutundaki ülsera kitlesine 5 mm cerrahi marj ile ekizasyon yapıldı. Hemostazi takiben ciltaltı onarım uygulandı. Etraf dokuların gevşekliğinden yararlanılarak cilt primer kapatıldı. Ameliyat sırasında komplikasyon yaşanmadı. Poliklinik takiplerinde sorun gözlenmedi. Dikişleri 14. günde alındı.

Alınan parçanın histolojik kesitlerinde deri dokusunda ülserasyon, hiperkeratoz, dermisi infiltrate eden, kavernoöz damar yapıları veya solid gruplar halinde, belirgin

nükleollü, veziküle nükleuslu, sitoplazmaları belirgin atipik hücrelerden oluşan, 10 HPF'de 40'a yakın mitoz içeren malign neoplastik gelişim izlendi. İmmunohistokimyasal yöntem ile uygulanan FLI-1 ve Faktör 8 tümör hücrelerinde pozitif boyandı. Ki-67 proliferasyon indeksi %30 olarak saptandı. Derin ve yan cerrahi kesi sınırları intakt olan hastaya Anjiosarkom olarak raporlandı. Morfolojik bulgular, immün profil ve klinik tablo ışığında hastaya Stewart-Treves Sendromu (STS) tanısı konuldu.

Tanı sonrası sistemik tarama amaçlı yapılan PET-BTde operasyon lojunun lateralinde cilt altında artmış FDG tutulumu saptandı. Ayrıca ameliyat sahasının posteriorunda lenf nodu ile uyumlu olabilecek nodüler lezyon görülmesi nedeniyle radyasyon onkolojisi tarafınca lezyonun tekrar ekizyonu ve radyoterapi uygulanması kararı alındı.

Hastanın ameliyat sahasına 1.5 cm cerrahi marjla reekizasyon uygulandı. Cilt primer olarak onarıldı. Dikişlerin alınmasını takiben operasyon sahasına 200 cGy/Fr. Toplam 60 Gy 2 alanlı, konformal planlı, küratif radyoterapi uygulandı. Tedavi sürecinde yapılan fizik tedavi ve lenf ödem tedavilerinden anlamlı sonuç alınmadı. Hasta ilk başvuru anından 1.5 yıl sonra sistemik nedenlerden dolayı exitus gelişti.

Tartışma: Stewart-Treves sendromu (STS) ilk olarak 1948 yılında Fred Stewart ve Norman Treves tarafınca tarif edilmiştir 1. Günümüz literatürü tarandığında literatürde yaklaşık 400 olgu bildirilmiştir 2. Oldukça az görülen ve ölümcül seyreden STS yayınlanan orijinal makalede tariflendiği gibi en sık radikal mastektomiye takiben 5 ile 11 yıl içinde gelişen lenf ödem zemininde anjiosarkom gelişimi ile gözlenmektedir 1. Total aksiller lenf nodu diseksiyonu yapılan hastaların 14% ünde lenfödem gelişmektedir 3. Lenfödem sonrası anjiosarkoma gelişme ihtimali artmaktadır. Mastektomi sonrası 5 yıllık sürede STS gelişimi oranı 0.07% ile 0.45% olarak bildirilmiştir 4. STS genellikle mastektomi sonrası görülebilse de yanık, travma, radyoterapi sonrası veya doğumsal olarak gözlenebilmektedir 1. Olgumuza 6 yıl önce mastektomi uygulanmış ve sonrasında gelişen lenfödemi takiben anjiosarkoma gelişmişti. Hastamıza STS tanısı konulmasını takiben yaklaşık 1.5 yıl sonra exitus olmuştur.

Fizik muayenede lenfödem sahası üzerinde ortaya çıkan hemorajik, kırmızı-mor renkli erken dönemde selülit ile karışabilecek lezyonlar zaman içinde büyüyerek kanamaya başlarlar. Enfeksiyon benzeri kliniği olan lezyonlar antibiyoterapiye direnç gösterirler. Tanı amaçlı ve hastalığın takibinde ultrason veya manyetik rezonans kullanılabilir 2.

Hastadan alınacak olan insizyonel biyopsi veya lezyonun total eksizyonu sonrası tanının doğrulanmasında histopatolojik ve immünohistokimyasal çalışmalar önemlidir. Düzensiz proliferasyon gösteren vasküler yapılar dermal kollajen içerisine invaze olmakta ve hiperkromatik ve makronükleollü hücreler mitoz göstermektedir 5. Lenfatik lezyonun üzerindeki epidermik akantotik, hiperkeratotik veya atrofik görünümde olmaktadır. İmmünohistokimyasal olarak endotel hücre markerlarından Laminin, Tip 4 kollajen, CD31, CD34, FLI-1, von Willebrand faktör ve faktör VIII hücre markerları pozitif olmaktadır ve Ki-67 proliferasyonunda artış gözlenmektedir 6-7. Ayrıca moleküler biyolojinin gelişmesiyle lenfatik dokular ile ilgili antikolar geliştirmiştir. Poloplanin (D2-40), Lenfatik damar endotelial hyaluronan reseptör-1 (LYVE-1), Prospero homeobox protein 1 ve vasküler endotelial büyüme faktörü reseptör 3 (VEGFR-3) sayesinde sarkoma tanısı daha kesin olarak konulmaktadır 8.

STS tedavisinde doğru yaklaşım lezyonun geniş sınırlarla eksizyonu veya erken amputasyondur. 2-3 cm geniş cerrahi marj ile yapılan lokal eksizyonun amputasyona göre üstünlüğü bulunmamaktadır. Amputasyondurumunda lokal rekürrens geniş lokal eksizyona göre üstün olduğu raporlanmıştır 2. Ancak tanı konulmasından sonra 2.5 yıl içinde hastaların metastatik hastalıktan 2 yıl içinde hayatını kaybetmesi beklenmektedir 3,8,9. Hastanın psikolojik açıdan amputasyona ikna edilmesinin uygun olmayacağı kanısındayız. Grobmyer ve ark. çalışmasında hastalara uygulanan kemoterapi ile radyoterapinin hastaların hayatta kalış süreleri arasında fark bulunmamıştır 10. STS tedavisinde kullanılan kemoterapötik ajanlar arasında bleomisin, 5-fluorouracil, metotreksat, vinkristin, aktinomisin, doksorubisin, siklofosfamid veya dakarbazin bulunmaktadır. Bu tedavilere rağmen lokal rekürrens ve sistemik metastaz sık görülmektedir 11.

Sonuç: Stewart Treves sendromu oldukça az görülen ama mortalitesi yüksek seyreden bir hastalıktır. Tanı konulması güçlüğü ve kötü prognozu nedeniyle 5 yıllık ortalama hayatta kalış süresi 10% kadardır 4. Kronik lenfödem tablosu ile başvuran hastalarda mastektomi öyküsü sorgulanmalı ve hastalar lezyonlar ve hastalığı prognozu hakkında bilgilendirilmelidir. Erken dönemde tespit edilen anjiosarkomalara yapılan geniş cerrahi sınır ile eksizyonlar hayat kurtarıcı olmaktadır.

Referanslar: 1- Stewart FW, Treves N. Lymphangiosarcoma in postmastectomy lymphoedema; a report of six cases in elephantiasis chirurgica. Cancer.1984;1(1):64-81. 2- Fridman RB et al. Stewart-Treves Syndrome: A case report and review of the literature. Case Rep Oncol 2016; 9:205-211 3- Tabareau F et al: Cutaneous epitheloid clear cells angiosarcoma in a young woman with congenital lymphedema. Case Rep Pathol 2013;1:1-6 4- Sharma A, Schwartz RA: Stewart-Treves syndrome: pathogenesis and management. J Am Acad Dermatol 2012;67:1342-1348 5- Lee R, Saardi KM, Schwartz RA: Lymphedema-related angiogenic tumors and other malignancies. Clin Dermatol 2014;32:616-620. 6- Harrison WD, Chandrasekar CR. Stewart-Treves syndrome following idiopathic leg lymoedema: remember sarcoma. J Wound Care. 2015;24(6Suppl):5-7 Doi: 10.12968/jowc.2015.24.Sup6.S5. 7- Wysochi WM, Komorowski A: Stewart-Treves syndrome. J Am Coll Surg 2007;205:194-195

8- Young RJ et al: Angiosarcoma. Lancet Oncol;11:983-991. 9- McHaffee DR et al: Stewart-Treves syndrome on the lower extremity. J Clin oncol 2010;28:351-352 10- Grobmyer S et al: Role of surgery in the management of postmastectomy extremity angiosarcoma (Stewart-Treves syndrome). J Sug Oncol 2000;73:182-188 11- Shon W et al: Cutaneous angiosarcoma arising in massive localized lymphedema of morbidly obese: a report of five cases and review of the literature. J Cutan Pathol 2011;38:560-564

Resim 1



Sol kol posterior yerleşimli anjiosarkom

P093

OLGU SUNUMU: Primer Kutanöz Anaplastik Büyük Hücreli Lenfoma Olgusu

Akif Ayberk Akçay, Özay Özkaya, Özlem Çolak, Mert Canlı

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: Primer kutanöz anaplastik büyük hücreli lenfoma, derinin CD30+ atipik iri T lenfositlerle karakterize T hücreli lenfomasıdır. İnsidansı 0.3-1.0/100.000 dir. Erkeklerde daha sık görülür. Klinik olarak ekstremiteler ve gövde yerleşimli soliter ya da çok sayıda, merkezinde ülserasyon eğilimi olan kahverengi kırmızı nodül ya da tümörler şeklindedir. Ayırıcı tanıda;derinin primer malign tümörleri,metastatik tümörler ve çok sayıda benign cilt hastalığı yer almaktadır. Primer deri formu erken evrede yakalanırsa iyi prognoza sahip olsa da tanı ve tedavideki gecikmeler hastaların %10-25 oranında nodal hastalıkla yani ileri evre ile karşımıza çıkmalarına neden olur. Ayrıca lenf nodlarını geçip iç organlara yayılabilir. Bu çalışmada çok nadir görülen bir cilt kanseri olan primer kutanöz anaplastik büyük hücreli lenfoma olgusunu ayırıcı tanısı,ameliyat öncesi tanı kriterleri, cerrahi tedavisi ve takipleri açısından tartışılması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Olgu otuzyedi yaşında erkek hasta, malign melanom ön tanısı ile dış merkezden kliniğimize refere edildi. Hastanın yapılan muayenesinde sağ uyluk posterolateralinde deriden kabarık, ortası ülsere yaklaşık 20*15 cm boyutlarında, kanamalı tümöral kitle izlendi. Başka bir klinikte hastanın mevcut lezyonundan insizyonel biyopsi yapılmış ve biyopsi sonucunda malign melanom tanısı konulmuş. Ancak ek immünohistokimyasal boyama yapılamadığı için hasta öncelikli olarak biyopsinin tekrar alınıp tekrar değerlendirilmesi için tarafımızca kabul edildi. Ek tetkikleri yapıldı. Sistemik muayenesi normaldi. Mevcut lezyon 11*7 cm boyutlarında sınırları düzensiz kenarları eleve, endüre hipermik ortası krater şeklinde ülsere hemorajik krutlu akıntılı kötü kokulu non mobil sert ülsere izlendi. Lezyona yönelik yapılan insizyonel biyopsi sonucu kutanöz anaplastik büyük hücreli lenfoma olarak raporlandı. Histopatolojik olarak Lezyonlar dermiste yoğun infiltrasyon gösteren iri hiperkromatik nükleuslu, düzensiz kontürlü, bazıları belirgin nükleollü, dar sitoplazmalı neoplastik lenfoid hücreler izlendi Bulgular <anaplastik büyük hücreli lenfoma> ile uyumluydu. Hastanın sistemik tutulumu açısından, hemogram, boyun ve tüm abdomen ve inguinal ultrasonografisi, uyluk MR, PET CT, ve tüm vücut bilgisayarlı tomografisi yapıldı. PET-CT sonucunda sağ inguinal bölgede hipermetabolik LAP varlığı raporlandı. Operasyonda lezyon total olarak uygun cerrahi sınır ile eksizye edilerek oluşan defekt sol uyluk posterolateralinden alınan kısmi kalınlıklı deri grefti ile onarıldı. Eş zamanlı sağ taraflı inguinal diseksiyon yapıldı. Lezyon eksizyon sonrası patolojiye gönderildi. Patoloji sonucu da kutanöz CD30 anaplastik büyük hücreli lenfoma olarak raporlandı. Tümör en yakın cerrahi sınıra 1.6 cm idi. Inguinal diseksiyon materyalinde 10 adet lenf nodundan çapı en büyük olan (3 cm) 1 adet lenf nodunda CD30 boyanma gösteren lenf nodu metastazi olduğu saptandı. Bu sonuçlar ışığında mevcut lezyon AJCC 2010 TNM sınıflamasına göre T3N2BM0 yani evre 2B olarak değerlendirildi. Postop hasta taburcu edildikten sonra radyoterapi tedavisi gördü. 6 aylık takibinde sistemik yada lokal nüks bulgusuna saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Anaplastik geniş hücreli lenfomalar sistemik ve primer kutanöz lenfoma olmak üzere 2 sınıfa ayrılmaktadır. Sistemik lenfomalarda, lenf nodları ve iç organlarla birlikte deri tutulumu da gözlenebileceğinden primer kutanöz lenfoma tanısı için öncelikle hastada sistemik lenfomanın dışlanması gereklidir. Neoplastik hücreler oval yada irregüler flekilli nükleusları, belirgin nükleolus ve büyük sitoplazmaları ile anaplastik morfolojidedir. Lezyonun periferinde T hücre, eozinofil yada nötrofillerden oluşan inflamatuvar hücreler bulunur. PKBL'nin immünohistokimyasal incelemesinde, büyük hücrelerin en az %75'i CD30+ saptanır. ALK (t2;5 translokasyon belirteci), EMA genelde nodal ABHL'da pozitif saptanırken, deri tutulumu olanlarda negatiftir. Bizim olgumuzda da CD20, CD3, CD8, CD30 pozitif saptanırken CD4, ALK ve EMA negatif bulunmuştur. Primer kutanöz anaplastik büyük hücreli lenfoma, Hodgkin hastalığı ve lenfoma dışı malignitelerle karışabildiği için ayırıcı tanısı önemlidir. Aslında nadir bir malign bir non hodgkin lenfoma grubunun parçasıdır. Yüksek malignite gösteren, sistemik metastaz yapabilen, genelde hızlı seyreden ve nüks oranı yüksek lezyonlardır. Deride ortaya çıkan agresif lenfomalar altı aylık dönemden önce yayılım gösterebilir, ikincisi ve daha da önemli hastaların başvurularından itibaren tedaviye ihtiyaçları vardır ve kesin tanı hemen konulmalıdır. Literatürde lenfnodu dışında diğer organlarda da tutulum olabileceği bildirilmektedir: Karaciğer ve dalak tutulumu, testis tutulumu, mide tutulumu, kemik tutulumu ve kemik iliği tutulumu bildirilmiştir(1) Sistemik ABHL olgularının %55-85'inde prognozuve tedaviye yanıt oranları nın pozitif yönde etkileyen anaplastik lenfomakinaz (ALK) olarak adlandırılan kimerik bir protein eksprese edilir. ALK negatif ALCL olgularında prognoz ALK pozitif olanlara göre daha kötü seyretilmektedir. Bizim olgumuzda da ALK negatif olarak

saptandı. Erken evrede yakalanma oranları düşük olmakla birlikte, erken evrelerde tedavi başarısı ileri evrelere göre oldukça yüksektir. T-hücreli lenfomalar için ileri yaş, kötü performans skoru, artmış laktat dehidrogenaz düzeyi ve kemik iliği tutulumunu içeren bir prognostik indeks tanımlanmıştır. Bu prognostik indekse göre 5 yıllık toplam sağkalım 4 faktörün pozitif olduğu grupta %18, sadece bir faktörün pozitif olduğu grupta %62 bulunmuştur(1,2). Literatüre göre %10-25 arasında hastada cilt dışı lenf nodu tutulumu izlenmektedir. Bu durumda tedavide daha agresif olunmalıdır. Bulunduğu bölgede geniş yer kaplayan lezyonlarda, T3-T4 tümörlerde, klinik yada radyolojik olarak bölgesel LAP izlenen evre 2B, evre 3 ve evre 4 hastalarda lezyonun geniş eksizyonu ile beraber cerrahi tedaviye lenf nodu diseksiyonunun da eklenmesi akılda tutulmalıdır. Radyoterapi ve kemoterapi ye de oldukça duyarlı olan bu cilt lenfomaları için hasta postoperatif dönemde onkolojiye de yönlendirilmelidir.

REFERANSLAR

1. Kutanoz Anaplastik Büyük Hücreli Lenfoma: Case: ISSN: 2149-455X

Bir olgu sunumu Hasan Ergenç1, Demet Çekdemir, Selçuk Yaylacı, Fatma İnci Can, Bahar Memiş, Ali Tamer Sakarya Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Kliniği, Sakarya. Sakarya Tıp Fakültesi, Hematoloji Kliniği, Sakarya. Fındıklı Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Rize. 2. Gallamini, Blood 2004;103:2474-2479)

P094

Dizde Merkel Hücreli Tümör

Ali Gökçaya, Metin Görgü, Ertuğrul Karanfil, Jehat Kızılkıran, Ali Doğan

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı Bolu

1972 yılında Toker tarafından tanımlanan Merkel Hücreli Kanser(MHK) nadir görülen bir nöroendokrin tümör olmakla beraber genellikle ileri dekatlarda ortaya çıkan invaziv bir tümördür. MHK büyük miktarda lokal nüks gösterebilen (%27-60) bununla beraber bölgesel lenf bezlerine ve uzak metastazlar yapabilen bir cilt tümörüdür. Son zamanlarda polyomavirüs ile ciddi bir biçimde ilişkilendirilen MHK de halen önemli faktörün immün cevap bozukluğunun olduğu düşünülmektedir. Bu olgu sunumunda 54 yaşında bayan hastanın sol patella seviyesindeki MHK olgusundan bahsedilecektir.

Giriş: MHK oldukça agresif olup lokal, lenf nodu metastazi ve uzak metastaz gösteren bir nöroendokrin cilt kanseridir. Kitle genel olarak makroskobik olarak nodüler, sert ve ülsere bir biçimde gözlenmektedir. Tanı biyopsi sonrasında konur ve tedavisi geniş rezeksiyondur.

Olgu: 54 yaşındaki bayan hasta sol patella altında küçük bir kitle nedeniyle cildiye polikliniğine başvurmuş. Daha sonrası hasta kitle eksizyonu ve histopatolojik değerlendirme açısından tarafımıza yönlendirilmiş. Hasta kliniğimize başvurduğunda hastanın kitlesi yaklaşık 2,5x2x1 cm ciltten kabarık hafif pigmente, sınırları düzensiz, yüzeyi hafif parlak, nodüler, ağrısız ve fiks idi. Hastaya uygulanan punch biopsi ile tanısı MHK gelmesi üzerine hastanın tüm vücut taraması(beyin MR, toraks BT, Abdomen BT) ilioinguinal ve popliteal bölgeye USG tetkikleri yapıldı. Yapılan tetkiklerde aynı taraflı inguinal bölgede 1 adet reaktif lenf nodu dışında başka bir patoloji gözlemlenmemesi üzerine hastaya sentinel lenf nodu işaretlenmesi ve kitlenin geniş

rezeksiyonu planlandı. Öncelikle tümör dokusu 3cmlik sağlam dokuyla beraber eksize edildi. Oluşan defekt kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Sonrasında sentinel lenf nodu biopsisi yapılan hastanın patolojisinin negatif gelmesi üzerine hasta onkolojiye yönlendirildi. Onkolojinin adjuvan tedaviye gerek duymadı. Patoloji sonucunda tümörün en büyük çapı 3,3cm, cerrahi sınırları en yakın olan taban yakınlığı 1,4cm, laterali 2,1cm inferioru 2,3 cm olarak geldi. Hasta aylık takiplere alındı.

Tartışma: MHK 5 yıllık sağkalım %50-68,lokal nüks oranı %27-60,lenf nodu tutulumu %45-91 ve uzak metastaz %18-52dir. Lenf nodu metastazı ve uzak metastaz prognozda çok önemlidir ve evreyi değiştirmektedir. MHK ABD’de 0.32/100.000 oranında görülen bir hastalık olup bu vakaların çok küçük bir kısmı 50 yaşından küçük hastalarda görülmektedir. Bizim hastamız 54 yaşında idi. Hastalığın %50’si baş,% 40’ı ekstremitelerde ve %10’u ise gövde de görülmekte olup bizim vakamızda sol alt ekstremitede idi. Hastalığın etiyolojisi belirsiz olmasına rağmen immün sistem bozuklukları,HİV, enfektif hastalıklar, transplantasyon sonrası immünsüpresyon, UV ışınları gibi bir çok faktör suçlanmaktadır. Alınan detaylı anamnez sonrası bizim hastamızda böyle bir etiyolojiye rastlanmadı. Erken evrede çevre sağlam dokudan 3cm ve derinlik olarak 2cmlik sağlam cerrahi sınır önerilmektedir. Hastamızın cerrahi sınırı derinlik olarak 14mm ve çevre olarak 2.1cm ve 2.3cm’dir. Bundan dolayı özellikle lokal nüks açısından hastamızı yakın takibe aldık.Sentinel lenf nodu (+) gelen hastalarda yaygın lenf nodu diseksiyonu ve adjuvan radyoterapi gerekmekte olup bizim hastamızda sentinel lenf nodu negatif geldiğinden dolayı adjuvan tedaviye ihtiyaç duyulmamıştır.Tümör çapının 2cm den büyük olması ve alt ekstremitede olması kötü prognostik faktörler olarak kabul görölse de muhtemelen erken tanı ve erken operasyon sonucunda hastamızda herhangi bir metastaz saptanmadı ve yaptığımız 1 yıllık takipte hastamızda herhangi bir nüks görülmedi.Hastamızda gördüğümüz tek komplikasyon sol bacakta minimal ödemi.

Sonuç: MHK tedavisinde ortak bir konsensüs olmamakla beraber erken tanı ve uygun cerrahi rezeksiyon en önemli faktör olarak görünmekte olup prognozu da en en belirleyici faktörlerin başında gelmektedir. Ayriyetten sentinel lenf nodu diseksiyonu adjuvan tedavi başlanıp başlanmaması konusunda oldukça fikir vericidir.

Sol patella altı



P095

Nadir Malign Melanom Varyantı: Spitzoid Melanom Olgu Sunumu

Feridun Elmas¹, Elif Akbay¹, Bekir Ünal¹, Ergin Seven¹, Ali Teoman Tellioglu²

¹Dişkapi Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Spitzoid melanom morfolojik olarak spitz nevüse benzer özellikler gösteren klinik ve histopatolojik olarak tanı konulması oldukça zor olan nadir bir melanom varyantıdır. Özellikle genç hastalarda melanom insidansının düşük olması spitz nevüslere klinik olarak benzerlik gösteren bu lezyonların tanısının gecikmesine neden olabilmektedir(1).

Amaç: Bu çalışmamızda amaç spitz nevüse benzeyen ve klinik olarak teşhisi zor olan melanomların nadir bir varyantı olan spitzoid melanom olgusunu sunmaktır.

Olgu: 17 yaş kadın hasta tibia ön yüzde yaklaşık 4 yıldır bulunan düzensiz sınırlı, iğsi şekilli,siyah-kahve renkte lezyon ile kliniğimize başvurdu. Hastanın tariflenen lezyonuna yönelik yapılan insizyonel biyopsi sonucu "spitzoid melanom" olarak raporlandı (breslow 4 mm). Hastanın tanı sonrası Tıbbi onkoloji önerileri alınarak yapılan radyolojik tarama sonrası malignite nedeniyle metastaza yönelik patoloji saptanmadı. Hasta lezyonun geniş lokal eksizyonu planlandı.

Tartışma: Spitz nevüsler (aynı zamanda benign juvenil melanom olarak da bilinirler) epidermis ve dermiste bulunan benign melanositik cilt lezyonlarıdır. Genellikle ergenlik çağında rastlanırlar.Sebebi henüz net bilinmemektedir. Spitzoid malign melanomlar ise histolojik olarak spitz nevüslere benzeyen melanosit tümörleridir(2). Spitzoid melanomlarda lezyonlar atipiktir. Amelanositik,nodüler,farklı pigment görünümde, ülsere gibi farklı şekillerde bulunabilirler.12 yaş ve üzeri spitzoid oluşumların yaklaşık %13ünde dermatoskopik olarak nevüs ve melanom ayrımı yapılamaz(3). Spitzoid melanomlar genellikle 1 cm üzerinde olup sitolojik atipi gösterirler. Tüm bu veriler göz önünde bulundurulduğunda melanom nevüs ayrımını yapmak önemlidir.

Sonuç: Spitzoid melanom farklı makroskopik ve mikroskopik özellikler gösteren melanom varyantıdır. Genç popülasyonda daha sık görülmesi ve spitz nevüslerden klinik olarak ayrılmasının oldukça zor olması bu olguları daha önemli kılmaktadır. Klinik olarak yapılan çalışmalarda spitzoid melanomların mortalitesi ile diğer melanom mortaliteleri arasında belirgin bir fark bulunamamıştır(4). Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda bu olgulara şüphe ile yaklaşmak ve doğru tanı koyarak tedaviye başlamak hayati önem taşımaktadır.

1-Spitz nevus, Spitz tumor, and spitzoid melanoma: a comprehensive clinicopathologic overview. Ferrara G1, Gianotti R, Cavicchini S, Salviato T, Zalaudek I, Argenziano G., Dermatol Clin. 2013 Oct;31(4):589-98, viii. doi: 10.1016/j.det.2013.06.012.

2- Method for differentiating spitz nevi from spitzoid malignant melanoma, R Caprioli, EH Seeley - US Patent 8,822,159

3- Differential diagnosis of Spitzoid melanocytic neoplasms. Stefanaki C, Stefanaki K, Chardalias L, Soura E, Stratigos A, J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016 May 13. doi:

10.1111/jdv.13665

4- Clinicopathologic features and survival in Spitzoid malignant melanoma and conventional malignant melanoma. Semkova K, Lott JP, Lazova R, J Am Acad Dermatol. 2014 Sep;71(3):516-20. doi: 10.1016/j.jaad.2014.04.012. Epub 2014 May 15.

Spitzoid melanom



hastasının 8'i kadın, 6'sı erkek cinstendir. Opere edilen en genç hasta 35 yaşında, en yaşlı hasta 85 yaşında olup, hastaların yaş ortalaması 62'dir. İncelenen grupta kadın hastaların erkeklere kıyasla daha genç bir yaş ortalamasına sahip oldukları izlenmiş olup, kadın hastaların yaş ortalaması 52, erkek hastaların yaş ortalaması 76 olarak bulunmuştur. Opere edilen tümörlerin 9'u sağ, 5'i sol kantus yerleşimli olup hastaların lezyonun farkedilmesinden sonra ortalama başvuru süresi 2,25 yıl olarak bulunmuştur. Eksizyon sonrası rekonstrüksiyonda 1 hastada orbicularis okuli bazlı muskulokutanöz ada flebi, 3 hastada Limberg flep, 1 hastada üst göz kapağından transpoze edilen bilobe flep, 5 hastada çevre dokulardan tasarlanan transpozisyon flepleri, 1 hastada primer suturasyon, 2 hastada ise cilt flepleri kullanılarak rekonstrüksiyon sağlanmıştır. Tüm olguların patolojilerinde cerrahi sınırlar negatif olarak raporlanmıştır.

Sonuç: Medial kantale bölgede yerleşim gösteren bazal hücreli kansinmlar, komşu anatomik yapılar göz önünde alındığında sekonder morbidite oluşturmak açısından özellikli bir yere sahiptir. Bu sebeple yetersiz eksizyon ve buna bağlı olarak nükslerin sık karşılaşıldığı bir bölgedir. İncelenen vakalarda da görüldüğü üzere uzayan başvuru süreleri komşu yapılar invazyona ve eksizyon alanının genişlemesine, lakrimal duktus gibi komşu fonksiyonel yapıların harab olmasına neden olmaktadır. Özellikli anatomik yerleşimi ve komşu yapılar bu bölgenin rekonstrüksiyonunu yüzdeki diğer lokalizasyonlardan farklı kılmaktadır.

1- Trakatelli M, Morton C, Nagore E, Ulrich C, Del Marmol V, Peris K, et al. Update of the European guidelines for basal cell carcinoma management. Eur J Dermatol. 2014 May-Jun. 24 (3):312-29.

2- Aurora AL, Blodi FC (1970) Lesions of the eyelid. A clinicopathological study. Surv Ophthalmol 15:94-104.

3- Lober CW, Fenske NA (1991) Basal cell, squamous cell and sebaceous gland carcinomas of the periorbital region. J Am Acad Dermatol 25:685-690.

P096

Medial Kantale BCC ve Rekonstrüksiyon Deneyimlerimiz

Selin Güler, Nazmi Yoğurtcu, Süleyman Çakmak, Haluk Vayvada, Cenk Demirdöver
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş ve Amaç: Bazal hücreli kansinmlar tüm deri tümörlerinin %75 ini oluşturan en sık türü olmakla birlikte, en sık baş, yüz, boyun ve ellerde görülür. (1) Bazal hücreli kansinmlar göz çevresinde yaklaşık %80-90 sıklıkta en sık görülen cilt kanseridir. (2) Genelde yavaş seyir gösterirken, lokal olarak ilerlemesiyle birlikte çevre dokuları destrüktif eder. (3) Çevresinde lakrimal kanal ve göz kapağı gibi yapıların bulunması açısından medial kantale bölge, yüzde görülen bazal hücreli kansinmlar arasında rekonstrüktif açıdan önemli bir yere sahiptir.

Gereç ve Yöntem: Bu taramada Ağustos 2011 – Ağustos 2016 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik cerrahi kliniğinde opere edilen 14 adet medial kantale bölgede bazal hücreli kansinmların retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Bu süre içerisinde kliniğimizde opere edilen ve retrospektif olarak incelenen 14 medial kantale BCC

Preop



P097

**Erken Yaşta Gelişen Skuamoz Hücreli
Cilt Kanserinin Nadir Bir Nedeni:
Epidermodisplasia Verrusiformis**

*Şeyda Güray Evin, Osman Akdağ,
Mehtap Karemeşe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Kliniği*

Giriş: Epidermodisplasia verrusiformis (Lewandowsky- Lutz sendromu), etyolojisinde human papilloma virüs ve ona bağlı immün yetmezliğin rol oynadığı, maligniteye dönüşme potansiyeli olan cilt lezyonlarıdır. Bu lezyonlar jeneralize flat siğiller ve hipo ya da hiperpigmente, deri üzerinde herhangi bir cöküntü ya da kabarıklık oluşturmeyen cilt değişiklikleri şeklinde erken yaşta ortaya çıkarlar. Lezyonların güneşe maruz kalan bölgelerde bulunanları, ultraviyole etkisi ile yine erken yaşlarda malignleşebilir. Bu yazıda Hepatit B virüsü ile enfekte hastada erken yaşta EV lezyonundan köken alan SCC ve yönetimi sunulmuştur.

Vaka Raporu: 19 y erkek hasta sol temporal bölgede 2*3 cm santral ülseri bulunan krater görünümlü, yer yer kurut ve kanama alanları içeren lezyonla başvurdu. Alınan anamnezde hastanın buradaki lezyonunun uzun zamandır bulunduğu fakat 3 aydır büyüyerek kanamaya neden olduğu anlaşıldı. Çiftçilik yaptığından uzun yıllar UVA ve UVB ışınlarına maruz kalmıştı. Güneş ışınlarından korunmak amacıyla hiç güneş kremi kullanmamıştı. Ayrıca çocuk yaşta Hepatit B virüsü ile enfekte olmuştu. Yapılan muayenede boyunda, sırtta, bilateral el dorsumunda ve yüzde hipopigmente, cilt seviyesinde lezyonlar ve tüm gövdede yayvan siğiller gözlemlendi. Buradan alınan bx sonucu EV olarak raporlandı. Temporal bölgeden alınan bx sonucu SCC olarak raporlandı. Hastaya cerrahi eksizyon ve rekonstrüksiyon planlandı. SCC lezyon 1 cm sağlam cerrahi sınır bırakılarak eksize edildi. STSG ile defekt rekonstrükt edildi. Hastanın takipleri hala sürmektedir.

Tartışma: EV, Lewandowsky- Lutz tarafından 1922 yılında tanımlanmıştır. Sullivan and Ellis bu sendromu deri kanserleri gelişimi ile ilişkilendirmiştir. OR ve X e bağlı geçişin yanında David H. McDermott ve ark. Tarafından yapılan bir çalışmada EVER1 ve EVER2 genlerindeki mutasyonun OD geçiş de neden olduğu gösterilmiştir. Lenfoma, lösemi, myelodisplastik sendrom, lepra, organ transplantasyonu, SLE, kemik iliği transplantasyonu, atopik egzema, greft versus host disease gibi immün yetmezlik durumlarında da, hastalar HPV enfeksiyonuna açık hale geldiğinden EV görülebilmektedir. Hatta son çalışmalar HIV, hepatit B gibi virüslerle enfekte kişilerde farklı genlerin bazı exonlarında SNP meydana gelerek EV 'e yatkınlığın arttığını göstermiştir. Hastalığın erken dönemlerinde el ayak ve yüzde siğil benzeri lezyonlar ya da gövde boyun ve ekstremiteler proksimallerinde hipo ya da hiperpigmente cilt seviyesinde maküler lezyonlar görülür. Bizim olgumuzda hem siğil benzeri lezyonlar hem de 5 yaşından itibaren mevcut olan jeneralize hipopigmente lezyonlar bulunmaktaydı. HPV ile enfekte bu lezyonlar üzerine bir de UV ışınlarının mutasyon yapıcı etkisi eklendiğinde bunlar, başta alın bölgesi olmak üzere özellikle güneşe maruz kalan bölgelerde aktinik keratoz, Bowen hastalığı, ve invaziv SCC ye daha az sıklıkla da BCC ye dönüşür. Bizim olgumuzda da alın bölgesinde SCC gelişmiştir. Kriyoterapi, imuquimod krem ve oral retinoidler konjenital olanlarda kullanılabilir fakat sonuçları çok yüz güldürücü değildir. Güneş kremi kullanmamak maligniteye dönüşme oranını daha da artırır. Mevcut maligniteye dönüşmüş lezyonların ya da şüpheli lezyonların cerrahi ile eksizyonu ve rekonstrüksiyonu cerrahi tedavi seçeneğini oluşturur.

Sonuç: EV HPV nin yüksek onkogenik tipleri ile enfekte hastalarda immün regülasyonun da bozulması ile ortaya çıkan premalign lezyonlardır. Bunlardan kaynaklanan epidermoid CA sonrası lezyonların total eksizyonu yanında immün regülasyonun sağlanması tedavisi açısından, güneş koruyucular ise oluşmasına engel olunması açısından gereklidir.

P098

**Osteomyeliti Taklit Eden Renal Hücreli
Karsinom Metastazı**

*Ahmet Bilirer, Tuğba Gün Koplay, Osman Akdağ,
Mehtap Karemeşe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya*

Giriş: Renal hücreli karsinom(RHK), tüm maligniteler içinde %2 sıklıkla görülen ve böbrek korteksi kökenli malign bir tümördür. Böbrek yerleşiminin retroperitoneal olması, ileri evreye kadar asemptomatik seyretmesine neden olur. Renal hücreli karsinomda cilt metastazları nadir olarak bildirilmektedir. Bu çalışmada RCC sebebiyle opere olmuş, ayak parmağında osteomyelit ve selülit taklit eden ağrılı şişlik ile tarafımıza başvuran ve eksizyon sonrası metastatik kitle patoloji tanısı ile onkoloji servisine devredilen hasta sunulacaktır.

Olgu Sunumu: Kliniğimize sol ayak 1. parmakta ısı artışı, hiperemi ve ağrı ile başvuran hastanın 80 yaşında kadın hastanın öyküsünde 5 yıl önce RHK sebebiyle opere edildiği öğrenildi. Bu şikayetleri nedeniyle Dış merkezde enfeksiyon hastalıkları ve dermatoloji bölümüne enfeksiyon ve osteomyelit tanısıyla tedavi almış ve kliniğinde düzelme görülmediği gözlenmiş. Hasta şikayetlerinin 2 aydır mevcut olduğu, ve bu şikayetlerinin yapılan tedavilere rağmen azalmadığını tarifledi. Hastanın fizik bakışında sol ayak 1. parmakta ısı artışı, hiperemi ve palpasyonla hassasiyet saptandı, orta derecede şişlik olduğu gözlemlendi. Hastanın direkt grafisinde sol ayak 1. Parmak distal falanksta litik lezyon görüldü(şekil1). Hastanın fizik muayene ve öyküsünden şüphelenilerek amputasyon materyalinde yumuşak dokunun tümör ile infiltre olduğu görüldü(şekil 2). Patolojik incelemesinde kemiği destrükte etmiş 4*3*3 cm boyutunda düzgün sınırlı kirli beyaz renkte, kanamalı, yer yer nekroze lezyon olarak belirtildi ve histopatolojik özellikleri ile "Berrak hücreli renal hücreli karsinom" metastazı tanısı verildi. Hasta takip tedavisi için Onkoloji bölümüne devredildi.

Tartışma Ve Sonuç: Renal hücreli karsinomlarda fizik muayene ve laboratuvar bulguları hastalığın ileri evrelerinde görülür. Hastaların %20-30'u metastazik kitle ile tanı almaktadır. Bu metastazlar; sıklıkla hematojen yolla kemik, beyin ve akciğere olmaktadır.

Cilt metastazları ise nadir(%3,4) olarak görülmektedir ve kötü prognoz belirticidir. Bu cilt metastazları; ağrısız solid kitleler şeklinde ortaya çıkabileceği gibi, pyojenikgranulom, kist, dermatofibrom, anjiyoma benzer şekilde de ortaya çıkabilir. Sistemik kemoterapinin cilt metastazlarında yararı kısıtlıdır. Tedavi temel olarak metastazektomidir. Tümör metastazlarının çeşitli şekillerde ortaya çıkabileceği, primer tümörden farklı bulgularla farklı kliniklere başvurabileceği ve her hastanın sistemik hastalıkları ile beraber değerlendirilmesi unutulmamalıdır.

P099

Çok Nadir Bir Olgu: Primeri Saptanamayan Skalpde Renal Hücreli Karsinom Metastazı

Ayça Ergan Şahin, Kadir Tasasız,
Özay Özkaya Mutlu
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Renal hücreli karsinom yetişkinlerde en sık görülen böbrek kanseridir. Yetişkin malign tümörlerinin %3'ünü oluştururken, böbrek malign tümörlerinin yaklaşık %90-95'ini oluşturur. Patolojik sınıflamalarına göre; berrak hücreli, kromofilik, kromofobik, onkositik, toplayıcı olmak üzere beş alt tipi bulunmaktadır. Proksimal renal tübüler hücrelerden köken alan kanser hücreleri en sık akciğere(%75) metastaz yaparlar. Diğer metastaz yerleri; yumuşak dokular(%36), kemik(%20), karaciğer(%18), cilt(%8) ve santral sinir sistemi(%3) olarak bildirilmiştir. Renal hücreli tümörler immunolojik kökenlidir ve bazen spontan regrese olabilirler. Bu yüzden kesin tedavileri cerrahi eksizyon olmakla beraber günümüzde immunoterapi, radyoterapi, moleküler tedavi gibi adjuvan tedaviler de önerilmektedir. Bu çalışmada, primeri saptanamayan, skalpde ortaya çıkan renal hücreli karsinom metastazlı nadir bir olgunun sunumu, ayırıcı tanısı ve ameliyat öncesi tanı kriterleri ile birlikte cerrahi tedavisini sunulması amaçlanmıştır.

Vaka: Yetmiş iki yaşında bayan hasta skalpde kitle şikayetiyle kliniğimize başvurmuştur. Hastanın daha önce başka bir rahatsızlığı bulunmamaktadır. Yapılan punch biyopsi sonucunun renal hücreli karsinom gelmesi üzerine hastaya renal USG yapıldı, pelvik ve abdominal MR, kemik sintigrafisi çekildi, TTT bakıldı. Yapılan tetkiklerde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Sistemik tutulumu olmadığının saptanmasının ardından hastaya sedasyon ve lokal anestezi altında tümör eksizyonu ve kısmi kalınlıktaki deri grefti ile onarım operasyonu uygulandı. Hastanın perop skalpteki tümörün etrafından çıkartılan iki adet kitlenin sonucu da trikolemmal kist olarak gelmiştir.

Sonuç: Perop tümör tamamen eksize edilmiştir. Hastanın postoperatif sekiz aylık takiplerinde bir sıkıntı yaşanmamış, nüks görülmemiştir.

Renal hücreli karsinomun cilt metastazı çok nadir görülmekle beraber, böbrekte veya başka bir organda primeri saptanmadan kutanoz metastazı görülmesi literatürde sadece iki olguda olduğu bildirilmiştir. Olgu aynı zamanda herhangi bir tedavi olmaksızın primer renal hücreli karsinomun spontan regresyonu açısından da önemlidir. Böyle olgularda; postoperatif dönemde hastanın hem lokal nüks hem de renal hücreli karsinom açısından takip edilmesi önem taşımaktadır. Renal hücreli karsinomlarda, metastatik kitlelerin tedavisinde ilk seçeneğin cerrahi eksizyon olduğu akılda tutulmalıdır.

P100

Mide Kanserinde Ülseratif Sister Mary Joseph Nodülü: Vaka Sunumu

Abbas Najimaldin Albayati¹, Azer Zeynalov¹,
Nilgün Markal Ertaş¹, Ahmet Çağrı Uysal¹,
Enver Arpacı², Burak Özkan³

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

³Ağrı Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Ağrı

Giriş: Sister Mary Joseph (SMJ) nodülü, karın içi kanser hastalarında görülen umbilikal metastaza verilen isimdir. Lezyonun batin içi kanserle bağlı olduğu ilk olarak Minnesota'da Mayo kliniğinde çalışmakta olan Sister Mary Joseph tarafınca bildirilmiştir. Metastatik lezyon karın ön duvarında değişik morfolojik özellik taşıyan ağrılı şişlik olarak ortaya çıkar. Sister Mary Joseph nodülü, ileri metastatik hastalık belirtisi olup prognozu oldukça kötüdür. Sunumda mide adenokarsinomu olan hastada saptanan umbilikal metastazın nodüler şekilde ortaya çıkması beklenirken atipik ülseratif bir lezyon olarak klinik tablo vermesi sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Altmış altı yaşında erkek hasta üç yıl önce halsizlik ve kilo kaybı şikayeti olan hastaya yapılan tetkikler ile mide adenokarsinomu tanısı konulmuş hastaya parsiyel gastrektomi uygulanmış ve cerrahi sonrası kemoterapi almış. Hastanın postoperatif döneminde anastomoz kaçağı ve yara yeri enfeksiyonu oluşmuş. Hasta İki yıldır periumbilikal bölgede kapanmayan yara nedeniyle Plastik Cerrahi bölümüne danışıldı. Fizik muayenede periumbilikal bölgede 2x3 cmlik granülasyon dokusuna benzer akıntılı açık yarası mevcuttu (Şekil 1). Hastaya lokal anestezi altında insizyonel biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu CKA1/AE3 ile boyanma gözlenen adenokarsinom infiltrasyonu olarak raporlandı. Patolojik incelemede muscamin ile boyalı tümöral infiltrasyon alanlarında intrasitoplazmik ve ekstraselüler musin birikimi izlendi ayrıca fokal taşlı yüzük hücreli farklılaşma gözlemlendi (Şekil 2). Hastaya metastatik kanser tanısı konulması üzerine onkoloji bölümüne operasyon yapılmaması önerildi. Hasta kemoterapi ve radyoterapi amaçlı onkoloji tarafınca tedavisine devam etti.

Tartışma: Sister Mary Joseph belirtisi jinekolojik veya karın içi malign hastalığa sekonder gelişen umbilikal deri metastazıdır. Bu klinik tablo ilk olarak 1854 yılında Baluff tarafından tanımlanmıştır ancak nodülün karın içi malign hastalığa bağlı olduğu ilk hemşire Sister Mary Joseph tarafından 1928 yılında dikkate alınmıştır ve bu klinik gelişime kendisinin adı verilmiştir. SMJ nodülü erkeklerde sıkça mide adenokarsinomu, kadınlarda ise over kanserlerinden kaynaklanır. Kolon, pankreas ve daha nadiren uterus, serviks, safra kesesi ve ince barsak kökenli tümörlerden SMJ'nün oluştuğu bazı vaka serileri yayınlanmıştır. Umblikusun diğer embriyolojik kalıntıları ile bağlantılı olması, zengin damarsal ve lenfatik akımın bulunması tümör hücrelerin umblikusa yayılmasını kolaylaştırır. Ayrıca umbilikal bölgede kas tabakası eksikliği nedeniyle, peritoneal metastaza karşı tek bariyer fasya transversalidir. Deri metastazı ileri hastalık göstergesi olup ve kötü prognoza sahip olmasından dolayı cerrahi tedavi kısıtlıdır.

Sonuç: SMJ nodülü fizik muayenede genellikle gözden kaçan veya yanlış yorumlanan, batin içi kanserlere bağlı nadir deri metastazıdır. Literatürde genellikle umbilikal nodül veya kitle olarak ortaya çıktığı bildirilmiştir. Ayrıca

bazı hastalarda ülseratif yara olarak izlenebilir. Tanı anında sistemik kanser yayılımı olan bu hastalarda SMJN kötü prognozunu göstergesidir. Daha önce malign hastalık öyküsü olan tüm hastalarda umbilikal lezyonların dikkatli incelenmesi ve gereğinde biyopsi yapılması önerilir.

Referanslar

- 1- WILLARD D. STECK, MAJOR, USAF, RIC, and ELSON B.HELWIG, M.D. Tumors of the umbilicus. Cancer Volume 18, Issue 7 July 1965 Pages 907-915
- 2- Dar IH, Kamili MA, Dar SH. Sister Mary Joseph nodule-a case report with review of the literature. J Res Med Sci 2009;14:385-7.
- 3- Marek Wroński, MD et al. Sister Mary Joseph Nodule A Tip of an Iceberg. J UltrasoundMed 2014; 33:531-534.
- 4- Shen Z, Yang X, Chen L, Hao F, Zhong B. Sister Mary Joseph's nodule as a diagnostic clue to metastatic colon carcinoma. J Clin Oncol2009; 27:e1-e2.
- 5- Yalın Işcan et al. Kolorektal kanserde Sister Mary Joseph nodülü. UlusalCerrDerg2014DOI: 10.5152/UCD.2014.2686.
- 6- Dr. Cem DANE, Dr. Ahmet ÇETİN. Endometriyum Karsinomun Geç Cilt Metastazı Sister Mary Joseph Nodülü. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi Haziran 2005, Cilt 8, Sayı 2, Sayfa 108-110.

Ülseratif SMJ nodülü



Periumbilikal bölgede Ülseratif Sister Mary Joseph nodülü

P101

Bipediküllü Orbikularis Okülü Kas Flebi ve Bipediküllü Tars Flebi ile Üst Göz Kapağı Rekonstrüksiyonu-Vaka Sunumu

Nazmi Yoğurtçu, Selin Güler, Hüsnü Hacı, Haluk Vayvada, Cenk Demirdöver
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik-Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Göz kapakları gözün ve görmenin korunması açısından kritik bir öneme sahiptir. Göz kapaklarına konjenital anomaliler, travma veya neoplazilere sekonder eksizyonlar nedeniyle rekonstrüksiyon ihtiyacı doğabilmektedir. Rekonstrüksiyonda başarılı olabilmek için göz kapağının özelleşmiş ve karmaşık anatomik yapısının anlaşılması gerekmektedir.(1)

Giriş: Göz kapakları anatomik ve fonksiyonel olarak kompleks yapılardır ve bu özellikleri nedeniyle rekonstrüksiyonları zorludur. Globu travmadan, fazla ışıktan korumadan ve göz yaşı film tabakasının bütünlüğünü sağlamadan, göz yaşının lakrimal sisteme drenajından sorumludurlar. Üst göz kapağı defektleri ayrıntılı olarak incelenmeli ve

bunun için de anatomisi ayrıntılı olarak anlaşılmalıdır. Göz kapağını alt komponentlere ayırmak, yaklaşımda kolaylık sağlayacaktır. (2). Bu vaka sunumunda kliniğimizdeki sağ üst göz kapağında bazal hücreli karsinom eksizyonuna sekonder oluşan defektine yönelik, bipediküllü orbiküler kas ve tars flebi ve deri greftiyle onarım gerçekleştirilen hastamızı sunmayı amaçlamaktayız.

Olgu Sunumu: 64 yaşında, kronik obstruktif akciğer hastalığı ve koroner arter hastalığı bulunan erkek hasta, 10 yıldır sağ üst göz kapağında ortaya çıkan ve son 1 yıldır büyüme eğiliminde olan nodüler kitle nedeniyle tarafımıza başvurdu. Lokal muayenesinde sol üst göz kapağı üzerinde 2 adet ciltten kabarık 0,4x0,3 cm'lik nodüler ve yalnızca ön lameli içeren lezyon izlendi. Periorbital bölgede yaygın cilt fazlalığı ve laksisite mevcuttu. Bazal hücreli karsinom ön tanısıyla eksizyon ve rekonstrüksiyon planlanan hasta interne edildi. Operasyonda sağ üst göz kapağında mevcut tümöral lezyon üst göz kapağı tars yapısının alt 1/2'sini ve orbikularis okülü kasının palpebral kısmını içerecek şekilde eksize edildi. Konjunktiva ve müller kası ile tars yapısının süperior 1/2'si korundu. Çıkarılan materyal frozen incelemesi için patoloji birimine gönderildi. Patolojik inceleme sonucu malign deri tümörü (Bazal hücreli karsinom) olarak bildirildi. Sınır negatifiği de bildirilmesi üzerine üst göz kapağı rekonstrüksiyonu amaçlı orbikularis okülü kası orbiküler lifleri süperiordan bipediküllü olarak serbestlendi. Zeminde korunmuş olan tars yapısı süperiorda müller kasından serbestlenerek intakt olan siliyer hat ile devamlılığı sağlanacak şekilde siliyer hatta ilerletildi. Müller kası disseke edilerek ilerletilen tars yapısına süperior seviyede sütüre edildi. Daha önce eleve edilen orbiküler kas siliyer hatta doğru ilerletilerek açıkta olan tars yapısı örtüldü. Kas siliyer hat seviyesinde tars yapısına sütüre edildi. Kas üzerine sağ supraklaviküler alandan elde edilen tam kalınlıkta deri grefti uygun materyaller ile sütüre edilerek göz kapağı rekonstrüksiyonu tamamlandı. Post-op 3. günde tie-over pansumanının açılması ardından grefti total vital olarak görüldü. İlerleyen takiplerinde bu şikayetleri gerileyen hastanın, sağ üst siliyer hattında medial 2/3'ünde kirpik kaybı olmakla birlikte, kontralateral üst göz kapağı ile optimal simetriye ulaştığı izlendi.

Tartışma: Göz kapağı rekonstrüksiyonu zorlu olmakla birlikte anatomik yapıları ve onların birbirleriyle olan ilişkilerini anlamak bu süreçte kritik öneme sahiptir. Rekonstrüksiyonda 3 temel amaç göz önünde bulundurulmalıdır; yeterli göz kapağı fonksiyonunu muhafaza etmek, globun korumasını sağlamak ve kabul edilebilir estetik sonuçlar elde etmek.(3) Onarımda bir çok seçenek mevcut olmakla birlikte, rekonstrüksiyon için iç dökme konjonktivaya benzer olmalı, orta tabakada destek ve sertlik sağlayan bir yapı bulunmalıdır. Bir tabaka vasküler destek sağlarken diğer bir tabaka greft olarak rekonstrükte edilebilir. Küçük defektlerde, gençlerde göz kapağının %30'una ve yaşlı hastalarda %40'ına kadar olan, primer onarım mümkün olabilir. Tam kalınlıktaki deri greftleri küçük ve yüzeysel anterior lamella defektlerin onarılmasında kullanışlıdır. Üst göz kapağı derisini yerine koymada en iyi seçenek yine üst göz kapağı derisi olacaktır. Bu açıdan kontralateral göz iyi bir kaynak olmakla birlikte, elde edilebilecek cilt miktarı sınırlıdır. Bunun yanı sıra alt göz kapağından Cutler-Beard bridge flap, inverted semisirküler flep, multipl kompozit göz kapağı greftleri, alt göz kapağı switch flep, inferior bazal tarsokonjonktival flep, tarsokonjonktival horizontal ilerletme flebi, tarsokonjonktival rotasyon flebi ve medial veya temporal alın flepleri gibi birçok seçenek de mevcuttur. (4) Üst göz kapağı farklı komponentleri içeren özgün anatomik yapısıyla cerrahi açıdan zorlayıcı olduğu kadar, yine bu eşsiz yapısı nedeniyle yeni ve özgün yöntemlerin keşfine ihtiyaç duymakta ve olanak sağlamaktadır. Tüm bu yöntemler bir arada veya tek başına uygulanabilirken, anatominin rekonstrüksiyonu ile birlikte fonksiyonun en

yüksek düzeyde korunması da esastır.

KAYNAKLAR

1. Upper eyelid reconstruction, Lisa M. DiFrancesco, M.D., Mark A. Codner, M.D., Clinton D. McCord M.D. Plastic and Reconstructive Surgery December 2004, 10.1097/01.PRS.0000142743.57711.48 CME
2. Subramanian N. Reconstructions of eyelid defects. Indian J Plast Surg 2011;44:5-13
3. <http://emedicine.medscape.com/article/877079-overview#a6> Upper Eyelid Reconstruction Author: Maurice M Khosh, MD, FACS; Chief Editor: Arlen D Meyers, MD, MBA
4. Total Upper Eyelid Reconstruction With Mucosalized Tarsal Graft and Overlying Bipedicle Flap James R. Patrinely, MD; Kevin D. O'Neal, MD, PhD; Robert C. Kersten, MD; Charles N. S. Soparkar, MD, PhD Arch Ophthalmol. 1999;117(12):1655-1661. doi:10.1001/archophth.117.12.1655.

Preop



P102

Kulakta Konjenital Jadassohn Sebaceous Nevüs Olgusu

Nuh Evin, Osman Akdağ, Mehtap Karemeşe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Nevüs Sebaceous(NS) cildin epitelyal ve adneksial komponentlerinin konjenital hamartomudur. İlk olarak 1895 yılında Jadassohn tarafından sarı renkli konjenital lezyonlar olarak tarif edilmiştir. Toplumda %0.3 oranında görülen NS'lerin %83'ü 10 yaşından önce sınırları belirgin, çizgi ya da yama şeklinde, sarımtırak renkli ve alopesik kitleler olarak kendini belli ederler. Tek başına olabilecekleri gibi, göz, santral sinir sistemi ve kas-iskelet sistemi tutulumuyla giden Lineer Nevüs Sebaceous Sendromu (LNSS)'nin bir komponenti olarak karşımıza çıkabilir. Eski çalışmalarda, erişkin dönemde NS zemininde %21-30 oranında malin neoplazma geliştiği bildirilmiştir. Bunun sonucu olarak tedavide erken ve tam kalınlıkta cerrahi eksizyon hatta

mümkünse "Mohs mikrografikcerrahi" önerilmiştir. Ancak son çalışmalarda; aslında NS'lerden gelişen kitlelerin benin karakterde olduğu; malin diye adlandırılanların ise trikoblastoma ile karıştığı anlaşılmış ve NS zemininde 6.1 oranında benin(Syringocystadenoma papilliferum), 0.5 oranında malin tümoral kitle(Bazal hücreli cilt kanseri) gelişebileceği bildirilmiştir. Malignite oranındaki değişim tedavi yaklaşımında değiştirmiş; fotodinamik tedaviler, fraksiyonel lazer tedavileri, dermabrazyon ile birlikte yakın takip tedavi seçenekleri arasında kullanılmış. Biz bu çalışmada sol kulaktaki Jadassohn Sebaceous Nevüs olgusu ve traşlama(shaving) ile tedavisini sunuyoruz.

Olgu sunumu: 12 günlük hasta sol kulakta şekil bozukluğu ve kulak arkasında kabarık kitle nedeniyle kliniğimize getirildi. Hikayesinde sol kulaktaki kitlenin doğumda mevcut olduğu ve çocuğun normal persentil değerlerinde doğduğu öğrenildi. Fizik muayenede; sol kulak üst ve orta pol arka yüzünü tamamen kaplayan, ön yüzde satelitet lezyonlarında eşlik ettiği, antihelikal açının silikleşmesine ve kitle etkisine sekonder kepçe kulak deformitesine neden olan, sarımtırak ve pembe renkli, sınırları belirgin, zeminden kabarık kitle görüldü. Hastanın fizik muayenesinde başka patolojiye rastlanmadı. Ön tanı NS düşünüldü ve ek patoloji açısından çocuk hastalıkları bölümüne konsülte edildi. Hastada ek patolojiye rastlanmadı. Hastada normal kulak gelişimini etkilemeyecek kadar geç ve genel anesteziyi daha rahat tolare edebilecek kadar erken elektif cerrahi girişim düşünülerek 10'lar kuralına göre cerrahi planlandı.(10 hafta, 10 pound=4.5 kg ve 10g/dl hemoglobin). Hastaya 10. haftasında shave eksizyon yapıldı ve defekt alanı sekonder iyileşmeye bırakıldı. Hem sekonder iyileşme sonrası oluşacak fibrozisin etkisi hem de kulak elastikiyetinden faydalınarak anti helikal kıvrım oluşacak şekilde bandajlama ile normal kulak şekli elde edilmeye çalışıldı. Hasta yakın takibe alındı. Sepesmenin histopatolojik incelemesinde çok sayıda sebace bez ve immatür kıl folikülü sonucu ile NS teyit edildi. Post operatif 1. ayda düzenli bandajlama daha kabul edilebilir kulak şekli elde edildi ve bandajlamaya devam edildi. Hastaya ileri yıllarda kepçe kulak cerrahisi planlanmaktadır.

Tartışma ve Sonuç: NS'ler %96 oranında baş boyun bölgesinde; özellikle saçlı deride(%70) ve yüz bölgesinde(%20) görülürler. NS'ler yaşla orantılı olarak, özellikle pubertedeki hormonal değişikliklerin etkisiyle büyürler. Bu büyümeyle birlikte nadiren malin değişiklikler gösterebilirler; baş boyun bölgesindeki estetik ünitelerde sıklıkla kozmetik ve alopesik deformitelere neden olurlar. NS'lerin tedavisiyle ilgili kesin bir ortak görüş olmayıp; eğer malin değişiklik bulguları yoksa anestezi güvenliği ve tolare edilebilirliği, onkolojik güvenlik, kitlenin genişlemesi ve daha geniş cerrahi eksizyon, hasta ve /veya ailenin beklentileri göz önüne alınarak karar verilmelidir.

P103

Uzun Süreli Hidroksiüre Kullanımına Bağlı Gelişen Skuamöz Hücreli Karsinom Olgusu

Fatih Kılıç¹, Galip Kemali Günay², Ahmet Aydın²
¹Niğde Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, Niğde
²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş: Hidroksiüre Myeloproliferatif Hastalıklarda Kullanılan Myelosupresif Bir Ajandır (1).Dna Sentezini İnhibe Ettiği İçin Teratojeniktir. Ribonükleotid Redüktaz

İnhibitördür. Uzun Süre Kullanımında Fasyal Eritem, Hiperpigmentasyon, İyileşmeyen Bacak Ülserleri, Alopesi, Pullanma (Sebaceous Glandta Sitositik Etki), Poikiloderma, Cilt Ve Cilt Altı Dokuda Atrofi, Tırnakta Değişiklikler Ve Non-Melanom Deri Kanserlerinde Artış Yapmaktadır (2-4). Lökositoklastik Vaskülitte Doğan Mikrosirkülasyonda Bozukluk Veya Platelet Disregulasyonundan Doğan Arterial Mikrotrombüsler Ülser Nedeni Olarak Görülmektedir (5). Buna Tekrarlayan Travmalar Ve Dna Sentezinin İnhibe Edilmesi Sonucu Bazal Tabakanın Zarar Görmesi De Katkıda Bulunmaktadır. Bu Çalışmamızda Uzun Yıllar Hidroksiüre Kullanmış Olan Bir Hastada Gelişen Skuamöz Hücreli Karsinom (Scc) Olgusu Sunulmaktadır.

Olgu: Yüzünde Ve El Parmağında Yara Nedeni İle Kliniğimize Başvuran 83 Yaşındaki Hasta Değerlendirildi. Hastanın Öyküsünde Bu Yaraların 10 Yıl Önce Ortaya Çıktığı Ve Son Dönemde Yaraların Büyüyerek Kaşıntı Ve Ağrı Yaptığı, Zaman Zaman Da Kanamaya Sebep Olduğu Öğrenildi. Hastanın Öyküsü Derinleştirildiğinde 30 Yıldır Polisitemia Vera Hastası Olduğu Ve 17 Yıldır Hidroksiüre Kullandığı Saptandı. Aile Hikayesinde Herhangi Bir Deri Kanseri Öyküsü De Bulunmadı. Vücudunda Renk Değişikliği Şeklindeki Lezyonların 10 Yıldır Oluştugu Bildirildi. Lokal Muayenede Sağ İnfraorbital Bölgede 2X2 Cm Ebatında Ve Sağ El 2. Parmak Proksimal Falanksta 2X1,5cm Ebatında Ülsere Yaralar Olduğu, Tırnaklarda Siyah Renk Değişikliklerinin Olduğu, Boyun Ve Aksillar Muayenede Palpabil Lenf Nodu Olmadığı Görüldü (Resim). Hastanın Boyun Ve Aksillar Usg Bakımında Da Lenf Nodu Olmaması Ve Hematoloji Konsültasyonunda Operasyona Engel Durum Olmaması Nedeni İle Operasyona Alındı. Tümörle Lezyonlar 1Er Cm Sınırla Eksize Edildi. Sağ İnfraorbital Bölgedeki Defekt Yanak İlerletme Flebi İle, Eldeki Defekt İse Tam Kat Deri Grefti İle Onarıldı. Lezyonların Patolojik İncelemesi Skuamöz Hücreli Karsinom Olarak Neticelendi.

Tartışma: Skuamöz Hücreli Karsinom Deri Kanseri İçerisinde Bazal Hücreli Karsinomdan Sonra 2. Sıklıkta Görülür. Etkin Genellikle Güneş Işığı Olmakla Beraber Kronik Yaralar, Radyasyon Yarası Ve Eski Yanık Zemininde De Gelişebilmektedir (6). Hidroksiüre Zemininde Gelişen Scc, Diğer Oluşum Sebepleri Arasında Çok Küçük Bir Kısım Oluşturmaktadır. Hidroksiüre Myeloproliferatif Hastalıklarda Kullanılan Bir Ajandır. Uzun Süre Kullanıldığında Özellikle Deride Bir Takım Değişikliklere Neden Olmaktadır. Yapılan İn Vitro Çalışmalarda Hidroksiürenin Kromozom Hasarını Artırdığı Ve Dna Onarımını İnhibe Ettiği, Bu Etkisinin Uv Işınlarla Beraber Daha Da Arttığı Gösterilmiştir (7). Literatürde Özellikle Multipl Skuamöz Hücreli Karsinomlar Ve Bacak Ülserleri İle İlgili Çalışmalar Mevcut Olmakla Beraber Fazla Vaka Sayısı Bulunmamaktadır (2-4, 8) Bizim Çalışmamızda Da Yüzde Ve Elde Hidroksiüre Kullanımı Sonrası Gelişen Scc Olgusu Sunulmuştur. Bu Durum Gösteriyor Ki Scc Oluşum Sebepleri Arasında Hidroksiürenin De Sayılması Ve Bu İlacı Kullanan Hastaların Yakın Takip Altında Olması Gerekmektedir.

Referanslar:

- 1-Davies Sc, Gilmore A. The Role Of Hydroxyurea In The Management Of Sick Cell Disease. Blood Rev 2003;17:99-109.
- 2- Kennedy Bj, Smith R, Goltz Rw. Skin Changes Secondary To Hydroxyurea Therapy. Arch Dermatol 1975;111:183-7.
- 3- Stasi R, Cantonetti M, Abruzzese E, Papi M, Didona B, Cavalieri R, Et Al. Multiple Skin Tumors In Long-Term Treatment With Hydroxyurea. Eur J Haematol 1992;48:121-2.
- 4- De Simone C, Guerriero C, Guidi B, Rotoli M, Venier A, Tagliione R. Multiple Squamous Cell Carcinomas Of The Skin During Long-Term Treatment With Hydroxyurea. Eur J Dermatol 1998;8:114-5.
- 5- Sireix Me, Debure C, Baudot N, Dubertret L, Roux Me, Morel P, Et Al. Leg Ulcers And Hydroxyurea:

- Forty-One Cases. Arch Dermatol 1999;135:818-20.
- 6- Netscher Dt, Leong M, Orengo I. Cutaneous Malignancies: Melanoma And Nonmelanoma Types. Plast Recon Surg, 2011;127:37E
- 7- Francis Aa, Blevins Rd, Carrier Wl, Smith Dp, Regan Jd. Inhibition Of Dna Repair In Ultraviolet-Irradiated Human Cells By Hydroxyurea. Biochem Biophys Acta 1979;563:385-92.
- 8- Montefusco E, Alimena G, Gastaldi R, Carlesimo Oa, Valesini G, Mandelli F. Unusual Dermatologic Toxicity Of Long Term Hydroxyurea In Chronic Myelogenous Leukemia. Tumori 1986; 72:317-21.

Resim



Hastanın sağ infra orbital bölgesindeki ve sağ elindeki tümörle lezyonların görüntüsü. Ayrıca 1. parmak tırnağı renk değişikliği de fotoğrafta görülmekte

P104

Ekstra-oküler Sebace Karsinom Olgusu Vaka Sunumu

Abbas Najimaldin Albayati¹, Azer Zeynalov¹, Nilgün Markal Ertaş¹, Çağrı Ahmet Uysal¹, Enver Arpacı², İbrahim Barış Çağlar³

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara.

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Alanya.

Giriş: Ekstra-oküler sebace karsinom belirli klinik özellikler göstermeyen ve literatürde ender rastlanılan bir deri kanseri türüdür. Oküler ve ekstra-oküler olarak ikiye ayrılır. Genellikle yavaş büyüyen soliter sarı veya pembe renkli nodüler lezyon olarak ortaya çıkmaktadır. Normalde gözkapığı sebace bezlerden kaynak alan sebace karsinom baş ve boyun bölgesi başta olmak üzere çok nadir olarak ekstra-oküler konumda da olabilmektedir. Ekstra-oküler sebace karsinom lokal yayılım ve uzak metastaz riski yüksek olan bir cilt kanseridir. Bu tümörün tanınması en başta kolon karsinomu olarak birkaç farklı iç organ kanser riski taşıyan Muir-Torre sendromu açısından büyük önem taşır. Bu vakada yanak derisinden köken alan ekstra-oküler sebace karsinomlu 58 yaşında bir erkek hasta sunuldu.

Olgu Sunumu: Elli sekiz yaşındaki erkek hasta sol alt gözkapığında 3 yıldır mevcut olan nodüler lezyon nedeniyle

eksizyon açısından Dermatoloji bölümünden kliniğimize yönlendirildi. Ek olarak hastanın sol yanağında 6 aydır mevcut olan dermoskopisinde telenjektazi artışı gösteren 4x3 mmlik ortası ülsere krem renkli dokunmayla hassasiyet göstermeyen maküler lezyonu mevcuttu (Şekil 1). Hastanın vücudunun başka bölgelerinde herhangi benzer lezyon büyümesi olmamıştı ve muayenede lenfadenopatisi yoktu. İlk girişim gözkapagındaki lezyona yapıldı. Histopatoloji sonucu BCC olarak rapor edildi. Bunun üzerine sol yanaktaki lezyon BCC öntanısı ile çıkarıldı. (Şekil 2). Histopatolojik incelemede Ber-EP4 antikor, EMA (epithelial membrane antigen) antikor ve CD15 antikor ile boyanması izlenen lezyonun sonucu bazaloid diferansiasyon gösteren sebase karsinom tanısı konuldu. Tümör en yakın cerrahi sınır 0.4 cm olduğu için ek cerrahi müdahaleye gerek duyulmadı. Hastanın öyküsünde bazen rektal kanaması olduğu ve annesine kolon kanser tanısı konduğu tespit edildi. Muir-Torre sendromu ile ilişkili olabileceği yüksek olan neoplazmları araştırmaya yönelik Gastroenteroloji bölümüne yönlendirildi. Kolonoskopide en büyüğü 10 mmlik birkaç adet kolorektal polip gözlemlendi. Biyopsi sonucu tübülovillöz ve tübüler adenom olarak raporlandı. Hasta ameliyat sonrası 7. günde tekrar değerlendirildi. 3 ay aralıklı olarak kontrole çağırıldı

Tartışma: Sebace karsinom genellikle gözkapaklarında bulunan sebace bezlerden köken alan bir tümördür. İleri yaş, kadın cinsiyet ve radyasyon maruziyeti kanserin risk faktörleri arasındadır. Nadir görülmesi hem klinik hem de histolojik tanıda zorluk yaratır ayrıca bazal hücreli ve yassı hücreli karsinom ile karıştırılır. Bu nedenle tanının gecikebilir Ekstra-oküler sebace karsinom vakalarında rejyonel lenf bezi metastazı nadir olduğu için sentinel lenf nodu biyopsisi rutin olarak yapılmamaktadır. Uzak metastaz daha nadir. Cerrahi eksizyon kullanılan ve en yaygın tedavi metodudur. Radyoterapi ise lenf bezi metastazı, cerrahi olarak tedavi edilemeyen ve yaşlı hastalarda uygulanabilir.

Sonuç: Sebace karsinom sebace bezlerden kaynak alan nadir agresif bir deri kanser tipidir. Bu tür kanserler değişik klinik bulgular ve histolojik patern sergilediği ve BCC, SCC gibi diğer deri kanser tiplerine benzerlik gösterebilirliği için kesin tanı da gecikme yaşanır.

Referanslar

- 1- D.E. Cieza-Díaz,* N. Cano-Martínez, L. Barchino-Ortiz, I. Longo-Imedio. Extraocular Sebaceous Carcinoma: A Report of 2 Cases. Actas Dermosifiliogr.2012;103:919--22..
- 2- Karthika Natarajan, Reena Rai, Suma B. Pillai. Extra ocular sebaceous carcinoma: A rare case report Indian Dermatol Online J 2011;2:91-3.
- 3- Phyu P. Aung, Meenakshi Batrani, Marjan Mirzabeigi and Lynne J. Goldberg. Extraocular sebaceous carcinoma in situ: report of three cases and review of the literature Cutan Pathol 2014; 41: 592-596
- 4-Rachel L. Kylo, MD, Kimberly L. Brady, MD, and Eva A. Hurst, MD. Sebaceous Carcinoma: Review of the Literature Dermatol Surg 2015;41:1-15
- 5-Aileen Y. Chang, MD, Christopher J. Miller, MD, Rosalie Elenitsas, MD, Jason G. Newman, MD, and Joseph F. Sobanko, MD. Management Considerations in Extraocular Sebaceous Carcinoma Dermatol Surg 2016;42:S57-S65

Şekil 1



Sol yanakta sebace karsinom

P105

Nadir Görülen Bir Nevüs Türü: Nevus Lipomatosus Superficialis

Burak Özkan¹, Onur Gönüllü², Enver Yarıkkaya², Ahmet Çağrı Uysal³, Nilgün Markal Ertaş³

¹Ağrı Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Ağrı

²Ağrı Devlet Hastanesi, Patoloji Bölümü, Ağrı

³Başkent Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Nevus lipomatosus superficialis (NLS) dermis içerisinde yağ dokusunun birikimiyle karakterize nadir görülen bir nevüs türüdür. İki tipi bulunmaktadır. Klasik tipinde multipl sayıda papiller, polipoid veya plak benzeri lezyonlar genellikle unilateral olarak pelvik bölgede görülür. Soliter formunda ise tek sesil papül şeklinde görülürler. Bu vaka sunumunda sol lomber bölgede her iki tipi de gösteren NLS tanısı alan hasta sunulmuştur.

Vaka Sunumu: 38 yaşında bayan hasta bel bölgesinde yaklaşık 15 yıldır var olan ve giderek büyüdüğünü söylediği kitleyle başvurdu. Yapılan muayenesinde sol lomber bölgede 11x10x6 cm lik alanda çok sayıda papül ve nodülden oluşan ana lezyon ve etrafında serpilmiş soliter papüllomatöz lezyonlarla başvurdu. (Resim 1) Uzun yıllar boyunca yavaşça artmış olması ve klinik görünümü nedeniyle verrüköz bir patoloji ön tanısıyla tüm kitlelere 3mm marjla karın fasyasına kadar cerrahi eksizyon yapıldı ve defekt rotasyon flebi ile kapatıldı.

Histopatolojik incelemede yüzeyde bazı alanlarda yoğunlaşan parakeratoz ile karakterize hiperkeratoz, ve bazı alanlarda belirginleşen akantoz görüldü. Yüzeyel ve derin dermiste kollojen liflerinde kabalaşma ve vasküler proliferasyon alanları; matür yağ dokusunun yüzeyel dermise kadar uzandığı dikkati çekti. (Resim 2) Mevcut morfoloji ve klinik özellikler ile birlikte değerlendirildiğinde olgu Nevüs Lipomatosus Superficialis (NLS) olarak değerlendirildi.

Postoperatif erken dönemde herhangi bir komplikasyonla karşılaşmazken hastanın post operatif 6. Ay kontrolünde insizyon hatlarında hipertrofik skar gelişimi gözlemlendi ve silikonla kompresyon tedavisine başlandı. (Resim 3)

Tartışma Ve Sonuç: NLS, dermiste ektopik adipositlerin görüldüğü nadir görülen benign hamartamöz nevüs türüdür. Etiyopatogenezi tam açıklanamamakla birlikte

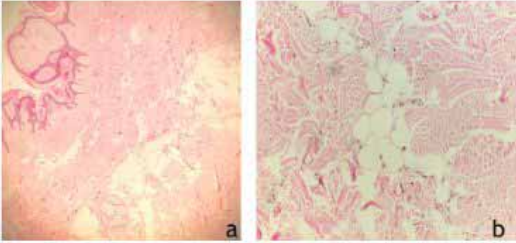
gelişimsel olarak metaplazik adipöz dokunun sebep olduğu düşünülmektedir. Klasik varyantında çok sayıda papüllomatöz nodüler kiteller görülürken, soliter varyantında skin tag benzeri lipofibromatöz lezyonlar tek tek görülmektedir. Vakamızda ana kitle klasik varyantı göstermekle birlikte lezyon etrafındaki satellit görünümlü lezyonlar soliter varyantı göstermiştir. Ayırıcı tanıda; nevüs sebaceus, nörofibrom, verrüköz karsinom, skin tagler bulunmaktadır. Tedavide, soliter lezyonlarda elektrokoterizasyon, kryoterapi uygulanabilirken klasik varyanttaki mulpitl lezyonlara eksizyonel tedavi önerilir.

olarak bildirilmektedir. Klinik görünümü ufak travmalarla kanayan polipoid veya verrüköz plaklarla karakterizedir. 1969'da Mishima ve Morika, ekrin poromanın malign şeklini "ekrin porokarsinom" olarak adlandırmışlardır. O zamandan beri ulaşılabilen literatürde 250'nin üzerinde ekrin porokarsinom olgusu bildirilmiş olmasına rağmen bunların sadece 3 tanesinin periungal yerleşimli olduğu görülmektedir. Oldukça seyrek görülmesi nedeniyle cerrahi yaklaşım ve ek tedavilerin etkinliğini gösteren az sayıda seri ve olgu sunumu vardır. Bu nedenle erkin porokarsinoma tanısı alan her olgunun seyrinin, uygulanan tedavilerin ve sonuçlarının bildirilmesinin tanı-tedavi-takip protokolü oluşturulmasında faydalı olacağını düşünmekteyim.

Resim 1- 2-3



Resim 1 : Lezyonun preoperatif görüntüsü



Resim 2: Yüzeyel ve derin dermiste kollojen liflerinde kabalasma ve vasküler proliferasyon alanları; matür yağ dokusunun yüzeyel dermise kadar uzanımı. (a: H&E x100, b: H&E x400)



Resim 3 : Post operatif 6.aydaki hipertrofik skar gelişimi

Olgu: 72 yaşında erkek hasta. Sol el 2. parmak tırnak yatağında ağrılı bir şişlik ile başvuru. Tıbbi geçmişi incelendiğinde 2 yıl önce aynı bölgeden bir kitle çıkarıldığı ve patolojik tanısının piyogenik granülom olduğu öğrenildi. Yapılan lokal eksizyon sonrası patolojik tanısı ekrin porokarsinom olarak gelen hastada metastaz açısından genel vücut taraması yapıldı. Sol aksiller bölgede en büyüğü 17x11 mm olan multibl, reaktif nitelikte lenfadenopatiler tespit edildi. Hasta aksiller diseksiyonu kabul etmediği için yapılan onkoloji konsültasyonunda geniş eksizyon ve aksiller LAP ların 6 ayda bir takibi, yılda bir metastaz yönünden genel vücut taraması önerildi. Hastaya DİP eklem seviyesinden amputasyon yapıldı. Üç ayda bir fizik muayene ve aksiller USG, altı ayda bir akciğer grafisi, yılda bir tüm vücut MR taraması ile değerlendirilen olgu iki yıldır hastalıksız olarak takiptedir.

Sonuç: Standart bir tedavi protokolü yoktur. Temel tedavi geniş lokal eksizyondur. Geniş eksizyon sonrası bile %20 rekürrens ve %20 bölgesel lenf nodu tutulumu olan olgular bildirilmiştir. Bölgesel lenf nodlarına yayılım varsa bölgesel lenf nodu diseksiyonu önerilmektedir. Ekrin porokarsinomda sentinel lenf nodu biopsisi ile ilgili Bogner ve ark bir çalışmasında 5 olguya sentinel lenf nodu biopsisi yapılmış ve 3 tanesinde tutulum tespit edilmiştir. Bu çalışma ekrin porokarsinomda sentinel lenf nodu biopsisinin gerçekleştirilebileceğini göstermesi açısından önemlidir. Uzak organ metastaz taramasında MR ensık kullanılan araç olsada Cho ve ark. ekrin porokarsinom tanılı bir olguda cerrahi eksizyondan sonra FDG-PET incelemesi yaptıkları ve sonuçlarını yayınladıkları makalede, FDG-PET'in ekrin porokarsinom olgularında bölgesel yayılım ve uzak metastaz durumunu değerlendirmek için faydalı olabileceğini belirtmişlerdir. Uzak metastaz tedavisinde radyoterapi ve kemoterapi etkinliği ile ilgili çeşitli çalışmalar vardır. Radyoterapi kemik metastazlarında palyatif amaçla kullanılmaktadır. Ekrin porokarsinom bir çok sitotoksik ajana dirençli olarak değerlendirilse de Perez -Garcia ve arkadaşları ileri olgularda doxetaxel, paclitaxel, 5FU ve cisplatinin başarılı olduğunu bildirmişlerdir. Olgumuz tabanlı yaptığımız bu çalışmada önemli erkin porokarsinom vakalarında önemli olanın geniş cerrahi eksizyon, bölgesel lenf nodu tutulumu olup olmadığının tespiti ve gerekli ise lenf nodu diseksiyonu yapmak gerektiğini vurgulamaya çalıştık.

P106

Parmağın Primer Ekrin Porokarsinomu: Tedavi ve Takip Kriterleri Olgu Sunumu

Nesrin Tan Başer

Alsancak Devlet Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İzmir

Giriş: Ekrin porokarsinom, ekrin ter bezlerinin intraepidermal ekrin duktuslardan köken alan bir tümördür. Tüm kutanöz tümörlerin %0,01 - 0,05'ini oluşturur. Ensık 60 yaş üzerinde görülür ve kadın erkek dağılımı eşit olarak bildirilmiştir. Lezyon başlangıcından önce lokal travmadan söz edilmekle birlikte, kesin bir etyolojik faktör tanımlanmamıştır. Etyolojik faktörler arasında UV, radyasyona maruziyet, hematolojik hastalıklar, immunsupresyon belirtilmekle birlikte lezyonların çoğu de nova olarak çıkmaktadır. En sık yerleşim yeri alt ekstremitelerde, gövde, yüz ve daha nadir olarak üst ekstremitelerde

P107**Nadir Bir Olgu: Desmoplastik Trikoepitelioma**

Neşe Kurt Özkaya¹, Levent Cankorkmaz²,
Umut Zereyak¹, Burak Durmaz¹,
Handan Derebaşınlioğlu¹

¹Cumhuriyet Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı Sivas

²Cumhuriyet Üniversitesi, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı Sivas

Amaç; Desmoplastik Trikoepitelioma (DT); kıl kökü folikülünden köken alan çocukluk çağında nadir görülen iyi huylu bir tümördür. Daha yüksek oranda kadınlarda görülür. Genellikle yüzde görülebilen; beyaz, pembemsi ya da sarı papüller şeklinde, merkezi çok küçük bir plakettir. (1) DT genellikle sporadik, familial geçiş özelliği gösterir. Birçok vakada gözden kaçabilmektedir. Bu vakamızda doğuştan beri var olan lezyon, son aylarda büyümesiyle ailenin dikkatini çeken hastaneye getirilerek kitlenin eksizeyonu sonrası dedesmoplastik trikoepitelioma tanısı konan 12 yaşındaki bir erkek olgu sunulmuştur. Makroskopik olarak agresif cilt kanserlerine benzeyen bu lezyonu farklı lokalizasyonu ve ender görülmesi nedeniyle sunarak cilt lezyonlarında ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamayı amaçladık.

Olgu Sunumu; Çocuk cerrahisi tarafından kliniğimize konsülte edilen 12 yaşında erkek hastada; sol kulak kepçesi posterior kısmında kılsız deri bölgesinde doğumdan beri varolan son 5- 6 ay giderek büyüyen, ağrısız 2,5x2 cm'lik ciltten kabarık, ciltle aynı renkte yer yer papüller tarzda, kıllı, düzensiz sınırlı, yumuşak kıvamlı lezyon mevcut idi. Aileye gerekli bilgiler verildikten sonra G.A.A. kitle perikondrium üzerinden eksize edilip oluşan defekt sağlam kulak kepçesi posterior cildinden konkamastoid bileşkeyi içerecek şekilde alınan tam kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Donör kısma etraf doku ilerletilerek primer suturasyon yapıldı. Sütür hattı konkamastoid bileşkeye denk geldiği için ve kulak posteriorunda kaldığı için hastada estetik problem oluşturmadi. Post-op pansumanlarla takip edildi. Oluşan defekt benzer renk uyumu, kalınlığı olan doku ile onarıldı ve donör alan estetik olarak herhangi bir sorun oluşturmadi.

Sonuç; Trikoepitelioma benign adneksiyel bir tümördür. Bazı yazarlara göre trikoepitelioma trikoblastomun bir süperfisyal formu olabilir. (2). Genellikle asemptomatik, soliter, sert, ortası deprese kenarları eleve halkasal lezyonlar şeklindedir. 3-8 mm arasında değişen çaplardadır. Bu lezyon; squamöz hücreli karsinom, bazal hücreli karsinom ve sebaseus hiperplazi ile karışabilmekte ve benign olan bu lezyon agresif olarak tedavi edilebilmektedir. (3) Kesin tanı yöntemi patolojidir. Histopatolojik tanıda; üst ve orta dermiste sınırlı, dar stoplazmalı bazoloid hücrelerinin arasında öbeklemiş kollajen demetleri ve keratin tıkaçları ile birlikte dağınık tümör hücre görüntüdür. (4) Genellikle çok sayıda keratinöz (horn) kist vardır. Diğer bulunabilecek özellikler genellikle kist rüptürüne bağlı yabancı cisim granülomları ve kalsifikasyonlardır. Stromal ossifikasyon nadirdir. Bazen sebasöz ya da gölge hücrelerden oluşan odaklar bulunabilir. Tedavide; bir vakada spontan gerilediği yayınlanmıştır ancak küretaj ve abrazyon teknikleri tercih edilen yöntemlerdir. Eğer tanıda şüphesiz varsa total eksizeyon standart tedavi yöntemidir. (5)

Kaynaklar

1) Rossi AM, Busam KJ, Mehrara B et al. Desmoplastic trichoepithelioma with overlying pseudoepitheliomatous

hyperplasia mimicking squamous cell carcinoma in a pediatric patient. Dermatol Surg 2014;40:477-479. 2) Poornima S Bhat, Madhu CP, Vijay L et al, Malignant Transformation Within Benign Adnexal Skin Tumour- A Rare Malignant Trichogenic Tumor. IJSR - International Journal of Scientific Research Volume: 5 | Issue: 4 | April 2016 • ISSN No 2277 - 8179 | IF: 3.508 | IC Value: 69.48

3) Chuo CB, Slator R, Brown RM et al. Management of desmoplastic trichoepithelioma in an infant. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2008;61:1241-1244.

4) Tebcherani AJ, de Andrade HF Jr, Sotto MN. Diagnostic utility of immunohistochemistry in distinguishing trichoepithelioma and basal cell carcinoma: evaluation using tissue microarray samples. Mod Pathol 2012;25:1345-1353 5) Pignatti M, Iwuagwu FC, Harrison AP et al. Desmoplastic trichoepithelioma confused with cutaneous squamous cell carcinoma in childhood. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2011;64:e92-e94.

Resim-1

a) Pre -op b) Post-op 2. ay 3) c) Dar sitoplazmalı bazoloid hücrelerden oluşan küçük adacık ya da kordon yapıları içerir. Genellikle çok sayıda keratinöz (horn) kist vardır. (4xHE)

P108**Primeri Bilinmeyen Malign Melenom; Olgu Sunumu**

Elif Seda Keskin¹, Ekrem Ramazan Keskin²,
Yavuz Haspolat¹, Bekir Atik¹

¹Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç; Malign melenom son yıllarda daha sık görülen mortalitesi yükselen bir cilt kanseridir. Bazı hastalarda primer odak saptanamaz. Buda tanıyı geciktirmekte ve hastanın ileri evrede yakalanmasına sebep olur. Primeri bilinmeyen malign melenomlar genellikle regrese olmuş primer odaktan kaynaklanırlar. Dolayısıyla özellikle predispozan özellikleri olan kişilerin sık taramadan geçirilmesi gerektiğini öneriyoruz. Bu çalışmada primeri bilinmeyen geç evrede yakalanmış ve tedavisine devam edilen bir vaka sunuldu. **Olgu:** 67 Yaşında erkek hasta yaklaşık 1 yıldır var olan ve giderek büyüyen kitlesinin ağrı yapması üzerine kliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sırt posterolateralde 5*8*10 cm ebatında, cildi ekspande eden, renk değişikliği mevcut olmayan, üzerinde erozyon olmayan, palpasyonda sert ve fiks kitle mevcuttu. (Resim 1 ve 2) Hasta burada daha önceden var olan herhangi bir lezyon tariflememi. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Hastanın çekilen MR'ında sağ periskapul mesafede cilt altı yağlı doku yerleşimli komşu kas grupları ve göğüs duvarına uzanım gösteren

ancak invazyon oluşturmamayan kapsül yapısı seçilebilen heterojen içyapıda hemorajik alanlar izlenen 52*83*94 mm boyutlarında kitle görüldü. Hastanın hemotolojik ve biyokimyasal parametreleri normal sınırdıydı. Hastanın mevcut lezyonundan tanı amaçlı insizyonel biyopsi yapıldı. Histopatolojik inceleme sonucu malign melanom metastazi olarak rapor edildi. Primer lezyonu tespit etmek için yapılan fizik muayenede 2 ayrı lezyon tespit edildi. Bu lezyonlardan eksizyonel biyopsi yapıldı; ancak bu lezyonların histopatolojik incelemesinde malign melanoma rastlanmadı, displastik nevüs olarak rapor edildiler. Primeri bilinmeyen malign melanom ön tanısıyla lenfosintigrafisi takiben, operasyon planlandı. Lenfosintigrafisinde sağ aksiler fossaya uyan alanda sentinel lenf nodu olarak değerlendirilen Tc99m nanololoidakumulasyonu gösteren 2 odak izlendi. (Resim-3) Bunun üzerine hastaya axillersentinel lenf nodu biyopsisi planlandı. Gama sayacıyla tutulumun en yüksek olduğu bölgeden biyopsi amaçlı insizyon yapıldı. Ancak makroskobik olarak lenf nodlarının siyah pigmente MM metastazi görünümünde olması ve tutulumun yaygın olması üzerine axillerdiseksiyon yapıldı. Aksiler diseksiyon sonrası sırttaki kitle eksizyonu ve açık defektin kısmi kalınlıklı deri grefti ile onarımı yapıldı. Postop 7.gününde hasta taburcu edildi. Histopatolojik incelemede alınan 6 lenf nodunun birinde MM metastazi diğer 5 inde histiosit depolanması raporlandı. Patoloji raporu ardından hasta onkoloji kliniği tarafından takibe alındı. BRAF geni 15. ekzonunda c.1799T>A (p.V600E) mutasyonu saptandı. (medikal onkoloji tarafından) Yönlendirilen onkolog tarafından Peginterferon alfa-2b ile tedavisine devam edildi.

Sonuç: Primer malign melanom olgularının %93'ü gözle görülebilir olması nedeniyle cilt muayenesiyle tarama programları kolaylıkla yapılmaktadır. Mukozal yüzeylerde, gözle görülmeyen ve primer yeri bilinmeyen olgular da geri kalan malign melanom yüzdesini oluşturmaktadır. Primeri bilinmeyen malign melanomlar sıklıkla 50 yaş üstü ve erkeklerde görülürler. Malign melanom olgularının primerinin bulunamamasının birkaç nedeni vardır. Bunlar; melanom metastaz yaptıktan sonra primer lezyon regrese olmuş olabilir, Bizim vakamızda regresyon göstermiş bir odak gözlemlendi ama patoloji spesmenlerde melanositik hücrelere rastlanmadı. Bu bizde ya odağın burada olmamasına ya da tüm hücrelerin göç etmiş olabileceği kanaatini uyandırdı. Malign melanom son yıllarda mortalitesi artan nadir tümörlerden olmasına ve primeri bilinmeyen malign melanomlu hastalar lokal ileri evrede metastazlar ile tanı konulan hastalar olmasına rağmen, cerrahi girişimler ve adjuvan tedaviler ile uzun süreli sağkalım elde etmek olasıdır. Bununla birlikte, bu gruptaki hastalara küratif amaçlı cerrahi tedavi uygulanmalı ve adjuvan tedaviler cerrahiye eklenmelidir. Bilindiği gibi malign melanom vakalarının hepsi primer bir nevüsten kaynaklanmayıp; bir kısmı da normal ciltten gelişmektedir. Ayrıca primeri bilinmeyen malign melanom vakalarında da primer odak gözden kaçırıldığı için tanı koymak gecikir. Bu sebeplerden dolayı malign melanom açısından risk faktörü taşıyan hastaların taramalarının sıkça ve dikkatli bir şekilde yapılması gerekmektedir. Taramalarda sadece nevüsler üzerinde yoğunlaşmayıp tüm cilt mukozalar (rektum, vajen) göz, cilt skarları da taramaya dahil edilmelidir.

Preoperatif fotoğraf



P109

Olgu Sunumu: Verruka Vulgaris İle Karışan Karsinoma Kunikulatum

Mustafa Kürşat Evrenos¹, Yavuz Tuluy¹,
Merve Özkaya¹, Aylin Türel Ermertcan²,
Peyker Temiz³, Yavuz Keçeci¹, Levent Yoleri¹

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa

²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Manisa

³Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Manisa

Giriş: Verrüköz karsinom (VK) skuamöz hücreli karsinomun (SHK) keratinize bir formudur. Genellikle 40-90 yaşları arasında görülür. Erkeklerde kadınlara oranla 5 kat daha sık izlenir. Sıklıkla palmo-plantar bölgede, anogenital bölge ve oral mukoza yerleşimlidir. Plantar yerleşimli olanı özel olarak «karsinoma kunikulatum» olarak isimlendirilir. Etiyolojisinde HPV, özellikle tip 6b, 11, 16, 18 ve psödomans gibi mikroorganizmalar, radyoterapi öyküsü, immünsupresyon, travma, arsenik ve tütün gibi birtakım kimyasal maddeler suçlanmaktadır. Wart lezyonunu taklit ettiği için, biyopsilerle tanı konulması zorlaşarak tedavi planlamasını geciktirebilir.

Olgu Sunumu: 51 yaşında bayan hasta 2 yıl önce sol ayak topuğunda yaklaşık 1 yıldır var olan ve gittikçe büyüme gösteren kitle şikayetiyle başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol ayak lateral malleolden başlayıp topuk bölgesine doğru uzanan 12x10 cm genişliğinde masere ve ekzotik görünümlü lezyon izlendi (Resim 1A). Hastaya verrü ön tanısıyla punch biyopsi alındı. Biyopsi sonucu verruka vulgaris (VV)?, verrüköz karsinom (VK)? olarak raporlanması üzerine lezyon total eksize edilerek oluşan defekt, kısmi kalınlıkta deri grefti (KKDG) ile onarıldı. Eksizyon materyali VV olarak raporlanan hastanın takiplerinde, postoperatif 3.ayda eksizyon yapılan bölgede tekrar noduler bir lezyon gelişmesi üzerine hastaya tekrar eksizyon önerildi. Hasta postoperatif 8.ayda reeksizyon için başvurdu (Resim 1B). Eksizyon sonrası defekt açık bırakılarak 2 hafta ara ile toplamda 3 defa koterizasyon uygulandı. Bu süreçte 2.eksizyon materyali, histopatolojik olarak VV tanısı almakla birlikte, hastanın kliniği ile

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği
38. Ulusal Kurultayı

beraber değerlendirilerek VK olarak raporlandı. Cerrahi sınırlarda tümörün devam ettiği belirtildi. Hastaya yapılan ayak MRG>de lezyonun kemik ve tendon invazyonu göstermediği ve yüzeysel seyrettiği raporlandı. Popliteal ve inguinal USG>de patolojik lenf nodu saptanmadı. Hastaya bunun üzerine topikal imiquimod tedavisi başlandı. 6 ay süresince imiquimod haftada 6 gün olarak uygulandı. Hastanın takiplerinde klinik olarak lezyonun belirgin regresyon göstermesine rağmen, insizyonel biyopsilerde aynı histopatolojik görüntünün devam ettiği görüldü. Yapılan kontrol ayak MRG>de lezyonun kemik ve tendon invazyonu göstermemesi ve yüzeysel seyretmesi üzerine, hastaya reeksizyon yapılarak frozen ile cerrahi negatiflik sağlanarak KKDG ile defekt onarıldı. Post operatif 2. ay kontrolünde nüks bulgusu saptanmadı (Resim 1C).

Tartışma: Verrüköz karsinom yavaş progresyon gösteren bir karsinom olup, literatürde yer alan olguların bir çoğunda, bir kaç yıldır var olan ve yavaş büyüyen lezyonlar belirtilmektedir. Olgumuzda alınan ilk punch biyopsisinde VV ve VK ayırıcı tanısı için eksizyonel biyopsi önerildi. Yapılan eksizyonel biyopsi sonucunda histopatolojik olarak; kesit yüzeylerinde yüzeye doğru boynuzsu uzanımlar yapan hiperkeratoz, epidermiste akantozis ve papillomatosis ve iyi differansiye skuamöz hücreler ve dermiste kronik yangısal hücre infiltrasyonu gözlemlendi. VV olarak değerlendirilen lezyonda erken dönemde nüks olması, başlangıç tümörünün çapı ve hızlı progresse olması sonucunda, ikinci eksizyon materyalinde histopatolojik olarak farklı görüntü olmamasına rağmen histopatolojik ve klinik bulgular bir arada değerlendirilerek VK tanısı konuldu. Hastaya ayrıca son eksizyondan önce 6 ay süreyle imiquimod tedavisi başlanmış ve lezyonda regresyon görülmüştür. İmiquimod toll-like 7 reseptör agonisti olup, interferon alfa üretimini indükleyerek immün cevabı artırıcı etki göstermektedir. Bazı çalışmalarda imiquimod ile karbondioksit lazer tedavisi birlikte kullanılabileceği belirtilmekle birlikte bu konuda etkinliğini değerlendirmek açısından yapılmış yeterli yayın yoktur. İmiquimod tedavisi lezyonun total remisyonunda başarılı olmamıştır. Küratif tedavi amacıyla hastaya radikal eksizyon planlandı. Hastanın çekilen MR görüntülerinde kemik invazyonu bulunmamakla birlikte ekstremitelerde kemik invazyonu olan durumlarda amputasyon gerekir. Radyoterapi anaplastik transformasyona yol açabileceği için bu hastalarda tercih edilmemektedir. VK, SHK ile kıyaslandığında rejyonel lenf nodlarına nadiren metastaz yapar. Literatürde uzak metastaz henüz bildirilmemiştir. Hastamız aylık fizik muayene ve 3 aylık periyotta inguinal USG ile takip edilmektedir. Hastada nüks ya da metastaz bulgusu saptanmadı.

Resim 1



Resim 1A: İlk başvuru döneminde izlenen vejetan, masere lezyon.
Resim 1B: İlk eksizyon sonrası 8. ayda tekrar oluşan verrüköz lezyonun görüntüsü. Resim 1C: Küratif cerrahi sonrası 2. ayda lezyonun görüntüsü.

P110

İntraoral Lezyonlarda Psödoepitelyomatöz Hiperplazi ve Skuamöz Hücreli Karsinom Ayırıcı Tanısı: Olgu Sunumu

Özlem Çolak¹, Semih Tiber Menteşe¹,
Özay Özkaya¹, Deniz Özcan²

¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji
Kliniği, İstanbul

Amaç: Psödoepitelyomatöz hiperplazi (PEH) en sık travma, enfeksiyon, enflamasyon ve neoplazi gibi bir uyarıya sekonder gelişebilen benign histopatolojik bir reaksiyon olarak tanımlanmaktadır. Epidermis ve adneks epitelinin hiperplazisi ile karakterize olan bu lezyonlar Skuamöz Hücreli Karsinom ile sıklıkla karışmaktadır. PEH tanısı sonrasında gerek klinisyenin, gerekse histopatoloğun, etyolojiye yönelik kesin bir veri ortaya koyması ve tanıyı netleştirmesi verilecek tedavinin türü açısından önem taşır. PEH tanısı almış hastalarda şüphe durumunda, biyopsiler tekrarlanmalı ve gerekirse eksizyonel biyopsiden kaçınılmalıdır. Histolojik olarak incelendiğinde epitelin papillomatöz uzantılarla stroma içerisine doğru ilerlediği, hipergranulozis ve parakeratozisin de genellikle eşlik ettiği görülmüştür. Konsantre keratin tabakalar ve hatta keratin inci formasyonu da görülebilir. Bu lezyon genellikle değişik derecelerde kurutlanan iyi sınırlanmış plak ya da nodül olarak ortaya çıkar. Bu çalışmada dental implant kullanıma sekonder benign görünümlü lezyonu olan, insizyonel biyopsi sonucu PEH gelen, klinik şüphe sonrası total eksizyon ile patoloji sonucu Skuamöz Hücreli Karsinom olarak raporlanan olgunun sunulması amaçlandı.

Olgu: Dental implantının olduğu bölgede yaklaşık 1 yıldır bulunan ağrılı lezyon nedeniyle kliniğimize başvuran 56 yaş kadın hastanın, fizik muayenesinde lezyon, sağ oral comissura medial mukozadan başlayıp sağ 1. Premolar diş hizasına kadar devam etmekte, mukozadan kabarık, düzensiz sınırlı hiperemik, mobil olmayan, yer yer ülserasyon gösteren, sert içerikli bir yapıdaydı. Daha önce yapılan insizyonel biyopsi PEH olarak sonuçlanan lezyon eksize edildi ve primer olarak onarıldı. Makroskobik boyutları 2,2 x 1,8x 0,4 cm olan kitlenin, patolojik incelemesi cerrahi sınırları negatif orta derece diferansiye Skuamöz Hücreli Karsinom olarak sonuçlandı.

Sonuç: PEH olguları nadir olarak görülmekte olup, reaktif olarak gelişen bir lezyondur. Yalnızca makroskopik olarak değil, histopatolojik olarak dahi Skuamöz Hücreli Karsinomdan çok zor ayrılabilir. Atipi göstermemesi, bağ dokuya aşırı invazyonunun olmaması, p53 immunhistokimyasal boyası ile SCC boyanırken PEH'in yalnızca basal tabakasının boyanması, bu iki lezyonu ayırmada yol göstericidir. Özellikle mukozal membranlarda SCC'nin daha kötü prognozlu gidişatı, hızlı lokal invazyonu ve LN metastazı göstermesi, benign bir lezyon olan PEH'den ayrılmasını önemli kılmaktadır. Bu sebeple intraoral lezyonlarda PEH olarak sonuçlanan biyopsilerin, kısa süre sonra lezyonun eksizyonu yapılarak yeniden incelenmesinin hastaların sağlığını etkileyeceğinden dikkate alınmasını önermekteyiz.

İntraoral Lezyon



Dental implant bulunan bölgede gelişen lezyon.

P111

Liken Simpleks Kronikus Zemininde Gelişen Skuamöz Hücreli Kanser, Olgu Sunumu

Cem Berkay Sınacı¹, Hakan Şirinoğlu¹,
Burak Tekin², Murat Sarıcı¹, Arda Akgün¹,
Gaye Taylan Filinte¹, Tunç Tunçbilek¹, Celal Alioğlu¹
¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
²Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Ana Bilim Dalı,
İstanbul

Giriş: Liken simpleks kronikus (LSC) cildin tekrarlayan ve aşırı kaşınması sonucu gelişen bir tablodur. Klasik olarak neoplaziye predispozan olarak görülen kronik kutanöz lezyonlar arasında sayılmasa da uzun süredir var olan liken simpleks kronikus zemininde gelişen skuamöz hücreli karsinom (SCC) olguları bildirilmiştir. Bu çalışmada sağ bacağında liken simpleks kronikus zemininde SCC gelişen 32 yaşında bir hasta sunulmuş olup ek olarak literatür kısaca gözden geçirilmiştir.

Vaka: 20 yıldan uzun süredir LSC öyküsü bulunan 32 yaşında erkek hasta, sağ bacağında 6 aydır var olan ve hızla büyüyen kabuklu lezyon ile başvurdu. Hastaya psöriazis olarak değerlendirilerek topikal kortikosteroidler ve kalsipotriol tedavileri verildiği, kısmen fayda gördüğü, hastada psöriazisin başka hiçbir cilt bulgusuna rastlanılmadığı öğrenildi. Hastada sigara ve güneşlenme öyküsü yoktu fakat hastanın kronik olarak kaşıdığı ve lezyonları kazıdığı saptandı. Hastanın öyküsünde psikiyatri tarafından tanısı koyulan obsesif-kompulsif bozukluk olduğu ve yaklaşık 1 yıl intermittan selektif serotonin reuptake inhibitörleri ile tedavi gördüğü öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik incelemelerde her iki bacağın ön yüzünde, LSC'yi klinik olarak destekleyen likenifiye ve hipopigmente plaklar izlendi. Sağ pretibial bölgedeki likenifiye plak üzerine süperimpoze olan kahverengimsi, hızlı büyüyen ve bir kısmı kabuklu 6x5 cm boyutlarında tümöral lezyon saptandı (Resim1). Superfisyel invaziv SCC

bulgularını destekleyen bir insizyonel biyopsinin ardından sağ pretibial bölgedeki lezyon genel anestezi altında 2 cm sınırla eksize edildi. USG tetkiki ile sağ inguinal bölgede yaklaşık 4 cm çapında 2 adet lenfadenopati görüldüğünü takiben sağ inguinal lenf nodu disseksiyonu da uygulandı ve pretibial bölgedeki defekt üzeri kısmi kalınlıkta deri grefti ile örtülen sağ rektus abdominis kas flebi ile rekonstrükte edildi. Erken post operatif dönemde herhangi bir sorunla karşılaşılmadı, biyopsi sonucu ise LSC'nin kronik değişiklikleri sonucu olduğu düşünülen fokal invaziv SCC olarak raporlandı. Inguinal lenf nodlarının histopatolojik incelemesi sonucunda neoplaziye rastlanmadı, reaktif lenf nodu büyümesi olduğu görüldü. Post operatif 3. ay kontrolünde operasyon bölgesinde rekürrens lehine bulgu saptanmayan hastanın tamamen mobil olduğu görüldü.

Tartışma: LSC zemininde gelişen skuamöz hücreli karsinom İngiliz literatüründe raporlanmış yalnız 6 vakada görülen nadir bir olgudur. Bu yazıda sunulan vaka dahil tüm vakaların ortak özelliği, birkaç ay içerisinde morfolojide değişiklik gösteren uzun süreli (10-40 yıl) öykü veren LSC lezyonu varlığı ve kaşıntıdır. Daha sonraki lezyonlardan bazıları bizim vakamızda da olduğu gibi daha verrüköz karakter sergilemiştir.

Sonuç: Klinisyenlerin, uzun dönem LSC lezyonlarının malignansı ile sonuçlanabileceği konusunda dikkatli ve takip süresince tetikte olmaları gerekmektedir.

Lsc lezyon



liklen simpleks kronikus zemininde gelişen kitle, skuamöz hücreli kanser

P112 **Nadir Görülen Cilt Kanseri: Malign** **Trikilemmal Tümör**

Gülşah Uslu Yunusoğlu¹, Mehmet Ali Ekici²

¹Acıbadem Eskişehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Eskişehir

²Acıbadem Eskişehir Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Eskişehir

Giriş- Amaç: Nadir görülen bir cilt kanseri olan Malign Trikillemal Tümör olgusunda tedavi yaklaşımını ortaya koymak.

Gereç-Yöntem- Olgu: 64 yaşında kadın hasta daha önce 2001 yılında Sivrihisar Devlet Hastanesi'nde aynı bölgeden 2 kez opere olmuş ancak patoloji sonucunu bilmiyor. Hasta 2008 yılında Ankara, Hacettepe Üniversitesi'nde

aynı bölgeden 3. kez opere edilmiş ve sonuç bilinmiyor. Hasta bize aynı bölgede yaklaşık 10 cm çaplı nüks kitle ile başvurdu. Kitlenin muayene bulguları; saçlı deri, oksipital bölgede, sert kıvamlı, tabana ve cilde fiks, multilobüle, ekspansif tarzda büyüme gösteren yaklaşık 10 cm çaplı solid kitle şeklindeydi. Hastanın çekilen Kranial MR tetkikinde kitle taban komşuluğunda periost etkilenmiş olarak değerlendirildi. Cerrahi planlandı. SCC benzeri yaklaşımla hastamızda kitle çevresinden 1 cm sağlam cerrahi sınır bırakılacak şekilde ve tabanda etkilenmiş olan periost spesmene dahil olacak şekilde rezeksiyon yapıldı.

Ekspoz olan kemik, saçlı deri rotasyon flebi ile rekonstrükte edildi.

Diğer defekt alanları ve flep donör alan sağ uyluktan hazırlanan STDG ile rekonstrükte edildi. Cerrahi prosedür esnasında komplikasyon görülmüdü.

Bulgular: Hastanın Patoloji sonucu Malign Prolifere Trikillemal Tümörün İyi Diferansiye Nüksü olarak rapor edildi ve cerrahi sınırdaki tümör görülmedi (Lateral 1.2 cm, Taban 0.6 cm), Pleomorfizm/ mitoz görülmedi, Tümör nekroz görülmedi, Lenfovasküler invazyon görülmedi, Perinöral invazyon görülmedi şeklindeydi.

Sonuç: Hasta tümör konseyine sunuldu ve RT, KT gerek görülmedi. Hasta Medikal Onkoloji klinik takibe alındı. Post-op 6. ayında olan hastada nüks bulgusu ve ya ek patoloji saptanmadı.

Tartışma: Prolifere Malign Trikillemal Tümör ilk kez 1966 yılında Wilson Jones tarafından tariflenmiştir. Kaynak aldığı doku saç folikülleridir. Son derece nadir görülmektedir. Yaşlı ve kadın cinsiyette sık ve özellikle saçlı deri olmakla beraber nadiren yüz, kulak, üst ve alt ekstremitelerde de görülebilmektedir. Klinik prezentasyon genellikle fiks, soliter nodül şeklinde olmaktadır. Lokal rekürrens sık olmakla birlikte metastaz nadir görülmektedir.

Tedavi stratejisi genellikle cerrahi eksizyon şeklindedir. Metastatik hastalık yoksa KT endike değildir. Ayırıcı tanıda epidermoid kist ve SCC ile karışabilmektedir.

P113 **Yumuşak Doku Sarkomlarıyla Karışabilen** **Benign Lipomatöz Lezyon: Hibernom**

Burak Özkan¹, Enver Yarıkkaya², Azer Zeynalov³,

Atila Adnan Eyüboğlu³, Ahmet Çağrı Uysal³,

Nilgün Markal Ertaş³

¹Ağrı Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Ağrı

²Ağrı Devlet Hastanesi, Patoloji Bölümü, Ağrı

³Başkent Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Hibernomlar genellikle orta yaş popülasyonda interskapüler alan, boyun, sırt bölgesinde görülen yavaş büyüyen benign lipomatöz kitlelerdir. Makroskobik olarak sarkomlarla, mikroskobik olarak ise granüler hücreli tümörler ve liposarkomlarla karışabilirler. Bu vaka sunumunda interskapüler alanda hibernom tanısı almış hasta sunulmuştur.

Olgu Sunumu: 49 yaşında erkek hasta sırt bölgesinde sağ omzuna uzanan ağrısız şişlik ile başvurdu. (Resim 1) Şişliğin 2 sene içerisinde büyüdüğü ara sıra hareketle ağrıya

neden olduğu öğrenildi. Hastanın ek sağlık problemi yoktu. Yapılan fizik muayenesinde enseye uzanım gösteren sağ interskapuler alanda cilt altı 12x10x7 cm lik immobil lastik kıvamında kitle tespit edildi. Ultrasonografik incelemede cilt altı kas fasyasına uzanımlı vaskülaritesi artmış lipomatöz lezyon lehine yorumlanması üzerinde hasta lokal anestezi altında operasyona alındı. Lezyonun makroskopik olarak krem sarı renkli, kapsüllü, sınırları düzenli olan lezyon interskapuler kas fasyasına fikseydi ve keskin diseksiyonlarla kas fasyası üzerinden eksize edildi. (Resim 2) Makroskopik ve intraoperatif karakteristiği nedeniyle sarkom ve mezenkimal tümörlere benzerlik göstermesi nedeniyle bu ön tanımlarla patolojik incelemeye gönderildi. Histopatolojik incelemede lobüler yapılanma gösteren, küçük vasküler proliferasyonlar ile beslenen, poligonal; bazıları geniş ve granüler, bazıları eozinofilik stoplazmalı, santral çentikli nükleuslu lipid vakuollerinden oluşan hücreler görüldü. Mevcut bulgular ile olgu Hibernoma olarak değerlendirildi. (Resim 3) Hasta 1 gün hospitalize edildi. 3 gün sonrasında drenleri alınan hastada post operatif 6.ayda herhangi bir komplikasyon ve nüks gözlenmedi.

Tartışma Ve Sonuç: Hibernomlar erkek popülasyonda daha fazla olmak üzere sıklıkla dördüncü dekatta görülen sırt, aksilla, retroperitoneal bölgelerden gelişebilen kahverengi yağ dokusunun benign tümörüdür. Ayırıcı tanıda radbdomyomlarla, granüler hücreli tümörlerle, liposarkomlar bulunmaktadır. Preoperatif lokalizasyonu, büyüklüğü, büyüme paterni, vaskülerite artışı ile intraoperatif olarak kapsüllü ve lipomatöz lezyonlara göre daha esnek ve fikse yapısı yumuşak doku tümörleriyle karışabilen özellikleridir. Maligniteden şüphelenilen vakalarda preoperatif insizyonel biopsiler alınabilir. Tedavide lezyonun tamamiyle cerrahi eksizyonu önerilir.

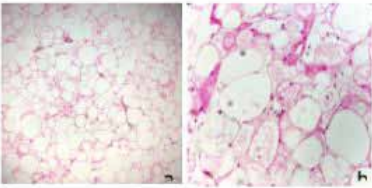
Resim 1-2-3



Resim 1: Enseye uzanım gösteren kitlenin preoperatif görünümü



Resim 2: Kitlenin trapez kas fasyası üzerinden eksizeyonu



Resim 3. Lobüler yapılanma gösteren, küçük vasküler proliferasyonlar ile beslenen, poligonal; bazıları geniş ve granüler, bazıları eozinofilik stoplazmalı, santral çentikli nükleuslu lipid vakuollerinden oluşan hücreler. (a: H&E x100, b: H&E x400)

P114

Lokal İntrakraniyal İnvazyon ve Beyin Absesi ile Seyreden Marjolin Ülser Defektinin Serbest Latisimus Dorsi Flebi İle Rekonstrüksiyonu

Göktekin Tenekeci¹, Alper Sarı¹, Vural Hamzaoğlu², Hakan Özalp²

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Mersin

²Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroşiruji Ana bilim Dalı, Mersin

Giriş: Marjolin ülserleri kronik yaralar ve kutanöz skar zeminlerinde gelişir. Patolojik tanı olarak genellikle skuamoz hücreli karsinom (SCC) olarak karşımıza çıksa da daha az sıklıkta bazal hücreli karsinom, malign melanoma gibi patolojik tanımlarla da karşımıza çıkabilmektedir. Beyin absesi ise en sıklıkla komşu yapılarıdaki infeksiyöz hadiselerden kaynaklansa da hematogen olarak veya trauma sonucu da karşımıza çıkabilmektedir. Burada sağ parietal kemik üzerinde yerleşik bir marjolin ülserinin kemik destrüksiyonuna, beyinde abse oluşumuna ve beyin parenkimine tumor invazyonuna yol açtığı ve serbest latisimus dorsi flebi ile rekonstrüksiyon yapılan bir olguyu sunmayı amaçladık. **Materyal & Metod:** 64 yaşında, sağ parietal bölgede 50 yıl önceki bir yaralanma sonrası oluşan 4x4 cm'lik, ortasından pürülan akıntı gelen yara nedeniyle hasta hastanemize başvurdu. Preoperatif MRI görüntülemesinde beyin parenkiminde kemik rezorpsiyonu ve kavitasyon gözlemlendi. Yaranın etrafındaki skarlı dokunun 2 santimetre etrafından cilt eksize edildi. Parietal kemik cilt insizyonunun 1.5 cm içinden rezeke edildi. Kistik kavite boşaltıldı, dura ve kistik kavitenin duvarları güvenlik marjı ile eksize edildi. Sonuç olarak elimizde 8x8 cm cilt, 6.5x6.5 cm kemik defekti kaldı. Fasia lata grefti ile duraplasti yapıldı ve defekt sebest latisimus dorsi kas flebi ile rekonstrükte edildi.

Bulgular: Postoperatif dönemde flepte herhangi bir arteriyel veya venöz yetmezlik gözlenmedi. Serbest latisimus dorsi kas flebinin üzeri kısmi kalınlıkta deri grefti ile rekonstrükte edildi. Hastanın postoperatif takipleri sorunsuzdu ve flep tamamen canlılığını korudu. Postoperatif 2. haftada MR çekildi ve rezidü infeksiyon bulgularına rastlanmadı. Kalvarial kemik, dura ve beyin parenkiminden elde edilen biyopsi örnekleri bütün bu yapıların skuamoz hücreli karsinomla invaze olduğunu teyit etmiştir. Hasta bu sonuçlarla onkoloji ve radyasyon onkolojisi bölümlerine yönlendirilmiştir.

Sonuçlar: Skalp defektlerinin rekonstrüksiyonu zorlu bir rekonstrüksiyon alanıdır. Özellikle tam kat skalp defektlerinin, iyi vascularize ve güvenilir dokularla rekonstrüksiyonu gerektirmektedir. Özellikle postoperative dönemde radyoterapi gerektirebilecek olgularda defektin erkenden başarı ile rekonstrükte edilmesi ve böylece erkenden radyoterapiye başlanabilmesinin yolları aranmalıdır. Böyle durumlarda seçilmiş olgularda kullanılabilecek serbest flep seçenekleri elimizde bulunan önemli bir araçtır. Bu olguda geniş bir ölü boşluk ve beyin parenkimi ve durayı ekspoz eden geniş bir defektin rekonstrüksiyonu gerekmektedir. Böyle bir defektin rekonstrüksiyonunda serbest latisimus dorsi kas flebinin kullanımı, hem iyi kanlanan bir dokunun getirilmesi açısından hem de böyle geniş bir defektin rekonstrüksiyonunda random paternli fleplerin kullanımının birçok yönden uygun olmaması nedeniyle doğru bir tercih olduğu düşüncesindeyiz. Skalpteki kutanöz skarlar zemininde oluşan marjolin ülserleri uzun zaman tedavi edilmeden bırakılırsa, bu olguda olduğu gibi beyin parenkimine kadar invazyon gösterebileceği ve beyinde abse oluşumuna bile sebep olabileceği akılda tutulmalıdır.

P115

**Bipediküllü Nörofasyokutan Flep İle
Vulva Rekonstrüksiyonu**

İbrahim Tabakan, Eyüphan Gencil, Cengiz Eser,
Erol Kesiktaş
*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif
ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana*

Giriş ve Amaç: Vulva defektlerinin büyük çoğunluğu onkolojik cerrahi sonrası olmakla birlikte daha az sıklıkta travma ve nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonları da nedenler arasında sayılabilir. Küçük defektler primer onarılabilir ancak daha büyük defektlerde regional lokal flepler, kas flepleri ve perforatör flepler onarım için kullanılabilir. İdeal onarım defektin uygun şekilde kapatılması, ölü boşluğun doldurulması ve yara iyileşmesinin sağlanmasını kapsamalıdır. Bu olgumuzda tek taraflı vulva defekti olan hastaya bipediküllü flep ile onarım yapılarak normal anatomik bütünlüğün devamının sağlanması amaçlanmıştır.

Yöntem ve Bulgular: 36 yaşında bayan hastaya vulvada kitle nedeniyle kadın hastalıkları ve doğum bölümünce yapılan biyopsi sonucu dermatofibrosarkoma protuberans olarak raporlanmış. Bunun üzerine kadın doğum tarafından sağ parsiyel vulvektomi yapıldı ve total sağ labia major defekti oluştu. Defekt onarımı için tarafımızca sağ uyluk posteromedialinden yaklaşık 15x8 cm.lik bipediküllü lokal nörofasyokutan flep hazırlandı. Flebin medial kısmı vulvaya uygun şekilde hiperpigmente idi. Flep mediali vajinal mukozaya 3/0 emilebilen sütür ile transpoze edilerek sütüre edildi. Donör alan primer onarıldı. Postoperatif herhangi bir komplikasyon yaşanmadı.

Tartışma: Vulva- vajina defektlerinin rekonstrüksiyonunda amaç defekti uygun şekilde kapatmanın yanında hastanın seksüel fonksiyonunu devam etmesini sağlamak ve yaşam kalitesini korumak olmalıdır. Parsiyel cilt defektleri primer ya da deri greftleri ile onarılabilir. Daha geniş defektlerde ise lokal fasyokutan flepler ve myokutan flepler en sıklıkla tercih edilen rekonstrüksiyon seçenekleridir. Daha nadir olarak da perforatör flepler kullanılabilir. Vertikal rektus abdominis myokutanöz flep (VRAM), gracilis ve Singapore flebi en bilinenleridir. Lokal flepler rezeke edilen alanla benzer özelliklerde olduğu ve perine duyusu korunduğu için ilk seçenek olarak tercih edilebilir. Uyguladığımız flepte pudental sinir korunmuş olduğundan özellikle perine gibi duyunun önemli olduğu bölgede fonksiyonel sonuç sağlanmıştır. Ayrıca estetik olarak flebin medial kısmında kasık dokusunda bulunan hiperpigmente cilt, hiperpigmente vulva defektine renk uyumunu sağlayacak şekilde uygulanmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak perine defektlerinde rekonstrüksiyon yapılacak alanın boyut ve derinliği flep seçiminde belirleyici olmakla birlikte fonksiyonel ve estetik bütünlüğün sağlanması göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle tam ve tama yakın vulva defektlerinde, bipediküllü nörofasyokutan flep uygun bir rekonstrüksiyon seçeneği olarak sunulmuştur.

şekil 1



P116

**Plastik Cerrah ve Patolog Arasında
Etkin Koordinasyon Sağlayan Pratik Bir
Yöntem: Saat Tekniği**

Billur Sezgin¹, Güliz Yenidünya¹, İrem Kapucu¹,
Pinar Bulutay², Ayşe Armutlu², Selahattin Özmen¹,
Reha Yavuzer¹

¹*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul*

²*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı,
İstanbul*

Giriş: Deri tümörlerinin tanı ve tedavisinde plastik cerrah ve patolog arasındaki iletişim çok önemlidir. Bu iletişimin etkinliği, alınan dokunun lokalizasyonunun ve oryantasyonunun belirlenmesi ile sağlanmaktadır. Sınır pozitifliğinin anlamlı olduğu malign tümörler ile sık nüks eden tümörlerde doğru oryantasyon özellikle önem arz etmektedir. Sınırların doğru belirlenmesi gereksiz doku eksizyonunu önleyerek fonksiyonel ve estetik açıdan daha iyi sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır. Deri malignitelerinin cerrahi tedavisinde tümöre göre önceden belirlenmiş güvenli cerrahi sınırlarla birlikte eksizyon yapılmaktadır ancak tümörün çevresinden çıkarılan bu sağlıklı doku özellikle göz kapağı, burun kanadı ve ağız kenarında estetik ve fonksiyonel açıdan olumsuz neticeler doğurabilmektedir. Mohs Mikrografik Cerrahi (MMC) doku kaybını en aza indirirken tümörün total eksizyonunu sağlayan, geleneksel cerrahiye alternatif olarak uygulanan bir yöntemdir. MMC özellikle lokal olarak agresif seyreden tümörlerde ve yüzün estetik subünitelerinde lokalize tümörlerin eksizyonunda oldukça avantajlıdır. Bu işlemden cerrahi ve histopatolojik incelemenin aynı kişi tarafından yapılıyor olması oryantasyon açısından en uygun koşulları sağlamaktadır. Ancak MMC'nin patoloji eğitimi almış cerrahlar tarafından yapılabilmesi bu tekniğin yaygın olarak uygulanabilirliğini kısıtlamaktadır. Cerrahi teknikten bağımsız olarak en önemli noktalardan biri çıkarılacak lezyonun oryantasyonunun belirlenmesi ve patologa doğru şekilde aktarılabilmesidir. Bu oryantasyonu sağlamak amacıyla eksize edilen dokunun sınırlarına farklı uzunlukta dikiş atmak veya sınırları farklı renklere boyamak sık başvurulan yöntemlerdir. Lezyonu fotoğraflamak, çizimini yapmak ya da basılı haritalar üzerinden takip etmek de kullanılan metodlar arasındadır. Bu işaretlemeler patoloğu yönlendirir ve yeniden eksizyon gereken durumlarda cerrahi da yönlendirerek sağlıklı doku kaybını azaltmaktadır.

Yöntem Gereç: Kliniğimizde «Saat Tekniği» olarak adlandırılan ve deri tümörlerinin eksizyonunda oryantasyonun detaylı şekilde belirlenmesini sağlayan kolay ve uygulanabilir bir yöntem kullanılmaktadır. Bu teknikte,

38. Ulusal Kurultayı

eksize edilecek tümörün oryantasyonunu sağlamak amacıyla bir saat kadrani şeması kullanılmaktadır. İlk olarak, tümörün etrafında güvenlik payı bırakılarak saat kadrani şeklinde bir daire çizilir. Dairenin çevresi 1'den 12'ye kadar tıpkı bir saat gibi numaralandırılır. Saat numaralarının hem çıkarılacak dokuda hem de geriye kalan sağlıklı dokuda olmasına özen gösterilir (Şekil 1). İşaretlemelerin silinme ihtimaline karşı eksize edilen dokunun önceden belirlenmiş bir tarafına tek bir sütur atılır. Mikroskopik inceleme sonrasında, patolog tümör pozitif olan sınırı saat kadrani denkle gelen saat dilimi ile cerraha bildirir. Cerrah da yeniden eksizyonu o saat dilimine sınırlandırır.

Sonuç: Bu teknik cerrah ile patolog arasında doğru koordinasyonu güvence altına alır. Plastik cerrahide korunabilen her milimetre cilt, fonksiyon ve görünüm açısından önem arz edebilmektedir. Saat Tekniği, özellikle geniş cerrahi sınırlar ile çıkarılamayacak yüzün subünitelerinde lokalize tümörler için maksimal doku korunumunu sağlar. Ayrıca her tür ve büyüklükteki lezyona uygulanabilir. Yayılma paterni tahmin edilemeyen, cerrahi sınır açısından uzlaşmaya varılamamış, agresif seyirli tümörlerde de oldukça kullanışlıdır. Sonuç olarak, Saat Tekniği patolog ile cerrah arasında optimal iletişim sağlamaya yönelik, her plastik cerrah tarafından uygulanabilen, hızlı ve kolay bir yöntemdir. Yeniden eksizyonun gerektiği durumlarda tümör çevresinin 12'de 1'ine kadar sınır tanımlamasını indirgeyerek sağlıklı dokuyu korumayı hedeflemektedir ve estetik ve fonksiyonel açıdan avantaj sağlamaktadır.

Şekil 1



45 yaşında kadın hastada sağ omuz üzerinde nöks dermatofibrosarkoma protuberans. Saat kadrani şeması 3 cm sınırla çizilmiştir. Saat numaraları hem eksize edilen dokuda hem de sağlıklı dokuda belirtilmiştir.

P117
Üst Göz Kapağı Yerleşimli Juvenil
Ksantogranülom Olgusu

Muhammet Ömür Ersin Altun, Yasemin İmamoğlu,
Gökhan Efe, Murat Livaoğlu
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik
Rekonstrüktif Cerrahi Ana Bilim Dalı, Trabzon

Giriş: Juvenil Ksantogranüloomalar sıklıkla sadece cilt lezyonu olarak yaşamın ilk 2 dekadında görülen histiyositik lezyonlardır. Sıklıkla baş boyun bölgesinde ve

gövdede görülmektedirler. Bununla birlikte oral kavite, üst göz kapağı ve aksilla nadir yerleşim yerleri olarak görülmektedir. Bu bildiride, Juvenil Ksantogranüloomaların nadir karşılaşılan yerleşim yerlerinden birisi olan üst göz kapağı cildi juvenile ksantogranülom olgusu sunulmuştur.

Vaka: 15 yaşında erkek çocuğu kliniğimize son 3 aydır sağ üst göz kapağında farketttiği 4mm çaplı keratotik kaşıntılı lezyon ile başvurdu. Hastaya kesin tanı ve tedavi amaçlı operasyon önerildi. Hastanın lezyonu sağ üst göz kapağı cildi yerleşimli 4*3*3mm ebatında fikse, sert kıvamlı keratotik idi. Hasta 15.12.2015 tarihinde opere edildi. Sedoanaljezi altında kitle 3mm sağlam doku sınırıyla beraber insize ve eksize edildi, kanama kontrolünü takiben ciltaltı ve cilt sütürasyonu yapılarak vakaya son verildi. Yapılan patolojik inceleme sonucu, juvenile ksantogranülom sağ üst göz kapağı biyopsisi şeklinde raporlandı. Hasta poiklinik takibine alındı.

Sonuç: Juvenil Ksantogranüloomalar non-Langerhans hücreli histiyositozislerden kabul edilse de ön tanıda birçok Langerhans hücreli histiyositozis veya non-Langerhans hücreli histiyositozisle karışmaktadır. Ayrıca, en sık ciltte soliter tutulumlu lezyonlar olarak görülselerde yumuşak dokuda, ciltte multipl yerlerde, cilt dışında ve cilt- organ yerleşimli varyantların olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu durum tanı ve tedavide öncelikle yerleşimlerini iyi belirlenmesini sonrasında eksizyon ile tedavinin yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Kaynaklar:

- 1- Louis P. Dehner Juvenile Xanthogranulomas in the First Two Decades of Life Am J Surg Pathol 27(5):579-593, 2003
- 2- Chang MW. The risk of intraocular juvenile xanthogranuloma: survey of current practices and assessment of risk. J Am Acad Dermatol 1996;34:445-9

P118
Primeri Bilinmeyen Dev Malign Boyun
Tümörü

Mehmet Cem Yıldırım, Mehmet Dadacı, Bilse İnce, İlker Uyar, Serhat Yazar

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

Giriş: Baş boyun kanserleri tüm kanserlerin %10-15'ini oluştururlar. En sık görülen kanser ise %90-95 oranında yassı hücreli kanserlerdir. Erkeklerde daha sık görülmekle birlikte 6. ve 7. dekatta sıklık artmaktadır. Servikal bölgedeki primeri bilinmeyen karsinomların insidansı ise tüm baş boyun kanserleri içinde %5-10 arasında değişmektedir. Sigara, alkol, radyoterapi maruziyeti muhtemel primer malignite için risk faktörleri primeri bilinmeyen baş-boyun tümörleri için başlıca risk faktörleridir. Bu olgu sunumunda nadir görülen, ihmal edilmiş dev boyun tümörü ile başvuran olgunun tanı ve takip süreci sunuldu.

Olgu Sunumu: 92 yaşında kadın hasta boyunda kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. 10 yıl önce sağ servikal bölgeden başlayan kitle git gide büyüyerek yaklaşık 25x20x20 cm boyutlarına ulaşmış. Bu süreçte mevcut kitle için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurulmamış. Nefes almada güçlük ve genel durum bozukluğu gelişmesi üzerine hasta tarafımıza yönlendirilmiş. Hastaya boyun, nazofarenks, toraks ve yüz bölgesine yönelik MR görüntülenmesi istendi. Ayrıca mevcut kitlenin 4 ayrı yerinden insizyonel biyopsi alınarak patolojiye gönderildi.

Hastanın MR sonucunda kitlenin malign görünümde olduğu kistik ve heterojen anılanlar bulunduğuna ve kitlenin orofarenks, hipofarenks ve larenkse sağdan başı yaptığı öğrenildi. Kitlenin parafarengeal bölgeye uzandığı sağda pyterigoid kasları invaze ettiği, infratemporal fossaya uzandığı ve mandibulayı eroze ettiği raporlandı. Ayrıca sağ servikal posterior zincirde metastatik lenf nodları ve her iki akciğer apeksinde multiple metastatik nodüller ve plevral kalınlaşmalar saptandığı öğrenildi. Hastanın patoloji sonucu ise her 4 materyali de karsinom infiltrasyonu olarak geldi. Bu bağlamda konsey toplanarak hasta ele alındığında mevcut metastazları olduğu ve yaşı, genel durumu göz önünde bulundurularak hasta ameliyat edilmesinin uygun olmadığına karar verildi.

Tartışma: Boyuna genellikle nazofarenks, troid, dil kökü, farenks, larenks, yüz ve saçlı derideki tümörler lezyonlardan metastaz olmaktadır. Boyundaki kitle supraklavikuler yerleşimli ise literatürde Virchow nodülü olarak tanımlanmakta olup gastrointestinal sistem, trakeobronşial yapılar, meme ve genitoüriner sistem ve troid kaynaklı malignansiler akla gelmelidir.^{1,2} Olgumuzda lezyon sağ servikal bölgede yerleşimli olup yüz bölgesi nazofarenks ve toraks taranmıştır. Sonuç olarak boyun tümörlerinde primeri bilinmeyen kanserler göz önünde bulundurulmalı ve primer odak saptamak için sistemik tarama yapılmalıdır.

Kaynaklar

- 1-Million RR, Cassisi NJ, Mancuso AA. The unknown primary. Million RR, Cassisi NJ (editörler). Management of Head and Neck Cancer: A Multidisciplinary Approach Lippincott, Philadelphia. 1994; pp. 311-320.
2. Yağız C, Devranoğlu ve ark. Primeri belli olmayan boyun tümefaksiyonları (Türk Otolaringoloji Arşivi, Vol 22 198 Sayı 1-2.

resim 1



P119

Nadir Görülen Bir Bazal Hücreli Karsinom Nedeni: Brooke – Spiegler Sendromu

Tahsin Görgülü, Burçin Acuner, Emrah Işıktekin, Ahmet Eksal Kargı
Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Zonguldak

Brooke- Spiegler Sendromu otozomal dominant geçişli spiradenoma, silindroma, spiradenosilindroma ve trikoepitelyoma gibi çoklu subkutanöz adneksiyal neoplazmların gelişimi ile giden kalıtsal bir hastalıktır.

Bu hastalığın fenotipik bir çeşiti olan Çoklu Ailesel Trikoepitelyoma çok sayıda trikoepitelyom gelişimi ile karakterizedir. Olgumuzda 51 yaşında erkek hasta tarafımıza daha önce dermatoskopik inceleme ile malign karakterde olabileceği düşünülen yüzde glabella, sol üst dudak ve sol kaş inferolateralindeki trikoepitelyoma görünümüne lezyonların eksizyonu için başvurmuştur. Tanısı bulunmayan hastanın frontal alan saçsız bölgeden kantuslar dahil olmak üzere periorbital bölge üzerinde, bilateral pinna anterioru tragus etrafında, malar alandan inferiorda mentum superolateraline uzanan çok sayıda trikoepitelyoması olması ve anamnezinde babası ve kızında da değişik boyut ve sayıda benzer lezyonların olduğunun öğrenilmesi üzerine otozomal dominant geçişli Brooke-Spiegler sendromu olabileceği düşünülmüş ve tıbbi genetik bölümünce değerlendirilmiş fenotipik ve aile öyküsü bu sendromla uyumlu görülmüş hastanın araştırılması için gerekli yönlendirilme yapılmıştır. Eksizyon sonrası sağ medial kantus eksizyon materyali bazal hücreli karsinom (BHK) (nodüler tip), sol medial kantus eksizyon materyali BHK (infundibulokistik tip), sağ nasolabial oluktaki eksizyon materyali BHK (mikronodüler + infiltratif tip), sol nasolabial sulkustaki eksizyon materyali BHK (nodüler tip) ve sol üst dudak vermillion üst sınırdan eksizyon materyali BHK (nodüler + infundubulokistik tip) olarak raporlanmış, nadir görülen bu durum tarafımızca değerlendirilmiş, onkoloji ve radyasyon onkolojisi bölümlerine konsülte edilmiş tedavi ve takip planı yapılmıştır.

resim 1



Multipl Bazal hücreli karsinomlu olan Brooke- Spiegler Sendromlu hasta

P120

Mide Karsinomunun Skalp Metastazı

Sedat Tatar, Yalçın Yontar
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: İç organ malignitelerin cilt metastazı yapma oranı oldukça az olmakla birlikte % 0,7-% 9 arasında değişmektedir. Kliniğimizde Mide karsinomu olan ve skalp

metastazı ile başvuran olguyu sunduk.

Vaka: 58 yaşında kadın hasta parietal bölgede ülserenodüler lezyon nedeniyle başvurdu. Total eksizyonu gerçekleştirilen hastaların histopatolojik incelemeleri sonucu mide taşlı yüzük hücreli karsinomunun cilt metastazı olduğu belirlendi.

Sonuç: İç organ malignite öyküsü olan hastaların şüpheli cilt lezyonlarına yaklaşımda primer malignitelerin yanında metastaz ihtimalinide göz önünde bulundurmamızdır.

resim



P121

Primeri Belli Olmayan Melanom Olgusu

Fatih Kılıç¹, Galip Kemali Günay², Ahmet Aydın²

¹Niğde Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, Niğde

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş: Malign melanom, primeri belli olmayan metastaz şeklinde de kendini gösterebilir. Bu olasılık yapılan çalışmalarda %2-3 oranında gösterilmiştir (1). Melanomların %90'ı deri orjinlidir, fakat bazen visseral organlarda ve lenf nodlarında dahi primeri bulunamayabilmektedir. Primeri belli olmayan melanom (Melanoma of Unknown Primary (MUP)) kendini subkutanöz, nodal, visseral organ, kemik veya beyin metastazı ile gösterebilir (2). MUP sıklıkla aksiller metastaz yapar, daha az sıklıkla inguinal ve servikal metastaz yapar (3). Bizim çalışmamızda da primeri belli olmayan, inguinal metastaz yapmış bir melanom olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Ondokuz yaşındaki erkek hasta yaklaşık 8 aydır sol kasık bölgesinde bir kitle nedeni ile kliniğimize başvurdu. Hastanın herhangi bir kanser öyküsü olmadığı ve herhangi bir cerrahi müdahale geçirmediği öğrenildi. Fizik muayenesinde de vücudunda herhangi bir nevus, yara izi ve başka patoloji saptanmadı. Sadece alt batin bölgesinde 10x9 cm ebatlarında sert, ağrılı, yarı mobil bir kitle olduğu görüldü (Resim). Kitleden yapılan ince iğne biyopsi sonucu malign melanom metastazı olarak gelince hasta tekrara değerlendirildi. Vücut muayenesi dikkatlice tekrar yapıldı, rektosigmoidoskopi, üretroskopi ve endoskopik görüntüler alındı. Beyin ve diğer visseral organlar görüntüleme yöntemleri ile değerlendirildi. Fakat herhangi bir odak bulunamadı. Sadece alt batin tomografisinde ve PET görüntüsünde sol iliak zincirde lenf nodlarının olduğu görüldü. Hastaya, Evre-3 hastalık olarak değerlendirilerek iliak ve inguinal lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Patoloji sonucunda iliak zincirde 22 lenf nodunun reaktif olduğu, inguinal bölgede ise 6 reaktif lenf nodunun olduğu ve kitlenin de malign melanom metastazı olarak geldiği saptandı. Daha sonra hastaya onkoloji tarafında post operatif adjuvan tedavi başlandı.

Tartışma: MUP için hastanın deri muayenesinin eskizsiz yapılması, anogenital sistemin, otorinolarinolojik sistemin endoskopik muayenesi ve beyin ile diğer visseral organların görüntüleme yöntemleri (bigisayarlı tomografi/magnetik rezonans) ile taranması önemlidir. Bizim olgumuzda da hastanın tüm vücut muayenesi yapılmış olup herhangi bir nevusa veya öncü lezyona saptanmamıştır. Diğer organ taramalarında da herhangi bir odak bulunamamıştır. Servikal, aksillar veya inguinal kitle ile gelen hastada öncü lezyon bulunamadığında biyopsi yapılmalı ve vakit kaybetmeden bir yol haritası çıkarılmalıdır. Çünkü melanom hızlı ilerleyen ve uzak organ metastazı yapan bir tümördür. MUP'un oluşum mekanizmasını açıklayacak iki teori öne sürülmüştür. Bunlardan birincisi primer kutanöz lezyonun spontan regresyonu, diğeri ise lenf nodu içerisinde anormal melanosit transformasyonudur (4-6). Yapılan çalışmalarda MUP'un primeri belli olan melanoma göre prognozunun daha iyi olduğu gösterilmiştir (7). Evre-3 hastanın primeri belli olsun veya olmasın rejyonel lenfadenektomisi yapıp, onkoloji kliniğine yönlendirilmesi gerekmektedir.

Referanslar:

- 1- K.A.Katz, E. Jonasch, F. S. Hodi et al., "Melanoma of unknown primary: experience at Massachusetts General Hospital and Dana-Farber Cancer Institute," *Melanoma Research*, vol. 15, no. 1, pp. 77-82, 2005.
- 2- A. C. de Waal, K. K. Aben, M. M. van Rossum, and L. A. Kiemeny, "Melanoma of unknown primary origin: a population- based study in the Netherlands," *European Journal of Cancer*, vol. 49, no. 3, pp. 676-683, 2013.
- 3- K. K. Anbari, L.M. Schuchter, L. P. Bucky et al., "Melanoma of unknown primary site: presentation, treatment, and prognosis— a single institution study," *Cancer*, vol. 79, no. 9, pp. 1816- 1821, 1997.
- 4- J. L. Smith Jr. and J. S. Stehlin Jr., "Spontaneous regression of primary malignant melanomas with regional metastases," *Cancer*, vol. 18, no. 11, pp. 1399-1415, 1965.
- 5- Giuliano AE, Moseley HS, Morton DL: Clinical aspects of unknown primary melanoma. *Ann Surg* 191:98-104, 1980
- 6- Bottger D, Dowden RV, Kay PP. Complete spontaneous regression of cutaneous primary malignant melanoma. *Plast Reconstr Surg* 1992;89:548-53
- 7- S. P. Prens, A. P. T. vander Ploeg, A. C. J. vanAkkooy et al., "Outcome after therapeutic lymph node dissection in patients with unknown primary melanoma site," *Annals of Surgical Oncology*, vol. 18, no. 13, pp. 3586-3592, 2011.

Resim



Hastanın sol inguinal bölgesindeki metastatik kitle

P122

Sol Alt Ekstremitede Merkel Hücreli Karsinom Olgu Sunumu

Burçin Acuner, Tahsin Görgülü, Emrah Işıktekin, Ahmet Eksal Kargı
Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Zonguldak

Merkel hücreli karsinom nadir görülen ve oldukça agresif seyirli nöroendokrin bir malignite olup lokal rekürrens, bölgesel lenfatiklerle yayılım ve uzak metastaz riskleri oldukça yüksektir. Lenf nodu invazyonu prognozu ve sağkalımı etkileyen en önemli faktördür. Görülme insidansı ilerleyen yaşla birlikte artmakta, UV-maruziyeti ve immunsupresyon riski arttırmaktadır. Olgumuzda 79 yaşında bullöz pemfigoid hastası olan hastada sol kruris 1/3 distali lateralinde 6 ay önce çıkan, yaklaşık 3 cm çaplı, ciltten kabarık, yer yer punktat kanama odaklı, üzeri ülserle kitlenin alınan insizyonel biyopsi sonucu Merkel hücreli karsinom olarak gelmiştir. Onkoloji bölümü tarafından yapılan PET/BT taramasında uzak metastaz saptanmamıştır. Tedavi için 2 cm marjınle geniş lokal eksizyon, kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım ve gama-prob ile işaretleme yöntemiyle sentinel lenf nodu biyopsisi yapılmıştır. Eksize edilen materyallerin değerlendirilmesinde cerrahi sınırlar intakt ve eksize edilen nodlar reaktif lenfoid hiperplazi lehine yorumlanmıştır. Hasta postoperatif dönemde lokal nüksün önlenmesi için onkoloji bölümüne yönlendirilmiş ve radyoterapi planlanmıştır. Bacakta görülen Merkel hücreli karsinomun lokal rekürrens riski oldukça yüksektir. Bu nedenle sentinel lenf nodu sonucu negatif çıksa bile nüks riski yüksek bölgelerde cerrahi sonrasında radyoterapi önerilmektedir.

resim 1



Sol bacakta 6 aydır büyüyen nodüler ülseratif lezyon, Merkel hücreli karsinom

P123

Kıl Folikülü Kaynaklı Yüksek Dereceli Trikoblastik Karsinom

Özgür Agdoğan¹, Hasan Dindar²,
Fatih Burak Efeoglu²

¹Edirne Kamu Hastaneler Birliği, Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Edirne

²Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Şanlıurfa

Giriş: BCC, epidermis ve kıl foliküllerinde bulunan pluripotansiyel epitelyal hücrelerden orjin alırlar. Stromaya bağımlı hücrelerdir. Hücre siklusları yaklaşık 9 gündür. Bu nednele birkaç haftada iki katına çıkarlar. Ama klinikte böyle değildirler ve yavaş büyürler. Rekürrensleri daha agresif olabilirler. Trikoepitelyoma, desmoplastik trikoepitelyoma, ektrin epitelyoma ve mikrokistik adneksal karsinom BCC benzeri tümörlerdir. Trikoblastik karsinom ise sıklıkla skalpte görülen nadir adneksiyal kutanöz tümördür. Pilar kılıf epitelyumundan kaynaklanır. düşük ve yüksek dereceli olabilirler. BCC ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Malign bir tümördür. Histopatolojik olarak ayırtedilebilir ve tanısı konur.

Olgu: 42 yaşında kadın hasta saçlı bölgesinde alınının sınırında olan bir kitleden dolayı tarafımıza başvurdu. İlk olarak küçük bir kıl dibi sivilcesi şeklinde belirmiş. Sonra hızla büyümeye kitle haline gelmeye başlamış. Tarafımızca yapılan muayenesinde sol frontoparietal bölge saç çizgisinde 6x4x2,5 cm lik düzenli sınırlı tabana fikse üzeri hafif kıllı kistik-solid görünümde bir lezyon şeklinde idi. Skalpe ve boyunda palpabl lenf nodu görülmedi. Operasyonu planlandı. Malignite şüphesi ile 5 mm sağlam cilt marjini ile eksize edildi. Total halde tek parça halinde patolojiye gönderildi. Patolojik tanısında; malignite bulguları taşıyan kitle etrafında trikoepitelyoma ile uyumlu alanlar bulunması, komedo nekroz, şiddetli atipi, yüksek mitotik indeks gibi histomorfolojik bulgular yüksek dereceli trikoblastik karsinom başta olmak üzere kıl folikülü kaynaklı malign deri eki tümörü şeklinde rapor edildi. Cerrahi sınırlarda tümör negatif, mitotik aktivitesi yüksek, komedo nekroz mevcut ve infiltratif paternli olduğu rapor edildi

Tartışma: Trikoepitelyoma, desmoplastik trikoepitelyoma, ektrin epitelyoma ve mikrokistik adneksal karsinom BCC benzeri tümörlerdir. İlk olarak 1962 yılında Headington ve French kıl matriksinin neoplazmını tanımlamış daha sonra Ackerman ve ark. (1,3) ise tüm tipleri trikoblastomun alt tipleri olarak toplamıştı (1,4). Trikoblastik karsinom, BHK'dan ayıran temel histopatolojik özellikler, epidermal orijinli olmaması, papiller mezenkimal yapıların on planda olması ve retraksiyon artefaktının görülmemesidir (1,5). Trikoblastik karsinom, düşük ve yüksek dereceli olmak üzere iki farklı formu tanımlanmıştır (1,2). undiferansiye karsinom morfolojisi izlenir (1,6). Düşük dereceli TK'da lokal rekurrensler bildirilmiş, uzak metastaz bildirilmemiştir. Yüksek dereceli TK'da ise metastaz olabilir (1,7). Trikoblastik karsinom, sıklıkla skalpte görülen nadir adneksiyal kutanöz tümördür. Pilar kılıf epitelyumundan kaynaklanır. Tümör dermal ve subkutan yağ dokusuna invaze olabilir ve nadiren metastaz gibi malign bir seyir alabilir (8,9,10,11). Daha çok ileri yaş kadınlarda ve orta yaşlı erkeklerde görülür. %90 skalpte ve nadiren gövde ve ekstremitelerde bulunur (8). Tedavisinde total cerrahi eksizyon önerilir. Bazı otörler adjuvan radyoterapiyi önermektedirler (8,11).

Sonuç: Literatürde az sayıda vaka bildirimi mevcut nadir bir tümördür ve henüz tam olarak tanımlanmış değildir. BCC ile sıklıkla karıştırılabilen bir tümördür. Bu nedenlerle bu çalışma kıl folikülü kaynaklı yüksek dereceli trikoblastik karsinom ve ayırıcı tanısı hakkında bir olgu sunumumuzdur.

resim 1



Operasyondan 4 hafta sonraki görünüm.

P124

İleri Evre Bir Bazal Hücreli Karsinom Vakası

Burçin Acuner, Tahsin Görgülü, Ahmet Sarma, Ahmet Eksal Kargı

Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Zonguldak

Bazal hücreli karsinom (BHK) metastazı çok nadir görülen ve lokal olarak destrüktif bir cilt tümörüdür. BHK hastaları erken dönemde yeterli tedavi alamadıklarında hastaların lokal destrüksiyon nedeniyle yaşadıkları problemler hastaların morbiditelerini artırmaktadır. Sol orbital bölgede BHK olan 78 yaşında kadın hasta Onkoloji servisine palyatif tedavi için yatırıldığında hastanın tümörlü bölgede larva olduğu fark edilmiştir. Hasta tümörün invaze ettiği bölgeler itibarıyla inoperabl olduğundan tarafımıza sadece larvaların temizlenmesi amacı ile danışılmıştır. Hastanın geçmişi sorgulandığında hasta yakınlarının hastanın yaşı nedeni ile henüz tümör rezektabl iken önerilen orbital egzantrasyon operasyonunu kabul etmedikleri öğrenilmiştir. Hastanın muayenesinde sol orbita tüm duvarlar ile maksillanın total invaze ve destrükte olduğu, bulbus okulinin izlenmediği, ilgili taraf sfenoid sinüsün invaze olduğu en geniş yeri yaklaşık 8 cm çaplı burun ve cilt-cilt altı dokuları kapsayan ve yer yer ektoparazitlerle enfestasyonu olan yaygın doku defekti olduğu görüldü. Hastadaki larvalar Xylocaine sprey uygulanması sonrasında kantaron yağı sürülmesi ile temizlendi. Bazal hücreli karsinom mortalitesi yüksek olarak kabul edilmese de ileri dönem hastaların morbiditeleri yüksektir.

Resim 1



Larva enfestasyonu olan ileri evre bazal hücreli karsinom hastası

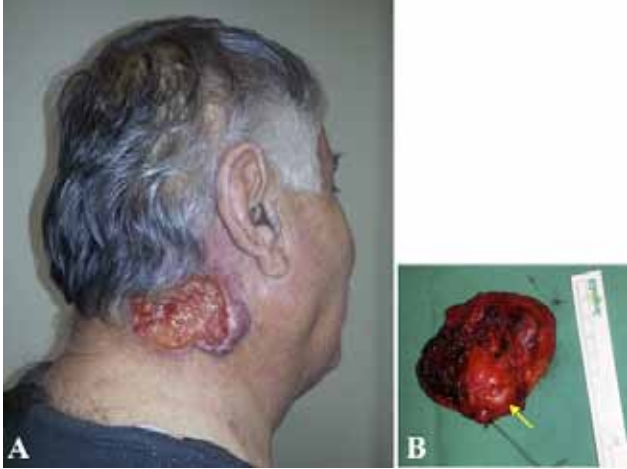
P126

Lokal İnfiltratif lenfatik metastaz yapan Bazal Hücreli Karsinom

Tekin Şimşek, Gökhan Akkök, Hakan Aktaş
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Samsun

Bazal Hücreli Karsinomlar epidermin bazal tabaka hücrelerinden kaynaklanan ve en sık görülen malign deri tümörleridir. Uygun tedavi edildiklerinde prognozları oldukça iyi olup metastatik eğilimleri oldukça nadirdir. 64 yaşında erkek bir hastamızın sağ boyun posterolateral yüz derisinde ortaya çıkan ve 10 yıla varan bir zamandır ihmal edilmiş bir Bazal Hücreli Karsinom lezyonu yavaş bir hızla büyümeyi sürdürerek 6x8 cm boyutunda, ortası ülseronekrotik karakterle lokal invazyon oluşturmuş olarak başvurdu. Lezyon tabana fiks halde idi. Boyun kaslarının yüzeysel fibrilleri dahil edilerek derin cerrahi plandan eksize edilen lezyonunu patolojik incelemesinde hemen altındaki seviye 5 lenf noduna lokal invazyon gösterdiği saptandı. Müteakip boyun ve sistemik taramaları normal sınırlarda saptandı. Olgumuzda da saptadığımız üzere, her ne kadar malign deri kanserleri içerisinde iyi prognoza sahip olsalarda, Bazal Hücreli Karsinomlar ihmal edildiklerinde yakın komşuluklarındaki lenf nodlarına lokal invazyon yapabilirler. Bu noktadan itibaren davranış karakterlerini tayin etmek de zor olabilecektir.

Resim 1



A. 64 yaşındaki erkek hastanın sağ boyun posterolateral yüz derisinde yerleşimli Bazal Hücreli Karsinomu görülmekte. Lezyon zemine fiks halde idi. B. Eksize edilen spesimenin alt yüzeyinden görünümünde zeminde lokal infiltratif tutulum gösteren lenf nodunun görünümü (sarı okla işaretli).

P127

Elin Yavaş Büyüyen ve Nüks Skuamöz Hücreli Karsinomu, Olgu Sunumu

Çağla Çiçek¹, Candemir Ceran¹, Fatma Betül Ak Bozkırlı¹, Ersin Akşam², Mustafa Erol Demirseren³

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

²Manisa Akhisar Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Manisa

³Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Önlenebilir cilt kanserine bağlı ölümlerin büyük kısmını oluşturan skuamöz hücreli karsinomun(SHK) en önemli nedeni uzun süreli güneş maruziyetidir. Çalışmamızda yaşlı bir hastada web aralığında yavaş büyüyen SHK olgusunun sunumu amaçlandı.

Olgu: 89 yaşında erkek hasta polikliniğimize 4.parmak proksimal falanks dorsali ve 3. web aralığında iyileşmeyen yara şikayeti ile başvurdu (Resim 1). Hastadan alınan anamnezde kitlesinin 6 aydır olduğu ve primer hipertansiyon nedeniyle medikal tedavi aldığı öğrenildi. Kitleden alınan insizyonel biyopsi sonucunun orta diferansiye skuamöz hücreli karsinom olarak raporlanması üzerine hastanın kitlesi 1,5 cm güvenli cerrahi sınırla eksize edildi. Oluşan defekt supraklavikuler bölgeden alınan tam kalınlıkta deri grefti ile rekonstrükte edildi. Son patoloji sonucunun önceki biyopsi raporu ile aynı gelmesi ve taban cerrahi sınırın tümörsüz olarak raporlanması üzerine hasta onkoloji kliniğine konsülte edilerek düzenli aralıklarla takibe alındı. Ameliyat sonrası 5. ayda polikliniğimize operasyon bölgesinde kızamıklık ve iyileşmeyen yara şikayeti ile tekrar başvuran hastanın muayenesinde daha önce deri grefti uygulanan bölgede ülseratif lezyonu, 3. parmak ulnar taraf ve 4. parmak radyal tarafta his kaybı mevcuttu. Mevcut durumla değerlendirilen hastaya 3. ve 4. parmak amputasyonunu içeren radikal eksizyon planlandı. Oluşan defekt 4. Parmak ulnar taraftan planlanan fleto fleple rekonstrükte edildi. Hastanın ameliyat sonrası 4. haftasında sorunsuz olarak günlük yaşamına ve normal el hareketlerine döndüğü gözlemlendi. Ameliyat sonrası 6. ayında ise duyu kaybı ve parmakların aktif ve pasif hareketinde sorun olmadığı, lezyonun rekürrensine işaret eden klinik bir durumun olmadığı görüldü.

Sonuç: Elin en sık görülen malignitesi skuamöz hücreli karsinomdur. Kadınlar ile karşılaştırıldığında erkeklerde daha sık görülür ve 6. dekad en sık görüldüğü yaş aralığıdır. Gösterilmiş nedenleri arasında ultraviyole ışınlar en önemlisidir. SHK'un elde yerleşimine bakıldığında en sık el ve parmakların dorsal yüzü ve web aralığıdır. Ancak el yerleşimli olması kötü prognostik faktörlerden biridir. Temiz cerrahi sınırla eksizyon sonrası bile literatürde %7-%22 arasında rekkürens bildirilmiştir. Ancak rekkürens sonrası uzak metastaz oranı daha sıktır. Bu nedenle farkedildiğinde erken dönemde radikal cerrahinin planlanmasının önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Resim 1



Vaka: 68 yaşında marjolin ülseri zemininde scc gelişen ve geniş eksizyon, inguinal ve iliak lenf nodu diseksiyonu yapılan hastada defekt vertikal rektus abdominis myokutan flebi ile rekonstrükte edildi. Postoperatif 3. gün ince bağırsak segmentlerinin flep inferolateralinden evisserasyonu nedeniyle tekrar opere edildi ve karın ön duvarı tekrar onarıldı.

Sonuç: Karın ön duvarı rekonstrüksiyonuyla birlikte internal iliak lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalarda flep ve donör alanla ilgili komplikasyonlarla birlikte biz plastik cerrahların nadir karşılaştığı ancak görülebilecek intarabdominal komplikasyonlarda akılda tutulmalıdır.

Resim



P128
Sağ İnfraklavikuler Bölgede
Elastofibroma Dorsi, Olgu Sunumu

Murat İçde, Ömercan Yağız Öksüz, Alper Burak Uslu, Ahmet Kaplan, Mehmet Tapan, Ramazan Erkin Ünlü
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Elastofibroma dorsi (EFD), sıklıkla ileri yaş kadınlarda (kadın:erkek oranı 5:1) ve nadir olarak görülen, çoğunlukla semptom vermeyerek insidental olarak saptanan, tipik olarak subskapuler bölgede yer alan, yavaş büyüme paterninde olan benign yumuşak doku tümörlerinden biridir. Orijini ve yerleşimi sebebiyle bu tümör sıklıkla yumuşak doku sarkomları ile karışabilmektedir. Kliniğimize sağ infraskapüler bölgesinde gittikçe büyüyen kitle ve ağrı şikayeti ile başvuran 62 yaşında kadın hastanın, cerrahi eksizyon sonrası sonra patolojisi elastofibroma dorsi olarak raporlanmıştır. Söz konusu olgunun tanı ve tedavisi sırasında elde edilen klinik tecrübemizi mevcut literatürün ışığında sunmayı amaçladık.

P129
Karın Ön Duvarı Rekonstrüksiyonu
Sonrası Beklenmedik Komplikasyon;
Evisserasyon

Sedat Tatar¹, Safa Manav², Serhat Şibar², Serhan Tuncer²

¹Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Karın ön duvarı rekonstrüksiyonu maligniteler, travma, konjenital nedenler gibi pek çok nedenlerle plastik cerraahi pratiğinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Kliniğimizde karın ön duvarında marjolin ülseri nedeniyle eksizyon ve inguinal ve iliak lenf nodu diseksiyonu yapılan hastada gelişen beklenmedik komplikasyon sunuldu.

P130
Burunda Dev Keratoakantom: Olgu
Sunumu

Hatice Gözde Muratoğlu¹, Bekir Ünal¹, Feridun Elmas¹, Hülde Rıfat Özakpınar¹, Ali Teoman Tellioğlu²

¹Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara; Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Keratoakantom pilosebace glandlardan köken alan ve sıklıkla skuamöz hücreli karsinom ile karışan, bazı yazarlarca skuamöz hücreli karsinomun bir varyantı veya prekürsörü olduğu savunulan düşük gradeli bir tümördür. Keratoakantom sıklıkla güneş gören ciltte görülür ve kendini sınırlayan gelişim ve gerileme ile karakterizedir. Olguların çoğunda lezyonun ortaya çıkışından

spontan gerilemesi 4 ila 6 aylık bir döngüden oluşur. Bu olgu sunumunda 2016 yılında kliniğimize burun ucunda yaklaşık 3 cm çaplı kitle ile başvuran ve eksizyon sonucu keratoakantom olarak raporlanan 33 yaşında erkek hastayı literatür eşliğinde sunduk.

resim1



preoperatif fotoğraf

P131 Yüz Derisinin Nadir Bir Tümörü; Primer Müsinöz Karsinom

Uğur Anıl Bingöl, Can Çınar

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.

Derinin primer müsinöz karsinomu çok nadir rastlanan bir tümördür(150 <den az vaka bildirimi). Ter bezi kaynaklıdır. En çok göz kapakları, skalp ve yüz derisinde gözlenmektedir. Genellikle yavaş büyüyen, nodüler, ağrısız kırmızı grip mor renkte kitleler olarak karşımıza çıkmaktadırlar. prognoz iyidir. Uzak metastaz nadirdir, ancak lokal nüks siktir. Bu tümörler radyoterapi ve kemoterapiye dirençlidirler. Bu tür tümörlerin kutanöz kabul edilmesi için meme ve gastrointestinal sistem ile ilgili metastatik tümör olasılığının ekarte edilmesi gerekmektedir.

52 yaşında bayan hastanın sağ zigomatik bölgesinde 5 yıldır bulunan musinöz karsinoma ilişkin bir vaka takdimi yapılacaktır

P132

Hipermastinin Eşlik Ettiği Bilateral Elastofibroma Dorsi Olgusu: Olası Bir İlişkinin Sorgulanması

İlknur Keskin¹, Bircan Kolbaşı¹, Aslı Akhan², Hasan Çelik³, Mustafa Hancı³, Mustafa Keskin³

¹İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Elastofibroma dorsi (EFD) patogenezi tam olarak bilinmeyen, nadir, benign, solid yumuşak doku tümörüdür. En sık skapulanın alt uç hizasına yerleşir ve progresif sırt ağrısına neden olur. Patogenezi skapulanın göğüs kafesine sürtünmesi gibi mekanik irritasyona bağlı elastik dokuların hiperplazisi olduğu iddia edilmektedir. EFD ilk tarif edildiği yıllarda çok fazla kol kuvveti kullanımı gerektiren meslekleri icra edenlerin meslek hastalığı olarak görülmüştür. Fakat daha sonraki yıllarda EFD'nin diğer mesleklerde çalışanlarda da ve özellikle 50 yaş üzeri ev hanımlarında sık görüldüğü bildirilmiştir. Bu olgu sunumunda, meme büyüklüğü şikayeti ile başvuran 52 yaşındaki bir hastada iki taraflı EFD tespit edilmesinden yola çıkarak meme büyüklüğü ve EFD arasındaki olası bir ilişki sorgulanmaktadır.

P133

Sol Oral Komissürde Trikülemal Karsinom, Olgu Sunumu

Ömercan Yağız Öksüz, Alper Burak Uslu, Burak Yaşar, Murat İğde, Ahmet Kaplan

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Trikülemal karsinom kıl kökü foliküllerinin dış kılıfından gelişen, cildin oldukça nadir tümörlerinden biri olup, mevcut tümörün biyolojik davranışı ve yönetimi oldukça tartışmalıdır. Tümör sıklıkla güneş ışınlarına maruz kalan baş/boyun bölgelerinde ve ileri yaş kadınlarda görülmektedir. Trikülemal karsinom düşük metastaz potansiyelli, düşük dereceli bir malignite olarak kabul edilmektedir. Tümörün klinik bulguları tam olarak tanımlanmamıştır. Tanı büyük çoğunlukla eksizyonel biyopsi ve histopatolojik tanı ile koyulmaktadır. Kseroderma pigmentosum, DNA onarım defekti sebebiyle ortaya çıkan, UV ışınlarının yol açtığı DNA hasarını onarmada kusur ve UV ışınlarına, özellikle güneş ışığına karşı aşırı hassasiyetin mevcut olduğu otozomal resesif genetik bir hastalıktır. Tarafımızca takip edilen ve daha önce baş/boyun bölgesinde cilt maligniteleri sebebiyle çok kez opere edilen kseroderma pigmentosumlu 42 yaşındaki erkek olguda rastlantısal olarak saptanan bu tümör, makroskopik görünümü itibarı ile deri tümörleri ile karıştırılabilecek nitelikte olup, klinik prognozu ciddi farklılık göstermekte ve ancak total eksizyon sonrası patolojik özellikleri ile tanılabilmektedir.

P134

Alloplast Materyaller Üzerinden Alınan Nonosseoz Doku Örneklerinde Meydana Gelen Histolojik Değişiklikler ve Makroskopik Yansımaları

Şeyda Güray Evin, Gökçe Yıldırım, Osman Akdağ, Mehtap Karamiş, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Geçtiğimiz yıllarda birçok implant olabilecek biyoyumlu materyal geliştirilmiştir. Vücudun çeşitli bölgelerinde meydana gelen fraktürlerin onarımı ve kemik yeniden şekillendirilmesinde kullanılan titanium implantlar ve genellikle kranium rekonstrüksiyonu için kullanılan metilmetakrilat bunlardan yalnızca ikisidir. Bu maddeler her ne kadar biyoyumlu olsa da vücut içinde birçok farklı yoldan reaksiyona neden olabilmektedir. Bu da hem hasta için risk oluşturmakta hem de takiplerinde çeşitli klinik problemlere yol açmaktadır. Bu bildiri de titanium implantlara ve metilmetakrilata karşı geliştirilen doku reaksiyonları ve makroskopik yansımaları sunulacaktır.

Materyal Method: Materyallerin elde edildiği anatomik bölgeler ve bu bölgelerle, alloplastların temas süreleri Tablo 1> de özetlenmiştir.

Sonuç: İlk 1 ve 2. aylar akut değişiklikler olarak kabul edildi. Bu aylarda alınan örneklemelerin histolojik analizlerinde özellikle tam materyal ile ilişkili kalmış bölümlerde diğer alanlara göre inflamasyonun arttığı bol makrofaj monosit hücreleri ve doku organizasyon yeteneğinin azaldığı görüldü. Bu dönemde makroskopik olarak implant koyulan doku üzerinde inflamatuvar, nekrotik değişiklikler, fistülizasyon ve pürülan akıntı gözlemlendi. Kronik dönem olarak tarif edilen diğer preparatlarda ise yine doku organizasyonunda bozukluklar yer yer de inflamatuvar hücreler gözlemlendi.

Tartışma: Makroskopik ve histolojik olarak meydana gelen bu değişikliklerin hücresel boyutta bir kanıtı bulunmaktadır. Materyaller in vivo şartlarda biodegrade olarak, yüzey ürünlerinin modüle ettiği makrofaj aktivasyonlarına neden olurlar. Bu alternatif olarak aktive olan makrofajlar normal makrofajlara göre farklı davranışlar içinde olup makroskopik ve mikroskopik çeşitli değişikliklere neden olurlar. İmplanta bağlı vücutta oluşan değişiklikler aslında bir yabancı cisim reaksiyonudur. Metilmetakrilatta tüm bu etmenlere bir de materyalin çevre doku ile ilişkisi sonucu ortaya çıkan ısı faktörler eklenmektedir.

Tablo1

HASTA	CİNSİYET	YAŞ	ZAMAN	İMLANT ÇEŞİDİ	ALINAN YER
1	E	64	1 ay	Titanium	Ağız içi mukozası
2	E	58	2 AY	Titanium	Tibia alt 1/3 Fasyokutan doku
3	E	6	6 AY	Titanium İmplant Ve deselülerize mandibula	Ağız içi mukozası
4	E	65	6AY	Titanium İmplant	Ağız içi mukozası
5	K	68	1 YIL	Titanium İmplant	Femur üzerindeki fasyokutan doku
6	K	38	1YIL	Titanium İmplant	Oksipital bölge cilt altı doku
7	E	67	2 YIL	Titanium İmplant	Orbikularis ocull kas dokusu
8	K	87	1 Ay	Metilmetakrilat	Skalp

P135

Kliniğimizde Tedavi Edilen Göğüs Duvarı Defektli Olguların Analizi

Mehmet Uzuner, Atacan Emre Koçman, Ayşe Aydan Köse, Yakup Karabağlı, Mert Seçer, Sina Kaderi, Cengiz Çetin
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir

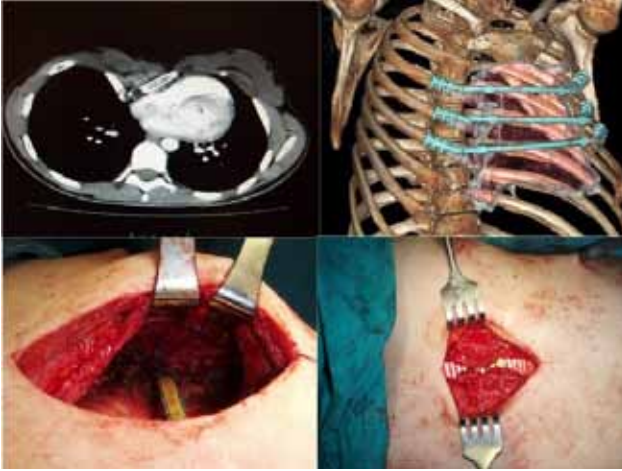
Giriş: Göğüs duvarı stabil bir yapı olmasına karşılık olağanüstü esnek bir özelliğe sahiptir. Göğüs duvarı defektleri neoplazmlar, enfeksiyon, radyoterapi, iatrojenik ve travma gibi birçok nedene bağlı olabilir. Bu çalışmada kliniğimizde takip ve tedavi ettiğimiz göğüs duvarı defektli olguların epidemiyolojik analizi ve yönetiminin geriye dönük incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya ait veriler Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD'nda Ocak 1998-Temmuz 2016 yılları arasında çeşitli nedenlerle göğüs duvarı defektli olan ve yatarak tedavi edilen 6 hastaya ait verinin retrospektif incelenmesi ile elde edilmiştir.

Bulgular: Hastaların 3'ünün erkek, 3'ünün kadın olduğu görüldü. En genç hastamız yenidoğan en yaşlı hastamız 50 yaşında olup hastalarımızın yaş ortalaması 31 idi. Göğüs duvarı defektinin sebebi 2 hastada neoplazmlar, 1 hastada enfeksiyon, 1 hastada radyoterapi, 1 hastada doğumsal defekt, 1 hastada ise geçirilmiş cerrahi olarak görüldü. Çalışmada ayrıca hastanın başvuru şikayeti, risk faktörleri, rekonstrüksiyon için uygulanan prosedür, hastanede kalış süresi, ortalama takip süresi, komplikasyon ayrıntılı olarak incelenmiştir. Çalışmaya dahil olan olgularda yeterli debritleme ve kemik rekonstrüksiyonu sonrası pektoralis majör kas flebi ve latissimus dorsi kas ve kas deri flepleri kullanılmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak yeterli debritleme ve kemik rekonstrüksiyonu sonrası kas-kas deri flepleri ile yumuşak doku rekonstrüksiyonu göğüs duvarı defektleri ile ilişkili komplikasyonları yönetmek için etkili ve güvenli bir tekniktir.

Resim 1



P137

Aksiller aksesuar meme eksizyonu sonrası nadir görülen bir komplikasyon: Lenfödem

Mehmet Sürmeli, Yunus Doğan, Funda Aköz
Saydam, Salih Onur Basat
İstanbul Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Aksiller aksesuar meme tedavisinde cerrahi eksizyon en sık tercih edilen ve başarı şansı en yüksek yöntemdir. Lenfödem aksiller aksesuar meme eksizyonu sonrası görülebilen komplikasyonlar arasında sayılmasına rağmen literatürde bu durum ile ilgili hemen hemen hiçbir yayın bulunmamaktadır. Aksiller aksesuar meme eksizyonu sonrası lenfödem görülmesi birçok farklı nedene bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bazı etiyolojiler geri dönüşsüz lenfödeme neden olabilmekle beraber aksiller lenf nodlarının operasyon veya yara iyileşmesine bağlı parsiyel obstrüksiyonları genellikle geri-dönüşlüdür. Bu nedenler arasında en önemlileri (1) cerrahi sırasında lenfatik akım sistemin bütünlüğünün bozulması (cerrahi veya unipolar koterizasyona bağlı), (2) aksiller lenf nodlarının yanlışlıkla eksizyonu, (3) lenfatik varyasyonlara bağlı olarak lenfatik damarların veya nodların yüzeysel yerleşimi, (4) Sefalik ven etrafı lenfatik sistemin yetersiz olması veya var olmaması, (5) cerrahi sonrası yara iyileşme dönemindeki skar dokusu ve kontraksiyona bağlı lenfatik sistemin sekonder obstrüksiyonu şeklinde sayılabilir. Bazı etiyolojiler geri dönüşsüz lenfödeme neden olabilmekle beraber aksiller lenf nodlarının operasyon veya yara iyileşmesine bağlı parsiyel obstrüksiyonları genellikle geri-dönüşlüdür. Bilateral aksiller aksesuar meme şikayetiyle başvuran 43 yaşındaki çocuklu kadın hasta operasyona alınarak çizimlerde gösterildiği şekilde bilateral aksesuar meme eksizyonu yapıldı. Operasyonda ciltaltı meme dokusunun olmadığı yağ planı üzerinden derinde lenf nodları ve lenfatik damarların yerleştiği plana inilmeden, hiçbir derin ana yapıya (aksiller ven, m.serratus anterior) yaklaşılmadan unipolar koter ile aksesuar meme dokuları eksize edilerek bilateral Hemovac dren yerleştirilerek operasyon tamamlandı. Postop 4. Günde drenlerden gelen olmaması üzerine bilateral drenler çekildi. Hastanın postoperatif yara iyileşmesi oldukça iyi olduğu halde 10. Gün kontrollerinde dirsek seviyesi altında tüm sağ üst ekstremitesinde yaygın ödem ortaya çıktığı görüldü. Bunun üzerine beraber görülebilecek vasküler patolojiyi (venöz tromboz, vs.) ekarte etmek amacıyla hastaya venöz Doppler USG yapıldı. Venöz sistemde bir patoloji saptanmadı. Bunun üzerine konservatif izlem ile ilk bir ay tamamlandı. Hastanın patoloji tarafından incelenen aksesuar meme kesitlerinde hiçbir lenf noduna veya ana lenf damarına rastlanmadı. Hastanın ödeminin önkol yarısından itibaren distale doğru devam ettiği görüldüğü üzerine "Bilateral karşılaştırmalı üst ekstremitate Lenfosintigrafi" tetkiki yapıldı. Hastanın ödemin olduğu sağ tarafta ileri derecede gecikmiş lenf akımı olduğu ve "parsiyel obstrüksiyon ile uyumlu" olarak rapor edildi. Hastanın Sefalik ven etrafı alternatif lenf sisteminin var olmadığı görüldü. Cerrahi olarak derin planlara kesinlikle inilmemiş olduğundan bu komplikasyonun unipoların ısı hasarı veya iyileşme dokularının yarattığı kontraksiyona bağlı alternatif drenaj yolları yapısal olarak bulunmayan bir hastada ortaya çıkan lenfödem olduğu düşünüldü. Majör bir cerrahi sorun varlığı düşünülmeyişinden hasta kol, dirsek, önkol, bilek, mid-palmar ve parmak düzeyi çapları ölçülerek izleme alındı. Lenfödemin ortaya çıktığı günden itibaren kompresif lenfödem giysisi giydirildi ve hasta fizik tedavi lenfödem programına alındı. Postop 5. Ayda hastanın ekstremiteler arası farkının kaybolduğu ve uzun süre devam eden sağ el dorsumu ve parmaklardaki lenfödemin kaybolduğu görüldü. Level I-III aksiller disseksiyon yapılan hastalardaki lenfödem

P136

Gövdede Doku Defekti Onarımında Mutaf Üçgen Flep Tekniği

Mustafa Nihat Koç, Berat Çiğdem, Serdar Kara, Harun Yılmaz
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.

Giriş: Gövdede yer alan doku defektlerinin onarımında pek çok lokal flep tercih edilebilmektedir. Bu çalışmada Mutaf üçgen flep kullanarak gövdedeki doku defektlerinin onarımından bahsetmeyi amaçladık.

Materyal-Metod: 2012 - 2015 yılları arasında 8 hastanın gövdedeki doku defektleri Mutaf Üçgen Flep ile onarıldı. Bu tekniğe uygun olarak defekt üçgen şekline dönüştürüldü ve iki deri flebinin eşit olmayan Z plasti transpozisyonu ile defekt kapatıldı.

Bulgular: Bir hastanın flep distalinde izlenen parsiyel nekroz dışında tüm hastalar sorunsuz iyileşti. 1 yıllık takip sonunda geç dönem komplikasyon izlenmedi.

Sonuç: Kısa operasyon zamanı ve minimal kan kaybı sağlayan bu yöntem özellikle meningomyelosel defekti ile sternal dehiscensi olan hastalarda yara dudaklarında gerginlik oluşmadan onarım sağlamaktadır.

Meningomyelosel Onarımında Mutaf Üçgen Flep Tekniği



Meningomyelosel defekti Mutaf Üçgen Flep yöntemiyle onarılan hastaya ait intraoperatif fotoğraflar

gelişim oranları genelde %16-25 arasındadır ve genellikle ortaya çıkan bu durum geri-dönüşsüz olmaktadır. Aksesuar meme eksizyonu sonrası bu komplikasyonun görülme sıklığı ve tedavisi ile ilgili literatürde bir bilgi bulunmamaktadır. Oldukça nadir görülen bu komplikasyonun izlemi ve tedavisinde eğer cerrahi olarak majör yapılara zarar verildiği düşünülüyorsa lenfosintigrafik takip, lenfödem bası giysisi-elevasyon, fizyoterapi uygulamaları ile takip edilmesi ve agresif müdahale-invazif girişimlerden kaçınılması yerinde bir davranış olacaktır. Ameliyat öncesinde böyle bir komplikasyonun da ortaya çıkabileceği ve komplikasyon ortaya çıktığında hastaya tüm basamaklar ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmesi ve destek olunması yaşanabilecek olumsuzlukları en aza indirecektir.

Lenfödem olgu



Aksiller aksesuar meme eksizyonu sonrası lenfödem

P138

Periorbital Tümör Eksizyonu Sonrası Alın Flebi ile Üst ve Alt Göz Kapağı Rekonstrüksiyonu

Cemal Fırat, Göçmen Aslan, Mehmet Fatih Algan, İnönü Üniversitesi, Plastik Cerrahi Anabilimdalı, Malatya

Giriş: Göz kapakları ince ve fonksiyonel olduğundan plastik cerrahlar için üst ve alt göz kapağı rekonstrüksiyonu zor bir alandır. Estetik görünüm yanında fonksiyonel bir yapı oluşturmak bu alanı ilgi çekici hale getirmiştir. Birçok onarım tekniği tanımlanmıştır. Bu vaka sunumunda bazal hücreli karsinom eksizyonuna bağlı oluşan alt ve üst göz kapağı defekt rekonstrüksiyonu için kullanılan alın flebinin aynı seansta palpebral fissür oluşturulması anlatılacaktır.

Olgu Sunumu: 42 yaşında erkek hasta sağ üst ve alt göz kapağı yarısından başlayıp mediale burun dorsumuna doğru ilerleyen ülserle lezyon şikayetiyle başvurdu. Alınan insizyonel biyopsi sonucu infiltratif bazal hücreli karsinom olarak raporlandı. Göz bölümüne başvuran hastaya göz bölümü tarafından geniş eksizyon planlandı. Plastik Cerrahi bölümünden flep ile onarım açısından konsültasyon istendi. Hastanın sağ göz kapakları ortasından başlayıp burun dorsumuna uzanan 5x3 cm çaplı defekt rekonstrüksiyonu için alın flebi planlandı.(Resim 1A) Alın sağ lateralinden flep eleve edildi. Flep eleve edildikten sonra palpebral fissür oluşturmak amacıyla flebin distal ucundan burun aksına paralel uzanan yaklaşık 2,5 cm uzunluğunda insizyon yapılarak üst ve alt göz kapağına adabte edildi. Konjonktivanın geri kalan kısmı flebin tabanına adabte edildi. Hastanın kontrol muayenesinde göz kapaklarını kapatmasıyla gözün tamamen kapatılabildiği görüldü.

(Resim 1B-C) Yaklaşık 1 ay sonra flep ayrılması yapıldı.

Tartışma: Göz kapaklarında medial kantustan lateral kantusa kadar olan tam kat doku kayıpları genellikle malign veya benign tümör eksizyonu, yanık ve travma sonucu oluşmaktadır. Periorbital bölge bazal hücreli kanserlerin en sık yerleştiği bölgelerdendir. Göz kapağı eksize edildiğinde periorbital cilt, göz kapağı sınırları, kirpikler ve kantal açılar kaybolur. Bu defektlerin onarılması sadece estetik açıdan değil ekspoze olan globun üzerinin kapatılması, keratinin önlenmesi ve göz kapağı fonksiyonlarının yeniden sağlanması açısından da önemlidir. Göz kapağı rekonstrüksiyonunda tüm bu unsurlar tatmin edici düzeyde yeniden oluşturulması hedeflenmelidir. (1-5) Göz kapağı rekonstrüksiyonunda 3 amaç bulunur. Bunlar; göz kapağı fonksiyonunun sağlanması, göz küresinin korunması ve yüz estetiğinin sağlanmasıdır. (Gökhan TEMİZ, 2014) Göz kapağı rekonstrüksiyonunda kullanılacak dokuların iyi vaskülarize olması, ince ve katlanabilir olması gerekmektedir. (3)

Çeşitli göz kapağı rekonstrüksiyon teknikleri tanımlanmıştır. Birçok serbest flep tanımlanmış olmasına rağmen plastik cerrahlar genellikle alın flebini seçmektedirler. Uzak doku transferinde renk uyumsuzluğu, kıllı bölge olması göz önüne alındığında lokal doku transferi estetik açıdan daha kabul edilebilir. Ancak lokal fleplerin küçük boyutlara sahip olması, transfer arkının küçük olması olumsuz yanlarındandır. Genel olarak göz kapaklarının 1/3'ünden küçük olan defektler primer kapatılabilir ancak daha büyük defektler daha ileri rekonstrüktif teknikler gerektirir. (2,6,7) Doku genişletici kullanılarak hazırlanan alın fleplerinde üst göz kapağı rekonstrüksiyonu için bazı avantajlar vardır: flep daha ince ve daha esnektir, renk uyumu ve flep kanlanması daha iyidir. Ayrıca donör alan primer kapatılacağından donör alan morbiditesi daha azdır.(7) Üst ve alt göz kapağı rekonstrüksiyonu için kullanılan alın flebi yerine yanak flebi, retroaurikuler ada flebi, temporal flep ve serbest flepler kullanılabilir. Ancak bu flepler genellikle çok kalındır ve göz kapaklarıyla renk uyumsuzluğu vardır. (8) Alın flebinin dezavantajları arasında donör alan morbiditesi, iki seanslı olması ve iki seans arasındaki sürede hastanın estetik olarak rahatsız olması sayılabilir.

Sonuç: Üst ve alt göz kapağı kayıpları genellikle geniş defektler olmasına rağmen alın flebi çoğu hasta için güvenilir bir seçimdir. Üst ve alt göz kapağı kayıplarında palpebral fissür sonradan oluşturulabileceği gibi ilk seansta da oluşturulabilir. Göz kapağı rekonstrüksiyonunda her hasta ayrı ayrı değerlendirilmeli, güzel bir estetik sonuç ve fonksiyonel göz kapakları için uygun bir onarım yöntemi seçilmelidir.

Kaynakça

1. D., H. (1971). Reconstruction of both eyelids following traumatic loss. Br J Plast Surg., 24:361-364.
2. Malcolm A. Lesavoy, M. F. (November 2011). Total Upper and Lower Eyelid Reconstruction Using an Expanded Forehead Flap. Annals of Plastic Surgery, Volume 67, Number 5, ISSN: 0148-7043/11/6705-0502.
3. Köse, R. (2007). Periorbital bölgedeki bazal hücreli kanserlerin tedavisi: 54 olgunun incelenmesi. Genel Tıp Derg, 17(3), 143-149.
4. Wenlin Chen, M. J. (September 2015). Upper and Lower Eyelid Full Thickness Reconstruction Using a Retrograde Postauricular Island Flap. The Journal of Craniofacial Surgery, Volume 26, Number 6, ISSN: 1049-2275.
5. Muzaffer Altındas, M. A. (August 2010). The Prefabricated Temporal Island Flap for Eyelid and Eye Socket Reconstruction in Total Orbital Exenteration Patients. Annals of Plastic Surgery • Volume 65, Number 2, ISSN: 0148-7043/10/6502-0177.
6. Gökhan TEMİZ, M. K. (2014). Göz kapağı rekonstrüksiyonunda pratik ve etkili bir seçenek: Paranasal flep. Göztepe Tıp Dergisi, 29(4):209-213.

7. Kihwan Han, M. P. (July 1997). Total Reconstruction of Partial-Thickness Upper Eyelid Defect with the Expanded Forehead Flap. *Annals of Plastic Surgery*, Volume 39, number 1, 24-29.
8. Gavin C. Kang, M. M. (March 2016). Swiveling a Single Expanded Forehead Flap: A Novel Effective Economical Approach to Total Bilateral Upper and Lower Eyelid Reconstruction. *The Journal of Craniofacial Surgery*, Volume 27, Number 2, ISSN: 1049-2275.

Resim1



Resim1A: Preop Resim1B-C: Flep ayrılması öncesinde

P139

Tıp Fakültesi ve Plastik Cerrahi Eğitiminde Son Sınıf Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Görüşleri-Bir Anket Çalışması

Muhammet Mustafa Aydınol, Burhan Özalp
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş: Tıp eğitimi dünyanın en uzun süren ve en pahalıya mal olan eğitimidir. Türkiye’de altı sene, dünyada 5-7 sene arası değişen eğitim öğretim hayatı boyunca hangi eğitim-öğretim modelinin en uygun olduğu konusunda varılmış bir fikir birliği bulunmamaktadır. Tıp eğitimi daha işlevsel ve modern hale getirebilmek ve mesleki sorunları/kaygıları netleştirebilmek için tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin görüşlerinin alınmasının anlamlı olacağını düşünmekteyiz. Bu nedenle Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf tıp fakültesi öğrencilerine yirmi sorudan oluşan eğitim sorunlarını ve mesleki sorunları değerlendiren bir anket yaptık.

Gereç Ve Yöntem: Etik kurul onamı ve katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alındıktan sonra 100 son sınıf tıp fakültesi öğrencisine çoktan seçmeli, sayısal

değerlendirmeli sorulardan oluşan yirmi soruluk anket dağıtıldı. Cevaplar uygun teknikler kullanılarak yüzde olarak değerlendirildi, grafik haline getirildi ve sorular kendi içlerinde verilen cevaplara göre gruplandırıldı.

Bulgular: Eğitim öğretim ve mesleki sorunlarla ilgili sorulara katılımcıların verdiği yanıtlar değerlendirildi. Katılımcılar cerrahi branşların eğitiminde %62 oranında pratik eğitimin daha önemli olduğu belirtilmiş, staj döneminde ise nöbet tutmak %45 faydasız bulunmuştur. TUS’ta %64 ile dâhili bilimler en fazla tercih edilen alan iken, ana belirleyici faktör %53 ile mesleki tatmin olmuştur.

Sonuç: Yaptığımız anket tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin hekimlik ve eğitim süreci hakkındaki genel görüşlerini değerlendiren bir anket çalışmasıdır. Yapılacak olan daha geniş kapsamlı anketlerle ve alınacak cevapların değerlendirilmesiyle kurumlardaki eğitim, fiziki koşullar, öğretim üyelerinin ders anlatma yöntemleri daha da üst seviyeye taşınabilir. Türkiye genelinde yapılacak bu tarz bir anket çalışmasının sonuçlarının tıp eğitimindeki ve tıp hekimliğindeki mesleki sorunların çözümü için hekim adaylarının gözünden yeni ve taze bir bakış açısı katacağını düşünmekteyiz.

P140

Sakral Bası Yaralarında Erken Komplikasyonların Flep Seçimine Etkisi

Musa Kemal Keleş¹, Uğur Horoz¹, Buğçe Balıoğlu¹, Ergin Seven¹, Emre İnöz¹, Ali Teoman Tellioglu²

¹Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma

Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç; Bası yaraları tüm yataklı servislerde, yoğun bakımlarda ve yatağa bağımlı olan hastalarda ortaya çıkan hasta, hasta yakınları ve hekim için bakım, tedavi ve takibi problem oluşturan yaralardandır. Cerrahi tedavi bası yaralarının tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Uzun dönem cerrahi dışı tedaviye kıyasla düşük komplikasyon oranlarına sahip cerrahi tedaviler maliyet etkinliği, hastanın sosyal hayatına erken dönmesi, ek operasyon ihtiyacını ve morbiditeyi azaltması açısından avantajlıdır. Bu çalışmada sakral bölgedeki bası yaraları için uygulanan flepler komplikasyon oranları açısından geriye dönük olarak karşılaştırılmıştır.

Yöntem ve Gereçler; Kliniğimizde son beş yılda tedavileri yapılan evre 3 ve evre 4 sakral bası yarası hastaları çalışmaya dahil edildi. Hasta kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demografik verileri ve uygulanan cerrahi tedaviler kayıt altına alındı. Operasyon yöntemi ve oluşan erken komplikasyonlar değerlendirildi.

Bulgular; Çalışmaya dahil edilen vakaların 40 tanesi erkek iken 10 tanesi kadındı. En sık görülen etyolojik neden trafik kazası sonrası parapleji idi.

Sonuç; Komplikasyon oranları açısından yapılan flepler arasında anlamlı bir fark görülmedi. Sonuç olarak sakral bölgedeki bası yaralarının cerrahi tedavisinde hastanın bireysel durumu, ailenin kooperasyonu ve daha önce uygulanan tedaviler göz önünde bulundurulmalıdır.

P141

Cerrah Yönetimli Canlı Cerrahi Video Kayıt Yöntemleri

Emin Kapi

Adana Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Adana

Cerrahi işlemlerin görsel olarak kayıt altına alınması, plastik cerrahi uygulamalarında oldukça sık kullanılan yöntemlerden birisidir. Bu yöntemler arasında fotoğraf çekimi ve video kaydı yer almaktadır. Eğitim seminerleri ya da kongrelerde fotoğraf içerikli sunumların oldukça yaygın olmasına karşın, video içerikli sunumlar daha çok rağbet görmektedir. Video kayıtlarının sözel ya da resim bazlı sunumlara kıyasla cerrahinin tüm aşamalarını oldukça detaylı şekilde gösterebilme özelliği, bu sunu yönteminin tercih edilmesinin en büyük nedenlerinden birisini oluşturmaktadır. Bu nedenle özellikle son zamanlarda, bilimsel toplantılarda cerrahi uygulamaların real-time video gösterimi şeklinde sunulma oranı artış göstermiştir. İnternetin medikal eğitim alanındaki kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte, tele-konferans yöntemiyle sunuların uzaktan izlenme seçenekleri de artmıştır. Tüm bu alanlarda kullanılabilen görsel veriler, cerrahi sahayı istenen açıdan gösterebilen video kayıt aparatlarıyla sağlanabilmektedir. Cerrahi prosedürlerin video kaydı için kullanılan çok çeşitli yöntemler mevcuttur. Bu yöntemler, cerrahi uygulamanın tipine göre seçilmekte ve değişiklik gösterebilmektedir. Günümüzde hem sesli hem de yüksek çözünürlüklü görüntü alınabilen çekim aparatları piyasada mevcuttur. Ancak hastanelerin çoğunda video çekimi için uygun teknik donanım bulunmamakta ve ameliyat odasında dışarıdan bir düzenek kurulması gerekmektedir. Bu düzenekler arasında head-mounted kamera, chest-mounted camera, tripodla monte edilebilen kamera gibi seçenekler sayılabilir. Head-mounted camera, yakın çekim için yüksek çözünürlüklü ve detaylı kayıt yapabilen bir alettir. Gövdeye monte edilen kamera, el hareketlerinden etkilenmeden geniş açıyla cerrahi sahayı kaydetme imkanı sağlar. Tripoda monte edilebilen kamera ise sabit bir noktadan çekim yapma imkanı sağlar. Çekim kombinasyonları ile stereoskopik çekim yapma ve farklı pozisyonlarda kayıt alma imkanı da sağlanabilmektedir. Ancak her kayıt yönteminin kendine özgü birtakım sınırlamaları mevcuttur. Bu güçlüklerin aşılmasında kullanıcıya özgü çeşitli modifikasyonlar uygulanabilir. Bu modifikasyonlar arasında en etkili çözüm sağlayan yöntemlerden biri, custom-made uygulamalardır. Bu çalışmada; hızlı monte edilebilen, custom-made, cerrah tarafından manipüle edilebilen, ucuz, kolay kullanımlı ve yüksek çözünürlüklü video kayıt aparatları sunulmaya çalışılmıştır.

P142

Yağ Greftlerinin Rekonstrüktif Amaçlarla Kullanımı

Kamuran Zeynep Sevim¹, Erkan Yüce¹,

Işıl Akgün Demir¹, Mert Sızmaç¹, Ayşin Karasoy Yeşilada¹, Semra Karşıdağ¹, Ulviye Hale Dobrucalı², Ayşegül Türetmiş²

¹*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul*

²*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitimi ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul*

Giriş: Yağ greftleri günümüzde kozmetik alanda olduğu kadar rekonstrüktif alanda da kullanılmaktadır. Vücut simetrisinin ve konturunun bozulduğu birçok durumda (hemifasyal mikrozomi, Poland sendromu, fasyal palsi, skar depresyonları vb.) yağ greftleri gerekli hacmi ve konturu sağlamak için yeterli olmaktadır. Otolog bir doku olmasının yanında, kolay bir şekilde elde edilmesi ve minimal donör alan morbiditesine sahip olması yağ greftlerini daha da cazip bir tedavi seçeneği haline getirmektedir.

Materyal & Metod: Ocak 2011 – Ağustos 2016 tarihleri arasında toplam 34 hastaya rekonstrüktif amaçla yağ grefti uygulandı. Bu uygulamaların 17'si yüze (skar, travma sonrası gelişen deformiteler, fasyal palsi ve tortikollis gibi yüzde asimetri oluşturan durumlar nedeniyle), 12'si memeye (postmastektomi sonrası rekonstrüksiyon amacıyla diğer prosedürlerle kombine olarak), 4'ü ekstremiteye (skar revizyonu amacıyla) ve 1'i farenkse (posterior duvar augmentasyonu amacıyla) yapıldı. Yağ greftleri 29 hastada abdomenden, 5 hastada uyluktan elde edildi. Tüm greftler yer çekimi ile seperasyon yöntemi ile hazırlandı. Ortalama yağ grefti uygulama hacmi 49 cc idi.

Bulgular: Yağ grefti uygulanan 5 hastada önceki seansta uygulanmış olan greftlerin kısmi rezorbe olmasından dolayı revizyon uygulandı, kalan 29 hastada uygulama hacmi yeterli bulundu. Hiçbir hastada greftlerin uygulandığı alanlarda ve donör alanlarda, enfeksiyon, cilt nekrozu ve hematoma gibi komplikasyonlar görülmedi.

Sonuç: Yağ grefti uygulamaları rekonstrüktif operasyonlarda tek başına veya diğer yöntemlerle kombine olarak güvenle kullanılabilir. Greftlerin rezorpsiyonu nedeniyle meydana gelen revizyon ihtiyacı yine aynı yöntemle giderilebilir. Yabancı materyallerle rekonstrüksiyon sonrası görülen enfeksiyon, implant ekspozisyonu gibi komplikasyonların görülmemesi yağ grefti uygulamasının önemli bir avantajıdır.

P143**Kepçe Kulak Operasyonunun Hastaların Psikiyatrik Durumlarına Etkileri**

Metin Temel¹, Ümit Sertan Çöpoğlu²,
Mehmet Hanifi Kokaça², Ahmet Kahraman¹,
Mustafa Özkan¹, Bilge Uzun², Ali Yeniocak¹
¹Mustafa Kemal Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Hatay
²Mustafa Kemal Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,
Hatay

Giriş: Kepçe kulak, dış kulağın ensık görülen konjenital anomalisidir [1-3]. Bu anomalinin düzeltilmesi için 200'den fazla cerrahi teknik tanımlanmıştır [4-8]. Ancak üzerinde fikir birliği oluşmuş tek bir teknik yoktur. Literatürü incelediğimizde cerrahi teknikten bağımsız olarak operasyon sonrası hastaların yaşam kalitesinde artış olduğu ve kendine güvenin arttığı belirlenmiştir [9, 10]. Biz bu çalışmada plastik cerrahi polikliniğine kepçe kulak şikayeti ile gelen hastalarda psikiyatrik açıdan yaptığımız değerlendirmenin erken dönem sonuçlarını paylaşmak istiyoruz.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya kepçe kulak deformitesi nedeniyle plastik cerrahi polikliniğine başvuran ve 18 yaşın üzerindeki 15 hasta dâhil edildi. Hastalara operasyon öncesi ve operasyondan sonraki kontrolde Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beden Algısı Ölçeği ve Suçluluk-Utanç Ölçeği uygulandı. Operasyon öncesi ve sonrası ölçek puanları Wilcoxon testi ile, değişkenler arası bağıntı Spearman korelasyon testi değerlendirildi. P<0.05 anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 9'u erkek (%60), 6'sı kadındı (%40). Hastaların yaş ortalaması 24.5±8.9'du. Hastaların operasyon öncesi ve sonrası Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği, beden algısı ölçeği ve suçluluk utanç ölçeği değerleri tablo 1'de verilmiştir. Hastalarda operasyon sonrası Beck depresyon ölçeği ve beden algısı ölçeği puanları operasyon öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük saptandı (p=0.018, p=0.012 sırasıyla). Beden algısı ölçeği puanları ile Beck depresyon ölçeği puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde korelasyon saptandı (p=0.05, r=0.515).

Tartışma: Tüm hastalar aynı cerrah ve aynı cerrahi teknikle opera edilmiş olduğundan çalışmamızın bulguları değerlendirildiğinde kepçe kulak deformitesinin, kişilerin beden algılarını olumsuz olarak değerlendirmelerine neden olduğu ve özellikle depresif belirtiler olmak üzere psikolojik bozukluklara neden olduğu söylenebilir. Operasyon sonuçlarını değerlendirdiğimizde ise bu deformitenin düzelmesi ile kişilerin beden algılarının ve bununla bağlantılı olarak depresif belirtilerinin düzeldiği görülmüştür.

Kaynaklar

1. Kelley, P., L. Hollier, and S. Stal, Otoplasty: evaluation, technique, and review. J Craniofac Surg, 2003. 14(5): p. 643-53.
2. Paredes, A.A., Jr., J.K. Williams, and N.I. Elsayh, The constricted ear. Clin Plast Surg, 2002. 29(2): p. 289-99, viii.
3. Adamson, P.A., B.L. McGraw, and G.J. Tropper, Otoplasty: critical review of clinical results. Laryngoscope, 1991. 101(8): p. 883-8.
4. Campbell, A.C., Otoplasty. Facial Plast Surg, 2005. 21(4): p. 310-6.
5. Janis, J.E., R.J. Rohrich, and K.A. Gutowski, Otoplasty. Plast Reconstr Surg, 2005. 115(4): p. 60e-72e.
6. Jeffery, S.L., Complications following correction of prominent ears: an audit review of 122 cases. Br J Plast Surg, 1999. 52(7): p. 588-90.

7. Rogers, B.O., The classic reprint. A New Operation for Prominent Ears Based on the Anatomy of the Deformity by William H. Luckett, M.D. (reprinted from Surg. Gynec. & Obst., 10: 635-7, 1910). Plast Reconstr Surg, 1969. 43(1): p. 83-6.

8. Salgarelli, A.C., et al., Combined technique for the correction of prominent ears: results in 140 patients. Br J Oral Maxillofac Surg, 2009. 47(7): p. 545-9.

9. Furnas, D.W., Correction of prominent ears by conchamastoid sutures. Plast Reconstr Surg, 1968. 42(3): p. 189-93.

10. Fritsch, M.H., Incisionless otoplasty. Facial Plast Surg, 2004. 20(4): p. 267-70.

Hastaların operasyon öncesi ve sonrası psikolojik değişkenleri

	Preop(n=15)	Postop (n=15)	Z	p
Beck Depresyon Ölçeği (Ortalama, min-max)	14, 1-34	5, 0-39	-2.36	0.018
Beck Anksiyete Ölçeği (Ortalama, min-max)	17, 0-32	7, 0-37	-1.51	0.13
Beden Algısı Ölçeği (Ortalama, min-max)	91, 47-147	66, 47-126	-2.51	0.012
Suçluluk-Utanç Ölçeği (Ortalama, min-max)	95, 74-119	98, 58-112	-1.25	0.21

P144**Ani Gelişen Hemifasiyal Nekroz İle Seyreden Mortal Bir Enfeksiyon: Mukormikozis**

Billur Sezgin¹, Gülrü Avcı², Alan Alper Sag³,
Şafak Uygur¹, Ozan Gökler⁴, Selahattin Özmen¹,
Reha Yavuzer¹

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

⁴Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Mukormikozis, nadir görülen, ancak invazif ve mortal seyir gösteren bir fungal enfeksiyondur. Sıklıkla diyabet, hematolojik veya onkolojik kanserler veya uzun dönem kortikosteroid kullanımına bağlı immün sistemi baskılanmış hastalarda izlenmektedir. Enfeksiyon fungal sporların inhalasyonunu takiben sinonazal mukozadan başlar ve hızlı agresif seyir sonucu orbital ve serebral tutulum sergileyebilir. Bu hali ile rino-orbito-serebral mukormikozis adını alır. Mukormikozisli olgularda fungusun anjiyoinvazif davranışı vasküler invazyonlara ve yaygın doku nekrozuna neden olmaktadır. Erken tedavi edilmediği takdirde mortalitesi oldukça yüksektir. Diyabetik ketoasidozla başvuran akciğer kanserli hastada akut gelişen maksiller ve oftalmik arter trombozu sonrası hemifasiyal doku nekrozu ve görme kaybı ile seyreden mukormikozisli olgu sunulmuştur.

Olgu: Metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısıyla izlenen 60 yaşında kadın hasta, beyin metastazına yönelik radyoterapi ve sonrasında steroid tedavisi almakta iken genel durumunun kötüleşmesi nedeniyle acil servise

başvurdu. Başvuru anında hasta letarjikti ve pupilleri anizokorikti. Hastanın ayrıca sol medial periorbital cildinde lokalize bir travma sonucu oluştuğu varsayılan ekimotik bir alan izlenmişti. Acil serviste çekilen kraniyal tomografi kesitlerinde varolan metastazlarının dışında kanama ya da şift saptanmamıştı. Laboratuvar testlerinde kan şekeri yükseklik, kan gazında asidoz ve idrarında keton pozitifliği saptandı. Hasta diabetik ketoasidoz tanısı ile yoğun bakım ünitesine yatırıldı. İnsülin infüzyonu ile glukoz değeri kontrol altına alınan hastanın metabolik asidozu geriledi ancak iki günlük takip sürecinde sol gözde lokalize olan morluğun, ilerleyici şekilde; göz çevresinden, burun kanadına ve yanağa doğru uzanım gösterdiği ve ağız içerisinde de sol damak yarısını ve bukkal mukozayı da etkilemiş olduğu izlendi. Plastik cerrahi bölümüne bu aşamada konsülte edilen hastanın yapılan detaylı fizik muayenesinde sol maksiller arterin dolaşım trasesine ait iskemiye bağlı doku nekrozu olabileceği öngörüldü (Şekil 1). Yüzdeki nekrotik dokuya yönelik yapılan bilgisayarlı tomografi anjiyografisinde sol oftalmik arter, sol internal maksiller arter ve dallarında, sol fasial arter ve distal dallarında tromboz izlendi. Pupilleri anizokorik olan hastada geri dönüşümsüz görme kaybı olduğu saptandı. Nekrotik dokuların geri dönme ihtimalinin olmaması, reperfüzyon hasar riskinin fazla olması ve hastanın yeni radyoterapi verilmiş metastaz alanlarından kanama riskinin olması sebebiyle hastaya trombolitik tedavi verilmedi. Hastanın fasial nekrozunun etyolojisine yönelik cilt biyopsisi yapıldı ve biyopsi sonucunda mukormikozis saptanırken ağız içinden alınan kültürlerde de maya hücreleri ve hifler görüldü ve Rhizopus üremesi oldu. Paranasal sinüs, maksillofasial ve orbital alan görüntülemelerinde akut invazif fungal enfeksiyon lehine bulgular görüldü ve hastaya rino-orbito-serebral mukormikoz tanısı konuldu. Antifungal tedavi başlanarak hastanın mevcut tedavisine liposomal amfoterisin B ve oral mukor için oral posakonazol eklendi. Takiplerinde genel durumun ilerleyici şekilde bozulması nedeniyle yüzündeki nekrotik alan demarke olan hastaya palyatif tedavi ve lokal yara bakımı yapılması öngörüldü. Bu dönemde akciğer mikroembolileri gelişen olgunun, beyinde ve akciğerde de mantar enfeksiyonu ile uyumlu odakları saptandı. Hastanın nörolojik görüntülemesinde beyin sol ön ve arka sistem arter sulama alanlarında yaygın enfarkt ve sağa şift saptandı. Radyoloji birimi ile değerlendirilen görüntüler daha çok enfeksiyonun intrakraniyal invazyonu lehine düşünüldü. Çoklu antibiyotik tedavisine rağmen sepsis gelişen hasta çoklu organ yetmezliği nedeniyle kaybedildi.

Tartışma: Mukormikozis kütanöz, rino-orbita-serebral, pulmoner, gastrointestinal, santral sinir sistemi ve yaygın formlarda ortaya çıkabilen, fırsatçı, hızla yayılan ve nadir görülen anjiyoinvaziv bir enfeksiyondur. Rhino-orbito-serebral mukormikozis, zigomiçes grubundan mukorales cinsi fungusun neden olduğu bir hastalıktır. Rhizopus en baskın patojendir ve rinoserebral olguların %90'ından sorumludur. Bu mantar sağlıklı kişilerin ağız, burun boşluğu, boğaz ve dışkılarından üretilir. Ancak enfeksiyon klasik olarak başta kontrolsüz diyabet olmak üzere immün sistemi baskılanmış hastalarda görülür. Diyabetik hastaların özellikle ketoasidoza girmeleri en büyük predispozan faktördür. Keton cisimleri demirin yerine serum proteinlerine bağlanır. Azalan serum demir bağlama yeteneği ile serbest serum demiri artar. Yüksek demir düzeyi, glukozdan zengin ve asidik ortam mantarların gelişmesini sağlar, nötrofil kemotaksisini ve fagositozunu azaltır. Mukormikozis inferior ve orta meatustan başlayarak paranasal sinüslere yayılır ve oradan orbital ve intrakraniyal yayılım gösterebilir. Mukormikozisin arterlere yüksek afinitesi vardır. Damar duvarına adhere olarak tromboza yol açabilir. Sonrasında da dokularda iskemi ve nekroz gelişir. Kesin tanı, alınan örnekten biyopsi ile histopatolojik olarak konur. Sunulan olgu, diyabetik ketoasidozla prezente olan

immün sistemi baskılanmış bir hasta olup yüzünün sol tarafındaki arterlerde tromboz ve buna bağlı iskemi gelişmiş, sonrasında intrakraniyal ve pulmoner invazyon gerçekleşerek mortal seyretmiş bir olgudur. Diyabetik ve onkolojik hastalarda ani gelişen hemifasiyal iskemi fungal enfeksiyonlar açısından akılda tutulması gereken bir tablodur. Mortal seyreden bu olgular için erken tanı ve tedavi kritiktir.

Şekil 1



Sol göz, yanak ve burun kanadında ilerleyici ekimoz ve soğukluk saptanan hastada sol maksiller arterin dolaşım trasesine ait iskemiye bağlı doku nekrozu olabileceği öngörüldü

P145

Olgu Sunumu: Tek Taraflı Meme Ucunda Yerleşim Gösteren Akrokordon

Mehmet Öztan¹, Ender Ceylan²

¹Özel Medova Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Konya

²Batman Bölge Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Batman

Giriş: Akrokordonlar sık görülen, sıklıkla küçük ve deri renginde olan, aksiller ve boyun bölgesinde daha çok görülmekle beraber vücut yüzey alanının herhangi bir yerinde yerleşebilen, iyi huylu deri lezyonlarıdır. Akrokordonlar; fibroepitelyal polip, skin tags, soft fibrom gibi isimlerle de bilinmektedir. En sık görülen deri lezyonlarından (1). Sıklıkla boyun ve koltukaltında görülen saplı lezyonlardır (2). Burada sunduğumuz olgu akrokordonların alışlagelmiş olan yerleşim yerlerinin dışında bir yerde, tek taraflı meme ucunda yerleşim göstermektedir.

Olgu: 34 yaşında kadın hasta 4-5 yıldır sağ meme ucunda giderek büyüyen kitle şikayeti ile geliyor. Sağ memeden çocuğunu emziremediğini belirtiyor. İlk muayenede sağ meme ucu süperior kısmından köken alıp yerçekimi etkisiyle aşağıya doğru sarkma gösteren nipple ile aynı renkte ve kıvamda bir kitle izlenimi mevcut. Hastaya lokal anestezi altında müdahale edildi ve kitle eksize edilerek incelenmek üzere patoloji birimine gönderildi. Eksizyon alanında oluşan defekt primer suture edilerek kapatıldı. Patoloji sonucu akrokordon (fibroepitelyal polip) gelen hastanın postop dönemde herhangi bir şikayeti olmadı.

Sonuç: Rutin klinik olgularda akrokordonlar genellikle 5 milimetreden daha küçüktür (3). Literatürde 8 cm çapına kadar ulaşan büyüklük ve 2,5 kilograma kadar ağırlıklarının olduğu dev akrokordonlar bildirilmiştir (4,

5). Sunduğumuz olgudaki fibroepitelyal polip boyutları 2,5x2x0,8 cm olarak tespit ettik. Fibroepitelyal poliplerlerin daha çok alt ekstremitelerde yerleşim gösterdiği bilinmektedir (1, 3). Labium major üzerinde dev akrokordan bildiren makaleler de göze çarpmaktadır (6). Bizim olgumuzda kitlenin yerleşimi nadir görülen bir yerleşim yeri olan sağ nipple olduğu görülmektedir. Nadir de olsa fibroepitelyal poliplerde malignleşme görülmektedir. Genel olarak skin tag malignleşme oranı % 0,37 olarak bildirilmiştir (4). Ağır ve ark.(1) diz bölgesindeki fibroepitelyal polip zemininde squamoz hücreli karsinom geliştiği bir olgu rapor ettiler. Kronik irritasyon ve inflamasyona maruz kalan fibroepitelyal poliplerde malignleşme olababileceğinden bu tür vakalar dikkatle incelenmelidir. Bu riskler bulunan tüm fibroepitelyal polipler, özellikle de dev olanlar eksize edilmeli ve bu spesmenlerin histopatolojik incelemesi mutlaka yapılmalıdır.

Kaynaklar:

1. Ağır H, Sen C, Cek D. Squamous cell carcinoma arising from a fibroepithelial polyp. Ann Plast Surg 2005;55(6):687-688.
2. Banik R, Lubach D. Skin tags: localization and frequencies according to sex and age. Dermatologica 1987;174(4):180-183.
3. Fetsch JF, Davis CJ Jr, Hallman JR, Chung LS, Lupton GP, Sesterhenn IA. Lymphedematous fibroepithelial polyps of the glans penis and prepuce: a clinicopathologic study of 7 cases demonstrating a strong association with chronic condom catheter use. Hum Pathol 2004;35(2):190-195.
4. Eads TJ, Chuang TY, Fabré VC, Farmer ER, Hood AF. The utility of submitting fibroepithelial polyps for histological examination. Arch Dermatol 1996;132(12):1459-62.
5. Choudhary ST. Treatment of unusually large acrochordon by shave excision and electrodesiccation. J Cutan Aesthet Surg. 2008;1(1):21-22.
6. Doe PT, Grattan CE. Guess what! Skin tag (acrochordon) on the labium majus. Eur J Dermatol 1998;8(8):587-8.

Şekil 1. Sağ meme ucunda akrokordon a) Preoperatif görüntü b) Postoperatif görüntü



ve T-lenfosit sayıları normal olup hipergammaglobulinemi görülebilir. Bu hastalarda Pseudomonas, CMV ve Cryptosporidium enfeksiyonları siktir ve sıklıkla bu fırsatçı enfeksiyonların görülmesi ile tanı alır. Bu enfeksiyonlara bağlı olarak da doku defektleri gelişebilmekte ve doku kaybı oluşabilmektedir.

Çalışmanın Amacı: MHC Class-II eksikliğine bağlı fırsatçı enfeksiyon sonucu oluşmuş burnun total kaybı ve bunun hastada oluşturduğu kozmetik ve psikolojik sorunların giderilmesi amacı ile epitez ile burnun onarımı sunulmuştur.

Olgu: 17 yaşında erkek hasta, 6 yaşında ayaklarında ve yüzünde multipl doku defektlerinin olması ile MHC Class-II eksikliği tanısı aldı. Hastaya kliniğimizde bir çok kez defekt onarımı yapıldı, ancak hastanın kontrollerinde burunda total kayıp meydana geldiği görüldü. Kozmetik ve psikolojik sebeplerle burnun epitezi planlandı. Hasta için hazırlanan burnun epitezi tarafımızca pin yerleştirilerek burna takılıp çıkarılabilecek şekilde yerleştirildi.

Sonuç: MHC Class-II eksikliği genç yaştaki hastalarda kozmetik sorunlara neden olup sosyal hayatı aksatabilmektedir. Bu kozmetik sorunlarla günümüzde tecrübeli kliniklerde başa çıkılabilmektedir. Bu çalışmamızda burnun defekti olan MHC Class-II eksikliği hastalarında burnun epitezinin uygun bir yöntem olduğunu göstermiş olduk.

Şekil 1



Burunda total nekroz sonrası epitez ile onarım

P146
MHC Class-II Eksikliği Olan Hastaya
Burun Epitezi Uygulaması

Zeynep Tuzlalı, Melih Can Sezgiç, Yasemin Aydınli,
Burak Kaya, Savaş Serel
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: MHC Class-II, CD4+ hücrelere antijen sunmakla sorumludur ve antijen sunucu hücrelerin yüzeyinde bulunur. Eksikliği OR geçişlidir ve Akdeniz bölgesinde yaşayan kişilerde özellikle sık görülür. Hastaların B-lenfosit

P147

**Aksilla Doku Defektlerinin
Rekonstrüksiyonunda Alternatif
Seçenek;Posterior Brakial Cilt Flebi Olgu
Sunumu**

Feridun Elmas¹, Abdullah Anıl Özpak¹,
Ali Teoman Tellioglu²

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hastanesi Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Aksilla vital yapıları bulunduran alan olmakla birlikte kıl folikülleri, ter ve apokrin bezlerini de içerir. Aynı zamanda buranın mobil olması omuz eklemi hareketi için önem teşkil etmektedir. Aksiller defektler travmaya bağlı olabilmekte; bunun yanında aksiler hidradenit, yanık sekelleri, tümöral lezyonların eksizyonlarına sekonder olarak oluşabilmektedir. Bu bölgenin rekonstrüksiyonda deri grefti uygulamaları bu alanın önemli yapıları içermesi ve hareket esnasında aksillanın fonksiyonel önemi nedeniyle uygun olmamaktadır (1). Aksiller alan rekonstrüksiyonunda bugüne kadar tanımlanmış pek çok yöntem bulunmaktadır. Fakat uygulanan yöntemlerin birçoğunda flebin nekrozu, estetik ve fonksiyonel sonuçların iyi olmaması gibi sonuçlarla karşılaşmaktadır (2-3).

Amaç: Bu çalışmada amaç aksiller hidradenit eksizyonu sonrası oluşan defekt alanını kapatmak için uygulanan posterior brakial cilt flebi olgusunu sunmaktır.

Olgu: 41 yaşında erkek hasta kliniğimize bilateral aksiler hidradenit nedeniyle yönlendirildi. Hastanın muayenesinde sağ ve sol aksiller alanda sağda daha ağır derecede olmak üzere kötü kokulu, akıntılı lezyonları görüldü. Hidradenit eksizyonu planlanarak hasta kliniğimize yatırıldı. Aksiller bölgede bulunan yaklaşık 12 x 8 cm'lik hidradenit eksize edildi. Oluşan defekt alanını kapatmak için posterior brakial cilt flebi planlandı ve defekt alanı kapatıldı.

Yöntem: Olekranon ve posterior aksiller katlantı hattı üzerinden planlanan flep defekt boyutuna göre triceps fasyası dahil edilerek kaldırıldı. Flebi besleyen vasküler yapıların seyri fasya üzerinde görüldü. Posterior aksiler katlantıya 4 cm distal olacak şekilde flep eleve edildi. Aksiller alandan defekt alanına subkütan tünel açılarak flep defekt alanına taşındı ve adapte edildi. Flep donör saha primer kapatıldı.

Tartışma: İlk olarak Masquelet ve arkadaşları tarafından tanımlanan posterior brakial cilt flebi (4) teres majorün sonlandığı alan çevresinde triceps kasının fasyasına transverse seyreden brakial yada derin brakial arterin dallarının beslediği fleptir. Bu flep serbest flep olarak kullanılmakla birlikte (5) aksilla ve çevresindeki geniş bir alanın defekt onarımlarında da lokal olarak kullanılabilir. Donör sahanın primer kapanabilmesi, flebin kolaylıkla hazırlanabilmesi ameliyat zamanını ciddi anlamda kısaltmıştır.

Sonuç: Aksilla defektlerinin kapatılmasında kullanılan yöntemler fonksiyonel, estetik ve fizyolojik olarak sorunlara yol açabilmektedir. Sunulan vakada da kullanılan posterior kol flepleri cilt, renk uyumu, flebin beslenmesi, estetik görünüm açısından iyi sonuçları olan bir yöntemdir. Cerrahi sırasında flebin kaldırılmasının kolaylığı, geniş rotasyon serbestliği, flebin güvenilirliği bu flebi iyi bir alternatif yapmıştır.

KAYNAKLAR:

- 1- The versatility of the islanded posterior arm flap for regional reconstruction around the axilla, Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. Schmidt, Manfred; Dunst-Huemer, Karin M.... Show all. Published July 1, 2015. Volume 68, Issue 7. Pages 953-959. © 2015.
- 2- Varkarakis G, Daniels J, Coker K, Oswald T, Akdemir O, Lineaweaver WC. Treatment of axillary hidradenitis with transposition flaps: a 6-year experience. Ann Plast Surg 2010; 64:592e4.
- 3- Ortiz CL, Castillo VL, Pilarte FS, Barraguer EL. Experience using the thoracodorsal artery perforator flap in axillary Hidradenitis suppurativa cases. Aesthetic Plast Surg 2010;34: 785e92
- 4- Masquelet AC, Rinaldi S. Anatomical basis of the posterior brachial skin flap. Anat Clin 1985;7:155e60.
- 5- Masquelet AC, Rinaldi S, Mouchet A, Gilbert A. The posterior arm free flap. Plast Reconstr Surg 1985;76:908e13

Posterior Brakial Cilt Flebi



A-Preoperatif görünüm B-C-intraoperatif planlama ve Kas fasyası ile seyreden pedikül D-Flebin defekt alanına taşınması E-Operasyon sonu görünüm, donör sahanın primer kapatılması

P148

**Hipospadias Cerrahisi Sonrası Oluşan
Deri Eksikliğinin Kapatılmasında Sünnet
Derisinin Yanlış Uygulanmasına Bağlı
Nekroz; İki Vakadan Çıkarılacak Dersler**

Sedat Tatar, Yalçın Yontar

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Hipospadias 350 canlı doğumda bir görülmekte ve cerrahi tedavisi için 300 den fazla teknik tanımlanmıştır. Hipospadias onarımlarında eş zamanlı sünnet yapılabilir, ancak sünnet yapılırken ventraldeki deri eksikliğinin iyi hesaplanması gerekmektedir ve ya ventraldeki oluşan deri eksikliğinin sünnet derisiyle kapatılmasında greft uygulama prensiplerine dikkat edilmesi gerekmektedir. Kliniğimize konsulte edilen hipospadias onarımıyla eş zamanlı sünnet uygulaması sonrası deri eksikliği gelişen iki olguyu sunduk.

Vaka: Her iki olguda Sonodgrasın 1994 yılında tariflediği tubülarize insize plat üretroplasti tekniğiyle opere edilen hastalardı. Birinci vaka 6 yaşında erkek hasta TİPU tekniğiyle hipospadias onarımı için dorsal prepupisyum derisi penis gövdesine kadar soyulduktan sonra sünnet işlemi uygulanan ve oluşan defekt sünnet derisi kullanılarak kapatılmış ve sonrasında total nekroz ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde sünnet derisinin fasyası soyulmadan greft olarak defekt alanına yerleştirildiğini öğrendik ve defekt debridman sonrası inguinal bölgeden alınan tam kalınlıkta deri greftiyle onarıldı. Takiplerinde greft kaybı gözlenmedi

İkinci vaka 8 yaşında erkek hasta ise intraoperatif olarak yine eş zamanlı sünnet uygulanan ve sonrasında ventralde oluşan defekt için danişılan hastaydı. Sünnet derisi greft

olarak kullanıldı. Graft konulmadan önce dartos fasyası keskin diseksiyonla soyuldu ve penis gövdesi etrafına sarıldı. Takiplerinde greftte kayıp gözlenmedi (Resim).

Tartışma: Sonodgrass <ın un 1994 yılında tariflediği tubülarize insize plat üretroplasti tekniğinde distal hipospadias için üretral plak altından yapılan horizontal sünnet insizyonuna benzer insizyon ve glansa doğru vertikal insizyonların içe kıvrılmasıyla yeni üretra oluşturulmakta ve prepupisyal flep ve dorsal prepupisyum derisi penis gövdesine kadar soyularak serbestleştirilmekte ve ventraldeki cilt defekti bu yolla kapatılmaktadır. Bu teknikle yeni üretra etrafında, ventral ve gövdedeki oluşacak cilt eksikliği ve cilt ihtiyacı planlanmadan yapılan sünnetlerden sonra cilt defektleri oluşabilmektedir ve eksize edilen sünnet derisi tekrar graft olarak kullanılacaksa greft sağkalımının artması için dartos fasyasının soyularak defekt alanına konulması gerekmektedir. Birinci vakada tipu tekniği ile eş zamanlı sünnet yapılmış ve oluşan defekt sünnet derisinin tekrar dartos fasyası soyulmadan greft olarak konulduğu için total nekroz ile sonuçlanmıştır ve bu vaka inguinal bölgeden alınan tam kalınlıkta deri grefti ile onarılmıştır. İkinci vaka ise intraoperatif olarak yine tipu (sonodgras) tekniği ile opere edilmiş ve eş zamanlı sünnet sonrası deri eksikliği nedeniyle başka bir cerrah tarafından konsulte edilmiş ve sünnet derisi dartos fasyası sıyrılarak greft olarak penis gövdesine yerleştirilmiş ve greftde herhangi bir kayıp gözlenmemiştir.

Hipospadias onarımında eş zamanlı sünnet uygulaması yapılabilmektedir. Sünnet derisinin ise greft olarak yanık kontraktülerinde ve ya sindaktililerde uygulanması başvurulan yöntemlerdendir. Sünnet derisi greft olarak uygulanmadan önde greft sağkalımını artırmak için fasyanın soyulması gerekmektedir. Kliniğimize konsulte edilen vakalardan birincisi tipu tekniği ile eş zamanlı sünnet yapılmış ve oluşan defekt sünnet derisinin tekrar dartos fasyası soyulmadan greft olarak konulduğu için total nekroz ile sonuçlanmıştır ve bu vaka inguinal bölgeden alınan tam kalınlıkta deri grefti ile onarılmıştır. İkinci vaka ise intraoperatif olarak yine tipu (sonodgras) tekniği ile opere edilmiş ve eş zamanlı sünnet sonrası deri eksikliği nedeniyle başka bir cerrah branş tarafından konsulte edilmiş ve sünnet derisi dartos fasyası sıyrılarak greft olarak penis gövdesine yerleştirilmiş ve greftde herhangi bir kayıp gözlenmemiştir.

Sonuç: Bu vakalardan çıkarılacak derslerden birincisi hipospadias tekniği ne olursa olsun sünnet derisinin greft olarak uygulamalarında dartos fasyasının soyulması gerekmektedir ve bilinen bu detayın atlanması greft kayıplarına yol açmaktadır. İkinci ders ise eş zamanlı sünnet uygulamasında oluşabilecek deri eksikliğini iyi hesaplanması gerekmektedir ve gerekirse sünnet işleminin sonraki seanslara bırakılması uygun olacaktır. Üçüncü ve belki de en önemli ders plastik cerrahi dışındaki branşların, oluşabilecek deri eksikliklerinin hesaplanmadan bu operasyonu yapmaları ve yanlış bir uygulamayı düzeltirken de yine yanlış bir yöntemi uygulamaları bize hipospadias gibi operasyonları biz plastik cerrahların yapması gerektiğini düşündürmektedir.

Resim



P149

McIndoe Vaginoplastisi Sonrası Oluşan Total Vaginal Oklüzyonun Onarımı

Süleyman Taş

İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Vaginal aplazi nadir görülen bir konjenital anomalidir ve bu anomalinin onarımında genellikle McIndoe tekniği tercih edilmektedir. Burada yazar, McIndoe vaginoplastisi geçirmiş bir hastada daha önceliteratürde bildirilmemiş bir komplikasyon olan total vaginal oklüzyonun sunumunu ve tedavisinde izlediği yol haritasını ve tekniği sunmayı amaçlamaktadır.

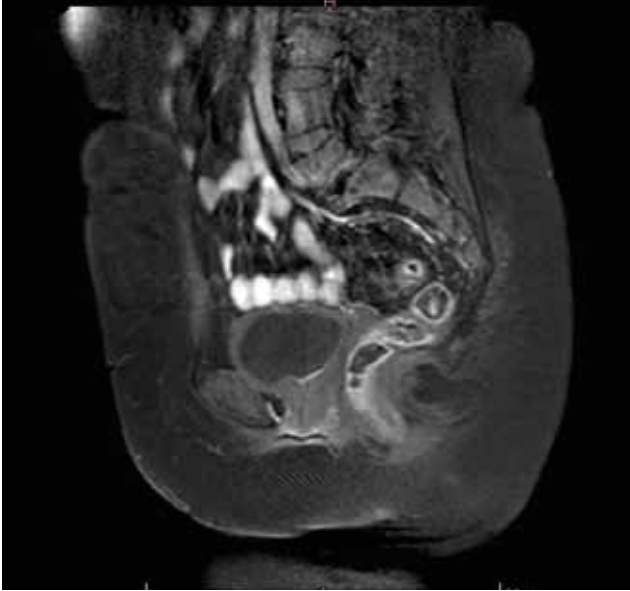
Olgu: 50 yaşında kadı hasta, 15 yıl önce geçirdiği McIndoe vaginoplastisi sonrası oluşan total vaginal oklüzyon nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde, vaginal ağzın olmayışı dışında eksternal genital alanın normal olduğu tespit edildi. Yapılan ultrasonografik çalışma ve magnetik rezonans görüntülemesinde; hipoplastik bir uterusun olduğu ve vaginanın total yokluğu, bilateral overlerin doğal olduğu tespit edildi. Hastanın karyotipinin 46XX olduğu tespit edildi. Genel anestezi altında hastaya sezeryan insizyonundan girilerek rektum, mesane ve uterus korunarak normal anatomik aksta olacak şekilde vaginal poş oluşturulup mukozaya ağızlaştırıldı. Mini karın germe ameliyatı yapılarak elde edilen tam kalınlıklı deri grefti vaginal molda sarılarak açılan poşa yerleştirildi. 1 yıl boyunca takip edilen hastanın, ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon yaşanmadı.

Tartışma: McIndoe vaginoplastisi sonrası literatürde parsiyel oklüzyonlar bildirilmiş olmasına karşın tam oklüzyonunun raporlanmadığı tespit edilmiştir. Geçirilmiş cerrahiler sonrası oluşan skar doku formasyonu etraf organ hasarına neden olabilmekte ve hastaya uygun

cerrahi tekniğin seçilmesini gerektirmektedir. Burada daha önce bildirilmemiş, sezaryan insizyonundan girilerek oluşturulan vaginal poşa McIndoe yöntemi ile vaginoplasti sunulmaktadır.

Sonuç: McIndoe tekniği ile oklüzyon görülen vakalarda tam kalınlıklı deri grefti ve sezaryan insizyonun operasyona eklenmesi ile başarılı sonuçların alınabileceğini düşünmekteyiz.

Şekil 1



Hastaya ait MR görüntülemesinde total vaginal oklüzyon gösterilmektedir.

Olgu Sunumu: Temporal bölgede skuamöz hücreli kanser tanısı ile takipli 87 yaşında erkek hasta acil servise lezyon bölgesinde ağrı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede sol temporal bölgede 5x5 cm lik etrafı eritemli kurut izlendi ve kurutun debridmanı sonrası çok sayıda larva içeren, ülser lezyon görüldü. Larvalar mekanik olarak temizlendi ve yarası hidrojen peroksit solüsyonu ile irriga edildi. Yapılan görüntüleme yöntemlerinde kemik patoloji izlenmedi. Lezyon uygun cerrahi sınır ile eksize edildi ve defekt alanı greft ile kapatıldı. Larvalardan alınan örnekler parazitoloji laboratuvarına gönderildi. Morfolojik inceleme sonucu larvalar Wohlfahrtia magnifica Larva 3 (L3) olarak tanımlandı.

Tartışma Ve Sonuç: Miyazis dokuların ve organların sinek larvaları ile enfestasyonudur. Miyazis için en önemli risk faktörleri kötü kişisel hijyen ve düşük sosyoekonomik durumdur. Miyazis konaktaki parazitlik derecesine göre zorunlu, rastlantısal ve fakültatif olarak gruplandırılabilir. En sık görülen fakültatif tip olup, paraziter larval gelişim için bir konağa ihtiyaç duymamaktadır. Anatomik yerleşimine göre kütanöz, kaviter (oral, nazal, intestinal, otomiyazis, ürogenital) ve oküler olarak sınıflandırılır. Klinik olarak ise fronküler, migratuar ve yara miyazisi olarak görülmektedir. Fronküler miyazis normal deri üzerinde yerleşir. Migratuar miyazis, kedi veya at bakıcılarında ortaya çıkar. Yara miyazisi ise parazitlerin yumurta veya larvalarını açık yaralara bırakmaları sonucu oluşur. Miyazis vakası ile karşılaşıldığında larva örneği öncelikle sıcak ama kaynamayan suya konularak öldürülmeli sonrasında da %70 etanol veya izopropil alkol solüsyonu içinde saklanmalıdır (3). Yara miyazisi tedavisi larvaların mekanik olarak temizlenmesi, enfestasyonlu yara yatağının cerrahi debridmanı, antiseptik solüsyonlar ile yoğun irrigasyonu ve günlük pansumandan oluşur.(4) Bazı vakalarda larvalar nekrotik dokuları temizleyerek, bakteriyostatik ve granülasyonu arttıran maddeler salgılayarak yara iyileşmesine katkıda bulunur (5).

P150

Squamöz Hücreli Karsinom Zemininde Gelişen Miyazis Olgusu

Buğra İpek¹, Nafiye Koç², Bekir Ünal¹, Ayşe Çakmak², Ali Teoman Tellioglu³, Feridun Elmas¹

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Ankara

²Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi, Parazitoloji Anabilim Dalı, Protozooloji ve Entomoloji Ünitesi, Ankara

³Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara; Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Ankara

Giriş: Miyazis; vertebralı canlıların organ ve dokularının, en azından belli bir zaman dilimi için konağın canlı veya ölü dokuları, mukozası, vücut salgıları ile beslenen difteröz larvaları ile parazitik enfestasyonudur (1). Miyazis bulguları sineğin cinsi ve türüne, larvanın invazyonuna, sineğin evresine, ve enfestasyonun bölgesine bağlıdır. Klinik olarak en sık cilt tutulumu (baş- boyun maligniteleri üzerinde, kulakta, parotis bezi komşuluğundaki deride, amputasyon güdüğünde, skalpte ve normal deri üzerinde) görülür. Kutanöz miyazis fronküler, migratuar ve yara miyazisi olarak ayrılır (2). Burada uzun süreli ve ihmal edilmiş squamöz hücreli karsinom üzerinde gelişen miyazis olgusu sunulmaktadır.

Referanslar

1. Hope FW (1840) On insects and their larvae occasionally found in the human body. Trans R Soc Entomol. 2: 256-271.
2. Zumpt F (1963) The problem of intestinal myiasis in humans. S Afr Med J. 37: 305-307.
3. Sesterhenn AM, et al. 2009. Cutaneous manifestation of myiasis in malignant wounds of the head and neck. Eur. J. Dermatol. 19: 64-68
4. McGraw TA, Turiansky GW. 2008. Cutaneous myiasis. J. Am. Acad. Dermatol. 58: 907-926
5. Fernandes LF, Pimenta FC, Fernandes FF. 2009. First report of human myiasis in Goiás state, Brazil: frequency of different types of myiasis, their various etiological agents, and associated factors. J. Parasitol. 95: 32-38

Resim 1



Kurut debridmanı sonrası görünüm

P151 İşyeri Güvenliği Uzmanlığı ve İşyeri Hekimliğinin Eğitimleri ve Dramatik Sonuçları

Metin Temel, Mustafa Özkan, Ahmet Kahraman,
Ali Yeniocak
*Mustafa Kemal Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Hatay*

Giriş ve Amaç: Kliniğimizde tavuk çiftliğinde çalışan bir ailenin küçük çocuğunu yem kırma makinasına düşen bilyesini almak için elini uzatmasıyla başlayan ve omuz ekleminin itibaren ampute olan bir kol nedeniyle aylarca tedavi gören hastamız ve ülkemizdeki bir ikilemi dile getirmek istiyoruz.

Olgu Sunumu: Son zamanlarda çıkarılan yasalar gereği birçok iş yerinde işyeri güvenlik uzmanı ve iş hekimi bulundurulması zorunlu hale getirildi. Bu nedenle birçok mühendis ve doktor sertifika programlarına tabi tutularak eğitimler aldı. Ancak çıkarılan yasalar uygulanışı ve takibi yapılmadığından sadece kağıt üzerinde kaldı. 3 yaşındaki bir çocuk tavuk çiftliğinde oynadığı bilyesiyle meşgulken yem kırma makinasının altına düşürdü. Sağ kolu acil servise geldiğinde tamamen kıyma haline gelmişti. Hasta acil ameliyata alındı ve ampute dokular eksizye edilerek defektli bölgeleri greftlendi. Hasta 1 yıl takip edildi. Sağ kolu olmaması dışında bir problemi olmadı.

Tartışma: Basından takip edildiği kadarıyla 250 bin iş yeri güvenlik sertifikası olan mühendisimiz varmış. İş yeri güvenliğimiz ve iş yeri hekimlerimizin sertifikasyonu ile problemlerimizi çözemeyeceğimiz ortada. Önce bireyler iş güvenliği konusunda eğitilmeli. Ailece yapılan işlerde aile bireylerinden küçük olanların riskli bölgelerden uzak tutacak önlemler alınmalı.

P152 Skleroderma da Yağ Enjeksiyonu ve Prp Kombinasyonu

Ali Gökkaya, Metin Görgü, Jehat Kızıllan,
Ertuğrul Karanfil, Ali Doğan
*Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik
Cerrahi Ana Bilim Dalı Bolu*

Sklerodermanın Fasial Komponentlerinin ile Tedavisi

Giriş: Skleroderma patogenezinde immün sistem disregülasyonu, T/B hücre imbalansı, antikor üretimi, endotelial hücre aktivasyonu, takip eden mikrovasküler hasar önemli rol oynar. Ancak hastalıktaki ana durum fibroblast hücre serisinde aktivasyon ve ekstraselüler matriks ile kollajenin cilt ve iç organlarda artışı sonucu dokularda ortaya çıkan ilerleyici fibrotik değişikliklerdir. Hastalık iki ana varyanta sahiptir (sistemik ve bölgesel) ve her iki varyantta yüzün etkilenmesi siktir. Elastikiyet kaybı, perioral bölgedeki ve dudaklardaki ciltte kalınlaşma, estetikte bozulma dışında, katı yiyecek yemede, içmede, kişisel veya ağız hijyeninde bozulma nedeniyle belirli bir ölçüde özür lülük de yaratır. Bu durumlar hastaların hayat kalitelerindeki bozulmaya katkı yaratacaktır. Geçtiğimiz yıllarda otolog yağ dokusu grefti uygulaması büyük sayıda hastada cilt atrofisi veya fibrozisini başarıyla tedavi etmek için kullanılmıştır. Yakın tarihte lineer skleroderma ve morfeanın farklı tipleri otolog yağ dokusu grefti ve adipoz-derive mezenşimal kök hücre ile tedavi edilmiştir. Çoğu hastada belirgin cilt elastikiyeti ve cilt kalınlığında artış bulunmuş, tedavi edilen alanlarda böylelikle estetik ve fonksiyonel gelişim elde edilmiş, bu arada ciddi yan etkiler görülmemiştir. Yağ dokusunun avantajı benzer dolgu malzemelerine oranla daha yüksek biouyumluluğa sahip olması ve çok daha az reaksiyona neden olmasıdır. Bunun dışında yağ dokusunu sadece bir dolgu malzemesi olarak görmek de yanlıştır, çünkü yağ dokusunun yüksek oranda kök hücre içermesi, verildiği bölgede tamir mekanizmalarının aktivasyonu ve alıcı sahanın daha sağlıklı bir noktaya gelmesinde de rol oynar.

Olgu: 37 yaşında kadın hasta (ZK) kliniğimize ağız çevresinde kırışıklıklarda artış, dudaklarda incelme, ağız açıklığında azalma, yüz cildinde incelme, nazolabial sulcuslarda derinleşme şikayeti ile başvurdu. Alınan anamnezde yaklaşık 4 yıl önce minimal akciğer tutulumu ile seyreden SSc tanısı konduğu, ailede romatizmal hastalık olduğu öğrenildi. Hastamız tanı itibarıyla 6 kür m-90 tedavisi gördüğünü, ardından 2 yıl imiron, 6 ay steroid, son 1 yıldır ise cellcept kullandığını söyledi. Hastaya şikayetleri doğrultusunda yüz cildine PRP ve ağız çevresine otolog yağ dokusu grefti uygulamayı uygun gördük.

Materiyel ve Method: Hastaya altı ay arayla yapılan iki girişimde preop hazırlanan PRP solüsyonları ile beraber, donör saha olarak periumbilikal alan seçilen yağ grefti uygulaması yaptık. Yağ greftlerini hazırlarken periumbilikal alana 150 cc Klein solüsyonu kanüller vasıtasıyla verildi.

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

38. Ulusal Kurultayı

Sonrasında negatif basınç altında liposuction aspirasyon kanülleri ile yağ hücreleri emülsiyon halinde alındı. 10cclik 4 enjektöre bölünen emülsiyon santrifüj yardımı ile ayrıştırıldı. Yağ dokusu komponenti saklanacak şekilde ayrıştırma yapıldı. Elde edilen yaklaşık 15 cclik otolog yağ dokusu grefti luer lock enjektörler vasıtasıyla yüzde SSC'nin etkilediği perioral ve nazolabial bölgelere uygulandı. Ardından preop hazırlanan PRP solüsyonu insülin enjektörleri vasıtasıyla yüze uygulandı.

Sonuç: Hastada yapılan uygulama sonrası kontrollerde (1 hafta, 1 ay, 3 ay, 6 ay) kısa dönemde ağız çevresinde ortaya çıkankırışıklıkların azaldığı, dudaklarda incemenin giderildiği, uzun dönemde ise ağız açıklığının arttığı gözlemlendi. Sistemik sklerozun tedavisinde tekrarlayan otolog yağ dokusu grefti ve prp solüsyonu uygulamasının hastalığa bağlı hayat kalitesini düşüren yüz tutulumu açısından iyi bir seçenektir.

skleroderma



P153 Canlı Ameliyat Kaydı Sırasında Kullanılabilecek Portatif Bir Aparat: Versatil Tripod

Emin Kaptı

Adana Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Adana

Amaç: Ameliyatların canlı video kayıtları, giderek önem kazanmaya başlayan uygulamalardan biridir. Bu amaçla kullanılan farklı yöntemler mevcuttur. Bunlar arasında ameliyat lambasına monte edilmiş kameralar ya da cerrah kafasına monte edilebilen mini kameralar ile çekim yapılması ya da cerrah dışında bir kişinin dışarıdan video çekimi yapması gibi uygulamalar bulunmaktadır. Teknik donanım ihtiyacı, çekim esnasında kameranın sabit kalmamasından kaynaklı artefaktlar, maliyet ya da ek personel gerekliliği gibi limitasyonlar, bu uygulamaları zorlaştırmaktadır. Bu yazıda alternatif olarak dizayn edilen custom made versatil tripod aparatına ait özellikler sunulmaya çalışılmıştır.

Materyal-Metod: Sözkonusu aparat 2 adet kamera tripodundan oluşmaktadır. Büyük boyutlu ve kütlesi ağır, profesyonel kullanım amaçlı tripod klasik olarak kurulur. Daha sonra alüminyum alaşımlı ve hafif olan diğer tripod, yaklaşık 60 derece açıyla ana tripodun üst noktasına monte edilerek sabitlenir. Böylece alttaki tripodun yere sabitlendiği noktanın lateralindeki uzak bir noktaya uzanan

üstteki tripodun ucuna kamera yerleştirilmesine imkan tanıyan bir düzenek elde edilmiş olur.

Bulgular: Elde edilen tripodun dönme açısı her planda 360 derece, yükselip alçalma marjı yaklaşık 2 metre, laterale uzama mesafesi de yaklaşık 1.5 metre civarındadır. Bu sayede steril cerrahi sahanın uzağındaki bir noktaya yerleştirilerek, istenen fokus ve zoom sağlanarak, cerrahi sahaya oldukça yakın bir mesafede görüntüler elde etme imkanına ulaşılabilmektedir.

Tartışma: Custom made tripodun alt komponentinin daha ağır ve üst komponentinin daha hafif olması, kamera yerleştirildikten sonra ağırlık merkezinin laterale gereğinden fazla kaymamasını ve denge problemlerinin yaşanmamasını sağlamaktadır. Ancak kullanılan kameranın ağır olduğu durumlarda alttaki ana gövdeye ek ağırlık yerleştirilmesi gerekebilir. Versatil tripodun her tür plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi uygulamalarda kullanılabilen, cerrahi sahaya her açıdan adapte edilebilen, ek personele ihtiyaç duyulmayan, steriliteyi bozmayan, cerrahi sırasında gerekirse çekim açısı ve yönünün rahatlıkla değiştirilebildiği, ucuz ve kullanışlı bir aparat olduğu düşünülebilir.

P154

Vulvanın Crohn Hastalığı: Tanı ve Tedavisi Güç, Nadir Bir Klinik Antite

Billur Sezgin¹, Pınar Bulutay², Cüyan Demirkese², Süda Tekin³, Emre Balık⁴, Selahattin Özmen¹, Reha Yavuzer¹

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

⁴Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Vulvanın inflamatuvar hastalıkları çok geniş bir yelpazede farklı tanımlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu ayırıcı tanımlar içinde çeşitli enfeksiyöz, inflamatuvar ve malign lezyonlar, kistik lezyonlar, hidradenitis suppurativa sonucunda oluşan abse, fibrozis ve deformasyon sayılabilmektedir. Ancak nadir de olsa, farklı olgular bu klinik spektrumda yer alabilmektedir. Vulvar granülomatozis ile kliniğimize başvuran ve vulvanın Crohn Hastalığı tanısı ile takip edilen olgu sunulmaktadır.

Olgu: Otuz altı yaşında kadın hasta vulvada yaygın ödem, ülserasyon ve hipertrofik lezyonlar nedeniyle genel cerrahi bölümü tarafından kliniğimize yönlendirildi. Hasta genel cerrahi bölümünde yaygın perianal fistüller nedeniyle takipli olup yapılan kolonoskopi ve gastroduodenoskopide ek patolojik bulgu saptanmamıştı. Hastanın mevcut vulvar şikayetlerinin 4 yıl önce perianal bölgedeki tutuludan sonra geliştiği ve posteriordan anteriora doğru bir yayılım sergilediği öğrenildi.

Yapılan fizik muayenede her iki labia majoranın ve perineal bölgenin çok ödemli ve şiş olduğu, bu alanlarda birçok kronik süpüratif ve nodüler kitlelerin labia majoraları işgal ettiği izlendi (Şekil 1). Vulvadaki intertriginöz alanların tamamının tabanında ağırlı lineer ülserler mevcuttu. Bu ülserlere bağlı klitoral hood'da ve labia minoralarda birçok papiller mukozal uzantıların olduğu görüldü. Hastanın jinekolojik

muayenesinde iç genital bölgede herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı ve servikal smear testi normal olarak izlendi. Hasta 3 yıl öncesinde dış merkezde granümatöz hastalık ön tanısı ile prednizolon ve adalimumab tedavisi almış ancak fayda görmediğini ifade etmişti. Hastaya ayrıca metranidazol tedavisi de verilmiş ancak hasta bulgularında hiçbir iyileşme olmaması nedeniyle tedavinin kesildiğini belirtmişti. Tedaviye refrakter kitlelerin azaltılması amacıyla hastaya parsiyel vulvektomi yapılarak labia majoralardan, labia minoralardan ve perineal alandaki endüre alanlardan doku eksizyonu gerçekleştirildi. Primer onarılamayan alanlar sekonder iyileşmeye bırakıldı. Postoperatif erken süreçte inflamasyonun devam ettiği izlendi. Ameliyat esnasında alınan vajinal kültürlerde E. coli ve E. faecalis üremesi olması nedeniyle hastaya 4x500mg intravenöz imipenem tedavisi başlandı ve akıntı ve ödem şikayetlerinin gerilemesi ile hasta oral 1x400mg moksifloksasin tedavisi ile taburcu edildi. Hasta moksifloksasin tedavisi altında çok iyi seyir gösterdi ve ülserlerin spontan olarak iyileştiği ve hastanın ağrılarının gerilediği gözlemlendi. Hastanın histopatolojik değerlendirmesinde abseleşen, fistülleşen, yer yer iyi forme granülom oluşumu ile giden aktif kronik iltihap ve sekonder vaskülit bulguları ile karakterize bir histolojik tablo izlendi ve hastada inflamatuvar barsak hastalığı bulunmamasına rağmen bulguların öncelikli olarak Crohn Hastalığının kutanöz/genital tutulumu yönünde olduğu ifade edildi. Gastroenteroloji bölümünce başlanan infliksimab tedavisini tolere edemeyen hastanın tedavisi oral uzun süreli moksifloksasin ile devam ettirilmeye karar verildi.

Tartışma: Crohn Hastalığının ekstraintestinal deri bulguları arasında sindirim sisteminden kaynaklı fistüller bu hastalığı genital lezyonların çoğunu kapsamaktadır. Ancak sindirim sistemi ile doğrudan bağlantılı olmaktan ortaya çıkan deri tutulumu (metastatik Crohn Hastalığı) genital bölgede Crohn Hastalığı'nın bir belirtisi olarak karşımıza çıkabilmektedir. Crohn Hastalığında vulva tutulumu ilk olarak 1965 yılında Parks tarafından tanımlanmış olup 2014 yılında yapılan kapsamlı bir literatür derlemesi sonucu vulvanın fistül-dışı tutulumu ile seyreden 101 olgu rapor edilmiştir. Bu tutulumun belirtileri arasında bizim hastamızda da izlenen labia majora ve minoralarda ödem ve şişlik, vulvada ülserasyonlar ve hipertrofik lezyonlar sayılabilmektedir. Öncelikli olarak ayırıcı tanıda vulvanın diğer enfeksiyöz, inflamatuvar ve malign hastalıkları dikkatli bir değerlendirme ile ekarte edilmelidir. Tanı klinikopatolojik olarak konmakta olup histopatolojik incelemede non-kazeifiye granülomların izlenmesi tipiktir.

Vulvanın Crohn Hastalığında tedavi öncelikli olarak medikal tedavidir. Uzun süreli metranidazol gibi antibiyoterapi veya kortikosteroid, azatioprin ve infliksimab gibi sistemik immünosüpresan ajanların kullanımı literatürde yer almaktadır. Ancak, bizim olgumuzda uzun süreli metranidazol, prednizolon ve adalimumab tedavisi almış olup bu tedavilerden fayda görmemiştir ve bu nedenle sadece refrakter olgularda önerilen cerrahi bu hasta için yapılmıştır. Hastanın parsiyel vulvektomi sonrasında yara iyileşmesinde bir miktar sıkıntı gözlenmiştir ancak tedaviye eklenen moksifloksasin hastada dramatik bir iyileşme ile sonuçlanmıştır ve cerrahi olarak müdahale edilmemiş olan ülserlerin tamamen iyileştiği izlenmiştir. Bakteriyosidal etkisinin yanısıra moksifloksasin'in anti-inflamatuvar etkinliğinin de olması, olgumuzdaki elde edilen tedavi yanıtını açıklayabilir. Literatür incelendiğinde, kinolon grubu antibiyotiklerden siprofloksasin'in inflamatuvar barsak hastalığında kullanımına ilişkin yayınlar olmasına rağmen oral moksifloksasin tedavisinin vulvanın Crohn Hastalığındaki etkinliğine dair bir çalışma ile karşılaşılmamıştır.

Sonuç: Sonuç olarak, vulvanın Crohn Hastalığı, çok nadir görülen, tanısı klinikopatolojik olarak konulabilen, son

derece zor kontrol altına alınabilen bir hastalıktır. Her ne kadar Crohn Hastalığında cerrahinin gerekmedikçe yapılmaması önerilse de medikal tedaviye yanıtız vulvar granümatozis olgularında parsiyel vulvektomi kitle yükünün azaltılmasında faydalı olabilir. Ayrıca uzun süreli oral moksifloksasin'in bu hastalıkta etkin bir yeri olabileceği bu olgu ile ortaya konmuştur.

Sekil 1



36 yaşında kadın hasta, vulvada yaygın ödem, şişlik, akıntılı kistik lezyonlar, ülserasyon ve hipertrofi ile başvurdu.

P155

İmmünsüprese Yetişkin Bireyde Skalpte Dev MOLLUSKUM KONTAGİOSUM: Bir Olgu Sunumu

Yavuz Özsular, Yılmaz Sultanoğlu, Muhammet Eren Ersöz, Canser Yılmaz Demir, Ömer Faruk Koçak
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Van

Giriş: Molluskum contagiosum (MK), çocuklarda daha sık görülen benign, viral bir hastalıktır. Etkeni poxvirus alt grubundan Molluscum contagiosum virus (MCV) tip I ve II dir. Sıklıkla doğrudan deriye temasla bulaşmakla birlikte dolaylı olarak mendil, havlu ve elbise gibi eşyalarla da bulaşabilmektedir. Genellikle yüz, gövde, aksilla ve genital bölgede yerleşim gösteren, 3-5 mm çapında, tek ya da çok sayıda tipik olarak ortasında göbeklenme gösteren papüllerle karakterizedir. Bununla birlikte immünosüpresif ilaç ve kortikosteroid kullanımı, atopik dermatit, maligniteler ve HIV enfeksiyonu gibi durumlarda görülen atipik klinik görünüm ve lokalizasyonlarda MK olguları da mevcuttur. Semptomatik AIDS vakalarının yaklaşık %10-20 sinde eşlik eden molluskum contagiosum bildirilmektedir. Biz burada malignite ön tanısı ve radyoterapi sonrası immünsüprese yetişkin bireyde scalp yerleşimli dev MK olgusu sunmaktayız.

Olgu: 55 yaşında erkek hasta yaklaşık 6 aydan beridir var olan sol temporal bölgede kulak arkasına doğru devam eden yaklaşık 8*8 cmlik papüler tarzda kitle ile kliniğimize başvurdu. Hastanın 3 yıl önce dış merkezde sağ gözde Skuamöz Hücreli Karsinom(SCC) ön tanısı aldığı ve opere edilmediği ancak radyoterapi aldığı öyküsü mevcuttu. Hastanın ayrıca boyunda, gövdede, alt ve üst ekstremitelerinde de papül tarzında çok sayıda lezyonun olduğu gözlemlendi. SCC metastazı ön tanısı ile opere edilen hastaya sağlam cerrahi sınırdan 1 cm alacak şekilde total eksizyon yapıldı. Oluşan defekt alanı sol uyluk lateralinden alınan kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Sorunsuz iyileşme gözlenen hastanın postoperatif 7.gününde patoloji sonucu molluskum contagiosum geldi. İmmünsüpresyon açısından sorgulanan hastanın radyoterapi görmesi dışında immünsüpresyona neden olacak her hangi bir hastalığa rastlanmadı.

Tartışma: MK özellikle büyük DNA virüsü olan poxvirus tarafından oluşturulan çocuklarda görülen kutanöz bir enfeksiyondur. Japonya'da yapılan bir çalışmada olguların %90'ından fazlasının 9 yaş altı çocuklar olduğu saptanmıştır. Genellikle yüz ve gövdeye yerleşen 3-5 mm arasında değişen boyutlarda, göbekli papüller ile karakterizedir. Bununla birlikte, çoğunlukla yetişkin hastalarda immunosüpresif ilaç ve kortikosteroid kullanımı, atopik dermatit, maligniteler ile HIV enfeksiyonu gibi durumlarla birlikte atipik MK olguları da bildirilmiştir. Genital yerleşimli MK yetişkinlerde daha çok görülmekte, cinsel yolla bulaşan hastalıklarla veya HIV enfeksiyonu ile birlikte ortaya çıkabilmektedir. MK lezyonların klinik özellikleri bazı hastalarda atipik olabilmektedir. Sağlıklı yetişkin bireylerde ise atipik yerleşimli MK oldukça nadirdir. Histopatolojik olarak epidermiste hiperplazi ve invajinasyon, enfekte epidermal hücrelerin içinde, intrastoplazmik yerleşimli, büyük boyutlu, yuvarlak şekilli, özgün molluskoid inklüzyon cisimcikleri görülür. Ayırıcı tanıda tek sayıda lezyonu olanlarda keratoakantom, sebase hiperplazi, dermal nevüs, trikoepitelyoma, çok sayıda lezyonu olan hastalarda ise siringom, milyum, hidrokistoma, granüloma anülare, kondilom düşünülmelidir. MK sıklıkla kendi kendini sınırlayarak, genellikle birkaç ayda kendiliğinden iyileşir. Hastalığın tedavisi genellikle yayılımı ve otoinokülasyonu durdurmak için yapılır. Topikal tedavide kriyoterapi, trikloroasetik asit, topikal tretinoin ve imikimod, podofilotoksin, gümüş nitrat, fenol 5-floro urasil ve Potassium hydroxide (KOH) oral simetidin kullanılmaktadır. Tedavi seçimi lezyonun yeri, sayısı, komplikasyon riski ve hasta yaşına göre yapılır. Sonuç olarak gerek immunosüpresif gerekse immunokompetan hastalarda scalpde görülen papüler lezyonların ayırıcı tanısında MK akılda tutulmalıdır. Klinik olarak tanı konamayan topikal tedavilere cevap vermeyen olgularda ise histopatolojik inceleme yararlı olacaktır. Molluskum contagiosum AIDS,renal transplant,splenektomi,radyoterapi veya kemoterapi görülmesi gibi immün sistemi baskılayan durumlarda ortaya çıkmaktadır. Bu yazıda radyoterapi uygulanmasından yaklaşık 2.5 yıl sonra skalpte gelişen dev molluskum contagiosum olgusu sunulmaktadır.

şekil 1



sol üst:scalpte dev molluskum contagiosum,sağ üst:sol aksiller bölgede papüler MK lezyonları,sol alt:postoperatif 5.gün kısmi kalınlıkta deri grefti elimine olmamış,sağ alt:postoperatif 4.hafta sorunsuz iyileşme

P156 **Perianal Lenfanjioendotelyoma Olgusu**

Alper Geyik, Hasip Şamil Yazgan, Adnan Menderes, Mustafa Yılmaz, Nazmi Yoğurtçu
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Lenfanjioendotelyoma, klinik olarak kaposi sarkomunun erken evresi ile ve anjiosarkom ile karışabilir. Nadir görülen bu tümör atipik yerleşim gösterdiğinde tümörün salim sınırla eksizyonu oldukça zordur.

Giriş: Lenfanjioendotelyoma; nadir görülen, etiyolojisi net olarak bilinmeyen, lenfatik vasküler proliferasyon nedeniyle ortaya çıkan, lokal agresif seyreden, düşük dereceli, iyi diferansiye anjiosarkom ile karışabilen bir lezyondur [1-2]. Çoğunlukla asemptomatiktir ve yavaş büyüyen hemanjiomatöz veya pigmente makülopapüler bir lezyon olarak başlar. Bu bulgularla lezyon mutlaka kaposi sarkomunun erken evresinden ve anjiosarkomdan ayırt edilmelidir [3]. Düşük dereceli anjiosarkom ile benign lenfanjioendotelyoma ayırımında "MIB1 indeksi" kullanılabilir [4]. Kadın ve erkekte görülme sıklığı eşit olarak saptanmıştır [5]. Etiyolojide tekrarlayan travma ve inflamasyon süreci, cerrahi girişim, radyoterapi, femoral arteriografi ve kene ısırması suçlanmaktadır [6]. Hormonal uyarının da lezyonun oluşumunda veya mevcut lezyonun büyümesinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bunların yanında benign olan bu tümörün her üç germ yaprağından köken alan vasküler bir hamartom olduğu da düşünülmektedir [6-7]. Bu yazıda, kliniğimizde tedavi ve takibi yapılan perianal bölge yerleşimli lenfanjioendotelyoma olgusunu sunmaktayız.

Olgu: Sol perianal bölgede akneiform bir lezyon olarak

başlayan ve giderek büyüyen kitle nedeniyle 5 yıl önce başvurduğu merkezde yapılan biyopsi sonucu lenfanjiom olarak raporlanmış. Aynı merkezde yapılan ikinci eksizyona ait patoloji sonucu, sınır pozitifliği olan lenfanjioendotelyoma olarak raporlanan 45 yaşında kadın olgu aynı lokalizasyonda nüks kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. MR görüntülemelerinde eksternal ve internal anal sfinktere uzanan kitle görünümü olan lezyon 1 cm cerrahi sınır ile çıkarıldı. Genel cerrahi ekibi tarafından eksternal ve internal anal sfinkter onarımı yapıldı. Oluşan yumuşak doku defekti uyluk medialinden planlanan limberg flebi ile onarıldı. Patolojik inceleme lenfanjioendotelyoma ile uyumlu olarak sonuçlandı.

Sonuç: Lenfanjioendotelyoma, önceleri progresif lenfanjioma olarak adlandırılan ve çoğunlukla konjenital olarak görülen vasküler malformasyonların geniş çeşitlilik gösteren nadir görülen tiplerinden biridir. Literatüre bakıldığında, orta yaşta ve gluteal bölge yerleşimli lenfanjiom atipiktir. Lenfanjioendotelyoma etyolojisinde tekrarlayan travma, cerrahi, enfeksiyon veya kene ısırıkları suçlanmaktadır [6]. Çoğunlukla bacaklarda ve baş boyun bölgesinde yer almaktadır[8]. Perineal yerleşim oldukça nadirdir. Cerrahi yaklaşımın farklı olduğu kaposi sarkomu ve iyi differansiye anjiosarkomla ayırıcı tanıda olan lenfanjioendotelyoma çok nadir görülen bir tanı olmakla birlikte burada sunulan olguda olduğu gibi atipik yerleşim nedeniyle multidisipliner yaklaşım gerektirebilen ve sınır negatifliği sağlamanın güç olduğu kitleler olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Kaynaklar:

- 1-Schnebel AM, Page J, Gardner JM, Shalin SC. Benign lymphangioma presenting as a giant skin mass. J Cutan Pathol 2015; 42: 217-221.
- 2-Acquired Progressive Lymphangioma (Benign Lymphangioma) F. Messegue, O. Sanmartín, A. Martorell-Calatayud E. Nagore, C. Requena, and C. Guillén-Barona Servicio de Dermatología, Instituto de Valenciano de Oncología, Valencia, Spain June 14, 2010 3-[http://www.jcdr.net/articles/PDF/7155/15664_CE\[Ra\]_F\(P\)_PF1\(VIAK\)_PFA\(AK\)_PF2\(PAG\).pdf](http://www.jcdr.net/articles/PDF/7155/15664_CE[Ra]_F(P)_PF1(VIAK)_PFA(AK)_PF2(PAG).pdf) Benign Lymphangioma - A Case Report Naveenkumar Vittal1, Sushruth Guruputra Kamoji2, Shilpa Vinay Dastikop3 4-Wilson Jones E, Winkelmann RK, Zachary CB, Reda AM. Benign lymphangioma. J Am Acad Dermatol. 1990;23:22.
- 5-13. Rosso R, Gianelli U, Carnevali L. Acquired progressive lymphangioma of the skin following radiotherapy for breast carcinoma. J Cutan Pathol. 1995;22:164-167. doi: 10.1111/j.1600-0560.1995.tb01401.x.
- 6- Guillou L, Fletcher CD. Benign lymphangioma (acquired progressive lymphangioma): a lesion not to be confused with well-differentiated angiosarcoma and patch stage Kaposi's sarcoma: clinicopathologic analysis of a series. Am J Surg Pathol. 2000;24:1047.
- 7- Herron GS, Rouse RV, Kosek JC, Smoller BR, Egbert BM. Benign lymphangioma. J Am Acad Dermatol. 1994;31:362.
- 8-Zhu WY, Penneys NS, Reyes B, Khatib Z, Schachner L. Acquired progressive lymphangioma. J Am Acad Dermatol. 1991;24:813.

Resim-1



Pre-operatif ve per-operatif görüntüler

P157

Temporal Bölgede Yüzeyel Lipom Öntanısı ile Tanı Alan Akciğer Kanseri

Melihcan Sezgiç, Zeynep Yasavur, Yasemin Aydın, Savaş Serel

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Lipomlar tüm yumuşak doku kaynaklı tümörler arasında %50 oranında görülür ve mezankimal kökenli tümörlerin ise %16'sını oluşturlar. Bu nedenle lipom eksizyonu sık uygulanan plastik cerrahi işlemlerinden biridir. Muayene bulguları genellikle çok tipik olmakla beraber diğer kitleler ile ayırıcı tanısı da yapılmalıdır. Akciğer kanseri Amerika'da kadın ve erkeklerde 2.sıklıkta tanı alan kanserdir ve yeni tanılarının %40' metastatik hastalıkla başvurmaktadır. Primer akciğer kanseri direkt yayılım ve metastaz yoluyla lenf nodları, mediastinal yapılar, göğüs ön duvarı, pleura ve toraks dışı organlar gibi diğer vücut bölgeleriyle etkileşebilir. Toraks dışı metastazlar vakaların üçte birinde görülmekle beraber pulmoner mikrovasküler yayılımı gösterirler. Küçük hücreli akciğer kanseri akciğer kanserlerinin %15 'ini oluşturmaya rağmen erken yayılması ve kötü prognozundan dolayı diğer tiplerden ayrılmaktadır. Bu olguda küçük hücreli akciğer kanserinin temporal kitle olarak ilk bulgu verdiği bir hasta sunulmuştur.

Olgu: Altmış bir yaşında erkek hasta 10 yıl önce geçirdiği trafik kazası sonrasında saçlı deri sol tarafında oluşan kitlenin yaklaşık son 1 yıldır büyümeye başlaması şikayetiyle başvurdu. Hastanın bu yılın muayenesinde sol frontotemporal bölge, kaş lateralinde yaklaşık 3x3 cm boyutlarında hareketli, yumuşak, düzgün sınırlı kitle palpe edildi. Muayene bulgularının tipik olması nedeniyle ameliyat öncesi bir görüntüleme yöntemiyle yapılmadan lipom ön tanısıyla hasta genel anestezi altında opere edildi. Ancak ameliyat sırasında kitlenin görüntüsünün tipik lipoma benzer şekilde sarı renkli değil beyaz ve soluk renkli olması, etraf dokudan diseksiyonunun zor olması ve çıkarılan kitlenin makroskopik incelemesinde lobülasyon göstermesi nedeni ile lipom tanısından uzaklaşıldı ve primer veya metastatik bir malignite ön tanısı ile patolojiye yollandı. Patolojisi "yüksek gradeli pleomorfik hücreli andiferansiye malign tümör" olarak raporlandı. Daha sonra çıkan ek rapor sonucu ise; "Nöroendokrin diferansiyasyon gösteren malign tümör metastazı, akciğer kökenli küçük hücreli karsinoma metastazını destekleyen bulgular" olarak yorumlandı. Bunun üzerine hastaya çekilen

torakoabdominopelvik tomografide akciğerde sol hiler kitle, mediastinal ve sol hiler LAP görüldü. Bu bulguların sonra hasta metastatik hastalık açısından tıbbi onkoloji bölümüne yönlendirildi.

Sonuç: Küçük hücreli akciğer kanserleri diğer histolojik tiplere göre prognoz açısından kötü seyretmektedir. En yaygın metastaz olan yerler karaciğer, kemik iliği, adrenal bezler ve beyin olmakla birlikte alışılmamış yerlere de metastaz görülebilir. Bu hasta KOAH tanısı nedeniyle düzenli göğüs hastalıkları takibinde olan bir hasta idi. Bu olgu plastik cerrahiye başvuran hastaların çok tipik bulgular taşımaları bile başka bir sistemden kaynaklanan malignite semptomları ile başvurabileceklerinin güzel bir örneğidir. Bu olgu nedeniyle hastalara temel hekimlik becerileri ile yaklaşımın önemli olduğunu vurgulamak isteriz.

Olgu



Üst: Preoperatif fotoğraflar, Alt: İntraoperatif kitlenin görünümü

P158

Nadir Olgu: Memenin C-erbB 2 Pozitif İnvaziv Papiller Karsinomu

Hasan Dindar¹, Tuğba Dindar², Soysal Baş²,
Alpay Duran², Ersin Altun³, Özgür Agdoğan⁴

¹Sanliurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

²Sanliurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

³Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

⁴Edirne Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

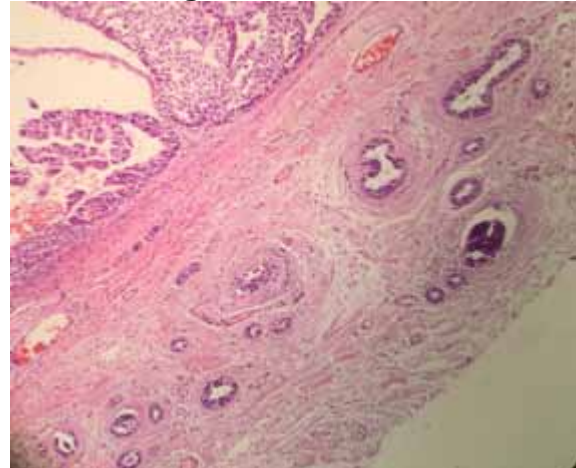
Giriş: Meme kanserleri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. İnvaziv duktal karsinom ve invaziv lobüler karsinom en sık görülen türleridir. Memenin invaziv papiller karsinomu tüm yeni tanı meme kanserlerinin yaklaşık olarak %0.5 ini oluşturmaktadır olup en nadir meme kanseridir. Genellikle postmenopozal yaşlı kadınlarda, çok nadiren erkeklerde görülmektedir. Bunun yanında memenin diğer yaygın görülen kanserlerine göre prognozu daha iyidir. Genellikle noninvaziv papiller karsinom zemininde, en sık da papiller duktal karsinoma insitu zemininde gelişmektedir. Segmental mastektomi en sık uygulanan tedavi yöntemi olmakla birlikte hormon ve radyoterapi de uygulanabilmektedir. Bu neoplazide immünohistokimyasal çalışma sonuçları tipik olarak östrojen ve progesteron reseptörleri pozitif, C-erb B2 negatif beklenmektedir. Literatürde C-erb B2 pozitif vakaya rastlanmamıştır.

Olgu: 81 yaşında bayan hasta memede kitle nedeniyle başvurmuş. Çekilen mamografi sonucu 6x4 cm boyutlu kitle görülmesi üzerine kitleye önce iğne biyopsi yapılmış olup histopatolojik inceleme sonucu invaziv karsinom gelmiştir. Bunun üzerine hastaya parsiyel mastektomi ve aksiller diseksiyon uygulanmış olup, materyalin histopatolojik incelemesi invaziv papiller karsinom olarak raporlanmıştır.

Bulgular: Diseke edilen 14 lenf nodu reaktif niteliktedir. Neoplazinin histolojik tipi, immünohistokimyasal markırlar olan P63, Kalponin ve CD10 ile papiller alanların içinde ve çevresinde negatif saptanarak kanıtlanmıştır. Yine immünohistokimyasal olarak çalışılan C-erb B 2 ile literatürün aksine neoplastik hücrelerde skor 2 şiddetinde pozitiflik saptanmıştır.

Sonuç: Olgumuzun hem nadir görülen meme tümörü olması, hem de C-erb B2 pozitif olması nedeniyle sunulmaya değer bulunmuştur.

mikroskopik görüntü



P159

**OlguSunumu: Karın Yerleşimli Geniş
Nevus Komedonikus**

Mustafa Kürşat Evrenos¹, Merve Özkaya¹,
Yavuz Tuluy¹, Aylin Türel Ermertcan²,
Peyker Temiz³, Yavuz Keçeci¹, Levent Yoleri¹
¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa
²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji
Anabilim Dalı, Manisa
³Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim
Dalı, Manisa

Giriş: İlk olarak 1895 yılında Kofmann tarafından "komedo nevus" olarak tanımlanan nevus komedonikus (NK); özellikle baş ve boyun bölgesinde, daha az gövde ve üst ekstremitelerde yerleşim gösterir. Keratinöz tıkaçlar ve dilate foliküler açıklık içeren klasik komedon yapısı ile klinik bulgu veren nadir bir epidermal nevus tipidir. Klinik ve dermoskopik yöntemlerle tanı konulabilen bir lezyon olsa da, nadir görülmesi ya da komplikasyon gelişerek morfolojik değişiklikler göstermesi nedeniyle tanı konulması güçleşir.

Olgu: 28 yaşında bayan hasta, polikliniğe küçüklüğünden beri karın ön duvarı cildinde siyah nokta benzeri lezyon nedeniyle başvurdu. Lezyondan zaman zaman içinden sıvı ve taşa benzer içeriğin aktığını belirten hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla Mart 2016 tarihinde kliniğe yatırıldı. Yapılan fizik muayenesinde karın ön duvarından sol lomber bölgeye uzanan, yaklaşık 25x4cm'lik alanda ve ayrıca umblikus altında yaklaşık 5x7cm'lik alanda komedon ve follikülitler gözlenen siyah pigmente lezyonlar görüldü (Resim 1A,1B). Hastanın sistemik muayenesinde ek patolojik lezyona rastlanmadı. Dermatoloji bölümünde dermoskopi yapılan hastaya, 'terrafirraforme dermatozu' ve 'nevus komedonikus' ön tanıları konuldu. Hastanın rutin kan tetkiklerinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Yüzeyel doku USG'de yer yer abse ile uyumlu, muskuler invazyon göstermeyen lezyonlar görüldü. Abdominal MRG'de dermis ile sınırlı, multipl yüzeyel abse odakları raporlandı. Hastaya eksizyon ve primer onarım yapıldı. Patoloji sonucu NK olarak raporlandı.

Tartışma: Çoğu zaman asemptomatik olan olan NK'un prevalansı 1/45,000-100,000 olup, cinsiyetler arası farklılık göstermez. Genellikle doğumdan sonraki dönemde, ilk 10 yılda başlar. Patofizyolojisi net olarak anlaşılamamakla birlikte, literatürde genetik geçiş ve çeşitli sendromlarla ilişkilendirilmiş vakalar mevcuttur. Fibroblast growth factor reseptör 2'nin (FGFR-2) aşırı stimülasyonu ve interlökin 1a'nın (IL-1a) artmış ekspresyonunun NK patogenezinde etkili olabileceği ileri sürülmüştür. Ciltteki lezyonlara ek olarak santral sinir sistemi, iskelet sistemi, cilt ve gözlerde anomaliler ile birlikteliği görüldüğünde NK sendromu olarak adlandırılır. Ciltte iktiyozis, SturgeWeber, hemanjiomlar, gözde konjenital bilateral katarakt, iskelet sisteminde ise skolyoz, hemivertebral, spinabifida, ayak deformiteleri görülebilir. Nadir görülen bu olgularda klinik ile tanı konur, ancak dermoskopinin de rolü vardır. Lezyonlar kistleşme ya da abseleşme, nadiren de epitelyal karsinoma dönüşüm gösterebilirler. Bu nedenle lezyonların takibinde dermoskopi kontrolleri yapılmalıdır. Tedavisinde topikal tretionin ve tokalsiton, kistleşme gösteren lezyonlarda sistemik antibiyotik, intralezyoner steroid enjeksiyonu, sistemik izotretinoin, ağır kistik hastalık gelişen olgularda cerrahi çıkarılma önerilmektedir. Biz de hastamızda lezyonda lokal progresyon izlenmesi ve geniş alanda olması nedeniyle eksizyon ile tedavi gerçekleştirdik. Hastanın post operatif 4. ay takibinde nüks saptanmadı (Resim 1C).

Resim 1



Resim 1A,1B: Sol üst kadranda ve alt kadranda yerleşimli nevus komedonikus lezyonları. Resim 1C: Post operatif 4. ay görüntüsü.

P160

**Nöral Tüp Defektleri
Rekonstruksiyonunda Bipediküllü Fleple
Rekonstruksiyonu**

Hikmet İhsan Eren, Çağatay Öner,
Kamuran Zeynep Sevim Aytuğ, Ayşin Karasoy
Yeşilada, Zeliha Gül, Memet Yazar
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim
ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik
Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Nöral tüp ve ilişkili yapıların konjenital füzyon defektleri spinal disrafizm olarak sınıflandırılmaktadır. Meningomyelosel spinal disrafizm defektlerinin en sık görülenidir ve 800-1000 canlı doğumda 1 görülmektedir. Tedavi edilmemiş meningomyeloselli hastalarda ilk 6 ayda mortalite oranı %65 ile 70 arasındadır.

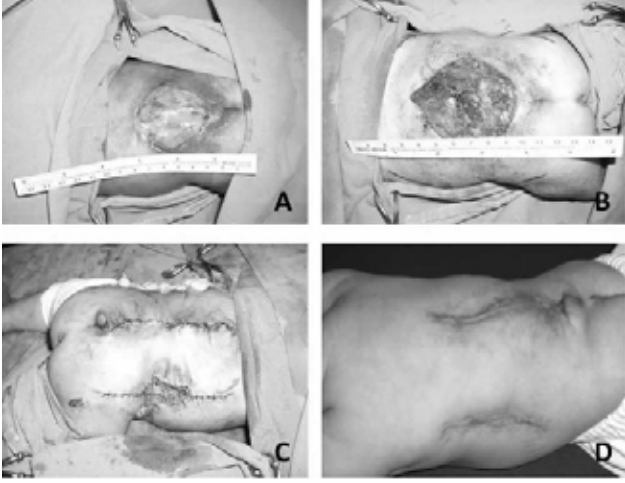
Gereç-Yöntem: Ocak 2013 ile Ocak 2016 arasında primer kapatılamayacak kadar geniş meningomyelosel defekti olan 21 (16 erkek ve 5 kız) yenidoğan çalışmamıza dahil edildi. Tüm hastaların defektleri primer olarak kapatılamayan defektlerden seçildi.

Bulgular: Tüm hastaların meningomyelosel defekt boyutu orta aksiller hattın itibaren ölçüldüğünde %50'den fazla olması nedeni ile fleplerde dolaşım problemlerini önlemek amacı ile delay fenomeninin avantajlarından yararlanıldı. Flep delay yapılmasından bir hafta sonra nöral defekt onarıldı ve flepler orta hatta ilerletildi. Flep delayinin beklenilmesi aşamasında hastaların takibinde lokal veya santral sinir sistemi enfeksiyonları izlenmedi.

Tartışma: Meningomyelosel defektlerin kapatılmasında çok sayıda teknik tanımlanmıştır. Defekt rekonstruksiyonunda primer onarımdan, kısmi ya da tam kalınlıkta deri graftine, lokal fleplere kadar geniş yelpazede teknikler mevcuttur. Flep olarak fasyokutan, myokutan flepler, kas flepleri kullanılabilir. Tüm tekniklerin ortak özellikleri güvenilir, sıvı sızdırmayan, gerilimsiz ve iyi kanlanan doku ile rekonstruksiyonu içermektedir. Geniş meningomyelosel defektlerde durum oldukça tartışmalıdır. Lokal flepleri gerilimsiz olarak kapatmak zorudur. Delay yapılarak flebin vaskülaritesi ve delayısıyla yaşayabilirliği artırılması kliniğimizde önerilmektedir. Bipediküllü flebin delayi sonrası yapılan rekonstruksiyonlarda oldukça başarılı sonuçlar elde ettik.

Sonuç: Delay yapılmış bipediküllü flepler geniş meningomyelosel defektlerin onarımında basit ve güvenilir ve daha az hemorajiye neden olmaları nedeni ile alternatif bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz ve kliniğimizde seçilmiş hastalarda kullanılmaktayız

meningomyelosel



P161 Atipik Yerleşimli (Derialtında ve Kasa infiltrate) Hidatik Kist Olgusu

Cengiz Çetin, Mahmut Özgül, Sina Kaderi
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Eskişehir

Deri altında ve kas içine infiltrate olmuş kist hidatiği endemik bölgelerde bile az görülen bir durumdur. Bu çalışmada operasyon öncesi tanısı koyulan nadir yerleşimli bir deri altı ve kas içi yerleşimli kist hidatik olgusu sunmayı amaçladık. Hidatik kistlerin karaciğer ve akciğer dışında kas içi yada deri altı yerleşimi insidansı %0.5'ten %4.7'ye kadar değişmektedir. Az görülmesinin nedeni kaslarda bulunan laktik asittir. Laktik asit hidatik kistin büyüme evresine olumsuz yönde etki etmektedir. Ayrıca kaslardaki hareketlilik ve kontraksiyonlar larvaların tutunarak hastalık yapmasını engeller.

Olgumuz; 58 yaşında kadın hasta sağ kolda kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurmuştur. Hastanın öz geçmişi; 1984 yılında karaciğer hidatik kist operasyonu geçirdiği tespit edilmiştir. Hastanın fizik muaynesinde; sağ omuz ve kol lateralinde deltoide bölgede kasa yapışıklık gösteren 15x20 cm büyüklüğünde, ağrısız kitle palpe edilmiştir. Hastanın US ve MR tetkiklerinde; kistik yapının deri altında ve deltoide kası boyunca kasa infiltrate olduğu tespit edilmiş ve radyolojik olarak hidatik kist tanısı konulmuştur. Yapılan operasyonla kistik yapı deltoide kastan total olarak eksize edilmiştir. Histopatolojik olarak hidatik kist tanısı doğrulanmıştır. Hastanın takiplerinde komplikasyon olmamıştır.

Konu literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır

operasyon öncesi fotoğraflama



hastanın polikliniğimize başvurusunda çekilmiş operasyon öncesi fotoğraf

P162 Omuz Eklemine Korunduğu Geniş Sarkom Eksizyonlarında Pediküllü Latissimus Dorsi Miyokütan Flep İle Rekonstrüksiyon

Cengiz Eser¹, Eyüphan Gencel¹,
Mehmet Ali Deveci², İbrahim Tabakan¹,
Erol Kesiktaş¹, Metin Yavuz¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi Ana Bilim Dalı, Adana

Yumuşak doku sarkomları tüm malin tümörler içinde %2 lik oranı ile nadir görülen tümörlerdendir. Ekstremitelerde ve gövde tutulumunun daha sıklıkla görüldüğü sarkomlarda omuz eklemine tutulma oranı ise sarkomlar içerisinde yaklaşık %2,8'dir¹. Pediküllü latissimus dorsi, trapezius veya pektoral flep omuz bölgesinin onarımında tercih edilebilecek fleplerdir.² Ampütasyon yerine ekstremitede koruyucu eksizyonlar yapılabilmekte oluşan geniş defektlerin rekonstrüksiyonunda ise plastik cerrahlar onkocerrahlar ve ortopedistlerle birlikte yer almaktadır. Bu çalışmada geniş rezeksiyon sonrası pediküllü latissimus dorsi myokütan flebi ile onarım yapılmış hastaların sonuçlarını sunmayı amaçladık. Ampütasyon sonrası güdük onarımları çalışmada yer almadı, serbest doku nakli ile yapılan onarımlar dâhil edilmedi. Lokal flepler ile kombinasyonlar çalışmada sunuldu. Toplam 2 hastada osteosarkom eksizyonları sonrası, yumuşak doku kaybı lokalizasyonlarına göre latissimus dorsi myokütan flep rotasyonları aksiller alanın anterior ve posteriorundan olmak üzere ilerletildi. servikal alanın rekonstrüksiyonunda 1 hastada deltopektoral flep ile latissimus dorsi flebi kombine edildi. Donör alanlar primer kapatıldı. flep kaybı olmadı sadece 1 vakada cilt adasında parsiyel nekroz görüldü. Seroma nedeniyle hastalar sıkı bandaj ile takip edildi. Postoperatif 12 ay hastalar takip edildi. Omuz fonksiyonlarında getirilen kasın deltoide kasının fonksiyonlarına etkisi saptanmadı ancak hastalar omuz abduksiyonunda kısıtlılık yaşasalar da günlük işlerini yapabilmekten ve kozmetik sonuçtan dolayı memnundular. 1 hasta postoperatif 18. ayda uzak metastaz nedeniyle onkolojik takibe alındı. Travma, radyoterapi veya onkolojik rezeksiyonlar sonrası doku kaybı oluşmaktadır. Omuz eklemine açıkta bırakan geniş deltoide kas eksizyonları sonrası onarımda pediküllü latissimus dorsi myokütan flebi halen en geçerli ve güvenilir fleplerdendir. Doku kaybının lokalizasyonu flebin rotasyon arkı ve postoperatif dönemde pedikülün torsiyonu

ve katlanmasının önüne geçilmesi amaçlı ekstremitte tespiti önemlidir. Seroma ve ödem oluşumu ve enfeksiyon parsiyel flep kayıplarında ilk planda düşünülmelidir. Ekstremitte koruyucu yaklaşım erken teşhis nedeniyle son yıllarda daha çok tercih edilmektedir. Bu flebin pedikülün peroperatif rezeksiyon sırasında zarar görme ihtimaline karşın serratus damarsal sistemi korunmalıdır. Kasın, deltoid kas fonksiyonlarına yardımcı olabileceği yönünde literatürde öneriler bulunmaktadır.3

1. Mimata Y, Nishida J, Gotoh M, Akasaka T, Shimamura T. Limb function after excision of a deltoid muscle sarcoma. Journal of shoulder and elbow surgery / American Shoulder and Elbow Surgeons [et al] 2013;22(12):e1-5.
2. Ihara K, Shigetomi M, Muramatsu K, Katsube K, Kaneko N, Goto Y, Kawai S. Pedicle or free musculocutaneous flaps for shoulder defects after oncological resection. Annals of plastic surgery 2003;50(4):361-366.
3. Muramatsu K, Ihara K, Tominaga Y, Hashimoto T, Taguchi T. Functional reconstruction of the deltoid muscle following complete resection of musculoskeletal sarcoma. Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS 2014;67(7):916-920.

P163

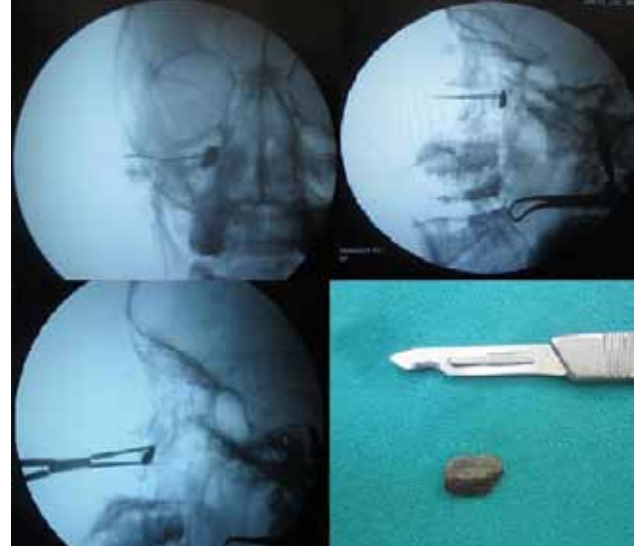
Maksiller Sinüs Yerleşimli Bir Yabancı Cisim:Balta Parçası

Muhammet Eren Ersöz, Yavuz Özşular,
Yılmaz Sultanoğlu, Canser Yılmaz Demir,
Ömer Faruk Koçak
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi,Plastik,Rekonstrüktif
Ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı,Van

Literatürde maksiller sinüste farklı yabancı cisimlere rastlanmaktadır.Bu cisimler direk grafi ve bilgisayarlı tomografi ile tespit edilebilirler ancak cerrahi müdahale öncesi derinlik tespiti için çoğunlukla yetersiz kalmaktadır.Bu olgu sunumunda 18 yaşında erkek hasta,sol malar bölgede 2 ay önce geçirmiş olduğu travma sonucu oluşmuş skar revizyonu için kliniğimize başvurdu.Rutin direk grafide sol maksiller sinüs içinde radyopak yabancı cisme rastlanıldı. Yabancı cisimskopi eşliğinde net bir lokalizasyon ve derinlik tespiti yapılarak çıkarıldı.Bu olguda yabancı cisimlerin çıkarılmasında skopi kullanımının avantajları tartışılmıştır. Acil servislere yabancı cisim batması şikâyeti ile başvuran birçok olgu bulunmaktadır. Yabancı cisimler sinüsler arasında en yaygın maksiller sinüste görülürler.Dental girişimler ve maksillofasial travmalar nedenleri arasındadır.Semptom vermeyebilirler.Ancak uzun vadede sinüs içerisinde yabancı cisim reaksiyonuna yol açabilirler, mukosilier aktivitenin engellenmesi ve kronik enflamasyon söz konusu olabilir. Sinüs içindeki yabancı cisimler, sinüs membranının irritasyonuna, ostiumun obstrüksiyonuna bağlı olarak mukosiliyer aktivitenin durmasına, maksiller sinüzite ve yabancı cisim reaksiyonuna yol açabilirler.Bu vakada metal yabancı cisim (balta parçası) skopi yardımıyla net bir lokalizasyon ve derinlik tespiti sağlanarak çıkarılmıştır. 18 yaşında erkek hasta, sol malar bölgede 2 ay önce geçirmiş olduğu travmaya bağlı oluşmuş skar revizyonu için Ekim 2015 te kliniğimize başvurdu.Hastanın alınan öyküsünde yaklaşık 2 ay önce balta ile odun kesen birisinin yanından geçtikten sonra yüzünde oluşan kesi nedeniyle acil servise başvurduğunu ve dış merkezde cilt sütürasyonu yapıldığını belirtmekteydi. Palpasyon ile herhangi bir kitle veya yabancı cisim saptanmadı. Hastanın çekilen 2 yönlü kafa grafisinde sol maksiller sinüs içerisinde yerleşim gösteren balta parçası ile uyumlu metal yabancı cisim görülmekteydi.Hastaya yapılan rutin tetkikler sonrasında uygulanılacak girişim hakkında gerekli bilgi verilerek,

onamı alındı. Genel anestezi altında sol maksiller sinüs arka duvarındaki 2x1 cm lik yabancı cismin çıkarılması için eski skar yerinden girildi.Sol maksiller sinüs ön duvarındaki travmaya bağlı oluşmuş kemik pencereden girilerek skopi eşliğinde net olarak lokalizasyon sağlandı.Sol maksiller sinüs arka duvarına yapışık olan 2x1 cm lik yabancı cisim skopi ile sürekli görüntü alınarak klemp ile tutularak maksiller sinüs ön duvarındaki pencereden dışarı çıkarıldı, sinüs içi serum fizyolojik ile yıkandı ve insizyon hattı sütüre edildi.Postoperatif dönemde komplikasyon oluşmadı. Paranasal sinüs yabancı cisimlerin %50'sinden fazlası maksiller sinüste görülür. Diğer sinüslerde yabancı cisim görülme oranları hemen hemen eşittir. Paranasal sinüslerdeki yabancı cisimler çok çeşitlilik gösterir. Bunlar arasında tahta, pamuk, gazlı bez, kurşun, şarapnel, cam parçacıkları ve bone wax sayılabilir. Özellikle maksiller kemiğin posterior kısmındaki kemik dokusu zayıf olduğundan yabancı cisim açısından risk taşır.Hastanın sol maksiller sinüs arka duvarına yapışık olan 2x1 cm lik yabancı cisim skopi ile sürekli görüntü alınarak klemp ile tutularak maksiller sinüs ön duvarındaki pencereden dışarı çıkarılmıştır.Operasyon sonrasında 2.ayda hastada herhangi bir şikayet izlenmemiştir. Sinüslerdeki yabancı cisimler uzun vadede sinüs içerisinde yabancı cisim reaksiyonuna yol açabilirler, mukosilier aktivitenin engellenmesi ve kronik enflamasyon söz konusu olabildiği gibi semptom vermeyebilirler.Bizim vakamızdaki gibi asemptomatik olabilecekleri akılda tutulmalı ve travma öyküsü olan hastalarda görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır. Direkt eksplorasyonla yabancı cismin çıkarılması oldukça zor bir yöntem olduğu gibi çoğu durumda da başarısız olmaktadır.Bir çok görüntüleme yöntemi kullanılmakta olup cerrahi müdahale öncesi derinlik tespiti için yetersiz kalmaktadır ve cerrahi sırasında devamlı görüntülemeye uygun değildir. Yabancı cisimlerin skopi yardımıyla çıkarılması oldukça, uygulaması kolay, cerrahi süreyi, komplikasyonları azaltan ve güvenilir bir yöntemdir.

Skopi eşliğinde lokalizasyonun saptanıp, klemp yardımıyla cismin çıkartılması



Skopi eşliğinde lokalizasyonun saptanıp,klemp yardımıyla cismin çıkartılması ve çıkartılan balta parçası.

P164

Familial Plantar Keratozis Botox ile Tedavisi

Ali Gökkaya, Metin Görgü, F. Erol Karanbekmez, Jehat Kızıkan, Ertuğrul Karanfil, Ali Doğan, Aydın Aydemir

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Bolu

Familial Palmaplantar Keratodermanın Botox İnjesiyonu ile Tedavisi

Deneyimimizde gördüğümüz 3 hasta (baba 44, oğullar sırasıyla 20, 21) plantar hiperkeratoz şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastalara spinal tip anestezi sonrası plantar bölgelere intrakutanöz olarak Botulinum Toksin Tip A (Dysport) uygulandı. İlerleyen günler sırasında her üç hastanın da plantar keratoz varlığı ile agreeve olan şikayetlerinin bittiği, ilerleyen haftalarda ise hiperkeratotik alanların gözle görülür miktarda azaldığı saptandı. Bu etkilerin yaklaşık olarak 8 ay sürdüğü gözlemlendi. 2 yıl süreyle yapılan enjeksiyonlar sonrası tatmin edici sonuçlara komplikasyonsuz şekilde ulaşıldı.

Giriş: Palmoplantar Keratozis veya diğer ismi ile Palmoplantar Keratoderma (PPK) bireylerde avuç içi ve ayak tabanında aşırı epidermal kalınlaşmaya sahip heterojen bir hastalık grubunu içerir. (1) PPK sonradan ortaya çıkabilir veya aileden geçişli olabilir. PPK tipik patohistolojik bulgularında, ortokeratotik hiperkeratozis, hiper veya hypogranülozis ve akantozis mevcuttur, ancak bu bulgular nonspesifiktir ve PPK'ların pek çok çeşidinde bulunabilir.

PPK klasik olarak sınıflaması olarak diffüz, fokal, striat ve punktattır, ve izole olarak veya başka kutanöz/ekstrakutanöz bulgularla beraber bulunabilir. Diffüz tipte palmoplantar alanın uniform şekilde tutulması durumunda vardır. Fokal tipte ise hiperkeratozise basınç noktalarında veya sürtünme alanlarında rastlanır. Striate hiperkeratoziste isminden de anlaşılacağı üzere avuç içleri ve ayak tabanında çizgisel hiperkeratotik alanlara rastlanılır. Punktat hiperkeratoziste avuç içleri ve ayak tabanında çok sayıda küçük, hiperkeratotik papül, spikül veya nodül varlığı mevcuttur. Bu lezyonlar sadece belirli bölgelerle sınırlı olabilir ya da tüm palmoplantar alana yayılmış olabilir.

Olgu: Plantar hiperkeratozlu 3 hastanın (KÇ, baba 44, oğullar sırasıyla HÇ 20, EÇ 21) alınan anamnezinde rahatsızlığın sadece ailenin erkeklerinde olduğu, yapılan genetik araştırmada ailevi geçişli sadece erkeklerinde görülebilecek adriatik denizi çevresinde sık olan bir hastalık olduğu öğrenildi. (Mal De Meleda?) Hastanın, KÇ, 44 geçmiş tıbbi tedavisinde 96 yılında Acitretin kullandığı, hiperkeratoza bağlı şikayetlerinin büyük ölçüde azaldığını ancak ilaç yan etkisine bağlı (saçlarda ve kaşlarda dökülme, eklem ağrıları, yaygın büller, dudak çevresinde ağrılı lezyonlar) ilacı bırakmak zorunda kaldığını ifade etti. Hastanın yapılan muayenesinde ayak tabanlarında özellikle basınca maruz kalan bölgelerde daha ağır olmak üzere yaygın çevresi eritemli balmumu şeklinde plantar hiperkeratoz varlığı, el ve ayak tırnaklarında kalınlaşma, renk ve şekil değişikliği, yürüyüş sırasında ortaya çıkan şiddetli ağrı, yaz dönemlerinde artan sıcaklıklara bağlı terlemeyle artan büller saptandı. Olgularımızda mental retardasyon ve korneal distrofi olmaması ile Richner Hanhart sendromundan, periorifisyal verrüköz papüller ve hiperkeratozun olmaması ile Olmsted sendromundan, periodontit, diş anomalisinin olmaması ile Papillon-Lefèvre sendromundan uzaklaştırdı. Ayrıca bal

peteği tarzında ve yıldızvari hiperkeratozun, sağırılığın, spontan amputasyonların ve iktiyozisin olmaması ile otozomal dominant Vohwinkel sendromu, eşlik eden özefagus malignitesi ve oral mukoza lezyonlarının olmaması ile de Howel Evans sendromu, kardiak anomalilerin ve yünsü saçın olmaması ile Mal de Naxos dışlandı. Fokal tip PPK olarak belirlenen hastalığa, tedavi olarak spinal anestezi altında hiperkeratotik alanlar belirlenerek cm2'ye 10 iu olacak şekilde 1000 iu Botulinum Toksin Tip A (Dysport) intradermal olarak uygulandı. İlerleyen günler sırasında her üç hastanın da plantar keratoz varlığı ile agreeve olan şikayetlerinin bittiği, ilerleyen haftalarda ise hiperkeratotik alanların oluşma hızının gözle görülür miktarda azaldığı saptandı. Mekanik debritleme yardımı ile hiperkeratotik alanların uzaklaştırılması sonucu hastanın ağrı nedeniyle yaşadığı yürüme zorluğu şikayeti bitti.

Sonuç: Palmaplantar Hiperkeratoz hastaların gündelik yaşamını ciddi bir biçimde etkileyebilen bir medikal durum olup, tekrarlayan dozlarda intradermal botulinum toksini enjeksiyonu ve hiperkeratotik alanların debritleme yapılarak kontrol altında tutulabilmektedir. Bu tedavi yöntemi hastaların hayat kalitelerini belirgin ölçüde arttırdığı saptanmıştır.

1. G. P Lucker, Van de Kerkhof PC, Steijlen PM. The hereditary palmaplantar keratoses: an updated review and classification. British Journal of Dermatology 1994;131:1114

ayak tabanında hiperkeratosıs



P165

Hayat Kalitesini Düşüren Dev Lipomlar Ve Cerrahi Endikasyonları

Nuh Evin, Osman Akdağ, Mehtap Karemeşe, Zekeriya Tosun

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Lipomlar mezenkimal orijinli iyi huylu yumuşak doku tümörlerinin ve yağ doku tümörlerinin en sık görülenleridir. Yağ dokunun olduğu her yerde görülebilen lipomlar sıklıkla 40-60 yaşları arasında; sırt, boyun, omuz, karın duvarı ve ekstremiteler proksimallerinde palpe edilebilen, ağrısız, subkutan kitleler olarak görülmektedir. Lipomların çoğu küçük ve asemptomatiktir. Malin değişim göstermezler ancak bazen büyük boyutlara ulaşarak bulunduğu anatomik bölgelere göre hareket sınırlılığı, lenf ödem, inflamasyon, ağrı ve kompresyon sendromuna neden olabilir. Bazende dev lipom(Sanchez ve ark.: 1000 gram ve 10 cm üzeri

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

38. Ulusal Kurultayı

lipom) olarak vücut şekil bozukluğu ve deformitelere neden olabilir. Bu çalışmada kliniğimizde opere edilen günlük yaşamı etkileyen ve hayat kalitesini düşüren dev lipomların cerrahi endikasyonlarını ve yönetimini sunacağız.

Hastalar Ve Yöntem: 2013-2016 yılları arasında kliniğimizde opere edilen 14 dev lipom hastası çalışmaya dahil edildi. Hastaların hepsinin şikayetleri, fizik muayene bulguları(lipomların yerleşim yerleri ve bu yerleşime göre hasta şikayetleri), aile hikayesi, sistemik hastalıkları, vücut kitle indeksi, cerrahi öncesi kilo alım ve kayıpları, rutin laboratuvar testleri(kan lipidleri dahil), radyolojik görüntülemeleri(ultrasonografi, tomografi, MR), ameliyat notları(insizyon boyutları, cilt eksizyonu gerekliliği), klinik seyri(hematom, seroma ve enfeksiyon) ve histopatolojik raporları geriye yönelik retrospektif araştırıldı. Tüm kitlelerde genel anestezi altında eliptik insizyonla girilerek, kapsül bütünlüğünü bozmadan, çevre dokulardan dikkatlice diseksi edildi. Kitle etkisiyle genişleyen ciltle birlikte eksize edildi, dren yerleştirilerek primer suture edildi. Tüm kitleler patolojik incelemeye; 1 hastada kitle üzerinde genişlemiş cilt ayrı histopatolojik incelemeye gönderildi. Elastik bandaj ile ortalama 4 hafta kompresyon uygulandı. Hastalar en az 6 ay takip edildi.

Bulgular: Hastalar 9 erkek, 5 bayan hasta olup, hastaların klinik özellikleri tablo 1'de gösterilmiştir. Kitlelerin ortak özelliği cilt altı yerleşimli, zamanla büyüyen, ağrısız, mobilize, çevre cildi genişleten kitlelerdir. Radyolojik olarak USG'de yuvarlak, sınırlı belirgin, ekojen kitle; MR'da cilt altı yerleşimli, keskin sınırlı, T1 ve T2 ağırlıklı kesitlerde sinyali artan(hiperintens), yağ baskılı sekanslarda sinyal kaybeden(hipointens), düzgün-lobule konturlu lezyon olarak raporlandılar. Post op dönemde 1 hastada tekrarlayan ve 5 hafta süren seroma ile karşılaşıldı; diğerlerinde hematoma, seroma ve enfeksiyonla karşılaşılmadı. Post op dönemde 4 gün boyunca seroma drene edildi. Tüm kitlelerde histopatolojik sonuç lipom ile uyumlu malignite içermeyen matür yağ hücreleri geldi. Genişlemiş cilt dokusunda expander cildi bulgularına benzer olarak hücre boylarında genişleme ekseninde uzama, epiderminin normalden kalın dermisin ince, doku kalınlığının en projekte noktada en az, damarlanmanın ve vaskülogenezin arttığı görüldü. Post op 6. ayda hiç bir hastada rekürens ve geç dönem komplikasyon görülmedi. Hasta fiziksel ve estetik şikayetlerinin azaldığını belirtti.

Tartışma Ve Sonuç: Yağ dokunun en sık görülen neoplazmaları olan lipomlar bulunduğu anatomik lokalizasyonlar ve boyutuna göre semptomatik olurlar. Sırt, karın duvarı ve uyluk gibi bölgelerde bazen dev lipom olana kadar semptom vermeyen lipomlar; baş, boyun ve genital bölgesinde genelde estetik kaygı, eklem bölgelerinde hareket kısıtlılığı ve karpal tünal, guyon kanalı, trosik çıkış bölgesi gibi genişleme kabiliyeti olmayan bölgelerde baskı nedeniyle küçük boyutlarda bile semptomatik olabilirler. Bununla birlikte bazen hayati organlara (karaciğer, böbrek akciğer) yakın yerleşerek, tanı almadan dev lipom boyutlarına ulaşarak ciddi bozukluklara neden olabilirler. Lipomların etyopatogenezleri tam olarak bilinmemekle birlikte obezite, diabetes, artmış serum kolesterolü, radyasyon, ailesel yatkınlık ve kromozomal anomaliere sahip hastalarda(12. q translokasyonu) daha sık görülmesi bu faktörleri predispozan faktör olarak düşündürür. Travma ise etyolojide çok önemli olup travma sonrası fibröz septanın, kapsülün yırtılması sonrası yağ doku göçü ve profilasyonu sonuçlanabilmektedir. Tek lipomlar kadınlarda sık görülürken, lipomatozis erkeklerde sık görülür. Lipomlar genellikle USG ile tanı alsalarda; MR lipomları en iyi gösteren tetkiktir. Lipom tedavisi asemptomatikse ya da hasta estetik olarak şikayetçi değilse konservatif, semptomatik ve kozmetik endişeye

neden oluyorsa cerrahi eksizyondur. Tedavide cerrahi dışında liposakşında kullanılabilir; ancak daha az skar bırakmasına karşın, lokalizasyona göre uygulama zorluğu, doku dansitesi yüksek fibrolipomlarda düşük başarı ve fibröz kapsülü uzaklaştıramama ve relaps neden olması, histopatolojik incelemede zorluk gibi dezavantajları vardır. Çalışmada; günlük yaşamı etkileyen ve hayat kalitesini düşüren dev lipomların lokalizasyona bağlı semptomlarını hatırlatmak ve literatür bilgilerini gözden geçirmek hedeflenmiştir.

Tablo 1

YAŞ	CINSİYET	LOKALİZASYON	ANA ŞİKAYET /KISITLILIK	EBAT(cm)	AĞIRLIK (gram)
35	E	LOMBER	Lateral dekübit yatış	10X12X14	1120
48	E	ENSE	Kafa ekstansiyonu	10X10X12	1020
44	K	SIRT	Supin yatış	12X11X11	1075
39	E	UYLUK	Pantolon giyme	14x13x10	
60	E	SIRT	Supin yatış	12x15x13	1230
58	E	SIRT	Supin yatış	10x11x13	1065
41	K	UYLUK	Görüntü	11x12x12	1105
55	K	SIRT	Supin yatış	13x12x14	1270
49	E	KARIN ÖN DUVAR	Çap artışı	14x12x11	1255
33	K	UYLUK	Görüntü	10x13x12	1180
61	K	SIRT	Supin yatış	10x12X13	1200
47	E	LOMBER	Lateral dekübit yatış	11X12X13	1110
51	E	KARIN ÖN DUVAR	Çap artışı	14X12X16	1350
65	K	GLUTEAL	Oturma	10X14X16	1295

P166

Sırtta Bilateral Fibrolipom

Serhat Yazar, Mehmet Dadacı, Bilseve İnce,

Tuba Sodalı, Orkun Uyanık

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

Giriş: Lipomlar normalde yağ dokusunun bulunduğu yerlerde meydana gelebilen çok görülen iyi huylu mezenşimal tümörlerdir. Genellikle cilt altı yağlı dokuda genellikle alt ve üst ekstremite, göğüs ve omuzlarda bulunurlar. Histolojik olarak yağ dokusu içermelerine rağmen klasik lipom, fibrolipom, anjiolipom, pleomorfik lipom, myolipom, miksoid lipom, lipoblastom gibi alt grupları da bulunmaktadır (1). Fibrolipoma, lobüler yağ hücreleri karışmış yoğun fibröz komponent ile karakterize lipomun mikroskopik bir varyantıdır (2).

Olgu: 69 yaşında kadın hasta, sırtta yaklaşık 20 yıldır var olan, yavaş büyüme eğiliminde olan, son zamanlarda sırt üstü yatmakla sırtta ağrı şikayetine neden olan 2 adet kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Palpasyonda düzgün yüzeysel, sert kıvamda, mobil olmayan kitle görüldü. Preoperatif çekilen usg'de bilateral infraskapul alanda cilt altında heterojen, belirgin kanlanma izlenmeyen doku görüldü. Bilateral kitle üzerine düz insizyon sonrası yapılan eksplorasyonda kitlenin çevre dokulara fibrotik bantlar ile bağlı olduğu görüldü. Herhangi bir komplikasyon olmadan her iki kitle total eksize edildi. Kitleler histopatolojik incelemeye gönderildi. Kitle olgun adipoz doku ve kitle içerisinde fibröz bağ doku bantları içermesi nedeniyle fibrolipom tanısı aldı. Postoperatif 2. gününde taburcu

edilen hastanın postoperatif 6. ay takiplerinde kitle nüksü görülmedi.

Tartışma: Subkutan fibrolipom hipertrofik olgun yağ ve fibröz bağ dokusundan kaynaklanan nadir görülen bir tümördür. Fibrolipom subkutan dokuda, digital sinirde, oral kavitede, solunum yollarında, gastrointestinal alanda lokalize olabilir.(3) Lipomlar arasındaki oranı %0,3'dür. Lipom gelişmesi hala daha tartışmalı iken genetik veya edinsel olarak travma, kronik iltihap, aile öyküsü ve endokrin problemler yol açabilir. Lipomun palpasyonda kıvamı yumuşak iken fibrolipom ise sert kıvama yakındır. Lipoma ve fibromanın tedavisi gibi fibrolipomun tedavisi de klasik cerrahi eksizyondur. Rekürrens nadiren görülmektedir.

Kaynaklar:

- (1) Kim YT, Kim WS, Park YL, et al. A case of fibrolipoma. Korean J. Dermatol 2003; 41:939-941
- (2) Kajihara M, Sugawara Y, Sakayama K, et al. Subcutaneous fibrolipoma in the back. Radiat med. 2006; 24: 520-524
- (3) Khubchandani M, Thosar NR, Bhadure RN, Baliga MS, Gaikwad RN. Fibrolipoma of buccal mucosa. Contempt Clin Dent 2012 aprıl; 3(supp11): 112-114

resim 1



P167

Dar ve Hassas Alanlarda Çalışırken Kolaylık Sağlayacak Bir Cerrahi Aspiratör

Elif Seda Tamses¹, Muhammed Beşir Öztürk¹, Ekrem Ramazan Keskin², Bekir Atık¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı İstanbul

²Haydarpaşa Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Zaman zaman gerek sterilizasyon problemlerinden, gerekse basınç düşüklüğüne bağlı tıkanmaların yaşanmasıyla sık aspiratör ucu değiştirme gereksinimi

doğar. Ancak ortamdaki steril aspiratör sayısı azlığından dolayı sıkıntılarla karşılaşılabilir.

Bu makalede zor koşullarda, tüm ameliyathanelerde rahatlıkla ulaşılacak bir malzemeyle, aspirasyon sorununun nasıl önüne geçilebileceğinden bahsettik.

Materyel Ve Metod: Tüm ameliyathanelerde bulunan, bir insülin enjektörü, steril olarak masaya alınır

Enjektörün yan tarafındaki çıkıntılar 10 diзем sınırından bistirü veya makas yardımıyla kesilir.

İsteğe göre basınç ayarı yapabilmek için, üzerine bir adet delik açılır. Dar bir alanda çalışılacaksa bu işlemler yeterliken, eğer geniş bir yüzey aspirasyonu gerekiyse iğnenin takıldığı alan bistirü yardımıyla kesilerek tüm hazne kullanır hale getirilerek aspiratör ucu genişletilebilir. Var olan yerlerde aspiratör cihazına, olmayan yerlerde ise merkezi vakum paneline, bağlanır.

Tartışma: Aspiratör hemen hemen tüm ameliyatlarda kullandığımız basit ancak önemi büyük cerrahi aletlerdendir. Cerrahi esnasında kesilen veya diseke edilen yerlerin, kansız hale getirilerek, cerrahın önünün açılmasında büyük önem arz eder.

Günümüzde her yerde aspiratörlere ulaşılabilirse de bazen, gerek farkedilmeden sterilizasyon tarihinin geçmiş olması, gerekse mevcut aspiratörlerin bitmiş olması veya son aspiratörün ameliyat esnasında sterilizasyonunun bozulması gibi sebeplerle, intraop aksiliklerle karşılaşılabilir.

Bu gibi durumlar için kullanılmak üzere insülin uçlu aspiratörü tanımladık.

İnsülin enjektörü tüm ameliyathanelerde bulunan, hızlı ulaşılabilir, kolayca aspiratör kablosuna uyum sağlayan bir alettir. Aynı zamanda ince uçlu olmasıyla her yere rahatça girebilen, rinoplasti veya damak yarığı ameliyatları gibi özel ve dar alanlarda çalışılan ameliyatlarda ekstra avantaj sağlar. Ayrıca künt ve plastik oluşundan dolayı mikrocerrahi yapılan operasyonlarda arter, sinir ve ven yapılarına da minimal zarar verecek bir alettir. Ayrıca ince uçlu metal aspiratörler defalarca sterilizasyona girer ve çıkar. Çok kullanılmaları ve tekrarlayan setrilizasyonlar sonucunda yıpranmaları sebebiyle uçları bozulabilir. Bunlar haricinde zaten metal olmaları nedeniyle dokularda istenmeyen hasara sebep olabilirler. Ameliyat esnasında metal aspiratörler fazla bastırılmaları veya çevreyle olan sürtünmeleri sonucu mukozada erozyona sebep olabilirken, insülin uçlu aspiratörün plastik, yumuşak ve künt uçlu oluşu da bize kazandırdığı diğer avantajlardır. Hali hazırda bulunan tek kullanımlık; plastik ve künt uçlu aspiratörler ise büyük olmaları sebebiyle dar alanlarda çalışırken beklentileri karşılayamamaktadırlar.

Sonuç: Ameliyat yoğunluğuna rağmen sterilizasyonu yeterince çalışmayan yerlerde, aspiratöre ulaşamayan taşra da yada özellikle ince ve künt uçlu aspiratör kullanımı gerektiren özellikli ameliyatlarda, hem yoktan aspiratör var etmek hem de defalarca kullanım ve sterilizasyon sonucu ucu hırpalanmış ince uçlu metal aspiratörlerin doku zararının önüne geçmek amacıyla insülin enjektöründen yapılmış aspiratörü tarifledik. Bu aletin ucuz, kolay ulaşılabilir, pratik ve ideal bir malzeme olduğunu düşünüyoruz.

insülin uclu aspiratör



insülin uclu aspiratör

P168

Aplasia Cutis Congenita'nın Farklı Klinik Varyasyonu: Setleis Sendromu-Aslan yüz

Cengiz Eser, Eyüphan Gencil, İbrahim Tabakan, Erol Kesiktaş, Metin Yavuz

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Fokal fasyal dermal displazi (FFDD) nadir ektodermal bozukluk olup bir grup kalıtsal gelişim bozukluğunu ifade eder. FFDD tip 3(1) olarak adlandırılan Setleis sendromunun tipik görüntüsü aslan yüz olarak adlandırılır. Yüz cildinde kırışıklar belirgindir. İlk kez 1963 yılında yüzün ektodermal hipoplazisi olarak Setleis tarafından tariflenmiştir. Fasyal ve oküler bulguları olan hastalığın en belirgin bulgusu bitemporal aplasia cutistir. Forseps izi gibi depresif skar izlenimi veren cilt ve cilt altı doku atrofişi her iki temporal alanda bulunur.(2) Deri eklerinin total kaybı dikkat çeker, vasküler yapılar belirgindir. Kaş yapıları lateralde seyrek, kirpik yapıları anormaldır. Üst göz kapağında distiyaziş yani göz kapağının iç kısmında, meibomian bez kanallarının giriş yerinde, ikinci bir kirpik sırasının biçimlenmesi görülürken alt göz kapağında kirpik kaybı ve bilateral periorbital şişkinlikler mevcuttur. Burun kanatları genişlemiştir. Kulaklar düşük yerleşimli ve displaziktir. Dudaklar belirgin geniş ve köşeleri aşağı yerleşimlidir ters v görünümlü nedeniyle mentum orta hatta hiperpigmente çöküklük görülür.(3) Nadir de olsa nistagmus(4) epilepsi(5) ile birlikte olan Setleis sendromlu hastalar tariflenmiştir. Genetik çalışmalarda Setleis sendromlu aileler(6) tanımlanmakla birlikte mutasyona bağlı TWIST genin duplikasyonu veya triplikasyonları gösterilmiştir.(7) Bu nedenle sporadik oluşumlar, resesif aktarım ve mutasyona bağlı otozomal dominant geçişin olduğu vakalar görülmektedir8 bu nedenle genetik danışmanlık verilmelidir. Entelektüel gelişim birçok vakada normal olarak saptanmıştır. İlk plastik cerrahi yaklaşım göz kapağı burun dudak ve çeneye olmak üzere 8 yaşındaki hastada Tanabe(9) tarafından tariflenmiştir. Olgularında hipertrofiye uğramış orbicularis okuli ve oris kasları parsiyel eksize edilmiş. Literatürde tedaviye yönelik yaklaşımlar hastalığın nadir görülmesi nedeniyle bulunmamaktadır. Temporal bölgedeki skar dokuları sıklıkla şikâyet nedenidir. Aplasia cutis congenitada tercih edilen doku genişleticileri tedavide kullanılabilir. Olgumuzda doğumda itibaren takip etmekte olduğumuz Setleis sendromlu hastanın klinik bulguları sunulmuştur.

1. Tükel T, Sosic D, Al-Gazali LI, Erazo M, Casasnovas J, Franco HL, Richardson JA, Olson EN, Cadilla CL, Desnick RJ. Homozygous nonsense mutations in TWIST2 cause Setleis syndrome. American journal of human genetics 2010;87(2):289-296.
2. Matsumoto S, Kuno T, Hamasaki Y, Miyazaki S, Miyabara S, Narisawa Y. Setleis bitemporal «forceps marks» syndrome and its pathogenesis: a case report. Acta paediatrica Japonica; Overseas edition 1991;33(2):186-190.
3. McGaughan J, Aftimos S. Setleis syndrome: three new cases and a review of the literature. American journal of medical genetics 2002;111(4):376-380.
4. Graul-Neumann LM, Stieler KM, Blume-Peytavi U, Tzschach A. Autosomal dominant inheritance in a large family with focal facial dermal dysplasia (Brauer-Setleis syndrome). American journal of medical genetics Part A 2009;149A(4):746-750.
5. Giordano L, Desnick RJ, Molinaro A, Uliana V, Forzano F, Edelmann L, Nazarenko I, Pinelli L, Accorsi P, Faravelli F. Setleis syndrome: genetic and clinical findings in a new case with epilepsy. Pediatric neurology 2014;50(4):389-391.
6. Tsuda S, Kitamura N, Nishio T, Sasai Y, Yamashita Y, Kato H. Setleis' bitemporal «forceps marks» syndrome in a Japanese family. Acta dermato-venereologica 1995;75(6):479-481.
7. Lee BH, Kasparis C, Chen B, Mei H, Edelmann L, Moss C, Weaver DD, Desnick RJ. Setleis syndrome due to inheritance of the 1p36.22p36.21 duplication: evidence for lack of penetrance. Journal of human genetics 2015;60(11):717-722.
8. Artlich A, Schwinger E, Meinecke P. Setleis (bitemporal «forceps marks») syndrome in a German family: evidence for autosomal dominant inheritance. Clinical dysmorphology 1992;1(3):157-160.
9. Tanabe A, Kusumoto K, Suzuki K, Ogawa Y. Treatment of Setleis syndrome. Case report. Scandinavian journal of plastic and reconstructive surgery and hand surgery / Nordisk plastikkirurgisk forening [and] Nordisk klubb for handkirurgi 2001;35(1):107-111.

P169

Saç-İplik Turnike Sendromunun Loupe Büyütme Altında Tedavisi

Osman Kelahmetoğlu¹, Remzi Fırıncioğulları², Mustafa Ekrem Güleş¹, Çağlayan Yağmur³, Ethem Güneren¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Özel Yenisehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Mersin

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Saç telinin parmağı sirküler olarak sarması sonucu oluşan saç-iplik turnike sendromu; tipik olarak 6 yaşından küçük çocukları etkiler. El parmakları, ayak parmakları, penis, klitoris veya labia minörde görülebilir. Doku nekrozunu engellemek için acil çıkarılması gerekmektedir. Bu vakada sol ayak 4. parmağına sirküler olarak saç teli dolaşması sonucu saç-iplik sendromu gelişen 4 aylık erkek hastaya yaklaşımımızı sunmaya çalıştık.

Olgu: 4 saat önce sol ayak 4. parmağına saç teli dolaşan hasta sol ayak 4. parmağında eritem ve ödem şikayeti ile yakınları tarafından acil servise getirildi. Fizik muayenede sol ayak 4. parmakta şişlik, ödem, eritem ve distal interfalangeal eklem üzerinde oluk izlendi. Kapiller dolum hızıydı. Acil odasında 4,5 kat loupe büyütmesi altında mikro penset ve makas kullanılarak saç teli çıkarıldı. Saç

telinin çıkarılmasını takiben kapiller dolum normale döndü. Hasta hastanede 2 gün süre ile takip edildi. Herhangi bir doku kaybı ya da komplikasyon izlenmedi.

Sonuç: Biz dolaşan saçın çıkarılması sırasında loupe büyütme ve mikrocerrahi ekipman kullanımının etkili olduğunu düşünüyoruz.

Resim 1



Sol ayak 4. parmakta eritem, ödem ve distal interfalangeal eklem üzerinde oluk

P170

Sıradışı Yerleşim Gösteren Yumuşak Doku Tümörü

Sedat Vatansever¹, Ömer Faruk Ünverdi²

¹Seka Devlet Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kocaeli

²Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kocaeli

Lipom vücutta en sık görülen yumuşak doku tümörlerinden biri ve baş boyun bölgesinde en sık görülen benign yumuşak doku tümördür(1). Kitle bulunduğu bölgede komşu olduğu vasküler ve nöral yapılara yakınlığı nedeniyle ağrıya neden olabilmektedir. Baş boyun bölgesinde çeşitli lokalizasyonlarda görülebilmekle birlikte süperfisyal ve derin temporal fasyalar arasında yerleşimi yalnız bir olguda gözlenmiştir(2). Kitlenin nadir yerleşim göstermesi nedeniyle olgu sunumu olarak paylaşılmıştır.

Materyal-Metod: Yirmi yedi yaşında erkek hasta sağ temporal bölgede 2 yıl önce ortaya çıkan kitle nedeniyle polikliniğe başvurdu. Kitlenin basiya maruz kaldığında ağrıya neden olması nedeniyle eksizyon planlandı. Lokal anestezi altında eksizyonu planlanan kitlenin üzerinden yapılan insizyon sonrasında kitleye cilt altı yağ dokusu içinde rastlanamadı. Frontal dalın takip ettiği hat göz önünde bulundurularak süperfisyal temporal fasyaya 1 cm'lik insizyon yapıldı. Fasyanın hemen altında sarı refle veren kitle gözlemlendi. Kitle künt diseksiyonla serbestlenerek eksize edildi. Patoloji A.D tarafından değerlendirilen kitlenin tanısı Lipom olarak konfirme edildi.

Tartışma: Frontal dalın süperfisyal temporal fasyanın hemen altında bulunması nedeniyle temporal bölgenin anatomisi baş boyun cerrahları açısından büyük öneme

sahiptir. Campiglio ve arkadaşları tarafından temporal bölgede yer alan fat pad ve önemli anatomik yapıların ilişkisi tanımlanmıştır. Üç farklı seviyede fat pad bulunduğu ve fasyal sinirin korunmasında en önemli anatomik yapının derin fat pad olduğu bildirilmiştir(3). Temporal bölgede gözlenen lipomatöz lezyonların bu fat padler zemininde geliştiği düşünülmektedir.

Brennan ve arkadaşları temporal bölgede yerleşim gösteren tümöral lezyonun eksizyonu amacıyla opere ettikleri hastada, kitlenin derin temporal fasyanın altında yerleşim gösterdiğini ancak operasyon esnasında saptamış ve kitleyi temporal kasın üzerinden eksize etmiştir(4). Ban ve Kitajima sol temporal bölgede bulunan kitle nedeniyle opere ettikleri hastada kitlenin temporal kas içine yerleşim gösterdiğini saptamıştır(5). Çeşitli çalışmalarda derin temporal fasyanın altında yerleşim gösteren lipomatöz lezyon gözlenirse de süperfisyal ve derin temporal fasya arasında yerleşim gösteren lipoma dair tek olguluk bilgi bulunmaktadır(2).

Temporal bölgede bulunan lipomatöz kitlenin oldukça nadir de olsa süperfisyal ve derin temporal fasya arasında bulunabileceği ve frontal dalla yakın ilişki içinde olabileceği akılda tutulmalıdır.

Referanslar:

- 1)Wolff K., Goldsmith L.A., Katz S.I., Gilchrist B.A., Paller A.S., Leffell D.J. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine Seventh Edition.2011:1190-1194
- 2) Kemaloğlu C.A., Ünverdi Ö.F., " Beklenmedik Yerleşimli Lipom", 36. TPRED Ulusal Kurultayı, İSTANBUL,TÜRKİYE, 29 Ekim - 1 Kasım 2014
- 3) Campiglio GL, Ponzilli G, Di Leo A, Donati V. Anatomical study of the temporal fasciae and fat pads. Minerva Stomatol 1999;48:71-7.
- 4) Brennan PA, Bader MC, Sharma S, Oepfen RS. Lipomas where you least expect them. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005;100(1):9-10
- 5)Ban M, Kitajima Y. Intramuscular lipoma within the temporal muscle. Int J Dermatol. 2002;41(10):689-90.

Süperfisyal ve Derin Temporal Fasya arasından eksize edilen kitle



P171

Bilateral Elastofibroma Dorsi Olgusu

Mert Seçer, Abdullah Çalık, Cengiz Çetin

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

1961 de ilk kez Jarvi ve Saxen tarafından tanımlanan Elastofibroma dorsi(EFD) genelde 4.-6. dekattaki kadınlarda, nadir görülen, yavaş büyüme paternine sahip, sınırları belirgin olmayan, kapsülsüz, çoğunlukla infraskapular alanda yer alan benign bir yumuşak doku tümördür. Patofizyolojisinde skapula ve göğüs kafesi arasındaki tekrarlayan mikrotravmanın, bölgedeki fibroz dokunun elastin komponentinde proliferasyona yol açtığı düşünülmektedir. EFD infraskapular alanda rhomboid majör, latissimus dorsi kasları ile göğüs kafesi ve serratus anterior arasında bulunur. Hastaların %10 unda bilateral seyeder. EFD prevalansı kadavra serilerinde %11-24 arası olarak ölçülmesine rağmen klinik olarak bulgu veren

hastalar daha nadirdir. Hastalar tipik olarak palpasyonla fark edilen şişlik, omuz hareketiyle artan ağrı ve bu bölgede rahatsızlık hissiyle bulgu verir. Tanı fizik muayene ve CT, MRI görüntüleme yöntemleriyle konulur. Unilateral EFD varlığında tanıyı kesinleştirmek için tru-cut, eksizyonel biopsi kullanılabilir.

Ayırıcı tanıda lipom, liposarcoma, fibrom, hemangiom ve hematoma yer alır. Tedavide total eksizyon önerilir. Olgumuz; 62 yaşında, erkek hasta, romatoid artrit, interstisyel akciğer hastalığı, hiperlipidemi öyküleri ve koroner arter hastalığı nedeniyle 13 sene önce sol anterior desendan artere stent yerleştirilme öyküsü mevcut. 6 sene önce kolları yukarıya kaldırmakla sırtta ağrıya sebep olan, sağ skapula altında yerleşimli 5 cm çaplı cilt altı kitle lezyonu dış merkezde çıkartılmış. Hasta benzer şikâyetlerle sol skapula altında son zamanlarda sırtta ağrıya sebebiyet veren cilt altı lezyon nedeniyle kliniğimize başvurdu.

Yapılan fiziki muayenede, sol kol hiperabduksiyonda iken hastanın sol infraskapular bölgesinde yaklaşık 3 cm çaplı cilt altı palpable düzensiz kitle lezyonu tespit edildi. Doppler ultrasonografisi ve eşliğinde interstisyel akciğer hastalığı nedeniyle yakın zamanda çekilen yüksek çözünürlüklü toraks bilgisayarlı tomografisi(HRCT) neticesinde; infraskapular bölgede bulunan, komşu kas yapıları ile sınırları ayırt edilemeyen, kapsül formasyonu görülmeyen, heterojen ve 3 cm anteroposterior(AP) çapa sahip kitle lezyon görüldü. Ek hastalıkları kontrol altında olan hasta genel anestezi altında sol infraskapular bölgeden, lezyon üzerinden horizontal posterolateral insizyon yapıldı. Diseksiyonlar sonrası kitlenin 6x3 cm büyüklüğünde, lastik kıvrımlı olduğu; anteriorda infraspınatus fasyasına sınırlı, altta latissimus dorsi(LD), superomedialinde rhomboid majör(RM) kaslarıyla sınırlı olduğu görüldü. Kitle total eksize edilerek patoloji laboratuvarına spesmen olarak gönderildi. Hastanın postoperatif 1. Ay takibinde ek komplikasyon görülmedi. Bu sunumda, nadir görülen bilateral elastofibroma dorsi nedeniyle opere ettiğimiz olgumuz literatür eşliğinde değerlendirildi.

Hastamızın Post-op 1. ay görüntüsü



P172

Tetanoz Aşısı Sonrası Enjeksiyon Bölgesinde Streptokokal Apse

Nuh Evin, Abdullah Ünlü, Osman Akdağ, Zekeriya Tosun

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Tetanoz genellikle kirli yaralanma sonrası cilt bütünlüğünün bozulması ve "Clostridium tetani" bakteri toksininin(tetanospazmin) bulaşması sonrası şiddetli kas spazmlarıyla ilerleyen mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Tetanozdan korunma amaçlı DBT (difteri-boğmaca-tetanoz) aşısı profilaktik uygulanmakta ve dT (antijen miktarı azaltılmış difteri + tetanoz) aşısı olarak her 10 yılda bir tekrarlanmaktadır, kirli yaralanma sonrası bu süre 5 yıla düşmektedir. Aşının içerdiği toksoid antijen miktarına ve kişinin immün durumuna göre sistemik ve lokal yan etkileri mevcuttur. Lokal yan etkiler aşı bölgesinde eritem, ödem, hassasiyet ve ağrı gibi basit olabileceği gibi; lokal enfeksiyon ve apse gibi daha karmaşıktır olabilir. Aşı sonrası enjeksiyon bölge apseleri ise genellikle enjeksiyon gereçlerinin kontaminasyonu ve sterilizasyondaki eksiklikler sonrası oluşmaktadır. Etkenler genellikle bakteriyel olup Staf. Aureus, E. Coli ve Pseudomonas' tır. Bu çalışmada tetanoz aşısı profilaksisi sonrası Streptokokal apse olgusu sunulmaktadır.

Vaka sunumu: 32 yaş erkek hasta sol kolda ağrı, şişlik ve kızarıklık şikâyetleriyle başvurdu. Hikayesinde ek hastalığı olmadığı, 7 gün önce sol elini iş yerinde kirli ortamda kestiğini, acil servise başvurduğunu, eline dikiş atıldığını, tetanoz aşısı en son 6 yıl önce yapıldığı için sol kol bölgesinden aşının tekrarlandığı, aşı sonrası 2. günden itibaren aynı bölgede önce kızarıklık ardından şişlik ve ödem geliştiği beyan etti. Muayenede yaklaşık 4x5 cm genişliğinde kızarıklık, ödemli, fluktuasyon veren, ısı artışı ve hassasiyeti olan apse ya da enfekte kist ile uyumlu kitle mevcuttu. Hastanın koltuk altında lenfadenopati yoktu, sistemik muayenesi normaldi. Öncelikle tam kan sayımı, enfeksiyon markerları(sedim, crp, prokalsitonin), ultrasonografi istendi. Tam kan sayımında beyaz kürenin 14.000/mm³, nötrofil ağırlıklı, sedim 80, crp 117, pro:1.8, usg de 3x4.2x2.5 cm abetlerde apse formasyonu ile uyumlu kitle ve sol aksiler reaktif lenf nodu sonucu geldi. Steril şartlarda, lokal anestezi altında apse kültürü alarak drene edildi. İrrigasyon sonrası yara sütüre edilmedi ve pansuman yapıldı. Akılcı antibiyotik kullanımı için kültür sonuçlanan kadar profilaktik oral amoksisilin- klavulanik asit 3 x 1 g başlandı. Isı artışı ve eritem 24 saat içinde geriledi. Kültür sonuçları amoksisilin- klavulanik asit duyarlı Grup A Beta Hemolitik Streptokok geldi. Yara düzenli pansuman ve antibiyotik tedavisi ile 2 haftada tedavi edildi.

Tartışma ve sonuç: Bir çok çalışmada tetanoz aşısına bağlı alerjik reaksiyonlar ve komplikasyonlar tariflenmiştir. Apse ve enfeksiyonda bu komplikasyonlar arasında olup tetanoz aşısı sonrası %0.7 oranında tariflenmiştir. Aşı ile ilişkili apseler nadiren aşı içeriğine bağlı olup genellikle kontaminasyon sonrası oluşan enjeksiyon bölgesi apseleridir. Aşı sonrası enjeksiyon bölgesi apseleri genellikle iatrojenik bakteriyel enfeksiyonlara bağlı gelişmektedir, tedavisinde standart drenaj ve antibiyotik tedavileri yeterlidir. Eriklinlerde dT aşısının ciddi yan etkilerinin çok sık olmayıp, genellikle konservatif tedavi edilirler ve bu yan etkiler aşılama programına engel olmamalıdır.

P173

Diyabetik Hastada Sırtta Yerleşimli Dev Abse Formasyonu: Vaka Sunumu

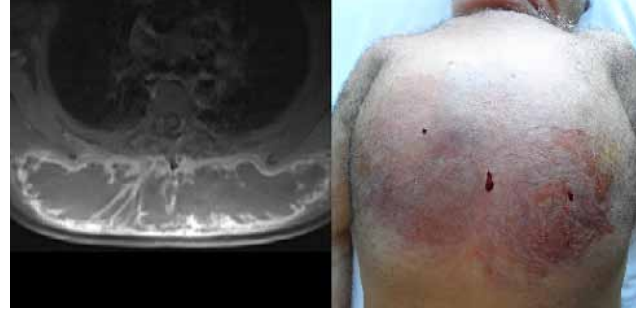
Sultan Yalçın, Nebil Yeşiloğlu, Ali Cem Akpınar,
Arda Akgün, Gaye Filinte, Cem Berkay Sınacı
*Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul*

Giriş: Cilt ve cilt altı abseler plastik cerrahların en sık karşılaştığı hastalıklar arasındadır. Özellikle diyabet gibi predispozan etken varlığında apse ve yumuşak doku enfeksiyonu (YDE) sıklığı artmaktadır. Diyabetik hastalarda gazlı gangren, fourmier gangreni, abse ve yüzeysel doku enfeksiyonları sıklıkla karşılaşılan tablolardır. Cilt ve ciltaltı abselerin tedavisi sıklıkla insizyon-drenaj ve antibiyoterapi ile yapılmaktadır. Biz de bu vaka sunumumuzda diyabetik hastada meydana gelen sırtta geniş alanda yerleşimli dev cilt altı abse olgusunu meslektaşlarımızla paylaşmak istedik.

Olgu: hastamız 44 yaşında erkek hasta.Yaklaşık 6 yıldır tip 2 diyabet tanısı mevcuttu. Hasta bu sebeple oral antidiyabetik kullanmakta. Hasta kliniğimize sırtta şişlik ve yüksek ateş şikayeti ile başvurdu. Şikayetlerinin yaklaşık 1 aydır mevcut olduğunu herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadığını belirtti. Yapılan fizik muayenesinde ateş: 38.7 Olarak saptandı. Sırtta yaklaşık 20x30 cm boyutlarında kitle palpe edildi. Hasta kliniğimize yatırıldı. Yapılan tetkiklerinde wbc:24000 kş:385 hba1c:11.3 Crp:292 olarak raporlandı. Hastanın yapılan mr ında sırt bölgesinde lomber bölgede uzanım gösteren subkutan dokuyu dorsalde tamamen tutan 28x31x7 cm boyutlarında apse ile uyumlu oluşum görüldü. Hasta drenaj için ameliyathaneye alındı. Hastaya bir kaç bölgeden insizyon yapılarak drenaj uygulandı. Doku kültürü alındı.Bölge antibiyotikli solüsyonlarla yıkandı. İnsizyon hatları drenajın devamı açısından suture edilmeden açık bırakıldı. Hasta enfeksiyon hastalıklarına danışıldı, hastaya cubisin ve meronem tedavisi başlandı. Antibiyotiğin 2.Gününde hastanın ateşi ve semptomları geriledi. Ameliyat esnasında alınan doku kültüründe S. Aureus üredi. Enfeksiyon hastalıkları tarafından antibiyoterapinin devamı kararı verildi. Hasta beş gün sonra prulan akıntının devam etmesi sebebi ile tekrar ameliyata alınarak debridman uygulandı ve kesiler suture edildi 2 adet hemovac dren yerleştirildi. Tekrar mikrobiyolojik inceleme için örnek alındı. Postop 2.Gününde drenleri çekildi. Yapılan takiplerinde hastanın crp sinde gerileme olduğu görüldü. Hasta 12 gün cubisin meronem tedavisi sonrası crp si 15 olarak raporlandı ve iv antibiyoterapisi durduruldu. Hasta sonrasında 1 hafta daha aminopenisilin grubu oral antibiyoterapi planlanarak taburcu edildi. Hastanın kontrollerinde şikayetlerinin tamamen gerilemiş olduğu görüldü.

Tartışma-Sonuç: Özellikle diyabetik hastalarda yde ciddi boyutlarda karşımıza çıkabilmektedir. Diyabetik hastaların şeker regülasyonu bu tarz hastalıkların önlenmesinde önemli yer tutmaktadır. İnsizyon-drenaj apse tedavisinde halen altın standart olarak kabul edilmektedir. Olgumuzda olduğu gibi geç cerrahi tedavi enfeksiyonun ilerlemesine ve absenin ciddi boyutlara ulaşmasına sebep olabilmektedir. Bunlara ek olarak drenaj ve etkene yönelik antibiyoterapi ile beraber anaerop etken düşünülen hastalarda, fiziksel statüsü uygunsa hiperbarik oksijen tedavisinin de faydalı olabileceği kanaatindeyiz.

resim 1



P174

Kapı Demiri Üzerine Düşme Tarzı Yaralanmalara Yaklaşım

Mustafa Nihat Koç, Serdar Kara, Berat Çiğdem,
Harun Yılmaz

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Gaziantep

Kapı demiri üzerine düşme tarzında yaralanmaları 10 yaş altı çocuklarda sık olarak görmekteyiz. Bu tarz yaralanmalara aileler için kötü bir travma olmak ile birlikte genelde sonuçları yüz güldürücüdür.

Method: Bu çalışmada son 6 ay içerisinde hastanemiz aciline başvuran 10 yaş altı 6 hasta incelenmiştir.

Bulgular: Bu hastalar acile genellikle itfaiye tarafından kapı kesilmesi sonucu delici aletin üst ekstremitte içerisinde başvurumaktadır. Son 6 ay içerisinde kliniğimize başvuran 10 yaş altı 6 hasta acil şartlarda operasyona alındı. Delici alet çıkarılması sonrası yapılan ekplorasyonlarda bir hasta hariçi diğerlerinin tendon ve sinirleri sağlam olarak tespit edildi. Bu yaralanmalar genel olarak cilt altı seviyesinde ilerlediğinden karşı tarafa geçişin olmadığı yaralanmalarda ekplorasyon lüzum halinde yapılabilir. Karşı tarafa geçişin olduğu bir hastada lumbrikal kas kesisi tespit edildi. Kas onarımı yapıldı.

Sonuç: Bu yaralanma şeklinde genel de sekel kalmadığı için aileye öncesinde bu şekilde bilgi verilmesi aileyi rahatlatacaktır.

Hasta 1



P175

**Palmar ve Plantar Fibromatosis
Birlikteliği; Olgu Sunumu**

Çağla Çiçek¹, Dürdane Keskin¹, Mehmet Sönmez¹,
Candemir Ceran¹, Mustafa Erol Demirseren²

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği,
Ankara

Amaç: Dupuytren hastalığı (DH) palmar fasyanın anormal kalınlaşması olup, avuç içinde başlayıp bazen parmaklara uzanan fibromatozisle sonuçlanır. Peniste corpora cavernozanın (Peyronie Hastalığı), ayak tabanında ise plantar fasyanın etkilendiği Ledderhose Hastalığı (LH) fasyal yapıların kalınlaştığı diğer durumlardır. Yapılan bir çalışma, Ledderhose hastalığı ve Dupuytren Hastalığının %28 oranında beraber görüldüğünü göstermiştir. Eşlik eden hastalığı olmayan olgumuzda bu alışılmadık birlikteliğe dikkat çekilmek istenmiştir.

Olgu: 32 yaşında bayan hasta polikliniğimize avuç içi ve ayak tabanında sertlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın muayenesinde bu birlikteliğe neden olabilecek ek hastalık varlığı tespit edilmezken; ayak tabanı arkında ve avuç içinde değişikliğe neden olan kontur düzensizlikleri mevcuttu (Resim 1). Ayak parmakları plantar yüzün etkilenmediği ancak plantar aponevrozun medial yüzünün nodüler kalınlaştığı görüldü. Ayrıca her iki el palmar yüzde metakarp hizasında sertliği mevcuttu. Aile hikayesi olmayan hastaya mevcut kliniği ile operasyon planlanmadı.

Sonuç: Dupuytren hastalığı avuç içinin, bazen de parmakların volar yüzünün etkilendiği bir hastalıktır. Her ne kadar cildin ve alttaki dokuların etkilendiği bir durum olsa da tendon ve kas gibi derin yapıların etkilenmemesi tipiktir. LH ise etyolojisinin belli olmadığı, ayak plantar yüzünün etkilendiği ve görece DH'na göre daha nadir görülen bir durumdur. Ayak plantar fasyasının lokal proliferasyonu sonucu anormal kalınlaşması ile oluşur. DH gibi tekrarlayan travma, diabetes mellitus ve epilepsi etyolojisinde suçlanabilir. Erkeklerde daha sıklıkla, %25 oranında bilateral görülür. Fakat olgumuzda hasta yaşının genç olması ve predizpozan faktörün olmaması vakamızı ilginç kılmaktadır. Nadir de olsa DH ve LH hastalığının beraber görülebileceği unutulmamalı ve gerekli görülürse erken dönemde cerrahi planlama yapılabileceği akıld tutulmalıdır.

Resim 1



P176

**Ender Görülen Bir Hemifasyal Atrofik
Sendrom Parry-Romberg Sendromu**

Galip Kemali Günay, Mehmet Severcan

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi A.B.D., Kayseri

Parry-Romberg Sendromu veya diğer adıyla progresif fasiyal hemiatrofi; 1825 de parry, 1846 da romberg tarafından tanımlanan nadir görülen, etyolojisi bilinmeyen, yüzün bir tarafında deri ve derialtı kas-yağ-kıkırdak-kemik doku atrofi bulguları verebilen hastalıktır. Bulgular sağı deride görülebilir, saç beyazlatabilir, kalıcı alopesi yapabilir. Bulgular genelde ilk 20 yaşda başlar, kadınlarda ve yüzün sol yarımında daha sık görülebildiği bildirilmiştir (1). Bildiride anne baba ve kardeşlerinde özellik bulunmayan erkek hasta sunulmaktadır. Hasta ilk olarak 2008 yılında yüzde şekil bozukluğu ve asimetri şikayeti ile başvurdu. Yapılan detaylı muayenede vücutta herhangi bir anomaliye raslanmadı, pediatri ve genetik konsültasyonları sonucu kromozom analizi ve tüm sistem muayeneleri olağan bulundu. Hastaya klinik olarak parry romberg tanısı konuldu onbir yaşında yeniden görülen hastada ilerleme devam ettiğinden hasta halen takip edilmektedir

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

38. Ulusal Kurultayı

Hastalık en sık 5-15 yaşları arası başlar ve en şiddetli progresyonu 2.-10. Yılları arası gösterir. Etkilenme tüm dokularda aynı anda aynı oranda başlayabildiği gibi, etkilenme sırası değişebilir ve sıklıkla kemik kıkırdak gibi sert dokular en son etkilenir. Genellikle yağ doku etkilenmesi ile belirgin hale gelir. Klinik olarak cilt kuru ve koyudur (2). Oftalmik yağ dokusunun etkilenmesi atrofi enoftalmi, retinopati, görme bozuklukları yaratabilmektedir.(3) Etiyolojide bir diğer düşünce ise hiperaktif çalışan simpatik sinir lifleri, devamlı ve artmış bir deşarz oluşturarak, sinir hücrelerinde kronik bir medyatör hasarı meydana getiriyor, bu da hücrelerde atrofi yapacak mekanizmaları hızlandırdığı yönündedir (4). Hemifasyal atrofisinin görüldüğü bir diğer hastalık olan goldenhar sendromu ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Goldenhar sendromu; 1. Ve 2. Brankial ark gelişim anomalisine bağlı okülo aurikülo kardiyo vertebral ürogenital anomaliler ile birlikte görülebilen bir hastalık olup tanısı için kulak anomalisi şarttır. Microtia ya da anotia mutlaka bulunur (5). Neredeyse %60 ında kardiyak tutulum olup tamamına yakınında yüz dışında yukarıda saydığımız anomalilerden en az biri bulunur. Bir diğer hemifasyal atrofisinin görüldüğü klinik durum ise; barraquer-simon sendromu dur. Bu sendrom travma sonrası yüzde atrofi veya yağ dokunun involue olmasıdır. Parsiyel lipodistrofilerde yüzdeki simetriyi bozar. Ayrıca coşkun ve ark.Ları barry-romberg tanısı koydukları 6 yaşında bir hastanın atrofik yüz yarımından kapsamlı bx almış ve sonuç; sklerozun ve iltihabi inflamasyonun olmaması, subkutan yağ dokunun yanı sıra epidermis ve dermide atrofi olması nedeniyle histopatolojik olarak morfeadan ayırdıklarını bildirmişlerdir (6). Deshingkar ve ark. Ları da histopatolojik olarak aynı bulguları elde etmiş buna ek olarak elektron mikroskopunda vasküler endotel hücrelerinde dejenerasyonlar görmüşlerdir (1). Tedavide geuganton ve ark. Ları prs li altı hastaya yağ enjeksiyonu,ve silikon enjeksiyonu yapmış yapmış ve olumlu sonuçlar elde ettiklerini bildirmişlerdir (7). Ek olarak deshingkar ve ark. Ları tedavi için atrofisinin ilerlemediği durduğu dönemde yağ-kıkırdak greftler, silikon dolgu maddeleri ile yapılabileceğini, tedavide en önemli noktanın 20 yaş sonrası (yüz gelişimi tamamlanınca) ve progresif atrofisinin duraksadığı dönemde yapılması gerektiğini belirtmiştir (1). Abyholm ve ark. Ları ise 1995 yılında yayınladıkları makalede; dört vakada platysma kasını clavikuladan ayırıp mandibular marjinden döndermiş subkutan dokudan ileri tip, nazolabial fold, orbital marjin ve kulak anterioruna asarak başarılı sonuçlar elde ettiklerini bildirmişlerdir (8).

Kaynaklar

- 1.S. A. Deshingkar, S. R. Barpande, J. D. Bhavthakar, and J. G. Humbe Contemp Clin Dent. 2012 Apr; 3(Suppl1): S78-S81 Progressive hemifacial atrophy (Parry-Romberg Syndrome)
- 2.Creus L, Sanchez-Regana M, Chaussade V, Umberto P. Parry-romberg syndrome associated with homolateral segmental vitiligo. Ann Dermatol Venereol 1994; 121:710-711
- 3.Peter J. Anderson a,*, Darren Molony a, Eric Haan b, David J. David a, Australian Craniofacial Unit, Women's and Children's Hospital, Familial Parry—Romberg disease 5006, Australia International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology (2005) 69, 705—708
- 4.N. Kishore, Radhakumar, Natwar Lal Sharma, A Case of Parry Romberg Syndrome, indian journal of applied research, vol: 5 issue 7 July 2015 ISSN -2249555X
- 5.Sedat Işıkyay1, Sadettin Sezer2, Ayşe Demircubuk3, Evrim Kıray Baş3, Ünal Sarıkabaday3 Kulaktan kalbe uzanan bir sendrom: Goldenhar Sendromu A syndrome extent to heart from the ear: Goldenhar's Syndrom, Gaziantep Medical Journal, Gaziantep Med J

2013;19(3): 196-198

6.Başak Kandi COŞKUN, Yunus SARAL, Arzu ATASEVEN, Perihan ÖZTÜRK Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı ELAZIĞ 2004, Cilt 9, Sayı 2, Sayfa(lar) 65-66

7. Guegantou C, Chavoin JP, Boutault F, Mouffarege R, Papillon, Costagliola M. Treatment of facial lesions in Parry-Romberg and Barraquer-Simons syndromes: report of 12 clinical cases. Ann Chir Plast Esthet 2000; 45:436-451.

8.Abyholm FE1, Skolleborg KC.Plast Reconstr Surg. 1995 Jul;96(1):71-7.Aesthetic treatment of progressive hemifacial atrophy (Romberg's disease): use of a pedicled platysma muscle flap.

hastanın 4 yaşında 11 yaşındaki fotoğrafları



P177

Plastik Cerrahi Pratiğinde Gövdede Perioperatif Ağrı Kontrolü

Gökçe Yıldırım¹, Osman Akdağ¹, Mehtap Karamişe¹, İnci Kara², Zekeriya Tosun¹

¹Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

²Selçuk Üni. Tıp Fak. Anesteziyoloji Anabilim Dalı

Giriş: Perioperatif ağrı yönetimi giderek ilgi görmekte ve periferik sinir blokları plastik cerrahide yaygın kullanılmaktadır. Rejyonel anestezi, spesifik dermatomlar bloke etmek amacı ile periferik sinirlere verilen lokal anestetikler içerir. Nöroaksiyal analjezi ise spinal korda verilen lokal anestetikler tanımlar. Perioperatif ağrı yönetiminde anatomi ve endikasyonlarının sunulması amaçlanmıştır.

Anatomi Ve Endikasyonlar: Anestetiklerin sinir köklerine uygulanmasını içeren paravertebral bloklar meme büyütme ameliyatlarında kullanılmaktadır. Transversus abdominus plane bloklar abdominoplastide, SİEA, DİEP ve TRAM fleplerin kaldırılmasında kullanılabilir. Spinal ve epidural anestezi abdominal duvar rekonstrüksiyonunda ve TRAM flep kaldırılmasında kullanılabilir. Pecs tip 1 bloklar pektoral minör ve majör kasları arasındaki median ve lateral pektoral sinirleri hedef aldığından çeşitli meme ameliyatlarında (Meme büyütme, implant ile rekonstrüksiyonlar, göğüs duvarı rekonstrüksiyonları) kullanılabilir. Pecs tip 2 bloklar ise hem Pecs 1 bloğu hem de pectoralis minör ve serratusa lokal anestetik verilmesini hedefler. Interkostal, ilioinguinal, iliohipogastrik ve rektus kılıf blokları da gövdede perioperatif ağrı yönetiminde kullanılabilir.

Sonuç: Rejyonel ve nöraksiyel anestezinin postoperatif iyi ağrı kontrolü, daha az narkotik ihtiyacı, daha az yan etkiler, kısa yatış süresi ve yüksek hasta tatmin düzeyi gibi pek çok avantajları vardır. Periferik sinir blokları plastik cerrahi pratiğinde akılda tutulmalıdır.

P178

Steri-Strip Uygulamasında Hızlı Bir teknik; Tek Hamlede 5 Bant

Sedat Tatar, Yalçın Yontar

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü

Giriş: Steri strip((3M Health Care, St. Paul, Minnesota) kolay uygulanabilen, hava geçirgen, hipoalerjik ve çeşitli boylarda bulunabilen ve yaygın kullanımı olan bir materyaldir. Bir pakette bir çift ve değişen boyutlarda ve sayıda bulunan steri strip de bir kart üzerinde 3 ve ya daha fazla sayıda yapışkan bant bulunmaktadır.

Teknik: Steri strip ihtiyaca göre boyu ayarlanacak şekilde kesilir. Kartın uç noktasındaki serbest kenarı açıldıktan sonra yara kenarına dik olacak şekilde 5'li steri strip'in serbest kalan kısmı cilde yapıştırılır. Kalan kart kısmı katlanmayı engellemek için orta noktasından tutularak tek elle çekilerek yara üzerinden geçirilir ve tamamı yapıştırılır. (Resim)

Sonuç: Katz ve arkadaşları steri striplerin yara kenarlarına dik ve birbirine paralel uygulamanın daha etkili olduğunu göstermiştir. Literatürde 3 adet steri strip'in hızlı yapıştırılmasına yönelik bazı çalışmalar mevcuttur. Düscher ve arkadaşları 3 parmak tekniğiyle steri strip'in daha hızlı yapıştırıldığını paylaşmışlar. Rauso ve arkadaşları ise tek hamlede 3 steri strip'i areola etrafına tek hamlede yapıştırdıkları tekniği göstermişlerdir.

Bizim tekniğimizde 5 ve ya daha fazla steri strip kartının bitiş tabakası kaldırıldıktan sonra, yara dudaklarına paralel olacak şekilde yapıştırılıp kart tamamen çekildikten sonra birbirine eşit mesafede 5 ve ya daha fazla adet strip yara dudaklarına yapıştırılabiliyor. Meme küçültme ve ya abdominoplasti gibi uzun yara skarlarında daha hızlı ve kolaylıkla uygulanabilen, kolay öğrenilebilen yara dudaklarına dik, birbirine eşit mesafede basitçe uygulanabilen bu pratik tekniği uygulamaktayız ve önermekteyiz.

Resim



P179

Epidermoid Kistin Alışılmadık Bir Sunumu

Necmettin Karasu, Salih Kavuncu, Arif Yılmaz,
Alpagan Mustafa Yıldırım
Afyon Kocatepe Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve
Estetik Ana Bilim Dalı, Afyon

Epidermal kistler genellikle ciltte bulunan derinin yaygın görülen benign kistlerinden biridir. Histopatolojik olarak ince bir skuamöz hücre tabakasıyla kaplı içinde keratin artıklarının bulunduğu ektoderm kaynaklı bir tümördür. Daha yaygın olarak pilosebase ünitelerinin bulunduğu alanlarda yerleşik olduğu için bu çalışmada avuç içinde birbiriyle bağlantılı halde bulunan epidermal kist olgusu bir vakayı sunuyoruz.

Epidermal kist



P180

Alveoler ve Damak Yarığı Deformitelerinde Nazoalveoler Şekillendirme (NAM) Aparatının Etkileri

Safa Manav¹, Belma Işık Aslan², Ayşe Gülşen¹,
Kemal Fındıkçioğlu¹, Fatma Deniz Uzuner²,
Neslihan Üçüncü²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif Ve
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti
Anabilim Dalı

Alveoler ve Damak Yarığı Deformitelerinde Nazoalveoler Şekillendirme (NAM) Aparatının Etkileri

Amaç: Çalışmanın amacı tek taraflı (TDDY) veya çift taraflı (ÇDDY) komplet dudak ve damak yarığı olan infantlarda cerrahi öncesi nazoalveoler şekillendirme aparatının alveoler ve damak yapısındaki deformite üzerine olan etkisini sunmaktır.

Materyal-Metod: 19 tane TDDY (14E, 5K), 8 tane ÇDDY (7E, 1K) olan ve NAM tedavisini tamamlamış olgular çalışmaya dahil edildi. Alveol ve damak yarığı genişliğine ait standart parametreler tedavi öncesi ve sonrası dönemde alçı modeller ve digital ortamda 3 boyutlu sterolitografik

modeller üzerinde ölçüldü. Grup içi farkın istatistiksel analizi Wilcoxon testi kullanılarak yapıldı.

Sonuçlar: Segmentler arası alveoler ve damak mesafelerinde TDDY olgularında ortalama 3.3 ± 1.9 ay ve ÇDDY olgularında 3.7 ± 1.6 ayda anlamlı bir azalma gözlemlendi. Alveoler yarık TDDY olgularında 7.85 ± 4.59 mm azalırken ($p < 0.01$), ÇDDY olgularında sağ taraf yarıkta 4.25 ± 3.13 mm sol taraf yarıkta 3.81 ± 3.50 mm azalma saptandı ($p < 0.01$). TDDY> da damak yarığı segment mesafesi medialde 4.63 ± 2.44 mm azalırken, posteriorda 3.72 ± 2.62 mm azaldı ($p < 0.01$). ÇDDY> da damak yarığı segment mesafesi medialde 3.00 ± 2.75 mm azalırken, posteriorda 2.88 ± 2.75 mm azaldı ($p < 0.05$). ÇDDY olgularında medial ve posterior alveoler yarık uçlarında anlamlı bir değişim saptanmadı.

Sonuç: NAM aparatı, alveoler ve damak yarığı olan TDDY ve ÇDDY olgularında, doğumdaki durumlarına kıyasla mevcut yarığın açıklığında azalma sağlamaktadır.

P181

Tek Taraflı Dudak Yarığı Hastalarında Yarık Dudak Burnu Deformitesinin Şekillendirici İnterdomal Sütürlerle Primer Onarımı

Mert Çalış, Zeynep Öz, Fatma Figen Özgür
Hacettepe Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Geçmiş yıllarda yarık dudak ve yarık damak cerrahisindeki ilerlemeye rağmen yarık dudağa bağlı burun deformitelerinin düzeltilmesinde aynı hız yakalanamamıştır. Günümüzde buruna erken müdahalenin burun büyümesini etkilemediği anlaşıncı ilk operasyonda burun şeklini de düzelten manevralar yapılması tedavinin bir parçası haline gelmiştir [1-4]. Primer ameliyatta burun deformitesinin düzeltilmesi ve aşırı düzeltilmesini sağlayan teknikler arasında kas-septal taban dikişleri, alar sıkıştırma dikişleri, alar taban flep asma dikişleri, septoplasti ve Tajima ters U insizyonu vardır [3, 5]. Bu teknikler kapalı veya yarı-açık rinoplasti yaklaşımlarıyla uygulanabilmektedir [6]. Preoperatif nazoalvelar molding ve post operatif nazal splintleme de estetik ve fonksiyonel sonuçlara katkıda bulunmaktadır [3, 7].

Materyal ve Metot: 85 tek taraflı yarık dudak hastası retrospektif olarak tarandı. Hastalar primer yarık dudak onarımı sırasında buruna şekillendirici interdomal dikişlerle müdahale edilen ve müdahale edilmeyenler olarak ayrıldı. 31 hastaya interdomal dikiş konurken 54 hastaya dudak ameliyatı sırasında burun müdahalesi yapılmadı. Her iki hasta grubu post operatif 6 ay sonra nostril yüksekliği açısından değerlendirildi. Hem yarık, hem de yarık olmayan taraf nostril yükseklikleri ölçülerek simetri açısından oranlandı. Nostril yüksekliği burun tabanından nostrilin en projekte olduğu nokta arasındaki mesafe olarak ölçüldü.

Sonuçlar: Tek taraflı yarık dudak olan ve burun müdahalesi geçiren 31 hastadan 16'sında yarık tarafındaki nostril yüksekliği yarık olmayan taraftan az bulunurken 4 hastada simetri sağlandığı görüldü. 11 hastada ise fazla düzeltme yapılmıştı. İnterdomal dikişle müdahale edilmeyen hastalarda ise 50 hastada yarık taraf nostril yüksekliği yarık olmayan tarafa göre kısa bulunurken 4 hastada daha yüksek olarak bulundu.

Tartışma: Literatürde yarık dudak burun deformitesinin sebebinin embriyonel kaynaktan ziyade iskeletsel yapıların gelişim eksikliğine sekonder olduğuna dair fikir birliği vardır [6]. Normal bir burundaki ala, premaksilla ve dudak arasındaki yakın ilişkinin aksine hem komplet, hem de inkomplet dudak yarıklarında bu ilişki yetersizdir. Kasların nazal alayı çekmesindeki eksikliğe bağlı alar kıkırdakların eksik rotasyonu, yarık tarafındaki alt lateral kıkırdakların anormal konumu, yarık tarafında kolumellanın daha kısa olması ve nazal tabanın yarık olmayan tarafa deviasyonu bu ilişkinin bozulmasına bağlıdır ve inkomplet yarık hastalarında da derecesi komplet yarık hastalarındakine yakındır [6, 7]. Yine tek taraflı dudak yarıklı hastaların BT analizlerinde yarık taraf piriform apertürü ve burun tabanının yarık olmayan taraftan geride olduğu ve tarafların orta hatta uzaklıklarının simetrik olmadığı görülmüştür [8]. Geçmiş yıllarda yarık dudak ve yarık damak cerrahisindeki ilerlemeye rağmen yarık dudağa bağlı burun deformitelerinin düzeltilmesinde aynı hız yakalanamamıştır. Geçmişte burun gelişiminin bozulması ve oluşacak skarların sekonder düzeltmeleri zorlaştıracak kaygılarıyla yarık dudak operasyonlarında buruna herhangi bir girişim yapılmamaktaydı [7]. Deformitenin düzeltilmesi okul çağına ertelenmekteydi. Bu da hastalarda stigmataya bağlı sosyal ve psikolojik problemlere neden olmaktadır. Günümüzde buruna erken müdahalenin burun büyümesini etkilemediği anlaşıncı ilk operasyonda burun şeklini de düzelten manevralar yapılması tedavinin bir parçası haline gelmiştir [1, 2, 4]. Primer ameliyatta burun deformitesinin düzeltilmesi ve aşırı düzeltilmesini sağlayan teknikler arasında kas-septal taban dikişleri, alar sıkıştırma dikişleri, alar taban flep asma dikişleri, septoplasti ve Tajima ters U insizyonu vardır [3, 5]. Bu teknikler kapalı veya yarı-açık rinoplasti yaklaşımlarıyla uygulanabilmektedir [6]. Preoperatif nazoalvelar molding ve post operatif nazal splintleme de estetik ve fonksiyonel sonuçlara katkıda bulunmaktadır [3, 7]. Literatürde yarık dudak deformitesinin primer onarımı sırasında burun müdahaleleriyle ilgili yayınlar oldukça sınırlıdır. Lu ve arkadaşları 66 tek taraflı inkomplet yarık dudak hastasının nazal müdahalelerini üç grupta toplamıştır: Kıkırdak disseksiyon ve yeniden konumlandırmasının dudak insizyonlarından yapıldığı kapalı rinoplasti, kıkırdak disseksiyonunun bilateral rim insizyonlarından yapıldığı yarı-açık rinoplasti ve yarık tarafında Tajima, yarık olmayan tarafta rim insizyonunun yapıldığı yarı-açık rinoplasti. Çalışmanın sonucuna göre tüm hastalar yarık dudak burnu deformitesinin primer düzeltilmesinden fayda sağlarken Tajima insizyonu kullanılan gruplar nostril yüksekliği ve aksı açısından diğer gruplardan daha iyi sonuçlara sahiptir [6]. Lonic ve arkadaşlarının 38 hastada yaptığı analizde de Tajima insizyonu kullanılarak aşırı düzeltme yapılan hastalar normal düzeltme yapılan hastalarla kıyaslanmıştır. Aşırı düzeltme yapılan hastalarda primer onarımın sonuçlarının kalıcı olduğu görülmüş ve büyüme çağında sekonder girişimlere olan ihtiyacı azalttığı görülmüştür [3]. Numa ve arkadaşları da alar taban flep asıcı dikişlerle nostril yüksekliği, alar taban ve kubbe simetrisi açısından olumlu sonuçlar bildirmişlerdir [5]. Ayrıca Reddy ve arkadaşları primer dudak onarımı sırasında septoplasti yapılmasının buruna ekstra stabilite sağladığını ve yarık taraftaki alar bacak ve nazal tip yüksekliğinin sürdürülmesinde katkısı bulunduğunu rapor etmektedir [9].

1. McComb, H., Primary correction of unilateral cleft lip nasal deformity: a 10-year review. *Plast Reconstr Surg*, 1985. 75(6): p. 791-9.
2. Salyer, K.E., Primary correction of the unilateral cleft lip nose: a 15-year experience. *Plast Reconstr Surg*, 1986. 77(4): p. 558-68.
3. Lonic, D., D.E. Morris, and L.J. Lo, Primary Overcorrection of the Unilateral Cleft Nasal Deformity: Quantifying the Results. *Ann Plast Surg*, 2016. 77 Suppl 1: p. S25-9.
4. Anderl, H., H. Hussl, and M. Ninkovic, Primary

simultaneous lip and nose repair in the unilateral cleft lip and palate. *Plast Reconstr Surg*, 2008. 121(3): p. 959-70.
5. Numa, W., K. Eberlin, and U.S. Hamdan, Alar base flap and suspending suture: a strategy to restore symmetry to the nasal alar contour in primary cleft-lip rhinoplasty. *Laryngoscope*, 2006. 116(12): p. 2171-7.
6. Lu, T.C., et al., Primary correction of nasal deformity in unilateral incomplete cleft lip: a comparative study between three techniques. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2012. 65(4): p. 456-63.
7. Lo, L.J., Primary correction of the unilateral cleft lip nasal deformity: achieving the excellence. *Chang Gung Med J*, 2006. 29(3): p. 262-7.
8. Fisher, D.M., et al., Three-dimensional computed tomographic analysis of the primary nasal deformity in 3-month-old infants with complete unilateral cleft lip and palate. *Plast Reconstr Surg*, 1999. 103(7): p. 1826-34.
9. Gosla-Reddy, S., et al., Primary septoplasty in the repair of unilateral complete cleft lip and palate. *Plast Reconstr Surg*, 2011. 127(2): p. 761-7.

P182

Ocak 2015-Haziran 2016 Tarihleri Arasındaki Sendromik Yarık Damak ve Dudak Hastalarının Epidemiyolojisi

Fethiye Damla Menkü, Mert Çalış, Figen Özgür

Fatma Figen Özgür

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Yarık damak dudak hastaları 2 gruba ayrılmıştır. Bunlar izole yarık damak ve damak yarığı ile birlikte olan veya olmayan yarık dudak şeklindedir. Bu defektler 1000 canlı doğumda 1.7 sıklığında, etnik ve coğrafi varyasyonlara göre değişkenlik göstermektedir. Yarık damak dudak hastaları hem genetik hem çevresel kompleks etiyolojiye dayandığından heterojen fenotip gösterir. Yarık damak dudak hastaları için tanımlanmış genetik faktörlerde gen lokusları ve sendromik bebekler bulunmaktadır. Bu çalışmada polikliniğimize Ocak 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında başvuran sendromik yarık damak dudak hastaları objektif olarak değerlendirilmiştir.

Method: Bu çalışmada kliniğimizin kayıtları kullanılarak retrospektif olarak sendromik yarık damak dudak hastalarına ait veriler elde edilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmada belirtilen süre içerisinde polikliniğimize başvuran 413 hastanın 403'ü opere edilmiştir. Bu hastaların 36 tanesi sendromik yarık damak ve/veya yarık dudak hastalarıdır, geriye kalan 377 hasta ise sendromik değildir. 36 sendromik hastanın 26 tanesi opere edilmiştir, 10 tanesi henüz opere olmamıştır. 8 hastanın sendromu henüz tanımlanmamıştır. Tanımlananlar ise sıklık sırasına göre; 5 Pierre Robin, 3 Van der Woude, 3 22q11del, 2 trizomi13, 2 Goldenhar sendromu bulunmaktadır. Şu sendromlardan ise birer hasta bulunmaktadır; Escobar sendromu, Michelin sendromu, Michels sendromu, Seathre Chotzen sendromu, 5q delesyonu, Rubinstein-Taybi sendromu, oculovertebral spektrum, Stickler sendromu, Treacher Collins sendromu, Kabuki sendromu, Klippel-Feil sekansı, 9p parsiyel delesyonu.

Sonuç: Yarık damak dudak anomalileri genelde izole olarak görülür ancak konjenital ek anomalilerin de eşlik edebileceği unutulmamalıdır. Bu yüzden bu hastaların öykü ve fizik muayenelerine ayrıca dikkat edilmelidir. Ek anomaliler gözden kaçırılmamalıdır.

P183

Dudak Damak Yarıklı Çocuklarda Nörolojik Bozukluklar

Arda Küçüküven, Mert Çalış, Figen Özgür

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Ankara

Giriş: Dudak damak yarıkları yaklaşık 700 doğumda bir görülen yaygın bir doğumsal anomali. Genetik ve çevresel etkenlere bağlı multifaktöriyel olarak görülen bu deformite sıklıkla izole anomali olarak karşımıza çıkmaktayken nadiren kromozom anomalileri, sendromlar, kas iskelet anomalileri, kalp anomalileri ve merkezi sinir sistem anomalileriyle birlikte de karşımıza çıkabilirler. Literatürde yarık dudak damaklı hastalardaki ek anomali oranı %7.5 ile %43 arasında iken, normal popülasyonda ek anomali sıklığı %3-4 civarındadır. Merkezi sinir sistemindeki defektler yarık dudak damaklı çocuklarda normal popülasyona göre daha sık görülmektedir.

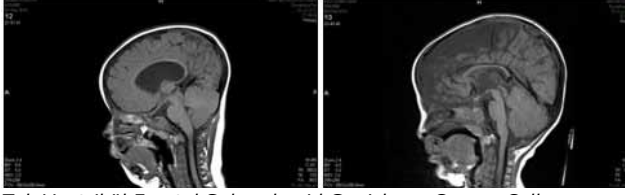
Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalına 2015 yılından günümüze kadar başvuran 1460 yarık dudak damak hastası retrospektif olarak incelendi. Gelen her hasta, ayrıntılı fizik muayene sonucu mental-motor gelişim geriliği, epilepsi ve diğer nörolojik bozukluklar açısından değerlendirildi. Pozitif bulgusu olanlar için Pediatrik Nöroloji bölümü ile iletişime geçildi. Çalışmamızda Hacettepe hasta kayıt sistemindeki Plastik Cerrahi Bölümü ve Pediatrik Nöroloji bölümü arasındaki konsültasyonları taradık ve verileri değerlendirdik.

Bulgular: Kliniğimize başvuran yarık dudak damaklı hastalarda görülen semptom ve bulgular doğrultusunda epilepsi ve mental-motor gelişim geriliği olan nörolojik defisiti muhtemel görülen hastalar incelendi. 1460 başvuru arasından toplamda 18 yarık damak dudak hastası pediatrik nöroloji değerlendirmesi sonucu, nörolojik defekti mevcut olarak raporlandı. Nörolojik defisit başlığı altında gruplanan hastalar arasında 9 çocukta epilepsi, 7 çocukta mental motor gerilik, 5 çocukta MRG ile görüntülenmesi yapılan intrakraniyel defekt mevcuttu. Bu hastaların 10 tanesi yarık damak, 8 tanesi de yarık dudak ve damaktı. Aralarında izole dudak yarığı yoktu. Epilepsi hastası olan çocukların antiepileptikler altında takip edildiği görüldü. MRG değerlendirmelerine bakıldığında kortekste şizensefali, kallosal atrofi-agenezi, ventriküler genişlik-tek ventrikül, ensefalomalazi, holoprozensefali gibi intrakraniyel patolojiler görüldü.

Sonuç: Bu çalışmamız literatür ışığında değerlendirildiğinde, yarık dudak damaklı çocuklarda intrakraniyel patolojilerin ve klinik nörolojik semptomların normal popülasyona göre sık olduğunu göstermektedir. Bu hastalardaki nörolojik bozukluk prevalansını %1.2 olarak bulan çalışmamız; mental motor gelişim geriliğinin, epilepsinin ve intrakraniyel patolojilerin bu hastalarda iç içe girdiğini ve birbirlerinin sebep sonucu olarak kliniğe yansıdığını göstermektedir.

Tartışma: Yarık damak dudak hastalarındaki intrakraniyel patolojilere bakıldığında, bu hastalarda holoprozensefali gibi malformasyonların hafif-orta-ağır olarak prezente oldukları görülmektedir. Hafif-orta formların daha siliik bir klinik vermesi, tespit edilmesinin daha güç olmasına yol açmaktadır. Kraniyel görüntüleme indikasyonu olmayan, hafif bir nörolojik kliniği olan hastaların opere edilebiliyor oluşu; bu hastalığın yaş grubunun MRG çekim esnasındaki uyumsuzluğu gibi etmenler intrakraniyel patolojilerin atlanmasına sebep olmaktadır. Bu durum gerçekte bu hasta grubundaki nörolojik malformasyonların daha yaygın olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca izole dudak yarığı olan hastalarda nörolojik defisite rastlanmaması, damak gelişimi ile nörolojik gelişimin embriyolojik süreçteki ilişkisini ortaya koymaktadır.

Corpus Callosum Atrofisi - Tek Ventrikül



Tek Ventrikül Frontal Subaraknoid Genişleme Corpus Callosum Atrofisi

P184

Van Der Woude Sendromlu Hastalara Yaklaşım

Dicle Yaşar Aksöyler, Mert Çalış, Figen Özgür
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Ankara

1954 yılında Anne Van der Woude tarafından; Van der Woude Sendromu (VWS) dudaklardaki fistüller ve dudak-damak yarıklarının birlikte görüldüğü nadir otozomal dominant geçişli konjenital bir sendrom olarak literatürde tanımlanmıştır. Alt dudak orta hat vermilyon sınırında volkan kraterine benzeyen sinüs traktları esas klinik bulgu olan pit'leri tanımlamaktadır ve yarık dudak-damak anomalilerinin yanı sıra diş eksiklikleri, mandibular hipoplazi, ankiloglossi, crossbite, bifid uvula, singinati, yüksek palatal ark, ekstremite anomalileri, konjenital kalp defektleri de eşlik edebilmektedir. VWS ' u yarık dudak- damak ile en sık birliktelik gösteren sendromdur. Vermilyon sınırında dudak pitleri orbikularis oris kasının içine kadar ilerleyen kör bir sinüs ağız ile sonlanan bazen spontane bazen de baskı ile saliva- mukus drenajının olduğu, kötü estetik görünüşe de sebep olan konjenital malformasyonlardır. Birçok vakada 1q32-q41 kromozomlarında delesyona ek olarak ekstrakromozomal 1p34 lokusu da tanımlanmıştır. Kız ve erkek hastalar eşit oranda etkilenmektedir.

2015-2016 yılları arasında üç hasta kliniğimiz tarafından VWS nedeni takip ve tedavi edilmiştir. Hastaların iki tanesi çift yumurta ikizi kardeş olup her iki hastada alt dudak vermilyon hattında pit' in yanı sıra bir hastada yumuşak damak yarığı (veau 1) ve atrial septal defekt diğer hastada ise izole sol dudak yarığı ile birlikte atrial septal defekt mevcuttu ve ikiz eşlerinden dudak yarığı deformitesine sahip bebek hastaya modifiye millard yöntemi ile dudak onarımı ve paramedian pit eksizyonu subakut bakteriyel endokardit (SBE) profilaksisi için ampicilin altında hastamız üç aylık iken yapılmıştır. Diğer ikiz eşine ise hastamız dokuzuncu ayını doldurduğunda SBE profilaksisi altında furrow palatoplasti ile damak onarımının yanı sıra paramedian pit eksizyonu da eş zamanlı olarak yapılmıştır. Hastaların ebeveynleri incelendiğinde annelerinde asemptomatik dudak pitleri' ine ve yüksek palatal arka rastlanılmıştır. Diğer hastamız ise veau 3 dudak damak yarığı ile diş merkezde opere edilmişti alt dudakta bir kitle ve bu kitleden gelen yiyecek artıklarını içeren kötü kokulu akıntı nedeni ile kliniğimize başvurmıştu hasta ventriküler septal defekt nedeni ile daha önceden kalp damar cerrahisi tarafından opere edilmişti. Alt dudak vermilyon sınırında orta hatta ucu kör bir sinüs traktı şeklinde sonlanan ve orbikularis okuli kasi içine uzanım gösteren unilateral yerleşimli ve yaklaşık dört santimetre uzunluğunda olan pit' i eksize edilmiştir. VWS ' da sinüs traktları genelde orta hatta simetrik olarak yerleşebileceği gibi nadir olarak tek taraflı olarak da bulunabilirler. Genelde asemptomatik olan sinüslerden

nadir de olsa saliva boşalımı olabilmektedir. VWS olan çoğunluğunda tek bulgu bu sinüsler olabilmektedir.

Alt dudak genellikle yeterli tonusa sahip olmamakla birlikte pitotiktir.

Popliteal ptergium ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Popliteal ptergium sendromunda alt dudak pit' lerinin yanı sıra popliteal ptergium, sindaktili ve genitoüriner anomaliler olmaktadır. Alt dudak lezyonlarının sinüs traktını tamamen içerecek şekilde eksizyonu ve orbikularis oris kasının onarımı ile doğal dudak tonusunun sağlanması ile birlikte eşlik eden anomalilerin de cerrahi ve medikal tedavisi VWS ' lu hastalara yönelik uygun yaklaşımdır. Özellikle alt dudakta lezyonu olan hastalar eşlik edebilecek anomaliler açısından ayrıntılı olarak muayene edilmeli ve herhangi bir anomali atlanmadan tedavi edilmelidir.

Referanslar

1. M. Rizos and M. N. Spyropoulos, "Van der Woude syndrome: a review. Cardinal signs, epidemiology, associated features, differential diagnosis, expressivity, genetic counselling and treatment," European Journal of Orthodontics, vol. 26, no. 1, pp.17-24, 2004.
2. S. Baghestani, N. Sadeghi, M. Yavarian, and H. Alghasi, "Lower lip pits in a patient with van der Woude syndrome," Journal of Craniofacial Surgery, vol. 21, no. 5, pp. 1380-1381, 2010.
3. Bozkurt M, Kulahci Y, Zor F, Kapi E, Yucetas A. Reconstruction of the lower lip in Van der Woude syndrome. Ann Plast Surg 2009;62: 451-5.

fistül traktı



eksize edilen fistül traktı

P185

Dudak ve Damak Yarığı ile Ektopik Yerleşimli Kalp Birlikteliği

Hasip Şamil Yazgan, Cenk Demirdöver,
Haluk Vayvada, Can Karaca, Alper Geyik
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Dudak ve damak yarıklarında eşlik eden anomaliler literatürde %1.5-%63.4 sıklık aralığında bildirilmiştir¹⁻². Cantrell pentalojisi 1958 yılında Cantrell tarafından tanımlanmış olan ve alt sternal, anterior diyafragmatik, perikardiyal, supraumbilikal abdominal duvar ve kardiyak defektleri içeren, nadir görülen konjenital hastalıktır³. Mevcut defektlere ektopik yerleşimli kalp de eşlik edebilmektedir. İnsidansı 1/5.5 milyon canlı doğum olarak bildirilmiştir⁴. Ektopik yerleşimli kalp ile birlikte daha önce dudak ve damak yarığı literatürde bildirilmiştir⁵. Bu yazıda kliniğimizde dudak ve damak yarığı nedeniyle cerrahi tedavisi yapılan ve izlemine devam edilen ve nadir olarak görülen Cantrell Pentalojisi tanılı olguya yaklaşımımız anlatılmaktadır.

Olgu: Yirmidört yaşında annenin ilk gebeliğinden 39. Haftada sezaryen ile 4000 gram ağırlığında doğan bebek doğum sonrasında izlendiği yenidoğan yoğun bakım ünitesinden yarık dudak ve damak nedeniyle danışıldı. Olgunun prenatal takiplerinde 20. gebelik haftasında yapılan ayrıntılı ultrasonda yarık dudak ve damak anomalisi ve sternal defekt ile birlikte kardiyak anomalisi öyküsü mevcut. Olgunun fizik muayenesinde genel durumunun iyi ve aktif olduğu, sağ komplet tipte dudak yarığı anomalisine komplet tipte primer ve sekonder damak yarığının eşlik ettiği görüldü. Olguda ayrıca torakoabdominal bileşkede, umbilikal kordun süperiorunda yerleşim gösteren omfalosel ile uyumlu görünümde defekt mevcuttu. Defekt içerisinde ektopik yerleşimli kalp mevcuttu. Olgunun plastik cerrahi, pediatrik kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, çocuk cerrahisi, kulak burun ve boğaz hastalıkları tarafından multidisipliner incelemesinde dudak ve damak yarığı ve buna sekonder bulgular yanında sternal, diyafragmatik, perikardiyal, abdominal defekt ve VSD, ASD, PDA, arteriyel malpozisyon, pulmoner stenoz anomalileri saptandı. Omfalosel kese yüzeyi etkili yara bakımı ardından spontan olarak epitelize oldu. Mevcut anomaliler nedeniyle erken dönemde herhangi bir ek cerrahi girişim planlanmayan olguya 14 aylık iken tek seansta "Millard Tekniği" ile sağ komplet dudak yarığı onarımı ve "Two Flap Palatoplasti Tekniği" ile primer ve sekonder komplet tipte damak yarığı onarımı yapıldı. Olgunun post-operatif 2 yıllık izleminde yarık dudak burnu deformitesi, vermilyonda düzensizlik, alveoler yarık deformitesi mevcuttu. Burundan besin regürjitasyonu izlenmezken hipernazal konuşma mevcuttu. Olguda beslenme güçlüğü saptanmadı ve olgunun normal sınırlarda büyüme eğrisi çizdiği görüldü. Olgunun 2 yıllık post-operatif izleminde sternal, diyafragmatik, perikardiyal, abdominal defekt ve VSD, ASD, PDA, arteriyel malpozisyon, pulmoner stenoz anomalilerine herhangi bir müdahale yapılmayan olgunun plastik ve rekonstrüktif cerrahi ve diğer birimler tarafından izlemi sürdürülmektedir.

Sonuç: Eşlik edebilen basit ya da komplike anomaliler nedeniyle multidisipliner yaklaşım gerektirdiği bilinen dudak ve damak yarığı olguları, tarafımızca bildirilen bu olguda olduğu gibi literatürde nadir olarak bildirilen ve standart tedavi yaklaşımı olmayan diğer organ anomalilerine de eşlik edebilmektedir. Nadir görülen bu olgunun yönetiminde yaklaşımımız majör anomali olan kardiyak anomaliye olan yaklaşım belirlendikten sonra en kısa zamanda ve tek seansta dudak ve damak yarığının tam onarımı şeklinde olmuştur. Olguda bu

yaklaşım ile tedavi alması durumunda oluşacak konuşma bozukluğu ve olası beslenme problemlerine bağlı büyüme ve gelişme geriliği komplikasyonlarının önüne geçildiğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar:

- 1-C.Hagberg, O. Larson, J. Milerad. Incidence of cleft lip and palate and risks of additional malformations. Cleft Palate Craniofac J, 35(1998) pp. 40-45
- 2-M. Rittler, R. Liascovich, J. Lopes-Camelo, E.E. Castilla. Prenatalconsanguinity in spesific types of congenital anomalies Am J Med Genet, 102(2001), pp. 36-43
- 3- Cantrell JR, Haller JA, Ravitch MM A syndrome of congenital defects involving the abdominal wall, sternum, diaphragm, pericardium, and heart. Surg Gynecol Obstet 1958 Nov; 107(5):14
- 4- Carmi R, Boughman JA. Pentalogy of Cantrell and associated midline anomalies: a possible ventral midline developmental field. Am J Med Genet. 1992;42:90-95
- 5-Sadlecki P, Krekora M, Krasomski G, et al. Prenatally evolving ectopia cordis with successful surgical treatment. Fetal Diagn Ther. 2011;30:70-2

Resim-1



Pre-operatif ve post-operatif görünüm, ektopik yerleşimli kalp görünümü

P186

Konjenital Kataraktın Eşlik Ettiği Nadir Bir Bilateral Yarık Dudak-Damak Olgusu

İsmail Melih Kuzu, Mustafa Ünal, Ethem Güneren
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Literatürde dudak-damak yarıklarının eşlik ettiği pek çok konjenital anomali ve sendrom tarif edilmiştir. Göz anomalilerinin dudak-damak yarıklarına eşlik etmesi nadir bir durum değildir. Bazı serilerde bu birliktelik tüm yarık dudak-damak hastalarında %8,3 olarak raporlanmıştır. Literatürde bu birlikteliği gösteren 50'den fazla sendrom tanımlanmıştır. Fakat yarık dudak-damak ve konjenital bilateral katarakt birlikteliği oldukça nadir görülmektedir.

Yöntem: Yeryüzü Doktorları ve IMANA: Save Smile projesi kapsamında Hartum/Sudan'da yapılan operasyonlar sırasında saptanan konjenital bilateral katarakt ve dudak-damak yarığı olgusunun literatür taraması ile sendromik sınıflaması yapılmaya çalışıldı.

Olgu - Bulgular: 5 aylık kız çocuğu bilateral konjenital katarakt, bilateral komplet yarık dudak-damak ve kardiyak üfürüm bulgularıyla başvurdu. Yapılan literatür taramasında konjenital katarakt ve yarık damak birlikteliğini gösteren 14 sendrom saptandı. Bunlar:

- 1) Marshall Sendromu
- 2) Larsen Sendromu
- 3) Wagner Sendromu tip 1
- 4) Brakio-okulofasyal Sendrom
- 5) Rizomelik kondrodizplazi punctata sendromu tip 1
- 6) Gorlin-Goltz Sendromu
- 7) Walker-Warburg Sendromu
- 8) Stickler Sendromu tip 1
- 9) Simith-Lemli-Opitz Sendromu
- 10) Okulofasyokardiyodental Sendrom
- 11) Renpenning Sendromu
- 12) Rothmund-Thomson Sendromu
- 13) Otopalatodijital Sendrom
- 14) Aquaductus Sylvii konjenital stenozuna bağlı hidrosefali şeklindedir.

Ayrıca 6 sendromda iki bulgu arasında indirekt ilişki saptanmıştır. Bunlar:

- 1) Williams-Beuren Sendromu
- 2) Brankioto renal Sendrom tip 1
- 3) Lenz Sendromu tip 2
- 4) Kniest hastalığı
- 5) Peters Sendromu
- 6) Duane radial ray sendromu olarak saptanmıştır.

Sonuç: Biz de bu bulgular ışığında hastamızı Okulofasyokardiyodental Sendrom lehine değerlendirdik. Fakat tanı koyabilmek için gerekli olan karyotip analizi ve ileri genetik tetkiklerin Sudan şartlarında yapılması mümkün olmadığından kesin tanı konulamadı.

Tartışma: Literatürde Okulofasyokardiyodental Sendrom'un X kromozomuna bağlı dominant olarak kalıtıldığı bildirilmiştir. Çoğunlukla konjenital rubella (kızamıkçık) ile karıştırılabilmektedir. Erkek hastalar fatal seyretmekle beraber kızlarda farklı klinik gidiş bulguları gösterebilmektedir. Özellikle kardiyak ve fasyal yarık anomalileri geniş bir semptom perspektifine sahiptir. Nadir de görülse konjenital kataraktın eşlik ettiği dudak-damak yarıklarında bu sendromlar göz önüne alınmalıdır.

Olgu fotoğrafı



Konjenital katarakt ve yarık dudak-damak birlikteliği

P187

Yarık Damak Hastalarında Palatal Fistüllerin Tedavisinde Kullanılabilecek Bir Algoritma

Şeyda Güray Evin, Osman Akdağ, Mehtap Karemeşe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Yarık damak cerrahilerinden sonra en sık rastlanan komplikasyonlardan biri oral ve nasal kavite arasında geçişin devamına neden olan fistüllerdir. Yarık damak cerrahisi sonrası ONF (oronasal fistül) gelişimi fistülün büyüklüğü, yeri, cerrahi tecrübe, cerrahi teknik ve cerrahi zamanlama gibi bir çok faktörden etkilenmektedir. Primer sütürasyondan serbest fleplere kadar bir çok tedavi seçeneği mevcuttur. Bu yazıda hastaların klinik değerlendirmeleri ve takip sonuçlarından elde ettiğimiz kazanımlarla oluşturulan bir cerrahi algortima sunulacaktır.

Yöntem: Ocak 2009-2016 arasında kliniğimize oronasal fistül tanısı ile başvurarak opere edilmiş 54 hastanın sonuçlarından yola çıkıldı. Tüm hastalarda oronasal fistül nedeniyle semptomlar mevcuttu. Sunulan algortima kullanılarak cerrahi prosedürler belirlendi. Oronasal fistülü bulunan yarık damaklı hastalar fistül etrafındaki lokal doku durumuna göre sınıflandırıldı. **Sonuç:** Kullanılan algortima fistül rekürrensinde düşüş sağlamıştır.

Tartışma: Primer palatoplasti sonrası birçok faktöre bağlı olarak oluşan fistüller literatürde geniş bir insidansa sahiptir. Geniş kleftler palatoplasti sonrası fleplerde gerilimin yüksek olabilme ihtimalinden dolayı fistüle daha yatkındır. Gerilim, flep marjinlerinde mikroiskemiye neden olarak flebin kısmi kaybı ve nekroza sebebiyet verirler. Hematom, enfeksiyon, doku düzeyinde fistüle sebep olan başka faktörler iken anestezi sonrası öksürük ve hastanın parmağını ya da başka bir nesneyi ağız içine sokması da başka bir nedendir. Büyük palatal fistüllerin oluşma nedeni yarık damak operasyonu sonrasında kaldırılan flepte tamamen ya da kısmen nekroz meydana gelmesidir. Başarısız lokal fistül kapatma işlemleri, yara iyileşmesinin kontraksiyon fazı gereğince mevcut fistülü daha da büyüterek mevcudiyetinin sürmesini sağlayacaktır. Fistüllerin oluşumu ve daha sonra da rekürrensinden kaçınmak için efektif bir cerrahi planlama yapılmalıdır. Cerrahi planlama yapılırken lokal dokunun durumu mutlaka değerlendirilmelidir.

algortima



P188

Praat Programı İle Yarık Damaklı Hastalarda Hipernazalitenin Değerlendirilmesi

Şeyda Güray Evin, Osman Akdağ,
Mehtap Karemeşe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Bu bildirinin amacı yarık damaklı hastalarda pre ve postoperatif dönemde alınan ses kayıtlarından nazalite skorunun PRAAT programı ile değerlendirilmesini bir örnekle göstermektir.

Method: Yarık damaklı hastalarda velofarengal yetmezliğin olup olmadığını değerlendirmenin bir çok yolu vardır. PRAAT bu analiz için kullanılabilen bir bilgisayar programıdır. Hasta Türkçe’de düşük ünlüler olarak geçen ‘a’, ‘o’ ve ‘u’ seslerini söylerken standart bir mikrofonla preop ve postop kayıtlar alındı. A1 (ilk formantın frekansına yakın en yüksek harmoni) ve P0 (nazal pasaj rezonansı tarafından güçlendirilen spesifik harmonik pik) değerleri PRAAT ile ölçüldü. Düşük ünlüler için P0 hesaplanmasında ona eşit değer olan H1 kullanıldı. A1-P0 değeri nazalitenin artması durumunda düşüş göstermelidir.

Sonuç: PRAAT programı plastik cerrahi pratiklerinde, yarık damak hastalarındaki nazaliteyi göstermekte kullanılabilir.

Tartışma: Düşük ünlülerde A1-P0 ölçümü yapılarak nazalitenin hesaplanması Chen ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada önerilmiştir. Noninvaziv bir prosedür olduğundan uygulanması kolaydır. PRAAT’ a eklenen yeni scriptler ile A1 değerine direkt olarak hesaplamak olanaklı hale gelmiştir. Düşük ünlüler üzerinden alınan ses kayıtlarından da H1 olarak hesaplanan değer P0’ a eşit sayılabilmektedir. Böylece preop ve postop A1-P0 değerleri belirlenerek nazalitenin cerrahiden fayda görüp görmediği hakkında bilgi edinmek mümkündür

P189

İnkomplet Dudak Yarığı Primer Onarımında Burun Tabanını Yükseltici Bir Modifikasyon

Fatma Betül Tuncer, Fatma Nihal Durmuş
Kocaaslan, Özhan Bekir Çelebiler
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Unilateral dudak yarığında, kleft patofizyolojisinden dolayı her zaman burun da etkilenmektedir. Kleft tarafında burun çatısı çökük, kolumella kısa, alar kartilaj basık ve kaudale yer değiştirmiş, septum ve spina nasalis kleft olmayan tarafa kaymıştır. Alar taban inferior, posterior ve lateral yöne kaymış, burun tabanı inferiora ve posteriora yer değiştirmiştir (1).

Bu deformiteler ilk cerrahi sırasında düzeltilmediğinde çocuk büyüdükçe septum deviasyonu, burun tabanı eksikliği, nazal silin genişlemesi, burun kubbesinin düzleşmesi, alar tabanın malpozisyonu gibi sekonder burun deformiteleri ortaya çıkmakta ya da var olan deformiteler belirginleşmektedir (2). Unilateral dudak yarığı onarımına primer rinoplasti operasyonu eklemek

hem erken postop kozmetik sonuçları iyileştirmekte; hem de var olan deformitenin gelişim süresince ilerlemesini engellemektedir(3).Bu nedenle, son yıllarda bir çok kraniofasial cerrah, dudak yarığına eşlik eden burun deformitesini primer onarım sırasında düzeltmektedir.

Unilateral dudak yarıklarında kleft tarafında kolumella ile alar base arasındaki mesafe, kleft olmayan tarafa göre daha uzun olduğu için normalde unilateral inkomplet dudak yarıklarında, nostril sill’e nostril çapını daraltmamaya özen göstererek kama eksizyon uygulanır.(4) Bu yazıda eksize edilecek dokunun burun tabanı yumuşak doku augmentasyonunda kullanıldığı bir modifikasyon anlatılmaktadır.

Örnek Vaka: İnkomplet damak yarığı ve sol inkomplet dudak yarığı olan 5 aylık erkek çocuk hasta dudak yarığı primer onarımı için operasyona alındı. Modifiye Millard yöntemine uygun olan insizyonlar yapıldıktan sonra medial ve lateral segmentte orbicularis oris kası kolumellaya ve alar tabana olan anormal yapışma yerlerinden serbestlendi. C flebinin kolumellaya uzanan insizyonundan makas yardımıyla girilerek sol alar kartilaja subkutan diseksiyon uygulandı. Aynı insizyon kullanılarak sağa deviyen septum subperikondriyal planda orta hatta getirilerek ANS’ye fikse edildi. Burun tabanı palatal kemik ve gingivadan diseke edilerek yükseltildi. Mukoza ve kas karşılıklı olarak sütüre edildikten sonra nostril taban uzunluğunu eşitlemek için kleft tarafında kama şeklinde eksizyon gerektiren bölge dezepitelize edildi. Dezepitelize epitel kenarları birbirine sütüre edilerek edildi.(Resim 1) Cilt 6/0 prolene, vermilion 5/0 monokril ile sütüre edildi.

Tartışma: Dudak yarığı olan hemen hemen her olguda burun deformitesi eşlik etmektedir. Burun deformiteleri içerisinde burun tabanının kleft olan tarafta, kleft olmayan tarafa göre daha posterioda inferiora yer alması nostril büyüklük ve şekil asimetrisine ve ileride yapılacak rinoplastinin daha zor olmasına yol açmaktadır.(3) Burun tabanı yetersizliğinin nedeni kleft tarafında yumuşak doku ve maksiller hipoplaziye bağlı kemik eksikliğidir.(1) Kemik eksikliği, boyutuna bağlı olarak alveolar kemik greftlemesi sırasında düzeltilebilir. Yumuşak doku eksikliğini düzeltmek için ise nazal septum ve piriform aperturdan tanımlanan lokal flepler vardır.(5) Ancak lokal flepler bir bölgeden alıp eksik olan bölgeye doku kaydırmaktadır.

Burada tarif edilen dezepitelize flep kleft tarafında burun tabanı yüksekliğini eşitlemede yardımcı olabilecek kolay, ameliyat süresini uzatmayan bir modifikasyondur.

Referanslar:

- 1.J. Madison Clark, Judith M. Skoner and Tom D. Wang.: Repair of the unilateral cleft/ Nose deformity. Facial Plast. Surg., 19 (1), 2003.)
- 2.Patel KG, Sykes JM, chapter 13 secondary cleft lip rhinoplasty. in: D. Rogers, C.J. Hartnick, U.S. Hamdan (Eds.) Video atlas of cleft lip and palate surgery. Plural Publishing, San Diego (CA); 2013:163-166
- 3.Kim SK, Cha BH, Lee KC, Park JM. Primary correction of unilateral cleft lip nasal deformity in Asian patients: anthropometric evaluation. Plast Reconstr Surg. 2004 Nov; 114(6):1373-81.
- 4.Fisher, David M. "Unilateral Cleft Lip Repair: An Anatomical Subunit Approximation Technique." Plastic and Reconstructive Surgery 116, no. 1 (2005): 61-71. doi:10.1097/01.prs.0000169693.87591.9b.
- 5.Chen KP, Noordhoff S, Kane A. Repair of unilateral cleft lip. Section 1 Chapter 23. In. Neligan, Peter C. Plastic Surgery: Expert Consult Premium. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2012: Volume 6 p540-541.

Resim-1



(A) Sol tarafta nasal sill'de V şeklinde dezepitelize alan gözük-
mektedir. (B) Dezepitelize alanın kenarları birbirine yaklaştırılarak
sütüre edilir.

P190

Geç Tedavi Edilmiş Bir Yarık Damak Hastalarında Konuşma Takibinde Kullanılabilecek Bir Algoritma

Şeyda Güray Evin, Osman Akdağ,
Mehtap Karemeşe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Perforasyon submukozal yarık damak hastalarında özellikle neonatal periodda ortaya çıkan bir komplikasyondur. Eğer erişkin hastada meydana gelirse hasta aniden meydana gelen konuşma sırasında hipernazalite ile başvurur. Bu bildiride geç tedavi edilmiş SMCP hastalarında konuşmanın bir algoritma ile takibi sunulacaktır.

Hasta Ve Method: Daha önce SMCP tanısı hiç koyulmamış ve buna bağlı olarak cerrahi tedavi yapılmamış 25 y erkek hasta konuşmada değişme, katı yiyecek tüketimi sonrası yumuşak damakta meydana gelen perforasyon kaynaklı nazal kaçış ile başvurdu. İlk muayenede hipernazal konuşma ve perforasyon saptandı. Aynı seansta hem SMCP hem de perforasyon opere edildi. Hastaya bağlı faktörler nedeniyle operasyon sonrası konuşma terapisi yapılamadı. Bu nedenle salt cerrahi işlemin konuşma üzerine etkisini inceleme fırsatı bulduk ve aşağıda sunulan diagramı geliştirdik.

Sonuç: Bu diagram ile izlenen hastanın konuşma değerlendirmelerinde salt cerrahinin konuşma gelişimine katkıda bulunduğunu ve bu olumlu etkinin postoperatif 6.ayda palatal ödemin tamamen regrese olmasından sonra daha belirgin olarak ortaya çıktığını gördük. Buna göre geç tedavi edilmiş yarık damak hastalarında faringeal duvar augmentasyonu ya da faringeal flep gibi konuşmayı geliştirecek operasyonların 2. Seansa bırakılması gerektiği görülmüştür.

Tartışma: 6. ayda kaydedilen bu konuşma gelişimi palatal ödemin tamamen gerilemesi ile damağın tam fonksiyonel hale gelmesi ile ilgilidir. Bu sebepten dolayı geç tedavi edilmiş yarık damak hastalarında bu algoritmayı kullanmayı öneriyoruz.

algoritma



P191

Nadir Bir Damak Anomalisi Temelinde Damak Embriyolojik Gelişimi

Serhat Atalay Eviş, Erol Kozanoğlu,
Cengizhan Ekizceli, Ufuk Emekli
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Damak gelişimi 4-5. gestasyonel haftalarda primer damağın oluşumu ile başlar. Primer damağı oluşturacak olan maksiller proses 1. brankial arkten köken alır ve orta hatta doğru büyüyerek nazal proses ile birleşir ve primer damağı oluşturur. Sekonder damak 7. haftada yine maksiller prosesten köken alan palatal rafların füzyonu ile gelişir. Primer ve sekonder damak bileşkesi insisiv foramenidir. Palatal raflar 7. Haftada vertikal planda olup ilerleyen dönemde horizontal plana geçer ve karşı taraf ile birleşir. Damak embriyolojik gelişimi temelinde sunduğumuz 2 yaşında, erkek hastanın damak anomalisine eşlik eden mandibuler hipoplazi, ağız açıklığında kısıtlılık, oral kavite ve ağız açıklığına ciddi kısıtlılığı mevcuttur. Hastanın maksillofasyal BT'sinde bilateral TME gelişimimevcut olup mandibula hipoplazik görünümündedir. Hastanın BT sinde ağız açıklığı kısıtlılığı nedeniyle tam olarak değerlendirilemeyen Veau tip 3 damak yarığı mevcuttur ve sağ palatin raf oblik bir seyir izleyerek karşı taraf palatin raf yerine ağız tabanı ile füzyonudur. Bu füzyon dokusu içinde kemik izlenmemiştir. Poster sunumumuzda literatürde tariflenmemiş bu nadir damak anomalisi temelinde damak embriyolojisini ele almayı planlamaktayız.

P192

Sindaktili Onarımında Webin Yürümesini Engellemek İçin Çizimi Proksimale Taşımak İşe Yarar Mı?

Mehmet Sürmeli, Yunus Doğan, Salih Onur Basat, Funda Aköz Saydam
İstanbul Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Sindaktili onarımında en sık başvuru olan yöntem dorsal flepli double-opposing Z-plastidir. Bu yöntem sonrası en sık rastlanan komplikasyon sindaktili rekonstrüksiyonu yapılan web'in distale migrasyonudur ve bu fenomen "web ilerlemesi (web creep)" olarak tanımlanır. Sindaktili operasyonu sonrası en sık yeniden operasyon nedenidir. Literatürde bu durumun önlenmesi için özellikle fleplerin çiziminde birçok modifikasyon yapılmış olmakla beraber bu modifikasyonlar tamamen ana referans noktalarının belirlenmesi sonrasında yapılmaktadır. Bu nedenle hemen operasyon sonrası dönemde interfalangeal web derinlikleri normal olmakta ve "web ilerlemesi" gelişmesi ile beraber web sığlaşmaktadır. Bu nedenle referans noktalarının belirlenmesi sonrası düşünülen çizimin tümüyle proksimale taşınması ve erken postop dönemde web'in normalden daha derin şekilde oluşturulmasının takipte web'in daha normal bir hale gelmesini sağlayacağı düşünülmüştür.

Olgu 1: 4 yaşında kız çocuğu bilateral komplet basit sindaktili nedeniyle operasyona alındı. Hastanın sindaktili çizimleri yapılırken web oluşturulurken web'in normalden daha derin (over-correction) yapılması için metakarp başlarının işaretlendiği noktalar ve buna dayanılarak yapılan dorsal flep ve volar V-flebi 3-4mm kadar proksimale taşındı. Hastanın haftada 2 kez takipleri yapılarak fotoğrafları çekildi. Hastanın erken takiplerinde bilateral 3. Web'inin over-koreksiyona bağlı olarak diğer weblerden belirgin olarak daha derinde olduğu görüldü. Ancak 1.ay sonrasında "web creep" fenomeninin ortaya çıktığı ve web'in distale migrasyona başladığı görüldü. Hastanın postoperatif 3. Ay fotoğraflarında over-koreksiyona bağlı derinleştirmenin web ilerlemesi ile birbirini dengelediği ve tamamen normal web derinliğine ulaşıldığı görüldü.

Olgu 2: 2 yaşında erkek çocuğu sağ ve sol inkomplet sindaktili nedeniyle opere edildi. Sindaktili metakarp başı referansları ve buna dayanılarak çizilen dorsal flep dizaynı yaklaşık 3mm proksimale alındı. Bu yöntemin kullanılması sadece "web creep" fenomenini engellemekle kalmamakta ayrıca genellikle greft ihtiyacının doğduğu parmak proksimalindeki alanlardan dorsal ve volar fleplerin cilt çalmasını azaltmakta ve böylece greft ihtiyacını azaltmaktadır. Bu nedenle sindaktili onarımında web derinliğinde over-koreksiyon ve fleplerin proksimalde dizayn edilmesi, ameliyat sonuçları açısından daha yüz güldürücü sonuçlar vermektedir.

sindaktilide over-koreksiyon



Bilateral sindaktilide over-koreksiyon ile sindaktili rekonstrüksiyonu

P193

Ayak Başparmak Rekonstrüksiyonu İçin Güvenilir Bir Seçenek: Ters Akımlı Birinci Dorsal Metatarsal Arter Ada Flebi

Özay Özkaya Mutlu, Tuğçe Yasak, İlker Üşçetin, Ahmet Dilber
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Ayak başparmak ve birinci metatars başı; ayağın esas yük taşıyan kısmıdır ve bu bölgenin yumuşak doku rekonstrüksiyonu, kısıtlı seçenekler nedeni ile rekonstrüktif cerrahide zorlayıcı alanlardandır. Bu bölgede görülen yumuşak doku defektleri; travma, tümör, Diyabetes Mellitus, sıcak-soğuk yanıkları gibi etyolojilere sekonder olarak görülebilmektedir. Cilt laksitesinin yetersiz olması, tendon ve kemik yapılarının kolayca ekspoze olması ve ödeme yatkınlık gibi sebepler; ayak distalindeki küçük boyutlarda bir defekti bile komplike hale getirmekte, greft ile onarım çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Rekonstrüksiyon seçenekleri arasında random flepler, pediküllü ve serbst flepler bulunmaktadır. Seçilecek olan flebin iyi bir vasküler kaynağı olmalı, kabul edilebilir bir fonksiyonel ve estetik sonuç sağlamalı ve hastanın ayakkabı giymesine engel olmamalıdır. Bu çalışmada, ayak başparmak ve birinci metatars bölgesi defektleri için güvenilir bir seçenek olan ters akımlı birinci dorsal metatarsal arter flebi; iki olgu sunumu aracılığıyla, teknik detaylar içeren video eşliğinde sunulmaktadır.

Olgu-1: Yirmi beş yaşında erkek hasta, 2 ay önce karda yürüme sonrası sağ ayakta tüm parmak uçlarında gelişen nekroz nedeni ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede başparmak distal yüzde 3*3cm boyutunda, diğer parmak distallerinde 1*1 cm boyutunda frostbite 3. evre ile uyumlu nekroz alanları izlendi. Grafide özellik saptanmadı. Hastaya ilk seansta başparmak distalindeki nekroz debridmanı sonrası oluşacak doku defekti için ters akımlı 1. Dorsal metatarsal arter perforatör flebi ile onarım yapıldı. Flep donör alanı kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Aynı seansta 4-5. parmak distallerindeki nekrotik doku debride edilerek sekonder iyileşmeye bırakıldı. Bir ay sonra yapılan ikinci seansta 2-3. parmak distallerindeki nekrotik dokular debride edilerek oluşan defektler primer onarıldı.

Olgu-2: Yirmi iki yaşında kadın hasta, crush yaralanma sonrası sağ ayak başparmağında total nekroz ile kliniğimize başvurdu. Grafide kemik yapıda fraktür izlenmedi. Hastanın yumuşak doku ve nekrotik kemik debridmanı sonrası, 4*4 cm boyutlarında, 1. metatarsofalangeal eklem ekspoze olduğu doku defekti oluştu. 1. ray'ın ayak arkının stabilitesi ve yük taşımadaki esansiyel rolü nedeni ile kemik yapının kısaltılıp defektin primer sutureasyonu, tedavi seçenekleri arasında düşünülmeydi. Defekt, ters akımlı 1. dorsal metatarsal arter flebi ile total olarak onarıldı. Ayak arkının stabilitesi ve hastanın normal yürümesinin korunması sağlanmış olup fonksiyonel açıdan tatmin edici bir sonuç elde edildi.

Cerrahi Teknik: Preoperatif planlama yapılırken 8 mHz el Doppleri ile a.dorsalis pedis ve 1. dorsal metatarsal arter akımları doğrulandı ve işaretlendi. İnsizyon proksimalden başlandı, a. dorsalis pedis identifiye edildikten sonra distale doğru, paratenon korunacak şekilde distale ilerletildi. Diseksiyon esnasında 1.dorsal metatarsal arter ile plantar arteryel sistem arasındaki kominikan dalların korunmasına özen gösterildi. Birinci dorsal metatarsal arter identifiye edildikten sonra, a. dorsalis pedis ve kominikan venleri bağlanmadan önce klemplenerek flep akımının güvenilirliği kontrol edildi. Flep akımının normal olduğu izlendikten sonra arter ve venler proksimalden bağlanarak kesildi. Flep

ada şekline getirilerek yeterli rotasyon arki sağlandıktan sonra defekte adapte edildi(Video-1). Flep donör alanı kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı.

Sonuç: Her iki hastada da ayak distali yumuşak doku defektleri 1. dorsal metatarsal arter flebi ile sorunsuzca iyileşti. Hastanede kalış süresi ortalama 7 gün idi. Ayak arkının stabilizasyonu sağlandığı için tatmin edici fonksiyonel sonuç ve hastalar için tatmin edici kozmetik sonuç sağlanmış oldu.

Tartışma: Ters akımlı birinci dorsal metatarsal arter ada flebi; minimal donör alan morbiditesi, donör alan ile benzer anatomik özellikler taşıması, ince bir flep olması ve yeterli rotasyon arki sağlaması gibi özellikleri sayesinde, rekonstrüktif seçeneklerin oldukça kısıtlı olduğu ayak başparmak ve birinci metatarsal bölgenin yumuşak doku defektleri için güvenilir bir seçenektir.

Resim-1



a: frost-bite nedeni ile ayak distalinde gelişen nekroz, preoperatif görüntü, b: debridman sonrası oluşan başparmak defektinin ters akımlı birinci dorsal metatarsal arter flebi ile rekonstrüksiyonu c/d:postoperatif 3. ay görüntüsü

P194

Ekstremité Psödoartroz Rekonstrüksiyonunda Yeni Bir Alternatif Süperfisyal İliak Arter Derin Dalından Kaldırılan Perforator Bazlı Vaskülerize Serbet İliak Kemik Flebi

Alper Aksoy¹, Emin Sır², Meliha Kasapoglu Aksoy³

¹Acıbadem Konur Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü Bursa

²Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü İzmir

³Bursa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü Bursa

Giriş: Vaskülerize kemik grefti kemik defeklerin rekonstrüksiyonunda özellikle konvansiyonel yöntemler başarısız olduğunda ilk ve tek seçenektir. Uzun kemik defeklerinde fibula ve iliak kemik serbest kemik greftleri kullanılmaktadır. Bu vakamızda onkol psödoartrozlu bir vaka iliak serbest kemik flebinin superfisyal ilak arterin derin dalından kaldırılan serbest flep ile rekonstrüksiyonundan bahsedeceğiz.

Olgu: 28 yaşında erkek hasta trafik kazası sonucu sağ önkol çift kırığı nedeniyle opere edilmiş. Sağ Ulna kırığında çoklu kemik onarımı ve otojen ve allograft uygulamalarına iyileşme sağlanmamış. Hastanın yapılan muayenesinden ulnada 4 cm kemik defekti mevcut idi. Hastaya serbest süperfisyal sirkümfleks iliak arterin(SCİA) derin dalının kemik perforanlara verdiği dallar üzerinden iliak kemik serbest planlandı. Sol inguinal bölgeden çizim yapıldı. Inguinal kriz ortasından insizyon ile girildi. Süperfisyal sirkümfleks iliak arter (SCİA) bulundu. Insizyon laterale uzatılarak süperfisyal sirkümfleks iliak arterin(SCİA) derin dalı bulunarak diseksiyona devam edildi.Lateral femoral kutanöz siniri bulundu. Eleve edilerek altından diseksiyona devam edildi.Anterio superior iliak spine distalinde derin dalın iliak kemik dış tabakasına verdiği ossoe dallar bulundu. Ossoeos perforanlar disseke edilerek kemik flebi eleve edildi. Kemik flepte kanama görüldükten sonra Vaskülerize kemik flebi önkola transfer edildi. Ulnar arterin dorsal dalına arter anastomozu ve comittan vene ven anastomozu yapıldı. Post-op takiplerde bir problem izlenmeyen hasatın 3. ay x-ray kanama süreci iyi bir şekilde ilerlemektedir.

Tartışma: İyileşmeyen kemik defeklerinde tedavisinde daha iyi yara iyileşmesi sağlaması, kemik kaynamasında hızlandırması, enfeksiyon oranlarının düşük olması nedeniyle vaskülerize kemik flebi altın standart tedavi yöntemidir.Vaskülerize fibula en popüler kemik flebi olmasına rağmen donör saha ile ilgili problemler, peronal sinir dağılımındaki varyasyonlar çok nadir olsa da ayakta iskemiye sebep olabilmektedir. Büyük defekler için ideal olan flep olmasına rağmen küçük defektler için harcanmaması gereken bir fleptir. Vaskülerize iliak kemik flebi derin sirkumfleks iliak arter üzerinden tanımlanmış ve sıklıkla kullanılan kemik flebidir. Yeterli uzunlukta ve kalınlıkta kemik sağlayan bu flebin bazı dezavantajları vardır. En önemli dezavantajı kısa pedikülü ve donör saha morbiditesidir. Abdominal kaslarda disseksiyon nedeniyle %3 ila %7 abdominal herniler görülebilmektedir. Süperfisyal sirkümfleks iliak arter üzerinden kaldırılan Süperfisyal sirkümfleks iliak arter perforan flap(SCİP) son yıllarda çok geniş kullanım alanı bulmuştur. Bu arter sistemi üzerinden kemik flebi ile elevasyonu son yıllarda sık olarak tartışılmaktadır. kimerik flep olarak deri ve kemik olarak kullanılabilir. Flebin birçok avantajları vardır. ilk olarak donör saha morbiditesi

minimaldir. Kas diseksiyonu ve derin diseksiyona ihtiyaç yoktur. Donor saha primer kapatılır. Flep diseksiyonu sırasında ana arterlerden birine zarar verilmez. Deri kemik ile birlikte kompozit rekonstrüksiyon sağlanabilir. küçük kemik defeklerinde daha küçük flep kaldırmaya izin verir. Flep pedikül diseksiyonu zordur. Pedikül diseksiyonu diğer perforan fleplere göre daha zordur. Lateral femoral kutanöz sinir elevasyonu ve altından kemik ve pedikülün geçilmesi gerekmektedir. Arter pedikül çapı 0.7mm ile 1mm arasındadır. Kimerik flep hazırlana bilir. Flep superfisial inferior epigastik sistem ile beraber kaldırılması mümkündür.

Sonuç: Küçük vaskülerize serbest flepler rekonstrüksiyonunda major arter sakrifiye etmeden minimal donor saha morbiditesi göz önüne alındığında superfisial iliak arter in derin dalının kemik perforanları üzerinden kaldırılan iliak kemik flebi güvenli bir flep seçeneği olabileceğini düşünüyoruz.

P195

Komplet Distal Bacak Amputasyonlu Olgunun Replantasyonu

Said Algan, Mehmet Akif Çakmak, Murat Kara, Akın İnalöz, Kerem Yılmaz, Harun Karaduman
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Erzurum

Giriş-Amaç: Majör ekstremite amputasyonları çoğunlukla yüksek enerjili travmalar ile olup crush tarzında yaralanmalardır ve replantasyona çoğunlukla uygun değildirler. Günlük yaşamda üst ekstremite alt ekstermiteden daha aktif kullanıldığından alt ekstremite amputasyonları üst ekstremite amputasyonlarından daha az görülmektedir. Bu nedenle replantasyon yapılan merkezlerdeki cerrahların bile bu konu hakkında yeterli vaka deneyimi ve tecrübesi bulunmamaktadır.

Bu çalışmadaki amacımız çok nadir görülen distal bacak düzgün sınırlı tam amputasyonlu olguda operasyon esnasında ve operasyon sonrasında karşılaşılabilecek zorlukları paylaşmaktır.

Gereç-Yöntem: 10 yaşında erkek hasta acil servisimize tarım aracı ile sol distal bacak amputasyon tanısı ile getirildi. Genel muayeneden sonra hasta hemen operasyona alındı. İlk olarak Ortopedi hekimleri tarafından kemik redüksiyonu sağlandı. Daha sonra mikrocerrahi için anterior tibial arter 9-0 nylon sütürler ile anastomoz edildi. Arter anastomozundan sonra distal venler açıldı ve mikroklempler ile işaretlendi. Anterior tibial ven anastomozundan sonra damarların gerginliği azaltmak için ekstensör grup kas onarımı yapıldı. Great safen ven ve lesser safen venler onarıldı. Arteriyel devamlılıktan sonra ayakta kısa sürede venöz göllenme oldu. Bu nedenle her ven anastomozundan sonra distal ven uçlarına bağlı mikroklempler çıkarıldı ve ayağın venöz göllenmesi boşaltıldı. Nervus tibialis mikrocerrahi tekniklerle koapte edildi. Posterior tibial arter anastomozu ve aşil tendon onarımı anterior tibial arter anastomoz gerginliğini artırdığından dolayı yapılamadı. Cilt primer sütüre edildi. Üç hafta sonra hastaya tensör fasya lata tendon grefti ile aşil tendon onarımı yapıldı. Hastaya 1. Aydan sonra yavaş yavaş ayağına basması önerildi.

Bulgular: Ameliyat sonrası hastanın ayağına elevasyon verildi. Hematom, venöz yetmezlik ve arteriyel yetmezlik gibi herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hasta 12. aya kadar poliklinikten aralıklarla takip edildi. 1. aydan sonra

yürürken ayak hafif venöz görünümündü, bu bulguda 6. ay sonuna kadar tamamen düzeldi. Hasta 6. ayın sonunda hafif sekerek yürüyebiliyordu ve hasta-hasta yakınlarının memnuniyeti gayet iyiydi.

Tartışma: Alt ekstremite replantasyon endikasyonları hala tartışmalıdır. Bunun muhtemel nedenleri alt ekstermitenin fonksiyonlarının el ve kola göre da az detaylı olması ve alt ekstermite yaralanmalarının daha crush olmalarından kaynaklanmaktadır. Crush yaralanma olsa bile hastaya replantasyon şansı tanındığı zaman başarılı bir replantasyon işleminden sonra hasta gayet memnun kalmaktadır. Fonksiyon olarak bacak el kadar detaylı özelliklere sahip olmadığından başarılı bir replantasyon işleminden sonra hasta memnuniyeti fonksiyon açısından el-kol replantasyonlarına göre yüksektir. Genel olarak alt ekstermite amputasyonlarına primer amputasyon ve protez kullanımı önerilmektedir. Ancak bu hastalarda nöroma, güdük ve psikolojik problemler ortaya çıkmaktadır.

Sonuç: Alt ekstremite replantasyonları literatürde nadir görüldüğünden dolayı mikrocerrahi merkezindeki cerrahların deneyimi bile azdır. Genel olarak alt ekstermite replantasyon endikasyonları tartışmalı olsa da hiçbir bireyin kendi organı yerine herhangi bir protezi tercih edeceği kanısında değiliz. Bu nedenle alt ekstermite crush amputasyonlarında bile endikasyonun zorlanması gerektiğini düşünmekteyiz.

Preop, perop ve postop hastanın görüntüleri



Preop, perop ve postop hastanın görüntüleri

P196

Üst Ekstremité Ters Akımlı Fleplerin Yaşayabilirliğine Brachial Plexus Bloğunun Etkisi; Bir Ön Çalışma

Musa Kemal Keleş¹, Uğur Horoz¹, Ergin Seven¹, Emre İnöz¹, Ali Teoman Tellioglu²

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi; Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Parmak ucu defektleri rekonstrüktif cerrahi için önemli ve zorlayıcı sorunlardan birisidir. Parmak ucu defektlerinde ters akımlı olarak metakarpal ve dijital bölgelerden kaldırılan flepler zayıf dolaşimsal fizyolojilerine bağlı olarak nekroz gelişme riski yüksektir. Çok ince besleyici vasküler yapıları bulunan bu fleplerin vazospazmdan

etkilenmesi flep yaşayabilirliğini direk etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Bu çalışmada brachial plexus bloğunun ters akımlı fleplerin yaşayabilirliğine etkisi araştırılmaktadır. Brachial plexus bloğu vazokonstriktör liflerin bloğuyla dolaylı olarak vazodilatasyon sağlamakta flep beslenmesinde ve flebe ulaşan pO₂ miktarında artışa yol açmaktadır. Çalışmaya ters akımlı dorsal metakarpal flep, homodigital flep, kite flep yapılan 15 hasta dahil edildi. Hastalar operasyon öncesi brachial plexus bloğu yapılanlar ve yapılamayanlar olarak ikiye ayrıldı. Hastaların erken dönem komplikasyonları karşılaştırıldı. İki grup erken dönem komplikasyon olarak karşılaştırıldığında blok yapılan grupta komplikasyon gelişme oranı daha düşük olarak bulundu. Sonuç olarak klinik deneyimler ve sonuçları doğrultusunda üst ekstremitelerde brachial plexus bloğunun flep yaşayabilirliğine olumlu etkisi olduğu görüldü.

P198

Dorsal Yerleşimli El Bileği Ganglion Kistlerinde Tedavi Deneyimlerimiz

Burak Özkan³, Azer Zeynalov², Atilla Adnan Eyüboğlu², Abbas Albayati², Ahmet Çağrı Uysal², Nilgün Markal Ertaş²

¹ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Ankara ²Başkent Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara ³Ağrı Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Ağrı

Giriş: Ganglion kistleri elin en sık görülen benign yumuşak doku tümörleridir. Yüzde altmış ile yetmiş vaka dorsal yerleşimlidir. En çok skafolunat ligamandan köken alırken, tendon kılıflarından da köken alabilir. Tedavisinde cerrahi eksizyon, aspirasyon, artroskopik eksizyon ve sklerotik ajan enjeksiyonu bulunmaktadır. Bu çalışmamızda kliniğimizde tedavi ve takibini yaptığımız dorsal yerleşimli ganglion kistleri sunulmuştur.

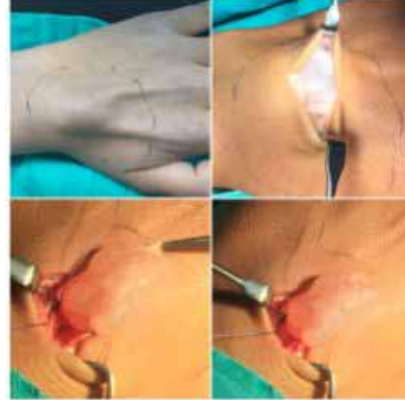
Gereç-Yöntem: 2015-2016 tarihleri arasında dorsal yerleşimli ganglion kist nedeniyle tedavi edilen ve en az 6 ay takip edilen 10 (6K,4E) hasta çalışmaya dahil edildi. Operasyon kararı klinik muayene ile konuldu, boyutları büyük bir vakada manyetik rezonans istendi. (Tablo 1) Tüm operasyonlar aksiller blok sonrası turnike altında yapıldı. Ganglion kistleri kapsülleri dahil olacak şekilde pedikülünün izolasyonu ve ligasyonu ile eksize edildi. (Resim 2-3) Hastalar iki hafta istirahat atelinde takip edildiler.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 35.3, kistlerin ortalama boyutu yaklaşık 3x2x2 olarak bulundu. Hastalarda erken dönem herhangi bir komplikasyon gözlenmezken, bir hastada 4. ayda nüks gözlemlendi. Nüks gözlenen vakada kist aspirasyonu yapılarak tekrar istirahat ateline alındı.

Tartışma Ve Sonuç: Ganglion kistleri el bölgesindeki fokal kitlelerin en sık nedenidir. Kliniğe en çok ağrısız kitle şikayeti ile başvurulurken, posterior interosseöz sinir basısına bağlı ağrı, tendonlara baskı sonrası parmak hareketlerinde kısıtlılık gibi şikayetlerde eklenebilir. Literatürde yetersiz diseksiyonla yapılan cerrahilerde %40'a varan rekürrenslere bildirilmişse de ganglion kist kompleksinin tamamen eksize edildiği serilerde nüks oranları %1-5 arasında değiştiği görülmektedir. Sklerozan ajanlı veya ajansız aspirasyonlarında kitlelerin yüksek oranda tekrarladığı bildirilmiştir. El dorsumunda cerrahi skar istemeyen hastalar için artroskopik

dorsal gangliyon kisti cerrahisi tercih edilebilir. Kliniğimizde ganglion kist kompleksinin dikkatli diseksiyonla köken aldığı bölgeye kadar inilip pedikülünün bağlanması şeklinde yapılan cerrahilerde nüks oranımız literatürle uyumlu bulunmuştur. Bu teknikte, cerrahinin kalite ve hasta konforu açısından aksiller blok sonrası turnike altında yapılmasını öneriyor ve uzun dönemli takip sonuçlarını görmenin tedavinin başarısı için daha objektif olacağını düşünüyoruz.

Resim 1-2



Resim 1: Ganglion kistinin diseksiyonu ve pedikül bağlanması



Resim 2: Kistin diseksiyonu ve eksizyonu

tablo 1

	Cinsiyet	Yaş	Boyut	Tanı	Tedavi	Nüks
Hasta 1	K	19	3X2X1	Klinik	Eksizyon	-
Hasta 2	K	37	3X2X2	Klinik	Eksizyon	-
Hasta 3	E	85	7X5X4	Klinik+MR	Eksizyon	-
Hasta 4	K	16	3X2X1	Klinik	Eksizyon	-
Hasta 5	E	31	2X2X2	Klinik	Eksizyon	-
Hasta 6	K	16	2X2X1	Klinik	Eksizyon	+ /aspirasyon
Hasta 7	E	20	4X3X2	Klinik+US	Eksizyon	-
Hasta 8	K	31	2X2X2	Klinik	Eksizyon	-
Hasta 9	E	33	3X2X2	Klinik	Eksizyon	-
Hasta 10	K	65	3X3X1	Klinik	Eksizyon	-

P199

Kasık ve Ön Uyluk Bölgesi Kutanöz İnnervasyonunda Anterior Kutanöz Femoral Sinir Anatomik Varyasyonu: Olgu Sunumu

Tuğba Feryal Yıldız, Müge Anıl Yalçın,
Semih Bağhaki, Yağmur Aydın
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi

Giriş: Alt ekstremité kutanöz innervasyonu plexus lumbalis ve plexus sakralisten ten kaynak alan lateral kutanöz femoral sinir, lumbinguinal sinir (genitofemoral sinir dalı), ilioinguinal sinir, anterior kutanöz femoral sinir (intermediate ve medial kutanöz femoral sinir) tarafından sağlanır. Femoral sinir inguinal ligamentin derininde lacuna musculorumdan geçer geçmez müsküler ve kutanöz dallarına ayrılır. Kutanöz dalları aracılığıyla, lateral femoral kutanöz sinir ile birlikte uyluk ön yüzünün dize kadar olan kısmının sensoriyal innervasyonunu sağlar.

Olgu Sunumu: 28 yaşında kadın hasta ateşli silah yaralanması iddiasıyla İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi acil travmatoloji bölümüne başvurdu. Yapılan ilk muayenesinde sol elde 2.,3.,4. ve 5. metakarpal kemiklerde çok parçalı deplase açık fraktürleri ve yumuşak doku kaybı izlendi. Mevcut yumuşak doku defektini kapatmak için sol taraf pediküllü kasık flebi tasarlanarak distalden kaldırılmaya başlandı. Superfisiyal sirkümfleks iliak arter, derin femoral arterden ayrıldığı noktaya kadar diseke edildi. Diseksiyon esnasında derin femoral arterden ayrılıp sartorius fasyasını delip flebe ulaşan pediküle bu yol boyunca eşlik eden bir sinir görüldü. Operasyon sırasında lateral kutanöz femoral sinir ortaya kondu ve korundu. Postoperatif dönemde sol kasık bölgesi ve uyluk medial,anterior ve lateral kısımlarına duyu muayenesi yapıldı.Uyluk laterali ve medialinde duyu muayenesi patent olarak saptandı. Hasta uyluk anterioru orta bölümünde intermediate femoral kutanöz sinir duyu alanına uyan bölümde hipoestezi tarifledi. Adapte edilen kasık flebi üzerinde kaba duyu muayenesinde duyu varlığı saptandı.

Tartışma: Bilindiği gibi kasık flebinin pedikülü superfisiyal sirkümfleks iliak arter ve ven olup innervasyonu mevcut değildir. Bizim olgumuzda anterior femoral kutanöz sinir bilinen anatomik lokalizasyonundan farklı yerleşimde olup kasık flebinin duyu innervasyonunu sağlıyor gibi görünmektedir. Uyluk anterioru intermediate femoral kutanöz sinir duyu alanında hipoestezinin mevcudiyeti flebe giden bu sinirin bahsi geçen sinir olduğunu doğrular niteliktedir. Literatürde lateral femoral kutanöz sinir anatomik varyasyonları mevcut olup, anterior kutanöz femoral sinir anatomik varyasyonuna rastlanmamıştır. El fonksiyonel önemi nedeniyle duysal rekonstrüksiyonu önem taşıyan bir organdır. Rekonstrüksiyonda kasık flebi tercih edilecekse bu anatomik varyasyonun bilinmesi, mevcut hastalarda daha faydalı bir rekonstrüksiyon sağlar.

P200

Bacak 1/3 Proksimali Defektlerinde Genişletilmiş Gastrokinemius-Propellar Kas-Deri Flebi Kullanımı

Can İlker Demir, Emrah Kağan Yaşar,
Murat Şahin Alagöz, Kıvanç Davun
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AB

Amaç: Bacak 1/3 proksimali rekonstrüksiyonunda kullandığımız gastrokinemius kas-fasyokutan cilt şimerik flebi deneyimimizi anlatmayı amaçladık.

Cerrahi Teknik: Bacak 1/3 proksimali ön yüzde geniş defekti olan, parçalı tibia fraktürü (Gustilo Tip 2) nedeniyle eksternal fiksator takılı olan iki hastaya rekonstrüksiyon için gastrokinemius kas-fasyokutan cilt şimerik flebi planlandı. Cerrahi operasyonda medial insizyon tercih edildi. Medial insizyon yapılarak gastrokinemius medial başına ulaşıldı. Kas aşil tendonuna kadar takip edildi. Aşil tendonu intakt bırakılarak kas lateral başından ve posteriori soleus kasından ayrılarak superiora doğru devam edildi. Bacak 1/2 orta seviyesinde daha önce Doppler USG ile belirlenmiş perforatörler üzerinden cilt adası flebe dahil edildi. Cilt adası donör saha primer kapatılacak şekilde eliptik olarak dizayn edildi. Sonrasında kas ve cilt flebi ayrı ayrı defekte adapte edilerek daha geniş alanın rekonstrüksiyonu sağlandı. Kasın kısıtlı rotasyonuna rağmen propellar tarzda kaldırılan fasyokutan flebin daha geniş bir rotasyon arkına sahip olması normalinden daha geniş bir alanın rekonstrüksiyonuna izin verdi. Açıkta kalan kas uyluktan alınan STSG ile kapatılarak operasyona son verildi. Postop dönemde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmadık.

Sonuç: Bacak 1/3 proksimal defektleri travma, trafik kazası, onkolojik cerrahiler sonrası görülen, rekonstrüksiyon seçeneklerinin kısıtlı olduğu bir bölgedir. Özellikle kemik kırıklarının eşlik ettiği durumlarda postop komplikasyon oranları yüksektir. Diz bölgesi defektlerinde günümüzde en sık kullanılan fleplerden biri lokal gastroknemius kas flebidir. Kasın rotasyon miktarının az olması özellikle patella lateralinde kapsayan defektlerde flebin yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Bu tarz durumlarda kas üzerinde medial sural arter kaynaklı muskulokutan perforatör üzerinden cilt adası flebe dahil edilerek flep şimerik olarak kaldırılarak daha geniş defektlerin rekonstrüksiyonu sağlanabilir.

resim 1



235 **Şimerik ile işaretli medial sural arter kaynaklı muskulokutan perforatör görülmekte**

P201

Alternatif Areola Rekonstrüksiyonu: Dermaloller ile Tatuaj

Gökhan Sert, Dicle Yaşar Aksöyler, Ozan Bitik, Hakan Uzun, Ali Emre Aksu
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Ankara

Nipple- areola kompleksi rekonstrüksiyonu meme rekonstrüksiyonu prosedürlerinin son basamağını oluşturmada birlikte yeni oluşan memeye daha doğal ve estetik bir görünüm katmaktadır.

Areola rekonstrüksiyonu için literatürde deri greftleri, tatuaj ve dermabrazyon gibi yöntemler izole veya kombine olarak tanımlanmıştır.

Areola rekonstrüksiyonunda renk uyumu için en iyi sonuçlar kontralateral areoladan alınan areola greftleri ile sağlanmakta iken tatuaj ikinci sırada gelmektedir.

Deri greftleri ile areola rekonstrüksiyonunda düzgün sınırlı, kırışık yüzeye sahip areola sağlanması bu yöntemin avantajları iken yeni bir donör saha morbiditesi oluşturması ve invaziv bir işlem olması bu yöntemin dezavantajlarıdır. Sık kullanılan donör sahalar ise kontralateral meme, medial uyluk/kasık bölgesi, revizyon için eksize edilen meme cildi- flebi ve labial doku- vajinal mukozal greftlerdir.

Tatuaj işlemi sınırlı bir morbidite ile areola rekonstrüksiyonunu sağlamaktadır. Rees tarafından tanımlanan ve Spear tarafından popüler hale getirilen bu yöntem ofis şartlarında gerçekleşmekte demir ve titanium oksid karışımı içeren boya intradermal pigmentasyonu sağlamak için kullanılmaktadır. Bu pigmentler süperfisyal ve midpapiller dermise cihaz yardımı ile elektriksel olarak penetre edilmektedir. Pigmentler yüzeysel dermal plana yerleştirilirse kolaylıkla kaybolabilir, derin plana tatuaj işlemi gerçekleştirilirse pigmentler makrofajlar tarafından fagosite edilerek yeterli kalıcılık sağlanmayabilir.. Yapılan çalışmalarda derin tabakaya tatuaj işlemi sonrası %9.5 oranında revizyon tatuaj işlemi gerektiği vakaların %60'ında ise nihai sonuç olarak daha açık renkte pigmente bir areola ile karşılaşıldığı ve birkaç ay sonra tekrar tatuaj işlemine ihtiyaç duyulduğu bildirilmiştir. Dövme işlemi sonrası areola 3-5 gün içinde kabuklanmakta ve basitrasın yada xeroform gibi petroleum jelly ile pansumanlarla takip edilmektedir.

Literatürde bu konuda yapılan çalışmalarda dermabrazyon ile kombine intradermal tatuaj bildirilmiş ve pigmentlerin daha kalıcı olarak tutulduğu savunulmuştur. Peki ofiste gerçekleştirilecek revizyon oranlarına minimuma düşürecek minimal invaziv bir yöntemle areola rekonstrüksiyonu mümkün olabilir mi? Biz de bu sorudan yola çıkarak dermaroller yardımı ile areolar dövmeleme işlemini gerçekleştirmeyi hedefledik.

Dermaloller farklı iğne çaplarına sahip bir cihaz olup bizim kullandığımız model ..., (0.3 mm çaplı iğnelere sahiptir) 12 cm uzunluğunda 8 sıra halinde 192 adet iğneyi içeren silindirik şeklindeki bu cihazda iğne uzunlukları 0.25 -1.5 mm arasında değişmekle birlikte 0.3 mm genişliğinde uca sahip iğneler bulunmaktadır.

Literatürde dermaroller cihazı ile akne skarlarına yönelik tedaviler uygulanmakta ve cihazın stratum corneumda mikrodellikler açarak dermabrazyona alternatif bir cilt yenileme yöntemi olduğu bildirilmiştir.

Yöntemimiz ofis şartlarında herhangi bir lokal anestezi madde enjeksiyonu yapılmadan gerçekleştirilmiş olup

öncelikle areolar boya nipple etrafına sürülmüş ardından Dermaloller horizontal, vertikal ve oblik yönlerde criss-cross hareketi ile yaklaşık 15 dakika süre ile 20-30 kez hareket ettirilmiş punktate kanama odakları görüldükten sonra boya silinmiş ve tekrar boya sürülerek bu hareket paterni tekrarlanmıştır. Küçük punktate kanamalar işlem sırasında olmakta ve kanamaların olduğu kısımda cilde daha yoğun penetrasyon gerçekleşmekte ve daha koyu pigmentli alanlar adeta montgomery papülleri izlenimi vermekte böylece daha doğal, heterojen dağılıma sahip areola pigmentasyonu oluşmaktadır. İşlemden sonra hastalara sadece işlem günü xeroformlu pansuman yapılmış olup hastalar işlemin ertesi günü duş almışlardır.

Doğal areola heterojen yüzeye ve sınırlara sahiptir ve yöntemimiz tatuaj ve deri greftlerinin aksine daha asimetrik ve doğal bir görünümü sağlamaktadır.

Ayrıca tatuaj boyası ve dermarollerin maliyetinin düşük olması bu yöntemin bir diğer avantajıdır.

Sonuç olarak areola rekonstrüksiyonu için değişik yöntemler tanımlanmış olmakla birlikte yöntemimiz minimal invaziv, ucuz bir alternatifi oluşturmaktadır.

P202

Komplikasyonlu Major Replantasyon Deneyimlerimiz

Zeliha Gül¹, Mecl Atıf Cezairlioğlu¹, Selami Serhat Şirvan¹, Kamuran Zeynep Sevim Aytuğ¹, Dağhan Dağdelen², Mert Sızmaç¹, Hale Dobrucalı³, Mustafa Altınay³
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği
²Balikesir Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği
³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

Amaç: Cerrahi mikroskobun 1960 lı yıllarda damar anastomozu için kullanılmasından itibaren uzuv kopmalarında replantasyon önemli aşamalar kaydetmiştir. Türkiye'de ilk replantasyonu Ayan Gülgönen 1978 yılında yapmıştır(1). Major amputasyonlarda hasta beklentisi, uzuv uzunluğunun korunması, fonksiyonel onarımlar ve hastanın genel durumu replantasyon endikasyonlarını etkiler. Replantasyona karar verilen durumlarda iyi bir cerrahi ekibe ilaveten, hastanın genel durum stabilizasyonu sağlayabilecek, diğer sistemik yaralanmalarını kontrol altına alabilecek multidisipliner bir merkezde yapılması önemlidir.

Hastalar ve Yöntem: 2015 Ekim-2016 Temmuz tarihleri arasında çeşitli etiyolojilerle major ekstremité amputasyonu ardından kliniğimize başvuran 6 hastaya major uygulandı. Hastalar yaş, cinsiyet, etiyoloji, hastanede kalış süreleri, komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 31 olan hasta grubumuzda uygun transfer ve hızla operasyon düzeni oluşturuldu. Hastalardan 1 inde ciddi ek morbiditeler olmasına rağmen hasta ve yakınlarından onay alınmadığı için önkol seviyesinde replantasyon yapıldı. Uzun süre dolaşım takibinde problem olmayan ancak genel durumu ile ek morbiditeleri sebebiyle 3. haftasında amputasyon uygulandı. Hastalardan 2'sinde yoğun bakım tedavisine rağmen oluşan kanama bozukluğunun hayati tehlike oluşturması sebebiyle postoperatif erken dönemde amputasyon uygulandı.

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

38. Ulusal Kurultayı

Hastalardan 1'inde postoperatif 3. günde arteriyel dolaşım kaybı sebebiyle revizyon yapıldı, herhangi bir iyileşme olmaması üzerine 8. günde amputasyon uygulandı. Tüm hastalara uygun seviyelerde fasyotomi uygulandı ve uygun antikoagulan tedavi yapıldı.

Sonuç: Major replantasyon endikasyonları birçok merkezde hasta ve amputasyona göre değişik şekillerde kabul edilmektedir. Özellikle proksimal seviyede hasta ve yakınlarının amputasyon ve replantasyon endikasyonlarına göre yönlendirilmesi zorlaşmaktadır. Bu yaralanmayı geçiren tüm hastalar multisistemik değerlendirilmeli ve genel durum stabilizasyonu sağlanana kadar yoğun bakım şartlarında takip edilmelidir.

resim 1



Bilateral ayak amputasyonu

P204 Zor Konulan Tanı; Parmağın Glomus Tümörü

Mehmet Dadacı¹, Zeynep Altuntaş¹, Bilsev İnce¹, Fatma Bilgen², Osman Tüfekçi³, Hakan Uzun⁴

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

²Necip Fazıl Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kahramanmaraş

³Konya Özel Farabi Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Konya

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Ankara

Amaç: Nöromyovasküler glomus cisimciğinden köken alan ve elin nadir görülen tümörlerinden olan glomus tümörlü hastaların klinik özelliklerinin ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi. **Materyal-Metot** 2012-2014 yılları arasında parmağında glomus tümörü saptanan 6 kadın, 3 erkek toplam 9 hasta retrospektif olarak tespit edilerek çalışmaya alındı. Hastalar, yaş, cinsiyet, lezyonun yerleşim yeri, şikayetler ve şikayetlerin başladığı zaman, klinik olarak ilk değerlendirme ve tanı zamanı, kullanılan radyolojik görüntüleme yöntemleri, uygulanan tedavi, patolojik tanı, takip sonuçları ve komplikasyonlar açısından incelendi.

Bulgular : Hastaların yaş ortalaması 39,6 idi. Tüm hastalarda glomus tümörü subungual yerleşimli olduğu

görüldü. Lezyonların 2'si başparmakta, 3'ü işaret parmağında, 3'ü orta parmakta, 1'ide yüzük parmağında idi. Tüm hastalardaki ortak şikayet tırnak ve parmakta ağrı ve hassasiyet idi. 4 hastada da soğuk intoleransı ön planda idi. 2 hastada tırnak üzerinde mavi renk değişimi, 3 hastada da tırnakta kabarıklık ve deformasyon gözlemlendi. Hastaların şikayetleri başlamasından tanı anına kadar geçen süre ortalama 10,7 ay idi. Düz grafide distal falanksta kemik segmentte erozyon 1 hasta haricinde tespit edilmedi. Magnetik rezonans görüntüleme de kitleler tespit edildi. 9 hastanın 8'inde tanı klinik ve radyolojik olarak konulurken 1 hastada sadece klinik olarak tanı konuldu. Tüm hastalara cerrahi tedavi uygulandı. Bütün olguların tanıları histolojik olarak doğrulandı. 12 ay ortalama takip süreleri olan hastalarda nüks görülmeydi. Postoperatif 4 hastada minimal tırnak deformiteleri gözlemlendi.

Sonuç : Özellikle parmak ucu olmak üzere parmak yerleşimli, nedeni saptanamayan ve şiddetli ağrı durumlarında öntanı olarak glomus tümörü akla gelmelidir. Tanıda MRG kitlenin tespitinde en önemli basamaktır.

P205 Kompartman Sendromuna Yönelik 5 Yıllık Fasyotomi Deneyimimiz

Ali Can Gunenc, Mert Sızmaç, Erkan Yüce, Zeliha Gül, Işıl Akgün Demir, Semra Karşıdağ
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı İstanbul

Giriş: Kompartman sendromu intertisyel sıvı basıncının artmasına bağlı olarak mikrosirkülasyonun kesintiye uğraması ve bunun da muskulonöronal dokuda nekroza yol açmasıdır. Kompartman sendromunun etyolojisi değişiklik göstermekle birlikte en sık sebepler ezici tipte yaralanmalar, ateşli silah yaralanmaları, ekstremitedeki kemik fraktürleri ve yanıklardır. Dikkat edilmesi gereken en önemli husus kompartman sendromunun tanısının doğru zamanda konması ve ivedi bir biçimde müdahale edilmesidir.

Materyal-Metod: Bu çalışmamızda kompartman sendromuna yönelik 2011- 2016 yılları arasında fasyotomi uygulanan hastalar geriye dönük olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, etyoloji, hangi ekstremitenin etkilendiği ve komplikasyonlarına göre sınıflandırıldı.

Bulgular: 2011-2016 yılları arasında kliniğimizde opere edilmiş 63 kompartman sendromlu hasta incelendi. Bunların 17'si kadın 46'sı erkek idi. Erişkinlerde etyolojide en sık travmalar rol oynarken çocuklarda en sık yanıklar rol oynadı. Hastalarda postop komplikasyon görülmedi.

Tartışma: Kompartman sendromunda dikkat edilmesi gereken en önemli husus kompartman sendromunun tanısının konmasıdır. Zamanında müdahale ile kompartman sendromunda dramatik bir geriye dönüş olmaktadır. Önemli olan kompartman sendromu tanısını zamanında koymak doğru bir müdahale ile etkilenen ekstremitede hasar kalmasını engellemektir.

P206

Kubital Tünel Sendromu cerrahi tedavisinde deneyimlerimiz

Hasan Kömürcü, Uğur Şahin,
Mehmet Fatih Okyay, Shamil Suleymanov,
Alp Ercan, Semih Bağhaki
¹*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*

Giriş: Ulnar sinirin kübital tünelde baskıya uğramasına bağlı gelişen kubital tunel sendromu, karpal tunel sendromundan sonra en sık gözlenen tuzak nöropatisidir. Semptom ve fizik muayene bulguları olmasına rağmen elektrodagnostik testler bazen negatif olduğundan Kübital tünel sendromu tanısı öncelikle klinik olarak konur. Ulnar sinirin anatomisinin ve potansiyel tuzaklanma bölgelerinin bilinmesi, tanı ve tedavi yaklaşımları açısından oldukça önemlidir.



Ulnar sinir, brakiyal pleksusun C7-C8-T1'den oluşan alt trunkus medial kord liflerinden çıkar. A. aksillarisin medial yüzünden sulkus bispitalise girer ve medial epikondilin yaklaşık 10 cm proksimalinden medial intermusküler septumu delerek, ekstansör yüze döner. Medial epikondilin 8 cm proksimalinde, trisepsin medial başını intermusküler septuma bağlayan Struthers arkadının altından geçerek, dirsek seviyesinde medial epikondilin posteriorundan geçer. N. ulnaris, medial epikondilin posterioruna geçince, lateralde Osborne bağı ve posteromedialinde fleksör. karpi ulnaris (FKU) kasının başı tarafından sarılır. Bu iki yapı, kübital tüneli oluşturur. Kübital tünelin medial sınırını mediyale epikondil, lateral sınırını olekranon oluştururken; zemini dirsek kapsülü, çatısı da humeroulnar arkad (Osborne bağı) tarafından yapılır.

Yöntem ve Gereç: Aralık 2013- Temmuz 2016 tarihleri arasında kliniğimizde kübital tünel sendromu tanısı ile fizyoterapi ve atelleme tedavisinden fayda görmeyen 11 hastaya cerrahi tedavi uygulanmıştır. Hastaların kayıtları retrospektif olarak taranmıştır. 8 hastada emgde ulnar sinir fcu dalının distalinde kronik dönem parsiyel akson hasarı ve ulnar sinirin duysal yanıtının alınamadığı, motor amplitüdünün ise düşük olduğu belirtilmiştir. 3 hastada sadece kubital tünel sendromu ile uyumlu ağır aksonal hasar olduğu raporlanmıştır. 8 hastada subkutanöz transpozisyon tekniğine uygun olecranon ve medial epikondil arasındaki sinirin seyri boyunca 6-10 cm insizyon açılarak Struthes kemeri, osborne bağı ve FCU fasyası serbestlendikten sonra; sinir, subkutan alana transpoze edilerek, subkutan tabaka direkt olarak transpoze edilen sinirin etrafına tünel oluşturacak şekilde adapte edilmiştir. 3 hastada subkutanöz transpozisyon tekniğine ilaveten medial epikondilden bir parça eksize edilerek ulnar sinirdeki gerginlik ve baskı ortadan kaldırılmıştır.

Sonuç: Yaş dağılımı 24-75(ortalama 47,2) olan 11 hasta (7 kadın, 4 erkek) ağır kübital tünel sendromu nedeniyle opere edildi. 2,5 yıllık takip sürecinde hiçbir vakada relaps izlenmedi.

Tartışma: kübital tunel sendromu tedavisinde optimal operatif yönetim üzerinde tartışma hala devam etmekte olup, sayısız karşılaştırmalı çalışmada bir tekniğin diğerine üstünlüğü istatistiksel olarak gösterilememiştir. Benzer şekilde retrospektif çalışmalarda tek başına subkutanöz transpozisyon ile subkutanöz transpozisyon ve medial epikondilektominin birlikte uygulandığı vakalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kliniğimizde de uygulanan hiçbir vakada relaps görülmemesi bu iki teknik arasında farkın olmadığı gözlemlenmiştir.

P207

Genişletilmiş Endikasyonlu Parmak Replantasyonları: Olgu Sunumu

Mehmet Sürmeli, Salih Onur Basat,
Funda Aköz Saydam, Yunus Doğan
İstanbul Bağırcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Parmak replantasyonlarının endikasyonlarının keskin sınırlarla belirlenmesi amacıyla birçok farklı kriterler yayınlanmıştır. Genel olarak bu kriterler parmak replantasyonlarının "endikasyonlarını" ve "kontrendikasyonlarını" tanımlamakta ve kontrendikasyonları "kesin" ve "göreceli" kontrendikasyonlar olarak ikiye ayırmaktadırlar.

Günümüzde oldukça genişletilmiş haliyle endikasyonları:

- (1) Başparmak amputasyonları,
- (2) FDS insersiyosunun distalinde kalan tek parmak amputasyonları (distal amputasyonlar ve FDS'nin intakt olduğu ring avülsiyonları dahil),
- (3) Çoklu parmak amputasyonları,
- (4) Çocuklardaki amputasyonlar
- (5) Mid-palmar amputasyonlar olarak tanımlanmaktadır.

Kesin primer kontrendikasyonları:

- (1) Ciddi vasküler bozukluk veya hastalıklar
- (2) Parçalanmış-ezilmiş amputat
- (3) Çok seviyeli segmental amputasyonlar

Göreceli kontrendikasyonları:

- (1) Zon II tek parmak amputasyonları
- (2) Medikal olarak sstabil olmayan hasta
- (3) Psikiyatrik hastalıkların varlığı
- (4) Ciddi kontaminasyon varlığı
- (5) 12 saatten fazla sıcak, 24 saatten fazla soğuk iskemi zamanının olmasıdır.

Yukarıda belirtilen replantasyon algoritmaları hasta beklentileri ile örtüşmediğinde doktor-hasta arasında sorunlara yol açabilmektedir. Türkiye gibi ekstremit ve parmaklara aşırı maddi-manevi değer verilen ülkelerde cerrahlar kendilerini çoğu kez endikasyonu olmasa dahi replantasyon denemek durumunda bulmaktadırlar.

Olgu 1: 22 yaşında sağ el dominant minibüs şoförü hasta sol eli aracın kapısından bir kamyonun kapıya çarpması sonucu üç parmak amputasyonu ile hastanemize 3 ve 4.parmaklar 9 saatlik sıcak, 5. Parmak ise 3saatlik sıcak, 6 saatlik soğuk iskemi ile getirildi. Hastanın 5. Parmağı total ampute, 3. Ve 4. Parmaklar yalnızca fleksör tendonlar intakt idi. Hastanın tüm amputasyonları 2

38. Ulusal Kurultayı

seviyeli idi. 3.parmakta aradaki segment parçalanmış ve kopmuş, diğer parmaklarda ise segmental bir flep şeklinde korunmuştu. Hastanın 3, 4, 5. proksimal falankları crush-blow hasarına bağlı çok parçalı kırılmış ve yüksek enerjili ezilme etkisiyle kırık kemik segmentleri çevredeki tüm vasküler yapılarla ve yumuşak dokulara zarar vermişti. Replantasyon kararı verildi. 3. Parmak kırık kemik uçları çok parçalı ve etrafa dağıldığı için dijital 4mm kısaltıldı ve prolen sutürlerle 3., 4., 5. Parmak parçalı kırıkları sirkülaj ile ve K-teli ile fiks edildi. 3. parmağa 1 arter 2 ven, 4. Ve 5. Parmaklara ise bilek volarinden alınan 2 adet ven grefti ile birer arter ve ikişer ven anastomozu yapıldı. Ameliyat bitiminde tüm ampüte segmentlerde dolaşım sağlandı ancak özellikle 3. Ve 5. Parmaklarda yaygın crush hasarının bulguları ameliyat sonunda bile gözlenebiliyordu. Postoperatif dönemde revizyon ve yakın takiplere rağmen 5.parmak nekroza gitti, 3. Ve 4.parmaklarda ise yaygın ödem-epidermolizle beraber iskemik-reperfüzyon hasarı ve ezilme hasarına bağlı olduğu düşünülen bir görüntü ortaya çıktı. Antitrombotik ve antikoagulan tedavi almasına rağmen birinci hafta sonunda 3. Parmak replantasyon hattı ulnar tarafında kemiğe kadar tam kat nekroz ve distal pulpa nekrozu ortaya çıktı. Bunun üzerine debridmanı takiben submammary random Wrap-around flep ile ekspoze kemik segmentleri üzeri kapatıldı ve 2 hafta sonunda ayrıldı. Takibinde hastanın yaraları iyileşti ve kemiklerin vital olduğu görüldü. Taburculuk sonrası fizyoterapi başlanan hastada metakarpofalangeal eklem seviyesinde fleksiyon ve ekstansiyon hareketliliği sağlandı.

Olgu 2: 12 yaşında sağ el dominant erkek hasta çocuk işçi olarak çalıştığı torna atölyesinde sağ elini çarklı prese kaptırma sonrası ortaya çıkan 2., 3., 4. Parmak amputasyonları nedeniyle acilden danışıldı. Sadece fleksör tendonların tuttuğu ve proksimal falanks orta-distal kesimden kemik kırığının da eşlik ettiği görüldü. Hasta ameliyata alınıp mikroskop altında incelendiğinde tüm amputasyonların 2 seviyeli olduğu ve hem sinirlerde hem de damarlarda ciddi avülsiyon ve stretch (gerilme-esneme) hasarı olduğu görüldü. Ampute 2. Ve 3. Parmak arterlerinde replantasyonun prognozunun kötü belirtisi olan ve yaygın intimal hasara bağlı olarak ortaya çıkan "kurdele (ribbon) belirtisi" mevcuttu. Hastanın çocuk yaşta olması ve sağ dominant elde yaralanması olması nedeniyle çift seviyeli yaralanma ve ciddi avülsiyon olmasına rağmen parmak replantasyonu yapılmasına karar verildi. 2. Ve 3. Parmaklara arterin intimal hasarlı kesimleri eksize edilerek sağ el bileği volarinden alınan ven grefti ile birer arter ve birer ven onarımları yapıldı. 4. Parmakta mikroskop altında ciddi bir intimal hasar belirtisi görülmediğinden ven grefti konulmadan primer anastomoz ile onarıldı. Dijital sinirlerin oldukça esnemiş ve avülse olduğu görülmüştü ancak sinirlerin uzunluk fazlalığı yapan esnemiş kısımları eksize edilerek primer koaptasyonları yapıldı. Postoperatif 2. Günde 4. Parmak dolaşımında arteriyel yetmezlik ortaya çıktı ancak anastomoz revizyonlarına rağmen geri dönüş olmadı ve nekrotik parmak postoperatif 7.günde ampute edildi. Diğer parmakların cerrahi olarak kemik ve yara iyileşmesini takiben hasta fizyoterapi programına yönlendirildi. Hastanın 3. Parmak PIP (proksimal interfalangeal) eklemde sekonder osteoartrit varlığı dışında fleksiyon ve ekstansiyon gücünün oldukça iyi durumda olduğu görüldü. Stretch hasarı ile greftsiz koapte edilen dijital sinirlerin de normal hassas duyuyu hissedecek şekilde iyileştiği görüldü.

Yukarıdaki vakalarda ve daha birçok yayında da belirtildiği üzere özellikle ezilme, esneme veya avülsiyon ile birlikte görülen parmak amputasyonlarında hiç zaman kaybetmeden ven grefti ile onarım uygulanmalıdır. Sinir onarımlarında ise "kondüit" görevi görececek bir kılıf sağlanması çok uzun süre alan bu ameliyatlarda ilk planda ideal olmasa da yeterli olarak kabul edilebilir. Keskin sınırlarla belirlenmiş gibi görünse de her bir vaka kendi içinde değerlendirilmeli ve o hastaya en uygun yaklaşım uygulanmalıdır. Cerrah, acil durum altında hastaya operasyonun başarı şansı ve takip eden dönemde başka birçok ameliyat gereksinimi olabileceğini, tüm bunlara rağmen özellikle ciddi kemik-eklem hasarının eşlik ettiği durumlarda kalıcı fonksiyon kayıplarının yaşanacağı ile ilgili bilgi vermelidir. Cerrahi pratikte kontrendike ve endike durumlar birbiri ile bir çok kez çelişebilir. Bu tip durumlarda hastanın hayatını tehlikeye atmayacak ve hasta-hasta yakınlarının da onayının alınması ile yapılacak girişimleri tercih etmek doğru olacaktır.

Olgu 1



Çift seviyeli 3 parmak amputasyonu

P208

Artrogripozis Multipleks Konjenita Hastalarımızda 1.Web Darlıklarında Fonksiyonel Bir Lokal Flap: 'DORSAL INDEX FLEP'

Mehmet Gencer, Ahmet Faruk Yücel, Serhat Dünder, Hayri Ömer Berköz, Atakan Aydın, Türker Özkan
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Artrogripozis Multipleks Konjenita (AMK); omuz ve kalça eklemi dahil tüm üst ve alt ekstremitenin tutulduğu Klasik Tip AMK (amiyoplasia) ve sadece el ve/veya ayağın tutulduğu Distal Tip AMK olmak üzere ikiye ayrılır. Distal Tip AMK hastalarında el fonksiyonlarında 1 web darlığı olması kavrama,yazma ve tutma gibi birçok ana fonksiyonel hareketlerde kısıtlılığa neden olur.Bu çocukların anesteziye bağlı olarak opeasyon süreleri kısa tutulması ön görülür,bu nedenlerden dolayı cerrahi kolaylığı,takip süresini ve pansuman ihtiyacını azaltması ve maksimum fayda sağlaması ile 2. parmak dorsalinden radtal kolleteral metakarpal artere baze rotasyonel flep ile 1.web darlıklarını açmak amacı opere ettiğimiz 4 vakada preop- postop değerlendirmeleri ile nadir görülen bu hastalıktaki klinik tecrübelerimizi sunacağız.

1



rekonstrükte edilmeksizin hyponişyum oluşturacak şekilde deri flebi kullanılması nedeniyle tırnak uzunluğunda kayıp ile sonuçlanmaktadır. Ancak steril matriks kaybının olduğu bu yaralanmalarda vaka serimizde kullandığımız revers cross finger flebi ile rekonstrüksiyon uyguladığımız hastalarda steril matriks defektinin olduğu bölgeyi dolduracak şekilde kullanılan deri altı doku, steril matriks üzerindeki epitelin ilerlemesi ile kapanmaktadır. Bu sayede tırnak uzunluğu ve distal falanks uzunluğunda kayıp olmaksızın tırnak yatağı defektleri rekonstrükte edilebilmektedir. Çalışmamızda sunduğunuz 4 vakamız ile steril matriks defekti olan tırnak yatağı yaralanmalarında revers cross finger flebi ile rekonstrüksiyon tecrübemizi paylaşmaktayız.

perop foto



perop foto

P209 Geniş Tırnak Yatağı Defektlerinde Reverse Cross Finger Flap Kullanımı

Erman Ak, Serhat Dünder, Serhat Ayalay Eviş,
Cengizhan Ekizceli, Erol Kozanoğlu, Ömer Berköz,
Atakan Aydın
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Reverse cross finger flebi, mid falanks, PİP ve DİP eklem dorsumunda kemik, tendon ekspozisyonu olması gibi deri grefti ile rekonstrükte edilemeyecek deri ve yumuşak doku defektleride endikedir. Bu prosedür ayrıca tırnak yatağı steril ve germinal matriks defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılmaktadır. Steril ve germinal matriks defekti olan tip amputasyonlarında onarım seçenekleri ekspozite olan distal falanksın kısaltılarak parmak ucunun güdük şeklinde kapatılması, dorsal oblik ve transvers defektlerde volardan V-Y flebi ile rekonstrüksiyon ve volar oblik yaralanmalarda cross finger flep ile parmak ucu defektinin rekonstrüksiyonudur. Distal falanksın kısaltılması parmak uzunluk kaybı ve steril matriksin kısaltılması ile sonuçlanmaktadır. V-Y ilerletme flebi ve cross finger flep ile rekonstrükte edilen steril matriks kaybının eşlik ettiği parmak ucu yaralanmalarında da steril matriks

P210 El ve Önkolda İnsan Isırığına Bağlı Deri - Deri Altı Nekrozu ve Kompartman Sendromu

Özgür Agdoğan¹, Tuğba Dindar²

¹Edirne Kamu Hastaneler Birliği, Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Edirne

²Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

Giriş: İnsan ısırıkları sonrasında el ve parmak yaralanmaları nadir görülen bir yaralanmadır. İnsan ısırığı sonrasında oral floranın yaralanan bölgeye kontaminasyonu sonrasında el ve üst ekstremitelerde ciddi risk altına girer. Cilt ve cilt altı yumuşak dokunun enfeksiyonu, nekrotizan fasiit, kompartman sendromu ve uzuv kaybına gidebilecek sonuçlar doğurabilir. Üst ekstremitelerde ciddi fonksiyonel kayıplara neden olabilir. Risk faktörleri de predispozan

38. Ulusal Kurultayı

faktörler olarak rol oynarlar. İnsan ısırıklarında en sık enfeksiyon nedeni olarak gösterilen bakteriler alfa ve beta hemolitik streptokoklar, Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Corynebacterium spp. ve Eikenella corrodens'tir (1,2,3). İnsan ısırığı yaralanmaları sıklıkla MCPJ üzerinde olan zon-5' te gerçekleşir. Genellikle birinin ağzına yumruk atılmasına bağlı olarak gelişir. Kontamine ise tamir edilmeden bırakılabilir. Yara kültürüne bakılır. Profilaktik antibiyotik verilir.

Olgu: DM' u olan 54 yaşında erkek hasta sağ el ve önkolda ağrı, şişlik, kızarıklık ve elini kullanamama şikayeti ile acil servisimize başvurmuştur. Yaklaşık 1 hafta önce bir kavgayı ayırırken eli yaralanmış el sırtında parmak eklemi üzerinde 1 cm'lik kızarıklık detache ve fibrinli bir kesi oluşmuştur. Birkaç gün geçtikten sonra elde şişme kızarıklık ve ağrı başlamış elini kullanmakta zorluk çekmiştir. Önkoluna yayılmış ve yaralanmadan 1 hafta sonra şikayetlerinin ilerlemesi üzerine acil servisimize başvurmuştur. Yapılan muayenesinde parmaklarda ve el bileğinde ekstansiyon kısıtlılığı, parmak ve bilek pasif fleksiyonu ile ağrı mevcuttu. Parmaklar ve el bileği hafif ekstansiyon postüründeydi. El sırtı ve önkol dorsalinde ciddi ödem ve kızarıklık gözlemlendi. Palpasyonla fluktuasyon alındı. 3. Parmak zon-5' MCPJ üzerinde 1 cm lik hafif detache kesi görüldü. El sırtı ve önkolda cilt ve cilt altı nekroz geliştiği görüldü. Kompartman sendromu tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Genel anestezi altında agresif debridman yapıldı. Fasyotomi yapıldı. Rekonstrüksiyonu planlandı. Sağ el sırtı ve orta parmak dorsali için groin flep planlandı. Önkol dorsali STSG ile rekonstrüktif edildi. Operasyondan 6 ay sonra 3.parmak için tendon transferi planlandı. Flep inceltildi ve revizyonu yapıldı. Parmak hareketlerinin ve el bileği hareketlerinin yeterli olduğu görüldü. Yeterli ve etkin fonksiyonel kazanç sağlandı.

Tartışma: El enfeksiyonlarının nedenleri % 60 travma, % 30 insan ısırıkları ve % 10 hayvan ısırıklarıdır. İnsan ısırıkları nadir görülmekle birlikte enfeksiyon gelişebilmesi açısından en yüksek riske sahip yaralanmadır. El enfeksiyonlarında profilaktik antibiyotik kullanımı el enfeksiyonlarına engel olmaz. Rutin antibiyotik kullanımı yerine iyi bir debridman yapılmalıdır. İnsan ısırıklarında en sık enfeksiyon nedeni olarak gösterilen bakteriler alfa ve beta hemolitik streptokoklar, Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Corynebacterium spp. ve Eikenella corrodens'tir (1,2,3). İnsan ısırığı yaralanmaları sıklıkla MCPJ üzerinde olan zon-5' te gerçekleşir. Genellikle birinin ağzına yumruk atılmasına bağlı olarak gelişir. Kontamine ise tamir edilmeden bırakılabilir. Yara kültürüne bakılır. Profilaktik antibiyotik verilir (4). Michael Callahan bir çalışmada kapalı yumruk şeklindeki yaralanmanın geç ve buna bağlı olan komplikasyonlardan sorumlu olduğunu belirtir (4,5,6). İnsan ısırığında temel yaklaşım; yaralanma alanının sabun ile etkili yıkanmasını, dikkatli ve etkin bir debridmanı, antibiyoterapi profilaksisini ve ciddi vakalarda 48 saat içerisinde hospitalizasyonu içermektedir (4,7,8). Enfeksiyon artmış kapiller basıncı ve permeabilite artışına bağlı olarak kompartman sendromuna neden olur. İnsan ısırığı nedeniyle meydana gelen enfeksiyonların, hayvan ısırıklarına oranla daha tehlikeli olduğu bildirilmektedir (1,2,9) Bu bölgede özellikle risk grubundaki hastalarda daha kötü seyirli. El çevresinde olan insan ısırıklarında, DM, 50 yaş üstü hastalar, tedavinin 12 saatten fazla geciktiği durumlar risk faktörlerini oluşturmaktadır. Risk grubundaki hastalarda oluşan enfeksiyonlara uygun ampirik antibiyotik tedavisine başlanmalıdır. Bu durumda dahi enfeksiyonlar sıklıkla seri agresif debridman gerektirir (1). Profilaktik antibiyotik uygulamasının insan kaynaklı ısırıklarda yara enfeksiyonunun azaltılmasında etkili bulunmasına rağmen, kedi veya köpek ısırıklarından kaynaklanan yara enfeksiyonunu engellediğine dair

kanıt yoktur (14,17). Ancak enfeksiyon gelişimi açısından risk taşıyan (el yaralanmaları, prostetik eklem bölgesindeki yaralanmalar, diabetes mellitus, aspleni, böbrek yetmezliği, uzun süreli kortikosteroid kullanımı, immün yetmezlik vb.) hastalara antibiyotik profilaksisi verilmelidir. Genel olarak; 5-7 gün süre ile profilaktik antibiyotik tedavisi verilmesi yeterlidir (14,16,18). Isırılmaya bağlı yaralanmalarda hafif cilt enfeksiyonundan septik arttrit, osteomyelit ve kompartman sendromu gibi ciddi seyirli enfeksiyonlara kadar değişik komplikasyonlar görülebilir. Gelişen enfeksiyonların büyük kısmı ayakta tedavi edilebilirken, hastaların % 1-2'si hastaneye yatırılarak tedavi edilmektedir. Geniş veya derin doku yaralanmaları, sistemik enfeksiyon bulgularının varlığı, ayakta uygulanan tedaviye yanıtızsızlık ve insan ısırıklarına bağlı el bölgesi yaralanmaları durumunda hastalar yatırılarak izlenmelidir (14,15).

Sonuç: Elde ekstansör yüz zon-5'te insan ısırığı sonrasında cilt-cilt altı nekrozu ve sonrasında kompartman sendromu nadiren görülmektedir. Yetersiz ve gecikmiş tedavinin bu tip yaralanmalarda ciddi anatomik ve fonksiyonel kayıplar yaratabileceğini görmekteyiz. İnsan ısırıkları ciddi enfeksiyon ve komplikasyonlara neden olabilmektedir. Predispozan faktörler bu riski artırır. Detaylı değerlendirme, yaranın zamanında ve etkin bir şekilde temizlenmesi gerekir. Riskli hastalarda profilaktik tedavi ve yara bakımı ciddi komplikasyonları engelleyebilir.

resim 2



Debridman ve fasyotomi sonrası görünüm.

P211

Plastik Cerrahide El Cerrahisi Yandal Eğitiminin Yeri

Yasin Canbaz, Hayri Ömer Berköz, Atakan Aydın, Türker Özkan, Erol Kozanoğlu
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, El Cerrahisi Bilim Dalı, İstanbul

Plastik Cerrahi, tıbbiye'nin temel branşlarından birisi olmamasına rağmen geniş bir cerrahi sahası vardır; vücudun en büyük organı olan deri ile uğraşmaktadır. İlgi alanlarından birisi de el cerrahisidir. Uğraşı alanlarına bakıldığında elektif operasyonlar arasında el cerrahisi vakaları ortalama bir oranda iken, acil vakalara bakıldığında el yaralanmaları ezici bir oran teşkil etmektedir. Bu ise genel olarak, plastik cerrahların asistanlık sonrasında el cerrahisiyle pek uğraşmak istemeyişine, dolayısıyla yandal olarak da pek rağbet edilmemesine yol açmaktadır.

Nitekim pek çok plastik cerrah uzmanlık sonrasında vaka olarak estetik alanlarına yönelmekte ve kamuoyunda da plastik cerrahi denilince akla ilk olarak bu alan gelmektedir. Öte yandan, modern bilim insanların giderek daha fazla spesifikleştirdiği ve üst ihtisasın ülkemizde bir çok branşta popüler olmaya başlamasına rağmen, plastik cerrahide yandal yapmanın gerekli olup olmadığı halen netleşmiş değildir. Ayrıca, el cerrahisinin acil vakalarının getirdiği "angarya" tabir edilebilecek iş yükü, yandal sonrası tekrar zorunlu devlet hizmeti olması, ikinci bir defa asistanlık sürecinin beklemesi, maddi ve sosyal problemler gibi farklı nedenler de yandal yapmayı zorlaştıran diğer faktörlerdir. Bu tebliğde, plastik cerrahide el cerrahisi yandal eğitiminin yeri tartışılacaktır.

P212

Lateral Oblik Tip Parmak Ucu Defektlerinin Pulpa Rotasyon Flebi İle Onarılması

Muhammed Beşir Öztürk¹, Seda Asfuroğlu Barutca¹, Tolga Aksan², Bekir Atik¹

¹T.C. Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

²T.C. Mengücek Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Erzurum

Parmak ucu amputasyonları acil serviste sık görülen yaralanmalardır. Parmak ucu amputasyonlarında rekonstrüksiyon seçenekleri hastanın ihtiyacına ve komorbiditelerine, amputasyonun mekanizmasına, seviyesine ve geometrisine göre belirlenir. Literatürde parmak ucu defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılmak üzere pek çok lokal, rejyonel flep tarif edilmiş olsa da lateral oblik tip defektlerde bunların pek azı kullanışlı olabilmektedir. Bu çalışmamızda lateral oblik tip parmak ucu amputasyonlarında pulpanın kalan kısmını rotasyon ileletme flebi şeklinde planlayarak parmak ucu rekonstrüksiyonunda kullandık ve bu flep ile rekonstrüksiyon gerçekleştirdiğimiz 16 hastanın parmak ucu yaralanmasının uzun dönem sonuçlarını sunduk.

resim 1



İşaret parmağından kimyasal yaralanma sonrası (hydroflaurik asit) lateral oblik tip doku defekti gelişen hastanın pulpa rotasyon flebi ile rekonstrüksiyonu, preoperatif, intraoperatif ve geç dönem görünümü

P213

Diyabetik Hastada Debridman ile Eş-Seanslı Osteoplastik Başparmak Rekonstrüksiyonu

Mehmet Sürmeli, Yunus Doğan, Salih Onur Basat, Funda Aköz Saydam

İstanbul Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

62 yaşında diyabetik hasta paronisi sonrası kontrolsüz diabetes mellitus (HbA1c > %7, akş > 200mg/dl) zemininde ilerleyen sol el 1. Parmak enfeksiyonu tablosu ile başvurdu. Çekilen grafilerinde metakarpofalangeal ekleme kadar falanks osteomyeliti de saptanan hasta kan şekeri kontrolü ve preoperatif hazırlıkları ardından operasyona alındı. Hastanın ilk olarak debridmanı yapıldı. Debridman sonrası metakarpofalangeal (MP) ekleme kadar kemik ve pulpa korunarak hemen tüm dorsal yumuşak dokular debride edildi ancak tendonlar korundu. Hastanın başparmak fonksiyonlarının korunması amacıyla iliak kemik grefti alınarak metakarpal köprü, proksimal falanks ve distal falanks oluşturmak üzere kanselöz kesimleri birbiri ile temasta olacak şekilde ve dorsal dislokasyonu bloke eden kemik uzantılar oluşturularak K-teli ile falanks osteoplastik rekonstrüksiyonu yapıldı. Tendonlar kemik grefti distal hattına polipropilen suturelerle tespit edildi. Takiben yumuşak doku ve cilt rekonstrüksiyonunu sağlamak amacıyla sol aksiyel patternli inguinal flep tasarlanarak kaldırıldı. K-telinin ucu dışarda kalacak şekilde ve parmak rekonstrüksiyonuna uygun olacak şekilde inseti yapıldı. Kasık flep maserasyonunu ve akıntısını azaltmak amacıyla redondan kısım tübülerize edildi. Üç hafta sonunda flep ayrıldı. Takipte kemiklerin vital olduğu ve 8. Hafta sonunda K-teli çekildikten sonra uygulanan Fizik Tedavi sonrası parmağın kavrama fonksiyonlarının hastanın günlük yaşamı açısından yeterli olduğu görüldü. Direkt grafilerde erken hareketlenmeye sekonder interfalangeal psödoartroz görünümü mevcuttu. Literatürde başparmak rekonstrüksiyonlarında osteoplastik rekonstrüksiyonlar tanımlanmış olmakla beraber bu rekonstrüksiyonlarda genel olarak başparmak statik bir uzağa dönüşmekte ve destek fonksiyonunun ötesinde kavrama ve addüksiyon işlevlerini kaybetmektedir. Bu tedavide uygulanan yöntemde tendonlar kemik grefti ile olan bağlantıları yeniden sağlanmış ve interfalangeal psödoartroz ile başparmağın addüksiyon ve kavrama fonksiyonlarının restore edildiği görülmüştür. Bunlara ek olarak yumuşak doku rekonstrüksiyonunda kullanılan kasık flebi hastanın takip sürecinde hassas dokunmayı algılayacak şekilde yeniden duyu kazanmıştır. Genel kabulün aksine sellülit ve osteomyelit tablosu varolan diyabetik hastalarda da eğer kompartmanları içerisine uzanan abse formasyonu yoksa ve agresif debridman yapılırsa aynı seanslı rekonstrüksiyonlar el travma hastalarındaki algoritmalarla uygulanabilir. El cerrahisinde genel olarak bir çok soruna neden olan geç rekonstrüksiyonların sonuçları özellikle tendon fonksiyon kayıpları ve eklem osteoartritlerinde artışa neden olabilmekte ve başparmak fonksiyonlarının restorasyonunda elde edilen sonuçların daha kötü olmasına yol açmaktadırlar.

Osteoplastik başparmak rekonstrüksiyonu



Diyabetik hastada debridman ile eş-seanslı osteoplastik başparmak rekonstrüksiyonunun basamakları

P214

Ekstensör Hareket Kısıtlılığı Yapan Elde Nadir Görülen Bir Tümör "METAKARP OSTEOKONDROMATOZİS"

Mehmet Gencer, Ahmet Faruk Yücel,
Hayri Ömer Berköz, Atakan Aydın, Türker Özkan
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Osteokondrom en sık görülen iyi huylu iskelet sistemi tümörüdür. Tüm benign kemik tümörlerin %20-50'sini, tüm kemik tümörlerinin %10-15'ini oluşturur. Ancak multipl herediter ekzozitoz dışında elde çok nadir görülür. Eldeki osteokondromlar diğer bölgelerde olduğu gibi genelde ağrısız bir kitle ile kendini gösterir.

Bununla birlikte, tutulduğu bölgeye yakın eklemde sertlik, açılanma, rotasyon ve çekiç parmak gibi el deformitelerine neden olabilir.

Bu bozukluklara engel olmak için diğer bölgelerde görülen osteokondromlardan farklı olarak, erken dönemde cerrahi önerilir. Bu yazıda 3.parmakta ekstensör kısıtlılık şikayeti ile gelen ve cerrahi sırasında saptanan ve daha sonra tanı konulan 3 metakarp osteokondromatozis vakasını ve tekrar fonksiyonel kayıp yaşanmaması amaçlı tasarlanan cerrahi plan ve flep seçeneklerini, izlem yöntemlerini sunduk.

per op



2 Dorsal Metakarpal Fasyal Flep İlerletmesi

P215

Does the Closure of Reverse-Flow Sural Flap Pedicles With Skin Grafts Increase The Success Rates?

Ahmet Kahraman, Metin Temel, Mustafa Özkan,
Ali Yeniocak
Mustafa Kemal Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Hatay

Introduction: Sural flaps are being used in the reconstruction of ankle and surroundings with many modifications since then 8-16. The close relation between the blood circulation of the flap and the venous system²¹ increases the importance of protection of the flap pedicle against pressure especially in terms of venous drainage. The present study describes our experiences about the usage of sural flaps in the reconstruction of tissue losses in the ankle and surroundings and about the methods used for providing safety of flap pedicle in different patient groups.

Materials and Methods: Data of 15 patients including 7 women and 6 men, who were operated between 2009 and 2015, were retrospectively analysed. Ages ranged between 12 and 71 (mean: 42.2 years). The wound and defect etiology were trauma in 5 patients, tumoral mass excision in 1 patient, chronic wound in 2 patients, diabetes in 4 patients, and lumbar disc hernia related neuropathy in 3 patients. Tissue loss was present in and around the heel in 7 patients, lateral foot in 2 patients, around the ankle in 6 patients. In the 11 patients; sural flap procedures were performed from the identical legs. In the other two patients were harvested sural flap from the opposite legs as cross leg flaps. The flap was rotated at that point in order to obtain a channel of the skin, and through that channel, the pedicle was rotated and adapted to the host site. Then the surface of the adipofascial flap pedicle was closed via a partially thick skin graft. The skin defects within the flap donor site were all closed via partially thick skin grafts except one patient. The patients were kept in the prone position for five days in order to eliminate the risk of pressure against the flap or the pedicle. In the following two weeks, the patients were allowed to lay how they desired with the restriction of any pressure to the flap pedicle. Only in 2 patients developed complication. In the first patient, flap was lifted 3 cm over the popliteal crease, and a necrosis band of approximately 2 cm size was observed. However, the necrotic band was excised successfully and the defect was primarily closed. In the second patient emerged infection. But it was healed with antibiotic therapy and local wound care.

Discussion: It is difficult to repair the cutaneous and subcutaneous tissue losses of the foot and ankle region. Because, the surrounding tissue is limited and weak. Furthermore, the blood support of the local flaps in this region is usually weak and indistinct. Thus, free flaps anastomosed to large vessel pedicles are used in the repair of these defects 5,6,17. Free flap applications are usually difficult since it takes a long time to place them; it necessitates special equipment and experienced specially trained surgeons 5,6,18. Success rates are low in especially the diseases that cause circulatory insufficiency 19. In certain situations such as damaging of the main vessels, usage of large arteries as host vessels may be risky for the extremity in the region under circulatory danger. Furthermore, some patients may not be proper for long-term anesthesia. Therefore local flaps placed with conventional surgical instruments, have been used as safe alternative options with low donor-host morbidity rates and short surgical time. Various fascial-fasciocutaneous

and distal flow muscle flaps have been used to repair the tissue defects of the ankle and surrounding tissues 3,20,21. However, the weak and unreliable rotational arcs and blood circulation of the local flaps, and improper wound closure with insufficient thickness are the disadvantages of these flaps. Functional loss in motor functions and bulky formation are the undesired functional and cosmetic disadvantages of the muscle flaps. Sural flaps which were first defined by Masquelet et al.⁷ on the other hand, have a reliable rotational arc and may thus be used safely in the closure of 1/3 distal crural region and foot defects. Sural flap skin island is fed in a retrograde manner by the anastomosis network formed by the perforant branches of the comitant arteries of small saphenous vein and peroneal artery in the level of lateral malleolus, and the median superficial sural artery. And the venous drainage is supplied by the veins of the comitant arteries of small saphenous vein 22-26. Theoretically for the sural flap which is planned to have a reverse flow, although a venous congestion risk is present since the flow is provided opposite to the route of the valves in the small saphenous vein, usually no problem is met in the venous drainage. Because the small saphenous vein is thrombosed just after the surgery and no contribution to the drainage of the flap has been shown 26-27. The long pedicle size of the sural flap, the close relation of the blood circulation with the venous system, the retroverted flow, and the thin structures of the arteries and veins makes the circulation of the flap sensitive. Thus, any pressure that the pedicle may meet negatively affects the viability of the flap. It has been observed in wide series studies that the highest risk group in reverse-flow sural flap surgery includes patients with venous failure 27. In our study, sural flap pedicles were lifted adipofascially without skin, and passed through the open cutaneous tunnel. Flap pedicle is completely closed with partially thick skin graft. Therefore, we believe that the pressure on the flap has been reduced and venous return has been facilitated. The mean age in our study was around 42 years and our study did not include selected patients. It included patients with diabetes, neuropathy, traumas and venous failure, and those who were smoking. We experienced partial circulatory problem in only one patient. We think that it is because we exceed the vascular territorial field 21. We believe that adipofascial lifting of the sural flap pedicle is safer. Since the passage through the sub-dermal tunnel may increase the pressure, passage through open skin tunnel may avoid the risk of pressure on the pedicle 28.

ödem ile başvurdu. (Resim 1) Öyküsünde 8 saat önce bu kızarıklığın başladığı, ağlama ve huzursuzluk şikayeti olduğu öğrenildi. İnterfalangeal eklem seviyesindeki sirküler hat incelendiğinde deri bütünlüğünün bozulduğu ve hattın derinine yerleşmiş ve parmağı çepeçevre keteden çok sayıda saç teli fark edildi. Penset yardımıyla ülserleşmiş bölgeden kıllar eleve edilerek makas yardımıyla turnike etkisi yapan kıllar kesildi ve eksize edildi. Eksizyon ardından parmak hiperemisinin dramatik düzeldiği gözlenirken hasta 6 saat kadar takip edildikten sonra antibiyotikli kapalı pansuman tedavisi düzenlendikten sonra taburcu edildi.

Tartışma Ve Sonuç: Saç turnike sendromu, bebeklik çağında saç telleri veya ipliklerin uzuvlara dolaşarak turnike etkisi yapması sonucu gelişir. Literatürde üst ve alt ekstremitelerde parmakları, penis, uvula gibi lokalizasyonlarda geliştiği bildirilmiştir. Etiyolojide saç teli tutan ve hijyen eksikliği bulunan halılar üzerinde emekleyen bebeklerin el ve ayak parmaklarına bu tellerin dolanması, çocuk istismarı bulunmaktadır. Dolanma sonrasında erken evrede lenfatik akım bozulması sonucu ödem gelişir. Ödemli derinin ülser olmasına ve kılların deri altına gömülmesi sonrasında geç evrede venöz ve takiben arteriyel akım bozulması gelişir. Durumun erken fark edilmesi ve konstrüksiyon nedeninin ortadan kaldırılması önem arz eder. Ülserasyon gelişmiş vakalarda, ülser tabanında saç teli veya iplik kalmamasına dikkat edilmelidir. Bu evrede müdahale edilen hastalarda dolaşım takibi yapılmasını ve nükslerin önlenmesi için epitelizasyon gelişene kadar antibiyotikli pomatlarla kapalı pansuman yapılmasını öneriyor ve ailelerin hijyen konusunda bilgilendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Referanslar

ClouDET I, Pasion n, Marechal C, Salanne S, Debussion C, Grouteau E. Hair-thread tourniquet syndrome. Arch Pediatr 2010;17(5):474-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2010.02.012> PMID:20338735
Torun E, Bayraktar S, Özkan Ö, Melikoğlu A. Saç-İplik Turnike Sendromu: Vaka Sunumu. Çocuk Dergisi 11(4):187-189, 2011

Resim 1



Hastanın kliniğimize başvurduğundaki görünümü

P216

Saç Turnike Sendromu Olan İnfant: Olgu Sunumu

Burak Özkan¹, Abbas Albayati², Ahmet Çağrı Uysal², Nilgün Markal Ertaş²

¹Ağrı Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Ağrı

²Başkent Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Saç turnike sendromu; saç, kıl, iplik gibi ince ve zor fark edilen yapıların alt veya üst ekstremitelerde parmaklara dolanması ve dolaşımını bozması sonucu oluşur. Tedavinin başlanmasına kadar geçen süre içerisinde yüzeysel ülserleşmeden uzuv kaybına giden dramatik bir tabloya neden olabilir. Bu çalışmamızda kliniğimize saç turnike sendromuyla başvurmış infant sunulmuştur.

Vaka Sunumu : 6 aylık erkek infant kliniğimize sol el birinci falanksta interfalangeal eklem seviyesinde deri bütünlüğünü bozan ince sirküler bir hat ve distalinde hiperemi ve

P217

Skafoid Psödoartrozlarının Tedavisinde Otojen Spongioz Kemik Grefti Ve Vaskülerize Kemik Flebi Karşılaştırılması

Alper Aksoy¹, Emin Sır², Meliha Kasapoglu Aksoy³, Hidayet Topal⁴

¹Acıbadem Konur Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü Bursa

²Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü İzmir

³Bursa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü Bursa

⁴Acıbadem Konur Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü Bursa

Giriş: Skafoid kemik el bileği kemikleri arasındaki hareketin koordinasyonunu sağlayan en önemli ve kırığı en fazla görülen kemiktir. Kırığa tanı konulamaması ya da geç tedavi edilmesi sonrası pseudoartroz gelişebilir. Pseudoartroz tedavi edilmezse geç dönemde el bileğinde ağrılı artroz gelişimi izlenebilir. Pseudoartroz tedavisinde değişik seçenekler mevcuttur. Bu çalışmada skafoid pseudoartrozu nedeniyle ameliyat edilen hastaların karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Materyal – Metod: Skafoid psodoartrozu nedeniyle tedavi edilen ve en az 12 aylık takipleri tamamlanan, 7 adet otojen spongioz kemik grefti ve herbert vidasıyla tespit, 6 adet iliak kemikten alınan vaskülerize kemik grefti ve herbert vidasıyla tespit yapılan 13 hasta dahil edildi. Travma ile ameliyat arasında geçen süre ortalama 19 ay (5-48 ay) idi. Kırık yeri 7 hastada skafoid boynunda, 4 olguda 1/3 proksimal ve 2 olguda 1/3 distalde gözlemlendi. Ortalama takip süresi otojen spongioz kemik grefti grubunda 14 ay (13-30 ay), vaskülerize kemik flebi grubunda ise 18 ay (12-32 ay) bulundu.

Sonuç: Her iki grupta da hareket kısıtlılığı saptanmadı. Ortalama radyolojik iyileşme süresi otojen spongioz kemik greftine 8 (5-21) ay, vaskülerize kemik grefti grubunda 6 (4-20) ay olarak bulundu. Vaskülerize kmeik grefti ile ameliyat edilen hastalarda herhangi bir problem izlenmezken, spongioz kemik grefti grubunda bir hastada mal-union ve skafoid distal segmentte fraktür izlendi. Ameliyat öncesi ve sonrası çekilen grafilerde açılanma ve karpal yükseklikler arasında anlamlı farklılıklar izlenmedi.

Tartışma: Karpal kollaps ve ağrılı el bileği artrozlarının önüne geçmek için skafoid pseudoartroz tedavisinde uygulanan cerrahi yöntemler arasında kaynama açısından anlamlı farklılık izlenmemiştir. Vasküler kemik grefti teknik zorluk nedeniyle uygun ve çok sayıda cerrahi girişim geçiren hastalarda uygulanması ile pseudoartroz başarıyla tedavi edilebilir.

P218

Kalcaneal Bölge Doku Kayıplarında Güvenilir Bir Onarım Metodu: Glabrous Split Thickness Dermal Graft

Galip Kemali Günay, Ömer Faruk Ünverdi, Sercan Yücel, Osman Serdar Berk, Erman Menekşe Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş-Amaç: Ayak tabanında yük taşıyan bölgelerin onarımında, maruz kaldıkları travma ve basınç nedeniyle sıklıkla flep ile onarım gerekmektedir. Flep cerrahisinde, hastaya ve/veya cerraha bağlı nedenlerle, kısmi veya tama yakın flep kayıpları meydana gelebilmektedir. Travma hastalarında, meydana gelen kayıplar onarım seçeneklerini azaltmakta ve onarımı güçleştirmektedir.

Glabrous deri vücudun diğer bölgelerinde bulunan deriye nazaran daha güçlüdür ve sıyrıcı kuvvetlere karşı daha dayanıklı özelliklere sahiptir. Bu özellikleri dermisinin daha sıkı ve daha az elastik olması sayesinde. Bu olgu sunumunda, ayak tabanında, kalcaneal bölgede cilt defekti bulunan iki hastanın tedavisinde glabrous dermal greftin uygulanışı ve sonuçları paylaşılacaktır.

Materyal-Metod: Kalcaneal bölgede biri melanom eksizyonu diğeri kronik yara sonucu doku defekti olan iki hasta çalışmaya dahil edildi. Defekt alanında periostun sağlam olduğu gözlemlendi. Yaranın onarımına hazır hale gelmesi için hastalara 2 şer seans vakum yardımcı kapama uygulandı. Defekt alanlarında granülasyon dokusunun geliştiği gözlemlendi. Genel anestezi altında ameliyata alınan hastalarda sağlam ayakta greft alınması planlandı.

Elektrikli dermatom aracılığıyla epidermis ve papiller dermisin bir kısmını içerecek şekilde split thickness greft, distalde bağlantısı korunarak kapak şeklinde kaldırıldı. Ardından tekrar elektrikli dermatom yardımıyla split thickness dermal greft alındı. Split thickness deri grefti yerine iade edildi. Dermal greftler defekt alanına 4/0 İpek sütür ile dikilerek operasyonlar sonlandırıldı. Ameliyat sonrası 10. günden itibaren de greftin epitelize olmaya başladığı gözlemlendi. Ameliyat sonrası 3. haftada greftin tamamen epitelize olduğu gözlemlendi. Donör alanda komplikasyon gelişmedi. Ameliyat sonrası birinci aydan itibaren mobilize edilen hastaların ayaklarının üstüne rahatlıkla basıp yürüyebildikleri gözlemlendi.

Tartışma: Ayak tabanında yük taşıyan bölgelerin onarımında, maruz kaldıkları travma ve basınç nedeniyle sıklıkla flep ile onarım gerekmektedir. Flep cerrahisinde, hastaya ve/veya cerraha bağlı nedenlerle, kısmi veya tama yakın flep kayıpları meydana gelebilmektedir. Travma hastalarında, meydana gelen kayıplar onarım seçeneklerini azaltmakta ve onarımı güçleştirmektedir.

Onarımda temel prensip, onarımın kayıp dokuya en benzer özelliklere sahip doku ile yapılmasıdır. Ayak tabanı ve avuç içi bölgelerinin derisi daha sıkı, daha az elastik, sıyrıcı kuvvetlere ve basınca karşı daha dayanıklı olması gibi özellikleri ve en önemlisi kıl folikülü içermemesi ile vücudun diğer bölgelerindeki deriden farklılık gösterir. Melanosit sayılarının daha az olması sayesinde daha açık renklidir ve greft olarak uygulandığında hiperpigmentasyon gelişme riski daha düşüktür.

Glabrous deri grefti, ilk olarak Le Worthy tarafından 1963 yılında yanık hastalarında uygulanmıştır. Maker ve Lawrence ayak tabanında melanoma bağlı geniş cilt defekti bulunan 5 hastalarının defekt onarımını glabrous dermal greft ile

yapmış ve hastalarının kısıtlama olmaksızın gündelik yaşamlarına geri dönebildiklerini bildirmişlerdir(1). Liza ve Lawrence taafından yapılan diğer çalışmada ise palmar ve plantar bölgesinde cilt defekti bulunan 13 hastada glabrous dermal greft ile cilt defekti onarımı yapılmış. Hastaların tamamında greftin tuttuğu ve donör alanın sorunsuz iyileştiği gözlenmiştir(2). Yapılan çalışmalarda takip dönemlerinde glabrous greftte hiperkeratoz ve hiperpigmentasyon gelişme ihtimalinin, kıl folikülü içeren bölgelerden alınan grefte nazaran daha düşük olduğu ve duyunun daha hızlı şekilde oluştuğu gözlenmiştir.

Glabrous dermal greftin özellikle ileri yaş grubu ve çok uzun süre ayakta durmak zorunda olmayan hasta gruplarında flep ile onarıma alternatif güvenilir bir metod olduğunu düşünmekteyiz.

1)Maker AV, Iteld L.Closure of Melanoma Defects on the Sole of the Foot Using Glabrous Skin: The End of the Flap? Ann Surg Oncol. 2015;22(12):4081-2
2) Wu LC, Gottlieb LJ.Glabrous Dermal Grafting: A 12-Year Experience with the Functional and Aesthetic Restoration of Palmar and Plantar Skin Defects. Plast Reconstr Surg. 2005;116(6):1679-85.

Glabrous dermal greftin alım tekniği ve ameliyat sonrası 1. ay görüntüleri



P219 El Bileğine Keskin Yaralanma Sonrası Cerrahi Eksplorasyona Alınan Hastada Karşılaşılan, Oldukça Nadir Bir Karpal Tünel Sendromu Nedeni: Bifid Median Sinir ve Eşlik Eden Persistan Median Arter

Kadri Özer, Yasin Öztürk, Fethiye Berna Göktaş, Melike Oruç, Koray Gürsoy, Uğur Koçer
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

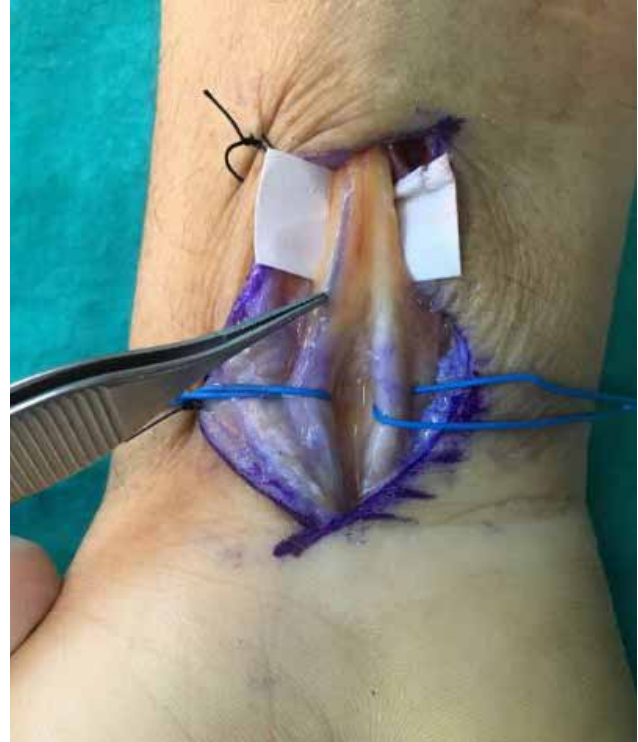
Giriş-Amaç: Median sinirin karpal tünelin proksimalinde ikiye ayrılması bifid median sinir olarak adlandırılır. Bifid median sinir varyasyonu literatürde %2.8 e varan oranlarda rapor edilmiştir. Bu nadir varyasyon sıklıkla persistan median arter ve aberran kaslar gibi varyasyonlara eşlik etmektedir. Yine literatürde bifid median sinirin ve eşlik eden varyasyonların sıklıkla karpal tünel sendromuna yol açtığı belirtilmektedir.Bunun nedeni ise karpal tünelde hacim olarak daha fazla yer kaplamasına sekonder median sinirin kompresyon ihtimalinin artması olarak belirtilmektedir. Bu olgu sunumuzda bifid median sinir ve persistan median arterli bir hastamızda 6 aydır karpal tünel sendromu ile uyumlu şikayetleri sonrasında el bileğinde median sinir

yaralanmasına yol açabilecek keskin yaralanma sonrası şikayetlerinin artması ile seyreden ve tanısız olarak bizi şüpheye düşüren olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 38 yaş erkek hasta altı aydır olan, ilk üç parmağında hipoestezi,güçsüzlükvegece ağrıları nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Yine aynı hasta 12 gün önce keskin bir cisimle el bileğine yaralanma sonrası şikayetlerinin arttığını ve özellikle 3.parmağını artık total hissetmediğini belirtti. Hasta aksiller anestezi altında cerrahi eksplorasyon amacıyla opere edildi. Cerrahi esnasında median sinirin bifid olduğu, median arterin persistan olarak eşlik ettiği görüldü. Bifid median sinirin medial dalının kısmi kesik olduğu ve bifid median sinirin kompresyona sekonder kumsaati görünümü aldığı görüldü. Eksplorasyon sonrası bifid median sinirin medial dalı mikrocerrahi tekniğe uygun olarak epinöral sütürlerle onarıldı. Eş zamanlı olarak aynı insizyonla transvers karpal ligament serbestlenerek median sinir dekomprese edildi.

Tartışma: El bileğinde median sinire ve diğer anatomik yapılara ait birçok varyasyon tanımlanmıştır. Cerrah tüm bu varyasyonların farkında olmalı ve olası iyatrojenik yaralanmalardan kaçınmak için bütün varyasyon ihtimallerini göz önünde bulundurmalıdır. Bu olgu sunumuzda olduğu gibi hastanın 6 aydır olan şikayetleri karpal tünel sendromuna bağlı olduğu düşünülüp keskin yaralanma sonrası artan median sinir kesisi bulguları gözden kaçabilirdi. Bifid median sinir ve persistan median artere sekonder kompresyon bulguları ve eş zamanlı keskin yaralanmaya sekonder bu bulguların belirginleşmesi tanısız olarak bazı gözden kaçmalara yol açabilir. Cerrahi esnasında bifid median sinirin medial dalının hasarlı olduğunun görülmesi ve cerrahın dikkati ile bifid median sinirin iki dalında karpal tünelde komprese olduğunun görülmesi hastanın tek cerrahi seansla tam tedavisini sağladı.

Bifid Median Sinir ve Persistan Median Arterin İntraoperatif Görünümü



P220

Falanks Ve Metakarp Fraktürlerinde Kişiyi Özgü Yapılan Eksternal Fiksasyon

Selami Serhat Şirvan, Hikmet İhsan Eren, Mecid Atif Cezairlioğlu, Gürsel Turgut, Semra Hacikerim Karşıdağ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Üst ekstremitate yaralanmalarında en sık gözlenen fraktür lokalizasyonu metakarp ve falankslardır. Emmett ve Breck'in yayınladığı 11.000 vakadan oluşan üst ekstremitate travma serisinin %10 unda metakarp ve falanks fraktürü bulunmaktadır. El kemik yaralanmalarında en sık etiyolojiyi iş kazaları oluşturmaktadır. Metakarp ve falanks fraktürlerinde tedavi seçeneği fraktürün açık veya kapalı oluşuna, kemik defekti mevcudiyetine, fraktür seviyesine, defektin kontaminasyon durumuna, hastanın Kirschner teli ile fiksasyon, atel tedavisi, eksternal vida ile tesbit yöntem seçeneklerine göstereceği uyum durumuna göre değişmektedir. Kontamine vakalarda fiksasyon debridman sonrasına ertelenebilmektedir. Bu çalışmada metakarp ve falanks fraktürlerinde eksternal tesbitinde yeni bir yöntem olarak plastik enjektör ve Kirschner telleri yardımıyla tedavi ettiğimiz 14 vakayı sunmaktayız.

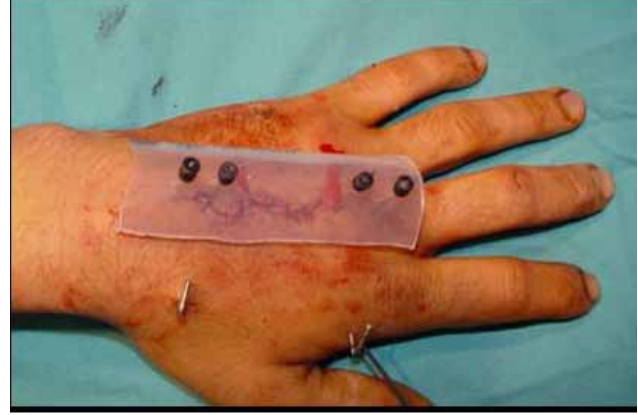
Gereç Ve Metod: Mart 2008 ve Temmuz 2016 arasında metakarp ve falanks fraktürü bulunan ve enjektör ile Kirschner teli yardımıyla fiksasyonu sağladığımız 10 vakayı geriye dönük olarak inceledik. Fraktür lokalizasyonları 2 metakarp, 3 midfalanks ve 9 proksimal falanks idi. Hastaların 5 tanesinde etiyoloji ateşli silah yaralanması iken geriye kalan 9 tanesinde iş kazası idi. 5 proksimal ve 2 midfalanks kırığı açık kırık olup bu hastalarda öncelikle eşlik eden tendon hasarı Modifiye Bunnle tekniğiyle onarılacak primer cilt sütürasyonu uygulandı. Eksternal fiksasyon için, 50cc lik enjektör uzunluğu proksimalde distal palmar kriz ile distalde parmak ucundan 1 cm uzun olacak şekilde kesildi, kesi bulunan alana gelen kısım açık şekilde hazırlanarak parmak hazırlanan enjektöre yerleştirildi. Distal falankstan geçen 2/0 ipek sütür yardımıyla parmağın dikey aksının tersi yönde traksiyon uygulandı. 10 dakikalık traksiyon uygulamasından sonra 4 adet Kirschner teli anterior-posterior yönde 2 si kırık hattının proksimaline, 2 si kırık hattının distaline olmak üzere uygulandı. İlk tel traksiyona yardımcı olması amacıyla proksimal falanksa, ikinci tel traksiyon pozisyonunu sabitlemek amacıyla fraktür hattının proksimaline uygulandı.

Tartışma: Metakarp ve falanks fraktürlerinde tanı ve tedavi etiyoloji, yaralanma şiddeti, yaralanma tipi (açık/kapalı, temiz/kontamine) olması, fraktür hattının eklem yüzeyini içerip içermemesi gibi birçok farklı faktörden etkilenmektedir. Tek Kirschner teli ile yapılan fiksasyon transvers fraktürlerde parmak aksına paralel olarak uygulandığı zaman rotasyonu engelleyememektedir ve eklemde içeren parçalı fraktürlerde tek Kirschner teli yeterli olmamaktadır. Gren ve Safoury'nin bulduğu çapraz tel ile fiksasyon metodunda fraktür hattı 2 Kirschner teli ile çapraz olarak sabitlendikten sonra kemiğe çelik tel ile 8 şeklinde serklaj uygulanmaktadır. Ancak bu metod çok parçalı fraktürlerde kullanmak için uygun değildir. Pin ve kauçuk traksiyon sistemi olarak adlandırılan diğer bir teknik kapalı fraktürlere uygulanabilmekte ve erken mobilizasyon sağlanabilmektedir. Ancak bu teknikte açık fraktür ve eklem içi fraktürlerde kullanılamamaktadır. Kirschner teli ile tek başına parçalı fraktürlerde fiksasyon sağlanamamakta ve bu yöntem sonucunda fragmanların kollapsından dolayı

kemik boyunda kısalma gözlenmektedir. Bu tip komplike fraktürlerde bütün kırık segmentlerinin eksternal fiksasyon metoduyla sabitlenmesi başarılı sonuç elde eden bir yöntemdir. Ancak geleneksel olarak kullanılan titanyumla eksternal fiksasyon metodu çok pahalı bir yöntem olmakla beraber özel ekipman gerektirmektedir. Bizim kullandığımız eksternal fiksasyon metodu erken mobilizasyona izin vermemekte ama yeterli traksiyonu sağlamak ve kemik segmentlerinin redüksiyonunu pratik, ucuz ve efektif bir şekilde sağlamaktadır. Kemik segmentlerinin 3 boyutlu fiksasyonunu sağlamaktadır. Gerekliğinde enjektöre açılan pencere sayesinde pansumanın değişmesine izin vermektedir.

Sonuç: Metakarp ve falanks fraktürlerinde eksternal tesbitinde yeni bir yöntem olarak plastik enjektör ve Kirschner telleri yardımıyla tesbitin ucuz, kolay ulaşılabilir ve etkili yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

eksternal fiksasyon



P221

Non-deplase Distal Radius Uç Kırığı Sonrası Gecikmiş Ekstansör Pollicis Longus Ruptürü; Olgu Sunumu

Çağla Çiçek¹, Mehmet Sönmez¹, Dürdane Keskin¹, Mustafa Raşid Toksöz², Mustafa Erol Demirseren²

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Ekstansör pollicis longus (EPL) tendon ruptürü, distal radius uç kırığı sonrası nadir görülen bir komplikasyondur. İlk kez 1879 yılında Duplay tarafından tanımlanmıştır. Olgularda çoğunlukla ekstansör retinakulumun sağlam olduğu görülmektedir. Sunumumuzda da amaç bu kırıklar sonrası nadir görülebilen EPL tendon ruptürlerine dikkat çekmektir.

Olgu: 21 yaşında erkek hastanın yaklaşık 1.5 ay önce distal Radius uç kırığı sonrası ortopedi kliniğince değerlendirilmesinin ardından kapalı olarak tedavisinin planlandığı öğrenildi. Alçının çıkarılmasından 2 hafta sonra minör fiziksel aktivite ile 1. Parmak interfalangial eklem seviyesinde hareket kısıtlılığı gelişmesi üzerine hasta polikliniğimize başvurdu. Muayenesinde sol el 1.parmak distal interfalangial eklem seviyesinde ekstansiyonda kısıtlılık mevcuttu. Parmağın harici muayenesi normal

değerlendirildi. MR görüntüleme ile hastanın ilgili el ekstansör pollicis longus tendonunun kırık seviyesinde devamlılığının olmadığı ve Radius distalinde non deplase kırık hattı olduğu raporlandı. Ortopedik açıdan müdahale düşünülmeyen hastaya genel anestezi altında operasyon planlandı. Operasyon sırasında EPL tendonunun 3. Kompartman seviyesinde kırık hattında intakt olmadığı, tendonun proksimal ucunun ekstansör retinakulum distalinde fraktür hattına yapısal olduğu ve yaklaşık 10 cmlik alanda tendon kontraksiyonuna bağlı 'gap' olduğu görüldü. Hastanın opere edilen el palmaris longus tendonu tendon grefti olarak kullanılarak uygun fizyolojik pozisyonda tendon rekonstrükte edildi. Postoperatif dönemde el fizyoterapisi ile rehabilitasyonu sağlanan hastanın takibinde sorun gözlenmedi.

Sonuç: Distal Radius uç kırığı sonrası Epl tendon rüptürü iyi bilinen ve nadir gözlenen bir komplikasyondur. Etiyolojisinde kemik spikül, redüksiyon sırasında hasarlanma, yaralanma bölgesinde mikrotrombüsler ve lokal adezyonlar suçlanabilir. 3. kompartman seviyesinde tendonun beslenmesi çoğunlukla sinoviyal sıvıdan gerçekleştiği için yaralanma sonrası tendon devamlılığının bozulması için en riskli bölgedir. Epl tendon rüptürünün tedavisi primer onarım, tendon grefti ya da tendon transferi ile rekonstrüksiyondur. Ekstansör indicis proprius, tendon transferi için kullanılan en sık tendondur ancak yapılan çalışmalarda ekstansör gevşeme ve 2. parmak ekstansiyonunda zayıflamaya neden olması en büyük dezavantajıdır. Hastamızda Palmaris longus tendonunun opere edilen elde bulunması dolayısı ile öncelikle tendon grefti tercih edilmiştir ancak greft alınması için ek insizyon uygulanmıştır. Distal radius uç kırıkları sonrası nadir de olsa görülebilmesi nedeniyle tanınip tedavi planlanabilmesi için klinik olarak akılda tutulması gerekmektedir.

P222

Başparmak Replantasyonu Sonrası Önkol Kompartman Sendromu:Olgu Sunumu

Mehmet Uzuner, Atacan Emre Koçman, Sina Kaderi, Cengiz Çetin

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Ana Bilim Dalı, Eskişehir

Giriş: Kompartman sendromu ekstremitayı tehdit eden ve acil cerrahi tedavi gerektiren bir durumdur. Kompartman sendromu kas hasarını içeren herhangi bir kapalı yaralanma ile oluşabilir. Bu yazıda başparmak replantasyonu sonrasında önkol kompartman sendromu gelişen bir hastada sunulmuştur. Bu, bildiğimiz kadarıyla, ilk başparmak replantasyonu sonrasında gelişen önkol kompartman sendromu olgusudur.

Olgu Sunumu: 23 yaşında erkek hasta iş yerinde çalışırken makinenin dönen kayışı sağ elinin başparmağına dolanmış. Birinci parmağı interfalangeal eklemden(IP) kopması üzerine hasta acil servise başvurdu. İlk değerlendirilmesinde sağ el birinci parmak IP eklemden total ampute,yara dudakları parçalı ve ezikli idi.Fleksör Pollicis Longus tendonunu (FPL) yaklaşık 10 cm ekpoze ve proksimal ucu kas tendon bileşkesinden koptuğu ve distal ucun amputatta kaldığı görüldü.Sağ elin diğer parmaklarının ve üst ekstremitenin fizik muayenesi doğaldı.Bilinen bir hastalığı ve sürekli bir ilaç(antikoagülan, antitrombotik, antienflamatuvar v.b) kullanım öyküsü yoktu.Hastaya IV antibiyotik tedavisi başlandı.Yaklaşık iki buçuk saatlik bir operasyonla amputat replante edildi.IP eklem yapısı bozulduğu için ve

uzunluğu koruma hedeflendiği için FPL tendonunun kopan proksimal ucu dikilmedi.Postoperatif hastaya dekstran 40(Rheomacrodex®), heparin,aspirin,daflon başlandı. Postoperatif 3.gün ön kolda şiddetli ve verilen opioidlere rağmen kötüleşen ağrı şikayeti oldu.Aynı zamanda, median ve ulnar sinir dağılımına uyan alanlarda uyuşma şikayeti mevcuttu.Fizik muayenede ön kol orta kısmın volar yüzünde gergin şişlik,hassasiyetin olduğu aynı zamanda yaralanmamış parmakların pasif ekstansiyonunda ağrının arttığı ve parmakların minimal fleksör kontraktürde olduğu görüldü.Median ve ulnar sinir dağılımına uyan alanlarda hipostezi saptandı.Radial ve ulnar arter nabızları manüel alınıyordu.Hastaya klinik olarak önkol kompartman sendromunun tanısı konuldu ve acil önkol fasyotomileri için ameliyathaneye alındı.Volar önkol kaslarını serbestlemek için volar yüzde uzunlamasına kesi yapıldı. Kesi distalde karpal tünelin üzerine ve proksimalde antekübital fossaya kadar uzatıldı.Antebrakial fasyanın kesilerek rahatlatılması üzerine ön kol kaslarının dışarıya doğru şiştiği gözlemlendi. Avülse olmuş fleksör pollicis longus kas tendon bileşkesinin olduğu alandan çok miktarda hematoma boşaltıldı.Küçük bir miktar alanın koyu görüntüsüne ve debritlemanına rağmen kaslar çoğunlukla canlı ve kontraktıl görünümdeydiler. Ancak fleksör grup kasların çoğunda minimal kontraksiyon hali mevcuttu.Transvers karpal ligament ve bisipital aponöroz da kesilerek rahatlatıldı.Ekstansör kompartman kaslarını dekomprese etmek için uzunlamasına dorsal kesi yapıldı.Ekstansör kompartman yapıları canlı ve normal görünümdeydi.Fasyotomi sonrası ön kolda açılan yaralar birkaç debritlemandan sonra birinci haftanın sonunda dorsaldaki primer,volardeki kısmi kalınlıklı deri grefti ile kapatıldı.Hastaya dinamik splint yaptırıldı ve tam aktif ve pasif egzersizler başlandı.Besinci gün sonunda greft pansumanı açılıp greftlerinin adapte olduğu izlendikten ve hasta taburcu edildi.Birinci ayda hastanın greft alanlarının tamamen epitelize olduğu,ön kolda orta minimal sertliğin eşlik ettiği ve parmaklarda fleksör kontraktürünün hafif derecede devam ettiği muayene bulgusu mevcuttu.İkinci ayında, median ve ulnar sinir belirtilerinin düzeldiği ve duyunun normale döndüğü görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Kapalı bir alan içinde basınç arttığı zaman dolaşımı, doku perfüzyonunu ve sonunda canlılığı tehlikeye atan kompartman sendromu meydana gelir. Daha çok klinik bir tanıdır.Alınan öyküden hastanın kompartman sendromu için yüksek risk taşıdığı düşünülebilir.En önemli septom ağrı kesicilere azalmayan progresif ağrıdır. Parestezi bu duruma eşlik edebilir.Muayenede genellikle şişlik ve hassasiyet ile birlikte pasif kas gerilmesine şiddetlenen sürekli ağrı saptanır.Muayene bulguları şüpheli olduğunda veya yanıt vermeyen bir hastada olduğu gibi ağrının değerlendirilemediği durumlarda kompartman basıncı ölçümleri yardımcı olabilir.Olgumuzda ön kolda şiddetli ve opioidlere rağmen kötüleşen ağrı ve median ve ulnar sinir dağılımına uyan alanlarda uyuşma şikayetlerinin olması,muayenede ön kol orta kısmın volar yüzünde gergin şişlik,hassasiyetin varlığı ve yaralanmamış parmakların pasif ekstansiyonunda ağrının arttığı ve parmakların minimal fleksör kontraktürü literatürdeki öykü ve muayene bulguları ile uyumluydu.Literatürde akut kompartman sendromu için birçok neden bildirilmiştir;ancak en sık sebebi yüksek enerjili travmalardır.Literatürde bildirilen yetişkinlerde önkol kompartman sendromu en sık nedeni radius distal uç kırıklarıdır.Diğer nedenler arasında yanıklar, zehirlenmeler, kanamalar, otoimmün vaskülit, uyuşturucu kullanımını vb gösterilmiştir.Parmak amputasyonlarının giyotin kazaları gibi düzgün kesiler ile olduğu durumlarda önkol kompartman sendromu genellikle beklenmez;ancak tendon veya kasın traksiyonuna ait bulgular mevcut ise hematoma veya kas şişmesi olasılığı akılda tutulmalıdır. Sunduğumuz olguda kompartman sendromunun nedeni başparmağın tamamen kopması ve FPL tendonunun ön kolda kas tendon bileşkesinden kopması sonucunda oluşan hematoma ve kas ödeminin bu duruma yol açtığını

düşünmekteyiz. Sunulan olguda FPL tendonun da yaklaşık 10-15 cm proksimalden amputata bağlı kalarak kopması ve kopan tendonun proksimalinde kas dokusu varlığı tendon ve kas traksiyonunun göstergesiydi. Literatürde parmak avülsiyon yaralanması sonrası kompartman sendromu geliştiği bildirilen 2 olgu mevcuttur. Her iki vakada da ampute parmakları yaklaşık 10-15 cmlik ekspoze ancak tamamen kopmamış fleksör tendonlar tutuyordu. İncelemlerle ön kolda tendonların kas tendon bileşkesinden koptuğuna dair bulgular ilk olguda mevcut iken diğer olguda belirgin değildi. Her iki olguda da ön kolda progresif ağrı ve şişlik olaydan sonra 1 saat içinde başladı. Hastamızdaki kompartman sendromu bulgularının üçüncü gün başlaması ile literatürde sunulan olgulardan farklılık göstermektedir. Bu duruma, replantasyon sonrası kullanılan anikoagülan ve antitrombotik ilaçların ilk yaralanmada oluşan kas tendon bileşkesindeki hasarlı alanda kanamaya yol açmış olabilir. Standart tedavisinde kompartmanların erken fasyotomi ile dekompresyonu yer alır. Sunduğumuz olguda, kompartman sendromu tanısı konulduktan sonra önkol fasyotomileri mümkün olan en erken dönemde açıldı

Sonuç olarak özellikle tendonun traksiyona bağlı kas tendon bileşkesi veya daha proksimalinden koptuğu parmak avülsiyon yaralanmalarında akut ve kronik dönemde etkilenen ekstremitenin bir bütün olarak değerlendirilmesi, ön kolda oluşabilecek hematoma ve kas ödeminin akılda tutulması, kompartman sendromu gibi dramatik bir tablonun erken müdahalesine ve oluşabilecek ekstremita kayıplarının önüne geçilebilmesine olanak sağlar.

- Kaynaklar 1. Docker C, T.O., A case of forearm compartment syndrome following a ring avulsion injury. Injury, 2002. 33: p. 274-5.
2. Soong M, DaSilva M. Acute forearm compartment syndrome secondary to digit avulsion injury. A case report. J Bone Joint Surg Am. 2009 Feb;91(2):435-7.
3. Naidu SH, Heppenstall RB. Compartment syndrome of the forearm and hand. Hand Clin 1994;10(1):13-27.
4. Kalyani, B.S., et al., Compartment syndrome of the forearm: a systematic review. J Hand Surg Am, 2011. 36(3): p. 535-43.
5. McQueen MM, G.P., Court-Brown CM, Acute compartment syndrome. Who is at risk? J Bone Joint Surg Br, 2000. 82: p. 200-3.
6. Tuna, S., et al., Upper extremity acute compartment syndrome during tissue plasminogen activator therapy for pulmonary embolism in a morbidly obese patient. Int J Surg Case Rep, 2015. 8C: p. 175-8.
7. Friedrich, J.B. and A.Y. Shin, Management of forearm compartment syndrome. Hand Clin, 2007. 23(2): p. 245-54

Resim 1



Resim1: Sağ el başparmak replantasyonu sonrası gelişen sağ ön kol kompartman sendromu. A: Fasyotomi yapılmadan hemen önceki sağ ön kolun görünümü. B: Fasyotomi sonrası avulse olmuş fleksör polllis longus kas tendon bileşkesinin olduğu alandaki hematoma ve kas ödemi

P223

Çoklu Parmak Amputasyonu Vakalarında Erken Parsiyel Pollisizasyon İle Fonksiyonel Rekonstrüksiyon: Olgu Sunumu

Ender Ceylan¹, Mehmet Öztan²

¹Batman Bölge Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Batman

²Özel Medova Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Konya

Giriş: Baş parmak el fonksiyonlarının % 40 ila 50 sinde rol alır. Baş parmağın hareketlerinde 9 tendon fonksiyon görür ve bunların 4'ü ekstrensek, 5'i ise intrensek adalelerden gelir. Bu kadar önemi olan başparmağın kısmi ya da tam kayıplarında onu tekrar oluşturmak tüm el fonksiyonlarının yaklaşık yarısını tekrar kazanmak anlamına gelir. Baş parmağın her türlü doku kaybını onarmak rekonstrüksiyon tanımı içine girer ancak, baş parmağın tam ya da yarısından fazla kayıplarında, onarım için el yada ayaktaki diğer parmaklardan birini olmayan baş parmağın yerine koyma işlemine tam baş parmak rekonstrüksiyonu veya "Pollisizasyon" adı verilir. Pollisizasyonun avantajları güvenli, kolay teknik olması ve amaca yönelik el duyusunun korunmasıdır(A). Başparmağın kısmi ve tam kaybı ile birlikte görülen en yaygın parmak yaralanmaları 2.-3. Parmak yaralanmasıdır. Bu tür yaralanmalarda eşlik eden fonksiyonunu yitirmiş travmatize parmak, başparmak rekonstrüksiyonunda kullanılabilir.

Olgu: Bu makalede sunduğumuz vakada ise amputasyona gitmekte olan ve nonfonksiyonel 2. parmak distal falanks, pollisizasyon yapmak sureti ile başparmak distal falanks rekonstrüksiyonunda kullanılmıştır. 22 yaşında erkek hasta

çoklu el travması sonucu acil serviste değerlendirildi. Hasta kesici alet yaralanması sonucu 1. parmak distal falanks amputasyonu, 2. parmak distal falanksin korunduğu proksimal ve orta falanks kemiklerinin çok parçalı yaralanması mevcuttu. 2. parmak ulnar taraf dijital arterden beslenmesi zayıf olarak devam ediyordu. Parmağın dinamik yapısı bozulmuş olmasından dolayı amputasyon endikasyonu mevcuttu. Hasta servise yatırılarak volüm genişleticiler ve antikoagulan tedaviler ile takibe alındı. 5. günde distal falanksin dolaşımı devam etmesi üzerine operasyona alınarak ulnar taraf dijital damar-sinir paketi baz alınarak derin arkus seviyesine kadar diseke edildi. 1. parmak medial yüze kadar palmar yüzde çoklu Z-plasti insizyonları ile pedikül bu hattan taşınarak 1. parmak güdük bölgesine transver edildi. Postoperatif volum genişletici ve antikoagulan tedavisi devam edildi. Dolaşım takibine devam edildi. Postoperatif 5. günde aksı sağlamak amacı ile pinleme yöntemi ile fiksasyon sağlandı. Hastanın postoperatif dönemde duyu ve dolaşım mevcuttu. İyileşme süreci tamamlandıktan sonra el rehabilitasyonuna başlandı. Geç dönem takiplerinde hastanın kavrama, tutma hareketlerini yapabildiği ve iş hayatına devam edebildiği görüldü.

Tartışma: Geleneksel olarak amputatı olmayan veya replante olamayacak durumda olan başparmak amputasyonlarında erken dönemde güdük kapama, kasık flebi veya lokal fleplerin kullanımı görülmektedir. Geç dönemde ise pollisizasyon iyi bir seçenektir. Ayak parmaklarından ele mikrocerrahi tekniği kullanılarak yapılan otolog nakil sık komplikasyonu ve göreceli yüksek başarısızlık oranı ile dezavantaj oluşturmaktadır. Bunun yanında proksimal falanksin korunduğu tip vakalarda tercih edilen bir seçenek değildir. Bu nedenlerden ötürü cerrahlar başparmak tam rekonstrüksiyonunda pollisizasyon tekniğini daha çok kullanmaya başlamıştır. Buna rağmen proksimal falanksin korunduğu tip yaralanmalarda erken yada geç başparmağın tam fonksiyonuna yönelik rekonstrüksiyon çok fazla tercih edilmemektedir. 1963 yılında Sallis (2), 1980 yılında Keiter (3), 2003 yılında Sabapathy ve ark (1) 7 olgudan oluşan birden fazla parmak yaralanmalarında yapılan pollisizasyon teknikleri bildirmiştir. Fakat bildirilen bu makalelerde sunulan olgular, bu vaka ile benzerlik göstermemektedir. Bu da olgumuz farklı kılmalıdır. Her ne kadar başparmak geç rekonstrüksiyonu popüler olsa da hastalarda yarattığı psikolojik travma ve iş gücü kaybı nedeni ile erken rekonstrüksiyonu savunmaktayız. Eşlik eden diğer parmak yaralanması olsun ya da olmasın proksimal falanksin korunduğu replante edilemeyen başparmak amputasyonlarında erken dönemde 2. veya 3. parmak distal falanks kullanılarak yapılan pollisizasyon önermekteyiz.

Sonuç: Normal şartlarda amputasyon düşünülecek durumda olan 2. parmak değerlendirilerek yapılan cerrahi sonucunda başparmağın kılmasına bağlı oluşacak fonksiyon kayıpları, el asimetrisi büyük oranda engellendi. Pollisizasyon ile pulpa duysusu sağlandı. Elin tutma ve kavrama fonksiyonu günlük hayatını rahat bir şekilde idame etmesine katkı sağladı. Erken dönemde pollisizasyon yapılan hastanın benzer travma yaşayan hastalara kıyasla psikolojik yönden daha iyi olduğu ve günlük yaşantısına daha erken adapte olduğu görülmüştür.

Kaynaklar:

1. Raja Sabapathy S, Sebastin SJ, Venkatramani H, Balaji G. Primary use of the index finger for reconstruction of amputated thumbs. Br J Plast Surg. 2004; 57(1): 50-60.
2. Weinzwieg N, Chen L, Chen ZW. Pollicization of the mutilated hand by transposition of middle and ring finger remnants. Ann Plast Surg 1995;34(5):523-529.
3. Keiter JE. Immediate pollicization of an amputated index finger. J Hand Surg [Am] 1980;5(6):584-585.

1. parmak distal falanks total amputasyonu ve 2. parmak subamputasyonu; preop (solda) ve postop (sağda) resimleri.



P224

Yüksek Seviyeli Median Sinir Onarımı Sonrası Postop 30. Yılda Dev Nöroma Olgusu

Can İlker Demir, Emrah Kağan Yaşar, Murat Şahin Alagöz, Ceyhun Uzun, Ahmet Demir, Buket Dursun

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AB, Kocaeli

Giriş: Nöroma çok sayıda sinir lifi bulunan skar dokusundan oluşan ağrılı kitle şeklinde kendini gösterir. Travmatik nöroma periferik sinirlerin proksimal uçlarının distalinde ağrılı bir şişlik ile kendini belli eder. Travmatik nöromanın mikroskopide neoplastik olmayan, kapsülsüz, yoğun kollajen matrisi içeren, endonöral, schwann hücreleri ve aksonların karıştığı bir kitle olarak görülür.

Amaç: 30 yıl önce üst ekstremité yaralanması sonrası median sinir onarımı yapılan, onarım alanında ciltaltı kitle ve elde uyuşukluk ve hareket kaybı nedeniyle başvuran hastada tanı ve tedavi sürecini anlatmayı amaçladık.

Olgu: 56 yaşında sol kol antekübital bölgede 30 yıl önce trafik kazası sonrası meydana gelen yaralanma nedeniyle dış merkezde opere edilen erkek hasta uzun zamandır varolan kesi yeri altında şişlik, ağrı, sol elde uyuşma, hareket kısıtlılığı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan EMG>sinde median sinir duyu dalında tam, motor dalında kısmi iletim kaybı olduğu görüldü. Hastaya eksplorasyon planlandı. Eksplorasyon sonrası kesi seviyesi altında median sinire ulaşıldı. Onarım hattında yaklaşık 2.5 cm boyutunda nöroma tespit edildi. Eksplorasyon distal ve proksimale uzatılarak sağlam sinir alanlarına ulaşıldı. Nöroma üzerinden 5 mm lik transvers kesi yapılarak intranöromal fasikül eksplorasyonu planlandı. Yapılan eksplorasyonda fasiküle rastlanmaması üzerine nöroma sınırlarından olacak şekilde eksize edildi. Kalan sinir uçları yenilendikten sonra arada 8 cm gap meydana geldi. Sol bacadan yaklaşık 30 cm lik sural sinir grefti alınarak üç kablo halinde median sinir koaptasyonu yapılarak operasyona son verildi.

Patoloji raporu 2.5x2x1.5 cm travmatik nöroma olarak rapor edildi. Hasta postop 2. haftada ağrı ve parestezi şikayetlerinin gerilediğini belirtti.

Sonuç: Sinir onarımının yapılmadığı ya da uygun cerrahi yöntemlerle yapılmadığı durumlarda nöroma gelişme riski vardır. Nöroma tedavisinde kitle içerisindeki fasikül devamlılığını koruyarak eksizyon yapmak birincil tercihtir. Bununla birlikte onarım yapılmayan sinir kesilerinde fasikül devamlılığı olmadığından basit eksizyon yapılarak sonrasında sinir grefti ile koaptasyon ve/veya ilgili motor hareketlere yönelik tendon transferleri yapılabilir. Uygun olarak yapılmayan cerrahi yöntemler sonrası uzun dönem sonrasında bile hastanın yaşam kalitesini etkileyen ve tedavisi zor nöromalar gelişebilir.

resim 1



PER-OPERATİF FOTOLAR

P225

Ön Kol Yumuşak Doku Defektinde Dorsal Adipofasyal Flep Kullanımı: Olgu Sunumu

Elif Akbay¹, Feridun Elmas¹, Hülâda Rıfat Özakpınar¹, Ali Teoman Tellioglu²

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Genellikle travma sonrası gelişen ön kol ve eldeki hasar kemik,damar,sinir,kas ve tendon hasarının eşilik edebileceği farklı boyutlardaki defektlere neden olabilmektedir. Bu bölgenin hareketli olması,tendon,damar ve sinir yapılarını içermesi deri grefti ile defekt alanının kapatılmasını güçleştirmektedir.Bugüne kadar pek çok teknik tanımlanmış olup(1),lokal, fasyal yada fasyokütanöz flepler yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılabilmektedir (2).Adipofasyal flepler geniş doku defektlerinin olduğu,kemik ekspozisyonun bulunduğu durumlarda kullanılabilmekte;serbest fleplere alternatif olarak tercih edilebilmektedir (3).

Amaç: Bu çalışmada tendon ve sinir onarımı sonrası adezyona bağlı hareket kısıtlılığı gelişen ve ön kolda yara yerinde nekroz ve ayrılma meydana gelen hastaya uygulanan adipofasyal flep olgusu sunulmuştur.

Olgu: 34 yaşında erkek hasta kesici alet yaralanması nedeniyle acil serviste görüldü derin yüzeysel tendonlar ve unlar sinir kesileri bulunan hasta opere edildi. Postoperatif rehabilitasyonu sonrası takiplerinde hareket kısıtlılığı ve kesi alanında nekroze cilt alanının bulunması nedeniyle tekrar servisimize yatırıldı. İntraoperatif tenoliz ve debridman yapılan hastanın ön kol volar yüzdeki defekt

alanını kapatmak için dorsal yüzden adipofasyal flep planlandı.

Yöntem: Flep pozisyonu optimize etmek amacıyla doppler yardımı ile perforan dallar işaretlendi.(4)Ön kol dorsumundan uygun kesi ile subdermal plandan cilt flepleri eleve edildi.Yaklaşık 10x15 cm boyutlarındaki adipofasyal flep radial arter pivot nokta olacak şekilde kas fasyasını içerecek şekilde eleve edildi.Ulnar taraftan tünelize edilerek volar tarafa taşındı ve defekt alanına adapte edildi.Adipofasyal flep üzeri uyluktan alınan kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı.

Tartışma: Ön koldaki kompleks yumuşak doku defektlerinin sağlıklı,vaskülarize doku ile onarımı fonksiyonel açıdan avantaj sağlamaktadır.Üst ekstremitedeki defektlerin flep ile onarımı tendonların mobilitesine,sinirlerin fonksiyonlarını normal bir şekilde yapabilmesine imkan sağlamaktadır.Ters akımlı radyal arter adipofasyal flepleri bu avantajları sağlamaktadır.Ana dezavantajı verici sahada uzun skarlar bırakabilmesidir.Bu flep mobilitesi nedeniyle el ve ön koldaki defektlerin kapatılmasında efektif bir şekilde kullanılabılır.(4)

Sonuç: Ön kol ve elde meydana gelen yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda deri greftleri bu alanın mobil olması,postoperatif dönemde kontraktür gibi komplikasyonların bulunması nedeniyle daha az tercih edilmektedir (5).Lokal flepler defektin kapatılması için iyi bir seçenektir.Fakat lokal fleplerin yeterli olmadığı büyük defektlerde serbest flepler tercih edilebilir.Adipofasyal flepler vaka süresinin kısa olması,kolay uygulanabilir olması nedeniyle primer kapama ve diğer fleplerin yeterli olmadığı durumlarda iyi bir seçenektir.

Kaynaklar:

1-Fascial flaps for hand reconstruction. Taghnia AH, Carty M, Upton J. J Hand Surg Am. 2010 Aug;35(8):1351-5. doi: 10.1016/j.jhsa.2010.05.015.

2-The Adipofascial Radial Artery Perforator Flap: A Versatile Reconstructive Option in Upper Limb Surgery. Samson D, Power DM.Hand Surg. 2015;20(2):266-72. doi: 10.1142/s0218810415500227.

3-Reverse adipofascial flap after resection of a malignant perineurioma of the forearm.Takahashi M, Kasai T, Nishisho T, Takai M, Endo H, Hirose T, Sairyo K. Orthopedics. 2014 Jul;37(7):e661-4. doi: 10.3928/01477447-20140626-65.

4-Dorsal forearm adipofascial turnover flap among the elderly. Silva JB, Padoin AV, Gazzalle A, da Cunha GL. J Hand Surg Eur Vol. 2011 Jun;36(5):370-5. doi: 10.1177/1753193411399995. Epub 2011 Mar 3.

5-1. Lee GK. Invited Discussion: Harvesting of forearm perforator flaps based on intraoperative vascular exploration: clinical experiences and literature review. Microsurgery. 2008;28(5):331-2.

Ön kolda nekroz sonrası dorsal adipofasyal flep



A-travma sonrası tendon sinir yaralanması intraoperatif görüntü B-rehabilitasyon sonrası yara yeri çevresinde nekroz C-adipofasyal flep planlama D-adipofasyal flep dorsal görüntü E-F-adipofasyal flebin tünelize edilmesi G-flep üzerinin kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatılması

P226

Genu Varum Görünümünün Mimimal İnvaziv Yöntemle Düzeltilmesi: Yağ Grefti

Tugba Gün Koplay, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Genu varum tedavisinde pekçok osteotomi ve fiksasyon tipleri tanımlanmıştır. Bu çalışmada genu varum görünümünü yağ grefti ile yok ettiğimiz hastalarımızı sunmayı amaçladık.

Materyal ve Metod: Yaşları 19-36 arasında değişen 5 hastamızın 10 alt ekstremitesi çalışmaya dahil edildi. Her birinde minimal deformite mevcuttu. (Langenskiöld 1) Genel anestezi altında, karın bölgesinden yağ grefti alındı. 3000 rpm de üç kez santrifüj edildikten sonra her iki bacak mediallyerine 150-175 cc yağ grefti enjekte edildi. Hastaların ağrı gibi şikayetleri veya osteoartrit bulguları yoktu ve sadece estetik kaygılarla başvurdular. Direkt grafi ile yapılan değerlendirmede tibia'daki angulasyon ölçüldü, osteoartrit dışlandı. Hasta memnuniyeti soruldu.

Bulgular: Bilek ve topukta anguler bir deformite yoktu. Bütün hastalar %100 memnundu. Kemikte mevcut açı değişmedi fakat sonuçlar iki farklı cerrah tarafından değerlendirildiğinde estetik olarak başarılı idi. Yağ grefti yaşayabilirliği ve görünüm 1. 3. 6. ayda kontrollerde yeterli idi.

Sonuç: Genu varum, anguler tibia deformitesidir. Osteotomiler, eksternal fiksator yerleştirilmesi, epifizyotomiler genu varum tedavisinde kullanılabilmektedir. 1 Geçmiş literatürler tarandığında her hangi bir guideline a rastlanamamaktadır. Bu teknik genu varum tedavisinde kullanılan, bacağı kısaltmadan, osteotomisiz, nonmalunion veya malunion risksiz, plak ve vida gibi yabancı cisim kullanmadan, nörovasküler travma oluşturmadan yapılan minimal invaziv bir yöntemdir. 2 Bir diğer seçenek ise protezlerdir fakat yağ grefti erken evre genu varum tedavisinde kolay, kullanışlı, maliyeti düşük, otolog doku ile rekonstrüksiyon sağlayan bir yöntemdir.

Kaynaklar: 1- Alekberov C, Shevtsov VI, Karatosun V, Gunal I, Alici E. Treatment of tibia vara by the Ilizarov method. Clin Orthop Relat Res 2003; 409:199-208

2- Mycoskie PJ. Complications of osteotomies about the knee in children. Orthopedics. 1981;4(9):1005-1015

P227

Radial Kollateral Arter Perforator Bazlı Propellar Flep İle Dirsek Bölgesi Rekonstrüksiyonu: Bir Olgu Sunumu

İbrahim Tabakan, Cengiz Eser, Eyüphan Gencil, Osman Metin Yavuz
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

Giriş ve Amaç: Perforatör bazlı propellar flepler 180 dereceye kadar flep rotasyonuna izin vererek defekt onarımlarında kolaylık sağlamaktadır. Bunun yanında diğer fleplere nazaran donör alan morbiditesinin minimal

olması özellikle alt ekstremité rekonstrüksiyonda bu fleplerin yaygın olarak kullanılmasını sağlamıştır. Ancak bu fleplerin üst ekstremitelerde kullanımı hala sınırlıdır. Özellikle dirsek bölgesi gibi onarımın zor olduğu bölgelerde bu fleplerin son yıllarda kullanımı gittikçe artmaktadır. Bu çalışmada dirsek bölgesinde kemiği açıkta bırakan defekti olan bir hastaya radial kollateral arter perforatör bazlı propellar flep (RCAP) ile onarım yaptığımız bir olgu sunulmaktadır.

Yöntem ve Bulgular : 70 yaşında, tip 2 diyabetes mellitus ve sistemik sklerozisi olan kadın hasta, 1 ay önce sol dirseğinde şişlik, kızarıklık şikayetleriyle başvurduğu ortopedi bölümü tarafından yumuşak doku enfeksiyonu ve apse nedeniyle yatırılmış. Takiplerinde cilt nekrozu gelişen hastaya antibiyotik tedavisi başlanmış. Seri cerrahi debridmanlar ve sonrasında vakumlu yara kapama ile takip edilen hasta defekt rekonstrüksiyonu için tarafımıza konsülte edildi. Sol dirsek çevresinde 17x6 cm genişliğinde, zeminde okranon ve kasların açıkta olduğu defekt mevcuttu. Genel anestezi altında debridman sonrası Doppler ile lateral epikondilin superiorundan radial kollateral arterin septokutan perforatörü dinlenerek işaretlendi. Flep distalden proksimale 12x6 cm genişlikte olacak şekilde hazırlanıp defekt alana 150 derece rotasyonla döndürülerek sütüre edildi. Defekt distalindeki küçük bir alan kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Flep donör alanı primer ve deri grefti ile kapatıldı.

Tartışma: Perforatör fleplerin diğer fleplere göre, donör alan morbiditesinin daha iyi olması, daha uzun pedikül hazırlanabilmesi, defekte uygun şekilde hazırlanabilmesi gibi avantajları mevcuttur. Dirsek gibi rekonstrüksiyonu zor olan bir bölgelerin onarımında literatürde altın standart serbest fleplerdir^{1,2}. Bu bölge için ayrıca lateral kol flebi de önerilmektedir. Ancak son yıllarda bu bölgedeki defektlerin onarımında radyal kollateral arter perforatör (RCAP) bazlı propellar flep iyi bir alternatif olarak sunulmaktadır. Derin brakiyal arter radial sinir oluğunda ilerlerken orta kollateral arter ve radial kollateral arter olmak üzere iki terminal dala ayrılır. Radial kollateral arterin anterior dalı brakiyal ve brakioradialis kaslar arasında radial sinire eşlik ederken, posterior dalı ise lateral epikondile doğru devam eder ve kol alt kısmı lateraline iki ya da üç fasyokutanöz dal bırakır³. RCAP flebi bu fasyokutanöz dallardan hazırlanır. Çok fazla anatomik varyasyon görülmediğinden güvenilir bir fleptir. Literatürde 5-6 cm en ve 12-13 cm'ye kadar genişlikte fleplerin dirsek rekonstrüksiyonu için hazırlandığı çalışmalar bulunmaktadır. 6 cm'nin altındaki genişlikte hazırlanan fleplerde donör alan primer kapatılabilir⁴. Biz bu çalışmamızda 6 cm genişliğinde flep hazırladığımızdan donör alanın bir kısmına deri grefti ile onarım yaptık.

Sonuç: Flep diseksiyonunun basit olması, genişliği 6 cm'nin altında olan fleplerde donör alanın primer kapatılabilmesi, herhangi bir major arter ya da fonksiyonel kasa zarar verilmemesi, erken rehabilitasyon ve mobilizasyona izin vermesi, uygun vakalarda iyi bir estetik görünüme sahip olması nedeniyle dirsek bölgesi rekonstrüksiyonunda RCAP bazlı propellar flep serbest flepler ya da pediküllü lateral kol flebine iyi bir alternatif seçenek olarak sunulabilir.

Kaynaklar

1. Georgescu AI, Saint-Cyr M, Hong JP, Tos P, Demirkan F. Propeller Perforator Flaps in Forearm and Hand Reconstruction. IFSSH Scientific Committee on Microsurgery. 2014;4(4):21-31.
2. Jensen M, Moran SL. Soft tissue coverage of the elbow: a reconstructive algorithm. Orthop Clin North Am. 2008;39(2):251-264.
3. Hennerbichler A, Etzer C, Gruber S, Brenner E, Papp C, Gaber O. Lateral arm flap: analysis of its anatomy and

modification using a vascularized fragment of the distal humerus. Clin Anat 2003;16:204e14.

4. Türegün M, Nisanci M, Duman H, Aksu M, Sengezer M. Versatility of the reverse lateral arm flap in the treatment of post-burn antecubital contractures. Burns 2005;31:212e6.

şekil 1



P228

Pediatric Yaş Grubu Hastalarda El Bileği Ganglion Kisti Olgusu

Muhammet Ömür Ersin Altun, Yasemin İmamoğlu, Mustafa Keleş, Ümit Naci Karaçal
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Cerrahi Ana Bilim Dalı, Trabzon

Giriş: Ganglion kistleri, genellikle altta yatan eklem kapsülünden veya tendon kılıfından kaynaklanan müsinöz tümörlerdir. Sıklıkla erişkin hastalarda görülen bu hastalıkla ilgili pediatrik hasta grubunda hasta sayısının azlığı ve cerrahinin daha az yapılması nedeniyle literatürde yeterli veri bulunmamaktadır. Bu olguda, literatürde çok nadir rastlanan 2 yaş altı hastanın el bileğinde ganglion kisti olgusu sunulmuştur.

Vaka: 2 yaşında kız çocuğu, kliniğimize sol el bileği dorsalinde 6 aydır bulunan, giderek büyüyen ve zamanla hastanın el hareketlerinde kısıtlamaya yol açan kitle nedeniyle ailesi tarafından getirildi. Hastaya 2 aylık poliklinik takibinin ardından kitlenin gerilememesi ve şikayetlerin artması sonrası eksizyon açısından operasyon önerildi. Hastanın lezyonu sol el bileği dorsalinde ciltaltı yerleşimli 2*2*1cm ebatında fiks, sert kıvamlı düzgün sınırlı idi. Hasta 17.02.2016 tarihinde opere edildi. Genel anestezi altında ele gelen kitle üzerinden insizyon ve diseksiyonlarla ilerlenerek kitle etraf dokulardan diseke edilerek kitle eksize edildi. Turnike açıldı, kanama kontrolünü takiben ciltaltı ve cilt sütürasyonu yapılarak vakaya son verildi. Yapılan patolojik inceleme sonucu, kist cidarı ile uyumlu fibroadipöz dokular ve periferik sinir kesitleri(ganglion kisti ile uyumlu), sol bacak laterali biyopsisi şeklinde raporlandı. Hasta poliklinik takibine alındı.

Sonuç: Pediatrik el ve bilek ganglionlarının erişkinlerde farklı epidemiyolojik karakterlerinin olduğu düşünülmektedir. Literatürde pediatrik hasta grubunda erişkinlerden farklı olarak kistlerin sıklıkla el bileği volarinde asemptomatik şişik şeklinde gözlemlendiği, tedavilerinde ise gözlem ve splintleme daha çok tercih edildiği görülmektedir. Sunduğumuz olgu gibi nadir durumlarda ise ganglion kistlerinin, pediatrik hasta grubunda da erişkin hastalara benzer şekilde seyir gösterdikleri görülmüştür. Tedavilerinde ise cerrahi eksizyonunda gerektiği takdirde erken dönemde yapılabileceği düşünülebilir.

Kaynaklar:

1-Colon F, Upton J. Pediatric hand tumors. A review of 349 cases. Hand Clin. 1995;11(2):223-43

2-Petricig P, Pepe E. First choice treatment of the pediatric wrist ganglia. Minevra Pediatr. 2006;58(4):379-83

P229

Peroneal Arter Perforatörü Bazlı Propellar Flep İle Lateral Malleol Üzeri Yumuşak Doku Rekonstrüksiyonu: Vaka Sunumu

Galip Gencay Üstün, Hakan Uzun, Ozan Bitik, Ali Emre Aksu
Hacettepe Üniversitesi Plastik Cerrahi AD

Giriş: Travma hastalarında ayak bileği çevresindeki doku defektlerinin rekonstrüksiyonu çeşitli zorluklar içermektedir. Eşlik eden damar yaralanmaları, getirilen serbest dokuların çoğunlukla alıcı yataktaki defektten büyük olması, çapraz bacak fleplerinin kullanımında hasta konforundaki problemler, sınırlı ciltaltı doku nedeniyle greft kullanımının çoğunlukla uygunsuz oluşu bu bölgenin rekonstrüksiyonunu zorlaştırmaktadır. Peroneal arter perforatör bazlı propellar bir flep ile yaptığımız rekonstrüksiyonu vaka sunumu olarak paylaşıyoruz.

Vaka: Otuzaltı yaşında erkek hasta, motosiklet kazası sonrası ayak bileğinde tibia ve fibula kırığı ile ortopedi bölümü tarafından opere edildi. İkinci seansta fibulaya yönelik açık redüksiyon ve plak-vida ile fiksasyon öncesi yumuşak doku yetersizliği nedeniyle tarafımıza danışıldı. Doppler Flowmetre ile peroneal perforatörler işaretlendikten sonra cilt adası kaldırıldı. Kalibresi en büyük ve propellar tasarıma en uygun perforatör korunarak diğer iki perforatör bağlandı. İnternal fiksasyon sonrası plak ve vidalar flebin 180 derece çevrilmesiyle örtüldü, donör alan primer kapatıldı.

Tartışma: Lateral malleol defektlerinde peroneal arterin perforatörleri bazlı cilt flepleri fibula osteokütan flebinin cilt adası diseksiyon tekniklerine uygun olarak kaldırılıp kullanılabilmektedir.

Sonuç: Benzer dokuyla, mikrocerrahi anastomoz yapılmadan ve güvenli rekonstrüksiyon sağlayan yöntem, bu problemli bölgede başvurulabilecek bir rekonstrüksiyon yöntemidir.

Postop



P230**Nadir Görülen Bir Olgu: Persistan Median**

Metin Temel, Mustafa Özkan, Ahmet Kahraman, Ali Yeniocak
Mustafa Kemal Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Hatay

Giriş ve Amaç: İntrauterin dönemde ön kolun ana arteri olan median arter, postuterin dönemde yüzeyel ve derin palmar arkı oluşturan radial ve ulnar arterin gelişmesiyle regrese olur (2,3). Erişkinlerin ortalama %1-17 sinde median arter regrese olmaz ve kan akımı arter içinde devam eder. Median arter; aksiller arterin distal dalı olan anterior interosseus köken alır. Ön kolda median sinir komşuluğunda palmar pleksusa ulaşır. Persistan median arterin iki farklı tipi tanımlanmıştır: İlki palmar tip nadir görülen uzun, geniş ve ele ulaşan tipi. İkincisi ise antebrakiyal kısa, dar ve el bileğine ulaşmadan sonlanan tipidir. Olguların çoğu antebrakiyal tiptedir (%80),(4,8). Persistan median arterin, ön kolda ve karpal tünelde median sinire komşuluğu olduğundan karpal tünel sendromunun etyolojilerinden biri olduğu bildirilmiştir (5). Median arterin bir başka özelliği de median sinirin beslenmesine yaptığı katkıdır. (6) Bu olgu sunumuyla amacımız persistan median arterin erişkin yaşlarda da görülebileceği ve travmatik kesilerinde median arter onarımının, median sinirin beslenmesine katkı sunacağını hatırlatmaktır.

Gereç ve Yöntem: Cama yumruk atma sonucu el bileğinin üç yerinde transvers kesi ile acil servise başvuran 16 yaşındaki erkek hastaya genel anestezi altında turnike yerleştirilmesini takiben sağ ön kol eksplorasyonu yapıldı. Explorasyon esnasında median ve ulnar sinir kesisi, ulnar arter kesisi, FCU, FCR, PL tendon, 3.-4.ve 5. Parmaklarda FDS ve FDP, 2.-3.ve 4.Parmaklarda FDP tendon kesisi vardı. Median sinir komşuluğunda karşılaşılan transvers kesili yapının persistan median arter olduğu görüldü. Median sinir ve persistan median arterin tam kesik olduğu gözlemlendi. Uzun ve ele kadar ulaşan median arterin palmar tip persistan median arter olduğu görüldü. Median sinir 8/0 polypropylene ile epinöral olarak onarıldı. Median arter 8/0 polypropylene ile mikroskop yardımıyla uç-uca anastomoz edildi. Anastomoz sonrası kan akımının patent olduğu gözlemlendi. Ulnar sinir, ulnar arter ve tendon onarımı yapıldı. Median sinir ve median arter ekskürsiyonunun yeterli olduğu gözlemlendi. Sağ ön kol ve el, kısa kol alçı ateletle alındı. Postop 2.günde hastaya pasif egzersiz önerilerek hasta taburcu edildi.

Sonuç ve Tartışma: İntrauterin dönemde ön kolun dominant arteri olup daha sonra regrese olan median arter regrese olmazsa çoğu zaman asemptomatik seyreder. Genellikle bu arterle vakamızda olduğu gibi intraoperatif insidental olarak karşılaşılmaktadır (1). Vakamızda median arterin eldeki superfisial arka kadar ulaştığı görüldü. Persistan median arterin %20 sinde palmar tipte median arter gözlenmektedir (8). Oldukça nadir bir varyasyon olduğundan dikkate değer olduğunu düşündük. Vakamızda median sinirin beslenmesine, median arterden gelen perforatör damarların katkı sunduğu görüldü. Explorasyon esnasında eğer persistan median arter kesisi saptanırsa onarımının yapılması iki açıdan önemlidir. İlki median sinirin beslenmesine verdiği katkı, ikincisi elin kan dolaşımına katılmasıdır. Ulnar arterin de kesik olduğu vakamızda ulnar arterle beraber persistan median arterin de onarımı; median sinirin beslenmesi için önemlidir. Persistan median arterin donor allograft olarak kullanımı düşünülebilir. Arter donor grefti açısından ön kola yönelik preop Renkli Doppler Usg ve El Bileği MR yapılabilir. Karpal tünel sendromu etyolojisinde median arterin

kendisi veya tromboze olması, anevrizması gibi durumlar literatürde rapor edilmiştir (7). Median sinir kesilerinde ve karpal tünel cerrahisinde median arterin de olup olmadığına dikkat edilmesi gereklidir. Kronik karpal tünel sendromu vakalarında persistan median arter trombozu ve/veya anevrizması akla gelmelidir. Bu gibi hastalarda preop görüntüleme ile arterin varyasyonu ortaya konulabilir. Persistan median arter ve aynı zamanda median sinir onarımı yaptığımız hastamızda ilerleyen yıllarda median arterin kalsifiye olmasına bağlı karpal tünel sendromu olabilir. Yüksek debili olan median arterlerin pulsasyonu median sinir aksonlarına zarar verebilir, iskemiye yol açabilir. Bu durum göz önüne alınarak karpal tünel sendromu açısından hastamız uyarıldı. Erken fizik tedavinin önemi anlatılarak tedavi sürecine gerekli uyumu sağlandı

Kaynaklar

1. Persistent Median Artery And Bifid Median Nerve: case report. Medeni Volkan Kıyak, Kamuran Zeynep Sevim, Dilgem Memmedov, Aysin Karasoy Yeşilada. Şişli Etfal Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul
2. Persistent Median Artery in the Carpal Tunnel: Anatomy, Embryology and Clinical Significance Bahman Jalali Kondori 1*, Elham Rahimian2, Majid Reza Tahsini3, Mohammah Hossein Asadi4 1, 2,3,4 Department of Anatomical Sciences, School of Medical Sciences, Baqiyatallah University, Tehran, Iran.
3. Persistent Median Artery *V. Durgesh and R. Ramana Rao Department of Anatomy, Maharajah's Institute of Medical Sciences, Nellimarla, Andhrapradesh, India *Author for Correspondence
4. Surgical Anatomy of the Hand and Upper Extremity, James R. Doyle
5. Cadaveric study of anatomical variations of the median nerve and persistent median artery at wrist Pawan Agarwal, Shivkant Gupta, Prashant Yadav, and D. Sharma
6. Ulnar Arter Yokluğu İle Birlikte Görülen Median Arter; Mehmet İhsan Okur, Mustafa Alpagan Yıldırım, İsmet Bingöla, Zübeyir Öter, Ümit Alsancak, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Estetik Ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ
7. Prevalence of the Persistent Median Artery, Rajan Kumar Singla,1 Neelamjit Kaur,2 and Gurvinder Singh Dhiraj1
8. m. Rodríguez-niedenführ,1 j. R. Sañudo,1 t. Vázquez,2 l. Nearn,3 b. Logan,3 and i. Parkin3 Median artery revisited

P231**Uygunuz ve Sıkı Pansumana Sekonder Gelişen Total Başparmak Nekrozu Olgusu**

Yasin Öztürk¹, Kadri Özer², Koray Gürsoy¹, Melike Oruç¹, Oğuz Atan¹, Uğur Koçer¹

¹Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rek. ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

²Aydın Devlet Hastanesi, Plastik Rek. ve Estetik Cerrahi Kliniği, Aydın

Giriş-Amaç: El yaralanmaları tüm cerrahi acillerin %14 ile 28.6 sını oluşturmaktadır. Tüm el yaralanmaları acillerin ise %62 si parmaklardaki yaralanmaları içermektedir. Uygunuz ve sıkı pansuman bağlı komplikasyonlar literatürde azımsanmayacak oranlarla rapor edilmektedir. Retrospektif bir taramada uygunuz ve sıkı pansuman sekonder gelişen parmak dolaşım problemi olan vakalarda, %60 oranında total nekroz geliştiği ve nihai olarak ancak amputasyonla kür sağlanabildiği belirtilmektedir.

Bu olgu sunumumuzda 2 yaşındaki kız çocuğunda, akut yaralanma sonrası yapılan uygunsuz ve sıkı pansuman sonrasında gelişen başparmak total perfüzyon kaybı ve total nekroz olgusunu sunmayı planladık. Bu olgu sunumumuzdaki amaç, özellikle çocuk hastalarda pansumanın önemi ve uygunsuz pansumanların yol açabileceği ciddi komplikasyonlara literatürün ışığında dikkat çekebilecektir.

Olgu: 2 yaşında kız çocuğu başparmak distal falanks total nekrozu şikayeti ile acil kliniği tarafından tarafımıza konsulte edildi. Anamnezinden hastanın 3 gün önce bıçakla kesi sonrası yaralandığı ve ailenin mevcut kesinin küçük olması dolayısı ile herhangi bir sağlık merkezine başvurmamış olduğu öğrenildi. Annesinin kanamayı durdurmak için sıkı bir şekilde pansuman yaptığı ve pansumanı 3 gün boyunca açmadığı ve değiştirmedeği öğrenildi. Çocuğun geçmeyen ağrı şikayetleri üzerine 72 saat sonra acile getirilen hastanın acilde pansumanın açılması sonrası sağ el 1.parmağın interfalengeal eklemden itibaren total nekroze olduğu görüldü. Bunun üzerine tarafımıza konsulte edilen hasta rekonstrüksiyon amacıyla proksimal falanks distalinden itibaren ampute edilip lokal fleplerle güdük onarımı yapıldı. Hasta ek cerrahi müdahaleye gerek kalmadan tedavi edildi.

Tartışma: Sirkumferansiyel parmak pansumanına sekonder gelişen nekroz vakaları literatürde azımsanmayacak sayıda. Özellikle parmak pansumanlarının öneminin, yeterince dikkate alınmaması ve olası komplikasyonların bu dikkatsizliğe bağlı ortaya çıkması oldukça trajedik sonuçlar doğurmaktadır. Hastaların eğitimi; olası ilave şikayetler, geçmeyen ağrılar ve buna benzer acil durumlar halinde beklenmeden acile başvurulması sıklıkla hekimler tarafından atlanabilen konulardır. Hastaya sıkı olmayacak şekilde ve uygun pansumanın yapılması, parmak ucunun dolaşım kontrolü için açıkta bırakılması, olası dolaşım problemleri hakkında hastanın ve yakınlarının bilgilendirilmesi ve bu durumların ortaya çıkması halinde beklenmeden pansumanın açılıp acil kliniğine başvurulması detaylı bir şekilde hastaya ve yakınlarına anlatılmalıdır. Pansumana sekonder dolaşım problemleri hastaların erken başvurusu halinde parmağın kurtarılması ve komplikasyonsuz tam tedavi mümkün olabilmektedir. Olgu sunumumuzdaki hastanın geç başvurusu ve oturmuş tam kat nekroz nedeniyle parmağın amputasyonu ve güdük onarımı ile tedavi edilebildi.

Uygunsuz ve Sıkı Pansumana Sekonder
Gelişen Total Başparmak Nekrozu



P232

Radiografik Kontrast Maddenin Ekstravazasyonuna Bağlı Üst Ekstremitede Kompartman Sendromu ve El Dorsalinde Doku Defekti: Olgu Sunumu

Ömer Kokaçya¹, İbrahim Tabakan², Erkan Servet³

¹Dr Ersin Aslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

³Dr Ersin Aslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Gaziantep

Giriş ve Amaç: Radyolojik görüntüleme amacıyla periferik damar yolundan verilen radiografik kontrast maddenin damar dışına kaçması bilinen bir komplikasyondur. % 0,03 ile % 0,9 arasında değişen damar dışına kaçma insidansları raporlanmıştır. Çalışmamızda sol el dorsalinden açılan damar yolundan tomografi çekimi için verilen radiografik kontrast maddenin damar dışına kaçmasına bağlı olarak üst ekstremitede kompartman sendromu ve el dorsalinde cilt nekrozu gelişen bir olgu sunulmaktadır.

Yöntem ve Bulgular: Araç içi trafik kazası geçiren 50 yaşındaki kadın hastaya acil serviste kontrastlı tüm batin tomografi istenmiş. Tomografi çekimi, sol el dorsalindeki damar yolundan 80 mliopromid çözeltisi (Ultravist 300 mg I/mL, Bayer ScheringPharma, Berlin,Germany) otomatik enjektör ile 2 ml/sn hızda verilerek gerçekleştirilmiş. Çekim esnasında ve hemen sonrasında hastanın herhangi bir şikayeti olmamış. Tetkikleri ve tedavisi tamamlanıp taburcu edilen hasta, tomografi çekiminden 4 saat sonra elde şişlik ve ağrı şikayeti ile tekrar acil servise başvurmuş. Çekilen düz grafilerde kontrast maddenin cilt altına kaçtığı görülmüş (Şekil 1Ave 1B). Renkli doppler ultrasonografik incelemede radyal ve ulnar arterde akım saptanması ve parmaklarda kapiller dolumun iyi olması üzerine hasta 6 saat kadar elevasyonla takip edilmiş. Kontrast madde enjeksiyonunun 10. saatinde değerlendirilen hastanın muayenesinde el soluk ve şişmiş izleniyordu, el dorsalinin neredeyse tamamını kaplayan bül mevcuttu. Hasta elini hissetmiyordu, parmaklarını hareket ettiremiyordu ve hareket ettirmeye çalıştığında veya hareket ettirildiğinde şiddetli ağrı duyuyordu. Parmaklarda kapiller dolum zamanı uzamıştı. Radyal ve ulnar arterler palpe edilemiyordu. Hasta acil operasyona alındı. El dorsalinden insizyon yapılır yapılmaz kontrast maddenin sızarak boşaldığı görüldü. 2 ve 4. Metakarplar boyunca yapılan longitudinal fasyotomi insizyonlarından kontrast madde sıvazlanarak boşaltıldı. El dorsali cildinin kanlanması iyi değildi. Volar yüz fasiyatomisi açıldı. Postop yedinci günde volar yüzdeki fasiyatomisi insizyonu primer sütürasyonla kapatıldı ve el dorsalindeki nekrotik dokular debride edildi. El dorsalindeki defekt 21. günde kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Postop takiplerinde motor ve his muayenesi doğaldı.

Tartışma: Kompartman sendromu; vücuttaki yumuşak dokulardaki boşluklarda basıncın artması sonrasında dolaşımın ve fonksiyonun bozulması ile sonuçlanan bir klinik tablodur. El bölgesinde çok çeşitli sebepleri olmakla birlikte kemik fraktürleri, yumuşak doku yaralanmaları, yanıklar, arter yaralanmaları, intravenöz sıvı enjeksiyonları, yılan ısırıkları, enfeksiyonlar, aşırı kompresyon ve iatrojenik sebepler sayılabilir(1). Çeşitli çalışmalarda CT çekilirken kontrast madde ekstravazasyonu görülme oranı % 0.03-0.17 olduğu gösterilmiştir(2,3). Mekanik enjektörlerin kullanılmasıyla bu oran %0.25-0.9 olarak artmıştır(4). Birçok hastada az miktarlarda kontrast maddenin damar dışına çıkması sonucu ağrı, şişlik, lokalize eritem görülür

ve bu semptomlar hızlıca geriler. Daha yüksek miktarlarda kontrast madde ise cilt nekrozu ve ekstremitelerde kompartman sendromu ile sonuçlanabilir(3,5). Ekstravazasyon, kontrast maddenin hızlı enjeksiyonuna ya da büyük miktarda verilmesine gibi teknik sebeplere bağlı olabileceği gibi, yaşlı hastalarda fragil damarların olması, ağrıyı tarif edemeyen çocuk hasta ya da hastanın bilincinin kapalı olmasına da bağlı olabilir. Tedavide hafif vakalarda elevasyon ve soğuk uygulama ile takip yeterli olabilir. Ekstravazasyon miktarı yüksek olan vakalarda ilk 6 saat içinde yapılacak olan acil cerrahi drenaj kompartman sendromu gelişimini önleyebilir(6). Ancak his kaybı, hareket kaybı ve ağrı gibi kompartman sendromu bulguları olduğunda fasyatomi mutlaka yapılmalıdır.

Sonuç: Görüntüleme amaçlı periferik damar yolundan verilen kontrast maddenin damar dışına kaçması nadir görülmekle birlikte vakaların büyük bir kısmı küçük hacimlerde kontrast maddenin kaçışına bağlıdır. Meydana gelen ağrı, şişlik, kızarıklık gibi semptomlar hızlı bir şekilde, sekel bırakmadan düzelir. Fakat büyük hacimlerde kontrast maddenin damar dışına kaçtığı olgularda cilt nekrozu ve kompartman sendromu görülebilir.

Referanslar

1. Loth TS, Jones DEC (1988) Extravasations of radiographic contrast material in the upper extremity. J Hand Surg 13:395-398
2. Miles SG, Rasmussen JF, Litwiller T, Osik A: Safe use of an intravenous power injector for CT: Experience and protocol. Radiology 1990. 176(1):69-70.
3. Doellman D, Hadaway L, Bowe-Geddes LA, Franklin M, LeDonne J, Papke-O'Donnell L, et al: Infiltration and extravasation: Update on prevention and management. Journal of Infusion Nursing 2009, 32(4):203-211.
4. Federle MP, Chang PJ, Confer S, Ozgun B: Frequency and effects of extravasation of ionic and nonionic CT contrast media during rapid bolus injection. Radiology 1998, 206(3):637-640.
5. Selek H, Özer H, Aygencel G, Turanlı S: Compartment syndrome in the hand due to extravasation of contrast material. Arch Orthop Trauma Surg 2007, 127(6):425-427.
6. Vandeweyer E, Heymans O, Deraemaecker R: Extravasation injuries and emergency suction as treatment. Plast Reconstr Surg 2000, 105(1):109-110.

şekil 1



P233

Parmak Ucu Defektlerinin Tenar Flep İle Rekonstrüksiyonu

Fatih Kılıç¹, Emre Özenalp², Hakan Özocak², İlknur Orhan²

¹Niğde Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, Niğde

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş: Parmak ucu yaralanmaları el yaralanmaları içerisinde büyük bir kısmı oluşturmaktadır. Oluşan defekti onarmak için vakit kaybetmeden en uygun tekniğin uygulanması gerekmektedir. Yapılacak teknik parmak ucunu normal anatomisine uygun şekilde düzeltebilmeli, his duyusuna sahip olabilmeli ve başka morbiditeye sebep olmamalıdır. Parmak ucu defektlerinde tenar flep ile onarım ilk olarak 1926 yılında Gatewood tarafından tarif edilmiştir (1). Donor saha defektinin olmaması, yeterli yumuşak doku sağlaması, renk ve doku içeriği olarak parmak ucu dokusuna benzerlik göstermesi tenar flebin avantajları olarak sıralanabilir. Major dezavantajı ise eklem kontraktürüne sebep olabilmesi ve parmak ucunda sertlik oluşturabilmesidir. Genç bayanlarda ve çocuklar daha esnek ekleme sahip olduklarından bu grup tenar flep için iyi bir adaydır. Bu çalışmamızda parmak ucu yumuşak doku defektlerinde uyguladığımız tenar flep ile onarımlar sunulmaktadır.

Materyal-Metod: Kliniğimize 2015-2016 yılları arasında parmak ucu yaralanması ile gelen 10 erkek 3 kadın olmak üzere 13 hastaya tenar flep ile onarım yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 19,6 (5-61) idi. Yaralanan parmaklardan 7 tanesi 2. Parmak, 5 tanesi 3. Parmak, 1 tanesi ise 4. Parmak idi. Yaralanma mekanizması kapağı sıkışma, bıçak ve balta gibi kesici aletlerle yaralanma, zincire sıkışma ve ateşli silah yaralanması idi (Tablo).

Cerrahi Teknik: Hastaların cerrahi işlem öncesi onam formu alındı ve fotoğrafları çekildi. Beş yaşındaki ve 6 yaşındaki iki hasta dışında tüm hastalar lokal anestezi altında opere edildi. Tüm hastalar aynı cerrah tarafından opere edildi. Donor alan genellikle parmak ucunun denk geldiği tenar eminens bölgesi olarak seçildi. Flep genişliği defekten büyük olacak şekilde ayarlandı ve tam kat deri flebi tenar kas fasyası üzerinden kaldırıldı. Bu sırada başparmağa giden radial digital sinirin hasarlanmamasına dikkat edildi. Yeterli flep elevasyonu flebin defekt alanına tutularak değerlendirildi ve defekte sütüre edilmeden önce donar alan, flebi boğmayacak şekilde primer sütüre edildi. Defekt debritleme sonrası flep defekt alanına 5/0 polivinilkapron ile sütüre edildi. Operasyondan ortalama 3 hafta sonra flep ayrılması yapıldı (Resim).

Bulgular: Tüm yaralanmalar kemiği açıkta bırakacak şekilde gerçekleşen pulpa amputasyonlarıdır. Tüm hastaların defektlerinin tamamı tenar flep ile kapatıldı. Ortalama flep ayrılma süresi 22,3 (20-30) gün idi. Ortalama hasta takip süremiz 6.6 aydır (2-9 ay). Erken dönem komplikasyonu olarak hiçbir hastada yara yeri enfeksiyonu, tam veya kısmi flep kaybı, yara ayrışması, donor alan morbiditesi görülmedi. Tüm hastalarda parmak uzunluğu korundu. Tüm hastalarda normal tırnak büyümesi ve parmak ucu kontürü sağlandı. Tüm hastalarda dokunma, ağrı ve ısı duyusunun korunduğu görüldü. Herhangi bir hastaya revizyon ameliyatı gerekli görülmedi. Sadece 61 yaşında bir erkek hastada minimal fleksiyon kontraktürü gelişmiş olup erken fizik tedavi ile herhangi bir deformite kalmadan düzelmiştir. Hastalarda son kontrollerinde yapılan iki nokta diskriminasyon testi 1-2 mm idi.

Tartışma: Parmaklar el hareketleri içerisinde kavrama, tutma, dokunma gibi kritik fonksiyonları yerine

getirmektedir. Parmak ucu yaralanmaları özellikle çocuk yaşta sık görülen bir yaralanmadır. Çoğu yaralanma konservatif olarak takip edilebilmekle beraber pulpa defektinde ve kemiğin açıkta olduğu durumlarda rekonstrüksiyon gerekebilmektedir. Onarımda tırnağın korunması, parmak genişlik ve uzunluğunun korunması ve doğala yakın görünüm elde etmek önemlidir. Defekti onarmak için birçok yöntem denenmiştir. Bunlar arasında sekonder iyileşmeye bırakma, kemiği kısaltıp primer kapatma, greft ile onarım, lokal doku ilerletmeleri, serbest ve perforatör flep uygulamaları sayılabilir (2-6). Uzun iyileşme süreleri, parmak uzunluğunda kısalma, ek morbiditeye sebep olma, doğal parmak ucu görünümünü sağlamaması nedeni ile bu yöntemler her zaman uygun olamamaktadır. Tenar flep parmak ucu rekonstrüksiyonunda doğal bir pulpa sağlaması, tırnak yatağını koruması, parmak ucu hissi sağlaması, beslenmesi bakımından güvenli olması, ek morbiditeye sebep olmaması, serbest flep olarak da uygulanabilmesi yönlerinden avantajlıdır (7). Daha önceki yapılan çalışmalarda da bu doğrultuda olumlu sonuçlar alınmıştır (8,9). Rinker yaptığı çalışmada tenar flep ile opere ettiği 15 hastada anlamlı bir fleksiyon kontraktürü olmadığını göstermiştir (10). Bizim çalışmamızda ise 5 yaşında bir çocuk hastada 21. gün dolmasına rağmen üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiğinden dolayı anestezi için uygun şartlar sağlanamadı ve 30. güne kadar beklendi. Buna rağmen flep ayrıldıktan sonra herhangi bir fleksiyon kontraktürü gözlenmedi. Sadece 61 yaşındaki 1 hastada erken dönemde fleksiyon kontraktürü görülmüş olup uygun fizik tedavi yöntemleri ile kısa sürede düzelmiştir. Bunun dışında hiçbir hastada herhangi bir yara iyileşme problemi veya başka komplikasyon görülmemiştir.

Sonuç: Bu teknik, parmak ucu onarımında mükemmel fonksiyonel ve estetik sonuçlar göstermiştir. Anlamlı bir fleksiyon kontraktürünün olmaması ve parmak ucu şeklinin ve duyununun iyi sağlanması, flep kaybı riskinin düşük olması nedeni ile kullanışlı bir yöntemdir.

Referans

- 1- Gatewood A. A plastic repair of finger defects without hospitalization. JAMA. 1926;87:1479.
- 2- Hashem AM. Full-thickness grafting from the ulnar border of the palm: outcome and donor-site morbidity. Ann Plast Surg 2011;67:123-8.
- 3- Lim GJ, Yam AK, Lee JY, et al. The spiral flap for fingertip resurfacing: short-term and long-term results. J Hand Surg [Am] 2008;33:340-6 (347).
- 4- Lee DC, Kim JS, Ki SH, et al. Partial second toe pulp free flap for fingertip reconstruction. Plast Reconstr Surg 2008;121:899-907.
- 5- SalazardB,LaunayF,DesouchesC,etal.Fingertipinjuriesinchildren:81caseswithatleastoneyearfollow-up. RevChirOrthopReparatriceApparMot2004;90:621-7.
- 6- Simsek T, Engin MS, Aslan O, et al. Finger pulp reconstruction with free dorsoulnar artery perforator (DUAP) flap. J Reconstr Microsurg 2011;27:543-9.
- 7- Kamei K, Ide Y, Kimura T: A new free thenar flap. Plast Reconstr Surg 1993, 92(7):1380-1384.
- 8- Dellon AL. The proximal inset thenar flap for fingertip reconstruction. Plast Reconstr Surg 1983;72:698 -704.
- 9- Barbato BD, Guelmi K, Romano SJ, et al. Thenar flap rehabilitated: a review of 20 cases. Ann Plast Surg 1996;37:135 -139.
- 10- Rinker, B. Fingertip reconstruction with the lateral based thenar flap: Indications and long term functional results. HAND 2006;1:2-8

Resim



3 farklı hastanın parmak ucu defektlerinin tenar flep ile onarımı ve post operatif fotoğrafları

Tablo

Hasta	Cinsiyet	Yaş	Yaralanma nedeni	Yaralanan Parmak
1	E	12	Balta ile yaralanma	3
2	E	5	Pervaneye sıkışma	3
3	E	61	Zincire sıkışma	4
4	K	9	Kapıya sıkışma	2
5	E	11	Ateşli silah ile yaralanma	2
6	K	10	Kapıya sıkışma	2
7	E	17	Ateşli silah ile yaralanma	3
8	E	6	kapıya sıkışma	3
9	E	20	Bıçak ile yaralanma	2
10	E	32	Kapıya sıkışma	2
11	K	10	Balta ile yaralanma	2
12	E	50	Kapıya sıkışma	3
13	E	15	Bıçak ile yaralanma	2

Hastalar ve yaralanmaya ait özellikler

P234**Üst Ekstremitelerde Nadir Görülen Benign Non-Enfeksiyöz Subkutan Amfizem Olgusu**

Metin Temel, Mustafa Özkan, Ahmet Kahraman, Ali Yeniocak
Mustafa Kemal Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Hatay

Giriş ve Amaç: Cilt altı amfizemin nedenleri künt-penetrant travmalar ve enfeksiyondur. Diğer non-enfeksiyöz benign nedenler nadir gözlenir [1]. Enfeksiyöz nedenler arasında gazlı gangren ve nekrotizan fasiit gibi mortalite ve morbiditesi yüksek olan hastalıklar önemli yer tutar [2]. Bu olgu sunumuyla amacımız üst ekstremitelerde gelişen subkutan amfizemin hızlı ilerleyen ve mortalite ve morbiditesi yüksek olan nekrotizan fasiit ve/veya gazlı gangrenin habercisi olabileceği gibi tedavisinde radikal cerrahinin yerinin olmadığı benign/non-enfeksiyöz nedenlerinde düşünülmesi gerekliliğidir.

Gereç ve Yöntem: 20 yaşında askerliğini yapmakta olan erkek hastamız sağ kol, ön kol ve sağ elde şişlik, kızarıklık şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hastanın hikayesinde daha önce başparmak dorsal yüzde açık yara nedeniyle opere edildiği öğrenildi. Fiziksel incelemesinde sağ kolda yaygın krepitasyonu olan hastanın glaskow koma skalası 15'ti. Genel durumu iyi olan hastanın ateşi 36.6 C, nabız: 82 atım/dk, solunum sayısı: 15/dk, TA:110/75 mmHg idi. Laboratuvar incelemesinde WBC:7,92 10³/uL VE CRP:3,3 mg/L (N:0-5 mg/L) idi. Genel durumu gayet iyi olan hastaya çekilen iki yönlü ön kol/el grafisi ve BT sinde cilt altında yaygın havalanmaların olduğu belirlendi. Hasta anaerop enfeksiyon ve klostridyal miyonekroz ön tanıları ile plastik cerrahi servisine yatırılarak antibiyoterapisi başlandı. 2.günde gönderilen prokalsitonin <0,05 ng/mL (enfeksiyon yok) değerinde geldi. Yatışının 8.gününde hastaya başparmak dorsalinden insizyonla yıkama yapıldı. Takiplerinde şişliği gerileyen hasta daha sonra antibiyoterapiyle taburcu edilerek izleme alındı. Memleketinde izinde olan asker hastamızın tekrar askeri birliğine döndükten ertesi gün, taburculuğundan 30 gün sonra sağ kol, önkol ve sağ elinde şişlik ve FM'de krepitasyonu tekrarladı. Genel durumu iyi ve vitalleri stabildi. Röntgeninde subkutan amfizemle uyumlu cilt altı havalanmalar vardı. Hastaya rutin kan tetkikleri ve kan kültürü gönderilerek seftriakson ve metronidazol tedavisi başlandı. Laboratuvar tetkiklerinde WBC:7,58 10³/uL saptandı. Ertesi gün hastaya sağ el bilek dorsalinden fasiotomi yapılarak inop eksuda aerop kültürü gönderildi. Fasiotomi sonrası yarası 4 gün boyunca açık bırakılan hastanın eksuda kültüründe koagülaz negatif stafilokok üremesi saptandı. Üreme kontamine olarak değerlendirildi. Kan kültüründe üremesi olmadı. Takiplerinde şişliği ve krepitasyonları gerileyen hastanın postop 5.günde yarası suture edilerek taburcu edildi. Hastanın askerlik dönemi boyunca stres altında olduğu gözlemlendi. Hastanın taburculuğa yakın klinisyene mevcut bulgularının tekrar edip etmeyeceğini defalarca sorması ve klinisyenden uzun süreli istirahat raporu istemesi şüpheli bulundu. Hastanın 20 gün önce izindeyken kavgaya karıştığı kendisinden öğrenildi.

Sonuç ve Tartışma: Subkutan amfizemle karşılaşan klinisyenin ayırıcı tanıda ilk önce gazlı gangren veya nekrotizan fasiit gibi mortalite ve morbiditesi yüksek olan hastalıkları akla getirmesi gerekir [2]. Bunların tedavisi acil debridman olup cerrahi seçeneği uygulanmaktadır. Ekstremitelerde gelişen subkutan amfizemlerin benign nedenli olanları olduğuna yönelik seriler mevcut. Ancak

en önce ayırıcı tanıda akla gelen enfeksiyöz nedenlerin ekarte edilmesi için hastanın laboratuvar tetkiklerinin, CRP değerinin mutlaka hastanın fizik muayenesiyle beraber değerlendirilmesi gerekmektedir. Eğer cerrahi uygulanmışsa inop aerop ve anaerop kültürlerinin alınması gerekir. Olgu sunumumuzda olduğu gibi enfeksiyon bulguları olmayan ve rekürren subkutan amfizem ile başvuran hastada akla benign subkutan amfizem gelmelidir. Literatürde "factitious subkutan amfizem" tanımlanmış olup gereksiz radikal cerrahiden kaçınılması gerektiği bildirilmiştir [1]. Bu gibi hastaların psikiyatrik yönden sorgulanması ve gerekirse psikiyatri konsültasyonu istenmesi gerekir [1]. Dr.Birman'a [4] göre üst ekstremitelerde enfeksiyon bulgusu olmayan subkutan amfizem, psikiyatrik bozuklukların belirtisi olabilir. Sonuç olarak cilt altı amfizemlerin etyolojisinde sadece enfeksiyonlar yer almayıp benign/non-enfeksiyöz nedenler de akla gelmelidir. Bu gibi hastalarda gereksiz radikal cerrahilerden kaçınılması gerekir. Olgumuzda olduğu gibi cerrahi uygulanıp benign/non-enfeksiyöz subkutan amfizem olabilecek vakaların daha fazla olabileceği düşünülmektedir. Factitious subkutan amfizemli hastaların tanı ve tedavi aşamasında psikolojik durumlarının da gözönüne alınması bu hastalığın tanı ve tedavisinde oldukça önemlidir.

Kaynaklar

1. Lee, Y.P. and J.Y. Lee, Recurrent factitious subcutaneous emphysema: report of a complex case in a young woman and a literature review. Kaohsiung J Med Sci, 2010. 26(7): p. 377-83.
2. Mahirogullari, M., et al., Factitious subcutaneous emphysema of an extremity. Joint Bone Spine, 2008. 75(1): p. 84-6.
3. Ozalay, M., et al., Benign noninfectious subcutaneous emphysema of the hand. Arch Orthop Trauma Surg, 2003. 123(8): p. 433-5.
4. Birman, M.V. and D.H. Lee, Factitious disorders of the upper extremity. J Am Acad Orthop Surg, 2012. 20(2): p. 78-85.

P235**Bacakta Kapalı Degloving Yaralanması, Morel-Lavallee Lezyonu**

Tahsin Görgülü, Burçin Acuner, Emrah Işıktekin, Ahmet Eksal Kargı
Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Zonguldak

Morel-Lavallee lezyonu, travmaya sekonder olarak subkutanöz doku ile superfisyel fasya veya kemik arasında kayma ve basınç kuvvetleri nedeni ile köken kapalı degloving tarzı, sıklıkla motorlu taşıt ve ender olarak spor yaralanmalarında görülen nadir bir durumdur. Oluşan gerilim kuvveti nedeni ile cilt altı yumuşak doku kitlesinin potansiyel boşluk oluşturacak şekilde ve cilt perforatörlerine zarar vererek altındaki tabakadan ayrılması olarak da tanımlanabilmektedir. Oluşan boşluk içerisinde sıvı karakterli kan, lenf ve hücresel yıkım ürünleri toplanması sonrasında erken dönemde fluktuasyon veren lezyon oluşabilmesine rağmen genellikle tanı koymakta geç kalınmaktadır. Olgumuz 33 yaşındaki kadın hasta, araç dışı trafik kazası sonrası fibula ve kalkenoustaki fraktürleri nedeni ile atel ile ortopedi ve travmatoloji bölümüne takip edilmiştir ve travma sonrası 10. gününde bize sağ kruriste ezilme yaralanması nedeniyle danışıldı. Hastanın muayenesinde sağ kruris ödemli, alttaki yumuşak dokuya göre mobil ve fluktuatif idi. Dorsalde demarkasyon hattı oturmamış 3x7 cm nekrotik

alan mevcuttu. Yaralanmanın travma sonrasında kesi ve defekt olmaksızın, kruris üzerinden taşıt tekerleği geçmiş olması şeklinde gerçekleşmesi bize kuvvetle uygulanan basıncın ciltaltı yumuşak dokunun kayarak altındaki dokuyla arada ölü boşluk oluşturacak şekilde ayrışması sonrasında oluşan Morel-Lavallee lezyonunu düşündürdü. Hasta erken dönemde opere olmayı kabul etmediğinden yaralanmadan sonra 30. Güne kadar pansumanla takip edildi. Nekrozların demarkasyon hattı olturduktan sonra hidrocerrahi debridman aleti ile yapılan debridmanın ardından hasta rifampisin, borik asit ve antiseptikli tül ile yapılan pansuman ile takip edildi. Postoperatif 1. hafta negatif basınçlı yara kapama tedavisi uygulanmaya başlandı ve 5 kez bu uygulama yapıldıktan sonra hastanın kruristeki yara alanları uyuk anterolateralinden alınan split-thickness deri grefti ile onarıldı. Rutin poliklinik takibine devam eden hastanın fibula ve kalkaneus fraktür hatlarının kaynamasının ardından mobilizasyonu başladı ve iyileşme komplikasyonsuz olarak gerçekleşti. Morel-Lavallee lezyonları ezilme veya hematoma gibi diğer yumuşak doku yaralanmalarından farklı olarak cilt nekrozu ve enfeksiyonla daha sık olarak ilişkilidir. Tanı genellikle klinik olarak konulur, fluktuasyon veren yumuşak doku kitlesi, azalmış kutanöz sensitivite ve cilt hipermobilitesi klinik bulgulardır. Bu lezyonların uygun tedavisi erken tanı ve erken debridman ile sağlanabilir.

Resim 1



Morel-Lavallee lezyonu olan hastanın yaralanmadan 10 gün sonraki görüntüsü

P236

Epilepsi Atağı Müdahalesi Sırasında Parmak Yaralanmaları: İki Adet Olgu Sunumu

Burçin Acuner, Tahsin Görgülü, Ahmet Eksal Kargı
Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Zonguldak

İnsan ısırığı yaralanmaları genellikle kavgalar, spor aktiviteleri veya çalışma sırasında görülebilir. Bu yaralanmalar genellikle üst ekstremitelerde, daha az sıklıkta ise yüzde, boyunda, gövde ve alt ekstremitelerde görülürler. Epilepsi atağı geçiren bir hastanın dilini öne almak için elini atak sırasında hastanın ağzına sokma şeklinde yaralanma durumu literatürde bir defa bildirilmiştir. Bu olgu sunumunda, biri daha önce literatürde bildirilmemiş parmak ucu amputasyonu olan, diğeri ise sağlık merkezine geç başvuru nedeniyle neredeyse parmağını kaybedecek aşamaya gelen iki adet hasta sunmaktayız.

Olgu 1: 32 yaşında bayan hasta eşi ile birlikte acil servisimize getirildi. Eşi status epileptikus durumunda olan hastanın kendisinin sol el 2. parmağı ampute idi. Hastanın hikayesi sorgulandığında eşi epilepsi atağı geçirirken nefes

almasının engellendiğini düşünüp dilini öne çekmek için parmağını hastanın ağzına soktuğunu, o sırada eşinin parmağını ısırıp parmak ucunu kopardığını belirtti. Fizik muayenede tırnak yatağının proksimal 1/3'ünden itibaren kemiği de içerecek şekilde total parmak ucu amputasyonu olduğu görüldü. Hasta parmağın kopan parçasının eşi tarafından yutulduğunu belirttiğinden replantasyon düşünülmeydi. Hasta yatırıldı ve intravenöz antibiyotik tedavisi başlandı. Lokal anestezi ve sedasyon anestezisi altında Hatchet flep ile parmak ucu defekti onarıldı. İyileşme sorunsuz gerçekleşti ve enfeksiyon görülmedi.

Olgu 2: 53 yaşında bayan hasta sol el 3. parmağında enfekte yara nedeniyle konsülte edildi. Hikayesinde 1 hafta önce epilepsi atağı geçiren engelli oğlu tarafından atak sırasında ısırıldığını belirtti. Parmağını oğlunun ağzına nefes almasını sağlamak için dilini öne almak nedeniyle soktuğunu belirtti. Fizik muayenede hastanın sol el 3. parmak dorsumunda iki adet punktuat lezyon görüldü. Parmak ödemli ve eritemliydi ve ayrıca pasif harekette ağrı mevcuttu. Hastanın sağ kolu çocukken bilmediği bir hastalık süreci sonrasında ampute edilmişti ve bu nedenle sol elinin çocuğuna bakabilmek için çok önemli olduğunu belirtti. Yatarak takip edildiği enfeksiyon hastalıkları kliniğinde kültüre uygun intravenöz antibiyotik tedavisi başlanmıştı. Hasta lokal anestezi altında opere edildi ve irrigasyon ile debridman yapıldı. Pansumanla takip edilen hasta uygun antibiyoterapi altında sorunsuz iyileşti ve fizik tedaviye yönlendirildi. Acil servislere başvuran insan ısırığı yaralanmalarının insidansı %0,1 olarak bildirilmiştir ve bu memeli hayvan ısırıklarının %2-3'üdür. İnsan ısırıkları genellikle ekstremitelerde, yüzde ve daha az olarak diğer vücut bölgelerinde görülür. Bu yaralanmalar hastalar tarafından göz ardı edilebilir ve bazen sağlık merkezine geç başvuru nedeniyle uzuv kaybı veya fonksiyon kaybı gibi istenmeyen sonuçlar görülebilir. Geç başvuru farklı çalışmalarda bir veya iki gün sonra olarak bildirilmiştir. Büyük olasılıkla eşinin halen epilepsi atağı geçiriyor olması nedeniyle ilk vaka hastaneye hemen başvurmuştur. Bu sayede uygun antibiyoterapi eşliğinde yaralanması erken dönemde sorunsuz olarak rekonstrükte edilebilmiştir. İkinci vaka engelli çocuğu ile ilgilenebilecek kimseyi bulamadığından yaralanmayı önemsememiş ve enfeksiyon görülene kadar hastaneye başvurmamıştır. Geç başvurusuna rağmen uygun debridman ve antibiyoterapi ile sorunsuz iyileşmiştir. İnsan ısırıklarında empririk antibiyoterapide ilk tercih genellikle oral amoksisilin/klavulanik asit veya intravenöz ampisilin/sulbaktam'dır. Hastalara genellikle tetanoz profilaksisi pratikte yapılsa da teorik olarak insan ısırığından tetanoz bulaştığı gösterilmemiştir. Her iki vakada da yakınlarının elini ısırarak hastalar tedaviye dirençli epilepsi hastalarıdır. Bu tür hastaların yakınlarına atak sırasında hastanın ağzına elini sokmak yerine hastayı kurtarma pozisyonuna getirmelerinin yeterli olacağı öğretilmelidir. Bu oldu sunumundaki vakalar hastalara yapılacak herhangi bir müdahaleden önce kendini korumanın önemini vurgulamaktadır.

resim 1



Eşinin epilepsi atağı sırasında parmak ucu ampute olan hastanın görünümü.

P237 Posttravmatik Radial Arter Pseudoanevrizması Ve Arteriovenöz Fistül: Nadir Bir Vaka

Yasemin İmamoğlu, Murat Livaoğlu, Gökhan Efe,
Mustafa Keleş, Muhammet Uraloğlu
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., Trabzon

Amaç: Pseudoanevrizma Radial arter pseudoanevrizması künt travma veya iatrojenik yaralanma sonrasında gelişen nadir lezyonlardır. Bu olguda 46 yaşında ön kola penetran travma sonrasında gelişen A-V fistül ve pseudoanevrizmanın yönetimi sunulmuştur.

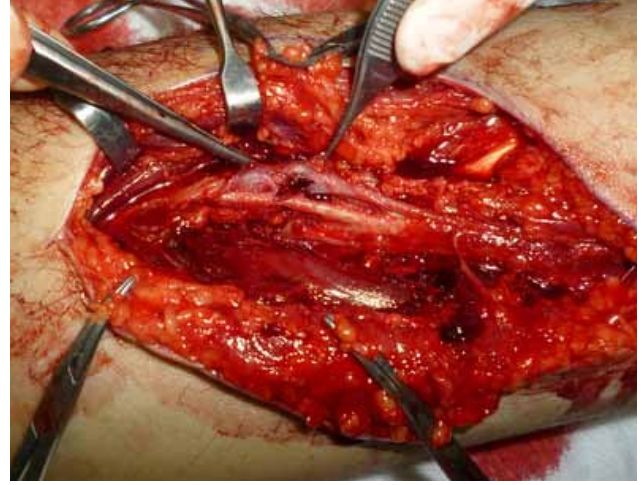
Giriş: Post travmatik pseudoanevrizma ve konkomitan arteriovenöz fistül kemik fraktürleri, penetran veya yüksek enerjili travmalar, sportif aktiviteler ve daha az sıklıkla ortopedik yaralanmalar sonrasında görülebilir. Cerrahinin yanı sıra endovasküler tedavi yöntemleri tercih edilebilir.

Gereç – Yöntem: Sağ ön kola delici alet ile penetran travma sonrasında acil servise başvuran 46 yaşında hastanın gitgide artan şişlik, ağrı şikayetleri mevcuttu. Yapılan muayenesinde sağ ön kolda dorsal yüzde, radial tarafta 10 mmlik giriş ve volarde, ulnar tarafta 2 mmlik çıkış deliği mevcuttu. Periferik nabızları palpabldı. Duyu ve tendon muayenesi doğaldı. Pozitif bulgu olarak travma alanı üzerinde thrill alınmaktaydı. Ön kol proksimalı gergindi. Çekilen anjiyografide sağ brakial arter ve sefalik ven arasında fistül, fistül düzeyinde pseudoanevrizmatik genişleme, radial ve ulnar arterde dolum mevcut olduğu ancak yavaşladığı rapor edildi. Operasyon planlandı. Aksiller anestezi mikroskop altında değerlendirilen alanda radial arter ve konkomitan veni arasında travma sonrasında fistül geliştiği gözlemlendi. Fistül etrafında geniş yer tutan hematoma temizlendi. Arter duvarı mikrocerrahi tekniğe uygun onarıldı. Ven bağlandı. Komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç: Radial arter ve konkomitan veni arasında gelişen fistül ve pseudoanevrizma, olguyu şimdiye kadar olan yayınlardan farklı kılmaktadır. Travma sonrasında kolda

gitgide artan şişlik ve şişlik üzerinde thrill mevcudiyetinde ayırıcı tanıda A-V fistül düşünülmelidir.

intraoperatif görünüm



P238

Parmak Dorsumunda Bulunan Tendon ve Deri Deri Defektinin Tek Seanslı Onarımı: Olgu Sunumu

Musa Kemal Keleş¹, Bekir Ünal¹, Feridun Elmas¹,
Ali Teoman Tellioglu²

¹Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Laserasyon, ezilme ve avülsiyon yaralanmaları ekstansör tendon yaralanmalarının en sık sebepleridir (1). Klinik pratikte en sık laserasyon yaralanmaları görülür ve lokal anestezi altında acil müdahale odasında dahi kolayca onarılabilir. Ezilme ve avülsiyon yaralanmaları daha nadir olmasına rağmen bu tip yaralanmalar tendon defekti oluşturmaya eğilimlidirler. Ekstansör zon I-V de oluşan 1 mm lik tendon defekti 20 derece ekstansiyon kaybına ve fleksiyon kısıtlılığına neden olabilmektedir (2). Ek olarak bu yaralanmalara yumuşak doku defektleri de eşlik edebilir. Bu kombine yaralanmalar ekstansör tendon ve yumuşak doku defekti için komplike rekonstrüktif yaklaşımlar gerektiren zor bir problem oluşturur. Bu olguda kombine ekstansör tendon ve yumuşak doku defekti için tek seanslı rekonstrüktif yöntem sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: 45 yaşında erkek hasta odun testeresi ile yaralanma nedeniyle acil servisimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede sol el 3. parmakta zon III-IV de tendon ve cilt defektiyle beraber ekstansiyon arazi izlendi. Ayrıca 2. ve 4. parmakta basit cilt laserasyonları mevcuttu. Hastanın bilinen herhangi bir hastalık, travma ve sigara öyküsü yoktu. Direkt grafisi normaldi. Tendon ve yumuşak doku defekti için 2. ve 3. parmaklar arasında bulunan juncturae tendinum A ile birlikte ters akımlı 2. dorsal metakarpal arter bazlı perforatör flep planlandı. Genel anestezi altında nekrotik dokuların debridmanı sonrası 1 cm juncturae tendinum içeren 3x3,5 cm büyüklüğünde ters akımlı 2. dorsal metakarpal arter flebi, tendonun flepten sıyrılmasına dikkat edilerek kaldırıldı. Flep, oluşturulan tünelden geçirilerek defektif tendon ve cilt alanına adapte edildi. Donör saha primer kapatıldı.

Pedikül gerginliğini önlemek amacıyla nötral atel yapılarak operasyon sonlandırıldı. Postoperatif erken dönemde minimal dehisans olmasına rağmen sorunsuz iyileşme elde edildi (Resim 1).

Tartışma: Ekstansör tendon defektlerine sıklıkla yumuşak doku defekti eşlik etmektedir. Tedavi stratejisinde her iki defektin de çözümüne odaklanılmalıdır. Dorsal digital yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda reverse cross finger flep, homodigital ada flebi, adipofasyal turnover flep, ters akımlı dorsal metakarpal flepler önerilen bazı flep seçenekleridir (3). Yumuşak doku defektine tendon defektinin eşlik ettiği durumlarda genellikle yumuşak doku rekonstrüksiyonuyla eş zamanlı olarak primer tendon grefti, tendon transferi ve tendon uzatma teknikleri gibi yöntemlerle tendon rekonstrüksiyonu yapılır (4). Tendon protezi kullanarak yapılan aşamalı rekonstrüksiyon nadiren yapılır çünkü, ekstansör tendonlarda fleksör tendonlardan farklı olarak sekonder tendon kılıfı oluşturmaya gerek yoktur (5). Bu vakada 2. dorsal metakarpal arter flebine uygun konumdaki 1. juncturae tendinum, kompozit tendokutanöz flep olarak 3. parmak ekstansör tendon santral slip defekti için kullanıldı. Tendon grefti veya tendon transferi için ikinci bir donör sahaya ihtiyaç duyulmadı ve başka bir tendon sakrifiye edilmedi.

Sonuç: Tendon ile kombine edilmiş dorsal metakarpal arter perforatör flep, tek aşamalı vaskülerize tendon transferi avantajıyla tendon defektiyle birlikte olan dorsal digital doku defektleri için kullanışlı bir seçenek olabilir.

Kaynaklar

- 1.Al-Qattan, M., Two-staged extensor tendon reconstruction for zone 6 extensor tendon loss of the fingers: indications, technique and results. Journal of Hand Surgery (European Volume), 2015. 40(3): p. 276-280.
- 2.Kochevar, A., G. Rayan, and M. Angel, Extensor tendon reconstruction for zones II and IV using local tendon flap: a cadaver study. The Journal of hand surgery, 2009. 34(7): p. 1269-1275.
- 3.Al-Qattan, M.M., The cross-digital dorsal adipofascial flap. Annals of plastic surgery, 2008. 60(2): p. 150-153.
- 4.Sundine, M. and L. Scheker, A comparison of immediate and staged reconstruction of the dorsum of the hand. Journal of Hand Surgery (British and European Volume), 1996. 21(2): p. 216-221.
- 5.Adams, B.D., Staged extensor tendon reconstruction in the finger. The Journal of hand surgery, 1997. 22(5): p. 833-837.

Resim 1



A: Preoperatif defektin görünümü ve flep planlaması, B: Postoperatif 5. ay görünümü.

P239

Epilepsi ve Düşük Ayağın Eşlik Ettiği Üst Ekstremitte Schwannoması, Olgu Sunumu

Çağla Çiçek¹, Candemir Ceran¹,

Mustafa Raşid Toksöz², Dürdane Keskin¹,

Mustafa Erol Demirseren²

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Nörilemoma olarak da bilinen Schwannoma Schwan hücrelerinin benign proliferasyonudur. Üst ekstremitede ulnar sinir gibi büyük sinirleri etkiler. Çalışmamızda da ulnar sinir trasesi boyunca ve medulla spinalis yerleşimine bağlı düşük ayak ve epilepsi birlikteliğine neden olan multiple schwannoma olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 34 yaşında erkek hasta önkolda ağrı ve şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. 14 yaşından beri günde 2-3 kez olan epileptik ataklarının olduğu ve 10 yıl önce düşük ayak geliştiği öğrenildi. Medulla spinalis yerleşimli schwannoma nedeniyle beyin cerrahisi kliniğince radyoterapi uygulanan hasta tarafımızca muayene edildiğinde ön kol proksimalı, el bileği ve 3. parmak ulnar tarafta hareketli, ağrılı, hassas kitleler tespit edildi. Genel anestezi altında opere edilen hastanın ön kol proksimalı ulnar taraftaki kitlenin kapsüllü olmaması dolayısı ile ulnar sinirden ayrılması mümkün olmadı. Hastanın otolog sinir grefti için cerrahi onam vermemesi nedeniyle sadece tanı amaçlı insizyonel biyopsi planlandı. Guyun kanalı ve 4. parmak ulnar taraftaki diğer kitleler ise kapsülünden ayrılarak eksize edildi. Postoperatif dönemde el bileği distalinde ulnar sinir trasesi boyunca hipoestezisi olan hastanın ameliyat sonrası 1. ayda şikayetlerinin düzeldiği gözlemlendi.

Sonuç: %95 oranında yavaş büyüyen kitleler olarak karşımıza çıkan Schwannoma, çoğunlukla izole olup non-infiltratiftir. 2,5 cm'den büyük kitleler nörolojik semptomlara ve ağrıya neden olabilir. Görülme sıklığının az olması, klinik semptomların ve bulguların değişken olması sebebi ile çoğu zaman tanı almada gecikmektedir. Ayrıca tanıda ganglion, lipom ve tenosinovit göz önünde bulundurulmalıdır. %19 oranında üst ekstremitte yerleşimli olan bu tümörlerin, %45'i beyin ve medulla spinalis yerleşimlidir. Beyin parankim yerleşimli schwannomlar nadir görülse de malign transformasyonlarının olabileceği unutulmamalıdır. Üst ekstremitede kitle nedeniyle başvuran hastalarda cerrah için periferik sinir tümörleri ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Sinir liflerinin hasarından ve kalıcı deformiteden kaçınmak için, ayrıca sinir devamlılığının sağlanamadığı durumlarda sinir grefti uygulaması için mikrocerrahi teknik ile rekonstrüksiyon planlanmalıdır.

P240

Dört Ekstremitte Polidaktili

Fatih Kılıç¹, Gamze Güney²

¹Niğde Devlet Hastanesi

²Ankara Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Polidaktili el ve ayağın en sık görülen konjenital anomalisidir. Sporadik olarak, ailesel olarak geçiş gösterebilir veya sendromların bir parçası olarak görülebilir (1).

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği
38. Ulusal Kurultayı

Polidaktilinin tedavisi fonksiyonel, kozmetik ve psikososyal nedenlerle yapılmaktadır. Özellikle ayak parmaklarında fazlalık bulunan hastalar ayakkabı giymekte problem yaşadıklarından dolayı opere edilmelidir. Polidaktilinin 4 ekstremitede birden görülmesi nadir bir durumdur (2). Bu çalışmamızda 4 ekstremitesinde polidaktili olan bir hasta sunulmaktadır.

Olgu: Bir yaşında kız hasta her iki el ve ayaklarında fazla parmak bulunması nedeni ile kliniğimize başvurdu. Hastanın hikayesinde anne ve baba arasında herhangi bir akrabalık olmadığı, annenin gebelik sırasında herhangi bir ilaç kullanmadığı, radyasyon almadığı ve bir hastalık geçirmediği öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde tüm organ muayenelerinin normal olduğu ve 4 ekstremitenin 4'ünde de post-aksiyal polidaktili olduğu görüldü (Resim). Muayenede, pedikül sadece deri içerdiğinden dolayı herhangi bir görüntüleme yöntemine gerek görülmedi. Kozmetik nedenlerle ve yakın zamanda ayakkabı giyeceği nedeni ile cerrahi planlandı, Sedo-analjezi altında fazla parmaklar eksize edildi ve güdükler 5/0 emilebilen monofilaman suture ile suture edildi.

Tartışma: Polidaktili el ve ayağın en sık görülen konjenital anomalisi olmasıyla beraber cerrahisinin basit olması, hastanede yatış süresinin uzun olmaması nedeniyle yüz güldüren sonuçları vardır. Görülme yerine göre radial (pre-aksiyal) ve ulnar (post-aksiyal) polidaktili olarak sınıflandırılabilir. Ulnar polidaktili daha sık görülür (3). Ulnar polidaktili genellikle otozomal resesif geçiş gösterirken radial polidaktili ise sporadik olarak daha sık görülür (4). Polidaktili gelişiminde bazı fibroblast growth faktörlerindeki bozukluklar da suçlanmıştır (5). Birlikte olduğu sendromlar ise Carpenter sendromu, Ellis-van Creveld sendromu, Meckel-Gruber sendromu, Trizomi 13, orofasyodigital sendrom ve Rubinstein-Taybi sendromu sayılabilir (6). Bilateral el ve ayak parmaklarındaki polidaktilinin bazı renal vasküler hastalıklarla da beraber olduğu gösterilmiştir (7). Ulnar polidaktili tedavisinde erken dönemde ofis şartlarında suture ligasyon yapılabilmekle beraber kemik fragman içeren formlar ameliyathanede opere edilmelidir. Cerrahi genellikle 9-12 aylar arasında planlanmaktadır. Polidaktilinin her iki el ve ayakta birden görülmesi nadir bir durumdur (2). Bizim olgumuzda da her iki el ve ayaklarında polidaktilisi olan hasta ameliyathanede koşullarında opere edilerek fazla parmakları eksize edilmiş ve aynı gün taburcu edilmiştir.

Referanslar:

- 1- Karaaslan O, Tiftikcioglu YO, Aksoy HM, Kocer U (2003) Sporadic familial polydactyly. Genet Couns. 2003;14(4):401-5.
- 2- Hosalkar HS, Shah H, Gujar P, Kulkarni AD (1999) Crossed polydactyly. J.P.G.M. 99; 45; 3; 90-2
- 3- Castilla E.E., Lugarihno da Fonseca R., da Graca Dutra M. and Paz J.E.: Hand and foot postaxial polydactyly: Two different traits. Am. J. Med. Genet., 73: 48-54, 1997
- 4- Kozin S.H.: Central Polydactyly. In Green D.P., Hotchkiss R.N., Pederson W.C. and Wolfe S.W. (eds.) Green's operative hand surgery, 5th edition, p.1393-1394, 2008.
- 5- Lu P, Minowada G, Martin GR. (2006). Increasing Fgf4 expression in the mouse limb bud causes polysyndactyly and rescues the skeletal defects that result from loss of Fgf8 function. Development. Jan; 133(1): 33-42
- 6- Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007:2780, 2829.
- 7- Bilateral hands and feet postaxial polydactyly presenting with renal vascular anomalies, Gesase AP1, Ital J Anat Embryol. 2006 Oct-Dec;111(4):179-86.

Resim



Hastanın 4 ekstremitesindeki fazla parmaklar oklar ile gösterilmiştir.

P241

Önce zarar verme! Sinir mi, tendon mu?

Burçin Acuner, Tahsin Görgülü, Ahmet Eksal Kargı
Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, A blok 3. Kat Esenköy Köşkü, Zonguldak

Önkol ve el bileği delici kesici alet yaralanmaları sıklıkla bu bölgedeki damar, sinir ve tendonların yaralanması ile birlikte görülür. Özellikle cam kesilerinde kesik yapıların yaralanma seviyeleri cilt kesisi seviyesinden farklı olabilmektedir. Bu nedenle kesi hattının distaline ve proksimaline doğru eksplorasyon yeterince yapılmazsa hasar gören tüm yapılar fark edilmeyebilir. Olgumuzda 35 yaşında erkek hasta 2 gün önce cama yumruk atma sonrasında sağ önkol distal 1/3 seviyesinde volarde oluşan kesi sonrasında ulnar arter kesisi nedeniyle dış merkezde kalp damar cerrahisi doktorları tarafından opere edilmiş. Hasta operasyondan 1 gün sonra taburcu edilmiş ve plastik cerrahları olmadığı için plastik cerrah olan bir merkeze başvurması belirtilmiştir. Hastaya tendonlarında kesik olduğu ve kısmen onarıldığı kalanların onarılması için tarafımıza başvurusu belirtilmiştir. Hasta poliklinikte değerlendirildi. Sağ önkol distal 1/3 volarde suture 5 cm horizontal kesisi olan hastanın ateli olmadığı görüldü. Tüm parmakların FDS hareketlerinin, 4. ve 5. parmak FDP hareketlerinin olmadığı saptandı. Hastanın suture hattında palpasyonla elektrik çarpması tarzında ağrı mevcuttu. Median ve ulnar sinir muayenesinde total sinir kesisi ile uyumlu bulgular saptandı. Hasta operasyon için yatırıldı. Kesi hattı proksimal ve distale doğru genişletildi. Hastanın median sinirinin distal ucunun palmaris longus tendonunun proksimaline, ulnar sinirinin distal ucunun ise FCU tendonunun proksimaline suture edilmiş olduğu görüldü. Ulnar arter onarım hattında 2 cm uzunluğunda tromboze segment olduğu görüldü. Ulnar arter trombozu açıldıktan sonra anastomoz hatları

tazelenerek tekrar mikrocerrahi onarım yapıldı ve arteryel akım sağlandı. Median ve ulnar sinirdeki sutureler açıldıktan sonra sinir uçları tazelererek mikrocerrahi onarım yapıldı. Kesik olan tüm parmakların FDS tendonları, 4,5 FDP tendonları, FCU ve PL tendonları onarıldı. Hastaya postoperatif antikoagülan tedavi ve 1. haftada dinamik atel başlandı. Postoperatif takiplerinde problem olmayan hasta fizik tedaviye yönlendirildi. Hastanın sinirlerinin tendonlara onarılmış olması el cerrahisinin bu alanda eğitim almış cerrahlar tarafından yapılması gerektiğini göstermektedir.

Resim 1



Diş merkezde ulnar arter ve kısmen tendon onarımı yapıldığı söylenen hastanın intraoperatif görüntüsü. Median sinire suture edilmiş palmaris longus tendonu.

P242

Ayak Parmağı Subungual Eksoztozunun Cerrahi Tedavisi

Serdar Tuncer

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Subungual eksoztoz, ayak başparmağı ya da diğer ayak parmaklarını tutan bir osteokartilajenöz tümördür. Etiyolojisi kesin olmamakla birlikte, travma, tümör, infeksiyon veya kartilajenöz kist aktivasyonu gibi sebeplerle ortaya çıkabilir. Mikrotravma sonucunda ortaya çıkan reaktif metaplazi de sorumlu tutulmaktadır. Sıklıkla, tırnak yatağı altında gelişen sert bir nodül olarak başlar, sonra da yavaş bir şekilde büyür. Nüksü engellemek için, lezyonun zemini ile birlikte tamamen çıkarılması gerekir. Literatürde ayak parmağı eksoztozları konusunda çeşitli yayınlar olmasına rağmen, eksoztozların çıkarılmaları sonrasında tırnak yatağının nasıl onarılacağı konusunda bilgi sınırlıdır. Burada, tırnak yatağı eksoztozu nedeniyle ameliyat edilmiş olan 3 hasta sunulacaktır.

Hastalar ve Yöntemler: 2014-2016 yıllarında, İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'nda tırnak yatağı eksoztozu nedeniyle ameliyat edilen 3 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların ortalama yaşı 21 (12-36) idi. Lezyonların hepsi ayak başparmağındaydı. Hastaların ikisi erkek, birisi kadındı. Travma öyküsü, eksizyon için kullanılan yöntem, tırnak yatağı defektinin tedavisi, ameliyat sonrası tırnak yatağı deformitesi araştırıldı. Ameliyat sonrası takip süresi ortalama 1 yıldır (9-18. Ay).

Sonuçlar: Hastaların hiçbir anamnezlerinde belirgin bir travma tarif etmedi. Hastalardan birisi yaklaşık 6 ay önce yine aynı sebeple başka bir klinikte ameliyat edilmiş ancak lezyon nüks etmişti, diğer iki hasta ise ilk kez ameliyat edilmişti. Tüm hastalarda preop grafi alındı, normal kemikten bir sap ile uzanım gösteren lezyon net bir şekilde

görüntüldü. Her üç hastada da lezyonun geniş olması nedeniyle tırnak plakası kaldırılarak lezyon doğrudan eksize edildi. İki hastada lezyon laterale yerleşmişti, bu nedenle eksizyon sonrası oluşan tırnak yatağı defekti, tırnak yatağı ile komşu deri birbirine dikilerek onarıldı. Bir hastada ise lezyon tırnak yatağının ortasında yer alıyordu. Eksizyon sonrası oluşan defekt, sağlam tırnak yatağı bölgesinden alınan kısmi kalınlıkta tırnak yatağı grefti ile onarıldı. Takip süresi içinde nüks görülmedi. İki hastada tırnak daralmıştı, ancak bu kozmetik sıkıntı haricinde bir şikayetleri olmadı. Tırnak grefti ile onarılan hastada ise herhangi bir deformite oluşmadı.

Tartışma: Subungual eksoztozun ayırıcı tanısında verrü, pyojenik granüloma, osteokondroma, amelanotik melanom ve glomus tümörü yer alır. Cerrahi tedavide farklı teknikler önerilmiştir. Bunlardan birisi balık ağzı insizyondur ki, tırnak yatağını bozmadığı için tercih edilir. Ancak tümör büyükse tırnak yatağını tahrip eder. Böylesi olgularda balık ağzı insizyonu kullanmak uygun olmaz ve lezyonun doğrudan eksize edildi direkt yaklaşım kullanılır. Bizim 3 hastamızda da lezyonların büyük olması nedeniyle direkt yaklaşım kullanıldı. Tırnak yatağı deformitesi bu tür cerrahinin dezavantajlarından biridir. Eksizyonun büyütme altında yapılması tırnak yatağının mümkün olduğu kadar korunması açısından önemlidir. Literatürde tırnak yatağı defektlerinin onarımında sınırlı bilgi vardır. Bazı yazarlar, yapay dermis kullanarak epitelizasyon sağlandığını ifade etmektedir. Ancak bizim tercihimiz, eğer greft miktarı yeterliyse ise tırnak yatağı kaybının yine tırnak yatağı grefti ile onarımıdır.

P243

Parmak Pulpasında Glomus Tümörü

Özgür Ağdoğan¹, Hasan Dindar²,
Fatih Burak Efeoglu²

¹Edirne Kamu Hastaneler Birliği, Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Edirne

²Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, patoloji kliniği, Şanlıurfa

Giriş: Glomus tümörü, normal glomus aparatının hamartomudur. Glomus aparatı, kutanöz sirkulasyonu regüle eden arteriovenöz anastomozlar içerir. Benign bir tümördür. Ağrı, noktasal hassasiyet ve soğuk sensivitesi klasik triadıdır. En sık subungual bölgede görülür. Nadiren parmağın volarinde de görülür. Kontrastlı MR ile net değerlendirme yapılabilir. En kolay ve en yararlı test transillüminasyondur. Tedavisi cerrahi eksizyondur. Glomus tümörlerinin el tümörleri arasındaki oranı %1-4' tür. % 18-25 rekürrens oranına sahiptir. 1mm ile 1 cm boyutları arasındadır. Radyolojik tetkiklerde kemik erozyonu da yapabilecekleri görülebilir

Olgu: Soförlük yapan 40 yaşında erkek hasta 10 yıldan beri, sağ el serçe parmağında bir cismi kavrama sırasında ve dokunmayla ağrı, soğuk karşı hassasiyet şikayeti ile tarafımıza başvurdu. 10 yıldan beri birçok kliniğe başvurmuş. Ağrı için çok farklı nörolojik ilaçlar da kullanmış. Şikayetlerinin devam etmesi üzerine tarafımızca muayenesi yapıldı. Yapılan muayenesinde sağ el 5. Parmak distalinde palpasyonla ağrı ve hassasiyet mevcut idi. Işık transillüminasyonu olduğu görüldü. Palpasyonla kitle elde edilemedi. Bir sertlik hissiyatı mevcut idi. Yapılan kontrastlı el MR incelemesinde; 5. Parmak distal falanks düzeyinde volar yüzde 5x7 mm'lik çapta T1A

hipointens, T2A hiperintens, düzgün ve keskin sınırlı kitlesel lezyon izlenmektedir. Cerrahi olarak eksize edildi. Postoperatif hastanın muayenesinde ağrı, hassasiyet ve sıcak-soğuk intoleransı şikayetlerinin ortadan kalktığı gözlemlendi.

Tartışma: El tümörleri gangliyon kistleri, tendon kılıfının dev hücreli tümörleri, glomus tümörü ve arter anevrizması gibi vasküler lezyonlar, periferik sinir tümörleri, epidermal inklüzyon kistleri ve malign deri tümörleri şeklinde yumuşak doku tümörleri; kondroma, eksostoz, kemik kistleri, osteoid osteoma, osteblastoma, dev hücreli reparatif granuloma şeklinde kemik tümörleri ve kemik ile yumuşak doku sarkomları şeklinde olabilirler. Glomus tümörü, dermiste bulunan nöromyoarteriyel glomus cisimciklerinden köken alır. Vücutta en sık parmak uçlarında bulunan bu cisimcikler, kan akımını düzenleyerek termoregülasyonda rol alırlar (1,2,3). Glomus tümörünü 1812 yılında ilk tanımlayan kişi, Wood'dur. Glomus tümörünün patolojik tanısı ise ilk defa, 1924 yılında Masson tarafından yapılmıştır (1,2,4,5). En sık orta yaşlarda ve kadınlarda görülür. Glomus tümörü genellikle derin yerleşimli olduğu için palpe edilecek bir kitle şeklinde değildir. Glomus tümörü, normal glomus aparatının hamartomudur. Glomus aparatı, kutanöz sirkulasyonu regüle eden arteriovenöz anastomozlar içerir. Benign bir tümördür. Ağrı, noktasal hassasiyet ve soğuk sensitivitesi klasik triadıdır. En sık subungual bölgede görülür. Nadiren parmağın pulpasında da görülür (6,7,8,9). Subungual glomus tümörlerinin aksine distal falanks pulpasındakiler hassas değildirler fakat soğuğa karşı inanılmaz hassastırlar. Glomangiosarkom, glomus tümörünün çok nadir görülen malign varyantıdır. Düşük grade özelliğine sahip lokal rekürrense sahiptir. Fakat metastaz bildirilmiştir. Klinik olarak tırnak deformitesi, mavi lekelenme şeklinde belirti verebilir (6). Düz grafi ve USG ile tanı konulabilir. Sıklıkla kontrastlı MR ile net değerlendirme yapılabilir. En kolay ve en yararlı test transillüminasyondur (11). Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulur. Tedavisi cerrahi eksizyondur. Ayırıcı tanıda akla getirilmediği zaman, teşhiste gecikmeler yaşanır ve olgular bazen çok uzun süreler ağrı kesici ilaçlarla tedavi edilmeye çalışılır. Çeşitli branş hekimleri tarafından konservatif tedavi edilmeye çalışılmış ve en sonunda psikiyatri uzmanlarına yönlendirilmiş olan olgu sayısı çok da az değildir (1)

Sonuç: Vaka örneğimizde olduğu gibi mevcut glomus tümörü parmak pulpasında olup ve uzun yıllardan beri birçok kliniğe başvurmuş. Mesleğini yapmakta engel oluşturmaya başlamış. Herhangi bir medikal tedaviye de artık cevap alamıyormuş. Glomus tümörü hakkında bilgi sahibi olmazsak, atlanabilir ve tanı koymak zorlaşabilir. Yer itibarı ile nadir görülmesi de tanıda zorluğa neden olabilir. Bu vakamızdaki amacımız bu tümör hakkında alarme olmamız gerektiğidir.

resim 1



Kontrastlı el MR incelemesinde; 5. Parmak distal falanks düzeyinde volar yüzde 5x7 mm'lik çapta T1A hipointens, T2A hiperintens, düzgün ve keskin sınırlı kitlesel lezyon izlenmektedir.

P244

Enkondrom Olgusunda Birinci Parmak Rekonstrüksiyonu

Hasip Samil Yazgan, Adnan Menderes, Can Karaca, Haluk Vayvada, Süleyman Çakmak
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Enkondromlar baskın olarak el iskeletini tutan benign kıkırdak kaynaklı lezyonlardır. Tüm enkondromların yaklaşık olarak %35'i el iskeletinde gelişir ve elin osseokartilajinöz tümörlerinin en sık karşılaşılanıdır (yaklaşık %90). Cinsiyetlere göre dağılımı yaklaşık olarak eşittir. (1,2)

Enkondromlar solid /monostotik olarak görülebildiği gibi multipl/poliostotik olarak da görülebilmektedir. Solid enkondromların pik görülme yaş aralığı 30-40 yaşlar arasındadır. (1)

Multipl enkondromlar üç ayrı durumda görülebilir: Ollier Hastalığı, Mafucci Sendromu, metakondromatozis. Ollier Hastalığı ve Mafucci Sendromu sporadik olarak görülürken metakondromatozis otozomal dominant geçiş göstermektedir. (3) Küçük ve asemptomatik lezyonlar herhangi bir tedavi uygulanmaksızın takip edilebilirken patolojik kırık, ekspanse kitle ve ağrıya neden olan kitlelerde küretaj ve küretaj ile birlikte sentetik kemik eşdeğerleri ya da otolog kemik grefti ile onarım tedavi seçenekleridir.(4) Bu yazıda kliniğimizde el birinci parmağından enkondrom eksizyonu ve eş zamanlı kemik grefti ile rekonstrüksiyon uygulanan olgu anlatılmaktadır.

Olgu: Otuzdört yaşında erkek olgu yaklaşık 20 yıldır mevcut olan ve yavaş büyüme özelliği gösteren birinci parmakta ekspanse görünümlü kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Olgunun öyküsünde kronik mikrotravma mevcuttu. Olgunu değerlendirmesinde sol el birinci parmakta hareket kısıtlılığına neden olan, proksimal ve distal falankslara yerleşen çok sayıda sert kıvamlı kitle saptandı. Bu bulgularla birlikte izlenen ve el bileği seviyesinde,

ekstensör yüzde yerleşen 1x1 cm boyutlu kitle dışında el muayenesi olağan saptandı. Radyolojik görüntülemelerde proksimal ve distal falanks kaynaklı, enkondrom ile uyumlu, patolojik kırığa neden olmuş olan çok sayıda kitle izlendi. Olguda enkondrom öntanısıyla kitlelerin (Kaynaklandıkları ve deforme ettikleri proksimal falanks ve distal falanksın proksimal 2/3 kısmı ile birlikte) eksizyonu planlandı. Eksizyon sonrasında rekonstrüksiyon seçeneği olarak kemik grefti ile onarım planlandı. Birinci parmakta fleksör tendon yapıları, her iki taraf damar sinir paketi, distal falanks distali, ekstensör pollicis longus(EPL) tendonunun proksimali ve yeterli dorsal deri adası korunacak şekilde total eksizyon uygulandı. Eksizyon ardından yeterli boyutlarda ilyak kanat kaynaklı kemik grefti alınarak şekillendirildi. Kemik grefti, proksimalde birinci metakarp ile eklem yapan yüzeyi fasya yapısı ile sarılarak, distalde ise korunmuş olan distal falanks yapısına direk temas edecek şekilde kirschner telleri ile fikse edildi. EPL tendonu kemik greftine pull-trough sütürler ile fikse edildi. Dorsal deri adasından yapılan eksizyonlar ardından yumuşak doku örtüsü korunan dorsal deri kısımları ile sağlandı. Olgunun izleminde dolaşım bozukluğu, yara yeri komplikasyonu izlenmedi. Duyu muayenesinde hasta olağan duyu tarifledi. Post-operatif radyografik incelemelerde kemik greft kaybı düşündürcek bulguya rastlanmadı. Olguda bir yıl sonrasında birinci metakarp ile kemik grefti arasında füzüyon izlenmezken distal falanks ile kemik grefti arasında füzüyon mevcuttu. Sol el birinci parmakta interfalangeal eklem yokluğu nedeniyle kavrama hareketinde kısıtlılık mevcut iken pinching ve asma hareketleri kabul edilebilir seviyede mevcuttu.

Sonuç: Elde mevcut enkondromlar semptomatik kitlelere neden olmuşsa yumuşak dokular korunarak kitlelerin kaynaklandıkları ve destrükte ettikleri iskelet elemanları ile birlikte total olarak eksizyonlarının ve eksizyon sonrasında uygun plastik ve rekonstrüktif cerrahi teknikleri kullanılarak fonksiyonel rekonstrüksiyonun mümkün olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar:

1. Athanasian EA. Bone and Soft Tissue Tumors. Green's Operative Hand Surgery. 2005
2. Naito K, Obayashi O. Fracture of the calcium phosphate bone cement which used to enchondroma of the hand: a case report. Eur J Orthop Surg Traumatol. 2008;18:405-408.
- 3-Albregts AE, Rapini RE. Malignancy in Maffucci's syndrome. Dermatol Clin. 1995;13(1):73-8.
- 4-Van der Stok J, Van Lieshout EMM. Bone substitutes in the Netherlands – a systematic literature review. Acta Biomater. 2011;7:739-750.

Resim-1



Pre-operatif, per-operatif ve post-operatif görünüm

P245

Karpal Tünel Sendromuna Sebep Olan Eş Zamanlı Lipom ve Av Malformasyon Basısı, Olgu Sunumu

Arif Aydın

Afyon Devlet Hastanesi, Plastik Rek. ve Estetik Cerrahi Kliniği, Afyonkarahisar

Giriş: Karpal tünel sendromu; el parmaklarının hareket ve hissinin sağlanmasında önemli bir rolü bulunan ve median sinir olarak isimlendirilen yapının el bileği hizasında sıkışmasına bağlı olarak ortaya çıkan bir durumdur. Sinir sıkışmaları içinde en sık görülen rahatsızlıktır. Karpal tünel sendromu daha çok kadınlarda ve 40-60 yaş arasında daha sık görülür. Çoğunlukla belirgin bir sebep bulunamaz. Özellikle el bileğinin sürekli bükülü pozisyonunda bulunan durumlarda (daktilo, klavye kullanmak vb.) veya el ve el bileğine sürekli yük binen işlerde çalışanlarda daha sık görülür. Ayrıca şeker hastalığı, romatoid artrit, hipotroidi, aşırı şişmanlık, gut gibi diğer başkulu problemlerin etkisiyle de ortaya çıkabilir. Gebelik döneminde vücut sıvılarının artması karpal tünel içinde basınç artışına bu da geçici olarak karpal tünel sendromu belirtilerinin oluşmasına yol açabilir. Nadiren karpal tünel içerisinde bulunan ganglion, lipom gibi kitlelerin siniri sıkıştırması sonucu görülebilir. Klinik bulgular ve hastanın şikayetleri genellikle teşhis için yeterlidir. Ancak kesin teşhis için sinir içindeki elektrik sinyallerinin taşınıp taşınmadığını gösteren EMG (elektromyografi) tetkiki de mutlaka yapılmalıdır.

Olgu: 51 yaşında evhanımı olan hasta her iki elde uyuşukluk, geceleri artan ağrı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Tinnel ve phalen testleri pozitif. Yapılan EMG de sağda orta, solda ağır derece CTS ile uyumlu bulgular görüldü. Sol elde avuç içinde diffüz şişlik nedeniyle USG çekildi. USG de lezyonların spesifik edilememesi nedeniyle MR çekildi. MR raporu: El palmar yüz fleksör tendon komşuluklarında en geniş boyutları 8x27x29 mm ölçülen lobüle konturlu tendonlar ile çok yakın komşulukta T1 hiperintens görünüm izlenmiştir. Lezyonda belirgin bir kontrast enhansmanı saptanmamıştır. Öncelikle elin lipomu lehine değerlendirilmiş olup ayırıcı tanıda düşük ihtimalle dev hücreli tümör düşünülebilir. 3. metakarp proksimal kesimi seviyesinde palmar yüzde cilt altı yağ dokusu altında yaklaşık 6x8 mm boyutlu kistik sinyal intensite değişikliği mevcuttur (ganglion kisti?). Hasta opere edildi. Karpal tünelin hemen üzerinde 3. metakarp proksimal seviyesinde tünele bası yapan vasküler kitle (patoloji sonucu: av malformasyon) görüldü ve eksize edildi. Tünel açıldı ve serbestlendi. Tünel içerisinden median siniri çepeçevre saran 8x3x3 cm lipom dokusu, sinir korunarak eksize edildi. Postop dönemde hasta 2 hafta sürekli, ardından 2 ay boyunca gece ateli ile takip edildi ve fizik tedavi başlandı. Hastanın semptomları tamamen kayboldu. Elde uyuşukluk, ağrı ve hareket kısıtlılığı oluşmadı.

Sonuç: Karpal tünel sendromunda en sık neden idiyopatiktir. Tünele bası yapan kitleler etyolojide nadir nedenler arasındadır ve tünele aynı anda bası yapan av malformasyon ve lipom ender görülebilecek bir patolojidir. Tedavide anamnez, fizik muayene ve gerekli tetkikler yapıldıktan sonra uygun cerrahi eksizyon ve tünelin serbestlenmesi yüz güldürücü sonuçlar vermektedir.

intraop



P246

Makrosindaktili Düzeltilmesi

Ali Gökkaya, Metin Görgü, Jehat Kızıllan, Ertuğrul Karanfil, Ali Doğan

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı Bolu

Ayak 2. Ve 3. Parmağın Lipomatöz Makrodistrofisi ve Cerrahi Tedavisi

Giriş: Lipomatöz makrodistrofi (MDL) konjenital lokalize jigantizmin ailesel geçişi olmayan ve nadir bir formudur. Bu durum genellikle doğum sırasında dokümente edilir. Tipik büyüme paterni tüm mezenseşimal birimlerin tipik, yavaş gelişimi ve fibroadipöz dokudaki orantısız artıştır. Ekstremiteler distali ve daha çok alt ekstremiteler etkilenir. Farklı bir şekilde bu büyüme genellikle elde median sinirin, ayakta ise median plantar sinirin dağıtım alanlarında bulunur. En çok 2. ve 3. parmaklar etkilenir. Lipomatöz Makrodistrofinin bir anahtar özelliği ise parmakların uzamasının pubertede durmasıdır. Lipomatöz makrodistrofinin her ne kadar izole bir defekt de olsa, nörofibromatozis-1, Klippel-Trenaunay-Parkes-Weber sendromu, hemihipertrofi, hemanjiomatozis, lenfanjiomatozis ve konjenital lipofibromatozis ile ilişkili olabilir. Bu noktada MDL bir neoplazmdan çok gelişimsel bir anomali olarak değerlendirilmelidir. Durumun nadirliği yüzünden etiyoloji ve patogenezi üzerine yapılmış yayın kısıtlıdır.

Olgu: 2013 yılında kliniğimize getirilen erkek hastada (ADÖ, 1) doğuştan itibaren varolan sol ayak 2. ve 3. parmaklarda orantısız büyüklük ve aralarında yapışıklık, ayak tabanında şişkinlik, ayakta kullanırken ağrı, estetik memnuniyetsizlik şikayetleri mevcuttu. Hasta ailenin ilk ve tek çocuğuydu. Ailede benzer şikayetlere sahip başka birisi yoktu. Ebeveynlerden alınan anamnezde annenin olağan bir gebelik geçirdiği, normal vajinal doğum ile doğduğu, doğum ağırlık ve boyunun normal persantiller içinde bulunduğu, durumun doğuştan beri varolduğu, yaş ilerledikçe arttığı, önceden geçirilmiş her hangi bir tıbbi müdahale ve travma öyküsü olmadığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenede sol ayak 2. ve 3. parmağın total olarak diğer parmaklardan iri olduğu, 2. webde sindaktili varlığı, ayağın plantar yüzünde hacim artışı saptandı. Çekilen direk grafi ve MR görüntülemesinde 2. ve 3. parmağın mezenseşimal dokularında (falanks ve yumuşak doku) hipertrofi, ayağın plantar yüzünde fibroadipöz dokuda artış saptandı. Dikkatli bir değerlendirme sonrası hastanın yaşı itibarıyla gelişim aşamalarının takip edilerek uygun görülen tarihte operasyonları planlandı. 2014 yılında tekrar başvuran hasta operasyona alınarak sindaktili onarımı yapıldı, hipertrofik falankslara rekonstrüksiyon, dolaşım riske atılmadan debulking uygulandı. 2015 ve 2016 yılında tekrar başvuran

hastaya tekrar opere edilerek fazla hacim yaratan dokular dolaşım korunacak şekilde kademeli olarak eksize edildi. İyileşme dönemi sonrasında hastanın şikayetleri büyük ölçüde azaldı.

Tartışma: MDL terimini ilk Feriz 1925 lokal jigantizmin sadece alt ekstremiteleri tutan bir formunu tanımlamak için kullanmış, sonrasında Barsky makrodaktilinin 2 tipi olduğunu belirtmiştir, bu iki tip statik ve ilerleyici olarak ayrılır. Statik tipde mevcut olan makrodaktili gelişim ile aynı oranda büyüme gösterirken, ilerleyici tipde çok hızlı bir büyüme paterni mevcuttur. Lipomatöz makrodistrofi (MDL) sporadik, herediter olmayan gelişimsel bir anomali olup, konjenital lokalize jigantizmin nadir bir formudur. MDL'de karakterize olarak parmak/lardaki mezenseşimal elemanların proliferasyonu ve fibroadipose dokuda orantısız bir artışı mevcuttur. Puberteyle beraber genellikle büyüme durur, ancak hasta gelişimle birlikte mekanik olarak nörovasküler kaynağı ve eklem fonksiyonunu engellemeye başlar. Bilateral olması nadirdir, genellikle 2. ve 3. parmaklar etkilenir. Vakamızda mevcut olan sindaktili deformitesi nadirdir. İkincil osteoartritlik değişiklikler gelişmesi adolesan ve erken erişkinlikte siktir. Her ne kadar tam etiyoloji bilinmese de, fetal sirkülasyonda bozukluklar, segmentasyon bozuklukları, gelişmiş sinirlerin trofik etkileri ve büyüme-kısıtlayıcı faktörün in utero sekteye uğraması durumları önerilmiştir. Ayırıcı tanılarda lenfanjiomatozis (diffüz şişkinlik ve gode bırakan ödem), hemihipertrofi, Oilier Hastalığı (enkondromların varlığı), Proteus sendromu (hemihipertrofi, akciğer kistleri, kafatası anomalileri, intraabdominal lipomlar mevcuttur), Nörofibromatozis (Iisch nodülleri, nörofibromlar, cafe au lait lekeleri vardır), Klippel-Trenaunay-Weber sendromudur (porto şarabı lekesi, ekstremitenin aşırı büyümesi, variköz venler). Patognomonik özellikleri subkutan dokuda lipomatöz tümörün varlığı, boyutça büyük parmaklar ve karakteristik kemik değişiklikleridir (erozyon, ekzostozis, ankiroz ve medüller boşluğu yıkımı). Tedavi spektrumu total digit amputasyonundan debulking operasyonuna kadar uzansa da hastalığın ciddiyetine, tutulum alanının lokalizasyonu ve genişliğine, hastanın yaşına, eşlik eden ikincil patolojilere göre değişik yaklaşımlar mevcuttur. Hastalığı izlenecek tedavi seyrini belirlemede direk grafiyle kemikler, MR görüntüleme ile yumuşak doku değerlendirilmelidir. Debulking düşünülen hastalarda sinir hasarının %30-50 arası, rekürrens %33-60 arası olduğu, amputasyonda ise fonksiyon ve estetik kayıp göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç: Özetle, MDL lokalize jigantizme yol açan konjenital bir bozukluktur. En karakteristik özelliği zaten gelişkin olan parmak ve çevresindeki fibroadipöz dokunun aşırı fazlalığıdır. Genel literatüre taramasına ve bizim olgumuza bakıldığı zaman bozukluğa yaklaşım hastaya özel olmalıdır.

makrosindaktili



P247

Kronik Ekstansör Tendon Subluksasyonu (Boxers' Knuckle) Ve Tedavisi

Gökçe Yıldırım, Cemil Işık, Osman Akdağ,
Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Metakarpofalangeal eklem alınan travmalar, ekstansör tendon mekanizmasındaki sagittal liflerin hasarlanmasına sebep olabilir. Ekstansör tendonun metakarp başı hizasındaki subluksasyonu, yumruk yapma sırasında rahatsızlık hissi ve ağrıya sebep olur. Tedavisinde çeşitli metodlar tanımlanmıştır. Bu yazıda kronik boxers knuckle'in bir olgu eşliğinde tedavisi sunulmuştur.

Vaka Takdimi: 25 yaşında erkek hasta, 20 yıl önce düşme sonrası meydana gelen, 3. Parmak ekstansör tendonunda kayma tarifledi. Fizik muayenesinde ekstansör tendonun ulnar tarafa subluksasyonu saptandı. Cerrahi tedavisinde ekstansör tendon explore edilerek ve bir junctura tendinum yardımı ile normal santral lokalizasyonuna konumlandırılarak radial taraf kuvvetlendirildi. Hasta günlük hayatına hemen döndürüldü.

Sonuç: Boxers knuckle ağrılı ve hayat kalitesini düşüren bir klinik durumdur. Tedavisinde splintleme, ekstansör retinakulum grefti vb kullanılmaktadır. Ancak bu bölgeye getirilecek herhangi bir greft hacimli bir doku oluşturarak rahatsızlık hissi yaratabilir. Bu nedenle kronik boxers knuckle tedavisinde junctura tendinum mevcut ise mutlaka bunun kullanılmasını önermekteyiz.

P248

Avülse Ön Kol Amputasyonlarındaki Klinik Deneyimlerimiz

Musa Kemal Keleş¹, Bekir Ünal¹, Feridun Elmas¹,
Enis Mert¹, Ali Teoman Tellioğlu²

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Ön kol amputasyonları nadir görülmesine karşın yüksek morbiditeye sahiptirler. Günümüzde başarılı replantasyon oranı % 90 olan seriler mevcuttur (1,2). Proksimal muskulotendinöz rüptür ve sinir avülsiyonuyla birlikte görülen ön kol amputasyonları şiddetli bir çekme kuvvetiyle oluşan yaralanmalardır. Tendonlar kas gövdelerinden ayrılır ve sinirler ön kolda avülse olur. Tedavide revizyon amputasyon veya geniş muskulokutanöz debridmanla birlikte replantasyon yapılır (3). Bu çalışmada avülse ön kol amputasyonu ile başvuran 2 vakadaki deneyimlerimiz sunulmaktadır.

Olgu Sunumu 1: 41 yaşında erkek hasta pres makinası ile yaralanma sonucu sağ ön kol amputasyonu ile acil servisimize başvurmuş. Proksimal nöromusküler avülsiyonla birlikte ön kol distal 1/3 te total amputasyonu olan hasta operasyona alındı. ortopedi kliniği tarafından yapılan kemik fiksasyon sonrası nekrotik dokular debride edildi. Ulnar ve radial arter bulunarak uç uca anastomoz edildi. Derin fleksör tendonlar ve fleksör pollicis longus proksimaldeki kas gövdesine adapte edildi. Digital ekstansör tendonlar proksimal kas gövdesine adapte

edildi. Ekstansör pollicis longus, abductor pollicis longus kas gövdesine ve proksimalde başparmak ekstansörlerinin kas bakiyelerine adapte edildi. Median ve ulnar sinir elektif sinir onarımı için işaretlendi. Dorsal venler ve sefalik ven, safen ven greftiyle onarıldı. Fasyotomi uygulandı. Postop 2 gün yoğun bakımda takip edilen hastada sistemik komplikasyon görülmedi. Replantasyon sonrası takipte ön kol volar yüzde gelişen tam kat cilt nekrozu debride edildi ve defekt groin flep ile kapatıldı.

Olgu Sunumu 2: 40 yaşında erkek hasta araç dışı trafik kazası sonrası sağ ön kol amputasyonu ile acil servisimize başvurmuş. Avülse tarzda ön kol distal 1/3 ten total amputasyonu olan hasta operasyona alındı. Ortopedi kliniği tarafından yapılan kemik fiksasyon sonrası devitalize dokular debride edildi. Ulnar arter uç uca anastomoz edildi. Derin fleksör tendonlar ve fleksör pollicis longus proksimaldeki kas gövdesine adapte edildi. Digital ekstansör tendonlar proksimal kas gövdesine adapte edildi. Ekstansör pollicis longus, abductor pollicis longus kas gövdesine ve proksimalde başparmak ekstansörlerinin kas bakiyelerine adapte edildi. Median ve ulnar sinir elektif sinir onarımı için işaretlendi. Ön kol dorsumunda safen ven grefti ile ven onarımı yapıldı. El dorsumu ve ön kol için fasyotomi açıldı. İntraoperatif bakılan kan gazında hafif asidoz ve laktat yüksekliği tespit edildi. Postoperatif dönemde hasta yoğun bakıma alındı ve saatlik kangazı takibi yapıldı. Laktat seviyeleri zamanla azaldı. Replantasyon sonrası takipte ön kol volar yüzde gelişen cilt nekrozu debride edildi ve defekt greft ile kapatıldı.

Tartışma : El bileği ve distal ön kol amputasyonları şiddetli yaralanmalardır. Uygun cerrahi teknik ve rehabilitasyon ile bu seviyedeki replantasyonların fonksiyonel sonuçları, transmetakarpal veya daha proksimal amputasyonlardan daha iyidir (4). Bununla beraber elde edilecek sonuçlar yaralanmanın mekanizmasıyla ilişkilidir. Avülsiyon tarzı amputasyonlar giyotin tarzı amputasyonlara kıyasla kötü fonksiyonel sonuçlar taşır. Avülse amputasyonlar replantasyon için genellikle güçlü relatif kontrendikasyon olarak nitelendirilir. Ancak, geriye kalan kas gövdelerinin vaskülerize ve inerve olması tendon onarımı sonrası fonksiyonel iyileşmeye izin verebilmektedir (5).

Kaynaklar

1. Atkins SE, Winterton RI, Kay SP. Upper limb amputations: Where,whenandhowtoreplant?CurrOrthop2008;22:31-41.
2. Meyer VE. Upper extremity replantation-a review. Eur Surg 2003;35:167-73.
3. Kuri M, Watt A, Buncke GM. Replantation at the level of the radiocarpal joint. In: Salyapongse AN, et al.,eds. Extremity replantation: A Comprehensive Clinical Guide. New York: Springer Science, Business Media; 2015:67-81.
4. Scott FA, Howar JW, Boswick JA Jr. Recovery of function following replantation and revascularization of amputated hand parts. J Trauma. 1981;21(3):204-204.
5. Tintle SM, Baechler MF, Nanos GP III, Forsberg JA, Potter BK. Traumatic and trauma related amputations: part II: upper extremity and future directions. J Bone Joint Surg Am. 2010;92(18):2934-2945.

P249

**Venöz Ülserde Alt Ekstremitte Kurtarma
Amaçlı Serbest Miyokütan Latissimus
Dorsi Flebi İle Onarım**

Eyüphan Gencel, Cengiz Eser, İbrahim Tabakan,
Erol Kesiktaş, Metin Yavuz, Gazi Kutalmış Yaprak
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif
ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Kronik venöz ülser toplumda yetişkinlerin %2 sinde görülür, tedavi maliyeti yüksektir1. Patogenezi kronik venöz hipertansiyon önemli yer tutar. Anormal venöz hemodinami ve doku kaynaklı anormallikler ülserasyonla sonuçlanana lipodermatoskleroz oluşumuna, 6 derece kronik venöz yetmezlikte sıklıkla rastlanır2. Trombozlarla bağlı normal venöz kapak sisteminin bozulması ve sonrasında gelişen rekanalizasyon bu anormal hemodinamiden sorumludur. Yüzeysel ven sisteminin tamiri veya rekonstrüksiyonu veya derin sistemler bağlantıları oluşturmalar hemodinamiyi yeniden oluşturabilme amacıyla. Lokal kompresyon yüzeysel venlerin soyulması, subfasyal endoskopik perforatör cerrahisi ve son yıllarda mikrocerrahideki gelişmelerle artan serbest flep uygulamaları da sağlıklı doku taşıma amaçlı bu yaklaşımlardandır sıklıkla serbest kas üzerine deri grefti uygulanmaktadır. Serbest dokuda amaç normal kapağa sahip ven sisteminin transferi ile transfer edilen dokuda ülser oluşumunu engellemektir. Latissimus dorsi ile dorsal torasik fasyanın dahil edilebilmesi amaçlı cilde dek uzanan subkütan dokunun derin kas fasya planından flebe dahil olması gerekmektedir.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta düzenli medikal tedaviye rağmen sol kruriste oluşan venöz ülserler ve lipodermatoskleroz yapılarına yönelik çok sayıda deri grefti ile onarım yapılmasına rağmen rekürrens ülser oluşumları nedeniyle başvurdu hastanın 30-40 mmHg basınçlı kompresif tedavisi aldığı öğrenildi. Ülser dokusunun tıbbiyi üzerinde derin fasya boyunca tüm medial-anterior ve laterali kapladığı görüldü, interne edilen hastanın elevasyon ve kültüre göre antibiyotik tedavisi başlandı yapılan alt ekstremitte bilateral arterial ve venöz renkli doppler incelemesinde arterial yapıların normal olduğu yüzeysel ven sisteminin görüntülenemediği, derin venöz sistemde sorun olmadığı saptandı 45x30 cm muskulokütan serbest latissimus dorsi flebi 40x8 cm cilt adası ile sağ lateral dekubit pozisyonunda eleve edildi. Alıcı arter sistemi olarak tibialis anterior ve vena comitantes yapıları defektin yaklaşık 6 cm süperiorunda diseksiyonla hazırlandı vasküler yapılardan arter sisteminin sıklıkla vasospazma girmesi nedeniyle aritmal uygulandı venöz yapılarda ise belirgin dilatasyon mevcuttu torakodorsal arter ve tibialis anterior arter ve eşlik eden 1 adet vene uç uca 9/0 naylon sütür ile anastomoz edildi sirkumflex scapular venden ven drenajının görülmesi üzerine eşlik eden 2. Vena komitanteside bu ven 9/0 naylon sütür ile uç uca anastomoz edildi. Postoperatif dönemde düşük molekül ağırlıklı heparin ve mutlak bacak elevasyonu ile takip edilen hastanın distalde minimal flep ve cilt kaybı dışında komplikasyonla karşılaşılmadı. İlk 3 aylık takibinde venöz dolaşımda geri dönüşte iyileşme ve daha uzun süre ayakta kalabilirdi hasta tarafından ifade edildi. Kas atrofisinin beklenmesi ve sonrasında flep inceltme amaçlı programa alındı. Venöz ülserli hastalarda doku kayıplarının onarımında serbest flep olarak sıklıkla kas flepleri ve fasyokütan flepler tercih edilmektedir. Başarı %77 il %100 arasında raporlanmıştır.1 ortalama 230 cm 2 doku kayıplarında 25 hastada omentum dahil kas ve deri grefti uygulaması başarı ile yapılmış ve maliyet analizlerinde bu hastalarda serbest flep uygulamaları uygun bulunmuştur. Venöz ülserli hastalarda alt ekstremitte venöz basıncının yüksek olması serbest flep doku perfüzyonunu olumsuz

etkileyebilmektedir.3. bu hastalarda preoperatif dönemde anjiyografi, dupleks ultrason, fotopletizmografi arter ve ven sisteminin önceden ortaya kanması ve gerekirse vasküler girişimlerin yapılmasına imkan sağlar. By-pass, anjioplasti ve perforan venlerin ligasyonu bu işlemlere örnektir. Fotopletizmografide yüzeysel ve derin ven sistemlerinde geri dönüş ve ven dolum süresi kaydedilir. Uzun dönem serbest flep ile onarım yapılan venöz ülserlerde flep alanında yeni üser oluşumlarının olmadığı görülmektedir.4. Bu olgumuzda konvansiyonel tekniklerle sonuç alınamayan tekrarayan grade 6 venöz ülserde kas flebi ile kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım başarı ile uygulandı.

1. Kumins NH, Weinzwieg N, Schuler JJ. Free tissue transfer provides durable treatment for large nonhealing venous ulcers. Journal of vascular surgery 2000;32(5):848-854.
2. Aharinejad S, Dunn RM, Fudem GM, Vernadakis A, Bock P, Firas W, Marks SC, Jr. The microvenous valvular anatomy of the human dorsal thoracic fascia. Plast Reconstr Surg 1997;99(1):78-86.
3. Sakurai H, Yamaki T, Takeuchi M, Soejima K, Kono T, Nozaki M. Hemodynamic alterations in the transferred tissue to lower extremities. Microsurgery 2009;29(2):101-106.
4. Kawamura K, Yajima H, Kobata Y, Shigematsu K, Takakura Y. Long-term outcomes of flap transfer for treatment of intractable venous stasis ulcers in the lower extremity. Journal of reconstructive microsurgery 2007;23(4):175-179.

P250

**Degloving Hasarlanmasında Deglove
Fleplerin Kompoze Graft Halinde
Uygulanması**

Galip Kemali Günay, Osman Serdar Berk,
Sercan Üçel, Ömer Faruk Ünverdi
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim
Dalı, Kayseri

Giriş-Amaç: Deri ve subkutan dokunun muskulofasial tabaka sağlam kalacak şekilde derindeki yapılardan ayrılmasına avülizyon (degloving) yaranması denir. Büyük travmalar sonucu cilt-cilt altı doku derin yapılardan ayrılabilir. Bu ayrışmada cilt-cilt altı dokunun muskulokutanöz perforatörleri hasar görmesine rağmen bu dokular vitalitesini koruyarak uyum sağlayabilirler. Degloving hasarı Hidalgo tarafından 3 grupta tasnif edilmiştir. Tip-1 en yaygın tip olup laserasyon ve görünür avülze alanlarla karakterizedir. Tip-2'ye atıf avülizyon hasarı denmekle birlikte ilk bakıda ciddi travma belirtileri yoktur. Geniş kapalı avülze alanlar mevcuttur. Tip-3 plantar yüzeyler, scalp gibi özel alanları içeren spesifik tipte denir. Degloving tedavi edilmezse yara yeri enfeksiyonu, sepsis, doku nekrozu gibi durumlar gelişebileceği için hızla tedavi edilmesi gereken bir hasarlanma durumudur. Tedavi modalitelerinde devitalize alanların hızla debritlemanı ve önemli yumuşak dokuların onarılmasını içermektedir. Deglovingi onarmak için flep readaptasyonu, greftle onarım, serbest ya da lokal flep uygulamaları, mikrocerrahi ile revaskülarizasyon gibi birçok tedavi planlanabilir. En basit ve efektif tedavi seçeneği avülze fleplerin yağ dokusundan arındırılarak greft haline getirilip orijinal alıcı sahasına readapte edilmesidir.

Materyal-Metod: Trafik kazası sonrası sağ bacak distal 1/2 postero-medial, distal 1/3 anterior, ayak bileğinden proksimal 1/3 anterior ayak dorsumuna uzanan ve plantar bölgeden kalkaneale uzanan degloving hasarı olan hasta çalışmaya

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği
38. Ulusal Kurultayı

dahil edildi. Hastamız 75 yaşında kadın hastaydı. Hastanın diabetes mellitus ve hipertansiyon ek hastalıkları mevcuttu. Hasta tip-1 degloving hasarı olarak değerlendirildi. Tetanoz ve enfeksiyon profilaksisi cerrahi öncesi sağlandı. 6 saat içinde operasyona alınan hasta ameliyathanede bakteriyal kontaminasyonu azaltmak amacıyla serum fizyolojik ve klorhexli fırça ile yıkandı. Ayak dorsumu ve plantar bölgedeki deglove dokunun kanlanması, vitalitesinin iyi olması üzerine flepler sahaya sütüre edildi. Cruristeki iki adet deglove dokular eksize edilerek steril örtü üzerinde makas yardımıyla yağ dokusundan arındırılıp FTDG haline getirildi. Her iki greft orijinal alıcı sahalarına sütüre edildi. Meshli pansuman yapıp uzun bacak ateline alındı. Günlük meshli pansumanı yenilendi ve ekstremelerin 15 gün immobilizasyonu sağlandı. Ameliyat sonrası 20. günde FTDG ve ayak dorsum flebinde tamamının tuttuğu gözlemlendi. Plantardan kalkaneale uzanan flebin kalkaneal bölgesinde yüzeysel nekroz gözlemlendi ve nekrotik kısımlar debride edildi. Kalkaneal bölgeye 3 gün süreli 2 seans vakum aracılı kapama sistemi uygulandı. Granülasyon dokusunun gelişmesi üzerine sol ayak tabanında dermal glabrous STDG alınarak defekt bölgesi onarıldı. Takiplerde kalkaneal bölgedeki glabrous dermal greftin tamamının tuttuğu gözlemlendi. Donör sahada komplikasyon gelişmedi. Ameliyat sonrası birinci aydan itibaren mobilize edilen hastanın ayaklarının üzerine rahatlıkla basıp yürüyebildiği gözlemlendi.

Tartışma: Degloving hasarlanmasında hangitedavimodalitesi ile avülze fleplerin onarılacağına seçimi önemlidir. Birçok teknik tanımlanmış olup en önemli karar hangi dokuların korunup hangilerinin korunmayacağına karar vermektir. Travma bu hasarın en sık sebebi olmakla birlikte muskulokutanöz perforatörlerin rüptüre olmasına rağmen cilt genellikle intaktır.

Tedavi yöntemleri arasında mikrocerrahi, fleple onarım veya deglove fleple onarım seçenekleri mevcuttur. Mikrocerrahide perfüzyon yetersizliği olabileceği, teknik ve tecrübe gerektirebileceği gibi dezavantajlar mevcuttur. Flep ile onarımda ise uzun süre hospitalizasyon, donör saha morbiditesi ve kozmetik problemler gözlenmektedir. Avülze flebin kozmetik ve fonksiyonel açıdan en iyi tedavi seçeneği olduğu gözlenmiştir. Ancak flep olarak avülze fleplerin yerleştirilmesinde nekrozların görülebileceği belirtilmiştir. Bugün için birçok cerrah yağ inceltirmesi sonrası greft haline getirilmiş avülze flebin orijinal sahaya yerleştirilmesini önermektedir. Bu yöntem ilk kez Farmer tarafından 1939 yılında önerilmiştir. Kudsk ve Ziv FTDG ve STDG haline getirilmiş avülze fleplerin arasında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur. Ancak FTDG haline getirilen avülze flebin daha kabul edilebilir kozmetik sonuçlar ortaya koyduğu izlenmiştir. Jeng ve arkadaşları FTDG haline getirilen avülze flebin kullanılmasının güvenli ve hızlı bir onarım metodu olduğu için önermişlerdir. Graft tutmasının en önemli parametresi ise immobilizasyondur. Bunu vakum aracılığı ile kapama ya da sıkı pansuman/bohça pansumanla sağlar. Bu yöntem ekonomik, ek morbidite yaratmayan, hospitalizasyon süresini diğer yöntemlere göre azaltan ve hasarlı bölgenin orijinal dokusu ile onarımını sağlayan güvenli bir yöntemdir. Dermal dokularıda içermesi kontraktür gelişme riskini azaltmaktadır.

Sonuç olarak bu yöntemle yaraların hızla kapatılmasıyla enfeksiyon riski azalır. Etkif, güvenli, basit ve uzun dönem sonuçları kabul edilebilir bir yöntemdir.

postop erken dönem



**P251
Steroid Enjeksiyonunun Geç
Komplikasyonu Olarak Fleksör Pollicis
Longus Rüptürü**

Gökçe Yıldırım, Osman Akdağ, Mehtap Karameşe,
Zekeriya Tosun
Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Tetik parmak cerrahi veya konservatif olarak tedavi edilebilir. Konservatif tedavi yöntemlerinden biri steroid enjeksiyonudur. Ne var ki tedavinin tendon rüptürü gibi nadir ama ciddi bir riski mevcuttur. Kılıf içi triamsinolon enjeksiyonundan 2 yıl sonra görülen bir fleksör pollicis longus rüptürü olgusu sunulmuştur.

Olgu: 62 yaşında bayan hasta başparmakta fleksiyon kusuru ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde herhangi bir skarı olmaksızın, FPL tendon kusuru saptandı. Detaylı anamnezinde tetik başparmak için 2 yıl önce triamsinolon enjeksiyonu yapıldığı öğrenildi. MR incelemede FPL tendon rüptürü doğrulandı. Hasta opere edildi ve FPL tendonu primer onarıldı.

Sonuç: İlk FPL rüptürü Taras ve ark. tarafından tanımlanmıştır. Bu hasta direkt olarak onarılmış ve yeniden rüptür gözlenmiş, Taras ve ark. tendon transferi yapmışlardır. Biz de hastamızın tendonunu intrinsik iyileşme kapasitesini artırmak için, tendon uçları debride edildikten sonra, primer onarım yöntemi ile onarmayı tercih ettik. Tendon rüptürünün onarımlarında, tetik başparmak gibi hastalıkları ve alınmış tedavileri de saptamak için detaylandırılmış anamnez önemlidir.

P252

Tersiyer Aşıl Tendonu Rüptüründe Modifiye Lindholm Tekniği ve Vaskülarize Fasiala İçeren Serbest Kompozit Anterolateral Uyluk Flebi İle Rekonstrüksiyon

Osman Kelahmetoğlu¹, Mustafa Ekrem Güleş¹,
Nuh Mehmet Elmadağ², Ethem Güneren¹,
Selma Sönmez Ergün¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Aşıl tendonun ve üzerindeki yumuşak dokunun cilt kaybı kompleks ve zorlu bir rekonstrüktif prosedür olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu vakada, Aşıl tendonunu onarmak için kullanılan modifiye Lindholm tekniği ve vaskülarize fasiala içeren serbest kompozit anterolateral uyluk flebi ile rekonstrüksiyon deneyimimizi sunmaya çalıştık.

Olgu: Tersiyer Aşıl tendon rüptüründen muzdarip olan 37 yaşında erkek hastaya vaskülarize fasiala içeren serbest kompozit anterolateral uyluk flebi hem modifiye Lindholm teknik ile onarılan Aşıl tendonu sarmak hem de üzerindeki yumuşak doku defektini kapatmak için kullanıldı. Hasta 9 ay boyunca takip edildi. Yara iyileşme problemi yaşanmadı ve hasta 5 ay sonra yürüyebiliyor ve günlük işlerini yapabiliyordu.

Sonuç: Bu teknik tersiyer onarılmış Aşıl tendonu için memnun edici sonuçlara ulaşmaya yardımcı olabilir.

Resim 3



Intraoperatif aşıl tendonun fasiala ile sarılması

P253

Nadir Görülen Lokalizasyon: Parmakta Lipom Olgu Sunumu

Feridun Elmas¹, Bekir Ünal¹, Emre İnözü¹,
Ali Teoman Telliöğlu²

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara
²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Lipom adipositik tümörlerden olup yetişkinlerde en fazla rastlanan benign mezenkimal yumuşak doku neoplazileridir (1). Lipomların boyutları değişebilmekle birlikte; yüzeyel, yumuşak ve kemik dokuya doğru büyüme

gösteren yerleşimli olabilirler. Genellikle gövde, kol, omuz ve boyunda görülebilmekte; fakat yüzde, el ve ayakta nadiren görülmektedir. Elde görülen lipom olgularının birçoğu da tenar yada hipotenar alanda görülmektedir. Parmaklarda lipom görülme sıklığı çok daha düşüktür (2). Muayenede parmakta ağsız mobil kitle olarak palpe edilen bu kitlelerin ayırıcı tanısında tendon kistleri, dev hücreli tümörler öncelikle akla gelmektedir.

Amaç: Bu çalışmada amaç lipomların nadir görülen lokalizasyonu olan parmakta kitle şikayeti ile kliniğimize başvuran ve lipom olarak tanı alan olgu sunulmuştur.

Olgu: 50 yaş kadın hasta sol el 3. parmakta kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın muayenesinde Sol el 3. parmak dorsumu proksimal falanks seviyesinde yaklaşık 3x1 cm'lik mobil kitle palpe edildi. Ultrasonografisi lipom lehine yorumlandı. Hasta opere edilerek 3. parmakta kitle eksize edildi. Makroskopik olarak yumuşak, iyi sınırlı lipomatöz kitle gözlemlendi. Eksizyon sonrası patoloji raporu "lipom" olarak yorumlandı.

TARTIŞMA: Lipom olguları daha çok gövde, kollar, omuz ve boyunda görülmekle birlikte yüz, eller ve ayaklarda nadiren görülür. Elde görülen olguların çoğu tenar ve hipotenar alanda görülmektedir. Parmaklarda ise görülme sıklığı çok daha azdır. Parmakta lipom hastalarının birçoğu asemptomatik (3) olabilmekle birlikte dokuda destrüksiyon, ciltte eritem ve dijital sinir infiltrasyonuna (4) neden olan vakalar da bildirilmiştir. Bu kitlelerin ayırıcı tanısında ganglion kistleri, inklüzyon kistleri yada dev hücreli tümörler düşünülebilmektedir. Görüntüleme yöntemleri ön tanının netleştirilmesinde genellikle yardımcı olmaktadır.

Sonuç: Lipomlar benign mezenkimal yumuşak doku neoplazileridir. Boyun, gövde, kol ve omuzda çok sık görülmekte fakat yüz, el ve ayakta nadiren görülmektedir. Parmakta görülen lipom olguları ise nispeten daha seyrek görülürler (5). Sıklığına bakıldığında parmakta kitle nedeniyle değerlendirilen hastaların ayırıcı tanısında öncelikle ganglion kistleri, inklüzyon kistleri yada dev hücreli tümörler düşünülebilir fakat parmakta nadir görülen lipom olguları da göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Kitagawa Y., Tamai K., Kim Y., Hayashi M., Makino A., and Takai S.: Lipoma of the finger with bone erosion. J Nippon Med Sch 2012; 79: pp. 307-311
- 2-. Abkari I., Abidi A.E., and Latifi M.: Giant lipoma of the third finger: a case report. Chir Main 2011 Apr; 30: pp. 152-154
- 3-Hasham S., and Burke F.D.: Diagnosis and treatment of swellings in the hand. Postgrad Med J 2007 May; 83: pp. 296-300
- 4--An unusual case of common digital nerve compression caused by a lipoma arising from the flexor tenosynovium, Suganaka H1, Hara A, Kudo T, Hand Surg. 2013;18(3):435-7. doi: 10.1142/S0218810413720337
- 5-5-Unusual case of finger lipoma: A case report and literature review, Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. De La Cruz Monroy, Martha F.I.; Durani, Piyush; Offer, Graham J.. Published February 1, 2015. Volume 68, Issue 2. Pages 284-286. © 2014.

Parmakta Lipom



Parmakta kitle şikayeti ile kliniğimize başvuran hastanın preoperatif ve intraoperatif görüntüsü

P254

3 Seviyede Arter Onarımı Yapılan Replantasyon Olgusu

İsmail Melih Kuzu, Mustafa Ekrem Güleş, Ethem Güneren
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Replantasyon gerektiren yaralanmalar artan sanayileşme ve kentleşme oranıyla birlikte yükselen insidansa sahiptir. Her ne kadar literatürde tanımlanmış replantasyon endikasyon ve kontrendikasyonları bulunsada her hastada karşılaşılan özgün travma tablosu cerrahların hasta bazlı karar vermesini gerektirmektedir. Bazı zorlu replantasyonlar uygun hastane şartları, cerrahi ekip ve ekipman sağlandığında başarıyla gerçekleştirilebilmektedir.

Yöntem: Spiral testere ile oluşan mutile el yaralanması sonrası hastanemiz acil servisine başvuran hastanın yapılan muayenesinde sağ el başparmak distal falanks seviyesinden Tamai zon 2 total amputasyon, sağ el palmar yüzden el bileğine uzanan travma zonu ve eşlik eden 1. karpometakarpal eklem dislokasyonu saptandı. Ayrıca başparmak volar yüzde a. princeps pollicis ve el bileğinde a. radialis yaralanması saptandı. Hasta iskemi süresinin 3. saatinde operasyona alındı.

Bulgular - Olgu: Eksplozasyon sonrası 1. Karpometakarpal eklemdaki dislokasyonun redüksiyonu ardından el bileğindeki a. radialis yaralanması onarıldı. Ardından FPL tendon ve başparmak bilateral dijital sinir onarımı yapıldı. Saptanan a. princeps pollicis yaralanmasının onarılmasıyla distal falankstaki amputasyon güdüğünde yeterli perfüzyon izlendi. Amputatta santral arterin işaretlenmesi ardından kemik fiksasyon sağlandı. Santral arter amputasyon güdüğündeki alıcı dijital artere anastomoz edildi. Amputatta yeterli dolaşım saptanmasıyla operasyon sonlandırıldı.

Sonuçlar: Hasta replantasyon sonrası 3 ay takip edildi. Tırnak yatağında oluşan kısmi nekroz dışında sorunsuz iyileşme izlendi.

Tartışma: Replantasyon için mutlak endikasyonlar arasında başparmak amputasyonları, birden fazla parmak amputasyonları, bilek ve avuç içi seviyesinden amputasyonlar ve tüm seviyelerde pediatrik hasta grubundaki amputasyonlar sayılabilir. Yine literatürde kesin kontraendikasyonlar arasında hayati tehlike oluşturan yaralanmalar, birden fazla seviyeden oluşan amputasyonlar ve sıcak iskemi süresi 16 saatten (parmak için) fazla olan yaralanmalar yer almaktadır. Bazı ekstrem durumlarda bizim vakamızda olduğu gibi kesin endikasyonlar ve kesin kontrendikasyonlar eşzamanlı olarak bulunabilmektedir. Bu tip hastalarda tüm şartlar göz önüne alınarak replantasyon yapma veya yapmama konusundaki kritik karar verilmelidir.

Olgu



Hastanın pre-op ve post-op görüntü ve grafileri

P256

Birinci Web Aralığı Kontraktürünün Ters Akımlı Posterior İnterosseöz Arter Flebi ile Rekonstrüksiyonu

Hakan Bulam, Fatih Tekin, Soner Tezcan, Çağatay Falcioğlu, Ömer Faruk Taner
Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Posterior interosseöz arter flebi dorsal el defektlerinin rekonstrüksiyonunda uygun ve güvenilir bir yöntemdir. Başparmağın addüksiyon kontraktürü esas olarak trapeziometakarpal eklem hareketlerini kısıtlar ve oppozisyon etkinliğini azaltır. Burada birinci web aralığı kontraktürü bulunan hastada kontraktür serbestleştirildiğinde oluşan defektin kapatılmasında posterior interosseöz arter flebinin kullanımı sunulmuştur. Yirmi yedi yaşında erkek hasta üç yıl önce sağ elinden patlayıcı madde ile yaralanmıştı. Birinci web aralığında kontraktürü mevcuttu (Şekil 1). Kavrama hareketini etkin olarak yapamıyordu. Ameliyatta kol venöz sistemi orta derecede boşaltılarak pnömatik turnike altında bağlandı. Kontraktür dikkatli olarak serbestleştirildi. Ardından humerus lateral epikondil ve distal radioulnar eklem arasında işaretlenen çizgi üzerinde flep tasarlandı. Flep radyal tarafı fasya planına kada düşüldü. Posterior interosseöz arter ekstansör karpi ulnaris ve ekstansör digiti minimi kasları arasındaki septumda görüldü. Flebe giren 2 adet perforatörün olduğu görüldü ve korundu. Flebin diğer kenarları da düşüldü. Posterior interosseöz arter proksimalde bağlandı ve disseksiyon derin ekstansör alana verdiği dallar bağlanarak distale doğru devam ettirildi. Pedikül uzunluğu 7cm idi. Disseksiyon tamamlandıktan sonra turnike açıldı ve flep dolaşımı görüldü. Flep hazırlanan tünelden defekt alanına geçirildi ve dikildi. Donor saha kısmi kat deri grefti ile kapatıldı. Başparmağı abduksiyonda tutacak şekilde kısa kol atele alındı. Postoperatif erken dönemde görülen hafif venöz konjesyon dışında postoperatif komplikasyon olmadı. Postoperatif ikinci ayda kavrama hareketini aktif bir şekilde yaptığı kaydedildi (Şekil 2-4). Hastanın ameliyata bağlı memnuniyeti yüksekti. Sonuç olarak Posterior interosseöz arter flebi 1. web aralığı kontraktürü serbestleştirilmesi sonrası gelişen doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda uygun ve güvenilir bir yöntemdir. Elin her iki ana damarının da korunuyor olması, damar anastomozuna ihtiyaç duyulmaması avantajlarıdır ancak pedikül disseksiyonu uğraştırıcı olabilir, posterior interosseöz arter kalibrasyonu her hastada yeterli olmayabilir. Turnike kullanımı sırasında venöz sistemin

kısmi dolu bırakılması disseksiyon sırasında yardımcı olabilir.

Şekil 2



Patlayıcı madde yaralanması sonrası gelişmiş olan sağ el 1. web aralığı kontraktürün etkin olarak serbestleştirilmesi

P257

Önkolda İntramusküler Yerleşimli Arteriovenöz Malformasyon

Gökçe Yıldırım, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Vasküler malformasyonlar, tümörlere nazaran daha az sıklıkta görülen konjenital anomalilerdir. Üst ekstremitelerde de baş boyun bölgesine göre nadir görülüp sıklıkla cerrahi tedavi gerektirmezler. Bu olguda, şikayet yaratan kas içi yerleşik vasküler malformasyonun sunulması amaçlanmıştır.

Vaka Takdimi: 11 yaşında kız hasta, kalem tutarken önkol volar yüzde ağrısının olduğunu tarifledi. Hastaya yönelik yapılan muayenede önkol volar yüzde, kas içi yerleşik kitle oluşumu saptandı. İntraoperatif, fleksör digitorum superficialis kas lifleri içerisinde yerleşik kitle görüldü, eksize edilen kitle arteriovenöz malformasyon olarak raporlandı. Hasta şikayetleri tamamen ortadan kalktı.

Sonuç: Üst ekstremitedeki vasküler malformasyonlar nadir antiteler olup, özellikle ekstremitelerde distal kısımlarında mevcut olan kitlelerin cerrahisi, mikrocerrahi teknikler gerektirir. Vasküler malformasyonların cerrahi tedavi endikasyonları; sinir basısı, parmak hareketlerinde kısıtlılık, ağrı ve estetik kaygıdır. Bu endikasyonlarda üst ekstremiteden tümör ve malformasyonlarına yönelik cerrahi yapılmalıdır.

P258

Bilateral 2. ve 5. Parmaklarda Kongenital Ailel Klinodaktili

Alpay Duran, Tuğba Dindar, Soysal Baş
Sağlık Bakanlığı Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi, Şanlıurfa

Giriş: Klinodaktili parmağın radioulnar planda angulasyonu olarak tanımlanmaktadır. En sık karşılaşılan formu 5. parmağın distal interfalangial eklemler hizasında radyal tarafa angulasyonudur. Kongenital klinodaktili sendromik, sporadik yada ailel olarak oluşabilmektedir. [1] Ailel klinodaktili olgularının çoğunluğu otozomal dominant geçiş göstermektedir.

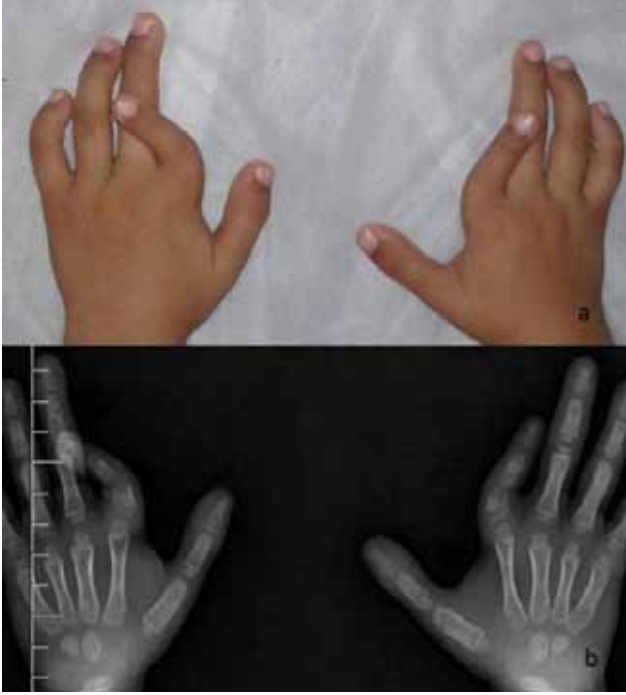
Olgu: 4 yaşında kız hasta her iki el 2. ve 5. parmaklarında şekil bozukluğu nedeniyle Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Hastanesi Plastik cerrahi kliniğine başvurdu. Fizik muayene ve çekilen grafilerinde işaret parmaklarında proksimal falanks seviyesinden kaynaklanan ulnar deviasyon ve 5. parmaklarda hafif düzeyde radyal deviasyon mevcuttu. (Fig. 1a,b) Hastanın annesi fenotipik olarak normal olmasına karşın anneanesinde her iki el işaret parmaklarında klinodaktili mevcuttu.

Tartışma: Literatürde işaret parmağının klinodaktili sporadik yada sendromik formlarda ortaya çıktığı bildirilmektedir. Mohr-Wriedt brakidaktili, Trevor hastalığı, Catel-Manzke ve Devriendt sendromlarında ortaya çıkabilmektedir. Çoğu olgu delta orta falanks nedeniyle oluşmaktadır. [2] Delta falanks tip klinodaktide büyüme plağı parmağın bir tarafında yerleşerek şekil bozukluğuna yol açmaktadır. [3] Bu büyüme plağı çok nadiren proksimal falanks yerleşimlidir. Kongenital sporadik klinodaktili Al-Qattan tarafından incelenmiştir.[4] Al-Qattan çalışmasında tüm sporadik olguların unilateral yerleşimli ve olguların çoğunluğunda deformitenin orta falanks seviyesinden kaynaklandığını bildirmiştir. Bununla birlikte tüm olgularda parmaklarda radial deviasyon gözlemlenmiştir. Literatürde işaret parmağı yerleşimli delta proksimal falanks kaynaklı, ulnar deviasyonun eşlik ettiği bilateral familial klinodaktili olgusuna benzer bir olgu bildirilmemiştir. Hastanın deformitesine yönelik kısa tarafa yumuşak doku uzatma prosedürleri ile birlikte proksimal falanklara osteotomi planlanmaktadır.

Kaynaklar

1. Piper SL, Goldfarb CA, LB Wall. Outcomes of Opening Wedge Osteotomy to Correct Angular Deformity in Little Finger Clinodactyl. J Hand Surg. 2015; 40: 908-913.
2. Caouette-Laberge L, Laberge C, Egerszegi EP et al. Physiolyis for correction of clinodactyl in children. J Hand Surg. 2002; 27: 659-665.
3. Burke F, Flatt A. Clinodactyl: a review of a series of cases. Hand. 1979; 11: 269-280
4. Al-Qattan MM. Congenital sporadic clinodactyl of the index finger. Ann Plast Surg. 2007; 59:682-687.

figür 1a.b



Preoperatif görünüm

P259

Dirsek Defeklerinin Posterior İnteroseöz Propellar Flep İle Rekonstrüksiyon Deneyimlerimiz

Alper Aksoy¹, Emin Sır², Meliha Kasapoglu Aksoy³

¹Acıbadem Konur Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü Bursa

²Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü İzmir

³Bursa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü Bursa

Giriş: Dirsek ve antekübital bölgedeki yumuşak doku defektleri eklem ve yoğun damar-sinir yapıları içermesi nedeniyle rekonstrüksiyonu güç olan defektlerdir. Trafik kazası, mekanik travma, radyasyon, eklem protezinin açığa çıkması, tümör rezeksiyonu, bursanın kronik enfeksiyonu, kesici veya künt alet yaralanması gibi nedenler ile defektler ortaya çıkabilir. Cerrahi sonrası dirsek ekleminde uzun süren immobilizasyon sonrası sertlik veya ankiloza yüksek bir eğilim bulunur. Cerrahide ana amaç defektin kısa sürede kapatılıp mobilizasyona en erken başlanan hızlı yolu seçmektir. Özellikle olekranonu ve antekübital damar-sinir paketini açıkta bırakan defektler de direkt kapama fonksiyonel onarım açısından uygun olmamasından dolayı; fasiyokutan flep, lokal fasiyokutanöz ile kas-deri flepleri, uzak pediküllü flepler ve serbest flepler gibi çok sayıda onarım seçenekleri literatürde tanımlanmıştır.

Materyal – Metod: Ocak 2015 -Nisan 2016 tarihleri arasında, dirsek bölgesinde yumuşak doku defekti olan 3 hasta çalışmaya dâhil edildi. Defekt boyutları 3x4 cm ile 5x6 cm arasındaydı. Defekt alan debride edildikten sonra ameliyat öncesi dopler ile işaretlenmiş posterior interosseöz perforanları üzerinden flep eleve edildi. Flep en

büyük perforan üzerinden 150-180 derece yakın rotasyon yapılarak defekt alana ilerletildi. Flep donör alanları 1 hastada primer 2 hastada kısmi kalınlıkta deri greftiyle kapatıldı..

Sonuç: Erken dönemde bir flebin distalinde nekroz gelişti ve debridman sonrası sekonder iyileşmeye bırakıldı. Bütün flepler doku uyumu, incelik ve görünüm açısından dirsek bölgesine uyumlu olarak izlendi. Hastalar üçüncü hafta sonunda fizik tedavi programına alındı ve dirsek hareketlerinde bir problem izlenmedi

Tartışma: Dirsek rekonstrüksiyonlarında periküllü perforatör fleplerin kullanımı plastik cerrahlar açısından güvenli bir seçenektir. Literatürde yayınlanmış vakalarda flep nekrozunun izlenmediği açıklanmıştır. Ameliyat süresinin kısa olması, flebin inceliği ve defekte kolayca adapte edilebilmesiyle posterior interosseöz propellar flep iyi bir seçenektir. Donör saha genellikle primer kapatılırken çok büyük defektlerin onarımı sonrası kısmi kalınlıkta deri grefti gerekebilir.

P260

Nadir Görülen Bir Olgu; Hipotenar Hammer Sendromu

Cengizhan Ekizceli, Hayri Ömer Berköz

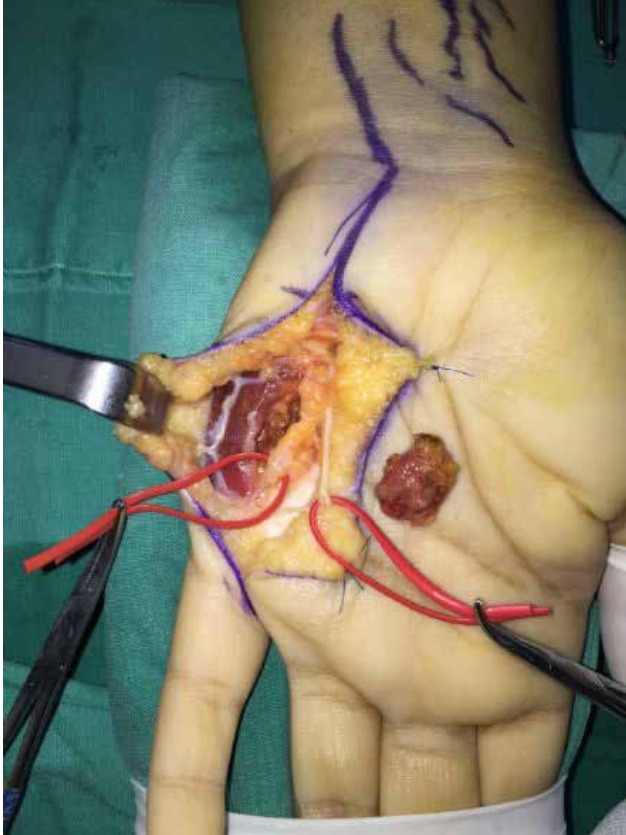
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Arteriyel anevrizmalar mekanik stres sonucu damar duvarında gelişen kalıcı duvar genişlemeleridir. Ulnar arterin gerçek arteriyel anevrizmaları nadir olmakla birlikte travma ilişkili pseudoanevrizmalar daha sıklıkla gözlenir. Ulnar arter Guyon kanalı içerisinde travmalara açık şekilde ilerlemektedir. Çekiç kullanmak gibi hipotenar bölgeye baskı uygulanan durumlarda ulnar arter, kuvvet ile hamat kemik arasında sıkışmaktadır. Sebep olan etmen ister tek bir künt travma ister tekrarlayıcı iş ilişkili travmalar olsun sonuçta arter duvarında anevrizmatik dilatasyonlara neden olabilmektedir. Literatür bilgisine göre ulnar arter pseudoanevrizmaları genellikle ön planda Raynaud fenomeniyle karıştırılabilen arteriyel yetmezlik semptomlarıyla başvurmaktadırlar. Bu durum, etiyolojisinde meslek ilişkili el travmalarının yer aldığı Hipotenar Hammer Sendromunu (HHS) tanımlamaktadır. 35 yaşında erkek hasta sol el ulnar yarımında meydana gelen şişlik ve serçe parmağında his kaybı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde palpasyon ile kitle üzerinde trıl alınması üzerine hastadan dopler ultrason incelemesi istendi. Radyolojik olarak guyon kanalı distalinde ulnar arter trasesinde arteriel komponentler içeren kitle rapor edildi. Hasta aksiller blok anestezi altında opere edildi. Hastanın sol el hipotenar bölgesinde bulunan kitle üzerinden yapılan zigzag insizyonlar ile cilt, cilt altı geçildi. Hipotenar kaslar split edildi ve kitlenin intramusküler yapıda olduğu görüldü. Ulnar sinir motor ve duyu dalları dikkatlice diseke edildi ve korundu. Kitlenin pedikülü takip edildi ve ulnar arterden çıktığı yerden ligate edildi ve kitle eksize edildi. Ulnar arter devamlılığında ekstra dilatasyon ve pseudoanevrizma olmadığı için ven grefti ile onarıma gerek olmaksızın kitlenin eksizyonu sağlanmış oldu. Kitle patolojiye gönderildi. Hastanın post operatif takiplerinde komplikasyon gelişmedi. Kitlenin patoloji raporu tromboze pseudo anevrizma olarak raporlandı. HHS’de görülen semptomlar çeşitlilik göstermekle beraber temel iki kategoriye ayrılabilirler. Vasküler yetmezlik nedeniyle gözlenen Raynaud fenomeni ve anevrizmanın kendisinin yaptığı kitle semptomlarıdır. Hipotenar bölgede

38. Ulusal Kurultayı

pulsatil kitlenin hissedilmesi ve ulnar sinire bası kitle etkisinden kaynaklanmaktadır. Semptomlardaki dağılım tedavi sürecinde belirleyicidir. Sadece Raynaud fenomeni olan hastalarda konservatif tedavide kalsiyum kanal blokerleri, sigara içiminin kesilmesi, ganglion blokları faydalı olabilir. Ancak parmak ülserleri, kronik ağrı ve bası semptomları gibi ileri hastalık bulguları olanlarda cerrahi tedavi anevrizmatik dilatasyona uğrayan arter segmentinin çıkarılması ve rekonstrüksiyonudur. HHS, tanısı zor ve diğer sekonder Raynaud fenomeni nedenleriyle karıştırılabilen bir hastalıktır. Sendromdan özellikle hipotenar pulsatil kitle, erkek hasta ve dominant el tutulumu varlığında şüphelenilmelidir.

intraoperatif fotoğraf



P261

El Kontraktürlerine Yaklaşım Ve Algoritma

Gökçe Yıldırım, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Eldeki kontraktürler; el hareket fonksiyonlarında ciddi kısıtlama yaratır ve sıklıkla başarılı rekonstrüksiyonu için flep cerrahisi gerektirir. Bu yazıda, üst ekstremitesinde kontraktürü olan hastalarımızın tedavileri ve kontraktürler için bir tedavi algoritması sunulmuştur.

Yöntem: 2011-2015 yılları arasında 83 kontraktür mevcut hasta kliniğimizde tedavi edildi. Hastalar hangi bölgede kontraktür olduğuna, kontraktürün nedenine ve tedavilerine göre sınıflandı.

Bulgular: 52 erkek, 31 kadın; 83 hastanın yaş ortalaması 26 idi. Hastalardan 52sinde parmaklarda, 18inde palmar bölgede, 10unda hem palmar bölge hem de parmaklarda, 3 hastada ise omuz ve kol seviyesinde kontraktürler tedavi edildi. Kontraktüretyolojisi 22 hastada ameliyata bağlı skarkontraktürü, 21 hastada tendon ameliyatlarına bağlı fleksiyonkontraktürü, 38 hastada yanık kontraktürü, 2 hastada Volkmaniskemikkontraktürü idi. Skarkontraktürü hastalarının %80ine z plastiler yapıldı. Fleksiyonkontraktürü hastalarının %42sine (kronik) cilde ve tendona z plastiler ve deri greftleri kombine uygulandı. Parmaklardaki fleksiyonkontraktürü hastalarının %25ine aşamalı kontraktür açılması tedavileri uygulandı. Hem palmar hem de parmaklarda kontraktürü olan hastaların %100üne serbest veya rejonelflep ile tedavi uygulandı. Daha önce greft konulmuş hastaların %100üne lokal veya rejonelflep cerrahisi uygulandı. Aksilladaki yeterli cilt varlığı nedeni ile hastaların %100ü z plastilerle tedavi edildi.

Sonuç: Skarı uzatmak için yeterli cilt varlığında z plasti, 4 flepplasti, jumpingman gibi yöntemler güvenilirdir. Bununla birlikte tendona yönelik z plastinin gerekip gerekmediğine intraoperatif karar verilmelidir. Daha önce greft konulmuş ve kontraktürden kaçınılamamış hastalarda flep cerrahisi endikedir. El fonksiyonlarını sağlamada flepler, ileri derecede kontraktürlü hastada üstündür.

P262

Yanık Rekonstrüksiyonunda İnterpolasyon Flepleri: Eski Ancak Kurtarıcı

Çağrı Ahmet Uysal¹, Nilgün Markal Ertaş¹, Atilla Adnan Eyüboğlu¹, Abbas Albayati¹, Enver Arpacı², Güllü Korkmaz Solmaz³, Mehmet Haberal⁴

¹Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Ankara

²Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

³Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Adana

⁴Başkent Üniversitesi Genel Cerrahi AD, Ankara

Giriş: İnterpolasyon flepleri M.Ö. 600 yıllarından beri bilinmekte ve uygulanmaktadır. Ünlü pratisyen hekim Sushruta interpolasyon fleplerini burun rekonstrüksiyonu için tarif etmiştir. O zamanlardan beri yanık rekonstrüksiyonunda farklı cerrahi teknikler kullanılmıştır. İnterpolasyon flepleri iki aşamalı operasyon olması dezavantajına rağmen yanık rekonstrüksiyonunda plastik cerrahlar için kurtarıcı tedavi seçeneklerinden biri olmuştur.

Olgu Sunumları: Hastanemiz bünyesinde 2011 ve 2016 yılları arasında yanık rekonstrüksiyonu yapılan 12 hastaya toplam 18 interpolasyon flepleri uygulanmıştır. 8 hastaya abdominal fasiyokutan flepler, 4 hastaya "cross-finger" ve "cross-leg" flepleri uygulanmıştır. Ortalama flep ayrılma zamanı ilk ameliyatı takiben 24 gün (14-32 gün), ortalama yatış süresi ise 30 gündü. (4-63 gün). Herhangi bir ameliyat sonrası komplikasyon veya flep kaybı yaşanmadı. Hastalara flep ayrılma işlemini takiben yoğun fizik tedavi başlatıldı. Flep donor sahası 5 hastada primer kapatılırken 7 hastada kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Şekil 1,2,3

Tartışma: Ekspoze kemik, tendon ve nörovasküler yapılar içeren büyük doku defektlerinin derhal ve

38. Ulusal Kurultayı

uygun şekilde kapatılması gerekmektedir. Flep seçimi önemli olmakla birlikte özellikler elektrik yanıklarında rekonstrüksiyon seçenekleri kısıtlı olmaktadır. Yanık rekonstrüksiyonlarında serbest doku aktarımı esas tekniklerden biri olmaktadır, ancak donör saha morbiditesi, teknik ve postoperative takip sıkıntıları, deneyimli cerrah ve ekip gereksinimi ve postoperative flep kaybının yüksek olması gibi zorluklar taşımaktadır. Yanık alanındaki doku hasarı nedeniyle lokal fleplerin kullanılması uygun olmamaktadır. Bazı yanık vakalarında lokorejiyonel flepler birinci tedavi seçeneğidir. Abdomen, inguinal, cross-finger ve cross-leg flepleri güvenilir, uygulanması kolay ve özellikle elektrik yanık yaralanmasında dolaşım sıkıntıları gözlenen hastalarda büyük defektleri kapatabilecek fleplerdir.

Sonuç: İnterpolasyon flepleri yanık rekonstrüksiyonunda kullanılan önemli rekonstrüksiyon metodlarından biridir. İmmobilizasyon, uzun süre hastane yatışı, donör saha morbiditesi ve iki aşamalı operasyon olması dezavantajlarıdır. Ancak günümüzde sıkça kullanılmaya devam edilmektedir.

interpolasyon intraop



İnterpolasyon flebi intraop görüntüsü

P263

Ağrı İlinde Karpal Tünel Sendromu Nedeniyle Opere Edilen Hastaların Sosyodemografik Olarak İncelenmesi

Burak Özkan, Zülfikar Ulaş Bali, Anvar Ahmedov
Ağrı Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Ağrı

Giriş: Karpal Tünel Sendromu (KTS), median sinirin karpal tünel içerisinde kompresyonu sonrasında ortaya çıkan semptomlar topluluğudur. Belirtileri özellikle geceleri artış gösteren median sinir duyu alanında uyuşma ve duyu kaybıdır. Diyabet gibi sistemik hastalıkların yanı sıra obezite, gebelik, mesleki durum gibi faktörler de KTS ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmamızda Ağrı ilinde opere edilmiş KTS hastalarının demografik özelliklerini belirlemeyi amaçladık.

Araç ve Yöntem: 2015-2016 tarihleri arasında Ağrı Devlet Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi polikliniğine başvuran, EMG incelemesi median sinir duysal aksiyon potansiyeli yokluğu ve uzamış distal motor latansı ağır KTS olarak raporlanan 35 hasta çalışmaya

dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyeti, meslek, eşlik eden hastalıkları kayıt edildi. Operasyon tüm hastalarda 4. Falanks izdüşümünün el bileğiyle bileştiği yaklaşık 4cm'lik vertikal ve el bileği krisinde radyale yaklaşık 1 cm uzatılan hokey çubuğu insizyon sonrasında trasvers karpal ligamanın rahatlatılması şeklinde yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların 32'si kadın (%91) ve 3'ü (%9) erkekti. Ortalama yaş 45.6 (23-79) olarak bulundu. 30 yaş altı hastalar toplam hastaların %14'üydü. Bilateral KTS olanlar hastaların %46'sı olarak bulundu. Hastaların %82'si hayvancılıkla uğraşan ev hanımlarıyken %12'si diğer meslek gruplarındandı. 10 hastada eşlik eden diyabet, 1 hastada hipotirodi ve 2 hastada el yanığı öyküsü mevcuttu. Semptomlar operasyon sonrası ortalama 3.8 ayda (1-11ay) belirgin azaldığı yapılan muayene ve alınan öykü sonucu bulunmuştur.

Tartışma Ve Sonuç: Karpal Tünel Sendromu, median sinirin transvers karpal ligaman altındaki karpal tünelde artmış ödem, zorlayıcı tekrarlayan aktiviteler, karpal kemik oryantasyonlarında bozulma gibi nedenlerin yanında diyabet gibi sistemik hastalıklar nedeniyle sıkışması sonrası gelişmektedir. Etiyolojik nedenler incelendiğinde KTS'nin sosyokültürel yapıyla ilişkili olabileceği anlaşılmaktadır. Yaptığımız çalışmada KTS sendromu nedeniyle opere ettiğimiz hastalarımızın büyük kısmını ortalama yaşı 4. dekat kırsal kesimde süt sağma gibi yada tandir ekmeği açma gibi tekrarlayıcı el bileği hareketine maruz kalan ve ağır KTS bulguları oluşuncaya dek hastaneye başvurmayan bayan hastalar oluşturmaktadır. Bu hastalar post operatif dönemdeki tavsiye edilen istirahate de pek uymamakta ve semptomların hafifleme süresi uzamaktadır. Çalışmamızda 30 yaş altı başvuran 2 hastadaki ikinci derece derin el yanığı öyküsü palmar bölgedeki yanık skarlarının karpal tünel basıncına etkisi olabileceğini düşündürmüştür. Sonuç olarak, Ağrı ilinde KTS hayvancılıkla uğraşan ev hanımlarında yüksek oranda görülmektedir. Bölgede KTS ait verilerin bilinmesinin tedavi süreci ve nüks oranlarının düşmesinde faydalı olacağını düşünüyoruz.

P264

El Palmar Yüzde Derin Yerleşimli ve Webe Uzanım Gösteren Lipom

Emin Sır¹, Alper Aksoy²

¹Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İzmir

²Konur Cerrahi Merkezi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Bursa

Giriş: Lipomlar 2.1/1000 Prevalans Hızı İle En Sık Görülen Benign Mezenşimal Tümörlerdir (1). Üst Ekstremitede Sıklıkla Görülmelerine Karşın Palmar Yerleşimli Ve Webe Uzanan Lipomlar Nadir Olarak Görülür. Klinikte En Sık Görünümü Genellikle Ağrısız, Yumuşak Kıvamda, Sınırları Düzenli Kitle Şeklinde (2).

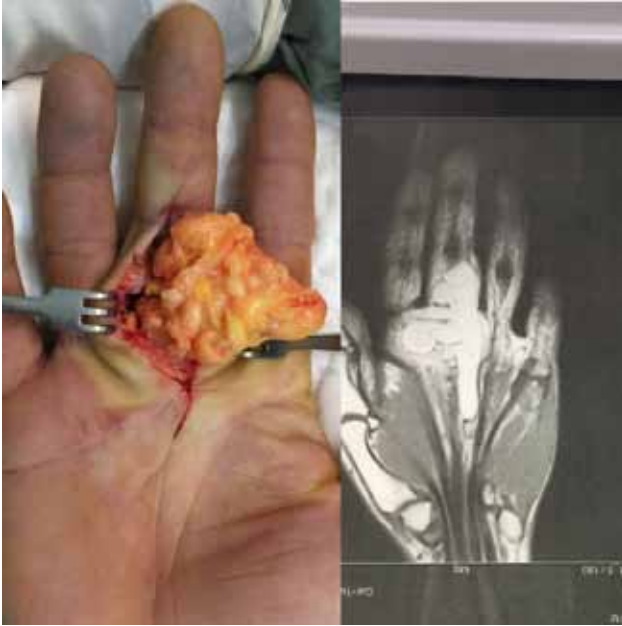
Olgu: Otuz İki Yaşında Erkek Hasta Sağ Elindeki Şişkinlik Ve Parmaklarındaki Ağrı Nedeniyle Kliniğimize Başvurdu. Avuç İçindeki Şişkinliği 5 Yıl Önce Fark Ettiği, Son 2 Yıl İçinde Daha Hızlı Büyüdüğü Öğrenildi. Fizik Muayenede Sağ El Palmar Bölgede Yumuşak Vasıfta, Düzgün Konturlu Ancak Sınırları Net Ayrılamayan, Hassasiyet Göstermeyen Ve Weblere Uzanım Gösteren Kitle Saptandı. Manyetik Rezonans Görüntülemeye Derin Palmar Yerleşimli Tendonlar Arasında Lobüle Konturlu Büyük Boyutlarda Lipom İle Uyumlu Kitle İzlendi. Aksiller Anestezi Altında Yapılan Eksplorasyonda Palmar Alanda Fleksör Tendonlar

Altında Ve Her İki Webe Uzanım Gösteren Lobüle Yapılı Lipomatöz Kitle Görüldü. Anatomik Yapılar Korunarak Kitle Tamamen Çıkarıldı. Ameliyat Sonrası Erken Ve Geç Dönemde Komplikasyonla Karşılaşılmadı.

Tartışma: Lipomlar Vücutta En Sık Rastlanan, Herhangi Bir Yerde Görülebilen iyi huylu kitlelerdir. Palmar bölge, belirgin yağ dokusu içermekle birlikte bu bölgede lipomlar oldukça nadirdir. Ayırıcı tanıda Liposarkom, lipoblastom, basit kistler, fibrolipom yanı sıra tendon kılıfından kaynaklanan dev hücreli tümörler göz ardı edilmemelidir. El bölgesindeki basit lipomların en sık bilinen tedavi şekli cerrahi olarak çıkartılmalarıdır. Derin palmar yerleşimli lipomlara uygulanan cerrahi sırasında parmak hareketlerinden, dolaşımından, duysal ve motor innervasyondan sorumlu önemli anatomik yapıların farkında olup dikkatli bir cerrahi teknik uygulanmalıdır. Bu nedenle işlem öncesi görüntüleme manyetik rezonans kullanımı cerraha yardımcı olmaktadır. Sonuç olarak ameliyat öncesi manyetik rezonans görüntülemenin incelenmesiyle kitlenin total eksizyonuna olanak tanıyacak insizyon belirlenmeli, komşu nörovasküler yapılarla ilişkisi değerlendirilmeli ve dikkatli cerrahi teknikle nörovasküler yapılar korunarak total eksizyon yapılmalıdır

1 - Rydholm A, Berg NO. Size, site and clinical incidence of lipoma: factors in the differential diagnosis of lipoma and sarcoma. Acta Orthop Scand 1983;54:929-34.
2 - Capelastegui A, Astigarraga E, Fernandez-Canton G, Saralegui I, Larena JA, Merino A. Masses and pseudomasses of the hand and wrist: MR findings in 134 cases. Skeletal Radiol 1999;28:498-507.

Eksizyon ve MR



P265

Üç Ekstremiteyi Tutan Konstrüktif Bant Sendromu: Olgu Sunumu

Soysal Baş, Alpay Duran, Tuğba Dindar

Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eah, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

Konstrüktif bant sendromu, muhtemelen amniyon kesesinin yırtılması ile oluşan konstrüktif bantların fetal dokulara yapışması sonucu ortaya çıkan heterojen bir hastalıktır. Çok farklı anomalilere sebep olabileceği için her olguda farklı bir tabloyla karşımıza çıkabilir. Genellikle parmak veya ekstremitelerin diğer parçalarında basit amputasyonlar, parsiyel sindaktili, ekstremiteleri çevreleyen konstrüksiyon halkaları veya redüksiyon defektleri şeklinde bir veya daha fazla ekstremitede defektlerini içeren malformasyonlar görülür. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte 1/3000 - 1/15 000 canlı doğumda bir görülür. Petterson Konstrüktif bant sendromunu 4 sınıfa ayırmıştır; Tip-I: Ciltte oyuk şeklinde basit konstrüktif bant, Tip-II: Konstrüktif bant distalinde deformite, Tip-III: Konstrüktif bant ile birlikte distal kısımların füzyonu vardır (akrosindaktili), Tip -IV: İntrauterin otoamputasyonlardır. Tedavi deformitenin şekline bağlıdır. Hafif form operasyon gerektirmez. Distal deformite varsa Z plasti ile onarılır (2 aşamada). Akrosindaktili ise erken tedavi edilir. Kliniğimize başvuran 10 yaşındaki hastanın Petterson sınıflamasının bütün tiplerini içeren üç ekstremitesinde konstrüktif bantları bulunmaktadır. Hastanın el ve uyluğundaki bantlar multipl z plasti yöntemi ile açılmıştır. Bu yazıda olgu ile birlikte konstrüktif bant sendromunun hatırlatılması ve olgunun sunulması amaçlanmıştır.

resim 1



Sağ el, sol el ve sağ uyluktaki konstrüktif bantlar ve her iki el x-ray görüntüsü

P266

Opere Tendon Yapışıklıklarının Tedavisinde Tenolizle Eş Zamanlı Kollajen-Glikozaminoglikan Matriks Ve Trombositten Zengin Plazma (Prp) Kullanımı

Emre Güvercin¹, Tunç Tunçbilek²,

Gaye Taylan Filinte², Mehmet Bozkurt²

¹Beykoz Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Fleksör tendon onarımları cerrahi birikime ve tecrübenin artışına karşın özellikle zon 2 seviyesinde bazı vakalarda istenilen sonucu vermemektedir. Yapışıklıkla sonuçlanan onarımlar çoklu cerrahi prosedürler ve uzun fizik tedavi süreçleri gerektirmekte; aktif iş gücü kaybına yol açarak tedaviye uyumu zorlaştırmaktadır. Bu çalışmada tenolizle eş zamanlı kollajen-glikozaminoglikan matriksi ve trombositten zengin plazma (Prp) uygulanarak tedavi edilen bir olgu sunulmuştur.

Vaka: 29 yaşında hasta camla kesi sonucu acil servisimize başvurdu. Muayenesinde sol el D2-3-4 fds ve fdp tendon kesisi ile 2. ve 3. common dijital sinir kesisi saptanan hasta tarafımızca opere edildi. Postop 4. haftada hastada aktif fleksiyon- pasif ekstansiyonda kısıtlılık saptanması üzerine hastaya eksplorasyon önerildi. Yapılan eksplorasyonda fleksör tendonlar ve dijital sinirlerin kesi onarım hatları etrafında yaygın fibrozis olduğu gözlemlendi. Tenoliz ve nörolizi takiben onarım hatları etrafına kollajen-glikozaminoglikan matriks sarıldı ve matriks içerisine Prp uygulandı. Skar hatlarına ve tendonlar arası boşluklara Prp uygulaması yapıldı (Resim 1). Cerrahi kapatma öncesi palmar cilt ve tendon kılıfları arasına kollajen-glikozaminoglikan matriks tabaka yerleştirildi. Erken postop dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Postop 3. haftada pasif ekstansiyonun tam olduğu; aktif fleksiyonun başladığı gözlemlendi.

Tartışma: Tendon onarımlarında aşırı fibrozis ile iyileşmenin bozulması ve hareketin engellenmesi operasyon amacıyla bağdaşmayan bir durumdur. Tenoliz tek başına genellikle yetersiz olup, ekstrasellüler matriks bileşenleri yerine konularak ve aşırı fibrozis oluşumu inhibe edilerek tedavi başarısı artırılabilir. Kollajen- glikozaminoglikan matriks uygulaması aşırı kollajen oluşumunu engelleyerek dengeli bir ekstrasellüler matriks ve dermal-subkutan doku oluşumuna katkı sağlar. Prp uygulaması da ortamda trombosit kökenli büyüme faktörlerinin artışına ve rejenerasyonun hızlanmasına, ayrıca peritendinöz sıvı artışıyla da mekanik kayganlığa katkı sağlayacaktır. Güncel terapilerin kullanımı ile operasyon sayısında, hastane yatışında, iş gücü kaybında azalma sağlanabilecektir.

Resim 1



Tenoliz sonrası tendon onarım alanında kollajen-glikozaminoglikan matriks ve Prp uygulanması

P267

Nadir Görülen Tetik Parmak Nedeni; Palmar Pleomorfik Fibroma

Mehmet Dadacı, Bilsev İnce, Serhat Yazar,

Mecid İsmailzade, Orkun Uyanık

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,

Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

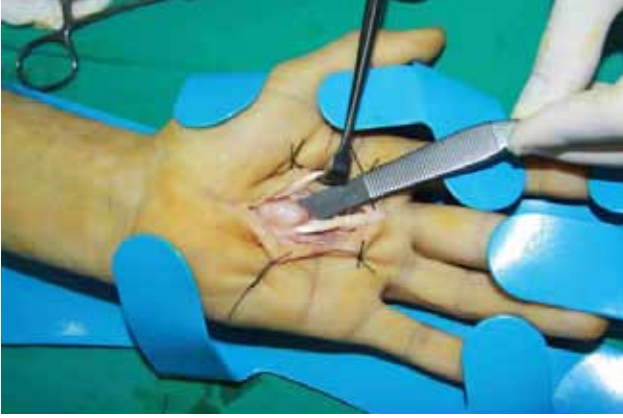
Giriş: Tendon kılıfı fibromları, en sık parmaklarda ağrısız büyüyen kitle olarak karşımıza çıkar. El tümörlerinin %2-3'lük kesimini oluşturur. Nadir olarak palmar bölgede, tendon ve tendon kılıfına yapışık olarak ortaya çıkabilen tümöral lezyonlardır. Bu lezyonlar orta yaşlarda (3 ve 5. dekatlarda) ve erkeklerde daha sık olarak görülmektedir. Tendon kılıf fibromları, makroskopik olarak ortalama 2 cm boyutlarında, düzgün sınırlı, sıklıkla kapsüllü, nodüler veya multinodüler lezyonlar olarak tespit edilmiştir. İyi huylu tümöral lezyonlar olmasına rağmen, en büyük hasta serisinde %24'lük nüks oranı verilmektedir. Nüks riskinin fazla olmasının nedeni de multinodulariteye ve yetersiz cerrahi işleme bağlanmaktadır. Bu çalışmada iki kez tetik parmak cerrahisi geçiren ve tedavi olamayan hastanın incelenmesi sonrasında ortaya çıkan palmar pleomorfik fibroma ve tedavisi tartışılacaktır.

Olgu sunumu: 53 yaşındaki erkek hasta 3. parmağını hareket ettirirken takılması nedeni ile tarafımıza başvurdu. Hastanın hikayesinde aynı parmaktan 6 ay önce tetik parmak cerrahisi geçirdiği, yaklaşık 4 aydırda şikayetlerinin tekrarladığını belirtti. Muayenesinde hastanın 3. parmağında tetik parmağı olduğu görüldü ve cerrahi olarak tam serbestlenmediği ya da tekrar yapıştığı düşünülerek reeksplorasyon yapıldı. Pulley tekrar serbestleştirildi. Cerrahi olarak bölgede fibrosiz görüldü. 2ay sonra hasta tekrar tetik parmak şikayeti ile başvurması üzerine hastaya el MRg istendi. Çekilen MRG'da midpalmar seviyede 1*1,5 cm lik tendonlara yapışık kitle görüldü. Sonuçta sekonder tekrar muayene edilen hastanın kitlesinin dışarıdan kitlenin ele gelmediği görüldü. Ameliyathanede aksiller blok altında ameliyata alınan hastanın kitlesi özellikle 3 FDS'ye yapıştığı gözlemlendi. Tendona zarar vermeyecek şekilde diseke edilerek total olarak rezeke edildi. Postoperatif komplikasyon gelişmedi, 1 senelik takibinde tekrarlama olmadı. Patoloji tanısı Palmar pleomorfik fibroma olarak konuldu.

Tartışma: Tetik parmak cerrahisi el cerrahisinde en sık yapılan ameliyat grubundandır. Sıklıkla poliklinik şartlarında lokal anestezi altında yapılır. Bu vakanın bize

öğrettiği sekonder tetik parmak olgularında ayrıntılı fizik muayene ve radyolojik tetkiklerin yapılması gerektiğidir. Fizik muayenede ele gelmeyen kitleler usg yada mri ile görülüp tanı konulup gereksiz işlemlerden sakınılır.

resim 1



P268
Nadir İdiyopatik Alt Ekstremitte Gigantizmi

Ali Ertan Çapar, Ali Rıza Erçöçen
Bayındır Sağlık Grubu

Gigantizm özellikle erken ve geç çocukluk dönemlerinde karşımıza çıkan, tanı ve tedavisi çoğunlukla zorlayıcı, hormonal problemlerin işareti olarak generalize olsa da sendromik ya da idiyopatik olarak lokalize-bölgesel olan bir hastalıktır. Özellikle her iki alt ekstremitte karşımıza çıkan hipertrofilerde ayırıcı tanılar içinde birçok başlık akla gelmelidir. Nörofibromatozis, fibrolipomatozis, proteus sendromu, makrodistrofi lipomatoza, Klippel-Trenaunay sendromu ve idiyopatik etiyojiler akla gelmelidir(1,2). Tedavi temel olarak ekstremitenin fonksiyonunu ve dolayısıyla hastanın hayat kalitesini artırmaya yöneliktir. Sendromik olgularda, eşlik eden diğer lezyonlar hayatı tehdit edebilirken, primer lenfödem sonrası gelişen lenfanjiyosarkom (Stewart-Treves Sendromu) dışında mortaliteden çok moribiditeye sebep olur.

Olgu: 20 yaşında her iki bacağına ileri dercede büyüme şikayeti ile hasta kliniğimize başvurdu. Doğum sırasında herhangi bir bulgusu olmadığı ifade edilen hastanın erken çocukluk döneminde her iki alt ekstremitte belirginleşen büyüme, ergenlik döneminde ileri dereceye ulaştı. Hasta özellikle yürüyemediğinden ihtiyaçlarını gidermek zorlandığı, özbakım eksikliğinden de ayak tabanında yer yer kötü kokulu sert kabuklanmalar olduğundan şikayetçiydi. Kliniğe Kabul edilen hastanın her iki alt edkstremitte ileri dercede hipertrofi, ayak parmaklarında düzensiz şekil gelişimi, ayak tabanlarında kallus oluşumu ve metatarsofalangeal eklem düzeyi plantar bölgede ülsera bası yaraları mevcut idi. Yapılan ileri tetkiklerde her iki bacak vena safena magna dilatasyonu saptansa da venöz yetmezlik olarak değerlendirilmedi. Yapılan MR incelemede subkutan doku ile birlikte her iki bacakta da kas ve kemik dokuları içine alan hipertrofi gözlemlendi. Sistemik muayenesinde başka herhangi bir anomaliye rastlanmadı. Cerrahi planlama hastanın mevcut şikayetlerini ortadan kaldıracak şekilde her iki alt ekstremitte ön ayak amputasyonu olarak planlandı. Yürüme aksını değitirmeyecek şekilde 1. 2. 3. Ve 4. paramaklar ön metatars distallerinden; 5.parmak ise ray amputasyon şeklinde ampute edildi. Post op 9.günde insizyon hatlarında

dehisans gelişmesi üzerine yara bakımı uygulandı. İkinci seansta yara revizyonu ve primer onarım yapıldı.

Sonuç: Ekstremitte gigantism olgularında mevcut bulgulara yönelik tedavi hayat kalitesini artırması açısından mutlaka gereklidir. Amputasyon cerrahi yaklaşımlarda istenmeyen bir seçenek olsa da gigantism olgularında tek seçenek olabilmektedir.

Kaynaklar

1. Turra, S., et al. Gigantism of the foot: our experience in seven cases. Journal of Pediatric Orthopaedics 18.3 (1998): 337-345.
2. Yenidünya MO, Bavli S. Alt ekstremitte Jigantizmi için 2 Nadir Örnek: Proteus Sendromu ve Nörofibromatozis. Yeni Tıp Dergisi 2013; 30:Suppl(1):7-11

Preoperatif ayak ve radyoloji



P269
Gracilis Kas Flebinin Alıcı Damar Sorunu Olan Alt Ekstremitte Yaralanmasındaki Kullanımı: Vaka Sunumu

Hakan Şirinoğlu, Arda Akgün, Nebil Yeşiloğlu, Kübra Ece Kalafatlar, Gökhan Temiz, Kaan Gideroğlu, Tunç Tunçbilek, Gaye Taylan Filinte
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Gerek travma gerekse kanser sebepli rezeksiyonlar sonrasında oluşan doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda sıklıkla serbest flepler ile rekonstrüksiyon gerekmektedir. Rekonstrükte edilecek defektin genişliği, enfekte olup olmaması, zemininde plak vida ve benzeri yabancı cisim varlığı gibi faktörlerle birlikte, getirilecek flebin anastomoze edileceği alıcı damarların durumu da çok önemlidir. Özellikle sunulan vakada olduğu gibi alıcı damar sorunu yaşanabilecek vakalarda ilk tercih ven greftleridir fakat

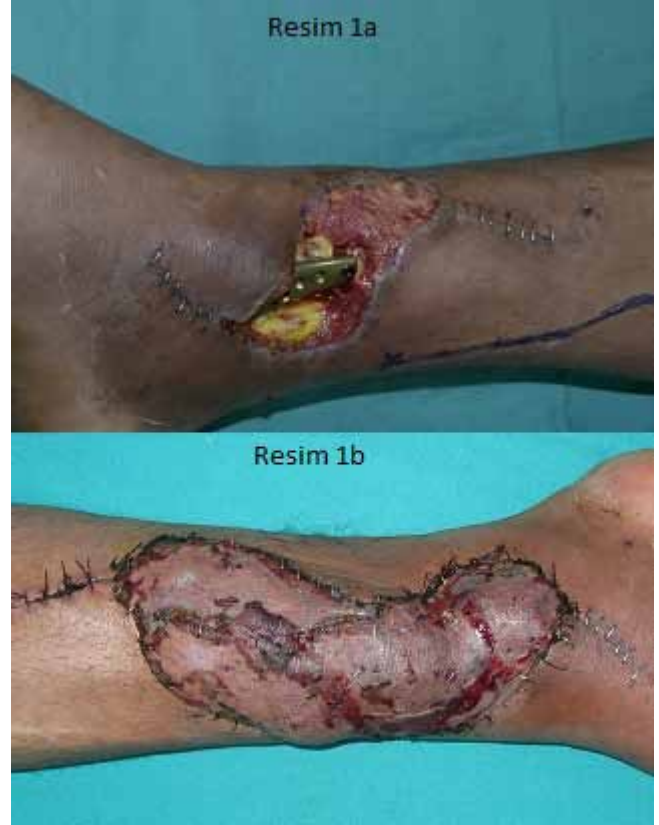
ven greftleri, serbest flep cerrahisinde ek bir morbidite unsuru olmakla beraber, anastomoz sayısını arttırarak başarısızlık riskini yükseltmektedirler. Bu yazıda crush yaralanmaya sekonder alt ekstremité doku defekti olan hastamızda, gracilis kas flebinin tüm uzunluğu ile alınarak "vasküler pedikül" görevi görerek ven grefti gereksiz rekonstrüksiyonda kullanıldığı bir olgu sunulmuştur.

Vaka: 33 yaşında erkek hasta yüksekten düşme sonrası oluşan distal tibia fraktürü fiksasyonu için plak vida kullanılmış takiben gelişen plak ekspozisyonu ve osteomyelit nedeniyle oluşan yaklaşık 8x4 cm çaplı doku defekti nedeniyle tarafımızca değerlendirilmiştir (Resim-1a). Gerek ameliyat öncesinde çekilen MR-Anjiyografi görüntülemesinde, gerekse de ameliyat içinde yapılan eksplorasyonda posterior tibial arterin orta bacak seviyesine kadar oklüde olduğu görülmüştür. Bunun üzerine gracilis kas flebi, tüm uzunluğu (21 cm) ile kaldırılmış ve distal ucu defekti örtükten sonra proksimal ucu alıcı damarın anastomoz için uygun olduğu bölgeye kadar uzatılmış ve anastomoz gerçekleştirilmiştir. Gracilis kasının vasküler köprü olarak kullanılan proksimal 2/3'lük kısmının üzerine aynen defekti kapatan distal kısmının da üstüne konduğu gibi kısmi kalınlıkta deri grefti konarak operasyona son verilmiştir. Postoperatif erken dönemde herhangi bir sorun yaşanmamış ve yapılan uzun dönem takiplerde de fleple ilgili herhangi bir soruna rastlanmamış, defekt tamamen kapatılmış ve hastanın şikayetleri sona ermiştir (Resim-1b).

Tartışma: Gracilis kas flebi öğrenmesi kolay ve kaldırması kısa süren bir kas flebidir. Kasın boyutları itibariyle küçük orta çaplı defektlerde kullanımı uygundur. Kasın en önemli özelliği uzun ve ince olmasıdır. Bu vakada da kasın bu özelliğinin kullanımı tarif edilmektedir. Sunulan vakada 8x4 cm boyutlu bir defekt fakat bir çok alt ekstremité crush yaralanmada rastlanan uzun bir vasküler pedikül ihtiyacı mevcuttu. Gracilis kas flebinin pedikülünün yaklaşık 5 cm uzunlukta olması ise bu tür yaralanmalarda kullanımını zorlaştırmaktadır. Fakat vakamızda yaptığımız gibi flebin normalde kullanılmayan proksimal bölümü alıcı damara uzanan bir köprü olacak şekilde kullanılırsa, flep pedikülü rölatif olarak uzatılmış olmakla birlikte ven grefti gereksinimi de ortadan kalkmaktadır. Yöntemin en önemli dezavantajı ise pedikül uzatmak için kullanılan proksimal bölüm nedeniyle daha büyük bir alanda greftleme gereksinimi olmasıdır.

Sonuç: Gracilis kas flebi, uzun ince yapısı sayesinde, alıcı damar sorunu taşıyan ve ven grefti gereksinimi gösteren orta küçük çaplı defektlerin rekonstrüksiyonunda güvenli olarak kullanılarak, ven grefti gereksiz rekonstrüksiyona imkan verir.

Resim 1a-1b



Defektin preoperatif ve postoperatif görünümü

P270

İki Ayrıcı Tanının Aynı Hastada Koinsidental Olarak Keşfi

Şeyda Güray Evin, Tuğba Gün Koplay, Osman Akdağ, Zekeriya Tosun

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Tendon kılıfı fibromu; sert, iyi sınırlı ve parmakların tendon kılıfına yapışan sirküler benign neoplazmlardır. (1) Olguların çoğunda nontravmatik olarak gelişirler ve aynı zamanda tendon kılıfı kaynaklı dev hücreli tümörün de ayrıcı tanısına girerler. Biz bu yazıda sağ el bileğinden tendon kılıfı kaynaklı dev hücreli tümör eksizyonu yapıldıktan sonra postoperatif 6. ayda sağ el 3. Parmak PIP eklem düzeyinde ağrılı, düzgün sınırlı kitle ile başvuran hastanın patolojik tanısında yaşadığımız zorluktan bahsedeceğiz. **Vaka ve Method:** 38y erkek hasta bize sağ el bileği volar yüzde yavaş büyüyen kitle ile başvurdu. Yapılan MR incelemesinde kitle T1 sekansında kas ile izointens, T2 sekansında ise kasa göre hiperintens görünümlü idi ve anjiyografide belirgin kanlanması yoktu. Kitle aksiler blok anestezi altında eksize edildi. Kitlenin patolojik incelemesi tendon kılıfı kaynaklı dev hücreli tümör lehine yorumlandı. Postoperatif 6. ayda hasta, sağ el 3. Parmak PIP eklem düzeyinde; basmakla ağrılı, düzgün sınırlı bir kitle ile başvurdu. Kitle üzerine tinel testi uygulandığında hasta sağ ön kol düzeyinde volar tarafta elektrik çarpması olduğunu ifade ediyordu. Bu bulgular öncelikle nöroma lehine değerlendirilerek patolojik değerlendirme için hasta opere edildi. Yapılan ekplorasyon sağ el 3. Parmak PIP eklem düzeyi dorsalde sirküler, düzgün sınırlı bir kitle içinde yabancı cismin varlığını gösteriyordu. Yabancı cisme

karşı gelişen doku reaksiyonu radyal sinirin 3.parmak dorsoline verdiği duyu dalına bası yaparak nöroma benzeri semptomlara neden oluyordu. Hastanın extansor tendon ve sinir yapıları korunarak kitle eksize edildi. Yapılan patolojik çalışmada tendon kılıfı kaynaklı dev hücreli tümör ayırıcı tanısına giren tendon kılıfı fibromu tanısı rapor edildi. Hasta postoperatif 12 ay izlendi bu süre içinde yeni bir kitlesel oluşum ya da nüks ile karşılmadı.

Tartışma: Tendon kılıfı fibromu genellikle 4.dekatta görülen, parmakların tendon kılıfına yapışık halde bulunan ve baskıya maruz kalmadığı sürece ağrıya neden olmayan sirküler bir tümördür. Hastaların %10 undan az bir kısmında travmaya sekonder oluşur.(2,3,4) Bu tümörün reaktif fibrozis olduğunu savunan yazarlar da vardır ki bu fikir de bizim vakamızda desteklenmektedir. Tendon kılıfı fibromu aynı zamanda tendon kılıfı kaynaklı tümörün de ayırıcı tanısına girmekte olup, histolojik yapısı skatarizan olan tendon kılıfı kaynaklı dev hücreli tümör de denilmektedir.

Sonuç: Tendon kılıfı kaynaklı dev hücreli tümör eksizeyonu yapılan hastalarda travma, tek başına tendon kılıfı fibromu çıkarılan hastalara göre etyolojide daha fazla rol oynayabilir. Tendon kılıfı kaynaklı tümör eksizeyonundan sonra gerek aynı tümörün nüksünü gerekse de tendon kılıfı fibromunun gelişimini engellemek için travmalardan sakınmak yanlış olmayacaktır.

P271

Sural Flep İle Alt Ekstremitte Rekonstrüksiyonu Sonrası Gelişen Yaygın İnflamasyonun Dekort İle Gerilemesi, Olgu Sunumu

Can İlker Demir, Murat Şahin Alagöz, Emrah Kağan Yaşar, Buket Dursun, Mehdi Asadov
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AB,Kocaeli

Amaç: Sural flep ile alt ekstremitte rekonstrüksiyonu yapılan hastada muhtemel ek morbiditelere bağlı gelişen yaygın inflamasyon sonrası hasta yönetimi, olgu sunumu

Yöntem-Gereçler: 56 yaşında sol topuk bölgesinde malign melanom eksizeyonu ve sentinel lenf nodu örneklemesi yapılan hastaya sural flep rekonstrüksiyon yapıldı. Hastada kontrolsüz hipertansiyon mevcuttu. Eski by-pass öyküsü bulunan hastanın alt ekstremitesi nöropatik ve yer yer venöz ülserleri mevcut idi. Operasyon sonrası 1. haftasında sol alt ekstremitte flepte ve donör sahada yaygın inflamasyon ile seyreden dolaşım bozukluğu izlendi. Flep ödemli, turgoru artmış, kapillerite zayıflamış izlendi. Kan tetkiklerinde enfeksiyon lehine bulgu izlenmedi. İnflamasyonu geriletmek için hastaya anti-inflamatuvar olarak dekort 8 mg 2x1 dozunda başlandı. Medikal tedavi sonrası 1. günde inflamasyon azalmaya, flep viabilitesi geri gelmeye başladı. medikal tedavi sonrası 3. günde inflamasyon tamamen gerilemiş olduğu görüldü.

Sonuç: Ek morbiditeleri olan flep ile rekonstrüksiyon yapılmış hastalarda nadir görülmekle birlikte inflamasyon gelişebilir. Bu durumda planlanacak cerrahi müdahale flep viabilitesini zor duruma sokabilir. Akıntı, kötü koku gibi debridman gerektiren durumlar dışında inflamasyonu baskılamak için anti inflamatuvar tedaviler verilebilir. Verilen medikal tedavi sonrası flepte dramatik bir düzelme olduğunu gözlemledik.

resim 1



P272

Künt Travma Sonrası Gelişen İzole Dijital Arter Trombozu: Olgu Sunumu

Mehmet Öztan¹, Ender Ceylan²

¹*Özel Medova Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Konya*

²*Batman Bölge Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Batman*

Giriş: Künt travmaya sekonder gelişen üst ekstremitte dijital arter trombozu sık görülen bir durum değildir. Literatürde travma sonrası aksiller arter, renal arter trombozları bildirilmiştir (1). Bunların dışında uzun süre kompresyona maruz kalma sonucu üst ekstremitte dijital arter trombozu bildirilmiştir (2). Muhtemel mekanizma olarak da travma sonrası gelişen intimal hasara bağlı tromboz gelişimi öne sürülmektedir (1). Erken dönemde trombolitik ve antitrombotik ajanlar ile tedavi mümkün olabilmekte iken gecikmiş klinik belirti veren vakalarda cerrahi girişim gerekmektedir.

Olgu: Sağ el 1. parmakta ağrı şikayeti ile başvuran 49 yaşındaki erkek hastanın hikayesinde 1,5 yıl önce trafik kazası geçirdiği, eline darbe aldığı fakat parmağında kesi olmadığı öğrenildi. Kaza sonrası ilerleyen zamanlarda parmağında giderek artan ağrı olması üzerine tarafımıza başvurmuş. Hastanın fizik muayenesinde sağ el 1. parmakta dokunmakla ağrılı olan alan tespit edildi. Eksplozasyon amacıyla hastaya operasyon planlandı. Hasta lokal anestezi altında operasyona alındı. Sağ el 1. parmak palmar yüzden Brunner insizyonları yapılarak eksplozasyon sağlandı, medial taraf dijital arterin 2 cm'lik kısmında kan akımının olmadığı tromboze segment saptandı. Bu segmentin proksimal ve distal uçları ligatüre edilerek eksize edildi. İnsizyon alanı primer suture edilerek kapatıldı. Postop dönemde hastanın şikayeti olmadı.

Sonuç: Künt travmalar sonrasında intimal hasara bağlı arteriyel trombozlar gelişebilmektedir. Dijital arterlerde nadiren görebildiğimiz bu tablo klinik olarak nöroma veya sinire bası yapan bir kitleyi düşündürülebilir. Bu aşamada görüntüleme yöntemleri tanıda yardımcı olabilir fakat kesin tanıya gitmek için mutlaka cerrahi eksplozasyon gerekecektir. Bu tür vakalarda alternatif kan akımını sağlayacak arter mevcutsa (diğer taraf dijital arter) tromboze segmentin eksize edilmesi yeterli olacaktır.

Kaynaklar:

1. Oç M, Güvener M, Uçar HI, Akbulut B, Yılmaz M, Ersoy U. Isolated axillary artery injury due to blunt trauma. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2007 13(2):145-8.
2. Joy R, Isaacs JL, McCarthy RJ. Digital artery occlusion secondary to plastic shopping bag trauma. Ann R Coll Surg Engl. 2007; 89(6):W11-3.

Sağ el 1. parmak medial taraf dijital arterde segmental tromboz



P273
Brakisindaktili Olgularında Akılta Bulundurulması Gereken Durum: Poland Sendromu

Soysal Baş, Alpay Duran, Tuğba Dindar
Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eah, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

Poland Sendromu pektoralis major ve minör kas yokluğuna göğüs ve üst ekstremitelerde deformitelerinin eşlik ettiği doğumsal bir deformite bütünüdür. Tek kardinal bulgusu pektoralis major kasının sternokostal parçasının yokluğudur. Olgulara % 13-56 oranında üst ekstremitelerde anomalileri eşlik eder. Ensik eşlik eden üst ekstremitelerde anomalisi ise brakiesindaktilidir. Brakisindaktili ile başvuran hastaların yaklaşık % 10 kısmında Poland Sendrom'u yakalanmaktadır. Üst ekstremitelerde anomalisi ile başvuran ve özellikle tek taraflı olgularda detaylı fizik muayene şarttır. Yanlış anamnez her zaman yeterli olmamaktadır. Kliniğimize başvuran 2 yaşındaki hastanın sağ elinde brakiesindaktili mevcuttu. Poland Sendromu açısından sorgulanan hasta yakınları, başka bir fiziksel probleminin olmadığını bildirdi. Ancak yapılan fizik muayenede sağ taraf pektoralis major kası yoktu ve aile o ana kadar fark etmemişti. Poland Sendromu tanısı konan hasta sindaktili ayrılması amacı ile opere edildi. Öncelikle 2. ve 4. webler açıldı. Operasyon sonrası komplikasyon görülmeyen hasta taburcu edildi. Bu yazıda brakiesindaktili ile başvuran olgularda Poland Sendromunun akılta tutulması ve üst ekstremitelerde anomalisi ile başvuran hastalarda fizik muayenede Poland sendromu açısından değerlendirmenin önemine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

resim 1



Poland sendromlu 2 yaşındaki hasta, eşlik eden brakiesindaktili ve x-ray görüntüsü

P274
Bir Olgu Işığında Başparmak Duplikasyonlarında Sekonder Deformitelerin Düzeltilmesi

Gökçe Yıldırım, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe,
Zekeriya Tosun
Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Wassel tip 2 ve 4 radial polidaktililerin tedavisinde sekonder deformiteleri oluşmadan önlemek önemlidir. Bir olgumuz ışığında sekonder deformitenin önlenmesi gerektiğini ve birincil cerrahinin önemli noktalarını paylaşmayı amaçlıyoruz.

Yöntem: 6 yaşında kız hasta sol el başparmakta şekil bozukluğu şikayetiyle başvurdu. 6 aylıkken başka bir merkezde polidaktiliden opere olmuş ve radial taraftaki parmak eksize edilmiş. Fizik muayeneinde s deformitesi saptandı. Direkt grafisinde radial taraf metakarpofalangel ekleminde alınan parmağa ait epifiz rezidüsü saptandı. Buna ek olarak proksimal falanks distalinde delta falanks da saptandı.

Bulgular: Hastaya yönelik olarak önce epifizyal rezidü eksize edildi ve büyümenin devamı için 6 aylık aralarla takibe alındı.

Sonuç: Wassel tip 4 polidaktililerde radial collateral ligamanın korunarak eksizyonun yapılması gerekir. Distal metakarpteki genişlik, bir miktar rezeksiyon yapılarak giderilmelidir. Fleksör tendon eksplere edilmeli, asimetrik yerleşimi varsa ulnar taraftaki başparmağa göre yeniden konumlandırılmalı, böylece sekonder deformiteler önlenmelidir.

P275
Akut Parmak Ucu Defektlerinde Ters Akımlı Homodijital Ada Flebi ile Rekonstrüksiyon

Dağhan Dağdelen¹, Işıl Akgün Demir², Mecd Atıf Cezairlioğlu², Selami Serhat Şirvan², Memet Yazar², Semra Karşıdağ², Leyla Kılınç³, Hüseyin Erdoğan³

¹Balıkesir Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Balıkesir

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitimi ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

Giriş: Parmak ucu defektlerinin onarımında, tek seansta uygulanabilir olması, pulpa geometrik yapısını benzer şekilde oluşturabilmesi ve gerekli durumlarda sinir anastomozu sayesinde taktıl duyu sağlaması açısından ters akımlı homodijital ada flebi avantajlı bir fleptir.

Materyal & Metod: 1 Eylül 2015 – 1 Ağustos 2016 tarihleri arasında 11 hastaya homodijital ada flebi ile parmak ucu rekonstrüksiyonu uygulandı. Fleplerin 7'si ulnar, 4'ü radyal dijital arter bazlı olarak Lai'nin modifiye tekniğine uygun olarak eleve edildi. Eleve edilen fleplerin 9'unda ipsilateral dorsal-lateral duyu dahil edildi ve defekt alanında eksplere

edilen kontrolateral dijital sinir ucuna koapte edildi.

Flep ile onarım uygulanan parmakları sırası ile D2'de 3, D3'te 4, D4'te 2 ve D5'te 2 idi. Fleplerin uygulandığı defektleri DIP eklem distalinde yer alan volar ve lateral oblik amputasyonlar, transvers amputasyonlar ve pulpada 1,5cm²'den fazla defekt oluşturan akut yaralanmalar oluştuyordu. Kronik defektler ve hook-nail deformitesi için uygulanan flepler bu seriye dahil edilmedi.

Bulgular: Takip süremizin ortalama 8 ay olduğu bu seride 16-71 yaşları arasında 9'u erkek 2'si kadın toplam 11 hastada, hiçbir hastada flep kaybı yaşanmadı. Operasyonların tamamı yaralanmadan sonraki ilk 24 saat içinde gerçekleştirildi. Antikoagülan tedavi alan 2 hastada epidermoliz görüldü ve lokal yara bakımı ile tam iyileşme sağlandı. Tüm hastalarda donör alanın sorunsuz olarak iyileştiği görüldü. Postop 1. ay kontrollerinde flep adapte edilen parmakta DIP ve PIP eklemlerde ROM'da bir kısıtlılık ile karşılaşılmadı.

Sonuç: Parmak ucu defektlerinin onarımında doğru endikasyonlarda homodijital ada flebi güvenli bir seçenektir. Mikrocerrahi teknik gerektirmesi ve tek taraflı dijital arterin ligasyonu bu flebin dezavantajlarıdır. Özellikle Lai'nin tekniği ile uygulandığında dijital sinirin sakrifiye edilmiyor olması ve tek seansta onarımın sağlanabiliyor olması bu flebin asıl avantajlarını oluşturmaktadır.

Homodijital ada flebi planlaması



P276

Ayak Bileği Tam Kat Defektinin Medial Plantar Arter Flebi İle Rekonstrüksiyonu

Gökhan Sert, Hakan Uzun, Ozan Bitik, Ali Emre Aksu
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Ankara

Ayağın, ağırlık taşıyan bölgelerindeki defektlerin rekonstrüksiyonunda çoğu zaman deri greftleri uygun olmamaktadır. Bu nedenle tam kat defektlerin kapatılması rekonstrüktif mikrocerrahlar için zorluk taşıyan vakalardır.

Ayağın plantaryüzündeki kılsız deri vücudundaki diğer kısımlarına göre daha kalın bir dermis ve epidermisten oluşmuştur; birbirine, plantar fasyaya ve kalkaneus periostuna fibröz septalarla bağlı kalın bir cilt altı yağ doku içerir. Ayak ve ayak bileğinde doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda medial plantar flep başarı ile kullanılmaktadır. Donör saha kapatılması için kısmi kalınlıkta deri grefti yeterli olmaktadır. 29 yaşında erkek hasta karın ağrısı, ishal, kusma şikayetleri ile etyoloji araştırılması üzerine yatırıldı ve tarafımıza sağ bacakta tibia distal metafizinden ayak bileği medialine dek doku defekti yaratan kronik yara ile konsülte edildi. Çekilen alt ekstremité BT anjiyografisinde sağ alt ekstremitéde minimal erken venöz doluş dışında patoloji görülmedi, bilateral alt ekstremitelerde ana femoral arter, yüzeysel ve derin femoral arterler, politeal arter, anterior ve posterior tibial arterlerde normal kontrast doluşu gösterildi. Hastanın yara yerinden yapılan insizyonel biyopside malignite açısından bir bulguya rastlanılmadı. Hastanın ayak bileği medialindeki doku defekti medial arter plantar flebi ile kapatıldı, ayak bileği lateralindeki defekte ve flep donör sahasına kısmi kalınlıkta deri grefti konuldu. Hastanın izleminde komplikasyon gözlenmedi. Hasta ameliyat sonrası takibinde uzun bacak atelinde immobil ve ayak eleve edilerek takip edildi. Ayağın tam kat defektlerinin rekonstrüksiyonunda tanımlanmış pek çok cerrahi teknik arasında birbirine belirgin üstünlük bulunmamaktadır ve ideal tedavi seçeneği tanımlanabilmiş değildir. Geniş rotasyon arkı, ağırlık taşıyan 5. metatars başı üzerindeki dokunun intakt bırakılması, donör sahanın deri grefti ile kapatılabilir olması, flep cildinde duyunun korunabilmesi gibi avantajları nedeniyle medial plantar arter flebi ayak ve topuk defektlerinin rekonstrüksiyonunda başarı ile kullanılabilir.

Medial plantar arter flebi



P277

Ferforje Demir Süsleme Yaralanması İle Oluşan Elde Yabancı Cisim

Yavuz Özşular, Muhammet Eren Ersöz, Yılmaz Sultanoğlu, Ömer Faruk Koçak, Canser Yılmaz
Demir
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Van

Ferforje bir sanat olarak tanımlanmaktadır. Ferforje, Fransızca "Ferforgé" kelimesinden gelmektedir ve Fransızca'da "dövme demir" anlamına gelmektedir. Günümüzde Ferforje demirleri artık modern makineler

de standart model ve motifler belirlenerek fabrikalarda üretilmekte ve kullanıcıların hizmetine sunulmaktadır. Ferforje, demir'in dövülerek işlenmiş süslü demirler ortaya çıkarma işine denilmektedir, Kapılara, pencerelere, merdivenlere, balkonlara veya evlerin iç bölümlerine süsleme ve koruma amacıyla yapıpı takılır. ferforje demirlerine takılma sonucu oluşan yaralanmalar özellikle çocuk yaş grubunda sıklıkla oluşmakta ve vücudun birçok bölgesinde yaralanmalara sebep olmaktadır. Özellikle mızrak uçu ferforje demirle olan yaralanmalar tahripkardır ve baş, boyun, göğüs bölgesinin yaralanmaları ölümcül olabilir. Ekstremiteler yaralanmaları, özellikle eldeki yaralanmalar, fonksiyon kaybına ve iş kaybına sebep olabildiği gibi uzun süreli sağlık problemleri de oluşturabilir. Bu olgu sunumunda elin camı duvarı mızrak başlı ferforje demir ile yaralanmasının özellikleri tedavi stratejileri ve post op takipleri tartışılarak anlatılmaktadır.

Olgu sunumu: 9 yaşında bayan hasta dominant sağ el ferforje demir süsleme ile yaralanma sonrası acil servise başvurdu. ayrıntılı alınan öykü ve fizik muayene sonrası sonrası camı duvarının üstünde oynarken kayıp sağ eline yaklaşık 50 cm uzunluğunda el bileği volar zon 5 ten girip 4. web aralığından çıkan mızrak uçu ferforje demir saplanmış. itfaiye ekiplerince demir kesme makası ile 25 cm lik kısmı kalacak şekilde ferforje kesilip elinde demir parça ile acil servise başvurmuş. hastanın yapılan ayrıntılı fizik muayenesinde sağ el tüm parmakların ekstansör ve fleksör tendon hareketleri normal. dolaşım muayenesinde vasküler defisit yoktu el bileği nabızları ve parmak dolaşimleri normaldi. duyu muayenesi hasta ajite olduğu için sağlıklı bir şekilde yapılamadı. ferforje demir el bileği volar zon 5 ten bir cilt adası olarak içeri girip 4. web aralığından 2 cm sivri kısmı dışarı çıkmıştı. hastanın aşılarının tam olması dolayısıyla tetanoz aşısı ve immünglobulini yapılmadı. hasta parmak dolaşımının tehlikeye girmemesi ve olası kompartman sendromunun engellenmesi amacıyla acil olarak sedasyon anestezisi ve aksiller blok altında operasyona alındı. intraop floroskopik görüntüleme ile içerideki metal kısmın şekli belirlendikten sonra uçtaki boğumlu genişleyen kısmın yabancı cismin çıkartılması sırasında tendon ve nörovasküler yapılar zarar vermemesi için yabancı cisim giriş ve çıkış yerleri z plasti ile genişletilip giriş yerinden içeriye adezyon bariyer jel verildi. daha sonra yabancı cisim kontrollü şekilde çıkarıldı. Ardından rezidü yabancı cisim varlığı açısından tekrar floroskopik görüntüleme yapıldı ve yabancı cisim görülmedi kemik fraktürü saptanmadı. giriş ve çıkış yerleri explore edildi. irrigasyon ve debridman işlemleri yapıpı tendonların sağlam olduğu 5. parmağa giden radial taraf dijital sinirin traksiyona bağlı total kesik ve uçlarda ezilme olduğu unlar taraf dijital sinirin ezilmiş olduğu görüldü. radial taraf dijital sinirin uçları ferşlendikten sonra mikrocerrahi yöntemle koaptasyonu yapıldı. penröz dren konulup el istirahat kısa kol atele alınıp serviste elevasyon ve ikili antibiyotik ile takip edildi. postop komplikasyon olmadı penröz dren çekilip hasataya egzersiz tarif edilip atel kullanımı önerilerek balık yağı propolis ve b vitamin kompleksi içeren ilaçlar reçete edilerek taburcu edildi. hastanın postop 2. hafta ateli sonlandırılıp fizik tedaviye yönlendirildi. yapılan muayenesinde el hareketlerinin ve graflerinin normal olduğu 5. parmakta uyuşukluk ve kısmi his kaybı olduğu tespit edildi. hasta takip aşamasında.

Tartışma: Ferforje demir süsleme parmaklık yaralanmaları nadir değildir. Ferforje demir süsleme parmaklık yaralanmalarının baş, boyun, göğüs kafesi, abdomen, vertebral kolon, medulla spinalis ve ekstremiteler gibi vücudun farklı bölümlerinde görüldüğü bildirilmiştir fakat en sık yaralanma bölgesi eldir. Uygun tedavi uygulamalarına rağmen kalıcı sakatlığın olduğu yaralanmalar mevcuttur. Bu olguda hastanın dominant sağ eli yaralanmıştı. yaralanmanın tırmanmaya çalışırken veya atlar kenarında olduğunu düşünmekteyiz kapı pencere bahçe duvarı ve

kapısı gibi yerlerde kullanılan ferforje demir parmaklık süsleme ile özellikle oyun çağı çocuklarında oluşabilecek el yaralanmaları kalıcı sekel oluşturabileceği için yaklaşıpı, tedavi ve postop bakımları ve rehabilitasyonu önemlidir. Hastanın fizik muayenesi ayrıntılı yapılmalı nörovasküler defisit tendon ve kemik hasarı iyi değerlendirilmeli olası dolaşım bozukluğu kompartman sendromu bulguları iyice gözden geçirilip tedavisi erken dönemde yapılmalıdır. preop intraop ve postop radyografiler ile değerlendirmeler yapılmalı yabancı cisim çıkarılırken etraftaki vital yapılar hasar verilmediğinden emin olunmalıdır. Bu tarz yaralanmalarda profesyonel destek alınmasının önemli olduğunu yabancı cisim veya saplanan cisimlerin itfaiye ve afad ekiplerince bir sağlık kuruluşuna sevk edilebilecek şekilde ilk müdahalesinin yapılması bir sağlık kuruluşunda ve deneyimli bir ekip tarafından çıkarılması gerektiğini düşünmekteyiz.

şekil 1



şekil 1 Hastanın preop görüntüsü, intraop yabancı cisim çıkarıldıktan sonraki görüntüsü ve postop 2 hafta görüntüsü

P278

Ters Akımlı 1. Dorsal Metakarpal Arter Flebiyle 1. Parmak Defektini ve Web Aralığının Kompozit Rekonstrüksiyonu

Alperen Tekin, Ömer Polat, Ali Sadioğlu, Serhan Tuncer

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Elin yumuşak doku defektlerinin onarımı için sekonder iyileşmeden serbest fleple onarıma kadar uzanan geniş bir tedavi yelpazesi mevcuttur. Birinci parmak, farklı yerleşimi ve geniş hareket kabiliyeti sebebiyle el fonksiyonu açısından en önemli parmağıdır. Buna ek olarak birinci parmağın geniş hareket kabiliyetini, tutma ve kavrama işlevlerini yapabilmesi için yeterli bir web derinliği olması gerekmektedir. Burada, ters akımlı birinci dorsal metakarpal arter flebi ve pedikül üzerinde tasarlanan zig-zag şekilli fleple hem başparmak doku

defektinin onarıldığı hem de birinci web aralığında gelişen kontraktürün eş zamanlı açıldığı bir olgu sunulmuştur. Olgu: Ondokuz yaşındaki erkek hastanın sıcak egzozu tutması sonucu ikinci parmak proksimal falanks radyal kenarda, birinci parmak proksimal falanks ulnar kenarda ve birinci web aralığında üçüncü derece yanık meydana gelmiş. Hasta dış merkezde 2 ay boyunca pansumanla takip edilmiş. Sonrasında ikinci parmakta zemini granüle 2 cm çaplı deri defekti, birinci parmakta ekstensör tendonun, kemiğin ve eklem aralığının açığa çıktığı 2 cm çaplı doku defekti ve birinci web aralığında kontraktürü açmak için de flebin pedikülü üzerinde, metakarpofalangiyal eklem üzerindeki pivot noktasına kadar zig-zag şekilli bir flep tasarlandı. Flep proksimalden, dorsal metakarpal arteri görerek, arterin altındaki uygun planda kaldırıldı. Proksimaldeki eliptik fleple 1. parmağdaki defekt kapatıldı. Flebin hemen distalinde, proksimaldeki flebin devamı şeklinde, pedikül üzerinde devam eden zig-zag fleple de web aralığında ki defektin rekonstrüksiyonu gerçekleştirildi. İkinci parmağdaki defekt tam kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. El istirahat ateline alındı.

Bulgular: Hastanın takiplerinde ilk iki gün minimal venöz yetmezlik olduğu ancak üçüncü günden sonra bu durumun düzeldiği, flebin dolaşımının iyi olduğu görüldü. Beşinci günde ikinci parmak üzerindeki greft açıldı ve sorun olmadığı görüldü. Yumuşak doku defektlerinin onarılmasıyla beraber birinci web aralığının derinleşmesi sağlandı. Hasta fizyoterapi ünitesine yönlendirildi. Üç aylık takibinde kavrama ve pinch hareketlerinin tam olduğu, aynı zamanda estetik olarak ta sonucun iyi olduğu gözlemlendi. **Tartışma ve Sonuç:** Ters akımlı birinci dorsal metakarpal arter flebi, pedikül üzerinde uzatılan fleple kombine edilerek hem parmak defektinin onarımını sağlayan hem de birinci web aralığını eş zamanlı olarak onaran bir fleptir. Pedikülün uç kısmındaki sirküler flep parmak defektini kapatırken pedikül üzerindeki flebin zig-zag şeklinde tasarlanmasıyla webin derinleştirilmesi sağlanır ve uzun dönemde tekrar kontraktür gelişmesini önler.

Resim 1



Proksimalde eliptik tasarlanan flep 1. parmağdaki defekt için, distale uzanan, pedikül üzerinden zigzag şekilde tasarlanan flep ise web rekonstrüksiyonu amacıyla dizayn edilmiştir.

P279

Unutulmuş Turnike Sonrası İskemik Ayak Başparmağının Hiperbarik Oksijen Tedavisi, Vakumlu Yara Kapama Sistemleri Ve Seri Debridman Greftleme İle Parsiyel Olarak Yaşatılması: Vaka Sunumu

Erhan Coşkun, Anıl Arif Olguner

Çukurova Doktor Aşkın Tüfekçi Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Adana

Giriş: Eldiven parmağı yada pernöz drenler tek parmakta yapılan cerrahi işlemlerde sıklıkla turnike olarak kullanılmaktadır. Her yerde kolayca bulunabilen bu malzemeler kol yada bacak turnikesi kullanımına göre çok daha pratiktir. Ancak parmak turnikeleri ameliyat sonunda yerinde unutulur ise parmakta iskemiyeye ve bunu takip eden doku nekrozuna neden olabilir. Bu durum ile karşılaşıldığında erken tanı konamaz ve uygun tedavi yapılmaz ise parmağın total kaybı ile karşılaşılabilir. Aşağıda tırnak batması için wedge rezeksiyon yapılan başparmakta unutulmuş pernöz dren turnikesinin 4. gün farkedilmesi sonrası tedavi süreci ve parmağın kısmen yaşatılması anlatılmaktadır.

Vaka: 15 yaşında erkek hasta sol ayak başparmağında tırnak batması nedeni ile ortopedi bölümünde ameliyat edilmiştir. Ameliyat sonunda ameliyat hemşiresi pernöz dren ile hazırlanmış turnikeyi çıkartmadan pansumanı yapmıştır. Şehir dışına çıkacağı bilinen hastaya reçete verilerek 2 yada 3 gün sonra pansuman için sağlık kuruluşuna başvurması söylenmiştir. Ameliyat sonrası 4. Günde dış merkezde pansumanı yapılan hastanın ayak başparmağında unutulmuş turnike farkedilmiş ve parmakta total iskemik, kısmi nekroz nedeniyle hasta hastanemize yeniden yönlendirilmiştir. Aynı gün hasta plastik cerrahi bölümüne değerlendirilmiş, clexan 2x0,4 cc subkutan ve coraspin 1x100 mg oral olarak bağlanmış ve uygun pansuman yapılmıştır. İki gün takip sonrası hastaya ameliyathanede yüzeysel yara debridmanı yapılarak parmak üzerine vakum yardımcı kapama (VAK) sistemi ile negatif basınç tedavisi yapılmaya başlanmıştır. Aynı gün başlanmak üzere hasta 1 ay boyunca hiperbarik oksijen tedavisine gönderilmiştir. VAK ve hiperbarik oksijen tedavisi devam ederken hasta 3 kez daha ameliyathaneye alınmış seri debridmanlar yapılarak toplam 2 kez kısmi kalınlıkta deri grefti uygulaması yapılmıştır. Tedavinin 40. gününde son bir kez daha kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım yapılmıştır. Hastanın 3. Ay takibinde parmağın proksimal falanksının total, distal falanksın proksimalinin kısmen korunarak kurtarıldığı görülmektedir.

Sonuç: Parmakta cerrahi sonrası turnike unutulması nadir olarak görülse de genellikle parmağın amputasyonu ile sonuçlanmaktadır. Parmak turnikesi kullanırken pernöz drenin yada eldiven parmağının direkt parmağa dolanması yerine bir klemp yardımı ile tespitlenmesi böylece ameliyat sonunda klemp alınacağı için turnikenin unutulma riskinin düşürülebileceği söylenmektedir. Uzun süreli turnike hasarına bağlı parmakta oluşan doku hasarı tedavisi genelde mümkün olmamakta yada yukarıda tarif edilen vakada olduğu gibi uzun masraflı bir tedavi ile genellikle kısmi bir iyileşme göstermektedir.

Şekil 1



turnike unutulduktan 6 gün sonraki görünüm, tedavi sonrası 3. ay görünümü

P280

Diyabetin Unutulmuş Komplikasyonu; Diyabetik El

Emre İnözü¹, Uğur Horoz¹, Musa Kemal Keleş¹, Ergin Seven¹, Ali Teoman Tellioglu²

¹Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma

Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilimdalı

Diyabet yağ, karbonhidrat ve protein metabolizmasındaki düzensizliklerin insülin yetersizliği ya da direncine yol açmasıyla oluşan ve en sık görülen endokrin hastalıktır. Uluslararası diyabet cemiyetinin 2015 verilerine göre yetişkin nüfusun diyabet prevalansı %8.3'tür. Diyabetik ayak periferik nöropati, travma veya periferik vasküler hastalıkların eşlik edebildiği diyabetle ilişkili olan major komplikasyonlardan birisidir. Ekstremitelerde özellikle ayak tutulumu yaparak ilerleyen diyabetik yaralar elde nadir görülmektedir. Diyabetik el için net veriler olmamasına rağmen ayak yaraları normal nüfusa oranla diyabetik bireylerde % 25 daha fazladır ve diyabetik ayak gelişen hastalar % 90'a varan oranında amputasyona gitmektedir. Ülserler sonrasında amputasyonlarla yaşam kalitesi düşerek hastaların morbidite ve mortalitesi artmaktadır. Sıklıkla ayakta görülmüş ve takdim edilmiş olan diyabetik yaralar elde de nadiren görülebilmektedir. Dolaşım yetersizliği, periferik nöropati ve travma her iki ekstremitede için risk oluşturabilirken yüksek plantar basınca maruz kalması ele kıyasla ayak için önemli bir predispozisyon oluşturmaktadır. Minör travma ya da altta yatan farklı nedenlerle diyabetik hastalarda yaralar oluşabilmekte ve bu süreç yara iyileşmesinin inflamasyon, proliferasyon ve yeniden şekillenme fazlarının hepsini etkileyebilmektedir. Diyabetin unutulmuş, gözardı kalmış komplikasyonu olan diyabetik elin komplikasyonları olarak sıklıkla kısıtlı eklem hareketleri (diyabetik artropati), dupuytren hastalığı, karpal tünel sendromu ve tetik parmak (fleksör tenosinovit) gibi fonksiyonel sorunlar bilinmektedir. Diyabetik el ülserleri ve enfeksiyonları fonksiyonel problemlere oranla oldukça nadir görülmektedir. Diyabetik el yaraları sıklıkla periferik nöropatinin sonucunda olan sıcak-soğuk hissi kaybı sonucu görülmektedir. Diyabetik hastalarda ellerde ülser görüldüğü zaman genellikle ayakta oluşmuş ve ilerlemiş bir tabloda görülmektedir. (bu durumda siringomyeli, servikal disk kompresyonu gibi nörolojik patolojiler ekarte

edilmelidir). Diyabetik el çok sık görülmemesine rağmen periferik nöropati olan hastalar el ülserleri ve enfeksiyonlar açısından yakın takip edilmelidir. Özellikle kısıtlı eklem mobilitesi olan, tetik parmak ve dupuytren hastalığı gibi fonksiyonel el problemleri olan hastalara mikrovasküler komplikasyonlar açısından önlem, erken tanı ve tedavi açısından dikkat edilmelidir. Bu konuda en iyi yaklaşım hastaların yakın takipleriyle el ve ayak ülserleri oluşmasını önlemek olmalıdır. Bu çalışmada diyabetin nadir görülen bir komplikasyonu olan diyabetik el ülseri nedeniyle tanı alan 8 hasta, takip ve sonuçları ile değerlendirilmiştir.

P281

Karpal Tünel Sendromu Şikayetleri ile Gelen Hipertrofik Palmaris Longus Olgusu

Can İlker Demir, Murat Şahin Alagöz, Emrah Kağan Yaşar, Ceyhun Uzun, Aykut Gök, Hakan Ağır
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AB

Palmaris Longus Kası (PLK) medial epikondilden orjin alarak palmar fasyada sonlanır. Fuziform şekilli, medial epikondilden orjin aldıktan sonra ön kol ortasında pronator teres distalinde kas-tendon bileşkesi haline gelir ve tendinöz yapı palmar fasyada sonlanır. Tendon rekonstrüksiyonunda sıklıkla kullanılan bu tendon popülasyonun %10-14'ünde tek taraflı veya çift taraflı yoktur. Bununla birlikte ters palmaris longus, hipertrofik palmaris longus, tendinöz yapısı olmayan palmaris longus kası, karınlı palmaris longus gibi nadir varyasyonları görülebilmektedir. PMK varyasyonlarına bağlı median sinir basısına bağlı hasta el parmaklarında uyuşukluk, kasın kitle etkisine bağlı bilekte kitle şikayetleri ile gelebilir. Bu durumlarda tanı konması zor olmakla birlikte MR ve USG yol göstericidir.

Olgu: 35 yaşında bayan hasta sol el bileği ön yüzünde şişlik ve 1.2.3. parmaklarda ara ara olan uyuşukluk şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sol el bileği volar yüzünde el bileği fleksiyonu ile hareket eden, yarı sert kıvamlı, cildi ekspansen eden şişlik olduğu görüldü. Parmaklar ve elde ağrı yoktu. Hasta parmaklardaki uyuşukluğun gece-gündüz farkı olmadığını belirtti. Kitleye yönelik yapılan yüzeysel USG sonrası sol el bileğinde cilt altı kas ile uyumlu yaklaşık 4x3 cm boyutlarında kitle olduğu görüldü. Hastaya hipertrofik PLK ön tanısı ile operasyon planlandı. Operasyonda sol el bileği proksimal crease seviyesinden lazy s insizyonu planlandı. Cilt ciltaltı geçildikten sonra suprafasyal planda palmaris longus kası eksplore edildi. PLK tendinöz yapısı olmadığı, el bileğine kadar kas olarak devam ettiği ve el bilek seviyesinde kitle etkisi yapacak şekilde hipertrofiye olduğu görüldü. Hipertrofiye kas distal ve proksimal seviyeden kesilerek eksize edildi. Zeminde median sinir eksplore edilerek intakt olduğu, basıya maruz kalmadığı görüldü. Postop dönemde patoloji raporu «çizgili kas dokusu» olarak rapor edildi.

Sonuç: Palmaris longus tendonu toplumun %10-14'ünde olmayıp, mevcut olanları da %10 kadarında varyasyonlar mevcuttur. Mevcut varyasyonlar arasında ters palmaris longus, hipertrofik palmaris longus kası, tendinöz yapının olmadığı palmaris longus kası sayılabilir. Bu nedenle özellikle tendon rekonstrüksiyonu planlanan hastalarda preop palmaris longus tendonu olup olmadığının muayene edilmesi çok önem arz etmektedir. Yine PLK varyasyonlarına bağlı olarak el bileği seviyesinde kitle etkisi yaratabilir. İleri olgularda bu kitle etkisi ile sinir basılarına neden olarak ön tanıda kompresyon sendromlarına yönlendirebilir. El

bileğinde şişliğin olduğu, sinir bası semptomlarına neden olan durumlarda ilk olarak yüzeysel USG, şüphede kalınan durumlarda MR ile inceleme yapılarak tanı konulabilir. Sonuç olarak el bileğinde bilek hareketleri ile mobil olan, ara ara sinir kompresyon semptomları olan olgularda PLK varyasyonlarında ön tanıda düşünülmelidir.

resim-1



El bileğinde, tendinöz yapısı olmayan, hipertorfiye olmuş palmaris longus kası

P282

Çocukluk Çağında Kontrast Madde Ekstravazasyonuna Bağlı Kompartman Sendromu; Olgu Sunumu

Soysal Baş

Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eah, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

Kontrast madde ekstravazasyonu nedeniyle kompartman sendromu nadiren gelişen bir durumdur. Birçok ekstravazasyon küçük hacimdedir ve minimal şişliğe ve eriteme neden olurlar. Büyük hacimdeki ekstravazasyon, kontrast madde nedeniyle kompartman sendromuna neden olması açısından önemlidir. Kontrast madde ekstravazasyonlarında erken tanı çok önemlidir ve konservatif tedavi hastaların çoğunda etkilidir. Özellikle çocukluk çağıda kompartman basınç ölçümü ve pasif hareketle ağrının değerlendirilmesi güçtür. Çocukluk çağında ekstravazasyon sonrasında kompartman sendromu gelişmesi ve ya şüphe uyandıran durumda hemen acil fasyotomi yapılmalıdır. Bu yazıda kranial BT çekilmesi amacıyla kontrast madde ekstravazasyonu sonucu kompartman sendromu gelişen 1,5 yaşındaki hastanın ve kompartman sendromunu yönetiminin sunulması amaçlanmıştır.

Resim 1



Preop acil servis görüntüsü ve Fasyotomi sonrası görünüm

P283

Palmar Bölge Glomus Tümörü

Hasbi Mert Meral, Muhammet Uraloğlu, Ersin Muhammet Ömür Altun, Mustafa Keleş
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş: Klinikte daha çok subungual yerleşimli,menekşe renkli, ağrılı kitle olarak karşımıza çıkan glomus tümörleri, ekstraungual yerleşimli olarak karşımıza çıkabilir.

Olgu: Vaka 68 yaşında erkek hasta.1 yıldır varolan hipotenar bölgede 5mm genişliğinde menekşe renkli,palpasyonda ağrılı ciltaltı nodüler kitle nedeni ile başvurdu.5 yıl önce aynı lokalizasyonda dal batması öyküsü mevcut.Kitleye uygun insizyon ve diseksiyonlarla ekarte edildi.Sinire uzanımı olduğu gözlemlendi.Bağlantı yerinden koterize edilerek kitle eksize edildi.Kitle nöroma ön tanısı ile patoloji labratuvarına gönderildi. Patoloji Sonucu: İmmün histokimyasal çalışma: Kalponin(+),Kollojen Tip 4 (+),SMA (+),CD34 (+).

Tanı:Glomus tümörü

Sonuç: Klinikte glomus tümörleri subungual yerleşimli olarak karşımıza gelmesine rağmen,glomus tümörlerinin ekstraungual yerleşimli olabileceği unutulmamalıdır. Klinikte menekşe renkli,palpasyonda ciltaltı ağrılı nodüler kitlelerle karşılaşıldığında glomus tümörü olasılığından şüphelenilmelidir.

Kaynaklar

1- Subungual Glomus Tumor

David T. Netscher, MD, Jaime Aburto, MD, Matthew Koeplinger, DO

2-Extradigital glomus tumor revisited: Painful subcutaneous nodules located in various parts of the body
Gökhan Temiz, Hakan Sirinoglu, Hakan Demirel,

Nebil Yesiloglu, Murat Sarici, Gaye Taylan Filinte
Department of Plastic Reconstructive and Aesthetic
Surgery, Lutfi Kırdar Kartal Training and Research Hospital,
Istanbul, Turkey

3-Intravascular extra-digital glomus tumor of the forearm.
Muneer M1, Alkhafaji A1, El-Menyar A2, Al-Hetmi T1, Al-
Basti H1, Al-Thani H1.

P284

Avüzlüyon Yaralanmasına Bağlı Multiple Parmak Ampütasyonunun Tedavisinde İnterpolasyon Abdominal Gömme Flebin Kullanımı: Vaka Takdimi

Fatih Ceran, Salih Onur Basat, Mehmet Bozkurt
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Ele penetre olan travmatik yaralanma hastane acillerinde sık görülen bir durumdur. ABD’nde yılda 11 milyon hasta vücutlarında oluşan yaralar ve kesiler nedeniyle çeşitli acil birimlerine başvurmaktadırlar. Başvuran hastaların üçte biri parmaklar, el ve el bileği yaralanmasından muzdariptir. Yine ülkemizde de iş kazalarına bağlı olarak parmak ampütasyonları sıklıkla meydana gelmekte olup bu hastaların takibi ve tedavisi yoğun uğraşı gerektirmektedir. Biz de bu çalışmamızda iş kazası sonucu aynı elinde 4 parmak ampütasyonu meydana gelen ve replantasyonu yapılamayan hastaya uyguladığımız interpolasyon abdominal gömme flebini takdim etmekteyiz.

Yöntem-Gereçler: 24 yaşında iş kazası sonucu makineye elini kaptıran hasta plastik cerrahi acilimize başvurdu. Hastanın sağ el 2,3,4 ve 5. Parmaklarında metakarpofalangeal eklemden itibaren avüzlüyon tarzında ampütasyon mevcuttu. Kemik ve tendon dokuları sağlam olup, tüm yumuşak doku avülze olarak ampute olmuştu. Hasta replantasyona uygun bulunmadı. Hastanın peri umbilikal bölgesine 4 adet insizyonla tüeller oluşturuldu. Parmaklar debride edilerek tüellere adapte edildi. 3 hafta sonra parmaklar abdominal bölgeden ayrıldı ve parmaklara adapte olan flepler revize edilerek alınan tam katlı deri greftleri parmaklara adapte edildi.

Bulgular: Hastanın parmaklarında iyileşme meydana geldi. Parmaklarda yaklaşık 2 cm lik bir kısalma oluştu. Hastanın ilerleyen dönem yapılan fizik tedavisi sonrası parmak fleksiyonlarında ilerleme kaydedilerek hastanın kavrama fonksiyonunda artış görüldü.

Sonuçlar: Avüzlüyon tarzı ampütasyonlar sıklıkla baş edilmesi zor yaralanmalardır. Avülze olan nörovasküler bundlenin mikrocerrahi onarımı yapılmakla birlikte sonuçlar çoğu zaman yüz güldürücü değildir. Replantasyona uygun olmayan bu tarz hastalarda interpolasyon abdominal gömme flebi iyi bir seçenektir.

Kaynaklar

1. Potini VC, Francisco R, Shamian B, Tan V. Sequelae of foreign bodies in the wrist and hand. Hand (N Y). 2013 Mar;8(1):77-81.

P285

İlginç Bir El Anomalisi Olgusu

Burçin Acuner, Merve Torun, Tahsin Görgülü,
Ahmet Eksal Kargı

Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Zonguldak

Ekstensör tendon kompartmanlarında sıklıkla klinik bulgu vermeyen varyasyonlar gözlenebilir. 1. ekstensör kompartmanın volar yerleşimli olması literatürde bildirilmemiştir. Flexör karpi radialis yokluğu nadir de olsa bildirilmiştir. Olgumuzda 30 yaşında kronik hastalığı olmayan erkek hasta alkol alımından sonra cama yumruk atma sonucu sol el bileği volar yüz radial tarafta yaklaşık 3cm aktif pulsatil kanaması olan horizontal kesi ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Parmak kapiller dolum 1-2 sn. idi. Kesi distalinde radyal nabız elle alınamadı. Ulnar nabız el ile palpe edilebildi. El dopleri ile ulnar arter akımı güçlü alınırken radyal akım alınamadı. Hastanın median sinir trasesine hipoestezi mevcuttu. Çekilen el bileği ve el grafilerinde kemiksel patoloji saptanmadı.

Genel anestezi altında yapılan eksplorasyonda 1. ekstensör kompartmanın fleksör yüz radyal tarafta lokalize olduğu ve 1. kompartmanda EPL, EPB ve APL tendonlarının birlikte bulunduğu EPB tendonunun 2 slip halinde olduğu görüldü. FCR tendonunun olmadığı, EPB tendonunun parsiyel, APL tendonunun total kesik, radyal arterin total kesik olduğu görüldü. Median sinirin kesi hattında intakt olduğu görüldü. Karpal tünelin lateral sınırının medialize olduğu ve transvers karpal ligaman üzerinde heterotrofik ossifikasyon odağının median siniri sıkıştırdığı ve kum saati deformitesinin olduğu görüldü. Ossifikasyon alanından ronger ile eksizyon yapılarak ve fleksör retinakulum kesilerek sinir rahatlatıldı. EPB, APL tendonları modifiye kessler yöntemi ile sütüre edildi. Mikroskop magnifikasyonu altında radyal arterin anastomozu yapıldı. Ardından kısa kol alçı ateli yapılan hasta kontrole gelmek üzere taburcu edildi. El bileği yaralanmalarında anatomik varyasyonlar olabileceği akladan çıkarılmamalı hastanın anatomisine göre tedavi planlanmalıdır.

Resim 1



Volar yerleşimli 1. ekstensör kompartmanda EPL, APL ve iki slip halinde EPB bir arada gözükmektedir.

P286

Bir Ayak Replantasyon Vakasında Pes Kavus Deformitesinin Onarımı

Süleyman Taş

İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Pes Cavus, ayak ark yüksekliğinin artması, ayak parmaklarının hiperekstansiyonu ile karakterize ve ayakta pençe görünümüne neden olan bir deformitedir. Ellidört yaşında erkek hasta ayağını çay biçme motoruna kaptırma sonucu total ayak amputasyonu nedeniyle acil servisimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde metatarso-falangeal eklem hizasından sağ ayağının total ampute olduğu ve sağlam ayağında idiyoPATİK kökenli pes kavus deformitesinin olduğu tespit edildi. Bu çalışmada, ekstremitte replantasyonlarında ilk basamak olan kemik stabilizasyonu ve tendon onarımında, bu deformitenin varlığında yaşanan güçlükler ve mevcut tedavi yaklaşımları gözden geçirilerek, başarı ile neticelenen vakada uygulanan yeni cerrahi tekniğin sonuçlarının bildirilmesi amaçlanmıştır.

Şekil 1



Sol üst; Amputat, Sağ üst; Gündük izlenmektedir. Alt; Postop 1.yıl hem replante edilen hem de pes kavus deformitesine sahip sağlam ayak görülmektedir. Replante edilen ayaktaki pes kavus deformitesi ve pençe ayak deformitesindeki düzelme hem doktor hem de hasta açısından tatmin edicidir.

P287

Nadir Bir Olgu Karpal Tünel Sendromuna Neden Olan Ekstrakarpal Yerleşimli Lipom

Cengizhan Ekizceli, Erman Ak, Ömer Berköz
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Amaç: Karpal tünel sendromu (KTS), median sinirin karpal tünel (KT) içerisinde kompresyonu sonucu ortaya çıkan semptomlar topluluğu olup en sık görülen tuzak nöropatisidir. Median sinir, bilek düzeyinde, karpal tünel içerisinde kompresyona uğrar. Bu kompresyon sonucunda, kan-sinir bariyeri yıkılarak ödem, enflamasyon ve çevre yumuşak dokuda fibrozis gelişir. Sonraki evre sinirdeki myelin örtünün yıkımını takip eden akson hasarıdır. Karpal tünel sendromunun çoğu idiopatikdir. Onun dışında bir çok lokal ve sistemik neden de bulunmaktadır. Lokal nedenlerin başında; inflamasyon, tümör, anatomik anomaliler ve travma bulunmaktadır.

Karpal tünel içinde sinire direkt bası yaparak KTS gelişmesine neden olan faktörler; tümör, tenosinovit ve gut hastalığına bağlı tofustür. Biz bu çalışmamızda nadir görülen karpal tünel dışında meydana gelen lipoma bağlı KTS olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: 46 yaşında kadın hasta yaklaşık 3 yıldır sağ el 2. ve 3. parmağında uyuşma karıncalanma ve geceleri uykudan uyandıran uyuşuk bir el ile tarafımıza başvuran yapılan fizik muayenede avuc içerisinde cilt altı kitle ele gelmiştir. Ayrıca phalen ve tinnel pozitif saptanmıştır. Bu bulgular ışığında vasküler bir patolojiyi ekarte etmek amacıyla yüzeyel usg ve tanısal amaçlı emg istenmiştir. Bulgular: Hastanın yüzeyel usg sinde ekstrakarpal yerleşimli bir 2*2 cm lipom ile uyumlu cilt altı kitle saptanmıştır ayrıca çekilen emg sinde duysal ve motor liflerin etkilendiği karpal tünel sendromu ile uyumlu gelmiştir. Kts nedeninin kitle olduğu düşünülüp kitle eksizyonu ve karpal tünel ameliyatı planlandı.

Sonuçlar: Kts nedenlerinin çoğu idiopatik de olsa sistemik, lokal nedenler ve aşırı kullanmaya bağlı da olabilmektedir. Anamnez ve fizik muayenede kts na neden olabilecek yer kaplayan bir lezyon saptanırsa tanısal amaçlı emg sonrası radyolojik görüntülemelerle lokal bası yapan nedenlerin de araştırılması nadir de olsa yapılabılır, tedavi planlaması ona göre yapılmalıdır.

P288

Tibia Önyüz Defektlerinde Perforan Flep Uygulaması

Ali Gökkaya, Metin Görgü, Ali Doğan, Jehat

Kızıllan, Ertuğrul Karanfil

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Ana Bilim Dalı Bolu

Alt ekstremitte distal defektleri yumuşak dokunun azlığı cildin hemen altında kütleli olarak büyük bir kemik dokusunun olması nedeniyle oldukça zordur. Yazımızda alt ekstremitte yumuşak doku defektlerinin onarımında posterior tibial arter perforatörü (PTAP) ile rekonstrükte edilen iki vakamız rapor edilmiştir. Çeşitli nedenlerle tibia ön yüzünde oluşan cilt defektleri tibia medialinden planlanan tibialis posterior perforan fasyakütan flebi ile onarıldı. Bu bölge onarımında seçeneklerin azlığı göz önünde bulundurulduğunda

tibialis posterior perforatör flebi başarılı, fonksiyonel ve estetik açıdan iyi bir seçenek olarak tercih edilebilir. Yüksek enerjili travmalar sonucu oluşan alt ekstremitelerde yaralanmalarında tedavi zordur. Alt ekstremitelerde rekonstrüksiyonu trafik kazalarının ateşli silah yaralanmalarının artmasına bağlı olarak halen büyük önem arz etmektedir.

Tibia distal defektlerinin onarımında posterior tibial arter perforanı üzerinden kaldırılan flepler ve çeşitli vartantları Koshima ve arkadaşlarınca tanımlanmış. Bizim burada tibia önyüz defekleri tedavi edilen iki vakayı sunacağız.

1.Vaka: 71 yaşında erkek hasta elektirik çarpması sonucu tibia distal bölümde 6x7 cmlik doku defekti olan tibianın ön yüzünün açıkta olduğu hastaya doppler cihazı ile (PTAP) işaretlemesi yapıldı.Flep rotasyon sonrası defekti kapatacak büyüklükte çizimi yapıldı. Genel anestezi altına (hasta alzheimer olduğu için genel anestezi yapıldı.) işaretlenen felp fasyakütan kaldırıldı. Perforana gelindiğinde diseksiyon özenli yapıp anadamara kadar iskeletize edildi. Perforan üzerinde tamamen serbestlenen flep yaklaşık 130 derece rotasyon yaptırılıp defekt alanına adepte edildi. Dönör defekt alanı primer kapatılabildiğince kapatılıp defektin kalan bölümü deri grefti ile kapatıldı. Hastanın takibinde flebin distalinde konjesyon olduğu görüldü sülük uygulandı. İlerleyen zamanda flebin sadece distal 1 cmlik bölümünde kayıp oldu. Zaten felebimiz defekt alanından büyük olduğundan defektin kapanması ile ilgili bir sorun yaşanmadı.

2. vaka: 46 Erkek hasta trafik kazası sonucu tibia shaft kırığı nedeniyle ortopedi kliniğince intramedüller civi ile tedavi edildikten sonra tibia orta önyüzünde oluşan 3x3 cmlik cilt defektinin kapatılması için kliniğimize yönlendirilen hastaya defekti kapatmak üzere (PTAP) flebi planlanıp çizimi yapıldı. Spinal anestezi altında flep fasyakütan olarak perforatöre kadar kaldırıldı. Perforan dikkatlice diseke edildi.Perforan üzerinden flep yaklaşık 60 derece rotasyon yaptırılıp defekt alanına adapte edildi.Flep donör alan deri grefti ile kapatıldı. Flebin takibinde herhengi bir sorun yaşanmadı. Alt ekstermite defeklerinin onarımı oldukça zordur özellikle distal bölge defekleri yumuşak dokunun azlığı nedeniyle daha da zordur. Distal defektlerde (PTAP) flebi ameliyat süresi uygulama kolaylığı donör alan morbitidesi göz önünde bulundurulduğunda oldukça iyi bir seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır.

perforan flep



tibia önyüze adapte edilmiş flep

P289

Ayak Dorsum Rekonstrüksiyonunda SCIP Flap

Ömer Polat, Serhan Tuncer, Özgür Hürkal, İbrahim Giray Genç, Mehmet Sühan Ayhan
Gazi üniversitesi tıp fakültesi plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi ana bilim dalı ankara

Ayak dorsum ve bacak 1/3 distal defektlerinde tariflenmiş kısıtlı sayıda lokal flep seçeneği olup geniş defektlerin onarımında serbest flepler altın standarttır.

Rekonstrüksiyonun temel amacı olan benzeri ile onarım ayak dorsum cildinin ince yapısı nedeniyle serbest flep seçeneklerini kısıtlamaktadır. Radial ön kol flebi ince ve kolay şekillendirilebilir flep seçenekleri arasında en sık kullanılan olsa da ciddi donör saha morbiditesi kullanımını kısıtlamaktadır.İnce bir flep olabilen superficial ALT flebinin kullanımını disseksiyonunun zorluğu kısıtlamaktadır.

2004 yılında Koshima ve arkadaşlarının tanımladığı superficial circumflex iliac perforatör flebi (SCIPF) disseksiyonunun kolaylığı, anatomik varyasyonunun az olması, ince ve kolay şekillendirilebilir olması ve minimal donör saha morbiditesi nedeniyle pek çok alanda olduğu gibi ayak bölgesi defeklerinin onarımında da uygun bir serbest flep seçeneğidir.

Bu flebin en ciddi kısıtlayıcılığı düşük kalibrasyonlu damar çapı nedeniyle anastomozunda supermikrocerrahi gereksinimidir.

Vaka: 32 yaşında erkek hasta ayak dorsumundaki lezyona yönelik yapılan insizyonel biyopsi sonucunda tespit edilen pleomorfik hyalenize anjioektatik tümör nedeniyle geniş eksizyon planlandı. Nadir görülen bu tümör yer yer gösterdiği sarkomatöz gelişimler, metastaz riski ve lokal agresif seyri nedeniyle geniş eksizyon gerektirmektedir. Eksizyon sonrasında ayak parmak ekstensör tendonları ve damar yapılarının ekspoze olma ihtimali nedeniyle serbest SCIP flebi ile onarım planlandı.

Eksizyon sonrası 8*5 cmlik ekstensör tendonların ve dorsalis pedisin ekspoze olduğu defekt oluştu. Sağ inguinal bölgede preop çizimde el doppleri ile tespit edilen superficial circumflex iliac arter perforatörlerinden kalibrasyonu en büyük olanın yüzeysel sisteme ait olduğu görüldü ve orjinine kadar disseke edildi. Damar çapının <2mm olduğu görüldü. Flep elevasyonu 30 dakika sürdü. Damar kalibrasyonun az olması ve alıcı saha morbiditesinin azaltılması için dorsalis pedise uç yan anastomoz yapıldı. Flebin concomitant veni dorsalis pedisin concomitant venine uç uca anastomoz edildi.

Postoperatif 3.gün mobilizasyonu takiben flep etrafında peteşiler oluştu. Venöz yetmezlik şüphesiyle hasta immobilizasyona alındı. Immobilizasyon sonrası durum düzeldi. Postop 10.gün flep kaybı olmaksızın hasta taburcu edildi.

Scip flebi ince şekillendirilebilir yapısı, stabil anatomisi, minimal donör alan morbiditesi nedeniyle ince derili alanların defektlerinin onarımında tercih edilebilir. Superficial iliac circumflex damarın yüzeysel ve derin olmak üzere iki dalı bulunup bu anjiozomda ikisinden birisi dominanttır. Flebin elevasyonunda bu varyasyon göz önünde bulundurulmalıdır. Damar kalibrasyonun az olması nedeniyle anastomoz supermikrocerrahi gerektirebilir.

kolaj



1.foto eksizyon sonrası 2.foto flep çizimi 3.foto flep venptral 4.foto flep dorsali 5.foto postop 6. foto postop venöz yetmezlik

P290

Yaşlı Bir Hastada Ayakta Degloving Yaralanması

Tahsin Görgülü, Burçin Acuner, Merve Torun, Ahmet Eksal Kargı

Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Zonguldak

Degloving yaralanmaları cilt ve subkutan dokunun fasya ve kas yapılarından ani ve yüksek enerjili travma sonucu kapalı veya açık şekilde yaralanması olayıdır. Ciddi morbidite ve mortalitesi olan bir durum olup acil müdahale gerektirir. Biz de hastanemiz acil servisine araç dışı trafik kazası sonucu sağ ayağında degloving yaralanması olan vakamızı ve tedavi sürecimizi sunmak istedik. 86 yaşında kadın hasta hastanemiz acil servisine sağ ayağının üzerinden kamyonet geçmesi sonucu yaralanması nedeniyle 112 aracılığıyla başvurdu. Hastanın sağ ayağı metatarsal kemikler seviyesinden degloving tarzında plantar yüz lateralinden 4cmlik bir pedikül tutacak şekilde yaralanmıştı. Sol lateral malleol distali ve metatars distallerindeki fraktür dışında diğer sistemik muayeneleri doğaldı. Tarafımızca genel anestezi altında ip eklem seviyesinden ampute olmuş d1, dip eklem seviyesinden d2-3-5 ve pip eklem seviyesinden d4 ün eklem yüzleri debride edildi. Dorsalis pedisin ve tüm parmakların dijital arter ve sinirlerinin intakt olduğu görüldü ve deglove olan kısım kompozit greft olarak suture edildi. Yumuşak doku dolaşımını bozmamak amacıyla kemik fiksasyonu yapılmadı. Yaklaşık 2 hafta pansumanla takipten sonra spinal anestezi altında nekroze olan d1 ip eklem, d2-3-4 pip eklem ve d5 mtp eklem seviyesinden dezartiküle edildi ve ekspoze kemikler lokal ilerletme flepleri ile kapatıldı. 5 günlük takibin ardından nekroze olan ayak dorsumu ve plantar yüzdeki dokular debride edildikten sonra uyuk anterolateralinden alınan kısmi kalınlıkta derigrefti ile onarıldı. Postoperatif takiplerinde ek problem gelişmeyen hasta taburcu edildi. Hastanın ambulasyon için fizik tedavi süreci devam etmektedir. Degloving yaralanmaları cilt ve subkutan dokunun fasya ve kas yapılarından ani ve yüksek enerjili abrazyon, torsiyon ve dekompresyona sebep olan travma sonucu kapalı veya açık şekilde yaralanması olayıdır. Ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olabilirler. Erkeklerde kadınlara göre daha sık görülür. Vücudun herhangi bir kısmında görülebilir. Etiyolojide yaklaşık %54.5'lik kısmını motorlu taşıt yaralanmaları oluşturur. Acil müdahale gerektiren durumlardır. Gecikmiş veya uygun olmayan müdahale tam kat nekrozlara ve çoklu organizmaların sebep olduğu enfeksiyonlara yol açabilir. Bütün yaralanmalar birbirinden farklı ve kendine has olduğu için standart bir tedavi algoritması yoktur. Her yaralanma kendi özelinde değerlendirilmeli uygun tedavi yaklaşımları uygulanmalıdır. En önemli ve uygun tedavi yöntemi acil müdahaleden sonra sıkı ve yakın yara takibi gerektiğinde anında müdahale etmektir.

resim 1



Acil servise trafik kazası sonrasında başvuran hastanın preoperatif görüntüsü

P291

Venöz Anevrizmayı Taklit Eden Ganglion Kisti Olgusu

Gökçe Yıldırım, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Venöz anevrizma nadir bir durum olup el bileği lokalizasyonunda da bulunabilmesi nedeni ile, ganglion kisti ile ayırıcı tanısının preoperatif ve intraoperatif olarak el Doppleri ile yapılması gerekir. Bu yazıda, klinik olarak venöz anevrizma bulguları veren ganglion kistinin sunulması amaçlandı.

Vaka Takdimi: 34 yaşında erkek hasta, el cerrahisi polikliniğimize el bileğinde şişlik şikayeti ile başvurdu. Ganglion kisti lokalizasyonunda olmasına rağmen muhtemel bir anevrizmanın atlanmaması için el doppleri ile dinlendi, hastanın kitlesinin üzerinde akım varlığı nedeni ile hastaya CT anjiyografi çekildi, CT anjiyografide kitle kist olarak yorumlanmakla birlikte üzerinde kisti drene eden 1 adet ven de saptandı. Kist kendi veni ile birlikte eksize edildi.

Sonuç: Literatürde ganglion kistine benzer venöz anevrizmalar mevcuttur. Ne var ki, venöz anevrizma şeklinde prezente olan ganglion kisti oldukça ilginçtir. Poliklinik şartlarında, küçük bir insizyon ile çalışırken, kitle yerine venler gözlenmesi ve doppler ile atım duyulması cerrahi şaşırtabilir. Venöz veya arteriyel anevrizmalar göz önünde bulundurulmalı, ancak bunun yanında bu kistleri drene eden venlerin varlığı da akılda tutulmalıdır.

P292

Elini Kıyma Makinasına Kaptırma:Olgu Sunumu

Mustafa Nihat Koç, Serdar Kara, Berat Çiğdem, Harun Yılmaz
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Gaziantep

Elini kıyma makinasına kaptırma sonucu yaralanmalar bölgemizde sıklıkla olmaktadır.Genellikle aile ihmalini içeren crush tarzında ve sonuçları yüz güldürücü olmayan yaralanmalardır.Bu tarz yaralanmalara yaklaşımımızı bir olgu üzerinden anlatacağız.

Method: Hastanemiz acil servisine başvuran 12 yaşında erkek çocuk acil şartlarda değerlendirildikten sonra acil olarak operasyona alınmış ve gerekli tedavisi yapılmıştır

Bulgular: Hasta öncelikle acil şartlarda itfaiye ile birlikte sedasyon altında el kıyma makinasından çıkarılmıştır. El ve amputatın filmi çekilmiş hasta yakınına gerekli bilgiler verilerek ve de onam alınarak hasta acil olarak operasyona alınmıştır. Hastanın muayenesinde baş parmak ve 2.parmak metacarp distali sağlam kalacak şekilde total amputasyon mevcuttu. Amputat crush tarzında yaralanmıştı. Replantasyon endikasyonu düşük olmasına rağmen başparmak karşısına ikinci parmak replantasyonu için amputat tan 2.parmak replantasyon için hazırlandı. Kemik fiksasyonu ardından bir arter ve bir ven anastomozu ile parmak replante edildi.Dolaşım görüldü.Geride kalan defekt amputat cildi ile kapatıldı.Hasta pansuman yapılarak

servise gönderildi.Serviste uygun koşullarda ve uygun ilaçlar verilerek takip edilen hastanın parmak dolaşımı 3.günden itibaren azaldığı görüldü.Takiplerde nekroze giden parmak ampute edilerek güdük kapatımı yapıldı.

Sonuç: Bu tarz yaralanmalarda sonuç oldukça kötü seyirli olduğundan öncelikle ailelerin dikkat etmesi çok önem arz etmektedir

Hasta



P293

N-hekzan Polinöropatili Hastalarda Karpal Tünel Olgusu

Erman Ak, Erol Kozanoğlu, Serhat Atalay Eviş, Cengizhan Ekizceli, Ömer Berköz, Atakan Aydın
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

N-hekzan endüstriyel yapıştırıcılarda kullanılan bir organik solventtir. N-hekzan polinöropatisinin nedeni esas metaboliti olan 2-5 heksanediondur. N hekzan periferik nörotoksin olarak 1964 tanımlanmıştır. Yaygın olarak tekstil, mobilya ve ayakkabı imalat sanayinde kullanılan bir çözücü madde olarak kullanılmıştır. Mesleki kronik maruziyet en sık yetersiz havalandırması olan işyerlerinde inhalasyon yoluyla olmaktadır. N-hekzan toksisitesinde en sık görülen nörolojik bulgu sensorimotor polinöropatidir (1-2-3). Elektrofizyolojik bulgular, genelde mikst olup gerek aksonal dejenerasyonu gerek demiyelinizasyonu içermektedir. Yapılan çalışmalarda alınan sural sinir biyopsilerinde aksonal şişme ve aksonal kayba rastlanmıştır. Biriken bu toksik nöropatiklerin yarattığı aksonal şişmelerin karpal tünel insidansını artırdığına inanılmıştır (1-4). Bu çalışmada amaç, hekzan polinöropatili hastalarda karpal tünel sendromu olgularıyla karşılaşılabileceğinin bilinmesi ve dikkat edilmesidir.

P294

Sindaktili Onarımında Klinik Deneyimlerimiz

Ergin Seven¹, Uğur Horoz¹, Musa Kemal Keleş¹,
Emre İnöz¹, Sebat Karamürsel¹,
Hülda Rıfat Özakpınar¹, Ali Teoman Tellioğlu²

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği
²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Sindaktili ortalama olarak 2000 doğumda bir görülmeye insidansına sahip olan ve kalıtsal geçiş özelliği gösteren bir ekstremité anomalisidir. Tutulum miktarına göre komplet-inkomplet ve kemik ilişkisine göre basit- kompleks olarak sınıflandırılır. Sindaktili onarımının temel prensipleri yapışık parmakları planlanan insizyonlarla açmak, lokal flepler kullanarak kozmetik ve fonksiyonel bir veba aralığı oluşturmak ve parmaklarda ortaya çıkan cilt eksikliklerini uygun dokular ile kapatmaktır. Bu çalışmada sindaktili nedeniyle opere edilen 33 hasta değerlendirilmiştir. Hastaların demografik verileri ve operasyon sonrası uzun dönem sonuçları incelenmiştir. Son 5 yılda sindaktili nedeniyle 11 kız 22 erkek hasta kliniğimizde opere edildi. Hastaların yaşları 1-8 arasında idi. Tüm operasyonlarda zig-zag insizyonlar ve dorsal rektangüler flepler planlanarak sindaktilliler açıldı. 3 hastada parsiyel cilt nekrozu gelişti ve yara bakımı ile takip edildi. 2 hastada ailelerin malpozisyon şikayeti nedeniyle tekrar opere edildi. Sindaktili cerrahisinde önem verilmesi gereken nokta maksimum kazanç sağlayacak flepler planlayarak nörovasküler yapıları bu fleplerle örtülmesidir. Klinik deneyimlerimiz doğrultusunda dorsal rektangüler flep ve zig-zag keski kombinasyonunu sindaktili onarımında etkili ve geç dönemde tatminkar sonuçlar veren bir yöntem olarak önermekteyiz.

P295

Dirsek Artrodezinde Biceps Brachii Kas Flebi ile Onarım: Olgu Sunumu

Soysal Baş¹, Utku Uyan²

¹Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eah, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

²Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eah, Ortopedi ve travmatoloji Kliniği, Şanlıurfa

Dirsek artrodezi genellikle tümör yada travma sonucu distal humerus kemik defekti ve psödoartroz gelişen olgularda uygulanmaktadır. Dirsek artrodezinde defektli kemik segmenti vaskülarize ve non vaskülarize kemik grefti ile kapatılarak dirsek pozisyonu uygun derecede sabitlenmektedir. Bu işlem genellikle yük taşıyan plaklar ile sağlanmaktadır. Bu işlemdeki en büyük problemlerden biri artrodezde kullanılan plak ve vidaların yüzeyde kalması ve buna bağlı implant enfeksiyonu ve ekspozisyonu sonucu plak ve vidaların çıkarılmak zorunda kalınmasıdır. Dirsek bölgesinin rekonstrüksiyonu oldukça zor olup seçenekler kısıtlıdır. İmplant ekspozisyonunu önlemek amacı ile kas flepleri tercih edilmelidir. Bu yazıda ateşli silah yaralanması sonucu dirsek artrodezi uygulanan hastaya implant ekspozisyonunu önlemek için biceps kas flebi ile yapılan rekonstrüksiyonun sunulması amaçlanmıştır.

Resim 1



Peroperatif biceps brachii kas flebi, pedikülü ve olgunun postoperatif görünümü

P296

Gecikmeli Bipediküllü Flep: Ateşli Silah Yaralanması Sonrası Bacak Distalindeki Defektlerin Rekonstrüksiyonu İçin Alternatif ve Yeni Metod: Olgu Sunumu

Ali Rıza Yıldırım, Mehmet Tapan,
Mehmet Onur Öztürk, Hasan Murat Ergani,
Murat İğde, Ramazan Erkin Ünlü
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ateşli silah yaralanmaları, bacak distal bölgesinde fraktür eşlik eden kemik, tendon gibi önemli yapıların ekspoz olduğu yumuşak doku defektlerine yol açan travmalardan biridir. Bu bölgenin yeterli yumuşak doku desteğine sahip olmaması nedeniyle lokal flep seçenekleri oldukça sınırlıdır. Günümüzde bu bölgenin rekonstrüksiyonu için en uygun seçenekler serbest flepler ve perforator flepler olmasına rağmen bu tür yüksek enerjili travmalar nedeniyle mevcut lokal flepler daha uygun hale gelmektedir. Bipediküllü flepler, çok çeşitli avantajları olması sebebiyle küçük ve orta boyutlu alt ekstremité defektlerinin rekonstrüksiyonunda sıkça kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, bacak distalindeki geniş yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonu için daha önce literatürde tanımlanmayan gecikmeli bipediküllü flebin kullanımı ve hasta sonuçları üzerinden mevcut literatür gözden geçirilerek flebin kullanımı tartışılacaktır.

P297

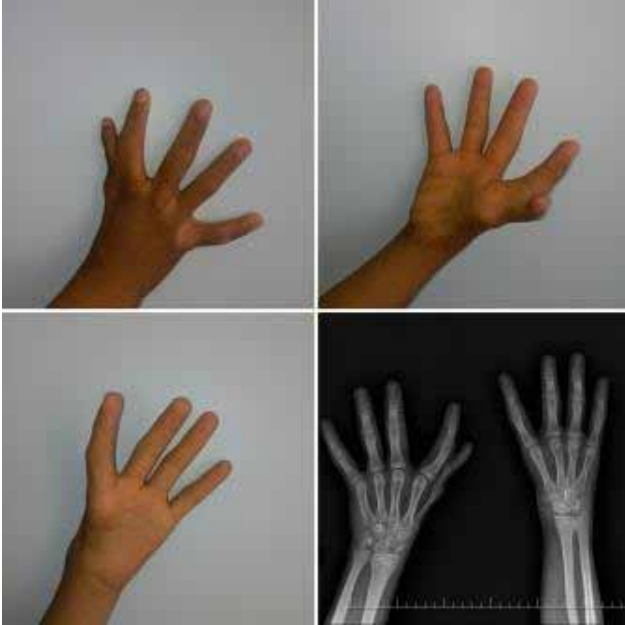
Bilateral Konjenital Başparmak Anomalisi: Olgu Sunumu

Soysal Baş

Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eah, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

Doğumsal el deformiteleri sık, genellikle izole anomaliler olup bazı sendromların parçası olabilir. Üst ekstremitelerde anomalilerin spektrumu geniştir. Karmaşık durumlarda, deformite her zaman tanımlanan modellere uymayabilir. İlk tedavi yöntemlerinden, özel rekonstrüksiyonlara ve yeni tasarım çözümlerine ihtiyaç duyulabilir. Hedef benlik saygısını desteklemek, fonksiyonel bağımsızlık ve estetik sonuçlar elde etmektir. İdeal rekonstrüksiyon fonksiyonel ve sosyal kazancı arttırmak için okul çağı öncesi tamamlanmalıdır. Bu yazıda sağ el 1.webde sindaktili ile birlikte trifalengeal, Blauth tip 3b başparmak hipoplazisi ve sol elde Blauth tip 5 total başparmak aplazisi bulunan 16 yaşındaki gelişme geriliği ve konuşma bozukluğu olan hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Resim 1



Trifalengeal, sindaktili ve blauth tip 3b başparmak (sağ el), blauth tip 5 başparmak (sol el)

P298

Şanlıurfa İlinde Yerleşik Suriyeli Hastada Multiple Anomaliler İçeren El Deformitesi

Tuğba Dindar¹, Hasan Dindar², Ersin Altun³, Alpaz Duran¹, Soysal Baş¹

¹Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

²Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

³Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD.

Giriş/Amaç: Doğumsal el anomalileri, zorlukla fark edilebilir anomalilerden, üst ekstremitede yokluğuna dek değişen geniş bir yelpazede karşımıza çıkar. Bu tip anomalilerde cerrahi düşündüren ana konular, cerrahi öncesi yapılması gereken hazırlıklar, cerrahi müdahalenin gerekliliği ve eğer yapılacaksa cerrahinin zamanlamasıdır. Konjenital el anomalilerinin ayrımında Swanson sınıflaması kullanılır. Genel hatları ile Swanson Sınıflaması:

- I. Uzun oluşumunda hatalar
- II. Uzun farklılaşması ve ayrışmasında hatalar
- III. Duplikasyonlar
- IV. Aşırı büyüme
- V. Büyüme geriliği
- VI. Doğumsal Sıkıştırıcı Bant Sendromu
- VII. Genel İskelet anomalileri ve Sendromlar

Olgu: 3 yaşında erkek çocuk sol elde doğumsal anomalisi ile başvurdu. Swanson sınıflamayla tam olarak ayım yapamadığımız vakamız da bilekte ulnar deviasyon ve fleksiyon kontraktürü, radial ve ulnar kemik distalinde yetersizlik, proksimal sıra karpal kemiklerin agenezisi, distal sıra karpal kemiklerde agenezi+hipogenezi, tüm parmaklarda sindaktili, özellikle 2,3 ve 4. parmaklarda midfalanks agenezi/hipogenezi mevcuttur.

Yöntem/Gereç: Tedavide öncelikle sindaktilin giderilmesi uygun görülmüştür. Daha sonra sırasıyla ulnar deviasyon ve radiokarpal instabilite için atrodez ve tenodez planlanmaktadır. Tedavi planı uzun dönem takipler sonucu şekillendirilebilir.

Sonuç: Swanson sınıflamasını hatırlatmak, nadir görülen ve bir gruba dahil edilemeyen bu olgu kompleks deformite varlığı ve mevcut ise benzerleri ile adlandırılmak amacıyla sunulmaya değer bulunmuştur.

Preop



P299

Ateşli Silah Yaralanması Sonrası Omuzda Kontur Sağlayan Pediküllü Latissimus Dorsi Myokütanöz Flepi

Murat İğde, Ramazan Erkin Ünlü, Alper Burak Uslu, Ali Rıza Yıldırım, Burak Yaşar, Ömercan Yağız Öksüz
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ateşli silah yaralanmaları -özellikle yakın mesafeden pompalı tüfek benzeri saçma ile meydana gelen yaralanmalar- sıklıkla ekstansif doku kaybı ve çevre dokularda termal hasar ile yabancı cisimlere bağlı ciddi kontaminasyonu beraberinde getiren yaralanmalardır. Rekonstrüksiyon cerrahide -her ne kadar giderek kesin bir kaide olarak görülmekten uzaklaşılsa da- «Rekonstrüktif Merdiven» ilkesi gereği pediküllü fleplerin mümkün olduğu sürece serbest fleplere tercih edilmesi gerekmektedir. Pediküllü Latissimus Dorsi kas ve myokütanöz flepi memeden sırt orta hat ve üst ekstremité bölgesine kadar birçok alanın rekonstrüksiyonunda güven ve kolaylık ile kullanılabilen, rekonstrüktif cerrahide zamanın sınavında rüştünü ispat etmiş bir fleptir. Ateşli silah yaralanması sonucunda omuz bölgesinde ekstansif kas ve cilt kaybı olan erkek hastanın defektinin pediküllü latissimus dorsi myokütanöz flepi ile rekonstrükte edilirken aynı zamanda omuz bölgesinin kendine has konveks ve yuvarlak konturunun restore edildiği olgudan edindiğimiz tecrübe doğrultusunda latissimus dorsi myokütanöz flepi omuz bölgesinin söz konusu tip yaralanmalarında ideal bir seçenek olarak ortaya çıkmaktadır.

P300

Bahçe Demiri ile Penetran El Yaralanması: Olgu Sunumu

Soysal Baş

Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eah, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

Acil servise başvuran en sık el yaralanmaları penetran yaralanmalardır. Bu tip yaralanmalar hem el fonksiyonları hemde hukuki açıdan önem arz etmektedir. Bu yaralanmalar sıklıkla tahta, cam ve demir parçalarından oluşmakta olup çok farklı prezentasyon şekli bulunmaktadır. Küçük bir cisimden çok büyük demir parçalarına kadar değişebilmektedir. Çok küçük bir yabancı cisim el fonksiyonlarını ciddi şekilde etkileyebildiği gibi çok büyük cisimler elde fonksiyon kaybı yaratmayabilir. Tanıda x-ray ile değerlendirme önemli olsa da radyolüsent cisimler için yetersiz kalmaktadır. İyi bir fizik muayene el fonksiyonlarının ne derece hasar gördüğü hakkında önemli bilgiler verir ve cerrahi zamanlamada önem arz eder. Bu yazıda her ne kadar korkutucu görüntüsü olsa da bahçe demiri ile penetran el yaralanması ile acil servise başvuran ve el fonksiyonlarında önemli kaybı olmayan hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Resim 1



Hastanın preoperatif ve postoperatif görüntüsü

P301

Çocuklarda Bahçe Demiri Ve Çit ile Penetran Üst Ekstremité Yaralanması Tedavi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Musa Kemal Keleş¹, Uğur Horoz¹, Buğçe Ballıoğlu¹, Hatice Gözde Muratoğlu¹, Ergin Seven¹, Ali Teoman Tellioglu²

¹Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Keskin metal ya da tahta çitlere bağlı gelişen penetran el yaralanmaları nadir görülmektedir. Bu travmalar herhangi bir problem gelişmeksizin sonuçlanabileceği gibi kalıcı anatomik ve fonksiyonel morbiditelerle de sonuçlanabilmektedir. Bu tip yaralanmalara neden olan ekipmanlar genelde dekorasyon için kullanılmaktadır. Bu çalışmada bahçe demiri ile penetran yaralanma sonrası başvuran 11 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik bilgileri, eşlik eden yaralanmalar ve travma sonrası takipleri değerlendirildi. Son 4 yılda 6- 12 yaş arası bahçe demiri ile yaralanan 11 hasta kliniğimizde tedavi edildi. En çok etkilenen bölge el bölgesiydi(4 hasta). Tüm yaralanmalar cerrahi olarak eksplore edildi ve eşlik eden nörovasküler yaralanmalar,kas yaralanmaları endikasyonlar dahilinde cerrahi olarak onarıldı. Tüm hastalara profilaktik antibiyotik tedavisi başlandı. Takiplerde herhangi bir komplikasyon ya da geç dönemde ek problem görülmedi. Bu yaralanmalar uygun cerrahi yaklaşım ve yakın postoperatif takip uygulanması gereken, gözardı edilmesi durumunda ciddi sonuçlara yol açabilecek travmalardır

P302

S0 A2 M2 Polidaktili: Olgu Sunumu

Soysal Baş

Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eah, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

Polidaktili ayakta 5'ten fazla parmak olması ile karakterize, ayakta sık görülen doğumsal bir anomalidir. Literatürde ayak polidaktilileri için çeşitli sınıflama sistemleri önerilmiştir. Temptamy ve McKusick, Konno ve Hirase, Watanabe, ve Wassel sınıflaması kullanılmaktadır. Polidaktili genel olarak: mediyal-sıra (preaksiyal, başparmakta), orta-sıra (santral, aksiyal, 2-4 parmaklar arası) ve lateral-sıra (postaksiyal, 5. parmak) polidaktilisi olarak 3 grupta incelenir. Eldeki polidaktililerin aksine, ayakta üç tipin içinde postaksiyal tip daha sık görülür ve sınıflandırılması da daha zordur. Parmak duplikasyonları kemiksiz yumuşak doku oluşumlarından, tam veya kısmi kemikli duplikasyonlar şeklinde olabilir. Bazen duplike parmaklar arasında komplet veya inkomplet sindaktili vardır. Bu durum polisindaktili olarak sınıflandırılabilir. Ancak aksesuar parmağın metatarstan, orta falanksa kadar herhangi bir yerden köken alabildiği göz önünde bulundurularak sınıflandırırken "polidaktiliyi" kullanmak daha uygun olacaktır. 2013 yılında Seok ve ark. polidaktilileri sindaktili, aks deviasyonu ve metatars uzanımına göre tekrar sınıflandırmıştır. Bu yazıda hem sınıflandırmaları tartışmak hem de S0 A2 M2 polidaktili olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Resim 1



Hastanın preoperatif ve postoperatif görüntüsü

P304

Dorsal El Defektinin Ters Akımlı Radial Önkol Flebi İle Onarımı: Olgu sunumu

Soysal Baş

Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eah, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

Dorsal el defektleri sıklıkla travma ve tümöreksizyonu sonrası oluşmaktadır. Uygun rekonstrüksiyon hem el fonksiyonları hem de estetik açıdan önem arz etmektedir. Rekonstrüktif seçenekler arasında cilt greftleri, lokal, rejonel ve serbest flepler yer almaktadır. Uygun rekonstrüksiyonun seçiminde ise defektin niteliği ve hastaya bağlı faktörler rol almaktadır. Paratenondan yoksun tendon ekspozе geniş defektlerde cilt greftleri uygun olmayıp, lokal random ve perforatör fleplerin ise genişliği yetersiz kalmaktadır. Böylelikle sıklıkla ön koldan ve karın ön duvarından kaldırılan rejonel flepler kullanılmaktadır. Allen testi negatifliği ise serbest flepleri dışlayarak rekonstrüksiyonu karın fleplerine ve perforatör fleplere yönlendirilmektedir. Karın fleplerinde rekonstrüksiyon süresi uzamakta, hasta konforu azalmakta ve 2. seans operasyon gerekmektedir. Perforatör flepler ise el dorsumunda yeterli pedikül ve ya flep uzunluğu sağlayamayabilmektedir. Allen testi pozitifliğinde ise serbest flepler uzun operasyon süresi ve artan komplikasyon riski sebebiyle tercih edilmeyebilir. Bu yazıda travma sonrası oluşan tendon ekspozе geniş dorsal el defektinin ters akımlı radial önkol flebi ile rekonstrüksiyonu sunulmuştur.

Resim 1



Ters akımlı radial önkol flebinin preoperatif, erken postoperatif ve postoperatif 2. ay görünümü

P305

Bacakta 30 Yıllık Osteomyelit Hemisoleus Kas Flebi İle Rekonstrüksiyon

Hasan Murat Ergani, Ahmet Kaplan, Burak Yaşar, Alper Burak Uslu, Ramazan Erkin Ünlü, Murat İğde
Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi

Alt ekstremitelerde oluşan kronik osteomyelit travma ya da DM a bağlı olup yönetimi oldukça zorludur. Kronik osteomyelit yarıları sıklıkla dirençli mikroorganizmalar mevcut olup, kemikte iyileşmemeye kaynanamamaya defekte ve fibrozise yol açmaktadır. Mevcut olan osteomyelit tedavisi planı seri ve tekrarlayan debridman ile mikroorganizmaların eradikasyonu ile mevcut olan defektin kapatılmasıdır. Biz bu bildiri ile kliniğimize ortopedi ekibi tarafından yönlendirilen ve 30 yıl önce tibia fraktürü nedeniyle opere edilen hastanın 30 yıl sonra yara yerinde akıntı ve yumuşak defekti olması üzerine kliniğimizin yaklaşımını ve rekonstrüksiyon planımızı vaka olarak sunduk.

P306

Omuz Defektlerinin Pediküllü Trapezus Kas Flebiyle Rekonstrüksiyonu

Ramazan Erkin Ünlü, Burak Yaşar, Ali Rıza Yıldırım, Hasan Murat Ergani, Asude Köksal, Murat İğde
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Glenohumeral ve akromioklavikular eklem ekspoze defektlerin skar kontraktür ve skar gelişimine neden olmaktadır. Omuz eklemine fonksiyonelliği ve bu bölgenin estetik görünümünü koruyacak iyi bir rekonstrüksiyon seçeneği gereklidir. Latissimus dorsi kas flebi bu bölgenin rekonstrüksiyonunda kullanılmakla birlikte; omuz kas gücü zayıflamış hastalarda glenohumeral eklem fonksiyonlarını etkilemesi nedeniyle kullanımı sakıncalıdır. Biz bu çalışmamızda kliniğimizde uygulanan, glenohumeral ve skapulotorasik fonksiyonları minimal etkileyen ve minimal morbiditesi olan pediküllü trapezius kas flebiyle omuz rekonstrüksiyonunu sunmayı amaçladık.

P307

El Bileğinde Nadir Gözlenen Bir Anatomik Anomali: Fleksör Karpi Radialis Brevis Kası

Uğur Anıl Bingöl, Can Çınar

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.

Fleksör Karpi Radialis Brevis (FKRB) el bileğinde nadiren gözlenen anormal bir kاست. İlk kez Fano tarafından 1851 yılında tanımlanmıştır. Literatürde insidansı %2,6-7,5 arasında bildirilmiştir. FKRB radiustan köken alır ve 2. yada 3. metakarpa yapışır. Anterior interosseöz sinir tarafından innerve edilir. Önkolda pronator quadratusun üzerinde brakioradialis ile fleksör palmaris longusun arasında yer almaktadır. distal radius kırıklarına volar yönden plak uygulamalarının popülerlik kazanmasıyla bu kas cerrahların daha çok karşısına çıkmaya başlamıştır.

25 yaşında erkek hastada önkolda sık sık meydana gelen

şişme ve ağrı şikayeti sonrası çekilen MR sonrası farkedilen ve hemanjiyom barındıran FKRB vakasına ait sunum yapılacaktır

P308

Parmağın Nadir Kitlesi; Glomus Tümörü

Uğur Anıl Bingöl, Can Çınar

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.

Glomus tümörleri genellikle glomus cisimlerinden kaynaklanan nadir benign tümörlerdir. İlk Kez 1877 de Hoyer tarafından tanımlanmışlardır. Glomus cisimcikleri termoregülasyonda görev alırlar. Tümörler genellikle ekstremitelerin uçlarında oluşurlar özellikle de tırnak yatağının altında gözlemlenirler. En sık gözlenen semptom ağrıdır, özellikle soğuğa maruziyetle ağrı artar. Tedavisi cerrahidir.

parmakta ağrı şikayetiyle kliniğimize baş vuran bayan hastanın distal falanksını erode eden glomus tümörüne ilişkin olgu sunulacaktır.

P309

SGAP Flep ile Tecrübelerimiz

Mehmet Tapan, Ali Rıza Yıldırım, Mehmet Onur Öztürk, Alper Burak Uslu, Burak Yaşar, Murat İğde, Ramazan Erkin Ünlü
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği

SGAP Flep, günümüzde sakral bası yaraları ve meme rekonstrüksiyonu için oldukça sık tercih edilmektedir. Perforatör fleplerin öğrenme eğrisinin başlangıç basamağında yer alan, Plastik Cerrahi asistanları için temel fleplerden biridir. Çalışmamızda kliniğimizde yapılan SGAP flepler incelenerek, preoperatif, intraoperatif ve postoperatif dikkat edilmesi gereken noktaları özellikle asistan arkadaşlarımız için özetledik.

P310

İnsan Isırığına Bağlı Mallet Finger- Periost Reaksiyonu

Ahmet Kaplan, Burak Yaşar, Mehmet Onur Öztürk, Ömercan Yağız Öksüz, Hasan Murat Ergani
Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği

Mallet finger ekstensor tendonun zon 1 de yaralanmasına bağlı oluşan deformitedir. Kliniğimize başvuran 21 yaşındaki erkek hastanın insan ısırığına bağlı oluşan mallet finger deformitesi nedeniyle takip ve tedavisi yapılmıştır. İnsan ısırığı olması nedeniyle uygun antibiyoterapi sonrası mallet finger cerrahisi yapılan hastada periost reaksiyonu geliştiği görüldü. 3. ayda tekrar eksplorasyon yapılan hastada ekstensor tendonun çevre dokulara yapışarak fibrozis ile iyileştiği görüldü ve bu nedenle pl tendon grefti ile tendon onarımı yapıldı.

P311

Polidaktilide Klinik Yaklaşım, Değerlendirme Ve Tedavi

Uğur Horoz¹, Buğçe Balloğlu¹, Hülde Rıfat
Özakpınar¹, Emre İnözü¹, Avni Tolga Eryılmaz²,
Ali Teoman Tellioğlu³

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi;
Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği

²Ufuk Üniversitesi; Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik
Cerrahi Anabilim Dalı

³Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi; Plastik,
Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Sık görülen doğumsal el ve ayak anomalilerinden polidaktili ilk defa 1670 yılında elde rapor edilmiş olup, kalıtsal geçiş ilk defa 1896 yılında belirtilmiştir. Basit bir duplikasyon olmayan polidaktili eklem, tendonlar ve ligamentlerde anormal şekillenmeye ve fonksiyonel problemlere yol açabilmektedir. Fazla olan parmak genellikle sadece yumuşak doku içerikli olmakla beraber nadir olarak kemik yapı içermektedir. Polidaktili sindaktiliye oranla 3 kat daha fazla oranda rapor edilmiştir. Kesin insidans görülen vakaların raporlanmalarındaki yetersizlik nedeniyle net olarak bilinmemektedir. En sık olarak başparmakta görülen polidaktilide en sık kullanılan sınıflandırma Wassel tarafından tanımlanmıştır. Fonksiyonel ve kozmetik kaygılar sebebiyle cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Temel cerrahi hedef fazla olan dokuların çıkarılması ve etkilenen dokuların anatomik olarak uygun şekilde onarımını içermektedir. Polidaktili sonrası % 25 oranında yeniden operasyon oranları mevcuttur. Bu çalışmada el ve ayakta polidaktili nedeniyle başvuran ve opere edilen hastalar sonuçlarıyla birlikte değerlendirilmiştir. Sonuç olarak basit eksizyon basit vakalar için yeterli iken, kompleks tutulumda tendon, kemik ve ligamentlerin uygun şekilde pozisyonu temel amaç olmalıdır.

P313

Meme Çiziminde Simetrinin Sağlanması Amacıyla Lazer Distomat Kullanımı

Yalçın Yontar¹, Sedat Tatar¹, Ahmet Aydın²,
Teoman Eskitaşçıoğlu²

¹Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

Meme augmentasyonu, meme redüksiyonu ve mastopeksi plastik cerrahi pratiğinde en sık gerçekleştirilen operatif prosedürlerdendir.¹ Detaylı preoperatif değerlendirme ve her iki meme arasındaki simetrinin sağlanması amacıyla uygun çizimlerin gerçekleştirilmesi başarılı postoperatif sonuçların elde edilmesi için birer şarttır. Meme çiziminde simetrinin sağlanması amacıyla gonyometre, denizci pergeli, anahtar kalıbına uygun olarak şekillendirilmiş çelik teller, röntgen kağıdı gibi birçok enstrümanın kullanımı tariflenmiştir.^{1,2}

Kliniğimizde, meme redüksiyonu için preoperatif dönemde gerçekleştirilen çizimlerde her iki meme arasındaki simetrinin sağlanması amacıyla lazer distomat kullanılmaktadır. Hırdavat marketlerden kolaylıkla temin edilebilen bu ürün, sahip olduğu üç eksenli su terazisi ile yüzeylere yansıttığı vertikal ve horizontal aksların yönelim doğruluğunu tespit etmektedir (Şekil 1A).

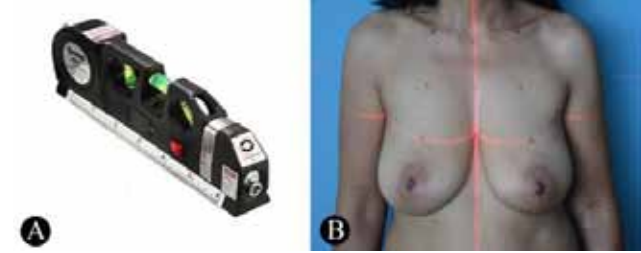
İşaretleme esnasında ayakta duran hastanın omuz başlarının horizontal eksende olduğunun tespit edilmesini takiben lazer distomatın vertikal aksı midaksiyal hat üzerine gelecek şekilde konumlandırılır. Takiben, lazer distomatın horizontal aksı her iki meme başının yeni lokalizasyonu üzerinde konumlandırılarak meme başlarının aynı düzlemde olup olmadığı su terazisi vasıtasıyla belirlenir. Benzer işlemin areola üst polü için gerçekleştirilmesiyle de meme çiziminde simetri elde edilmiş olur (Şekil 1B).

Özellikle asimetrik memelerin preoperatif dönem çizimlerinde oldukça faydalı olan lazer distomat, abdominoplasti çizimlerinin standardizasyonu için de başarılı bir şekilde kullanılabilmektedir. Cerrahi planlamada simetrinin elde edilmesi açısından sağlamış olduğu katkılar neticesinde, lazer distomatın, her plastik cerrahi hekiminin alet çantasında olması gereken bir ürün olduğu kanaatindeyiz.

Kaynaklar

- [1] Bonomi S, Salval A, Settembrini F, Gregorelli C, Musumarra G, Rapisarda V. Inferiorly based parenchymal flap mammoplasty: a safe, reliable, and versatile technique for breast reduction and mastopexy. *Plast Reconstr Surg* 2012;130(1):116e-25e.
[2] Lazarus D. A new template-goniometer for marking the wise keyhole pattern of reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1998;101(1):171-3.

Şekil 1



A. Lazer distomat, B. Lazer distomatın vertikal aksının midaksiyal hatta, horizontal aksının ise yeni meme başı lokalizasyonlarında konumlandırılmasıyla simetrinin elde edilmesi.

P314

İleri Düzey İdeopatik Deltoid Atrofisi Olan Hastada Simetri Sağlanması Amacıyla Uygulanan Trombositten Zengin Plazma İle Zenginleştirilmiş Yağ Enjeksiyonunun Etkinliği: Vaka Takdimi

Fatih Ceran, Mehmet Bozkurt

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Deltoid kas omuz kavşağının çok önemli bir kası olup omuz aksına ve proximal kola şeklini vermektedir. Aksiller sinir tarafından inerve edilmekte olup, kol abduksiyonunda önemli işlevi bulunmaktadır. Deltoid atrofisi daha çok aksiller sinir hasarına bağlı olmakla beraber nöromusküler hastalıklara bağlı olabilmektedir veya ideopatik olabilmektedir. Biz de vaka takdimimizde ideopatik ileri düzey deltoid atrofisi olan hastamızın simetrisinin sağlanması amacı ile uygulanan trombositten zengin plazma ile zenginleştirilmiş yağ enjeksiyonunun etkinliğini tartışmaktayız.

Yöntem-Gereçler: 45 yaşında, ileri düzey deltoid atrofi olan; fakat kas aktivitesi mevcut olan, nöromusküler veya aksiller sinir hastalığı olmayan erkek hasta kliniğimize omuzlarında asimetri şikayeti ile başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde sol omuz ve proksimal kolda atrofi ve asimetri saptandı. Asimetrisinin miktarını ortaya koymak amacıyla Vectra görüntüleme yapıldı. Hastaya yaklaşık 180 cc lik yağ enjeksiyonu yapılması kararlaştırıldı. Hastaya genel anestezi altında 225 cc trombosit zengin plazma ile zenginleştirilmiş yağ enjeksiyonu yapıldı.

Bulgular: Hastanın takiplerinde problem yaşanmadı. Operasyon sonrası 6. Ayda yapılan Vectra görüntülemeye operasyon öncesi arzu edilen hacme yakın bir hacim elde edildi (170 cc).

Sonuçlar: Deltoid kas atrofi seyrek görülmekle beraber hastalarda simetri farkı nedeni ile estetik kaygılar oluşmaktadır. Bizim de vakamızda görüldüğü üzere bu tür vakalarda trombosit zengin plazma ile zengin plazma ile zenginleştirilmiş yağ enjeksiyonları etkinliğe sahiptir.

Kaynaklar:

1. Durmus H, Yilmaz R, Gulsen-Parman Y, Oflazer-Serdaroglu P, Cuttini M, Dursun M, Deymeer F. Muscle mri in spinal muscular atrophy 3: Selective and progressive involvement. Muscle Nerve. 2016 Aug 20.

P315

Rinoplastide Turkish Delight Yönteminin Etkinliği

Gökçe Yıldırım, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Rinoplastinin en zorlayıcı sorunlarından biri nazal dorsal cilt üzerinde kartilajın hissedilir olmasıdır. Bu sorunun üstesinden gelebilmek ve daha düzgün bir geçiş yapılabilmesi için "Turkish delight" metodu tanımlanmıştır.

Optimal estetik sonuç için doğranmış kıkırdığın yaşayabilirliği ve nazal dorsumu desteklemesinin kalıcılığı önemlidir. Turkish delight'in kalıcılık ve yaşayabilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Rinoplasti esnasında Turkish delight da konulan 153 hasta çalışmaya dahil edildi. Kartilaj olarak fazla septal, alar, konkal artılajlardan faydalanıldı. Kartilajlar 0,5 mm parçalara bölünerek emilebilir hemostata sarıldı ve hastanın kendi birkaç damla kanı ile nemlendirildi. Yapıya silindirik şekil verilerek nazal dorsal cilt altına yerleştirildi. Tüm hastalar fotoğraf çalışmaları ve memnuniyet anketi ile değerlendirildi. Ankette nazal dorsumdaki memnuniyet yer aldı. Hastalar cerrahiden 3 yıl sonra muayene edildi. Glabella ve midpupil hat arasındaki açı ile midpupil ve tip arasındaki açı profil fotoğraflarından ölçüldü. 2. Ay ve 3. Yıl açıları her hasta için karşılaştırıldı.

Bulgular: 153 hastanın 141'inde postoperatif 2. Ay ile 3. Yıl arasındaki açılarda anlamlı değişiklik saptanmadı. ($p>0,05$) 12 hastada açıların en az biride anlamlı değişiklik saptandı. ($p<0,05$) Bu 141 hastanın nazal dorsum memnuniyeti %100 idi.

Sonuç: Kartilaj greftleme rinoplasti için olmazsa olmazdır. Ne var ki hemen tüm greftlerin distorsiyon, absorpsiyon ve hissedilirlik gibi problemleri mevcuttur. Turkish delight dezavantajların çoğunu maskeler, hastaların

nazal dorsumda hissedilir kartilaj şikayetini önler. Turkish delight'in nazal dorsumdaki ufak deformiteleri gizlemede önemli rolü vardır. Klasik yönteminde tanımlanan absorblı hemostata sarılması da minör nazal deformitelerin örtülmesinde iyi bir yöntemdir.

P317

Labium Minör Hipertrofisi Olan Kadınların Seksüel Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi

Emin Sır¹, Melike Güngör¹, Oktay Üçer², Alper Aksoy³

¹Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İzmir

²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Manisa

³Konur Cerrahi Merkezi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Bursa

Giriş: Labium minör hipertrofisi anatomik olarak labium minörlerin labium majörlerden önde olma durumu olarak adlandırılır. Hipertrofiye bağlı hijyen sıkıntısı, rahat kıyafet giyemem, cinsel ilişki sırasında rahatsızlık ve seksten zevk alamama ortaya çıkabilir. Bu çalışmada labium minör hipertrofisi olan kadınların seksüel fonksiyonlarının aynı yaş grubu sağlıklı kadınlarla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Çalışmaya plastik cerrahi polikliniğine labium minör hipertrofisi şikayeti ile başvuran 43 hasta ve 30 adet sağlıklı kadın dahil edildi. Bütün kadınlara "Kadın Seksüel Fonksiyon İndeksi - IFSF" anketi doldurtuldu.

Sonuçlar: Hastaların yaş ortalaması 30.06 ± 7.11 , kontrol grubunun 31.34 ± 4.12 , IFSF skoru hastalarda 24.18 ± 3.24 , kontrol grubunda 27.53 ± 4.43 ($p<0.05$), IFSF'nin alt gruplarında ise kayganlık, orgazm, memnuniyet ve ağrı skorları labium minör hipertrofisi anlamı olarak düşük bulundu. Uyarılma açısından iki grup arasında farklılık izlenmedi. Labium minör hipertrofisi olan grupta seksüel disfonksiyon anlamı olarak düşük bulundu (odds ratio [OR] = 14.97, %95 confidence interval [CI] = [3.66-61.21], $p<0.001$).

Sonuç: Çalışma sonucunda labium minör hipertrofisi olan kişiler aynı yaş grubundaki sağlıklı kişilere göre seksüel açıdan (orgazm, kayganlık, ağrı ve memnuniyet) daha kötü durumda olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılan kadınların ortalama IFSF skorları

	Hasta grubu	Kontrol grubu	p değeri
Yaş	30.06 ± 7.11	31.34 ± 4.12	0.41
BMI	22.33 ± 3.21	24.38 ± 3.14	0.12
ISF - Tutku	5.06 ± 0.53	4.13 ± 1.16	$<0.001^*$
IFSF - Uyarılma	4.10 ± 0.79	4.31 ± 0.87	0.30
IFSF - Kayganlık	3.39 ± 0.69	4.51 ± 0.89	$<0.001^*$
IFSF - Orgazm	3.92 ± 0.77	4.81 ± 1.03	0.01^{**}
IFSF - Memnuniyet	3.80 ± 0.71	4.92 ± 0.79	$<0.001^*$
IFSF - Ağrı	3.90 ± 0.69	4.81 ± 1.09	0.006^{**}
IFSF - Toplam	24.18 ± 3.24	27.53 ± 4.43	0.01^{**}

* $p<0.001$ anlamlı

** $p<0.05$ anlamlı

IFSF: Index of female sexual function. BMI: Vücut kitle indeksi

P318

Kemik Defekti Olan

Dakriyosistorinostomi'li Bir Hastada

Kemik Çatının Şekillendirilmesi

Doğuş Yalçın, Nihal Durmuş Kocaaslan, Özhan Çelebiler

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Lakrimal drenaj sistemi, anatomik yerleşimi nedeniyle rinoplasti sırasında cerrahi olarak yaralanabilir.1 En geç bir hafta içerisinde çözölen rinoplasti sonrası yumuşak doku ödemeine bağlı epifora yaygın bir komplikasyondur. Kalıcı olarak görülen epifora, maksillanın frontal çıkıntısının kırılması ve lakrimal kesenin yaralanmasına bağlı olan geri dönüşsüz durumun sonucudur. İki haftayı geçen durumlarda lakrimal sistem dikkatlice değerlendirilmelidir. Tıkanıklık saptanması durumunda seviyesine göre cerrahi girişim planlanmalıdır.2 Flowers ve ark. taze kadavra çalışmalarında lateral osteotomi sonrası 37 otopsi spesmeninin 9'unda lakrimal drenajın hasarlandığı göstermiş, fakat klinik olarak takip ettikleri 1000 rinoplasti hastasının hiçbirisinde bu hasara yönelik bulgu saptamamışlardır.3

Nasolakrimal kanal işlevinin kaybında gözyaşı drenajı için dakriyosistorinostomi işlemleri uygulanmaktadır. Bu geleneksel cerrahi tekniklerle yapılabileceği gibi, endoskopik olarak lakrimal kese medialinden kemik çıkarılması ve kese medialine yapılacak insizyonlarla drenajın sağlanması şeklinde de yapılabilmektedir.

Yaklaşık 13 yıl önce travma öyküsü olmadan spontan olarak başlayan epifora şikayeti nedeniyle bilateral kanülasyon uygulanan ve drenaj sağlanamaması üzerine dakriyosistorinostomi uygulanan, 28 yaşında ek özelliği olmayan hasta rinoplasti için başvurdu. Hastanın muayenesinde burun cildinin ince olduğu, dorsal hump mevcut olduğu ve sola deviasyon gösterdiği, nostril asimetrisinin olmadığı ve nazal septumunun sağa deviasyon gösterdiği, sol inferior konka'sının hipertrofik olduğu gözlemlendi. Hastanın Bilgisayarlı Tomografi incelemesinde sol lateral nasal duvarı ve medial kantal bölgeyi kısmi olarak içerecek eski operasyona bağlı kemik defektinin olduğu görüldü.

Genel anestezi ve oral entübasyon altında lokal anestetik infiltrasyonu ardından kapalı rinoplasti insizyonları ile girilerek septoplasti uygulanarak septum deviasyonu giderildi. LLC'lere sefalik trim uygulandı. Kemik hump osteotom aracılığıyla redükte edilerek, törpüldü. Kemik çatı açık hale getirildi. Hastaya, açık kemik çatı deformitesini düzeltmek amacıyla rutin olarak uygulanan lateral osteotomiler, sol lateral duvar yetersizliği göz önünde bulundurularak uygulanmadı. Yerine dorsal hump dışarıda şekillendirildi ve çatıyı kapatacak bir taban oluşturması için kırıldak greft hazırlandı. Kırıldak greft çatıyı kapatacak şekilde yerleştirilerek 4/0 PDS ile sabitlendi. Elde edilen kemik grefti bu kırıldak taban üzerinde yeni dorsumu oluşturacak ve açık çatı deformitesini giderecek şekilde adapte edilerek tespit edildi. Septokolumellar 2 adet sütür ile nasolabial açı düzeltilerek, insizyonlar kapatıldı. Burun içi splintler ve alçı uygulanması ardından operasyona son verildi.

Literatürde bir rinoplasti sonrası komplikasyon olarak bahsedilen lakrimal kanal hasarının, rinoplasti öncesinde dakriyosistorinostomi ile düzeltilme öyküsüyle başvurusu özellik arz etmektedir. Bu hasardan kaçınmak için lateral osteotomi dizaynı üzerinde durulmaktadır. Fakat vakamız

incelendiğinde kemik çatı oluşturmak için sol lateral duvar eksikliği öne çıkmaktadır. Skoog tarafından tanımlanan teknik ile kırıldak ve kemik hump redüksiyonu sonrası alınan greft şekillendirilerek tekrar yerleştirilmektedir.4 Sunulan vakada taban oluşturmak için mevcut kırıldak grefti LLC'lerin sefalik trim'inden elde edildi ve ciltten çıkarılan eksternal bir sütür ile asıldı. Üzerine hump redüksiyonu ile elde edilen kemik grefti yerleştirildi. Bu açılardan tekniğin bir modifikasyonu olarak yorumlanabilir. Estetik cerrahinin en sık işlemlerinden olan rinoplasti ile bu hasta grubuyla daha sık karşılaşma öngörülerek kemik çatı onarımında alternatif cerrahi tekniğimiz sunulmuştur.

Şekil 1



Bilgisayarlı Tomografi, 3 boyutlu rekonstruksiyonda sol lateral nasal bölgede kemik defekti görülmektedir.

P319

"Short-Pulse" Ablatif Erbiyum Yag Lazer ile Skar Tedavisi Sonuçlarımız

Gökçe Yıldırım, Osman Akdağ, Mehtap Karamese, Zekeriya Tosun

Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: İmflamatuvar akne vulgaris yaraları ve kazalardan sonra kalan izler hastalar için fiziksel ve psikolojik açıdan son derece rahatsız edicidir. Fraksiyonel lazer cihazlarıyla tedavi yaygınlaşmakta olsa da etkinlik açısından hayal kırıklığı yaratabilmektedir. Çalışmamızdaki amaç, ablatif moddaki erbium yag lazerin akne ve trafik kazalarına bağlı skarlardaki etkinliğini paylaşmaktır.

Gereç-Yöntem: 17-59 yaş arası 148 hasta çalışmaya dahil edildi. "Short pulse" ablatif modda Er Yag Lazer kullanıldı. Hastaların Fitzpatrick deri tipleri 2-4 idi. İşlemden önce ve 6 hafta sonra alınan fotoğraflar klinik ilerleme ve yan etki açısından 2 ayrı plastik cerrah tarafından 5 nokta değerlendirme ölçeği ile derecelendirildi.

Bulgular: Hiperpigmentasyon, hipopigmentasyon gözlenmedi. Yaraların tamamı 5-9 günde iyileşti. Değerlendirmelere göre %80 hastada iyi veya mükemmel sonuç saptandı.

Sonuç: "Short pulse" ablatif modda Er Yag Lazer, skarlar için oldukça etkili bir tedavi modalitesidir.

P320

Atipik Panniküloz Olgusu

Fatih Kılıç¹, Sercan Yücel²

¹Niğde Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, Niğde

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş: Obezite birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sağlığı tehdit eden bir problem haline gelmiştir. Özellikle beraberinde getirdiği hastalıklarla beraber bir sendrom haline gelmektedir. Panniküloz abdominal elefantiasiz olarak da bilinen abdominal obezitenin son dönem komplikasyonudur (1). Bu hastalık abdominal bölgede fazla miktarda deri ve deri altı doku artışı ile karakterizedir. Bu kitle bazen ayakta dururken zemine ulaşacak kadar büyük boyutlara ulaşabilir. Bu çalışmada karın, mons ve uyluk bölgelerinde büyük çaplı pannikülozu olan bir hasta sunulmuştur.

Olgu sunumu: Kliniğimize 38 yaşında bayan hasta karın bölgesindeki ve uyluklarındaki doku sarkıklığı şikayeti ile başvurdu. Vücut kitle indeksi 35 olan hastanın hikayesinde bu doku sarkıklıklarının yaklaşık 8 yıldır var olduğu giderek arttığı, yürümesini engellediği, sırt ve bel ağrısı yaptığı, hijyen problemlerine yol açtığı ve cinsel hayatını zora soktuğu öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde 5 yıldır tip-2 diyabet hastası olduğu ve bunun için insülin kullandığı, bunun dışında da herhangi bir kronik hastalığının olmadığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde karın bölgesinde 2 kat oluşturacak şekilde doku sarkıklığı olduğu, mons pubisin de sarkarak genitelyayı tamamen örttüğü, uyluk bölgelerindeki pannikülozun da mediale doğru uzayarak uyluk ve mons arasına girdiği görüldü.

Cerrahi teknik: Hastanın pre-operatif fotoğrafları çekilerek ve operasyon onamı alınarak çizimler yapıldı. Operasyon genel anestezi altında gerçekleştirildi. Hastaya ilk olarak uyluk bölgelerindeki pannikülozun eksizyonu planlanarak yürümesinin kolaylaştırılması sağlandı. Bu operasyondan 4 ay sonra ise abdominal bölgedeki pannikülozun eksizyonu ve mons redüksiyonu yapıldı (Resim). Abdominoplasti sırasında rektus diastazi da onarıldı, ayrıca daha fazla doku çıkarmak ve lateral sarkıklığı toplamak amacı ile Fleur de lis tekniğine uygun eksizyon yapıldı. Mons redüksiyonunda ise inguinal bölgeye yakın tam kat üçgen doku eksizyonları yapılarak skar inguinal skara saklandı. Ayrıca mons flebi defatting yapılarak inceltildi ve fazla deri kısmıyla beraber yumuşak dokusu da eksize edilerek çıkarıldı. Toplamda 8200 gram fazla doku eksize edilerek çıkarıldı. Her iki operasyonda da DVT profilaksisi yapılmış olup pre-operatif olarak hastaya 1 gr 3.kuşak sefalosporin grubu antibiyotik uygulanmıştır.

Tartışma: Karın bölgesindeki aşırı doku artışı kişinin öncelikle sosyal daha sonra da özel hayatını etkileyerek toplumdan soyutlanmasına sebep olmaktadır. Ayrıca hijyen problemlerine sebep olması, tuvalet ihtiyacını zora sokması, pişiklere ve kronik ağrılara sebep olması kişiyi psikososyal olarak etkilemekte ve durum yapılan çalışmalarla da gösterilmektedir (2). Üstelik durum kronikleştikçe intertrigo, selülit ve deri ülserlerine yol açmaktadır (3). Ancak pannikülektomi sonrası da bir çok komplikasyon oluşabilmektedir. Seroma, hematoma oluşumu, yara enfeksiyonu, doku nekrozu ve ölüm gibi komplikasyonlar yapılan çalışmalarda gösterilmiş ve komplikasyon oranının

%15 ile %80 arasında olduğu belirtilmiştir (4,5). Bizim olgumuzda ise her ne kadar atipik bir vaka olsa da 1 aylık takip süresi içinde herhangi bir seroma/hematoma oluşumu, yara yeri enfeksiyonu, nekrozu veya doku kaybı gözlenmemiştir. Operasyonun farklı 2 zamana ayrılarak yapılmış olmasının bu riskleri azalttığını düşünmekteyiz. Sonuçta operasyon süresi uzun olan ve geniş bir cerrahi alanı bulunan bir olgudur. Literatürde olduğu gibi bizim olgumuzda da hasta memnuniyeti mükemmele yakın idi (4). Sonuç olarak hastanın sosyal hayatını önemli derecede etkileyen bu gibi durumlarda cerrah ve hasta beraber karar almalı ve bu vakada olduğu gibi yaygın pannikülozu olan hastaların operasyonu farklı zamanlara bölünerek hem operasyon riski ve komplikasyon riski azaltılmakta hem de cerrah için yorucu olmamaktadır.

Referanslar:

- 1- Friedrich JB, Petrov RV, Askay SA, et al. Resection of panniculus morbidus: a salvage procedure with a steep learning curve. Plast Reconstr Surg 2007;121:108-14.
- 2- Acarturk TO, Wachtman G, Heil B, et al. Panniculectomy as an adjuvant to bariatric surgery. Ann Plast Surg 2004;53:360-6.
- 3- Pestana IA, Campbell D, Fearmonti RM, et al. "Supersize" panniculectomy: indications, technique, and results. [Epub ahead of print]. Ann Plast Surg; 2013.
- 4- Semer NB, Ho WC, Mills S, et al. Abdominal lipectomy: a prospective outcomes study. Perm J 2008;12:23-7.
- 5- Neaman KC, Hansen JE. Analysis of complications from abdominoplasty. Ann Plast Surg 2007;58:292-8.

Resim



Karın, mons ve uylukta büyük çaplı pannikülozu bulunan hastanın pre-op ve post-op görüntüsü

P321

Rinoplastiden Sonraki Deviasyon Parmakların "Pinch Kuvveti" İle İlişkili Mi?

Gökçe Yıldırım, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun

Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Çoğu cerrah rinoplastiden sonra burnu şekillendirmek ve ödemi azaltmak için masaj önerir. Ne var ki masaj üzerinde bir görüş birliği yoktur. Masajın ödemi düşürdüğü bilinmekte, fakat kemik ve kartilaj üzerindeki etkisi tartışmalıdır. Masaj ile ameliyat sonrası tedaviyi hastanın kendisinin de yönlendirebilmesi sağlanır ve bu da hastayı pozitif yönde etkiler. Fakat kontrolsüz veya dengesiz masaj istenmeyen sonuçlara sebep olabilir. Farklı parmakların farklı basınçları burnun deviasyonuna neden olabilir. Bu çalışmada parmak kuvvetlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

38. Ulusal Kurultayı

Gereç-Yöntem: Dorsal nazal splinti çıkarıldıktan 1 hafta sonra deviasyon saptanan 8 hasta çalışmaya dahil edildi. Dominant ellerinin 1. Ve 2. Parmaklarının basınçları yüklemeli çekme basma test cihazında ölçüldü.

Bulgular: Ortalama 2. Parmak kuvveti 2,10 Newton idi. Ortalama 1. Parmak kuvveti 6,92 Newton idi. 1. Ve 2. Parmak kuvvetleri anlamlı farklılık gösteriyordu.(p<0.05)

Sonuç: Eğer burna farklı taraflardan farklı kuvvetler uygulanırsa 1. Parmak baskın gelecek ve burun dominant tarafın aksi yönüne deviye olacaktır. Bu sonuçlardan yola çıkarak hastanın erken dönemde dengeli bir masaj yapması sağlanmalıdır. Masaj dengeli yapılmaz ise ödem asimetrik azalacak ve geçici bir süreliğine de olsa hasta memnuniyeti düşük bir dönem olacaktır. Bu nedenler hastalara masaj öğretirken her iki ellerinin 1 ve 2. parmakları ile masaj yapmalarını, 1. Parmak ve 2. Parmağı dengeli kullanmaları üzerinde durulmasını öneriyoruz.

P322

Rinoplasti Sonrası Baskılı Pansumana Bağlı Burun Ucunda Oluşan İskeminin Uzun Dönem Takibi

Tugba Gün Koplay, Osman Akdağ,
Mehtap Karamese, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Rinoplasti her aşamasında titizlik ve dikkatle çalışılması gereken plastik cerrahinin en özellikli ameliyatlardan biridir. Bu çalışmada, dış merkezde opere edilen baskılı pansuman sonrası meydana gelen burun ucu bölgesinde nekroz meydana gelen hastanın uzun dönem takibini paylaşmayı planladık.

Materyal Metod: 39 yaşında bayan hastaya dış merkezde daha önce geçirilmiş travma sonrası meydana gelen septal deviasyon sebebiyle dış merkezde rinoplasti yapılmış. Postoperatif 6. ayda özellikle burun alt 1/3 ünde olan estetik memnuniyetsizlik ve nefes almada zorluk şikayetleri ile başka bir hastaneye başvurmuş. İlk revizyon operasyonunda hastaya septorinoplasti yapılmış ve valv yetmezliği için spreader greft yerleştirilmiş. İlk revizyondan 9 ay sonra kulaktan alınan yağ grefti ve tip bölgesinden lokal flepler ile kolumella rekonstrüksiyonu yapılmış. İlk ameliyatından 2 yıl sonra, hasta kliniğimize burun ucunda düzensizlik, skar ve doku yetersizliği ile başvurdu. Kulak heliksinden kaldırılan kompozit greft kolumella orta kısmına yerleştirildi ve yeterli komellar uzunluk sağlanmış oldu. Sonrasında kalan skar ve burun ucunda halen devam eden doku yetersizliği için iki seans yağ grefti, son yağ greftinin yaşayabilirliğinin artırılması için aynı seansta trombositten zengin plazma (PRP) ve dolgu için bir seans PRP jel enjekte edildi..

Bulgular: Yapılan pek çok uygulama sonrasında neredeyse normale yakın tip projeksiyonu sağlandı. Hastanın skar için tedavisi kliniğimizde ER-YAG lazer ile devam etmektedir.

Sonuç: Bazen küçük bir hata küçük bir defekti düzeltmek yıllar alır. Rinoplasti gibi ameliyatlarda tüm fazlarında dikkatli davranılmalı ve titizlikle çalışılmalıdır. Nazal tip rekonstrüksiyonu için kullanılan alın flebi gibi konvansiyonel yöntemlere göre yağ grefti ve PRP enjeksiyonu gibi minimal invaziv yöntemlerle daha az donör alan morbiditesi, daha kısa operasyon

süresi, daha az skar, daha doğal ve şaşırtıcı sonuçlar ameliyathane şartları dahi gerekmeden alınabilmektedir. Bu hastada olduğu gibi uzun dönem pek çok deformitede küçük dokunuşlar, minimal invaziv yöntemler ile tahmin edilenden daha başarılı sonuçlar elde edilebilmektedir.

P323

Labioplasti Olgu Serisi Sunumu

Fatih Kılıç¹, Ahmet Aydın²

¹Niğde Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, Niğde

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi ABD, Kayseri

Giriş: Hipertrofik labia minus, başta kötü bir estetik görüntüye sahip olmakla beraber cinsel hayatta zorluğa, hijyen problemlerine ve dar giysiler giymekte ağırlara sebep olarak sosyal problemlere yol açmaktadır (1). Özellikle kadınların bu bölgeye farkındalıklarının gelişmesi ile operasyon için başvuran hasta sayısı artmaya başlamıştır. Bu çalışmamızda labia minus redüksiyonu ve labia majusa yağ grefti ile augmentasyon yapılan hastalar sunulmuştur.

Materyal-Metod: Kliniğimizde Şubat 2016 ile Haziran 2016 tarihleri arasında labia minus hipertrofisi ile başvuran 5 hasta opere edildi. Hastaların yaş ortalaması 31,2 (22-38) idi. Tüm hastaların lokal muayenesinde minus hipertrofisinin bilateral olduğu görüldü. Hastaların bu şikayetlerinin özellikle ergenlik döneminden sonra belirlenmeye başladığı, bir kısmında tekrarlayan dermatitlerle beraber daha hızlı ilerlediği öğrenildi. Hastaların ikisi evli üçü ise bekar olup öz geçmişlerinde herhangi bir kronik hastalıkları bulunmamaktaydı. Başvurma şikayetleri arasında en sık sebep kötü estetik görünüş olmakla beraber diğer sebepler arasında dar giysi giyme sırasında ve ilişki sırasında ağrı ile hijyen problemleri sıralanmaktaydı.

Cerrahi Teknik: Tüm hastaların fotoğrafları çekilip cerrahi onamları alındıktan sonra sedo-aneljezi altında, litotomi pozisyonunda operasyona başlandı. Labium minuslara traksiyon uygulayarak kama eksizyon yapacak şekilde çizimler yapıldı ve askıya alındı. Daha sonra 1/10000'lik adrenalini lidokain infüzyonu takiben eksizyon yapıldı. Eksizyonun labia minus epitelinin vajinal mukaza ile birleştiği noktayı geçmemesine dikkat edildi ve ayrıca labia majuslarda da yüksek kalmayacak şekilde eksizyon miktarı belirlendi. Kanama kontrolü takiben öncelikle iç tabaka sonrasında ise dış tabaka 5/0 poliglaktin ile sütüre edildi. Daha sonra ise abdominal bölgeden alınan yağ grefti ile labium majuslar augmente edildi (Resim). Post-operatif hastalar 6 saat takip edildikten sonra aynı gün taburcu edildi, 1 hafta oral antibiyoterapi ve antibiyotikli pomad ile pansuman önerildi. Dar iç çamaşırından ve post-operatif 3. haftaya cinsel ilişkiden kaçınma önerildi. Post-operatif 1.hafta, 2.hafta, 1.ay ve 3.ay kontrollere çağrıldı.

Bulgular: Tüm hastalara kama rezeksiyon yapıldı, her hastaya ortalama 40 (30-50) cc yağ grefti verildi. Ortalama takip süresi 2,6 (1-4) ay idi. Operasyon sonunda hastaların tamamında labia minuslarının labia majus ile tamamen örtüldüğü görüldü. Hastaların idrar yapmalarının düzgün olduğu ve ilişki sırasında herhangi bir ağrı şikayetlerinin olmadığı öğrenildi. Hiçbir hastada hematoma, yara yeri enfeksiyonu, yara ayrışması ve asimetri gibi komplikasyonlar görülmedi. Tüm hastalar geçirdiği operasyondan memnun idi. Takip edilen süre içerisinde labium majusun bir miktar hacim kaybettiği ancak operasyon öncesi durumuna göre daha hacimli olduğu görüldü ve fotoğraflandı.

Tartışma: Günümüzde estetik kavramının önem arz ettiği konulardan birisi de genital estetik olmuştur. Çünkü önceden normal olarak görülen patolojik yapıların estetik operasyonlar ile daha iyi hale getiriliyor olması bu konudaki tekniklerin gelişmesine ve hasta başvurusunun artmasına sebep olmuştur. Öyle ki kadın dış genital organlarına yönelik en sık yapılan operasyon labium minus redüksiyonu-labioplasti olmuştur (2). Labia minus hipertrofisi hem psikolojik olarak hem de fonksiyonel olarak kadınları rahatsız eden bir patolojidir (3). Labium minus hipertrofisinin nedenlerine bakıldığında sıklıkla konjenital olduğu, kazanılmış hipertrofinin nedenleri arasında ise mekanik irritasyon, tekrarlayan enfeksiyon ve dermatitlere bağlı kronik irritasyon, ekzojen androjenlere maruziyet, lenfödem ve miyelodisplastik sendrom olduğu görülmektedir (4,5). Tedavi olarak geçmişte hipertrofiye olan labium kısımlarının amputasyonu yapılmaktaydı (6). Fakat bu yöntem özellikle kötü bir estetik görünüme sebep olmakla beraber skar kontraksiyonuna, his kaybına ve pigmentasyon kaybına sebep olmaktadır. Biz bu çalışmamızda Munhoz'un tariflediği inferior kama rezeksiyon ve süperior pediküllü flep ile rekonstrüksiyon tekniğini kullandık (7). Bu tekniğin dezavantajı vajinal darlık olarak belirlense de opere ettiğimiz hastalarda takip ettiğimiz süre içerisinde herhangi bir vajinal darlık görülmemiştir. Ayrıca bu çalışmada yağ grefti ile labia majus augmentasyonunun yapılması başta labia redüksiyonunu daha iyi göstermekle beraber geçen süre içerisinde daha koyu pigmentasyonu olan labium bölgesinin bir miktar pigmentasyonunun açıldığı gözlemlenmiştir. Bu durumun yağ dokusu kökenli kök hücrelerden kaynaklandığını düşünmekteyiz ve tekniğin bir avantajı olarak görmekteyiz.

Referanslar:

- 1-Gowen RM, Martin VL. Labia minora reduction in an iron-lung disabled woman. *Obstet Gynecol.* 1988;71(3 Pt 2):488-9.
- 2- Alter GJ. Aesthetic labia minora and clitoral hood reduction using extended central wedge resection. *Plast Reconstr Surg.* 2008;122(6):1780-9.
- 3- Maas SM, Hage JJ. Functional and aesthetic labia minora reduction. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105(4):1453-6.
- 4- Radman HM. Hypertrophy of the labia minora. *Obstet Gynecol.* 1976;48(1 Suppl):78S-79S.
- 5- Kato K, Kondo A, Gotoh M, Tanaka J, Saitoh M, Namiki Y. Hypertrophy of labia minora in myelodysplastic women: Labioplasty to ease clean intermittent catheterization. *Urology.* 1988;31(4):294-9.
- 6- Chavis WM, LaFerla JJ, Niccolini R. Plastic repair of elongated, hypertrophic labia minora: A case report. *J Reprod Med.* 1989;34(5):373-5.
- 7- Munhoz AM, Filassi JR, Ricci MD, Aldrighi C, Correia LD, Aldrighi JM, et al. Aesthetic labia minora reduction with inferior wedge resection and superior pedicle flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2006;118(5):1237-47.

Resim



labium minus redüksiyonu ve yağ grefti ile augmenatasyon yapılan hastaya ait pre-operatif ve post-operatif görüntüler

P324

Tek Taraflı Jinekomasti Olgusunda 75 gr Ağırlığında Fibröz Doku Eksizyonu

Muzaffer Kurt, Yunus Doğan, Aslı Datlı,

Salih Onur Basat

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Histopatolojik olarak fibröz tip jinekomasti yoğun olarak fibröz doku ve az sayıda duktus içermektedir. Şikayetlerin başlangıcı genelde 1 seneyi geçmektedir. Klinik olarak glanduler, yağlı ya da miks tip lezyonlara sahip Simon evre 1 ya da 2a olgularda liposuction yöntemi tedavi seçeneği olabilmektedir. Ancak iyi bir sonuç almak için çıkarılması gereken dokunun tamamının eksizyonunda liposuction yeterli olmadığına, pull-through tekniği eklenebilir. Bu yöntemle genellikle glanduler tip lezyonlarda ihtiyaç duyulur. Biz glanduler tip Simon evre 2a olguda pull-through yöntemi ile eksize edilen masif bir lezyonu (75 gr) sunmayı amaçladık.

Olgu: 18 yaşında erkek hasta 3 senedir devam eden sol unilateral memede büyüklük şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede evre 2a jinekomasti ön tanısı koyuldu. Hastadan alınan ilaç kullanımı, sistemik hastalık öyküsü negatif olup, normal fizik muayene bulgularına sahipti. Yapılan meme USG' de glanduler tip jinekomasti ile uyumlu bulgular saptandı. Planlanan cerrahi girişime liposuction ile başlanıp, meme dokusundaki hiçbir kadrandan aspirasyon materyali elde edilemedi. Bunun üzerine periaerolar insizyonla pull-through yöntemi ile doku eksize edildi. Eksizyon materyali 15x8 cm boyutunda ve 75 gr ağırlığındaydı. Patoloji incelemesi sonrasında kitle fibröz karakterde jinekomasti materyali olarak değerlendirildi.

Tartışma: Evre 1 ve 2a olgularda hem yağlı hem glanduler kitlelerde, ilk seçenek liposuction yöntemi olsa da, yeterli aspirasyonun yapılamaması sonucu açık cerrahiye geçilebildiği bilinen bir gerçektir. Ancak uzun süre beklemiş glanduler lezyonlarda fibröz dokunun ciddi şekilde artmasıyla liposuction etkisiz kalabilmektedir. Bu tür vakalarda cerrahi eksizyon ilk seçenek olarak düşünülebilir

Eksizyon Materyali



P325

Tek Taraflı Frontal Sinüs Hipoplazisine Bağlı Asimetrisinin Yağ Grefti ile Düzeltilmesi

Çağla Çiçek¹, Dürdane Keskin¹, Mehmet Sönmez¹, Candemir Ceran¹, Mustafa Erol Demirseren²

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,

Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Cilt yaşlanması gibi cilt ve yumuşak doku atrofisi ile giden durumlar kadar konjenital sebeplere bağlı yumuşak dokuda hacim azlığının doldurulması da estetik açıdan önemlidir. Bu olgu sunumunda konjenital tek taraflı frontal sinüs hipoplazisine bağlı sağ frontal bölge depresyonunun giderilmesi için kullanılan yağ greftinin klinik kullanımının sunumu amaçlanmıştır.

Olgu sunumu: 21 yaşında kadın hasta yaklaşık 5 yıldır sağ alın bölgesinin sola kıyasla çökük olduğunu beyan ederek polikliniğimize başvurdu. Muayenesinde sağ frontal bölgenin deprese olduğu tespit edildi. Geçirilmiş travma öyküsü olmayan hastanın çekilen BT’nde sol frontal sünüsün sola oranla daha az geliştiği ve havalanmasının azaldığı tespit edildi. Mevcut bulguları ile değerlendirilen hastaya otolog olarak abdominal bölgeden yağ grefti alınması planlandı. Genel anestezi altında hastanın sağ frontal bölgesine “over correction” yapacak şekilde yaklaşık 20 cc yağ grefti enjekte edildi. Erken ya da geç dönemde komplikasyon görülmedi.

Sonuç: Frontal bölge hacminin tekrar sağlanması yüz asimetrisinin giderilmesinde en önemli basamağı oluşturur. Bugüne kadar bu bölgenin augmentasyonu için implant kullanımı, dermal greftler ve yağ enjeksiyonu gibi bir çok teknik tanımlanmıştır. Olgumuzun genç ve kadın olması nedeniyle öncelikle kontur düzensizliğine yönelik yağ grefti uygulanması planlandı. Uygulanan yağ greftinin absorbe olacağı ön görülerek, ihtiyacından fazla yağ grefti uygulanmasına rağmen postoperatif dönemde migrasyon ya da enfeksiyon görülmedi. İster kazanılmış ister konjenital sebeplere bağlı baş boyun bölgesinde oluşan volüm asimetrisinin giderilmesinde yağ enjeksiyonu diğer cerrahi tekniklere oranla düşük morbiditeli ve güvenilir bir seçenek olması nedeniyle kullanılabilirliği her geçen gün artmaktadır.

P326

Rinoplasti operasyonundan 10 yıl sonra Sütür Materyaline Bağlı Reaksiyon

Alper Aksoy¹, Emin Sır²

¹Acıbadem Konur Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü Bursa

²Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü İzmir

Giriş: Rinoplasti ameliyatı sırasında kullanılan kartilaj greftlerinin tespitinde ve burun ucunu şekillendirmede sütür materyalleri sıklıkla kullanılmaktadır. Genellikle emilebilen ve monofilaman sütürler kullanılırken bazı durumlarda emilemeyen sütürler kullanılmakta ve bu sütürlerin cilde teması ile reaksiyonlar izlenebilmektedir. Propilen

sütürlerin burun ucunu şekillendirmede kullanılmasında düğümün mukoza tarafında kalacak şekilde bırakılmasıyla bu komplikasyonların önüne geçmek amaçlanabilir. Bazı durumlarda sütür cildi delerek dışarı çıkabilir.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta burun ucunda kızarıklık, şişlik ve ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. 10 yıl önce rinoplasti ameliyatı olan ve yaklaşık 3 ay önce burun ucunda ortaya çıkan şikayetleri nedeniyle çok sayıda drenaj ve ardından antibiyotik kullanım öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede nazal tipte palpasyonla ağrı, basmakla püy drenajı gözlenen fistül ağzı ve kızarıklık izlendi. Hasta lokal anestezi altında ameliyata alındı ve nekrotik dokular uzaklaştırıldı. Zeminde düğümü dışarı dönük iki adet propilen sütür izlendi. Sütürler alındı ve yara yeri sekonder iyileşmeye bırakıldı. 6 aylık takip sonucunda yara yerinde tam iyileşme ve komplikasyon izlenmedi.

Tartışma: Rinoplastide kıkırdakların yeniden şekillendirilmesinde, kıkırdak greftlerinin tespitinde kullanılan sütürler genellikle hekimin klinik deneyimi ve tercihi ile değişmektedir. Polidiaksonon sütürler sıklıkla kullanılmakta ve problem izlenmemektedir. Propilen veya nylon benzeri emilemeyen sütürlerin kullanımı sonrasında geç dönemde sütüre karşı reaksiyon, ciltte ödem ve bazen fistül gelişimi izlenebilir. Erken veya geç dönemde hastada ortaya çıkacak cilt lezyonlarının sütüre bağlı olabileceği akılda tutulmalı ve propilen sütürlere karşı gecikmiş sensitivite oluşabileceği göz önünde tutulmalıdır. Bu nedenle geç dönem komplikasyonlardan kaçınmak için geç emilen sütürlerin kullanımı daha uygun bir seçenektir.

P327

Santral Pediküllü Redüksiyon Mamoplasti

Kamuran Zeynep Sevim Aytuğ, Erkan Yüce,

Hikmet İhsan Eren, Selami Serhat Şirvan,

Çağatay Öner, Aysin Karasoy Yeşilada

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Meme küçültme ameliyatları dünyada en fazla uygulanan plastik cerrahi girişimleri arasında yer almaktadır. Günümüze kadar meme küçültme için pek çok cerrahi yöntem tarif edilmiş. Ancak meme küçültme ameliyatlarının sorunları hala tam olarak çözülememiştir. Bu yazıda meme küçültme ameliyatlarının genel özellikleri özetlenmiş, hem dünyada yaygın olarak uygulanan teknikler hem de bizim uyguladığımız modifiye santral pediküllü redüksiyon mamoplasti tekniği ve kendi sonuçlarımızı incelenmiştir. Bizim çalışmamızda amaç, modifiye santral pediküllü redüksiyon mamoplastisinde meme başı kompleksini taşıyan pedikülün güvenilirliğini artırmak, meme başının dokusu, estetik görünüm ve uzun vadede meme formunun korunabilmesidir.

Gereç ve Yöntemler: Bu teknik yazar tarafından 2 seneden beri küçük modifikasyonlarla tüm meme redüksiyon plastisi ve mastopeksi ameliyatlarında kullanılmaktadır. O zamandan bugüne kadar 2000’ in üzerinde hasta ameliyat edilmiştir. Bunlardan 10 olgu 2014-2016 yılları arasında prospektif kontrol edilerek araştırılmıştır. Hastaların ortalama yaşı 38 (en genci 24 yaşında, en yaşlısı 53 yaşında). Ortalama takip 2 yıl 1 aydır (minimum 4 ay, maksimum 2 yıl).

Bulgular: Bu teknikte, derinin oluşturduğu kılıf memenin şeklini belirlemez. Memenin şekli periferik rezeksiyon sonrası santral glandın şekillendirilmesi ve deepitelize edilmiş dermis flebinin sutyen şeklinde santral glandı sarması ile oluşur.

Sonuç: Sonuç olarak modifiye santral pediküllü redüksiyon mammoplasti tekniği günümüzde popüler diğer yöntemlere kıyasla daha çok deneyim gerektiren fakat avantaj olarak daha iyi projeksiyon, üst polde dolgunluk ve uzun vadede memenin az sarkması sonuçları ile yüz güldüren bir yöntemdir.

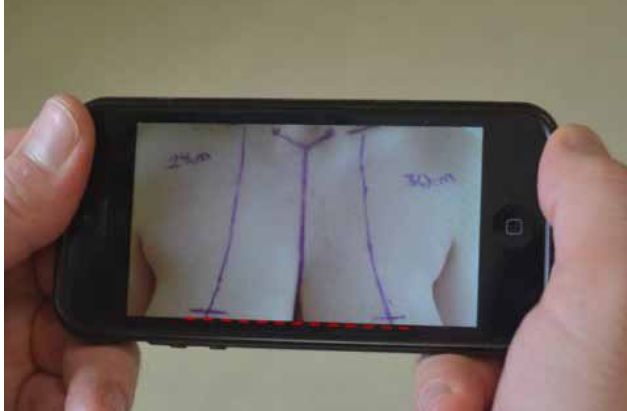
P328

Meme Başı Simetrisinin Değerlendirilmesinde Basit Bir Yöntem: Akıllı Telefon Ekranı

Fatih Tekin, Hakan Bulam, Çağatay Falcıoğlu, Soner Tezcan, Ömer Faruk Taner
Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Meme başı asimetrisinin sağlanması meme ameliyatlarında önemli noktalardan biridir. Burada akıllı telefon ekranı kullanılarak meme başı asimetrisinin ameliyat öncesi tespitinde ve ameliyat planı çizimlerinde öngörülmüş meme başı noktala kontrolünde kullanılabilecek basit bir yöntem sunulmuştur. Meme ameliyatı öncesinde akıllı telefon ile standart ön-arka fotoğraf çekimi yapıldı. Akıllı telefon ekranında fotoğraf kaydırılarak önce omuzların simetrik yüksekliği kontrol edildi. Ardından telefonun alt kenarı bir seviye çizgisi olarak kullanılmak üzere fotoğraf yukarı kaydırıldı. Fotoğrafta her iki meme başının yükseklikleri ve çizimlerde ameliyat sonrası öngörülen meme başı yüksekliği noktalarının simetrisi kontrol edildi. Ameliyat öncesi planda meme başı noktalarının yükseklik farkları tespit edildiğinde çizim düzeltildi. Aynı zamanda gerektiğinde hastaya meme başında yükseklik farkı olduğu basitçe gösterildi ve vücut farkındalığı artırıldı. Meme ameliyatlarında meme başı simetrisinin değerlendirmesinde kullandığımız bu basit ve etkin yardımcı yöntemi tüm meslektaşlarımıza öneriyoruz.

Şekil 1



Akıllı telefon ekranı kullanılarak meme başı asimetrisinin tespiti ve operatif planının simetrisinin teyit edilmesi

P329

Deprese Skarlarda Skar Revizyon İhtiyacını Azaltmak İçin Botulismus Toxin A Nın Kullanımı

Şeyda Güray Evin, Osman Akdağ, Mehtap Karemeşe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

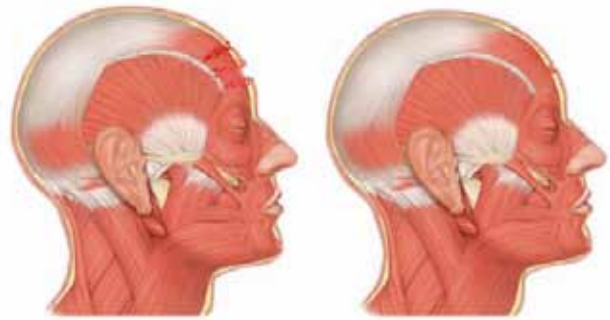
Giriş: Birçok çalışma, skar revizyonundan önce skar altına Botulismus Toxin A enjeksiyonunun skar revizyonu sonrası daha iyi bir skar görünümüne yol açtığını göstermiştir. Benzer şekilde, ince çizgi şeklinde fakat deprese bir skarın altına Botulismus Toxin A enjeksiyonu depresyonu ortadan kaldırarak skar revizyonu ihtiyacını azaltmaktadır. Bu bildiride deprese frontal skarı bulunan bir hastada Botox'un bu etkisini göstermeyi amaçladık.

Method: 47y erkek hasta travma sonucu frontal bölgede oluşan skar ile ilgili estetik kaygılar ile başvurdu. Yapılan muayenede hastanın Fitzpatrick Tip IIII cilt skalasında olduğu ve frontal bölgede 7 cm deprese fakat ince çizgi şeklinde skarının olduğu görüldü. Travma sonucu frontal kasın aktivitesinde etkilenme yoktu. Frontal kas aktivitesi hiperkinetik mimiklere neden oluyordu. Travma ile hastanın başvurusu arasında 15 yıl vardı. 100 U botox skar altındaki kasa ve normal frontal kasa uygulandı hasta 2 ay takip edildi.

Sonuç: Takip sonunda skar revizyonu yapılmadan, nondeprese çizgi şeklinde bir skar elde edildi. Hasta bu depresyonun giderilmesinin ardından skar revizyonu talebinden vazgeçti.

Tartışma: Yara iyileşme fazında fasial kaslar skarın dermis tabakasına yapışarak depresyona neden olur. Hiperkinetik kasların altına botox enjeksiyonu bu kasların aktivasyonunu azaltarak daha iyi bir skar görünümüne neden olur. Bu teknik ile depresyon, matur skara yeni bir cerrahi işlem yapmaya ihtiyaç duymadan giderilmiş olur.

Kas kasılmasının skar depresyonuna etkisi



P330

İktiyozisli Hastada Gelişen Ektropion'un Cerrahi Tedavisi

Özay Özkaya Mutlu, Selman Taşkın, Özlem Çolak,
Mert Canlı

*Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul*

Giriş: İKTİYOZİS (ikththus: Grekçe'de balık) cilde balık derisi gibi pullu görünüm veren, kuru, sert ve kabuklaşma şeklinde bir cilt hastalığıdır. Anormal epidermal diferansiyasyon veya metabolizma nedenli keratinizasyon ve kornifikasyon bozukluğundan kaynaklanır. İktiyozis'in hereditör ve akkiz formları tanımlanmıştır. Hereditör formlardan İktiyozis Vulgaris en sık görülen tipi olmak üzere 5 ayrı tip tanımlanmıştır. Akkiz nedenler ise; başta Hodgkin Lenfoma olmak üzere pek çok hastalığa sekonder olarak geliştiği bildirilmiştir. İktiyozisli hastalarda; özellikle Lamellar İktiyozis ve Konjenital İktiyoziform Eritroderma tiplerinde göz bulguları sık görülür. Konjunktivada keratinizasyon ve kalınlaşma, keratit, rekürren korneal erozyon, band keratopati, ektropion, blefarit, trikiyazis en sık görülen bulgulardandır. Plastik Cerrahi açısından İktiyozisli hastalarda ortaya çıkan ektropion'un cerrahi tedavisi, hasta takibi önem taşır. Bu çalışmada nadir görülen İktiyozis Vulgaris tanılı hastada ortaya çıkan ektropion'un cerrahi tedavisinin ve erken dönem sonuçlarının sunulması amaçlandı.

Olgu: Doğuştan mevcut İktiyozisi olan, 29 yaşında kadın hasta; her iki gözde yanma, sulanma, göz kapaklarında açık kalma şikayetleri ile başvurdu.

Hastanın fizik muayenesinde: kırmızı-eritemli cilt üzerinde, vücutta yaygın balık derisi şeklinde pullanma, deride yaygın lineer çizgilenmeler, bilateral epifora ve ektropion, bilateral kaş ve kirpiklerde seyrelme, gözlerin kapanmasında kısıtlılık, her iki alt göz kapağı konjunktivasi hiperemik ve dışarıya doğru evertede izlendi. Ektropion'u olan hastaya tedavi olarak cerrahi yaklaşım planlandı.

Cerrahi tedavi olarak: subsilier insizyonla girilerek sikatrizan dokular serbestlendi, insizyon alanındaki defekte preaurikuler FTSG adapte edildi ve lateral kantopektisi uygulandı, tie over pansuman yapıldı. Ameliyattan sonra 3.günde askı sütürleri alındı ve 5. günde tie over pansuman açıldı. Postop takiplerde sorun yaşanmadı. Kontrolde çağrılan hasta postop 10.gün, 1. ay ve geç postop 5.ay görüldü: hastanın göz kapanmasında belirgin düzelme görüldü ve sulanma, yanma gibi şikayetlerinde azalma izlendi.

Sonuç: İktiyozisli hastada gelişen ektropion'un etyolojisinde, göz kapağı anterior lamelladaki deri eksikliği yatmaktadır. Dolayısıyla bu hastaların tedavisinde anterior lamellaya yönelik tam katlı deri grefti uygulaması yapılmaktadır. Beraberinde lateral kantopektisi, medial ve/veya lateral tarsorafi önerilen seçeneklerdendir. İktiyozisli hastalarda sık görülen bulgulardan olan ektropion nedeniyle korneal yıkım ve perforasyon riski de vardır. Bu nedenle suni gözyaşı kullanımı, göz merhemi gibi konservatif yöntemler önemli olmakla beraber ektropion geliştiğinde cerrahi yaklaşım da ivedilikle göz önünde bulundurulmalıdır.

Preoperatif Lagoftalmus Görünümü



P331

Ateşli Silah Yaralanmalarında VAC Terapisi İle Küçük Yabancı Cisimlerin Uzaklaştırılması

Alper Cemal Kemaloğlu, Mehmet Severcan,
Hakan Özocak

*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi A.B.D, Kayseri*

VAC'lar kullanıma girdiği 1990'lı yıllardan itibaren uzun süre iyileşmeyen, çevre dokuları ödemli, granülasyon dokusu oluşumu yetersiz, enfekte olan ve altına yatan ek problemleri olan yaralarda topikal negatif basınç (TNP) uygulaması ile yapılan yara bakımının; yara boyutunu küçülttüğü, granülasyon dokusu oluşumunu artırdığı, bakteri yükünü azalttığı, ödemi azaltıp lokal perfüzyonu artırdığı, yaranın cerrahi olarak kapatılmasını kolaylaştırdığı ve iyileşme süresini kısalttığı anlaşılmış ve ardından son 20 yılda cerrahi öncesi tedavide önemli bir yere sahip olmuştur. Yakın mesafeden tüfek ile ateş edilmesi sonucu sol cruris orta 1/3 antero-medial bölümünden saçma ile yaralanan ve ek hastalığı olmayan 23 yaşındaki erkek hasta tarafımızca debridman operasyonuna alınmış, nekrotik dokular debride edilmiş gözle görülebilen yabancı cisimler uzaklaştırılmıştır. Post op harap olmuş kaslar, cilt altı doku ve korteksi destrükte olmuş kemiğinde açıkta olduğu 12cm x 7,5cm ölçülerinde cilt defekti alanına aralıklı çalışma prensibi ve 125mmHG negatif basınca ayarlı her biri 3'er gün olmak üzere toplamda 3 seans VAC uygulaması yapılmıştır. 3 seans ve 9 gün süren VAC tedavisinin ardından; yara boyutunun 11cm x 6cm boyutlarına küçüldüğü (%26), çevre dokunun ödeminin farkedilir düzeyde gerilediği, yaranın bütününde global olarak granülasyon dokusu artışı olduğu ve yarada meydana gelen sekresyonun azaldığı gözlenmiştir. Bunun yanı sıra ilk seansta daha fazla olup sonraki seanslarda giderek azalmak üzere çevrede ki sağlam cilt dokuları, haraplanmış kas ve cilt altı dokusu ve hatta açıkta olan kemiğin medüller kavitesinden toplamda yaklaşık 40 adet saçmanın vücut dışına çıktığı gözlenmiştir. Şimdiye kadar VAC'ların; Yara boyutlarını anlamlı derecede küçülttükleri, fibroblast migrasyonu ve artmış proliferasyon ve mitozu ile granülasyon dokusu oluşumunu uyardıkları gösterilmiştir. Ayrıca endotel hücreleri arasındaki boşlukları

azaltarak ve integrasyonu sağlayarak doku ödemi azalttıkları ve kapillerlerin kalibrasyonu, kan volümü ve anjiogenezisi olumlu etkiledikleri gösterilmiştir. Bütün bu kanıtlanmış etkilerinin yanı sıra kliniğimizdeki uygulamamız doğrultusunda VAC terapisinin akut ve kronik yaralarda gözle görülemeyen, küçük yabancı cisimlerin yaradan uzaklaştırılması konusunda sağladığı yarar gösterilmiştir.

P332

Nazal Septum Medializasyonunda Kaudal Septal Güdük Kullanımı

Ersin Aksam¹, Berrak Aksam²

¹Akhisar Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Manisa

²Turgutlu Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Manisa

Septorinoplasti ameliyatlarında nazal septumun orta hatta alınması ve pozisyonunun korunması ile ilgili çeşitli teknikler tanımlanmıştır. Bunlardan en sık kullanılanı maksillanın anterior nazal spine kısmına sutureasyondur. Ancak kemik dokusunda delik oluşturmak ve buraya sabitlemenin bazı zorlukları vardır. Bu çalışmada uygulaması kolay ve hızlı bir teknik anlatılacaktır.

Subperikondriyal planda nazal septum bilateral diseke edildikten sonra septumun en kaudal kısmında septum maksillaya değmeyecek şekilde horizontal bir kesi yapılır. Normalde kesinin kaudalinde kalan kıkırdak doku eksize edilirken bu teknikte kıkırdak doku korunur ve septum kalan güdük dokusuna yan yana suture edilir. Böylelikle septumun tekrar aynı yöne kayması engellenmiş olur. Kaudal septal güdüğün septum medializasyonu için kullanımının basit ve efektif bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

Resim 1



Nazal septal medializasyonda kullanılan kaudal septal güdük yöntemi; intra-operatif görüntüler

P333

Fasiyal Palsi Olgularında Asimetriyi Düzeltmek İçin Botulinium Toksin Enjeksiyonu Kullanımı

Ali Can Gunenc, Selami Serhat Serhat Şirvan, Memet Yazar, Kamuran Zeynep Sevim, Çağatay Öner, Işıl Akgün Demir
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı İstanbul

Amaç: Fasiyal palsi beraberinde psikososyal problemleri de getiren dramatik bir durumdur. Fasiyal palsi için birçok etyolojik sebep tanımlanmıştır. En sık sebep bell

paralizisidir. Tek taraflı fasiyal palside bilateral fasiyal palseye oranla asimetri daha sık görülen bir durumdur.

Materyal Ve Method: Kliniğimizde şu ana kadar yapılmış tek taraflı fasiyal palsi olgularında botulinium toksin enjeksiyonu incelendi. Hastalar yaş cinsiyet, enjeksiyon yeri, enjekte edilen botulinium toksin miktarı, asimetrisinin düzelme derecesi ve komplikasyonlarına göre sınıflandırıldı.

Bulgular: Kliniğimizde fasiyal palsi mevcut 3 hastamıza botulinium toksin enjeksiyonu uyguladık ve sonuçlarını değerlendirdik. Hastalarımızdan 2'si kadın 1'i erkekti ve 3 hastamızda da tek taraflı fasiyal palsi mevcuttu.

Tartışma: Tek taraflı fasiyal palside simetriyi sağlamak ve hastanın fonksiyonel problemlerini minimuma indirmek için statik ve dinamik rekonstruksiyonlar tanımlanmıştır. Son zamanlarda asimetriyi düzeltmek adına botulinium toksin uygulaması popülerite kazanmıştır. Botulinium toksin enjeksiyonu tek taraflı fasiyal palside asimetriyi düzeltmek adına kullanılabilecek bir yöntemdir.

P334

Hiperpigmentasyon Tedavisi İçin PRP Kullanımı: Olgu Sunumu

Nilgün Markal Ertaş¹, Çağrı Ahmet Uysal¹, Enver Arpacı¹, Atilla Adnan Eyüboğlu¹, Azer Zeynalov¹, Abbas Albayati¹, İbrahim Barış Çağlar², Mehmet Haberal³

¹Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Ankara

²Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Alanya

³Başkent Üniversitesi Genel Cerrahi AD, Ankara

Giriş: PRP (platelet-rich plasma) otolog plasma solüsyonu olup trombosit sayısı olarak 4-7 kat daha zengin trombosit içerir (1). Günümüzde yara iyileşmesi, anti inflamatuvar ve kozmetik amaçlar nedeniyle klinikte sıkça kullanılmaktadır (2). İçerdiği kök hücre popülasyonu çeşitli deneysel araştırmalarda ve tedavi modalitelerinde de kullanıldığının en temel nedenidir (3). Trombositler içerisindeki alfa granüller ve dense bodyler çeşitli büyüme faktörlerini depolar. Alfa granüllerin içerdiği 7 temel büyüme faktörü: platelet derived growth faktörler (PDGF α , PDGF β , and PDGF γ), transforming growth faktör beta (TGF β 1 and 2), epithelial growth faktör (EGF) ve vasküler endothelial growth faktörlerdir (VEGF) (2). Dense bodyler ise serotonin, histamine, dopamine, kalsiyum ve adenosin depolar. Olgu Sunumu: 45 yaşında bayan hasta hastanemize epilasyon amaçlı laser tedavisi sonrası oluşan hiperpigmentasyonun tedavisi için başvurdu. Tedavisinde kullanılan PRP nin daha derin ve koyu hiperpigmentasyona neden olduğu gözlemlendi. (Şekil 1. PRP uygulaması öncesi, Şekil 2. PRP uygulaması sonrası 2. hafta görüntüsü).

Tartışma: PRP yüz gençleştirme amaçlı kırışıklık tedavisinde sıklıkla kullanılmakta ve iyi sonuçlar alınmaktadır. Ayrıca gözüaltı morlukları ve laser veya peeling sonrası oluşan postinflamatuvar hiperpigmentasyon tedavisinde de PRP ile iyi sonuçlar alındığı bildirilmektedir (4). PRP nin içerdiği büyüme faktörleri ve içerik yoğunluğu göz önünde bulundurulduğunda inflamatuvar süreçteki tetikleyici ve süreci uzatıcı etkisi dolaysız olarak hiperpigmentasyona da etki edeceğini düşünmekteyiz.

Sonuç: Hiperpigmentasyon tedavisinde PRP kullanımı klinik tabloyu uzatmak ve hatta pigment yoğunluğunu artırmak açısından risklidir

Referanslar

- 1-Marx RE. Platelet-rich plasma (PRP): what is PRP and what is not PRP? Implant Dent 2001; 10: 225-8.
- 2-Leo MS, Kumar AS, Kirit R, Konathan R, Sivamani RK. Systematic review of the use of platelet-rich plasma in aesthetic dermatology. J Cosmet Dermatol. 2015 Dec;14(4):315-23.
- 3-Uysal CA, Tobita M, Hyakusoku H, Mizuno H. Adipose-derived stem cells enhance primary tendon repair: biomechanical and immunohistochemical evaluation. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2012 Dec;65(12):1712-9.
- 4-Mehryan P, Zartab H, Rajabi A, Pazhoohi N, Firooz A. Assessment of efficacy of platelet-rich plasma (PRP) on infraorbital dark circles and crow's feet wrinkles. J Cosmet Dermatol. 2014 Mar;13(1):72-8.

Prp sonrası görünüm



Şekil 2. PRP uygulaması sonrası 2. hafta görüntüsü

P335

Soğutucu Jel Göz Maskesi: Rinoplasti Hastalarında Postoperatif Konfor İçin Düşük Maliyetli Ve Etkin Bir Alternatif

Yalçın Yontar, Sedat Tatar

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kayseri

Rutin plastik cerrahi pratiğinde, invaziv ve invaziv olmayan işlemler sonrasında analjezik etkinin sağlanması, ödem ve ekimozun yönetimi amacıyla sıklıkla kriyoterapiye başvurulmaktadır.^{1,2} Geleneksel soğutma yöntemleri (buz kasetleri ya da buz parçacıkları içeren plastik torbalar) ve su sirkülasyon sistemleri bu amaçlar doğrultusunda kullanılabilir. Geleneksel soğutma yöntemlerinde karşılaşılan başlıca sorun kaset ya da torbaların yüz hatlarını kavrayacak şekilde yerleştirememeleri ve stabilizasyonlarında yaşanan güçlülüdür. Bunun yanında, Hiloterapi (Hilotherm GmbH, Argenbühl-Eisenharz, Almanya) ve benzeri su sirkülasyon sistemlerinin yüksek maliyetleri klinik kullanımlarını oldukça kısıtlamaktadır.

Kliniğimizde, rinoplasti hastalarında postoperatif dönemde gözlenen ve hasta konforunu olumsuz yönde etkileyen ağrı, periorbital ödem ve ekimozun azaltılması amacıyla soğutucu jel göz maskeleri kullanılmaktadır. Cerrahiye takip eden erken dönemde uygulanmaya başlanan maske, her üç saatte bir, yarım saatlik istirahat periyodunu takiben dondurulmuş olan bir diğer maske ile değiştirilmektedir. Maskenin bağı güvenilir bir şekilde periorbital bölgede stabilizasyonu sağlarken, maskenin ergonomik yapısı periorbital bölge kıvrımlarının bütününe soğutucu etkinin iletilmesini sağlamaktadır (Şekil 1). Klinik uygulamalarda soğutucu jel göz maskelerinin kullanımına bağlı olarak herhangi bir komplikasyon ya da problem ile karşılaşmadık. Birçok farklı tasarıma sahip olan soğutucu jel maskeler kolay elde edilebilir ve oldukça düşük maliyetli ürünler olup, yüz bölgesinin invaziv ve invaziv olmayan işlemleri sonrasında hasta konforunun sağlanması açısından

güvenilir bir alternatif olarak karşımıza çıkmaktadır. Soğutucu jel maskelerin bir diğer kullanım alanı ise invaziv olmayan yüz bölgesi işlemleri öncesinde kriyoanestezinin sağlanmasıdır.

Kaynaklar

- [1] Bates AS, Kneip GJ. Systematic review and meta-analysis of the efficacy of hilotherapy following oral and maxillofacial surgery. Int J Oral Maxillofac Surg. 2016;45(1):110-7.
- [2] Taskin U, Yigit O, Bilici S, Kuvat SV, Sisman AS, Celebi S. Efficacy of the combination of intraoperative cold saline-soaked gauze compression and corticosteroids on rhinoplasty morbidity. Otolaryngol Head Neck Surg. 2011;144(5):698-702.

Şekil 1



A. Soğutucu jel göz maskesi, B. Cerrahiye takip eden erken dönemde maskenin uygulanması, C. Cerrahiden 24 saat sonra gözlenen minimal periorbital ödem ve ekimoz.

P336

Vulva ve Suprapubik Bölgenin Stromal Vasküler Fraksiyon Eklenmiş Yağ Grefti İle Tek Aşamalı Onarımı

Gökçe Yıldırım, Ahmet Bilirer, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Stromal vasküler fraksiyon (SVF); endotelial progenitor hücreler ve mezenseyal kök hücreler içerir ve tıpta tendon iyileşmesi, kemik rejenerasyonu, doku rejenerasyonu gibi alanlarda yaygın kullanılmaktadır. SVF

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

38. Ulusal Kurultayı

ve yağ grefti kullanarak vulva yumuşak doku defektinin tek seansta rekonstrüksiyonunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu ve Method: 21 yaşında kadın hasta vulvar ve suprapubik bölgedeki depresyon ve sağ labium major yokluğu ile kliniğimize başvurdu. Abdominal alandan elde edilen otolog yağ ile yumuşak doku rekonstrüksiyonu sağlandı. Elde edilen 100cc lipoaspiratın 70 cc'si 1300rpm'de (260G) 2 kez 5'er dk santrifüj edilerek kullanıldı. 30cc lipoaspirat ise SVF elde etmek için kullanıldı. Preoperatif, postoperatif 1. gün ve postoperatif 2. yıl fotoğrafları alındı. Ameliyatı yapan cerrah haricindeki 2 plastik cerrah tarafından estetik sonuç değerlendirildi. Hastaya hasta tatmin anketi verildi.

Bulgular: Klinisyen değerlendirmesinde estetik olarak kabul edilebilir sonuç saptandı. Hasta memnuniyeti %100 olarak belirlendi. Hasta sadece 1 seans greftleme aldı.

Sonuç: Greftin zengin kök hücre kısmı nedeni ile yağ grefti yaşayabilirliği beklenenden yüksek olmaktadır. Bu tür ameliyatlarda seri yağ greftlemesi her zaman bir seçenektir. Ne var ki SVF sayesinde biz ikinci bir greftlemeye gerek duymadık. SVF ile desteklenen yağ greftlemesi pek çok rekonstrüksiyon tercihinin üstünlük sağlayabilecek bir seçenektir.

P337

Otoimmün Hastalıklara Bağlı İyileşmeyen Kronik Yaraların Tedavisinde Kemik İliği Kökenli Kök Hücre Tedavisinin Kullanımı

Fatih Ceran, Mehmet Bozkurt

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: İmmünolojideki gelişmeye paralel olarak son beş dekatta önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. İmmünoloji tarafından hastalıkların oluşum mekanizmaları araştırılmaktayken bu immünolojik hastalık gruplarının belirti ve bulguları plastik cerrahi başka ana bilim disiplinlerini ilgilendirmektedir. Behçet hastalığı, sistemik lupus eritematozus, non spesifik vaskülit ve antifosfolipid antikor sendromu cilt manifestasyonlarına ve yaralarına neden olan bu hastalıklara en iyi örneklerdir. Biz de bu çalışmamızda otoimmün hastalıklara bağlı bu zorlu yaraların tedavisinde kemik iliği kökenli kök hücre tedavisinin kullanımının etkinliğini tartışmaktayız.

Yöntem-Gereçler: Çalışmamıza otoimmün hastalıklara bağlı inatçı kronik alt ekstremitte yaraları olan 5 hasta dahil edildi. Hastalar: 25 yaşında sistemik lupus eritematozuslu hasta, 33 yaşında Behçet hastalıklı hasta, 42 yaşında antifosfolipid antikor sendromlu hasta, 38 yaşında non spesifik vaskülitli hasta, 40 yaşında poliarteritis nodosa hasta idi. Hastaların hepsine daha önce farklı kliniklerde debridman ve deri greftleme operasyonları yapılmıştı. Hastaların hepsine debridman yapıldı. Hastalara VAC uygulaması yapıldı (3 defa). VAC tedavisi sonrası hastaların krusta iliaka anteriorundan 60 cc kemik iliği preparatı alınarak kök hücreler elde edildi. Elde edilen kök hücreler yara olan alanlara ve kenarlarına enjekte edildi. Hastalarda alınan kısmi kalınlıklı deri greftleri yaralara adapte edildi. Hastaların hepsine 2 seans daha VAC yapıldı.

Bulgular: Hastalarımız ortalama 2 yıl takip edildi. hastabaşı ortalama 3 adet operasyon yapıldı. Hastaların hastanede kalış süreleri ortalama 10 gündü. Yaralar tamamen iyileşti ve takip edilen 2 yıl içerisinde tekrarlama görülmedi.

Sonuçlar: Otoimmün hastalıklarla ilişkili kronik yaraların tedavisinde seri debridmanlar kritik öneme sahiptir ve VAC tedavisi bu tür yaralar için faydalıdır. Kemik iliği kökenli kök hücre tedavisi otoimmün hastalıklarla ilişkili alt ekstremitte kronik yaralarında etkinliğe sahiptir.

Kaynaklar

1. Zhou K, Ma Y, Brogan MS. Chronic and non-healing wounds: The story of vascular endothelial growth factor. Med Hypotheses. 2015 Jun 26. pii: S0306-9877(15)00236-4.
2. Reis ES, Mastellos DC, Yancopoulos D, Risitano AM, Ricklin D, Lambris JD. Applying complement therapeutics to rare diseases. Clin Immunol. 2015 Sep 1. pii: S1521-6616(15)30026-7.
3. Nishimoto S, Kawai K, Tsumano T, Fukuda K, Fujiwara T, Kakibuchi M. Impacts of bone marrow aspirate and peripheral blood derived platelet-rich plasma on the wound healing in chronic ischaemic limb. J Plast Surg Hand Surg. 2013 Jun;47(3):169-74.
4. Pinzur MS. Use of platelet-rich concentrate and bone marrow aspirate in high-risk patients with Charcot arthropathy of the foot. Foot Ankle Int. 2009 Feb;30(2):124-7.

P339

Üst Ekstremitedeki Skarların Tedavisinde Otolog Yağ Transplantasyonu Ve Etkinliği

Gökçe Yıldırım, Cemil Işık, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Yağ grefti uygulamaları önce estetik alanda çalışılsa da, zamanla skarları pliable hale getirmesi, hipertrofik skarın tedavisinde kullanılması ve ağrılı skarları nonsempomatik hale getirmesi açısından da plastik cerrahinin ilgi alanına girmiştir. Bu yazıda, el ve üst ekstremitede skar tedavisi amacı ile otolog yağ greftlemesi uygulamalarının paylaşımları amaçlanmıştır.

Yöntem: 2013-2015 yılları arasında 6 hastada el, önkol ve kol bölgelerindeki skarlara yönelik olarak otolog yağ greftlemesi uygulaması yapılmıştır. Tüm yağ greftleri Coleman tekniği ile, abdominal bölgeden elde edilmiş, elde edilen greftler 5'er dk ara ile 2 kez santrifüj edilerek skar altına enjekte edilmiştir. Hastaların preop ve postop 6. Ayda fotoğrafları alınmış, 2 ayrı plastik cerrah tarafından estetik değerlendirme yapılmış, skar durumu Vancouver skar skalası ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Vancouver skar skoru preoperatif ortalaması 7 iken postoperatif dönemde 3,1'e düşmüştür. (İstatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır.) Yapılan fotoğraf çalışmasında ise tüm hastalarda skar iyileşmesi gözlemlenmiştir.

Sonuç: Cildin yaşlanmasıyla birlikte laksitesi artar ve ciltaltı dokuda atrofi gelişir. Otolog yağ eklenmesi, hem deri altı alanlar için dolgu hem de yaşa bağlı olarak ciltaltında meydana gelen dejeneratif sürecin geri çevrilmesine fayda sağlar. Yağ greftlemesi üst ekstremitte skarları için ise hem skar dokusunu pliable hale getirmesi ve ağrısını azaltması hem de eli estetik ve fonksiyonel açıdan iyileştirmesi açısından akılda tutulmalıdır.

P340

Geç Dönem Tedavi Edilmiş veya Hiç Opere Edilmemiş Zigoma Kırıkları Sonrası Oluşan Asimetri ve Düzensizliklerin Yağ Grefti ile Düzeltilmesi

*Tugba Gün Koplay, Nuh Evin, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya*

Amaç: Her alanda olduğu gibi zigoma fraktüründe de gecikmiş onarımlar çok daha zordur, ve yeni osteotomiler yaparak kırık segmentlerin mobilizasyonunu gerektirir. Bu da yeni kırıklar ve komplikasyonlara açık bir yöntemdir. Bu çalışmada, dış merkezde opere edilmeyen veya geç opere edilen, uzun dönem takipleri yapılmış 2 hastada meydana gelen kontur düzensizliklerinin yağ grefti ile yapılmış onarımlarının sunulması amaçlanmıştır.

Materyal Method: Olgu 1: 20 yaşında bayan hasta panfasial fraktür sebebiyle dış merkezde yapılan cerrahiden yetmiş gün sonra kliniğimize başvurdu. Çekilen bilgisayarlı tomografi görüntülerinde irredükte kırıkları ve orya yüzde depresyon tespit edildi ve yapılan ameliyatta tüm plak ve vidalar çıkartılarak fiksasyon yenilendi. Postoperatif ikinci yıldaki kontrolünde hasta orbita lateral duvar çevresinde depresyon ve alın ile submandibuler bölgede skarlardan şikayetçi idi. Genel anestezi altında karın bölgesinden elde edilen yaklaşık 20ml yağ grefti orbita laterali ve skar altlarına uygulandı.

Olgu 2: 32 yaşında erkek hasta bir yıl önce dış merkeze trafik kazası sonrası zigoma kırığı ile başvurmuş fakat operasyonu kabul etmemiş. Bir yıl sonra kliniğimize zigomatik ark üzerinde depresyon ile başvurdu. Genel anestezi altında karın bölgesinden alınan 15 ml yağ grefti alana enjekte edildi.

Bulgular: Yapılan overcorrection sayesinde, bir miktar yağ dokuda atrofi meydana gelmesine rağmen postoperatif 6. ayda da sonuçlar idealdi. Her iki hasta da sonuçtan memnunnardı. Problem çok kısa ameliyat süresinde, otolog doku ile, herhangi bir alloplastik materyal kullanmadan ve donör alan morbiditesi oluşturmada estetik bir şekilde çözülmüş oldu.

Sonuç: Fasial kırıklar sonrası tedavi edilsin ya da edilmesin, birtakım deformiteler ortaya çıkabilir. yeni osteotomiler; alloplastik materyaller, implantlar ve kemik greftlerinin yerleştirilmesi gibi pekçok metodla bu deformiteler, şekil bozuklukları, düzeltilebilir. Bunlara ek olarak günümüzde popülaritesi ve kullanım alanı gittikçe artan yağ grefti ise kısa operasyon süresinde estetik sonuçlar ortaya çıkaran, oldukça efektif ve minimal invaziv bir yöntemdir.

P341

Tessier Cleft Sıfır Burun Deformitelerine Yönelik Cerrahi Yaklaşımlar

*Eyüphan Gencil, Cengiz Eser, İbrahim Tabakan, Erol Kesiktaş, Metin Yavuz
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana*

Kraniofasial kleftler nadir görülen, plastic cerrahide onarımlarının güçlüğü nedeniyle özel ilgi uyandıran deformitelerdendir. İnsidansı tam olarak bilinmesede her 100.000 doğumda 1.4 ila 4.9 arasında değiştiği düşünülmektedir¹. Tessier tarafından tanımlanan kraniofasial kleftlerden en sık görüleni kleft 0 olarak bilinen alvealden burun orta hattı boyunca uzanır. Bu kleftin oluşturduğu deformite literatürde internazal displazi, median kleft yüz sendromu, frontonazal displazi ve holoprosensefali diye adlandırılmaktadır. Ensefalasel veya orta hatta nazal dermoid kistlerle birliktelik gösterebilmektedir². Burun deformitelerine serilerde nadiren rastlanmaktadır¹. Literatürde yarı burun "bifid nose" deformitesine yönelik cerrahi yaklaşımlar sadece birkaç vakada tarif edilmiştir³.

Bu çalışmada 3 ailedeki tessier cleft 0 deformiteli 6 hastada yapılan cerrahi girişimler ve sonuçlarının sunulması amaçlandı. Tessier cleft 0 deformitesinde anatomik olarak karşılaşılan zorluklar ve tedavi seçenekleri sunuldu. Binder sendromlu hastalar çalışmada yer almadı. Eksternal open rinoplasti yaklaşımı, nazal kitle eksizyon sonrası aşamalı onarımlar, kostakondral ve alın flebi ile onarımlar hastalara uygulandı. Kolumella uzatma amaçlı Millard forked flepler uygun hastalarda tercih edildi. Genişlemiş orta hat septal ve kemik yapıları yönelik osteotomileri içeren müdahaleler nazal ve maksiller kemiğin gelişimini sonrası planlandı. Hasta memnuniyeti, kozmetik ve fonksiyonel sonuçlar açısından operasyonlar kabul edilebilir düzeyde değerlendirildi.

Orta hat kitle ile başvurmayan gerçek tessier kleft 0 olgularında karşılaşılan en büyük problemten biri yumuşak dokunun desteğini sağlayacak orta hattaki yayvanlaşmış ve duplike olmuş septum yapısının kemik yapıdan diseksiyonu ve nazal kemik kırıkda bileşkede oluşan kemik inversiyonuna bağlı darlıkların açılmasıdır. Oluşan yeni nazal pasaj sonrası yumuşak doku desteğinin erken dönem sağlanması amaçlı alloplastik materyaller, her ne kadar kullanımları daha kolay olması nedeniyle tercih edilebilsede otolog doku veya kadaverik kırıkda dokular destek amaçlı hastalarımızda kullanıldı.

Yapılacak insizyonların sekonder girişimleri daha güç hale getirmemesi amaçlı tercihen burun tabanlarından ve genişlemiş kolumelladan uzama sağlama amaçlı hazırlanan nazal flepler kullanıldı. Bu yaklaşım literatürde sıklıkla tercih edilmektedir⁴. Açık rinoplasti yaklaşımı ile dokular ortaya kondu. Alt lateral kartilajlar orta hatta yaklaştırılarak tip plasti yapıldı. Insizyonun burun tepe noktasına dek uzanmasına bağlı depresif görüntüye yönelik sekonder skar revizyonları uygulandı. Burun tipinde yükseklik kazanımıyla istenilen kabul edilebilir nazal görüntü sağlandı.

Sonuç olarak; Tessier kleft 0 deformitesi nadir görülen deformitelerdendir. Yaklaşım aşamalı olmalıdır. İnsizyon tercihi, fleplerin hazırlanması, duplike septumun diseksiyonu, kemik yapıdaki iç kısımdaki darlıkların osteotomiler ile açılması ve uzun dönemde yumuşak doku desteği sağlama amaçlı yaklaşımlara ihtiyaç duyar.

1. da Silva Freitas R, Alonso N, Shin JH, Busato L, Ono MC, Cruz GA. Surgical correction of Tessier number 0 cleft. The Journal of craniofacial surgery 2008;19(5):1348-1352.

2. Guruprasad Y, Chauhan DS. Midline nasal dermoid cyst with Tessier's 0 cleft. Journal of natural science, biology,

and medicine 2014;5(2):479-482.

3. Turkaslan T, Ozcan H, Genc B, Ozsoy Z. Combined intraoral and nasal approach to Tessier No:0 cleft with bifid nose. Annals of plastic surgery 2005;54(2):207-210.

4. Tawfik A, El-Sisi HE, Abd El-Fattah AM. Surgical correction of bifid nose. International journal of pediatric otorhinolaryngology 2016;86:72-76.

P342

Ciddi Çene Ucu Hipoplazi Olgularında Osseöz ve İmplant Genioplastinin Kombine Kullanımı

Kemal Fındıkçıoğlu, Serhat Şibar, Ayhan Işık Erdal, Ayşe Gülşen

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Çene ucu yüz yapısının önemli bir estetik ünitesi olmakla birlikte, yüzün görünümünde kilit role sahip olan bir bölgedir. Bu bölgede görülebilen ciddi hipoplazilere (mikrogeni) bağlı meydana gelebilecek kozmetik ve fonksiyonel deformitelerin düzeltilmesi çene ucu augmentasyonu ile olmaktadır. Çene ucu augmentasyonu literatürde en sık implant veya osseöz genioplasti ile yapılmaktadır. Her 2 tekniğin kendine özgü avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Literatürde bu 2 tekniği ve uzun dönem sonuçlarını birbiri ile karşılaştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır ancak bazı ciddi mikrogeni vakalarında bu teknikler tek başına augmentasyon için yetersiz kalabilmektedir. Bu tür durumlarda implant ve osseöz genioplasti tekniğinin kombine kullanımı gündeme gelebilmektedir ve literatürde bu tür kombine girişimler ile ilgili veriler ve deneyimler kısıtlıdır. Çalışmamızda ciddi çene ucu hipoplazisi (mikrogeni) nedeniyle implant ve osseöz yöntemle kombine olarak çene ucu augmentasyonu yapılmış olan 3 hasta ile ilgili tecrübelerimiz ve uzun dönem sonuçların aktarılması amaçlanmıştır.

Metod: 2011-2016 yılları arasında kliniğimizde ciddi mikrogeni nedeniyle kombine olarak osseöz ve implant genioplastisi ile çene ucu augmentasyonu yapılan 3 hasta çalışmamıza dahil edilmiştir. Hastalarda çene ucunun restorasyonu öncesinde, mevcut maloklüzyon veya fasiyal asimetri gibi nedenlerden ötürü ortognatik cerrahi veya maksillomandibuler distraksiyon uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Preoperatif dönemde tüm hastalarda sefalometrik analiz ile gerekli olan çene ucu augmentasyon miktarı planlanmış olup, tüm hastaların operasyonları genel anestezi altında intraoral bölgeden yapılan insizyonlar ile gerçekleştirilmiştir.

Sonuçlar: 3 hastanın ikisi erkek, biri kadın olup ortalama yaşları 27.3>dü (22-33). Hastaların hepsinde öncelikli olarak horizontal subapikal sliding osteotomi yapılarak ilerletme işlemi gerçekleştirilmiştir. Osteotomi sonrası ortalama 8 mm> lik kemiksel ilerletme sağlanmış olup, sonrasında ilave augmentasyon için aynı seansta çene ucuna Medpor® (Medpor, Porex Surgical Inc, Newman, GA) implant yerleştirilmiştir. Medpor® implantlar ile elde edilen ortalama ilerletme miktarı 9 mm idi. Hastalarda osseöz ve implant genioplasti ile toplamda ortalama 17 mm>lik augmentasyon elde edilmiştir. Bu ilerletme miktarının yumuşak dokudaki yansıması ortalama 13 mm olarak ölçülmüştür. Ortalama takip süresi 24 ay olup postoperatif dönemde hastalarda major bir komplikasyonla karşılaşılmaştır. Postoperatif dönemde hastaların çene uçlarına, ödemi azaltmak ve immobilizasyona destek amacıyla erken dönemde bant uygulaması yapılmıştır.

Sonuç: Çene ucu kontürü yüz estetiğinin önemli bir parçası olup, çoğu çene ucu deformitelerinin düzeltilmesinde osseöz genioplasti ideal tedavi seçeneğini oluşturmaktadır. Ancak bazı ciddi mikrogeni vakalarında osseöz genioplasti mevcut deformiteyi düzeltmede yetersiz kalabilmektedir. Bu tür olgularda ilave olarak implant kullanımı ile yapılacak kombine düzeltme prosedürlerinin güvenilir ve uzun dönem sonuçları açısından uygulanabilir olduğu görülmüştür.

P343

Ortognatik Cerrahide Kemikteki Milimetrik Değişiklikler İle Yumuşak Dokudaki Değişiklik Arasında Korelasyon Var Mıdır?

Tugba Gün Koplay, Cemil Işık, Osman Akdağ, Mehtap Karamiş, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Ortognatik cerrahi, plastik cerrahide hem fonksiyonel hem de estetik olarak başarılı sonuçların elde edildiği, oldukça popüler bir yöntemdir. Kemiğe yapılan müdahale ile birlikte yumuşak dokuda da önemli değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden, kemik ve yumuşak dokudaki değişimleri öngörmek, planlamayı buna göre yapmak oldukça önemlidir. Bu çalışmada, çift çene ortognatik cerrahidenazofrontal açı, alar taban genişliği ve nazolabial açı gibi değerler ölçülerek kemik ve yumuşak doku değişikliği arasında bir korelasyon olup olmadığının ortaya konması amaçlanmıştır.

Materyal Method: Çalışmaya 2010-2015 tarihleri arasında ortognatik cerrahi yapılan, yaş ortalaması 21.8 (18-26) olan, büyüme evresini atlattığı, herhangi konjenital anomalisi bulunmayan, 19 hasta (4E, 15K) dahil edilmiştir. Hastaların tamamı preoperatif ve postoperatif ortodontik tedavi almışlardır. 2 hastaya maksiller ilerletme, 3 hastaya sadece mandibuler setback, 1 hastaya sadcemandibuler ilerletme, 13 hastaya çift çene ortognatik cerrahi yapılmıştır. Maksilla plak ve vidalar ile mandibula vida ile fiks edilmiştir. Tüm hastalarda aynı insizyon ve kapama tekniği kullanılmıştır. Hiçbir hastaya yumuşak dokuya yönelik ek girişimde bulunulmamıştır. Preoperatif ve postoperatif 6. ayda aynı açıdan, aynı stüdyoda, aynı kamera ile alınan fotoğrafları üzerinden nazofrontal açı, alar taban genişliği, nazolabial açı değerleri ve değişiklikleri çalışılarak mandibuler ve maksiller yapılan milimetrik değişikliklerin yumuşak dokuya yansımaları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Değerlendirilen hastalarda preoperatifnazolabial açı ortalaması 137 0iken, postoperatif 6. ayda 133,7 (p<0.005) olarak ölçüldü. Ortalama alar taban genişliği de postoperatif 6. Ayda her hastada artmıştı. (p<0.005) Nazofrontal açı; 12 hastada azalırken, 2mm altında maksiller ilerletme veya sadece mandibuler setback yaptığımız 7 hastada arttı.

Sonuç: Yumuşak doku morfolojisi cerrahi method,ins izyonlarınakptılmatkniği,dental ve iskeletsel uzaysal yeniden düzenleme, yumuşak dokunun adaptasyon yeteneği, büyüme, diş hareketlerinin ortodontik vektörleri, dudak kalınlığı, dudak tonusu, dudak alanı, dudak gerginliği, dudak kontakt yeteneği, interlabialgap, overjet miktarı, yağ ve kas dokusu miktarı, postoperatif ödem gibi pekçok faktörden etkilenebilir. Başlangıçta fonksiyonel kazanç için uygulanması geleniş alanı ortognatik cerrahide ise günümüzde elde edilen estetik sonuç ise bir o kadar önemlidir.

Bu nedenle, yumuşak ve sert doku değişikliklerini önceden belirleme yeteneği tedavi planı için kritiktir. Ortognatik cerrahide maksillaya yapılan müdahaleler sonrasında alar taban genişler, nazolabial açı posterior ve inferiora hareketi ile artarken, anterior ve superior hareketi ile düşer.

Bu çalışmada da, maksilla ve mandibula hareketi ile ölçülen değerler arasında artma azalma yönünde ilişki var gibi görünse de, milimetrik hareketle değişimin yüzdesi açısından direk bir ilişki saptanmadı.

Bu osteotomi hattı, yumuşak doku yapısı, diş yapısı gibi pekçok nedene bağlanabilmekle birlikte daha geniş serili çalışmalarla yapılacak standardizasyon sayesinde yumuşak dokuya yönelik ek müdahalelerin de ortognatik cerrahi ile aynı seansta yapılabilmesine olanak sağlanmış olacaktır.

P344

Temporomandibuler Eklem Hastalıkları Tedavisinde Minimal İnvaziv Metod: Artrosentez

Tugba Gün Koplay, Ahmet Bilirer, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Temporomandibuler eklem (TME) hastalıkları tedavisinde halen çok fazla yayın yoktur ve hangi hastaya ne yapılacağı belirsizdir. Medikal tedaviden eklem protezine uzanan merdivende artrosentez cerrahi yöntemlerde ilk basamaklardır. Çalışmada, kliniğimizde farklı endikasyonlarla artrosentez ile tedavi edilen hastalar endikasyon, yöntem ve sonuçları tartışılarak sunulmuştur.

Gereç Ve Yöntem: Çalışmaya 2011 - 2016 tarihleri arasında opere edilen ortalama yaşları 25(16-54) olan 81(59,22) hasta, 124 eklem dahil edildi. 41 sorudan oluşan, ağrıları, ek şikayetleri, diğer hastalıkları gibi başlıkları kapsayan anket tüm hastalar tarafından dolduruldu. Preoperatif ağız açık ve kapalı pozisyonda iken MR görüntüleri alındı. 28 hastada redükte disk dislokasyonu, 22 hastada irredükte disk dislokasyonu, 32 hastada dejenerasyon mevcuttu. Artrosentez işlemi 26 hastada artroskopi ile, kalan 55 hastada sadece iğne ile yapıldı. 8 hastaya işlem sonrası, eklem içine PRP, 23 hastaya hyaluronik asit enjekte edildi. Sonuçlar MR, VAS skoru ve klik sesi ile değerlendirildi.

Bulgular: Postoperatif disk pozisyonu ve dejenerasyonu MR da değişmedi. Bası ile duran kanama ve ödem dışında komplikasyon gözlenmedi. Ağrı, VAS skoru ile değerlendirildiğinde %20 azalmıştı. Klik, redükte disk dislokasyonu mevcut hastalarda istatistiksel olarak anlamsız olmakla birlikte azalmıştı.

Sonuç: Disk dislokasyonu, yerine getirilmesi, kondiler traşlama, kondilektomi gibi açık cerrahi girişimlerde ciddi komplikasyonlarla karşı karşıya kalınabilir ve başarısız olmaları halinde fibrozis ve yapışıklıklar sebebiyle tekrarlayan ameliyatlara çok daha zordur. Minimal invaziv yöntemler arasında bulunan artrosentezde, irrigasyon ile inflamatuvar mediatörler uzaklaştırılır, basınç ile yapışıklıklar açılır. 1 2 Dejenerasyon mevcut eklemlere hyaluronik asit ve PRP enjeksiyonları ile rejenerasyon hızlandırılabilir. Özellikle dejeneratif ve inflamatuvar hastalıklarda popülasyonu gittikçe artan, basit, hafif, minimal invaziv bir yöntemdir.

Kaynaklar

1- S. M. Meloni, G. de Riu, M. Pisano, O. Massarelli, and A. Tullio, "Computerassisted dental rehabilitation in free flaps reconstructed jaws: one year follow-up of prospective clinical study," British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, vol. 50, no. 8, pp. 726-731, 2012.

2- S. M. Meloni, G. de Riu, M. Pisano, N. de Riu, and A. Tullio, "Immediate versus delayed loading of singlemandibular molars. One-year results from a randomised controlled trial," European Journal of Oral Implantology, vol. 5, no. 4, pp. 345-353,

P345

Fasiyal Asimetri Olgularının Distraksiyon Osteogenezi ile Tedavisi

Serhat Şibar¹, Kemal Fındıkçioğlu¹, Ayşe Gülşen¹, Selahattin Özmen²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

²VKV Amerikan Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Fasiyal asimetri klasik tanımı ile vücut santral aksının iki tarafında yer alan fasiyal ünitelerin arasındaki farklılık olarak tanımlanabilir. Toplumda oldukça yaygın oranda görülmekle birlikte ciddi asimetri olguları hem fonksiyonel hem de estetik açıdan sorunlara yol açabilmektedir. Etiyolojide genetik nedenler, konjenital malformasyonlar, travmatik faktörler ve fonksiyonel deviasyonlar rol oynayabilmektedir. Çalışmamızda ciddi fasiyal asimetrisi olan olguların distraksiyon osteogenezi ile tedavisi ve uzun dönem sonuçları sunulmuştur.

Materyal Metod: 2011-2013 yılları arasında kliniğimizde ciddi fasiyal asimetri nedeniyle distraksiyon osteogenezi uygulanan 3 hasta çalışmamıza dahil edildi. Hastaların hepsinde preoperatif dönemde mevcut deformitenin analizi ve gereken distraksiyon miktarını ortaya koymak amacıyla sefalometrik analiz yapılmıştır.

Sonuçlar: Hastaların 2'si kadın 1'i erkekti. Hastaların yaşları kronolojik sırayla 11, 20 ve 23 yaş olup ortalama yaş 18'di. Hastaların 2'sinde asimetri hemifasiyal mikrozomiye bağlı oluşurken 1 hastada Tessier 7 numaralı yüz yarığına bağlıydı. Hastalardaki sefalometrik analiz sonuçlarına göre bir hastada angulus mandibulaya oblik osteotomi sonrası distraktör yerleştirildi ve 15 mm'lik distraksiyon uygulandı, diğer hastada angulus mandibulaya osteotomi sonrası vertikal yönde 50 mm, horizontal yönde 14 mm distraksiyon uygulandı, son hastada ise maksilla sol kısmı vertikal düzlemde 11 mm distrakte edildi ve sol ramus mandibulaya sagittal osteotomi sonrası vertikal olarak 43 mm distraksiyon uygulandı. Hastalarda mandibuler distraksiyon ekstraoral yerleşimli cihazlarla, maksiller distraksiyon ise intraoral yerleşimli cihazlarla gerçekleştirildi. Distraksiyon, deformitenin niteliğine göre vertikal, horizontal veya kombine olarak çoklu düzlemde yapıldı. Distraksiyonlar 11-50 mm arasında değişen oranlarda yapılmıştır. Distraksiyon sonrasında hiçbir hastada komplikasyonla karşılaşmadı. Tüm hastalarda simetriyi sağlamaya yönelik distraksiyon sonrasında ek ikinci cerrahi girişimler gerçekleştirildi. Hastalar distraksiyon sonrasında ortalama 48 ay takip edilmişlerdir.

Sonuç: Fasiyal asimetri toplumdaki çoğunda subklinik olarak görülmekle birlikte ciddi asimetri olguları özellikle

maloklüzyon, fonksiyonel problemler ve estetik problemler nedeniyle tedavi gereksinimini doğurmaktadır. Distraksiyon osteogenezisi fasiyal asimetrinin düzeltilmesinde güvenilir ve düşük relaps oranlarına sahip bir teknik olup çoğu zaman diğer ortognatik ve yumuşak doku asimetrisine yönelik ikincil cerrahi girişimlerle kombine edilmesinin uygun olacağını düşünmekteyiz.

Resim 1



Hemifasiyal mikrozomiye ikincil fasiyal asimetri olgusu.

P346

Orbita Taban Fraktürlerinde Kemik Grefti ve Titanyum Mesh Orbital Plak ile Onarımların Karşılaştırılması

Özay Özkaya Mutlu, Tuğçe Yasak, Ayça Ergan Şahin
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Orbita taban fraktürleri yetersiz tedavi edildiklerinde hastalarda diplopi, orbital distopi, enoftalmus, göz altı bölgesinde hipostezi, görme keskinliğinde azalma gibi istenmeyen fonksiyonel ve estetik sonuçlar doğurabilmektedir. Buna orbital hacimde değişiklik, yumuşak doku tuzaklanması, infraorbital sinir hasarı gibi travmaya bağlı nedenler sebep olmaktadır. Tedavinin amacı yeterli orbital volümü sağlayarak ve orbital yapıları destekleyerek orbita taban defektini onarmaktır. Orbita taban defektini rekonstrüksiyonunda otolog kemik greftleri veya titanyum mesh implant materyalleri kullanılabilir. Bu çalışmanın amacı otojen kemik grefti ile onarım yapılan hastalar ile titanyum mesh plak ile onarım yapılan hastaların pre- ve postoperatif orbita volümlerini karşılaştırarak orbita taban kırıklarında tedavi etkinliğini araştırmaktır.

Hasta-Metod: 2010-2016 yılları arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği'nde orbita

taban fraktürü sebebiyle opera edilen hastalar retrospektif olarak taranmıştır. Preop fizik muayene ve maksillofasiyal tomografi ile değerlendirilip ameliyat endikasyonu konulan hastalar defekt onarım metodu açısından titanyum mesh plak ile onarılan ve otolog kemik grefti ile onarılan hastalar olmak üzere iki grup oluşturulmuştur. Hastaların demografik bilgileri, pre- ve postoperatif fizik muayene bulguları ile maksillofasiyal tomografi ile hesaplanan orbital kavite volümleri karşılaştırılmıştır. Hacim hesaplamasında Cavalieri prensibine dayanarak sterolojik volüm ölçümü yapılmıştır. Orbita anteriorunda zigomatikofrontal buttress ile nazomaksiller çıkıntıyı birleştiren bir çizgi ile, posteriorunda ise optik foramen ile sınırlandırılarak standardize edilmiştir.

Sonuç: Titanyum mesh plak ve otolog kemik grefti ile onarılan orbita taban fraktürlerinin pre- ve postoperatif orbita volüm karşılaştırılmalarında, her iki onarım yönteminde de orbita hacmi anlamlı ($p<0.05$) olarak değişmekle beraber; orbita hacim değişimleri de iki onarım yöntemi arasında anlamlı fark ($p<0.05$) göstermektedir. Bu istatistiksel analizlere göre; greft ile onarım yöntemiyle postoperatif orbita hacmi açısından daha iyi sonuçlar elde edilmektedir.

Orbita taban fraktürleri yeterli tedavi edilmez ise ileri dönemde enoftalmus, diplopi gibi istenmeyen fonksiyonel ve estetik sonuçlara yol açmaktadırlar. Titanyum mesh plak veya otolog kemik grefti ile orbita taban defektini onarımı hem orbital hacmin korunmasını sağlayarak hem de orbitadaki yapıları destekleyerek geç dönem fonksiyonel ve estetik kayıpları önleyebilir. Bu iki onarım yöntemi arasında, kemik grefti ile onarım, orbita hacminin korunmasında istatistiksel analizlere dayanarak, daha etkili bir yöntem olarak saptanmıştır.

P347

Pediyatrik Mandibula Kondil Fraktürlerinde Kapalı Tedavi: Eski Ama Başarılı Bir Yöntem

Gökhan Temiz, Kübra Ece Kalafatlar,
Gaye Taylan Filinte, Cem Berkay Sınacı,
Hakan Şirinoğlu, Sultan Yalçın
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu çalışmanın amacı pediyatrik kondiler fraktürlerde kapalı tedavinin sonuçlarını ortaya koymaktır

Metod: Çalışma 2011-2015 yılları arasında kondil fraktürü nedeniyle kliniğimize başvuran çocukları içerecek şekilde retrospektif olarak planlandı. Tüm hastalarda fraktür karakterlerini anlamak amacıyla BT kullanılarak fraktür tipleri belirlendi. IMF süreleri, postoperatif takipte oklüzyon durumu, ağız açıklıkları (Muller persantil grafiği ile), TME subjektif yakınmaları, yiyebilme yetenekleri ve profil fotoğrafları üzerinden yüz gelişimleri değerlendirildi.

Bulgular: 21 pediyatrik hasta kondili de içeren mandibular fraktürü nedeniyle kliniğimizce tedavi edildi. Yaş ortalaması 8.8 (2-15) yıl olarak hesaplandı. Cinsiyet dağılımı K/E: 5/16 olarak görüldü. En sık fraktür tipi kondiler fraktür olarak bulundu. 9 hastada bilateral kondil fraktürü saptandı. 10 hastada kondil fraktürüne simfizis veya parasimfizis fraktürünün eşlik ettiği görüldü. Tüm kondil fraktürleri kapalı olarak tedavi edildi. Archbar ortalama olarak 17 gün tutuldu. 7 hastada simfizis ve parasimfizis fraktürüne ARIF uygulandı. Postoperatif dönemde 9 hasta takip edilebilmiştir. Yaş ortalaması 6.2 (2-12) yıl olarak bulunmuştur. Ortalama takip süresi 29.7 aydır (12-65 ay). Diğer hastalarda

maksimum ağız açıklığı persantil eğrisine göre 2 hastada 25 p, 4 hastada 10p, 2 hastada 3 p, 1 hastada 1p> olarak ölçülmüştür. Tüm hastalarda yiyebilme yeteneğinin grade 6 seviyesinde olduğu görülmüştür. 1 hastada zihinsel ve fiziksel engel dolayısıyla ağız açıklığı ve oklüzyon değerlendirilememiştir. Bu hasta haricinde ciddi oklüzyon bozukluğu saptanmamıştır. TME şikayetleri değerlendirildiğinde 1 hasta fraktür olan tarafta yemek yerken ağrı olduğunu tariflemiştir. 1 hasta çene hareketleri sırasında ses geldiğini ifade etmiştir. Fotografik analizlerde belirgin mandibula gelişim geriliği görülmemiştir.

Sonuç: Pediatrik yaş gurubunda maksillofasiyal fraktürlerin en problemlilerinden olan kondil fraktürlerinin tedavisinde IMF ile gerek fonksiyonel gerekse kozmetik açıdan başarılı sonuçlar alınabilmektedir.

P348

Jacob's Hastalığına Bağlı Koronoid Hiperplazisi: Olgu Serisi ve Güncel Yaklaşım Sunumu

Erol Kozanoğlu¹, Fethi Sarper Mete¹, Serhat Atalay Eviş¹, Cengizhan Ekizceli¹, Gökhan Semerci¹, Nalan Bölükbaş Çapan², Demirhan Dıraçoğlu², Ufuk Emekli¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Hastaların ağız açıklığı birçok sebepten azalmış olabilir. Bu kısıtlanmanın nadir sebeplerinden biri koronoid hiperplazisidir. Mandibulanın koronoid çıkıntısının osteokondromatöz hiperplazisine Jacob's hastalığı adı verilir ve bu tanı sıklıkla atlanır.

Yöntem-Gereçler: Bu çalışmada, Aralık 2010 - Haziran 2016 arasında tedavi ettiğimiz üç Jacob's sendromu hastası üzerinden hastalığın epidemiyolojisini, etiyolojisini, tanılma basamakları ve tedavi seçeneklerini irdeledik.

Olgu: Tüm hastalar kliniğimize üçüncü basamak fiziksel tıp ve rehabilitasyon birimlerinden ağız açıklığında kısıtlılık ile yönlendirilmişti. Panoramik grafi ile koronoid hiperplazi görüldükten sonra eşlik eden diğer kraniyomaksillofasiyal bozuklukları değerlendirmek için üç planlı ve ince kesitli maksillofasiyal bilgisayarlı tomografi çekilmiştir. Cerrahi yöntemle, ağız içinden girilerek her iki hiperplastik koronoid çıkıntılar rezeke edilmiştir.

Bulgular: Bu kemiklerin patolojik incelemesinde tüm olgularımızda osteokondrom saptanmıştır. Tüm hastalar, fakültemizin çene eklemi hastalıkları tedavi ünitesine yönlendirilmiş ve ameliyat sonrası dördüncü günde yoğun ve etkin germe egzersizlerine başlanmıştır.

Sonuçlar: Hastaların ortalama takip süresi 17 aydır (9 ila 45 ay). Ağız açıklığındaki ortalama artış 15 milimetredir (10 ila 20 milimetre).

Tartışma: Nadir olmasına rağmen Jacob's hastalığı, ağız hareketleri kısıtlanmış hastalarda ayırıcı tanı içinde düşünülmelidir. Temel radyolojik testler ile koronoid hiperplazisi saptandıktan sonra mekanik bozukluklar cerrahi yöntemle giderilmelidir. Bu çalışmada, ağız içinden yapılan cerrahi girişimin güçlüklerine yönelik çeşitli çözümler de tanımlanmıştır. Özellikle fizik tedavi, cerrahi sonrası olmazsa olmaz tedavidir.

Koronoidektomide şine teli uygulaması



Koronoidektomi tamamlanmadan önce osteotomi hattı kraniyalinden bir şine teli geçirilirse diseksiyon kolaylaşır ve kemiğin kraniyale kayması engellenir.

P349

Kraniosinostoz Cerrahisinde Karşılaştığımız Minör Komplikasyonlar Ve Önlenmesi İçin Öneriler

Gaye Taylan Filinte¹, Tufan Hiçdönmez²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Kartal Dr. Lütfi Kırdar

EA Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Kartal Dr. Lütfi Kırdar

EA Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi İstanbul

Kraniosinostoz cerrahisi bir ekip işidir. Temel olarak Hastanemiz Beyin Cerrahisi ve Plastik Cerrahi Kliniğinden oluşan Pediatrik Kraniyofasiyal ekibin 6 yılda ameliyat etmiş olduğu 54 kraniosinostoz (trigonosefali, plagiosefali, skafosefali, brakiosefali) olgusunda karşılaşılan minör komplikasyonlar bu çalışmada incelendi. Minör komplikasyonlar; sütür reaksiyonu, temporal çöküklük, pulsasyon, alopesi, hipertrofi kskar gelişimi olarak belirlendi.

Olgular değerlendirildiğinde karşılaşılan en sık komplikasyonlar sütür reaksiyonu (%9,2) olarak gözlemlendi. Şaçlı deri sütürasyonu aşamasında kullanılan emilebilir örgülü sütür kaynaklı olduğu düşünülerek emilebilir monofilaman çeşit sütür kullanılmaya başlandı.

Hipertrofik skar ve alopesi birbirine her zaman eşlik etmekteydi, bunun en büyük nedeni gerginlik ve kanama kontrolü aşamasında kontrolsüz koterizasyon olabileceğini düşünülerek ve ameliyat başlamadan önce insizyon alanına vazokonstriksiyon ve dilüsyon amaçlı lokal anestezi infiltrasyonu sonrası yeterli bekleme süresi eklendi. İki hastada görülen pulsasyon yine yetersiz kanama kontrolüne bağlı olabileceği düşünüldü, yine bölgesel kemik gelişimi yetersizliği olabileceğinden bu hastalar takibe alındı. Temporal kas her ne kadar yerine dikilse de bazı hastalarda detache olmasına bağlı görülen temporal çöküklük bu bölge sütürasyonuna fazladan zaman ve ek sütür gereksinimini doğurdu. Kasi kemiğe tuturmada değişik yöntemler denendi.

Oldukça hızlı ve planlı gerçekleştirdiğimiz kraniosinostoz cerrahisinde önerimiz bu ameliyatların her zaman aynı ekiple gerçekleştirilmesi ve minör komplikasyonların irdelenerek neden sonuç ilişkisinin kurulması ve aktif olarak giderilmeye çalışılmasıdır.

Tablo

	H a s t a sayısı	S ü t ü r reaksiyonu	Pulsasyon	Temporal çöküklük	Alopesi	Hipertrofik skar
Plagiosefali	14	4	0	2	1	1
Trigonosefali	21	0	2	1	2	2
Skafosefali	15	1	0	0	2	2
Brakisefali	4	0	0	1	0	0
Toplam	54	5 (% 9,2)	2 (% 3,7)	4 (% 7,4)	5 (% 9,2)	5 (% 9,2)

P350

Pediatric Kondil Kırıklarında Tedavi Uygulamalarımız

Zeynep Karacor-Altuntas, Mecid İsmayilzade
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD, Konya

Giriş: Mandibula fraktürleri pediatrik maksillofasiyal travmalarda %20-%50 sıklıkla en sık karşılaşılan kırıklardır.(1) Mandibular kondil bölgesinin karmaşıklığı ve bölgenin diğer kraniofasiyal yapılara anatomik yakınlığı tanı ve tedaviyi zorlaştırmaktadır. Bu sebeple mandibular kondil kırıklarının tedavi yaklaşımları halen tartışmalıdır. Literatürde konservatif tedavi, intermaksiller fiksasyon ve açık redüksiyon ve internal tespit metodlarıyla ilgili farklı başarı oranları bildirilmektedir. Bu çalışmada, kliniğimize mandibula kondil kırığı ile başvuran pediatrik hastalar retrospektif olarak incelenerek sonuçları tartışılmıştır.

Hastalar : 2013-2015 yılları arasında kliniğimize mandibula kondil kırığı ile başvuran 0 -18 yaş arası hastalar retrospektif olarak tarandı. Yaş, sex, etyoloji, kondil kırığına eşlik eden mandibula diğer bölge kırıkları, tedavi yöntemi, postoperatif komplikasyon, ağız açıklığı ve oklüzionları değerlendirildi. Tespit edilen 12 hastadan 10 erkek 2 si bayandı. Yaş ortalaması 13,58 idi (3 – 18 yaş). Etiyolojide 2 hastada yüksekten düşme, 9 hastada araç içi kaza, 1 hastada darp tespit edildi. 5 hastada izole kondil kırığı vardı. 7 hastada unilateral, 5 hastada bilateral kondil kırığı mevcuttu. 4 hastada kondil kırığına parasimfizis fraktürü, 3 hastada ise simfizis fraktürü eşlik etmekteydi. 2 hastada konservatif tedavi, 6 hastada intermaksiller tespit, 4 hastada açık redüksiyon ve internal tespit yöntemi uygulandı.

Bulgular : Postoperatif hiçbir hastada ciddi bir komplikasyon görülmedi. Hastaların ortalama takip süresi 8,4 aydı. Postoperatif ağız açıklığının özellikle 9 yaş altı çocuklarda ilk 3 aylık erken dönemde çok iyi sonuçlar sergilediği gözlemlendi. 9 yaş üstü dönemde ağız açıklığında kısıtlılık ve hafif ağrı şikayeti olan hastalara fizik tedavi egzersizleri uygulandı ve iyi sonuçlar elde edildi. Hastaların % 95 inde oldukça kabul edilebilir düzgün ağız kapanışı elde edildi.

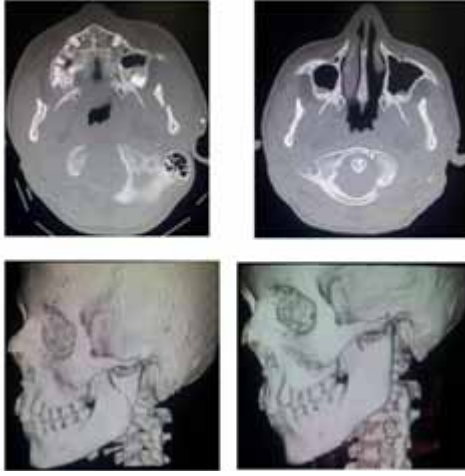
Tartışma: Pediatric mandibula fraktürü etyolojisi arasında düşme %59,5 gibi bir oranla ilk sırada yer almaktadır(2). Bunu %24,05 oranı ile trafik kazası izlemektedir. Ali Ghasemzadeh ve arkadaşlarının yaptıkları 20 yıllık oldu deneyimleri çalışmasında pediatrik kondil kırıklarında etyolojik sıralamada ilk sırada % 59,4 oranla motorlu taşıt yaralanmaları yer almaktadır. Bizim olgulardan

elde ettiğimiz verilere dayanarak 18 yaş ve 18 yaş altı popülasyonda kondil kırıklarında etyolojik faktör olarak ilk sırada trafik kazalarının neden olduğunu görebiliyoruz. Tedavide hedef maksillofasiyal simetrisinin, oklüzionun ve kırık segmentler arasındaki ilişkinin yeniden sağlanması ile travma öncesindeki fonksiyonun yeniden sağlanmasıdır. Konservatif tedavide hastalara yumuşak diyet ve takip önerilmektedir (3,4). Kapalı redüksiyon yönteminde kırık hattına cerrahi olarak yaklaşılmadan, başta arch barlar olmak üzere, splintler, intermaksiller fiksasyon vidaları ya da braketler yardımıyla intermaksiller fiksasyon (IMF) ile immobilizasyon sağlanır. (3,4) Açık redüksiyon kırık bölgesine cerrahi olarak ulaşılması ve kemik segmentlerinin birleştirilerek sabitlenmesini içermektedir. Açık redüksiyonun avantajları; travma öncesindeki anatomik ilişkinin sağlanması, kırığın uygun bir şekilde stabilize edilmesi, uzun dönem IMF'ye ihtiyaç duyulmaması, kırık iyileşmesinin daha hızlı bir şekilde gerçekleşmesi ve hastaya daha erken aşamada intermaksiller kazandırılması, olarak özetlenebilir. Ancak kondiler kırıkların açık redüksiyonu kolay bir girişim değildir. Belli bir cerrahi tecrübe, zaman ve ekip gerektirir. Açık redüksiyon sonrası oluşabilecek komplikasyonların oranı kapalı redüksiyona kıyasla daha fazladır. Kondil kırıklarının tedavisinde açık ve kapalı cerrahi teknikler sürekli karşılaştırılmakta ve her iki yönetime ait destekleyici veriler sunulmaktadır. Tedavi planını belirlemede cerraha yardımcı olacak en önemli faktörler yaş, mandibuladaki diş varlığı, kırığın yeri ve deformitenin derecesidir. Vesnaver ve arkadaşları tek taraflı ve ekstrakapsüler kondil kırığı bulunan 62 hastadan 42'sini cerrahi yaklaşımla, 20'ini konservatif yaklaşımla tedavi etmişlerdir. İki grup arasında klinik parametrelerin ve X-ray görüntülerinin karşılaştırıldığı çalışmada cerrahi yaklaşımın istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha iyi sonuçlar gösterdiği belirtilmiştir. Ali Ghasemzadeh ve arkadaşlarının 92 kondiler fraktürlü 64 pediatrik hastayla yaptığı çalışmada kapalı tedavi yönetiminin pediatrik hastalarda tercih edilebilir olumlu sonuçlar elde ettirdiği vurgulanmıştır. Biz 4 vakamızda açık redüksiyon internal tespit uygularken 7 vakada intermaksiller tespit ve 1 vakada yumuşak diyet ve konservatif tedavi uyguladık. Her iki teknikte de oldukça kabul edilebilir ağız açıklığı ve düzgün ağız kapanışı elde edildi. Hastalarımızdan elde ettiğimiz tecrübeye göre pediatrik popülasyonda, peroperatif düzgün ağız kapanışı sağlanarak yapılan intermaksiller fiksasyon ile açık cerrahiye gerek kalmadan oldukça iyi sonuçlar elde edilebileceğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar:

- 1- Smartt JM Jr, Low DW, Bartlett SP. The pediatric mandible: II. Management of traumatic injury or fracture. Plast Reconstr Surg. 2005 Aug;116(2):28e-41e
- 2- Çetingül E.: Çene ve yüz travmatolojisi. İzmir, 2002
- 3- Büyükakyuz N, Oğut M, Uyumaz N, Öztürk M. Alt çene kondil kırıkları ve tedavi yöntemleri. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2010;44(1):55-61.
- 4- Sickels J, Parks W. Temporomandibular joint region injuries. In: Fonseca R, editor. Oral and Maxillofacial Surgery. Philadelphia: Saunders Company; 2000. p. 136-148.

Resim 1



İntermaksiller tespit uygulanan 14 yaşındaki hastanın preop. ve postop 4. ay tomografi görüntüleri

Tablo 1

HASTA	YAŞ	SEX	İZOLE KIRIK/BİLATERAL/ EŞLİK EDEN KIRIK	ETYOLOJİ	CERRAHİ YÖNTEM
1	15	E	İZOLE	TK	İMF
2	15	E	+ PARASİMFİZİS	TK	İMF
3	12	E	BİLATERAL KONDİL	TK	İMF
4	17	K	+ SİMFİZİS + ANGULUS MANDİBULA	TK	AÇIK
5	18	E	BİLATERAL KONDİL + SİMFİZİS	DÜŞME	İMF
6	18	E	BİLATERAL KONDİL + PARASİMFİZİS	DARP	AÇIK
7	11	E	BİLATERAL KONDİL + PARASİMFİZİS	TK	KONSERVATİF
8	9	E	İZOLE	DÜŞME	AÇIK
9	3	E	İZOLE	TK	KONSERVATİF
10	15	E	BİLATERAL KONDİL + PARASİMFİZİS	TK	İMF
11	16	E	İZOLE	TK	İMF
12	14	K	+ SİMFİZİS	TK	AÇIK

Hastaların özellikleri ve uygulanan tedavi yöntemleri TK: Trafik kazası IMF: İntermaksiller fiksasyon

P351

Kraniosinostoz Cerrahisinde "Tongue-In-Groove" Osteotomisi ile Yapılan Frontoorbital İlerletme Geometrik Olarak Mümkün Mü?

Tufan Hiçdönmez¹, Gaye Taylan Filinte²,
Murat Sait Seçkin³, Erdal Gür¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Kartal Dr. Lütfi Kırdar EA Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Kartal Dr. Lütfi Kırdar EA Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi İstanbul

³Ümraniye EA Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi İstanbul

Anterior plagiosefali, trigonosefali ve brakiosefali, alın bölgesini etkileyen üç ana kraniosinostoz şeklidir. Bu kraniosinostozların cerrahi tedavisi için alını oluşturan iki bölge; supraorbital bar ve frontal kalvaryumun beraber ele alınması gerekir.

Bu amaçla sıklıkla kullanılan cerrahi teknik, "tongue-in-groove" osteotomisi yöntemi ile fronto-orbital alanın kesilerek "tongue-in-groove" tekniği ile fronto-orbital barın ileri ilerletilmesidir. Bu işlemle temporal kemikten uzatılan barın oluşan yarık içinde ilerletilmesi ve fiksasyonu yapılmaktadır. Kraniosinostoz cerrahisinde çok popüler olan bu tekniğin 3 boyutlu bir boşlukta nasıl sağlandığı ve ne derece ilerletileceği üzerinde çok durulmamıştır.

Bu çalışmada 3 boyutlu plastik modelleme ile "Tongue-in-groove" osteotomisi çalışılmış ve eksik kalabilecek yanları tartışılmıştır.

Sonuç olarak, Supraorbital barın "Tongue-in-groove" osteotomisi ile ilerletildiğinde, nazofrontal açının 1 ve 2 cm ilerletmelerde dahi uygun oluşturulamayacağı, eğer nazofrontal açı oluşturulacak ise de, "Tongue-in-groove" oluşuna uygun fiksasyon yapılamayacağı, sonuçta ise, bu denli komplike ve uzun bir osteotominin işe yaramadığı için yapılmaması gerektiği yönünde düşüncelerimiz oluşmuştur.

P352

Bomba Patlaması Sonucu Kaya Parçasının Yüz Sağ Kesiminde Yarattığı Yüksek Enerjili Yaralanmanın Rekonstrüksiyonu: Olgu Sunumu

Mehmet Sürmeli, Funda Aköz Saydam,
Yunus Doğan, Salih Onur Basat

İstanbul Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Son dönemlerde oldukça artan bomba ve bomba etkisine sekonder yüksek enerjili travmalar normal kırık paternlerinden farklı daha beklenmedik klinik durumlara yol açmaktadırlar. Normalde maksillofasiyal travmaların en sık nedenleri olan trafik kazaları ve darbelere-düşmeye bağlı künt travmalar fasiyal kemiklerin daha zayıf olduğu belirli hatlarda kırıklara neden olurken patlamalara bağlı yüksek enerjili travmalarda oldukça yaygın yumuşak doku hasarı ile beraber atipik fasiyal kırıklar görülmektedir. Suriyede bomba düşmesi sonrası kayanın yüzüne çarpması sonucu yaralanan 18 yaşındaki hastada tüm sağ maksilla, medial zigoma, orbital tabanı, sağ nazal duvarın ve sağ apertura komşulundaki maksillanın paramparça olduğu görüldü. Bu multipl kemik yaralanmasına çok geniş bir alanda kirli yumuşak doku yaralanması da eşlik etmekteydi. Hastanın devital ve kirli olan kemik ve yumuşak doku fragmanları debride edildi. Takiben 10 litre SF ile yıkaması yapıldı. İnfraorbital nazo-maksillo-zigomatik kuşak hattının rekonstrüksiyonu amacıyla 6x3cm'lik sağ iliak kanselöz

kemik grefti ve orbita tabanı rekonstrüksiyonu için 2,5x3,5cmlik unikortikal iliak kemik alındı. Orbita taban greftinin tespit edileceği sağlam bir kemik platformu olmadığından bu fragman lateralde zigoma güdüğüne, anteriorda ise nazal kemik ve zigoma güdüğü arasına yerleştirilen 6x3cmlik kemik greftine tespit edildi. Intraoperatif olarak bilateral göz hizaları karşılaştırılarak orbital distopi ihtimali en aza indilirdi. Debride edilen fasiyal kas ve yumuşak dokular ilerletilerek defekt alanı lokal flepler ile kapatıldı. Postoperatif izleminde sorunu olmayan hasta serviste 1 ay boyunca izlendi. Herhangi bir enfeksiyon veya kemik nekrozu bulgusu gözlenmedi. Ancak Suriye'ye dönmesi nedeniyle uzun süreli takipleri yapılamadı. Yeterli yumuşak doku örtüsünün olduğu durumlarda 5-8cm arası kanselöz kemik greftlerinin güvenilir şekilde kullanılabileceği bildirilmiştir. Buradaki vakada olduğu gibi genç ve kanlanmanın oldukça iyi olduğu fasiyal alanlarda bu greftler daha güvenilir olarak tercih edilebilir. Özellikle orbital rekonstrüksiyonda sekonder distopi ve buna bağlı şaşılık-diplopinin önlenmesi için intraoperatif olarak orbital taban hizalamasına dikkat etmek gereklidir.

Bomba ile yaralanan hasta



Bomba yaralanması sonucu yüz sağ tarafındaki yüksek enerjili travmanın rekonstrüksiyonu

P353

Anterior Plagiosefali Cerrahisi Sonrası Kraniofasiyal Düzelmelerin Değerlendirilmesinde Derecelendirilmesinde Fotografik Ölçümlerin Kullanılması

Gaye Taylan Filinte¹, Tufan Hiçdönmez², Nebil Yeşiloğlu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Kartal Dr. Lütfi Kırdar EA Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Kartal Dr. Lütfi Kırdar EA Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi İstanbul

Anterior Plagiosefali gibi tek taraflı koronal sütürün erken kapanması ile ilgili simetrik olmayan kraniosinostoz cerrahisinde ameliyat başarısını gösteren temel nokta estetik düzelmedir. Bu hastaların ameliyat öncelerine göre gösterdikleri düzelme hastaların ameliyat öncesi ve sonrası standart fotografik ölçümler uygulanarak değerlendirilebilir. Bu çalışmada ameliyat edilen 14 anterior plagiosefali olgusu ameliyat öncesi ve sonrası fotoğraflarıyla ameliyat sonrası fotoğrafları karşılaştırılarak değerlendirildi. Tüm hastaların birinci yıl sonundaki fotoğrafları değerlendirmeye alındı. Değerlendirmede AdobePhotoshop CS6 kullanılarak açı ölçümleri ve alan hesaplamaları yapıldı, bunlar ameliyat öncesi fotoğraf ve tomografi kesitleri ile karşılaştırıldı. Erken yaş grubu (1 yaş öncesi) ameliyat edilmesi tercih

edilen bu hasta grubunda, standart hale getirilen bir ön arka fotoğraf çekimiyle hastanın düzelme derecelerinin değerlendirilmiştir.

P354

Fasiyal Paraliziye Bağlı Oluşan Ağız Köşesi Disfonksiyonunda Kullanılan Süspansiyon Tekniğinin Vektörel ve Açısal Farklılığa Göre Karşılaştırılması

Özlenen Özkan, Hasan Tuna Türkmen, Mehmet Can Ubur, Yalçın Leymunççeği, Sinem Çilingir, Ömer Özkan
Akdeniz Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD

Giriş: fasiyal sinir felci hastalarda duygusal ve fonksiyonel anlamda en yıkıcı sonuçlara yol açan kranyal sinir lezyonlarından birisidir.oral kompetansin bozulması,azalmış salivasyon,göz kuruluğu ve estetik görünümde bozulmaya bağlı psikolojik etkilenme sonuçlarından bir kaçısı olarak değerlendirilebilir.bu grupta hastaları en çok rahatsız eden bulgulardan biri nazolabial oluktaki silikliklidir. çalışmamızda multivektöryel fasya lata grefti statik süspansiyon tekniği ile stripler arasında açı ve sayı farklılığının postop dönemde estetik ve fonksiyona etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır

Materyal ve metodlar: çalışmada 2 hasta değerlendirilmiştir. akustik nörinom eksizyonu sonrası sol periferik fasiyal paralizi oluşan 42 yaşında bayan hasta ve yine akustik nörinom eksizyonu sonrası sol periferik fasiyal paralizi oluşan 50 yaşında erkek hasta değerlendirmeye alındı. hastaların preoperatif ve postoperatif fotoğrafları ve fonksiyonel durumları değerlendirildi.

Sonuçlar: 1.vaka: sağ uyluktan 15x6 cm fasya lata grefti alındı.greftler çift tabaka haline getirildi.3 strip oluşturuldu. stripler farklı açılar oluşturularak inset edildi. 1.strip alt dudak ile alt preauriküler bölgede smasa 2.strip üst dudak ile derin temporal fasya arasına 3.strip modiolus ve üst preauriküler bölgede zigoma periostuna inset edildi.hospitalizasyon süresi 3 gündü. 2.vaka: sol uylukta tensor fasya latadan 18 x 10 cm boyutlarında fasya lata grefti alındı. greftler çift tabaka olacak şekilde 4 stripe ayrıldı. 1.strip alt dudak ile alt preauriküler bölgede smasa 2.strip üst dudak ile derin temporal fasya arasına 3.strip modiolus ile preauriküler bölge orta hatta smasa 4.strip modiolus ve üst preauriküler bölgede zigoma periostuna inset edildi.hospitalizasyon süresi 2 gündü. operasyon esnasında veya sonraki takiplerde lokal veya sistemik komplikasyonlara rastlanmadı.takiplerde nazolabial foldun ve oral komissürün simetrisi dikkate alındı.

Tartışma: çalışmamızda opere edilen 2 hasta arasında ilk opere edilen hastaya göre vektörlerin sayısının artmasının, açı farklılığının ve gerginlik dengesinin oluşturulmasının kas mimik simülasyonunun sağlanması ve daha estetik sonuçlara ulaşılması açısından daha faydalı olduğu sonucuna varılmakla birlikte tfl fasyası ile yapılan statik süspansiyonlarda literatürde zamanla sarkıklığın olduğu belirtilmiştir.kullanılan stripler arası açı ve sayı farklılığının postop dönem sonuçlarının değerlendirilmesi açısından uzun vadede daha fazla hasta ile çalışılması fonksiyonel ve estetik yönden daha detaylı yönlendirme sağlayacaktır.

fasya grefti ile statik askılama



Tartışma: ACC nadir görülen ve dura ve beyin tutulumu olan olgularda hızlıca ameliyatı gerektiren bir kongenital anomalidir. Bu erken tanı süreci yenidoğan, beyin cerrahi ve plastik cerrahi doktorlarının uyumlu koordinasyonu ile mümkündür. Geçirilen her zaman yenidoğanda gelişebilecek menenjit gibi ciddi enfeksiyonlara neden olabilir. Bu hastalarda ciddi bir yoğun bakım desteğinin gerektiği unutulmamalıdır.

resim 1



P355

Nadir bir Kranial Anomali; Aplatia Cutis Congeniata

Mehmet Dadacı¹, Mehmet Fatih Erdi², Bilsev İnce¹,
Bülent Kaya², Serhat Yazar¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,
Noroşirurji AD, Konya

Giriş: Aplasia cutis congenita (ACC) nadir görülen non-enflamatuvar, iyi sınırlı, deri tabakalarının, subkutan dokunun daha nadir olarak da periost, kemik ve dura defektiyle seyreden bir hastalıktır. Defektler değişen oranlarda dermis ve epidermis'i etkiler. Hastalığın en yaygın formu skalpte yerleşen ve skalpte de daha sık vertexte görülen formudur. Scalp defekti olan hastalar %15 ile %30 arasında kafatası ve dural defekt'e sahiptir. Vakaların %20 -30'u menenjit, sekonder enfeksiyonlar, elektrolit kaybı ve sagittal sinustan hemoraji nedeniyle kaybedilir. Ayrıca nadir olarak bu defekten beyin dokusunun herniasyonu olabilir. Bu vaka sunumunda ACC'nin yenidoğan döneminde görülen oldukça ağır bir formu sunulup cerrahi tedavisi tartışılacaktır.

Olgu sunumu: 31 haftalık 1900 gr ağırlığında kız bebek doğuştan kafatasında kitle öntanısı yenidoğan bölümü tarafından beyin cerrahi bölümüne konsülte edilmiş beyin cerrahi ekibide rekonstrüksiyonu açısından tarafımıza danıştı. Hastanın yapılan muayenesi sonrası plesentanin kafatasına yapışık olduğu ve bu bölgeden beyin dokularının herniasyonu ve bu dokulara yapışıklığı görüldü. ACC tanısı konulan hastanın aynı zamanda Tessier cleft 2 yüz yarığı, bilateral dudak ve damak yarığı mevcuttu. Pediatri yenidoğan doktorlarının ameliyat onayını takiben beyin cerrahi ekibi tarafından genel anestezi altında hasta ameliyata alındı. Hastanın yapışık kese bölgesi ayrılıp buraya beyin dokusununda herniye olduğu görüldü. Beyin dokuları mümkün olduğu kadar korunarak yapılan rezeksiyon sonrası dura greftleri ile duraplasti yapıldı. Duraplasti sonrası plastik cerrahi ekibi olarak hasta devralındı. Duranın üzeri skalp flepleri ile kapatıldı. Dren konulmadı. Postoperatif pediatri yenidoğan yoğun bakıma devredildi. Hasta halen 6 ayında yaşamını devam ettirmektedir.

P356

Mandibulada Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma: Nadir Bir Patolojinin Gözden Geçirilmesi

Erman Ak, Erol Kozanoğlu, Serhat Atalay Eviş,
Cengizhan Ekizceli, Serhat Dünder, Ufuk Emekli
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Amaç: Çene ağrısıyla Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi polikliniğine başvuran hastalarda öncelikle temporomandibular eklem bozuklukları akla gelir. Fakat, bu bölgede ağrısı olan tüm hastalarda patoloji eklemle bağlı olmayabilir. Bu çalışmada, tarafımıza sol temporomandibular eklem ağrısıyla başvuran ve diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısı koyduğumuz bir hasta sunulmuştur.

Olgu: Kırk altı yaşındaki erkek hasta, iki aydır çene sol yarımında olan ağrı, şişlik ve uyuşukluk şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Hasta, şikayetlerinin giderek arttığını ifade etmekteydi. Yapılan fizik muayenede sol

temporomandibular eklem üzerinde hassasiyet, ısı artışı ve ödem saptandı. İnsiziv dişler arasındaki maksimum ağız açıklığı 40 milimetre olan hastanın ağız açarken sert sonlanması mevcuttu. Hasta, aynı zamanda başka bir merkezin Gastroenteroloji polikliniğinde mide lenfoması şüphesi ile takip altındaydı. Bu bulgular ışığında, hastanın mandibula sol yarımını kaplayan kitlesel bir lezyondan şüphelenildi ve hastadan panoramik grafi ve üç planlı ve ince kesitli maksillofasiyal bilgisayarlı tomografi istendi. Ayrıca, mideden de endoskopik yöntemle biyopsi yapılması planlandı.

Bulgular: Hastanın panoramik grafisinde mandibula sol kondili ve subkoniler alanı görülemedi. Hastanın bilgisayarlı tomografisinde, mandibula sol ramusunun başlayıp kondile kadar uzanan ve mandibulanın söz konusu kısmını genişleten litik lezyon görüldü. Bu görüntünün malign bir süreçle bağlı olduğu düşünüldü. Mide biyopsinin histopatolojik incelemesinde diffüz büyük B hücreli lenfoma saptandı. Hastanın eş zamanlı diffüz büyük B hücreli lenfoması olduğundan mandibuladaki kitlenin metastaz olduğu düşünüldü. Hasta, İç Hastalıkları Hematoloji Polikliniğimizde kemoterapi düzenlenmesi için yönlendirildi. Üç kür kemoterapi gören hastanın mandibulasındaki kitlenin klinik olarak küçüldüğü saptandı.

Sonuçlar: Temporomandibular eklem ağrıları sıklıkla eklem içi dinamiklerine bağlı olsa da bazı hastalarda nadir patolojiler de görülebilir. Literatürde, maksillofasiyal bölgenin primer veya metastatik lenfomaları nadiren ve olgu sunumu düzeyinde sunulmuştur. Tanıdaki gecikmeler sayesinde prognoz olumsuz etkilenmektedir¹. Anamnez ve fizik muayenede yer kaplayıcı lezyon gibi şüpheli bir bulgu saptanırsa hastanın tanınal çalışmaları derinleştirilmelidir. Panoramik grafi ve üç planlı ve ince kesitli maksillofasiyal bilgisayarlı tomografi ile malign şüpheli bir lezyon görülürse hastadan biyopsi alınmalıdır. Özellikle lenfoma özgeçmişli olan hastalarda ortaya çıkan atipik mandibula ağrılarında lenfoma metastazları akla gelmelidir².

1) Steg, R. F., Dahlin, D. C., & Gores, R. J. (1959). Malignant lymphoma of the mandible and maxillary region. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 12(2), 128-141. 2) Bugshan, A., Kassolis, J., & Basile, J. (2015). Primary Diffuse Large B-Cell Lymphoma of the Mandible: Case Report and Review of the Literature. *Case reports in oncology*, 8(3), 451-455.

P357

Nadir Görülen Aplasia Cutis Congenita'lı Olguya Yaklaşım

Özay Özkaya Mutlu¹, Mert Canlı¹, İlker Üşçetin¹, Suat Çelik²

¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Giriş: Aplasia cutis congenita, yenidoğanda fokal cilt defekti olarak ortaya çıkan nadir bir gelişim bozukluğudur. Genellikle sporadik görülen aplasia cutis congenita, aile öyküsü pozitif vakalarda sıklıkla değişen oranlarda gen ekspresyonu içeren otozomal dominant kalıtım ile ortaya çıkabilmekte ve en sık olarak Adams-Oliver sendromu olmak üzere çeşitli konjenital bozuklukların bir bulgusu olabilmektedir. Aplasia cutis congenita, vücudun herhangi bir bölgesinde görülebilmekle beraber %86 ihtimalle kranyumda, sıklıkla da vertekste yer alır. Doku defekti sıklıkla cilt ile sınırlı olup defekte galea, kranyal kemik ve dura tutulumu da eşlik

edebilmektedir. Bu durumda defekt alanında serebral yapılar ve sagittal sinüs ekspozite olmakta ve buna bağlı olarak menenjit başta olmak üzere çeşitli kranyal enfeksiyonlarda ve spontan kanama riskinde artış görülebilmektedir. Olası komplikasyonlara sekonder olarak artan morbidite ve mortalite riski, aplasia cutis congenita'nın erken dönemde tedavisini zaruri kılmaktadır. Bu olgu sunumu ile, vertekste kemik dahil olmak üzere tam kat doku defekti ile kliniğimize yönlendirilen nadir bir konjenital bozukluk olan aplasia cutis congenita olgusuna genel yaklaşım ve cerrahi tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Vaka Sunumu: Hastanemiz kadın doğum servisinde 3225 gram ağırlığında normal doğum ile Apgar skoru 9/9 olarak dünyaya gelen term bebek, verteks yerleşimli yaklaşı olarak 6*5 cm boyutunda doku defekti nedeni ile tarafımıza danışıldı. Lezyon noninflamatuvar karakterde, koyu renkli demarke olmuş eskar görünümünde idi. Aplasia cutis congenita öntanısı konulan hastanın yapılan muayenesinde sağ ayağında basit tipte inkomplet sindaktilisi mevcut izlenmiş olup ön planda Adams-Oliver sendromu düşünüldü. Cilt defektinin uzanımını anlayabilmek amacıyla kranyal tomografisi ve ultrasonografik görüntülemesi istenen ve nöroloji ile beyin cerrahisi kliniklerine konsülte edilen hastanın radyolojik incelemeleri ardından lezyonun sadece skalp yerleşimli olmadığı, lezyona parietal kemik defektinin eşlik ettiği görüldü. Kardiyak muayenesi doğal olan ve takibine yenidoğan yoğunbakım ünitesinde devam edilen hastanın olası enfeksiyon ve spontan kanama riski nedeniyle erken dönemde operasyonu planlandı. Beyin cerrahisi ekibi ile beraber opere edilen hastanın doku defektinin kontrollü debridmanı ardından dura ve sagittal sinüsün intakt olduğu görüldü. Oksipital bazlı skalp transpozisyon flebi ile defekt alanı rekonstrükte edilen hastanın flep donör alanı için sağ uyluktan alınan tam kalınlıklı deri grefti kullanıldı. Operasyon sonrası dönemde takiplerinde kanama veya enfeksiyon görülmeyen hastanın taburculuğu planlandı.

Tartışma: Nadir görülen bir malformasyon olan aplasia cutis congenita, sıklıkla skalp yerleşimli bir doku defekti olarak ortaya çıkmaktadır. Vakalarda yalnızca cilt defekti olabileceği gibi, ek olarak galea, kranyal kemik ve duranın da eşlik edebilmesi nedeniyle preoperatif değerlendirmede defektin boyutu ve uzanımı ile içeriği net olarak ortaya konulmalıdır. Kemik defektinin eşlik ettiği vakalarda artan mortalite oranları; serebral yapıların ve sagittal sinüsün ekspozisyonuna sekonder olarak başta menenjit olmak üzere gelişen çeşitli enfeksiyonlar, artmış venöz tromboz ve spontan kanama riski ile ilişkilendirilmiştir. Tüm bu komplikasyonların önüne geçebilmek, nöral ve vasküler yapıların bütünlüğünü korumak, enfeksiyon riskini azaltmak ve gelişebilecek spontan kanama riskini azaltmak amacıyla tam kat defekti bulunan hastalarda erken dönemde cerrahi müdahale birinci tercih olarak ön plana çıkmaktadır. Bu olgularda eskar dokusunun kontrollü debridmanı ardından defektin flep ile rekonstrüksiyonu, aplasia cutis congenita'lı vakalarda altın standart tedavi yöntemidir. Aplasia cutis congenita, sıklıkla sporadik görülmekle birlikte başta kardiyak anomaliler olmak üzere çeşitli ekstremitte bozukluklarının eşlik ettiği Adams Oliver sendromunun bir bulgusu olabilmektedir. Bu nedenle özellikle skalp yerleşimli doku defekti ile doğan çocukların tüm vücut muayenesinin ayrıntılı olarak yapılarak olası ek anomalilerin erken dönemde saptanması büyük önem taşımaktadır. Ayrıca bu vakalarda yapılacak genetik analizler ile kalıtsal olarak ortaya çıkan bozuklukların ortaya konulması ve aileye genetik danışmanlık yapılması önerilmektedir.

Sonuç: Yenidoğanda görülen verteks yerleşimli aplasia cutis congenita, nadir görülen ancak ölümcül seyredebilen bir malformasyondur. Mortalite yüksek oranda mevcut kemik defekti ve sagittal sinüs ekspozisyonu varlığında gelişebilecek enfeksiyon ve kanama riski ile ilişkilidir. Bu

nedenle aplasia cutis congenita'lı yenidoğanın detaylı muayenesinin yapılarak varsa ek anomalilerin ortaya konulması, defektin boyut ve uzanımını değerlendirilmesi ardından erken dönemde operasyon planlanarak defektin rekonstrüksiyonu altın standart tedavi yöntemidir.

Verteks Yerleşimli Aplasia Cutis Conjenita, Transpozisyon Flebi ile Onarım



P358

Premaksilla Nekrozu: Bilateral Yarık Dudak Damak Hastasında Rijit Eksternal Distraksiyon İle Maksiller İlerletme Cerrahisi Sonrası Nadir Bir Komplikasyon

Çağatay Falcıoğlu, Fatih Tekin, Hakan Bulam, Soner Tezcan

Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Yarık dudak damak hastalığı ortalama olarak 1/1000 canlı doğumda görülmektedir.(1) Damak yarığı onarımı sonrası orta yüz hipoplazisi gelişebilmektedir. Tedavisinde maksiller ilerletme yöntemleri uygulanmaktadır. Bu çalışmada orta yüz hipoplazisi nedeniyle lefort-1 osteotomi+ r.e.d uygulanan ve postoperatif premaksillada nekroz gelişen hasta sunulmuştur.

Olgu: 18 Yaşında erkek hasta bilateral dudak damak yarığı nedeniyle 3 aylıkken dudak yarığı onarımı 1 yaşında damak yarığı onarımı ve damak fistülü nedeniyle multipl revizyon operasyonu geçirmiş hasta maksiller hipoplazi nedeniyle kliniğimize başvurdu. Maksillerhipoplazisi için hastaya 15 mm maksiller ilerletme planlandı. Genel anestezi altında yüksek Le-fort1 osteotomi+rijit eksternal distraksiyon(red) cihazını plaklarla maksillaya sabitlendi. Postoperatif 2. günden sonra premaksiller

gingivada dolaşım sıkıntısı gözlemlendi. Postoperatif 5.günden sonra günlük 1 mm olacak şekilde distraksiyona başlandı. Yaklaşık 15 gün sonra premaksillada 4 cm çaplı defekt meydana geldi. Yaklaşık 6 hafta sonra red cihazı çıkartılarak mini plaklarla rijit fiksasyon uygulandı. Premaksilladaki defekt obturator yardımıyla kapatıldı.

Tartışma: Dudak damak yarıkları en sık kranifasyal anomalilerden birisidir. Ortalama 1/1000 canlı doğumda gözlenmektedir.(1) Özellikle bilateral dudak damak yarığı nedeniyle opere edilen hastalar multipl ameliyat olması nedeniyle skar dokusu ve fibrozis daha fazla beklenmektedir. Özellikle dudak damak yarıklı hastalarda maksiller hipoplazi pek çok sebepten dolayı görülebilmektedir. Bunlar; konkav yüz profili, üst dudak desteğinin yetersiz oluşu, nasal tip projeksiyonu üst insisiv görünüşünün azalmış olması ve anterior ve posterior crossbite sayılabilir.(2) Maksiller gerilik amaçlı le-fort1 osteotomi sonrası ilerletme yapılabilmektedir. Ama bilateral yarık dudak olgularında skar dokusu ve fibrozisin fazla olması nedeniyle direk ilerletme önerilmemektedir. Eğer uygun ise ya çift çene operasyonu planlanmalı veya daha uygun olacak şekilde d.o işlemi yapılmalıdır.(3)

Özellikle 8 mm üzerinde ilerletme ihtiyacı olduğunda distraksiyon işlemi gerekmektedir. Rijit eksternal distraksiyon(Red) Cihazı D.O(Distraksiyonosteogenezis) cihazlarından eksternal olarak kullanılan çeşididir.

Distraksiyonosteogenezis (DO) yapay bir kırık oluşturularak, bir cihaz aracılığı ile, kemik bölümlerinin birbirinden yavaş yavaş uzaklaştırılması ve aradaki boşlukta yeni kemik oluşturma tekniğidir.

Edinsel ve konjenital birçok kraniofasyal sebeplerle d.o ihtiyacı olabilmektedir. Konjenital sebepler olarak;non-syndromik kraniosinozlar, sendromik kraniosinozlar, dudak-damak yarıkları örnek gösterilebilir. Edinsel sebepler olarak; post-travmatik deformasyon örnek gösterilebilir. D.O hasta ve doktor açısından uzun ve çeşitli işlemleri içeren süreçtir. Her cerrahi işlemde olabildiği gibi D.O de de çeşitli komplikasyonlar meydana gelebilmektedir. İatrojenik komplikasyon olabildiği gibi yavaş kallus oluşumu veya hızlı kallus oluşumunda olabilmektedir. Onun haricinde aksiyel deviasyon, enfeksiyon, maksiller kemikte nekroz(yumuşak doku hasarı) meydana gelebilmektedir.

Sonuç: Bilateral dudak damak yarıklı olgularda dudak damak bölgelerinde skar formasyonunun fazla olduğu bilinmektedir. Orta yüz hipoplazisi nedeniyle lefort-1 ilerletme veya lefort-1 osteotomi + D.O planlanan hastalarda ve özellikle bilateral dudak damak yarığı nedeniyle opere edilmiş hastalarda premaksiller nekroz olabileceği göz önünde bulundurulmalı ve ailesi bu konuyla ilgili bilgilendirilmelidir.

fig1



Premaksiller defekt

P359 Maxillomandibular Füzyon

Serdar Altun, Mehmet Emin Atli,
Mehmet İhsan Okur, Ali Bal, Ayşen Orman,
Furkan Kayhan
*Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi ABD, Elazığ*

Konjenital maksillomandibuler füzyon ağız boşluğu içinde değişik anatomik bölgelerde oluşabilen, etyolojisi bilinmeyen nadir bir anomalidir. Oral kavite duvarlarının medial hareketi ve ağız açıklığından dilin dışarı doğru hareketi alveol füzyon sürecini önler. Embriyonik gelişimin 7. ve 8. haftalarında meydana gelen anormal füzyonun genetik, teratojenik veya mekanik faktörlere bağlı olduğu düşünülmektedir. Füzyon değişen derecelerde epitelyal membranlar veya fibröz doku gibi doku bantları, kemik ya da kas dokuları içerebilir. Yumuşak dokular arasındaki izole füzyonlar synechia olarak tarif edilirken, kemik yapıları arasındaki füzyonlar syngnathia olarak refere edilmektedir. Hastamızda sol canine dişi seviyesinin lateral kısmında syngnathia tespitiyle beraber, anterior mukozal membranlar arasında sineşi mevcuttu. Bu anomali, tek başına ya da yarı damak, microglossia, mikrognaati dahil olmak üzere diğer bir takım patolojiler ile birlikte meydana gelebilir. Maxillo-mandibuler füzyon tanısı genellikle doğumdan hemen sonra tanımlanan ağız açıklığının hiç olmayışı veya kısıtlılığı ile konulur. Cerrahi zamanlama hastanın genel durumuna bağlıdır. Operasyon zamanına kadar malnutrisyonu önlemek amacıyla total parenteral veya nazogastrik tüp ile beslemek gerekli

olabilir. Aspirasyon ve nutrisyonel problemlerden kaçınmak ayrıca normal çene fonksiyonları (TME ankilozu) ve normal facial gelişim sağlayabilmek için erken cerrahi tavsiye edilir. Genellikle genel anestezi altında fiber-optik indirekt laringoskopi, nazal kör entübasyon ve gerekli durumlarda trakeostomi ile entübasyon yapılmaktadır. Yumuşak dokudaki füzyon giderildikten sonra istenilen ağız açıklığına ulaşmak için ameliyat sırasında mandibula mobilize edilmelidir. Ancak, güçlü manevralar nedeniyle yumuşak alveollerde ve yenidoğanlarda çene kırıklarına neden olabilir. Silikon plaklar gibi uygulamalar kemik ve mukozanın yeniden füzyonunu önlemek için kullanılabilir. Erken çene mobilizasyonu ve fizyoterapi de rekürrens riskini azaltır. Hasta yakın takibe alınmalı ve ailesi rekürrensi engellemek için durum hakkında bilgilendirilmelidir.

singnathia/jpg



P360 Nadir Görülen Bilateral Tessier Cleft 3 Vakasına Cerrahi Yaklaşım

Cengiz Eser, Eyüphan Gencel, İbrahim Tabakan,
Erol Kesiktaş, Metin Yavuz
*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif
ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana*

Tessier «cleft» 3 nadir görülen kraniofasyal anomalilerden biridir. 1. üst dudak, burun tabanı, nazoalveolar oluktan medial kantall bölgeye uzanarak punktumun medialinde kolobomla seyrederek bu anomali nazookuler anomali olarakta adlandırılmaktadır. Bilateral vakalar nadiren literatürde yer almıştır. 2. Bu nedenle standart bir cerrahi teknik onarımı tanımlanamamıştır. Kabul gören yaklaşımlarda rotasyon ve ilerletme flepleri, osteotomiler 3 ve iç içe geçmiş z plastiler 4 ile uygun anatomik devamlılığın kemik osteotomileri ve/veya kemik grefti uygulamaları 5 ile desteklenerek sağlanmasıdır. Özellikle dudak onarımları başarı ile yapılmasına rağmen alar kanat ve alt göz kapaklarında sekonder yaklaşımlara ihtiyaç duyulur. 6. Bu olgumuzda bilateral tessier cleft 3 olan hastada yapılan cerrahi teknik ve sonuç sunulmuştur. Doğuştan bilateral dudak damak yarığı her iki burun kanadınca uzanarak alt göz kapaklarına dek uzana hasta 30 günlükken bölümümüze başvurdu. Hikâyesinden göçmen olarak bulunduğu, annenin hamillik sırasında şüpheli ilaç veya enfeksiyon hikâyesinin olmadığı görüldü. Hastanın yapılan muayenesinde bilateral tessier cleft 3 yarıkları olduğu, alar kanatların süperiora deplase olduğu medial kantall bölgenin inferioara doğru yer değiştirdiği görüldü. Her iki gözde vizyon kaybının olduğu korneasının korunmamış olmasına bağlı ileri derecede keratit ve korneada opasiteleri saptandı nazolakrimal kanalın gelişmemiş olması nedeniyle epiforasi mevcuttu. 3. Boyutlu tomografik incelemede cleftin alveollerden orbita medialisine dek uzandığı görüldü. Sağ konjaktival kistik yapıları olan hastada her iki alt ve üst kapaklarda yer alan bilateral kolobomlara yönelik wedge kapamalar konjaktiva tars ve kas devamlılığı olacak şekilde yapıldı. Post op. 2 ayında (hasta 3 aylıkken) genel anestezi altında Millard tekniğine uygun lateral flepler maksiler kemik yapıdan serbestlendi her iki bukkal taraftan hazırlanan ilerletme flepleri nazal lateral subunitlerin devamı olacak şekilde kaldırıldı. Nazoglabeller bölgeden hazırlanan hatched flepleri inferiora ilerletildi

her iki medial kantal tendonun nazal kemiğe karşılıklı tespiti sonrası uygun katlarda sütürasyonlar yapıldı. Alar kanat tabanlarında oluşturulan rektangüler flepler lateral bukkal fleplere sütüre edildi. Kemik yapıya yönelik osteotomiler maksiler gelişim açısından uygulanmadı periost üzerinden sınırlı yapılan diseksiyonlarla uygun kapanmaları gerçekleştirilmesi nedeniyle kemik greftler uygulamadı. Postoperatif takibinde sorun olmadı. Hasta göz kapaklarına ve damak yarığına yönelik operasyon ve kemik gelişimin değerlendirilmesi amaçlı takibe alındı. Fasiyal kleftler ilk kez Tessier tarafından tariflenmiştir.1 3,4 ve 5 numaralı kleftler oblik seyreden nazooküler kleftlerdir. Bu kleftlerin tüm yüz yarıklarında görülme insidansının 100.000 doğumda 1.43 ila 4.85 arasında değiştiği raporlanmıştır.7. Bunların içinde bilateral tessier 3 olgular literatürde nadiren yer alır.2. Yumuşak doku onarımları dudak yarığı onarımları ile eş zamanlı yapılsa da aşamalı onarımlara maksiler gelişimle birlikte ihtiyaç duyan deformitelerin uzun vadede gelişmesi nedeniyle erken dönem kemik greftleme operasyonları sadece orbita tabanında geniş defekt olan olgularla sınırlı kalmıştır. Yumuşak doku ve kemik doku onarımlarının 2 ayrı onarım planlamasında düşünülmesi önerilmektedir.8 Bu olgumuzda bu nedenle kemik greftlemesinden kaçınılmıştır. Kemik gelişimi ile maksiller bölgeye destekleme amaçlı kemik greftleri distraksiyon ve osteotomiler ilerde planlanabilir.

1. Tessier P. Anatomical classification facial, cranio-facial and latero-facial clefts. Journal of maxillofacial surgery 1976;4(2):69-92.
2. Wu D, Wang G, Yang Y, Chen Y, Wan T. Severe bilateral Tessier 3 clefts in a Uighur girl: the significance and surgical repair. Journal of cranio-maxillo-facial surgery: official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery 2013;41(7):598-602.
3. Furnas DW, Achauer BM. Two cases of orbital dystopia: Tessier III cleft and craniofacial osteomas. Annals of plastic surgery 1981;6(1):66-70.
4. Cizmeci O, Kuvat SV. Tessier no. 3 incomplete cleft reconstruction with alar transposition and irregular z-plasty. Plastic surgery international 2011;2011:596569.
5. Sari A, Yavuzer R, Ozmen S, Tuncer S, Latifoglu O. Early bone grafting in Tessier number 4 cleft: a case report. The Journal of craniofacial surgery 2003;14(3):406-410; discussion 411-402.
6. Uemura T, Onizuka T, Suse T, Saiga A, Matsumoto N, Yoshimaru C, Nakamura H, Mitsukawa N. Composite Z plasty for cicatricial ectropion of Tessier III cleft. The Journal of craniofacial surgery 2004;15(1):51-53.
7. Darzi MA, Chowdri NA. Oblique facial clefts: a report of Tessier numbers 3, 4, 5, and 9 clefts. The Cleft palate-craniofacial journal: official publication of the American Cleft Palate-Craniofacial Association 1993;30(4):414-415.
8. Allam KA, Lim AA, Elsherbiny A, Kawamoto HK. The Tessier number 3 cleft: a report of 10 cases and review of literature. Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS 2014;67(8):1055-1062.

P361

Tip IV Konjenital Kulak Lobülü Klefti Ve Tedavisi Olgu Sunumu

Burçin Acuner, Tahsin Görgülü, Ahmet Eksal Kargı
Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Zonguldak

Konjenital kulak lobülü klefti çok nadir görülen bir malformasyondur. Kitayama kulak lobülü kleftlerinin 4 tip olarak sınıflandırmıştır; tip I – longitudinal kleft, tip II –

transverse kleft, tip III – tripl lobül kleft, tip IV – defektif tip kleft. Çok nadir görülmeleri nedeniyle kulak lobülü kleftleri için standardize bir tedavi yoktur. Olgumuzda 45 yaşında bayan hasta sol kulak memesinde doğuştan olan şekil bozukluğu nedeniyle polikliniğe başvurdu. Bu bozukluktan daha önce rahatsız olmadığını ancak torunları korktuğu için artık ameliyat olmak istediğini belirtti. Yapılan muayenesinde sol kulan lobülünde Kitayama tip IV kulak lobülü klefti olduğu saptandı. Hastaya lokal anestezi altında lobül inferiordaki deprese alan eksize edildikten sonra infraaurikuler bölgeden hazırlanan ilerletme flebi ile rekonstrüksiyon yapıldı. Hasta postoperatif sorunsuz olarak iyileşti. Kulak lobülü kleftlerinin hastaya fiziksel bir zararı olmasa da çoğu hasta psikolojik nedenlerle anormal görünmemek için opere olmaktadır. Konjenital kulak lobülü kleftleri genellikle tek taraflı olarak görülür. Tip IV kleft tedavisinde lokal flepler, kondrokutanöz postaurikuler arteriyel flep, V-Y ilerletme flebi, rektangüler flep ve hinge flep gibi flepler kullanılabilir. Bizim olgumuzda back-cut ile birlikte kullanılan ilerletme flebi tip IV kulak kleftinin rekonstrüksiyonu için yeterli olmuştur.

resim 1



Sol tarafta tip IV kulak klefti olan hastanın preoperatif görünümü

P362

Kimyasal Yanık Skarına Bağlı Orta Yüz Bölge Deformitesi Onarımı: Fasiyal Subünit Rekonstrüksiyonu

Harun Çöloğlu¹, Güllü Korkmaz Solmaz¹,
Enver Arpacı², Çağrı Ahmet Uysal³,
Nilgün Markal Ertaş³, Atilla Adnan Eyüboğlu³,
Mehmet Haberal⁴

¹Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Adana

²Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

³Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Ankara

⁴Başkent Üniversitesi Genel Cerrahi AD, Ankara

Giriş: Yüz yanıkları sonrasında oluşan skar dokuları, bir çocuğun yüzünün büyüme potansiyelini büyük ölçüde etkileyebilir. Ambliopi veya mikrostomi gibi komplikasyonlar acil rekonstrüksiyon gerektirirse, diğer komplikasyonlarda rekonstrüktif cerrahi prosedürler skar doku maturasyonu tamamlanıncaya kadar ertelenebilir. En iyi cerrahi skarı oluşturma hedefi; cerrahları estetik yüz birimleri ilkesinin öğretilerini sürdürmeye sevk etmiştir.

İlk kez Gonzales-Ulloa yüzün bölgesel estetik ünitelerini tanımlamıştır. Bu estetik üniteleri potansiyel veya gerçek kırışıklık hatlarına göre belirlemiştir. Yüzün cilt defektlerini benzer histoloji, kalınlık ve yapıdaki greftler ve flepler ile rekonstrükte ederek başarılı cerrahi sonuçlar elde edebileceğine inanmıştır. Kadavra çalışmaları ile gövdede 40, yüzde 14 estetik ünit tanımlamıştır. Bu fasyal 14 estetik ünit; alın, sağ ve sol yanaklar, burun, sağ ve sol üst ve alt göz kapakları, sağ ve sol kulaklar, alt ve üst dudaklar, mental alan ve boyundan oluşmaktadır. Amacı; cerrahi alanların sınırlarını her bir ünitin kendi doğal sınırına denk getirerek daha estetik bir sonuç elde etmektir. Burget ve Menick ise bu fikri geliştirerek «subünit kavramını» ortaya koymuşlardır. Biz de orta yüz bölgesinde yanık kontraktürü nedeni ile başvuran bir hastada «subünit prensibi» ile yaptığımız rekonstrüksiyonu ve sonucunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu Ve Yöntem: 5,5 yaşında hidroklorik asit (tuz ruhu) dökülmesi sonucu yüzünde kimyasal yanık oluşan ve dış merkezde deri grefti ile doku defekti onarımı yapılan hasta, 7 yaşında sağ alar kanat laterali ve üst dudak sağ yarısında kontraktüre bağlı deformasyon nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Sağ alar kanat laterali, sağ nazolabial alan ve üst dudakta kontraktüre neden olan skarlı dokuya kontraktür serbestlemesi amaçlı subünit prensibi esas alınarak dezepitelizasyon yapıldı. Oluşan defekt, subünit prensibi gözetilerek sol inguinal bölgeden alınan tam kat deri deri grefti ile onarıldı. Takip eden bir yıl içerisinde aşamalı olarak sağ alar kanat lateral çizgisini belirginleştirmeye yönelik cilt eksizyonu, sağ nazolabial alandan hazırlanan 2x2 cm'lik tek loblu lokal deri flebi ile alar kanat rekonstrüksiyonu, kolumella uzatılması ve tam kat deri grefti ile üst dudak filtral alan rekonstrüksiyonu yapıldı. Klinik takibimizde olan ve şu anda 9,5 yaşında olan hastanın ilk hali ile karşılaştırıldığında estetik ve fonksiyonel açıdan başarılı şekilde rehabilite edildiği farkedilmektedir.

Tartışma: Dudak rekonstrüksiyonunda amaç; simetriyi sağlamak, normal kontür oluşturmak, normal katmanlı kas anatomisini korumak ve farkedilemeyen izler oluşturabilmektir. Burun rekonstrüksiyonunda ise; Burget ve Menick, Gonzales-Ulloa'ya ek olarak dorsum, burun ucu, kolumella, her iki alar kanat, yan duvarlar ve yumuşak üçgenler olarak spesifik topografik subüniteler belirlemiştir. Aynı zamanda defektleri kapatırken topografik subünitelere göre kapatılmasını ve skarları en iyi şekilde saklamak için insizyonların bu topografik subünitelerin sınırları boyunca yapılması gerektiğini önermişlerdir. Topografik nazal subüniteler rekonstrüksiyonu planlamada esas olmakla beraber estetik bir sonuç elde edebilmek için cilt renk ve benzerliğini, kontür ve aktif hasarı içeren, nazal subünitenin modifikasyonuna yardımcı olan diğer faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır. Biz de yüzde kimyasal yanık skarına bağlı kontraktür nedeni ile başvuran hastaya «subünit prensibi» ile; kaynaşmış farklı estetik subüniteler arasında normal konuşma mesafesinden farkedilemeyecek izler bırakmayı, fasyal denge ve simetrinin sağlanarak dinamik bir fasyal ifade oluşturulmasını hedefleyerek rekonstrüksiyon gerçekleştirdik

Kaynaklar:

- 1- Kung TA, Gosain AK. Pediatric facial burns. J Craniofac Surg. 2008;19:951-959.
- 2- Iwahira Y, Maruyama Y, Yoshitake M. Aminiunit approach to lip reconstruction. Plast Reconstr Surg. 1994;93:1282-1285.
- 3- Rose EH. Aesthetic restoration of the severely disfigured face in burn victims: a comprehensive strategy. Plast Reconstr Surg. 1995;96:1573-1585.
- 4- Foyatier JL, Voulliaume D, Brun A, Viard R, Dionysopoulos A. Face rehabilitation for post-burn deformities. Ann Chir Plast Esthet. 2011;56:388-407.
- 5- Fattahi TT. An overview of facial aesthetic units. J Oral Maxillofac Surg. 2003;61:1207-1211.

subünit prensibi



Resim 2: Hastanın "subünit prensibi" ile yapılan rekonstrüksiyon ameliyatına ait resimleri.

P363

Edentilöz Hastada Ortognatik Cerrahi: Kolaylıklar Zorluklar

Tugba Gün Koplay, Şeyda Güray Evin, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Diş kaybı ile birlikte oklüzyon bozuklukları ile sıklıkla karşılaşmaktadır. Tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmekle birlikte kompleks olması ve zorluklarının yanında birtakım kolaylıklar da sağlamaktadır. Bu çalışmada, segmental diş kaybı mevcut, ortognatik cerrahi yapılan iki hastada edinilen tecrübelerin paylaşılması amaçlanmıştır.

Olguların Sunumu: Olgu 1 : 20 yaşında erkek hasta Angel sınıfılamaya sistemine göre Class 3 maloklüzyon ile başvurdu. 10 yıl önce geçirdiği trafik kazasından beri ön yedi dişi yoktu ve maksilla buna bağlı atrofik ve hipoplazikti. Her hangi bir operasyon öyküsü yoktu. Kliniğimizde yapılan Lefort 1 osteotomi sonrası 7mm maksiller ilerletme yapıldı.

Olgu 2: 22 yaşında yarık dudak damak sebebiyle opere bayan hasta, Class 3 maloklüzyon ile kliniğimize başvurdu. Mandibulada dört, maksillada sekiz dişi mevcuttu. Yapılan çift çene ortognatik operasyonunda maksilla 4mm ilerletildi ve mandibula 9mm geriye alındı. Her iki hastada postoperatif fonksiyonel ve estetik sonuçlar başarılı idi.

Tartışma Ve Sonuç: Maksillanın atrofik oluşu, skara bağlı diseksiyondaki zorluklar, diş kaybına bağlı intermaksiller fiksasyonda kullanılacak olan arch-barın yerleştirilmesindeki güçlükler; bu edentilöz hastalarda görülen dezavantajlarken dişe denk gelme korkusu olmadan vidaların yerleştirilebilmesi, maksillanın forseps ile manupasyonu işlemi kolaylaştırmıştı. Postoperatif yapılan lastiklemeyle rağmen diş kaybı mevcut hastalarımızda beslenme daha kolaydı. Yine oklüzyonu gösterecek herhangi bir olmaması, milimetrik hataların protezler yardımı ile kapatılmasını sağlayabilecekken bizim hastalarımızda gerek duyulmadı. Fonksiyonel ve estetik olarak yeterli sonucu elde etmek için bu hastaların interdisipliner gruplar ile tedavi edilmeleri gerekmektedir. Diş kaybı özellikle operasyon sırasında oklüzyonun sağlanması ve takibinde güçlük çıkarsa da, bu bir avantaj haline de dönüştürülebilir.

P364**Maksillofasiyal Travmada Periorbital Yabancı Cisim**

Cemal Fırat, Göçmen Aslan, Mehmet Fatih Algan
İnönü Üniversitesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Giriş: Maksillofasiyal travmalarda yabancı cisimler fraktürlere, fonksiyon kayıplarına ve görme kaybına neden olabilirler. Bu tip travmalarda yabancı cisim varlığı dikkatli bir şekilde araştırılmalıdır. Görüntüleme yöntemleri yabancı cisim varlığında hiç kuşkusuz çok önemli bir role sahiptir. Ancak yabancı cisimler metalik olabilecekleri gibi organik kaynaklı da olabilir. Bu durum yabancı cisim varlığını ve yerini cerrahi öncesi tespit etmeyi zorlaştırmaktadır.

Olgu Sunumu: 31 yaşında erkek hasta sol gözünde görme kaybı ve sol alt göz kapağında fonksiyon kaybı ile göz hastalıkları bölümüne başvurdu. Hastanın hikayesine göre 45 gün önce inşaatta çalışırken kaza geçirmesi sonucu sol gözüne tahta isabet etmiş. Hastanın sol göz medialinden sol malar bölgeye kadar uzanan 6 cm uzunluğunda dış merkezde primer onarılmış skar hattı mevcuttu. Sol alt göz kapağında ödemi mevcuttu (Resim-1). Hastanın sol gözü perforasyona bağlı olarak sönük hale gelmiş ve sol retina dekolmanı mevcuttu. Hastanın çekilen maksillofasiyal BT'sinde sol orbita alt rimde, sol orbita lateral duvarda, sol orbita tabanında parçalı deplase fraktürler görüldü. Sol maksiller sinüs ön duvarında parçalı deplase fraktürler izlendi. (Resim-2, Resim-3) Hastaya göz protezi uygulanması planlandı. Hasta orbita cerrahisi açısından göz hastalıkları bölümü tarafından Plastik cerrahi polikliniğine yönlendirildi. Hastanın incelenen BT'sinde yabancı cisim izlenmedi. Maksillofasiyal fraktürlere yönelik cerrahisi planlandı. Operasyon sırasında subsiliyer insizyonla girilerek orbita alt rime ulaşıldı. Bu sırada malar bölgede cilt altında yerleşmiş sol maksiller ön duvara saplanmış koyu kahverengi renkli yabancı cisimler izlendi. (Resim-4) Eksplozasyon sırasında cilde fistül oluştuğu ve iltihap aktığı görüldü. En büyüğü 4x1,5x0,8 cm boyutlu, en küçüğü 1x0,2x0,2 cm olan 10 adet tahta parçası çıkarıldı. (Resim-5) SF ile irrigasyon yapıldı. Eksplozasyondan sonra sol orbita alt rim fraktürü, sol orbita lateral duvar fraktürü plak-vida ile onarıldı. Sol gingivobukkal insizyon ile girilerek sol corpus maksilladaki fraktür redükte edilerek plak-vida ile onarıldı. Sol orbita taban fraktürü iki taraflı alınan konkal kırıkta greftler ile onarıldı. Kesi primer suture edildi. Hastaya antibiyoterapi başlandı.

Tartışma: Maksillofasiyal travmalarda periorbital yabancı cisimler nadir görülür. Orbital yabancı cisimler erkeklerde kadınlara göre; gençlerde yaşlılara göre daha fazla görülür. (1,2)

Yabancı cisimler kompozisyonuna göre 3'e ayrılabilir:

1) Metalik, çelik gibi.

2) Metalik olmayan, cam gibi.

3) Organik, odun ve bitkisel maddeler gibi (1)

Genellikle metalik ve cam yapılı yabancı cisimler iyi tolere edilebilir. Semptom vermezse insitu takip edilebilir. Ancak organik yapılı yabancı cisimler zayıf tolerasyona sahip. Özellikle inflamasyona sebep olduğunda yabancı cisim uzaklaştırılmalıdır. (3) Odun, gözenekli yapısı ve organik olması nedeniyle mikroplar için iyi bir ortam oluşturur. Odun parçalarının kaynaklanan enfeksiyon panoftalmit, abse ve fistül gibi komplikasyonlara neden olabilir. (4) Metalik cisimler ve cam ile meydana gelen yaralanmalar organik maddelere göre daha fazladır. Bu durum modern görüntüleme yöntemlerinde organik yabancı cisimlerin daha zor belirlenmesine bağlı olabilir. (1) Yabancı cismin boyutlarına göre, yapısına göre (iyi tolere edilebilmesi, cam, taş, çelik, alüminyum, plastik

gibi), lokalizasyona göre ve yabancı cisme bağlı gelişen komplikasyonlara göre cerrahi planlama yapılır. (4) Tahta yapılı yabancı cisimler genellikle clostridium tetani ile kontamine olduğundan varlığının araştırılması önemlidir. (5) Yabancı cisimler yumuşak doku içinde ilerleyebilir ve belli bir zaman sonra semptomatik hale gelebilir. Bu durumlarda mevcut semptomlarla şüpheli yabancı cisim arasında bağlantı kurmak zor olabilir. Bazı durumlarda hasta aylar hatta yıllar sonra gelmekte ve bu durumda ilk kaza anındaki klinik bulgular ve fizik muayene bilinmediğinden yabancı cisim varlığını düşünmek zorlaşır. (6,7) Şüpheli vakalarda tahta yapılı yabancı cisimler aklı geldiğinde çok kesitli BT çekilmesi yabancı cismin şeklini ve yerini tespit etmeye yardımcı olabilir. (5) Bu durumlarda eksplozasyon yapılarak iyi bir semptomaz ve enfeksiyon riskinden dolayı irrigasyon yapılarak seviye seviye suturasyon yapılmalıdır. Cerrahi öncesi ve sonrasında antibiyoterapi verilmelidir. Tahta yapılı yabancı cisimler tanımlanamayan bir enfeksiyon odağına neden olabileceğinden cerrahi olarak temizlenmelidir. (7,8) Tahta yapılı yabancı cisimler 0,5 cm'den büyükse sadece USG ile görüntülenebilir. (9) USG daha çok yumuşak dokuda yüzeyel yerleşmiş tahta yapılı yabancı cisimleri tespit etmede faydalıdır. (7) Bu vaka birkaç nedenden dolayı raporlandı. Öncelikli olarak travma üzerinden 45 gün geçse bile maksillofasiyal travmalarda görüntüleme yöntemlerinde belirlenemeyen yapıda yabancı cisimler akılda tutularak erken dönemde yabancı cisim varlığı dikkatle araştırılmalıdır. Ayrıca orbita, penetran maksillofasiyal travmalarda doğrudan meninklere ve merkezi sinir sistemine açıldığından kraniyo-orbital travmalar diğer travma tiplerine göre daha mortal olabilmektedir. (8)

Sonuç: Maksillofasiyal travmalarda yabancı cisimlerin erken dönemde çıkarılması olası bir enfeksiyon ihtimalini ve buna bağlı oluşabilecek diğer komplikasyon risklerini azaltmaktadır. Operasyondan önce çekilen maksillofasiyal görüntülemeler dikkatlice incelenmeli ve yabancı cisimler olabileceği unutulmamalıdır. Hastanın muayenesinde enfeksiyon odağı olması durumunda yabancı cisim eksplozasyonu seçenekler arasında olmalıdır.

Kaynakça

1. Antonio Moretti, M. L. (2012). Peri-orbital foreign body: a case report. Moretti et al. Journal of Medical Case Reports 2012, 6:91.
2. Abdullah Al-Mujaini, R. A.-S.-Z.-D. (2008). Intraorbital Foreign Body: Clinical Presentation, Radiological Appearance and Management. Sultan Qaboos Univ Med J 8(1):69-74.
3. Green BF, K. S. (1990). Intraorbital wood Detection by magnetic resonance imaging. Ophthalmology. 1990 May;97(5):608-11.
4. Van Thong Ho, J. F. (tarih yok). Intraorbital Wooden Foreign Body: CT and MR Appearance. Am J Neuro Surg 1996;17:134-136.
5. Pyhtinen J, I. E. (1995). Wooden foreign bodies in CT. Case reports and experimental studies. Acta Radiol., 36(2):148-51.
6. Anna Yu Poghosyan, A. S. (November 2015). Impacted Foreign Body in the Infratemporal Region: Case Report. Journal of Surgery, 11(4): 161-163.
7. Kamaraj Loganathan, J. P. (2012 September-December). Management of wooden foreign bodies in craniofacial region. Journal of Oral Biology and Craniofacial Research, Volume 2, Number 3; pp. 210-212.
8. Thiago de Santana Santos, D. A. (July 2011). Impacted Foreign Bodies in the Maxillofacial Region. Diagnosis and Treatment. The Journal of Craniofacial Surgery, 22: 1404-1408.
9. Javadrashid R, F. D. (2015). Visibility of different foreign bodies in the maxillofacial region using plain radiography, CT, MRI and ultrasonography: an in vitro study. Dentomaxillofac Radiol, 44: 20140229.

Resim 5



maksiller bölgelerde dahi kullanılabilen bir fleptir. (4)

Sonuç: Temporal kas flebi donör alan morbiditesi düşük sıkça kullanılmayan ama gerekli endikasyonda güvenilir şekilde kullanılabilen üç boyutlu hareket ettirilmesi ile maksillofasiyal bölgede bir çok yere ulaşabilen bir fleptir. Donör alanda bıraktığı en önemli istenmeyen etki temporal fossa hacmindeki azalmaya bağlı çökme görüntüsüdür. Tip 3 bir flep olan temporal flebin bu özelliğinden yararlanarak split edilmesiyle bu morbiditesinin azaltılabileceğini düşünüyoruz.

- 1)Mc Nichols C.H., Hatf D.A., Cole P., Hollier L.H., Thornton J.F. Contemporary Techniques for the Correction of Temporal Hollowing augmentation temporoplasty with the classic dermal fat graft. J Craniofac Surg. 2012. 23(3): 234
- 2)Golovine SS. Procédé de cloture plastique de l'orbite apres l'exentération. Arch Ophthalmol 1898.18:679-680
- 3)Bakamjian VY, Souther SG. Use of temporalis muscle flap for reconstruction after orbitomaxillary resections for cancer. Plast Reconstr. Sure 1975.56:171-177.
- 4)J.E. Estellés Ferriol, M. Carrasco Llatas, M. J. Ferrer Ramírez, C. López Mollá, N. Baviera Granel, J. Dalmau Galofre.Temporalis myofascial flap: Technique description and results in our patients. Acta Otorrinolaringol Esp. 2005. 56:257-260.

resim 1



Vaka Fotoğrafları

P365

Temporal Kasın Split Edilmesi ile Temporal Hollowing'in önlenmesi

Onur Akman, Mustafa Ünal, Mustafa Ekrem Güleş, İsmail Melih Kuzu, Kemalettin Yıldız, Ethem Güneren
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Temporal hollowing temporal fossa üzerinde yayılan yumuşak dokunun çökmesi sonucunda görülür ve genellikle geçirilmiş cerrahiye bağlıdır.(1) Yüz iskeletine yönelik girişimlerin yanında herhangi bir nedenle Temporal kas flebinin kullanılması da temporal hollowinge neden olur. Temporalis kas flebi ilk olarak Golovine tarafından orbita eksentrasyonu sonrasında ölü boşlukların doldurulması için tanımlanmıştır. Bakamjian ve Souther bu flebin orbitomaksiller defektler için de kullanılabilirliğini tanımlamışlardır. (2)(3) Flebin anatomisi iyi ortaya konmuştur. Üst temporal çizgiden zigomatik ark derininde kalarak koronoid apofize kadar uzanır. Flep Mathes&Nahai sınıflamasına göre tip 3 kas flebidir. Hem derin temporal arterden(Maksiller arter kaynaklı) hem de Middle Temporal Arter'den (Superfisiyel Temporal Arter kaynaklı) beslenir.

Olgu: 23 yaşında ateşli silahla yaralanma sonrasında ekzantrasyon yapılmış olan hastanın protez kullanabilmesi için orbita boşluğunu doldurmak amacıyla temporal kas flebi hazırlandı. Ektropionu gidermek amacıyla alt göz kapağına kısmi kalınlıkta deri grefti ve tarsorafı uygulandı. Ameliyat coronal insizyon ile temporal kas flebi kaldırıldı. zigomatik ark derinine koronoid apofize dek kas disseke edildi ardından her bir pedikülü üzerinden temporal kas flebi split edildi. Anterior segment ile orbita oblitere edildi, posterior segment temporal fossada korundu böylece temporal hollowing önendi. Geçici implant yerleştirildi. Postoperatif takiplerinde 5. gün greft pansumanı ve tarsorafisi açıldı. Hastada herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı.

Tartışma: Günümüzde perforatör disseksiyonunun ve serbest flep cerrahisinin yaygınlaşması cerrahin rekonstrüktif skalasını genişletmekte ve kas flebi tercihlerini arka plana atmaktadır. Bunun yanında salvaj cerrahisinde konvansiyonel tekniklere başvurmak kimi zaman tek seçenek olabilmektedir. Temporal kas flebi de böyle yalnızca orbita için değil salvaj için de palatal,

P366

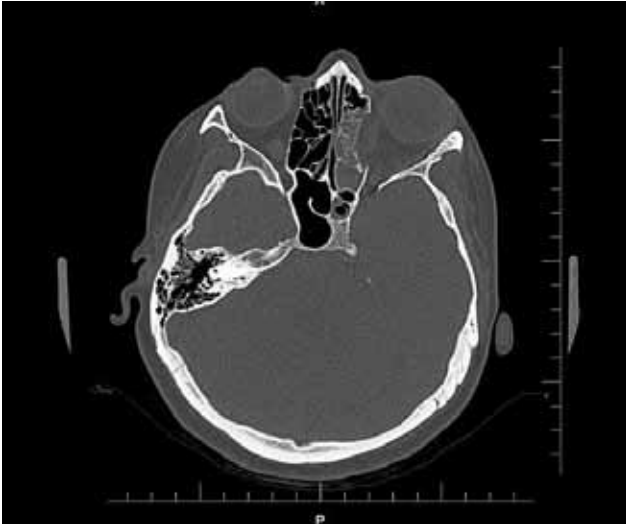
Alışılmadık Bir Travma: Biberon Çarpması Sonrasında Oluşan İzole Orbita Medial Duvar Fraktürü

Burçin Acuner, Tahsin Görgülü, Merve Torun, Ahmet Eksal Kargı
Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Zonguldak

Medial orbita duvarı etmoid kemiğin orbital kısımları ve etmoid sinüsler tarafından oluşturulan çok ince ve kırılgan bir yapıdır. Bu duvar orbita tabanı ile birlikte en sık kırılan orbital yapıdır. İzole medial duvar fraktürü

nadir görülmektedir. Etiyolojisinde yetişkinlerde en sık motorlu araç yaralanmaları ve fiziksel saldırı gibi yüksek enerjili travmalar mevcuttur. Biz biberon çarpması gibi nadir görülen düşük enerjili bir travma ile medial duvar fraktürü oluşmuş vakamızı sunmak istedik. 32 yaşında kadın hasta polikliniğimize gözde morluk ve bulanık görme şikayetiyle başvurdu. Alınan anamnezde yaklaşık 1 hafta önce çocuğunun attığı biberonun gözüne çarptığı öğrenildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol periorbital alanın ekimotik olduğu, temporal kısımda subkonjonktival hemoraji olduğu, göz hareketlerinde yukarı ve lateral bakışta kısıtlılık olduğu ve göz hareketlerinin ağrılı olduğu görüldü. Diplopi yoktu. Çekilen maksillofasyal BT'de sol orbita medial duvarda fraktür olduğu ve medial rektus ile infraorbital yapıların kısmi herniasyonunun olduğu görüldü. Tarafımızca genel anestezi altında medial kant alandan yapılan insizyonla orbital rimden yaklaşık 2cm posteriordaki medial duvar fraktürüne ulaşıldı. Herniye yumuşak dokular çıkarıldıktan sonra defekte uygun şekil verilmiş titanyum orbital plak mikrovıdalar ile fiks edildi. Medial kant ligament onarıldı. Postoperatif takiplerinde göz hareketlerindeki kısıtlılığın düzelmiş olduğu, görme keskinliğinde bir problem olmadığı görülen hasta taburcu edildi. Medial orbita duvarı etmoid kemiğin orbital kısımları ve etmoid sinüsler tarafından oluşturulan çok ince ve kırılğan bir yapıdır. Fasyal fraktürlerin %40'ından fazlası bir şekilde orbitayı etkilemektedir. Medial duvar orbita tabanı ile birlikte en sık kırılan orbital yapıdır. İzole medial duvar fraktürü nadir görülmektedir. Etiyolojisinde yetişkinlerde en sık motorlu araç yaralanmaları ve fiziksel saldırı gibi yüksek enerjili travmalar varken çocuk yaş grubunda düşme ve spor yaralanmaları mevcuttur. Orbita fraktürlerinin tanısında fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri önemlidir. Kesin tanı radyolojik inceleme ile koyulur. Orbita fraktürlerinin değerlendirilmesinde göz hastalıkları tarafından yapılan muayene de önemli bir bölümü oluşturur. Tedavi endikasyonlarını ekstraoküler kas sıkışması, diplopi, orbita volümünde artma, enoftalmus varlığı oluşturur. Cerrahi tedavisinde titanyum orbital plak veya biyomateryal implant ile fraktür onarımı ve defekt onarımı yapılmaktadır. Bizim vakamız gibi nadir de olsa düşük enerjili travmalar sonucu medial orbital duvarda fraktürü görülebilmektedir. Bu konuda tetikte olmamız ve hasta değerlendirmesini bu çerçevede yapmamız gerekmektedir.

resim 1



Çocuğunun attığı biberon ile yaralanan hastanın aksiyel kesit maksillofasiyal BT görüntüsü. Sağ orbita medial duvardaki deplase fraktür, medial rektus kası herniye görünümünde

P367

Subkutan Mastektomi Sonrası İmplantla Onarımda Glikolid Laktid Kopolimer Meş(Tigr® Matrix) Kullanımının Uzun Dönem Sonuçları

Kamuran Zeynep Sevim¹, Selami Serhat Şirvan¹, Semra Karşıdağ¹, Ayşin Karasoy Yeşilada¹, Hamdi Özşahin², Erkan Yüce¹, Hikmet İhsan Eren¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: İmplant ile meme rekonstrüksiyonu kozmetik sonuçtaki yetersizlikler, 2 aşamalı ameliyat oluşu ve doku genişleticiye ihtiyaç duyulması nedeniyle myokutan fleplerle eş zamanlı onarıma göre daha az tercih edilir. Glikolid laktid kopolimer meş ile inferior pol oluşturulması daha rahat inframammarian fold oluşturulması, implantın superiora yer değiştirmesini önlemesi açısından uygulamada kolaylıklar içermektedir.

Materyal-Metod: TIGR® Matrix cerrahi meş, ihtiyaç olunan yumuşak doku desteğini sağlamak amacıyla sentetik eriyebilen polimerlerden meydana gelen bir cerrahi matriks meştir. Kullanımda 3 yıl içinde rezorbe olduğu için uzun vadeli komplikasyonlar içermemektedir. Kliniğimizde Haziran 2014- Eylül 2016 yılları arasında glikolid laktid kopolimer meş kullanılan 45 hasta retrospektif olarak incelendi. Bu matriks meş, implanta uygun bir cep yaratılmasında ve subkutan mastektomi fleplerinin desteklenmesi amacıyla kullanıldı. Subkutan mastektomiyi takiben 45 hastada glikolid laktid meş inframammarian fold, pektoralis major ve serratus fasyasına suture edildi. Hastalar ortalama 1 yıl takip edildi ve bu aşamada hastaların 2. Ameliyatları olan kalıcı implantla onarım ameliyatları da tamamlandı. Yaklaşık %15 hastada enfeksiyon, hematoma ya da seromaya ait bulgulara rastlandı. Matriks meş ile eş zamanlı implantla onarımlarda doku genişleticinin superior malpozisyonunun daha az olduğu ve inframammarian foldun daha sağlıklı oluşturulduğu gözlemlendi.

P368

Onkoplastik Redüksiyon Mamoplasti Uygulamaları

Sevgi Kurt Yazar¹, Dinçer Altınel¹, Merdan Serin¹, Şefika Aksoy², Memet Yazar³, Gaye Toplu¹, Ebru Şen¹

¹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

²İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Meme Cerrahisi Birimi, İstanbul.

³Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul.

Giriş: Onkoplastik cerrahi, tümörün radikal bir şekilde rezeksiyonu ile beraber estetik açıdan doğal ve tatmin edici bir meme elde etmek için yapılan rekonstrüksiyonu kapsar. Bu yüzdem mastektomi gerektiren olgular dışında kalan tüm hastalarda uygulanabilir diyebiliriz. Terapötik mamoplasti ise meme küçültme ve mastopeksi tekniklerinin seçilmiş vakalarda meme koruyucu cerrahi ile

beraber kullanılmasına verilen isimdir.(1) Burda terapötik mamoplasti uygulanmış hastaların sonuçlarıyla beraber sunulması hedeflenmiştir.

Hasta ve yöntem: 2014- 2015 yılları arasında terapötik mamoplasti uygulanmış 13 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 49 (36-65) idi, %53'ü obez ve %30'u diyabetikti. Hastaların tümünde makromasti mevcuttu ve meme koruyucu cerrahi için uygun adaylardı. Tümör lokalizasyonu 2 hastada upper medial, 6 hastada inferior, 4 hastada lateral ve 1 hastada da santraldeydi. (Resim 1)

Sonuçlar: Hastaların biri hariç tümüne bilateral onkoplastik redüksiyon uygulandı. Uygulanmayan hasta laktasyon evresinde olduğu için karşı memeye ellenmedi. Tümörü inferiora olan hastada superior pedikül, lateralde olanda ise superomedial pedikül kullanıldı. Santralde olanda meme başı alındı, upper medialde olan hastaya ise superolateral pedikül kullanıldı. Upper medial lokalizasyonlu olan memelerde eksizyon sonrası oluşan defekti doldurmak için pedikülün boyu nomalden daha uzun tutularak, normal redüksiyonlarda atılan inferior medial bölgeye kadar dezepidermize edildi. Ve pedikül rote edilerek ucu defekt bölgesindeki pektoral fasyaya sabitlenerek defekt dolduruldu. Bir hastada RT sonrası insizyon bölgesinde yara iyileşme problemi gözlemlendi, debridman ve sekonder iyileşme ile çözümlendi. Hastaların tümü sonuçtan memnun olduklarını belirttiler.

Tartışma: Onkoplastik redüksiyon hem cerrahi hem de yaşam kalitesini artırır, rezeksiyon bölgesine kolay ulaşım sağlar, geniş rezeksiyona imkan tanır, karşı memeden de doku örneklemesine imkan tanır, estetik sonuç elde edilir, meme boyutu azaldığı için kanser riski de azaltılmış olur (2). Ancak belki de en önemli etkisi meme koruyucu cerrahi sonrası uygulanan radyoterapinin etkinliğini arttırması ve kötü yan etkilerini de azaltmasıdır. Bu yüzden makromastisi olan ve meme koruyucu cerrahi planlanan hastaların tümünde güvenle uygulanabilir.

Kaynaklar

- 1- Cutress RI, Simoes T, Gill J, Hurren JS. 'Modification of the Wise pattern breast reduction for oncological mammaplasty of upper outer and upper inner quadrant breast tumors: A technical note and case series.' J Plast Reconstr Aesthet Surg 2013; 66: 31-36.
- 2- Iwuchukwu OC, Harvey JR, Dordea M et al. 'The role of oncoplastic therapeutic mammaplasty in breast cancer surgery- A review.' Surgical Oncology 2012; 21: 133-41.

Resim 1



İnförör pediküllü olarak onkoplastik meme redüksiyonu yapılan hastanın preop/postop fotoğrafları.

P369

Parsiyel ve Total Meme

Rekonstrüksiyonlarında Latissimus Dorsi Flebinin Kullanımı

Sevgi Kurt Yazar¹, Murat Diyarbakırlıoğlu², Merdan Serin¹, Memet Yazar³, Dinçer Altınel¹, Didem Can Trabulus⁴

¹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul.

²Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD., İstanbul.

³Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul.

⁴İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Meme Cerrahisi Birimi, İstanbul.

Giriş: Latissimus dorsi kas ve kas-deri flepleri total ve parsiyel meme rekonstrüksiyonlarında, implantlı veya implantsız olarak sıkça kullanılmaktadır. Özellikle kontralateral memenin küçük-orta boyutta olması durumunda ilk tercih olarak da kullanılabilir. Cilt adasının farklı şekillerde dizayn edilebilmesi, skarın sütyen çizgisine yerleştirilebilmesi, donör alan morbiditesinin özellikle karın bölgesine göre daha az olması, uzun dönemde ekstremit fonksiyonlarında belirgin kısıtlanmaya sebep olmaması (1) önemli avantajları olmakla birlikte, hastalar açısından estetik tatminin karın bölgesi fleplerine göre daha düşük olması (2), donör alan seromasının bazı çalışmalara göre % 79 oranına dek görülebilmesi (3) önemli dezavantajlarıdır. Bu çalışmada 2013-2015 yılları arasında opere edilen 16 hastamızın sonuçlarını literatür ile kıyaslamalı olarak sunuyoruz.

Hastalar ve Metod: 2013-2015 yılları arasında 12 hastaya total ve 4 hastaya ise parsiyel meme rekonstrüksiyonu amacıyla latissimus dorsi flebi uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 37 (18-48) idi. Total rekonstrüksiyon yapılan hastaların tümüne latissimus dorsi flebi ile beraber implant da uygulandı. Diğer 4 hastaya ise implant kullanmadan latissimus dorsi flebi uygulandı. Parsiyel yapılanların tümü immediate, diğerleri ise geç rekonstrüksiyon olarak yapıldı. (Resim 1)

Sonuçlar: Hastaların hiçbirinde flepte dolaşım problemi olmadı, sadece bir hastada operasyondan 1 ay sonra flep kenarında marjinal nekroz gelişti ve sekonder iyileşmeye bırakıldı, 1 hastada ise donör sahada seroma gelişti ancak drenaj ve baskılı pansumanla iyileşti. Hastaların tümü sonuçtan memnun kaldıklarını belirttiler. Hiçbirinde uzun dönemde kolda hareket kısıtlılığı gözlemlenmedi.

Tartışma: Latissimus dorsi flebi parsiyel ve total meme rekonstrüksiyonlarında, abdominal bölgenin otolog rekonstrüksiyona uygun olmadığı veya hastaların tercih ettiği durumlarda, özellikle de karşı memenin orta-küçük boyutta olması durumunda sıklıkla kullanılan bir fleptir. Donör alan ve yara-flep komplikasyonlarının diğer otolog rekonstrüksiyon yöntemlerine göre daha az olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. 2012-2015 yılları arasında opere olan hastalarımızda da literatürle uyumlu olarak % x oranında seroma ve % y oranında yara iyileşme problemi dışında komplikasyon görülmedi. Sonuç olarak latissimus dorsi flebi, hacimsel anlamda karın bölgesi fleplerine göre daha küçük boyutlu cilt adası sağlamakla beraber, komplikasyonlarının yüksek riskli hastalarda karın bölgesi fleplerine ve free fleplere göre daha düşük olması nedeniyle özellikle orta-küçük kontralateral memenin olduğu durumlarda güvenli olarak kullanılabilir.

Kaynaklar

- 1- Branford OA, Kelemen N, Hartmann CE, et al. Subfasial harvest of the extended latissimus dorsi myocutaneous flap in breast reconstruction: a comparative analysis of two techniques. *Plast Reconstr Surg* 2013; 132(4): 737-48.
- 2- Kim H, Wiraatmadia ES, Lim SY, et al. Comparison of morbidity of donor site following pedicled muscle-sparing latissimus dorsi flap versus extended latissimus dorsi flap breast reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2013; 66(5): 640-6.
- 3- Yueh JH, Slavin SA, Adesiyun T, et al. Patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction: a comparative evaluation of DIEP, TRAM, latissimus flap, and implant techniques. *Plast Reconstr Surg* 2010; 125(6): 1585-95

Resim 1



Latissimus dorsi flebi ile meme rekonstrüksiyonu yapılan hastanın preop/perop fotoğrafları

P370

Redüksiyon Mamoplastide Klinik Deneyimlerimiz: 158 Hastanın Retrospektif Analizi

Melike Oruç, Yüksel Kankaya, Hande Akdeniz,
Berna Fethiye Göktaş Demircan, Koray Gürsoy,
Uğur Koçer
Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Ankara

Amaç: Meme küçültme ameliyatları boyun ve sırt ağrıları nedeniyle başvuran hastalarda rahatlama sağlamak amacıyla plastik cerrahi kliniklerinde sıkça uygulanan bir operasyondur. Yıllar boyunca ameliyat sonrası meme şeklini ve skar kalitesini etkileyecek birçok cerrahi teknik ve modifikasyon tanımlanmıştır fakat tanımlanan tekniklerin birbirine olan üstünlükleri hala tartışmalıdır. Bu çalışmada kliniğimizde meme küçültme cerrahisi uygulanan hastaların epidemiyolojik özelliklerinin, uygulanan cerrahi tekniklerin ve postoperatif sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Kliniğimizde 2013-2016 tarihleri arasında küçültme mamoplastisi uygulanan hastalar retrospektif olarak tarandı. Hastalar yaş, ek hastalık, operasyon öncesi sternal çentik-nipple arası uzaklık, pedikül seçimi, skar seçimi, eksizyon miktarı ve re-operasyon gereksinimi açısından değerlendirildi.

Bulgular: Meme küçültme ameliyatı olan toplam 158 hastanın bilgilerine ulaşıldı. Ortalama yaş 41 olarak bulundu (16-73 yaş). Hastaların % 15'inde (24 hasta) ek bir sistematik hastalığın varlığı tespit edildi. Ek hastalığı

bulunan hastaların 9'unda diyabet tespit edildi ve bu 9 hastanın 4'ünde ek cerrahi girişim ihtiyacı oldu. Ek hastalık ve tekrar operasyon ihtiyacı arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$). Sternal çentik-nipple arası mesafe ortalama 32 cm olarak ölçüldü (26-46 cm). Pedikül seçimi incelendiğinde 36 hastada inferior pedikül (% 22.8), 84 hastada süperomedial pedikül (% 53.4), 25 hastada superior pedikül (% 15.8), 13 hastada ise serbest nipple (% 8.2) tekniğinin uygulandığı tespit edildi. Skar tekniği olarak 128 hastada ters T skar (% 81), 22 hastada vertikal skar (% 13.9), 7 hastada vertikal skarsız (% 4.4) ve 1 hastada J skar (% 0.6) kullanıldığı bulundu. Vertikal skar seçimi yapılan hastaların çoğunluğunda (18 hasta) superior pedikül tercih edildi. Cerrahi sırasında her iki memeden eksize edilen toplam doku miktarı ortalama 1560 gr (430-3700 gr) olarak bulundu. Postoperatif takiplerde, 31 hastada (% 19) tekrar cerrahi ihtiyacı olduğu görüldü. En sık tekrar operasyon nedeni dog-ear deformitesi iken erken dönemde 3 hastada acil operasyon ihtiyacı oldu. Acil reoperasyona alınan 3 hastanın ikisinde drenajın tıkanmasına bağlı olarak oluşan tek taraflı hematoma nedeniyle genel anestezi altında hematoma drenajı yapıldı. Bir hastada ise meme başında dolaşımın olmaması nedeniyle serbest nipple yöntemine uygun olarak teknik revize edildi. Dog-ear deformitesi için operasyona alınan hastaların % 85.7'si ters T skar (24 hasta) uygulanan hastalar iken % 14.3 hastada vertikal skar (4 hasta) tekniğinin uygulanmış olduğu görüldü.

Sonuç: Meme küçültme ameliyatlarında teknik seçimi genellikle deri fleplerinin ve nipple-areola kompleksinin güvenliğini sağlama ile ilgili olmasına rağmen hastanın yaşı, beklentisi, meme uzunluğu ve eksize edilecek miktar da mutlaka göz önüne alınmalıdır. Kliniğimizde literatür bilgilerine paralel şekilde pedikül seçiminin ağırlıklı olarak inferior ve süperomedial pedikül olduğu gözlemlenmiştir. Kliniğimizde geçmiş yıllarda inferior pediküllü meme küçültme operasyonları sıkça tercih edilmesine rağmen son yıllarda süperomedial pediküllü tekniklerin daha çok tercih edilmeye başladığı görülmektedir. Bu durumun nedeni inferior pedikül tekniği ile daha sık görülen bottom out deformitesi ve yukarı yerleşimli nipple areola kompleksi riskini azaltma isteği olarak değerlendirilmiştir. Yine literatüre benzer şekilde genellikle ters T skar tekniği seçilirken, sınırlı skar tekniklerinden de en çok vertikal skar tekniği uygulanmıştır. Vertikal skar tekniğinin daha az skar, daha iyi projeksiyon ve diğer tekniklere göre daha iyi kalıcı sonuç sağlaması özelliklerinden dolayı genç ve eksizyon miktarı daha az olan hasta gruplarında tercih edildiği dikkati çekmiştir. Revizyon operasyonları değerlendirildiğinde revizyon ihtiyacı olan hastaların % 85.7'sinin ters T skar tekniği uygulanmış olan hastalar olduğu görülmüştür.

Seçilen pedikül tekniğinin skar yöntemiyle kıyaslaması

	Ters T skar	Vertikal Skar	Vertikal Skarsız	J skar	Toplam
İnferior pedikül	29	0	7	0	36
Superomedial pedikül	79	4	0	1	84
Superior pedikül	7	18	0	0	25
Serbest nipple tekniği	13	0	0	0	13
Toplam	128	22	7	1	158

P372

Ekspander ile Yapılan Meme Rekonstrüksiyonlarında İnferior Dermal Flep Kullanımı

Sevgi Kurt Yazar¹, Merdan Serin¹,
Memet Yazar², Şefika Aksoy³, Dinçer Altinel¹,
Murat Diyarbakırlıoğlu⁴

¹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul.

³İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Meme Cerrahisi Birimi, İstanbul.

⁴Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD., İstanbul

Giriş: Meme rekonstrüksiyonunda implant ve ekspander sıkça kullanılan bir yöntemdir. Burda implantın üst kısmı pektoralis major kası ile örtülürken alt kısmının örtülmesi sorun oluşturabilir. Bunun için aselüler dermal matrisler [1], serratus anterior ve rektus fasyası flepleri [2] veya inferior dermal flep [3] kullanılabilir. Bu çalışmada alt polde totale yakın cilt nekrozu gelişen hastanın ekspander'ının dermal flep sayesinde nasıl korunduğu gösterilmiştir.

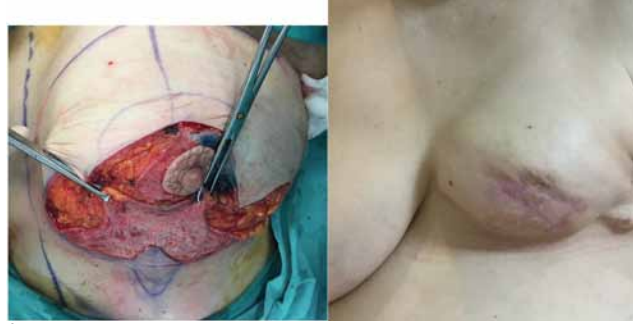
Olgu Sunumu: 56 yaşında sol memesinde T2N0M0 tümörü bulunan hastaya nipple koruyucu mastektomi uygulandı. Hastada makromasti de olduğundan superior pediküllü wise paternine göre çizimleri yapıldı, pedikül ile inferiorda normal şartlarda atılan bölgeye dezepidermizasyon işlemi uygulandı. İnsizyonlar tamamlandıktan sonra genel cerrahi ekibi tarafından subkutan mastektomisi yapıldı ve 550 cc'lık ekspander 200 cc şişirildikten sonra pektoral kasının altında hazırlanan cebe yerleştirildi ve inferiorda dezepidermize edilen dokunun medial ve laterali serbestlenerek pektoral kasın inferior kenarına sütüre edilerek protezin üzeri tamamen örtüldü. Ardından meme başı yeni yerine taşındı ve cilt onarımları yapıldı. Post-op takipte 1. haftada nipple ve deride ekimotik görüntü belirdi ve daha sonra 7*7 cm'lik bölgede tam kat nekroz gelişti. Hastada enfeksiyon bulgusu olmadığından erken dönemde debridman yapılmadı ve kemoterapisi gecikmesin diye onkoloji bölümüne yollandı. Bu arada kemoterapisini alan hastanın yapılan takiplerinde ekspander'ın ekspoze olmadığı, nekrozun giderek küçüldüğü gözlemlendi. 3. Ayda hala kemoterapi görürken nekrozun tamamen iyileştiği gözlemlendi ve sonrasında ekspander şişirildi. (Resim 1)

Tartışma: Bu hastada olduğu gibi eğer protezin üzeri vasküler bir dokuyla örtülürse üzerindeki deride geniş nekrozlar olsa bile protezin korunabileceği durumlar olabilir. Burda belki de önemli olan nekroz geliştiğinde (enfeksiyon gibi bulgular olmadığı takdirde) erken debridmanın faydadan çok zarar verebileceği durumlar söz konusu olabilir. Bazen uygun durumlarda beklemek en iyi tedavi seçeneği olabilir diye düşünüyoruz.

Kaynaklar

- 1- Breuing KH, Warren SM (2005) Immediate bilateral breastreconstruction with implants and inferiolateral AlloDerm slings. Ann Plast Surg 55(30):232-239
2. Saint-Cyr M, Dauwe P, Wong C, Thakar H, Nagarkar P, RohrichRJ (2010) Use of the serratus anterior fascia flap for expandercoverage in breast reconstruction. Plast Reconstr Surg125(4):1057-1064
3. Bostwick J (1990) Prophylactic (risk-reducing) mastectomy andreconstruction. In: Bostwick J (ed) Plastic and reconstructive breast surgery, VOL II. Quality Medical Publishing, St. Louis, pp 1369-1373

Resim 1



İnferior dermal flep ile meme rekonstrüksiyonu yapılmış olan hastanın perop/postop fotoğrafları.

P373

Meme Rekonstrüksiyonu Deneyimlerimiz

Onur Akman¹, Mustafa Ünal¹, İsmail Melih Kuzu¹,
Reşit Burak Kayan², Mustafa Ekrem Güleş¹,
Osman Kelahmetoğlu¹, Kemalettin Yıldız¹,
Ethem Güneren¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik

Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Bayburt Devlet Hastanesi

Giriş: Meme kanseri kadınlarda en sık görülen malignite ve kansere bağlı ikinci en sık ölüm nedenidir. Meme rekonstrüksiyonu için başvuran kadın sayısı giderek artmaktadır. Bu artış yalnızca bu hastalık için artan survey ile ilişkili değil, aynı zamanda meme rekonstrüksiyonlarının sağladığı fonksiyonel, psikolojik ve sosyal faydaları ile de ilgilidir. (1,2) İlk başarılı parsiyel meme rekonstrüksiyonu 1985 yılında Vincent Czerny tarafından sırtındaki lipomanın sol memesine transferi ve memesindeki benign lezyonun eksizyonu şeklinde gerçekleştirilmiştir. Günümüzde kullanılan tekniklerden implant bazlı latissimus dorsi ile birlikte rekonstrüksiyon 1970'lerde, 1980'lerde TRAM flep ve 1990'larda DIEP flep ile rekonstrüksiyon popülerite kazanmış ve uygulanagelmıştır.(3) Bu çalışmada kliniğimizce yapılmış olan meme rekonstrüksiyonu vakalarını retrospektif olarak analiz etmeye çalıştık.

Hastalar ve Metod: Bu çalışmamızda 2011-2016 yılları arasında kliniğimizde yapılmış meme rekonstrüksiyonlarını retrospektif olarak dahil ettik. Bu sürede 19 hastada 20 meme rekonstrüksiyonu yapıldı. En genç hasta 31 yaşında en yaşlı hasta ise 63 yaşında idi. Hastalar yaş, kanser türü, onarım şekli ve revizyonlar açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama yaş 44.63 idi. En sık görülen primer tanı 12 hastada invaziv duktal karsinom, 6 hastada duktal karsinoma in situ, 1 hastada lobuler karsinoma in situ idi. 10 hastada sağ meme, 8 hastada sol meme rekonstrükte edildi bir hastada ise bilateral rekonstrüksiyon yapıldı. 12 hasta cerrahi öncesinde kemoterapi ve radyoterapi görmüştü. Rekonstrükte edilen hastaların ameliyat zamanları onkolojik cerrahi sonrası ortalama 2.88 yıl idi. İki hasta onkolojik cerrahi ile eşzamanlı olarak opere edildi. Bu intervalin en uzun olduğu bir hastada iki ameliyat arasındaki süre 9 yıl idi. Yapılan rekonstrüksiyonlarda 7 kez latissimus dorsi ile implant, 6 vakada DIEP flep, 5 hastaya TRAM flep, 2 hastaya yalnız implant kullanılmış. Tüm hastalar için ortalama revizyon sayısı 1.157. Latissimus dorsi ile implant kullanılan hastalardan yalnız birinde

revizyon ihtiyacı gerekti. (ortalama 0.142), DIEP yapılan 6 hastada toplam 13 kez revizyon seansı için hastalar ameliyata alındı, bir hastada 6 kez revizyon gerekti. (ortalama 2.166) TRAM için 1,2.

Sonuç: Meme rekonstrüksiyonu onkolojik cerrahi sonrasında hastanın rehabilite edilmesini etkileyen cerrahi bir süreçtir. Her ne kadar günümüz rekonstrüksiyon seçenekleri arasında DIEP flep en popüler seçenek gibi görülsede latissimus dorsi ve implant, TRAM flep seçenekleri de doğru hastada doğru bir tercih olarak uygulanabilir. Özellikle mikrocerrahi için yüksek risk taşıyan hastalar da dahil olmak üzere latissimus dorsi kas deri flebi ile implant uygulanan vakalarda daha az revizyon gereksinimi de seçenekler arasında yerini korumasını sağlamıştır.(4)

1)A comparison of long-term cost and clinical outcomes between the two-stage sequence expander/prosthesis and autologous deep inferior epigastric flap methods for breast reconstruction in a public hospital. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2016) 69, 196-205. Lagares-Borrego, P. Gacto-Sanchez, P. Infante-Cossio, F. Barrera-Pulido, D. Sicilia-Castro, T. Gomez-Cia 2)Quality of life following total mastectomy with and without reconstruction versus breast-conserving surgery for breast cancer: A case-controlled cohort study Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2016), 1-8. Benjamin H.L. Howes, David I. Watson, Chris Xu, Beverley Fosh, Maximiliano Canepa, Nicola R. Dean 3)Evolving Options for Breast Reconstruction. Current Problems in Surgery (2015) 52, 192-224. S. A. Caterson, Matthew J. Carty, Lydia A. Helliwell, Charles A. Hergueter, Julian J. Pribaz, Indranil Sinha 4)Predictors and Consequences of Intraoperative Microvascular Problems in Autologous Breast Reconstruction. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery Jul 2016 O'Neill A.C., Haykal S., Bagher S., Zhong T., Hofer S.

Resim 1



A. DIEP flep B. DIEP fleple rekonstrükt edilmiş hasta örneği C. Latissimus Dorsi ve İmplant ile rekonstrükt edilmiş hasta örneği D. Latissimus Dorsi ve İmplant ile rekonstrükt edilmiş hasta örneği

P374

Meme Kanseri Sonrası Otolog Ve/Veya İmplantla Onarımda Seroma Gelişiminde Risk Faktörleri

Kamuran Zeynep Sevim¹, Semra Karşıdağ¹, Selami Serhat Şirvan¹, Zeliha Gül¹, Sıtkı Gürkan Yetkin², Rabia Karasu³, Osman Sevim⁴
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyodiagnostik Kliniği, İstanbul
⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi Kliniği, İstanbul

Meme kanseri nedeniyle mastektomi ve rekonstrüksiyon geçiren hastalarda seroma sık karşılaşılan bir durumdur. Geriye dönük yapılan çalışmalarda peroperatif monopolar koter kullanımı, operasyon süresi gibi faktörlerin seroma gelişiminde risk faktörü olduğu ileri sürülmüştür. Bu çalışmada uzun süre seroma ile ilişkili risk faktörlerini araştırmak için aynı cerrahi ekip tarafından ameliyat edilen meme onarımı hastalarında, hastanın yaşı, boyu, vücut ağırlığı, bel çevresi, vücut kitle indeksi(VKİ), sentinel lenf nodu biyopsisi, aksiler diseksiyon yapılması, eş zamanlı implant/expander ile onarım yapılması, aksillaya metastaz durumu, meme ağırlığı, neoadjuvan kemoterapi uygulanması risk faktörleri olarak incelendi. Bu çalışmaya prospektif olarak 93 hasta dahil edilmiştir. Olguların ortalama yaşı 42,1±10 olup yaş aralığı 29 ile 70 arasında değişmektedir. Olguların çoğunda subkutan mastektomi monopolar koter ile yapılmıştır. Ortalama dren çekilme zamanı 8,4±5(3-25 gün), VKİ 32,1±5(20-45,8), ortalama bel çevresi 95,2±10(70-134), ortalama meme ağırlığı 120,5±900 gram(200-3200) olarak bulunmuştur. 4 hastaya eş zamanlı implant ile onarım yapılmıştır. 12 olgu neoadjuvan kemoterapi almıştır. VKİ ve lenf nodu metastazı uzun süren seroma ile ilişkili bulunmuştur. VKİ 30'un üzerinde olan olgularda ortalama meme ağırlığı ile seroma ilişkisi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. (p=0,05)

P375

Diep Öncesi Çekilen BT Anjiyografide Saptanan Rastlantısal Pankreas Kanseri

Savaş Serel¹, Çağlar Uzun², Zeynep Tuzlali¹, Ayşegül Gürsoy Çoruh², Yasemin Aydın¹, Melih Can Sezgiç¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

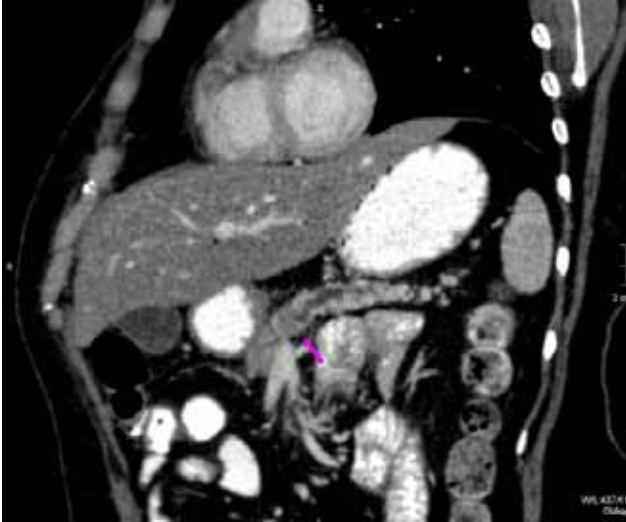
Giriş: Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserdir.(1) Pankreas kanseri tüm kanserlerin %2'sini ve kansere bağlı ölümlerin %5'ini oluşturmaktadır, belirti vermeden ilerleyen kanser türleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır.(2) BRCA2 mutasyonunda, pankreas kanseri ve meme kanseri riski artmıştır. (2) Bu sebeple meme kanseri sonrası rekonstrüksiyon yapılacak hastalarda pankreas kanseri riski mutlaka hatırlanmalıdır. Çalışmanın Amacı: Meme kanseri kadın kanserleri içinde

en sık görülen ve en sık ölüm nedeni olan neoplazmdır. Mastektomi sonrası altın standart rekonstrüksiyon yöntemi bölgesel flep ya da serbest doku nakli yöntemleriyle yapılan otolog dokularla rekonstrüksiyondur.(3) Son zamanlarda, DIEP öncesi preoperatif görüntüleme ilgi bir artış olmuştur, özellikle, (BTA) bilgisayarlı tomografi anjiyografi kullanılmakta ve vasküler anatomisinin tanımlanması, ameliyat öncesi karar verme ve muhtemelen çalışma süresini azaltmak amaçlanmaktadır. Literatürde bu amaçla çekilen BT anjiyografide rastlantısal olarak saptanmış 'insidentaloma'lara az rastlanılmakta olup biz de bu nadir olgu örneğine dikkat çekmeği amaçladık.

Olgu: 54 yaşında kadın hasta, 11 yıl önce sağ meme kanseri sonrası total mastektomi olan hasta meme rekonstrüksiyon istemi ile kliniğimize başvurdu. Hastanın geçirilmiş mastektomi dışında bilinen bir ek hastalığı ve aile hikayesi yoktu. Hastanın başvuru sırasında tüm biyokimyasal ve hemotolojik değerleri normaldi. CA 19-9 ve CEA düzeyleri sırasıyla 4,57 U/ml ve 1,45 ng/ml olup normal düzeylerde idi. Hastamız mastektomi sonrası kemoterapi ve lokal nüks nedeniyle radyoterapi almıştı. Hastaya DIEP flep ile meme rekonstrüksiyonu planlandı, vasküler anatomisinin tanımlanması amacıyla BT istendi. Derin inferior epigastrik arter perforatörlerini belirlemeye yönelik arteriyel fazda yapılan Abdomen Pelvis BT: "Pankreas baş-gövde bileşkesi düzeyinde künt olarak sonlanmaktadır. Bu düzeyde parankimde yaklaşık 18 mm çaplı heterojen-hipodens alan dikkati çekmiştir." Bunun üzerine hastaya Dinamik Pankreas BT çekildi: "Pankreas baş-gövde bileşkesinde 20x18 mm boyutta solid kitle, sol paraçölyak bölgede muhtemelen metastatik büyümüş bir lenf bezi mevcuttur." olarak raporlandı. Hastaya genel cerrahi konsültasyonu istendi ve pankreas kanseri teşhisi konarak genel cerrahi tarafından opere edildi.

Sonuç: Meme rekonstrüksiyonu istemi ile başvuran hastalarda artmış diğer organ kanser riski göz önünde bulundurulmalıdır. Pankreas kanseri olgumuzda olduğu gibi çoğunlukla bulgu vermeksizin ve rastlantısal olarak saptanan bir kanser türüdür. Burada preoperatif görüntüleme ile saptanan bir pankreas kanseri olgusu sunulmuştur.

Şekil 1:Koronal oblik kontrastlı MİP * görüntüleri



Şekil 1:Koronal oblik kontrastlı MİP * görüntülerinde pankreas boyun kesiminde (pembe ok ile işaretli) hipodens kitle lezyonu izlenmektedir. Kitle distalinde ana pankreatik kanal geniş seçilmektedir.

P376

Bilateral Pre-expanded Latissimus Dorsi Kas Deri Flebi ile Bilateral Difüz Granümatöz Mastitli Memenin Rekonstrüksiyonu

Gökhan Temiz¹, Arda Akgün¹, Kenan Çetin², Cem Berkay Sınacı¹, Tunç Tunçbilek¹, Sedat Öz¹, Nebil Yeşiloğlu¹, Gaye Taylan Filinte¹

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Granülatöz mastit memenin nadir görülen kronik inflamatuvar hastalığı olup, klinik ve radyolojik olarak meme kanseriyle karışabilen özelliklere sahiptir. Spesifik etyolojik nedenler olarak tüberküloz, sarkoidoz, çeşitli mikotik ve parazitik enfeksiyonlar sayılabilir, ancak hastalık sıklıkla idiopattiktir. Ayrıca granülatöz mastit tanısı alan bazı hastalarda alfa-1 antitripsin eksikliği ve hiperprolaktinemi bildirilmiştir. Bu çalışmada 45 yaşında tarafımıza granülatöz mastit tanısıyla başvuran kadın hasta sunulmuştur.

Vaka: 2 yıldır her iki memesinde var olan lezyonlar nedeniyle genel cerrahi kliniğine başvuran 42 yaşında kadın hastaya uygulanan antibiyoterapinin ardından yapılan biyopsi sonrası granülatöz mastit tanısı koyularak mastektomi ve meme rekonstrüksiyonu amacı ile tarafımıza yönlendirilmiştir. Hastanın yapılan muayenesinde bilateral memede hiperemi, inflamatuvar bulgular yanında ciddi deformasyon geliştiği izlendi. Her iki meme üzerinde de odaklar halinde kitlesel lezyonlar ve akıntılı ve kanama odaklarının olduğu yaralar mevcuttu. Hastanın mastektomi sonrasında meme rekonstrüksiyonu için bilateral latissimus dorsi muskulokutan flebi planlandı. ancak mastektomi sonrası cilt gereksinimi fazlalığı nedeniyle meme rekonstrüksiyonu öncesinde her iki latissimus dorsi cildi preekspande edildi. Hastaya bilateral latissimus dorsi muskulokutan flebi ile meme rekonstrüksiyonu planlanmış olup ilk operasyonda her iki latissimus dorsi kası altına ekspander yerleştirilmiş ve 2 ayda 450cc şişirilmiştir. Takiben yapılan ikinci operasyonda yapılan mastektominin ardından bilateral ekspanse latissimus dorsi muskulokutan flebi ile meme rekonstrüksiyonu yapılmış olup her iki memede kas altı plana 460cc Backer implant yerleştirilmiştir ve perop şişirilmeyen expandır postoperatif 3 aylık dönemde toplamda 460cc şişirilmiştir.

Tartışma: Granülatöz mastit sıklıkla idiopatik görülen ve mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu gerektiren bir patolojidir. Granülatöz mastit tedavisinde cerrahi geniş eksizyon dünya çapında kabul görmektedir bu nedenle defekt alanın rekonstrüksiyonu için flep cerrahisi uygun bir seçenek olarak görülmektedir.

Sonuç: Granülatöz mastit etyolojisi ile yapılan mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonunda bilateral pediküllü latissimus dorsi muskulokutan flebi ile rekonstrüksiyon düşüncemize göre morbiditesi kabul edilebilir sınırlarda olup güvenli bir cerrahi seçenektir.

P377**Meme Rekonstrüksiyonu Sonrasında Pyoderma Gangrenosum**

Hasip Şamil Yazgan, Adnan Menderes, Alper Geyik, Mustafa Yılmaz, Fatih Alp Öztürk

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Pyoderma gangrenosum tanı ve tedavide yaşanabilecek olası gecikme durumunda yıkıcı sonuçları olan bir hastalıktır. Cerrahi sonrası pyoderma gangrenosum en sık meme cerrahisi sonrasında görülmektedir. Hastalığın tanınması durumunda duyulacak şüphe sonrasında başlanacak olan uygun tedavi ile hızla önlenebilecek bir hastalık olması nedeniyle yüksek öneme sahiptir.

Giriş: Pyoderma gangrenosum (PG) nadir görülen, sıklıkla sistemik yangısal hastalıklar ve hematolojik maligniteler ile birlikte izlenen, isminden farklı olarak enfeksiyöz olmayan, geniş ülser alanlara ilerleyebilen papülopüstüler yangısal, nötrofilik deri hastalığıdır. Yaklaşık %50 olguda PG lezyonları paterji fenomeni olarak da bilinen travma alanlarında izlenmektedir. Cerrahi sonrası PG, cerrahi alanlarda erken post-operatif dönemde izlenmektedir. Genellikle ilk tanı antibiyoterapiden ve debridmandan fayda görmeyen yara yeri enfeksiyonu şeklindeki yanlış tanıdır. Debridman ve yanlış tanı nedeniyle tedavinin gecikmesi ülser lezyonlarda belirgin genişleme ile birlikte izlenir. Tanı lezyonları açıklayacak spesifik hastalık olmaması yanında tipik ilerleyici, ağrılı, irregüler, pembe-mor renkli, endüre ve nekrotik ülselerle birlikte paterji pozitifliği, eşlik eden sistemik hastalık varlığı, immünsüpresif tedaviye dramatik yanıt, ve non-spesifik steril nötrofilik infiltrasyon bulgularının varlığı ile konmaktadır. Cerrahi sonrası PG %25 olguda meme cerrahisi sonrasında görülmektedir. Abdominal girişimlerde %14, kardiyotorasik girişimlerde %14, obstetrik girişimlerde ve ortopedik cerrahilerde yaklaşık %12 oranında görüldüğü bildirilmiştir. Bu yazıda TRAM fleple meme rekonstrüksiyonu sonrasında gelişen PG olgusu ve olguya yaklaşımımız anlatılmaktadır.

Olgu: Kırkdokuz yaşında kadın olgu invaziv duktal karsinom nedeniyle geçirilmiş sağ modifiye radikal mastektomi sonrasında meme rekonstrüksiyonu isteğiyle başvurdu. Aksiller diseksiyon, radyoterapi ve kemoterapi öyküsü mevcuttu. L-tiroksin ve tamoksifen kullanmakta olduğu ilaçlardı. Olguya pediküllü TRAM fleple meme rekonstrüksiyonu planlanarak prosedür sorunsuz olarak gerçekleştirildi. Post-operatif 5. günde olgu sorunsuz olarak ayakta izlenmek üzere taburcu edildi. Post-operatif yedinci günde rutin kontrolüne gelen olguda akşam ateş yüksekliği, flepte ve donör alanda sütür hatları çevresinde hiperemi, seropürülan akıntı, mevcut tablo ile uyumsuz hassasiyet ve ağrı mevcuttu. Olguda yara yeri enfeksiyonu düşünülerek antibiyoterapi devamı ve iki gün sonra kontrol önerildi. Kontrolünde lezyonlarda ilerleme ile birlikte diğer bulgular devam etmekteydi. Olgu yatarak takibe alınarak olguya geniş spektrumlu antibiyoterapi başlandı. Doku, kan kültürü ve akut faz reaktanları (AFR) takibi, patolojik incelemeler yapıldı. AFR yüksekliği, non-spesifik patolojik bulgular ve kültür negatifliği olan olguda antibiyoterapiye yanıtı ve tipik ilerleyici, ülser ve endüre lezyonları açıklayacak başka bir neden olmaması nedeniyle PG ön tanısı düşünüldü. PG ön tanısıyla olguya sistemik kortikosteroid tedavisi ve yara bakımı uygulandı. Lezyonların progresyonunda yavaşlama, ikinci patolojik incelemenin PG ile uyumlu olması ve ateş yüksekliği, ağrı, AFR'de dramatik düşüş ön tanıyı destekler nitelikteydi. Yaygın ülser lezyonları nedeniyle oluşan geniş

dermoepidermal defektlere negatif basınçlı kapama tedavisi uygulandı. Donör alanda spontan iyileşme görülürken, flep yüzeyinde mevcut nekrotik alanlara demarkasyon ardından seri ve sınırlı debridman uygulandı. Uygun granülasyonun sağlanması ve yaklaşık 3 ay süre ile devam ettikten sonra azaltılarak kesilen kortikosteroid tedavisi ardından olguya tam kalınlıkta deri grefti ile doku defekti onarımı uygulandı. Graft donör alanı olarak abdominal insizyon hattı çevresi seçildi. Per-op paterji fenomeni baskılanması amacıyla ve post-op idame olarak kortikosteroid infüzyon tedavisi verildi. Tedavi azaltılarak kesildi. Totale yakın greft yaşayabilirliği sağlandı. Yaklaşık 3 ay süren takiplerde PG alevlenmesi düşündürecek bulgu saptanmadı.

Sonuç: PG tanı ve tedavide yaşanabilecek olası gecikme durumunda yıkıcı sonuçları olan bir hastalıktır. Hastalığın tanınması durumunda duyulacak şüphe sonrasında başlanacak olan uygun tedavi ile hızla önlenebilecek bir hastalık olması nedeniyle yüksek öneme sahiptir. Gecikmiş tanı sonrasında büyük defektler gelişebilecek bu olgularda paterji pozitifliği nedeniyle cerrahi onarımın güçlüğü unutulmamalıdır. Cerrahi sonrasında PG olgularının büyük oranda meme cerrahisi sonrasında görülmesinden dolayı plastik ve rekonstrüktif cerrahların bu hastalığı yakından tanınması sayesinde olası yıkıcı durumlar ve oluşabilecek kozmetik olumsuzlukların önüne geçilebileceğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar:

1. Ahranowitz I, Harp J, Shinkai K. Etiology and management of pyoderma gangrenosum; a comprehensive review. Am J Clin Dermatol 2012;13:191e211
2. Kevin J. Zuo, Eric Fung, Edward E. Tredget, Andrew N. Lin A systematic review of post-surgical pyoderma gangrenosum: Identification of risk factors and proposed management strategy. Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery (2015) 68,295e303

Resim-1

Pyoderma gangrenosum: erken dönem, geç dönem ve defekt onarımı sonrası görünümü

P378

Protezi ile Meme Rekonstrüksiyonunda İnframamarian Fold Oluşturmak İçin Silikon Sondanın Eksternal Splint Olarak Kullanılması

Gökhan Temiz, Arda Akgün, Celal Alioğlu, Sultan Yalçın, Ali Cem Akpınar, Mehmet Bozkurt
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Mastektomi sonrasında meme rekonstrüksiyonu için farklı alternatifler kullanılabilir. Cilt koruyucu mastektomi sonrası sıklıkla tercih edilen yöntemlerden birisi de protez ile rekonstrüksiyondur. Meme rekonstrüksiyonunda kozmetik olarak önemli noktalardan birisi de foldun yeri ve belirginliğidir. Doğru yerde ve belirgin bir fold oluşturulduğunda daha güzel bir meme algısı yakalanmaktadır. protez yerleştirilmesi sonrası inframamarian fold seviyesinde toraks duvarı ile protez arasında bir çadırlaşma meydana gelmekte ve foldun toraks duvarına yapışması için farklı yöntemler tercih edilmektedir. Biz bu çalışmada inframamarian bölgede foldun çadırlaşmasını önlemek ve cildin toraks duvarına yapışmasını sağlamak için silikon sondayı eksternal splint olarak kullanarak foldun şekillendirilmesi amaçladık.

Teknik: Protez lojunun hazırlanması esnasında diseksiyon inframamarian foldun 2 cm aşağısına kadar devam ettirilir, inframamarian foldun orjinal yerinin 1 cm aşağısında yeni fold hattı belirlenir ve bu hat boyunca implant poşu içerisinde cilt altında inframamarian foldun olması gereken yerde toraks duvarı üzerine 2/0 vicryl ile tespit sağlanır. bu şekilde karın cildinden meme cildine 1 cm doku çalınmış olur ve daha belirgin bir inframamarian fold geçişi sağlanır. Bu tespit kalıcılığını ve belirginliğini arttırmak için inframamarian fold hattı boyunca 4 yada 5 noktada 2/0 prolen kullanılarak transkutanöz dikişler toraks duvarından da geçecek şekilde atılır ve 16 numara idrar sondasından kesilen parça bu sütürler kullanılarak inframamarian fold boyunca tespit edilir ve bu tespit 10 gün boyunca tutulur.

Sonuç: Bu teknik kullanılarak mastektomi sonrası protez ile rekonstrüksiyon yapılan 8 hastada inframamarian fold şekillendirmek için silikon sonra eksternal splint olarak kullanıldı. 10 gün sonunda sondanın tespiti için kullanılan transkutanöz sütürler alınarak splint çıkarıldı. 10 günlük sürenin fold şekillendirilmesi için yeterli olduğu ve bu sürenin sonunda 8 hastanın hiçbirinde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmadığı çalışmamızın sonucu olarak not edildi. Bu sonuçlardan yola çıkarak protez ile meme rekonstrüksiyonu yapılan hastalarda inframamarian fold şekillendirmek için silikon sonda kullanımının başarılı bir teknik olduğu ve uygun hastalarda güvenle kullanılabileceği tespit edilmiştir.

P379

TRAM ile Meme Rekonstrüksiyonunda Yeni Umbilikusun Santralizasyonunda Yeni Bir Metod

İrfan Özyazgan, Mehmet Severcan
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kayseri

Giriş: Umbilicus karın ön duvarının estetik görünümünde çok önemli ve tamamlayıcı görev üstlenir. Karın ön duvarının güzellik sembolüdür.

Umbilikus anatomik olarak superior iliak crestleri kesen horizontal çizginin tam ortasında veya bir miktar superiorunda bulunur. Ksifoid çıkıntı ile aynı hizada orta hatta 3.-4. Lomber vertebra hizasında bulunur.

Transvers hatta umbilikusun yeri çok nadir durumlar dışında değişmez (skolyoz vb..), ancak vertikal eksende yaşa, gebeliklere, osteoporoz, hızlı kilo alımı-verimi gibi durumlara bağlı olarak umbilikus genişler, estetik görünümünü kaybederek aşağı doğru bakar.

Estetik algılar kişiden kişiye farklılık gösterse bile; ideal umbilikus orta hattave kişinin cerrahi müdahale geçirmeden önceki umbilikusuna en yakın görünümde olmalıdır.

TRAM fleplerde rectus abdominis kası kullanımına bağlı olarak (karın ön duvarı tamiri yapıldıktan sonra) ister istemez umbilikal sap lateralize olmakta ve estetik görünümü tehdit etmekte ve bu durum hasta ve cerrahın memnuniyetini azaltmaktadır. Biz bu yeni yöntem ile umbilikusu estetik ve genç görüntüsünü bozmadan santralize ederek hasta ve cerrahın memnuniyetini artırdık.

Hastalar Ve Metod: Çalışmamızda 2011-2016 yılları arasında pediküllü TRAM flebi ile meme rekonstrüksiyonunu yaptığımız, yaşları 29-66 arasında değişen 36 hastayı derledik.

Klasik Teknik: Planlanan abdominal flep suprapubik hatta sabitleyip işaretleme yapılır.

Orta hat işaretlenir (ksifoidden pubise doğru düz bir çizgi indirelerek orta hat belirlenir). SİAS lar bulunur ve iki SİAS arasına düz bir çizgi çekilir. İki çizginin kesişim yerinin 1 cm üzeri yeni umbilikus olarak belirlenir. İşaretlenen noktadan vertikal elips şeklinde insizyon yapılarak umbilikus ve sapı abdominal flepten ayrılır. Rectus kasının fasyası sütür ile plike edildikten sonra eksizyondan arta kalan abdominal flep, suprapubikal insizyonun kaudal kısmına kadar mobilize edilerek yeni pozisyon verilir.

Bizim Tekniğimiz: Aynı klasik teknikteki gibi işaretleme yapılır, 3-0 pds ile önce karın önduvarından (fasyadan) kuvvetli şekilde geçilir ardından umbilikus sapından gecilerek abdominal flebe tutturulur ve düğümlenir. Bu işlem saat 12, 6, ve 9 yönlerinde üç ayrı sütür olarak yapıldıktan sonra, lateralde kalan (saat 3 yönünde kalan) sütür umbilikus sapını (tam kat olarak) ortadan geçer ve kuvvetli şekilde medialize-santralize eder.

Sonuçlar : 36 hastanın 9 u (%25) flep nedeniyle revizyona giderken, hiçbir umbilikus nedeniyle revizyona gitmemiş olup post op takiplerinde, enfeksiyon, yara ayrışması vb. gibi hiçbir komplikasyona rastlanmamıştır. Hastaların postop memnuniyeti 5 üzerinden ortalama 4.8 olarak kaydedilmiştir.

Tartışma: Tekniğimizi klasik teknik ile karşılaştırdığımızda hasta memnuniyetinin belirgin oranda yüksek olduğu görülmekte olup, tekniğimizin operasyon süresini uzatmayışı, kolay uygulanabilir oluşu, genç, santralize ve doğal görünüm dikkat çeken avantajlardır. Tekniğimizi uyguladığımız bütün hastalarda umbilikus santralizasyonu yeteri kadar sağlanmış ve hiçbir hastada umbilikusun dolaşımı bozulmamış ve komplikasyon gelişmemiştir. "Yeni umbilikus oluşturmada özellikle son 30 yılda birçok yöntem kullanılmış olup Havani ve ark. Ları eski umbilikusu iptal edip abdominal flepte yeni umbilikusun yerine semisirküler ya da invert 'U' insizyon yaparak küçük (inferior) flebi karın ön duvarına dikip superiora açığa çıkan yağ dokuyada FTDG koyarak 4/0 non absorbable suture ile dikmiş ve estetik olarak tatmin edici sonuçlar almıştır. Ancak bu yöntemde FTDG alınması ve yeni umbilikusa koyulması daha sonrasında greft pansumanı ve donör saha kapaması operasyon süresini uzatmakta ve ek olarak donör saha izi eklemektedir.

Mazzocchi ve ark. Ları abdominal flep üzerine double-opposing (karşılıklı çift) Y insizyon kullanmış, Y lerin yüksekliklerini eski umbilikusun yüksekliği ile eşit olarak hesaplamışlar ve doğal görünümlü umbilikuslar elde etmişlerdir. Ancak Y'ler arasındaki açı ve boy hesabının hastadan hastaya değişmesi bu metodun cerrahlar arasında yayılmasını engellemiştir.

Raveh ve ark. ları kullanılan rectus kasının kontralateral tarafından rectus fasyası üzerinde küçük bir insizyon yaparak umbilikal sapı transpoze edip santralize etmiş ve lokasyonu orjinaline yaklaştırmıştır, ancak bu yöntemde transpozisyon nedeniyle sap boyu kısalmış olup sap stenozuna ortam yaratmış ayrıca insizyonun rectus abdominis kasının invazyon ve vaskülarizasyon nedeniyle medial üçüncü boğumda sınırlı olması gerekliliği cerrahları kısıtlamıştır.

P380

By-pass Cerrahisi Sonrası Gelişen Meme Nekrozu

Mehmet Dadacı¹, Atilla Orhan², Ufuk Özerkin², Abdullah Arslan³, Bilsevin İnce¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

²Özel Konya Farabi Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Konya

³Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Hiperbarik ve Su Altı hekimliği AD, Konya

Giriş: Memenin kan dolaşımında üç ana kaynak mevcuttur. Sternum kenarında bulunan internal mammaryal arterin medial perforatörü memenin medial kısmının dolaşımından sorumludur. Lateral toracik arter memenin lateral kısmının, interkostal perforatörlerin anterior ve lateral dalları da diğer meme segmentlerinin dolaşımını sağlar. Meme parankiminde bunların hepsi kollateralizasyon sağlar. Fakat tüm bu kollateralizasyona rağmen internal mammaryal arter meme dolaşımının %60'ından sorumludur. Bu vaka sunumunda sol internal mammaryal arterin by-pass cerrahisinde kullanıldığı olguda gelişen meme nekrozu ve cerrahi tedavisi tartışılacaktır.

Olgu sunumu: 67 yaşında bayan hasta anjio sonrası 3 koroner damarında tıkanıklıklarının olması nedeni ile by-pass cerrahisi geçirdikten sonra sol meme medialinde gelişen dolaşım bozukluğu ve sonrasında oluşan nekroz nedeni ile tarafımıza konsülte edildi. Hastanın cerrahi

hikayesinde sol internal mammaryal arterin by-pass cerrahisi sırasında kullanıldığı öğrenildi. Hastanın iki taraflı ciddi meme büyüklüğü mevcuttu. Hastanın nekrozu tam oturup kendini sınırladıktan sonra cerrahi tedaviye karar verildi. By-pass cerrahisinden 20 gün sonra hasta tekrar ameliyata alındı nekroz debride edildi. Nekroz sternuma ilerlememekteydi. Debridman sonrası geniş defekt alanı gelişti. Bu defekt tabandan 8 cm olacak şekilde meme başına kadar uzanan ama meme başının dahil olmadığı inferior bazlı meme küçültme tekniğinde kullandığımız flep hazırlanarak defekt alanına yerleştirildi. Meme başı kenarı primer kapatıldı. Meme başı seviye ve şeklinde ciddi deformasyon gelişmedi. Postoperatif sorun yaşamayan hasta 4 günde taburcu edildi. Sonrasında hastaya 20 seans hiperbarik oksijen tedavisi verildi.

Tartışma: Meme dolaşımında üç ana damarsal kaynağın birbiri ile bağlantılı olması nedeni ile farklı meme küçültme teknikleri tarif edilmiştir. Bu damarsal bağlantılar nedeniyle internal mammaryal arterin kullanılması meme dolaşımında sorun yaratmamaktadır. Bu hastanın yaşı olması, meme boyutlarının oldukça büyük olması bu nekroz için predispozan faktör sayılabilir. Rekonstrüksiyonunda kullanılan fleplerin internal mammaryal arter kökenli olmamasına özen gösterilmelidir.

resim 1



P381

Mastektomi Sonrası İmplant/Vicryl Mesh ile Rekonstrüksiyon Hastalarında Geç Dönemde Görülen Bir Semptom=Kırmızı Meme Sendromu

Kamuran Zeynep Sevim¹, Selami Serhat Şirvan¹, Rabia Karasu³, Hamdi Özşahin², Osman Sevim⁴, Erkan Yüce¹, Semra Karşıdağ¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi Kliniği, İstanbul

Amaç: İmplant ile meme rekonstrüksiyonunda sentetik mesh ler ile inferior pol oluşturulması sıkça yapılan bir uygulamadır. Yumuşak doku desteği sağlaması yanı sıra

"vicryl mesh" cilt flebine postoperatif 2-3 ay içerisinde entegre olur ve rezorbe olur. Ancak avantajları yanında uzun süren seromaya yol açması, enfeksiyona yatkınlık oluşturmaya ve kırmızı meme sendromuna yol açması da potansiyel komplikasyonlar arasındadır.

Materyal-Metod: Mayıs 2014-Temmuz 2016 yılları arasında vicryl mesh ile expander/implant onarım yapılan 54 hasta retrospektif olarak incelendi. Bunlardan kırmızı meme sendromuna ait eritem, ağrı, meme başında akıntı, ülserasyon ve kitle ele gelmesi semptomlarıyla gelenlerin akta yatan risk faktörleri analiz edildi.

Sonuç: Toplam 94 meme kanseri sonrası onarım hastasının implant/expander ile onarım yapılan 54 hastada 12 kişide kırmızı meme sendromu bulgularına geç dönemde rastlanmıştır. İdyopatik eritematöz Z reaksiyon olarak da bilinen kırmızı meme sendromu denilebilmesi için hastaların ciltlerinde kalınlaşma, lenfödem ve sellülit benzeri görüntü, hassasiyet, ısı artışı ve meme baidan akıntı olması şartları arandı. Hastalarda yapılan kontrol USG ve/veya MR görüntülemeye nonspesifik yağ nekrozu odaklarına rastlandı. Postoperatif dönemde RT alan hastalarda rekürren ve inatçı kırmızı meme sendromu bulgularına rastlandı. Burada Rt'ye bağlı lenfödemin etkili olduğu sonucuna varıldı. Tedavide eritem, hassasiyet ve olası enfeksiyonu eradike etmeye yönelik oral antibiyoterapi, analjezik antienflamatuvar ve soğuk uygulama gibi konservatif yöntemler uygulandı. Hastaların hiçbirisinde tekrar ameliyata alıp antibiyotikli solüsyonla irigasyon yapılmasına gerek kalmadı.

Tartışma: Kırmızı meme sendromu obeziteye meğilli, gigantomastili hastalarda meme rekonstrüksiyonunda implant vicryl mesh kombine kullanımında diğer hasta gruplarında daha sık oranda gözlenmektedir.

P382

Meme Başı Rekonstrüksiyonunda Yeni Bir Yöntem; İntradermal Nevüs Grefti

Burhan Özalp, Abdulkadir Calavul, Ercan Çelikkaleli, Muhammed Mustafa Aydınol

Dicle Üniversitesi Plastik Cerrahi Kliniği

Giriş: Nipple-areolar kompleks (NAK), kadın memesinin önemli bir estetik ünitesi olup rekonstrüksiyonu için literatürde farklı teknikler tanımlanmıştır. Bu raporda, NAK rekonstrüksiyonunda alternatif bir yöntem olarak gerçekleştirdiğimiz intradermal nevüs içeren tam kalınlıklı deri grefti ile onarım tekniğimizi sunmayı amaçladık.

Olgu sunumu: 45 yaşında kadın hasta gigantomasti nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Suprasternal çentik-nipple arası mesafe sağ tarafta 36 cm, sol tarafta 33 cm idi. Süperomedial pediküllü ters T insizyonuna uygun çizimler sonrası opere edilen hastanın ameliyat sonrası takiplerinde sağ meme başında venöz dolaşım bozukluğu olduğu gözlemlendi. Dikiş alınması ve sülük tedavisi sonrasında dolaşımda düzelme olmayan hastada NAK'ın tamamen ve pedikülün distal 2/3 kısmının nekroze olması üzerine ameliyat sonrası 14. günde rekonstrüktif amaçlı hasta yeniden ameliyat edildi. Nekrotik NAK ve distal pedikül debride edildi ve volüm kaybının düzeltilmesi için pektoral kas altına 250 cc'lik yuvarlak meme protezi yerleştirildi. NAK rekonstrüksiyonu için sağ kol medialinde bulunan 8 mm lik nevüs 44 mm çapında tam kat kalınlıkta deri grefti ile beraber alınarak meme başı onarımı yapıldı. Hastanın ameliyat sonrası takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmeyip sonuç estetik açıdan kabul edilebilir olarak değerlendirildi.

Tartışma: NAK rekonstrüksiyonu, otolog meme rekonstrüksiyonun önemli bir aşamasıdır. Meme küçültme ameliyatlarında NAK'ın parsiyel ya da tam nekrozu nadir rastlanılan bir komplikasyon olmakla beraber, takdim edilen olguda görüldüğü gibi NAK'ın tamamen kaybedildiği vakalarla karşılaşılabilir. NAK rekonstrüksiyonu için literatürde çeşitli onarım teknikleri tanımlanmıştır. Meme başı onarımı için en sık tercih edilenler kompozit greft (kulak), prostetik materyal ve lokal fleplerdir. En sık tercih edilen lokal flepler scate, double opposing, çan ve s flepler olup, yöntem seçimi cerraha bağlıdır. Areola rekonstrüksiyonu için, deri grefti ve dövme gibi çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Ancak hangi teknik kullanılırsa kullanılsın meme başında zaman içinde projeksiyon kaybı olmakta ve her zaman doğal bir görüntü elde edilememektedir. Sunumu yapılan vakada kullandığımız yöntem meme başı ve areola rekonstrüksiyonunda alternatif bir yöntem olarak değerlendirilebilir. Hastanın vücudunda meme başının görüntüsünü taklit eden nevüs varlığında, nevüsü içeren tam kalınlıkta deri grefti ile nipple rekonstrüksiyonu gerçekleştirilebilir. Bu yöntemin en önemli avantajlarından biri intradermal nevüsün görüntü olarak nipple areolaya oldukça benzemesi ve pigmente oluşudur.

Sonuç: NAK rekonstrüksiyonu yapılacak hastanın vücudunda meme başının görüntüsünü taklit eden nevüs varlığında, nevüsü içeren tam kalınlıkta deri grefti alternatif bir yöntem olarak değerlendirilebilir.

P383

Meme Asimetrisinin Cerrahisinde Trombositten Zengin Plazma İle Zenginleştirilmiş Yüksek Hacimde Yağ Enjeksiyonunun Kullanımı

Fatih Ceran, Mehmet Bozkurt

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Memelerin simetrik olmaması, birbirinden farklı büyüklük veya şekilde olduğu durum meme asimetrisi olarak adlandırılır. Meme asimetrisi; gelişimsel, travma veya geçirilmiş cerrahiye bağlı olabilir. Meme asimetrisinin düzeltilme operasyonları zorlu operasyonlardır ve lipoenjeksiyon tekniğinde ve uygulamasındaki gelişmelerle birlikte yağ enjeksiyonu önemli bir tedavi alternatifidir. Biz de bu çalışmamızda meme asimetrisi bulunan hastalarımızın tedavisinde trombositten zengin plazma ile zenginleştirilmiş yüksek hacimde yağ enjeksiyonu yapılan hastalarımızı tartışmaktayız.

Yöntem-Gereçler: Çalışmamıza 2 adet Poland sendromlu, 3 adet geçirilmiş meme cerrahisine bağlı meme asimetrisi olan (lumpektomi, kuadrenektomi) 5 kadın hasta dahil edildi. Hastalarımızın yaş ortalaması 36 idi. Hastalara preoperatif Vectra görüntüleme yöntemi ile asimetri ortaya kondu ve hastalara verilecek ortalama yağ miktarları ortaya kondu. Poland sendromlu hastalara 300 cc hesaplandı, 350 şer cc trombositten zengin plazma ile zenginleştirilmiş yağ enjekte edildi. Meme cerrahisi geçirmiş hastalara ise 120 cc hesaplandı, 150 şer cc trombositten zengin plazma ile zenginleştirilmiş yağ enjekte edildi. Hastaların postoperatif 3. aylarında çekilen Vectra görüntülemelerinde Poland sendromlu hastalar için ortalama 50 cc, meme cerrahili hastalarda ise 30 cc lik bir azalma tesbit edildi. 6. aylarında çekilen Vectra görüntülemelerinde Poland sendromlu hastalar için ortalama 80 cc daha, meme cerrahili hastalarda ise 35 cc lik daha bir azalma tesbit edildi. Hastalar 6. aydan sonra daha az volümlü trombositten zengin plazma ile zenginleştirilmiş bir yağ enjeksiyonu daha yapıldı.

Bulgular: Hastaların bundan sonraki 1 yıllık takiplerinde arzu edilen hacimlere ulaşarak preoperatif istenen hacimler elde edildi. Hastalara ek volüm artırıcı cerrahi girişim yapılmadı. Sadece Poland sendromlu hastalara nipple areolar kompleks için tatuaaj yapıldı.

Sonuçlar: Meme asimetrisi ameliyatı çoğunlukla komplike zor bir operasyondur. Yağ enjeksiyonu tedavi opsiyonu nisbeten daha az invaziv, hastanede yatış süreleri kısa ve ekonomik olarak daha az masraflı bir operasyondur. Trombositten zengin plazma ile zenginleştirilmiş yağların ömürlerinde ve hacimlerinde belirgin olarak bir farklılık mevcuttur. Yaptığımız çalışma sonucu meme asimetrisinin düzeltilmesinde trombositten zengin plazma ile zenginleştirilmiş yağlar etkinliğe sahiptir.

Kaynaklar: 1. Sinno S, Wilson S, Brownstone N, Levine SM. Current Thoughts on Fat Grafting: Using the Evidence to Determine Fact or Fiction. *Plast Reconstr Surg*. 2016 Mar;137(3):818-24.

P384

Meme Yerleşimli Pleksiform Neurofibromatosis Olgusunda İmplant İle Meme Rekonstrüksiyonu

Eyüphan Gencel, Cengiz Eser, İbrahim Tabakan, Erol Kesiktaş, Metin Yavuz

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Von Recklinghausen neurofibromatosis diğer adıyla neurofibromatosis tip 1 veya periferik neurofibromatosis otozomal dominant geçen bir hastalıktır. Görülme sıklığı 2500 ila 4000 doğumda 1 dir. Klinik bulgu olarak café au lait lekeleri, aksiler çillenme, çok sayıda nörofibrom ve lisch nodülleri ile karakterizedir. Benin bir hastalık olmakla birlikte neurofibrosarkom, malin şwannom, wilms tümörü ve lösemi bu hastalıkta saptanmıştır. sarkomatöz değişiklikler %2 ila%16 arasında görülür. neurofibrom hastalarının sadece yaklaşık % 3 ünde meme başı ve meme tutulumu görülmektedir. Bu oranın ise sadece 10 da 1 inde plexiform neurofibromatosis diyebileceğimiz yaygın meme tutulumu mevcuttur.1 memede nipple ve areola tutulumlarına yönelik meme kanallarını koruyucu parsiyel eksizyon teknikleri2 yapılmış olsa da bu hastalık nadir olarak meme kanseriyle birlikte sunulmaktadır.3,4rekonstrüksiyon seçenekleri üzerine büyük seriler bulunmamaktadır. Mastektomi sonrası tram flep ile onarım ilk kez 2002 yılında Yamamoto ve arkadaşları tarafından sunulmuştur.5 kanseri maskeleyen nedeniyle derin lezyonların eksizyonu önerilmektedir.eksizyonlar meme glandını kısmen koruyucu şekilde cildin dâhil edildiği meme küçültme teknikleri gibi yapılabileceği gibi parsiyel rezeksiyonların meme kanser gelişimini tetiklememesi amacıyla subkütan mastektomi şeklinde de yapılabilmektedir. Bu olgumuzda sol memenin nipple areola dahil totale yakın tutulumunun olduğu aksiler bölgeye dek uzanan plexiform neurofibromatosis olgusunda nipple areola koruyucu mastektomi sonrası expander ve implant ile 2 seanslı onarım sonucumuzu sunmak istiyoruz. 27 yaşında bayan hasta vücudunda yaygın nörofibromlar café au lait lekeleri ve sol memede deformasyon nedeniyle başvurdu. Sol memedeki plexiform neurofibromatosis'e yönelik subkütan mastektomi ve 2 seanslı doku genişletici ve implant ile onarımı, otolog doku transfer seçeneklerine tercih etti. superior pediküllü nipple areola koruyucu subkütan mastektomi aksiler alana dek uzanan cilt tutulumlu neurofibromlar eksize edildi pektoral kas altına 400 cc yuvarlak doku genişletici yerleştirildi. ekspansiyon sonrası 4 ay beklendikten sonra 375 cc implant ve karşı

memeye ters t skarlı süperomedial pediküllü meme küçültme operasyonu yapıldı. Postoperatif takiplerinde sorunla karşılaşmayan hasta elde edilen kozmetik sonuçtan memnundu. Postoperatif mamaografik takibe alındı. wise pattern meme küçültme benzer bir olguda başarı ile uygulanmıştır.6 Sadece meme parenkimi korunarak yapılan eksizyonlarda meme simetrisi korunarak kanser oluşumunun erken teşhisine yönelik sıkı takip gerektirmektedir. Neurofibromatosis hastaları meme kanseri açısından risk artmaktadır.7 bu nedenle kanser riskini azaltma amaçlı mastektomi ve sonrası plastik cerrahi onarım meme küçültme teknikleri yerine tercih edilebilir.

1. Bongiorno MR, Doukaki S, Arico M. Neurofibromatosis of the nipple-areolar area: a case series. *Journal of medical case reports* 2010;4:22.
2. Lannon DA, Harris PA, Butler PE. Treatment of severe neurofibromatosis of the nipple-areola complex. *Plast Reconstr Surg* 2003;111(2):952-953.
3. Millman SL, Mercado CL. An unusual presentation of neurofibromatosis of the breast. *The breast journal* 2004;10(1):45-47.
4. Posada JG, Chakmakjian CG. Images in clinical medicine. Von Recklinghausen's disease and breast cancer. *The New England journal of medicine* 2005;352(17):1799.
5. Yamamoto Y, Kanazawa H, Sugihara T. Breast reconstruction in the von Recklinghausen disease patient. *Plast Reconstr Surg* 2002;110(1):357-358.
6. Velchuru VR, Satish SG, Guruswamy R, Sturzaker HG. Modified wise pattern skin reduction for plexiform neurofibromatosis of the breast. *The breast journal* 2007;13(1):83-84.
7. Wang X, Levin AM, Smolinski SE, Vigneau FD, Levin NK, Tainsky MA. Breast cancer and other neoplasms in women with neurofibromatosis type 1: a retrospective review of cases in the Detroit metropolitan area. *American journal of medical genetics Part A* 2012;158A(12):3061-3064.

P385

Expander ile Meme Onarımına Bağlı Gelişen Bir Komplikasyon: 6. Kotta Osteomyelit

Onur Egemen¹, Levhi Akın², Özay Özkaya³

¹*İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD*

²*İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD*

³*Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD*

Doku ekspansiyonu ile erken ya da geç onarım mastektomi sonrası sık kullanılan meme onarım yöntemlerindendir. Bu yöntem, güvenli olarak tanıtılsa da zaman zaman komplikasyonlar ortaya çıkar. Erken dönemde infeksiyon, hematoma, seroma, mastektomi flep nekrozu en sık görülen komplikasyonlar iken, geç dönemde kapsül kontraktürü, implant malpozisyonu, rippling gibi kanlı implanta bağlı sorunlarla karşılaşılabilir. Bu çalışmada meme onarımı amacı ile expander uygulaması sırasında kotta osteomyelit gelişen olgumuzu ve uyguladığımız tedaviyi sunacağız.

Olgu: 48 yaşında kadın hasta sol mastektomi defektinde akıntı, ağrı, kızarıklık, hassasiyet ile kliniğimize başvurdu. Muayenesinde sol mastektomi defektinde prulan akıntıya sebep olan bir poş mevcuttu. Palpasyonla aşırı derecede ağrı mevcuttu. Hikayesinde hastamızın başka bir merkezde 6 ay önce mastektomi geçirdiği, aynı seansta expander

yetleştirildiği öğrenildi. Ancak gelişen enfeksiyon nedeni ile 2 yıkama ve debridman operasyonu geçiren hastamıza yerleştirilen expander 3. operasyonda çıkarılmış. Aynı süreç içerisinde kemoterapi de gören hasta yaklaşık 4 aydır yoğun antibiyoterapi almaktaydı. Laboratuvar tetkiklerinde CRP yüksekliği ve lökositoz dışında bulgu yoktu. Çekilen thorax BT'de sol 6. Kotta osteomyelit tespit edilmesi üzerine hastamız operasyona hazırlandı. İlk operasyonda geniş cerrahi debridman uygulanarak 6. Kot sternokostal bileşkeden midklaviküler hatta kadar eksize edildi. Negatif basınçlı kapama yöntemi ile pansuman uygulandı. Bu pansuman 3 gün sonra değiştirildi. Üçüncü operasyonda da cilt sekonder kapatıldı. Cilt kapatıldıktan 1 hafta sonra antibiyoterapi kesildi. Hastamız tedavi sonrası 2 ay takip edildi. Enfeksiyonda nüks ya da cilt onarımında sorun görülmedi. Halen kemoterapisi devam etmekte.

Tartışma: Kotta osteomyelit nadir görülür ve çoğunlukla kronik ampiyem, ilerlemiş tüberküloz, thoraks travması durumunda ortaya çıkar. Literatürde protez ile meme büyütme sonrası osteomyelit olguları bildirilmiştir. Bu olgular da, bizim uyguladığımız gibi implant çıkartılması ve ilgili kotun rezeksiyonu ile tedavi edilmiştir. Sunduğumuz olgu, meme onarımı amacı ile expander uygulaması sonrası kot osteomyeliti bildirilen ilk olgu özelliği taşımaktadır.

Sonuç: İmplant ile meme büyütme ya da implant ya da expander ile meme onarımı olgularında, uzun süren ve dirençli enfeksiyon tablosu geliştiğinde "kot osteomyeliti" akla gelmelidir.

LİTERATÜR:

1. Seng P, Alliez A, Honnorat E, Menard A, Casanova D, Stein A. Osteomyelitis of rib and sternum after breast prosthesis implantation: A rare or underestimated infection? ID Cases 2 (2015) 31-33
2. Hassid VJ, Sepesi B. Chronic osteomyelitis of the manubrioclavicular joint following breast augmentation. Plast Reconstr Surg 2016 137;2:e493

P386

Üst Ekstremité Miks Tip Sinir Defektlerinde Deselülerize Sinir Greftlerinin Klinik Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Osman Akdağ¹, Mohamed Morsy², Assaf Kaddar², Steven Moran²

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif Ve Esterik Cerrahi Ana Bilim Dalı Konya

²Mayo Clinic Department of Plastic Surgery Rochester MN

Giriş: Periferik sinir onarımlarında klasik yöntemlerle sinir devamlılığının sağlanamadığı durumlarda birçok materyal kullanılmaktadır. Bunlardan biri deselülerize sinir allogreftleridir. (Avance Nerve Graft; Axogen, Inc., Alachua, FL) Sinir allogreftlerinin klinik uygulamaları ve geç dönem sonuçları hakkında çalışma oldukça sınırlı sayıdadır. Bu çalışmanın amacı da miks tip nöron içeren sinir yaralanmalarında deselülerize sinir greftlerinin başarılı bir şekilde kullanılıp kullanılmayacağını gösterilmesidir. Başka bir açıdan allogreftlerin erken dönem sonuçları yayınlanmış olsa da geç dönem sonuçlar henüz literatüre girmemiştir. Bunların bilimsel olarak ortaya konulması ve bu greftlerin geleceğe dönük değişik uygulama alanlarının araştırılması da ek bir amaç kabul edilebilir.

Gereç Yöntem: 2010-2014 yılları arasında üst ekstremitesinde miks tip sinir defekti olan ve deselülerize allogreft ile onarım yapılmış 9 hasta çalışmaya dâhil edildi. Tüm veriler geriye dönük tarama yöntemi ile elde edildi. Hastaların yaralanma etiyolojileri takip süreleri. Operasyon sonrası ağır enfeksiyon greft reddi ve benzeri istenmeyen sonuçlar açısından değerlendirildi. İki nokta diskriminasyon ve Modifiye Medical Research Council Classification (MRCC) derecelendirme skalası kullanıldı. Duyu için S3-S4, Motor geri dönüş için ise M3-M5 skorları anlamlı iyileşme olarak kabul edildi.

Bulgular: Hastaların 2 si kadın 7 si erkek idi. Ortalama yaş 39.8 (7-75 yıl) olarak belirlendi.

Yaralanan sinirler sırasıyla 4 ulnar sinir 3 median sinir, 1 aksesuar sinir ve 1anterior interössöz sinir idi. Ortalama sinir defekti 1,5-7 cm olarak bulundu. Herhangi bir sinire ait doku rejeksiyonu ve enfeksiyon gelişmediği verilerden doğrulandı. İncelenen hasta verilerinde dokuz hastanın yedisinde anlamlı düzeyde bir iyileşme gözlemlendi (%78) bulundu.

Sonuç: Bu çalışma ile motor lifleri de içeren sinir yaralanmaları olan seçilmiş hasta grubunda belirgin bir sinir iyileşmesi ve fonksiyonel bir geri dönüş gözlemlenmiştir. Umarız ki bu ve buna benzer çalışmalardan elde edilen veriler ışığında sinir allogreftleri miks tip sinir yaralanmalarında da güvenli şekilde kullanılabilecektir.

Resim 1: Sinir defektinin allogreft ile onarımı



P387

Serbest Fasiyokütan Fleplerin Preoperatif Planlanmasında Önemli Bir Parametre: Flep Elevasyonu Ardından Gelişen Büzülme Oranlarının Karşılaştırılması

Özay Özkaya Mutlu, Mert Canlı, Kadir Tasasız
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda serbest flepler, kullanılmaya başladıkları tarihten günümüze flep fizyolojisinin net bir şekilde ortaya konulması, yapılan anatomik çalışmalar sonrası cerrahi tekniğin standardize edilmesi ve bu alanda edinilen cerrahi tecrübeler neticesinde en sık kullanılan seçeneklerden birisi haline almıştır. Oluşan doku defektinin etiyolojisi, anatomik lokalizasyonu, ekspoze olan yapıların niteliği, oluşmuş defektin boyutu ve hacmi, defekt alanının fonksiyonel hale getirilme endikasyonu ve donör alanın niteliği; uygun flep seçimi için

değerlendirilmesi gereken faktörlerden sadece birkaçıdır. Doku defektlerinin en uygun fonksiyonel ve estetik rekonstrüksiyonunda uygun flep seçimi kadar, seçilen flebin en ince detayına kadar planlanması büyük önem taşır. Ada haline getirilmiş pediküllü flepler ile serbest fasiyokütan fleplerin operasyon öncesi planlanmasında sıklıkla ihmal edilen özelliklerinden birisi, flebin insize edilmesi ardından cilt adasında meydana gelen büzülme ve buna sekonder olarak preoperatif dönemde planlanandan çok daha ufak bir flep elde edilmesidir. Doku defektini uygun bir şekilde onarıırken aynı zamanda minimal donör alan morbiditesine sebep olmak ve en uygun estetik sonucu elde etmek için flep boyutunun preoperatif dönemde uygun planlanması, flep cerrahisinin en önemli amaçlarından birisidir.

Amaç: Yapılan çalışma ile, en sık kullanılan serbest fasiyokütan fleplerden olan serbest radyal önkol flebi ile serbest anterolateral uyluk flebinin (serbest ALT flep) elevasyonu ardından gelişen büzülme miktarının hesaplanarak karşılaştırılması ve elde edilen değerlerin cerrahi öncesi flep planlama aşamasında kullanımının uygunluğunun tartışılması amaçlanmıştır.

Yöntem ve Bulgular: Çalışmaya Ocak 2015-Temmuz 2016 tarihleri arasında kliniğimize başvuran ve doku defekti nedeniyle serbest ALT flep veya serbest radyal önkol flebi ile rekonstrüksiyon planlanan 20 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 15'inde rekonstrüksiyon amacı ile serbest ALT flebi kullanılırken, 5 hastada serbest radyal önkol flebi kullanılmıştır. Fleplerin en, boy ve alanları operasyon öncesi ve operasyon sırasında flep elevasyonunun hemen ardından ölçülmüş ve elde edilen değerler hastanın yaşı, cinsiyeti, beden kitle indeksi ve flebin tipine göre karşılaştırılmıştır. Serbest ALT fleplerin boyu 10 cm ile 20 cm, eni 6 cm ile 13 cm ve alanı 60 ile 325 cm² arasında değişirken serbest radyal önkol fleplerinin boyu 4,5 cm ile 10 cm, eni 7 cm ile 10 cm ve alanı 36 ile 100 cm² arasında ölçülmüştür. Serbest ALT fleplerde görülen ortalama büzülme değerleri boyda %17, ende %22 ve alanda %35 iken; serbest radyal önkol flepleri için boyda %13, ende %17 ve alanda %28 olarak belirlenmiştir.

Tartışma: Doku defektinin rekonstrüksiyonunda kullanılacak flebin preoperatif dönemde planlanması sırasında karşılaşılan en büyük zorluklardan birisi, flebin elevasyonu ardından gelişen olan büzülme miktarının tahmin edilememesidir. Flebin elevasyonu ardından boyut ve geometrisinde görülen değişim hastaya spesifik olup hastanın yaşı, cinsiyeti, beden kitle indeksi ve donör alan lokasyonu ile ilişkilidir. Bununla beraber cildin biyomekanik yapısı ve gerimi de flepte görülecek değişimlerde önemli rol oynamaktadır. Beklenen flep büzülme miktarını ölçmekte kullanılabilecek bir nicel ölçüm yönteminin olmaması ve cilt biyomekanikliği ile ilgili olarak yapılmış çalışmaların yetersiz olması, preoperatif dönemde uygun boyutta flep tasarlanmasını zorlaştırmaktadır. Cildin dermis tabakası içerdiği elastin ve kollajen nedeniyle cildin esas yük taşıyan tabakası olup flebin ada haline getirildiği sirkümfereyal insizyon ardından cildin bütünlüğü bozulmakta, bu durumda gerim ortadan kalkmakta ve cilt doğal boyutuna geri dönmekte yani büzülmektedir. Cilt flebi, kas tabakası ile arasında yer alan fasya üzerinde serbestçe hareket ettiğinden, flepte gelişecek büzülme miktarının tespitinde fasiyokütan fleplerin değerlendirilmesi büyük oranda fikir verici olacaktır. Farklı anatomik lokalizasyonlarda cilt kalınlığına paralel olarak dermisin içerdiği kollajen ve elastin miktarı değişmekte, bunula birlikte farklı fleplerde farklı miktarda büzülme oranları ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışma ile, serbest ALT fleplerde gelişen büzülme miktarının serbest radyal önkol flebine göre daha fazla olduğu görülmüştür. Langer'in belirlediği cilt gerim hatlarının fizyolojisine uygun olarak, flebin gerim hattına paralel olan boyutunda görülen büzülme miktarının bu hatta vertikal düzlemde yer alan boyutta gelişen büzülmeden daha az olduğu gösterilmiştir.

Sonuç: Serbest fasiyokütan flepler eleve edilmeleri ardından en, boy ve alan olarak büzülmekte ve operasyon öncesi planlanandan daha küçük bir flep elde edilmektedir. Flebin ada haline getirilmesi ardından flep boyut ve geometrisinde gelişecek değişimlerin önceden tahmin edilmesi, doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda minimum donör alan morbiditesi yaratırken uygun fonksiyonel ve estetik sonuçların alınmasına yardımcı olacaktır.

P388

Tek Arter, Tek Ven Anastomozu ile Yapılan Saçlı Deri Replantasyonu Deneyimimiz

Can İlker Demir, Hakan Ağır, Murat Şahin Alagöz, Aykut Gök, Emrah Kağan Yaşar, Nicat Rustamov, Kıvanç Davun
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AB, Kocaeli

Amaç: Bir arter bir ven anastomozu ile yapılan saçlı deri replantasyonu deneyimimiz

Yöntem-Gereçler: Saçlı deri avülizyon yaralanmaları sık görülmeyen, kişiyi psikolojik problemlerden ölüme kadar götürebilen sonuçlar doğurabilen bir durumdur. Uygun mikrocerrahi yöntemlerle hem hasta hayatı kurtarılabilen hem estetik olarak tatmin edici sonuçlar alınabilmektedir. Avülizye saçlı derinin mikrovasküler replantasyonu ilk olarak 1976 yılında Miller v ark. Tarafından superficial temporal arter ve beş adet ven anastomozu yapılarak gerçekleştirilmiştir. Rekonstrüktif mikrocerrahi yöntemlerde kaç adet arter ve ven anastomozu yapılması gerektiği konusunda görüş birliği yoktur. Ancak literatüre bakıldığında bir arter ve birden fazla ven anastomozu yapılması gerekliliğini savunan yayın sayısı daha fazladır. Sık görülen komplikasyonlardan birisi occipital bölgede postoperatif venöz konjesyondur ve bu nedenle venöz anastomoz sayısının artması gerektiği vurgulanmıştır.

Bu çalışmada saçlı deri avülizyonu olan 16 yaşındaki bir hastada tedavi yaklaşımımız, postoperatif sonuçların değerlendirilmesi ve literatürün gözden geçirilmesini amaçladık.

Bulgular ve Cerrahi Yöntem: 16 yaşında saçlarını makineye kaptırması sonucu saçlı derisi avülizye olan hasta odaydan 6 saat sonra hastanemiz acil servisine başvurdu. Saçlı deri önde kaş üzerleri, lateralde kulağı içine almayacak şekilde kukla önleri ve arkada nuchal bölgeye kadar total avülize idi (şekil 1) İntrakraniyal patoloji açısından değerlendirildiğinde sağ temporal kemikte çökme fraktürü olduğu görüldü (şekil 2) Operasyonda ilk olarak bilateral superficial temporal arter (STA) ve superficial temporal venlerin (STV) eksplere edilmesi planlandı. Amputat bol SF ile yıkandıktan sonra loop büyütme altında bilateral STA'ler bulundu. Arterlerin lümenleri heparinli sıvı ile yıkanarak olası trombozların temizlenmesi planlandı. Venlerden olan dönüş görülmeye çalışıldı. Her iki STV'ler bulundu ve tüm eksplere edilen damarlar 9.0 suture ile işaretlendi. Hastada bilateral aynı damarlar eksplere edildi. STV'lerin ileri derecede avülizye olduğu, anastomozu uygun olmadığı görüldü. İskemi süresinin uzaması nedeniyle sağ taraf STA anastomozu yapılarak flep arteriyel kanlanması sağlandı. Venlerden kanın boşalması sağlanarak venöz konjesyon önlenildi. Güçlü bir akım olması nedeniyle venöz anastomoz için boyun veni kullanılması planlandı. Sağ preaurikuler insizyon yapılarak sağ retromandibuler ven bulundu. Aradaki gap sağ koldan alınan 10 cm uzunluğunda sefalik

ven grefti ile onarıldı. Flepte turgor ve ısının normal olduğu, kapilleritenin olduğu görüldü. Cilt sütürasyonu ve kanama kontrolleri yapılarak operasyona son verildi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon olmadı. Sık görülen venöz konjesyon, occipital bölgede nekroz gibi komplikasyonlar ile karşılaşılmadı.

Sonuçlar: Literatürde saçlı deri replantsayonunda boyun venlerinin kullanıldığına rastlanmadı. Sunduğumuz vakada verici damarların bilateral uygun olmadığı görüldü. Bu hastadaki kranial kemik fraktürlerine bağlı avülsiyon sırasında damarların aşırı derece torsiyone olmasının neden olabileceği düşünüldü. Tercih edilenin aksine tek arter ve tek ven anastomozu flep venöz dönüşünü sağlamaya yeterli oldu. Retromandibuler venin çapının geniş olması sayesinde tek venin yeterli olmuş olabileceği düşünüyoruz. Bu bağlamda uygun damarların olmadığı, tek venin bulunabildiği durumlarda boyun venlerinin alıcı damar olarak kullanılabileceği sonucu çıkarılabilir. Boyun venlerinin çap genişliği nedeniyle güçlü arteriyel akım karşısında venöz dönüşü sağlayabildiği sonucuna çıkarılabilir.

şekil 1



P389

Yanık Sonrası Dirsek Ekleminde Gelişen 46 Yıllık Kontraktürün Açılması

Asım Uslu¹, Abdullah Sürücü¹, Baver Acar², Mehmet Ali Korkmaz¹, Kamil Manav¹, Emine Handan Şimşek¹, Altan Tekin¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cer.

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji.

Amaç: Eklem kontraktürünün ve donuk eklem etyolojisi multifaktöryel olup yumuşak doku kontraktürleri, heterotopik ossifikasyon, kemik fraktürleri sonucu gelişen extra veya intra artiküler malunion ve nonunionlar ve eklem yüzey kırıkdağı kaybıdır. Yanıklar eklem hareket açıklığına izin veren eklem üzerindeki

yumuşak dokunun elastikiyetini kaybettirerek eklem kontraktürüne neden olurlar. Yanıktan en çok etkilenen eklemler sırasıyla omuz (%23), dirsek (%19,9), el bileği (%17,3), ayak bileği (%13,6) ve dizdir (13,4). Eklem kontraktürlerinin tedavisinde pasif hareket gibi fizik egzersizler, açık ve kapalı cerrahi yöntemler uygulanmış olsa da literatürde çok uzun süre boyunca tedavisiz kalmış eklem kontraktürünün tedavi edilebilirliği konusundaki bilgiler sınırlıdır. Bu çalışmada çok uzun süre boyunca (46 yıl) tedavisiz kalmış bir eklem kontraktürünün tedavi edilebilirliği sorgulanmıştır.

Olgu: Olgu 7 yaşındayken ocağın üzerine düşme sonucu yanmış. Yanma sonucu sağ toraks duvarı, sağ kol ve antekübital bölgede 3. derece yanık oluşmuş. Yanık alanlar eklemler iyileşmeye bırakılmış ve sonrasında sağ üst ekstremité dirseğe kadar gövde ile birleşerek iyileşmiş. Yanıktan 3 yıl sonra sağ kol gövdeden ayrılmış ve defektli alanlar greftle onarılmış. Hastanın asıl başvuru sebebi sağ antekübital bölgede 1 senedir iyileşmeyen yarayıdır. Yaranın alınan biyopsi sonucu nonspesifik bulgular rapor edilmişti. Hastada aynı zamanda omuz eklemine abduksiyonu hafif kısıtlıydı. Dirsek eklemi 90 derece fleksiyondaydı ve eklemden hiç hareket yoktu. Hastaya patoloji tanısı kesin olmamasına rağmen antekübital bölgedeki ülser alanının eksizyonu ve sonrasında eklem hareket kazandırılmasına olanak sağlamak amacıyla serbest flep planlandı. Ülser alan 3 cm sağlam periferik marjinle tabanda kas fasyası ile birlikte eksize edildi. Koldaki sirküler skar kol anterioruna yapılan insizyonla rahatlatıldı. Kol proksimalinden ön kol ¼ proksimaline uzanan defekt oluştu. Alıcı damar olarak radial arter ve eşlik eden ven hazırlandı. Defekt serbest ALT flebi ile onarıldı. Olgunun patoloji sonucu SCC olarak rapor edildi ve cerrahi sınırlarda tümör gözlenmeyen hasta için radyoterapi önerilmedi. Yapılan taramasında LAP saptanmadı. Hastaya operasyondan 10 gün sonra ortopedi tarafından eklem kontraktürünü açmaya yönelik olarak dirseğe açıcı ayarlı eksternal dirsek fiksatorü takıldı. Günde 2 kez yapılan aktivasyon ile 1 ay süren bir tedavi sonucu hastaya dirsek eklemine 45 derece eklem hareket açıklığı kazandırıldı ve hastanın eklem hareketine yönelik açma işlemi devam etmektedir.

Sonuç: Yanık sonrasında gelişen kontraktürler morbiditenin önemli bir nedenidir. Bu kontraktürlerin özellikle kritik eklemlerde ve bölgelerde olması kişinin fonksiyonunu kısıtlamaktadır. Yanık sonrasında öncelikli olarak kontraktürün oluşmasını engelleyici önlemler alınmalıdır (atele alma, fizik egzersiz vb). Ancak gelişmiş bir kontraktür için cerrahi; yeri doldurulamaz bir tedavi yöntemidir. Özellikle bu olguda olduğu gibi yumuşak dokudaki yanığa bağlı skar nedeniyle eklem uzun süre kontraktür halinde kalmış ise eklem etrafındaki bağlarda, tendonlarda venörovasküler yapılarda kısıtlanma meydana gelecektir. Bu tür kontraktürler akut olarak açılmamaktadır. Hatta bazıları inoperabl olarak kabul edilmektedir. Bu vakada olduğu gibi yanığa bağlı kontraktürü olan hastalarda uygun ve multidisipliner çalışma ile memnun edici sonuçlar alınabilir. Eklem kontraktürü olan kısma greft yerine flep tercih edilmelidir. Bu bölge için flep olabildiğince büyük planlanmalıdır. Flep kontrakte alan yanında kontraktür proksimalinde bulunan skarlı alanlarda uzanmalıdır. Böylece eklem kontraktürünün açılması sonucu proksimalde eklem hareketini engelleyen skar dokusu sağlıklı doku ile yer değiştirmiş olur. Kontraktürün açılması böyle kronik kontraktür vakalarında akut olarak yapılamamaktadır. Multidisipliner yaklaşımla skar dokusu eksize edilip yerine flep yapıldıktan sonra eklemden kontraktür yavaş yavaş açılarak eklem daha fonksiyonel hale getirilebilir.

Açı ayarlı dirsek fiksatorü ile kontraktür gün-lük açıldı**P390****Alt Ekstremitenin Serbest Flep ile Rekonstrüksiyonu ve Asemptomatik Kronik Derin Ven Trombozu**

Asım Uslu¹, Abdullah Sürücü¹, Zafer Erk², Mehmet Ali Korkmaz¹, Kamil Manav¹, Emine Handan Şimşek¹, Altan Tekin¹

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cer.

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KvDC

Amaç: Serbest flep cerrahisinde katedilen gelişmeler sayesinde, bu operasyonlardaki başarı oranı geniş çaplı araştırmalarda %97'leri bulmuştur. Ancak tüm gelişmelere rağmen cerrahi teknik ile açıklanamayacak serbest flep kayıpları görülmektedir. Cerrahi teknik dışı nedenlerden biri de hiperkoagülabilitedir. Hiperkoagülabilitate anastomoz yapılan vende tromboza neden olarak flep kaybına yol açabileceği gibi, kronik asemptomatik bir derin ven trombozuna neden olarak bu venlere anastomoz edilen flebin venöz drenajının yetersiz kalmasına ve flep kaybına neden olabilir. Hiperkoagülabilitate alıcı damarlardaki tromboz sonucu inset edilmiş bir flebin kaybına neden olabileceği gibi verici damarları etkileyerek (örneğin venleri tromboze olmuş bir fibula flebi) kaldırılmış bir flebin nontransplantabl olması ile de flep kaybına neden olabilir. Bu olgu sunumunda kronik asemptomatik derin ven trombozu olan hastada uyguladığımız olduğumuz 2 adet serbest flep sonucu elde ettiğimiz tecrübelerimizi paylaşmayı amaçladık.

Olgu: 69 yaşında erkek hasta geçirdiği motorsiklet kazası sonucu sol ayakta parçalı açık metatars ve tibia kırığı nedeniyle ortopedi tarafından opere edilerek geçici eksternal fiksasyon sağlandı. Ayak dorsumunda kırık kemiklerin açıkta olduğu doku defekti nedeniyle olguya serbest flep planlandı. Operasyon öncesi alt ekstremitte arteriyel dopplerinde tüm damarlar açık olarak rapor edildi. Ayağın dorsumundaki 9x15 cm boyutundaki doku defekti sol uyluktan kaldırılan ALT flebi ile onarıldı. Alıcı damar olarak travma sırasında yaralanmış ve bağlanmış olan anterior tibial damarların proximalinde travma zonu dışında anterior tibial arter ve bu artere eşlik eden 1 ven hazırlandı. İkinci ven bulunmadı. Flep alıcı damarlara uç uca anastomoz (1 arter ve 1 ven) edildi. Anastomoz sonrası alıcı venin aşırı dolgun ve genişlediği gözlemlendi.

Operasyon sonrası flep refili biraz hızlıydı. Postop 12. saatte flepte venöz yetmezlik ve sonrasında arteriyel yetmezlik geliştiği gözlemlendi. Hasta acilen revizyona alındı ve venin içi trombüsle doluydu. Hem arter hemde ven anastomozu açıldı ve anastomozlar tekrar yapıldı. Arter ve vende akım olmasına rağmen flebin kanlanmadığı gözlemlendi. Bunun üzerine sağ uyluktan ALT flep planlandı. Fakat flebe ait perforatör bulunamadı. Bu nedenle aynı insizyondan vastus lateralis kas flebi kaldırıldı. Yine flep anterior tibial arter ve vene uç uca anastomoz edildi. Anastomoz sonrası ven yine dolgundu. Flebin ilk günlerinde hızlı kanadığı gözlemlendi ve flep etrafına belirgin kan sızması oldu. 4. günden sonra flepte kanama azaldı fakat sıvı sızıntısı olduğu gözlemlendi. Hastada postop 10. günde, hasta antikoagülan almasına rağmen sol alt ekstremitede gelişen şişlik nedeniyle yapılan doppler USG sonucunda kronik venöz trombüs zemininde akut ven oklüzyonu olduğu rapor edildi. Hastaya KvDC (Kalp ve Damar Cerrahi) tarafından acil embelektomi yapıldı. Takip eden günlerde flepteki sıvı ekstrasvasyonu azaldı ve flepte greft kaybı olan alanlar tekrar greftlendi. Postop 35. günde hasta taburcu edildi. **Sonuç:** Venöz tromboz mikrovasküler cerrahi için önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Özellikle hiperkoagülabilitesi olan ve ya şüphelenilen hastalarda rutin olarak preoperatif değerlendirilen arteriyel sistemin yanında venöz sistemin de değerlendirilmesi uygun olacaktır. Öte yandan aynı flep için çift venöz anastomoz yapılması venöz drenajı arttıracaktır buna ek olarak yapılan çift venöz anastomozun farklı venöz sistemler üzerinden yapılması(biri yüzeysel diğeri derin) venöz drenajı daha fazla güvence altına alır. Bu vakada olduğu gibi venöz yetmezliğe bağlı flep kaybı olan hastalarda kas flebinin yapılmasının faydalı olabileceğini düşündük. Kas flebindeki açık damar uçlarından erken dönemde kan ve sonrasında sıvı ekstrasvaze olması venöz yetmezliği bir miktar tolere edebilmektedir. Venöz nedenlerden dolayı flep kaybında venöz dopler inceleme yapılması faydalı olacaktır. Hastada akut tıkanıklık varsa yapılacak embelektomi flebi kurtaracaktır.

Embelektomi sonrası ayaktaki ödemde belirgin azalma oldu

P391

Perforatör Flep Diseksiyon Eğitim Modeli

Kemalettin Yıldız¹, Halil İbrahim Canter²,
Tahsin Görgülü³, Osman Kelahmetoğlu¹,
Mustafa Ekrem Güleş¹, Mustafa Ünal¹,
Ethem Güneren¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

²Acıbadem Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

³Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD

Amaç: Verici saha morbiditesinin az olması ve daha iyi estetik sonuç sağlama özellikleri nedeniyle perforatör flepler rekonstrüktif cerrahide başlıca seçenek olarak yerini almaktadır. Bu fleplerin diseksiyonunun öğretilmesinde kadavra kursları dışında standart ve pratik bir yöntem sunulmamaktadır. Bu çalışmada rekonstrüktif mikrocerrahi asistan eğitiminde klinik pratik uygulanabilir model sunmaktayız.

Gereç ve Yöntem: Çalışma için sakral bası yarası onarımında sıklıkla kullanılan süperior gluteal arter perforatör flep (SGAP) seçilmiştir. İlk olarak el Doppler USG ile flebin perforatörleri işaretlendi. sonrasında aynı cihaz ile periferik ve parasakral perforatörler seçildi. Üst ve alt insizyonlar uygulandıktan sonra diseksiyon lateralden mediale doğru yapılır. En dış yerleşimli ve ilk gözlenen perforatör uzman doktor tarafından diseke edildi. İkinci saptanan perforatörün diseksiyonu asistan tarafından gerçekleştirildi. Parasakral bölge perforatörleri de asistan doktor tarafından yapıldı. SGAP flebinin ana perforatörleri ise uzman doktor tarafından diseke edildi. Flebin ilerletilmesini engelleyen perforatörler bağlandı. Ameliyat esnasında alınan video kayıtlar işlem sonrasında tekrar izlendi ve tartışıldı.

Bulgular: Tüm fleplerin sağkalımında sorun yaşanmadı. Kısmi veya tam nekroz saptanmadı. ilk ameliyat süresi uzun olmakla birlikte sadece SGAP flep için değil diğer perforatör fleplerin diseksiyonu öğrenme eğrisinde kısalma gerçekleşti.

Sonuç: Günümüzde rekonstrüktif cerrahide perforatör flepler yaygın olarak kullanılmaktadır. Flep diseksiyon kadavra kursları hem pahalıdır hem de yaygın ve kolay ulaşılabilir değildir. Bu çalışmada bire-bir / yüz-yüze klinik eğitim sürecinde pratik, kolay uygulanabilir bir model sunulmaktadır.

P392

Lateral Lumbar Bölge Serbest Still Perforatör Flep Uygulamaları: Derin Sirkumfleks İliak Arter Perforatör Fleplerin Önkol, Omuz ve Uylukta Kullanımı

Eyüphan Gencel¹, Cengiz Eser¹,
Mehmet Ali Deveci², İbrahim Tabakan¹,
Erol Kesiktaş¹, Metin Yavuz¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi Ana Bilim Dalı, Adana

Lateral lumbar bölge farklı damarsal sistemleri içermesi nedeniyle perforatör flep kullanımına izin veren bölgelerdendir. Anatomik çalışmalarda bu bölgedeki perforatörlerin vasküler sistem ve ciltteki perforatörlerin besledikleri alanlar tanımlanmıştır.1 Derin sirkumfleks iliak arter (DCIA) Krista iliaka üzerinden kemik doku içermeyen perforatör flep hazırlanmasına imkân verir.2 DCIA, eksternal iliak arterin distal kısmından çıkar. Anterior süperior iliak spin alanında obliq ve süperiora doğru çıkan «ascending» dal olmak üzere iki dala ayrılır. Orta aksiller hatta eksternal abdominal kası delerek 2 ila 3 arasında perforatörler verir. Bunlar indirek muskulokütanöz perforatörler olarak adlandırılır. Bu perforatörler eksternal obliq, internal obliq ve transverse kası deler.2 DCIA, lumbar iliolumbar ve posterior interkostal arterler ile anastomozlar yapar. En büyük anastomozlarını 9,10ve 11. interkostal ve lateral karın duvarındaki subkostal arterler ile yapar. Flebin dizaynının alt abdomen bölgesini içerecek şekilde planlaması ile 30x12 cm lik primer kapatılabilen flepler hazırlanabilir. Rotasyon arkının geniş olması nedeniyle sadece göğüs lateral duvar ve uyluktaki defektlerin rekonstrüksiyonu yanında aksilla ve önkoldaki defektlerde kullanımına izin verebileceği düşünüldü. Olgularımızda perforatörler el doppleri ile literatürde belirtildiği üzere derin iliak arter perforatörleri midaksiller hatta anterior superior iliak spinin 5 cm süperiorunda tespit edildi. Flep dizaynları defektlerin lokalizasyonlarına göre süperior, lateral ve alt abdomen cildini içerecek şekilde dizayn edildi. 30x15 cmlik flepler kaldırıldı. 2 olguda distalde yaklaşık3 cm lik flep kaybı lokal fleplerin kullanımı ile onarıldı. Postoperatif dönemde kanama ve enfeksiyon gibi komplikasyonlarla karşılaşmadı. Lumbar bölge ve uyluk dışında aksilla ve önkol bölgesinin onarımlarında perforatör flep olarak kullanıldı. diseksiyonunun kolay olması ve abdominal bölgede donör alanın primer kapatılmasına izin verebilmesi bu flebin avantajlarındandır.

1. Offman SL, Geddes CR, Tang M, Morris SF. The vascular basis of perforator flaps based on the source arteries of the lateral lumbar region. Plast Reconstr Surg 2005;115(6):1651-1659.
2. Akyurek M, Conejero A, Dunn R. Deep circumflex iliac artery perforator flap without iliac crest. Plast Reconstr Surg 2008;122(6):1790-1795.

P393

Dekstrana bağlı anafilaktik reaksiyonlar (DIAR) sonucu serbest flep kaybı: Olgu sunumu

Ahmet Aydın, Teoman Eskitaşcıoğlu, Sercan Yücel
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

Amaç: Dextran, Leuconostoc mesenteroides organizmasının sukrozu fermente etmesi ile ortaya çıkan bir polisakkarit ürünüdür. Dekstran 40 (Rheomacrodex®) ve Dekstran 70 (Macrodex®) en sık kullanılan iki formudur. Dekstran 40, güçlü hipertonic bir solusyondur ve hipovoleminin acil tedavisinde kullanılır.

Özellikle hızlı replasman tedavisi gerektirecek hemorajik şok durumunda tavsiye edilir.

Çalışmalar dekstranın mikrosirkülasyon üzerine olan olumlu etkilerini göstermişlerdir. Dekstran fibrinolizi artırır, faktör-8 aktivitesini azaltarak antitrombotik etki gösterir ve kan akımını artırır.

Dekstranın sistemik komplikasyonları genellikle yaşlı hasta gruplarında gözlenen konjestif kalp yetmezliği ve dekstrana bağlı anafilaktik reaksiyonlardır (DIAR). Şok ve travması olmayan hastalarda DIAR gözlenme olasılığı 0.07 % to 1.1 %'dir.

Bu çalışmada DIAR nedenli hipotansiyon sonucu serbest flep kaybı olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Vaka Sunumu: 71 yaşında erkek hasta sol infraorbital bölgede var olan ve 2 yıldır iyileşmeyen yara şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Sol infraorbital bölgedeki, sol alt göz kapağında ektropion neden olan ülser lezyonunun boyutu 3x3,5 cm olarak ölçüldü. Fizik muayenede submandibular, submental ve servikal ele gelen lenf nodu yoktu. Preoperatif BT ve MR incelemeleri sonucu sol maksiller sinüs ve sol orbita tabanı invazyonu gözlemlendi. Bu nedenle tümör rezeksiyonu sonrası sol medial maksillektomi ve sol orbital enükleasyon gerçekleştirildi. Sol paraskapular serbest flep, rekonstrüksiyon seçeneği olarak seçildi. Operasyon sonrası Dekstran 40 (Rheomacrodex®) infüzyonu başlandı ve 30 dakika sonrasında dirençli hipotansiyon meydana geldi. Hastanın genel durumunun bozulması sonrasında hasta yakın takip amacıyla yoğun bakım ünitesine kaldırıldı. Yoğun bakım ünitesindeki 3 günlük yakın takip sonrası hastanın genel durumu düzeldi. Uzun süreli hipotansiyon nedeni ile serbest paraskapular flep kaybı meydana geldi. Hasta plastik cerrahi servisine alınarak, operasyon sonrası 16. günde pediküllü alın flebi ile rekonstrüksiyon uygulandı.

Tartışma: Disavearkadaşları, yaptıkları çalışmada Dekstran'ın serbest flep yaşamına olumlu yönde etki etmediği ancak sistemik komplikasyonlara sebep olabileceği gösterilmiştir. Çalışmalar göstermiştir ki şok ve travması olmayan, alkolik karaciğer hastalığı veya pnömokoksik pnömonisi olan hastaların dekstrana bağlı anafilaksi olma ihtimali daha yüksektir. Hastamızda bahsi geçen komorbid durumlar veya travma öyküsü yoktu.

Çalışmalar anafilaktik reaksiyonların, 25cc'den daha az infüzyon sonrası hızlı bir şekilde geliştiğini göstermiştir.

Bizim vakamızda, infüzyon başlangıcından 30 dakika sonra anafilaktik reaksiyonlar gözlenmeye başlamıştır. Bu nedenle ilk 30 dakika, acil müdahale için büyük önem teşkil etmektedir.

Tüm bunlar göz önüne alındığında şu önlemlerin alınması çalışmamız sonucunda önerilmektedir;

- 1) Hastaların dekstran ve benzeri polisakkaritlere karşı olan allerji hikayesi sorgulanmalıdır;
- 2) Uygulama sonrası ilk 30 dakika, hasta yakın olarak gözlenmelidir;
- 3) Dekstran uygulaması, anafilaktik reaksiyonların gözlenmesinin ardından acilen durdurulmalıdır ve akut

anafilaksi için gerekli ekipmanlar hazır bulundurulmalıdır.

SONUÇ: Sonuç olarak Dekstran uygulamasının serbest flep sağ kalımı üzerine etki ettiği konusu hala tartışmalıdır. Akut anafilaktik reaksiyonlar nadirdir ancak serbest flep kaybı hatta mortalite ile sonuçlanabilir. Serbest flep rekonstrüksiyonu sonrası dikkatle kullanılmalıdır ve daha detaylı klinik çalışmaların yapılması gereklidir.

P394

Preoperatif Perforatör Haritalama ile Serbest Muskulokutan Flep Üzerinden Propeller Perforatör Flep Planlanması ve Aşıl Bölgesi Defekti Onarımı

Osman Kelahmetoğlu¹, Onur Akman¹,
Direnç Özlem Aksoy², Selma Sönmez Ergün¹,
Ethem Güneren¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Perforatör flepler ilk olarak Koshima ve Soeda tarafından 1989 yılında tanımlandı. (1) Flep perforatör damarlarca beslenen arter ve eşlikçi vene sahiptir. (2) Perforatörlerin işaretlenmesi için klasik olarak el doppler'i kullanılmaktadır. (3) Perforatör flepler plastik cerrahi için büyük bir ilerleme sağlamıştır, bunun yanında perforatörlerin çok sayıda varyasyonları mevcuttur. Ameliyat öncesi görüntülemelerle perforatörlerin anatomik olarak ortaya konulması güvenilirliği artırır. Bu çalışmada, serbest latissimus dorsi muskulokutan flebi sonrası ekspoze olan Aşıl tendonunun üzerini örtmek için bilgisayarlı tomografi kullanılarak önceki yapılan serbest flep üzerinden perforatör haritalama yapılması ve saptanan perforatör ile defektin rekonstrüksiyonuna ait deneyimimizi sunmaya çalıştık.

Metod: 35 yaşında araç dışı trafik kazası sonrasında sağ tibia ve fibula kırığı olan hasta ortopedi kliniği tarafından opere edildi. İlk ameliyatı sonrasında sağ medial krurisinde cilt nekrozu gelişen hasta tarafımızca devralındı. Seri debridmanları sonrasında (3 seans) 27x17 cm defekt belirlendi. Kırık segmentin defekt ile iştiraki nedeniyle poş da göz önünde bulundurularak latissimus dorsi (sol) serbest kas deri flebi ile defektin rekonstrüksiyonu gerçekleştirildi. Takipleri sürecinde postoperatif 4. gününde Achilles tendonu üzerinde flepte kısmi nekroz görüldü. Flepte kısmi kayıp yaşanması sonrasında yara bakımı ve seri debridmanlar (2 seans) ile süreç devam ettirildi. Yeni oluşan defektin rekonstrüksiyonu için Radyoloji A.D. tarafından kullanılagelen 3 boyutlu BT Anjiyografi ile multiplanar olarak gösterildi. Latissimus dorsi deri adasındaki perforatörlerin saptanması ile serbest olarak taşınan flebin üzerinden TDAP flebi tasarlandı ve propeller flep olarak defekte taşındı. Literatürde Latissimus dorsi kas deri flebi üzerinden TDAP flebinin beraber kimerik flep olarak hazırlandığı vakalara rastlamak mümkün. (4) Literatürdeki benzer çalışmaların aksine oluşan defekt için "fleple üstü fleple" konseptine uygun olarak TDAP flebi hazırlandı ve defekt rekonstrüksiyonu yapıldı.

Tartışma: Perforatör flepler günümüzde en popüler olarak kullanılan rekonstrüktif seçeneklerdir. Özellikle meme cerrahisi sonrası rekonstrüktif olarak DIEP flep sıkça kullanılmaktadır. Perforatör işaretleme çalışmalarına da öncülük etmiştir. (5) Perforatör disseksiyonunun zorluğu ve ameliyat süresi önceleri bu flepler için tercihte bir kısıtlama oluşturuyor olsa da geçen 27 yıl sonucunda perforatör

fleplerin tercihinde daha az tereddüt yaşanmaktadır. Yine de perforatör flepler için öğrenme eğrisi tamamen sonlanmamış ve ameliyat öncesi perforatörün daha net ortaya konulabildiği perforatör işaretleme yöntemleri geliştirilmiştir.

Sonuç: Alt ekstremitenin ağır yaralanmaları sonrası, Aşil bölgesi gibi zorlu alanlar için ikinci bir serbest flep cerrahisine alternatif olarak daha önce yapılan muskulokutan flepten BT yardımı ile planlanan propeller perforatör flepler etkili ve güvenli bir tercih olabileceği kanısındayız.

1)Koshima I, Soeda S. Inferior epigastric artery skin flap without rectus abdominis muscle. Br J Plast Surg. 1989;42:645-648.

2)Saint-Cyr M, Schaverien MV, Rohrich RJ. Perforator flaps: history, controversies, physiology, anatomy, and use in reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2009;123:132e-145e.

3)Hallock GG. Doppler sonography and colour duplex imaging for planning a perforator flap. Clin Plast Surg. 2003;30:347-357.

4)Jain L, Kumta S., One on One Free: Two Free Flaps From a Single Donor Site. Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery. 2015;68/1: 140-142

5)Rozen W. M., Chubb D., Ashton M. W., Webster H. R. Mapping the Vascular Anatomy of Free Transplanted Soft Tissue Flaps With Computed Tomographic Angiography. Surgical Radiologic Anatomy. 2012;34:301-304

Resim 1



Vaka fotoğrafları

P395

Serbest Flep İle Rekonstrüksiyonda, İntravenöz Heparin Kullanımı ve Koagülasyon Testleri İle İlişkisi

Gökçe Yıldırım, Abdullah Ünlü, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: İntravenöz heparin kullanımı serbest flep transferinde trombozu engellemek içindir, ne var ki hematom oluşumuna veya sızıntı şeklinde kanamalara sebep olabilir. Heparinin, belirli değerin üstünde PT ve PTT değerlerine sahip hastalarda hematoma yatkınlık yaratıp yaratmaması araştırılmıştır.

Gereç-Yöntem: 2012-2015 tarihleri arasında serbest fleple onarım yapılarak postoperatif 7. Güne kadar günde 5000 ünite heparin infüzyonu alan 70 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Retrospektif olarak bu hastaların reeksplore edilip edilmedikleri, hematom oluşup oluşmadığı değerlendirilmiş ve hastaların PT ve PTT değerleri kaydedilmiştir. Hematom nedeni ile reeksplore edilen 5 vaka ile, bu hastalara yaş, cinsiyet, antikoagülan kullanımı, sigara içiciliği açısından benzer hastalar rastgele örnekleme metodu ile kalan hastalar arasından seçilen 5 hastanın PT,PTT değerleri kıyaslanmıştır.

Bulgular: Bizim çalışmamıza göre hematom oluşumu ile PT PTT değerleri arasında korelasyon gösterilememiştir. Benzer şekilde, PT ve PTT değerleri ile reeksploasyon oranları arasında da korelasyon saptanmamıştır.

Sonuç: Buna göre preoperatif dönemde PT ve PTT sonuçlarına bakılarak heparin verilir verilmemesine karar verilmemelidir. Kanama için başka preoperatif biyokimyasal belirteçlere ihtiyaç vardır.

P396

Boyundaki Yanık Kontraktürünün Preekspanse Anterolateral Uyluk Flebi İle Onarımı

Gökçe Yıldırım, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun
Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Boyundaki yanık kontraktürleri plastik cerrahlar için zorlayıcıdır. Lokal flepler iyi renk uyumu sağlasalar da donör alanda kötü estetik sonuçlara neden olur. Serbest flepler boyundaki yanık kontraktürlerinde sıklıkla kullanılır, ne var ki bunların dezavantajı da iri dokular olmasıdır. Boyundaki yanık kontraktürünün 2 aşamalı preekspanse serbest anterolateral uyluk flebi ile opere edildiği olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 52 yaşında erkek hasta boyundaki yanık kontraktürü nedeni ile 2 aşamalı onarım planlandı. Doku genişletici volümü defekt alanın boyutuna göre seçildi. 1. Seansta bir doku genişletici ALT flep altına yerleştirildi. Yeterli ekspansiyonun ardından 2. Seansta doku genişletici çıkarılarak flep kaldırıldı, bundan sonra rutin ALT serbest flep ameliyatı uygulandı.

Sonuç: Hastanın postoperatif dönemde flep inceltmesi ameliyatlarına ihtiyacı kalmadı. Boyunda fonksiyonel ve estetik olarak kabul edilebilir sonuçlar elde edildi.

Boyun yanık kontraktürleri sıklıkla fleplerle tedavi edilir. Ne var ki serbest flepler, rekonstrüksiyondan sonra 1 veya daha fazla inceltme işlemi gerektirir. Bu yöntemle inceltme işlemi elimine edilmiş olur. Yöntem 2 aşamalıdır, ne var ki birden çok inceltme işlemi öngörülüyor ise preekspande bir flep daha konservatif kalacağından akılda tutulmalıdır. Boyun kontraktürlerini açılmasında preekspande serbest flepleri öneriyoruz.

P397

Pediküllü Anterolateral Uyluk Perforatör Flebi ile Alt Abdomen Onarımı

Eyüphan Gencel, Cengiz Eser, İbrahim Tabakan, Erol Kesiktaş, Metin Yavuz

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana

Pediküllü Anterolateral uyluk (ALT) perforatör flep ile abdominal bölge onarımı ile yayınlar nadirdir. 1,2 3 Serbest veya pediküllü alt flebin komplikasyon oranları arasında fark yoktur defekt büyüklüğü ve pedikülün uzunluğu flep seçimini etkilemektedir.4 Ancak flebin güvenilir pedikülü, kolay hazırlanması ve mikrovasküler cerrahi gerektirmemesi pediküllü ALT'nin serbest flebe göre avantajlarındandır. Bu flep değişik kompozisyonlarda hazırlanabilmektedir. Perine ve genital bölge rekonstrüksiyonlarında özellikle vajen rekonstrüksiyonlarında tercih edilen bir fleptir. Epigastrik bölgeye dek uzanması 5 ve ekspander ihtiyacı olmaksızın tüm alt abdominal bölgenin rekonstrüksiyonunu sağlaması nedeniyle tercih edilmektedir. 1 Bu çalışmada yaygın metastazları nedeniyle abdominopelvik rezeksiyon yapılan hastanın ön duvar onarımının mesh ile yapılmasını takiben total alt abdominal bölge onarımı pediküllü alt flep ile onarılmıştır. Flep 35x20 cm2 cilt adası içerecek şekilde vastus lateralisten çıkan muskulokutan perforatör korunarak eleve edildi. Flebin mesh üzerinde 2. Bir tabaka oluşturma amaçlı tenosofascia lata tendonu flep kaldırılması sırasında 15x4 cm flep devamlılığı korunacak şekilde dahil edildi. Flep pedikülü uzatma amaçlı derin femoral arterden çıkış noktasına dek diseke edildi. Flep sartorius kasının altından geçirildikten sonra abdominal defekt alanına tünelden ilerletildi. Tünelin cilt kısmının pediküle basma ihtimali nedeniyle tünelde cilt insizyonu yapılarak gevşeme sağlandı. Cilt altı ve cilt sütürasyonları sonrası donör alan defekti küçültecek şekilde yaklaştırıldı ve 35x5 cm lik kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım sağlandı. Postoperatif dönemde vulvar ve bilateral inguinal lenf diseksiyonlarına bağlı obstrüksiyon sonucu yaygın lenfatik kaçakla karşılaşıldı, flepte kayıp olmamasına rağmen donör alanda greft kaybına yol açan seromaya bağlı greft kayıplarına yönelik sekonder greftlemeler yapıldı. Abdominal bölgeyi içeren herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Postoperatif 3. Ayında onkolojik tedavi almakta olan hasta ek sorunlar nedeniyle kaybedildi. Karın öndüvar onarımları kayıp büyüklüğüne bağlı olarak primer onarımlar, ramirezin komponent seperasyon yöntemi lokal, bölgesel ve serbest fleplerin tek başlarına veya prostetik mesh ile kombine edilerek uygulamaları ile onarılmaktadır. Alt flebin kullanımı ile karın öndüvar onarımında güncel algoritmalar oluşturulmaktadır. Bunlardan farklı etiyoloji ve kayıplara yönelik zelken ve arkadaşlarının6 yaptığı algoritma alt flebinin farklı varyasyonlarını içermesi açısından ileriki yıllarda geçerliliğini ortaya koyacağı düşünülmektedir. Pediküllü alt flebi geniş defektlerin onarımında kullanılabilir çift taraflı ilioinguinal diseksiyonlarda donör alanda yara iyileşmesine bağlı komplikasyonların olabileceği düşünülmelidir. 1. Maxhimer JB, Hui-Chou HG, Rodriguez ED. Clinical applications of the pedicled anterolateral thigh flap in complex abdominal-pelvic reconstruction. Annals of plastic

surgery 2011;66(3):285-291.

2. Nthumba P, Barasa J, Cavadas PC, Landin L. Pedicled fasciocutaneous anterolateral thigh flap for the reconstruction of a large postoncologic abdominal wall resection defect: a case report. Annals of plastic surgery 2012;68(2):188-189.

3. Jang J, Jeong SH, Han SK, Kim WK. Reconstruction of extensive abdominal wall defect using an eccentric perforator-based pedicled anterolateral thigh flap: a case report. Microsurgery 2013;33(6):482-486.

4. Kayano S, Sakuraba M, Miyamoto S, Nagamatsu S, Taji M, Umezawa H, Kimata Y. Comparison of pedicled and free anterolateral thigh flaps for reconstruction of complex defects of the abdominal wall: review of 20 consecutive cases. Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS 2012;65(11):1525-1529.

5. Tamai M, Nagasao T, Miki T, Hamamoto Y, Kogure T, Tanaka Y. Rotation arc of pedicled anterolateral thigh flap for abdominal wall reconstruction: How far can it reach? Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS 2015;68(10):1417-1424.

6. Zelken JA, AlDeek NF, Hsu CC, Chang NJ, Lin CH, Lin CH. Algorithmic approach to lower abdominal, perineal, and groin reconstruction using anterolateral thigh flaps. Microsurgery 2014.

P398

At Isırığına Bağlı Total Alt Dudak Defekti Olan Hastaki Rekonstrüksiyonu Olgumuz

Metin Temel, Ahmet Kahraman, Mustafa Özkan, Ali Yeniocak

Mustafa Kemal Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Hatay

Giriş ve Amaç: Hayvan kaynaklı yaralanmalarda sıklığa göre en çok köpek, kedi yaralanmaları gözlenmektedir. ABD'de yılda 3-6 milyon hayvan yaralanmasının %80-90'ı köpek, %5-15'inin kedi, %2-5 kemirgen ve diğer hayvan yaralanmasıdır (1, 2). At kaynaklı insan ölümlerinin sayıca çok olmasına rağmen literatürde at ısırma vakaları oldukça nadir raporlanmıştır (3). Bu çalışmada amacımız at kaynaklı ısırılarda baş-boyun bölgesinin önemini vurgulamak ve literatürde karşılaştığımız total alt dudak defekti rekonstrüksiyonu yaptığımız olgumuzu paylaşmak istiyoruz.

Olgu Sunumu: 5 yaşında erkek hasta acil servise alt dudakta doku defekti şikayeti ile geldi. Hastanın hikayesinde at tarafından ısırılarak alt dudağı tamamen koptuğu ve amputatın olmadığı öğrenildi. Dış merkezde tetanoz aşısı yapılan hasta, antibiyoterapisi başlanarak yarası açık ve pansumanla takip edildi. Hastaya yatışının 16.gününde radial ön kol kimerik flebi yapıldı (sol ön koldan radial ön kol serbest flebi ile kombine FCR ve PL tendonlarını içerecek şekilde orbikularis oris ve cilt defekti rekonstrükte edildi) Hasta post op takiplerinde problem olmayınca postop 10 günde taburcu edildi. Hastanın oral kompetansinin iyi olduğu ancak estetik görüntüsü için revizyonlar planlandı.

Sonuç ve Tartışma: At ısırıklarında doku kaybı diğer hayvan ısırıklarına göre daha fazladır. Bu yaralanmaların maksillofasial ve orbital bölgede yoğunlaştığını görmekteyiz. Özellikle atların ayaklarını aktif kullanması sonucu baş-boyun yaralanmalarının daha fazla olduğu düşünülmektedir (4). Hayvan kaynaklı ısırıklarda antibiyoterapi ve erken debridman yapılacak olan operasyon kadar önemli ve elzemdir (5). Tetanoz aşısı yapılmakta ancak kuduz aşısının gerekli olmadığına yönelik görüşler vardır. At/eşek kaynaklı

dudak amputasyonu vakasını literatürde bir ilk olduğundan paylaşmak istedik.

Kaynaklar: 1. Animal Bites in Emergency Medicine, Author: Alisha Perkins Garth, MD; Chief Editor: Joe Alcock, MD, MS
2. KE Thomas, JL Anest, J Gilchrist, DM Bixby-Hammett Non-fatal horse related injuries treated in emergency departments in the United States, 2001-2003, Br J Sports Med, 40 (2006), pp. 619-626
3. Non-fatal horse related injuries treated in emergency departments in the United States, 2001-2003
4. Management of Horse and Donkey Bite Wounds: A Series of 24 Cases Köse, Rüşü M.D.;Söğüt, Özgür M.D.; Mordeniz, Cengiz M.D.
5.Facial bite wounds: management update, P.K. Stefanopoulos, A.D. Tarantzopoulou, Department of Oral and Maxillofacial Surgery, 401 General Army Hospital, Athens, Greece

P399

Koronor Arter By-pass Graftlemesi Sonrası Oluşan Derin Enfekte Sternum Açık Yarasının Superior Epigastrik Artere Baze Vertikal Rektus Abdominis Kas-Deri Flebi ile İki Aşamalı Rekonstrüksiyonu

Aslı Datlı, Yunus Doğan

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: İnternal mammarian arter ile yapılan koroner arter by-pass greftlemesi sonrası oluşan enfekte orta hat sternotomy yaraları genellikle yeterli debridman yapılmamış ve kapatılması flep seçeneklerindeki kısıtlılık nedeni ile zor yaralardır. Ayrıca sternotomiye bağlı kontrlatéral intermammarian arterin de hasarlanma ihtimalinin olduğu durumlarda delay yapılarak planlanan VRAM flep hayat kurtarıcı olabilir. Ancak delay prosedürü esnasında flep boyutlarındaki küçülmenin de hesaba katılarak planlamanın yara boyutlarından daha geniş yapılması akılda tutulması gereken önemli bir noktadır. Çalışmamızda orta hat enfekte sternotomi açık yarası rekonstrüksiyonu için planladığımız superior epigastrik artere (SEA) baze VRAM flepte delay prosedürü sonrası flep boyutlarındaki küçülme ve özellikle yara superior kenarının rekonstrüksiyonu için planladığımız alternatif fleplerden bahsetmekteyiz.

Olgu: 67 yaşında koroner arter by-pass greftlemesi sonrası oluşan 8x21 boyutlarında enfekte açık sternotomi yarası nedeni ile 2 aydır yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan erkek hasta tarafımıza rekonstrüksiyon için konsülte edildiğinde yara 2 defa debridman yapılmış, 3 defa VAC uygulanmış ve enfeksiyon markırları normal değerlere inmişti. Her ne kadar tek taraflı İMA kullanılmış olsada yapılan sternotomi nedeni ile kontrlatéral İMA'nın da hasarlanmış olma ihtimali göz önünde bulundurularak inferior epigastrik artere 2 hafta boyunca delay uyguladık. Bu süre sonunda SEA ve intrekostal arterleri yeniden oyuna sokmayı planladık. Ancak yara boyutlarına bire bir planladığımız ve 2 haftanın sonunda SEA' e baze kaldırdığımız VRAM flebin gerek kasda oluşan atrofi gerekse flep pedikülündeki katlanma nedeni ile özellikle yara superiorunda yarayı kapatmada yeterli olmadığını gördük. Superiorda planladığımız bilateral superomadiyal deri flepleri yardımıyla rekonstrüksiyonu tamamladık.

Sonuç: Göğüs ön duvarı rekonstrüksiyonunda özellikle her iki İMA'nın da sakrifiye edildiği by-pass greftleme ve sternotomi sonrası oluşan açık yaralarda planlanan pediküllü fleplerde delay prosedürü flep sağkalımında hayat

kurtarıcı olabilir. Ancak planlamanın uygun yapılmaması ve beklenen süre sonunda flep boyutlarında meydana gelen küçülme yara kapama da yetersizlikle sonuçlanabilir.

P400

Mandibular Dev Ameloblastom: Bir Olgu Sunumu

Ahmet Aydın, Teoman Eskitaşçioğlu, Sercan Yücel
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik cerrahi AD, Kayseri

Giriş: Ameloblastom, odontojenik epitelden gelişen, selim ancak lokal agresif bir tümördür. Histolojik olarak solid/multikistik, klasik interosseöz, periferik ve unistik alt tipleri vardır. Solid/multikistik alt tipi lokal agresiftir ve yeterli ekizyon yapılmadığında rekürrens ile karşımıza çıkar. Ameloblastom, beyaz ırkta oral tümörlerin yaklaşık %1'ini oluşturur. Genellikle mandibulada gözlenir ve klinik olarak yavaş büyüyen, ağrısız kitle olarak seyreder. Yıllar içerisinde habis değişim göstermeden dev boyutlara ulaşabilir. Ameloblastomun birincil tedavisi cerrahidir. Konservatif ve radikal olmak üzere iki farklı cerrahi stratejisi tariflenmiştir. Küçük lezyonlar küretaj ve kriyocerrahi gibi konservatif yöntemlerle tedavi edilebilirken, büyük ve tekrarlayan tümörler için marjinal, segmental veya hemimandibulektomi gibi radikal cerrahi işlemler uygulanmalıdır. Bu çalışmada tekrarlayan dev mandibuler ameloblastom olgusunun tek aşamalı mikrovasküler serbest flep ile rekonstrüksiyonunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 42 yaşında kadın hasta 10 yıldır çenesinde var olan ve giderek büyüyen kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. 5 yıl önce diş merkezde kısmi ekizyon sonrası lezyonu tekrarlamıştı. Fizik muayenede submandibular, submental ve servikal ele gelen lenf nodu yoktu. Mentumdan bilateral mandibula gövdesine uzanan lezyonun boyutu 12x8x6 cm olarak ölçüldü (Fig. 1). Sert ve ağrısız olan lezyonu çevreleyen cilt dokusu sağlamdı. Preoperatif BT incelemesinde mentumdan bilateral mandibula gövdesine uzanan, mandibula korteksini destrükte eden ve içerisinde çok sayıda kemik septa bulunan lezyon izlendi. Tümör rezeksiyonu baş boyun cerrahi tarafından ve rekonstrüksiyonu plastik cerrahi tarafından yapmak üzere operasyona iki takım olarak başlandı. Rezeksiyon sonrası her iki angulus mandibula arası defekt (Jewer sınıflamasına göre LCL tip defekt) 18 cm olarak ölçüldü (Fig 3). Serbest fibula osseoseptokütanöz flep sağ bacadan, 20x7cm cilt adasını da içerecek şekilde kaldırıldı. Donör alan kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Osteotomiler yapılarak neomandibula şekillendirildi ve miniplaklar ile fiks edildi (Fig 2). Deri adası, mukoza defektini onarmak için kullanıldı. Fasyal arter ve eksternal jugular ven alıcı damarlar olarak kullanıldı ve 9/0 nylon suture ile mikroskop altında anastomozu yapıldı. Operasyon sonrası 3 gün yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastada flep monitorizasyonu 3 gün saatlik olarak yapıldı. Herhangi bir komplikasyon çıkmadı. Histopatolojik inceleme sonucu cerrahi sınırlar salim, multistik amelo blastom olarak raporlandı. Panoramik görüntüleme ve fizik muayene ile yapılan 5 yıllık takipler esnasında nüks gözlenmedi (Fig 4). Operasyon sonrası donör alanda duyuusal veya fonksiyonel kayıp gözlenmedi.

Tartışma: Ameloblastom olgularının tedavisi hala tartışmalıdır. Tümörün selim karakter göstermesi cerrahi konservatif yöntemleri seçmesine sebep olabilir ancak bu da yüksek nüks oranı ile sonuçlanır. Olgu sunumundaki hastada diş merkezde konservatif tedavi yöntemi seçilmiş ancak operasyondan sonra 5. yılda nüks gözlenmişti. Büyük, solid/multistik amelo blastom olguları için kliniğimizin tavsiyesi 2 cm sağlam kemiğin cerrahi sınır olarak rezeksiyon materyaline dahil edilmesi

ve serbest fibula osseoseptokütanöz flep ile tek aşamada rekonstrüksiyonun yapılmasıdır. Dev ameloblastom olguları genellikle hastalıklarını ihmal etmeleri sebebi ile hekime geç başvururduklarından bu gibi hastaların operasyon sonrası uzun dönem takipleri çok zordur. Bu nedenle gecikmiş veya sekonder rekonstrüksiyon ancak medikal olarak stabil olmayan hastalarda uygulanmalıdır.

Fig. 1



P401

Rekürren Mandibula Defektinin İki Ayrı Serbest Flep ile Onarımı

Musa Kemal Keleş¹, Feridun Elmas¹, Bekir Ünal¹,
Uğur Horoz¹, Sebat Karamürsel¹,
Ali Teoman Tellioglu²

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Giriş: Mandibula defektlerinin büyük çoğunluğu tümoral oluşumlara bağlı gelişmektedir.(1)Rekonstrüksiyon gerektiren mandibula defektlerinde tek başına kemik kaybı bulunabileceği gibi çoğunlukla yumuşak doku defektleri de eşlik edebilir. Mandibula rekonstrüksiyonu kemik greftleri, rekonstrüksiyon plakları, pediküllü flepler yada serbest flepler ile gerçekleştirilir.

Amaç: Bu çalışmamızda daha önce ameloblastom tanısı nedeniyle kitle eksizyonu yapılan ve lateral segmenti serbest fibula flebi ile rekonstrükte edilen hastada anterior segmentte nüks gelişmesi sonrası buradaki defektinin derin sirkümfleks iliak arter(DCIA) serbest flebi ile tekrar rekonstrüksiyonunun yapıldığı vakanın sunulması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Kliniğimizde 57 yaşında,erkek hastaya yaklaşık 20 sene önce sağ korpus angulus bileşkesinde büyüme gösteren ameloblastom nedeniyle kitle eksizyonu yapılmıştır. Lateral segmentte oluşan defekt serbest fibula flebi ile rekonstrükte edilmiştir.Hasta orta hattan sağdaki eski fibula flebine ve solda korpuse uzanan anterior segmentte kitle şikayeti ile kliniğimize tekrar başvurdu.Hastanın kitle eksizyonu sonrası defekt alanı rekonstrüksiyon plağı ile onarıldı.Takiplerinde yara yerinde fistül ve enfeksiyon gelişmesi üzerine plak çıkarıldı.Defekt sağ inguinalden planlanan DCIA serbest flebi ile onarıldı. Flep eski serbest fibula flebine plak vida ile tespit edildi. (Resim1)

Tartışma: Gelişen tekniklerle birlikte segmental mandibula rezeksiyonu sonrası serbest fleplerin kullanılması daha fazla tercih edilmektedir (1).Serbest flep donör sahaları için farklı seçenekler bulunmaktadır (2).Oral kavite yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda farklı serbest fleplerin beraber kullanıldığı vakalar literatürde bildirilmiştir (3). Yaptığımız literatür taramasında tümoral kitle eksizyonu sonrası kemik ve yumuşak doku rekonstrüksiyonu için yapılan serbest flep ile kemik ve yumuşak doku onarımına ait yayına rastlanmadı.Bu vakada daha önce sağ lateral segmente serbest flep uygulanmış hastaya santral segmentte nüks gelişmesi üzerine DCIA serbest flebi uygulanmıştır.Geç postoperatif dönemde nüks rastlanmamıştır.

Sonuç: Mandibula defektlerinin onarımında pek çok seçenek mevcuttur (4). Mandibulanın farklı segmentlerinde oluşan defektlerin onarımında farklı serbest flepler kullanılabilir. Tekrarlayan tümoral oluşumların eksizyonu sonrası oluşabilecek segmental defektlerin rekonstrüksiyonu cerrahlar için zorlayıcı olabilmektedir. Ancak nüks tümör eksizyonu sonucu oluşan mandibula defektlerinin onarımında serbest flepler uygun rekonstrüksiyon için yine bir seçenek olarak değerlendirilmelidir.

Preop panoramik, intraop, Postop panoramik



Daha önce serbest fibula flebi yapılan hastanın nüks eksizyonu sonrası santral segmente derin sirkümfleks iliak arter serbest flebi uygulaması

P402

Aksiller Hidradenitis Suppurativanın Cerrahi Tedavisinde Torakodorsal Arter Perforator Flebinin Kullanımı

Ali Rıza Yıldırım, Ömercan Yağız Öksüz,
Mehmet Onur Öztürk, Alper Burak Uslu,
Murat İğde, Ramazan Erkin Ünlü
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Hidradenitis süppürativa özellikle genç kadınlarda görülen ve belli ölçülerde yaygın olan bir hastalıktır. Apokrin ter bezi olan bölgede yerleşen bu hastalık, kasık, aksilla,perineal ve perianal bölgede ağrılı bir nodülden apse, sinus oluşumu ve hipertrofik skarlara kadar değişen bir semp-tom kompleksinden oluşur. Tedavi medikal ve cerrahi olup kliniğe göre bireyselleşir. Konservatif tedavi yöntemlerinde sık rekürrens olmasında kaynaklı cerrahi yöntemlerde tüm apokrin bezlerin çıkarılması nedeniyle daha etkili bir çözümdür. Cerrahi tedavi seçenekleri arasında direk kapama, kısmi kalınlıkta cilt grefti yada lokal flepler mevcuttur. Kliniğimizde bu yöntemler arasında en iyi ve avantajlı seçenek olduğu düşünülen torakodorsal arter perforator flebinin kullanımı ve sonuçları sunulmuştur.

P403

**Alt Ekstremitte Rekonstrüksiyonda
Kullanılan Serbest Radyal Önkol Flebinde
Gelişen Lenfödem**

Erkan Yüce, Işıl Akgün Demir, Kamuran Zeynep Sevim, Memet Yazar, Aysın Karasoy Yeşilada
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Travma, radyoterapi veya geniş tümör rezeksiyonu sonrası alt ekstremitte oluşan kompleks defektlerde, serbest veya pediküllü fleplerle rekonstrüksiyon vazgeçilmez bir seçenektir. Geniş debridman veya rezeksiyon sonrasında özellikle distal alt ekstremitte yeterli doku bulunmamasından dolayı, serbest flepler daha sık tercih edilmektedir. Bu olgu sunumunda, sağ alt ekstremitte sarkom rezeksiyonu sonrasında serbest radyal önkol flebi ile rekonstrüksiyon uygulanmış hastada gelişen yaygın lenfödeme dikkat çekmeyi amaçladık.

Hasta & Metod: 43 yaşında kadın hasta, sarkomatöz malign tümör tanısıyla sağ bacak distal 1/3 anterior yüzünde geniş rezeksiyon sonrası oluşan doku defektinin rekonstrüksiyonu açısından tarafımıza yönlendirildi. Hastaya sol taraflı serbest radyal önkol flebi ile onarım yapıldı. Hastanın beden kitle indeksi 31 idi. Preoperatif dönemde de hastanın bilateral alt ekstremitelerinin yaygın bir şekilde ödemli olduğu izlendi.

Bulgular: Postop 7. günden itibaren kademeli olarak artış gösteren lenfödem geliştiği gözlemlendi. Bu süreç içerisinde flebin boyutunun arttığı ve tüm flepte gelişen ödemin gode bırakmayan tarzda olduğu görüldü. Flep dolaşımı ile ilgili herhangi bir sıkıntı yaşanmadı ve venöz yetmezlik tablosunda görülmesi beklenen kırmızı - mor renk değişikliği saptanmadı. Hasta konservatif olarak takip edilerek postop 15. Günde taburcu edildi ve poliklinik takiplerinde ödemin gerilediği görüldü.

Sonuç: Serbest fleplerle rekonstrüksiyon sonrası lenfödem nadir görülen bir komplikasyondur. Bizim olgumuzda flepte görülen lenfödem, flep dolaşımına ve yaşayabilirliğine olumsuz bir etkisi olmamıştır ve ek bir tedaviye ihtiyaç duyulmadan gerileme görülmüştür. Preoperatif dönemde lenfödem tespit edilen hastalarda flep dolaşımı sağlıklı bir şekilde sağlanabilir. Bu durum serbest doku aktarımına kontraendikasyon oluşturmamaktadır.

**Alt ekstremitteye adapte edilmiş radyal önkol
flebinde gelişen lenfödem**



P404

**Bir Proksimal 1/3 Seviyeli Kol
Replantasyon Vakasının Yönetimi**

Süleyman Taş

İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Son yıllarda mikrocerrahi alanındaki teknik ilerlemeler ile birlikte majör ekstremitte replantasyonlarındaki başarılarla rağmen, transhumeral amputasyonlarda replantasyon sonrası ekstremitte viabilitesi halen göreceli olarak düşüktür. Hatta, bu tür proksimal seviyeli amputasyonlarda güdük onarımı ya da replantasyon kararı verme açısından olan bir kol elde edilebilmektedir. Ancak, gerçekçi beklentiler ile yüksek düzeyde motive olmuş bir hasta, preoperatif korunmuş omuz fonksiyonu ile replantasyona aday olabilir. Avülsiyeye olmuş bir kolda bile, diğer kola yardımcı olan bir kol elde edilebilmektedir. Burada, kolunu asfalt makinasına kaptırması sonucu sol kolu, 1/3 proksimal seviyesinden kopan 47 yaşındaki erkek hastaya yapılan başarılı kol replantasyonu vakasının yönetiminde karşılaşılan sorunlar ve yapılan çözümler ile sunulması amaçlanmıştır. Bu sık olmayan durumdaki izlenen yol haritasının, el cerrahlarına yol gösterebilir nitelikte olabileceği düşünülmektedir.

Şekil 1



Sol üst; amputat Saü üst; replantasyondan 32 saat sonra Sol Orta; ilk seans VAC tedavisi öncesi üst kol çapı 54 cm, Sağ Orta; önkol çapı 42 cm. Sol Alt; 2 gün ara ile 4 seans VAC tedavisi sonrası üst kol çapı 39 cm, Sağ Alt; önkol çapı 35 cm.

P405

Abdominal herniyi taklit eden atipik lokalizasyonlu vasküler kitle

Burhan Özalp, Abdulkadir Calavul, Ercan Çelikkaleli, Mirza Yıldırım
Dicle Üniversitesi Plastik Cerrahi Kliniği

Giriş: Vasküler lezyonlar, bebeklik ve çocukluk döneminin en sık görülen konjenital anomalisidir. Bu lezyonlar genellikle baş-boyun bölgesinde yerleşim göstererek, estetik ve fonksiyonel açıdan bozukluklara neden olabilirler. Abdominal herniler, batin içi doku ve organların batin boşluğu dışına çıkması olarak tanımlanır. Genellikle kitle görüntüsü ve ağrı semptomları ile kendini gösterir. Tanıda fizik muayene genellikle yeterli olsa da ek görüntüleme yöntemleri ile tanı doğrulanmalıdır. Bu çalışmada atipik yerleşimli abdominal herniyi taklit eden vasküler lezyonun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu sunumu: 22 yaşında kadın hasta, batin sağ üst kadranda şişlik ve ağrı olması üzerine öncelikle genel cerrahi polikliniğine başvurmuş. Paraumbilikal fıtık ön tanısı ile görüntüleme istenen hastada kitlenin vasküler özellikte olduğu anlaşıncı, hasta polikliniğimize yönlendirildi. Fizik muayenede 5x7 cm boyutlarında yumuşak kıvamlı, düzgün sınırlı, fiks olmayan kitle görüldü ve cerrahi olarak eksizyonuna karar verildi. İntramusküler alandan köken alan kitle çevre kas lifleri ile beraber çıkartıldı. Patolojik inceleme sonucunda kitlenin tanısı arteriovenöz malformasyon olarak saptandı. Ameliyat sonrası üçüncü yılında kontrol muayenesi yapılan hastada nüks izlenmedi.

Tartışma: Arteriovenöz malformasyonlar kadın ve erkeklerde eşit sıklıkta görülür en sık olarak baş-boyun bölgesinde yerleşim gösterirler. Lezyonlar konjenital olup çocukluk döneminde fark edilirler ancak adolesan döneme kadar genellikle asemptomatik olup, puberta dönemi ile birlikte kitlenin enfeksiyonu, travmaya uğraması, trombozu gibi nedenlerle semptomlar ortaya çıkar. Klinik belirtiler arteriovenöz malformasyonun boyutu, süresi ve lokalizasyonu ile de ilişkilidir. Kitle büyüdükçe öncelikli olarak etraf dokulara baskıya yol açar. Sunulan vakada olduğu gibi batin ön duvarında sebat eden vasküler lezyonların kliniği, abdominal hernilerle benzerlik gösterir. Tedavinin ihmal edilmesi nedeniyle büyük boyutlara ulaşarak çevre dokulara invaze olurlar. Yine kitle etkisiyle abdominal kaslarda atrofiye neden olarak gerçek fıtık oluşumuna yol açabilirler.

Sonuç: Batin ön duvarında bulunan kitlelerin ayırıcı tanısında vasküler lezyonlar akılda tutulmalıdır. Tedavinin ihmal edilmesi morbiditeyi arttırıp komplikasyonlara neden olabileceğinden, erken dönemde elektif cerrahi ile kitle eksize edilmelidir.

P406

Trapez Kası İçine Yerleşimli İntramuscular Arteriovenöz Malformasyon

Mehmet Dadacı, Bilsev İnce, Serhat Yarar, İlker Uyar, Mehmet Cem Yıldırım
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

Giriş: Vasküler malformasyonlar, tümör olmayıp endotelial döngünün doğal gelişim sürecinde vasküler morfogenezde gelişimsel hatalara bağlı olarak ortaya

çıkan konjenital anomalilerdir. Hemanjiomlara benzemekle birlikte vasküler malformasyonlar endotelial hücre proliferasyonu göstermezler. Doğumda mevcut olan hemanjiomlar spontan regresyona uğramaz ve yaşın ilerlemesi ile birlikte daha belirgin hale gelir. Arteriovenöz malformasyonlar (AVM) arter ve ven arasında direk bağlantı olan yüksek akımlı lezyonlardır. AVM'lerin infant ve çocukluk döneminde latent bir seyir izlerken adolesan dönem ile birlikte büyüme aşamasına girebilmektedir. Bu lezyonlar ekstremiteler ve gövde yerleşimlerinde sıklıkla subkutan dokuda kitle olarak ortaya çıkmakta, çok nadir de olsa kas ve iskelet sisteminde de yerleşim gösterebilmektedir. Bu olguda trapez kası içine yerleşmiş intramusküler AVM tartışılacaktır.

Olgu sunumu: 25 yaşında bayan hasta kliniğimizde sağ omuz arka bölgesinde şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Son 10 senedir bu şişliğin belirgin olduğu büyümesinin durduğu fakat ciddi ağrıları nedeni ile ameliyat olma isteğiyle başvuran hastaya Ultrasonografi (Usg) istendi. Usg'de ciltaltı dokuların normal, trapez kasında hemangiom ile uyumlu sonuç gelmesi üzerine kontrastlı MRG çekildi. MR görüntülemesinde trapez kası içine yerleşim gösteren 8*5 cm boyutlu yavaş akımlı intramusküler AVM ile uyumlu görüntü görülmesi üzerine ameliyat kararı verildi. Ameliyatta malforme arteriyel yapılar ve dilate venöz yapıların görüldüğü trapez kası total olarak eksize edildi. Patolojik tanısı AVM olarak konuldu. Hastanın 1 yıllık takibinde lokal rekurrens görülmedi.

Tartışma: AVM'lerin görülme sıklığı %1,5 civarında olup sıklıkla baş-boyun ve gövdede görülmektedir. AVM'lerin cilt ve intramusküler yerleşimi çok nadir görülmektedir. AVM'lerin tedavisi yerleşim yerine ve büyüklüğüne göre değişir. İntramusküler yerleşimli AVM'lerde tek tedavi seçeneğinin cerrahi olduğu ve total eksizyon ile kür sağlandığı bilinmelidir. Bu olgumuzda cerrahi tedavi ile kür sağlanmıştır. USG ile tam ekarte edilemeyen vasküler lezyonların tanısında kontrastlı MRI tanıda önem arz etmektedir.

resim 1



P407

Kafanın Dev Arteriovenöz Malformasyonu

Abdulkadir Calavul, Burhan Özalp, Ercan Çelikkaleli, Mirza Yıldırım
Dicle Üniversitesi Plastik Cerrahi Kliniği

Giriş: Arteriovenöz malformasyonlar (AVM) farklı anatomik bölgelerde görülebilen konjenital vasküler lezyonlardır. Etiyolojisinde genetik faktörlerin rol aldığı düşünülen

AVM'lar sıklıkla baş-boyun ve ekstremiteler yerleşimlidirler. Bu çalışmada skalpte yerleşimli dev AVM'un cerrahi tedavisi sunulmaktadır.

Olgu sunumu: Altmış beş yaşında erkek hasta sağ parietookspital bölgede bulunan kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde saçlı deride yaklaşık 8x6 cm boyutunda, düzensiz yüzeyli, palpasyonla yüksek kan akımı hissedilen vasküler oluşum görüldü. Hasta anamnezinde, kitlenin çocukluk çağından itibaren var olduğunu, zamanla yavaşça büyüdüğünü ancak son zamanlarda büyümenin hızlanarak kitlenin baş ağrısına neden olduğunu belirtti. Kitlenin magnetik rezonansla yapılan incelemesinde, kontrast tutan vasküler kitle lehine bulgular saptandı. Hasta AVM ön tanısıyla opere edildi ve kitle sağlam deri sınırı bırakılarak eksize edildi. Ekspoze olan kemik dokunun üzerine rotasyon flebi çevrildi, diğer defekt alanları ve flep donör sahası ise uyluk dış kısmından alınan parsiyel kalınlıkta deri grefti konularak onarıldı. Ameliyat sonrası ikinci yılda hastada nüks bulgusuna rastlanılmadı.

Tartışma: Vasküler lezyonlar etiyojisi tam olarak bilinmeyen selim huylu tümörlerdir. Hemanjiomlar genellikle doğum sonrası ortaya çıkmakta, gittikçe büyümekte ve sonrasında involüsyona uğramaktadır ancak vasküler malformasyonlar doğumda mevcut olup involüsyona uğramazlar. Histopatolojik olarak etkilenen damarlar, apoptozis ve proliferasyon ile ilgili sinyal yollarında bozukluklar nedeniyle normal değildir. AVM; arteryal, venöz kapiller ve lenfatik malformasyon tipleri olarak gruplandırılmıştır. Sadece kozmetik deformitelere neden olabilecekleri gibi büyümeye bağlı baskı etkisi ve kanama nedeniyle hayat kalitesini olumsuz yönde etkileyebilirler. Uygun hastalarda selektif embolizasyon ile başarılı sonuçlar alınabilse de zaman içerisinde büyüyen, baskıya bağlı olarak ağrı yapan büyük vasküler kitleler cerrahi müdahale ile etkin şekilde tedavi edilebilirler.

Sonuç: AVM sıklıkla yüz ve ekstremitelerde yerleşim göstermektedirler ancak bu vakada sunulduğu gibi atipik yerleşimli olarak büyük boyutlarda karşımıza çıkabilirler. Etkin küratif tedavi ve nüks oranını azaltmak için cerrahi eksizyon ilk sırada tercih edilmelidir.

P408

Ayak Tabanı Yerleşimli, Ganglion Kisti ile Karışabilen Nadir Bir Vaka: Vasküler Leiomyom

Arda Akgün, Cem Berkay Sınacı, Tunç Tunçbilek, Sultan Yalçın, Ali Cem Akpınar, Murat Sarıcı, Celal Alioğlu, Mehmet Bozkurt
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Vasküler leiomyomlar (anjioleiomyom) venlerin tunika media tabakasından köken alan, özellikle orta yaşlı kadınlarda alt ekstremiteleri tutma eğiliminde, iyi huylu nadir düz kas tümörleridir. Bu bildiride alt ekstremitelerde yaklaşık 2 yıllık bir öyküye sahip vasküler leiomyom olgusu sunulmaktadır.

Vaka: Yetmiş üç yaşında erkek hasta sol ayak tabanında yaklaşık 2 cm'lik 2 yıldır devam eden şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde 2x2 cm boyutlarında, yumuşak kıvamlı, mobil kitle lezyonu mevcut olup kızarıklık, ısı artışı ya da ödem eşlik etmemekteydi. Direkt

grafisinde belirgin bulgu yoktu. Sol krurise yönelik yapılan magnetik rezonans görüntülemesinde, ayak tabanında cilt altı yağ doku içerisinde, 23x17 mm boyutlarında, 5. metatars tabanına doğru uzanan, T1 ve T2 ağırlıklı görüntülerde kas ile yaklaşık izointens sinyal özelliğinde, aksiyal proton dansite ve postkontrast T1 ağırlıklı görüntülerde lezyon santralinde vasküler yapıya ait sinyal intensite farklılığı seçilen ve intravenöz kontrast madde enjeksiyonu ile yoğun boyanan kitle lezyonu saptandı. Lezyon öncelikle gangliyon kisti lehine değerlendirilerek eksizyon yapıldı.

Tartışma ve Sonuç: Vasküler leiomyomlar genellikle subkutan yağ doku içinde, 2 cm'yi aşmayan soliter lezyonlar şeklinde görülür. Asemptomatik şişlik şeklinde prezente olabileceği gibi ağrı eşlik edebilir. Hayatın 4-6. dekadında pik yaparlar ve kadınlarda erkeklerle oranla daha sık görülürler. Ayrıca tanıda lipom, gangliyon, fibrom ve schwannom düşünülebilir. magnetik rezonans görüntülemesinde yüksek yumuşak doku çözünürlüğü ve multiplanar görüntüleme özellikleri ile tanıda değerlidir. Gangliyon ve lipomlar tipik sinyal özellikleri ile kolaylıkla tanınırken özellikle schwannom ile ayırıcı tanı bazen zor olabilir. Tedavi şekli cerrahi eksizyondur.

Anjioleiomyom



Ayak tabanı yerleşimli vasküler leiomyom

P409

El Yanıklarına Yaklaşım

Fatih Irmak

Mersin Devlet Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Mersin

Amaç: El yanıklarının epidemiyolojisi, en sık karşılaşılan sebeplerini, etioloji ve hastanede yatış süresi arasındaki ilişki ve el yanıklarının klinik özelliklerini vurgulamaktır.

Method: Bu retrospektif çalışmada Mersin Devlet Hastanesi Yanık Ünitesi'nde Nisan 2009 ve Nisan 2014 tarihleri arasında yatmış olan 788 el yanıklı hasta incelenmiştir.

Sonuç: Bu çalışma periyodunda yanık ünitesine 788 hasta yatırıldı. Hastaların 240'ı kadın (%30,5) ve 548'i erkekti (%69,5). Hasta yaş dağılımı 15 günlük yenidoğan ile 89 yaş arasında değişmekteydi, ortalama yaş:19. 224 hasta 16 yaşından küçük, kalan 564 hasta 16 yaşından büyüktü. En sık karşılaşılan yanık yaralanması etiyojisi termal nedenler (695 hasta-%88,2) ve 2. en sık karşılaşılan etiyojisi ise elektrik yaralanmasıydı (67 hasta, %8,5). Diğer etiyojiler; kimyasal yanık, sürtünmeye bağlı yanıklar ve sebebi bilinmeyen yanıklardı (26 hasta, %3,3). Hastaların çoğunluğunda yanık derecesi 2. derece olarak belirlendi (%85'den fazlası), kalan yanıklar ise 3. dereceydi. Ortalama hastanede yatış süresi 11,6 gün olmakla beraber elektrik yanıkları, 3. derece yanıklar ve geniş vücut yanıkları daha uzun süre yatan hasta grubunu oluşturmaktaydı.

Tartışma: Genel vücut yanıklarında en sık etkilenen alanlardan biri eldir, uygun temel yaklaşımlar uygulanmadığı takdirde büyük fonksiyonel problemlerle karşılaşmamız kaçınılmaz olabilmektedir. Yanığın en iyi tedavisi yanıktan korunmaktır. Ev içindeki uygun düzenleme ve korunma metodları, yanık travma riskini azaltan basit fakat etkili bir yoldur.

P410

LPG'li Araç Yaralanmaları: Klinik Çalışma

Muzaffer Durmuş¹, Abdül Kerim Yapıcı¹,

Salim Kemal Tuncer², Yalçın Bayram¹

¹Gülhane Eğitim Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği ve Yanık Merkezi

²Gülhane Eğitim Hastanesi Acil Servis

Amaç: Son yıllarda ülkemizde LPG'li araç sayısında giderek artan oranda bir artış olduğu görülmektedir. Bu artışta en önemli unsurlardan biri LPG'li yakıtın ucuz olması yanında çevre dostu bir yakıt olmasından kaynaklanmaktadır. Son 10 yılda ülkemizde trafikteki araç sayısı 2 kat artış gösterirken, LPG'li araç sayısı ise 5 kat artış göstermiştir. Her ne kadar çevre dostu ve ucuz olsa da bu tür araçların kullanımının giderek artması beraberinde bazı risklerin artışına neden olmaktadır. Bu çalışmada GATA yanık merkezine başvuran hastalar arasında LPG'li araç içinde oluşan yanık olguları ele alınmış, olası mekanizmalar ve koruyucu yöntemlere vurgu yapılarak güncel literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

Materyal Metot: Kliniğimize Eylül 2014-Ekim 2015 tarihleri arasında yanık yaralanması nedeniyle başvuran olgular arasında LPG'li araç içinde patlama nedeniyle başvuran 8 olgunun klinik özellikleri, olası patlama mekanizmaları, risk faktörleri ve koruyucu yöntemler açısından irdelendi. Hastaların tümü erkek olup yaşları 20 ile 35 arasında

değişmekte idi (ort.27). Yanıkların ağırlıklı olarak el ve yüz bölgesinde yerleşim gösterdiği, üç olguda boyun bölgesi, iki olguda ekstremiteler, bir olguda gövde ön yüzünde yerleşim gösterdiği görüldü. En önemli risk faktörünün sigara kullanımı olduğu saptandı. Olgulardan birinde inhalasyon yanığı oluşması nedeniyle mekanik ventilator desteğine ihtiyaç duyuldu. Diğer olgularda ise hafif-orta ciddiyete sahip 2.derece yanık yaralanması geliştiği görüldü. Hastaların sadece birisi sigara kullanıcısı değildi. Bu olgumuzda ise araç içinde oluşan patlamanın nedeni araç çakmağı olduğu ifade edildi.

Tartışma ve Sonuç: LPG'li araç yakıtının renksiz, kokusuz olması sürücü tarafından hissedilmesini engellemektedir. Ayrıca LPG'li yakıtın kolayca yanıcı, patlayıcı hale gelebilmesi nedeniyle kullanım riskleri artmaktadır. LPG yakıtının araç içinde tabana doğru birikmesi, hissedilmesini engelleyen bir diğer faktördür. Bir hastada sigara kullanım hikayesi olmamasına rağmen LPG gazının araç tabanında sızıntı sonrası birikimine bağlı olarak araç içinde patlama meydana gelmişti. Bu durum LPG'li araç kullanımında risk oranını arttıran bir faktördür. Ülkemizde ve dünyada kullanımı her geçen gün artan bu yakıtın kullanım risklerini azaltmak için bazı önlemlerin alınması yerinde olacaktır. Bunlardan biri araç içinde gaz sensörü kullanımı, diğer bir önleyici yöntem gaz içine kokulu bir ürün eklenmesidir Burada amaç, sızıntının eklenen koku verici madde sayesinde erken hissedilmesinin sağlanmasıdır. Sonuç olarak bazı önleyici tedbirlerin alınması ile bu tür yaralanmalar azaltılabilir. Kitle iletişim araçları ile gerekli uyarıların yapılması ve yerel yönetimlerin denetimlerini arttırmasıyla olası yaralanma insidansını azaltılabileceğini düşünmekteyiz.

P411

Çocuklarda Yanık Sonrası Gelişebilecek Böbrek Yetmezliğinin BUN, kreatinin ve Pro BNP Düzeyleri ile Karşılaştırılması

Şükrü İşler

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Bursa

Akut böbrek yetersizliği (ABY) saatler, günler ya da haftalar içerisinde gelişen, glomerül filtrasyon hızındaki azalma sonucu böbrek fonksiyonlarında görülen hızlı kaybın meydana getirdiği bir klinik sendromdur. ABY hastalarının bazılarında renal replasman tedavisinin uygulanması kaçınılmazdır. Tedaviye dirençli elektrolit bozuklukları, metabolik asidoz, ensefalopati, volüm yüklenmesi ABY hastalarında en sık bilinen acil hemodiyaliz endikasyonlarıdır. Natriüretik peptidler hipertansiyon, kalp yetersizliği ve akut koroner sendrom gibi kardiyovasküler hastalıklarda tanılabilir ve prognostik belirteç olarak kullanılmaya başlanmıştır. Plazma beyin natriüretik peptit (BNP) düzeylerinin, böbrek yetersizliği hastalarında arttığı gösterilmiştir. Kabul edilebilir ki; onbeş yaş altındaki özellikle de dört yaş altındaki çocuklarda yanıklar erişkinlerde olan yanıklara oranla daha ciddi olabilmektedirler. Bu yaş grubunda, tehlikeyi sezme ve gerekli önlemleri alma, kaçma gibi yetileri henüz gelişmemiştir. Ayrıca hem çocuk hem de ailesi açısından yanık fiziksel, emosyonel ve sosyal problemler yaratan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. McLaughlin ve Crawford'un yaptığı bir araştırmaya göre Amerikadaki çocuk ölümlerinde, yanığa bağlı ölümler 3. sırada yer almaktadır. Mortaliteye etki eden en önemli faktörler hastanın yaşı, yanık yüzey alanı ve yanığın derinliğidir. Bu tür yaralanmaların fiziksel ve psikolojik sekellerinin tedavisi için uzun dönemli rehabilitasyon ve tekrarlayan operasyonlar gerekmektedir. Ayrıca yanıklı hastaların

tedavisi özel bir yoğun bakım ortamı ve eğitimli personel gerektirdiğinden hem zahmetli hem de pahalıdır. Yanıkların %80-90 gibi büyük bir çoğunluğu kazalar sonucu meydana gelmektedir. Bu nedenle risk faktörlerini belirleyip, kazaların oluşumunu engellemek hem maddi hem de manevi açıdan çok daha etkili olacaktır. 4 Uygun tedavi edilmeyen yanıklar hafif eklem kontraktürlerinden ağır deformite ve fonksiyon bozukluklarına kadar ilerleyen sekillere yol açabilir. Ocak 2015 – Aralık 2015 yılları arasında Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Yanık Merkezinde, yatarak tedavi edilen 15 yaşın altında 56 olgu yaş, cinsiyet, yanık nedenleri, toplam yanık yüzey alanları ve yanığın lokalizasyonu dikkate alınarak retrospektif olarak incelendi. Hastaların alınan kan numuneleri sonucunda böbrek yetmezliği açısından pro BNP <nin BUN ve kreatinine üstünlüğü gösterilememiştir. Yanık, ölümlere ve sakatlıklara yol açabilen ciddi maddi ve manevi sorunlar doğuran bir olaydır. Tıp ve teknolojik ilerlemelere rağmen, yanık halen yaşamı tehdit eden ciddi bir sorundur. Bu nedenle yanığı, oluşmadan alınacak önlemlerle engellemek en ucuz ve en etkili yöntemdir.

P412

Fournier Gangreni Rekonstrüksiyonunda Güvenilir Ancak Nadir Kullanılan Bir Flep: Süperomedial Uyluk Flebi

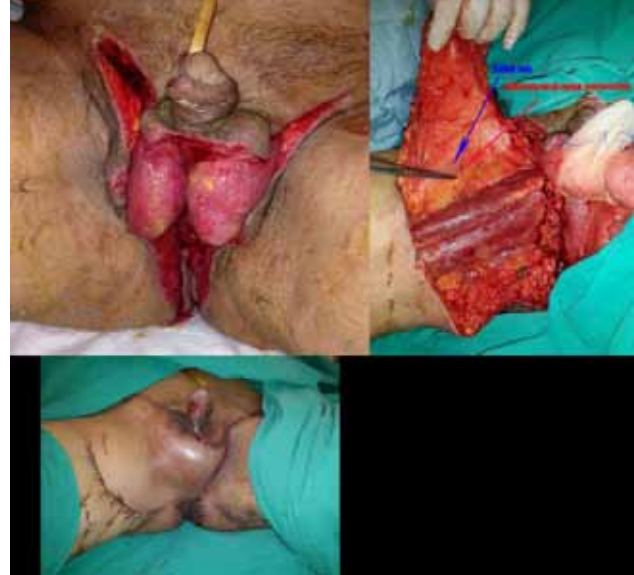
Mehmet Sürmeli, Salih Onur Basat, Funda Aköz Saydam, Yunus Doğan
İstanbul Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Süperomedial uyluk flebi 1980 yılında Hirshowitz tarafından tanımlanmış ve özellikle tümör eksizeyonu sonrası oluşan anterior perineal defektlerde kullanılmıştır. Oldukça güvenilir vasküler kaynaklara sahip olan bu flebin perineoskrotal rekonstrüksiyondaki kullanımı greft gibi daha kolay yöntemlerin varlığı veya son yıllarda popüler bir şekilde yaygınlaşan lokal perforatör flepler nedeniyle Fournier gangreni rekonstrüksiyonunda ihmal edilmiştir. Süperomedial uyluk flebi bilateral olarak daha geniş defektlerin onarımında kullanılabileceği gibi unilateral olarak da ilerletme rotasyon flebi ile defekt rekonstrüksiyonlarında kullanılabilmektedir.

Olgu: 66 yaşında erkek hasta Üroloji servisinden Fournier gangreni nedeniyle seri debridmanları ve 3 seans VAC (vacuum-asisted closure) uygulaması sonrası rekonstrüksiyon açısından devralındı. Hastanın perineoskrotal rekonstrüksiyonu amacıyla 12x10cm'lik büyüklükte anteromedial femoral perforatör el doppleri ile işaretlenerek flep dizaynı yapıldı. Literatürde genel olarak bu flep 10x6cm olarak dizayn edilmekle beraber flebin çoğu kez birden çok besleyen arteriyel bileşeni (a) derin external pudendal arter; b) obturator arterin anterior dalı and c) femoral circumflex arterin perforatörleri) olabildiğinden geniş olarak dizayn edilmesinde bir sorun olmayacağı düşünülmüştür. Tüm flep subfasyal planda kaldırılmış ve Safen ven'in izin verdiği ölçüde mobilize edilmiştir. Gracilis kası anteriorundaki geniş çaplı (>2,5mm) perforatör görüldükten ve korunduktan sonra flep mediale rotasyon ve ilerletme yapılarak yerleştirilmiştir. Postoperatif izleminde hastanın flebinde bir dolaşım sıkıntısı yaşanmadı. Literatürde spermatogenezin önemli olduğu ve çocuk yapma planı olan genç Fournier hastaları için en uygun tedavi yöntemi hala "kısmi kalınlıkta deri greftleri"dir ancak greft uygulaması sonrası artmış hassasiyet, hoş olmayan dış görünüm ve greft kontraksiyonu gibi komplikasyonlar sıklıkla görülmektedir. Ayrıca gangrene bağlı testisin tunica vaginalis tabakası debride edilmiş ise

greft uygulaması önerilmemektedir. Bazı yazarlar Fournier gangreninde genç hastalarda kısmi kalınlıkta deri greftleri yaşlı hastalarda ise lokal flepler ile rekonstrüksiyonun rutin olarak uygulanmasını savunmaktadırlar. Süperomedial uyluk flepleri çok kalın olmamaları, genitofemoral sinirin genital dalı ve ilioinguinal sinirin de korunması nedeniyle perineoskrotal rekonstrüksiyonda akılda tutulması gereken en önemli flepler arasında yer almaktadırlar.

Süperomedial uyluk flebi ile rekonstrüksiyon



Fournier gangrenine bağlı perineoskrotal defektin Süperomedial uyluk flebi ile rekonstrüksiyonu

P413

Bursa ili Yanık Ünitesine Başvuran Hastaların Takipleri

Sükrü İşler, Kemal Karaca, Necip Cihan Hasçıçek, Vedat Menderes, Hürrem Şebnem Güler
Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Bursa

Yanık, ölümlere ve sakatlıklara yol açabilen ciddi maddi ve manevi sorunlar doğuran bir olaydır. Tıp ve teknolojik ilerlemelere rağmen, yanık halen yaşamı tehdit eden ciddi bir sorundur. Bu nedenle yanığı, oluşmadan alınacak önlemlerle engellemek en ucuz ve en etkili yöntemdir. Kabul edilebilir ki; onbeş yaş altındaki özellikle de dört yaş altındaki çocuklarda yanıklar erişkinlerde olan yanıklara oranla daha ciddi olabilmektedirler. Bu yaş grubunda, tehlikeyi sezme ve gerekli önlemleri alma, kaçma gibi yetileri henüz gelişmemiştir. Ayrıca hem çocuk hem de ailesi açısından yanık fiziksel, emosyonel ve sosyal problemler yaratan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. 1 McLaughlin ve Crawford'un yaptığı bir araştırmaya göre Amerikadaki çocuk ölümlerinde, yanığa bağlı ölümler 3. sırada yer almaktadır. Mortaliteye etki eden en önemli faktörler hastanın yaşı, yanık yüzey alanı ve yanığın derinliğidir. Bu tür yaralanmaların fiziksel ve psikolojik sekillerinin tedavisi için uzun dönemli rehabilitasyon ve tekrarlayan operasyonlar gerekmektedir. Ayrıca yanıklı hastaların tedavisi özel bir yoğun bakım ortamı ve eğitimli personel gerektirdiğinden hem zahmetli hem de pahalıdır. Yanıkların %80-90 gibi büyük bir çoğunluğu kazalar sonucu meydana gelmektedir. Bu nedenle risk faktörlerini belirleyip, kazaların oluşumunu engellemek hem maddi

hem de manevi açıdan çok daha etkili olacaktır.4 Uygun tedavi edilmeyen yanıklar hafif eklem kontraktürlerinden ağır deformite ve fonksiyon bozukluklarına kadar ilerleyen şekillere yol açabilir.

Ocak 2015 - Aralık 2015 yılları arasında Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Yanık Merkezinde, yatarak tedavi edilen 15 yaşın altında 96 olgu yaş, cinsiyet, yanık nedenleri, toplam yanık yüzey alanları ve yanığın lokalizasyonu dikkate alınarak retrospektif olarak incelendi.

P415

Diabetik veya Nondiyabetik Hastalarda Kronik Yaralarda Platelet Rich Fibrin (PRF) uygulaması ile Alınan Sonuçlar

İrfan Özyazgan, Alper Cemal Kemaloğlu, Mehmet Severcan, Hakan Özocak
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kayseri

Kapanmayan, geç iyileşen diabetik ya da nondiyabetik kronik yaralar ve cilt defektleri tüm dünyada büyük bir morbidite nedenidir. Uzayan yara bakımı hem maliyet olarak hem de hayat kalitesini düşürerek hastalar başta olmak üzere tüm sağlık sistemini olumsuz yönde etkiler.Yara bakımı ve iyileşmesi için birçok biyolojik ve otolog ajan denenmiş ve çeşitli sonuçlar elde edilmiştir. Bunlardan biride son dönemlerde daha sık kullanılmaya başlanan Platelet-Rich-Fibrin (PRF) dir. Büyüme faktörlerinin yumuşak doku ve cilt yaralanmalarının iyileşmesindeki rolünün önemi bilinmektedir. Yara iyileşmesinin temel basamakları olan; angiogenez, fibroblast aktivasyonu, hücre migrasyonu, hücre çoğalması basamakları büyüme faktörleri ve sitokinler tarafından aktive edilirler. Plateletler ise başta TGF-beta, PDGF olmak üzere çok sayıda büyüme faktörü ve sitokin salınımından sorumludur. Platelet-Rich-Fibrin normal kandan bin kat daha yoğun bir platelet konsantrasyonuna sahip bir fibrin membrandır.Bu sayede yara iyileşmesi için gerekli büyüme faktörü ve sitokinlerin topikal olarak konsantrasyonun artırarak yara iyileşmesi üzerinde olumlu etkiler sağlar. Kliniğimizde takip ettiğimiz; 2>si radyonekroz, 2>si diabetik yara, 2> si bası yarası,1>i osteomyelite bağlı fistül ağzı defekti olan toplam 7 hastada hastanın kendisinden venöz kan alınarak ve alınan kanın bekletilmeden ve herhangi bir özel kit kullanmadan her numune iki kez santrifüj edilerek Platelet-Rich-Fibrin membranlar elde edilmiştir.Elde edilen membranlar yaraların üzerine konulduktan sonra üzeri hava geçirermeyen yara örtüsü ile kapatılmış ve ilk 72 saat boyunca açılmamıştır. 72 saat sonra yaralar açıldığında; konulan fibrin membranların tamamına yakının absorbe olduğu, yaranın genelinde granülasyon dokusunun arttığı, kronikleşen ve iyileşmeyen yaraların gözle görülür bir biçimde daha dinamik bir iyileşme sürecine girdiği ve cerrahi onarıma daha hazır bir hale geldiği gözlemlenmiştir. Sonrasında 7 hastanın 6>sına greft ya da flep ile onarım yapılmış bunlardan 5>inin yaraları tamamen kapanmış (%83.3) yalnızca bir radyonekroz hastasının yarası boyutu küçülmesine rağmen iyileşmemiştir. Bası yarası olan hastalardan biri ise PRF uygulaması ardından yarası 21 gün içinde sekonder olarak tamamen iyileşmiştir. Feng ve ark.ları fibrinin iyileşme ve angiogenezi artırmadaki etkisini çok yüksek affinite ile FGFb ve PDGF bağlayabilme mekanizması ile ilişkilendirmişlerdir.Loike ve ark.ları fibrinden zengin plazmanın nötrofil membran CD11c/CD18 reseptörlerini artırarak migrasyonu artırdığını, adezyon ve transmigasyonu indükleyerek doğal immüniteyi

artırdığını kanıtlamıştır. Choukroun ve ark>ları PRF> nin doku iyileşmesindeki klinik etkilerini kapsamlı bir şekilde araştırmış, PRF> nin hızlı uygulanabilen,dolgu özelliği olan,ucuz bir malzeme olduğunu ve enfeksiyonu, inflamasyonu, ağrıyı azaltıp iyileşmeyi hızlandırdığını not etmişlerdir. Ayrıca maksillada kistik bir kaviteyi PRF ile doldurmuş, 6-12 aylık fizyolojik iyileşme süresini 2 aya indirdiklerini kaydetmişlerdir. Kawamura ve ark>ları kemik morfeogenetik proteinler (BMP) üzerine yaptıkları çalışmada PRF>nin osseöz doku oluşumunu indüklediğini görmüşler ve yayınlamışlardır.

P416

Diabetik Hastalarda Ayak Yarası: Epidemiyolojik İnceleme

Tuğba Feryal Yıldız, Hasan Kömürcü, Anıl Demiröz
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Diabet ve komplikasyonları,gelişmekte olan ülkelerde sağlık sisteminde önemli yeri olan, mortalite ve morbiditesiyle, yapılan sağlık harcamaları ve iş gücü kaybına neden olan bir sağlık problemidir.

Diabetik hastalarda periferik nöropati, periferik vasküler hastalık ve enfeksiyon sonucu gelişen diabetik ayak yarası, morbiditenin önemli nedenlerindenidir. Bunun engellenebilmesi için diabetik ayak gelişimi riski taşıyan hastaların belirlenmesi önem taşımaktadır. Bu değerlendirmeyi yapabilmek için hastaların sosyoekonomik özellikleri ve metabolik durumlarını içeren (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, ek hastalıkları, soygeçmiş, kötü alışkanlıkları, aylık kazancı, fiziksel aktivite, vücut kitle endeksi, diabet eğitim durumu, geçirdiği operasyonlar-amputasyon-, iskemik komponent, kolesterol, trigliserid, glukoz, hba1c düzeyleri) bir form hazırlandı. 2011-2015 Yılları arasında polikliniğimize başvuran 300 diabetik ayak hastası retrospektif olarak incelendi. Ortalama yaş 61.5 (45-73) Olarak belirlendi. Tanı aldıkları andan itibaren diabet süresi ortalama 17.7 (5-36) Olarak belirlendi. %82 ile erkeklerde daha yüksek oranda görülürken, hastalarda %89 ile tip 2 diabet daha yüksek oranda saptandı. Bu sonuçlar önceki çalışmalar (The epidemiology of foot wounds in patients with diabetes: a description of 600 consecutive patients in Turkey. Altindas M1, Kilic A, Cinar C, Bingol UA, Ozturk G.J Foot Ankle Surg. 2011 Mar-Apr;50(2):146-52. doi: 10.1053/j.jfas.2010.12.017.) ile uyumlu bulundu. Diabetik ayak hastalarda önemli morbiditeye ve hatta mortaliteye neden olabilen bir sendromdur.

Bu çalışma ile diabetik hastaların diabetik ayak geliştirme açısından risk belirlenmesi ve komplikasyonlarının engellenebilmesi için sağlık stratejileri geliştirilebilmesi amaçlanmıştır.

P418**K-teli Yardımıyla Gergin Yaraların Kapatılmasında Plastik Kelepçe Kullanımı**

Yalçın Yontar, Sedat Tatar

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kayseri

Giriş: Primer kapamanın mümkün olmadığı komplike yaralar rutin plastik cerrahi pratiğinde sıklıkla karşılaşılan klinik tablolar olup, rekonstrüktif basamak prensibiyle sekonder yara iyileşmesi ya da deri greftleri, lokal flepler ve uzak flepler ile tersiyer yara iyileşmesi sağlanması mümkündür.¹

Genellikle fasyatomiler ya da travmalar sonrasında ekstremitelerde gözlenen gergin yaraların primer kapatılması marjinal deri nekrozlarının gelişmesine neden olabilmektedir. Bu defektlerin onarımında flep alternatifleri oldukça kısıtlı olup, yara kapama amacıyla kısmi ya da tam kalınlıkta deri greftlerinin tercih edilmesi donör saha morbiditesine, kozmetik sekillere ve enfeksiyon ya da kanama diyatezi varlığında greft kayıplarına neden olabilmektedir.^{2,3}

Gergin yaraların kapatılmasında derinin gerilme kapasitesi ve mekanik kırılma fizyolojisinden faydalanan birçok yöntem tariflenmiştir.⁴⁻⁷ Bu çalışmada, gergin yaraların deri traksiyonu ve ekspansiyonu ile kapatılmasına yönelik K-teli ve plastik kelepçelerin kullanıldığı pratik ve güvenilir bir tekniğin sunulması ve klinik deneyimlerin aktarılması amaçlanmıştır.

Cerrahi teknik: Tüm cerrahi işlemler genel anestezi altında gerçekleştirildi. Yara debritlemanını takiben perkutan olarak subkutan dokuya geçirilen 2.0 mm'lik K-telleri, yaranın uzun eksen boyunca yara dudaklarına paralel olacak şekilde ilerletildi ve 3 cm aralıklarla deri yüzeyine çıkarıldı. Etilen oksit ile sterilize edilmiş ikişer adet plastik kelepçe deri yüzeyinde yer alan K-teli segmentlerinden geçirilerek traksiyon uygulanmaksızın kilitlendi. Yaranın her iki ucunda yer alan K-tellerinin penetran uçlarının meydana getirebileceği olası yaralanmalara karşı boş flakon ya da medikal kauçuk kullanıldı. Postoperatif 1. günde plastik kelepçelerin sıkılmasına ve yara dudaklarının traksiyonu işlemine gün aşırı periyotlarla başlandı. Yara dudaklarının karşılıklı temasının sağlanmasını takiben genel anestezi altında gerçekleştirilen ikinci bir operasyon ile tersiyer yara kapama işlemi sağlandı (Şekil 1).

Bulgular: K-teli ve plastik kelepçe kullanımıyla gergin yara kapama işlevi 2 pediyatrik ve 6 erişkin hastada gerçekleştirildi. Erkek:kadın oranı 7:1'di. Hastalara ait demografik ve klinik bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tartışma: K-telleri yardımıyla traksiyon ve ekspansiyon temeline dayanarak gergin yaraların kapatılmasına yönelik İsmavel ve arkadaşları⁸ ve Callanan ve Macey⁹ tarafından tariflenmiş iki teknik mevcuttur. Her iki teknikte de yara dudaklarına paralel olarak geçen K-telleri cerrahi eldiven ya da elastik bantlar ile birbirine tespit edilmiş, belirli periyotlar ile yapılan sıkılaştırma işlemleri ile yara dudaklarının karşılıklı traksiyonu ve ekspansiyonu sağlamış ve sütürasyon ile tersiyer yara kapama elde etmiştir. Ancak, kullanılan cerrahi eldiven ve elastik bantların sıkılaştırma işlemi sonrasında istenilen sıklıkta kalamaması, tekrar sökölüp düğümlenmeleri mümkün olmadığı için her bir periyodik sıkılama işlemi esnasında K-tellerinden yeniden geçirilmelerinin gerekliliği ve bu durumun hastada yaratacağı ağrı hissi bahsedilen tekniklerin dezavantajları olarak gösterilebilir.

Tariflediğimiz teknikte, K-tellerinin plastik kelepçeler ile

birbirine tespit edilmesi kontrollü ve eşit gerim gücüyle geri dönüşsüz bir sıklıkta yara dudaklarının traksiyonunu sağlarken, periyodik sıkılama işlemleri esnasında plastik kelepçelerin K-tellerinden yeniden geçirilmesi gerekmekte ve hastada ağrı hissi gözlenmemektedir.

Maliyetinin düşük olması, kolay elde edilebilir olması, sterilize edilebilmesi, donör saha morbiditesi yaratmaması, güvenilir ve kontrollü uygulanması K-teli ve plastik kelepçe kombinasyonunun diğer K-teli yardımcı yara kapama tekniklerine göre avantajları arasında yer almakta; primer kapamanın mümkün olmadığı gergin yaralarda önemli bir alternatif olarak karşımıza çıkmasını sağlamaktadır.

Kaynaklar

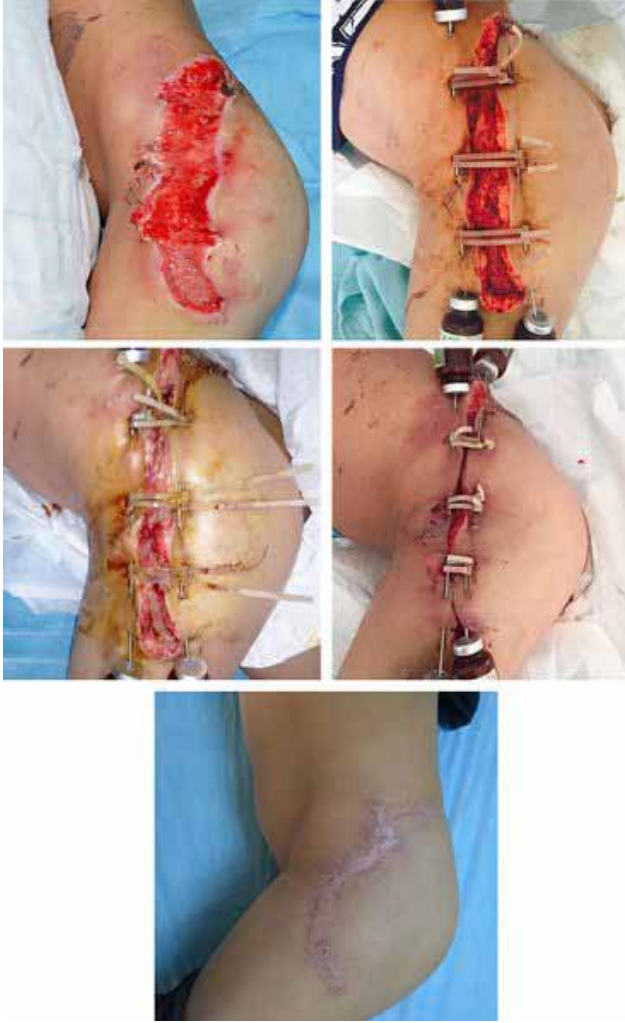
- [1] Gottlieb LJ, Krieger LM. From the reconstructive ladder to the reconstructive elevator. *Plast Reconstr Surg* 1994;93(7):1503-4.
- [2] Fitzgerald AM, Gaston P, Wilson Y, Quaba A, McQueen MM. Long-term sequelae of fasciotomy wounds. *Br J Plast Surg* 2000;53(8):690-3.
- [3] Velmahos GC, Theodorou D, Demetriades D, Chan L, Berne TV, Asensio J, Cornwell EE 3rd, Belzberg H, Stewart BM. Complications and nonclosure rates of fasciotomy for trauma and related risk factors. *World J Surg* 1997;21(3):247-53.
- [4] Saulis AS, Lautenschlager EP, Mustoe TA. Biomechanical and viscoelastic properties of skin, SMAS, and composite flaps as they pertain to rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg* 2002;110(2):590-8.
- [5] Samis AJ, Davidson JS. Skin-stretching device for intraoperative primary closure of radial forearm flap donor site. *Plast Reconstr Surg* 2000;105(2):698-702.
- [6] Chiverton N1, Redden JF. A new technique for delayed primary closure of fasciotomy wounds. *Injury* 2000;31(1):21-4.
- [7] Londinsky M, Carriquiry CE. Cable ties: a simple device with multiple applications in plastic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2007;119(3):1142-3.
- [8] İsmavel R, Samuel S, Boopalan PR, Chittaranjan SB. A simple solution for wound coverage by skin stretching. *J Orthop Trauma* 2011;25(3):127-32.
- [9] Callanan I, Macey A. Closure of Fasciotomy Wounds A technical modification. *J Hand Surg Br* 1997;22(2):264-5.

Tablo 1

	Yaş	Cinsiyet	Etiyoloji	Defekt lokalizasyonu	Defekt boyutları	Traksiyon periyodu sayısı
Hasta 1	9	E	Araç dışı trafik kazası	Sol trokanterik ve sol gluteal bölge	20x8 cm	3
Hasta 2	11	E	Mayın patlaması	Göğüs ön duvarı	18X9 cm	3
Hasta 3	28	E	Fasyatomi	Sağ kruris medial yüz	15x4 cm	4
Hasta 4	22	E	Ateşli silah yaralanması	Sağ ön kol ve sağ kol volar yüz	18x5 cm	5
Hasta 5	31	K	Araç dışı trafik kazası	Sol kruris ve sol uyluk lateral yüz	32x6 cm	3
Hasta 6	43	E	Ateşli silah yaralanması	Sol kruris medial yüz	21x7 cm	3
Hasta 7	32	E	Ateşli silah yaralanması	Sağ kol lateral yüz	15x5 cm	2
Hasta 8	56	E	Ateşli silah yaralanması	Sağ uyluk medial yüz	17x7 cm	2

Tablo 1. Hastaların klinik ve demografik özellikleri

Şekil 1



Şekil 1. Hasta 1. A. Sol trokanterik ve sol gluteal bölgede yer alan araç dışı trafik kazası sonrası oluşmuş 20x8 cm boyutundaki granüle defekt, B. 1. traksiyon (postoperatif 1. gün), C. 2. traksiyon (postoperatif 3. gün), D. 3. traksiyon (postoperatif 5. gün) ve E. tersiyer yara kapama sonrası postoperatif 4. ayda elde edilen görüntü.

P419 Üç Yollu Musluk Kullanımı ile Tekrarlanabilir Bohça Pansuman Tekniği

Yalçın Yontar, Sedat Tatar

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kayseri

Rutin plastik cerrahi pratiğinde tam ya da kısmi kalınlıkta deri grefti uygulamaları yara kapamanın sağlanması amacıyla sıklıkla başvurulan etkin yöntemlerdir. Özellikle baş-boyun ve gövde bölgelerinde gerçekleştirilen deri grefti uygulamaları sonrasında greftin immobilizasyonunu ve alıcı sahaya fiksasyonunu sağlamak ve greft altında sıvı kolleksiyonunu engellemek amacıyla sıklıkla bohça pansuman uygulaması yapılmaktadır.^{1,2}

Geleneksel bohça pansuman tekniğinde deri grefti çevresine yerleştirilen ipek sütürler, Vazelin emdirilmiş gaz ve nemli pamuktan yapılan bir bohça üzerinden geçirilerek düğümlemekte ve böylelikle yara zeminine

doğru bir baskı elde edilmesi hedeflenmektedir.^{2,3} Bohça pansuman genellikle beş gün boyunca açılmamaktadır. Ancak greft sağkalımını olumsuz yönde etkileyebilecek klinik (kontamine yara yatağı, kas üstü deri grefti uygulamaları, kanama diyatezi varlığı, vb.) ya da farmakolojik (antikoagülan-antiagregan kullanımı, vb.) nedenlerin varlığında bohça pansumanın erken açılması ve kısa aralıklarla yenilenmesi gerekebilmektedir.³ Klasik teknikle yapılan bohça pansumanın yenilenmesi oldukça zahmetli olup, bu amaç doğrultusunda lastik bant,¹ sütyen kopçası,³ plastik kelepçe,⁴ elbise stoperi⁵ gibi birçok ürünün kullanımı tariflenmiştir.

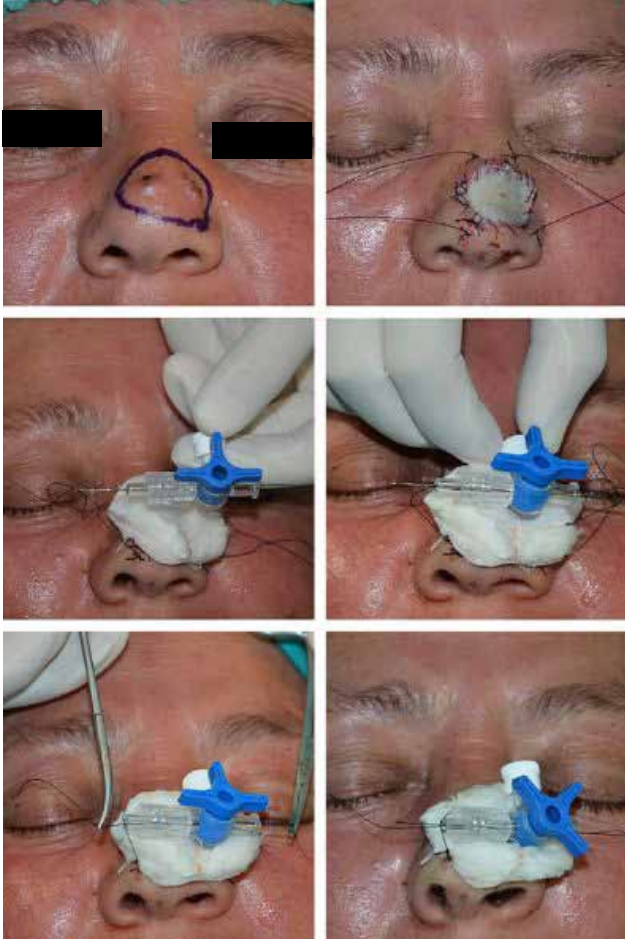
Kliniğimizde, tekrarlanabilir bohça pansuman amacıyla iki farklı sıvının tek bir intravenöz yoldan verilmesine olanak tanıyan ve sahip olduğu valf sistemi sayesinde portları kapatılabilen üç yollu musluk kullanılmaktadır. Cerrahi işlem esnasında 4-6 adet herhangi bir kalınlığa sahip ipek sütür greft çevresine sütüre edilmektedir. İpsilateral sütürler düz bir serbest iğne vasıtasıyla ipsilateral porttan karşı tarafa geçirilmektedir. İstenilen gerginlik ve basıncın sağlanmasını takiben valfin saat yönünde ya da saat yönünün tersinde çevrilmesi ile bohça pansuman sütürlerinin kilitlenmesi sağlanmaktadır.

Düşük maliyetli ve pratik olması ve de en önemlisi medikal ve sterilize edilmiş tıbbi bir cihazın kullanılması, sunulan tekniğin tekrarlanabilir bohça pansuman amacıyla kliniğimizde rutin olarak kullanılmasını sağlayan avantajlarıdır.

Kaynaklar

- [1] Cheng LF, Lee JT, Chou TD, Chiu TF, et al. Experience with elastic rubber bands for the tie-over dressing in skin graft. Burns. 2006;32(2):212-5.
- [2] Sarifakioglu N, Gokrem S, Yuksel A, Aslan G. Staged tie-over dressing technique. Plast Reconstr Surg. 2003;112(6):1740-1.
- [3] Doğan F, Ozyazgan I, Eskitasçioğlu T. A new useful and renewable tie-over dressing method using package bands and bra hooks. Ann Plast Surg. 2006;57(3):348-9.
- [4] Praveen N, Bhandari PL, Sreekumar NC. Use of nylon tie-strips for tie over dressing. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2014;67(1):135-6.
- [5] Koldas T. A simple method for the classic tie-over dressing. Ann Plast Surg. 1992;28(4):386-7.

Şekil 1



A. Nazal dorsumda iki farklı bölgede yerleşim gösteren bazal hücreli karsinom, B. 5 mm cerrahi sınır ile eksizyon sonrasında tam kalınlıkta deri grefti ile onarımı yapılmış defekt bölgesi, C ve D. İpsilateral bohça pansuman dikişlerinin ipsilateral üç yollu musluk portundan geçirilişi, E ve F. İstenilen gerginlik sağlandıktan sonra valfin saat yönünde çevrilmesi ile bohça pansuman sütürlerinin kilitlenmesi.

P420

Şanlıurfa İlinde Yanık Tedavisi Amacıyla Uygulanan Geleneksel Tedavi Yöntemleri

Yalçın Yontar¹, Ahmet Aydın², Efşan Yontar³

¹Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

³Develi Hatice Muammer Kocatürk Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Kayseri

Giriş: Isı, elektrik, kimyasal maddeler ve radyasyon maruziyetiyle meydana gelebilen yanık travması, uzun süre yatarak tedavi gerektirebilen, ekstremit amputasyonları ve kontraktürler nedeniyle eklem fonksiyonlarında kayıplara, kozmetik sekillere ve hatta ölümlere neden olabilen, özellikle gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkeler için önemli bir sağlık sorunudur. Yanık travmasının takip ve tedavisinin multidisipliner bir yaklaşım ile yanık ünitesi veya yanık merkezlerindeki yataklı birimlerde ya da bu kuruluşlara bağlı poliklinik hizmetleri dahilinde yapılması gerekmektedir.¹ Her yıl çok sayıda kişi

farklı sebeplerle oluşan yanık yaralanmaları nedeni ile sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Yanık tedavisi veren sağlık kuruluşlarının sayısının artması ile yanık travması nedenli mortalite ve morbidite oranlarında azalma gözlenmektedir. Halk hekimliği, bir diğer deyişle geleneksel tıp tüm dünyada yaygın olarak uygulanmakta ve popüleritesi giderek artmaktadır. Genellikle kırsal kesimlerde yaşayan toplumlarda, birçok hastalığın tedavisine yönelik geleneksel tıp yöntemleri uygulanmaktadır. Bu yöntemler toplumun inançları, sosyokültürel özellikleri, kullanılacak yöntemeye kolay ulaşılabilmesi ve modern tıp yöntemlerinin pahalı olması nedeniyle sıklıkla tercih edilmektedir.² Toplumumuzda yanık yaralarının geleneksel yöntemlerle tedavisi amacıyla elma suyu, yoğurt, çiğ patates, arpa unu, yumurta sarısı, sıcak hamur, diş macunu, domates salçası, çamur, kireç kaymağı, tereyağı, demir pası, tuz gibi birçok madde kullanılmaktadır.³⁻⁵ Bu maddelerin birçoğu yanık derinliğinin artmasına ve yara yeri enfeksiyonlarına neden olarak yanık travmasının prognozunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu çalışmada Şanlıurfa ilinde yaşamakta olan halkın, yanık yara tedavisinde kullandığı alternatif tedavi yöntemleri ele alınmıştır.

Bulgular: Ocak-Ekim 2015 tarihleri arasında Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi yanık ünitesi polikliniği ve acil servisine başvuran ve geleneksel yöntemlerle yanık yara tedavisi uygulayan 83 hastanın retrospektif analizi yapıldı. Araştırma grubunun %46.98'ini (n=39) erkek, %53.02'sini (n=44) kadın hastalar oluşturdu. Araştırma grubunun %36.14'ünü (n=30) 1-17 yaş aralığındaki pediatrik hasta grubu, %42.16'sını (n=35) 18-64 yaş aralığındaki erişkin hasta grubu, %21.70'ini (n=18) ise 65 yaş ve üzeri geriatrik hasta grubu oluşturdu. Araştırmaya dahil edilen pediatrik hastaların ebeveynlerinin %73.30'u (n=22) ilkököl ve altında eğitim düzeyine sahipti. Erişkin hastaların %64.15'i (n=34) ilkököl ve altında, %18.86'sı (n=10) ortaokul, %13.20'si (n=7) lise ve %3.79'u (n=2) yüksekokul düzeyinde eğitim seviyesine sahipti. Hastaların %63.85'i (n=53) yeşil kartlı, %30.12'si SGK'lı (n=25) iken, %6.03'ünün (n=5) sağlık güvencesi yoktu. Hastaların %69.87'si (n=58) civar köy ve kasabalardan başvururken; %30.13'ü (n=25) Şanlıurfa il merkezinden başvuruda bulundu. Hastalarda kullanılan geleneksel tedavi yöntemleri kına (n=13), kavrulmuş fasulye (n=4), ayakkabı boyası (n=5), zeytinyağı (n=30), haşlanmış pirinç (n=9), isot biberi (n=10), diş macunu (n=10), közlenmiş mercimek (n=1) ve rujdu (n=1).

Tartışma: Yanık travması insanlığın ateşi icat etmesinden bu yana güncelliğini korumaya devam etmektedir. MS 281-341 yılları arasında yaşamış olan Hong Ge'nin yazdığı Zhou Hou Fang adlı kitap geleneksel Çin tıbbının yanık tedavisine yaklaşımının ilk yazılı örneğini oluşturmaktadır.⁶ Anadolu'da da geleneksel tedavi yöntemleri yüzyıllardan beri kullanılmaktadır. Tıp tarihinin en ünlü eserlerinden biri olarak bilinen ve İbn-i Sina tarafından 1025 yılında yazılmış olan El Kanun adlı eserde de yanık yarısından ve tedavisinde kullanılan çeşitli bitkisel ve hayvansal karışımlardan bahsedilmektedir.⁷ Öztürk ve ark.⁸ yaptığı bir çalışmada Isparta İli'nde hayatının herhangi bir döneminde geleneksel sağlık uygulamalarından en az birini kullanmış olanların oranının %68 olduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada kadınların geleneksel tedaviyi erkeklerle göre daha fazla tercih ettiği belirtilmiş, bunun sebebi olarak özellikle kırsal bölgede yaşayan kadınların eğitim seviyesinin düşüklüğü ve kendi aralarında bu tür yöntemlerden daha çok haberdar olmaları gösterilmiştir. Tortumluoğlu ve ark.⁵ yaptığı çalışmada Kars'ın merkez köylerinde geriatrik hasta grubunun %82'sinin yanık yaralarında geleneksel uygulamalara başvurdukları bildirilmiştir.

Yanık travması sonrasında deri bütünlüğünün bozulması ve mikroorganizmalar kolonizasyonu ile enfeksiyonlar ve buna bağlı olarak mortalite gözlemlenmektedir. Geleneksel yöntemlerle tedavide kullanılan maddelerin birçoğu yanık yarası enfeksiyonuna yol açabilmektedir. Geleneksel bir pansuman malzemesi olarak kullanılan yumurta birçok mikroorganizma için kültür ortamı sağlayabilmekte ve yanık yarası enfeksiyonuna sebep olarak mortalite ve morbiditeden sorumlu olmaktadır.⁹ Yanık tedavisinde kullanılan geleneksel yöntemler hekim tarafından yanık yarasının derinliğinin değerlendirilmesinde güçlük oluşturur. Bununla birlikte yanık alana uygulanan bu maddeler alerjiye hatta anafilaksiye sebep olarak hastanın yaşamını tehdit edebilmektedir.¹⁰

Sonuç: Toplumların sağlık ile ilgili davranışlarının geliştirilebilmesi için o toplumun kültürel yapısının değerlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık kuruluşlarının kırsal alanlara olan uzaklığı, verilecek sağlık hizmetinin ücreti ve niteliği bu bölgelerde yaşayan halkın sosyoekonomik düzeyine ve kültürel yapısına uygunluk göstermesi gerekmektedir. Kırsal bölgede yaşayan halkın travma sonrası ilk yardım konusunda bilgilendirilmesi ve sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanmalarının gerektiği öğretilmelidir. Bu konuda medya organlarına ve özellikle kırsal bölgelerde görev yapan sağlık personellerinin sorumluluğu aşikardır.

Kaynaklar

1. Yontar Y, Esmagolu A, Coruh A. Retrospective analysis of burn injuries caused by hot milk in 159 pediatric patients: 14 years of experience in a burn unit. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2014;20(4): 281-285.
2. Dorai AA. Wound care with traditional, complementary and alternative medicine. *Indian J Plas Surg.* 2012;45(2):418-424
3. Konak, A., & Aktar, O. (2009). Medikal Antropoloji Çerçevesinde Tunceli/Ovacık'ta Geleneksel Sağaltma Yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 33(2), 156-187.
4. Karaoz, B. First-aid home treatment of burns among children and some implications at Milas, Turkey. *Journal of emergency nursing*, 2010;36(2):111-114.
5. Tortumluoğlu, G. (2006). Kırsal alandaki yaşlıların yaygın sağlık problemlerinde baş vurdukları geleneksel uygulamalar The old living in rural areas apply for treating common health problems the definition of traditional health practices. *Journal of Human Sciences*, 1(1).
6. Ancient traditional Chinese medicine in burn treatment: a historical review J. Kopp a,*,1, G.Y. Wang b,1, R.E. Horch a, N. Pallua c, S.D. Ge b
7. Ibn Sina H. *Al-Qanon fi Tibb*. Lebanon: AlamLe- Al-Matbooa institute; 2005.
8. Isparta İlinde Halkın Geleneksel Tedavi Tercihi
10. Burns and scalds: first aid home treatment and implications at Enugu, Nigeria
11. Hansen S, Mecham N. Pediatric anaphylaxis: allergic reaction to egg applied to burns. *J Emerg Nurs.* 2006;32:274-6.

P421

Skapuler Arter Ada Flebi ile 2 Yaşında Bebeğin Aksiller Defektinin Onarımı

Mehmet Altıparmak¹, Cem Yalın Kılınç²

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Muğla

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Muğla

Amaç: Çocuklarda Aksilla Ve Lateral Göğüs Duvarındaki Defektlerin Onarımı, Büyüme Ve Gelişmeyi Engelleme Riski Açısından Önem Taşır. Özellikle Kız Çocuklarında Bu Bölgelerde Meydana Gelen Defektlerin Onarımında Greft Veya Z-Plasti Gibi Yöntemlerin İleriki Zamanlarda Meme Gelişiminin Olumsuz Etkilemesi Ve Görünümde Asimetriye Sebep Olması Riski Vardır. Bu Vaka Sunumunda, Kız Çocuklarında Aksilla Ve Göğüs Yan Duvarı Onarımında Kontraktür Ve Asimetri Gelişimini Engellemek Amacıyla Kullanılabilecek Skapuler Arter Ada Flebinin Önemli Vurgulanmıştır. Ayrıca Bu Yaş Grubundaki Çocukların Ada Flebi İle Onarım Zorluğu Üzerinde Durulmuştur.

Vaka: Acil Servise Sağ Kolunu Salça Makinasına Kaptıran 2 Yaşında Bir Kız Çocuğu Getirildi. İlk Olarak Ortopedi Tarafından Görülen Hastaya Kompartman Sendromu Gelişmesi Nedeniyle Ele Ve Ön Kola Fasyotomi Yapılmıştır. Daha Sonra Tarafımızdan Debridman İle Birlikte Ön Kol, Kol Ve Eldeki Defektlerin Üzerine Sağ Uyluktan Alınan Kısmi Kalınlıkta Greftler İle Onarım Yapıldı. Ameliyat Öncesi El Dopleri İle Belirlendikten Sonra Aynı Seansta Aksillaya Doğru Uzanan Ve Sağ Lateral Torasik Duvarda Yer Alan 13*10Cm Ölçülerindeki Defekt, 13*8 Cm Ölçülerindeki Skapuler Arter Ada Flebi İle Onarıldı. Pedikül, Hasarlanma İhtimaline Karşı Tam Olarak İskeletize Edilmedi. Pedikül Etrafında, Flebin Hareketini Engellemeyecek Kadar Yağ Doku Bırakıldı Ve Triangüler Boşluk Disseke Edildi. Donör Alan Primer Kapatıldı. Bir Hafta Sonra Flep Distalinde Yaklaşık 2 Cm Çapında Nekroz Gelişmesi Üzerine Flep Revize Edildi. Hastanın Ameliyat Sonrası 3.Ay Kontrolünde Kol Açıklığı Yaklaşık 180° İken Meme Başı Mid-Klavikuler Hat Hizasında Yer Alıyordu. (Resim 1)

Tartışma: Aksilla Ve Göğüs Yan Duvarı Rekonstrüksiyonu, Özellikle Kız Çocuklarında Önemlidir. Greft Ve Z-Plasti Gibi Yöntemlerde Kontraksiyon Ve Gergin Kapamanın, Çocukların Büyüme Aşamasında Kol Açıklığını Ve Meme Simetrisini Etkilediği Görülmektedir.¹ Dolayısıyla Bu Bölgelerdeki Defektlerin Onarımında Sağlam, Hareket Kısıtlılığı Yaratmayan Ve Kontraksiyon Gelişimi Minimal Doku Kullanılmalıdır. Çocuklarda Komplike Yöntemler Yerine Basit Çözümlerin Kullanılması Daha Uygunur. Literatürde Skapuler Arter Ada Flebi İle Kontraktür Onarımı Yapılan Hastalar Mevcuttur Fakat Bizim Vakamız Yaş İtibariyle En Küçük Yaşta Skapuler Arter Ada Flebi Yapılmış Hastadır.² Pre-Ekspande Flepler Ve Serbest Flepler De Bu Bölgelerin Rekonstrüksiyonunda Kullanılmış Olsa Da Bu Kadar Küçük Yaşta Rapor Edilen Vaka Bulunmamaktadır. Pedikülün İskeletinizasyonunda Azami Dikkat Gereklidir. Vakada Pedikül Etrafında Bir Miktar Yağ Doku Bırakılarak Travmatize Olması Ve Dolayısıyla Konstrükte Olması Önlenmiş Oldu. Fakat Triangüler Boşluktan Geçirilmemiş Olması, Pedikülün Baskıya Uğramasına Sebep Olmuş Olabilir. Dolayısıyla Flep Distalinde Gelişen Nekrozun Bundan Kaynaklı Olmuş Olması Mümkündür.

Sonuç: Çocuklarda Skapuler Arter Ada Flebinin Kaldırılmasında Dikkatli Olunmalıdır. Pedikül İskeletinizasyonu Mümkün Olduğunca Konservatif Tutulmalı. Gerginliği Minimalize Etmek İçin Flebin Triangüler Boşluktan Geçirilmesi Nekroz Gelişimini Azaltabilir.

Referanslar:

- 1) Turkaslan T, Turan A, Dayicioğlu D, Ve Ark. Uses Of Scapular Island Flap İn Pediatric Axillary Burn Contractures. Burns 32 (2006) 885-890
- 2) Nisanci M, Er E, Isik S, Ve Ark. Treatment Modalities For Post-Burn Axillary Contractures And The Versatility Of The Scapular Flap. Burns 28 (2002) 177-180

Resim



Sol üst: kolunu salça makinasına kapıran 2 yaşında bebeğin defektleri Sağ üst: debridman sonrası skapular ada flebi (agresif iskeletinizasyondan kaçınıldı) Sol alt: ön kol ve kolun greftlenmesi ve flep distalinde nekroz Sağ alt: ameliyat sonrası 3. ay. Kol hareketlerinde kısıtlılık yok

P422

Tip-2 Aplasia Cutis Congenita Olgusu

Hüsnü Hacı, Cenk Demirdöver, Hasip Şamil Yazgan, Can Karaca, Şafak Çakır
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Aplasia cutis congenita, sıklıkla saçlı deriyi tutar ve mortalitesi yüksek geniş doku defektleri ile birlikte bulunabilir. Rekonstrüktif basamakta uygun tedavi yöntemi seçimi ile mortalite ve morbiditelerin önüne geçilebilmesi mümkündür.

Giriş: Aplasia cutis congenita (ACC), yaklaşık 10000 canlı doğumda 1 olguda görülen, cilt ve ciltaltı dokusunun doğumsal yokluğuyla giden, etiyolojisi tam olarak belirlenememiş olan konjenital bir hastalıktır. ACC genel kabul gören Friedman Sınıflaması'nda lezyon yerleşimi, eşlik eden anomaliler ve sendromlara göre 9 gruba ayrılmıştır. Olguların %86 sı birinci gruba giren soliter skalp lezyonlarıdır (1). Skalp yerleşimli bu lezyonlar yüzeysel cilt defekti olabildiği gibi kemik dokunun ekspoze olduğu tam kat cilt defektleri ve duranın ekspoze olduğu kemik defektleri ile de karşımıza çıkabilmektedir (2).

Olgu: 17 yaşında annenin ilk doğumundan ilk yaşayan bebek olarak doğan, anne ve babası arasında ikinci derece akrabalık olan olgunun öyküsünde doğumda farkedilen saçlı deri defekti ve dış merkezde almış olduğu aplasia cutis congenita tanısı mevcuttu. Mevcut öykü ile kliniğimize başvuran olgunun fizik muayenesinde skalp yüzeyinin yaklaşık olarak yarısını ilgilendiren kurutlu ülsere alan zemininde granülasyon dokusu altında duranın ekspoze olduğu fark edildi. Olguda kemik defekti de içeren mevcut defekt nedeniyle fleple rekonstrüksiyon planlandı. Operasyona kadar günlük pansumanlarla izlenen olguda defekt çevresinde sekonder iyileşme alanları izlendi ve sol yüzeysel temporal arter tabanlı fasyokutan transpozisyon flebiyle ülsere doku defekti onarıldı. Flep donör alan sol uyluk posteriorundan alınan kısmi kalınlıkta deri greftiyle onarıldı. Post operatif dönemde kısmi greft kaybı dışında komplikasyon olmadı. Nörolojik ve fiziksel gelişimi olağan olarak görüldü.

Sonuç: ACC nadir görülen bir hastalık olmasının yanında hastanın ailesinde duygusal travmaya sebep olan doğumsal bir hastalıktır. Etiyolojisi tam olarak aydınlatılamasa da çoğu olguda izole deri defekti olup tedavi yaklaşımında cerrahi tedavi yanında uygun pansumanla izlem ve sekonder iyileşmenin yeri vardır. Nadir bazı olgularda, özellikle skalp lezyonlarında kemik dokunun ve hatta dura materin ekspoze olduğu görülebilmektedir. Sekonder iyileşme sırasında görülebilen sagittal sinüs trombozu ve kanama gibi olası ciddi komplikasyonlar sonucunda oluşabilecek mortalite ve morbidite nedeniyle uygun olgularda deri grefti ve fleple onarım seçeneklerinin akılda tutulması ve bu seçeneklerin uygulanmasından kaçınılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar:

- (1) J Am Acad Dermatol. 1986 Apr;14(4):646-60.
- (2) J Craniofac Surg. 2011 Jan;22(1):159-65. doi: 10.1097/SCS.0b013e3181f73937.

Resim-1



Pre-operatif ve post-operatif görünüm

P423

Nadir Görülen Kimyasal Yanık Olgusu: Hidroflorik Asit Yanığı

Murat Yaman, Kaan Gideroğlu, Erhan Tunçay, Zeynep Dereli, Müjdat Özbek
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi Yanık Merkezi

Giriş: Hidroflorik asit(HFA) tüm inorganik asitlerin en güçlülerinden biridir. Endüstrideki kullanımı sıklıkla, özellikle cam sanayinde, pas giderici olarak, plastikler, germisid ve boyaların üretiminde sık kullanılmaktadır. HFA yanıkları diğer asit yanıklarından oldukça farklı özelliklere sahiptir.

HFA İlk olarak süperfişiyel dokularda diğer inorganik asitler gibi koroziv bir etki yapar. İkinci olarak, çok ileri derecede geçirgen olan florür iyonları sayesinde asit süratle derin dokulara ulaşır. Burada likefaksiyon nekrozu, alttaki kemiğin dekalsifikasyon ve erozyonuna neden olur. HFA yanıklarında karakteristik olarak dayanılmaz ve zonklayıcı ağrı olur. Doku düzeyinde HFA kalsiyum veya magnezyum ile nötralize olmadıkça hasar oluşturmaya devam eder, bu yüzden diğer asit yanıklarından farklı olarak nötralizasyonu gereklidir. Küçük hidroflorik asit yanığı bile olsa, hipokalsemi gelişebilir ve bu da kardiyak etkilerin oluşması için yeterlidir. %10'dan fazla hidroflorik asit yanığı ölümcül olabilir.

Olgu: 34 yaşında erkek hasta, iş yerinde %85 konsantrasyonda HF asidin başından aşağı döküldüğü, temas sonrası hemen vücudunu 15 dk boyunca su ile yıkadığı, daha sonrada acil yanık polikliniğimize başvurduğu öğrenildi. Hastanın başvuru anında oldukça stresli ve huzursuz olduğu, HFA ile temas eden yerlerde şiddetli ağrısının olduğu gözlemlendi. Fizik muaynesinde skalpte, gövde ön yüzde, sağ kolda, sağ ve sol uylukta toplamda %12 siyah renkli 3. derece yanık alanları saptandı. Hasta ilk geldiğinde yanık alanları bol su ile 30 dakika yıkandı. Daha sonra lezyonlara nötralizasyon için %10'luk kalsiyum glukonat subkutanöz olarak infiltre edildi. Hastanın ağrısının yaklaşık 15 dk sonra dramatik olarak geçtiği gözlemlendi. Başvuru anındaki kalsiyum değeri:6,82 olması nedeniyle İntravenöz kalsiyum replasmanında yapıldı. Daha sonra eskarektomi uygulanıncaya kadar günlük %10'luk Kalsiyum glukonat emdirilmiş bactigras ile pansumanları yapıldı. Derin dokulara penetrasyon riski nedeniyle gövde önyüzdeki lezyonlar için toraks ve batin tomografisi çekildi, derin dokulara penetrasyon saptanmadı.Yatışının 5. gününde yanık alanlarına eskarektomi uygulandı,eskarektomi esnasında nekrozun subkutan yağ dokusuna kadar ulaştığı gözlemlendi. 12. günde ise defektler kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı.Yatışının 20. gününde salahlı ile taburcu edildi.

Sonuç: Hidroflorik asit yanıkları uygun tedavi edilmediği takdirde morbiditesi ve mortalitesi yüksek olabilen yanıklardır. Asit yanığı ile başvuran her hastada iyi anamnez alınarak HFA yanığı ekarte edilmelidir. Tanı konduğunda ise uygun nötralizasyon yapılarak hem lokal hemde sistemik etkilerinin önüne geçilmelidir.

Resim 1



Hidroflorik asit yanığı

P424

Toksik Epidermal Nekroliz'de Hızlı Bir Tedavi Yöntemi: Suprathel

İbrahim Barış Çağlar¹, Çağrı Ahmet Uysal²,
Nilgün Markal Ertaş², Atilla Adnan Eyüboğlu²,
Burak Özkan³, Mehmet Haberal⁴

¹Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Alanya

²Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Ankara

³Ağrı Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği

⁴Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Toksik Epidermal Nekroliz (TEN) nadir olmasına karşın potansiyel hayati tehlike taşıyan, mukokutanöz eksfoliasyon ile seyreden bir durumdur. Deri kaybına bağlı gelişen bakteri translokasyonu ve neticesinde oluşan septisemi en önemli mortalite sebebidir. Bu nedenle hızlı ve etkili bir şekilde tedavi edilmesi oldukça önem taşır. Suprathel, sentetik bir epidermis eşdeğeri olup, uygulaması kolay, hızlı, donör saha gerektirmeyen etkili bir yöntem olarak TEN olgumuzun tedavisinde kullanılmıştır.

Vaka Sunumu: 23 yaşında kadın hasta, ağız içi ve yüz bölgesinde başlayıp gövde ve kollara yayılan döküntü, kızarıklık ve büllöz yara oluşumu sebebiyle yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Hikâyesinde lezyonlar başlamadan 2 gün önce ibuprofen kullanımı olduğu ve içeriğini bilmediği bir yağ ile vücut masajı yapıldığı öğrenildi. Muayenede

yüzünün tamamında, ense ve üst sırt bölgesinde, boyunda, torkaks ön kısımda, her iki üst ekstremitede 2. derece yanığa benzer görünümde, toplam %30-35 civarında büllöz, döküntülü lezyonlar mevcuttu. Ağız çevresi ve mukozaya tutulumu sebebiyle beslenme ve konuşma problemi vardı. Genel olarak lezyonlar ağrılı ve frajil olduğundan mobilizasyonu oldukça güçtü.

Hastaya yatak başı seri debridmanlar uygulandı. Debridmanlar esnasında mümkün olan bölgelerde epidermis soyulmadan yara üzerinde bırakıldı ve parafinli pansuman örtüsü (bactigras) ile kapama yapıldı. Hasta altıncı günde ameliyata alındı, tüm epidermolizis olan bölgeler temizlendi, bu sahalara Suprathel uygulandı, üzerine bactigras, en üst katmana da kuru gazlı bezler konularak pansuman tamamlandı.

Suprathel uygulandıktan sonra şeffaf hale gelerek yara tabanının gözlenmesine olanak sağlar. Ameliyat sonrası dönemde, günlük olarak sadece en dışta yer alan gazlı bez katmanı değiştirildi. Epitelize olan sahalarda suprathel ve bactigras örtü kendilinden ayrıldı ve temizlendi.

Hasarlı epidermis tabakasının uzaklaştırılıp Suprathel uygulamaisından sonra kliniğinin oldukça hızlı düzeldiği ve yeni lezyonlar oluşmadığı görüldü. 12. günde epitelizasyon tamamlandı. İzleminde herhangi ek problem yaşanmadı.

Sonuç: TEN patofizyolojisinde ilaç kullanımına bağlı gelişen reaksiyon sorumlu tutulsa da viral endeksiyonlar, aşilar veya malign durumlar sebebiyle de görülebilir. Dermo-epidermal bileşkede büller meydana gelir, bu katların birbiri ile bağlantısı zayıflar ve herhangi bir travma sonrası epidermiste ayrılma görülür (Nikolski bulgusu). Bu durum toplam vücut yüzey alanının %10'undan küçük sahada ise 'Steven Johnson Sendromu (SJS)', %30'dan daha fazla ise 'Toksik Epidermal Nekroliz (TEN)' ve bu ikisi arasında ise SJS-TEN kesişimi şeklinde adlandırılır. Mortalite oranı etkilenen toplam yüzey alanı arttıkça yükselir ve %16-55 arasındadır. Yıllık insidansı 1-2/1000000'dur. Koruyucu deri bariyeri kaybı sonrasında kolonizan bakterilerin invaziv enfeksiyon geliştirmesi ve sepsis mortalitenin en önemli sebebidir. Gastrointestinal, genitouriner, respiratuar ve konjonktiva gibi diğer epitelyal yüzeyler de tutulabilir. Bahsedilen riskler nedeniyle hızlı ve etkili tedavisi oldukça önemlidir. Literatürde TEN tedavisinde parafinli pansuman malzemeleri, steroid pomadlar, sentetik deri eşdeğerleri ve deri grefti yöntemleri önerilmektedir. Literatürde, etkilenen epidermis tabakasının uzaklaştırılmaması gerektiğini, bu katmanın yeniden tabana yapışarak yaşayabileceğini bildiren yayınlar mevcuttur ancak vakamızda epidermis uzaklaştırılmadan önceki dönemde belirgin bir düzelme görülmemiş olup ancak bu işlemten sonra hızlı bir klinik düzelme kaydedilmiştir. Olgumuzda hızlı, donör saha morbiditesi bulunmayan, basit bir yöntem olarak Suprathel kullanıldı. Bu tedavinin tek dez avantajı maliyetinin yüksek olmasıdır.

ten olgusu başvuru



Ten olgusu başvuru durumu

P425

Parmağın Yüksek Basıncılı Enjeksiyon Tabancası ile Yaralanmaları; Olgu Sunumu

Feridun Elmas¹, Hatice Gözde Muratoğlu¹, Ergin Seven¹, Ali Teoman Tellioğlu²

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Yüksek basınçlı enjeksiyon tabancalarına bağlı yaralanmalar nadir görülmekle birlikte; endüstri alanında çalışanlar arasında daha fazla görülür(1). Enjeksiyona maruz kalan dokuda oluşan hasarı enjekte edilen materyalin tipi, maruziyet süresi, basınç miktarı gibi farklı parametreler belirler(2). Etkene maruziyet sonrası hastaya kısa sürede müdahale etmek gelişebilecek komplikasyonları önlemede önemlidir. (3)El en fazla yaralanan alandır.Fakat vücudun diğer alanlarının da yaralandığı vaka örnekleri mevcuttur.

Amaç: Bu çalışmada amacımız yüksek basınçlı tiner-boya enjeksiyon tabancası ile yaralanan iki ayrı vakada hastaya yaklaşım, takiplerinde gelişen komplikasyonlar sonrası sonuçları sunmaktır.

Gereç-Yöntem: Olgu-1: Kliniğimize 29 yaşında erkek hasta sol el 3.parmak orta falanksta tiner boya karışımı içeren enjeksiyon tabancası ile yaralanma nedeniyle başvurdu. Hasta tetanoz profilaksisi sonrası servisimize yatırıldı ve 3.parmaktaki cilt ciltaltı dokular z plastiler ile açıldı. Jet akımla yıkama sırasında epidermis,dermiş ve tendon yapılarının kimyasal madde ile boyanmış olduğu görüldü. Uygun antibiyoterpi ile takip edilen hastaya iki kez lokal anestezi altında jet akımla yıkama yapıldı.Takiplerinde yumuşak doku nekrozu gelişen hastanın volar yüzdeki nekrotik alanın pulpa ve dorsaldeki dokulara devam ettiği görüldü.Debridman yapılan hastanın defekt alanını kapatmak için flep uygulamaları yapıldı.

Olgu-2: Kliniğimize 25 yaşında erkek hasta sol el 2.parmak orta falanksta tiner boya karışımı içeren enjeksiyon tabancası ile yaralanma nedeniye başvurdu.Hasta tetanoz profilaksisi sonrası servisimize yatırıldı.Hastanın 2.parmak pulpada bulunan yara yeri debride edildi ve z plastiler ile cilt, cilt altı yapılar açıldı.Jet akımla yıkama yapıldı.Uygun antibiyoterapi ile takip edilen hastanın orta falanks distalinde volardan dorsale devam eden nekrotik demarkasyon hattının belirginleşmesi üzerine 2.parmak orta falanks distali ampute edildi ve güdük onarımı yapıldı.

Tartışma: Yüksek basınçlı enjeksiyon tabancaları ile yaralanmalar nadir görülen fakat komplikasyonları

göz önünde bulundurulduğunda fonksiyon kaybından amputasyona kadar ağır sonuçları olan yaralanmalardır. Akut süreçte yabancı maddenin yüksek kinetik enerji ile dokulara enjeksiyonu dokular içerisindeki basıncın ani yükselmesi; fasya, nörovasküler yapılarda kompresyona yol açar. Sonraki aşamada yabancı kimyasal maddenin başlattığı inflamasyona bağlı hasar gelişir(4). Bu yaralanmalarda önemli bir nokta yara boyutu ile travmanın şiddeti arasında oran bulunmamasıdır(5). Gözle görünmeyecek boyuttaki yaralanmalar dahi ciddi sonuçlara neden olabilir(6). Enjeksiyon tabancasının içeriği, maruziyet süresi kadar yapılacak müdahalenin süresi de sonuca etki eder. Daha çok genç erkek işçileri etkileyen bu durum en sık dominant olmayan eli ve sıklıkla da baş parmak ve işaret parmaklarını etkiler(6).

Sonuç: Yüksek basınçlı enjeksiyon tabancaları ile yaralanmalar akut süreçte genellikle ufak bir giriş yarası çevresinde minimal ödem ve eritem profilindedir. Bu durum vakalara müdahale ve erken tedavinin başlanması açısından gözden kaçabilmektedir. Prognoz kimyasal maddenin karakteristik özelliklerine, enjeksiyon basıncına ve süresine, enjeksiyon yerine, uygun cerrahi müdahale zamanına bağlı olarak değişir(3-4-5). Fasyatomiler, seri debridmanlar gibi cerrahi yaklaşımlara tetanoz, analjezi, el elevasyonu, immobilizasyon, geniş spektrumlu antibiyoterapi, erken rehabilitasyon dahil edilmelidir(4). Ampütasyon riski %16-55 arasında (6) olan bu yaralanmalarda tedaviye olabildiğince erken başlamak fonksiyon kayıpları ve amputasyonu engellemede cerrahlar açısından en önemli basamağı oluşturmaktadır.

Kaynaklar:

- 1-Luber T, Rehm J, Freeland A. High-Pressure Injection Injuries of the Hand. *Orthopedics* 2005;2:129-32
- 2-High-pressure Injection Injuries of the Hand. Cannon TA, *Orthop Clin North Am.* 2016 Jul;47(3):617-24. doi: 10.1016/j.ocl.2016.03.007
- 3-Wieder A, Lapid O, Plakht Y, Sagi A. A Long term follow-up of high-pressure injection injuries to the hand. *Plast Reconstr Surg.* 2006; 117(1):186-189.
- 4-High Pressure Injection Injury of the Thumb. Case Study NL Mateusz Zamkowski, Jerzy Ropel, Bogusław Baczkowski, Jerzy Lasek, Edward Lizak, Elżbieta Lenkiewicz, Jacek Kot, *Ortop Traumatol Rehabil* 2015; 17(5):543-552
- 5-Bourget DM, Perrone J. High-Pressure Decisions: Recognition and Management of Uncommon Hand Injuries. *J Med Toxicol* 2011;7:162-3.
- 6-Warning: This may be as dangerous as firearm injuries; "grease-gun injury": A case report. Eroglu O1, Sari E2, Vural S3, Coskun F1., *Pan Afr Med J.* 2015 Jan 14;20:40. doi: 10.11604/pamj.2015.20.40.5892. eCollection 2015

olgu 1(üstte),olgu 2(alтта)



Yüksek basınçlı enjeksiyon tabancası ile yaralanan hastalarda preoperatif, intraoperatif ve postoperatif takipler. Olgu 1(üstte), olgu 2(alтта)

P426

Geniş Yanıklı Hastalarda Yakın Akraba(Aile) Kaynaklı Deri Allogreft Kullanımı

Kaan Gideroğlu¹, Murat Yaman¹, Erhan Tunçay¹, İrfan Taşdelen¹, Halim Ömer Kaşıkçı³, Gaye Taylan Filinte²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi Yanık Merkezi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği

Giriş: Yanıklar tüm yaş grubunda kazalara bağlı ölümlerin en önemli nedenlerindendir. Özellikle geniş yanıklar hastanın hayatını tehdit eden ve acil olarak tedavi edilmesi gereken major travmalardır. Bu çalışmada Ocak 2016-Ağustos 2016 tarihleri arasında yanık merkezimizde yakın akraba(aile) kaynaklı deri allogreft ile onarım uygulanan major yanıklı hastaların retrospektif olarak incelenmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Ocak 2016-Ağustos 2016 tarihleri arasında yanık merkezimizde yakın akraba(aile) kaynaklı deri allogreft uygulanan 13 hasta incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet dağılımı, yanık nedeni, yanık yüzdesi, yanık derinliği, ABSI (Abrivated Burn Severity Index) skoru, hastanede kalış süresi, donör sayısı, donör yaşı ve cinsiyeti, donör hasta yatış süresi ve mortalite yönünden incelendi.

Bulgular: 13 hastanın yaş ortalaması 24,4(2-40) bulundu(Tablo 1). Hastaların 10'u(%76) erkek, 3'ü (%24) kadındı. 3 hasta haşlanma yanığı, 10 hasta ise alev yanığı idi. Yanık yüzdesi ortalaması %57,6 2.-3. derece yanık (% 91-%28 2.-3. derece yanık) olarak saptandı. ABSI skoru ortalaması 9,07 (6-12) olarak bulundu. Ortalama hastanede kalış süresi 53,4gün(13-155) idi. Yalnızca bir hasta için farklı seanslarda 2 ayrı donörden allogreft alındı, diğer hastalardan ise sadece tek donörden allogreft alındı. Donörlerin yaş ortalaması 35,6(22-57) idi. Donörlerin 1 tanesi kadın 13 'ü(%92) erkek idi. Donörlerin ortalama hastanede kalış süresi 1,2(1-2) gün olarak bulundu. Allogreft uygulanan 4 hasta(%30) ex oldu.

Sonuç: Derin yanıklarda tedavide altın standart otolog deri grefti kullanılmasıdır. Özellikle major yanıklı hastalarda ve donör alan yetersizliği olan hastalarda yeterli otogreft elde edilememektedir. Deri bankalarının olmadığı, otolog keratinosit kültürlerinin yapılamadığı yada geçici biyolojik pansuman olarak kullanılması gereken major yanıklı hastalarda yakın akraba(aile) kaynaklı deri allogreft kullanımının ulaşılması daha kolay ve sonuçlarının daha tatmin edici olduğunu düşünmekteyiz.

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği
38. Ulusal Kurultayı

Olgu



Alev yanığı



Postop 5. gün



Alev yanığı



Postop 1. ay

ortaya çıkabilir (1). Cerrahi olmayan tedaviler tam bir kür sağlamamaktadır. Negatif basınçlı yara kapama tedavileri günümüzde plastik cerrahi kliniklerinde akut ve kronik yaraların kapatılmasında oldukça sık kullanılan bir yöntemdir. Zaman içinde gelişim göstererek çeşitli solüsyonlar ile yaranın aynı zamanda irrigasyonu sağlanmıştır. Bu çalışmada cerrahi olarak hidradenitis supurativanın eksizyonu sonrası yara yeri kapatımında negatif basınçlı kapama ile yıkamalı negatif basınçlı kapama yöntemlerinin etkinliğinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Materyal - Metod : Çalışmaya 2010-2014 yılları arasında perianal ve gluteal bölgesinde hidradenitis supurativa bulunana 20 erkek hasta dahil edildi (10 hastaya negatif basınçlı kapama, 10 hastaya yıkamalı negatif basınçlı kapama kullanıldı). Tüm hastalar genel anestezi altında ameliyata alınıp genel cerrahi kliniği tarafından loop kolostomi açıldıktan sonra prone pozisyona çevrildi ve yaklaşık 1 cm cerrahi sınır ile tüm fistül ağızları en blok olarak derin planda fasya üzerinden eksize edildi. Kanama kontrolünün ardından cerraha hangi kapama yapılacağı söylendi. İlk kapamadan sonra 2. gün, 4. gün, 7. gün ve 10 gün yara yeri gelişimleri incelendi ve uygun granülasyon dokusu gelişmişse hastalara tekrar ameliyata alınıp kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım yapıldı ve greftlerin sabitlemesinde yine negatif basınçlı kapama kullanıldı. Greftlemeden 4 gün sonra pansuman açıldı, greftlerin yaşam oranlarına bakıldı ve topikal antibiyotikli pomad ile pansuman geçildi. İşlemlerin sonunda negatif basınçlı yara kapama ve yıkamalı negatif basınçlı kapama yöntemlerinin granülasyon gelişimi, greftin durumu, hastanede yatış süresi ve rekürrensleri karşılaştırıldı.

Hastalara ait veriler

	Cinsiyet	Yaş	Yanık nedeni	Yanık Yüzdesi	Yatış süresi (YB+SRVS)	ABSI skoru	Donör yaşı	Donör cinsiyeti	Donör yatış süresi	Durum
Hasta-1	E	27	Alev	75	50	11	26	E	2	Salah
Hasta-2	E	15	Alev	49	38	7	39	E	1	Salah
Hasta-3	K	3	Haşlanma	28	30	6	42	E	1	Salah
Hasta-4	E	2	Haşlanma	39	108	6	29	E	1	Salah
Hasta-5	E	35	Alev	62	42	10	39	E	1	Exitus
Hasta-6	E	28	Haşlanma	91	155	12	30,57	E,E	1	Salah
Hasta-7	K	40	Alev	55	42	11	43	E	1	Exitus
Hasta-8	E	37	Alev	66	13	10	29	E	1	Exitus
Hasta-9	E	16	Alev	64	67	9	41	E	2	Salah
Hasta-10	E	24	Alev	33	50	6	28	E	1	Salah
Hasta-11	K	39	Alev	72	42	12	31	E	1	Salah
Hasta-12	E	31	Alev	70	15	10	43	K	1	Exitus
Hasta-13	E	21	Alev	47	43	8	22	E	2	Salah

7 numaralı hastanın yanık alanları iyileşmesine rağmen sakral bölgede oluşan baskı yarısına bağlı yatarak tedavisi dosya taraması yapılırken devam etmekteydi.

P427

Hidradenitis Suppurativa Eksizyonu Sonrası Negatif Basınçlı Yara Kapama ve Yıkamalı Negatif Basınçlı Kapama Tedavilerinin Karşılaştırılması

Emin Sır¹, Alper Aksoy², Melike Güngör¹, Ahmet Deniz Uçar³

¹Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İzmir

²Konur Cerrahi Merkezi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Bursa

³Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İzmir

Giriş: Hidradenitis suppurativa apokrin ter bezlerinin kronik bir enfeksiyonudur. Kronik enfeksiyona bağlı olarak hayat kalitesinin düşmesi, sık cerrahi girişim, hastaneye yatış sıklığının ve süresinin artması ve karsinom gelişimi

Sonuçlar: Granülasyon gelişiminde Mann-Whitney U testi ile Z skor -3.2883, p değeri 0.001, hastanede yatış süreleri açısından Z skor -3.7418, p değeri <= 0.001 olarak anlamlı bulundu. Negatif basınçlı kapamada 6 hastanın greftinde problem yokken, 3 hastada %10-20 ve 25 oranında kayıp, 1 hastada ise tam greft kaybı izlendi. Yıkamalı negatif basınçlı kapamada ise 9 hastada greftlemede problem gözlenmezken 1 hastada %25 greft kaybı izlendi. Greft kaybı tam olan hasta tekrar ameliyata alınıp greftleme yapıldı. Diğer hastalar ise sekonder iyileşmeye bırakıldı.

Sonuç: Hidradenitis suppurativa kronik ve tedavi maliyeti açısından sıkıntılı bir durumdur. Yıkamalı negatif basınçlı kapama hastanın hem cerrahi eksizyon sonrası hem de greftlemenin sabitlenmesi ve iyileşmesinde hem de hastanede yatış süresinin kısaltıp sosyal hayatında daha erken dönmesinde normal negatif basınçlı kapamalara göre avantajlı sayılabilir.

[1] Jemec GB. The symptomatology of hidradenitis suppurativa in women. Br J Dermatol 1988;119(3):345-50

Ameliyat Öncesi ve Sonrası



P428**Medikal Cihaz İlişkili Bası Ülserleri İçin Sıra Dışı Bir Etken: Tek Kullanımlık Medikal Bone**Yalçın Yontar¹, Efşan Yontar², Sedat Tatar¹, Esabil Yüksel³¹Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kayseri²Develi Hatice Muammer Kocatürk Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Kayseri³Dünyam Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kayseri

Giriş: Bası ülseri, genellikle uzamış immobiliteye bağlı olarak kemik çıkıntılar üzerinde ya da medikal cihazların uzamış temasına bağlı olarak deri ve müköz membranlarda ortaya çıkan lokalize doku hasarıdır.¹ Artan yaşlı nüfus ve buna bağlı olarak gözlenen artmış morbidite, hastane yatış süreleri, yoğun bakım hizmetleri ve iş gücü nedeniyle bası ülserleri sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.²

Teknolojide elde edilen gelişmeler neticesinde özellikle yoğun bakım ünitelerinde medikal cihazlar yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır; nazogastrik tüp, rektal termometre probu, üriner kateter, pulse oksimetre, trakeostomi tüpü, non-invaziv ventilasyon cihazları gibi birçok ürün medikal cihaz ilişkili bası ülseri (MCİBÜ) nedeni olarak gösterilmiştir.³⁻⁹ MCİBÜ'leri, genellikle kemik çıkıntılar üzerinde lokalize olan klasik bası ülserlerinin aksine, kullanılan cihazın paterni, şekli ve pozisyonuna bağlı olarak herhangi bir bölgeye ait deri ve müköz membranda gözlenebilmektedir.^{1,10}

Bu bildiride medikal bonelerin (Şekil 1A) uzun süreli kullanımına bağlı olarak MCİBÜ gelişmiş üç olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu sunumları

Olgu 1: Respiratuvar yetmezlik nedeniyle yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) hospitalize edilen altmış bir yaşındaki erkek hasta progresif hipoksemi ve CO₂ retansiyonu nedeniyle hospitalizasyonun birinci günde entübe edildi. Protektif ekipman amacıyla tek kullanımlık medikal bone takılan hastada, sekizinci günde bonenin temas ettiği oksipito-paryetal bölgede 11x1.5 cm boyutunda evre III MCİBÜ tespit edildi (Şekil 1B). Debride edilen ülser sekonder iyileşmeye bırakıldı. Hasta, respiratuvar arrest nedeniyle on üçüncü günde eksitus oldu.

Olgu 2: Altmış üç yaşındaki erkek hasta karaciğer yetmezliği nedeniyle YBÜ'nde hospitalize edildi. Altıncı günde tek kullanımlık medikal bonenin temas ettiği frontal bölge, sağ kulak kepçesi ve oksipital bölgede evre II-III MCİBÜ tespit edilen hasta (Şekil 1C), yirmi dördüncü günde bası ülserlerinde sekonder iyileşmenin sağlanması ve genel durumunun düzelmesi üzerine eksterne edildi.

Olgu 3: Yirmi iki yaşındaki erkek hasta araç dışı trafik kazası nedeniyle dış merkezde gerçekleştirilen entübasyon sonrasında YBÜ'nde hospitalize edildi. Yedinci günde frontal bölgede 15 cm uzunluğunda evre II MCİBÜ tespit edilen hasta (Şekil 1D), yirmi birinci günde bası ülserlerinde sekonder iyileşmenin sağlanması ve genel durumunun düzelmesi üzerine eksterne edildi.

Tartışma: Nutrisyonel durum yetersizliği, hemodinamik instabilite, azalmış aktivite ve mobilite, anestetik ya da sedatiflere bağlı olarak vücut bölümlerine uygulanan

basınçların fark edilememesi ve medikal cihazların yaygın bir şekilde kullanılması YBÜ hastalarında bası ülseri gelişim riskini, diğer hastane birimlerindeki hasta popülasyonlarına oranla daha da arttırmaktadır.^{2,5,11}

Medikal cihazın temas halinde olduğu deri bölgesinde meydana gelen ısı ve nem artışının deri mikroklimasını bozmasıyla derinin travmalara karşı hassaslaşması, cihazın bulunduğu bölgede ödemin mevcut olması durumunda deri yüzeyinde meydana gelen basınç artışı, cihazın sıkı tespit edilmesi durumunda gözlenen turnike etkisi, cihazın gevşek tespit edilmesi durumunda gözlenen tekrarlayıcı travmalar ve cihazı tespit etmek için kullanılan ürünlerin cihazın alt yüzünün inspeksiyonunu güçleştirmesi gibi faktörler MCİBÜ gelişimine katkıda bulunmaktadır.^{5,6,12}

Zayıf bir subkutanöz doku içermesi ve frontal kemiğin sahip olduğu projektıl yapı frontal bölgenin MCİBÜ'lerinin gelişimi için uygun bir bölge olmasına olanak sağlamaktadır.¹² Nazal ve fasiyal maskeler,⁸ pulse oksimetre,⁹ Sengstaken-Blakemore tüpünü tespit etmek için kullanılan başlık,¹² Mayfield kafa dayanağı¹³ ve elastik bandaj¹⁴ gibi birçok medikal cihaz frontal bölgede gözlenen bası ülserlerinin etkeni olarak bildirilmiştir. Ancak, medikal bonelerin uzun süreli kullanımına bağlı olarak MCİBÜ gelişimi literatürde henüz bildirilmemiştir. Bonenin uzun süreli kullanımına bağlı olarak meydana gelen terleme, ısı artışı ve bonenin gergin yapıdaki elastik bandının uzun süreli deri temasına bağlı olarak oluşan deri hasarının sunulan olgulardaki MCİBÜ'lerine ait patofizyolojik faktörler olduğu kanaatindeyiz.

Klasik bası ülseri risk analizi için kullanılan Braden skalasının MCİBÜ'lerine ait risk analizi için de kullanılabileceği belirtilmiştir.⁵ Bası ülseri gelişimi için risk grubunda yer alan hastalarda medikal cihazlarla temas halinde olan deri yüzeyleri sıklıkla değerlendirilmeli, medikal cihazlara bağlı olarak gelişebilecek travmalara karşı deri yüzeyi korunmalı ve kullanılan cihazlarda belirli aralıklarla pozisyon değişikliği sağlanmalıdır. Dokusuz kumaşlardan imal edilmiş bone ve cerrahi maske gibi tek kullanımlık ürünlerin uzun süreli deri yüzeyi ile temasından kaçınılmalıdır. Ayrıca bu ürünlerin üretiminde kullanılan dikiş ipliği, lastik gibi ürünlerin deri travmalarına neden olmaması amacıyla yüksek kaliteye ve yeterli esnekliğe sahip olmasına özen gösterilmelidir. Medikal cihazlara bağlı olarak gelişebilecek bası ülserlerinin önlenmesi, tespiti ve tedavisine yönelik olarak sağlık çalışanların bilgilendirilmesi hedeflenmelidir.

Kaynaklar

- [1] European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. Available at: http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Prevention.pdf. Accessed: August 21, 2016.
- [2] Keller PB, Wille J, van Ramshorst B, van der Werken C. Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention. Intensive Care Med 2002;28(10):1379-88.
- [3] Coyer FM, Stotts NA, Blackman VS. A prospective window into medical device-related pressure ulcers in intensive care. Int Wound J 2014;11(6):656-64.
- [4] Black JM, Cuddigan JE, Walko MA, Didier LA, Lander MJ, Kelp MR. Medical device related pressure ulcers in hospitalized patients. Int Wound J 2010;7(5):358-65.
- [5] Apold J, Rydrych D. Preventing device-related pressure ulcers: using data to guide statewide change. J Nurs Care Qual 2012;27(1):28-34.
- [6] Visscher M, Taylor T. Pressure Ulcers in the Hospitalized Neonate: Rates and Risk Factors. Sci Rep 2014;11(4):7429.
- [7] Hogeling M, Fardin SR, Frieden IJ, Wargon O. Forehead pressure necrosis in neonates following continuous positive airway pressure. Pediatr Dermatol 2012;29(1):45-8.

- [8] Lee M, Eisenkraft JB. Forehead pulse oximeter-associated pressure injury. A A Case Rep 2014;2(2):13-5.
- [9] Maruccia M, Ruggieri M, Onesti MG. Facial skin breakdown in patients with non-invasive ventilation devices: report of two cases and indications for treatment and prevention. Int Wound J 2015;12(4):451-5.
- [10] Murray JS, Noonan C, Quigley S, Curley MA. Medical device-related hospital-acquired pressure ulcers in children: an integrative review. J Pediatr Nurs 2013;28(6):585-95.
- [11] Still, M.D., Cross, L.C., Dunlap, M. et al. The turn team: a novel strategy for reducing pressure ulcers in the surgical intensive care unit. J Am Coll Surg 2013;216(3):373-79.
- [12] Kim SM, Ju RK, Lee JH, Jun YJ, Kim YJ. Unusual cause of a facial pressure ulcer: the helmet securing the Sengstaken-Blakemore tube. J Wound Care 2015(6 Suppl):24:S14-6.
- [13] Sadideen H, Saadeddin M, Whitwell D, Giele H. Forehead pressure sore following a prolonged operation and the role of the Mayfield head frame in re-operation. J Anesth 2012;26(3):473-4.
- [14] Karabulut AB, Keklik B, Basaran K, Berkoz O, Ozden BC. Pressure sore of the forehead as a complication of middle ear surgery. Eur J Plast Surg 2008;31(3):151-2.

Şekil 1



Şekil 1. A. Tek kullanımlık medikal bone, B. Olgu 1; oksipito-parietal bölgede evre III MCİBÜ, C. Olgu 2; frontal bölge, sağ kulak ve oksipital bölgede evre II ve III MCİBÜ, D. Olgu 3; frontal bölgede evre II MCİBÜ.

venöz hipertansiyon ve bağ dokusu bozukluklarıdır. Ayak ve ayak bileği etrafındaki doku minimal esnekliğe sahiptir. Yeterli miktarda granülasyon dokusu varsa deri grefti uygun bir seçenektir. Sağlıklı yara zemini oluşmasını sağlamak için VAC (Vacuum Assisted Closure) kullanılabilir. Aşıl tendonu, granüle yatak oluşturmaya yetecek kadar zaman mevcutsa deri greftini iyi tolere eder. Lokal fleplere, sadece ekspozite tendon, kemik veya eklemler gibi yaranın kritik alanlarını kapatmak için ihtiyaç duyulur. Yaranın geri kalanı greftlenebilir. Kullanışlı lokal flepler, posterior tibial arter ve peroneal arter perforatörleri tabanlı ayak rotasyon ve transpozisyon fleplerini içerir. Pediküllü flepler; Supramalleolar flep, retrograd sural arter flebi, medial plantar flep, abduktör hallusis kas flebi, ekstansör hallusis longus ve ekstansör digitorum brevis kas flebidir. Posterior tibial arter ya da perineal arter bazlı perforatör flepler de kullanışlıdır. Serbest flepler ya fasyokütan ya da deri grefti ile beraber kullanılan kas flebi olabilir ancak mutlaka ince olmalıdır. Uygun iyileşmeden emin olmak için ayak bileği eksternal fiksasyon ile geçici bir süre immobilize edilmelidir[1]. Bipediküllü flepler distal alt ekstremitelerde yumuşak doku rekonstrüksiyonunda, aynı kalitede lokal doku transpozisyonu ile defekt onarımını sağlaması ve böylelikle kompleks uzak doku transferinin yerini alabilmesi sebebiyle tercih edilebilmektedirler. Alt ekstremitelerde random fleplerinde 1:1 olan boy-genişlik oranı, flep bipediküllü olarak tasarlandığında 1:2 olarak kaldırılabilir. Böylelikle flebin beslenmesi bir yandan karşı pedikülde de olurken, flep elastikiyeti kaldırılan 2 katı doku sebebiyle artmakta ve bölgedeki defektler daha kolay kapatılabilmektedir[2]. Kliniğimize başvuran ayak bileği posteriorunda iyileşmeyen yaraları mevcut 66 yaşında kadın ve 55 yaşında erkek hasta olgularını literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu 1: 66 yaşında kadın hasta 2016'nın ocak ayında yüzüstü düşme ve topukta ağrı şikayeti ile acil servise başvurdu. Yapılan tetkikler sonucunda kalkaneus kırığı saptanan hastaya aynı ay içerisinde kapalı redüksiyon-internal fiksasyon uygulanmıştır. Redüksiyon kontrollerinde bozulması sebebiyle şubat ayı içerisinde açık redüksiyon-internal fiksasyon yapılmıştır. Haziran ayında kontrole gelen hastada kalkaneus posteriorunda insizyon yarasının kapanmamış olduğu (Resim 1) ve yarada akıntı olduğu görüldü. Hastada koroner arter hastalığı ve hipertansiyon mevcut. Hastaya ağustos ayında tarafımızca ameliyata alındı. Lokal anestezi altında tasarlanan 6x12 cmlik bipediküllü flep yara yerinin debridman ve eksizyonu sonrası defekt bölgesine ilerletildi ve donör sahada kalan defekt sol uyluk arkasından alınan tam kat deri grefti ile kapatıldı (Resim 2). Hastanın postoperatif izleminde defektin kapandığı ve hastada herhangi bir komplikasyonun olmadığı gözlemlendi.

Olgu 2: 55 yaşında erkek hasta 2015'in mart ayında geçirdiği trafik kazası sonrası acil servise başvurdu. Yumuşak doku defektli olmayan hastada, yapılan muayene ve tetkikler sonrasında aşıl tendon rüptürü olduğu görüldü ve hastaya olaydan 5 gün sonra ortopedi bölümü tarafından tendon onarımı ameliyatı yapıldı. Postoperatif takipte 1 hafta sonra yara yerinden pürülan akıntı olması ve yara yeri açılması sebebi ile hasta plastik cerrahi kliniğine yönlendirilmiştir. Lokal anestezi altında yapılan debridmanın ardından hasta 4 seans VAC tedavisi aldı ve yarada granülasyon dokusu oluşturuldu. (Resim 3) Yara bölgesi cerrahiye uygun hale getirildikten sonra hastanın ayak bileği dorsumundan 6x12cmlik bipediküllü flep tasarlandı (Resim 4) Defekt bölgesine ilerletilen flebin donör sahası sekonder iyileşmeye bırakıldı. Pansuman ile işleme son verildi. Hastanın postoperatif izleminde defektin kapandığı ve hastada herhangi bir komplikasyonun olmadığı gözlemlendi (Resim 5).

P429

Distal Alt Ekstremité Doku Defektlerinde Bipediküllü Flep ile Yara Rekonstrüksiyonu - İki Olgunun Sunumu

Arda Küçüküven, Galip Gencay Üstün, Hakan Uzun, Ozan Bitik, Ali Emre Aksu
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, Ankara

Giriş: Ayak ve ayak bileği yaralarının etiyolojisinde genellikle travma yer alır ve altta yatan patoloji yara iyileşme sürecini olumsuz etkiler. Eşlik eden önemli hastalıklar arasında enfeksiyon, iskemi, nöropati, venöz hipertansiyon, lenfatik tıkanıklık, immünolojik anomaliler, hiperkoagülopati, vazospazm, neoplazm, kendi kendini yaralama veya bunların kombinasyonları olabilir. En sık rastlanan komorbiditeler ise diyabet, periferik damar hastalığı,

Tartışma Ve Sonuç: Alt 1/3 bacak cildi direk olarak kemik ve musklotendinöz yapıları sıkı bir şekilde çevrelemektedir. Bu bölgedeki yumuşak doku defektlerinin kapatılması; bölgedeki kanlanmanın fakir olması ve dizayn edilen lokal fleplerin tek seansta defekti kapatabilmelerindeki limitler sebebiyle zor olmaktadır. [3] Bölgedeki random paternli kanlanma, kaldırılabilir rotasyon fleplerin en-uzunluk oranlarını sınırlamaktadır. Random patern ile kaldırılan bir distal bacak flebinde uzunluğun ene oranı 1.5:1'i geçmemelidir. Bu kısıtlılık proksimal ve distal bazlı bipediküllü flepler tasarlanılarak giderilmeye çalışılabilir. Kaldırılan fleplerin dolaşımı popliteal ve ayak bileği bölgesindeki subdermal damar ağından olmaktadır[4] 1983'te Dias bipediküllü deri flebini üst ve alt ekstremitelerde yanık sonrası oluşan kontraktürleri kullanmıştır[5] 2008'de yapılan bir çalışmada alt ekstremitelerde defekt onarımı için kullanılan bipediküllü fleplerin en-uzunluk oranının, flebin dolaşımını etkilemeden 1:4'e kadar çıkabileceği görülmüştür[2]. Alt ekstremitelerde lokal flep kullanımının vermiş olduğu avantajlara ek olarak[6] bipediküllü flepler, flebin uzunluğun oranındaki artış sebebiyle alt ekstremitelerde 5x15cm'ye uzanan ekspoze olmuş kemik ya da implant defektlerini flep kanlanmasında bozulma olmadan kapatabilmektedir. Ek olarak estetik olarak düşünüldüğünde gerek flebin rengi gerek dokunun inceliği hastada daha kabul edilebilir bir postoperatif sonuç oluşturmaktadır. 2008'de Abdou M.A. Darwish'in yaptığı çalışmadaki[2] bipediküllü flebin 5x15cm'lik defekti kapatabildiğini ve estetik açıdan daha kabul edilebilir sonuçlarının olduğu düşünüldüğünde bipediküllü flep daha tercih edilebilir bir yaklaşım olmaktadır. E. Sonmez ve Şafak T. Tarafından 2011'de yayınlanan nöral-ada flebi ile de distal alt ekstremitelerde yumuşak doku defektlerinin kapatılabileceği gösterilmiştir. [8]. Distal bacak kasları ise pediküllü flep olarak iyi bir seçenek değildirlir çünkü segmental minör pediküllere sahip tip 4 kaslardır. Bunun sonucu olarak bu kasların çok küçük bir kısmı delay prosedürü yapılmadan güvenli bir şekilde uygulanabilir. Kas flebi delay işlemi için minör pediküller sırası ile bağlansa bile sonuçlar kötüdür. Kasın büyük bir kısmının başarılı olarak transferi için major arter ile birlikte eşlik eden minör pediküller de korunmalıdır. Major arterin feda edilmesi ancak her üç arterin açık olduğu mükemmel retrograd akımın mevcut olduğu durumlarda gündeme gelebilir. Ek olarak kaldırılan kasın distal ucu kesildiğinde uygun bölgelere tenodes yapılmadığı takdirde fonksiyon kaybına sebep verebilmektedir. Bu sebepler ile bacağın tip 4 kasları ince olmalarının yanında ancak 2-3 segmental pedikül kadar ilerletilebilirler ve dolayısıyla bacadaki doku defektlerinin kapatılması için az hacim oluşturlar. Fasyokütan flepler fonksiyon kaybı yaratmadığı ve daha kalın olmaları sebebiyle daha fazla tercih edilirler. Defekt genişliği çok fazla ise serbest flepler gündeme gelmelidir[9] Ancak ayak-ayak bileği bölgesindeki serbest fleplerin mikrocerrahi literatüründeki en yüksek kayıp oranlarını taşıdığı unutulmamalıdır ve çok dikkatli planlanmalıdır. Sonuç olarak çalışmamızdaki bipediküllü fasyokütan fleplerin ayak bileği bölgesi için minimal donör saha morbiditesi bırakması ve defekti örtmede kullanılabilecek güvenli bir tercih olması bu fleplerin kullanılabilirliğini arttırmaktadır. Flep dizaynında perforatörlerin lokalizasyonuna ve ayak bileği anatomisine daha hakim olunması; bu flepleri, daha kullanışlı ve daha kompleks olan rekonstrüktif vakalarda kullanılabilir kılacaktır.

bipediküllü flep



preop-intraop-postop fotoğraflar

P430

Epidermolizis Büllozalı Hastada Kronik Yara Tedavisinde Kemik İliği ve Dermal Skafold Kullanımı: Vaka Takdimi

Fatih Ceran, Mehmet Bozkurt

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Otozomal geçişli kalıtım gösteren, vezikülobülloz lezyonlarla karakterize, konjenital, bir grup hastalıktır. Hastalığın görülme sıklığı 1/500.000'dir. Hastalığın deri bulguları sıklıkla travmaya maruz kalan bölgelerde görülür. Bu alanlar daha çok eller, ayaklar, dizler, dirsekler, kollarıdır. Hastalığın sık görülen komplikasyonları; yara enfeksiyonları, sepsis, el ve ayak parmaklarında yapışıklıklar, eklemelerde fleksiyon kontraktürleri ve hastalığın zemininde gelişebilen deri kanserleridir. Bu hastalarda görülen yara enfeksiyonları ve kronik yaralar çoğu zaman baş edilmesi çok güç yaralardır. Biz de bu çalışmamızda epidermolizis büllozal hastamızın kronik yarasının tedavisinde dermal skafold ve kemik iliğinin etkinliğini tartışmaktayız.

Yöntem-Gereçler: Çalışmamıza 28 yaşında junctional epidermolizis büllozal erkek hasta dahil edilmiştir. Hastamızın bilateral alt ekstremitelerinde multiple kronik, inatçı açık yaralar mevcuttu. Hastamız daha önce dış merkeze başvurmuş olup defalarca deri grefti uygulaması olmuş. Hastaya yara debridmanı yapıldı. VAC uygulandı. Sonraki seansta hastanın yarasının üzerine skafold olarak integra® uygulandı ve yaraya tekrar VAC uygulandı. Daha sonra spina iliaka anteriorundan alınan 60 cc kemik iliğinden elde edilen kök hücreler yaraya ve etrafına uygulandı ve hastadan alınan kısmi kalınlıklı deri grefti yaraya adapte edilip VAC terapisi ile tefavisine son verildi.

Bulgular: Hastanın ortalama takip süresi 2 hafta idi. Hastaya totalde 4 operasyon yapıldı. Hastanın yaralarının hepsinde total iyileşme gözlemlendi ve takip edilen 2 yıl boyunca tekrarlama görülmedi.

Sonuçlar: Epidermolizis bülloza deri manifestasyonları ön planda olan destrüktif bir hastalıktır. Özellikle hastalarda ikincil olarak görülen yara enfeksiyonları ve sonrasında meydana gelen inatçı kronik yaralar ayrı bir problemdir. Bu hastalarda görülen inatçı kronik yaraların tedavisinde

kemik iliği kökenli kök hücre tedavisi ve skafold uygulaması önemli bir tedavi seçeneği haline gelebilir.

Kaynaklar

1. Montaudie H, Chiaverini C, Sbidian E, Charlesworth A, Lacour JP. Inherited epidermolysis bullosa and squamous cell carcinoma: a systematic review of 117 cases. Orphanet J Rare Dis. 2016 Aug 20;11(1):117. Review.
2. Fuentes I, Campos M, Repetto G, Morandé P, Yubero J, Gonzalez S, Klausegger A, Schnitzhofer P, Pohla-Gubo G, Bauer J, Palisson F. Molecular epidemiology of Junctional Epidermolysis bullosa: discovery of novel and frequent LAMB3 mutations in Chilean patients with diagnostic significance. Br J Dermatol. 2016 Aug 2.

P431

Üst Göz Kapakları Derisinin Travmatik Avülsiyonu: Multiple Miyelom ve Al Amiloidoz Birlikteliği

Selma Sönmez Ergün¹, Mustafa Ünal¹,
Onur Akman¹, Nazan Emiroğlu², Özlem Su Küçük²,
Zeynep Tosuner³

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ABD, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ABD, İstanbul

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji ABD, İstanbul

Giriş: Multiple miyeloma (MM) kemik iliğinde biriken plazma hücrelerinin malign proliferasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Primer sistemik amiloidoz (AL amiloidoz) ise monoklonal plazma diskrazisi ile ilişkili olan nadir bir hastalıktır (1). Amiloid fibrillerinin kalp, böbrek, karaciğer gibi hayati organlarda birikmesi ilerleyici organ bozukluklarına ve ölüme yol açabilmektedir (2). AL amiloidoza %25 olguda peteşiler, purpuralar, büllöz lezyonlar, ekimozlar, papüller, plaklar, sklerodermadakigibicilt kalınlaşmalarının eşlik edebildiği literatürde bildirilmektedir (3). AL amiloidozun cilt bulgularının erkenden fark edilmesi erkenden tedaviye başlanabilmesi için önemlidir. Genel anestezi altında diabetik ayak yarasının debridmanı sonrasında göz kapaklarına uygulanan bantların çıkarılması esnasında göz kapağı derisi avulse olan MM'li ve AL amiloidozlu 63 yaşındaki erkek olgu sunulmaktadır.

Bulgular: 20 yıllık diabetes mellitus öyküsü olan 63 yaşındaki erkek hasta sol topuğundaki nekrotik yara şikayetiyle başvurdu. Yapılan muayenesinde sol topuğunda 5mm çaplı nekrotik yarısının olduğu görüldü. Çekilen ayak graftsında osteomyelit ile uyumlu bulguların olduğu saptandı. 3 yıl önce multiple miyelom tanısı aldığı ve hematoloji kliniğince takip edildiği saptandı. 2015 Ocak ayında multiple miyelomunun nüks etmesiyle birlikte periorbital ekimozlarının oluşması yüzünden dermatoloji kliniğine yönlendirildiği ve yapılan deri biyopsisi sonucunun AL amiloidoz olarak bildirildiği ve tedavisine başlandığı görüldü.

Yöntem: Genel anestezi altında sol topuktaki nekroze alan debride edildi. Yara ve doku kültürleri alındıktan sonra yara ıslak pansumanla kapatıldı. Hastanın sağ gözünü kapatan bant açılırken sağ üst göz kapağı derisinin tars üstündeki bölümünün avulse olduğu görüldü. Göz kapağı derisini gözü kapatan banttan çıkarmak mümkün olamadı. Hasta uyanmış olduğu için yağlı pansuman yapıp sağ göz kapatılarak ameliyatı sonlandırma yoluna gidildi (Resim 1a). 2 gün sonra sağ kulak arkasından alınan tam katlı

greft ile sağ üst göz kapağındaki defekt onarıldı. "Tie-over" yapıldı (Resim 1b). Hastanın yüzü silinirken sol üst göz tars üstündeki derisinin kısmen avulse olduğu görüldü (Resim 1c). Avulse olan deri penset yardımıyla tars üzerine yeniden yerleştirilip 2mm çapında biyopsi alındıktan sonra yağlı pansumanın akabinde sol göz kapatılarak ameliyata son verildi. 5 gün sonra "tie-over" açıldığında sağ üst göz kapağına uygulanan derinin tamamıyla tuttuğu, 2 gün sonra pansumanı açılan sol üst göz kapağı derisinin sorunsuz olarak yatağına yapıştığı görüldü (Resim 1d).

Tartışma: MM sık görülen hematolojik malignitelerdendir. Spesifik tipte monoklonal immunoglobulin oluşturan plazma hücrelerinin malign proliferasyonu ile karakterizedir. Olgularda kendisini böbrek yetmezliği, anemi, hiperkalsemi, litik kemik lezyonları, patolojik kırıklar, immün yetmezlik ve hiperviskozite bulgularıyla gösterebilir. Pankreas, böbrek üstü bezleri, akciğer, karaciğer, dalak, lenf bezleri ve deri de bu hastalıktan etkilenebilmektedir (4,5). AL amiloidoz sıklıkla plazma hücrelerinin diskrazisiyle kendisini belli eder. İdiyopatik olarak veya MM'e bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (1). AL amiloidozlu olguların %25'inde cilt tutulumu vardır. Cildin amiloid ile infiltrasyonu papüller, nodüller veya plakların oluşmasına yol açar. Sklerodermoid görünüm, alopesi, büllöz lezyonlar, tırnak bozuklukları da görülebilmektedir (3). AL amiloidozda; damar duvarlarındaki amiloid infiltrasyonu nedeniyle küçük bir travmayı takiben göz kapakları, boyun, aksillalar ve anogenital bölgelerde peteşiler, purpuralar ve ekimozlar sıklıkla görülebilmektedir. Öksürme, Valsalva manevrası, proktoskopi veya göz kapaklarının silinmesi esnasında oluşabilen Rakun gözü bulgusu karakteristiktir (3). Literatürde yukarıda sayılan belirti ve bulgular olmasına rağmen küçük travmalarla cilt avülsiyonları bildirilmemiştir. MM'de AL amiloidoz tanısı klinik bulgular ve histopatoloji ile konulur. Dermis ve subkutan doku ile çevreleyen damarlar ve ter bezlerinde eozinofilik amorf materyal birikimi görülür. Kongo-kırmızısı ile biyopsi materyali boyandığında polarize ışıktaki kırmızı-yeşil birefrejans amiloidoz için patognomoniktir (5). Literatürde kalp yetmezliği, periferik nöropati, makroglossi, periorbital-perioral bölgeleri ile gövde ve ekstremitelerde peteşi ve ekimozları olan olgu (6), periorbital purpura, karaciğer ve kalp tutulumu olan olgu (7) ile sadece periorbital ekimozu olup sistemik tutulumu olmayan olgu (8) bildirilmiştir. Olgumuz gibi sadece periorbital ekimoz ve kapak derisi avülsiyonları görülen ve sistemik tutulumu olmayan olgu bildirimine ise literatürde rastlanmamıştır. AL amiloidozlu olan olgularda prognozu iyileştirebilmek için erken tanı önemlidir. Rakun gözü bulgusu literatürde bildirilmesine rağmen tanı sıklıkla gecikebilmektedir. Cildiye kliniğimizce yapılan histolojik değerlendirmeyle olgumuzda MM nüksü esnasında AL amiloidozun geliştiği saptanmıştır.

Sonuç: MM'li ve AL amiloidozlu olgularda küçük travmalarla deri avülsiyonlarının da oluşabileceğini gözlemlememiz nedeniyle bu olgularda göz kapakları ve çevresinde yapılacak işlemlerde dikkatli olunması, genel anestezi esnasında göz kapaklarına yapışkan bant uygulanmaması gerektiğini vurgulamak amacıyla olgumuz sunulmuştur.

Kaynaklar:

1. Kumar S, Sengupta RS, Kakkar N, Sharma A, Singh S, Varma S. Skin involvement in primary systemic amyloidosis. Mediterr J Hematol Infect Dis. 2013;5:e2013005. doi: 10.4084/MJHID.2013.005. Epub 2013 Jan 2.
2. Comenzo RL. Amyloidosis. Curr Treat Options Oncol 2006; 7: 225-36.
3. Black MM, Upjohn E, Albert S. Amyloidosis. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. Dermatology. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Elsevier; 2008: 628-9.
4. Köse M, Buraniqi E, Akpınar TS, Kayacan SM, Tükek T. Relapse of multiple myeloma presenting

as extramedullary plasmacytomas in multiple organs. Case Rep Hematol. 2015; 2015: 452305.
5. Lachmann HJ, Hawkins PN. Amyloidosis and the Skin. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed. McGraw-Hill, New York; 2006: 1257-65.
6. Eldho GC, Gailin BS, Mithun CM, Anoop TM, Sudha R. A case of dyspnea and periorbital rash. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2012 Jul; 25:248-9.
7. Pereira VG, Jacinto M, Santos J, de Abreu TT. Periorbital purpura (raccoon's eyes). BMJ Case Rep. 2014 Aug 19; 2014.
8. Mandal PK, Dolai TK. Primary systemic amyloidosis with sole cutaneous involvement. Blood Res. 2014; 49: 146

Resim 1



Sağ üst göz kapağı derisinin avülse olduktan sonraki görünümü ile greft üzerine "tie-over dressing" uygulanmış hali (üst sıra) Sol üst göz kapağı derisinin avülse olduktan sonra üst göz kapağına yeniden serilmesi ile postop. 21. günde kapakların görünümü. Rakun gözü bulgusu halen devam ediyor (alt sıra)

P432

Alev Yanığına Bağlı Genital Bölge Skar Kontraktürü Onarımı: Skrotum Rekonstrüksiyonu

Güllü Korkmaz Solmaz¹, Harun Çöloğlu¹,
İbrahim Barış Çağlar², Ahmet Çağrı Uysal³,
Nilgün Ertaş³, Mehmet Haberal⁴

¹Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., Adana

²Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., Antalya

³Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., Ankara

⁴Başkent Üniversitesi Genel Cerrahi A.D., Ankara

Giriş: Genital ve perineal bölge yanıkları geniş vücut yanıklarında sıklıkla görülür iken, izole genital bölge yanıkları nadiren görülmektedir. Bu bölge yanıklarının en sık nedeni sıcak sıvı dökülmeleri (%42-64) ve alev yanıklarıdır (%29,5-58). Çocukluk çağı genital bölge yanıkları hafif yanıklardan, anal-üretal stenoza, fekal inkontinansa ve genital organ kaybına yol açabilen ciddi yanıklara kadar geniş bir yelpazede karşımıza çıkabilmektedir. Akut

dönemde hastalar konservatif olarak tedavi edilebilirken, geç dönem komplikasyonları skar eksizyonları, deri greftleri, lokal deri flepleri ile düzeltilebilmektedir. İlginç bir vaka olarak, inmemiş testisleri nedeni ile ağır genital bölge yanığına rağmen testisleri korunmuş olan 3 yaşındaki hastaya yapılan skrotum rekonstrüksiyonu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu Ve Yöntem: 3 yaşında erkek hasta bilateral alt ekstremitelerde ve perinede, total vücut yüzeyinin %28 ini tutan 3. derece alev yanığı nedeni ile hastanemize başvurdu. Akut dönemde doku defektleri deri grefti ile onarılan hastaya aynı dönemde kolostomi ve perkütan sistostomi açıldı. Takiplerinde perineal alanda yanık skarına bağlı kontraktürler ve deformasyon gelişen hastanın sağ testisinin inguinal kanal orta kesiminde, sol testisinin inguinal kanal süperiorunda olduğu yapılan USG ile tespit edildi. Hastaya travma sonrası 6. ayda perineal kontraktür serbestlemesi, lokal flepler ile skrotum rekonstrüksiyonu ve deri grefti ile onarım ameliyatı yapıldı. Çocuk cerrahi kliniği tarafından bilateral inmemiş testisler, oluşturulan skrotum içinde hazırlanan dartos poşuna indirildi. Kliniğimizin halen takibinde olan hasta şu anda 7 yaşında olup, penis rekonstrüksiyonu için gelişiminin tamamlanması beklenmektedir.

Tartışma: Skrotum rekonstrüksiyonu için literatürde çeşitli teknikler tanımlanmıştır. Teknik seçimi hastanın klinik durumuna, defektin türüne ve lokalizasyonuna, cerrahın bireysel tecrübesine göre kişiselleştirilmelidir. Asıl amaç testislerin fizyolojisini ve fonksiyonunu devam ettirebilmesi için uygun ortamın hızlıca sağlanması ve kozmetik olarak deformasyonun mümkün olduğunca giderilmesidir. Bizim vakamızda yapılan cerrahi müdahale ile hem inmemiş testisler için uygun bir skrotal yatak oluşturulmuş, hem de deformasyon giderilerek hasta fonksiyonel ve kozmetik olarak daha kabul edilebilir bir duruma getirilmiştir.

Resim 1



P433**Negatif Basıncı Yardımlı Pansumanının Alt Ekstremitte Osteomyelit Vakalarında Kullanımı**

Ali Ertan Çapar, Ali Rıza Erçöçen
Bayındır Sağlık Grubu

Giriş: Negatif basınç yardımcı pansuman yaradan eksudanın uzaklaştırılması, granülasyon dokusunun artması, yara kontraksiyonunun artışı ile defekt alanının azalmasını sağlayarak sekonder yara iyileşmesini sağlar ya da greft ve flep seçeneklerinin kullanılmasına olanak sağlar. Yüksek enerjili travmalardan sonra meydana gelen açık yaralarda enfeksiyon yara iyileşmesini geciktirirken, buna bağlı hastanede yatış süresi, maliyeti ve iş gücü kaybı artmaktadır. Sistemik tedaviye ek olarak lokal yara bakımının önemi aşikardır. Uzun zaman bu konuda çok çeşitli çalışma yapılmış ve yapılmaya devam edilmektedir. Sadece ıslak pansuman ile tedaviye devam eden klinikler olduğu gibi kombine ilaç kullanımı da yaygındır. Negatif basınç yardımcı pansuman Argenta ve Morykwas tarafından ilk olarak 1997 yılında tanımlandıktan sonra ihtiyaçlar doğrultusunda modifiye edildi(1). Son iki dekada kullanımda olan vakum yardımcı kapama sistemlerinin ise bu konuda bir dönüm noktası olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. Kısa dönemde rekonstrüksiyon planlamalarının bile değiştirildiği yeni bir dönem başlatan sistem çeşitlendirilerek yıkamalı (instilasyonlu) sistem kullanılmaya başlandı. Yıkama solüsyonları saf izotonik olmakla birlikte, antibiyotikli karışımlar ya da betain ve poliheksanid içeren hazır solüsyonlar bu alanda kullanılan diğer seçeneklerdir(2). Yıkama solüsyonu seçenekleri ile birlikte kullanım şeklinde de modifikasyonların etkinlik artırmak amacıyla değiştirdiğini görmekteyiz (3).

Araç ve yöntem: Kliniğimizde alt ekstremitte uzun kemiklerinde ateşli silah yaralanmasına sekonder gelişen osteomyelit vakaları çalışmaya alındı. Hastaların tümüne ilk seansta geniş rezeksiyon ve debridman işlemi uygulandı. Sistemik tedaviye ek olarak instilasyonlu negatif basınç yardımcı kapama sistemi ile tedavi edilen yaraların tedavi süreçleri değerlendirildi. Enfeksiyon etiyolojisini oluşturan bakteriler, hastanede yatış süreleri, tedavi başlangıcı ve sonlandırılması sırasındaki sedimentasyon ve CRP değerleri ve tedavide kullanılan antibiyotik çeşitleri kayıt altına alındı. Instilasyonlu negatif basınç yardımcı kapama sistemi 2 saat negatif basınç, 10 dakika yıkama aralıklarında; 125mmHg basınç ile yara boyutlarına göre 10-20ml instilasyon miktarı ile gerçekleştirildi. Yıkama solüsyonları 500 ml NaCl içine 6ml rifampisin eklenerek elde edildi. Tedavi setleri 5 gün aralarla değiştirildi. Hastaların haftalık CRP, sedimentasyon, Prokalsitonin ve hemogram değerleri kayıt altına alındı. Arka arkaya en az iki kere yara doku kültüründe üreme olmaması üzerine rekonstrüksiyon planlandı. Tüm hastalarımıza fibula osteomüskulokütan serbest flep ile onarım yapıldı. Antibakteriyel tedaviyi takiben tüm hastalara tek seanslı rekonstrüksiyon yapıldı. Bu süreçlerin tümü toplam yatış süresini oluşturmaktadır.

Bulgular: Ateşli silah ve yüksek enerjili travma etiyolojisinde tip III b ve tip III-c tipi açık kırığı ve defektif yaralanması olan toplam 14 osteomyelit vakası çalışmaya alındı. Bunların 7'si femur, 7'si tibia osteomyelit olgusudur. Osteomyelit vakalarının 7 tanesi kronik, 7 tanesi subakut osteomyelit tanısı almış olgulardı. Tüm hastalar erkek ve ortalama hastanede yatış süresi 104,9 gündür. Yara kültür antibiyogram sonuçları değerlendirildiğinde, toplam 19 çeşit bakteri üretildi. Bakterilerin % 71'i (n=15) gram (-) boyanırken, %37'si (n=4) gram (+) boyandı. Düzenli kan değerleri takip edilen hastaların değerleri tablo 1 de özetlenmiştir.

Tartışma: Osteomyelit olgularında geniş rezeksiyonu ve radikal tedaviyi takiben tek seanslı rekonstrüksiyonu temel aldığımızdan en erken sürede yara yeri enfeksiyonunun temizlenmesi ve bundan emin olunması hayati öneme sahiptir. Hastanın tek seansta osteomyelit tedavisinin tamamlanması başlangıçta hastanede yatış süresini uzatmış olsa da toplam iyileşme süresini çok kısaltan, total antibiyotik tedavi süreci kılacağı gibi iş ve sosyal hayata dönüşünü hızlandıran ve dolayısıyla hayat kalitesini artıran bir yöntemdir. Son yıllarda negatif basınç yardımcı pansuman yönteminin klasik rekonstrüksiyon basamaklarını değiştirdiği bir gerçektir. Instilasyonlu ya da oksijen destekli sistemlerin gelişmesi bu alanda daha birçok gelişmenin işareti olarak görülebilir. Daha sıklıkla bu yöntemler flep ile rekonstrüksiyon yerine greft ve sekonder iyileşme için kullanılsa da biz flepler için de büyük bir devrim olduklarına inanıyoruz.

Sonuç: Negatif basınç yardımcı pansuman sistemleri kullanım seçenekleri arasında kemik enfeksiyonları için yeni bir başlık oluşturmaktadır. Kullanım endikasyonları ve yöntemleri ile hastalarımızın iyileştirilmesinde çok daha fazla rol alabilecekler.

Kaynaklar:

1. Argenta LC, Morykwas MJ. Vacuum-assisted closure: a new method for wound control and treatment: clinical experience. Ann Plast Surg. 1997 Jun;38(6):563-77
2. Paul J. Kim, Christopher E. Attinger, Noah Oliver, Caitlin Garwood, Karen K. Evans, John S. Steinberg, Larry A. Lavery, Comparison of Outcomes for Normal Saline and an Antiseptic Solution for Negative-Pressure Wound Therapy with Instillation. Plast Reconstr Surg. 2015 Nov;136(5):657e-64e
3. Davis KE, Moquin KJ, Lavery LA. The fluid dynamics of simultaneous irrigation with negative pressure wound therapy. Int Wound J. 2016 Aug;13(4):469-74.

Tablo 1

	Olgu	Yaranın Büyüküğü	Hemogloblin gr/dl (yatış)	Hemogloblin gr/dl (çıkış)	CRP ilk	CRP Son	Sedimentasyon 1.saat (yatış)	Sedimentasyon 1.saat (Çıkış)
Olgu 1	93	13x9	9,1	8,8	162,18	2,2	46	6
Olgu 2	59	10x10	10,1	12,2	61,8	12,9	99	60
Olgu 3	153	8x7	10,6	11,7	122,9	8,07	22	13
Olgu 4	88	8x7	13,6	15,4	299,38	23,19	60	68
Olgu 5	172	8x5	9,3	11,6	257,83	1,73	78	13
Olgu 6	56	8x7	7,9	9,5	80,7	17,8	95	25
Olgu 7	117	6x5	14,2	10,8	197,16	8,37	47	16
Olgu 8	63	15x9	12,7	11,7	109,3	1,57	66	20
Olgu 9	61	12x6	15,6	11,2	1,09	1,01	17	15
Olgu 10	147	10x7	11,4	9,8	12,8	11,8	51	55
Olgu 11	188	14x9	10	14,5	186,6	3,12	64	6
Olgu 12	83	12x7	13,3	10,2	87,9	12,3	65	17
Olgu 13	62	8x7	7,9	9,5	80,7	17,8	95	25
Olgu 14	126	4x3	9,9	10,2	250	8,7	132	7

Hastaların yatış süresi ve yara büyüklükleri ile ilk yatış ve taburculuk sırasındaki CRP, sedimentasyon ve hemoglobin değerleri şu şekildeydi.

P434

Ses Fişğine Bağlı Ateşli Silah Yaralanmaları

Musa Kemal Keleş¹, Buğra İpek¹, Bekir Ünal¹,
Hatice Gözde Muratoğlu¹, Ali Teoman Tellioglu²
¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Ankara
²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif
ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara; Dışkapı
Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Ankara

Giriş: Ses fişği, ateşli silahlarda kullanılan, sesi açısından gerçek mermi ile aynı olan, itici madde olarak barut, çekirdeksiz veya çekirdek dolgusu olarak bulgur kullanılan, kovan ve kapsülünden oluşan mermi (fişek) türüdür. Ses fişekleri her ne kadar üretim amacı gerçek mermi ses düzeyini taklit etmek olsa da, yakın mesafede canlı veya cansız hedeflere isabet ettiği taktirde hedefte ciddi tahribata, insanlarda ciddi yaralanmalara sebep olabilir. Çekirdek dolgusu olarak bulgur kullanılan ses fişekleri ile olan yaralanmalarda, kirli yaralanmaya ek olarak, organik materyalin yarattığı yabancı cisim reaksiyonu ve inflamasyon morbiditeyi arttırabilir. Bu çalışmada ses fişği ile alt ekstremitte ve baş-boyun bölgesinde meydana gelen 2 adet doku defekti olgusu sunulmuştur.

Vaka 1: Acil servise bacadaki ateşli silah yaralanması nedeni ile başvuran 45 yaşında erkek hasta tarafımıza konsülte edildi. Anamnezinde ses fişği kullanılan tüfek ile yaralandığı öğrenildi. Fizik muayenede sağ bacak orta 1/3 ön yüzde yaklaşık 10x15 cm boyutunda, tibianın ekspoze olduğu doku defekti ve yara yeri çevresinde saçmalara ait çok sayıda giriş deliği izlendi (Resim 1A). Dolaşım, duyu ve hareket muayenesi doğaldı. Direkt grafide kemik patoloji izlenmedi. Debridman, uygun antibiyoterapi ve pansuman ile takip edilen defekt alanı daha sonra serbest anterolateral uyluk flebi ile rekonstrükte edildi.

Vaka 2: Acil servise boyun bölgesinde ateşli silah yaralanması nedeniyle başvuran 17 yaşında erkek hasta tarafımıza konsülte edildi. Hastanın anamnezinde ses fişği kullanılan pompalı tüfek ile yaralandığı öğrenildi. Fizik muayenede sol mandibular korpus orta 1/2 hizasından başlayıp preauriküler bölgeye uzanan ve postauriküler bölgeden oksipital bölgeye uzanan sırasıyla yaklaşık on ve beş cm boyutlarında parçalı kesi ve yaralanma etrafında çok sayıda giriş deliği mevcuttu (Resim 1B). Fasial sinir muayenesi doğaldı. Maksillofasiyal muayenede ek patoloji izlenmedi. Debridman sonrası cilt primer onarıldı. Uygun antibiyoterapi başlanarak hasta takibe alındı.

Tartışma: Ateşli silah yaralanmalarında ilk yardımda standart ABC basamakları izlenmelidir. Resusitasyon tamamlandıktan ve hasta stabilize olduktan sonra görüntüleme yöntemleri ile değerlendirme yapılmalıdır. Ateşli silah yaralanmaları anaerobik enfeksiyonlara, özellikle de gazlı gangren ve tetanoz enfeksiyonuna yatkındır. Antibiyoterapinin anaerobik kapsamı olmasına dikkat edilmelidir ve profilaktik antibiyotik başlanmalıdır. Hastanın tetanoz aşı durumu sorgulanıp uygun tetanoz profilaksisi yapılmalıdır. Hastanın yarası serum fizyolojik ve povidon iyot ile irriga edilmeli, yüzeysel yabancı cisimler çıkartılmalıdır. Yaralanmanın seviyesine göre öncelikle vasküler hasar ve vital organ hasarları değerlendirilmelidir. Ses fişekleri, çekirdek olarak bulgur kullanılan, kullanım amacı gerçek mermi ile aynı düzeyde ve benzer ses üretmek olan; ancak ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilen silahlardır. Bu vakalar gerçek mermi ile yaralanmalara kıyasla daha nadir görülse de ateşli silah yaralanması olduğu unutulmamalıdır.

Resim 1



A: Olgu 1, Alt ekstremitte B: Olgu 2, Baş-boyun

P435

Elektrik Yanığına Bağlı Tam Katlı Üst Ekstremitte Doku Defektlerinin Tedavisinde İntegra Ve Deri Greftlerinin Kullanımı

Fatih Ceran, Mehmet Bozkurt

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik,
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Yanık sonrası elde hafif hiperemi gibi basit bulgular gelişebilirken, yüksek voltajlı elektrik yanığı sonrası 3. derece ile 4. derece arasında yanıklar oluşmakta ve çoğu zaman cilt, cilt altı doku, tendon ve kemik dokuyu içine alan tam katlı doku defektleri oluşmaktadır. Bu defektlerin tamiri ise çoğu zaman serbest doku aktarımları ile yapılmaktadır. Yapılan çalışmalar serbest doku aktarım ameliyatlarının; yüksek maliyet, uzun yatış süresi ve yüksek maliyetlerle beraber olduğunu ortaya koymuştur. Son zamanlarda rejeneratif tıpta ve doku mühendisliğindeki gelişmelere paralel olarak skafoldların kalitesinde ve çeşitlerinde belirgin bir artış söz konusudur. Biz de bu çalışmamızda skafold olarak İntegra®'nın tam katlı elektrik yanığı defektlerinde başarılı kullanımı ile ilgili yazımızı sunmaktayız.

Yöntem-Gereçler: Çalışmamıza yüksek voltajlı elektrik yanığına maruz kalmış ve üst ekstremitte tam katlı doku defekti gelişmiş 3 hastamızı çalışmaya dahil edildi. Hastalarımızın üçü de erkekti ve yaş ortalamaları 26 idi. Hastalarımıza üçer adet yanık debridmanı ameliyatı yapıldı. Temiz yara elde ettikten sonra doku defekti oluşan alana integra adapte edildi. Üzerine VAC uygulandı. Ortalama bir hafta sonra hastadan alınan kısmi kalınlıklı deri grefti skafoldun üzerine adapte edildi. Hastalara tekrar VAC uygulandı. Ameliyat sonrası 3. ayda hastalara tendon rekonstrüksiyonu yapıldı.

Bulgular: Hastalara ortalama beş operasyon yapıldı. Hastalarımız ortalama 12 ay takip edildi. Hastalarımızda greft tutmama sorunu oluşmadı. Hastalarımızda yanık sonrası hipertrofik skarlaşma, keloid ve kontraktür görülmedi. Yapılan tendon rekonstrüksiyon operasyonları sonucu el, el bileği ve parmak eklem hareket sorunları oluşmadı.

Sonuçlar: İntegra® meşli çift tabaka yara matrisi; skafold biyomühendisliğinde gelişen ilerlemelerle beraber üretilen, kısmi veya tam katlı yaraların rekonstrüksiyonunda bir alternatiftir. Tam katlı üst ekstremitte defektli hastalarımızda bu ürünün kısmi kalınlıklı deri grefti ile beraber kullanımının etkinliği, serbest doku aktarımı operasyonlarına bir alternatif oluşturmaktadır.

Kaynaklar

1. Leclère FM, Casoli V. Use of bioartificial dermal regeneration template for skin restoration in combat casualty injuries. Regen Med. 2016 Jun;11(4):359-60.

2. Cheshire PA, Herson MR, Cleland H, Akbarzadeh S. Artificial dermal templates: A comparative study of NovoSorb™ Biodegradable Temporing Matrix (BTM) and Integra® Dermal Regeneration Template (DRT). Burns. 2016 Aug;42(5):1088-96.

P436

Çocuklarda İkinci Derece Yanıkların Tedavisinde Hidrokolloidlerin Kullanımı

Serdar Tuncer

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Çocukların ciltleri erişkinlere göre daha ince olup, termoregülasyon mekanizmaları da daha az gelişmiştir. Bu nedenle, çocuklarda yanıklar erişkinlere göre daha derin olmasına ek olarak, daha kısa süreli bir sıcak teması daha ağır bir yaralanmaya neden olur. Birinci derece ve tam kalınlıkta yanıklarda tedavi algoritmaları daha net bir şekilde ortaya konmasına rağmen, kısmi kalınlıkta yanıkların tedavisi daha güçtür. Erken tanjansiyel debridman yapmak, normalde kendi kendine iyileşecek bir yaranın eksizeyonu ve greftlenmesine neden olur. Öte yandan gecikmiş tedavi sonucunda dokular kuruyabilir, iyileşme gecikir, ya da enfeksiyon gelişebilir. Bu nedenle kısmi kalınlıkta yaralarda dikkatli bir şekilde pansumanlar ile gözlem yapılır. İdeal pansuman materyalinin ne olduğu konusu tartışmalı olsa da, nemli yara takibi hem epitelizasyonu hızlandırır hem de pansumanlar sırasındaki acıyı azaltır. Bu durum özellikle çocuklarda çok önemlidir. Hidrokolloidler, yara bakımında kullanılan, hava geçirirmeyen ve yara yapışan sentetik kapama örtüleridir. Pansuman malzemesinin aktif olan yüzeyi jelatin, pektin ve karboksimetilsellüloz ile birlikte diğer polimerler ve yapışkanlar içerir. Yara eküdası ile bir araya geldiklerinde, polisakkaridler ve diğer polimerler suyu emerek şişer. Bunun sonucunda yapışkan matriks içinde tutulan bir jel oluştururlar. Hidrokolloid pansuman içinde oluşan nemli koşullar fibrinolizi, anjiogenezi ve yara iyileşmesini artırır. Bu özellikleri sayesinde hidrokolloidler eküdanın çok fazla olmadığı, yanık dahil birçok yaranın tedavisinde kullanılmaktadır. Burada, ikinci derece yanığı olan ve hidrokolloid pansumanlar ile tedavi edilmiş olan çocuklardaki deneyimlerimizin sunulması amaçlanmıştır.

Hastalar Ve Yöntem: İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı'nda 2008-2016 yılları arasında, hidrokolloid pansumanlar ile kısmi kalınlıkta deri yanığı tedavi edilmiş olan 8 çocuk geriye dönük olarak incelendi. Hastaların yaşı 13 ay ile 6 yaş arasındaydı. Hastalar yanığın oluş mekanizması, epitelizasyona kadar geçen süre, pansumanların yapışması, yapışmadığı ve genel olarak pansuman rahatlığı (hastaların yaşının küçük olması nedeniyle ağrı skorlaması yapılamadı) açısından değerlendirildi.

Sonuçlar: Yanıklar tüm hastalarda sıcak sıvı ile haşlanmaya bağlı olarak gelişmişti. Tüm yanıklar ortalama 7 gün içinde kapandı. Sekiz hastanın beşinde yanık gövdede, ikisinde bacakta ve birinde de üst ekstremitede idi. Hidrokolloidler ile yapılan pansumanlarda pansumanların hiç yapışmadığı, sürekli olarak nemli bir ortam olduğu görüldü. Pansumanlar genel olarak ağrısız olarak sürdürüldü ve hızlı bir epitelizasyon görüldü.

Tartışma: Kısmi kalınlıkta deri yanıkları günümüzde en sık olarak gümüş sülfadiazinli veya diğer kremler ile tedavi edilmektedir. Ancak kremlerin sürdükten sonra ağrıya neden olmaları, bir sonraki pansuman değişikliğinde kalıntıların

temizlenmeleri sırasında ağrı yapmaları ve allerjik kontakt dermatit gibi dezavantajları vardır. Yine vazelinli veya petrolat emdirilmiş gazlı bezler de ilk başta nemli bir ortam sağlasa da sıklıkla kurumakta ve çıkarılmaları güç olmaktadır. Yanık bakımında başka bir yaklaşım da bu gazlı bezlerin hiç çıkarılmadan yerinde bırakılmaları ve epitelizasyon ile düşmelerinin beklenmesidir. Ancak oluşan krutlar gerginlik ve kaşıntıya neden olabilirler. Hidrokolloid pansumanlar, oluşturdukları nemli ortam sayesinde pansumanların minimum ağrı ile değişmesini sağlamışlar. Bu nedenle, özellikle çocuklarda yanık bakımında sadece hızlı bir epitelizasyon sağlamanın ve daha kısa sürede iyileşme sağlamanının yanında çocuklardaki psikolojik travmanın azaltılması konusunda önemli katkılar sağladığına inanmaktayız.

P437

Mangal Jeli Kullanımı ile Oluşan Yanık Vakaları

Enver Arpacı¹, Atilla Adnan Eyüboğlu², Ahmet Çağrı Uysal², Güllü Korkmaz Solmaz³, Nilgün Markal Ertaş², Mehmet Haberal⁴

¹Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

²Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Ankara

³Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Adana

⁴Başkent Üniversitesi Genel Cerrahi AD, Ankara

Giriş: Özellikle yaz aylarında açık alanlarda mangal yapılması ülkemizde de yaygın olarak kullanılan bir pişirme yöntemidir. Daha pratik bir şekilde mangal yakmak için yanıcı madde içerikli çeşitli ürünler geliştirilmiştir. Son yıllarda mangal jeli bu amaçla kullanılan ürünlerden biridir. Bu çalışmada mangal jeli kullanımı ile yanık oluşan, Başkent Konya Hastanesi Yanık Ünitesinde takip ve tedavisi yapılan iki olguyu sunarak mangal jeli kullanımının oluşturduğu olası tehlikeleri vurgulamayı amaçladık.

Olgu Sunumları

Olgu 1: Mangal yakma işlemi esnasında yanan mangalın üzerine mangal jeli dökülmesi sonrası alev parlaması sonucu, 18 yaşında bayan hastanın vücudunun yüz, boyun ön yüzü, göğüs ön duvarı alt segmenti, karın bölgesi ön segmenti ve her iki kol bölgelerinde yaklaşık % 20 yanık nedeni ile hastanemizin yanık ünitesi tarafından kabul edilerek günlük yara bakımı ile tedaviye başlandı. Yanık sonrası 20. günde tarafımıza danışılan hastanın yüz bölgesindeki her iki yanak bölgesini içeren, epitelize olmayan bölgelere otogreftleme yapılarak onarım sağlandı. Post-operatif dönemde greftlenmiş alanların başarılı bir şekilde iyileşmesi sonrası 1. ayda yapılan kontrolde hem yüz hem de diğer yanık bölgelerinde hipertrofik skar formasyonunun olduğu tespit edildi. Silikonlu baskı giysileri ve ilaç tedavisine rağmen skar dokusunda gerileme sağlanamadı. Post-operatif 1.yılda takiplerine devam edilmekte olan hasta bu süre zarfında okuluna devam etmemiştir. Bu aşamada kontrakte dokulara yönelik cerrahi girişimler planlanmaktadır.

Olgu 2: Sunduğumuz birinci olgumuz ile benzer şekilde yanmakta olan mangalda kullanılan jel sonrası oluşan alev yanığı nedeni ile hastanemiz yanık ünitesi tarafından kabul edilen 16 yaşındaki erkek hastanın sağ üst ekstremitede, sağ lateral lomber ve gluteal bölge ile sağ alt ekstremitelerinde 2. ve 3. derece yanıkları nedeni ile takip edilmeye başlandı.

Post- operatif 12.günde üst ekstremitte dışındaki defekt bölgeleri için iki seans şeklinde kısmi kalınlıkta greftler ile onarım sağlandı. Post operatif takiplerinde sosyal yaşamına devam eden hastanın alt ekstremitte diz eklemi bölgesinde hipertrofik skar dokusuna sekonder olarak gelişen çekinti nedeni ile post-operatif 9. ayda cerrahi müdahale uygulanmıştır.

Tartışma: Mangal yapmak ülkemizde de açık-hava sosyal ortamlarının vazgeçilmez uygulamalarından biridir. Yanıkla ilgili literatür incelendiğinde mangal yapılmasından kaynaklanan ve hayati tehlike oluşturabilecek yaralanmalar meydana gelmektedir¹⁻³. Bu tür yaralanmalar hem erişkin hem de çocukları etkileyebilmektedir ve daha çok mangalın tutuşturulması, pişirme ve söndürme esnasında olmaktadır. Başlangıç aşamasında mangalın kontrol dışı bir şekilde alev alması sonucu total vücut yüzey alanının büyük kısmının etkilendiği ve eksizyon-greftleme gibi cerrahi işlemlere ihtiyaç duyulan durumlar ortaya çıkmaktadır.⁴ Geçmiş yıllarda tutuşturma aşamasında en sık kullanılan, günümüzde de kullanılmaya devam edilen ve yanık nedeni olarak belirtilen iki madde mazot ve ispirotodur¹⁻⁵. Günümüzde pratik değeri daha yüksek ürünler de kullanılmaktadır. Bunlardan en yaygın kullanılanlardan biri; pürmüz adı verilen, ucundan hızlı yanan bir alev püskürten, genellikle gaz ile çalışan bir üründür. Bir diğeri ise reşo yakıtı veya mangal jeli olarak adlandırılan, metanol veya etanolün jel haline getirilmesi ile elde edilen jölemsi kıvamda yanıcı bir maddedir. Etanolden elde edilen jel metanole göre daha güvenli ve kullanışlı vasıftadır. Bu jel yakıt türü ucuz ve marketlerde de yaygın olarak satılan bir üründür. Mangal jeli yanmaya başladığında renksiz özelliktedir ve parlamaz, bu nedenle söndürülmesi gerektiğinde hava ile temasının kesilmesi önerilmektedir. En önemli ayrıntılardan biri ise yanmaya başlayan jelin üzerine ekleme yapılmaması gerektiğidir. Aksi takdirde parlama özelliği olan yanıcı maddeler gibi patlama etkisi ile ciddi yaralanmalara neden olabileceği belirtilmektedir. Hastanemizin yanık kliniğine mangal jeli ile yanma sonucu başvuran hastaların hikayeleri bu durumu doğrulamaktadır. Aniden alev parlaması sonucu vücudun çeşitli bölgelerinde derin 2. derece yanıklar meydana gelmiştir. Ayrıca iyileşme süreci sonunda hipertrofik skar oluşma eğiliminin daha fazla olduğu tespit edilmiştir

Sonuç: Mangal jeli veya reşo yakıtı olarak satışa sunulan ürünler incelendiğinde üzerinde ürünün kullanımı esnasında oluşabilecek tehlikeler konusunda herhangi bir açıklama bulunmamaktadır. Bu konuda insanların bilgilendirilmesi ve olası tehlikeleri nedeni ile kullanımının daha bilinçli bir şekilde yapılması gerekmektedir.

Referanslar

1. Sinclair SW. Barbecue burns. N Z Med J. 1977 Dec 14;86(601):524
2. Regan PJ, Budny PG, Lavelle JR, Roberts AH. Bonfire and barbecue burns. Burns. 1991 Aug;17(4):306-8
3. Pellard S, Camp D, Potokar TS. Bangers, burgers and burns. A 10-year review of barbeque burns in South Wales. Burns. 2006 Nov;32(7):913-5. Epub 2006 Sep 14.
4. Klein MB, Heimbach DM, Honari S, Engrav LH, Gibran NS. Adult campfire burns: two avenues for prevention. J Burn Car Rehabil. 2005;26:440-2.
5. Jurell G, Kjartansson J, Malm M, Nylen B. Accidental burns with domestic fire-lighting fluid. J Plast Reconstr Surg. 1984;18(1):155-6.

mangal jeli yanığı



Hastanın sağ yüz yanığı

P438

Diz Protezi Operasyonunda Sonra Gelişen Deri Nekrozunun Vakum Yardımlı Yara Kapama (Vac) ve Kısmi Kalınlıkta Deri Grefti İle Onarımı

Alper Aksoy¹, Emin Sır², Meliha Kasapoglu Aksoy³

¹Acıbadem Konur Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü Bursa

²Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü İzmir

³Bursa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü Bursa

Giriş: Diz protezi, ileri evre osteoartrit tedavisinde sıkça kullanılan ve %90-95 hasta memnuniyet oranları bildirilen tedavi yöntemlerinden birisidir. Diz ekleminin kanlanması; superior mediyal-middle- lateral, inferior mediyal-lateral genikulat arterlerden sağlanmaktadır. Çoklu insizyon nedeniyle, zaman zaman bu vasküler anastomozlar bozulup, cilt nekrozları ile sonuçlanabilmektedir. Vakum yardımcı yara kapama (VAC)sistemi özgün olarak kronik yara tedavisi için geliştirilmiştir. Bununla birlikte VAC'ın etkin tamamlayıcı fonksiyonu ile birlikte devamlı genişleyen endikasyon çeşitliliği klinik olarak ve son on yılda literatüre yapılan katkılarla teyit edilmiştir. Bası yaraları, staz ülserleri, diyabetik ayak ülserleri gibi kronik yaraları; posttrav- matik ve postoperatif yaraları; greft yaşayabilirliğini arttırmak için; nekrotizan fasiit, sternal yara gibi enfekte yaraları; yumuşak doku yaralanmaları; kemiğin ekspoze olduğu

ekstremiteler yaraları, açık abdo- minal yaraları içeren geniş endikasyon yelpazesi vardır. Bu çalışmanın amacı, diz protezi sonrası gelişen cilt nekrozunun VAC tedavisi ve deri grefti ile onarım uygulanan hastaların erken-geç dönem sonuçları özetlenmiştir.

Materyal-Metod: 2014-2016 yılları arası toplam 4 erkek 3 kadın hasta opere edildi. Ortalama yaş 61 idi. Hastalar protez operasyonundan sonra ortalama 3. haftada kliniğimize başvurdu. Diz bölgesinde yaklaşık 6x8 cm ile 7x9 cm arasında nekrotik dokular bulunmaktaydı. Spinal anestezi altında debritleme yapıldı. Ortalam 5 seans (4-6) seans VAC tedavisi uygulandı. Tedavi bitiminde sonrası yeterince granülasyon geliştikten sonra kısmi kalınlıkta deri grefti ile defekt onarımı yapıldı.

Sonuçlar: Hastaların ortalama defekt boyutlarında %20 azalma görüldü. Deri grefti operasyonundan sonra hastalar ortalama 3 ay takip edildi. Diz fonksiyonlarında bir problem yaşanmadı.

Tartışma: Diz protezi sonrası cilt nekrozunda eğer protez ekspoz olma VAC tedavisi ve deri grefti en iyi tedavi seçeneğidir. VAC tedavisi, düşük sayıda pansuman değişimi ile yarada daha hızlı granülasyon sağlaması ile klasik pansuman yöntemlerinden üstündür. Diz protezi sonrası oluşan deri nekrozuna bağlı doku defeklerinde kas veya pediküllü deri flepleri kullanılabilir. Bu flebler donör saha sorunları ve ilave cerrahi alan problemleri yarattığı için sadece protez ekspoz olduğunda kullanılması en iyi seçenektir. Cilt ve yumuşak doku defeklerinde ise VAC ve deri grefti ilk akla gelmelidir.

P439

Gövde ve Ekstremitelerde Yaygın Nekroz: Heparine Bağlı Cilt Nekrozu?

Tahsin Görgülü, Burçin Acuner, Merve Torun, Ahmet Eksal Kargı
Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Zonguldak

Majör cerrahiler sonrası özellikle immobil kalacak olan yaşlı hastalarda özellikle pulmoner tromboemboliyi ve diğer trombotik durumu engellemek amacıyla antikoagülan tedavi uygulaması kaçınılmaz bir rutindir. Düşük molekül ağırlıklı heparin(LMWH) kullanımından sonra en sık görülen komplikasyon kanamadır. Görülen advers cilt reaksiyonları arasında en sık olanları ekimoz, cilt nekrozu, ürtiker, anjiyoödem ve egzemadır. Bu lezyonlar sıklıkla enjeksiyon yerlerindedir. Enjeksiyon yerlerinden bağımsız, geniş ve tüm vücutta yaygın cilt nekrozu nadir görülen bir durumdur. Biz de hastamızda enoksaparine bağlı olduğunu düşündüğümüz yaygın cilt nekrozunu sunmak istedik. 73 yaşında erkek hasta özellikle ekstremitelerde yoğunlaşmış vücutta yaygın nekroz nedeniyle tarafımıza dermatoloji bölümüne konsulte edildi. 23 yıl kömür madencisi olarak çalışan hastanın 10 paket/yıl sigara öyküsü(son 3 yıldır içmemekte) mevcut. 10 yıl önce SVO öyküsü mevcuttu ve benign prostat hiperplazisi nedeniyle üroloji tarafınca takipliydi. Ocak 2016'da dış merkezde periferik vasküler oklüzyona bağlı sol alt ekstremitesi diz altından ampute edilmiş, şubat 2016'da da hastanemizde aynı sebepten sağ alt ekstremitesi diz altından ampute edilmiştir. Hasta ilk vasküler patoloji ortaya çıktığında heparin kullanmaya başlamıştır. İlk dizaltı amputasyonundan sonra hastanın bilateral alt ve üst ekstremiteler ile gövdesinde bülöz hemorajik olarak başlayan ve nekroza dönüşen yara alanları oluşmaya başlamış ve giderek artmış. Nekroz

etiyojisi araştırılırken DIC, proteim C/S eksikliği, K vitamini eksikliği, antifosfolipid sendromu, heparine bağlı trombositopeni, vaskülitler ve pulmoner emboli ekarte edildi. Etiyoloji araştırması sırasında toraks BT'de sol akciğer üst lobda malinite ve metastaz lehine lezyonlar görüldü. Lokalizasyon nedeniyle girişimsel radyoloji tarafından ince iğne aspirasyon biyopsisi uygun görülmedi. Göğüs hastalıkları tarafınca bronkoskopik biyopsi hastanın yaşı ve mevcut klinik durumu nedeniyle uygun görülmedi, metastaz taraması için PET-CT onkoloji tarafınca önerilmedi. Bu nedenle paraneoplastik sendrom ekarte edilemedi. İlişkili olabilecek en olası durum eski operasyonları sırasında kullanılan enoksaparin(LMWH) olduğu düşünüldü ve bu tedavi durduruldu. Hastanın mevcut tüm nekroze alanları debride edildi ve yaklaşık 3 hafta pansumanla takip edildi. Ardından bilateral üst ekstremitelerdeki yara alanları uyluk anterolateralinden alınan kısmi kalınlıkta deri greftleri ile onarıldı, gövdedeki yara alanları primer suture edildi, bilateral alt ekstremitelerdeki yara alanları tek loblu lokal flep ile onarıldı. Yara alanlarından alınan örneklerin patoloji sonuçları abseleşen nekrotik doku ve yağ nekrozu olarak raporlandı. Postoperatif takiplerinde problem olmayan hasta göğüs hastalıkları servisine devir edildi. Bu klinikte pulmoner emboli ve pulmoner abse öntanlarıyla takip ve tedavisi devam eden hasta ardından taburcu edildi. Malinite düşünülmü. Enoksaparin LMWH grubunda trombotik durumların hem tedavisinde hem de profilaksisinde sık kullanılan bir ilaçtır. Antitrombin 3 e bağlanıp Faktör Xa'yı inhibe ederek etkisini gösterir. En sık yan etkisi kanamadır. Advers etki olarak sıklıkla enjeksiyon yerlerinde ciltte çeşitli lezyonlar görülebilir. Bu lezyonlar tedavinin başlamasından hemen sonra olabileceği gibi gecikmiş reaksiyon olarak da görülebilir. Enjeksiyon yeri dışında meydana gelen lezyonların oluşumundaki patolojik mekanizma tam olarak ortaya konulamamıştır. Küçük lezyonlar konvansiyonel pansuman ve debritleme ile takip edilebilirken yaygın ve büyük lezyonlar için cerrahi müdahale gerekebilir. LMWH grubu ilaçları kullanırken bu cilt bulguları konusunda uyanık olmalı gerekirse kar-zarar hesabı yapılarak bu tedavinin kesilmesi veya alternatif bir tedavi ile değiştirilmesi göz önünde bulundurulmalıdır.

resim 1



tüm vücutta yaygın cilt nekrozları olan hastanın sol önkol, sol kol ve sol periareolar nekrozu görülmektedir.

P440

Bası Yaralarında Rekonstrüksiyon: 5 Yıllık Deneyimimiz

Erkan Yüce, Selami Serhat Şirvan, Işıl Akgün Demir, Mecd Atif Cezairlioğlu, Memet Yazar, Kamuran Zeynep Sevim, Ayşin Karasoy Yeşilada
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Bası yaraları, çeşitli nedenlerle mobilizasyon sorunu yaşayan her yaş grubundan hastada ciddi morbidite oluşturmaktadır. Bası yaralarının yönetiminde en önemli basamak birincil korumadır. Progrese olmuş bası yaralarında ise temiz yara bakımı ve düzenli debridman esastır. Hastaya bağlı lokal ve sistemik faktörlerin multidisipliner bir şekilde değerlendirilmesinden sonra, uygun hastalarda rekonstrüksiyon seçenekleri değerlendirilerek defekt onarımı yapılmalıdır.

Materyal & Metod: Ocak 2011- Ağustos 2016 tarihleri arasında yaşları 12-85 arasında değişen 12'si kadın, 15'i erkek toplam 27 hastaya bası yarası nedeniyle debridman sonrası rekonstrüksiyon uygulandı. Defektlerin 13'ü sakral, 8'i gluteal, 4'ü iskiyal ve 2'si trokanterik yerleşimliydi. 17 hastaya fasyokütan rotasyon flebi ile, 6 hastaya superior gluteal arter bazlı muskükütan rotasyon flebi ile, 2 hastaya superior gluteal arter perforatör flebi ile ve 2 hastaya V-Y ilerletme flebi ile rekonstrüksiyon uygulandı. İskiyal bası yaraları olan tüm hastalara parsiyel iskiektomi uygulandı.

Bulgular: Rekonstrüksiyon uygulanan hastaların 2'sinde marjinal flep nekrozu görüldü. 1 hastada pansumanla sekonder iyileşme sağlanırken, diğer hastaya debridman sonrası sekonder sutureasyon uygulandı. 1 hastada hematoma görüldü. Hiçbir hastada yara yeri enfeksiyonu görülmeydi. 8 hastanın uzun dönem takiplerinde, operasyon alanının dışında bası yaraları geliştiği görüldü.

Sonuç: Bası yaralarının rekonstrüksiyon seçeneklerini değerlendirirken hastaya bağlı faktörlerin değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Erken dönemde mobilize olacak hastalarda fasyokütan flepler tercih edilirken, mobilize olamayacak hastalarda veya osteomyelit tespit edilen vakalarda kemik debridman sonrasında, muskükütan flepler tercih edilmelidir. Preoperatif ve postoperatif dönemde en çok dikkat edilmesi gereken, yaraların açılmasına neden olan basının mümkün olduğunca azaltılmasıdır. Hasta ve yakınlarının pozisyon değişimi ve basınç azaltıcı sistemler (havalı yatak, minder vb.) konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

P441

Cerrah İçin Yanıltıcı Bir Lezyon: Atipik Yerleşimli Piyoderma Gangrenozum

Güllü Korkmaz Solmaz¹, Harun Çöloğlu¹, Murat Durdu², Nilgün Ertas³
¹Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., Adana
²Başkent Üniversitesi Dermatoloji A.D., Adana
³Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D., Ankara

Piyoderma gangrenozum (PG), ağırlı ülserasyonlar ile seyreden steril nötrofilik bir dermatozdur. Nadir görülen bu deri hastalığı genellikle inflamatuvar bağırsak hastalıkları, romatolojik, hematolojik hastalıklar ve malignansiler ile ilişkilendirilmektedir. Ülseratif (klasik), büllöz, püstüler ve vejetatif olmak üzere 4 alt tipi bulunmaktadır. En sık görülen tip ülseratif (klasik) PG'dur. Lezyonlar sıklıkla alt ekstremitelerde ve gövde yerleşimli olup vücudun diğer alanlarında da görülebilmektedir. Genellikle 40-60 yaş aralığındaki hastalarda görülmekte, kadınlar daha sık etkilenmektedir. PG da klinik, histopatolojik ve laboratuvar bulguları nonspesifiktir. Bu nedenle tanı konulurken deri ülserine neden olabilecek diğer nedenlerin ekarte edilmeli, altta yatan olası hastalıklar araştırılmalıdır. Tanı; klinik öykü, fizik muayene ve cilt biyopsisinden elde edilen verilerle konulmaktadır. Genel kabul görmüş ve valide edilmiş tanı kriterleri yoktur. PG için kesin tanı testinin olmaması nedeni ile hastalar yanlış tanı alabilmektedir. Ayırıcı tanıda; vasküler tıkaçıcı hastalıklar, vaskülitler, malignansiler, cilt enfeksiyonları, ilaç reaksiyonları ve ülseratif inflamatuvar bozukluklar (kütanöz crohn hastalığı ve ülseratif nekrobiyozis ilipoidika) yer almaktadır. Tüm hastalardan tanıya ve ayırıcı tanıya katkı sağlaması amacı ile bakteriyolojik sürüntü ve biyopsi alınmalıdır. PG tedavisi için kesin bir tedavi algoritması yoktur. Tedavi tipik olarak bir veya daha fazla topikal ve/veya sistemik immünmodülatör ilaç kullanımından oluşmaktadır. Potansiyel PG ilişkili cilt lezyonunun alevlenmesi (paterji) olasılığı nedeni ile gereksiz travmalardan kaçınılmalıdır. Paterji indüksiyonu olasılığı nedeni ile PG tedavisinde cerrahinin rolü tartışmalıdır. Çoğu vakada cerrahi prosedürlerden kaçınılmakla beraber enfeksiyon riskini arttıran nekroz varlığında ya da tendon-ligaman gibi vital yapıların ekspozite olduğu seçili hasta grubunda cerrahi müdahale gerekli olabilir. Biz de kliniğimize atipik lokalizasyonda dev cilt ülseri şikayeti ile başvuran, ilk planda cerrahi debridman ve yeterli granülasyon dokusu oluştuktan sonra deri grefti/flep ile onarım planladığımız, ancak PG tanısı aldıktan sonra sadece medikal tedavi ile izlediğimiz bir olguyu sunmayı amaçladık.

Diabetes mellitus ve koroner arter hastalığı tanısı olan 57 yaşında kadın hasta 10 gündür var olan posterior servikal bölge alt kısmında lokalize, çevresi endüre, püstüler lezyon nedeni ile hastanemize başvurdu. Dermatoloji kliniğinde değerlendirilen hastadan sürüntü örnekleri, mikrobiyolojik örnekler alındı. Nativ negatif olduğu, Tzanck testinde bol nötrofil ve kok olduğu görüldü. Lökositozu (17640/mcL) ve CRP yüksekliği (138 mg/L) tespit edilen hastaya enfeksiyon hastalıkları önerisi ile ampirik olarak ampisilin sulbaktam 3x2 gr İ.V. ve siprofloksasin 2x500 mg P.O. başlandı. Takibinde lezyon üzerindeki ciltte ve cilt altı yumuşak dokuda kaviter şekilde nekroz gelişmesi üzerine hasta kliniğimize yönlendirildi. Başvuru esnasında ciddi kan şekeri yüksekliği tespit edildi, endokrinoloji kliniği tarafından kan şekeri regülasyonu sağlandı. Yaklaşık 20x10 cm boyutunda, yer yer nekrotik ve enfekte görünümdeki kaviter dev cilt ülseri için yara debridmanı, yara bakımı, ardından greft/flep ile rekonstrüksiyon planlandı. Buna istinaden nekrotik alanlar debride edildi

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği
38. Ulusal Kurultayı

ve biyopsi örnekleri alındı. Yara yeri kültür sonucuna göre enfeksiyon kliniği tarafından antibiyoterapisi yeniden düzenlendi. Patoloji sonucu Piyoderma Gangrenozumu düşündürmekle birlikte fronküle sekonder absenin de ekarte edilemediği rapor edildi. Ardından etiyolojiye yönelik olarak ANA, Lupus antikoagülanları, Protein C, Protein S, Antitrombin 3, Protein Elektroforezi istendi. Test sonuçlarında anormallik olmadığı görüldü. Hasta klinik öyküsü, laboratuvar ve patolojik bulguları ile birlikte tekrar dermatoloji kliniği ile tartışıldı. Lezyonun atipik lokalizasyonuna ve beraberinde varolan enfeksiyon haline rağmen ülseratif tip PG olarak kabul edildi. Ek cerrahi müdahalenin oluşturabileceği paterji ihtimali nedeni ile başlangıçta planlanan rekonstrüksiyondan vazgeçildi ve hasta klasik pansumanlarla takip edildi. Dermatoloji kliniği tarafından da hastaya immünmodülatör ilaç olarak Dapson 2x50 mg P.O. başlandı. Takiplerinde yaranın progresif olarak granüle olduğu, çevreden epitelize olarak küçüldüğü ve nihayetinde yerinde skar dokusu bırakarak tamamen kapandığı görüldü (Resim 1).

Sonuç olarak; atipik lokalizasyonlarda oluşabilen, enfekte cilt lezyonlarına benzeyen, dev boyutlara ulaşabilen ürkütücü görüntüsü ile cerrahi erken ve agresif müdahaleye sevk edebilecek bu tür lezyonlarda Piyoderma Gangrenozum tanısı akılda bulundurulmalı, hasta cerrahi müdahalenin getirebileceği ek morbiditeden korunmalıdır.

Resim 1



P442
Göğüs Duvarı Deformitelerinin Minimal İnvazif Onarımında Skar Revizyonu

Murat Öncel¹, Hüseyin Yıldırım¹, Gökçe Yıldırım², Güven Sadi Sunam¹, Zekeriya Tosun²

¹Selçuk Üni. Tıp Fak. Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

²Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Pektus ekskavatum ve karinatum, estetik veya kardiyopulmoner nedenlerle, daha çok da stetik nedenlerle cerrahi onarım gerektiren göğüs duvarı deformiteleridir. Cerrahide düzeltmek için bir bar yerleştirilmektedir. Ne var ki, tüm cerrahilerde olduğu gibi, skar oluşumu kaçınılmazdır. Estetik nedenlerle yapılan bir cerrahinin, sonuçta göğüs duvarının anterolateral bölgelerinde görünür skarlar bırakarak estetik açıdan sorgulanabilir hale gelmesi bir ikilemdir. Bu çalışmada pektus bar cerrahilerindeki sütürasyon tekniğimizin açıklanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Sütürasyon tekniğimiz ikincil "bar çıkarma cerrahisi" ile ilişkilidir. İlk olarak önceki "bar yerleştirme cerrahisi" esnasında bırakılan skarın eliptik eksizyonu yapıldı. Bar çıkarıldıktan sonra 3/0 poliglekapron ciltaltı sütürler dermal gerilimi azaltacak şekilde atıldı ve cilt 3/0 polipropilen ile intradermik sütüre edildi. 2 hafta sonra sütürler alınarak silikon jel tedavisi başlandı.

Sonuç: Skar oluşumu kaçınılmazdır. Bar cerrahilerinde eski skarın üzerinden insizyon yapmak yerine kontrol edilebilir yeni bir skar oluşturmak daha etkin estetik sonuçlar bırakır. Aynı skarın üzerinden ikinci insizyonu yapmak kötü estetik sonuçlara sebep olacağından kliniğimizde pektus bar çıkarma cerrahilerinde eski skar revize edilmektedir. İmmatür skarların skar revizyonundan sonra kabul edilebilir sonuçlar doğurmayacağı bilinmektedir. Biz pektus barını yerleştirme ameliyatından en az 3 yıl sonra çıkarılmaktadır. Bu da skar matürasyonu için yeterli bir süredir. İkinci cerrahiye yapana kadar geçen süre bize oluşacak skar göstermede ve hastanın cilt kalitesini değerlendirmede yardımcı olur. Eğer hipertrofik skara eğilim varsa bu süre içerisinde değerlendirilir ve hasta ikinci cerrahiden sonra silikon baskı örtüleri ve/veya triamsinolon tedavileri de alır. Literatüre bakıldığında göğüs cerrahisi pratiğinde skara çok da önem verilmediği görülmektedir. Oysaki bar cerrahilerinin minimal invazif teknikler olduğu aşıkardır ve bunun da en önemli sebebi endikasyonun estetik olmasıdır. Bu nedenle göğüs duvarı düzeltme cerrahilerinde geride minimal iz bırakılması gerektiğini düşünerek bu basit tekniklerin akılda tutulmasını öneriyoruz.

P443
Komplike Olguda Yara Yönetimi ve Negatif Basıncılı Kapama Sistemlerinin Yeri

Hasip Şamil Yazgan, Cenk Demirdöver, Mustafa Yılmaz, Haluk Vayvada, Hüsnü Hacı Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Bu Yazıda Kritik Olgularda Yara İyileşmesinde Negatif Basıncılı Yara Kapama Sistemlerinin Önemi Ve Belirgin Etkisi Demonstratif Bir Olgu İle Anlatılmaktadır.

Olgusu: Otuzbeş Yaşında, Tip-1 Diyabetes Mellitus Ve Karaciğer Transplantasyonu Öyküsü Olan Olgu Sağ Bacakta Yaygın Doku Defekti İle İzlenmekte Olduğu Transplantasyon Biriminden Danışıldı. Öyküde Kompresyon Çorabı Kullanımı Sonrasında İzlenen; Yumuşak Doku Enfeksiyonu Sonrasında Yaygın Ve Tam Kalınlıkta Deri Nekrozuna Neden Olan Büllöz Lezyonlar Tanımlanmaktaydı. Kaşeksi, ılımlı hipotansiyon ve ateş yüksekliği ile birlikte genel durum bozukluğu izlenmekteydi. Prednisolon, siklosporin, mikofenolat mofetil olguda transplantasyon sonrasında kullanılan immünsüpresif ilaçlardı. Pansitopeni, 3-4 kat artmış karaciğer enzimleri, hipoalbuminemi izlenen laboratuvar testi anormallikleriydi. Lezyonların erken yönetiminde seri cerrahi debridman planlandı. İlk cerrahi işlemde mevcut olan tüm nekrotik dokular debride edildi. Debridman sonrasında tendon yapılarının açıkta izlendiği doku defekti ile karşılaşıldı. Eşlik eden genel durum bozukluğu ve komorbid hastalıkları nedeniyle eş zamanlı ya da erken flep cerrahisi planlanmadı. Olguda sağlıklı(iyi) granüle olmuş, enfekte olmayan) yara yatağı elde edilmesi amacıyla negatif basıncılı yara kapama sistemi ile tedavi planlanarak 9 seans uygulama yapıldı(Seans başına 4-6 gün). Onuncu ve onbirinci cerrahi

işlemlerde olmak üzere 2 seansta doku defektine kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım uygulandı. Her iki greft cerrahisi sonrasında greft ile onarım alanları da dahil olmak üzere tüm defekte negatif basınçlı kapama sistemi uygulandı. Yaklaşık 2 ay sonunda optimal granülasyon ve greft kazanımı sağlandı. Hastada izlenen klinik ve laboratuvar parametreleri tedavi sonunda normal sınırlarda saptandı.

Tartışma: Yara iyileşmesinde immünsüpresyon, karaciğer hastalıklarında izlenen düşük albümin seviyelerinin rolü; diyabet, anemi ve enfeksiyonun negatif etkileri bilinmektedir. Burada sunulan olgunun yönetiminde yara iyileşmesini belirgin olarak etkileyen ve genel durum bozukluğuna neden olan komorbiditeler nedeniyle doku defekti onarım seçenekleri sınırlı kalmaktaydı. Olguda negatif basınçlı kapama sistemi yara yatağı hazırlanması ve greft kazanımı sırasında uygun aralıklar ile kullanıldı. Bu yaklaşım; immünsüpresif tedavi, karaciğer enzim yükseklikleri ve diyabetes mellitus gibi yara iyileşmesini negatif yönde etkileyen faktörlere rağmen optimal sonucu vermiş ve olgunun sağaltımını sağlamıştır. Rekonstrüktif merdivende üst basamak yaklaşımı gerektiren ve çeşitli nedenlerle bu tedavilerin uygulanamadığı olguların yönetiminde negatif basınçlı yara kapama sistemlerinin önemli bir seçenek olarak yerini koruduğuna inanmaktayız.

Resim-1



Tedavi öncesi ve sonrasında görünüm

P444

Kulak Orta 1/3 Tam Kat Defekti ve Postauriküler Ada Flebi İle Onarım, Modifiye Flip-Flop Flep

Tahsin Görgülü, Burçin Acuner, Gizem Türk, Ahmet Eksal Kargı

Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Zonguldak

Kulağın tam kat travmaları 6 grupta toplanabilir: (1) üst 1/3 kulak defektleri, (2) orta 1/3 kulak defektleri, (3) alt 1/3 kulak defektleri, (4) kısmi kayıp, (5) total kayıp ve (6) lobül kaybı. Kulak rekonstrüksiyonu teknikleri defektin büyüklüğüne ve lokasyonuna göre çok çeşitlilik gösterir. Acil servise başvuran 34 yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası sonucu sol kulak heliks, antiheliks ve konkayı içeren orta 1/3 te tam kat defektli kirli yara ve posteriyorda konkamastoid alanda da var olan yara nedeni ile değerlendirildi. Helikte minimal intakt cilt alanı mevcuttu. Defekt alanındaki kirli ve nekrotik dokular debride edildi. Ardından defekt alanını kapatmak üzere mastoid alan superoposteriorundan flebin bir kenarı konkamastoid bileşkinden kaldırılacak şekilde distal bazlı transpozisyon flebi eleve edildi. Flebin cilt tarafı anteriora denk gelecek şekilde defekte adapte edildi. Heliks altından geçen flep alanı dezepitelize edilerek bu alana adapte edildi. Aurikula posteriyordaki defekt alanını kapatmak üzere eleve edilen flebin bir kenarı ile aurikulada kalan cilt flepleri kullanıldı. Flep donör alanı primer sütüre edildi. Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Sonuç olarak konkayı içeren tam kat kulak defektlerinde postauriküler ada flebi ile onarım tedavi seçenekleri arasına alınabilir.

resim 1



Tam kat konkal defektin modifiye flip-flop flep ile onarılmış görünümü.

P445

**Karın Alt Lateral Bölge Defektinin
Vertikal Rektus Abdominis Kas Deri Flebi
İle Onarımı**

Soysal Baş¹, Murat Karakoç²

¹Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eah, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

²Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eah, Genel Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

Karın alt lateral bölge defektleri genellikle yumuşak doku tümörleri eksizyonu sonrası ve travmaya bağlı olmaktadır. Rekonstrüksiyonda defektin boyutu, kas-fasya kaybı, enfeksiyon varlığı ve karın içine uzanımı önem arz etmektedir. Rekonstrüktif seçenekler kısıtlı olup yüzeysel defektlerde cilt greftleri yeterli olmaktadır. Ancak geniş ve derin defektlerde hem estetik hemde ölü boşluğun doldurulması amacıyla flep ile rekonstrüksiyon gerekmektedir. Primer onarımlar ise çoğunlukla detaşmanla sonuçlanmaktadır. Anterolateral uyluk flebi, kasık flebi ve vertikal rektus abdominis kas deri flebi seçilebilecek flepler arasındadır. Ateşli silah yaralanması sonucu genel cerrahi kliniğince daha önce opere edilen hasta karın alt bölge defekti sebebiyle plastik cerrahi kliniğine refere edilmiştir. Vertikal rektus abdominis kas deri flebi ile rekonstrüksiyon uygulanan hastada postoperatif herhangi bir komplikasyon görülmemiştir. Bu yazıda vertikal rektus abdominis kas deri flebi ile rekonstrüksiyonun sunulması hedeflenmiştir.

Resim 1



Defekt alanı, vertikal rektus abdominis kas deri flebinin planlaması, erken ve 3. hafta postoperatif görünüm

P446

**Yanık Skarı Zemininde Gelişen
Hemanjiyom Olgusu**

Burhan Özalp, Abdulkadir Calavul, Ercan Çelikkaleli, Sinan Taşkan

Dicle Üniversitesi Plastik Cerrahi Kliniği

Giriş: Yanık toplumdaki her bireyi farklı etiyolojik sebeplerle etkileyebilen ciddi bir travmadır. Yanık tedavisi sonrası ilerleyen zamanlarda, yanığın geç dönem komplikasyonları için cerrahi müdahaleler gerekebilir. Eklem kontraktürü ve skar dokusu yanığın en sık görülen geç dönem komplikasyonlar olsa da, sunulacak olguda görüldüğü gibi yanığa bağlı vasküler patolojiler gelişebileceği de akılda tutulmalıdır.

Olgu sunumu: 13 yaşında erkek hasta karın ön yüzündeki yanık skarı ve deri altı kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın hikayesinden yaklaşık olarak sekiz yıl önce sıcak su yanığına bağlı olarak tedavi edildiği öğrenildi. Fizik muayenede, batin ön yüzünde skar dokusu ve sağ hipokondriak bölgede palpasyonla ele gelen, yumuşak kıvamlı, mobil, düzgün sınırlı kitle tespit edildi. Cerrahi müdahalede skar revizyonu için doku genişletici yerleştirilmesi ile eş zamanlı olarak kitle eksizyonu planlandı. Hasta genel anestezi altında operasyona alındı ve 8x6 cm boyutunda cilt altı yerleşimli kitle eksize edildi. Histopatolojik incelemede lipomuskuler dokular arasında tek sıralı basıklaşmış endotel benzeri hücrelerle döşeli kalın duvarlı kistik boşluklar izlendi ve kitle hemanjiyom ile uyumlu görüldü. Ameliyat sonrası takiplerinde yara iyileşmesinde herhangi bir sorun gelişmedi.

Tartışma: Yanık hastalarında damarsal bir patoloji olarak piyojenik granülomun yanık sonrası erken dönemde meydana geldiği bilinmekte olup, literatürde bu konu ile ilgili olarak yayımlanmış vaka serileri bulunmaktadır. Sunumu yapılan olguda ise, yanık sonrası geç dönemde ortaya çıkan büyük boyutta bir vasküler kitle vakası sunulmuştur. Aile tarafından hastanın yanık öncesi aynı bölgede kitleyle uyumlu herhangi bir şikayeti olmadığı ifade edildiği ve yanığın piyojenik granülom gibi vasküler patolojilere yol açtığı düşünüldüğünde bu vaka yanık iyileşme sürecinde oluşumu tetiklenmiş bir hemanjiyom vakası olarak değerlendirilmiştir. Yanık dokusunun iyileşmesi sürecinde damarlanma oluşurken, patolojik bir mekanizmaya bağlı olarak bu tarz damarsal lezyonlar ve kitleler gelişebilir. Yanık zemininde gelişen vasküler lezyonlar erken dönemde piyojenik granülom olarak kendini gösterebilirken, geç dönemde hemanjiyom gibi kitleler olarak ortaya çıkabilirler.

Sonuç: Yanık skarı bölgesinde büyük boyutlara ulaşabilen vasküler kitlelerin meydana gelebileceği akılda tutulmalıdır. Bu tarz lezyonların varlığında cerrahi eksizyon etkin ve güvenilir bir tedavi metodudur.

P447

İngiunal Bölge Defektinin Aterolateral Uyluk Flebi ile Rekonstrüksiyonu

Soysal Baş

Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eah, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

Son yıllarda perforatör flepler, deneyimin artması ve avantajlarının anlaşılması ile birlikte rekonstrüksiyonda kullanımı artmıştır. Güvenilir olması, gerekli hacim ihtiyacını karşılaması, kas sakrifikasyonu gerektirmemesi bilinen avantajlarıdır. Dikkat edilmesi gereken en önemli konu ise uygun ve dikkatli diseksiyondur. Perforatör damarların haritalanması ile artık birçok bölgedeki defektlerde perforatör flepler tercih edilir hale gelmiştir. Sol ingiunal bölgede ateşli silah yaralanmasına bağlı oluşan defekt genel cerrahi kliniği tarafından refere edilmiş olup uygun yara hazırlığı sonrası perforatör tabanlı anterolateral uyluk flebi ile rekonstrüktif edilmiştir. Bu yazıda vaka sunumu eşliğinde perforatör fleplerin avantaj ve dezavantajlarının tartışılması amaçlanmıştır.

Resim 1



İngiunal bölge defekt alanı, perforatör bazlı anterolateral uyluk flebi planlaması, erken ve 2. hafta postoperatif görünüm

P448

Önce Zarar Verme, İlginç Bir Bası Yarısı Vakası

Burçin Acuner, Tahsin Görgülü, Gizem Türk, Ahmet Eksal Kargı

Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Zonguldak

Vücuda yapılan dış bası kapiller basıncı aşarsa kapiller perfüzyon bozulur ve bası yarısı meydana gelir. Yara iyileşmesini bozan diyabet, sigara kullanımı, periferik vasküler hastalıklar ve kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği gibi periferik ödeme sebep olan hastalıklar da yara oluşmasını kolaylaştırır. Hastanemiz yoğun bakım ünitesinde serebellar hemoraji ve infarkt nedeni ile yatan 86 yaşında kadın hasta yaklaşık 1 aydır giydirilen diz üstü antiembolik

çoraba bağlı her iki uyluk medialinden posteriora uzanan grade 2 bası yaraları nedeniyle tarafımıza danışıldı. Diyabeti, hipertansiyonu ve meme kanserine öyküsü olan hastanın kan albümin düzeyi 2.4 g/dl idi. Genel durumu kötü olan hastaya antiseptikli tül sargı ile pansuman önerildi. Yoğun bakımda yatan hastalarda genel durum kötü olduğundan normal bir hastada daha önce fark edilebilecek komplikasyonlar gözden kaçabilmektedir. Özellikle ağırlı uyanları algılamayan hastalarda varis çorabı kullanılırken dikkatli olunmalıdır.

resim 1



Uzun süreli uygunsuz varis çorabı kullanılması sonrasında sağ uyluktaki bası yarısı

P449

İnsan Isırığı Nedeniyle Görülen Bir Parsiyel Kulak Ampütasyonu

Tahsin Görgülü, Burçin Acuner, Emrah Işıktekin, Ahmet Eksal Kargı

Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Zonguldak

İnsan ısırığı nedenli travmatik total veya subtotal aurikular amputasyonlar nadir olarak görülen pinna yaralanmalarındandır. Çoklu mikrobiyal yapısı nedeniyle insan ısırığı en az hayvan ısırığı kadar yara yeri enfeksiyon riskini arttırmakta, yara yeri iyileşmesi ve replantasyon başarı oranını belirgin şekilde etkilemektedir. İlk seçeneğin mikrocerrahi replantasyon olduğu bu yaralanmalarda anastomoz için uygun vasküler yapıları bulmanın oldukça zor olması rekonstrüktif diğer seçenekleri de göz önünde bulundurmanın gerekliliğini ortaya koymaktadır. Olgumuzda 40 yaşında erkek hasta tarafımıza kavga esnasında biri tarafından ısırılma sonucu sağ kulakta heliks superior 2/3 uzunluğu boyunca kırıkda seviyesi rimden 8 mm içeride, cilt seviyesi 2 cm içeride olacak şekilde total ampute ve amputat elinde başvurmuştur. Genel anestezi altında yapılan eksplorasyonda replantasyona uygun vasküler yapı bulunamaması nedeniyle amputat uygun yıkama sonrası kompozit greft olarak anatomik pozisyonuna adapte edilmiştir. Kompozit greft olarak amputat segmentin pinnada anatomik yerine suturasyonu sonrası klinikte hospitalize uygun antibiyotik ve pansumanla takip ettiğimiz hastanın greftinde parsiyel nekroz görülmüştür. Kulakın rekonstrüksiyonu için viable amputat segment ile ekspozite kırıkda retroaurikular oluşturulan ilerletme flebinin altına gömülmüş ve ikinci aşamada flep ayrıldıktan sonra kontralateral konkal kırıkda grefti ve tam kalınlıkta deri grefti ile onarım yapılmıştır. Hastada postoperatif dönemde komplikasyon görülmemiştir. Sonuç olarak insan ısırığı olsa da uygun antibiyotik tedavisi altında, yeterli debridman ve

yıkama ile yapılan rekonstrüksiyonda komplikasyonsuz iyileşme sağlanabilir.

yüzeysel temporal faysa flebi göz kapağı rekonstrüksiyonu zone II defektleri için elverişli bir seçenek.

Sağ periorbital bölge zone 2, preop

resim 1



İnsan ısırığı sonrasında parsiyel ampute olmuş kulak



P450

Göz Kapağının Kemik Ekspoze Zone II Defektlerinin Yüzeysel Temporal Fasya Pediküllü Flap ile Rekonstrüksiyonu: Olgu Sunumu

Özay Özkaya Mutlu, Özlem Çolak,

Kemal Cem Özkarslı

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Tavma, yanık, tümör eksizyonu gibi nedenlerle oluşan göz kapağı deformitelerinin rekonstrüksiyonu fonksiyonel ve estetik açıdan önem taşımaktadır. Bu amaçla bugüne kadar tam kat greft kullanımından, serbest fleplere kadar rekonstrüksiyon seçenekleri kullanılmıştır. Bu çalışmada alt göz kapağı rekonstrüksiyonunda yüzeysel temporal faysa flebi üzerine tam kat deri grefti uyguladığımız bir olgunun sunulması amaçlandı. **Olgu:** Otuzdört yaşında erkek hasta geçirdiği motosiklet kazasından 3 hafta sonra sağ alt göz kapağı lateralinde tam kat doku defekti ve oluşan kapanma defektine bağlı göz kuruluğu şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde periorbital zone 2'de 4 cm'lik kemik ekspoze defekt olduğu izlendi. Glob hareketleri doğal izlendi. Diplopi şikayeti yoktu. Operasyonda periorbital zone 2'deki 4*2 cm'lik defekt için preaurikular bölgeden superior temporal çizgiye kadar yapılan insizyonla, yüzeysel temporal arter bazlı faysa flebi, derin temporal fasya üzerinden kaldırıldı. Fasyal sinirin frontal dalına zarar vermemek adına flep inferiora doğru daraltılırken, tragus önündeki vasküler pediküle kadar izole edildi. Yaratılan subkutan tünelden geçirilmesi ardından defekte adapte edildi. Bu flebin üzerine ise postaurikuler bölgeden alınan tam kat deri grefti yerleştirilerek operasyona son verildi. Postop takiplerinde flep dolaşım problemi ve donör alan morbiditesi izlenmedi. **Sonuç:** Yüzeysel temporal faysa flebi orbita rekonstrüksiyonunda kullanılan rejyonel flepler listesindeki boşluğu doldurur. Herhangi bir kontur bozukluğunu giderecek şekilde kolaylıkla şekil verilebilir ve travmatik kontur defektlerinin rekonstrüksiyonunda otojen doku sağlar. Kolay ulaşılabilirliği, tek seansta yapılabilir olması, donör alan morbiditesinin az olması, iyi vaskülerize ince bir flep olması nedeniyle fonksiyonalite ve estetik açıdan

P451

Kronik Ampiyemin Vakumlu Yara Bakım Sistemi İle Tedavisi ve Akciğerin Ekspanse Edilmesi

Murat Öncel¹, Hüseyin Yıldırım¹, Gökçe Yıldırım², Güven Sadi Sunam¹, Zekeriya Tosun²

¹Selçuk Üni. Tıp Fak. Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

²Selçuk Üni. Tıp Fak. Plastik Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Ampiyem plevranın inflamasyonu ile seyreden, iki plevra yaprağı arasında eksüda vasfında sıvı birikimine de neden olan klinik bir durumdur. Etiyolojisinde enfeksiyonlar, metastatik veya primer akciğer ve plevra maligniteleri, bazı ilaçlar (nitrofurantoin, metizerjit vb.), otoimmün hastalıklar (Romatoid plevrit, SLE, Sjögren send. vb.), asbest maruziyeti, travma (hemotoraks) ve radyoterapi gibi nedenler yer almaktadır. Bu çalışmada vakum yardımcı kapama yöntemi ile tedavi edilen bir kronik ampiyem olgusu sunulmuştur.

Olgu: 60 yaşında erkek hasta, 2008'de sağda çoklu kot fraktürü ve hemopnömotoraks tanılarıyla dış merkezde acil torakotomi yapılmış. Bilinen KOAH tanısı olan hasta sonrasında bronkoplevral fistül ve uzamış hava kaçağı nedeniyle pet altı drenaj ile takip edilmiş. 2011'den itibaren kliniğimizde takip ve tedavisi devam etti. Hastanın ön göğüs duvarında yaklaşık 2 cm plörokutanöz fistülü olması üzerine, torakoplasti ve bronkoplevral fistül onarımı planlandı. Sağ torakoplasti ile 2-3-4-5. Kostalar total eksize edilerek bronkoplevral fistül onarımı yapıldı. Postoperatif 1. gününde hemorajik drenajı olmaması ancak akciğerinde ekspanse olmaması üzerine plastik cerrahi tarafından 5 seans vakum yardımcı yara kapama cihazı uygulandı, akciğerin ekspanse olması üzerine vakum tedavisi sonlandırıldı.

Sonuç: Ampiyemde vakum yardımcı yara bakımının kullanımı göğüs cerrahisi pratiğinde çok sık kullanımı olmamasına rağmen seçilmiş olgularda tedavi seçenekleri arasında yer alabilir.

P452

İlginç Bir Self-Mutilasyon Hastası: Boxer Yaralanması

Burçin Acuner, Tahsin Görgülü, Ahmet Sarma, Ahmet Eksal Kargı

Bülent Ecevit Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Zonguldak

Self-mutilasyon kişinin bilinçli intihar girişimi olmadan kendisine kasten zarar vermesidir. Bu durum şizofreni, depresyon, sınır kişilik gibi birçok psikiyatrik hastalıkta görülebilir. Minör self-mutilasyon göz, genital bölge ve ekstremiteler gibi hayati riski daha az olan mutilasyon vakalarıdır. Olgumuzda 31 yaşında erkek hasta her iki bacakta yara nedeniyle acil servis tarafından kliniğimize konsülte edilmiştir. Hastanın öyküsünde 13 yıldır şizoafektif bozukluğu olduğu ve tedavi uyumsuzluğu olduğu öğrenilmiştir. Hastanın bir aydır dar çocuk boxerı giydiği ve bu nedenle oluşan yaraları göz ardı ettiği öğrenilmiştir. Fizik muayenesinde sağ uyluk proksimal 1/3 anterolateralde 2x15 cm, sol uyluk proksimal 1/3 anterolateralde 3x20 cm transvers yerleşimli kısmen nekrotik ve kötü granüle doku defektleri olduğu gözlenmiştir. Psikiyatrik tedavisi tamamlanana kadar antiseptikli tül sargı pansumanla takip ve kontrol önerilen hasta psikiyatri servisine yatışı kabul etmemiş ve hastanemize kontrol amaçlı başvurmamıştır. Şizofrenik hastalarda görülebilen self-mutilasyon yaralanmaları hastalardaki ağrı algısının azalması nedeniyle uzun süre fark edilmeden devam edebilir. Bu tür hastalarda hastanın primer bakımını üstlenen kişilerin daha dikkatli olmaları ile birlikte uygun psikiyatrik tedavi sayesinde bu yaralanmalar önlenebilir. Hastaların tedavi uyumsuzlukları göz önüne alındığında psikiyatri servisinde yatarak takip ve tedavileri sağlanabilirse daha uygun olabilir.

resim 1



Self-mutilasyon hastasının sol uyluk anterolateraldeki yara bölgesi

P453

Üst Göz Kapağında Hipertrofik Skar; Nadir Bir Olgu

Soysal Baş¹, Hasan Dindar², Tuğba Dindar¹, Alpay Duran¹

¹Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eah, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

²Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eah, Patoloji Kliniği, Şanlıurfa

Hipertrofik skar fizyolojik yara iyileşmesinin abartılmış şeklidir. Yanık, laserasyon, abrazyon, cerrahi, piercing ve aşılama sonrası görülebilir. Kaşıntı, ağrı ve kontraktüre neden olup fiziksel ve psikolojik olarak yaşam kalitesini azaltır. Patofizyolojisi hala tam olarak anlaşılamamıştır. Etiyolojide birçok faktör suçlanmaktadır. Vücutta daha çok omuz, sternum ve sırt gibi gergin cilt alanlarında görülmektedir. Kesin bir tedavi seçeneği bulunmamakla birlikte kombine tedavilerden daha çok fayda görmektedir. Vücudun en ince ve esnek derisi üst göz kapağıdır ve yara iyileşmesinin en ideal olduğu bölgedir. Kliniğimize sağ üst göz kapağında kitle sebebiyle başvuran 14 yaşındaki erkek hastanın anamnezinde yaklaşık 3 ay önce şarapnel parçası ile üst göz kapağından yaralandığı öğrenilmiştir. Sekonder iyileşme sonucu sağ üst göz kapağında hipertrofik skar gelişmiştir. Hastanın ergenlik döneminde olması, yaranın sekonder iyileşmesi ve Fitzpatrick IV-V cilt sınıfında olması risk faktörleri arasında olmasına rağmen üst göz kapağında hipertrofik skar ile karşılaşılması dikkat çekicidir. Yapılan literatür taramasında üst göz kapağında hipertrofik skar gelişen bir olguya rastlanamamıştır. Bu yazıda, üst göz kapağında hipertrofik skarın geliştiği nadir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

resim 1



Sağ üst göz kapağında hipertrofik skar

P454**Vertikal Skar Küçültme Mamoplastide Tekrarlayan Dehissens olgusu: Limberg (Rhomboid) Flebi kullanımı**

Melihcan Sezgiç, Yasemin Aydın, Zeynep Yasavur, Serdar Mehmet Gültan
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Meme küçültme plastik cerrahide sıklıkla yapılan, hem estetik düzeltmelerin yapıldığı hem de makromasti hastalarının postural problemlerinin düzeltildiği cerrahi prosedürlerden biridir. Günümüze kadar pek çok teknik belirtilmekle beraber en çok popülerize olan teknikler; ters t tekniği ve vertikal skar tekniğidir. Vertikal skar tekniğinin memenin üst, alt medial ve lateral dolgunluğunu yeterli projeksiyon ile beraber daha iyi sağladığı, ideal konik meme şekli oluşumunu karşıladığı yaygın olarak kabul edilmektedir. Meme küçültme hastalarında operasyon sonrası gland nekrozu, areola nekrozu ve enfeksiyon gibi majör komplikasyonlar çok yaygın olmamakla beraber, hastaların yaşam kalitesini azaltan seroma, hematoma, parsiyel areola nekrozu ve yara dehissens gibi minör komplikasyonlar %15-30 sıklığında görülmektedir. Özellikle yara dehissens minör komplikasyonlar içinde en sık görülen komplikasyondur. Bu çalışmada yara dehissens olgularında sekonder sütürasyonun yeterli olmadığı büyük defektlerde defekt onarımı için limberg(rhomboid) flebi kullanımı tariflenmiştir.

Olgu: 31 yaşında kadın hasta ergenlikten beri var olan meme büyüklüğü, bel ve sırt ağrısı şikayeti ile başvurdu. Ek hastalığı olmayıp herhangi bir ilaç kullanmayan, sigara içmeyen ve vücut kitle indeksi 31,2 olan hastanın preoperatif dönemde çekilen meme ultrasonu normal olarak raporlandı. Hastanın meme ucu-sternal çentik mesafeleri bilateral 30 cm olarak ölçüldü. Hastaya bilateral süperomedial pediküllü vertikal skar küçültme mamoplasti operasyonu yapıldı. Postoperatif erken dönemde ek problem görülmedi ve postoperatif 2. günde drenleri çekilip taburcu edildi. Postoperatif 1. hafta kontrolünde vertikal insizyon hattı inferiorunda yaklaşık 2x1 cm boyutunda yara dehissens görüldü. Alınan yara kültüründe üreme olmadı. Hasta 10 gün boyunca gūnaşırı pansuman ile takip edildi, defektin boyutlarında artma olması nedeniyle postoperatif 3. haftada lokal anestezi altında varolan defekt debride edilip tekrar sütüre edildi. Yapılan ikinci operasyondan sonra postoperatif 10. güne kadar ek problem izlenmedi, 10. günde insizyon hattında yaklaşık 1x1 cm boyutunda dehissens görüldü. Alınan yara kültüründe üreme olmadı. Gūnaşırı pansumana gelen hastanın defekt boyutunda artma olduğu görüldü. İkinci operasyondan sonraki 3. haftada defekt boyutu 7x6 cm idi. Hastada defektin büyümesini açıklayacak ek bir problem saptanmadı. Bunun üzerine ikinci operasyondan sonra postoperatif 4. haftada hastaya defekt eksizyonu, debridman ve limberg (rhomboid) flebi onarım yapıldı. Hasta ertesi gün taburcu edildi. Postoperatif 1. haftaya kadar kontrollerinde insizyon hattında minimal akıntı görüldü ve 1. haftadan sonra kesildi. Flep yapılan memede karşidan görünümde kontür bozukluğu oluşmadı.

Sonuç: Küçültme mamoplasti gün geçtikçe sıklığı artmakta olan cerrahi bir prosedür olmakla beraber son yıllarda vertikal skar küçültme mamoplasti popülaritesi, t-skar tekniğine göre daha az yara izi olması ve daha iyi meme kontürü sağlaması nedeniyle artmaktadır. 1931 yılında Passot tarafından tariflendikten sonra 1990'larda Lejour tarafından popülerize edilmiştir. Bazı hastalarda karşılaşılan komplikasyonlar ve kötü estetik sonuçlar nedeniyle birçok farklı modifikasyon ile geliştirilmiştir. Hastalarda en sık görülen minör komplikasyon olan yara dehissensinin Berthe

ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada farklı teknikler arasında komplikasyon sıklığının değiştiği gösterilmiştir. Karamanos ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada ise sigara kullanımı ve artmış vücut kitle indeksinin hastalarda lokal yara komplikasyonlarını arttırdığı gösterilmiştir. Özellikle sigara içen bireylerde tekrar operasyon gerekliliğinin oldukça arttığı ve vücut kitle indeksi 40 'ın üzerinde olan hastaların yara komplikasyonlarını sıklıkla yaşadığı gösterilmiştir. Fakat bu olguda hasta sigara içmemekte ve vücut kitle indeksi 31,2'dir. Vertikal skar küçültme mamoplasti sonrası oluşan yara dehissens olgularında küçük defektlerde pansuman ile takip sıklıkla uygulanmakla beraber büyük defektlerde tekrar sütürasyon gerekebilmektedir. Bu olguda postoperatif dönemde karşılaşılan dehissens yeniden sütürasyon ile başarılı sonuç alınamamış, limberg(rhomboid) flebi ile onarım yapılmıştır. Özellikle karşılaşılan dirençli defektlerde lokal flepler bir rekonstrüksiyon yöntemi olarak denenebilir.

Preop-Postop

Sol,Orta:Preoperatif fotoğraf, Sağ: Postoperatif Fotoğraf

P455**Yüz Bölgesi Sülfür Yanığı Sonrasında Müdahale için Farklı bir Yaklaşım; Traş Makinası Kullanımı**

Andaç Aykan, Sedat Aşar, Bilge Kağan Aysal, Yalçın Bayram

GATA Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Ankara

Amaç: Organik sülfür bileşikleri benzin ve diesel yakıtlarda bulunur ve bunların üretimleri sırasında kullanılan ekipmanlar üzerinde korozyon yapıcı etkileri vardır (1). Sülfür bileşenleri ile cildin akut teması sonrası yanıklar oluşabilir ve bu ürünlerin vücuttan uzaklaştırılması güçlükler ile karşılaşılabilir. Bu olgu sunumunda petrol rafinerisinde çalışan bir işçinin yüz bölgesinde meydana gelen sülfür yanığı ve bu bileşiklerin uzaklaştırılması için kullanılan farklı bir yöntemin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Elli yaşındaki hasta yüz bölgesinde sıvı haldeki sülfür bileşiği teması sonrası oluşmuş 2.derece yanık ile müracat etti (Resim 1). Müracatı esnasında özellikle sakallı bölgelere yapışmış sarı sülfür bileşikleri izlendi. Muayene ve pansuman esnasında temas sonrası katılaşarak cilde ve sakal bölgesine yapışmış bu bileşikler elle ve pens-penset yardımıyla uzaklaştırılmaya çalışıldı ancak başarılı olunamadı. Pens yardımı ile sertleşmiş partiküller ezilerek küçük parçalara ayrıldı ve kullanılan elektrikli traş makinesi ile cilde zarar vermeden uzaklaştırıldı. İkinci derece yanık alanları klasik pansumanlar ile kendiliğinden 10 gün içerisinde epitelize oldu.

Tartışma ve Sonuç: Sülfür bileşenleri ile oluşan yanıklarda kimyasal ajan sıvı olsa da hava ve cilt ile temas sonrasında cilde ve cilt eklerine kuvvetlice yapışarak katılaşabilir. Bu haldeki sülfür ajanını ciltten uzaklaştırmak zarar verici ve zor olabilir. Bu tip yanıklarda elektrikli traş makinesi etkeni uzaklaştırmak için ideal bir yardımcıdır.

Kaynaklar:

1- Martins AV, Ramos JE, Coelho JA, Vidal CB, Cavalcante CL Jr, Azevedo DC. Metal-impregnated carbon applied as adsorbent for removal of sulphur compounds using fixed-bed column technology. Environ Technol. 2014 May-Jun;35(9-12):1367-77.

Resim1



Hastanın müdahale öncesi ve sonrası görünümü.

P456

**Kısmi Kalınlıkta Deri Graft Donör Alanı
Komplikasyonu: Hipergranülasyon Olgusu
Sunumu**

Zeynep Tuzlalı, Yasemin Aydın, Melih Can Sezgiç, Savaş Serel

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Rekonstrüktif cerrahide defekt kapatmak için sık kullanılan kısmi kalınlıkta deri greftinin donör sahası ikincil bir sorun olarak karşımıza çıkabilir. Kısmi kalınlıkta deri greftlerinin alındığı donör sahaların tedavisi epitelizeasyonla sekonder iyileşme prensibine dayanır. Donör alanın postoperatif bakımı ve yara kapanması kritik öneme sahiptir. Özellikle postoperatif dönemde donör sahada oluşacak komplikasyonlar hastanede yatış süresini ve hastane kaynaklı enfeksiyonlara yatkınlığı arttırmakta, böylece donör sahadaki iyileşme problemi esas sorunun önüne geçebilmektedir. Bu olgu sunumunda donör saha komplikasyonlarından hipergranülasyon vurgulanmış ve tedavi yaklaşımı anlatılmıştır.

Olgu: Sekiz yaşında erkek hasta araç dışı trafik kazası nedeni ile bilinci kapalı ve entube şekilde yoğun bakıma kabul edilen hastanın göğüs ön duvarı sağ lateralde, sağ aksillayı da kapsayan, arka aksiller çizgide sonlanan, 20x20 cm defekti mevcuttu. Hastaya bir seri debridman ve VAC pansumanı ile takip sonrası sol uyluk anterior ve anterolateralinden kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım yapıldı. Graft iyileşmesinde ve defekt alanda sorun yaşanmayan hastanın, graft donör sahası 5. gün açıldı ve batikon ile atuşman yapılarak takip edildi. Postoperatif 10. gün donör saha pansumanı spontan ayrıldı ve büyük kısmının epitelize olduğu ancak en geniş yerde 3x4 cm dezepitelize odaklar gözlemlendi. Nemli pansuman ile takip sonrası epitelizeasyon ilk haftada tamamlandı ve donör

saha açık bırakıldı. Postoperatif 1. ayda donör sahada epitelize olmayan aynı odakların eritemli ve hipertrofik, akıntılı hale gelmesi nedeniyle hasta tekrar değerlendirildi. Hipergranülasyon ile iyileşen dezepitelize alanların enfeksiyona açık olması nedeniyle gümüş nitrat kalemi ile yakıldı ve rifampisin ile atuşman yapıldı. Bu alanların kurutularak iyileştiği, ancak hastanede yatış süresini uzattığı ve kötü skar formasyonuna neden olduğu gözlemlendi.

Sonuç: Graft donör saha iyileşmesi genellikle sorunsuz olmakla birlikte, iyileşme sürecinde epitelizeasyon gecikmesi, enfeksiyon, sıvı ve elektrolit kaybı, kötü skar formasyonu, hipergranülasyon ve ağrı gibi komplikasyonlar oluşabilmektedir. Hipergranülasyon ise yara sekresyonlarını arttırıcı ve enfeksiyon oluşmasına zemin hazırlayıcı bir önemli ve nadir bir komplikasyondur. Bu çalışmada donör sahada nadir gelişebilecek hipergranülasyonun birincil sorunun önüne geçebildiği ve olası sonuçları vurgulanmıştır.

Şekil 1



Donör saha postoperatif iyileşme süreci



55. yıl