



Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

# Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği **39.** Ulusal Kurultayı

11-14 Ekim 2017

Gloria Kongre Merkezi / ANTALYA

[www.plastikcerrahi2017.org](http://www.plastikcerrahi2017.org)

## Bildiri Özetleri Kitabı





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

**Bildiri Özetleri Kitabı**



11.10.2017  
Antalya

Sayın Türk Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Derneği Başkanı, sayın hocalarım, sayın bilimsel kurul üyeleri, sayın meslektaşlarım, yurt dışından ve yurt içinden katılan değerli misafirler ve bu güzel ülkenin aydınlık yüzü ve cumhuriyetimizin geleceği olan güzide gençlerimiz...

TPRECD'nin 39. Ulusal Kongresine hoş geldiniz diyor sizleri en içten iyi duygularıyla selamlıyorum. Dört gün sürecek bu bilim şöleninde sizleri ağırlamaktan büyük mutluluk duyduğumuzu ve toplantıya teşriflerinizin bizleri onurlandırdığını ifade ederek sözlerime başlamak istiyorum.

Kongrenin hazırlığı sırasında başta Dr S. Özmen olmak üzere tüm YK üyelerine, bilimsel kurula, Valör ekibine ve isimsiz kahramanlara ve beraber çalıştığımız tüm arkadaşlarımıza teşekkürü borç bilirim.

Kongre hazırlığımız süresince üzerinde durduğumuz temel konu yeni bilgi ve tecrübeleri sizlere sunmak, farklı teknik ve yöntemleri en iyi görselleri ile ustalarından sizlere ulaştırmak olmuştur.

Bilimsel programın kapsayıcı olması için yurt dışındaki ve ülkemizdeki üniversitelerde, eğitim hastanelerinde ve özel merkezlerde mesleki uygulamalarını devam ettiren tüm meslektaşlarımızın deneyimlerinden yararlanmayı hedefledik. Genç meslektaşlarımız da programda yer alsınlar istedik. Bu süreçte çalışma gruplarından gelen istekler, meslektaşlarımızın kişisel önerileri kongreye katkı sağlamış, bilimsel programa güç katmış ve bizi daha iyisini yapmaya itmiştir. Çalışma gruplarından geri dönüşler maalesef yine beklenenin gerisinde kalmıştır. Sonuçta komşu ülkelerde ve ülkemizdeki olumsuz gelişmelere rağmen yerli ve yabancı davetli konuşmacılarımız ve yüksek katılımcı sayımız ile dinamik bir ulusal kongre düzeyine ulaşılmıştır.

Kongremiz, bugün yapılan serbest bildiri oturumları ile başlamış bulunmaktadır. Sunumlar 3 salonda devam edecektir. Değerli konuşmacılardan zamana uymaları konusunda özel ricamız olduğu gibi oturum başkanlarını da bunun sağlanması için göreve davet ediyoruz. Zamana uyma, sözünde durma, başkasının hakkına tecavüz etmeme anlamına gelmektedir. Göstereceğiniz özen ve gayret için teşekkür ederim. Ayrıca sorusu olan meslektaşımız sorularını oturdukları yerden değil salondaki mikrofonun yanına giderek yapacaklardır.

Her yıl olduğu gibi heyecan ile beklenen 'Uzman Araştırma Yarışması'nı kazananların sunumları yapılacak, peşinden 'Asistan Bildiri Yarışması' gerçekleştirilecektir. Ustalar her günün sabahında deneyim aktarım sınıflarında 4 farklı konuda bilgi ve deneyimlerini paylaşacaklardır. 'DAS'lara katılımda özellikle genç arkadaşların dikkatini çekmek isterim.

Bilimsel programımızda; 4 Adet uydur sempozyumu, 1 adet workshop mevcuttur. Diğer taraftan geleneksel 'Halit Ziya Konuralp konferansı'nda Fethi Orak hocamızın, 'Cihat Borçbakan Konferansı'nda Cemalettin Çelebi hocamızın konuşmalarını ve 'Anadolu halkının yüz estetiğine bakışı'nı anlatacak İlder Uzel hocamızın konuşmalarını kaçırmamanızı önemle hatırlatıyorum. Programdaki diğer konferans konu ve konuşmacıların özgünlüğü ve özelliğinin farkında olduğunuzdan da eminim. Herkesi, özellikle genç arkadaşların soru sormalarını, oturumlarda soran-sorgulayan olmalarını istihdam ediyorum.

Gönderilen bildiriler 81 kişiden oluşmuş bilimsel kurul tarafından değerlendirilmiştir. Bilimsel kurul, gönderilmiş 488 adet bildiriden 93 bildiriyi sunulmaya uygun bulmamıştır. Kalanların 125 adedi sözlü sunuma, 259 adedi de poster sunumuna kabul edilmiştir. Bu bildiriler, içeriklerine göre 18 serbest bildiri oturumunda sunulacaktır. Emeği geçen tüm bildiri değerlendirme komite üyelerimize teşekkür ederim. Kongrede meslektaşlarımızın ilgi/ulaş alanlarını kapsayan 18 farklı alanda oturumlar kurgulanmış, davetli konuşmacıların sunumları ile konular tartışılarak bilgiler güncellenecektir. Önemli bir yenilik olarak, abstrakt kitapçığı kasıtlı olarak hazırlanmamıştır. Abstrakt kitapçığı kongre sonrasında dernek sayfasında PDF şeklinde yayınlanacaktır. Sunulmayan bildiriler ve asılmayan posterler kitapçıkta yer almayacaktır. Oturum başkanları sunulmayan sözlü bildirileri ve asılmayan posterleri bildirmekle yükümlüdürler. Bir diğer yenilik de sözlü sunumlar salondaki izleyiciler tarafından değerlendirilerek 'en iyi sözlü sunumlar' seçilecek ve ödüllendirilecektir.

Kongre programını TPRECD2017'den cep telefonunuza indirebilirsiniz. Kongre programı içinde 101 adet konuşmacının sunumları olacaktır. Alanında usta olan 8 davetli yabancı konuşmacımızdan Gregory Evans vize krizi nedeni ile gelememiştir. Bu nedenle programda son dakika değişiklikleri yapılmak zorunda kalmıştır.

Tüm yönetim kurulu üyelerine kongrenin gerçekleştirilmesindeki çabaları için tekrar şükranlarımı sunuyorum. YK'nun uyumlu çalışması ve üyelerimizden gelen yaratıcı fikirler bizleri buraya kadar taşımıştır. Buna rağmen eksiklerimiz olabilir, olduysa da özür dileriz.

Valör firmasının toplantı düzenlemede sahip olduğu deneyim, titizlik ve özveri en şanslı olduğumuz noktalardandır. Beraber çalıştığımız başta Yudum Bey, Damla Hanım ve Valor ailesine yürekten teşekkür ederim.

Son yıllarda artan toplantı sayıları, ilaç ve medikal sektörün içinde bulunduğu finansal sorunlar ve teknolojik gelişmelerin bilgiye kolay erişim sağlaması büyük ölçekli toplantı yapmayı güçleştirmekte ve katılımın düşük olmasına yol açmaktadır. Bu durumun bu kongreye olabilecek etkilerini en aza indirebilmek için güçlü bir program ortaya koymaya çalıştık. Sevinerek söyleyebilirim ki, tüm olumsuzluklara rağmen kongremize katılım beklenenin üzerindedir, stant alanının tamamı satılmıştır. kongremize katkı sağlayan tüm ilaç firmaları, medikal firmalar ve sanayi gruplarına teşekkür ederim. Onların desteği olmasa bu kongrede olamazdı, bunun farkındayız. Sayın firma temsilcileri, bizlerin de daima sizlerin yanında olacağımızı bilmenizi isteriz.

Ailelerimiz kongre hazırlığı sürecinde bizlere sabır göstererek destek olmuşlardır. Yönetim kurulu olarak kongre hazırlığı sırasında ve kongre için siz katılımcıların kendilerinden esirgemediğimiz zaman nedeniyle eşlerimiz ve çocuklarımızın bizleri hoş görmesini diliyoruz. Kendilerinin her türlü teşekkürü hak ettiklerini ifade etmek istiyorum.

Kongre Başkanı olarak bir önceki kongreden bugüne kadar geçen zamanda kaybettiğimiz değerli hekimlerimize ve sağlık çalışanlarına rahmet, yakınlarına ve Plastik Cerrahi camiasına başsağlığı, yaralananlara da şifalar dilerim. Hasta olan hocalarımıza ve meslektaşlarımıza da acil şifalar dilerim.

39. Ulusal TPRECD Kongresinde aramızda bulunmanızdan dolayı bir kez daha şükranlarımı sunarım. Bilimsel katkı sağlayan tüm ustalara ve hocalarımıza emekleri için tekrar teşekkür ederim. Tekrar Ulusal Kongremize hoş geldiniz diyor ve sizleri ağırlamaktan büyük memnuniyet duyduğumu ifade etmek istiyorum.

Konuşmama son verirken, Cumhuriyetimizin 94. Yılıni kutlayacağımız bu ayda, bu güzel ülkenin aydınlık yüzü, 'Mustafa Kemal'in askerleri' olan biz plastik cerrahları Cumhuriyetin değerlerine sahip çıkmaya, bilimi önceleyerek yükseltmeye ve ayağa kalkmaya davet ediyorum. Bilgili olalım, birlik olalım, yürekli olalım. Cumhuriyetimize, mesleğimize ve meslektaşlarımıza yürekten sahip çıkalım. Gün bugündür...

Sevgi ve saygılarımı sunarım

Prof Dr İbrahim Vargel  
TPRECD 39. Ulusal Kurultay Başkanı



## **KURULLAR**

### **TPRECD Yönetim Kurulu**

Başkan  
Başkan Yardımcısı  
Genel Sekreter  
Bilimsel İşler ve Plastik Okulu  
İnternet ve Bülten/E-Dergi Sorumlusu  
Sayman  
Tarihçe, Üyeler ve TTB Sorumlusu

Kongre Başkanı  
Bilimsel İşler Başkanı

Dr. Akın Yücel  
Dr. İbrahim Vargel  
Dr. Koray Coşkunfırat  
Dr. Selahattin Özmen  
Dr. Cenk Demirdöver  
Dr. Şükrü Yazar  
Dr. Yiğit Özer Tiftikçioğlu

Dr. İbrahim Vargel  
Dr. Selahattin Özmen

### **Bilimsel Kurul**

Dr. Ahmet Çağrı Uysal  
Dr. Alper Aksoy  
Dr. Anıl Demiröz  
Dr. Arif Türkmen  
Dr. Arzu Akçal  
Dr. Atilla Çoruh  
Dr. Aydın Gözü  
Dr. Ayşin Karasoy Yeşilada  
Dr. Betül Ulusal  
Dr. Billur Sezgin Kızılok  
Dr. Bilsev İnce  
Dr. Burak Kaya  
Dr. Burcu Çelet Özden  
Dr. Bülent Saçak  
Dr. Carlos Roxo  
Dr. Cenk Demirdöver  
Dr. Corinne Becker  
Dr. Çiğdem Ünal  
Dr. Deniz İşcen  
Dr. Ege Özgentaş  
Dr. Elif Sarı  
Dr. Emin Sır  
Dr. Fabio Santanelli  
Dr. Figen Özgür  
Dr. Furkan Erol Karabekmez  
Dr. Gökhan Tunçbilek  
Dr. Gregory Evans  
Dr. Hakan Ağır  
Dr. Hakan Arslan  
Dr. Hakan Bulam  
Dr. Hakan Teymur  
Dr. Hakan Uzun  
Dr. Halil İbrahim Canter  
Dr. Halil Şafak Uygur  
Dr. Harun Çöloğlu  
Dr. İbrahim Vargel  
Dr. İsmail Küçüker  
Dr. Kaan Gideroğlu  
Dr. Kemal Fındıkçioğlu  
Dr. Kemal Uğurlu  
Dr. Kemalettin Yıldız

Dr. Koray Coşkunfırat  
Dr. Mehmet Bozkurt  
Dr. Mehmet Dadacı  
Dr. Mert Çalış  
Dr. Muhiddin Eski  
Dr. Murat Livaoğlu  
Dr. Mustafa Deveci  
Dr. Mustafa Keskin  
Dr. Mustafa Raşid Toksöz  
Dr. Mustafa Sütçü  
Dr. Muzaffer Durmuş  
Dr. Nilgün Markal  
Dr. Onur Egemen  
Dr. Osman Akdağ  
Dr. Osman Kelahmetoğlu  
Dr. Özay Özkaya Mutlu  
Dr. Özgür Plancı  
Dr. Özlenen Özkan  
Dr. Paul Werker  
Dr. Reha Yavuzer  
Dr. Saffet Örs  
Dr. Sarper Yılmaz  
Dr. Savaş Serel  
Dr. Sedat Tatar  
Dr. Selahattin Özmen  
Dr. Selçuk Aytaç  
Dr. Serdar Nasır  
Dr. Serhan Tuncer  
Dr. Sinan Öksüz  
Dr. Sühan Ayhan  
Dr. Şükrü Yazar  
Dr. Taro Kono  
Dr. Tonguç İşken  
Dr. Türker Özkan  
Dr. Uğur Anıl Bingöl  
Dr. Uğur Koçer  
Dr. Yağmur Aydın  
Dr. Yiğit Tiftikçioğlu  
Dr. Zekeriya Tosun  
Dr. Zeynep Altıntaş



***UZMAN BİLDİRİ  
YARIŞMASI***



## DENEYSEL 1

### Periferik Sinir Defektlerinde Fasiküler Turnover Flep ile Onarım; Deneysel Çalışma

Onur Akman, Enis Olgı Tok, Rengin Bilgen, Ethem Güneren  
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

Günümüzde periferik sinirdeki defektlerin onarımı için altın standart yöntem otolog sinir greftlerinin kullanılmasıdır. Donör alan morbiditesi alternatif arayışları doğurmuş; konduitletler, ven greftleri ve allogreftler gibi yöntemler ortaya çıkmıştır. Konduitletler için uzunluk, temin edilebilirlik, ven greftleri için uzunluk ve kollaps, allogreftler içinse temin edilebilirlik, ek immunsupresyon morbiditesi ve rejeksiyon gibi kısıtlayıcı faktörler nedeniyle bu yöntemlerin kullanımları sınırlanmıştır. Sinir mikroanatomisinin anlaşılması ve mikrocerrahideki gelişimle birlikte intranöronal müdahalelerin önü açılmıştır. Fonksiyonel olarak iyileşmenin daha az akson rejenerasyonu ile daha az skar olması koşullarında intranöronal pleksuslara ve fasiküller arası bağlantılara bağlı olarak rejenere olan aksonlardan tüm hedef organlara ulaşan optimal reinnervasyonunun mümkün olabileceği, daha iyi fonksiyonel sonuçlar elde edilebileceği fikri gelişmiştir.

Koshima ve arkadaşları tarafından 2009 yılında fasiküler turnover flep tanımlanmıştır. Sinir içerisindeki bir fasikülün sinirle olan bağ doku bağlantılarını güdük hizasında koruyarak hazırlanan, perfüzyonu vaskülarize sinir grefti kadar iyi olan bu intranöronal fasiküler flep bir olgu sunumu olarak yayınlanmıştır. Bu çalışmada yöntemin deneysel çalışma ile kantitatif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Çalışmada 28 erkek Sprague-Dawley adult sıçan kullanılmıştır. Hayvanlar 7 hayvanlı dört ayrı gruba ayrıldı. Hayvanlarda sağ siyatik sinirde 1 cm'lik kritik defekt oluşturuldu A grubunda defekt onarılmadı, B grubunda otolog sinir grefti ile onarım yapıldı, C grubunda distal güdükten hazırlanan fasiküler turnover flep ile onarım yapıldı, D grubunda karşılıklı iki fasiküler turnover fleple defekt onarıldı. Cerrahi girişimler sonrasında 2. hafta, 8. hafta ve 16. haftalarda davranışsal incelemeler ve elektrofizyolojik incelemeler tekrar edildi. 16. hafta sonunda anestezi altında histopatolojik inceleme amaçlı siyatik sinir biyopsileri alındı. Hayvanlar cerrahi sonrasında yüksek doz anestezik ile sakrifiye edildiler.

Yapılan davranışsal, elektrofizyolojik ve histopatolojik değerlendirmelerde C ve D grupları A grubuna karşı üstün görülmüş, altın standart olan B grubu ile fark göstermemiştir. Sonuçta fasiküler turnover flep yönteminin başarılı olduğu görüldü. Yöntemin zamanla klinikte daha çok kullanım bulacağını ve sinir nörobiyolojisi ve sinir iyileşmesi ile ilgili

## DENEYSEL 2

### Deneysel Bacak Replantasyonu Modelinde Mezenkimal Kök Hücre Uygulamasının Siyatik Sinir İyileşmesine Etkileri: İşlevsel, Elektrofizyolojik, Histomorfometrik Ve İmmünohistokimyasal Analiz

Ozan Luay Abbas, Orhan Özatik, Zeynep Burçin Gönen, Emre Koçman, İlknur Dağ, Fikriye Yasemin Özatik, Ahmet Musmul  
Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş: Son yıllarda rekonstrüktif cerrahi alanında yaşanan gelişmeler sonucunda kopan uzuvlar başarılı bir şekilde yerine replante edilebilmekte ve böylece ömür boyu sürecek bir eksikliğin önüne geçilebilmektedir. Replantasyonu takiben uzun dönem işlevsel sonuçları belirleyen başlıca faktör sinir iyileşmesidir. Halihazırda yenilenme potansiyeli zaten sınırlı olan sinir dokusunun iyileşme süreci replantasyon gibi karmaşık bir cerrahi sonrası iyice zorlaşacaktır. Buradan yola çıkarak, çalışmamızda transfer edildikleri ortamın gereksinimlerine göre farklılaşabilen ve parakrin destek sağlayabilen mezenkimal kök hücreler (MKH) ile replantasyon sonrası siyatik sinir iyileşmesini desteklemeyi amaçladık.

Yöntem: 20 adet sıçanda tek taraflı bacak amputasyonunu takiben replantasyon uygulandı. Replantasyon sonrası uygulanan tedaviye göre iki eşit grup oluşturuldu; tedavi grubunda onarılan siyatik sinirin çevresine yeşil floresan protein ile işaretli MKH uygulaması yapılırken, kontrol grubunda sadece fosfatlanmış serum fizyolojik uygulandı. Tüm değerlendirmeler replantasyon sonrası 90. günde yapıldı. Bu kapsamda, sinirdeki işlevsel iyileşme yürüme testi ve elektromiyografi ile değerlendirildi. Sinirin histomorfometrik analizi aksonların sayısı, çapı ve g-oranları hesaplanarak yapıldı. İmmünohistokimyasal incelemede anti-S100 (Schwann hücre belirteci), anti-miyelin basic protein (miyelin belirteci), anti-protein gene product 9.5 (kas-sinir bileşkesinde akson rejenerasyonu) ve anti-veziküler asetilkolin transporter (kas-sinir bileşkesinde transmitter salınımı) antikorları kullanıldı. Son olarak kas atrofisi Masson Trikrom boyama ile değerlendirildi.

Bulgular: Tedavi grubunda 3. ayın sonunda hesaplanan siyatik fonksiyon indeksi kontrol grubu ile kıyasla anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır. Elektrofizyolojik değerlendirmede, tedavi grubunda ölçülen bileşik kas aksiyon potansiyeli genlikleri kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Histolojik incelemede, tedavi grubunda sinirin distal segmentine giren akson sayısında artış saptanmış olup aynı grupta ölçülen g-oranlarının siyatik sinir için belirlenen optimum değer aralığında yer aldığı görülmüştür. Sinir ile kas-sinir bileşkesinde yapılan immünohistokimyasal boyamaların kantitatif ve semikantitatif değerlendirmelerinde tedavi grubunda daha güçlü immünoaktivite saptanmıştır. Tedavi grubunda kas lif alanlarının ortalaması, kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda, MKH uygulaması ile replantasyon sonrası siyatik sinir iyileşmesinde olumlu etkilerin oluşturulabileceği işlevsel, elektrofizyolojik, histolojik ve immünohistokimyasal yöntemler ile gösterilmiştir.

## KLİNİK 1

### Hipotenar Serbest Perforator Flebin Parmak Ucu Onarımında Kullanılması

Dağhan Dağdelen, Alper Aksoy

*Balıkesir Devlet Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik  
Cerrahi Polikliniği*

Giriş: Parmak ucu yaralanmalarında, replantasyonun gerçekleştirilemediği olgularda, pulpa ile benzer doku özellikleri anatomik alanlar sınırlıdır. Bu alanlardan biri olan hipotenar alandan kaldırılan serbest perforatör flepler tanımlanmıştır.

Biz çalışmamızda bu flebin parmak ucu onarımında klinik sonuçlarını değerlendirmek, flebi literatürde yer alan diğer yayınlar ile kıyaslamak ve flebin kullanılabilirliği yönünden kendi tecrübemizi paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: İki merkezli olarak gerçekleştirilen bu klinik çalışmaya 1 Haziran 2015 – 30 Haziran 2017 tarihleri arasında opere edilen 12 hasta dahil edildi. Hastalar demografik özellikleri, yaralanma şekli, ve yaralanma seviyelerine göre incelendi.

Parmak ucu onarımında kullanılan perforatör flepler, cilt adası büyüklüğü, anastomoz uygulanan arter ve ven sayısı ile onarım uygulanan sinir sayısı yönünden değerlendirildi.

Operasyon sonrası yedinci ay kontrollerde, hastalara, sabit ve hareketli iki nokta ayırımı testi, güçlü kavrama ve iki pulpa arası ince kavrama ölçümleri yapıldı.

Operasyon sonuçları Michigan El Sonuç anketi ile değerlendirildi. Fleplerin kozmetik sonuçları yönünden değerlendirilmedi ayrıca, bağımsız, kör, dört plastik cerrah tarafından Vizuel Analog Skala kullanılarak değerlendirildi

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 12 olgunun tamamında flepler yaşadı. Yaş ortalaması 39 idi. En sık ezilme tarzı amputasyon ile başvuran hastaların altısı Ishikawa tip 1, üçü Ishikawa tip 2 grubundaydı. Dokuz olguya 1 perforatör arter ve 2 ven anastomozu uygulanmıştı. Olguların tamamında sinir onarımı gerçekleştirilmişti. Hareketli iki nokta ayırımı 3.2mm olarak ölçüldü. Kavrama kuvvetlerinde minimal bir azalma söz konusuydu. MES sonucu %92.7, VAS değerlendirmesi 10'luk ölçekte 7,25 olarak hesaplandı.

Sonuç: Parmak ucu yaralanmalarında, replantasyonun gerçekleştirilemediği olgularda, hipotenar alan serbest perforatör flepleri sonuçları itibarıyla sofistike bir onarım seçeneği olarak öne çıkmaktadır

## KLİNİK 2

### Parsiyel Latissimus Dorsi Kası Serbest Flebi ile Sinir Koaptasyonu Yapılmadan Fonksiyonel Alt Dudak Rekonstrüksiyonu

Özlenen Özkan, Ömer Özkan, Mehmet Can Ubur,

Hilmi Uysal, Anı Cinpolat, Gamze Bektaş

*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı*

Amaç: Alt dudağın geniş defetlerinin onarımı hem fonksiyonel hem de estetik sonuçların birlikte tekrar yapılandırılma gereksinimi nedeniyle zorlu cerrahi işlemlerdir. Fonksiyonel rekonstrüksiyonlar için literatürde bazı serbest kas flepleri tanımlanmıştır. Bu çalışma sinir koaptasyonu yapılmadan parsiyel latissimus dorsi kası ile fonksiyonel alt dudak onarımını tanımlar.

Materyal ve Metod: 2013 aralık ile 2017 haziran arasında total ve subtotal doku defekti olan 12 hastada parsiyel latissimus dorsi kası kullanılarak alt dudak rekonstrüksiyonu gerçekleştirildi. Hastaların onbiri erkek ve biri kadındı. Hastaların yaşları 21 ile 77 arasında değişmekteydi ve ortalama yaşları 49.2 olarak hesaplandı. Dokuz hastada SCC (yassı hücreli kanser) ye, 1 hastada MM(malign melanom) ye bağlı cerrahi eksizyon sonrası ve iki hastada ateşli silah yaralanması sonrası alt dudakta defekt mevcuttu.

Bulgular: Hastaların takip süresi ortalama 15 ile 42 ay arasında(ortalama 28.2) değişmektedir. Ameliyat sonrası takiplerde hiçbir cerrahi komplikasyon izlenmedi. Fonksiyonel sonuçlar fizik muayene, elektromyografi, elektronöromyografi 2 nokta ayırımı, Semmes Weinstein testi, ağrı ve sıcak-soğuk ayırımı testleri ile değerlendirildi. Ameliyat sonrası 6. ayda tüm hastalarda EMG ile reinnervasyon olduğu tespit edildi ve tüm hastalarda duyu testleri ile bakıldığında duyu varlığı tespit edildi.

Sonuç olarak alt dudak rekonstrüksiyonlarında sinir koaptasyonsuz serbest kısmi latissimus dorsi kas flebi tatmin edici fonksiyonel ve estetik sonuçları nedeniyle önemli bir seçenek olduğu söylenebilir..

Alt dudak onarımı için sinir koaptasyonsuz serbest parsiyel latissimus dorsi kas flebi kullanımı literatürde bir ıktır. Bu teknik sinir koaptasyonu hiç yapılmamasına rağmen tatmin edici fonksiyonel ve estetik sonuç el edilmesi nedeniyle alt dudak rekonstrüksiyonunda iyi bir seçenektir

***ASİSTAN BİLDİRİ  
YARIŞMASI***



## ABYD-1

### **Liyofilize Edilmiş Sığır Kıkırdak Xenogrefti İle Rat Sirtında İnsan Burnu Deneysel Modeli Oluşturulması**

Can İlker Demir<sup>1</sup>, Emrah Kağan Yaşar<sup>2</sup>, Aykut Gök<sup>2</sup>, Kıvanç Davun<sup>2</sup>, Ceyhan Uzun<sup>2</sup>, Murat Şahin Alagöz<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Bingöl Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

<sup>2</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli

**Giriş:** İyi bir rekonstrüktif ve estetik burun cerrahisi için öncelikle iyi bir anatomi bilgisine sahip olmak gerekmektedir. Burnun rijid ve fonksiyonel anatomisi, alt ünitelerin birbirleriyle olan ilişkileri, yapılacak müdahalenin birçok faktörü etkileyebilmesi bunun en önemli nedenidir. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi asistanlığında bu anatomi oldukça dik öğrenme eğrisine sahiptir. İntraoperatif izlem, anatomi atlasları, ders kitapları, literatüre geçen bilgililer, taze kadavra ile eğitim bu yöntemlerden bazılarıdır. Bu yöntemlerin her birinin avantajı ve dezavantajları vardır. Günümüzde bu anatomiye anlama için en sık kullanılan yöntemi intraoperatif gözlemdir.

Burun anatomisinin ve alt ünitelerinin birbirleri ile ilişkilerinin daha iyi anlaşılmasını, sütür tekniklerinin daha rahat öğrenilmesini ve geliştirilmesini, burnun üç boyutlu yapısının çözümlenebilmesini, kıkırdakla cilt ilişkisinin yorumlanabilmesini daha pratik hale getirebilmek burun cerrahisi pratiğinde aşama kaydetmeyi daha mümkün kılacaktır. Bu çalışmada sıçan sirtında oluşturulan insan burun modeli ile bu sayılan hedeflere daha kolay ulaşabilmek amaçlanmıştır. Burun modelinde yapılacak iskeletsel değişimlerin geç dönem etkilerini görebilmek de diğer bir hedef olarak belirlenmiştir.

**Materyal-Method:** Çalışmada 10 adet, 12-14 haftalık sağlıklı, erişkin, erkek, 350-360 gr ağırlığında Wistar Albino cinsi sıçanlar kullanılmıştır. Sıçanlar ortalama 22-26 derece sıcaklıkta, havalandırma sistemi olan, her kafeste bir sıçan olacak şekilde barındırılmıştır. Sıçanlar, standart pelet, yem ve çeşme suyu ile beslendi. Herhangi bir ek besin veya diyet uygulanmadı. Tüm sıçanlarda anestezi, Ketamin hidroklorür (Ketalar® Eczacıbaşı, Turkey) 80 mg/kg intraperitoneal ve Xylazine hidroklorid (Rompun®, Bayer, Turkey) 10 mg/kg intraperitoneal ile sağlandı. Sıçanlarda anestezi derinliği kaybolduğunda verilen dozun 1/4'ü tekrarlandı. 3 aylık takip sonrası aynı yöntem ile tam anestezi uygulandıktan sonra eter ile ötenazi uygulandı. Kalp atımı yokluğu teyit edilerek ölüm doğrulandı.

**Kıkırdak Xenogrefti Oluşturulması:** Burun modelini oluşturmak için sığır ön bacak incik kısmından alınan kıkırdak kullanıldı. Erişkin sığır kıkırdağı hayvan kesildikten hemen sonrasında alınarak izotonik sodyum solüsyonu içine konarak muhafaza edildi. Sonrasında steril şartlar altında kıkırdak etrafındaki perikondrium, tendon, kas yapıları uzaklaştırıldı. Kıkırdağı steril şartlarda muhafaza etmek için polipropilen üretilmiş saklama poşetleri kullanıldı.

Hücreleştirme işlemi için kimyasal çözeltiler kullanıldı. Büyük boyuttaki kıkırdak dört eşit parçaya ayrıldı. 100 cc metil alkol, 100 cc kloroform solüsyonu karıştırılarak kıkırdak 48 saat +4 derecede solüsyonda bekletildi. Solüsyon 24 saatte bir yenilendi. Kimyasal hücreleştirme sonrası liyofilizasyon işlemine geçildi. -80 derecede 12 saat dondurulan kıkırdak -45 derecede 12 saat liyofilizasyon işlemine tabi tutuldu. Liyofilizasyon işlemi sonrası kıkırdak kollajen yapısı bozulmasından dolayı kıkırdaklarda sertleşme ve şekil bozukluğu meydana geldi. Son basamak olarak kıkırdaklar her kıkırdak için 1 flakon

olacak şekilde toplam 8 flakon cefatazol 100 cc izotonik sodyum solüsyonunda 24 saat bekletildi. Hidrate olan kıkırdaklardaki şekil bozukluğu düzelerek orijinal haline geri geldi. Aynı zamanda solüsyon içindeki antibiyotik sayesinde dezenfeksiyona bir miktar katkı sağlanmış oldu. Kıkırdaklar tekrar polipropilen torbalara konarak oda ısında muhafaza edildi ve model oluşturmaya hazır hale getirildi.

**Burun Modeli Oluşturulması:** Model oluşturmak için taban, septum, kemik, alt lateral kıkırdak (ALK) ve üst lateral kıkırdak (ÜLK) ayrı ayrı oluşturuldu. Tüm alt üniteler 5.0 prolent sütür kullanılarak birbirlerine adapte edildi. Modeller supratipte çöküklük, geniş nazal kemik, deviye septum gibi farklı şekillerde hazırlandı.

**Modelin Rat Sirtına Yerleştirilmesi:** Rat sırtı povidon iyot ile sterilize edildikten sonra tüy traşı yapıldı. Kranial bazlı olacak şekilde her iki SİAS arasında 4 cm transvers insizyon planlandı. İnsizyon sonrası flep kas üzerinden kaldırıldı. İnsizyonlar her iki uca kraniale doğru 3 cm daha uzatıldı. Flep dorsal cilt flebi şeklinde panniculus carnosus içerecek şekilde planlandı. Flep altında modelin sığabileceği kadar boş oluşturuldu. Kanama kontrolleri yapıldıktan sonra model insizyondan içeriye konuldu. Flebin orta hattı yani kolumella cildini oluşturacak yerden tek bir sütür geçildikten sonra modelin bittiği yerin zemininden ve karşı ciltten geçilerek kolumella oluşturuldu. İnsizyonlar primer kapatıldıktan sonra nasal pasajlara furacin emdirilmiş gazlı bez ile tampon konuldu. Rimplere denk gelen cilt tamponlar ile nasal pasaja doğru döndürülerek vestibulum oluşturuldu.

**Tartışma:** Rinoplasti için hayvan modeli çalışmaları daha önce yapılmıştır. Septoplasti, submukozal rezeksiyon, sütürasyon, septal kartilajın rejenerasyonu deneysel hayvan modelleri üzerinde daha önce çalışıldı. Geliştirdiğimiz model ile 3 boyutlu burun rekonstrüksiyonu planlanmaları için tecrübe kazanmakla birlikte estetik burun ameliyatlarında kullanılan sefalik trim, tip sütürasyonu, tip greftleri, projeksiyon artırma veya deprojeksiyon işlemleri, spreader-otospreader greft uygulamaları, hump eksizyonu, scroll alan rekonstrüksiyonu, osteotomi, kalkan greft gibi tekniklerin alıştırılması yapılabilmektedir. Ayrıca rinoplasti alıştırması olarak transkolumellar insizyon, interkartilagenöz insizyon, transkartilagenöz insizyon planlanması yapılabilir. Alt ünitelere yapılacak değişikliklerle saddle nose deformitesi, parrot nose, deprojekte burun, deviye burun gibi kişiye özgü modeller oluşturularak planlama yapılabilir. Örneğin nasal hump kemik veya kıkırdağın normalden yüksek olması nedeniyle meydana gelebilmektedir. Bu durumda kemik veya kıkırdak humpin redükte edilmesi gerekmektedir. Redüksiyon açık çatı deformitesi ile sonuçlanabilmektedir. Bu tarz durumlarda osteotomi, dorsal greft gibi yöntemlerle açık çatı deformitesi onarılmalıdır. Oluşturduğumuz modelde nasal hump oluşturularak cilde olan etkisi görülebilir. Kemik osteotomileri yapılarak çatının kapanması, cilde olan etkisi, diğer alt ünitelerde meydana getirdiği değişiklikler gözlemlenebilir. Dorsal greftlerin hangi boyutlarda konulması gerektiği, nereye kadar uzatılması gerektiğine bakılabilir. Modelde kullandığımız sığır kıkırdak xenogrefti alındığı gibi rat sırtına konulması durumunda enfekte olacak, şekli bozulacaktır. Bu yapılacak çalışmanın efektifitesini düşürecek, uzun dönem çalışmalara engel olacaktır. Bundan dolayı meydana getirdiğimiz modelin daha uzun süreli çalışabilmesini sağlamak amacıyla hücreleştirme işlemi uygulayarak red cevabı ve enfekte olmadan 3 ay boyunca modeli rat sırtında muhafaza etmeyi başardık.

**model son hali**



modelin rat sırtına yerleştirildikten sonra 1. gündeki fotosu

**ABYD-2**

**Sigara Dumanının Sıçanlarda Yağ Dokusu Grefti Sağkalımına Etkisinin DeneySEL Olarak Araştırılması**

Alp Ercan<sup>1</sup>, Şamil Süleymanov<sup>1</sup>, Övgü Aydın<sup>2</sup>,  
Dildar Konukoğlu<sup>3</sup>, Oğuz Çetinkale<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş-Amaç:** Yağ dokusu grefti ideale en yakın yumuşak doku dolgusudur. Yapay materyallere göre pek çok avantaja sahip olmasına rağmen; yağ dokusu greftinin geç dönem kalıcılığının ön görülebilmesi plastik cerrahi branşının üzerine en çok uğraştığı ve araştırdığı problemlerdendir(1). Günümüzde yağ dokusu greftlemesinde birbirinden çok farklı tekniklerle benzer başarı oranları elde edilmektedir. Yağ greftinin sağkalımını olumlu yönde etkileyen faktörler yoğun olarak araştırılmasına karşın sağkalımı olumsuz yönde etkileyen faktörler üzerine yeterli sayıda objektif çalışma yoktur. Yara iyileşmesine benzer mekanizmalarla canlılığını sürdüren yağ doku greftinin yara iyileşmesini bozan faktörlerden etkilenmesi beklenir. Sigara tüm dünyadaki en yaygın alışkanlıklardan olup aynı zamanda yara iyileşmesini bozan en önemli nedenlerdendir(2). Ancak sigaranın yağ doku grefti sağkalımı üzerine etkisini araştıran deneySEL bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızın amacı pasif maruziyet sistemi kullanarak sigara dumanının yağ doku grefti sağkalımı üzerine etkisinin olup olmadığını ve eğer varsa ne yönde olduğunu ortaya koymaktır.

**Gereç-Yöntem:** İstanbul Üniversitesi Deney Hayvanları Yerel Etik Kurulu'ndan onayı alınan çalışmada 22 adet, dişi, Sprague-Dawley cinsi, ağırlıkları 220-240 gr arasında değişen sıçan kullanıldı. Deneklere Braga-Gazzalle'nin tasarladığı pasif sigara dumanı maruziyet sistemi tatbik edildi(3). Tasarlanan sistemde sigaranın kronik etkilerinin ortaya çıkması için 4-5 hafta geçmesi gerektiğinden, maruziyet gruplarına yağ grefti transferi öncesi 6 hafta sigara dumanı tatbik edildi. Denekler maruziyet periyotlarına göre 3 gruba ayrıldı. Yağ dokusu grefti transferi öncesi 6 hafta ve transfer sonrası 6 hafta sigara dumanına maruz bırakılan sıçanlar sigara devam grubu; transfer öncesi 6 hafta sigara dumanına maruz bırakılan ve transferden sonra maruziyeti kesilen sıçanlar sigara bırakan grubu; sigara dumanına maruz bırakılmayan sıçanlar ise kontrol grubu olarak adlandırıldı. Yağ dokusu transferi modeli olarak tek kasıktan yağ yastığı çıkartılıp kıyılarak deneklerin sırtlarına transfer edildi. Burada amaç maksimum sağkalım için maksimum temas ilkesini kullanmaktır. Çıkarılan greftlerin ağırlıkları transfer öncesinde ölçüldü, tüm greftlerinin ağırlıkları

aynı olacak şekilde ayarlanarak transfer gerçekleştirildi. Transfer sonrası yağ dokusu grefti olgunlaşması için daha önce tariflenen şekilde 6 hafta beklenildi, ardından greftler çıkartılarak denekler etik kurallara uygun olarak sakrifiye edildi. Çalışmanın bitiminde, çıkarılan greftlerin ağırlıkları patolojik inceleme öncesi tartıldı ve kaydedildi. Greftlerdeki ağırlık kaybı miktarları hesaplandı. Çıkarılan greftler klinik olarak değerlendirildi, fotoğraf kayıtları alındı. Abdominal aortadan alınan arter kan gazı örnekleme serum MDA ve serum kotinin değerleri, çıkarılan greft dokusunda doku MDA(Malondialdehit) ve kotinin değerleri ölçüldü. MDA ölçümleri oksidasyon stresini ortaya koymak ve bunu gruplar arası karşılaştırmak amacıyla yapıldı. Sigara kullanımını tespit için en çok kullanılan madde olan kotinin, bir nikotin metabolitidir. Kotinin ölçümü maruziyet oranlarını karşılaştırmak ve maruziyet sisteminin başarısını değerlendirebilmek amacıyla yapıldı. Çıkarılan greftler H&E ve perilipin immunhistokimya boyama yöntemi kullanılarak ışık mikroskopu altında x40,x100, x200 büyütmelede incelendi. Çıkarılan doku örneklerinde adipoz dokunun non-adipoz dokuya oranı(x40 büyütmede), perilipin boyalı olgun adiposit hücre yüzdeleri, kök hücre yüzdeleri ile inflamasyon ve granülasyon şiddetleri değerlendirildi.

**Bulgular:** Gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U, korelasyon analizlerinde Spearman's Rho testi kullanıldı, istatistiksel anlamlılık ölçütü olarak (p<0,05) olarak kabul edildi.Klinik gözlem olarak sigara maruziyeti arttıkça greftlerinin nihai boyutlarının azaldığı izlendi.Kontrol grubu ile sigara devam ve sigara bırakan grupları arasında greft ağırlık değişimleri, serum kotinin oranları, doku MDA oranları, adipoz doku/non-adipoz doku oranları, kök hücre oranları, perilipin boyalı olgun adiposit hücre oranları, inflamasyon ve granülasyon oranları açısından istatistiksel anlamlı farklar izlendi. Kotinin sonuçları göz önüne alındığında, sigara bırakan ve sigaraya devam eden grupta tüm deneklerde 5-20 ng/ml serum kotinin değerleri izlendi, bu veri ışığında sigara maruziyet sisteminin istikrarlı bir şekilde orta-ağır pasif içicilik ve hafif aktif içiciliği oluşturabildiği görüldü. Kontrol grubu ortalama ağırlık kaybı % 54, sigara devam grubu ort. ağırlık kaybı %74,sigaraya devam eden grubu ort. ağırlık kaybı %80 idi. Kontrol grubunda perilipin pozitif olgun adiposit hücre ve kök hücre yüzdelere bakıldığında sırasıyla %8 ve %5,5 olduğu izlendi, buna karşın sigara bırakan grubunda bu yüzdelere %2,3 ve %1,6, sigara devam eden grubunda ise %1,4 ve %0,9'du. Parametrelerin pek çoğunda sigara devam grubu ile sigara bırakan grubu arasında farklar olmasına karşın, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Tüm denekler arası parametreler karşılaştırıldığında doku kotinin, serum MDA ve greft ağırlık kaybı oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlara rastlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Çalışmamızda; aktarıldığı alıcı alanda, yara iyileşmesine benzer mekanizmalarla canlılığını sürdüren yağ doku greftinin sağkalımında sigara dumanı maruziyetinin anlamlı ve olumsuz etkisi olduğu görüldü. Bunun mekanizmasında nikotinin yara iyileşme sürecini bozan ve uzatan etkileri olduğu düşünülmektedir. Sigara maruziyeti arttıkça, greft sahalarında granülasyon ve inflamasyon alanlarının artması, yani yara iyileşme sürecinde daha ileri safhalara geçemeyen alanların daha yaygın görülmesi bunu desteklemektedir. Serum kotinin oranlarıyla doku MDA ve greft ağırlık kaybı arasında anlamlı korelasyon olması, serum kotinin ölçümünün oksidasyon stresi ve greft ağırlık kaybını öngörmeye kullanılabileceğini düşündürmüştür. Doku örnekleme yerine serumdan pratik bir ölçümle kotinin miktarı belirlenebilir. Sigara dumanı maruziyetiyle kök hücre kaybı oranlarının da anlamlı şekilde artması, iskemiye dirençli olduğu düşünülen bu hücre tipinin üzerindeki hasarda iskemi dışında mekanizmaların da etkili olabileceğini akla getirdi. Bu çalışmanın en büyük limitasyonu sıçan modeli kullanılmasıdır. Sıçan modeli yağ grefti araştırmalarında en

## Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

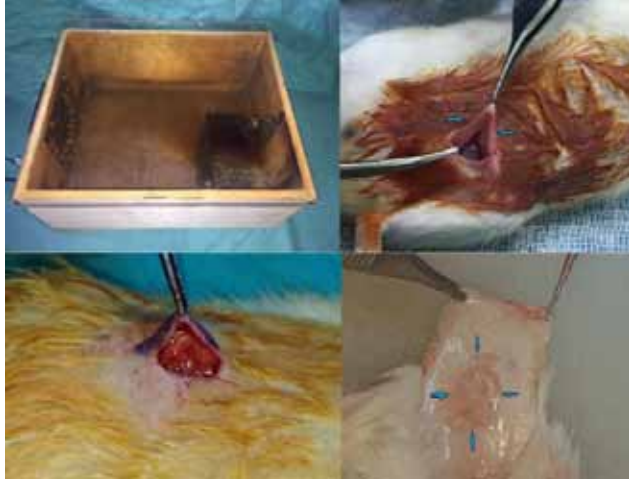
### 39. Ulusal Kurultayı

sık kullanılan deney modelidir. Flep araştırma modellerinde de sık kullanılan sıçan çokça da eleştirilen bir modeldir. Kolay bakım, dayanıklılık ve kolay elde edilmesi gibi pek çok avantaja sahip olmasına karşın cilt-cilt altı yapısı ve bunlar arasındaki bağlantılar insanla karşılaştırıldığında oldukça farklıdır. Sıçanlardaki yağ grefti transferleri stabil olmayan bir iskelet içine yapılmaktadır. Aynı zamanda modelimizde olduğu gibi sıçandan sıçana aktarım yapılan çoğu modelde, açık cerrahiyle eksizyon ve gene açık cerrahiyle yerleştirme yapılmaktadır. Sıçandan sıçana aktarımda lipoaspirasyon ve lipoenjeksiyon tekniklerinin uygulanması oldukça zordur. Bu nedenle domuz, koyun gibi modellerle daha güvenilir sonuçlar elde edilebilir. Yağ dokusu grefti en sık kullanılan yumuşak dolgu materyali olup aynı zamanda şartları kontrol edebileceğimiz, en sık yaptığımız elektif cerrahilerden biridir. Bu nedenle yağ doku greftlemesinde başarıyı arttırmak için hastaların sigara dumanı maruziyetinin en az miktarda olması gerektiğini, aksi taktirde yağ greftlemesinin güvenilirliğinin düşük olacağını düşünüyoruz.

#### Kaynakça

- 1-Temiz G, Sirinoglu H, Yesiloglu N, Filinte D, Kaçmaz C. Effects of Deferoxamine on Fat Graft Survival. Facial Plast Surg 2016; 32: 438-443,
- 2-Bikhchandani J, Varma SK, Henderson HP. Is it justified to refuse breast reduction to smokers? J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2007; 60: 1050-1054
- 3-Braga-Silva J, Gazzalle A, Mano LFM, et al. Is statistical validation of an effective, low-cost experimental smoke-exposure device to study passive smoking possible with 10 rats? Rev. Bras. Cir. Plast. 2011; 26: 194-197

#### Deney özeti



Sol üst-deney düzeneği Sağ üst-greft olarak çıkartılacak kasık yağ yastıkçığı sol alt-sırtta yerleştirilmiş kıyılmış yağ dokusu grefti sağ alt-nihai cerrahide cilt altı greft sahası

#### Ağırlık Kaybı-Kotinin-MDA korelasyonları

| GRUPLAR    | DEĞERLER             | KİLO-KAYBI | KOTS  | KOTD  | MDAS  | MDAD  |
|------------|----------------------|------------|-------|-------|-------|-------|
| KİLO KAYBI | KORELASYON KATSAYISI | 1          | ,557  | 0,397 | 0,349 | ,594  |
|            | Sig. (2-tailed)      |            | 0,009 | 0,092 | 0,122 | 0,006 |
|            | Adet                 | 21         | 21    | 19    | 21    | 20    |
| KOTS       | KORELASYON KATSAYISI | ,557       | 1     | 0,28  | ,546  | ,638  |
|            | Sig. (2-tailed)      | 0,009      |       | 0,245 | 0,01  | 0,002 |
|            | Adet                 | 21         | 21    | 19    | 21    | 20    |
| KOTD       | KORELASYON KATSAYISI | ,397       | 0,28  | 1     | 0,162 | ,764  |
|            | Sig. (2-tailed)      | 0,092      | ,245  |       | 0,508 | 0     |
|            | Adet                 | 19         | 19    | 19    | 19    | 19    |
| MDAS       | KORELASYON KATSAYISI | ,349       | ,546  | 0,162 | 1     | ,480  |
|            | Sig. (2-tailed)      | 0,122      | 0,01  | 0,508 |       | 0,032 |
|            | Adet                 | 21         | 21    | 19    | 21    | 20    |
| MDAD       | KORELASYON KATSAYISI | ,594       | ,638  | ,764  | ,480  | 1     |
|            | Sig. (2-tailed)      | 0,006      | 0,002 | 0     | 0,032 |       |
|            | Adet                 | 20         | 20    | 19    | 20    | 20    |

KOTS-Serum Kotinin KOTD-Doku Kotinin MDAS-Serum MDA MDAD-Doku MDA  $p<0,05$

#### ABYD-3

### Allojenik Epinöral Kılıftan Oluşturulmuş Sinir İletkeni İçerisine Yağ Dokusu ve Mezenkimal Kök Hücre İle İndüklenmiş Lateral Aksonal Tomurcuklanma Yoluyla Sinir Greft Prefabrikasyonu

Ceyhun Cesur<sup>1</sup>, Hüseyin Karagöz<sup>1</sup>,

Mustafa Tansel Kendirli<sup>1</sup>, Ömer Özcan<sup>1</sup>,

Zafer Küçükodacı<sup>2</sup>, Ekrem Ramazan Keskin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.B.Ü. Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Servisi

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi

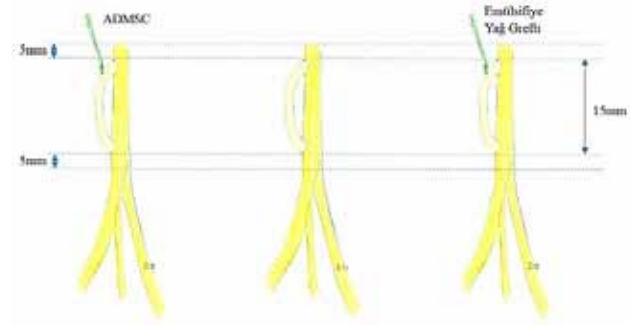
Klinik olarak insan yaşamını ileri düzeyde etkileyen, ağır fonksiyonel kayıplara neden olan segmental periferik sinir defektlerinin onarımında günümüz kaynaklarında altın standart tedavi yöntemi olarak otolog sinir grefti ile onarım önerilmektedir. Ancak bu prosedürün ek donör saha morbiditelerine neden olmasından dolayı alternatif yaklaşım arayışları yoğun bir şekilde devam etmektedir. Bu çalışmada; sinir epinöral kılıfı ve yağ doku kaynaklı mezenkimal kök hücre (adipose tissue derived mesenchymal stem cell=ADMSC) kullanılarak, segmental sinir defektlerinin varlığında, sinir grefti yerine kullanılabilecek; donör saha morbiditelerine neden olmayan otolog sinir greft prefabrikasyonu gerçekleştirilmesi amaçlandı.

Çalışmada; immünsüpresyona ihtiyaç duyulmaksızın allojen uygulamalara olanak tanıyan 27 adet Lewis türü dişi sıçan kullanıldı. Sıçanlardan 9 tanesi donör olarak ayrıldı. Donör hayvanlarının her iki taraf siyatik sinirlerinden 15mm uzunluğunda 18 adet epinöral kılıf ile inguinal yağ dokularından yağ greftleri elde edildi. Yağ greflerinin bir kısmı, yağ doku kaynaklı mezenkimal kök hücre,üretilmesi

amacıyla kök hücre laboratuvarına gönderildi. Kök hücre üretimi tamamlandığında kalan denekler; kök hücre grubu (n=6), boş epinöral kılıf grubu (n=6) ve yağ grefti grubu (n=6) şeklinde 3 eşit gruba ayrıldı. Deneklerin sağ siyatik sinirlerinde 15mm ara ile açılan epinöral pencereler arasına donörlerden elde edilmiş epinöral kılıflar paralel bir yol olacak şekilde koapte edildi (Şekil 1). İlk grupta epinöral kılıflar içerisine yağ doku kaynaklı mezenkimal kök hücre enjekte edildi. İkinci grupta ek bir işlem yapılmadı. Üçüncü grupta ise emülsifiye edilmiş yağ greftleri epinöral kılıflar içerisine enjekte edildi. On iki haftalık iyileşme dönemi sonrasında tüm deneklere prosedürün fonksiyonel etkilerinin gösterilmesi için elektromiyografi (EMG) yapıldı. EMG sonrasında sadece koapte edilmiş epinöral kılıflar cerrahi olarak çıkarılarak histomorfolojik örnekler hazırlandı. Örneklerden akson sayımı ve yeni rejenere olmuş akson karakterlerinin değerlendirmesi yapıldı.

Tüm denek gruplarında, makroskopik olarak, normal bir sinirden ayırt edilemeyecek görüntüde otolog sinir greftleri prefabrike edildiği görüldü. Yine tüm gruplarda, histomorfolojik incelemelerle, lateral aksonal tomurcuklanmanın epinöral kılıflar içerisinde ilerlemiş olduğu gözlemlendi. Akson sayımı sonuçlarının istatistiksel analizinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 1). Bu sonuç bizi epinöral kılıfın tek başına lateral aksonal tomurcuklanma oluşturabilecek kadar etkin nörotrofik ve nörotropik etki oluşturarak sinir rejenerasyonunu yönlendirebileceği sonucuna ulaştırdı. Akson sayımı ortalama değerleri göz önüne alındığında; kök hücre grubunda en az 1,5 kat fazla akson oluştuğunu, histomorfolojik incelemelerde ise yine bu grupta çok daha kaliteli akson rejenerasyonu olduğunu gözlemledik. Diğer iki grupta, ortalama akson sayıları yakın olarak bulunsada histomorfolojide yağ grefti grubunun üç deneginde aksonal ilerleyişin yoğun skar nedeniyle sekteye uğradığı tespit edildi. Bu durum bizi emülsifiye yağ greftinin, kök hücre kaynağından çok mekanik bir bariyer olarak epinöral kılıfın başlattığı lateral aksonal rejenerasyonu engellediği kanısına ulaştırmıştır. Bu çalışmada, yüksek nörojenik, proanjiyojenik özellikleri ve düşük antijenik karakteri ile allojen sinir grefti şeklinde kullanılabileceği önceki çalışmalarda gösterilmiş olan epinöral kılıftan otolog sinir grefti prefabrikasyonu yapılabileceği ve etkinliğinin ADMSC ile daha da artırılabilirliği gösterildi. Bu bulgulardan yola çıkarak, ve daha önce konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; epinöral kılıfın, transplantasyon ve rejeneratif tıp alanlarında kullanılabileceği; gelecekte kornea gibi, insan doku bankalarında muhafaza edilebileceği ve kadavralardan elde edilecek epinöral kılıfların allojenik sinir iletkeni olarak kullanılabileceği sonuçlarına ulaşılabilir. Epinöral kılıfın; elektif onarım planlanan periferik sinir hasarlı hastaların sinir grefti prefabrikasyonunda bugün dahi, kullanılabilmek potansiyeli olduğunu gözlemledik. Devam edecek deney modelleriyle prefabrike ettiğimiz otolog sinir greftlerinin, güncel olarak kullanılmakta olan alternatif metotlar ve altın standart teknik olan otolog sinir grefti ile karşılaştırmalı çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç vardır.

#### Çalışma Dizayını



1. Grup (Kök Hücre Grubu): Koapte edilen epinöral kılıflar içerisine donör deneklerden elde edilmiş 30µl ADMSC enjekte edildi. 2. Grup (Boş Epinöral Kılıf Grubu): Ek herhangi bir işlem yapılmadı. 3. Grup (Yağ Grefti Grubu): Donörlerden elde edilmiş yağ grefti 1cc'lik insülin enjektörü içerisine yaklaşık 1-2 dizyem seviyesinde olacak şekilde yerleştirildi. Eş özellikte diğer bir insülin enjektörüne 0.5-1 dizyem kadar izotonik sodyum klorür solüsyonu çekildi. Üç yollu valv ile enjektörler arasında yağ grefti ve izotonik sodyum klorür solüsyonu karıştırılarak 26G kanül ile enjekte edilebilecek kıvamda 2-3 dizyem emülsifiye yağ grefti elde edildi. Koapte edilen epinöral kılıflar içerisine donör deneklerden elde edilmiş 30µl emülsifiye yağ grefti enjekte edildi.

#### Akson Sayımı

| DENEK    | KÖK HÜCRE GRUBU | EPİNÖRAL KILIF GRUBU | YAĞ GREFTİ GRUBU |
|----------|-----------------|----------------------|------------------|
| 1        | 1797            | 3024                 | 3529             |
| 2        | 3952            | 1864                 | 1411             |
| 3        | 3085            | 1689                 | 550              |
| 4        | 1773            | 1507                 | 439              |
| 5        | 3010            | 1461                 | 482              |
| 6        | 2717            | 1643                 | 2112             |
| ORTALAMA | 2722,33         | 1864,67              | 1420,50          |

Grupların akson sayıları ve ortalamaları

#### ABYD-4

#### Kronik Lenfödem Oluşturmada Sıçan Modellerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi: Deneyel Çalışma

Dicle Yaşar Aksöyler<sup>1</sup>, Ozan Bitik<sup>3</sup>, Hakan Uzun<sup>1</sup>, Fethiye Damla Menkü<sup>1</sup>, Özay Gökoğ<sup>2</sup>, Serdar Nazif Nasır<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Özel Tababet

Giriş: Lenfödem lenfatik damar sayısının azalmasına, lenfatik damar disfonksiyonuna veya lenfatik akımda obstrüksiyona ikincil olarak oluşur. İnsanlardaki lenfödem kronik ilerleyen bir süreçtir. Deneyel çalışmalarda değişik hayvan türlerinde kronik lenfödem modeli oluşturulmaya çalışılmaktadır. İnsanlarda aksilla diseksiyonu yapıldıktan sonra radyoterapi verildiğinde lenfödeme sıklıkla rastlanılmaktadır. Sıçan arka-bacak modelinde lenf nodlarının eksizyonunu takiben radyoterapi, splint ile yabancı cisim reaksiyonu yaratılarak, bleomisin verilerek lenfödem modelleri oluşturulmaktadır. Literatürde 4 aya

## Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

### 39. Ulusal Kurultayı

kadar devam eden lenfödem modelleri bildirilmektedir. Yöntem: Ağırlıkları 300-400 gr arasında Wistar türü sıçanlar kullanıldı.

Her bir grupta 6 sıçan olacak şekilde rastlantısal olarak 7 grup oluşturuldu.

1. grup cerrahi kontrol grubu (K) olarak kabul edildi. Sadece cerrahi işlem yapıldı.

2. grup cerrahi- çözücü (rapamisin ilacının çözücüsü: Tween80-PEG400) (ÇÇ) grubu olarak kabul edildi. Cerrahinin ardından 5mg/kg/gün çözücü intraperitoneal yolla 4 hafta boyunca verildi.

3. grup çözücü kontrol grubu (Ç) olarak kabul edildi. Sıçanlara 5 mg/kg/gün çözücü intraperitoneal yolla 4 hafta boyunca verildi.

4. grup rapamisin kontrol grubu (R) olarak kabul edildi. Sıçanlara 1 mg/kg/gün rapamisin intraperitoneal yolla 4 hafta boyunca verildi.

5. gruptaki sıçanlara cerrahinin ardından 1 mg/kg gün rapamisin intraperitoneal olarak 4 hafta boyunca verildi. Grup adı (CR1) olarak belirlendi.

6. gruptaki sıçanlara cerrahinin ardından 1.5 mg kg/gün rapamisin intraperitoneal olarak 4 hafta boyunca verildi. Grup adı (CR1.5) olarak belirlendi.

7. grup gruptaki sıçanlara cerrahinin ardından 2 mg kg/gün rapamisin intraperitoneal olarak 4 hafta boyunca verildi. Grup adı (CR2) olarak belirlendi.

**Ameliyat Yöntemi:** Sıçan arka bacağına cerrahi olarak edinsel lenfödem modeli oluşturulması planlandı. Sağ arka-ayak dorsumundan 0.1 ml %10 Evans mavisi cilt altı plana verildi. İnguinal ve popliteal lenf nodları ve onlara eşlik eden lenfatik kanallar boyandı. Her sıçandan yaklaşık 0.5 cm lik cilt şeridi çevresel olarak çıkarılarak onarım sonrası yüzeysel lenfatik kapillerlerin bağlantısının tekrar oluşmasının önlenmesi amaçlandı. Sıçanların popliteal lenf nodu ve inguinal yağ yastıkçığı inguinal lenf bezini de içerecek şekilde çıkarıldı. Lenf bezlerine giren lenfatik kanallar ve femoral ven komşuluğundaki ana lenfatik kanal el koteri ile yakıldı. Ardından 4.0 prolene ile 5 mm aralıklı olarak cilt hattı onarıldı.

**Rapamisin Düzeyi:** Rapamisinin yarı ömrü sıçanlarda 30 saat olarak bildirilmektedir. Kan rapamisin iki haftalık aralıklarla ölçüldü. 2mg/kg/gün alan grupta 33ng/ml, 1.5 mg/kg alan grupta 24ng/ml, 1mg/kg alan grupta 16 ng/ml düzeyinde ortalama kan rapamisin konsantrasyonu izlendi.

**Değerlendirme:** Sıçanların sağ ve sol ayak bileği çapları haftalık olarak ölçüldü. Sıçanlara mikro-bilgisayarlı tomografi çekilerek gruplar arası çap farkı kıyaslandı. SPY Perfüzyon Değerlendirme Sistemi (Novadaq Technologies Inc., Richmond, British Columbia, Canada) ve indosiyenin yeşili kullanılarak lenfatik işaretleme yapıldı.

**Sonuçlar:** En belirgin lenfödem ameliyat sonrası 2. günde izlendi. Ç ve R gruplarında lenfödem izlenmedi. K, ÇÇ ve CR1 gruplarında iki hafta süre ile makroskopik olarak ameliyat edilen ekstremitelerde anlamlı lenfödem izlendi ( $p<0.05$ ). Bu gruplarda 3. haftadan itibaren lenfödem gerilemeye başladı. CR1.5 ve CR2 gruplarında üç hafta süre ile ameliyat edilen ekstremitelerde anlamlı lenfödem izlendi ( $p<0.05$ ). Bu gruplarda ise lenfödem 4. haftadan itibaren gerilemeye başladı. Ameliyat sonrası 8. haftada yüzeysel lenfatiklerin olduğu SPY Perfüzyon Değerlendirme Sistemi ile görüntüledi. Histopatolojik olarak rapamisin alan gruplarda almayan gruplara oranla lenfatik damar sayısında azalma ve lenfatik hipoplazi izlendi ancak makroskopik yada histopatolojik olarak rapamisin ile kronik lenfödem modeli oluşturulamadı.

**Tartışma:** Literatürde küçük hayvan modellerinde yaklaşık olarak dokuz ay süre ile en uzun lenfödem modeli

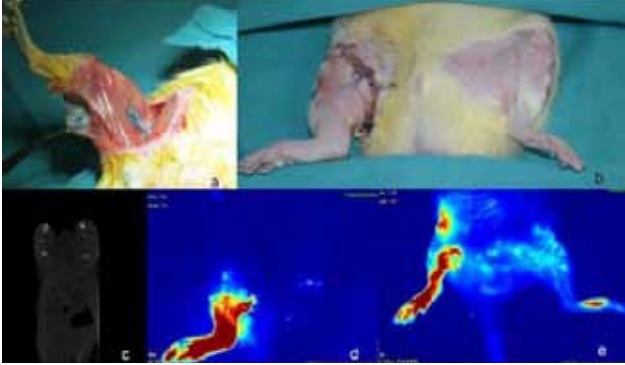
Kanter tarafından bildirilmiş olmasına rağmen yaptığımız literatür taramasında dört aya kadar en uzun süreli olarak radyoterapiyle idamesi sağlanan lenfödem bildirimlerine rastladık. Bilindiği üzere insanlarda lenfödem hastalığı fibrozis ile ilerleyen kronik bir süreçtir. Yeni tedavi modellerinin klinik olarak uygulanmadan önce deneysel modellerinde araştırılması bilimsel çalışmaların temelidir. Ancak yeni bir tedavi modelinin lenfödem üzerinde etkisi tedavi metodunun dışındaki faktörlerden etkilenmemelidir. Kemirgenlerde oluşan lenfödem hiçbir müdahale yapılmadan kendiliğinden gerilemektedir ve bildirilen tedavi yöntemlerinin etkinliği de tartışmalıdır. Lenfanjiogenezin oluşum mekanizması ile ilgili en çok kabul gören teori embriyogenez esnasında lenfanjiogenez başlatan esas etken Vasküler Endotel Growth Faktör Receptör-3 (VEGFR-3) tarafından uyarılan Vasküler Endotel Growth Faktör C/Vasküler Endotel Growth Faktör D (VEGF-C/VEGF-D) sinyal yolağının aktivasyonudur. Bu aktivasyon ile lenfatiklerin gelişmesi, proliferasyonu ve migrasyonu mümkün olmaktadır ve bu yolla uyarı eksikliği insanlarda Milroy Hastalığı etyolojisinde rol oynamaktadır. Literatürde organ transplantı alıcılarında transplantın yerleştirildiği ekstremitelerde rapamisin kullanımına ikincil olarak lenfödem geliştiğine dair vaka bildirimleri mevcuttur. Bilindiği gibi Rapamisin bir m-TOR(mammalian target of rapamycin) inhibitörüdür. Rapamisin m-TOR inhibisyonu ile VEGF-C/VEGF-D yolağında inhibisyona sebep olmaktadır ve bu etkisiyle insanlarda lenfödem oluşturmaktadır. Kanter tarafından insanlarda radyoterapi etkisi ile fibrozisin ön planda olduğu bir lenfödem modeli tanımlanmıştır. Bizde küçük deney hayvanlarında fibrozisin geçici olduğunu ve her zaman rejenerasyon kapasitelerinin insanlardan fazla olduğunu göz önünde bulundurarak cerrahi ile oluşturduğumuz akut lenfödem modelini lenfanjiogenezini inhibe ederek makroskopik ve histopatolojik olarak insanlara benzer kronik bir model haline getirmeyi amaçladık. Kemirgenlerde yapılan çalışmalarda lenfödem modeli oluşturulduktan sonra inflamasyonun 3.gününde yaraya göç eden makrofajlar VEGF-C salınımına başlamakta ve en yüksek seviyeye 14.günde ulaşmaktadır. VEGF-C salınımı lenfatik hiperplazi sağlamakta ve bu durumda da iyileşme mümkün olmaktadır. Gruplarımızı değerlendirdiğimizde K, ÇÇ gibi rapamisin almayan gruplarda rapamisin alan CR1, CR1.5, CR2 gibi gruplara kıyasla daha yüksek oranda lenfatik hiperplaziyi gözlemledik. Kemirgenlerdeki spontan iyileşmenin sebebi bu durum olabileceği gibi kemirgenlerin rejenerasyon kapasiteleri insan dokuları ile kıyaslanamayacak kadar yüksektir. Literatürde replante edilen rat ekstremitesinde herhangi bir lenfatik anastomoz yapılmadan 3.günde yüzeysel lenfatiklerin oluşmaya başladığı, 12.günde ise lenfatik akımın normale döndüğü bildirilmiştir. Replante edilen köpek ekstremitesinde lenfatik rejenerasyon 7-11. günler arasında oluşmaya başlamış ve 21.günde normal akım gözlemlenmiştir. İnsanlarda replantasyon sonrası lenfödemle ilgili yaklaşık 190 vakalık bir seride cerrahi sonrasında 4.-6. haftadan itibaren ödemin azalmaya başladığı görülmüş bazı hastalarda ise kronik lenfödem bildirilmiştir. Bu üç farklı organizmanın benzer travmaya lenfatik rejenerasyon cevabı düşündürücüdür. Bu farklı antiteler bile deneysel modellerinin insan lenfödem tedavisi açısından yeterliliğini sorgulatmaktadır. Hayvan çalışmalarında neden kronik lenfödem kliniği bu kadar erken sürede çözülmektedir? Belki de cevabı inflamasyona ikincil olarak göç eden makrofajların fibrozisi yenmek için kendi salınımlarını arttırmaları ve salgıladıkları VEGF-C'dir. Literatür taradığımızda insanlarda lenfödem hastalarında yaraya göç eden makrofajların VEGF-C salınımına dair bir bilgiye rastlayamadık ki bu durum bir başka çalışmanın konusudur. Sonuç olarak gerek kendi oluşturduğumuz lenfödem modelinde ve gerekse literatür taraması sonucunda küçük deney hayvanlarında kronik bir lenfödem modelinin oluşturulmasının mümkün olmayacağını düşünüyoruz, lenfödeme yönelik yeni tedavi yöntemlerinin küçük hayvan modellerinde denenmesinin çok uygun

## Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

### 39. Ulusal Kurultayı

olmadığını ve yeni bir teknik denenirken küçük hayvan lenfödem modellerinde denemesinin bazı hatalı sonuçlar doğurabileceğini düşünmekteyiz.

#### Yöntem ve Bulgular



a: Evans mavi ile boyanan popliteal lenfnodunun eksizyonu ve ana lenfatik kanal b: Cerrahi olarak oluşturulan akut lenfödem modeli ameliyat sonrası birinci hafta fotoğrafı c: Cerrahi olarak oluşturulan akut lenfödem modeli ameliyat sonrası birinci hafta mikro bilgisayarlı tomografisi d: CR1.5 ve CR2 grupları ameliyat sonrası üçüncü hafta SPY Perfüzyon Değerlendirme Sistemi ile değerlendirilmesi e: CR1.5 ve CR2 grupları ameliyat sonrası sekizinci hafta SPY Perfüzyon Değerlendirme Sistemi ile değerlendirilmesi

#### Mikro BT ile çap ölçümü değerleri

|         | Postop 1.<br>hafta Sağ<br>Ekstremit | Postop 1.<br>hafta Sol<br>Ekstremit | Postop 3.<br>hafta Sağ<br>Ekstremit | Postop 3.<br>hafta Sol<br>Ekstremit | Postop 6.<br>hafta Sağ<br>Ekstremit | Postop 6.<br>hafta Sol<br>Ekstremit |
|---------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| K A     | 14.0076                             | 7.9366                              | 8.34096                             | 8.4848                              | 8.34096                             | 8.4848                              |
| K Ü     | 21.88253                            | 19.2801                             | 18.4372                             | 17.9049                             | 17.4372                             | 17.9049                             |
| Ç Ç A   | 14.0076                             | 7.3145                              | 8.89029                             | 7.62473                             | 8.08536                             | 6.58790                             |
| Ç Ç Ü   | 17.88253                            | 16.1032                             | 15.7041                             | 15.9199                             | 18.6548                             | 21.1342                             |
| Ç A     | 7.92384                             | 7.45219                             | 7.90168                             | 7.43012                             | 7.93468                             | 7.47629                             |
| Ç Ü     | 18.8760                             | 16.6106                             | 18.8457                             | 16.5506                             | 18.1278                             | 16.4356                             |
| R A     | 7.1847                              | 8.7865                              | 7.9847                              | 8.1456                              | 7.7689                              | 8.2085                              |
| R Ü     | 19.9082                             | 19.2375                             | 19.1235                             | 19.8764                             | 19.5280                             | 19.5430                             |
| CR1 A   | 15.12943                            | 7.16792                             | 7.83850                             | 7.19870                             | 7.14384                             | 7.14673                             |
| CR1 Ü   | 18.9890                             | 15.9083                             | 17.1920                             | 16.3658                             | 16.1203                             | 16.1837                             |
| CR1.5 A | 15.12780                            | 7.56142                             | 9.98823                             | 7.98402                             | 7.46958                             | 7.20250                             |
| CR1.5 Ü | 19.09099                            | 16.9875                             | 16.7843                             | 16.5439                             | 15.3965                             | 16.3205                             |
| CR2 A   | 15.9976                             | 7.45720                             | 10.9834                             | 7.64792                             | 7.25645                             | 7.43792                             |
| CR2 Ü   | 21.18773                            | 14.9342                             | 18.0984                             | 14.1384                             | 14.1384                             | 14.7884                             |

Mikro BT ile ölçümler her gruptan 1 hayvana ait sonuçlardır. A sagittal planda tibia distalinin 4mm üzeri Ü sagittal planda tibia proksimalinin 14mm altı

#### ABYD-5

#### Tip Amputasyonlarında Yeni Bir Seçenek: Şapka Flebi (Reverse Dorsal Terminal Ven Flebi)

Mehmet Emin Cem Yıldırım, Bilsev İnce, Mehmet Dadacı

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Parmak ucu elin en sık yaralanan ve ampute olan kısmıdır. Mikrocerrahideki güncel gelişmelere rağmen, tip replantasyonu, teknik zorluk ve maliyetinden dolayı tartışmalıdır. Bu nedenle tip amputasyonlarında pek çok farklı teknik tanımlanmıştır. Parmak ucu amputasyonların tedavisinde kemik kısaltılmadan onarım yapmak için kompozit greft olarak kopan parçanın kullanılması, V-Y flep, dijital ilerletme flepleri, çapraz parmak flepleri, tenar flepler, kasık flebi kullanılabilir. Günümüzde tip

amputasyonlarında kullanılacak standart bir teknik yoktur.

El ve parmak rekonstrüksiyonunda kullanılabilen bir diğer seçenek venöz fleplerdir. Ancak yüksek oranda görülen venöz konjesyon, bu fleplerin kullanımını kısıtlamaktadır. Parmak rekonstrüksiyonunda dorsal dijital ven bazlı venöz fleplerin kullanımı tanımlanmasına rağmen dijital venin terminal dalının kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmadık.

Bu çalışmada amacımız tanımladığımız reverse dorsal terminal ven flebinin (Şapka Flebi) tip amputasyonlarında kullanılabilirliğini araştırmaktır.

Hastalar ve Yöntem: 2015-2017 arasında 3.parmak tip amputasyonu nedeniyle acil servise başvuran 20-60 yaş arası, distal falanksı açıkta olan hastalar çalışmaya dahil edildi. 3.parmak haricinde diğer parmak tip amputasyonları, 3.parmak tip seviyesinin proksimaline uzanan yaralanması olan, replantasyon yapılan, sigara kullanan, genel durumu kötü olan travma hastaları, 60 yaş üstü ve kronik hastalığı olanlar ile kontrollere düzenli gelmeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Cerrahi Teknik: Dijital blok altında ve dijital turnike uygulamasıyla birlikte alıcı saha hazırlığı tamamlandıktan sonra defekt ölçümü yapıldı. Defekt boyutuna uygun olarak tırnak yatağı proksimalinden başlayarak orta falanksa doğru flep çizimleri yapıldı. Cilt geçildikten sonra dorsal ven ve dalları proksimal bağlandı. Paratenon ve dorsal dijital terminal ven korunarak flep serbestlendi (Resim 1). Flep rotasyonunu artırmak için dorsaldeki defekt ile pedikül arasındaki cilt deepitelize edildi. Flep rotasyon yapılarak defekt kapatıldı. Donör saha ise üst kol iç yüz veya el bileğinden alınan tam kalınlıktaki deri grefti ile örtüldü. Venöz konjesyonu önlemek için hastalara elini kalp seviyesine yakın tutmaları önerildi. Cerrahi sonrası 4.gün greftler açılarak günlük pansuman yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 8 erkek hastanın yaş ortalaması 39'du. Defektlerin boyutu ortalama 2.5x2.7 cm'di. Cerrahi süresi ortalama 25 dakika idi. Hastalar ortalama 7 ay takip edildiler. 8 hastanın 5'inde epidermis kaybı gözlemlendi ancak hiçbir hastada total flep kaybı gözlemlenmedi. Parsiyel nekroz görülen hastalar 15.gün debridmana alındı. Nekrozun epidermis ile sınırlı olduğu gözlemlendi. Preoperatif kemiğin açıkta olduğu defekti bulunan 5 hastanın 4'ü sekonder iyileşirken 1 hastada tam kalınlıkta deri grefti ile onarım yapıldı. Hiçbir hastada ikinci bir flep cerrahisine gerek duyulacak komplikasyon gelişmedi.

Tartışma: Tip amputasyonunda replantasyon, altın standart olmasına karşın cerrahi süresi, maliyet, başarı oranı ve süper mikrocerrahi teknik gerektirmesi nedeniyle yaygın olarak kullanılmamaktadır. Alternatif çözüm olan kompozit greft uygulamalarının ise öngörülemeyen cerrahi sonuçları nedeniyle kullanımı sınırlıdır.

Tip defektlerinde kullanılan en eski fleplerden biri olan çapraz parmak flebi güvenilir bir seçenek olarak öne çıkmasına rağmen iki seans yapılması ve bu iki seans arasında iki parmağın birbirine bağlanması gibi dezavantajlara sahiptir.

Tip rekonstrüksiyonunda en sık kullanılan flepler V-Y flep olan Atasoy ve Kutler flepleridir. Kutler flebinin hareket kabiliyeti sınırlıyken Atasoy flebi son derece mobildir. Ancak her iki flebin de palmar deriyi kullanması ve sınırlı ölçülerde defektlere uygulanabilmesi dezavantaj olarak görülmektedir. Bu nedenle çift taraflı V-Y flep kullanılması önerilmiştir. Şapka flebinde ise dorsal deri kullanılmaktadır.

Dijital arter perforatör flep, güvenilir dolaşımı ve gerektiğinde dijital siniri de içermesi nedeniyle tip rekonstrüksiyonunda önemli bir alternatiftir. Ancak tüm fleplerde geçici venöz konjesyon görülmekte ve donör saha

greftlemesi gerektirmektedir. Ayrıca 2x1.5 cm'den büyük defektlerde kullanılmaması bir diğer dezavantajdır.

Heterodijital veya homodijital flepler parmak tip defektlerinde kullanılabilen en güvenli fleplerden biridir. Ancak bu flep kullanımında parmağın bir dijital arteri sakrifiye edilmektedir. Şapka flebinde ise en distaldeki ven kullanıldığı için parmak dolaşımına herhangi bir zararı yoktur.

Venöz flepler ile onarımda kanama, dehisans, yara iyileşmesinde gecikme, duyu kaybı gibi komplikasyonlar görülebilir. Postoperatif dönemde flep kaybına neden olabilen en önemli komplikasyon venöz konjesyondur. Venöz fleplerde bu komplikasyon oranının %30-50'ye çıkabileceği bildirilmiştir. En terminal veni kullandığımız için çalışmamızda bu yöntemi uyguladığımız 8 hastanın 5'inde (%60) venöz konjesyon ve epidermis nekrozu gelişti. Ancak hiçbir hastamızda sekonder flep kullanılmamasına gerek kalmadı. Sadece 1 hastamızda takipleri esnasında yara iyileşmesinde gecikme olması nedeniyle deri greftiyle onarım yapıldı. Hastalarımızın tamamında kemik açıkta olmasına rağmen sekonder flep kullanılmamasının nedeni yaşayan flep tabanının kemik üstünde sağlam doku oluşturarak iyice küçülen defektin sekonder iyileşmesi olduğunu düşünüyoruz. Bir diğer olasılık flebin inceliği nedeniyle terminal ven pedikülüne ek olarak çevre doku tabanından greft gibi beslenmesi olabilir.

Parmak dolaşımının en distalinde tırnak yatağı proksimalinde santralde bir ve laterallerde iki adet olmak üzere 3 farklı ven vardır. Tip replantasyonlarında bu venlerden birinin onarılması replantasyon başarısını artırır. Çalışmamızda en büyük çaplı olduğu için bu venlerden santral olanı kullanıldı.

Geleneksel olarak kullanılan çapraz parmak flebinin 3.parmağa uygulanması parmağın en uzun parmak olması nedeniyle diğer parmaklara karşılaştırıldığında daha zordur. Parmağın çapraz parmak flebinin 2.seansına kadar fleksiyonda kalmasının gerekmesi ve ilerleyen zamanlarda fleksiyon deformitesi olasılığı nedeniyle çalışmamızda 3.parmak kullanıldı. Parmakların tamamında tip dolaşımı aynı olduğu için, bu flep tüm parmak tip defektlerinde kullanılabilir.

Tip defektleri genel olarak küçük olduğu için bu kadar küçük bir damarla flebin beslenmesi yeterli oldu. Mikrocerrahi gerektirmemesi, kısa sürmesi, öğrenme eğrisinin kolay olması, sekonder cerrahiye gereksinim duyulmamasının bu flebin avantajları olduğunu düşünüyoruz. Tipik bir venöz flep olarak venöz konjesyon ve buna bağlı görülen yüksek parsiyel nekroz oranı bu flebin en büyük dezavantajdır. Ancak hastaların tamamında kemik açıkta olmasına karşın sekonder cerrahi ile hiçbir flep kullanılmamasına gerek duyulmadı ve yaralar sekonder kapandı. Donör alan greftlemesinin gerektirmesi ise bir diğer dezavantajdır. Donör alanın diğer fleplerle karşılaştırıldığında dorsal yüzde olması avantaj olarak görülebilir.

Sonuç olarak tanımladığımız terminal dorsal ven bazlı ters akımlı pediküllü flep (Şapka flebi), parmak tip defektlerinin rekonstrüksiyonunda alternatif bir cerrahi teknik olarak kullanılabilir.

**Resim 1**



A. Ameliyat öncesi 3.parmak görünümü B. Debridman sonrası defekt görünümü C. Flebin kaldırılması ve venin görülmesi D. Defektin kapatılması

### ABYD-6

### Konjenital Ekstremité Anomalilerinin Oberg-Manske-Tonkin Sınıflamasına Göre Değerlendirilmesi ve Swanson Sınıflaması ile Karşılaştırılması

Fethiye Damla Menkü, Galip Gencay Üstün, Hakan Uzun, Ali Emre Aksu

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

Giriş: Ekstremité anomalileri nadir görülmektedir ve yaklaşık sıklığı 1000 doğumda 2'dir. Ekstremitenin hiç olmamasından aksesuar ek parmakların olmasına kadar geniş bir spektruma sahiptir. Bu geniş spektrumu anlayabilmek için geçmişten günümüze birçok sınıflama tanımlanmıştır. İlk sınıflama 1832 yılında Isidore Saint-Hilaire tarafından tanımlanmıştır ve fokomeli, hemimeli, ektromeli kavramları belirtilmiştir. 1970'li yıllarda Swanson, Entin, Barsky, Frantz ve O'Rahilly'nin çalışmaları ile, klinik fenotip ve embriyolojik gelişim eksiklikleri hipotezlerine dayanan, Uluslararası El Cerrahisi Dernekleri Federasyonu (IFSSH) tarafından kabul edilen ve günümüze kadar 'Swanson sınıflaması' ismiyle kullanılmış olan konjenital üst ekstremité anomalilerinin evrensel sınıflama sistemi tanımlanmıştır. Ancak genetik ve moleküler biyoloji çalışmaları sayesinde konjenital ekstremité anomalileri hakkında daha fazla bilgi edinilmesi, değişik modifikasyonlarla birlikte halen kullanılmaya devam edilen Swanson sınıflamasında değişim yapılması gereksinimini doğurmuştur. Örneğin Swanson sınıflamasında sindaktili, simbrakidaktili ile birlikte görüldüğü zaman bunun bir oluşum bozukluğu mu olduğu yoksa farklılaşma bozukluğu mu olduğu veya başparmak hipoplazisinin oluşum bozukluğu mu yoksa az gelişme mi olduğu net değildir. Embriyolojik kökenli sınıflama sistemi olan Oberg-Manske-Tonkin (OMT) sınıflama sistemi IFSSH tarafından 2012 yılından bu yana Swanson sınıflamasının eksiklikleri nedeniyle önerilmektedir. OMT sistemi konjenital deformiteleri malformasyon, deformasyon ve displazilerden oluşan üç ana gruba ayırır. Karmaşık ve çok etmenli olmaları nedeniyle sendromlar dördüncü kategori olarak sınıflamaya dahil edilmiştir. Malformasyon, oluşum ve/veya farklılaşma sırasında görülen bir bozukluğun gelişmekte olan ekstremité tomurcuğuna zarar vermesiyle tüm ekstremitéde veya

## Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

### 39. Ulusal Kurultayı

sadece el plağında meydana gelebilir. Yapılan çalışmalar, malformasyonların ekstremitenin oluşumunu sağlayan üç kontrol merkezinden (Apikal Ektodermal Çıkıntı, Polarizasyon Aktivitesi Bölgesi ve Dorsal Ektoderm) hangisini etkileyebileceğini öngörebilmemizi sağlamıştır. Bu çalışma ile amacımız, konjenital üst ekstremité anomalilerini OMT sınıflaması ile epidemiyolojik olarak incelemek ve OMT sınıflaması ile Swanson sınıflamasını uygulanabilirlik açısından karşılaştırmaktır.

**Metod:** ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 2007-2017 yılları arasında konjenital ekstremité anomalisi nedeniyle ameliyat edilen 711 hastanın dosyaları ve düz grafileri retrospektif olarak aynı klinikte görev yapan birbirinden bağımsız dört farklı doktor tarafından değerlendirildi. Anomalileri malformasyonlar, deformasyonlar, displaziler ve sendromik olanlar şeklinde ana kategorilerde inceleyen OMT sistemine ve Swanson sistemine göre ayrı ayrı sınıflama yapıldı.

**Bulgular:** Bu çalışmada ilk yazarın yaptığı OMT ve Swanson sınıflaması verileri esas olarak kullanıldı. Ameliyat edilen 711 hastanın 122'sinde bilateral anomali mevcuttu. 1401 malformasyon, 114 deformasyon, 35 displazi tespit edildi. Sendromik grupta en fazla Apert sendromu hastası (36 hasta) yer almaktaydı (Tablo-1). OMT sınıflama sistemine göre en sık anomali malformasyon grubunda, 'tanımlanmamış aks'ta yer alan sindaktilydi (338). İkinci en sık karşılaşılan anomali, malformasyon grubunda sadece el plağının tutulduğu anormal aks oluşumu/farklılaşması başlığında incelenen ulnar polidaktilydi (278). OMT sınıflama sisteminde en fazla göze çarpan farklılığın Swanson sınıflama sisteminde ayrı ana gruplarda yer alan yarık el (oluşum bozukluğu) ve sindaktili (farklılaşma bozukluğu) anomalilerinin aynı ana başlıkta toplanması ve başparmak hipoplazisinin, bir malformasyon olarak, el plağının radial-ulnar (anterior-posterior) aksında meydana gelen oluşum ve/veya farklılaşma bozukluğu şeklinde gruplandırılması olduğu görüldü. Aynı klinikteki dört farklı doktorun OMT sistemine göre yaptığı sınıflamada anlamlı bir fark tespit edilmedi (Fleiss Kappa= 0.82; %95 güven aralığı, 0.81-0.86). Tüm anomaliler OMT sınıflandırma sistemine göre gruplandırılabilir. Swanson sınıflandırma sisteminde ise simbrakidaktili ve başparmak hipoplazisi tanımlarında (Grup I – Grup V) doktorların gruplandırma yaparken farklı düşündüğü tespit edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Hastaların birden fazla anomaliye aynı anda sahip olması sınıflamayı her iki sınıflamada da zorlaştırmaktadır. Ancak OMT sınıflamasında sendromik hastaların ayrı bir grupta değerlendirilmesi ve Swanson sınıflandırmasında yer alan ve birçok cerrah tarafından farklı anlamlarda kullanılan brakidaktili, brakisindaktili, brakimetakarpi ve simbrakidaktili kavramlarının el plağının proksimal-distal aksta oluşum-farklılaşma bozukluğu olarak ele alınmış olması benzer okunma oranını arttırmaktadır. Ayrıca sık görülen anomalilerden olan sindaktilinin kompleks ve basit olarak ayrılabilmesi tam sınıflandırmayı sağlamaktadır. Polidaktilinin ulnar ve radial olarak ayrılabilmesi lokalizasyonu belirtmede OMT'yi Swanson'dan daha tanımlayıcı yapar. Bununla birlikte yumuşak doku kaynaklı tetik parmak ve kamptodaktili gibi anomalilerin konjenital olmayan geç prezentasyonlarının embriyolojik temeli konusunda bir açıklama yapamamaktadır. OMT sınıflama sisteminde el plağı ve üst ekstremitenin ayrı olarak değerlendirilmesi, embriyolojik hayattaki proksimal-distal aks, radial-ulnar aks, dorsal ventral aksta olabilecek anomalilerin spektrumunu belirtmeyi sağlamış ve bunların tek bir kategoride değerlendirmesini engellemiştir. Zira Swanson sınıflamasında grup I (oluşum bozukluğu) ve grup II (farklılaşma bozukluğu) embriyolojik gelişimde tahmin üzerinden yol almakta; III ve VI arasındaki gruplar ise

sadece görüntüye dayanarak gruplandırma yapmaktadır. Swanson sınıflamasında oluşum bozukluğu kategorisinde santral oluşum eksikliği olarak gruplandırılan yarık el deformitesi, OMT sınıflamasında malformasyon kategorisinde, sadece el plağının etkilendiği oluşum/farklılaşma anomalisinin 'tanımlanmamış aks' grubunda kendisine yer bulmuştur. Ogino ve ark. 1990 yılında yayınladıkları bir çalışmada yarık elin santral sindaktili ve polidaktili ile ilişkisine dikkat çekmiş, ekstremitenin gelişiminde tanımlanabilir bir santral aks olmadığını ve Swanson sınıflama sistemine 'ışınların anormal indüksiyonu' grubunun eklenmesi gerektiğini savunmuşlardır. Günümüzde OMT sınıflamasında yer almış olan kategoriler de genetik ve moleküler biyoloji geliştikçe ve konjenital ekstremité anomalileri daha iyi anlaşıldıkça değişebilir. Çünkü ekstremité oluşum ve farklılaşma aksları arasındaki ilişki birbiriyle oldukça yakın ilişkilidir. Örneğin Wingless-type mouse mammary tumor virus integrated site Family 7A morfogeni ekstremité tomurcuğunun hem dorsal-ventral yönde gelişmesinde hem de Polarizasyon Aktivite Bölgesindeki Sonic Hedgehog proteinini etkileyerek radial-ulnar yönde gelişmesinde etkilidir. Sonuç olarak, OMT sınıflama sisteminin uygulanması daha kolaydır. Swanson sınıflama sistemine göre, benzer hastalıkların gruplandırılması ve embriyolojik kökenlerinin ortaya konulması anlamında daha yenilikçidir. Ancak tanımlanmış cerrahi prensipleri değiştirmek gibi bir hedefinin olmadığı, bu anlamda literatüre bir değişiklik katmadığı gerçeği göz önünde bulundurulmalıdır.

### Oberg Manske Tonkin (OMT) Sınıflamasına göre konjenital üst ekstremité anomalilerinin dağılımı (Ocak 2007- Ocak 2017)

| I. MALFORMASYONLAR                                       | iii. Kompleks                | IV. SENDROMLAR                   |
|----------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| A. Anormal aks oluşumu/farklılaşması— tüm üst ekstremité | a) Kompleks sindaktili 104   | A. Tanımlanmış                   |
| 1. Proksimal-distal aks 6                                | b) Sinpolidaktili 14         | 1. Apert 36                      |
| 2. Radial-ulnar (anterior-posterior) aks 21              | c) Yarı el 59                | 2. Cornelia de Lange 1           |
| 3. Dorsal-ventral aks                                    | d) Apert eli 73              | 3. Down Sendromu 4               |
| 4. Tanımlanmamış aks                                     | e) Diğer 9                   | 4. Hemifasyal Mikrosomi          |
| B. Anormal aks oluşumu/farklılaşması— el plağı           | II. DEFORMASYONLAR           | 5. Holt-Oram 3                   |
| 1. Proksimal-distal aks                                  | A. Amniyotik Bant Sekansı 36 | 6. Pfeiffer Sendromu 4           |
| i. Brakidaktili 53                                       | B. Tetik Parmak 78           | 7. Poland Sekansı 17             |
| ii. Simbrakidaktili 45                                   | C. Diğer                     | 8. Proteus Sendromu 3            |
| iii. Transvers eksiklik                                  | III. DİSPLAZİLER             | 9. Saethre-Chotzen 3             |
| 2. Radial-ulnar (anterior-posterior) aks                 | A. Hipertrofi                | 10. Greig Sendromu 1             |
| i. Radial eksiklik 69                                    | 1. Tüm üst ekstremité        | 11. TAR Sendromu 7               |
| ii. Ulnar Eksiklik 21                                    | i. Hemihipertrofi 5          | 12. Gorlin Sendromu 1            |
| iii. Radial polidaktili 146                              | 2. Kısmi ekstremité tutulumu | 13. Antley Bixler Sendromu 1     |
| iv. Trifalangeal başparmak 3                             | i. Makrodaktili 15           | 14. Joubert Sendromu 1           |
| v. Ulnar dimeli 1                                        | B. Tümörler                  | 15. Akrorenal Sendrom 1          |
| vi. Ulnar polidaktili 278                                | 1. Vasküler                  | 16. Ellis Van Creveld Sendromu 1 |
| 3. Dorsal-ventral aks                                    | i. Hemanjiyoma 3             | 17. Bardet-Biedl Sendromu 1      |
| 4. Tanımlanmamış aks                                     | ii. Vasküler Malformasyon 2  | 18. CHARGE disasosiyasyonu 1     |

## Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

### 39. Ulusal Kurultayı

|                               |                               |                                                 |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------|
| i. Yumuşak doku               | 2. Nörolojik                  | 19.13. Kromozom mozaizmi 1                      |
| a) Sindaktili 338             | i. Nörofibromatozis 1         | 20. Ektrodaktili Ektodermal Displazi Sendromu 1 |
| b) Kamptodaktili 45           | 3. Bağ Doku                   | 21. Duane Sendromu 1                            |
| c) Thumb in palm deformitesi  | i. Infantil dijital fibroma 3 | 22. MOHR Sendromu 1                             |
| d) Distal artrogripozis 5     | ii. Diğer 4                   | B. Tanımlanamamış 1                             |
| ii. İskelet                   | 4. İskelet                    |                                                 |
| a) Klinodaktili 36            | i. Osteokondromatozis         |                                                 |
| b) Kirner deformitesi         | ii. Enkondromatozis           |                                                 |
| c) Sinostozis/simfalangizm 75 | iii. Fibröz displazi          |                                                 |
|                               | iv. Diğer 3                   |                                                 |

### ABYK-1

### Meme Küçültme Cerrahisinin Kardiyopulmoner Sağlık, Solunum ve Egzersiz Kapasiteleri Üzerine Etkileri

Muhammet Ömür Ersin Altun<sup>1</sup>, Yasemin İmamoğlu<sup>1</sup>, Gökhan Efe<sup>1</sup>, Murat Livaoğlu<sup>1</sup>, Ahmet Ayar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

<sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş: Gigantomasti boyun ağrısı, sırt ağrısı, omuz ağrısı, meme ağrısı, sütyen bası yaraları, intertrigo, postür bozuklukları, uyku bozuklukları, kıyafet problemleri, fiziksel aktivitede azalma ve zorluk gibi fiziksel semptomlar; azalmış özsaygı ve özgüven gibi psikolojik semptomlara ve hastalıklara neden olabilir. Meme küçültme cerrahisi ile hastaların mevcut şikayetleri giderilmekte ve hayat kaliteleri artmaktadır. Ancak, bu klinik durumun ilgili bireylerin kardiyovasküler genel sağlık durumu üzerine etkisi ve cerrahi tedavinin olası kardiyovasküler faydaları konusunda yeterli bilgi yoktur. Bu bildiride, meme küçültme cerrahisinin hastaların mevcut şikayetleri üzerine olan etkilerine, yaşam kalitesi ve kardiyopulmoner efor kapasitelerine olan etkisini araştıran çalışmamız sunulmaktadır.

Materyal-Metod: DM, HT, KAH veya ortopedik engeli olmayan 18-55 yaş aralığındaki gigantomasti şikayeti olan 27 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalara ameliyat öncesi dönemde, BRASS ölçeği uygulanacak, meme büyüklüğü ve VKİ ile ilgili ölçümler yapılacaktır. Sonrasında solunum fonksiyon testi (SFT) ve kardiyopulmoner egzersiz testi (KPET) uygulanarak; aerobik kapasiteleri (VO2 max ve pik), şiddeti gittikçe artan rampa testi, bisiklet ergometresi, laktat düzeyleri, iş kapasitesi, genel egzersiz ölçümleri ve solunum fonksiyon değerleri ölçümleri yapılmıştır. Hastalara uygun cerrahi işlemin gerçekleştirilmesini takip eden 1. yılda aynı ölçümler ve testler uygulanarak, ameliyat öncesi ve sonrasındaki değişimler değerlendirilmiştir. Çalışmanın çeşitli aşamalarını yapamayan veya kontrollerine gelmeyen 8 hasta çalışmadan çıkarılmıştır. Sonuç olarak çalışma 19 hasta üzerinden değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen olguların ortalama yaşı 42,71±2,7 idi. 15 hastanın ailesinde gigantomasti hikayesi, 2'sinde ise meme kanseri hikayesi mevcuttu. Hastaların preoperatif ve postoperatif meme usg veya mamografilerinde anlamlı değişiklik yokken, hastaların kendi meme muayenelerini yapma konusunda anlamlı değişiklik saptandı.

Çalışmaya dahil edilen 19 olgudan 13'üne Free Nipple Cerrahi Tekniği, 2'sine Süperior Pedikül Cerrahi Tekniği, 2'sine Süperioromedial Pedikül Cerrahi Tekniği ve 2'sine de İnferior Pedikül Cerrahi Tekniği uygulanmıştır. Bu nedenle en sık cerrahi komplikasyon olarak meme başı hissiyatı dikkat çekmiştir. Cerrahi sonrası, çalışmaya dahil edilen olguların çıkarılan meme dokuları tartılarak kaydedilmiştir. Olguların sağ memelerinden çıkarılan ortalama doku miktarı 1324,57±87,2 gram, sol memelerinden çıkarılan ortalama doku miktarı 1376,5±80,33 gram, memelerinden çıkarılan dokunun toplam miktarının ortalaması 2701,1±160,4 gram olarak ölçülmüştür. Hastalar postoperatif dönemde günlük aktivitelerine (tüm temel ihtiyaçlarını tek başına giderebilme) ve iş hayatına (ameliyat öncesine ait tüm faaliyetlerini yapabilme) dönüş süreleri açısından da değerlendirildiler. Olguların günlük aktivitelerine dönüş sürelerinin ortalaması 9,5±1,35 gün idi, iş hayatına dönüş sürelerinin ortalaması ise 23,71±3,36 gün olarak değerlendirildi. Tanita Body Composition Analyzer cihazı ile yapılan ölçümlere göre ise olguların, preoperatif kiloları 89,34±17,41kg, postoperatif kiloları 88,02±1738kg; preoperatif VKİ 35,55±7,55 kg/m2, postoperatif VKİ 35,08±7,4 kg/m2 olarak ölçülmüş ve istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır. Ayrıca preoperatif Bazal Metabolizma Hızları (BMR) 1609,31±179,17 kcal, postoperatif BMR 1585,63±179,63 kcal; preoperatif vücut yağ yüzdesi (fat%) 42,04±8,54, postoperatif fat% 41,94±6,81; preoperatif yağ kütlesi 38,79±13,62kg, postoperatif yağ kütlesi 38,4±11,77kg; preoperatif yağsız vücut kütlesi (FFM) 50,55±5,11 kg, postoperatif FFM 50,14±5,52 kg; preoperatif Vücut Sıvı Kütlesi(TBW) 37,14±3,64 kg, postoperatif TBW 36,69±4,04 kg olarak ölçülmüştür. CPET cihazı ile yapılan ölçümlerde olguların preoperatif ve postoperatif anaerobik faz(VEAT), maksimal faz(VEMax), öngörülen dakikada ventilasyon miktarlarında (VEPredicted), kullanılan rezerv akciğer kapasitesinde(Breath Rezerv), anaerobik ve maksimal evredeki respiratuar değişim oranlarında (VC02/VO2) (RERAT- RERmax), öngörülen iş yapma kapasitesinde (watt predicted), maksimal ve peak oksijen alımında (VO2AT-VO2max) anlamlı farklılık gözlenmiştir. Olguların preoperatif ve postoperatif kalp hızlarında, kalp atım rezervlerinde istatistiksel anlamlı değişiklik olmazken; MCV ve Hemoglobin değerleri istatistiksel olarak anlamlı derecede azalmıştır. Ayrıca hastalara yapılan BRASS anketinin alt parametreleri olan fiziksel sorunlar, ağrı, fiziksel görünüm, olumsuz benlik kavramı ve sosyal ilişkilerde olumsuzluk değerlerinde de istatistiksel anlamlı sonuç elde edilmiştir.

Sonuç Ve Tartışma: Elde edilen sonuçlar küçültme mamoplastinin hastaların kilolarında, vücut kitle indekslerinde ve bazal metabolizma hızlarında herhangi bir değişikliğe neden olmadığını göstermektedir. Operasyon sonrası vital kapasite değişmemesine rağmen dakikada ventilasyon miktarlarındaki artış, meme küçültme cerrahisinin etkisinin günlük aktiviteler esnasında kullanılan akciğer kapasitesinden çok efor esnasındaki kullanımında belirgindir. Ayrıca olgular operasyon sonrası akciğerlerindeki rezerv volümü de daha etkili bir şekilde kullanmaya başlamışlardır. Bu sonuçlar muhtemelen göğüs kafesi üzerindeki yükün azalmasının göğsün kafesinin ekspansiyonuna daha çok izin vermesiyle ortaya çıkan mekanik etkiyle oluşmaktadır. Böylece soluk hacminde artış meydana gelmiştir. Öngörülen watt'daki artışın ise artan VE sayesinde akciğerlere daha fazla oksijen girmesi sayesinde elde edildiği düşünülmektedir. Olguların, preoperatif ve postoperatif, Maksimal Oksijen Uptake(VO2max) ve Öngörülen Oksijen Uptake (VO2predicted) değerlerindeki anlamlı artışın bir sonucu olarak bireyler daha yüksek iş yüklerine daha uzun süre dayanabilir hale gelmişlerdir.

Anaerobik ve maksimal evredeki respiratuar değişim oranlarında (RERAT- RERmax) bu durumu destekler niteliktedir ve kişilerin oksijen daha çok kullanımına bağlı olarak artmış durumdadır. RER değerlerinin 1'in altında düşme süresindeki anlamlı artışın nedeninin ise postoperatif daha yüksek RERmax değerlerine ulaşılması olarak öngörülmüştür. Hemoglobinin ve MCV değerlerindeki sayısal olarak anlamlı düşüş klinik olarak anemi ile ilişkilendirilemeyeceği için klinik anlam taşımamaktadır. Fakat bu değerlerdeki düşüş ile Vücut Kitle İndeksinin istatistiksel olarak anlamlı değişmemiş olması, postoperatif dönemde solunumsal ve metabolik kazanımların sadece cerrahi ile ilgili olduğu hipotezini daha da kuvvetlendirmiştir. Hastalara preoperatif ve postoperatif yapılan orijinalinde BRASS anketinden elde edilen sonuçlar ise meme küçültme cerrahisinin gigantomasti şikayeti olan bireylerin hayatlarına olan pozitif etkisini net bir şekilde ortaya koymaktadır. Meme küçültme cerrahisinin hastaların hayat kalitesi üzerine olan etkilerini araştıran çok fazla anket, görüntüleme, laboratuvar ve solunum fonksiyon testi analizleri mevcuttur. Fakat bu çalışmada, bahsedilen değerlendirme yöntemlerinin hepsi bir arada değerlendirilmiş ve bunlara ilaveten meme küçültme cerrahisinin solunumsal ve metabolik etkilerini en objektif şekliyle değerlendirmek amacıyla Kardiyopulmoner Egzersiz Testi yapılmıştır. Çalışmamız sonucu meme küçültme cerrahisinin, hastaların estetik görünümüne olduğu kadar, hayat kalitelerine de etkisinin büyük olduğu düşünülmüştür. Kişilerin ameliyat sonrası dönemde solunumsal ve metabolik faaliyetlerini daha iyi kullanabilmeleri sayesinde günlük hayatta daha az yorulmaları veya daha etkin olmaları, daha çok sportif faaliyetlere katılabilmeleri ve daha sağlıklı bir hayat sürdürebilmeleri sağlanmaktadır.

## ABYK-2

### Hyaluronik Asit Enjeksiyonuyla Oluşan Arteriyel Oklüzyonun Hyaluronidaz ve Streptokinaz ile Tedavisi

Özgür Hürkal<sup>1</sup>, Seyhan Çenetoğlu<sup>1</sup>, Serhan Tuncer<sup>1</sup>, Kemal Fındıkçioğlu<sup>1</sup>, Sühan Ayhan<sup>1</sup>, Çiğdem Elmas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş ve Amaç:** Yüz gençleştirme amacıyla uygulanan hyaluronik asit dolgu enjeksiyonları, plastik cerrahide, minimal invaziv işlemler arasında oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Literatürde, dolgunun intravasküler verilmesi sonucunda cilt nekrozları veya periorbital bölgede santral retinalarterembolisi sonucu körlük gelişen olgular mevcuttur. Hyaluronik asitin intraarteriyel enjeksiyonuna bağlı iskemik komplikasyonların tedavisinde dolgu uygulanan bölgeye lokal hyaluronidaz enjeksiyonu önerilmektedir ve bu tedavinin oturmuş bir uygulama şekli ve doz şeması yoktur. Hyaluronidaz enziminin trombolitik ajanlarla birlikte sistemik verilmesinin, ya da hyaluronidazın doğrudan intraarteriyel uygulanmasının etkinliğinin araştırıldığı çalışmalar mevcuttur. Fakat hyaluronidaz enziminin sistemik verilmesinin altın standart tedavi olan doğrudan intraarteriyel verilmesini kıyaslayan çalışma literatürde bulunmamaktadır. Hyaluronik asitin intraarteriyel enjeksiyonuna bağlı ciltte dolaşım bozukluğu durumu veya santral retinal arterin embolisi durumunun tedavisinde sistemik hyaluronidaz enziminin (tek başına veya trombolitik ajanla birlikte) verilmesinin etkinliğinin altın standart tedavi yöntemi olan anjiyografik revaskülerizasyon gibi etkili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamız sistemik tedavi ile altın

standart tedavi olan anjiyografik tedavinin etkinliğini karşılaştırma amaçlı tasarlanmıştır.

**Yöntem ve Gereçler:** Çalışmada 30 adet sıçan kullanıldı. Sıçanlar her grupta 6 adet olacak şekilde 5 gruba ayrıldı. Tüm gruplarda, sağ taraf deney tarafı sol taraf sham kontrol olacak şekilde bilateral superfisiyal epigastrik arter/ven bazlı ada flebi haline getirilmiş kasık flepleri kaldırıldı ve sağ taraftaki kasık fleplerinin arteri mikrokanül kullanılarak hyaluronik asit dolgu ile oklude edildi.

- Grup 1: ek işlem yapılmadı,
- Grup 2: arter oklüzyonundan 45 dakika sonra 2500IU/kg sistemik hyaluronidaz enzimi verildi,
- Grup 3: arter oklüzyonundan 45 dakika sonra oklude olan artere mikrokanül ile 10 IU hyaluronidaz verildi,
- Grup 4: arter oklüzyonundan 45 dakika sonra sistemik 2500IU/kg hyaluronidaz +30.000 IU/kg streptokinaz verildi,
- Grup 5: arter oklüzyonundan 45 dakika sonra oklude olan artere mikrokanül ile 10 IU hyaluronidaz+1000 IU streptokinaz verildi.

Tüm denekler 7. Gün sakrifiye edildi. Tüm kasık flepleri fotoğrafik olarak analiz edildi ve flep nekroz yüzdeleri hesaplandı ve superfisiyal epigastrik arterler histolojik incelemeye tabi tutuldu.

**Bulgular ve Sonuçlar:** Makroskopik Bulgular Deneklerin sol taraf kasık fleplerinde (sham kontrol) nekroz saptanmadı. Grup 1'de (kontrol grubu) 5 denekte kasık fleplerinde %100 nekroz saptandı, 1 denekte ise %58 nekroz saptandı. Grup 2,3,4,5'te total flep kaybına rastlanmadı. Grup 1 deki nekroz ortalaması %93, Grup 2'de %33,97, Grup 3'te %29,86, Grup 4'te %19,38, Grup 5'te %31,35 olarak bulundu. Tüm gruplar incelendiğinde; nekroz yüzdeleri arasında anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Grup 2,3,4,5 kendi arasında tekrar analiz edildi ve nekroz yüzdeleri arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p=0,384$ ). Histolojik Bulgular (Superfisiyal Epigastrik Arter) Sol taraftan alınan sham kontrol grubu: Normal histolojik yapı izlendi.

Grup 1: Lümende hyaluronik asit birikimi, vazokonstriksiyon ve tüm vasküler yapılarda dejeneratif bulgular saptandı.

Grup 2: Lümendeki hyaluronik asit miktarının grup 1'e göre azalmakla birlikte vazokonstriksiyon açısından grup 1'e benzediği gözlemlendi.

Grup 3: Lümende hyaluronik asit gözlenmezken, intraarteriyel enzim enjeksiyonunun; arterin media tabakasının yapısını bozduğu saptandı.

Grup 4: Bu grubun, histolojik özellikleri sağlıklı artere en benzer yapıda olduğu görüldü.

Grup 5: Histolojik bulguları grup 3'e benzerdi. VEGF ve VEGF-a antikorı uygulandığında ise (doku iskemisi); antikor tutulumunun Grup 1,2, 3,ve 5'te grup 4'e göre yüksek olduğu görüldü.

**Tartışma:** Grup 1 deki kasık fleplerinde %100 nekroz olmasına rağmen grup 2-3-4-5'te kısmi nekrozların görülmesi arterin ana gövesinin açık olup, uç dallarında oklüzyon olduğunu göstermektedir. Grupların ortalama nekroz yüzdeleri istatistiksel olarak anlamlı fark olması ve grup 1 çıkarıldıktan sonra 2,3,4,5. Gruplara yapılan istatistiksel analiz neticesinde anlamlı bir fark bulunmaması; sistemik tedavinin etkili olduğunu kanıtlamaktadır. Histolojik olarak Grup 3 ve 5'te arterde dejeneratif bulguların hyaluronidaz enzimine bağlı olduğu ve intravasküler hyaluronik asit oklüzyonunda anjiyografik hyaluronidaz verilmesinin önemli sorunlara yol açacağını düşündürmüştür.

Grup 2'de arter lümeninde az miktarda hyaluronik asit izlenmesi ve kontraksiyonun olması; hyaluronik asite trombüs formasyonunun eklendiğini destekleyip; hyaluronik asitle oluşan okluzyonu çözmede tek başına sistemik hyaluronidaz enziminin yeterli olmadığını kanıtlamaktadır. Grup 4'ün histolojik bulgularının sham kontrol grubuna en yakın olması ve VEGF ve VEGF-a tutulumunun minimal olması da bu hipotezi doğrulayıp; hyaluronik asite bağlı arteriyel okluzyon tedavisinde sistemik hyaluronidaz ve streptokinazın etkili bir tedavi olduğunu kanıtlamaktadır. Sonuç olarak; çalışmamız hyaluronik asit dolu enjeksiyonu majör komplikasyonlarından olan arteriyel okluzyon ve santral retinal arter emboli tedavisinde; sistemik hyaluronidaz ile birlikte trombolitik ajan verilmesi etkinliğinin, anjiyografik revaskülerizasyon kadar iyi olduğunu hatta anjiyografik revaskülerizasyon gibi damar duvarında hasara yol açmadığını göstermiştir.

#### Grup 2,3,4,5 flep nekrozları



çalışma gruplarının flep nekrozları ve hesaplanması

#### Deney Grupları

| GRUPLAR                                       | HYALURONİK ASİT DOLGU ENJEKSİYONU | HYALURONİDAZ ENJEKSİYONU | STREPTOKİNAZ ENJEKSİYONU |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sol taraf kasık flepleri (sham kontrol grubu) | yok                               | yok                      | yok                      |
| 1 (Kontrol grubu)                             | 0,02 cc (intraarteriyel)          | yok                      | yok                      |
| 2 (Çalışma grubu)                             | 0,02 cc (intraarteriyel)          | IV 2500 IU/kg            | yok                      |
| 3(Çalışma grubu)                              | 0,02 cc (intraarteriyel)          | intraarteriyel 10 IU     | yok                      |
| 4(Çalışma grubu)                              | 0,02 cc (intraarteriyel)          | IV 2500 IU/kg            | IV 30.000 IU/kg          |
| 5(Çalışma grubu)                              | 0,02 cc (intraarteriyel)          | intraarteriyel 10 IU     | intraarteriyel 1000 IU   |

#### ABYK-3

#### Kronik Böbrek Hastalığı Olan Sıçanlarda Adipöz Kökenli Stromal Vasküler Fraksiyonun ve Trombositten Zengin Plazmanın Kemik İyileşmesi Üzerine Etkileri

Atilla Adnan Eyüboğlu<sup>1</sup>, Enver Arpacı<sup>2</sup>, Çağrı Ahmet Uysal<sup>1</sup>, Burak Özkan<sup>1</sup>, Abbas Albayati<sup>1</sup>, Nilgün Markal Ertaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Günümüzde her on kişiden birinde herhangi bir seviyede böbrek hastalığına bağlı problemler gözlenmektedir. Kronik böbrek hastalığının (KBH) osteoblast/osteoklast dengesinin bozulması ve mineralizasyonun azalması gibi mekanizmalar ile kemik yapısını bozduğu bilinmektedir. Bu çalışmada, kronik böbrek hastalığı olan sıçanlarda yağ hücresi kökenli kök hücreden zengin stromal vasküler fraksiyonun (SVF) ve trombosit zengin plazmanın (TZP) kemik iyileşmesi üzerine etkisinin araştırılması amaçlandı.

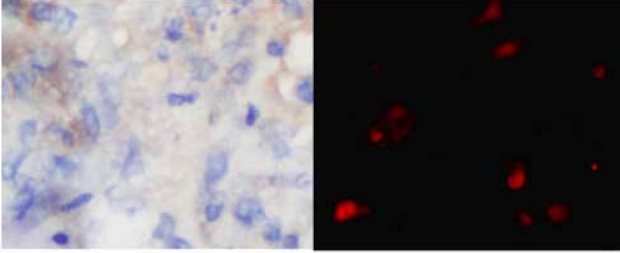
Materyal-Metod: Çalışmada kullanılan 62 adet Sprague-Dawley cinsi erkek sıçan, Grup I (n:12), Grup II (n:12), Grup III (n:12) ve Grup IV (n:16) olmak üzere dört gruba ayrıldı. 10 sıçan SVF ve TZP eldesi için kullanıldı. Sağlıklı kontrol grubu olarak kullanılan Grup I hariç diğer gruplara KBH oluşturmak için cerrahi olarak 5/6 oranında nefrektomi yapıldı. Gruplardaki tüm sıçanların sol femurlarına tur motoru ile kırık oluşturulmasını takiben intramedüller kemik fiksasyonu uygulandı. Grup II sıçanlar KBH kontrol grubu olarak takip edildi. Grup III sıçanların kemik kırığı bölgesine kalsiyum ile jelleştirilmiş TZP verildi. Grup IV sıçanlarının kemik kırığı bölgesine TZP ve SVF tedavisi uygulandı. Sıçanların KBH tanısı ve takibine yönelik, 3 haftalık aralık ile ağırlık ölçümü yapıldı. Deney başlangıcı, 3, 6 ve 12. haftada sıçanların kan hemoglobin, üre ve kreatinin seviyeleri ölçüldü. Kandan kırık öncesi ve sonrası olarak kemik iyileşmesi parametreleri olan parathormon, D vitamini ve Ca bakıldı. Kemik iyileşmesi ve kallus oluşumu, biyomekanik olarak üç nokta bükme testi, radyolojik olarak bilgisayarlı tomografi ve direkt grafi, histopatolojik olarak ve immunohistokimyasal boyama olan osteokalsin ile değerlendirildi. Kök hücrelerin osteoblastik dönüşümü immunofloresan mikroskopunda DiI boyaması ile gösterildi.

Bulgular: Grup II, III ve IV de bulunan KBH'li sıçanların ağırlık değişimi istatistiksel olarak anlamlı olarak bulundu ( $p < 0.05$ ). Morfolojik olarak kallus dokusu miktarı ve kemiğin düzgün iyileşme bulguları sırası ile: Grup IV > Grup III > Grup I > Grup II olarak gözlemlendi. Kemiklerin mekanik dayanıklılıkları sırası ile: Grup IV > Grup III > Grup I > Grup II olarak ölçüldü. Kemik iyileşmesinin radyolojik değerlendirilmesi rakamsal değeri arttıkça iyileşmeyi gösteren modifiye Lane ve Sandru skorlama sistemine göre yapıldı. Skorlama sonuçları: 3.91 ± 0.64 (Grup I), 3.5 ± 0.64 (Grup II), 5.08 ± 1.44 (Grup III), 5.43 ± 0.99 (Grup IV) olarak bulundu. Kortikal kemik iyileşme bölgesinden, kallusun en dış noktasına olan kalınlıklarının ölçülmesi sonucu ortalama kallus kalınlıkları: 2.16 ± 0.51 (Grup I), 1.75 ± 0.50 (Grup II), 2.90 ± 0.26 (Grup III), 3.23 ± 0.41 (Grup IV) olarak ölçüldü. Kemik iyileşmesi skorlama sistemi sonuçları ile ölçülen kallus kalınlıklarının karşılaştırılmasında; skorlama sistemi ile kallus kalınlıkları arasında anlamlı korelasyon gözlemlendi. Deney başlangıcı, 3. hafta, 6. hafta ve 12. haftada alınan kan örneklerinde BUN, kreatinin seviyelerinde yükselme

ve hemoglobin seviyelerindeki düşme anlamlı bulundu. Tüm denek gruplarında kan kalsiyum, PTH ve D vitamini sonuçlarında düşüş gözlemlendi. KBH'lı gruplardaki sıçanlarda kırık öncesi benzer kemik iyileşmesi parametreleri gözükmemekte iken uygulanan TZP ve SVF tedavileri sonrası vitamin ve minerallerdeki azalma daha az oldu. Histopatolojik değerlendirmede kemik dokunun iyileşme skorlaması (Allen skorlaması) sonuçları  $4.71 \pm 0.99$  (Grup I),  $4.17 \pm 0.62$  (Grup II),  $5.17 \pm 0.90$  (Grup III),  $5.38 \pm 0.88$  (Grup IV) olarak bulundu. Kemik dokunun mineralizasyon miktarları  $1.43 \pm 0.49$  (Grup I),  $1.33 \pm 0.47$  (Grup II),  $1.50 \pm 0.50$  (Grup III),  $1.68 \pm 0.49$  (Grup IV) olarak bulundu. Kemik dokunun osteoklasın ile boyanma yoğunluklarına göre  $1.43 \pm 0.49$  (Grup I),  $1.33 \pm 0.47$  (Grup II),  $2.17 \pm 0.37$  (Grup III),  $2.38 \pm 0.49$  (Grup IV) olarak bulundu. Kemik hücrelerinin osteoklasın ile boyalı preparatları aynı kesitlerin DiI boyaması ile karşılaştırıldı. Adipoz kaynaklı kök hücrelerin kemik hücresine dönüşümü gösterildi (Şekil 1).

**Sonuç:** Çalışmamızda kronik böbrek hastalığının kemik iyileşmesine olan olumsuz etkilerinin TZP ve SVF tedavileri ile mekanik, histolojik, radyolojik ve biyokimyasal olarak daha olumlu parametreler elde edilebileceği gösterildi. Kemik kırığı sonrası oluşan kallus dokusunun kalınlığı kemik dokunun iyileşme sürecini uzatsa da geç dönemde daha sağlam kemik oluşumuna öncül olacağı gösterildi. KBH hastalarında kemik iyileşmesinin hızlandırılması ve regüle edilmesi amacı ile mezenkimal kök hücre uygulanması sonrası hayvan çalışmalarında elde edilen olumlu sonuçların klinik uygulamada benzer etkileri gösterebileceği düşüncesindeyiz

**Şekil 1**



Preparatların osteokalsin ile immunohistokimyasal boyaması (x200 ışık mikroskopi) ve DiI boyalı hücrelerin gösterilmesi (x200 immunofloresan mikroskopi)

#### ABYK-4

#### Non Sendromik Kraniosinostozlarda Yeni Morfometrik Ölçümler - İkizkenar Üçgen Modelinde Preop Değerlendirme ve Postop Takip

Muhammed Gafarov, Gökhan Tunçbilek  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Kraniosinostoz kraniuma ait sütürlerden bir veya fazlasının erken kapanmasıdır. Patolojik olarak bu süreç 2000 ile 2500 canlı doğumda 1 izlenmektedir. Kraniosinostozlar izole ve sendromik alt gruplarda değerlendirilmekte olup, %70'ini non-sendromik kraniosinostozlar oluşturmaktadır. Hem metopik sütür hem de koronal sütür sinostozlarının tedavisinde uygulanan fronto-orbital ilerletme; ön kranial kubbeyi ve orbitanın üst kısmını öne doğru hareketlendirerek genişletmektedir. Çalışmalarda frontoorbital bölgenin ilerletme miktarı, supraorbital barın ne kadar genişletilmesi gerektiğine dair veriler belirtilmemiş olup ortak bir fikir

birliği yoktur. Çalışmamızda tarafımızdan tanımlanan 2 farklı yeni ölçüm olan oksipitosfenoidal mesafe ve orbito-oksipital açı ile frontoorbital bölgenin ilerletme miktarı, supraorbital barın ne kadar genişletilmesi gerektiği gibi ölçümler, preop planlama ve postop takipteki sonuçlar ile beraber değerlendirilmiştir.

**Yöntem:** Kliniğimizde 2008-2015 yılları arasında aynı cerrah tarafından opere edilmiş, 46'sı non-sendromik metopik sütür ve 27'si tek taraflı koronal sütür sinostozu tanısı alan toplam 73 hasta değerlendirilmeye alınmıştır. Hastaların orbito-oksipital açı ve oksipito-sfenoidal mesafe ölçümleri yapılarak yaş gruplarına uygun kontrol grubuyla karşılaştırma yapılmıştır. Ayrıca 10 metopik sinostoz ve 10 tek taraflı koronal sinostoz, toplam 20 hastada preop ve postop aynı ölçümler yapılarak tedavi sonrası sonuçları değerlendirilmiş ve hastaların postop ölçüm yapıldığı yaş grubuna uygun kraniosinostoz olmayan sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırma yapılmıştır.

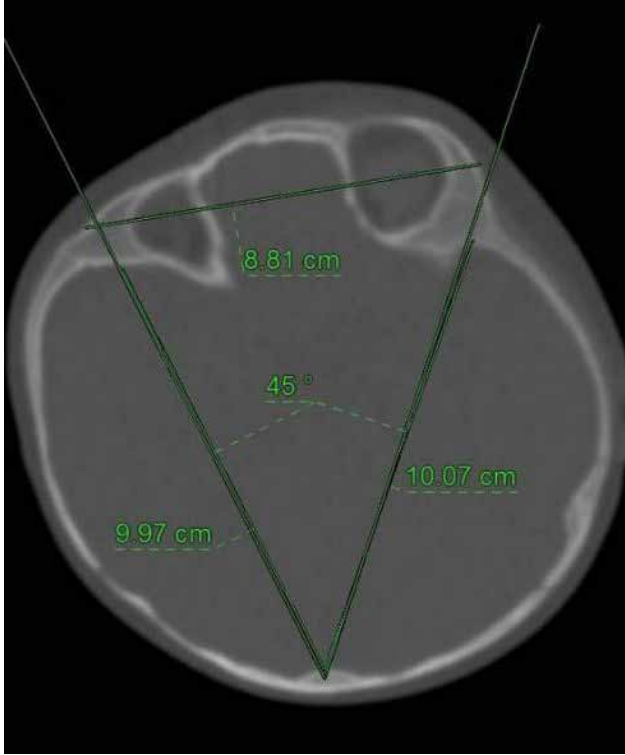
**Teknik:** Ölçümler 2 boyutlu BT horizontal kesitinde tanımlanmış ve ikizkenar üçgen modelinde uygulanabilen ölçümlerdir. Görüntülemeler standart kraniyofasiyal BT protokolüne uygun olarak çekilmiştir. Ölçümler orbita tavan ve sfenoid kemiğin büyük kanadının ön üst noktasından geçen kesitte yapılmıştır. Bu kesitteki orbita tavan ve sfenoidal kemiğin büyük kanadının ön-üst noktası ameliyatta bizim supraorbital barın kaldırılması için gereken osteotomi hatlarıyla aynı noktaları oluşturmaktadır. Ameliyatta supraorbital barın ilerletme miktarını ve genişliğini bu noktaları referans olarak değerlendirmekteyiz. Ölçümlerimiz oksipitosfenoidal ölçüm-orbita tavanından geçen kesitte oksipital kemik protuberansının iç çıkıntılı noktasıyla sfenoid kemiğin büyük kanadının anterosuperior noktasını birleştirmektedir. Diğer ölçü parametremiz orbito-oksipital açı; aynı horizontal kesitte bilateral orbita duvarının en üst-dış noktaları ve oksipital kemiğin iç çıkıntılı noktası arasında açı hesaplanmasıdır. Bilateral orbital üst-dış noktalar arası mesafe interorbital mesafeyi temsil etmekte, ve işaretlediğimiz 3 nokta tarafından oluşturulan üçgenin tabanını oluşturmaktadır.(resim)

Ameliyat öncesi trigonosefali grubunda ortalama yaş 17 ay (10-28ay), plagiosefali grubunda 14 ay (8-24 ay) ve kontrol grubunda 16 ay (6 -23 ay) olarak saptandı. Ameliyat öncesi 'orbito-oksipital açı' trigonosefali grubunda ortalama 37°, 'oksipito-sfenoidal mesafe' sağ tarafta 10,4 cm, sol tarafta 10,36 cm dir. Plagiosefali grubunda 'orbito-oksipital açı' ortalama 44,8° 'oksipitosfenoidal mesafe' sağ tarafta 10,38 cm, sol tarafta 9,8 cm olarak saptandı. Kontrol grubunda 'orbito-oksipital açı' ortalama 42°, 'oksipitosfenoidal mesafe'sağ tarafta 10,3 cm, sol tarafta 10,27 cm olarak tespit edildi. 20'si kraniosinostoz, 20'si kontrol grubu olmakla 40 çocukta ameliyat sonrası değerlendirme sonucu; trigonosefali grubunda ortalama yaş 90 ay (60-118 ay), plagiosefali grubunda 95 ay (50-140 ay), kontrol grubunda 103 ay (78-147 ay) olarak saptandı. Ameliyat sonrası 'orbito-oksipital açı' trigonosefali grubunda ortalama 40,5°, 'oksipitosfenoidal mesafe' sağ tarafta 12,3 cm sol tarafta 12,36 cm dir. Plagiosefali grubunda 'orbito-oksipital açı' ortalama 41°, oksipitosfenoidal mesafe sağ tarafta 11,63 cm, sol tarafta 11,38 cm dir. Kontrol grubunda 'orbito-oksipital açı' ortalama 42°, oksipitosfenoidal mesafe sağ tarafta 11,3 cm, sol tarafta 11,27 cm dir

**Sonuç:** Tarafımızdan orbito-oksipital açı ve oksipitosfenoidal mesafe gibi kranial morfometrik ölçümler tanımlanmıştır ve bu ölçüm değerlerinin normal sağlıklı yaş grubunda sabit olduğu belirlenmiştir. Ameliyat edilen hastaların geç dönem ölçümlerinin sağlıklı yaşdaşları ile benzer olduğu saptanmış, kullanılan ameliyat yöntemi ile istikrarlı ve öngörülebilir sonuçlar alındığı gösterilmiştir. Frontoorbital ilerletme planlanan kraniosinostoz hastalarında bilateral

okspitosfenoidal mesafeler frontoorbital barın ne kadar ilerletilmesi gerektiğini, orbito-okspital açının ikizkenar üçgende tepe açısı olarak okspitosfenoidal mesafe değerine göre interorbital mesafeyi, yani supraorbital barın ne kadar genişletileceğini planlamada kullanışlı olduğunu düşünmekteyiz. Bu ölçümlerin hem preop planlama ve postop takipte bilgisayarlı tomografi üzerinden yapılabilmesi, hem de ikizkenar üçgen modelinin intraop referans noktaları olarak kullanılabilir olması önemli avantajlardır.

### Tek taraflı koronal sinostoz olgusunda orbito-okspital açı, okspitosfenoidal mesafe ve interorbital mesafe



#### ABYK-5

### Geniş ve Tam Kat Burun Defektlerinin Serbest Flep, Kıkırdak Greft ve Alın Flebi Kombinasyonu ile Çok Aşamalı, Üç Boyutlu, Fonksiyonel ve Estetik Rekonstrüksiyonu

Nuh Evin<sup>1</sup>, Osman Akdağ<sup>1</sup>, Mehtap Karamişe<sup>1</sup>, Çağdaş Elsürer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Konya

**Giriş:** Burun, yüzün estetik ve fonksiyonel bir ünitesidir. Geniş bir yüzey, 6 farklı alt ünite ve bu üniteleri destekleyen ayrı kıkırdak ve kemik çatıya sahiptir.<sup>1</sup> Burun bölgesi defektleri genellikle cilt kanseri, travma, konjenital malformasyon ve diğer etkenlere bağlı olarak gelişmektedir.<sup>2</sup> Tam kat burun defektlerinin onarımında deri greftleri, kompozit greftler, septal mukoza flepleri, nazolabial flepler, menteşe flepler ve alın flepleri tek başına

ya da birlikte daha önce kullanılmıştır. Ancak, bu fleplerle yapılan klasik onarım yöntemleri, geniş burun defektine sahip olan hastalarda estetik ve fonksiyonel açıdan yetersiz kalmaktadır.<sup>3,4</sup> Başarılı bir burun rekonstrüksiyonu için ince, esnek, hava yolunu daraltmayan vestibüler mukoza; kollaps, skar kontraktürü, ve distorsiyona dirençli iyi desteklenmiş burun çatısı; doku ve renk uyumu benzer olan örtücü bir cilt gereklidir.<sup>2,4,5</sup> Menick ve Burget bu amaçla geniş ve tam kat burun defektlerinin onarımında serbest radial ön kol flebini (SRÖF) alın flebiyle kombine ederek çok aşamalı rekonstrüksiyonu tanımlamışlardır.<sup>4,5</sup> Bu çalışmada, vestibüler mukoza, kıkırdak çatı ve örtücü doku eksikliği olan geniş burun defektli olgularının SRÖF, kıkırdak greft, alın flebi kombinasyonu ile çok aşamalı rekonstrüksiyonu ve klasik yöntemler kullanılarak tek aşamalı onarım yapılan hastalarla burun form ve fonksiyonu açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:** 2012 ve 2016 yılları arasında, geniş ve tam kat burun doku defektli nedeniyle opere edilen 16 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışma grubunda SRÖF, kıkırdak greft ve alın flebi kombinasyonu ile çok aşamalı burun rekonstrüksiyonu yapılan 8 hasta vardı. Kontrol grubuna ise benzer etiyoloji ve özelliklere sahip lokal flep, kıkırdak greft ve alın flebi ile tek aşamalı onarım yapılan hastaların rastgele seçilen 8'i dahil edildi. Hastaların tamamında vestibüler mukoza, kıkırdak ve örtücü dokuda kolumellayı da içeren geniş ve tam kat doku defektli mevcuttu. Çalışma grubu hastalarında burun defektlerine ilave 2 hastada yanak, 1 hastada nazolabial bölge ve 1 hastada üst dudakta eşlik eden doku defektli mevcuttu.

#### Cerrahi teknik:

1. Aşama: Tümör ya da skarlı ve hasar görmüş dokular eksize edilerek gerçek defekt ortaya çıkarıldı. Vestibüler mukoza ve kolumella defektleri için, defekte özel tasarlanmış iki cilt adası içeren SRÖF kaldırıldı. Burun çevresi yüz defektli olan hastalarda flebe üçüncü bir cilt adası (F flebi) eklendi. (Resim 1) SRÖF'nin vestibüler defekt için planlanan parçası (L flebi) ters çevrilerek defekt yan kenarlarına suture edilirken, kolumellar defekt için planlanan parçası (C flebi) ikiye katlanarak olası burun tipi ve tabanı arasına suture edildi. Pedikül, fasiyal arter ve eksternal juguler venin dallarına anastomoz edildi. Ters çevrilen L flebinin üzeri kısmi kalınlıkta deri grefti (KKDG) ile; SRÖF'nin donör alanı kollajen elastin matrix (Matriderm®) ve KKDG ile kapatıldı.
2. Aşama: 4 hafta sonra L flebi üzerindeki KKDG eksize edildi; L ve C fleplerine inceltme yapıldı. Burun çatısını oluşturmak amacıyla kostal kartilaj kaynaklı kıkırdak greft yerleştirildi ve paramedian alın flebi ile burun örtücü dokusu yeniden rekonstrükte edildi. Alın flebi donör alanı sekonder yara iyileşmesine bırakıldı.
3. Aşama: 4 hafta sonra alın flebi burun dorsumundan kısmi kaldırılarak içeriğindeki areolar doku, frontal kas ve yağ dokusu eksize edildi, inceltilecek flep tekrar dorsuma adapte edildi.
4. Aşama: 3 hafta sonra alın flebi burun tipi, alar rim ve kolumellar bölgeden kaldırılarak kıkırdaklar şekillendirildi ve flep inceltildi.
5. Aşama: 3 hafta sonra alın flebi pedikülünden ayrıldı ve inceltme işlemi tekrarlandı. Takiplerde alt ünitelere gereken revizyon cerrahileri yapıldı. Çalışma ve kontrol grubu hastaları 12. ay kontrollerinde estetik ve fonksiyonel açıdan karşılaştırıldı. Estetik sonuç değerlendirmesi için "hasta memnuniyet skalası (-1: memnun değil; 3: mükemmel)" ve iki bağımsız plastik cerrah tarafından "estetik burun değerlendirme" yapıldı. Fonksiyonel değerlendirme için "akustik rinometri (0.4 cm<sup>2</sup> minimal kesit alanı=MKA; burun tıkanıklığı için kritik değer)" uygulandı. Ek olarak çalışma grubuna, SRÖF kaldırılan ekstremitenin ön kol skarının değerlendirilmesi için "Hasta ve Gözlemci Skar Değerlendirme Skalası (POSAS; iyi skar < 3 puan)", fonksiyon kaybının değerlendirilmesi için "kol, omuz ve el

sorunları hızlı anketi (Quick DASH)" uygulandı.

**Resim 1**

Bulgular: Çalışma grubunda, heminazal (2), totale yakın (4) ve total (2) burun defektine sahip hastalar olup; etiolojide melanoma dışı cilt kanserleri (5), travma (1) ve ateşli silah yaralanması (2) vardı. Hastaların 1'i kadın 7'si erkekti, ortalama yaşları 49.8'di (17-80), ortalama cerrahi sayısı 7.1'di (8-5). Kontrol grubunda, heminazal (6) ve totale yakın (2) burun defektine sahip hastalar olup; etiyojileri çalışma grubu ile benzerdi. Hastaların 3'ü kadın 5'i erkekti, ortalama yaşları 44.5'idi (24-82). Alın flebi pedikül ayrılması hariç ortalama cerrahi sayısı 1 olup, toplam cerrahi sayısı 8'di. Hastaların cerrahi sonrası takip süreleri ortalama 14 aydı (12-17).

Memnuniyet skala derecelendirmesinde, çalışma grubunda estetik sonuçlar mükemmel (3 puan) olarak değerlendirildi ve kontrol grubuna göre (1.8 puan) fark istatistiksel olarak anlamlıydı. ( $p < 0,05$ ) İki bağımsız plastik cerrah tarafından yapılan estetik burun değerlendirilmesinde, çalışma grubu kontrol grubuna üstündü ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı. ( $p < 0,05$ ) Akustik rinometri ölçümlerinde, çalışma grubunda hava yolu tıkanıklığı görülmedi; çalışma grubu ortalama MKA değeri (0.99) ile kontrol grubu değeri (0.38) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. ( $p < 0,05$ ) Çalışma grubu hastalarında, ön kol skarlarının POSAS hasta ve gözlemci değerleri 3 puanın altındaydı; Q-DASH puanlarının cerrahi öncesi değerlerle aynı olduğu ve ekstremitelerde fonksiyon kaybı olmadığı görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Geniş ve tam kat burun rekonstrüksiyonunda, SRÖF burun vestibülünün fonksiyonel restorasyonu ve eşlik eden fasiyal defektlerin onarımı için tek pedikül üzerinde ayrı ayrı cilt adaları hazırlamaya imkan sağlayan benzersiz aksial yapıdadır.<sup>4</sup> Lokal flep seçenekleriyle yapılan tek aşamalı onarımlarda burun vestibülünün sahip olduğu yeterli doku ve ince yapıya ulaşmak zor; skar, kontraktür ve doku kitlesine bağlı hava yolu daralması ve burun distorsiyonu ise kaçınılmazdır.<sup>2,5</sup> SRÖF ile onarılan çalışma grubu hastalarında burun fonksiyonu sonuçlarının daha iyi olması; burun vestibülünün birbirinden bağımsız, skar ve kontraktür oluşumuna izin vermeyen, ince ve yeterli dokularla onarılmasına bağlanmıştır. SRÖF ve alın flebinin kombine edildiği çok aşamalı burun rekonstrüksiyonu, burun form ve fonksiyonunun devamlılığının sağlandığı, üç boyutlu onarıma imkan veren ve tatminkar estetik sonuçları olan güvenilir bir yöntemdir.



Radial ön kol flebi üzerinde 3 ayrı cilt adasının planlanması; kolumella defekti için C flebi, burun vestibülü defekti için L flebi, eşlik eden yüz defekti için F flebi.

#### ABYK-6

#### D Vitamini Eksikliğinin Hipertrofik Skar Oluşumu Üzerine Etkisi

İlker Uyar, Bilsev İnce, Mehmet Dadacı  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

Giriş: Yapılan her cerrahi işlemde hasta ve hekimlerin beklentisi skarın olabildiğince belirsiz olmasıdır. Skar dokusu atrofik olabileceği gibi hipertrofik ya da keloid tiplerinde de oluşabilir. Hipertrofik skarın (HS) fizyopatolojisinde hastaya ait genetik, cilt tipi, dermis kalınlığı gibi yapısal nedenler ve gecikmiş epitelizeasyon, gerilim ve skarın lokalizasyonu gibi cerrahiye bağlı nedenler suçlanmıştır. Ancak literatürde skarın oluşma sebebini tam olarak açıklayan bir çalışma yoktur.

Skarın azaltılması için cerrahi sırasında atravmatik şekilde çalışılması, yarada yabancı cisim, hematoma, enfeksiyon olmaması, yaranın primer kapatılması, gergin kapatılmaması önerilmektedir. Cerrahi sonrası ise yara bakımının tam yapılması, dikişlerin uygun zamanda alınması ve güneş ışığından korunulması önerilmektedir.

## Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

### 39. Ulusal Kurultayı

Tüm bu öneriler yapıldığında skarı belirleyen en önemli faktörlerden biri hastanın genetik özellikleridir. HS koyu ciltli kişilerde, Asya ve Afrika kökenli kişilerde daha yaygındır.

Yağda eriyen vitaminlerden olan D vitamini, endojen olarak sentezlenebilen bir grup steroldür. Başlıca etkisi kalsiyum-fosfor metabolizması ve kemik mineralizasyonu üzerinedir. Serum D vitamin seviyesinin 25 ng/ml'nin altı olması D vitamin eksikliği olarak tanımlanmaktadır. D vitamin eksikliğinin yaygın kanserler, kardiyovasküler hastalıklar, metabolik sendrom, enfeksiyöz ve otoimmün hastalıklar ile ilişkisi olduğu ileri sürülmüştür. D vitamin eksikliğiyle pek çok farklı hastalığın ilişkisi bildirilmesine karşın literatürde HS'la birlikteliği üzerine yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmadık.

Bu çalışmada HS olan hastalarda, D vitamini eksikliği ile HS ilişkisinin belirlenmesi ve D vitamini eksikliği olan hastalarda replasman tedavisinin HS gelişimi üzerindeki etkisini araştırmak amaçlandı.

**Hastalar ve Yöntem:** 2013-2016 yılları arasında polikliniğimize HS ile başvuran hastalar çalışmaya alındı. Ekstremit ve gövdede cerrahi sonrası suturize edilmiş açık yarası ve buna bağlı lineer HS olan, 10-45 yaş arasındaki hastalar çalışmaya dahil edildi. Kollajen doku hastalığı, diyabetes mellitus, keloid, nörolojik ve psikiyatrik hastalığı olanlar ile sigara, alkol veya ilaç kullanan hastalar çalışmaya alınmadı. Yine puberta döneminde ve gebe olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışma iki aşamada planlandı. İlk aşamada polikliniğe HS şikayetiyle gelen hastaların tamamında D vitamin düzeyi ölçülerek sigara kullanımı, aile öyküsü, dermatolojik ve sistemik hastalık varlığı, sistemik/topikal ilaç kullanımı sorgulandı. Fitzpatrick sınıflamasına göre deri tipi belirlendi, skar boyutları skarın en geniş olduğu yerden ölçülüp kayıt altına alındı. Ardından D vitamini düzeyi 25ng/ml'den düşük olup travma üzerinden en az 1 yıl geçmiş lineer skarı olan 50 hasta rastgele randomizasyon tekniğine göre 3 gruba ayrıldı. 1.grup: Hiçbir medikal ve cerrahi tedavi almayan hastalar 2.grup: Sadece D vitamini replasmanı yapılan hastalar 3.grup: D vitamini replasmanı sonrası cerrahi eksizyon ve sutureasyon yapılan hastalar

2. ve 3.gruplarda D vitamini replasmanı, oral 2000 ü/gün D vitamini verilerek yapıldı. 1.ayın sonunda her iki grupta da D vitamini düzeyinin 25 ng/ml'nin üzerine çıktığı yapılan laboratuvar ölçümlerinde doğrulandı. Ardından 3.gruptaki hastalara lokal anestezi altında skar revizyonu yapıldı. Skar revizyonu yapılan hastalarda sutureasyon 3/0-4/0 monofilament absorbable dikiş materyalleriyle subkutan olarak gerçekleştirildi. Günlük kapalı pansuman uygulandı ve suture materyali yara içine gömüldüğü için alınmadı. Tüm cerrahi işlemler tek cerrah tarafından gerçekleştirildi. Hastaların D vitamini düzeyi 1., 3., 6. ve 12.aylarda ölçüldü, skarların fotoğrafları çekildi ve ölçümleri yapıldı. Skarların ameliyat öncesi ve 1.yıl sonundaki fotoğrafları randomizasyon hakkında bilgisi olmayan üç farklı plastik cerrah tarafından 'Observer Scar Assessment Scala'ya göre değerlendirildi. Üç plastik cerrahın verdiği puanların ortalaması alınarak skar skoru belirlendi.

Postoperatif skar genişliği ve skar skoru istatistiksel olarak değerlendirildi. P<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmanın ilk aşamasında HS şikayetiyle başvuran 84 hastanın (45 erkek, 39 kadın), yaş ortalaması 28.6 ve D vitamin seviyesi ortalama 16.6 ng/ml idi. İkinci aşamaya dahil edilen 50 hastanın (26 erkek, 24 kadın), yaş ortalaması 29.9 ve D vitamin seviyesi ortalama 15.4 ng/ml

idi. Her grupta 17 hasta yer aldı. 3.grupta alt ekstremitede revizyon sonrası erken mobilizasyona bağlı dehisens gelişip pansumanla sekonder olarak iyileşen hasta çalışmadan çıkarıldı. Cerrahi yapılan hastaların 5'inde skar gövdede, 12'sinde ekstremitede idi. Hastaların deri tipi Fitzpatrick sınıflamasına göre 16 hastada tip 4 ve 34 hastada tip 3 olarak belirlendi. Hastalar ortalama 12 ay süre ile takip edildi.

1.grupta skarların genişliği ortalama 1.7cm ve 2.grupta 1.8cm iken, 3.grupta ortalama 1.6cm idi. 12.ayda 1. ve 2.gruplarda skar genişliğinde herhangi bir fark saptanmazken 3. grupta skar genişliği ortalama 1.2cm olarak ölçüldü (Resim 1). Başlangıçta 1.grupta skar skoru 20, 2.grupta 18, ve 3.grupta 18 idi. 12 ay sonra skar skoru 1.grupta 20, 2.grupta 18 ve 3.grupta 16 olarak hesaplandı.

Çalışmamızda HS ve D vitamini düşüklüğü arasında istatistiksel olarak anlamlı birliktelik saptandı(P<0.05). Grup 3'de skar genişliğinde istatistiksel olarak anlamlı azalma vardı(P<0.05). Gruplar arasında skar skoru karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark yoktu(P>0.05).

**Tartışma:** Dünya üzerinde yılda 55 milyonu elektif, 25 milyonu acil operasyonlara sekonder olmak üzere yaklaşık 80 milyon kişi cerrahi insizyon skarına sahip olmaktadır. Cerrahi müdahale sonucunda oluşan yara ve iyileşmesini takiben gelişen skar dokusu derinin fonksiyonunun bozulmasına, estetik kaygılara ve psikolojik strese yol açabilen bir durumdur.

Yara iyileşmesinde inflamasyon, proliferasyon fazlarını maturasyon takip eder. Maturasyon evresi bir yıl içinde tamamlanır. Bu nedenle çalışmaya skar oluşumunun üstünden en az bir yıl geçen hastalar alındı.

Kullanılan dikiş materyali hücrel immün reaksiyonu tetikleyerek yara iyileşmesini etkileyebilir. Monofilament absorb edilebilen sentetik biopolimerler reaksiyona en az yol açan dikiş materyalleridir. Ancak absorbe olan ve olmayan dikiş materyalleri arasında uzun dönemde kozmetik açıdan anlamlı farklılık görülmemiştir. Çalışmamızda monofilament absorb edilebilen dikiş materyali kullanıldı.

Yara iyileşme sürecinde enfeksiyon ve hematoma oluşumuna bağlı ekstrasellüler matriks proteinleri üretiminin artması veya yıkımın azalması HS oluşumuna yol açabilir. Cerrahi uygulanan hastalarımızın hiçbirinde enfeksiyon ve hematoma görülmedi.

Çalışmamızda hastalarda HS ve D vitamini düşüklüğü arasında güçlü bir birliktelik saptandı. Ancak sadece D vitamini replasmanın yapıldığı grup 2'deki hastalarda skar genişliği ve skar skorunda herhangi bir değişim gözlenmedi. Bunun sebebi D vitamin tedavisi verilmeye başlandığı zamanda HS'nin zaten gelişmiş olması olabilir. Skar revizyonu planlanan hastalarda cerrahi müdahale öncesinde D vitaminin normal düzeye çıkmasının skar genişliğinde ortalama 4mm azalma sağladığı gözlemlendi. Ancak bu incelemeye karşın skar skorunda istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı. Bunun nedeni HS gelişiminde rol oynayan, çalışmamızda kontrol edemediğimiz genetik özellikler, skar lokalizasyonu vb faktörlerin varlığı olabilir.

HS olan hastalarda D vitamini eksikliğinin de mevcut olduğunu yaptığımız çalışmada tespit ettik. D vitamin replasmanı yapılması skarın genişliğini etkilese de skarın farkedilebilirliğine etkisi yoktu. D vitamini eksikliği bulunan HS'lı hastalarda skar revizyonu öncesi D vitamini düzeyinin 25 ng/ml'nin üzerine çıkarılması skar genişliğinin azaltılmasına yardımcı olabilir.

**Resim 1**



*Grup 3'te ameliyat öncesi ve sonrası skar görünümü*

***UZMAN ARAşTIRMA  
YARIřMASINA  
BAşVURAN BİLDİRİLER***



## UY-01

### Canlı İnsan Kosta Greftinde Eğrilme Açıları Ölçümü; Deneysel Çalışma

Safvet Örs

Amaç; Bu deneysel çalışmada, total nasal çatı onarımı nedeniyle opere edilen hastalardan arta kalan farklı kalınlıkta ve farklı orijinden alınan kondral ve osteokondral greftlerin fiziksel özellikleri gözlenmiş, çeşitli zaman aralıklarında eğrilme açıları ölçülmüştür. Elde edilen bulgular daha önce yayınlanmış hem kadavra hemde hayvan modellerindeki sonuçlar ile karşılaştırılmıştır.

Materyal metod; 2000-2017 yılları arasında toplam 130 hastada kosta grefti ile nasal çatı rekonstrüksiyonu yapıldı. Kosta-kondral greftler genellikle sağ yan 5. kostadan klasik bilinen yöntemle alındı. Kostaların üst kısmı; üst periferel(UPP), alt kısmı; alt periferel(LPP), orta kısmı; sentral bölüm(CP) olarak adlandırıldı. Greftler 11 numara bistüri ile uzun eksene paralel antero-posterior planda kesildi. UPP, CP ve LPP tan 0,5 ile 5 mm arası çeşitli kalınlıklarda osteokondral ve kondral greftler hazırlandı. Hastalar için gereken greftler kullanıldıktan sonra her hastadan arta kalan 1-2 adet greft deneysel çalışma için kullanıldı. Greftlerin perikondriuma uzaklığına göre sentral ve periferel olmak üzere iki ana gruptan, greft kalınlıklarına göre 8 alt gruptan oluşan bu çalışmada toplam 48 adet osteokondral ve kondral greftlerin eğrilme açıları tek tek ölçüldü. Erken dönem ölçümler sıfır, 30. ve 60. dakikada yapılırken geç dönem ölçümler 24 saat ve bir hafta sonra yapıldı. Greftler bu süre boyunca uygun ortamda saklandı.

Sonuç; Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde üç yönlü tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanıldı. 1-3 mm arasındaki kalınlıktaki periferel orijinli greftlerde sentral orijinlilere göre 30. dakikadan önce anlamlı fark yokken( $P>0.05$ ), 30. dakikadan sonraki tüm zaman dilimlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark vardı( $P<0.05$ ). 4 mm den daha kalın sentral ve periferel orijinli greftlerde tüm zaman dilimlerinde belirgin eğrilme açısı gözlenmedi( $P>0.05$ ). 1 mm den ince sentral orijinli greftlerde eğrilme açıları tüm zamanlarda anlamlı fark yokken( $P>0.05$ ), periferel orijinlilerde anlamlı fark vardı( $P<0.05$ ). Hem bizim çalışmamız hem de önceden yapılan çalışmalar incelendiğinde RG'lerde periferel kısımdan sentrale gidildikçe greft kalınlıklarına bağımlı olarak stres kuvvetlerinin dengelenmesi sonucu kartilaj da eğrilme azalmaktadır.

## UY-02

### Random Fleplerin Yaşamsallığını Artıran Yeni Bir Ajanımız Mı Var?

Hakan Uzun, Ozan Bitik, Mert Çalış, Dicle Yaşar Aksöyler, Galip Gencay Üstün, Kemal Kösemehmetoğlu, Ali Emre Aksu

Amaç: Sigara kullanımı fleplerin dolaşım bozukluğunun en önemli sebeplerinden birisidir. Sigara, endotel bağımlı vazodilatasyonu inhibe eder, nitrik oksit biyoaktivitesinde azalmaya neden olur.  $\alpha 4\beta 2$  nikotinik asetilkolin reseptör parsiyel agonisti olan vareniklin, nikotinün  $\alpha 4\beta 2$  reseptörlerine bağlanmasını engelleyerek nikotin inhalasyonunun ödüllendirici etkilerini azaltır. Yakın dönemde vareniklin tedavisiyle sigara bırakmanın vasküler endotelial fonksiyon üzerine yararlı etkilerinin olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmadaki amacımız, nikotin verilmiş ve verilmemiş sıçanlarda vareniklin tedavisinin deri fleplerinin mikrodolaşımı üzerindeki etkilerini araştırmaktır.

Yöntem: Toplam 24 sıçan her grupta 6 sıçan olacak şekilde dört gruba ayrıldı. Kontrol grubundaki sıçanlara 3 hafta boyunca derialtı serum fizyolojik enjeksiyonu yapıldı. İkinci gruptaki sıçanlara 3 hafta boyunca derialtı nikotin enjeksiyonu yapıldı. Üçüncü gruptaki sıçanlara 3 hafta boyunca intraperitoneal vareniklin enjeksiyonu yapıldı. Dördüncü gruptaki sıçanlara 3 hafta boyunca nikotin ve vareniklin tedavisi beraber uygulandı. Üçüncü haftanın sonunda tüm gruplardaki sıçanların gövdelerinin dorsalinden 4x10 cm'lik distal bazlı random deri flepleri kaldırıldı. Bir hafta daha gruplar kendi tedavilerini aldıktan sonra mikroanjyografi ve histolojik analiz için sıçanlar sakrifiye edildi.

Bulgular: Ortalama flep nekrozu; Nikotin grubunda % 49,2 ( $\pm 4,71$ ), Vareniklin grubunda % 9,2 ( $\pm 0,59$ ), Nikotin-Vareniklin grubunda % 22,4 ( $\pm 1,23$ ) olarak hesaplandı. Ortalama flep nekrozu Nikotin grubunda diğer gruplara göre anlamlı ölçüde yüksekti ( $p<0.008$ ). Ortalama flep nekrozu Nikotin-Vareniklin grubunda Vareniklin grubuna göre anlamlı ölçüde yüksekti ( $p<0.008$ ). Ancak kontrol grubu ve Nikotin-Vareniklin grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p= 0,934$ ). Mikroanjyografik bulgular da gözlem bulgularımız ile aynıydı. Damarlanma, Nikotin grubunda en düşük, Vareniklin grubunda en yüksekti. Histolojik olarak Nikotin grubunda damar çapında ve sayısında azalma, yaygın inflamatuvar hücre birikimi ve ülser belirgindi. Vareniklin grubunda kollajen liflerinin düzenli organizasyonu ve damarlanmada artış göze çarpıyordu.

Sonuç: Çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler ışığında vareniklinin random deri fleplerinin yaşamsallığını artırdığını söyleyebiliriz. Vareniklinin etkinliğinin prospektif randomize klinik çalışmalarla araştırılmasının, özellikle sigara içen hastalarda, yüz germe ve abdominoplasti gibi random flep yaşamsallığının önemli olduğu ameliyatlarda karşılaşılan flep nekrozlarının azaltılmasına katkıda bulunacağı kanaatindeyiz.

## UY-03

### Venlerde Ezilme - Sıyrılma Modeli Yaralanma Sonrasında Arter Ve Ven Grefti İle Onarım Karşılaştırılması; Deneysel Çalışma

Selami Serhat Şirvan, Fatih Irmak, Işıl Akgün Demir, Dağhan Dağdelen, Kamuran Zeynep Sevim Aytağ, Ayşim Özağar, Ayşin Karasoy Yeşilada

Giriş: Gelişen sanayi ve endüstriyle birlikte günümüzde ezilme ve sıyrılma tarzı amputasyonlara sık rastlanmaktadır. Replantasyon veya revaskülarizasyon sonrasında gelişebilen venöz yetersizlik; cerrahi sonrasında erken ve geç dönemde uzuv kaybına neden olabilen en sık nedenler arasındadır. Çalışmada venöz yetersizliğin azaltılması amacıyla yeni bir teknik deneysel olarak yapılmıştır.

Gereç ve Metod: Çalışmamızda rat femoral veninde oluşturulan ezilme ve sıyrılma modeli damar yaralanması sonrasında hasarlı venlere; arter grefti ile onarım, ven grefti ile onarım ve primer onarım tekniği uygulanarak ve gruplar arasında anastomoz başarı oranları karşılaştırıldı.

Bulgular: Kontrol grubunda anastomoz 2. saatte % 25, 2. günde % 12,5, 10. günde % 12,5 başarılı olarak izlendi. Ven grubunda anastomoz 2. saatte % 87,5, 2. günde % 50, 10. günde % 37,5 başarılı olarak izlendi. Arter grubunda anastomoz 2. saatte % 100, 2. günde % 87,5, 10. günde % 75 başarılı olarak izlendi.

Sonuçlar: Mikrocerrahi; sabır ve deneyim gerektirmekle birlikte araştırmalar ışığında başarı oranı artmaktadır. Ezilme ve sıyrılma tarzı amputasyonlarda venler arasında oluşan boşluklarda arter grefti kullanımı ile replantasyon başarı şansının artacağı kanaatindeyiz.

#### UY-04

##### **Adrenalin ve Lidokain İçeren Tümesan Solüsyonlarının Uzun Dönem Yağ Grefti Sağ Kalımı Üzerindeki Etkileri**

Hakan Şirinoğlu, Nebil Yeşiloğlu, Nebil Yeşiloğlu, Özlem Tuğçe Kaya, Özlem Tuğçe Kaya, Feriha Ercan, Feriha Ercan, Gaye Taylan Filinte

Giriş: Otolog yağ transferi plastik cerrahide sıklıkla uygulanan bir yöntemdir. Memnun edici sonuçlar elde etmedeki en önemli faktör ise yağ greftlerinin uzun dönem sağkalım oranıdır. Sunulan çalışmada farklı tümesan solüsyonlarının uzun dönem yağ grefti sağ kalımı üzerindeki etkisi araştırılmıştır.

Gereçler ve Yöntem: Çalışmaya dahil edilen 24 sıçan 4 farklı gruba ayrıldı; Sham grubu, Lidokain grubu, Adrenalin grubu ve Lidokain+Adrenalin grubu. Sham grubu dışındaki hayvanlarda, 5 cc hacimli uygun tümesan solüsyonunun enjeksiyonu sonrasında 10 dakika beklenerek sağ inguinal yağ yastıkçığı alındı. Yağ yastıkçığı küçük parçalara ayrıldıktan sonra interskapuler bölgeye yerleştirildi. Üç ay beklendikten sonra, yağ yastıkçığı yeniden alındı ve histopatolojik incelemeye gönderildi. Yağ greftleri her iki ameliyat sırasında da tartıldı.

Bulgular: Tüm gruplarda, yağ greftlerinin başlangıç ağırlıkları ile ameliyat sonrası üçüncü aydaki ağırlıkları arasında belirgin azalma tespit edildi ( $p=0.002$ ). Gruplar arası karşılaştırmalarda ise, Sham grubu ile Adrenalin grubu arasında ( $p=0.002$ ) ve Sham grubu ile Adrenalin+Lidokain grubu arasında ( $p=0.007$ ) belirgin istatistiksel fark saptandı. TUNEL testi sonuçlarının karşılaştırılmasında ise gruplar arasında istatistiksel fark saptanmadı ( $p=0.663$ ). Gruplardan alınan pesmenlerin histopatolojik incelemesinde de benzer veriler elde edildi.

Sonuç: Lidokain içeren tümesan solüsyonlarının yağ alımı öncesinde yağ alınacak alana enjekte edilmesi sonucunda elde edilen uzun dönem yağ sağ kalımı sonuçları, tümesan enjeksiyonu yapılmadan alınan yağ greftlerinin uzun dönem sağ kalım sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Fakat beraberinde lidokain olup olmamasından bağımsız olarak, adrenalin içeren tümesan solüsyonlarının enjeksiyonu sonrasında yağ greftlerinin uzun dönem sağ kalımlarında azalma görülmektedir.

#### UY-05

##### **Yeni Bir Dikiş Tekniği: Ayarlanabilir Kapalı Halka Dikiş Makinası Tekniği ile Kıkırdığın Eğilmesi veya Düzleştirilmesi**

Serhat Şibar, Safa Manav, Seyhan Çenetoğlu, Çiğdem Elmas

Amaç: Plastik cerrahide kıkırdak konveksitesi veya konkavitesinin düzeltilmesinde, dikiş metodları ile kıkırdak şeklinin restorasyonu en çok tercih edilen yöntemdir. Bu amaçla çalışmamızda yeni tanımlanmış olduğumuz dikiş tekniğinin kıkırdak şekli üzerindeki etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntemler: Çalışma 18 adet tavşan kullanılmıştır. Denekler 3 gruba ayrılmış ve tekniğin kıkırdak üzerindeki kısa, orta ve uzun dönemdeki etkinliği değerlendirilmiştir. Tüm deneklerin sağ ve sol kulaklarından 3'er adet kıkırdak greft alınmıştır. Kıkırdaklar açısız olarak değerlendirildikten sonra, sağ kulaklardan alınan kıkırdaklara tanımlanan dikiş tekniği uygulanarak kıkırdak kontürü düzeltilmiştir. Sol kulaktan alınan kıkırdaklara ise bir işlem uygulanmayıp sağ kulaktan alınan kıkırdakların kontrolünü oluşturmuştur. Sağ kulaktan alınan kıkırdaklarda dikiş sonrası açısız ölçümler tekrarlandıktan sonra, sağ ve sol kulaklardan alınan kıkırdaklar deneklerin sırtına gömülmüştür. Grup I'deki deneklere 2. haftada, grup II'dekilere 6. haftada ve grup III'dekilere 12. haftada ötenazi uygulanmıştır. Ötenazi sonrası kıkırdaklardaki açısız değişim değerlendirilip sonrasında histopatolojik incelemeye gönderilmiştir.

Bulgular: Açısız değerlendirmede tüm gruplarda sağ kulaktan alınan (dikişli) kıkırdakların açılarında başlangıça göre anlamlı bir düzelme saptanmıştır.

6. ve 12. hafta grubunda dikiş sonrası açılarının ötenazi sonrası açılara göre anlamlı daha iyi olduğu saptandı.

Sol kulaktan alınan (dikişsiz) kıkırdaklarda 6. ve 12. hafta grubunda ötenazi sonrasında başlangıça göre açısız değerlerde anlamlı bir azalma saptandı.

Histopatolojik değerlendirmede 12. hafta grubunun total kıkırdak kalınlığı 2. hafta grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti. Bu grupta kollojen miktarı, perikondrium ve bağ doku düzeyinde artış tespit edildi.

Sonuç: Deneyisel çalışma modelindeki açısız ve histolojik verilerin ışığında tanımlanmış olduğumuz dikiş tekniği uzun dönemde kıkırdak kontürü üzerinde etkin ve alternatif yeni bir yöntem olarak görünmektedir.

#### UY-06

##### **Sistemik ve Lokal Kafeinin Ratlarda Vasküler Anastomoz Başarısı Üzerine Etkisi**

Ahmet Hamdi Sakarya

Amaç: Olası vazokonstriksiyon etkilerinden dolayı, damar anastomozlarını olumsuz etkileyebileceği düşünülen ve elektif mikrocerrahi ameliyatlarından önce kullanılmaması önerilen kafeinin, sistemik veya lokal olarak uygulandığında damar çapına, anastomoz başarısına ve anastomoz iyileşmesine (intimal hiperplazi) olan etkisini incelemek.

## Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

### 39. Ulusal Kurultayı

**Gereç ve yöntemler:** Kontrol grubu, preoperatif sistemik kafein alan grup, postoperatif sistemik kafein alan grup, hem preoperatif hem postoperatif sistemik kafein alan grup ve lokal (doğrudan damar üzerine) kafein uygulanan grup olmak üzere toplam 5 grup planlandı. Her grupta 5 adet rat (sağ ve sol toplam 10 anastomoz) toplam 50 adet femoral arter anastomozu gerçekleştirildi. Mikrometre ile damar çapları, cerrahi ve histolojik olarak anastomoz başarıları ve son olarak histolojik açıdan 3.hafta intimal hiperplazi oranları karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Toplam 2 anastomoz sahasında tromboz saptandı (%96 başarı). Kafeinin sistemik uygulandığı gruplarda, anastomoz başarısına etki etmeyen ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan vazokonstriksiyon eğilimi saptandı. Preoperatif sistemik kafein alan ratlarda %100 anastomoz başarıları sağlandı. Lokal kafein uygulanan grupta ise kafeinin belirgin vazodilatasyon oluşturduğu ( $p=0.001$ ) görüldü. Kontrol grubunda ve sistemik kafein alan gruplarda histolojik olarak iyileşmede bir fark görülmezken, doğrudan damar üzerine kafein uygulanan grupta intimal hiperplazide anlamlı düşüş saptandı ( $p<0.001$ ).

**Sonuç:** Deneyisel olarak sistemik kafeinin istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hafif vazokonstriksiyon etkisi olabileceğini, ancak damar anastomozu başarısı üzerine ameliyat öncesi ve sonrası fark etmeksizin (tolerans etkisi) bir etkisi olmadığını ve anastomoz başarısındaki en önemli faktörün cerrahi teknik olduğunu saptadık. Doğrudan damar üzerine uygulanan kafeinin ise, sistemik etki aksine güçlü vazodilatasyon yaptığını ( $p= 0.001$ ), anastomoz hattında intimal hiperplaziyi azalttığını ve cerrahi ortamda antifibrotik özellikleri olduğunu gözlemledik. Histolojik olarak, sistemik uygulanan kafeinin anastomoz iyileşmesine etkisi olmazken, lokal uygulanan kafeinin iyileşme üzerine intimal hiperplaziyi azaltarak olumlu etkisini gösterdik ( $p<0.001$ ).

### UY-07

#### **Sıçan Brakiyal Pleksus Modelinde, Yağ Dokusu Kökenli Kök Hücre Uygulamasının Sinir Transferine Etkisi**

**Muhammed Nebil Selimoğlu, Metin Kocacan, Seçkin Tuncer, Osman Akdağ, Zekeriya Tosun, Ender Erdoğan**

**Giriş:** Brakiyal pleksus yaralanmaları her yıl çok sayıda operasyon gerektiren, operasyon öncesi ve sonrasında ciddi morbiditeye neden olan bir sağlık problemi olarak görülmektedir. Bu çalışmada brakiyal pleksus yaralanma modelinde sinir transferi yapılan grupların ile sinir transferi ile kök hücrenin kombine ettiği grupların karşılaştırılması planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmada toplam 28 adet dişi Wistar sıçan kullanıldı. tüm gruplarda C5-C6 kökleri avüsiye edildi ve ulnar-muskulokütanöz sinir transferi yapıldı. Sıçanlar rastgele dört gruba ayrıldı (her grupta 7 sıçan): sinir transferi (grup 1), sinir grefti ile sinir transferi (grup 2), sinir transferine eklenen kök hücre (grup 3) ve sinir grefti ile sinir transferi ve eklenen kök hücre (grup 4). 8. haftanın sonunda gruplar histolojik ve elektrofizyolojik olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Grup 1 ile grup 2 arasında ve grup 3 ile grup 4 arasında latans değerleri açısından, grup 2 ile grup 3

arasında da akson histomorfometrik değerleri açısından anlamlı fark vardı ( $p<0.05$ ).

**Sonuçlar:** Sekiz haftalık inceleme sonucunda kök hücrenin sinir transferine etkisi histomorfolojik ve elektrofizyolojik değerlendirme ile olumlu olabilir. Ancak periyodik testlerin yapıldığı ve daha uzun süre takipleri olan ileri çalışmalar planlanmalıdır.

### UY-08

#### **Adenozin Aracılı Adora2b Reseptör Aktivitesiyle İskemik Önkoşullanma Flep Yaşayabilirliğini Artırabilir mi?**

**Özlenen Özkan, Pınar Ülker, Matteo Amoroso, Mehmet Can Ubur, Mutay Aydın Aslan, Filiz Özcan, Cumhuri İbrahim Sorgun, Omer Ozkan**

**Giriş:** İskemik önkoşullanma(IPC) dokuları subletal iskemiyeye maruz bırakarak iskemik stresse karşı artmış tolerans olarak ifade edilir. Çok sayıda aday önerilmesine rağmen son çalışmalarda adenozin mediated ADORA2B reseptörü(ADORA2BR) aktivasyonun IPC nin ana mekanizması olduğu açıkça gösterilmiştir. Bu mekanizmanın doku koruyucu rolü çeşitli iskemi/repüfüzyon modelleri üzerinde gösterilmiştir. Flep cerrahisindeki I/R hasarındaki rolü henüz araştırılmamıştır.

Bu çalışmanın amacı epigastrik flep modellerinde IPC ile ilişkili doku koruyucu etkide adenozinin ve ADORA2BR'nin aktivasyondaki rolünü araştırmak,

**Materyal ve Metod:** 80 tane dişi wistar ratı beş gruba ayrıldı ve tüm gruplarda epigastrik flep kaldırıldıktan sonra ratlar 6 saat iskemiyeye maruz bırakılmış. Grup1: hiçbir ilaç kullanılmadı, Grup2: Adenozin üretimini inhibe etmek için hayvanlara işlem öncesi spesifik CD73-inhibitörü verildi. Grup3: İşlem öncesi hayvanlara adenozin verildi. Grup4: İşlem öncesi hayvanlara spesifik ADORA2BR antagonisti verildi. Grup5: İskemi indüksiyonundan önce hayvanlara ADORA2BR agonisti verildi. 6 günlük reperfüzyonda doku sağkalımı makroskopik ve histolojik olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** IPC uygulanması CD 73 ekspresyonunu ve adenozin konsantrasyonunu önemli ölçüde artırır ( $p<0,01$ ). Flep sağkalımları grup 1' de IPC uygulanması ile artmış olduğu gözlemlendi ( $p<0,05$ ). Ancak grup 2'de bu artış CD73 inhibitör kullanımı ile engellendi. Grup3 te adenozin tedavisi IPC yokluğunda bile flep sağkalımını artırdı( $p<0,01$ ). Benzer şekilde, Grup 4 te ADORA2BR antagonisti IPC nin doku koruyucu etkisini azalttı ( $p<0,01$ ). Grup 5 te ADORA2BR agonisti IPC yi taklit ederek flep sağkalımını artırdı.

**Sonuç:** Bu sonuçlar IPC ile ilişkili doku koruyucu etki üzerine, CD73 enzim bağımlı adenozin üretiminin katkısını ve ADORA2BR nin sinyalizasyonunun farmakolojik kanıtını sağlar. Flep cerrahisinde ADORA2BR agonistleri I/R hasarında potensiyel koruyucu terapi olarak kullanımları önerilir

## UY-09

### **Yanıkta Yara İyileşmesi Üzerinde Salvia Miltiorrhiza'nın Yararlı Etkilerinin Araştırılması: Sıçanlarda Deneyssel Çalışma**

Fatih Irmak, Sevgi Kurt Yazar, Selami Serhat Şirvan, Aysın Karasoy Yeşilada, Aysim Özağarı, Merdan Serin

**Giriş:** Yanık iyileşmesi komplike bir süreçtir ve bu süreci olumlu yönde etkileyen çok az tedavi vardır. Bu çalışma geleneksel Çin tıbbında yaygın olarak kullanılan ve özellikle miyokard iskemisinde iskemi-reperfüzyon hasarını önlediği gösterilen Salvia Miltiorrhiza (SM)3 diğer adıyla Danshen'in yanıklarda yara iyileşmesi üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Sıçanların sırt bölgelerinde 3x2 cm'lik yanık alanı oluşturuldu, kontrol grubuna saline, deney grubuna ise 1cc SM oral olarak verildi. 10. günde yanık zonları SPY sistemi ile değerlendirildi ve histopatolojik değerlendirme için multipl örnekler alındı. Ayrıca nekroz alanları da Image J programı ile hesaplandı.

**Bulgular:** Histolojik değerlendirme sonucu neovaskülarizasyonun kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek çıktığı gözlemlendi. Ayrıca yapılan SPY sonuçlarına göre de doku perfüzyonunda deney grubunda anlamlı bir artış gözlemlendi. Yine nekroz oranları da deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde düşük hesaplandı.

**Sonuç:** SM'nin, bu çalışmada da gösterildiği gibi gerek anjiogenezi arttırması, gerekse de yaradaki nekroz oranında anlamlı azalmaya yol açması ve doku perfüzyonunu arttırması sebepleri ile yara iyileşmesini hızlandırarak yanıklarda kullanımının faydalı olacağını düşünmekteyiz.

## UY-10

### **Yuvarlak ve Anatomik Otoprotezle Sentral Mastopeksi**

Safvet Örs

**Amaç;** Bu çalışmada kapsüllü, yuvarlak ve anatomik otoprotezlerle implant taklit edilerek, meme üst pol dolgunluğu ve ptoz nüksünün önlenmesi amaçlanmıştır.

**Hastalar ve cerrahi teknik:** Bu teknik, 2013-2016 yılları arasında yaşları 25-55 arasında değişen toplam 20 hastada, 40 meme üzerinde yapılmıştır. Takip süresi 6-30 aydır. Hastalara ventral mastopeksi tekniğinde olduğu gibi ayakta çizim yapılmıştır. Submammaryan fold, lateral ve medial pillar flepler arası ve areola alt sınırı içinde bulunan alandaki deri de-epitelize edildi(flep donor alanı). Çıkarılan derinin fazla kalın olmamasına için el dermatomu kullanıldı. Otoprotez flebi pektoral kas fasyasına kadar yanlardan serbestleştirildi. Dermal örtü alttaki flepten 1 cm kadar daha geniş olacak şekilde hazırlandı. Vertical lateral ve medial pillar flepler kaldırıldı. Aynı sırada cranialle doğru pektoral fascia üzerinden 2. kosta kadar meme üst kısmı implanta cep oluşturur gibi serbestleştirildi. Alttan ve yanlardan ayrılan flep yaklaşık 5-6 cm kadar yukarıya itilebilir hale getirildi. Sentral pediküllü olarak hazırlanan autoprotez-flebin tüm kenarlarında flepten 1 cm daha geniş olan dermal tabaka absorbable suturlerle pektoral kas fasyasına en az 10 ayrı sütürle tutturuldu. Bu şekilde otoprotezin kapsülü oluşturuldu. Flebin alıcı alanı; üstte 2. kosta, altta 6. kosta, medialde orta hattın 2 cm laterali,

anteriorda ön axiller çizgi ile sınırlandırıldı. Otoprotezlerin boyutları ve projeksiyonları hastaların gereksinimlerine göre düşük orta ve yüksek profilli olarak hazırlandı. Flep projeksiyonları 4-6 cm arasında değişmekteydi. Açılan cep içine otoprotez yerleştirildikten sonra medial- lateral vertical flepler ve NAC cilt altı sütürlerle kapatıldı.

**Sonuç:** postoperatif dönemde hastaların yatar durumda bile meme projeksiyonları otoprotezden dolayı oldukça belirgin idi. Özellikle yatar pozisyonundaki görüntü tıpkı gerçek meme protezi ile yapılmış mastopeksi gibiydi. Preoperatif ayakta ve yatar pozisyonundaki meme projeksiyonları postoperatif projeksiyonlarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ( $P<0.05$ ). Postoperatif yatar ve ayakta pozisyonunda ölçülen meme projeksiyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu( $P>0.05$ ). Kısaca yatar durumda projeksiyonda belirgin kayıp yoktu.

## UY-11

### **Çomak Parmak Deformitesinin Düzeltilmesinde Yeni Bir Yöntem: Modifiye Antenna Prosedürü**

Süleyman Taş

**Amaç:** Çomak parmak deformitesinin düzeltilmesinde yeni bir yöntem olan modifiye antenna prosedürünü tarif etmek ve bu tekniğin uygulandığı hastaların sonuçlarını bildirmek.

**Materyal Metod:** Ocak 2014 ile Aralık 2015 yılları arasında toplam 10 tane (7 erkek, 3 kadın; ortalama yaş 26, 18-42 yaş aralığı) çomak parmak deformitesi, tariflenen teknik ile lokal anestezi altında onarıldı. Hasta arşivi ve fotoğrafları retrospektif olarak incelendi. Hastalar ortalama 15 ay süre ile takip edildi (6-24 ay). Postoperatif 6.ayda, Semmes-Weinstein monofilament test (SWM), statik 2 nokta diskriminasyonu testi (S2PD) ile duyuusal değerlendirme yapıldı. Estetik ve fonksiyonel açıdan değerlendirme, operasyon sonrası 6. Ayda yapılan hasta anketi ile değerlendirilirken, hasta memnuniyeti (0-10 puan) de ölçüldü. Ameliyat sonrası hasta fotoğrafları 2 bağımsız plastik cerrah tarafından değerlendirilerek sonuçların, çomak parmak deformitesinin düzeltilmesi (2 puan), sonucun kabul edilebilir olduğu (1 puan), deformitenin devam ettiği (0 puan) şeklinde raporlanması istendi. İstatistiksel olarak Mann-Whitney U testi kullanıldı.

**Bulgular:** Tüm hastalar prosedürü iyi tolere etti. Herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Hastanın hepsinde çomak parmak deformitesinin düzeltilmesi görüldü. Tüm hastalar estetik görünüm olarak ve fonksiyonel açıdan memnunsunlardı. SWM testi sonuçları 3.22 ile 3.84 (ortalama 3.50), S2PD test sonuçları ise 2 mm den 4 mm (ortalama 3.7 mm) olarak saptandı. Ortalama hasta memnuniyeti skoru 8,6 olarak saptandı. Çomak parmak deformitesinin düzeltilmesi parmaklarda 7 mm den 10 mm e kadar (ortalama 8,4 mm) uzama sağlandığı kaydedildi. Ekstansiyon kaybı ya da eklem kontraktürü hiçbir hastada gözlenmedi. 2 bağımsız plastik cerrahın ameliyat sonrası fotoğrafları değerlendirmeleri sonucu 10 hastanın 6 sında çomak parmak deformitesinin düzeltilmesi (2 puan) tespit edilirken, 4 ünde ise sonucun kabul edilebilir (1 puan) olduğu raporlandı.

**Sonuç:** Modifiye antenna prosedürünün, çomak parmak deformitesini düzeltmede başarılı, basit, uygulanabilir ve onarımda ilk tercih olabileceği düşünülmektedir

## UY-12

### Doğum Yapmamış Genç Kadınlarda Antropometrik Meme Ölçümleri

Anıl Demiröz, Tuğba Feryal Yıldız, Başak Dağhan, Arif Türkmen

Amaç: Memenin antropometrik ölçümleri, cerrahi planlamada yol gösterici rol oynamaktadır. Çalışmamızda doğum yapmamış, genç kadınlardaki normal meme ölçülerinin saptanması ve diğer çalışmalardaki sonuçlarla kıyaslanması hedeflenmiştir.

Gereç ve yöntemler: Hamilelik öyküsü bulunmayan, cerrahi geçirmemiş, hızlı kilo alıp verme öyküsü bulunmayan 18-30 yaş arasındaki, vücut kitle indeksi 18,5 ile 25 arasında yer alan 88 kadının meme parametreleri ölçüldü. Bu parametreler içinde yaş, vücut kitle indeksi, kup ölçüsü, suprasternal çentik ile meme ucu arası mesafe, her iki meme ucu arası mesafe, klavikula orta hat ile meme ucu arası mesafe, klavikula orta hat ile meme üst sınır arası mesafe, orta aksiller hat ile meme ucu arası mesafe, meme altı katlantı ile meme ucu arası mesafe, meme projeksiyonu, meme ucu projeksiyonu, meme altı göğüs çevresi yer almaktaydı. Ortalama değerler saptandı ve parametreler arası korelasyon istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular: Yapılan analizde kup ölçüsü ile göğüs çevresi ve meme ucu projeksiyonu haricinde tüm parametreler arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Klavikula orta hat ile meme üst sınırı arasındaki mesafe kup ölçüsü ile korele bulundu. Ayrıca vücut kitle indeksi ile tüm parametreler arasında anlamlı bir ilişki saptandı.

Sonuç: Bu çalışma ülkemiz kadınlarının ortalama meme ölçülerini ortaya koymaktadır. Memenin estetik ve rekonstrüktif girişimleri için yol gösterici olabileceği düşünülmektedir

## UY-13

### Gracilis Kas Flebinin Alt Ekstremitte Defektlerinde Ven Grefti Gerekliliğini Ortadan Kaldıracak Şekilde Kullanımı

Hakan Şirinoğlu, Nebil Yeşiloğlu, Gaye Taylan Filinte, Arda Akgün, Celal Alioğlu, Çağrı Çakmakoglu

Giriş: Travmatik alt ekstremitte defektlerinin onarımı rekonstrüktif cerrahinin zorlu noktalarından biridir. Bu zorluğun en önemli nedenlerinden biri, alıcı damar problemleri olmak ve bu sorun sıklıkla ven greftleri ile aşılmaktadır. Bu makalede, gracilis kas flebinin tüm uzunluğu ile kullanılması ile flep pedikülünün uzatılması ve bu sayede ven grefti gereksiniminin ortadan kaldırılması yöntemi anlatılmaktadır.

Gereçler ve Yöntem: Kompleks alt ekstremitte defektleri için ameliyat edilen 6 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların defektlerinin ortalama boyutu 6.8 x 3.8 cm olarak ölçüldü. Tüm hastalarda, alıcı damar anastomoza uygun olduğu bölgeye kadar diseke edilip hazırlandıktan sonra, gracilis kas flebi tüm uzunluğu boyunca hazırlandı. Defektten alıcı damarların anastomoza uygun olduğu bölgeye kadar yeterli uzunlukta bir insizyon yapıldı ve flep bu mesafe boyunca tüm uzunluğu ile yerleştirildi. Anastomoz sonrasında Indosiyanın yeşili ile anjiyografi uygulanarak flep dolaşımı kontrol edildi.

Bulgular: 10.8 aylık ortalama takip süresinin sonunda,

flep kaybı ve major komplikasyona rastlanmadı. Kaldırılan gracilis fleplerinin ortalama uzunluğu 22.8 cm olarak hesaplandı, bu uzunluğun ortalama 7.2 cm'si pedikülün uzatılmasında kullanıldı. Flep distallerinde anjiyografi ile elde edilen dolaşım yüzdesinin ortalaması pedikül bağlanmadan önce % 95.8, anastomoz sonrasında ise % 89.6 olarak bulundu.

Sonuç: Gracilis kas flebi ile pedikül uzatma tekniği, küçük orta çaplı alt ekstremitte defektlerinde, ven grefti ihtiyacını ortadan kaldırma avantajı nedeniyle tercih edilebilecek bir seçenektir.

## UY-14

### Çatı Şekilli Kostokondral Greftlerin Saddle Nose Deformitelerinde Kullanımı

Fatih Irmak, Sevgi Kurt Yazar, Selami Serhat Şirvan, Memet Yazar, Semra Karşıdağ, Zeliha Gül

Giriş: Kartilaj greftleri sekonder ve posttravmatik rinoplastilerde neredeyse rutin olarak kullanılır. Bununla birlikte birçok vakada nazal kemik ve üst lateral kartilajlarda zayıf alanlar bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı; posttravmatik ve revizyon rinoplastilerde deforme olmuş dorsum ve keystone alanları için yeni bir onarım tekniği sunmak ve saddle nose deformiteli rekonstrüksiyon vakalarında üst lateral kartilajların rekonstrüksiyonu amacıyla kullanılmış olduğumuz çatı şekilli greft kullanımını göstermektir.

Metod: Saddle nose deformiteli 35 rekonstrüktif rinoplasti vakası retrospektif olarak değerlendirildi. Kostokondral greftin bir kısmı keystone bölgesi için şekillendirilip elmas uçlu tur yardımıyla uygun inceliğe getirilerek (çatı grefti) keystone ve upper lateral kartilaj rekonstrüksiyonu için hazırlandı. Kostokondral kartilajın diğer bir kısmı ise neo-septal (rekonstrükte edilmiş septum) greft ve strut greft olarak hazırlandı. Çatı grefti neo-septal greft üzerine, internal nasal valv açısını da dikkate alarak sütürler yardımıyla adapte edildi. Ve birbirlerine adapte edilmiş bu greftler; neo-septal greftin kranyal kısmının nazal kemikler arasına adaptasyonu ile buruna fiks edildi. Ardından strut greft, adapte edilmiş neo-septal greftin kaudal kısmına, tip projeksiyon ve rotasyonunu da dikkate alarak uygun pozisyonunda fiks edildi.

Sonuçlar: Bütün vakalarda birden fazla kartilaj grefti ihtiyacı kullanılmıştır. Çalışmaya dahil edilen 35 hastanın 19'u kadın, 16'sı erkekti. Yaş aralığı 19-47 yaş idi (ortalama 28.2). Hastalar ortalama 34 ay takip edilmiştir (3-72 ay). Hastaların tamamına yakın kısmında estetik ve fonksiyonel iyileşme görülmüşken, %71.42'sinde nazal obstruksiyonda düzelme olmuştur. Major rezorbsiyon, greft ekspozisyonu ya da deforme nüksü (1 vaka haricinde) görülmemiştir. 1 vakada orta derecede kostal kartilaj eğrilmesi görüldü, bu vaka tekrar opere edildi. 2 vakada donör alan enfeksiyonu gözlemlendi, uygun antibiyoterapiyle tedavi sağlandı.

Tartışma: Çatı şekilli greftle birlikte kullanılan neo-septal greft, saddle nose deformitesinin cerrahi olarak düzeltilmesinde kullanılan komplike olmayan ve kozmetik olarak kabul edilebilir bir tekniktir. Bu probleme çözüm oluşturacak çok sayıda teknik mevcuttur. Çatı greftleri ve modifiye L-strut greftlerle, internal nazal açığı simüle ederek fonksiyonel düzelme sağlamak ve daha doğal sonuçlar elde etmek mümkündür.

**UY-15**

**Kolumellar Strut Greftin Biyomekanik Özellikleri: Nazolabial Açığı Ve Burun Ucu Konumuna Etkili Yeni Bir Parametre**

Billur Sezgin, Kırdar Güney, İsmail Lazoğlu, Sedat Tatar, Ehsan Layegh, Melis Özel, Reha Yavuzer

**Amaç:** Kolumellar strut greft uygulaması burun ucu konumunu desteklemek amacıyla birçok plastik cerrah için rinoplastinin vazgeçilmez bir basamağı olarak görülmektedir. Buna rağmen, kolumellar strut greft kullanılan olgularda geç dönemde burun ucunda alçalma ve nazolabial açıda daralma karşılaşılabilen bir sorundur. Deri kalınlığı gibi bireysel özelliklerin iyileşme sürecinde oluşturabileceği etkiler öngörülebilmektedir ancak kıkırdak dokunun kişisel etkilerine dair bir çalışma literatürde izlenmemiştir. Bu çalışmanın amacı, burun ucunun desteklenmesi amacıyla kullanılan kolumellar strut greftlerin biyomekanik özellikleri doğrultusunda uzun vadede nazolabial açığı ve burun ucu konumuna olan katkılarının incelenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma Şubat-Ağustos 2016 tarihleri arasında kapalı rinoplasti ameliyatı olan 20 hastada gerçekleştirilmiştir. Bütün hastalarda burun ucunun desteklenmesi için kolumellar strut greft uygulanmıştır. Greft için elde edilen dokunun geriye kalan kısmı aynı boyutlarda hazırlanarak biyomekanik açıdan değerlendirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda her hastanın kıkırdak dokusunun öz yapısına göre belirlenen elastikiyet modülü hesaplanmıştır. Hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası üçüncü ve on ikinci ay görüntüleri standart fotoğraflar ile çekilmiştir ve nazolabial açıları ve Goode oranları hesaplanmıştır. Üçüncü ve on ikinci ay ölçümleri kıyaslanarak aradaki farkın greft elastikiyet modülü ile olan ilişkisi incelenmiştir.

**Bulgular:** Yaş ortalaması 28,9 yıl olan 14 kadın, 6 erkek hasta ortalama 14,6 ay takip edilmiştir. Elastikiyet katsayısı 0,040 Gpa ve üstü olan hastalarda ameliyat sonrası üçüncü ve on ikinci ay nazolabial açığı değerlerindeki fark elastikiyet katsayısı 0,040 Gpa'nın altında olan hastalara göre daha anlamlı olarak saptanmıştır ( $p < 0.001$ ). Yapılan değerlendirmede elastikiyet modülünün uzun vadede nazolabial açığı kalıcılığını etkilediği ve bu etkinin olumsuz yönde olduğu saptanmıştır yani elastikiyet katsayısının artması ile kalıcılığın azaldığı tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ).

**Sonuç:** Bu çalışma burun ucu desteğinin dinamiklerinin ve rinoplastide hasta bazı farklılıkların anlaşılmasına katkı sağlayacak yeni bir objektif parametre ortaya koymuştur. Elde edilen sonuçlar burun ucu desteğini sağlayan dengelerin gözetilmesinde yeni bir bakış açısı kazandırırken ayrıca gelecekte prefabrike kıkırdak dokuların üretimi esnasında ideal değerlerin tespit edilmesinde fayda sağlayabilecektir.

**UY-16**

**Elmo 2 Geni Mutasyonu Sonucu Gelişen Yeni Kemik İçi Vasküler Malformasyon (Vmos) Sendromunun Klinik/Moleküler Tanı Süreci, 25 Yıllık İzlem Ve Tedavi Deneyimi**

İbrahim Vargel, Halil İbrahim Canter, Ayşe Nurten Akarsu

Vasküler malformasyonlar, anjiyogenezis sırasında damarsal yapıların anormal genişlemeleri olarak tanımlanır. Etkilenen damarların yeri ve cinsine göre arteriyovenöz, kapiller, lenfatik olmak üzere farklı isim ile adlandırılırlar. Bu çalışmada ilk kez kemik içi yerleşimli vasküler malformasyon ile seyreden hastaların fenotipik ve genotipik tanıları ve klinikteki tedavi uygulamaları üzerinden olası tedavi algoritması özetlenmektedir. Yumuşak dokuya yerleşik vasküler malformasyonlardan farklı olarak membranöz kemikler tutulmakta, kraniyofasiyal bölgede ilerleyici genişlemelere ve yaşamı tehdit edici ciddi kanamalara yol açmaktadır. VMOS, otozomal resesiv ELMO 2 geni mutasyonu sonucu oluşmakta kemik içine yerleşik malformasyonlu damarlarda uygun-süreklilik gösteren düz kas katı yoktur. Böylece membranöz kemik içine yerleşik damarların sağlamlığı veya bütünlüğü bozulmaktadır. ELMO 2 geni mutasyonu, hücre dışı sinyallerin içe aktarılacak RAC 1 üzerinden gerçekleşen hücre göçünün bozulmasına, düz kas katında kayıp ve eksikliklere yol açmaktadır. 1992 yılından itibaren beş VMOS ailesinden hastalar araştırılmış, izlenmiş ve tedavi edilmiş, üç hasta kanama ve beyin sapı fıtıklaşmasından kaybedilmiş sadece iki hastanın takibi ve tedavisi sürmektedir. Bu prospektif çalışma ile kraniyofasiyal bölgeyi tutan yeni bir hastalığın (VMOS) ilk kez klinik tanısı, prenatal ve moleküler tanısı ve tedavi seçenekleri aydınlatılmıştır.

**UY-17**

**Fonksiyonel Gracillis Serbest Kas Flebi ile Total Alt Dudak Rekonstrüksiyonu**

Önder Tan, Ensar Zafer Barın, Hakan Çinal, Mehmet Akif Çakmak, Murat Kara, Muhammed Sedat Sakat

**Özet:** Total yada totale yakın dudak kayıplarında statik askı prensibine dayanan serbest flepler istenen düzeyde estetik ve fonksiyonel sonuçları sağlayamamaktadır. Bu nedenle son yıllarda dinamik yöntemler gündeme gelmiş ve özellikle fonksiyonel gracillis serbest kas flebi fikri ortaya atılmıştır. Bu çalışmada bu fleple başarılı bir total alt dudak onarımı yapılmış bir olgu sunulmaktadır.

Alt dudağın tamamını tutan yassı hücreli kanser tanısı alan 78 yaşında bayan hastaya bilateral modifiye radikal boyun diseksiyonu ve tümörün heriki kommissürü içine alacak şekilde 1 cm. cerrahi sınırla tam kat total rezeksiyonunu takiben aynı taraftan serbest gracillis kas flebi transfer edildi. Mikrovasküler anastomozlar sonrası flebin motor siniri, fasiyal sinirin marjinal mandibular dalına koapte edildi. Flebin intra ve ekstraoral tüm yüzeyi sağ uyluktan alınan kısmi kalınlıkta cilt grefti ile kapatıldı. İntra ve erken postoperatif herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Cilt grefti ve flep tam olarak sorunsuz yaşadı.

Ameliyat sonrası 8 ay düzenli olarak izlenen hastanın yapılan kontrollerinde gracillis kas flebinin yerine iyi uyum sağladığı, çok iyi tonüs kazandığı, hacminin zamanla

küçülerek ideal boyutlara ulaştığı, üzerindeki cilt greftinin etraf dokularla iyi bir renk ve yapı uyumu sağladığı gözlemlendi. Kasın motor aktivitesi tinnel testi ile izlendi. Hastanın konuşması ve mimikleri gayet anlaşılırdı. Hasta edendölöz bir mandibulaya sahip olmasına ve protez de kullanmamasına rağmen sıvı ve katı gıdalarla beslenmesi sorunsuz, oral competenci sonderece yeterli, sıvı kaçağı ise hiç yoktu. Estetik görünüm çok iyi, intraoral vestibül derinliği yeterliydi. Ağız açıklığı 3 cm idi. 8. ayda yapılan Elektronöromyografi (ENMG) incelemesinde üst orbiküler kasla karşılaştırıldığında, gracillis kasından benzer sinir ileti süre (3,3 ms'e karşılık 3,8 ms) ve kasılma genlik (0,5 mV'a karşılık 0,4 mV) değerleri alındı. Hastanın kontrolleri halen devam etmekte olup bu süre içinde herhangi bir tümör nüks bulgusuna rastlanmadı.

Fonksiyonel gracillis serbest kas flebinin statik yöntemlerin aksine gerçek dinamik bir flep olması ve sağladığı tonüs oral fonksiyonlar açısından diğer seçeneklere belirgin bir üstünlük sağlamakta, ayrıca üzerindeki cilt grefti estetik açıdan çok iyi bir renk ve yapı uyumu sunmaktadır. Gelecekte tam yada tama yakın dudak kayıplarının onarımında seçkin cerrahi yöntem olmaya adaydır.

Sonuç: Bu çalışma alt ekstremitede lokal perforatör fleplerle serbest flepleri risk faktörleri ve flep başarısı ile yara yeri problemleri yönlerinden karşılaştıran tek merkezli standardize bir çalışmadır. Bu çalışmanın, literatürdeki önemli bir eksikliği giderebileceğini düşünmekteyiz. Daha yüksek vaka sayıları ile yeni çalışmalar yapılarak lokal perforatör fleplerin alt ekstremitde defektlerinin rekonstrüksiyonunda, endikasyon sınırlarının daha net çizilmesi gerektiğine inanıyoruz.

## UY-18

### **Alt Ekstremitde Rekonstrüksiyonunda Risk Faktörlerinin Analizi ve Lokal Perforatör Fleplerle Serbest Fleplerin Karşılaştırılması**

Göktekin Tenekeci

Amaç: Alt ekstremitenin rekonstrüksiyonu sıklıkla zorluk derecesi yüksek ameliyatlar gerektirebilmektedir. Son yıllarda lokal perforatör flepler alt ekstremitde rekonstrüksiyonlarında yaygın olarak kullanılmaktadır ancak güvenilirlikleri araştırılması gereken bir konudur. Bu çalışmada alt ekstremitenin rekonstrüksiyonunda kullanılan serbest fleplerin ve lokal perforatör fleplerin risk faktörleri ve komplikasyonlarla ilişkilerini karşılaştırmayı amaçlamaktayız.

Gereç ve Yöntemler: Bu çalışmaya alt ekstremitde rekonstrüksiyonu yapılan ardışık 40 serbest flep ve 43 lokal perforatör flep dahil edildi. Belirlenen risk faktörlerinin flep başarısı ve reoperasyon oranları üzerine etkileri araştırıldı. Ayrıca hastalar taşıdıkları risk faktörü sayısına göre sınıflandırılarak flep başarısı ve reoperasyon oranları ile taşıdıkları risk faktörü sayısının arasındaki ilişki araştırıldı.

Bulgular: Sigara içiciliği, hastanın yaşının 60 üzerinde olması ve hastada multiple sayıda risk faktörü olmasının lokal perforatör flep grubunda kısmi flep kaybı için anlamlı risk faktörleri olduğu görülmüştür. Lokal perforatör flep grubunda, serbest flep grubuna kıyasla donör sahanın daha sıklıkla deri grefti kullanılarak rekonstrükte edildiği görülmektedir ( $p<0,001$ ). Serbest flep grubunda ortalama operasyon süresi 494.77 dakika, lokal perforatör flep grubunda ise 196.4 dakikadır. Ortalama hastanede yatış süresi serbest flepler için 34.28 gün, lokal perforatör flepler için ise 14.51 gündür.

Tartışma: Alt ekstremitde rekonstrüksiyonlarında her hastanın bireysel olarak değerlendirilmesi gerekse de 60 yaş üzerindeki hastalarda lokal perforatör flepler yerine serbest fleplerle doku defektlerinin rekonstrüksiyonu, gerek flep canlılığının korunabilmesi bakımından, gerekse postoperatif dönemde daha az sayıda reoperasyon ihtiyacı oluşması nedeniyle daha tatmin edici sonuçlar verebilecektir. Multiple sayıda risk faktörü olan hastalarda serbest flep kullanımının daha güvenilir olduğunu düşünmekteyiz.



# ***SÖZLÜ SUNUMLAR***



**SB-001**

**Süperfisyal Temporal Arter Pediküllü Ada Flepleri ile Yüz Defektlerinin Onarımı**

Recep Okan Üstün<sup>1</sup>, Yavuz Demir<sup>1</sup>, Şakir Ünal<sup>1</sup>,  
Alper Sarı<sup>1</sup>, Nurten Turhan Haktanır<sup>2</sup>,  
Göktekin Tenekeci<sup>1</sup>, Nazlı Sancaktar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

<sup>2</sup>Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ordu

<sup>3</sup>Ordu Devlet Hastanesi, Ordu

**Giriş:** Yüzde doku defektlerinin onarımı özellikle göstermektedir çünkü fonksiyonel ve estetik bütünlüğünün sağlanması çok önemlidir. Basit deri greftleri ile rekonstrüksiyon sağlanabilirken, optimal onarım için sıklıkla flepler kullanılmıştır. Flep seçimi yapılırken renk uyumu, kalınlık ve deri yapısının benzerliği ön planda tutulmaktadır fakat özellikle periorbital bölge için şu ana kadar ideal bir flep seçeneği bulunamamıştır. Bu sunuda periorbital bölge, yanak deri ve mukozal defektleri ve dudak defektlerinde süperfisyal temporal arterin frontal ve parietal dalları bazlı ada fleplerinin kullanıldığı olgularımızı ve bu olguların sonuçlarını sunmayı amaçladık.

**Materyal-Metod:** 2004-2017 yılları arasında tedavi edilen yaşları 10- 87 (ortalama 65.1) arasında değişen 17 erkek, 10 kadın olmak üzere toplamda 27 hasta değerlendirmeye alındı. Defektler 16 hastada squamöz hücreli karsinom, 4 hastada bazal hücreli karsinom, 2 hastada bazosquamöz hücreli karsinom, 1 hastada malign melanom ekzisyonları sonrası, 4 hastada ise travma sonrası oluşmuştu. Onarımı yapılan defektler 16 hastada nazal dorsumda, 13 hastada maksiller bölgede, 1 hastada preauriküler bölgede, 1 hastada üst dudakta, 1 hastada zigomatikofrontal bölgede, 1 hastada zigomatik bölgede, 1 hastada üst göz kapağında, 4 hastada alt göz kapağında, 1 hastada alt ve üst göz kapağında, 2 hastada lateral kantusta, 1 hastada üst dudak ile birlikte ağız içi mukozasında idi. Oluşan bu defektler süperfisyal temporal arterin frontal ve parietal dalları pediküllü ada flepleri kullanılarak onarıldı.

**Bulgular:** 21 hastada süperfisyal temporal arterin ( STA) frontal dalı pediküllü ada deri flebi, 3 hastada STA parietal dalı pediküllü ada fasya flebi, 3 hastada STA parietal dalı pediküllü ada deri flebi uygulandı. Donör alanlar 13 hastada split-thickness deri grefti, 1 hastada full-thickness deri grefti ile kapatılırken 13 hastada primer kapama yapıldı. Bir hasta postoperatif 19. gün kardiopulmoner arrest sonrası kaybedildi. Hastalarda postoperatif dönemde donör alan ve alıcı alanda enfeksiyon, hematoma, nekroz vb. komplikasyon görülmedi. Deri fleplerinin renk uyumu ve yapısı alıcı alana benzerdi. Ayrıca yanakta kıllı bölgelere uygulanan STA parietal pediküllü skalp ada flebi anatomik olarak benzer görünümü sağladı. Hastalarda estetik yönden tatmin edici sonuçlar elde edildi.

**Sonuç-Tartışma:** Süperfisyal temporal arterin frontal ve parietal dallarının beslediği alanlardan kaldırılan ada flepleri yüzde dudak, yanak mukozası ve yanak derisi defektleri, periorbital bölge defektleri ve hatta nasal dorsum defektlerinin onarımında rahatlıkla kullanılabilir. Estetik açıdan tatmin edici sonuçlar vermesi, vasküler yapısı nedeniyle güvenilir bir flep olması ve komplikasyonlarının minimal olması nedeniyle yüz defektlerinin onarımında uygun bir flep seçeneği olduğunu düşünmekteyiz

**SB-002**

**Skalp Yerleşimli Kitlelerde Klinik Tecrübelerimiz**

Nesibe Sinem Çiloğlu, Ahmet Kürşat Yiğit,  
Ayşe İrem İskenderoğlu, Bora Edim Akalın,  
Barış Çin, Shahrukh Omar  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Giriş:** Skalp yerleşimli kitlelerle plastik cerrahi pratiğinde sık karşılaşılır. Karşılaştığımız tümörlerin çoğunluğu benign karakterde olmakla birlikte, ciddi morbidite ve mortalite riski olan malign karakterli kitleler de karşımıza çıkabilmektedir. Kitlelerin yerleşim yerine, boyutlarına, histopatolojik paternlerine göre mevcut rekonstrüksiyon seçenekleri çeşitlilik göstermektedir. Skalp rekonstrüksiyonunda amaç sağlam cerrahi sınırlar ve kabul edilebilir estetik sonuçlar elde etmek olmalıdır. Bu çalışmada skalp rekonstrüksiyon algoritmasını geliştirmek ve kliniğimizin cerrahi tecrübelerini paylaşmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 2012- 2017 yılları arasında kliniğimizde skalp yerleşimli kitleler nedeniyle opere edilen 398 hastanın kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Yaş, cinsiyet, tümör lokalizasyonu, histopatolojik tanı ve defekt boyutu kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 398 skalp yerleşimli kitlelerin histopatolojik incelemesinde 323'ünün (%82) benign, 75'inin (%18) malign olduğu raporlandı. Yaş ortalaması 52 yıl (14-95) olan hastaların 198'i kadın (%49), 200'ü erkekti (%51). Benign skalp tümörleri sebace kist (n=146,%45), dermal nevüs (n:103, %32), lipom (n=44, %15), trikilemmal kist (n=30, %8); malign skalp tümörleri bazal hücreli karsinom (n=46, %61), skuamöz hücreli kanser (n=26, %33), malign melanom (n=2, %4), malign trikilemmal kist (n=1, %2) olarak görüldü. Malign hasta grubunda olguların yaşları 17-95 (ortalama 61,4) arasında değişmekteydi. Benign skalp tümörlerinin %43'ü frontal bölgede %33'ü pariyetal bölgede, %24'ü oksipital bölgede yerleşmiştir. Malign skalp tümörlerinin %51'i frontotemporal bölgede, %33'ü pariyetal, %14'ü oksipital bölgede yerleşim göstermekteydi. Hastaların 318'ine primer onarım, 62'sine deri grefti ile onarım (52 kısmi kalınlık, 10 tam kalınlıkta deri grefti), 15'ine lokorejyonel flep ve 3 hastaya da serbest doku onarımı (anterolateral uyluk flebi, latissimus dorsi kas deri flebi) uygulandı. Benign lezyonların %95'i, malign lezyonların %17'si primer onarıldı. Kısmi kalınlıkta deri greftlerinin %90'ı uyluktan, tam kalınlıkta deri greftleri supraklaviküler ve inguinal bölgeden alındı. Defektin büyüklüğü 4,4 cm<sup>2</sup>'den küçük olanlara primer onarım uygulanırken, 83 cm<sup>2</sup>'den büyük defektlerde serbest flep ile onarım uygulanmıştır. Serbest flep endikasyonu konulurken defektin alanı, yerleşimi, cerrahi sonrası ek tedavi gereksinimi ihtiyacı (kemoterapi, radyoterapi), lokal flep opsiyonlarının yetersizliği göz önünde bulundurularak karar verildi.

**Sonuç:** Sağlı bir bölge olması sebebiyle özellikle rekonstrüksiyon gerekmektedir. Rekonstrüktif merdiven her zaman uygulanamamaktadır. Defektin büyüklüğüne göre primer onarım, greft ile onarım, lokorejyonel flepler ve serbest doku aktarımları rekonstrüksiyon seçenekleridir. Ayrıca doku genişletici uygulamaları ile aşamalı rekonstrüksiyonlar da planlanabilmektedir.

**Kaynaklar**

1. Lutz, B. S., et al. "Reconstruction of scalp defects with free flaps in 30 cases." British journal of plasticsurgery 51.3 (1998): 186-190.

2. Leedy, Jason E., Jeffrey E. Janis, and Rod J. Rohrich. "Reconstruction of acquired scalp defects: an algorithmic approach." *Plastic and reconstructive surgery* 116.4 (2005): 54e-72e.

hastaların baş boyun bölgesi tümörleri çıkarılması sonrası ihtiyaçlarına göre fonksiyonel ve estetik açıdan fayda sağladığı kanaatindeyiz.

### SB-003

#### Baş Boyun Tümörlerinde Serbest Flep ile Defekt Onarımı Deneyimlerimiz

Özlenen Özkan, Hasan Tuna Türkmen, Ömer Özkan  
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif  
Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: Baş boyun tümörleri; günümüzde sıklığı giderek artan ve cerrahi tedavisi bu alanda genellikle geniş ve kompleks defektlere yol açmaktadır. Mikrovasküler serbest flepler, baş boyun bölgesinin rekonstrüksiyonunda fonksiyonel etkisinin olması, kabul edilir estetik sonuçları olması ve yüksek başarı oranının olması nedeniyle sık tercih edilen tedavi protokolüdür. Bu çalışmamızda kliniğimizde baş ve boyun tümörlerinin rezeksiyonu sonrası oluşan defektlerin rekonstrüksiyonunda uyguladığımız mikrovasküler doku aktarımı deneyimlerimiz anlatılmıştır.

Hasta ve Metod: Kliniğimizde Haziran 2014 – Temmuz 2017 tarihleri arasında baş boyun tümör rezeksiyonu sonrası serbest fleple onarımı gerçekleştirilen yaş aralığı 9 ile 83 olan 40 hastanın (22 erkek, 18 kadın) kullanılan flep yöntemi, intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar, revizyon ihtiyacı ve taburculuk sonrası sonuçları değerlendirildi. En sık eksize edilen tümörler arasında yassı epitel hücreli karsinom, bazal hücreli karsinom, malign melanom, lenfoepitelyal karsinom ve fibrosarkom yer aldı. Hastalara kullanılan serbest flep yöntemleri anterolateral uyluk flebi, fibula serbest flebi, latissimus dorsi flebi, vastus lateralis kas flebi, jejunum flebi yer aldı. Hastaların patoloji sonucu çıkması sonrası onkoloji bölümü ile koordine olarak hastaların ek cerrahi girişim ihtiyaçları, radyoterapi ve kemoterapi tedavi protokolleri açısından değerlendirmeleri yapıldı. Hastalar taburculuk sonrası düzenli aralıklarla poliklinik üzerinden değerlendirildi.

Sonuçlar: Operasyonu gerçekleştirilen 40 hastanın baş boyun bölgesinde yer alan tümörlerden 32 si yassı hücreli karsinom, 2 si lenfoepitelyal karsinom, 2 i adenoid kistik karsinom, 2 i fibrosarkom, 1 i malign melanom, 1 i bazal hücreli karsinom olarak görüldü. hastaların tümör eksizeyonu sonrası defektif doku ihtiyaçları baz alınarak 21 ine anterolateral uyluk flebi, 11 ine fibula serbest flebi, 6 sına latissimus dorsi serbest flebi, 1 ine jejunum serbest flebi, 1 ine vastus lateralis flebi uygulandı. Operasyon sonrası 31 hastada herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. 9 hastanın revizyon ihtiyacı oldu. Bu hastalardan 7 sinin flebi revizyonla kurtarıldı. 2 hastada flepler kurtarılamadı. Bu hastalardan birine rotasyon flebi, diğerine ise 2.kez anterolateral uyluk flebi uygulandı. En sık karşılaşılan komplikasyonlar; hematoma, enfeksiyon ve fistül olarak görüldü. Hastalar taburculuk sonrası onkoloji polikliniğine yönlendirildi ve düzenli olarak polikliniğimizde takipleri yapıldı.

Tartışma: Baş boyun tümörleri sıklığı artmakta olan ve bu alanda rezeksiyonu sonrası geniş ve kompleks defektlere yol açan lezyonlardır. Bu defektlerin rekonstrüksiyonunda uygulanan serbest doku aktarımları hastanın doku ihtiyacına göre gerek fonksiyonel anlamda gerekse estetik anlamda hastaya katkı sağlamakta olup günümüzde kullanımları geçerliliğini korumaktadır. Bu hastaların takipleri gerek onkolojik gerekse rekonstrüktif açıdan önemli olup izlemlerin periyodik aralıklarla yapılması gerekmektedir. Kliniğimizde yapılan bu operasyonların



baş boyun tümörlerinin geniş rezeksiyonu sonrası oluşan defektlerin serbest flepler ile onarımı

### SB-004

#### Trapezius Perforator Flebi ile Baş-Boyun Defektlerinin Rekonstrüksiyonu

Koray Temiz, Royal Khankishiyev, Semih Bağhaki  
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Plastik  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Baş-boyun yerleşimli doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda sayısız flep tanımlanmış olup günümüzde gerek lokal flepler, gerekse serbest fleplerle çok başarılı sonuçlar elde edilmektedir. Buna rağmen lateral servikal, posterior servikal ve oksipital bölge defektlerinin onarımına ait veri göreceli olarak daha azdır. Günümüzde bu bölgelerin defektleri latissimus dorsi kas-deri flebi, trapezius kas-deri flebi, skalp flepleri, pektoral flep ve serbest fleplerle onarılmaktadır. Bu bildiride adı geçen bölge defektleri kas sakrifikasyonuna neden olmadan trapezius perforator pervane flebi ile onarılmış beş hasta sunulmuştur. Hastaların demografik bilgileri, defekt etyolojileri, defekt yerleşimleri ve uzun dönem klinik sonuçları bildirilmiştir. Lateral servikal, posterior servikal ve oksipital bölge defektlerinin rekonstrüksiyonunda beş hastada trapezius perforatör flebini kullandık. Defektler hastaların dördünde tümör rezeksiyonu, birinde oksipitoservikal plak-vida ekspozisyonuna bağlıydı. Hastaların yaşı 35 ile 63 arasında değişmekte idi. Defektler bir hastada lateral servikal, diğer hastalarda posterior servikal ve oksipital yerleşimliydi. Fleplerin tümü pervane flep olarak kullanıldı ve tek perforan üzerinde kaldırıldı. Flep büyüklükleri 23x11 cm ile 16x7 cm arasında değişti. Herhangi bir oranda nekroz görülmedi. En kısa takip süresi 24 aydı. Hastalardan biri sistemik metastaz sonucu sonucu hayatını kaybetti. Diğer hastalar sorunsuz izlenmektedir. Trapezius kas-deri flebi oksipital bölge, posterior servikal bölge ve lateral servikal bölge defektlerinde değerli bir flep alternatifidir. Bu bölge defektlerinde alıcı damar azlığı ve pozisyonlama sıkıntıları nedeniyle serbest flepler yoğun bir şekilde kullanılmamaktadır. Latissimus dorsi kas-deri flebi

her zaman bir seçenek olmakla beraber yeterli uzanımı sağlamak için transaksiller yaklaşım gerektirebilir. Trapezius perforator flebi bahsi geçen zorluklarla karşılaşmadan, kas sakrifikasyonuna neden olmadan ve daha kısa ameliyat süreleriyle bu bölgelerin defektlerinde kullanılabilir. Trapezius perforator flebi lateral servikal, posterior servikal ve oksipital bölge defektlerinin rekonstrüksiyonunda kas sakrifikasyonuna neden olmadan kullanılabilecek bir seçenektir.

## SB-005

### Ortognatik Cerrahinin Mandibula Morfolojisi ve Yoğunluğuna Etkileri

Cemil Işık, Nuh Evin, Osman Akdağ,  
Mehtap Karamese, Zekeriya Tosun  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş :Ortognatik cerrahi esnasında çoğunlukla mandibuler osteotomilere başvurularda maloklüzyonların tedavisi sağlanmaktadır. Osteotomi uygulamaları ile fiziksel hasarın dışında projeksiyon veya retrüzyon ile de mandibulaya uygulanan kuvvetler değişmektedir. Bu durum mandibulada yoğunluk dağılımının değişimine neden olmaktadır. Panoramik mandibula grafileri ve bilgisayarlı tomograflerle kemik değerlendirmesi cerrahi öncesi tanı ve sonrası takipte güvenle kullanılmaktadır. Rutin alınan panoramik grafilerle beraber özel durumlarda bilgisayar tomograflerinde de ortognatik cerrahinin etkilerini gözlemleyebilmekteyiz. Bu çalışmada bilgisayarlı tomografi ile ortognatik cerrahi sonrası mandibula yoğunluğundaki ve morfolojisindeki değişimi inceledik. Çalışmanın amacı ortognatik cerrahi sonrası oluşması muhtemel yoğunluk değişikliklerini ve bu değişimde etkili risk faktörlerini belirlemektir.

Materyal metot: 2010 ile 2017 yılları arasında kliniğimizde gerçekleştirilen 61 ortognatik cerrahi vaka retrospektif olarak değerlendirildi. Diyabet, hiperparatiroidizm, hipoparatiroidizm, böbrek yetmezliği olan hastalar ve osteoporoz gibi ek patolojileri olan hastalar dışı bırakıldı. Mandibular osteotomide sagittal split ramus osteotomi tekniği uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi. 25 hastada preoperatif rutin alınan bilgisayarlı tomografler ile postoperatif 6. Ay sonrası başka nedenlerle alınan bilgisayarlı tomografler (BT) karşılaştırıldı. BT ve panoramik grafilerin "Digital Imaging and Communications in Medicine format" (DICOM) verileri Simplant® programına aktararak değerlendirilmeye alındı. BT'de Ledgerton'un sınıflandırılması(1) kullanılarak bilgisayarlı tomografi mandibular indeksi superior ve inferior (BTI), bilgisayarlı tomografi mental indeksi (BTMI), bilgisayarlı tomografi kortikal indeksi parametreleri ile karşılaştırma yapıldı. İstatistiksel t testi analizi ile preoperatif ve geç dönem postoperatif indeksler karşılaştırıldı.

Sonuçlar:Ortognatik cerrahi yapılan 7'si erkek, 18'i kadın hastanın 7'sine sadece mandibular osteotomi yapılmışken diğer tüm hastalarda çift çene cerrahisi gerçekleştirilmiştir. Hastaların 5 Mandibular ilerletme ve 20 tanesinde gerileme ortognatik cerrahisi uygulanmıştır. Uygulanan cerrahilerele ortalama 2,7 mm ilerletme 1,8 mm gerileme yapılmıştır.

Tartışma: Mandibula üzerine uygulanan kuvvetlerin değişmesi, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, operasyona bağlı inflamasyon ve osteotomiler sonucunda dansite değişiklikleri olmaktadır. Panoramik grafilerin kemik kütlesini ve yoğunluğunu ölçmedeki etkinliği birçok çalışmada belirtilmiştir.(2, 3, 4) Bt ile yapılan değerlendirmelerle de mandibular osteopeniler rahatlıkla teşhis edilebilmektedir.

Sonuç: Ortognatik cerrahi sonrası mandibular beslenme bozulma, beslenme bozulma olması halinde dansite değişiklikleri görülebilmektedir. Osteopenik diğer risk faktörlerinin de bulunması halinde mandibular dansitenin oldukça düşebildiği gözlenmektedir. Bu nedenle ortognatik hastaların muayenesinde ve takiplerinde osteopeni önemli bir parametre olarak kontrol edilmelidir.

## Kaynak

- 1-Ledgerton D, Horner K, Devlin H, Worthington H. Panoramic mandibular index as a radiomorphometric tool: an assessment of precision. Dentomaxillofac Radiol 1997; 26: 95-100.
- 2-. Horner K, Devlin H. The relationship between mandibular bone mineral density and panoramic radiographic measurements. J Dent 1998; 26: 337-43.
- 3-Klemetti E, Kolmakov S, Kröger H. Pantomography in assessment of the osteoporosis risk group. Scand J Dent Res 1994; 102: 68-72.
4. Devlin H, Karayianni K, Mitsea A, Jacobs R, Lindh C, van der Stelt P, et al. Diagnosing osteoporosis by using dental panoramic radiographs: The OSTEODENT project. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007; 104: 821-8.
5. Koh, Kwang-Joon, and Kyoung-A. Kim. «Utility of the computed tomography indices on cone beam computed tomography images in the diagnosis of osteoporosis in women.» Imaging science in dentistry 41.3 (2011): 101-106.

## SB-006

### Dermoid Kistlerin Tanı ve Tedavi Yaklaşımları: 27 Olgunun Retrospektif Çalışması

Ayberk Akcay, Ayca Ergan, İlker Üşçetin,  
Özlem Çolak, Özay Özkaya  
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif Cerrahi, İstanbul

Amaç: Dermoid kistler, konjenital, genellikle baş boyun, gövdede lokalize duvarı skuamözepitel ile döşeli içlerinde farklı deri ekleri yada dokular(multiplesebase gland, kıl folikülleri, ter bezleri, yağ, tırnak, göz, dental, kartilaj yada kemik yapı) içerebilen ektodermal ve mesodermal orijinli gelişimsel malformasyonlardır. Çalışmada baş boyun bölgesindeki dermoid kist ön tanıli kitlelere yaklaşım, ayırıcı tanı, preop görüntüleme yöntemleri ile nihai patoloji arasındaki ilişkiyi değerlendirmek ve tedavi algoritmasını tartışmak amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Bu çalışmaya ocak 2010 ile temmuz 2017 arasında kliniğimize baş boyun bölgesinde kitle nedeniyle başvuran ve preoperatif değerlendirme sonrası cerrahi tedavi uygulanan 35 hasta retrospektif olarak tarandı. Hastalar yaş, cinsiyet, lezyon boyutu, lezyon yerleşimi, preoperatif görüntüleme, intrakraniyal tutulum, uygulanan tedavi ve komplikasyonlar açısından değerlendirildi. Sekiz(%22.8) hasta preoperatif görüntüleme raporlarına göre ön tanılardan biri dermoid kist olmasına rağmen, nihai patoloji sonuçlarının dermoid kist olarak raporlanmamış olması nedeniyle çalışmadan çıkarıldı. Erken postoperatif dönem takibinden sonra hastaların 1 ve 6. Ayda kontrolleri yapıldı. Bu dönemin sonunda nüks, patolojik skar ve ek komplikasyon görülmedi.

Bulgular: Bu çalışmaya dahil edilen 27 hastanın 15 tanesi(%55.5) erkek, 12 tanesi(%44.4) kadın idi. Hastaların yaşı 1 ile 28 arasında değişmekte ve ortalama yaş 10 idi. Lezyonların ortalama boyutu 13.2\*7.03 mm idi(18 mm-4 mm arasında). Lezyonların 12 tanesi(%44.4)

sağ tarafta, 11 tanesi(%40.7) sol tarafta, 4 tanesi(%14.8) ise orta hatta yer almaktaydı. Başvuru anında tüm hastalarda lezyonun bulunduğu lokalizasyonda deri altında şişlik şikayeti mevcut idi. Ağrı yada lezyonda akıntı tariflenmedi. Kitlelerin çoğu immobil ve palpasyonda orta sertlikte idi. Tüm hastaların ameliyat öncesi incelemelerinde intrakranyal tutulumu değerlendirmek için öncelikli olarak BT olmak üzere en az bir görüntü istendi. Lezyonların çıkarılmasında ana neden kozmetik sorunlar olarak görüldü. Çalışmamızda tüm olgularda kitle 2 cm den küçük olup, hiçbirinde intrakranyal tutulum izlenmedi.

Sonuç: Küçük yaşlarda frontotemporal bölgede ve 2 cm den küçük olan dermoid kist ön tanıli kitlelerde intrakranyal tutulum nadir olduğundan radyolojik olarak preoperatif CT yada MRI ile görüntüleme kullanılmayabilir. Kesin tanı ve lezyonun ne kadar derine uzanım gösterdiğinin anlaşılmasının en güvenilir yolu lezyonun operasyon esnasında iyi ortaya konulması ve total olarak geride kist dokusu bırakılmadan eksizyonudur.

### SB-007

#### Baş-Boyun Bölgesi Sarkomlarında Cerrahi Yaklaşım; 3 Olgu Sunusu

Ahmet Bilirer, Gökçe Yıldırım, Osman Akdağ, Mehtap Karameşe, Zekeriya Tosun  
*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya*

Giriş: Baş ve boyun sarkomları, vücuttaki tümörlerin %1'inden daha azını oluşturmaktadır. Nadir oluşları ve agresiflikleri, önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Tedavileri sıklıkla multidisipliner yaklaşımla yapılmakta olup; sürvinin belirlenmesinde ve lokal kontrolde en önemli basamak cerrahidir. Bu çalışmada baş ve boyun sarkomu olan 3 olgunun tümör özellikleri, tedavilerinin yönetimi ve kitle eksizyonları sonrası kompleks rekonstrüksiyonlarının sunulması amaçlanmıştır.

#### Olgu:

OLGU 1: 16 yaşında erkek hasta, sol mandibuler bölgede iki aydır mevcut olan ve büyüklüğü giderek artan şişlik ile başvurdu. Hastanın klinik değerlendirmesinde; sol mandibuler bölgede 3x3 cm'lik çevre dokulara fiks, palpasyon ile hassas kitle tespit edildi. Yapılan eksizyonel biyopsi sonucu; düşük dereceli fibromiksoid sarkom olarak raporlandı. Hastaya biyopsi alanını da kapsayacak şekilde geniş rezeksiyon yapıldı, kemik ve cilt defekti serbest fibula osteokutan tabii ile onarıldı. Düşük dereceli olduğundan adjuvan tedavi verilmedi. Postoperatif 1. yılda nüks gözlenmedi. Ağız açıklığı ve çiğneme fonksiyonları normal olarak saptandı.

OLGU 2: 8 yaşında erkek hasta sağ parasimfizden sol korpuse uzanan ağrısız, son 1 aydır giderek artan 8 cm'lik şişlik ile başvurdu. Hastanın MR incelemesinde kitlenin çevre dokuyu ve kemik dokuyu destrüktif ettiği tespit edildi. Perkütan insizyonel biyopsi alındı ve Ewing sarkom olarak raporlandı. Tümör kitle mandibula sağ angulus ve sol angulus arasındaki tüm segmenti, ağız tabanını ve mandibula üzerindeki ciltle birlikte, insizyonel biyopsi alanını da kapsayacak şekilde tek blok halinde eksize edildi. Eksize edilen mandibula segmenti, tümör kitleden ayrıldı ve iki kez 20'er dakika sıvı azota tabii tutulduktan sonra kemik greft olarak uygulandı ve rekonstrüksiyon plağı ile onarım sağlandı. Ağız tabanı, serbest anterolateral uyluk flebi ile onarıldı. 9 seans adjuvan kemoterapi aldıktan sonraki kontrollerinde mandibulada kısmi kayıplar saptanan hastanın grefti eksize edilerek, serbest fibula osteokutan flebi ile mandibula ve cilt onarımı yapıldı.

Postoperatif 9. ayındaki hastada nüks saptanmamıştır. Mandibula fonksiyonları normaldir.

OLGU 3: 30 yaşında erkek hasta sol temporal bölgede 2 aydır mevcut, boyutları giderek artan ve son 3 haftadır ağrı şikayeti eklenen şişlik ile başvurdu. BT'de sol mandibula ramusta periosteal reaksiyon içeren, çevre yumuşak dokulara invaze 7x3 cm'lik kitle saptandı. Hastaya yapılan ince iğne aspirasyon biopsisi sonucu osteosarkom olarak raporlandı. Mandibula kondil ve ramusunu çevreleyen, parotis ve fasiyal siniri invaze eden tümör için sol hemimandibuler rezeksiyon yapıldı. Eksize edilen mandibula segmenti, tümör kitleden ayrıldı ve iki kez 20'er dakika sıvı azota tabii tutulduktan sonra kemik greft olarak uygulandı ve rekonstrüksiyon plağı ile onarım sağlandı. Fasiyal reanimasyon için serbest fonksiyonel rektus abdominis kas flebi kullanıldı. Postoperatif yara iyileşmesini takiben erken dönemde ağız açıklığı ve fasiyal sinir fonksiyonları yeterli olan hastanın, 30 seans adjuvan radyoterapi tedavisi sonrası postoperatif 2. Yılında ağız açıklığı sınırlı ve sol fasiyal sinirde tam denervasyon saptanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Hayati ve estetik yapıların birbirine çok yakın seyretmesi nedeni ile baş ve boyun sarkomlarının cerrahi tedavisi ve rekonstrüksiyonu zordur. Günümüzde mikrocerrahi tekniklerinin gelişimi ile; sarkom dışı baş ve boyun bölgesinin rekonstrüksiyonunda ve fasiyal reanimasyonda tatmin edici sonuçlar elde edilse de; sarkomların multidisipliner yaklaşımla tedavi edilmesi ve sıklıkla adjuvan tedavi almaları nedeni ile tatminkar bir kesin sonuç elde etmek zordur. Tedavideki başarısızlığın en sık nedeni; lokal rekürrens olduğundan, baş boyun bölgesi sarkomlarında geniş ve derin rezeksiyon kritiktir, bu da başarılı bir rekonstrüksiyon yapılmasını gerektirir. Çalışmamızda sunulan 3 olguda rekürrens saptanmamış olması geniş ve yeterli rezeksiyona, ciddi fonksiyon bozukluğu saptanmamış olması ise başarılı rekonstrüksiyonlara bağlanmıştır. Mortal olan baş ve boyun sarkomlarında sürviye hayat kalitesini de artırarak katkıda bulunan antite; başarılı cerrahidir.

### SB-008

#### Skalpte Malign Melanin Vakalarında Yakın Kızılötesi Flöresan Görüntüleme Sistemi ve Lenfosintigrafi Yöntemlerinin Birlikte Kullanımı

Mehmet Cömert, Melekber Çavuş Özkan, Samet Şendur, Fatma Nihal Durmuş Kocaaslan, Bülent Saçak, Özhan Bekir Çelebiler  
*Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*

Giriş: Sentinel lenf nodlarının yeri, sıklıkla izosulfan mavisi veya metilen mavisi gibi boyalar ve radyoizotop metodlarının kombinasyonu ile belirlenebilmektedir. Öte yandan, baş boyun bölgesinde sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) bölgenin karmaşık anatomisi, lenfatik ağın yaygınlığı ve radyoizotop metodlarının duyarlılığının göreceli az olması nedeniyle ekstremiteler için uygulanan SLNB kadar yaygınlık kazanamamıştır. Özellikle son yıllarda rekonstrüktif cerrahide doku perfüzyonunun değerlendirilmesinde kullanılan indosiyaniye yeşili (ICG) ile yakın kızılötesi flöresan görüntüleme sistemleri, malign melanom vakalarında sentinel lenf nodu örnekleme için doku etrafına infiltrasyonu ile birlikte kullanılabilmekte ve etkinliği güncel çalışmalarda eski metodlar ile kıyaslanmaktadır.

Bu çalışmada, 2 skalp yerleşimli malign melanom olgusunda SLNB için ICG görüntüleme sisteminin lenfosintigrafi ile başarılı kombine kullanımı sunulmaktadır.

**Hastalar & Metod:** Skalpte malign melanom tanılı iki hasta tarafımıza definitif onarım açısından yönlendirildi. Hastaların patoloji sonuçları değerlendirilip reeksizyon ve sentinel örnekleme planlandı. Baş- boyun bölgesindeki sentinel lenf nodları ameliyat öncesi Lenfosintigrafi ve SPECT/BT ile lokalize edildi. Primer tümör sahasının etrafına intradermal ICG infiltrasyonu uygulanmasını takiben, lenfosintigrafi ile lokalize edilen bölgedeki lenf nodları ICG görüntüleme sistemi yardımı ile bulundu ve çıkarıldı. Lenfadenektomi sonrası tekrar SPY görüntüleme sistemi ile lenf sahası incelenerek rezidüel ICG tutan lenf nodu ile uyumlu görünümün olmadığı tespit edildi. Patoloji değerlendirmesi sentinel lenfadenektomi materyallerinin tümü malignite negatif olarak raporlandı.

**Tartışma:** Sentinel lenf nodu örnekleme erken ve orta evre malign melanom tedavisinde sıklıkla kullanılmakta ve önem arz etmektedir. Baş-b boyun bölgesinin karmaşık lenfatik yapısı ve primer lezyonun sentinel lenf nodu tespitini zorlaştırmakta ve primer lezyonun sentinel lenf noduna yakınlığı radyoaktivite ölçümlerinde problem teşkil etmektedir. Preoperatif Lenfosintigrafi/SPECT ve intraoperatif Gamma Probe birlikteliği bir çok klinikte etkin olarak kullanılmaktadır. Son yıllarda bu endikasyonda lenfosintigrafi ile birlikte kullanılan yakın kızılötesi floresan görüntüleme sistemleri ile sentinel lenf nodu kolaylıkla lokalize edilebilmektedir.

**Sonuç:** Karmaşık lenfatik yayılımı olan baş boyun bölgesinde malign melanom hastalarında sentinel örnekleme açısından kullanımı ve kontrast tutan lenf nodunun çıkarılması sonrası lenf sahasının yeniden incelenmesi güvenilir bir yöntem olarak düşünülebilir. Daha fazla sayıda hasta ile daha uzun takipli çalışmalara gereksinim vardır.

## SB-009

### **Melanositik Lezyonların Eksizyon Genişliği ile İlgili Güncel Yaklaşım: MPATH-DX Sınıflaması**

Atilla Adnan Eyüboğlu<sup>1</sup>, Abbas Albayrak<sup>1</sup>, Burak Özkan<sup>1</sup>, Enver Arpacı<sup>2</sup>, Ahmet Çağrı Uysal<sup>1</sup>, Nilgün Markal Ertaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

**Giriş:** Melanositik lezyonlara uygulanan eksizyon sınırları farklı branşlar ve cerrahlar arasında farklılık gösterebilmektedir. Malign ve benign melanositik lezyonların arasındaki kompleks histolojik süreç ve benzerlikten ötürü melanom ve nevüslerin arasında kalan formlarında tanı ve tedavilerde eksik veya agresif cerrahi tedavi yapılmaktadır. MPATH-Dx sınıflaması bu karışıklığın önlenmesi ve cerrahi tedavinin standart hale getirilmesini sağlamaktadır (Tablo 1) [1].

**Materyal-Metod:** Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2016 yılında yapılan Dermatoloji, Patoloji ve Plastik Cerrahi ortak toplantısında MPATH-Dx sınıflamasının klinikte uygulanmasına karar verildi. Kasım 2016 - Ağustos 2017 tarihleri arasında Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde toplam 198 hastada 248 melanositik lezyona eksizyonel biyopsi yapıldı. Lezyonlar Başkent Üniversitesi Patoloji bölümünde MPATH-Dx sınıflamasına göre yorumlandı.

**Bulgular:** Eksize edilen 248 melanositik lezyonun MPATH-Dx sınıflamasına göre; 107 lezyon kategori I (%43), 38 lezyon kategori II (%15), 43 lezyon kategori III (%17), 32 lezyon kategori IV (%12), 28 lezyon kategori V (%11) olarak bulundu. Bu sınıflamaya göre 24 hastaya yeniden cerrahi önerildi. Re-eksizyon önerilen hastalar; Kategori II (%10) (2 orta derecede atipik displastik nevüs, 1 blue nevüs, 1 compound spitz nevüs), kategori III (%30) (8 hasta ileri derecede atipik displastik nevüs, 4 hasta in situ melanoma, 1 hasta pigmente spindle hücreli tümör), kategori IV (%15) (5 invazif melanom), kategori V (%7) (2 metastatik invazif melanom) olarak bulundu. 24 hastadan kategori II olan 3 hasta, kategori III olan 4 hasta re-eksizyonu kabul etmedi ve takibe alındı (%29).

**Tartışma ve Sonuç:** Lezyonların patolojik tanımlamaları merkezler arasında hatta aynı klinik içinde farklılık gösterebilmektedir [2]. MPATH-Dx sınıflamasının hedeflerinden biri farklı merkezlerden gelen farklı terminolojileri prognostik önemlerine göre aynı kategoride toplayabilmektir. Sınıflamada melanositik lezyonlar için ortak bir dil oluşturularak klinisyenlerin tedavi şekilleri konusunda karışıklığın kaldırılması hedeflenmiştir. Çalışmada meme kanserindeki görüntüleme yöntemi skorlaması (BI-RADS)'a benzer şekilde skor arttıkça malignite şüphesinin arttığı sistem kullanılmıştır [3]. Kategori I'de lokal proliferasyon riski olmayan lezyonlar bulunmaktadır. Bu lezyonlar cerrahi re-eksizyon gerektirmezler. Kategori II'de progresyon riski düşük, ancak geride lezyonlu hücre varsa, düşük de olsa lokal proliferasyon riski mevcuttur. Bu lezyonların 5 mm'den küçük sınır olacak şekilde re-eksizyonu önerilir. Kategori III'de progresyon riski yüksekliği nedeni ile 5 - 10 mm arası re-eksizyon önerilir. Kategori IV'te lokal-regional ilerleme riski yüksek olan invazif melanomlar bulunmaktadır. Bu gruba 1 - 2 cm arasında geniş eksizyon önerilmektedir. Kategori V bölgesel ve uzak metastaz riski yüksek olan invazif melanomlar için kullanılmaktadır. Lezyonun eksizyon genişliği boyut ile doğru orantılı olarak genişletilmelidir. Çalışmamızdaki kategori I hastalarının büyük kısmı estetik nedenler ile lezyon eksizyonu talep eden hastalardır. Bu hastaların eksizyon sonrası tedavileri tamamlanmış kabul edilmektedir. Kategori II deki hastaların büyük kısmı Fitz-Patrick Tip 2 cilt yapısına sahip ve güneş maruziyeti nedeni ile büyüyen lezyon fark etmeleri ile başvurmışlardır. Kategori III, MPATH-Dx sınıflamasının en zor kategorisidir. Malign ve benign natürdeki lezyonların ayrılmasındaki histolojik güçlük nedeni ile en çok tartışılan konudur [4]. Diğer bir güçlük ise hastaların re-eksizyon için ikna edilebilmesidir. Kozmetik nedenler ile başvuran hastalarda bu yeni sınıflamanın önerisi doğrultusunda yapılacak 1cm'e varan re-eksizyon neticesinde primer onarım çoğu zaman mümkün olmamaktadır (Tablo 2). Hastalar geniş skar oluşumu konusunda endişe duymaktadır. Nitekim kendi serimizde tanı konulması sonrası kategori II ve kategori III'te bulunan hastaların %29 luk kısmı re-eksizyonu kabul etmemiştir. Kategori IV ve V invazif melanomu temsil etmektedir. Patologlar tarafınca ayrılması diğer gruplara göre daha basit ve kesin olmaktadır. Bu kategorideki lezyonların tedavisinde kliniğimizdeki malign melanom tedavisi protokolü uygulanmıştır. Sonuç olarak MPATH-Dx sınıflaması melanositiklezyonlarileçalışan dermatoloji, patolojiveplastik cerrahi branşları arasında ortak dil kullanımını sağlayarak güncel tedavi yöntemlerinin düzenlenmesini sağlayacaktır.

#### Referanslar

- 1- The MPATH-Dx reporting schema for melanocytic proliferations and melanoma. Piepkorn MW, Barnhill RL, Elder DE, Knezevich SR, Carney PA, Reisch LM, et al. J Am Dermatol. 70:131-141. 2014. doi:10.1016/j.jaad.2013.07.027.
- 2- Evaluation of Melanocytic Pathology Assessment Tool and Hierarchy for Diagnosis (MPATH-Dx) classification scheme for diagnosis of cutaneous melanocytic neoplasms: Results

from the International Melanoma Pathology Study Group. Lott JP, Elmore JG, Zhao GA, Knezevich SR, Frederick PD, Reisch LM, et al. J Am Acad Dermatol. Vol 75: 2; 356-363, 2016.

3- Vanel D. The American College of Radiology (ACR) Breast Imaging and Reporting Data System (BI-RADS™): A step towards a universal radiological language? European Journal of Radiology. 2007;61(2):p. 183. doi: 10.1016/j.ejrad.2006.08.030.

4- Achieving consensus for the histopathologic diagnosis of melanocytic lesions: use of modified Delphi method. Carney PA, Reisch LM, Piepkorn MW, Barnhill RL, Elder DE, Knezevich SR. J Cutaneous Pathology. 43:830-837, 2016.

**Tablo 1 ve 2**

Tablo 1. MPATH-Dx sınıflaması kategorileri ve eksizyon genişliği

| MPATH-Dx Sınıflama kategorisi | Eksizyon Genişliği                 |
|-------------------------------|------------------------------------|
| Kategori I                    | Cerrahi Yagana                     |
| Kategori II                   | Eksizyon, <5 mm                    |
| Kategori III                  | Eksizyon, 5 – 10mm                 |
| Kategori IV                   | Eksizyon, > 10 mm (maksimum 20 mm) |
| Kategori V                    | Eksizyon, > 10 mm                  |

Tablo 2. MPATH-Dx kategorileri ve re-eksizyon sayıları ve yöntemleri

| MPATH-Dx                    | Kategori I | Kategori II | Kategori III | Kategori IV | Kategori V |
|-----------------------------|------------|-------------|--------------|-------------|------------|
| Re-eksizyon oranları        | 0          | 4           | 13           | 5           | 2          |
| Re-eksizyon kalite oranları | 0          | 3           | 4            | 0           | 0          |
| Re-eksizyon Primer oranları | 0          | 1           | 5            | 0           | 0          |
| Re-eksizyon Tiple oranları  | 0          | 0           | 4            | 5           | 2          |

MPATH-Dx sınıflaması kategorileri, eksizyon genişliği ve uygulanan yöntemler

**SB-010**

### **Malign Melanom Hastalarında Lenf Nodu Metastazı Öngörülebilir mi? Rutin Yapılan Preoperatif Görüntüleme Yöntemleri ile Lenf Nodu Diseksiyonu Sonuçlarımızın Retrospektif Analizi**

Özay Özkaya Mutlu, Mert Canlı,  
Semih Tiber Menteşe, Ahmet Dilber  
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik,  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Malign melanom hastalarının prognoz ve survisini belirleyen faktörlerin en önemlisi lenf bezi tutulumudur. Tek başına lenf bezi metastazı varlığı, birçok faktörden bağımsız olarak 5 yıllık survi oranlarını %40-50 düşürmektedir. Lenf bezi diseksiyonu sayesinde, gizli lenf bezi metastaz riski ortadan kaldırılarak hastanın toplam survi yüzdesi artırılmış olur. Lokorejyonel olarak sınırlı hastalarda, radikal lenf bezi diseksiyonu lokal tümör kontrolü sağlamakla birlikte 5 yıllık survi oranını %20-40 seviyesine çekerek kür ihtimalini bile ortaya çıkarmaktadır. Buna rağmen, literatürde yer alan çalışmalar ile lenf bezlerine yaklaşım konusunda standardize edilmiş bir yöntem yer almamaktadır. AJCC kriterlerine göre, breslow kalınlığı 1 mm den büyük olan (T2, T3 ve T4) malign melanom hastalarına sentinel lenf bezi örneklemesi yapılması önerilmekte olup, bir görüntüleme yöntemi ile tanı konulmuş metastatik bir lenf bezi veya pozitif sentinel lenf örneklemesi olmayan hastalar için genel eğilim lenf bezi diseksiyonundan kaçınma yönündedir. Ancak ultrasonografi veya PET-CT gibi görüntüleme yöntemleri, hastalığın klinik evrelemesinde önem taşıyan mikrometastaz varlığı durumunda yetersiz kalmakla beraber sentinel lenf örneklemesinde nükleer tıp hekimi, cerrah ve patoloğun koordine çalışmasını gerektirmenin ötesinde %16-38 oranında yalancı negatiflik oranları bildirilmiştir.

**Amaç:** Yapılan çalışma ile, kliniğimizde lenf nodu diseksiyonu yapılan malign melanom hastalarının retrospektif olarak

incelenerek sonuçlarının hastaların demografik özellikleri, hastalık alt tipi, hastalığın lokalizasyonu ve yapılan diseksiyon çeşidi, preoperatif olarak yapılan görüntüleme yöntemi gibi değişkenler ile karşılaştırılarak tartışılması amaçlanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya 2010-2017 yılları arasında hastanemize kutanöz malign melanom nedeniyle başvuran ve lenf nodu diseksiyonu yapılan 58 hasta dahil edilmiş olup, vakaların retrospektif analizi yapılmıştır. Bu vakaların dışında T1b veya T2a evreye sahip 9 malign melanom hastasına ise sentinel lenf örneklemesi yapılmış ancak frozen sonucu negatif gelmesi üzerine lenf bezi diseksiyonu yapılmaması nedeniyle çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastaların %50 si kadın, %50 si ise erkektir. Melanom alt tipine bakıldığında en sık görülen yüzeysel yayılan malign melanom olup (%44,8), sırası ile nodüler malign melanom(%41,4), akrall lentiginöz melanom(%12,1) ve desmoplastik melanom(%1,7) bunu takip etmektedir. Melanom lokalizasyonuna uygun olarak 36 hastaya inguinal, 11 hastaya aksiller ve 11 hastaya boyun diseksiyonu yapılmıştır. Ortalama 43,7 aylık takipte, 8 hasta kaybedilmiştir(%13,5). Yapılan diseksiyonlarda t2b tümörlerin ise %30 unda, T3 tümörlerin %58 inde ve T4 tümörlerin %53 ünde metastaz izlenmiştir. Lenf bezi diseksiyonu yapılan hastalar için preoperatif yapılan ultrasonografi %61,5 spesifik %78,9 sensitif; PET-CT ise %75,5 spesifik %84 sensitif olarak bulunmuştur.

**Sonuç:** Malign melanom hastalarında hastanın prognoz ve survisini belirleyen en önemli faktör lenf bezi metastazının varlığıdır. Preoperatif olarak yapılan görüntüleme yöntemleri ile elde edilen klinik evreleme, tek başına hastalığın değerlendirilmesinde yetersiz kalmaktadır. Orta-ileri evre malign melanom hastalarında primer lezyonun uygun cerrahi sınırla eksizyonu sırasında yapılan tamamlayıcı lenf bezi diseksiyonu ile, hastalığın lokorejyonel kontrolü sağlanarak okkült lenf bezi metastazı varlığının tanısının konulması, patolojik evrelemenin yapılarak hasta için uygun tedavi planlanması yapılması sağlanmaktadır.

**SB-011**

### **Kutanöz Malign Melanomda Sentinel Lenf Nodu Biyopsisine Etkili Değişkenler**

Mehmet Uzun, Mert Seçer, Houtan Zolfagharpour,  
Atacan Emre Koçman, Ayşe Aydan Köse,  
Cengiz Çetin  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik,  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir

**Amaç:** Son zamanlarda dünya geneline paralel olarak ülkemizde de malign melanom görülme sıklığı giderek artmaktadır. Deri kanserleri içinde nispeten az görülmesine rağmen deri kanserlerine bağlı ölümlerin çok büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Tüm kanser türlerinde olduğu gibi malign melanomda da erken evrede teşhis ve etkin tedavi morbidite ve mortalite oranında azalma sağlar. Çalışmamızda evreleme ve tedavi yönetiminde önemi olan sentinel lenf nodu biyopsi (SLNB) sonucu ile ilişkili faktörlerin incelenmesi; tümörün yayılma potansiyeline ve prognoza etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmamızda Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD'nda Ocak 2011-Aralık 2016 yılları arasında malign melanom tanısı alıp sentinel lenf nodu biyopsisi yapılan hastalar geriye dönük incelenmiştir. Deri dışı melanomlar, eksizyonel biyopsisi dış merkezde yapıp tümöre ait yetersiz verileri olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaşı, cinsiyeti, tümörün ne zamandır var olduğu, tümörün yeri ve boyutu, eksizyonel

biyopsinin histopatolojik bulguları, sentinel lenf nodunun yeri, durumu ve biyopsi ile ilk tanı aşısındaki süre ve hastaların ortalama 1 yıllık prognozu dataylı incelenmiştir. Sentinel lenf nodunun durumu ile demografik bilgiler, tümörün özellikleri, histopatolojik parametreler arasında korelasyon ve sentinel lenf nodu pozitif olanlarda elektif lenf nodu diseksiyonu (ELND) bulguları analiz edilmiştir.

Bulgular: 21(%44.7)'i kadın 26 (%55.3)'sı erkek toplam 47 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 56.8 (6y-88y) idi. İlk eksizyonel biyopsi sonrası malign melanom tanısı ile sentinel lenf nodu biyopsisi arasında geçen zaman ortalama 1.4 ay idi. Melanomun ciltte en sık görüldüğü anatomik bölge, sentinel lenf nodu hem pozitif hem negatif olanlarda 17 (%36.1)'şer hasta ile gövde ve alt ekstremitelerdi. Biyopsiden ortalama yarım saat önce tüm hastalarda sentinel lenf nodları nükleer tip departmanında Teknesyum-99m (Tc-99m) ile işaretlendi. SLNB ile aynı seansta 45 (%95.7) hastaya cerrahi sınır genişletilmesi; 4(%8.5) hastaya elektif lenf nodu diseksiyonu (ELND) yapıldı. Çıkarılan sentinel lenf nodları patoloji departmanında hemotoksilen eozin, S-100, HMB-45 ve MART-1 ile boyanarak incelendi. 47 hastanın 29(%61.7)'unda SLNB negatif, 18(%38.3)'inde SLNB pozitif idi. SLNB ile eş zamanlı yapılan ELND sonucunda 4 (%8.5) hastada da SLNB negatif ve ELND negatif olarak raporlandı. SLNB pozitif gelen 13 (%27.6) hastada ortalama 1.4 ay sonra ELND yapıldı. SLNB pozitif olanlarda ortalama tümör boyu 5.5 cm2 negatif olanlarda 2.21 cm2 idi. En sık tümör tipi SLNB negatif olan 15 (%31.9) hastada yüzeysel yayılan tip iken; SLNB pozitif olan 10 (%21.2) hastada nodüler tip olarak görüldü. SLNB pozitif olanlarda tümörün ortalama vertikal kalınlığı (breslow) 4 mm, negatif olanlarda 1.78 mm idi ( $p<0.05$ ). Mitotik indeks 1 mm2 alanda SLNB negatif olan hastalarda ortalama 2.8, SLNB pozitif olan hastalarda 6.2 olduğu görüldü ( $p<0.05$ ). SLNB pozitif gelen 10 (%21.2), SLNB negatif gelen 10 (%21.2)'ar hastada ülserasyona rastlandı. SLNB negatif olan 6 (%12.7), SLNB pozitif olan 5 (%10.6) hastada tümörde regresyon vardı. Lenfovasküler invazyon SLNB negatif olan 4 (%8.5), pozitif olan 3 (%6.4) hastada vardı. Tümöre lenfosit cevabı SLNB negatif 9 (%19.1) hastada, pozitif 1(%2.1) hastada şiddetliydi. SLNB pozitif gelip ELND yapılan 13 (%27.6) hastanın 8(%61.5)'inde malignite görülmezken; 5 (%38.4)'inde malignite pozitif olarak raporlandı. SLNB yapılan hastalarda komplikasyon görülmezken ELND yapılan 1(%2.1) hastada yara dudaklarında nekroz gözlemlendi. Takiplerde SLNB negatif olan 1(%2.1) hastada 3 yıl sonra, 1 (%2.1) hastada 7 ay sonra uzak organ metastazı görüldü. SLNB ve ELND pozitif olan 1(%6.6) hastada 1 yıl sonra uzak organ metastazı saptandı. SLNB pozitif ELND yapılmayan 2 (%4.2), SLNB ve ELND pozitif olan 1(%6.6) hasta ortalama 1.5 yıllık takiplerinde ex oldu.

Sonuç: Sonuç olarak sentinel lenf nodunun durumu özellikle tümörün boyutu, vertikal kalınlığı (breslow), mitotik indeks, ülserasyon varlığıyla yakın ilişki içersindedir. Breslow 1 mm altında olsa bile tümörde mitotik aktivite artışı ve ülserasyon varlığında sentinel lenf nodu biyopsisi yapılması uygundur. SLNB doğrudan klinik karar vermeye yardımcı ve hastaları klinik olarak niteliklendirebilir önemli prognostik bilgi sağlar.

Resim 1



Sağ İnguinalde Bulunan Sentinel Lenf Nodu

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

**Tablo 1**

|                                                |                    | ELND<br>yapılmayanlar | SLNB<br>Negatif<br>Hastalar<br>ELND<br>negatif | ELND<br>pozitif | Toplam           | ELND<br>yapılmayanlar | SLNB<br>Pozitif<br>Hastalar<br>ELND<br>negatif | ELND<br>pozitif   | Toplam            | SLNB (-)<br>+<br>SLNB (+) |
|------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|------------------------------------------------|-----------------|------------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|-------------------|---------------------------|
| Hasta sayısı                                   |                    | 25                    | 4                                              | 0               | 29               | 5                     | 8                                              | 5                 | 18                | 47                        |
| Cinsiyet                                       |                    |                       |                                                | 0               |                  |                       |                                                |                   |                   |                           |
|                                                | Kadın              | 11                    | 1                                              | 0               | 12               | 1                     | 6                                              | 2                 | 9                 | 21                        |
|                                                | Erkek              | 14                    | 3                                              | 0               | 17               | 4                     | 2                                              | 3                 | 9                 | 26                        |
| Yaş                                            |                    | 6y-88y<br>(56.2)      | 51y-62y<br>(58.75)                             | 0               | 6y-88y<br>(56.5) | 29y-86y<br>(62)       | 46y-72y<br>(55.7)                              | 43y-67y<br>(55.4) | 43y-72y<br>(57.3) | 6y-88y<br>(56.8)          |
| Ortalama tümör<br>boyu                         |                    | 1.97cm2               | 3.56cm2                                        | 0               | 2.21cm2          | 1.04cm2               | 5.1cm2                                         | 3.6cm2            | 3.6cm2            |                           |
| Tümör tipi                                     |                    |                       |                                                | 0               |                  |                       |                                                |                   |                   |                           |
|                                                | Superfisiyal       | 13                    | 2                                              | 0               | 15               | 3                     | 2                                              | 1                 | 6                 | 21                        |
|                                                | Nodüler            | 7                     | 1                                              | 0               | 8                | 2                     | 4                                              | 4                 | 10                | 18                        |
|                                                | Akral lentiginöz   | 4                     | 0                                              | 0               | 4                | 0                     | 2                                              | 0                 | 2                 | 6                         |
|                                                | Lentigo<br>maligna | 1                     | 1                                              | 0               | 2                | 0                     | 0                                              | 0                 | 0                 | 2                         |
| Tümörün yeri                                   |                    |                       |                                                | 0               |                  |                       |                                                |                   |                   |                           |
|                                                | Baş-boyun          | 4                     | 2                                              | 0               | 6                | 3                     | 0                                              | 0                 | 0                 | 9                         |
|                                                | Gövde              | 10                    | 0                                              | 0               | 10               | 1                     | 3                                              | 3                 | 7                 | 17                        |
|                                                | Üst ekstremité     | 3                     | 0                                              | 0               | 3                | 1                     | 0                                              | 0                 | 1                 | 4                         |
|                                                | Alt ekstremité     | 8                     | 2                                              | 0               | 10               | 0                     | 5                                              | 2                 | 7                 | 17                        |
| İlk tanı-SLNB<br>arası ortalama<br>süre        |                    | 1.2 ay                | 1.2 ay                                         | 0               | 1.3 ay           | 2.6 ay                | 1.4 ay                                         | 1.5 ay            | 1.7 ay            | 1.4 ay                    |
| SLNB-ELND<br>arası ortalama<br>süre            |                    | 0 ay                  |                                                | 0               |                  |                       | 1.5 ay                                         | 1.3 ay            | 1.4 ay            |                           |
| ELND çıkarılan<br>ortalama lenf<br>nodu sayısı |                    |                       |                                                | 0               |                  |                       | 8.2 Lenf<br>Nodu                               | 12.8 Lenf<br>Nodu | 9.9 Lenf<br>Nodu  |                           |

*Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi Yapılan Hastaların Dağılımı*  
*SLNB:Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi ELND:Elektif Lenf Nodu*  
*Diseksiyonu*

## SB-012

### Kliniğimizdeki Bazal Hücreli Karsinom Vakalarının Histopatolojik ve Demografik Özelliklerinin Literatür ile Karşılaştırılması

**Necip Sefa Özden<sup>1</sup>, Yasemin Aydın<sup>1</sup>, Burak Kaya<sup>1</sup>,  
Serdar Mehmet Gültan<sup>1</sup>, Aylin Okçu Heper<sup>2</sup>,  
Savaş Serel<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Bazal hücreli karsinom(BCC) en sık görülen deri tümörüdür. BCC derinin bazal tabakasında ve kıl folikülleri etrafında bulunan kök hücrelerden kaynaklanmaktadır. Metastaz yapma olasılığı çok düşük olmasına rağmen lokal invazyon yapması nedeniyle önemli morbitéye neden olabilir(1). BCC gelişiminde genetik ve çevresel faktörler rol oynamaktadır. Çevresel olarak ultraviyole(UV) ışınlarına özellikle UV-B ışınına maruz kalmak en önemli risk faktörüdür. Radyoterapi, immünsüpresyon ve arsenik maruziyeti de risk faktörleri arasındadır(1). Erkeklerde kadınlara oranla belirgin daha sık görülür ve BCC görülme

insidansı UV ışınlarının kümülatif etkisi nedeniyle yaş arttıkça artmaktadır. BCC en sık baş boyun bölgesinde görülür(1). Histopatolojik olarak nodüler alt tip tüm BCC'lerin %50-70'ini oluşturmaktadır. Nodüler ve yüzeysel yayılım gösteren alt tipler iyi prognozlu iken morfeaform(skleroza), infiltratif ve mikronodüler alt tipler ise kötü prognozlu seyreder. Mikst tip ise aynı lezyon içerisinde iki veya daha fazla büyüme modelinden oluşan tümör olarak tanımlanır. İçerdiği tümör bileşeninin en agresif tipi prognozu belirler.Yerleşim açısından orta yüz, göz kapakları, periorbital bölge, burun, dudaklar, mandibula, preaurikular ve postaurikular bölge, genital bölge, el ve ayaklar kötü prognoz açısından yüksek riskli bölgeler olarak kabul edilmektedir(1). Tümörün histopatolojik alt tipi ve yerleşim yeri tedavi kararını etkilemektedir(2). Bu çalışmada BCC'nin histopatolojik alt tiplerinin yaş, cinsiyet, anatomik lokalizasyon açısından dağılımı incelendi ve bulgular literatüre uyumluluk açısından karşılaştırıldı.

**Sunum:** Retrospektif olarak; 2007-2017 yılları arasında insizyonel biyopsi sonucu BCC gelen ve anabilim dalımızda opere edilen 81 kadın, 89 erkek (E/K 1.09) toplam 170 hasta ve 268 tümör incelendi. Bilgiler hastane veri tabanından ve hasta dosyalarından elde edildi. Hastaların en küçüğü 10, en büyüğü 100 yaşındaydı. Ortalama yaşları 68.6 (SS:13.6) olarak saptandı. Hastaların 113(% 66) tanesinde soliter tümör görülürken; 57(% 34) hastada multiple

tümör oluşumu görüldü. Multiple tümöre sahip hastaların ortalama yaşları 72.7 olarak hesaplandı. Tümör sıklığının ve senkron tümör olasılığının yaş arttıkça arttığı görüldü. Histopatolojik olarak 268 tümörün 65'inin mikst patolojide idi(%24). Bunlar arasında en sık nodüler-mikronodüler mikst alt tipine rastlandı. İnfiltratif tip 56 (% 20), nodüler tip 45 (% 17), multifokal yüzeysel tip 44 (%16) ve mikronodüler tip 30 (% 11) tümörde izlendi. Kalan nadir görülen tipler ise diğerleri olarak sınıflandırıldı. Baş boyun bölgesindeki BCC'lerden nazolabial sulkus yerleşimli olanların % 66'sının kötü prognoza sahip alt tipler olduğu bulundu. Bunların %33'ü mikronodüler tipti. Gövde anteriorunda (göğüs ön duvarı, karın ön duvarı) en sık prognozu iyi olan multifokal süperfisiyal tip (%72.2) görüldü. Anatomi lokalizasyonlardaki dağılım incelendiğinde; baş-boyun bölgesinde yerleşim yeri burun idi(77 tümör). Bunu saçlı deri izledi. Baş boyun bölgesinde tümör yerleşimi yüksek/düşük riskli olarak gruplandırıldığında BCC alt tipi ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı(p:0,189). Cinsiyete göre anatomik lokalizasyona bakıldığında burun, frontal bölge, saçlı deri ve periorbital bölgede yerleşimli BCC'lerde cinsiyetler arası herhangi bir fark saptanmadı. Preaurikular ve postaurikular bölge yerleşimli BCC'ler ise daha çok erkeklerde görüldü. Göğüs ön duvarında bulunan BCC'ler erkeklerde, karın ön duvarında bulunan BCC'ler ise kadınlarda daha sık idi.

**Sonuç:** Bu çalışmada literatürle uyumlu bulgular elde edilmesine rağmen en sık histopatolojik alt tip literatürde görülen nodüler tipin aksine mikst tip BCC oldu. Ancak literatürde en sık görülen tipin mikst tip olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur(2). BCC en sık baş-boyun bölgesinde ve burada da en sık burunda yerleştiği görüldü ve bu bulgu da literatür ile uyumlu idi. Yapılan çalışmalarda BCC'nin erkeklerde kadınlara oranla belirgin olarak daha fazla görüldüğü bilgisi verilirken çalışmamızda bu oran yaklaşık olarak aynı idi (E/K 1.09). Literatürle uyumlu olarak ileri yaşta BCC daha sık görüldü.(1) Çalışmanın sonuçları büyük oranda literatür ile uyumlu olmakla beraber baş-boyun bölgesinde karşılaşılan BCC'lerin literatürden farklı olarak nodüler-mikronodüler bileşenli mikst tip olması önemli bir bulgudur. Çünkü nodüler tip en iyi seyirli olmakla beraber mikronodüler tipi kötü seyirlidir. Bu çalışmanın sonucu olarak; baş-boyun bölgesinde bir BCC'nin mikst tip olma olasılığının yüksek olması nedeniyle cerrahi tedavi planının buna göre yapılması gerektiği söylenebilir.

#### Kaynaklar:

- 1- Marzuka AG, Samuel EB. Basal cell carcinoma: Pathogenesis, epidemiology, clinical features, diagnosis, histopathology, and management. Yale J. Biol. Med, 2015; 88: 167-179.
- 2- Haws AL, Rojano R, Tahan SR, Phung TL. Accuracy of biopsy sampling for subtyping basal cell carcinoma. Journal of the American Academy of Dermatology, 2012;66: 106-111.

### Elde Görülen Skuamöz Hücreli Karsinom: Klinik Prezantasyon, Cerrahi Tedavi Algoritması ve 5 Yıllık Survı Oranları: 129 Hastalık Vaka Serisi

Fatih Irmak<sup>1</sup>, Kamuran Zeynep Sevim<sup>1</sup>, Ayşin Karasoy<sup>1</sup>, Selami Serhat Şirvan<sup>1</sup>, Sevgi Kurt Yazar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi; Şişli Hamidiye Etfal Uygulama ve Araştırma Merkezi; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi; İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Skuamöz hücreli karsinom (SCC) elde sık görülen malignitelerden biridir. Son yıllarda SCC görülme sıklığında artış gözlenmekle birlikte, en sık ultraviyole ışına maruziyetin artması suçlanmaktadır. Göreceli olarak sık görülmesine rağmen; SCC'nin rekürrens ve metastaz oranları, uzun dönem survı oranları yeterince tanımlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı geniş hasta serisinde SCC vakalarının yönetimi, yapılan tedaviler, bu tedavilerin avantajları ve survı oranlarını ortaya koymaktır.

Metod: 2006-2011 yılları arası elde görülen primer SCC hastaları retrospektif olarak değerlendirildi. Hasta takip bilgileri; hasta kontrolü, telefonla arama, onkoloji ve patoloji medikal kayıtlarına ulaşarak elde edildi. Toplam 129 hastada yaş, tümörün anatomik lokalizasyonu, cinsiyet, tedavi şekli, rekürrens ve survı oranları açısından araştırıldı.

Sonuç: Rekürrens ve survı oranları tümör boyutuna göre kategorize edildi. Ortalama takip süresi 5.2 yıldır. Elde görülen bütün malign lezyonların %65.2'si SCC olduğu gözlemlendi. Hastaların yaş aralığı erkeklerde 37-81 (ortalama yaş 63), kadınlarda 45-92 (ortalama 60.3). 47 hastada (% 36.4) tümör yerleşimi el dorsumunda, 62 hastada (% 48.1 %) metakarpofalangeal eklem ve parmak dorsalinde, 11 SCC (% 8.5) olgusunda tırnak yatağı seviyesinde, 9 SCC (7 %) olgusunda ise tümör yerleşimi interdigital alanda olarak gözlemlendi. 2 cm den küçük tümörü olan hastaların (n:93) 6'sında palpabl-radyolojik olarak kanıtlanmış metastatik? lenf nodları mevcuttu.Hepsine lenf nodu disseksiyonu yapıldı, hepsinde patoloji sonucu metastaz olarak geldi. 2 cm den büyük tümörü olan 36 hastanın 16'sında palpabl-radyolojik olarak kanıtlanmış metastatik? lenfadenopati mevcuttu, bu hastalara lenf nodu disseksiyonu uygulandı, kalan 20 hastaya ise sentinel lenf nodu disseksiyonu (SLNB) uygulandı. SLNB uygulanan hastaların 6'sında metastaz saptanması üzerine lenf nodu disseksiyonu yapıldı (Tablo 1). 2 cm den küçük küçük tümörlerde 5 yıllık rekürrens oranı % 9.7 ve metastaz oranı % 6.5. 2 cm den büyük tümörlerde ise 5 yıllık rekürrens oranı %16.7 ve metastaz oranı %33 olarak saptandı.

Tartışma: Elde görülen SCC olgularında rekürrens ve metastaz oranı diğer bölgelere nazaran daha yüksektir, bu yüzden tanı ve tedavide mümkün olduğunca erken dönemde tamamlanmalıdır. SCC hastalarının tedavisi; planlı ve düzenli kontroller, lenf nodu metastazının dikkatlice araştırılması ve rekürrensin önlenmesini de kapsamalıdır. Özellikle 2 cm den büyük tümörlerde, nihai rekonstrüksiyon yapılmadan önce sentinel lenf nodu haritalaması, lokal rekürrens oranını düşürerek 5 yıllık survı oranını artırır.

**Tablo 1**

| Skuamöz hücreli karsinom | Sentinel Lenf Nodu Disseksiyonu | Elektif Lenf Nodu Disseksiyonu | Elektif Lenf Nodu Disseksiyonu Sonuçları |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|
| 2 cm'den küçük           | 93 hasta                        | -                              | 6 hasta (palpabl lenf nodu)              |
| 2 cm'den büyük           | 36 hasta                        | 20 hasta, 8 hastada +          | 16 hasta 24 hasta                        |

Tümör boyutlarına göre lenf nodu disseksiyonu endikasyonları.

**SB-014**

### Bazal Hücreli Karsinom ile Karışan Nadir Görülen Deri Eki Tümörü Trikoblastik Karsinom: 4 Olgu Sunumu

Mustafa Kürşat Evrenos<sup>1</sup>, Yavuz Tuluy<sup>1</sup>, Ulaş Bali<sup>1</sup>, Merve Özkan<sup>1</sup>, Peyker Temiz<sup>2</sup>, Yavuz Keçeci<sup>1</sup>, Aylin Türel Ermertcan<sup>3</sup>, Levent Yoleri<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa

<sup>2</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Manisa

<sup>3</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Manisa

**Amaç:** Trikojenik tümörler kıl foliküllerinin embriyojenik prekürsörlerinden köken alırlar. Trikoblastik Karsinom (TK) ise nadir görülen malign trikojenik tümördür. En çok saçlı deri ve boyunda ortaya çıkar. Klinik ve histopatolojik açıdan bazal hücreli karsinom (BHK) ile ayrımının yapılması gerekir.

**Gereç-Yöntem:** 2014 ve 2017 yılları arasında hastanemizde farklı yerleşimli BHK ile karışan 4 TK olgumuzu sunuyoruz.

**Bulgular:** Olgu 1: 78 yaşında erkek hasta, 4 yıl önce pubik bölgede başlayan 10x10 cm çapında ülsere görünümlü penis kökünü saran ve penil üretraya invaze lezyon ile başvurdu. Sağ inguinal bölgede lenf nodu palpe edildi. Hastadan insizyonel biyopsi yapıldı. Biyopsi BHK düşündürmekle birlikte ayırıcı tanıda squamöz hücreli karsinom (SHK) ve malign deri eki tümörü yer almakta olarak raporlandı. Hastanın preoperatif çekilen pelvik MRG'de lezyonun cilt, cilt altı yerleşimli olduğu; üretrayı, glans penisini invaze ettiği raporlandı. PET-BT'de ise bilateral inguinal ve eksternal iliak lenf nodu metastazları ile uyumlu görünüm raporlandı. Lezyon penis dahil edilerek ve intraoperatif sağ inguinal şüpheli lenf nodundan eksizyonel biyopsi gönderilerek eksize edildi. Patoloji TK olarak raporlandı. Hastaya bilateral inguinal ve eksternal iliak lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Patoloji sağ eksternal iliak lenf nodlarına 1 adet metastaz olarak raporlandı. Hasta neoadjuvan tedavi açısından değerlendirildi ve gerekli görülmedi.

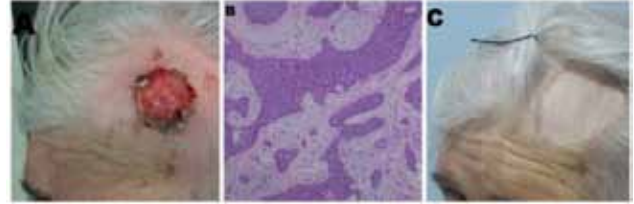
Olgu 2: 61 yaşında erkek hasta sağ lateral kantusta 2 cm. çaplı ülsere lezyon nedeniyle başvurdu. İnsizyonel biyopsi malign epitelyal tümör olarak raporlandı. Orbita MRG'de sağ lateral kantus ile lakrimal gland arasında nekrotik kitle olarak raporlandı. Frozende bulbusta tümör izlenen hastaya egzanterasyon önerildi. Ancak hastanın kabul etmemesi üzerine defekt lokal flep ile onarıldı. Patoloji TK olarak raporlandı. PET-BT'de sağ akciğerde malign natürde lezyon ve mediastinal lenf nodu metastazları saptandı. Hasta adjuvan tedaviyi reddetti. Takiplerinde BT ile kontrolleri yapılan hastanın beyin, abdomen ve boyun BT normal sınırlarda olarak raporlandı. Toraks BT'de akciğerde görülen malign lezyon devam ediyor olarak raporlandı. Post operatif 18.ayda orbitada nüks izlenmedi.

Olgu 3: 87 yaşında bayan hasta 2 yıl önce sağ frontoparietal

bölgede 3x3 cm'lik noduler ülsere kitle nedeniyle başvurdu. İnsizyonel biyopsi sonucu BHK olarak raporlanan hasta opere edildi. Patoloji TK olarak raporlandı. Postoperatif 6. ay çekilen beyin BT'de patolojik bulgu izlenmedi. Hastanın 2 yıldır nüksü gözlenmedi.

Olgu 4: 79 yaşında erkek hasta 2 yıldır sol oksipital bölgede 3 cm çaplı ülsere lezyon nedeniyle başvurdu. İnsizyonel biyopsi sonucu BHK olan hasta opere edildi. Patoloji raporu TK olarak raporlandı. Postoperatif çekilen kontrol boyun USG'de patoloji izlenmedi. Postoperatif 2.ayda olan hastada nüks izlenmedi.

**Sonuç:** TK nadir görülen malign deri eki tümörüdür. Klinik ve histopatolojik olarak BHK ile kolaylıkla karışabilir. Olgularımızda da öncelikle BHK düşünülmüş, kesin tanıyı ise lezyonun total eksizyonu sonrasında almışlardır. Sistemik metastaz yapabildiğine dair yeterli veri olmayan bu tümörde bir hastamızda eksternal iliak lenf nodu metastazı izlenmiştir. Bu nedenle TK tanısı alan hastalara metastaz açısından değerlendirilmesi gereklidir.

**Resim 1**

Olgu 3: A: Sol frontal saçlı deride ülsere lezyon. B: Epidermisi ülsere eden ve dermiste trabeküller halinde büyüme gösteren epitelyal tümör (HE, x40). C: Postoperatif 6. ay görüntüsü.

**SB-016**

### Astaksantin'in Değişik Dozlarda Flep Viabilitesi Üzerine Etkisi

Koray Gürsoy<sup>1</sup>, Hakan Teymur<sup>1</sup>, Gökhan Koca<sup>2</sup>, Fethiye Berna Göktaş Demircan<sup>1</sup>, Özlem Tanas Işıkcı<sup>3</sup>, Yüksel Kankaya<sup>1</sup>, Uğur Koçer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Kliniği, Ankara

<sup>3</sup>S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, Ankara

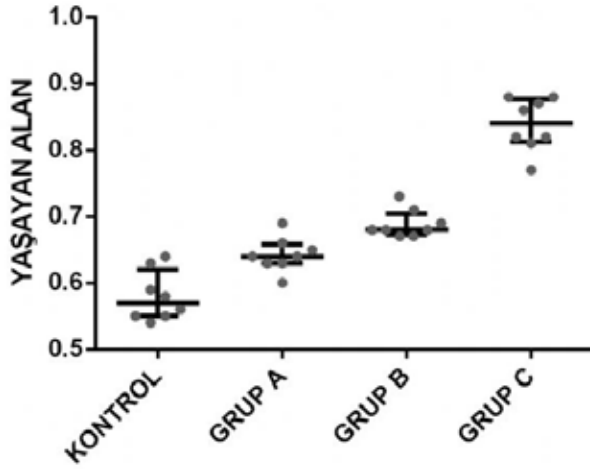
**Giriş:** Flep viabilite çalışmaları, plastik cerrahi alanında, üzerinde en çok çalışma yapılan ve en çok ilgi çeken konulardan birisidir. Oksijen içeren karotenoid türevi olan astaksantin (AST, 3, 32-dihidroksi-β, β, -karoten-4,4'-dion) reaktif oksijenleri efektif olarak ortadan kaldırmaktadır. AST, 1930'lu yıllardan beri karides ve yengeç kabuklarından elde edilen ve 1980'li yıllardan sonra fizyolojik etkileri geniş etki yaratmış bir maddedir. AST'nin tümörögenezi inhibe ettiği, nöroprotektif etkisi olduğu, immün fonksiyonları artırdığı ve kardiyovasküler hastalıklara karşı koruyucu olduğu çeşitli çalışmada ortaya konmuştur. Güçlü bir antioksidan olan AST serbest oksijen radikallerini etkili biçimde temizler ve hem hücre hem hayvan modellerinde oksidatif stresi azaltır. AST'nin antioksidatif etkisinin α-tokoferolden 100-500 kat ve diğer karotenoidlerden 5-15 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. AST, serbest oksijen radikallerini ortadan kaldırarak yağ asitleri gibi doğal molekülleri ve hücre zar yapısını oksidasyondan korur. Bu çalışmada AST'nin sıçanlarda random paternli dorsal cilt fleplerinin viabilitesi üzerine etkisini araştırdık.

**Method:** Çalışmada 32 adet Sprague Dawley cinsi sıçan kullanıldı. Sıçanlar randomize 4 gruba ayrıldı (n=8). Sıçanların sırtlarından 3x9 cm'lik cilt, cilt altı doku ve pannikulus karnosusu içeren distal bazlı McFarlene flepleri kaldırıldı ve hemen sonrasında yerlerine adapte edildi. AST, 1 mg/kg (Grup A), 4 mg/kg (Grup B) ve 16 mg/kg (Grup C) dozlarında işlemden 1 hafta öncesinden başlayıp, işlem sonrası deneyin sonlandırıldığı zamana kadar oral yoldan verildi. Flep cerrahisi sonrası 1. haftada flep viabilite oranlarının ölçümü fotoğraflar üzerinden analiz programı (Digimizer) ile ve sintigrafik olarak değerlendirildi. Sonrasında flepler, histopatolojik inceleme için alındı.

**Bulgular:** Alan hesaplamaları sonucunda kontrol grubunda flep viabilite oranları yaklaşık %58 olarak bulundu. İlaç gruplarında ise flep viabilite oranları Grup A, B ve C için sırasıyla %64, %68 ve %83 olarak bulundu. B ve C grubundan alınan yüksek viabilite sonuçlarının kontrol ve A grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya konuldu. C grubu, B grubuna göre flep viabilite oranı daha yüksek olmakla birlikte alınan sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Şekil-1). Sintigrafi sonuçları incelendiğinde de benzer şekilde B ve C grubu flep viabilite oranlarının, kontrol ve A grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu.

**Sonuç:** AST'nin flep viabilitesi üzerine olumlu etkileri mevcuttur ve 4 mg/kg ve üzeri dozlarda flep viabilitesini arttırmak için kullanılabilir.

#### Flep viabilite oranları



#### SB-017

### Ticagrelor ve Enoksaparinin DeneySEL Degloving Yaralanmalarında Doku Sağ Kalımı Üzerine Olan Etkileri

Mehmet Ekinci<sup>1</sup>, Serdar Altun<sup>2</sup>, Ahmet Çetinbaş<sup>3</sup>, Ali Bal<sup>2</sup>, Mehmet İhsan Okur<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Muş Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Muş

<sup>2</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

<sup>3</sup>Kilis Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kilis

**Giriş-Amaç:** Deri ve subkutan dokunun, tabanda yapışık olduğu müskülo-fasiyal tabakadan ayrılmasına avülsiyon (degloving) yaralanması denir. Genellikle travma sonrası alt ekstremitelerde ciddi problemlere sebep olabildiği gibi en çok yüzük (ring) avülsiyon yaralanması şeklinde görülür. Degloving yaralanmalarının acil servisteki ilk tedavisi, avülsiyon flebi tekrar eski yerine diktirilmektir. Fakat bu durum genelde flebin tümünde veya bir kısmının nekrozu ile sonuçlanır. Avülsiyon flebin yaşaması için flep ile yatağı arasındaki kan dolaşımı gereklidir ki bu da damarlar arasındaki anastomozların yeniden sağlanmasına bağlıdır. Bu anastomozların oluşması yaklaşık olarak 72 saat sürer. Bu aşamada revaskülarizasyona yardım edecek, mikro dolaşımı arttıracak ve yeni oluşan damarlarda tromboz oluşumunu önleyecek farmakolojik ajanlar yardımcı olabilir. Enoksaparin, pıhtılaşma faktörleri olan faktör Xa ve IIa inhibitörünü sağlar. Faktör Xa protrombinin trombine dönüşümünde katalizör rolü oynar ve sonuç olarak fibrin pıhtı oluşumunu engeller. Bir antitrombosit ajan olan ticagrelor, ADP-bağımlı trombosit aktivasyonu ve agregasyonunu önleyebilen P2Y12 ADP-reseptörü üzerinde etkili ve seçici olarak bağlanan adenosindifosfat (ADP) reseptör antagonisti olarak etki eder. Ticagrelor, bu etkisi nedeniyle trombüs oluşumu ile damar tıkanıklığına bağlı gelişen kalp krizini önleme amaçlı kullanılmaktadır.

**Gereç ve Yöntemler:** Etik kurul onayı alındıktan sonra işlemlere başlandı. 250–270 gram ağırlığında 32 adet Wistar Albino cinsi rat kullanıldı. Ratların kuyruklarında literatürde daha önce Öztuna ve ark'ı tarafından tanımlanmış olan şekilde avülsiyon yaralanması oluşturuldu. Cerrahi işlemden sonra her grupta sekiz adet rat olacak şekilde rastlantısal şekilde dört grup oluşturuldu (tablo 1). Grup 1'e tedavi amaçlı herhangi bir ilaç verilmedi. Grup 2'ye operasyondan hemen sonra oral gavaj ile ilk gün 20 mg/kg yükleme dozu diğer günler ise 2x10 mg/kg ticagrelor verildi. Grup 3'e operasyondan hemen sonra 100 ünite/kg enoksaparin subkutan olarak yapıldı. Grup 4'e ise operasyondan hemen sonra oral gavaj ile ilk gün 20 mg/kg yükleme dozu ve 100 ünite/kg enoksaparin diğer günler ise 2x10 mg/kg ticagrelor ve 100 ünite/kg enoksaparin subkutan verildi.

**Cerrahi teknik:** Cerrahi uygulamadan önce 50 mg/kg % 10'luk ketamin hidroklorid ve 5 mg/kg ksilazin hidroklorid ile anestezileri sağlandı. Kuyruğun başlangıç noktasının 5 cm distalinde cilt ve ciltaltı dokusunu içerecek şekilde sirküler kesi yapıldı. Kuyruk tendonu ve vasküler yapıları korundu. 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. (Şekil 1). Kuyruk distalinin bağlantıları korundu. Avülsiyon oluşturulduktan On beş dakika sonra avülsiyon doku eski yerine 5-0 propilen sütür ile primer dikildi. Ondört günlük tedavinin ardından ratlar tekrar cerrahi müdahale için hazırlandı. Sırayla grup 1, grup 2, grup 3 ve grup 4 deneklerin sütüre edilen degloving yara bölgelerinde

oluşan nekrozun uzunluğu ve genişliği milimetrik olarak ölçülüp not edildi. Mikroskopik inceleme için nekroz bölgesi eksize edilip biyopsi materyeli olarak alındı. Biyopsi materyelleri % 10'luk formaldehit solüsyonu içerisinde tespit edildi. İşlem sonrasında ratlar karbondioksit solutma yöntemi kullanılarak sakrifiye edildi. Biyopsi materyelleri histolojik olarak National Pressure Ulcer Advisory Panel'ine (NPUAP) göre hazırlanan skala ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Grup 1'de nekroz ortalaması %85.5, Grup 2'de %34.7, Grup 3'de %34.8, Grup 4'de ise %24.6 bulundu. Histolojik olarak yapılan ülser skorları ise sırayla Grup 1'de 3.4, Grup 2'de 2.5, Grup 3'de 2.8, Grup 4'te ise 2.6 olarak bulundu. Tüm tedavi gruplarında kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiki olarak fark vardı. Tedavi gruplarını kendi arasında karşılaştırdığımızda istatistiki olarak fark tespit edilemedi.

**Sonuç:** Enoksaparin ve ticagrelorun tek başına ve kombine kullanımının degloving yaralanmalarında avulsiyeye flebin viabilitesinde olumlu etkileri görülmüştür. Enoksaparin ve ticagrelorun birlikte kullanımı istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen klinik olarak nekroz oranını daha fazla azaltması bu veya benzer kombine tedavi seçeneklerinde düşünülebileceğini göstermektedir.

Şekil 1



Distale doğru yapılan avulsiyon

Tablo 1

|        | n | Ticagrelor | Enoksaparin |
|--------|---|------------|-------------|
| Grup 1 | 8 | -          | -           |
| Grup 2 | 8 | +          | -           |
| Grup 3 | 8 | -          | +           |
| Grup 4 | 8 | +          | +           |

Grupların sınıflandırılması

## SB-018

## Ticagrelorun Ratlarda Mikroarteryel Tromboz Üzerine Etkisi

Mehmet İhsan Okur<sup>1</sup>, Ahmet Çetinbaş<sup>2</sup>, Mehmet Öztan<sup>3</sup>, Serdar Altun<sup>1</sup>, Ali Bal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

<sup>2</sup>Kilis Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kilis

<sup>3</sup>Medova Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Konya

**Giriş:** Mikroskopların ve dikiş teknolojisinin gelişmesiyle mikrocerrahi konusunda son zamanlarda çok hızlı ilerlemeler olmuştur. Ancak mikrocerrahi anastomoz sırasında atılan dikişlerin etkisi ve/veya damara uygulanan künt travmalar sonucu tromboz oluşumu en sık gözlenen komplikasyondur. Oluşan bu tromboz, anastomoz hattının distaline kan akımının geçişini engelleyerek flep veya uzuv kayıplarına neden olmaktadır. Trombozu önlemeye yönelik literatürde birçok antitrombotik ajan kullanılmıştır. Yeni bir antitrombotik ajan olan ticagrelor, ADP reseptör antagonisti olarak etki ederek adenosin difosfat (ADP) bağımlı trombosit aktivasyonu ve agregasyonunu önler. Ticagrelorun, mikrovasküler cerrahide tromboz üzerine olumlu etkisi olabileceği düşünülerek bu çalışma planlandı.

**Gereç ve Yöntemler:** Tüm uygulamalar Üniversitemizin Hayvan Deneyleri Yerel Etik Kurulu'ndan gerekli onay alındıktan sonra Uygulama ve Araştırma Laboratuvarı'nda yapıldı. Ağırlıkları 250-300 gram arasında değişen 40 adet Wistar Albino cinsi rat kullanıldı. Tedavi ve kontrol grubu olmak üzere ratlar 20'şerli iki gruba ayrıldı, her bir ratın sağ ve sol femoral arterleri ayrı ayrı incelenmek üzere çalışma planlandı. Tedavi grubuna ticagrelor verilirken, kontrol grubundaki ratlara herhangi bir antitrombotik ajan verilmedi. Çalışma için ratların femoral arterine tromboz oluşturma amacıyla arteriyel katlama (tuck) prosedürü uygulandı. Operasyonda femoral arter açığa çıkarıldıktan sonra arterin proksimal ve distal uçlarına bulldog klempler konuldu. Femoral artere horizontal şekilde, lümeninin % 50 sini içeren "180 derecelik" bir arteriyotomi yapıldı. Femoral arterin distal segmentini arterin içine katlayacak şekilde 2-3 adet dikiş atıldı. Bu dikişlerle femoral arterin distal duvarı damar lümenine invert edilerek damar kendi içine katlandı (Şekil 1). Böylece arter içinde kan akımına ters yönde bir kapakçık oluşturuldu ve bu bölgede tromboz oluşumu kolaylaştı. Deney grubundaki ratlara postoperatif 14 gün boyunca 2x10 mg/kg dozda oral ticagrelor verildi. Kontrol grubuna herhangi bir ilaç verilmedi. Çalışmanın sonunda denekler yeniden ketamin hidroklorid ve ksilazin hidroklorid ile uyutuldu. İnguinal bölgedeki eski kesi yerinden yapılan insizyonla girilerek femoral arter disseke edildi. Femoral arter anastomoz hatları makroskopik olarak değerlendirildi. Distal sağma ve up-lift testleri ile akım varlığı kontrol edildi. Akım varlığı "var" ve "yok" şeklinde kaydedildi. Makroskopik kontrolü takiben dikiş hattını içerecek şekilde, 10-12 milimetre uzunluğunda femoral arter biyopsisi alındı. Histolojik olarak tromboz, enflamasyon, endotelizasyon ve ödem açısından incelendi. Bu bulgular gruplara göre "var" ve "yok" şeklinde kaydedildi. Çıkan bulgular nonparametrik bir test olan ki-kare (x2) testi ile istatistiki olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Damar hasarı veya ratların ölmesi nedeniyle deney ve kontrol gruplarından beşer rat çalışmadan çıkarıldı. Her gruptan 30 adet olacak şekilde toplamda 60 adet femoral arter incelendi. Çalışma sonunda yapılan sağma testi sonucunda ticagrelor grubunda femoral arterlerin % 66,7'sinde akım varlığı izlenirken, kontrol grubunun %26,7'sinde

akım mevcuttu. Histopatolojik incelemelerde ticagrelor grubunun %26,7'sinde, kontrol grubunun %66,7'sinde tromboz görüldü. Ticagrelor grubunun % 20'sinde, kontrol grubunun ise %63,3'ünde damar duvarında ödem mevcuttu. Enflamasyon, ticagrelor grubunun %16,7'sinde, kontrol grubunun ise % 56,7'sinde mevcuttu. Her iki grup arasındaki bu bulgular istatistiki olarak anlamlı bulundu. Endotelizasyon açısından her iki grup arasında istatistiki fark olmayıp ticagrelor grubunun %60'ında, kontrol grubunun ise %43,3'ünde tamamlanmıştı (Tablo 1).

**Sonuç:** Mikrovasküler anastomozlar, mikroskop, mikrocerrahi teknik ve aletlerin gelişimine paralel olarak birçok plastik cerrahi kliniğinde yaygın olarak yapılmaktadır. 1970'lerde serbest doku transferinin ilk kullanımından beri, perioperatif sonuçların optimize edilmesi için çaba gösterilmektedir. Literatürlerde mikrocerrahi başarısızlık oranları serbest fleplerde %5-10, replantasyonlarda %15-30 arasında değişmektedir. Teknik olarak başarılı bir anastomoz gerçekleştirilmiş olsa bile anastomoz bölgesinde meydana gelen endotel hasarına bağlı tromboz oluşumu flep kaybı veya uzuv kaybı ile sonuçlanabilmektedir. Özenli cerrahi, akımın devamında çok önemli bir faktördür. Diğer faktörler arasında vazospazm, kan vizkositesi, arter içi basıncı, perivasküler çevre değişiklikleri sayılabilir. Bu faktörler çeşitli farmakolojik ajanlarla düzenlenmeye çalışılmaktadır. Mikrovasküler cerrahi sırasında oluşan trombozu en aza indirmek için dikiş teknikleri geliştirilmeye çalışılmış fakat mükemmel bir anastomozda dahi damara yapılan işlemler ve iğnenin travmasına bağlı tromboz gelişimi gözlemlenmiştir. Ticagrelor ise ADP-reseptörü üzerinde etkili seçici olarak bağlanarak etki eden trombosit aktivasyonu ve agregasyonunu önleyen potent bir ajandır. Aynı zamanda Ticagrelor bu etkiyi hızlı ve geri dönüşümlü olarak yapmaktadır. Ticagrelor kullanımının oral alım kolaylığı, etkisinin hızlı ortaya çıkması (30 dakika), mikrovasküler cerrahi sonrası oluşabilecek trombüsleri başarılı bir şekilde engellemesi nedeniyle rutin kullanıma aday bir ilaç olabileceği düşünülmektedir.

Şekil 1



DeneySEL katlama yöntemi

Tablo 1

|                | Grup 1<br>(Kontrol) | Grup 1<br>(Kontrol) | Grup 2<br>(Ticagrelor) | Grup 2<br>(Ticagrelor) |        |
|----------------|---------------------|---------------------|------------------------|------------------------|--------|
|                | Var                 | Yok                 | Var                    | Yok                    | p      |
| Akım           | 8<br>% 26,7         | 22<br>% 73,3        | 20<br>% 66,7           | 10<br>% 33,3           | 0,011  |
| Tromboz        | 20<br>% 66,7        | 10 % 33,3           | 8 % 26,7               | 22 % 73,3              | 0,011  |
| Enflamasyon    | 17 % 56,7           | 13<br>% 43,3        | 5 % 16,7               | 25 % 83,3              | 0,0001 |
| Ödem           | 19<br>% 63,3        | 11<br>% 36,7        | 6 % 20                 | 24 % 80                | 0,001  |
| Endotelizasyon | 13<br>% 43,3        | 17<br>% 56,7        | 18 % 60                | 12 % 40                | 0,273  |

## SB-019

### Tavşan Kulağı Hipertrofik Skar Modelinde Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri, Anjiyotensin Reseptör Blokörü ve Steroid Etkinliklerinin Karşılaştırılması

Canser Yılmaz Demir, Muhammet Eren Ersöz,  
Ömer Faruk Koçak, Yılmaz Sultanoğlu,  
Yavuz Özşular  
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Van

**Giriş:** Yara iyileşmesi sürecindeki sapmalar aşırı skar oluşumu ile karakterize hipertrofik skar ile sonuçlanır. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik cerrahinin uğraştığı temel konular arasında yer alan hipertrofik skar ciddi kozmetik ve semptomatik problemlere yol açar. Bugün hipertrofik skar için ekzizyon, intralezyonel steroid enjeksiyonu, baskı uygulaması, lazer ve interferon enjeksiyonunu içeren birçok tedavi modalitesi bulunmaktadır. Ancak bu tedavi modalitelerinin hiçbirinin aşırı skar dokusu oluşumunu engellemede ve sağlıklı cilt dokusunun oluşumunda yeterli olmadığı tespit edilmiştir. Hipertrofik skara yol açan olaylar kapsamlı bir şekilde incelenmesine rağmen etyopatogenezi hala net olarak anlaşılamamıştır. Etyopatogenezi hakkında az şey bilinmesi tedavide genel olarak tatminkâr olmayan sonuçlara ve yeni arayışlara yol açmıştır. Bunun için çok sayıda deneysel ve klinik çalışma yapılmaktadır.

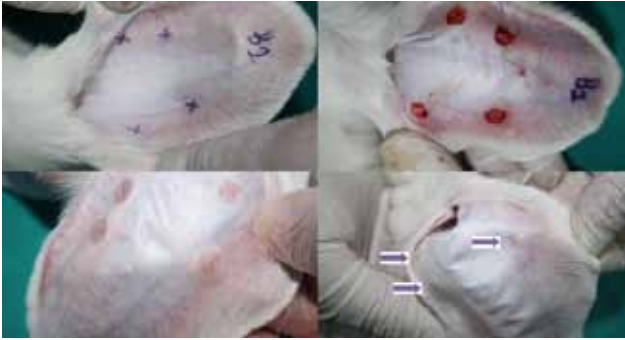
**Materyal-Metod:** Bu çalışmada kortikosteroid ile renin anjiyotensin sistemini bloke edici farmakolojik ajanlar olan anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ADEi) ve anjiyotensin II reseptör blokörlerinin (ARB) hayvan modelinde oluşturulan hipertrofik skar üzerine etkileri araştırılmıştır. Bu amaçla çalışmada 20 adet Yeni Zelanda cinsi, ağırlıkları 1800 ile 2500 gr arasında değişen, sağlıklı, 6-8 aylık erkek tavşan kullanıldı. Tavşanlar beş gruba (A: Sham grubu, B: Kontrol grubu, C: ADEi grubu, D: ARB grubu, E: İntralezyonel kortikosteroid grubu) ayrıldı. Sham grubu hariç her bir tavşanın her iki kulağının ventral kısmında cilt, cilt altı ve perikondrium çıkarılıp zeminde kıkırdak bırakılarak 4 adet 6 mm çaplı sirküler defektler oluşturularak hipertrofik skar modeli tasarlandı. Bu model Morris ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tavşan kulaklarında oluşturulan tam kalınlıkta defektlerin hipertrofik skara benzer yapıda iyileşme paterni gösterdiğinin saptanması üzerine kantitatif ölçüm yapılabilecek şekilde oluşturuldu. C grubundaki deneklere 40 gün boyunca 0,75 mg/kg/gün dozunda Enalapril ® (Enalapril maleat tablet) gavaj ile p.o. verildi. D grubundaki deneklere 40 gün boyunca 1 mg/kg/gün dozunda Tensart ® (Kandesartan sileksetil) gavaj ile p.o. verildi. E grubundaki deneklere 28 ve 35'inci gün her bir hipertrofik skara 0,8 mg/1 ml dozunda Kenacort-A ® (Triamsinolon asetonid) uygulandı. Deneklerin günlük genel durumları, enfeksiyon bulgularının olup olmadığı değerlendirildi, yem ve su tüketimleri takip edildi. 3 günde bir her denneğin vücut ağırlığı ölçüldü. 40'ıncı günde çalışma sonlandırılıp her tavşandan 4 adet olmak üzere her gruptan birbirinden bağımsız 16 adet olucak şekilde histopatolojik inceleme için örnek alındı. Alınan her örnek için skar elevasyon indeksi (SEİ), fibroblast sayısı, total kollajen yoğunluğu, tip 1 ve tip 3 kollajen yoğunluğu kantitatif; epitelizasyon, vaskülarizasyon, inflamasyon ve fibrozis ise semikantitatif olarak değerlendirilerek karşılaştırıldı.

**Bulgular:** 4. hafta sonunda tüm yaralar hipertrofik skar ile iyileşmiştir. Çalışmamızda en iyi makroskobik sonuçlar steroid grubunda izlendi. Bu gruptaki hipertrofik skarlar ise diğer gruplara göre anlamlı derecede daha az hiperemik,

daha düz ve yumuşaktı. Bunu sırasıyla ADEi grubu ve ARB grubu izledi. Kontrol grubunda ise hipertrofik skarlar tedavi gruplarına göre anlamlı derecede hiperemik ve kabarıktı. Histopatolojik değerlendirmede SEİ, total kollajen, tip 1 ve tip 3 kollajen değerleri açısından en üstün grup kortikosteroid grubudur. Sadece fibroblast sayısının ADEİ grubunda steroid grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır ancak anlamlı bir farklılık yoktur. Tip 1 ve tip 3 kollajen, epitelizasyon, vaskülarizasyon, inflamasyon ve fibrozis açısından ADEİ ve ARB grubu karşılaştırıldığında aralarında fark izlenmedi. ADEİ grubu SEİ, fibroblast sayısı ve total kollajen değeri açısından ARB grubundan daha üstün bulunmuştur.

Sonuç: Biz bu çalışmada hipertrofik skar tedavisinde en önemli ajanlardan biri olan kortikosteroid ile dünyada birçok insanın günlük yaşamında kullandığı ve güvenilirliği bilinen ADEi ve ARB grubu ilaçların etkinliğini araştırdık. Çalışma sonucunda kortikosteroidlerin ADEİ ve ARB den daha etkili olduğu ve hipertrofik skar tedavisinde önemli bir yere sahip olduğunu teyit ettik. Çalışmamızda ADEİ'nin göreceli olarak ARB'den daha etkili olduğu sonucuna vardık. Ancak ADEİ ve ARB grubu ilaçların hipertrofik skar tedavisinde olumlu etkisi mevcuttur. Özellikle hipertrofik skarı olan hipertansiyon hastalarında ADEİ ve ARB grubu ilaçların diğer antihipertansif ilaçlara göre öncelikli tercih sebebi olabileceklerini düşünmekteyiz. Ancak çelişkili sonuçlar elde ettiğimiz konularda daha fazla deneysel çalışmaya ihtiyaç vardır.

#### Tavşanlardaki hipertrofik yaralar ve 40. gün sonuçları



A. Deney tavşanlarının kulaklarında yapılan işaretlemeler. B. Deney tavşanlarının kulaklarında yapılan 6 mm çapında sirküler defektler. C. ARB grubundaki tavşanın yaralarının 40'ıncı gün görüntüsü D. Steroid grubundaki tavşanın yaralarının 40'ıncı gün görüntüsü. F. Histopatolojik doku örneklerinin alınması.

Grupların SEİ, fibroblast ve total kollajen değerleri ve grafik üzerinde gösterilmesi.

- A. Grupların SEİ değerleri ve grafik üzerinde gösterilmesi.
- B. Grupların fibroblast değerleri ve grafik üzerinde gösterilmesi.
- C. Grupların total kollajen yüzdeleri ve grafik üzerinde gösterilmesi.

#### SB-020

### Cilt Degloving Yaralanma Modelinde Siklosporinin Flep Yaşayabilirliğine Etkisi

Dağhan Dağdelen<sup>1</sup>, Kamuran Zeynep Sevim Aytuğ<sup>2</sup>, Deniz Tunçel<sup>3</sup>, Semra Hacıkerim Karşıdağ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Balıkesir Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Balıkesir

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Flep yaşayabilirliğini artırılmasına yönelik çalışmalar plastik cerrahinin aktif araştırma alanlarından biridir. Etkinliği gösterilen ön ve ard koşullama modelleri klinik uygulamada yeterince yer bulamamaktadır. Bu sebeple, bu modellere paralel etkinliği olan farmakolojik ajanların flep yaşayabilirliğine etkisinin araştırılması güncelliğini hiç yitirmeyen bir konudur. Güncel literatürde reperfüzyona bağlı gelişen doku hasarının altında yatan asıl mekanizmalardan birinin mitokondrial permeabilite transport porlarının (MPTP) açılması olduğu vurgusu sık yapılmaktadır. Bu fikirden yola çıkarak bir MPTP inhibitörü olan Siklosporin'in etkisini, reperfüzyon hasarının azaltılmasında değerlendirmek istedik. Klinik uygulanabilirliği açısından bir aksiyel flep modeli yerine, degloving tarzı bir yaralanma modelinde bu ilacın etkinliği araştırıldı.

Gereç ve Yöntemler: Uygun etik kurul onayının alınmasını takiben, 36 adet dişi Wistar Albino rat, üç (n=12) gruba bölündü. Bu gruplardan ilki kontrol grubu olarak serum fizyolojik ile, diğer iki grupta, birinde iskeminin 2. Dakikasında (reperfüzyon öncesi) ve ikinci grupta ise flep adaptasyonunu takiben (reperfüzyon sonrası) olmak üzere IP yolla 10mg/kg Siklosporin uygulandı. Cerrahi işlem sonrası 7. Günde ratlar sakrifiye edildi. Cilt flepleri makroskopik nekroz alanı, histolojik değerlendirme, immunohistokimyasal olarak CD-105 ve BCL-2 markerlarıyla apoptoz ve yeni damar oluşumunun incelenmesi ve laser doppler ile değerlendirildi.

Bulgular: Kontrol grubunun nekroz alanı oranı diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,05). Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Kontrol grubu histopatolojik olarak nekroz skoru ve immunohistokimyasal boyanması açısından, diğer gruplara göre nekroz lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş (p<0,05), gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Laser doppler incelemesinde her üç grupta, flep akımında bir artış saptanmış, (p<0,05), ilaç uygulanan gruplarda bu artış daha anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Bu iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Sonuç: Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak, solid organlarda gelişen reperfüzyon hasarının sınırlandırılmasında etkinliği gösterilen Siklosporinin, benzer bir sınırlandırıcı etkiyi ciltte de gösterdiğini ortaya koyduk. Oluşturduğumuz iki grup arasındaki kıyaslamalarda reperfüzyon öncesi uygulanması ile reperfüzyonun başladığı dönemde uygulanması arasında bir fark gösteremedik. Aynı etkiye sahip fakat daha geniş terapötik aralığa olan ve immunsupresif özelliği olmayan ilaçların, cilt hasarının sınırlandırılmasında klinik uygulamada yerini öngörüsündeyiz.

**SB-021**

**Aspirasyon Süresinin Ultrason Yardımlı Liposakşın ve Konvansiyonel Liposakşınla Elde Edilen Yağ Greftlerinin Canlılığı Üzerindeki Etkisi**

Majid İsmayilzade<sup>1</sup>, Bilsev İnce<sup>1</sup>, Pembe Oltulu<sup>2</sup>,

Mehmet Emin Cem Yıldırım<sup>1</sup>, Mehmet Dadacı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Konya

**Giriş:** Günümüzde otolog yağ doku uygulamaları gerek estetik gerekse de rekonstrüktif amaçla yaygın bir şekilde yapılmaktadır. Yağ grefti uygulamasının başarısı yağ yaşayabilirliğiyle doğrudan ilişkilidir.

Son yıllarda kullanımı giderek yaygınlaşan ultrason yardımlı liposakşın (UL) yüksek frekanslı ses dalgaları yardımıyla yağı sıvılaştırdıktan sonra yağ aspire ederken, konvansiyonel liposakşın (KL) mekanik etkiyle yağı çeker. UL'in KL'ye göre daha az kan kaybı ve daha fazla cilt kontraksiyonu yarattığı ve UL ile elde edilen adiposit kaynaklı kök hücrelerin rejeneratif potansiyelinin engellenmediği iddia edilmiştir. Ancak aspirasyon süresinin UL ve KL'la elde edilen yağ greftlerinin canlılığı ve damarsal dokulara etkilerini karşılaştıran herhangi bir çalışmaya rastlamadık.

Bu çalışmada UL ile KL uygulama süresinin yağ hücreleri canlılığına, damarsal yapılara ve fibrokollajen dokulara etkilerinin araştırılması amaçlanmaktadır.

**Hastalar ve Yöntem:** Çalışma 2015-2016 yılları arasında abdominoplasti yapılan, vücut kitle indeksi 28-32 arasında olan, 30-40 yaş arasındaki 10 kadın hastadan eksize edilen abdominoplasti materyalleri üzerinde gerçekleştirildi. Tiroid hastalığı, diyabetus mellitus, böbrek, kalp ve karaciğer yetmezliği gibi kronik hastalığı bulunanlar ile ilaç, sigara ve alkol kullanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Tüm cerrahi işlemler tek cerrah tarafından yapıldı.

Abdominoplasti materyalleri operasyon esnasında eksizyonun hemen ardından orta hattan çizgi çekilerek ikiye ayrıldı. Materyalin sağ tarafı grup 1, sol yarısı grup 2 olarak tanımlandı. Her bir yarım alana 500'er cc'lik tümesan solüsyonu (%1'lik lidokain ve 1:200000'lik adrenalin) verildi. Bu yarım alanlar çizgiyle 5 eşit parçaya ayrılarak ve 1'den 5'e numaralandırıldı. Her hastada alanların sırasının değişmesi ve randomizasyon olması için bir önceki hastaya göre numara verilen alanlar birer sağa kaydırıldı. Grup 1'de abdominoplasti materyaline önce %70 enerji gücünde her 100 cc tümesana karşılık 1 dakika olmak üzere toplam 5 dk ultrasonik emülsifikasyon ve ardından aspirasyon yapıldı. Grup 2'de ise KL uygulandı. Her iki liposakşın yönteminde de 3 mm çapında standart kanüller kullanıldı. Her iki grupta da 1.alandan 30-60, 2.alandan 90-120, 3.alandan 150-180, 4.alandan 210-240 ve 5.alandan 270-300. saniyeler arasında aspirasyon yapılarak yağ grefti elde edildi.

Lipoaspiratların 2'ser cc'lik kısımları yağ hücrelerinin canlılığını saptamak amacıyla eşzamanlı olarak patolojik değerlendirmeye alındı. Alanlar arasında her bir alan için cerrahi ön hazırlık (kanül yerleştirme vb.) ve aspiratların toplama kabından boşaltılması için gereken süre için 30 saniyelik geçiş zamanı ayrıldı. Elde edilen hiçbir lipoaspirata santrifüj işlemi uygulanmadı. Ayrıca her iki liposakşın yönteminin uygulama sahasındaki damarsal yapılara ve fibrokollajen dokulara etkilerinin belirlenmesi amacıyla

her bir alandan 2x2 cm boyutlarında biyopsi alınarak ayrı ayrı patolojik incelemeye gönderildi. Histopatolojik değerlendirmelerde 40'lık bir büyütme alanındaki eritrosit miktarı, damar dejenerasyon oranları, yaşayan çekirdekli adipositler, septa kaybı ve septal fibroblast kaybı incelendi.

Her iki gruptaki alanlar hem kendi aralarında hem de gruplar arasında eritrosit miktarı, damar dejenerasyon oranları ve yaşayan çekirdekli adipositler açısından istatistiksel olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 10 hastanın yaş ortalamaları 36, vücut kitle indeksleri ortalama 31.9 idi. Lipoaspiratlar içerdikleri eritrosit sayısı açısından karşılaştırıldığında; grup 1'de 1.alanda 1 HPF'de (40'lık büyütme alanında) 10, 2.alanda 20, 3.alanda 50-60, 4.alanda 80-90, 5.alanda ise ortalama 80-90 adet eritrosit görüldü. Grup 2'de ise 1.alanda 10, 2.alanda 40, 3.alanda 80-90, 4.alanda 80-90 ve 5.alanda ortalama 80-90 adet eritrosit görüldü.

Yaşayan çekirdekli adiposit oranı grup 1'de 1.alanda %95, 2.alanda %90, 3.alanda %60, 4.alanda %50, 5.alanda ise %30'du. Grup 2'de ise 1.alanda % 90, 2.alanda %70, 3.alanda %30, 4.alanda %10 iken 5.alanda yaşayan çekirdekli adiposit görülmedi.

Damar dejenerasyon oranları grup 1'de 1.alanda %10 hafif, 2.alanda %20 hafif, 3.alanda %40 orta, 4.alanda %40 ağır, 5.alanda ise %50 ağır dejenerasyon olarak belirlendi. Grup 2'de ise 1.alanda %20 hafif, 2.alanda %40 orta, 3.alanda %40 ağır, 4.alanda %60 ağır, 5.alanda ise %80 ağır dejenerasyon olarak belirlendi.

Septa kaybı ve septal fibroblast kaybı açısından değerlendirildiğinde ise grup 1'de 1 HPF'de 1.alanda normal septa, fibroblastlar normale yakın (10 adet), 2.alanda normal septa- fibroblast hafif azalmış (8 adet), 3.alanda %60 septa hafif ince- fibroblast azalmış (6 adet), 4.alanda %50 septa şiddetli ince- fibroblast azalmış (1-2 adet), 5.alanda ise septa kaybı ve nekroz şeklinde belirlendi. Grup 2'de 1.alanda normal septa, fibroblastlar hafif azalmış (8 adet), 2.alanda %50 septa hafif ince- fibroblast azalmış (5 adet), 3.alanda %40 septa şiddetli ince- fibroblast azalmış (3 adet), 4.alanda %80 septa şiddetli ince- fibroblast azalmış (1 adet), 5.alanda ise septa kaybı ve nekroz görüldü (Resim 1).

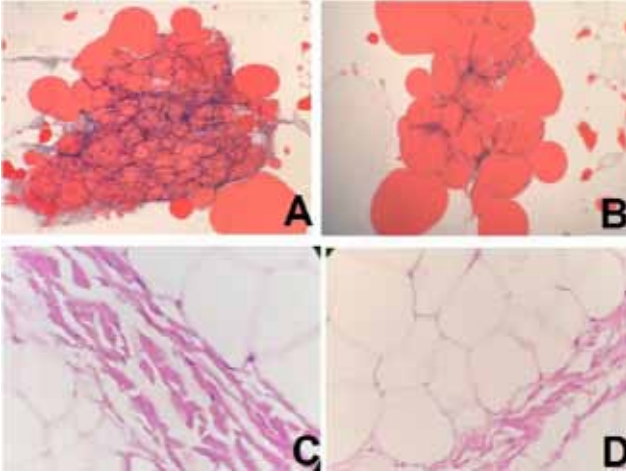
Yaşayan çekirdekli adiposit oranı grup 1'de tüm alanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla idi ( $p<0.05$ ) (Resim 1). Eritrosit sayısı ise 1., 2., ve 3.alanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü ( $p<0.05$ ). UL'da 120.saniye ve KL'da 60.saniyeden sonra yaşayan çekirdekli adipositlerin istatistiksel olarak anlamlı derece azaldığı görüldü ( $p<0.05$ ). Eritrosit sayısı ise bu sürelerden sonra istatistiksel olarak anlamlı derecede artmaktaydı ( $p<0.05$ ).

**Tartışma:** Schafer ve ark. UL ile elde ettiği yağ greftlerinin santrifüj sonrası yaşayabilirliğini araştırdığı çalışmada, %85.1 yağ yaşayabilirliği elde edildiği bildirilerek, UL ile elde edilen adipositlerin yaşayabilirliğinin KL ile elde edilen sonuçlarla uyumlu olduğu ileri sürmüştür. Yağ grefti uygulamalarında aspirasyon ile alınan yağ greftleri santrifüj edilerek canlı hücrelerin elde edilmesi amaçlanır. Çalışmamızda ise santrifüj edilmeyerek elde edilen greftlerin tüm faktörlerden bağımsız olarak canlılığı standart olarak tespit edilmeye çalışıldı.

Birçok çalışmada yağ greftleri yaşayabilirliği, hastaya verildikten sonra çeşitli görüntüleme yöntemleriyle belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışmamızda hastaya bağlı etkenlerin yağ yaşayabilirliği üzerine etki etmemesi için elde edilen lipoaspiratlar hastalara yağ grefti olarak uygulanmadı.

Çalışmamızda liposakşın süresi uzadıkça yağ hücre canlılığının azalıp eritrosit sayısının artarken, septal ve damarsal yapılara verilen hasarın arttığı belirlendi. UL, KL ile karşılaştırıldığında, tüm zaman dilimlerinde daha iyi yağ hücre yaşabilirliği, daha az eritrosit sayısı, daha az damar yaralanması ve daha az fibrokollajen doku yaralanması olduğu görüldü. 210.saniyeden sonra her iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu. Bunun nedeni ilk dakikalarda UL grubunda emülsifiye edilen yağların aspire edilmesi, KL grubunda ise doğrudan mekanik etkiyle yağların parçalanması olabilir. İlerleyen dakikalarda emülsifiye edilen yağ miktarı çok azaldığı için UL grubunda da mekanik etki ön plana çıkmaktaydı. 4.dakikadan sonra elde edilen lipoaspiratta yaşayan çekirdekli adiposit görülemedi.

Yağ grefti alınması planlanan alanda UL kullanıldığında aynı bölgede 2 dakikadan, KL kullanıldığında 1 dakikadan daha az sürede aspirasyon yapıldığında daha fazla canlı yağ grefti elde edilebileceğini saptadık. Bu süre uzadığında damarsal ve fibrokollajenöz dokuların daha fazla zarar gördüğü belirlendi. Her iki teknikte de yağ grefti elde edilmesi planlanan vakalarda aynı bölgede yapılacak aspirasyonun kısa sürmesi maksimum greft canlılığını elde etmek için faydalı olabilir.



A. UL grubunda imprint ve oil red ile yapılan hücresel (mavi) alan içeren canlı yağ hücreleri (kırmızı balonlar) B. KL grup görünümü C. UL grubunda derin dermiste normal sayıda fibroblast içeren kalın septa D. KL grubunda daha ince septa

## SB-022

### Ratlarda Tendonun Prelamine Edilerek İyileşmeye Etkisinin Gösterilmesi

Enis Mert<sup>1</sup>, Musa Kemal Keleş<sup>1</sup>, Haldun Umudum<sup>2</sup>, Sebat Karamürsel<sup>1</sup>, Ali Teoman Tellioglu<sup>1</sup>

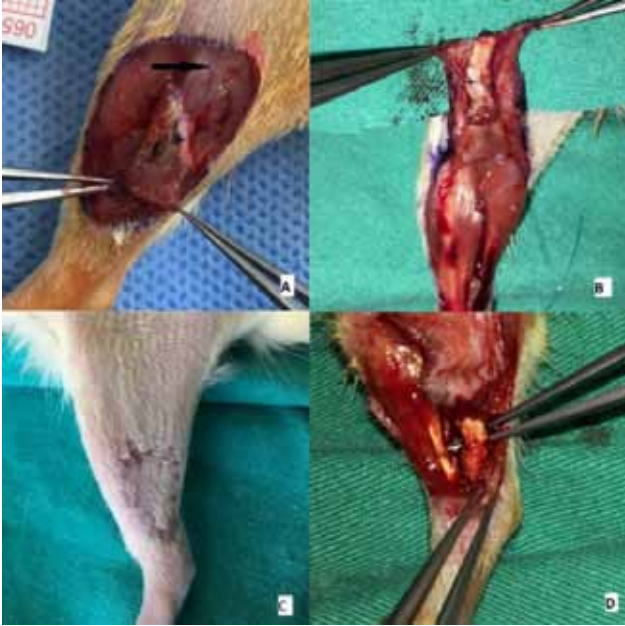
<sup>1</sup>Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Prelaminasyon; defekt alanından uzak intaktvasküler bir yatak üzerine, orada bulunmayan bir dokunun greft şeklinde transferi ile kompleks üç boyutlu bir yapının oluşturulması işlemi tanımlar. Bu işlemde oluşturulan yeni dokunun vaskülerize olması için iki-üç hafta beklenilmesinin ardından, yeni kompozit flep, donör sahanın orijinal vasküler pedikülü kullanılarak defekt

alanına taşınır. Flep prelaminasyonu klinik uygulamaları plastik cerrahi alanında yenidir ve rekonstrüktif cerrahi gerektiren zorlu vakalarda, konvansiyonel metotların yetersiz kaldığı yada kullanılmadığı durumlarda sofistike cerrahi yaklaşımlar sunmaktadır. Kıkırdak, kemik, mukoza, sinir, biyomühendislik ürünü dokular ve eksojen maddeler gibi bir çok doku ve materyal prelaminasyon ile rekonstrüksiyonda kullanılmaktadır. Tendon iyileşmesi temelde, intrinsik iyileşme ve ekstrinsik iyileşme olmak üzere iki mekanizma ile gerçekleşmektedir. Bu çalışmada amaç yeni bir model oluşturarak prefabrike edilmiş tendon greftinin, tendon iyileşmesine etkisini araştırmaktır. Çalışmada ağırlıkları 250-350 gram arasında olan, sayıları power analiz yapılarak tespit edilen 40 adet, dişi Wistar Albino sıçan kullanıldı. Sıçanlar deney grubu ve kontrol grubu olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Her deneyin sadece sağ arka bacağına cerrahi işlem uygulandı. Deneyin birinci aşamasında deney grubu ve kontrol grubu arasında eşit koşulları sağlamak amacıyla aynı cerrahi işlem uygulandı. Her deneyin sağ arka bacağına, yaklaşık boyutları 1x1,5 cm olan safen arter bazlı fasyokutan ada flebi eleve edildi (Resim 1A). Soleus tendonu uygun diseksiyon ile bulundu. Distal uca sonradan tendon onarımına olanak sağlayacak yaklaşık 5mm'lik tendon bakiyesi bırakılarak uzunluğu 7,5mm olan tendon grefti alındı. Alınan soleus tendon grefti, flebe adapte edilerek prelaminasyonun gerçekleşmesi için iki hafta beklendi (Resim 1B). İkinci aşamada, deney grubundaki hayvanların sağ arka bacağına prelamine edilmiş olan flep eleve edildi (Resim 1C). Prelamine edilmiş olan tendonun distal ucu diseke edilerek onarım için hazırlandı. Soleus tendonunun daha önce onarım için bırakılmış olan distal ucu bulundu ve prelamine edilmiş olan tendon ile uç uca onarıldı (Resim 1D). İkinci aşamada kontrol grubunda ise prelamine edilmiş olan tendonun flepte adapte edildikleri vasküler pedikülden tamamen ayrıldı. Soleus tendonunun daha önceden onarım için bırakılmış olan distal ucuyla uç uca onarım gerçekleştirildi. Her iki grupta üç hafta tendon iyileşmesi için beklenilmesinin ardından biyomekanik değerlendirme ve histopatolojik inceleme için hayvanlar sakrifiye edilerek onarım yapılan tendonlar alındı. Her iki gruptaki hayvanların yarısından elde edilen tendon örnekleri biyomekanik değerlendirme için kullanılırken, diğer yarısı histopatolojik inceleme için kullanıldı. Biyomekanik inceleme için kullanılacak olan tendonlar izotonik solüsyon içinde saklanarak, sakrifikasyon sonrasında aynı gün içinde incelenmek üzere Türk Standartları Enstitüsü Kimya Laboratuvarı'na götürüldü ve işleme alındı. Tendonlar iki uçlarından cerrahi klempler ile tutularak Autograph AG-IS 20kN (Shimadzu®) üniversal çekme cihazına bağlandı. Cihaza bağlanan tendon örneklerine 36mm/min çekme hızında gerim uygulanarak maksimum kopma kuvvetleri (Newton), Trapezium2 programı kullanılarak tespit edildi. Histopatolojik çalışmaya gönderilecek olan deney grubu ve kontrol grubu tendonları, % 10'luk nötral tamponlu formalin solüsyonu içinde saklanarak Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı Laboratuvarı'nda incelemeye gönderildi. Tendon örnekleri parafine gömüldü ve her spesimenden 4µm kalınlığında longitudinal kesitler alındı. Hazırlanan doku kesitleri Hematoksilin-Eozin ve Masson's Trikrom ile boyandı. İnflamasyon, vaskülerite, fibroblast dansitesi, epitenon kalınlığı ve kollajen lif oryantasyonu 4 puanlı semî kantitatif sınıflama sistemi ile değerlendirildi. Her bir histopatolojik değişken 0 ila 3 arasında değişen puanlar ile sınıflandı (0-yok, 1-hafif dereceli, 2-orta dereceli 3-yoğun). Elde edilen verilerin analizi, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Windows16.0 paket program kullanılarak gerçekleştirildi. Verilerin karşılaştırılmasında t-test ve Mann Withney-U testleri kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık 0.05 düzeyinde olacak şekilde değerlendirildi. Kontrol ve deney grubu arasında gerim değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu izlendi (p<0,05).

Kontrol grubu maksimum kopma kuvveti  $7.9 \pm 2.05$  Newton olarak hesaplanırken; deney grubunda  $11.42 \pm 2.37$  Newton bulundu. Vaskülerite, fibroblast dansitesi, epitenon kalınlığı ve kollajen lif oryantasyonunun değerlendirildiği ortalama regeneratif histoloji skoru açısından kontrol (1.61) ve deney (2.00) grubu arasında anlamlı fark olduğu bulundu ( $p < 0.05$ ). İnflamasyon açısından deney (2.11) grubunun, kontrol (2.33) grubuna oranla daha az inflamasyon gösterdiği ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ( $p > 0.05$ ). Çalışmada deney grubunda prelamantasyon ile tendonların iyileşme potansiyelinin artırılabilceği sonucuna vardık. Bu yöntemin gelecekte klinik uygulamalarda kullanılabilecek kolay bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca oluşturduğumuz tendon prefabrikasyonu modeli bundan sonraki deneysel çalışmalarda basitçe uygulanabilir olması açısından avantaj sağlayabileceğini düşünmekteyiz.



Resim 1A: Fasyokutan ada flebinin eleve edilmesi ve flep pedikülü  
Resim 1B: Soleus tendonu prelamantasyonu Resim 1C: Flebin  
iki hafta sonundaki görünümü Resim 1D: Deney grubu tendon  
onarımı

## SB-023

### Otojen Kemik Greft Uygulamasında Yağ Greftinin Kemik İyileşmesi Üzerine Olan Etkisi

Deniz Uyanık<sup>1</sup>, Sinan Öksüz<sup>1</sup>, Erkan Gökçe<sup>3</sup>,  
Reşit Doğan Köseoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Tokat

<sup>3</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Tokat

Giriş: Kritik boyutlu kemik defektlerinin rekonstrüksiyonunda biyomateriyaller veya kemik greftleri kullanılmaktadır. Günümüzde kritik boyut defektlerin tedavisinde altın standart "otojen kemik grefti" uygulamalarıdır. Otojen kemik grefti uygulamalarında rezorbsiyon sebebiyle, başlangıçta elde edilen tatmin edici sonuçlar zamanla

hacim ve kontur bozukluklarına yol açmaktadır. Literatürde otojen kemik grefti uygulamalarından alınacak sonuçları en iyi hale getirmeye yönelik pek çok çalışma mevcuttur. Kemik iyileşmesinde yağ grefti uygulaması ile ilgili yapılan çalışmalarda çoğunlukla çeşitli implantlarla veya osteojenik materyallerle birlikte uygulandığı görülmektedir. Ayrıca kemik greft üzerine adipoz kaynaklı kök hücrelerin uygulanması ile ilgili çalışmalara da literatürde rastlanmaktadır.

Amaç: Bu deneysel çalışmada; tavşanlar üzerinde oluşturulan kritik boyutlu kranial kemik defektinin kemik greft ile rekonstrüksiyonunda, yağ grefti ile birlikte uygulamasının osteogenez üzerine olan etkisi incelendi.

Materyal- Metod: Çalışmada 3 grup halinde toplam 27 adet yetişkin Yeni Zelanda cinsiyet erkek tavşan kullanıldı. Tavşanların sağ ve sol parietal bölgelerinden alınan 15 mm'lik kemik greftleri ile kritik büyüklükte defekt alanları oluşturuldu. Alınan kemik greftlerin karşılıklı olarak yer değiştirilmesi ile kemik otolog kemik grefti ile onarım sağlandı. 1. grupta; kranium kemik defekti sadece otojen kemik grefti ile onarıldı 2. grupta kranium kemik defekti otojen kemik grefti ve tavşanların inguinal bölgelerinden alınan ve 3000 RPM de santrifüj edilen 1cc yağ grefti ince bir tabaka halinde kemik greft üzerine yerleştirilerek onarıldı. 3. grupta ise kranium kemik defekti otojen kemik grefti ve otojen kandan hazırlanan 1cc PRP kemik grefti üzerine enjekte edilerek onarıldı.

Her gruptan 2. Hafta, 6. Hafta ve 12. Haftalarda üçer adet tavşan kurban edilerek, sağ ve sol parietal kemiklerine uygulanan kemik greftleri histopatolojik incelemeye alındı. Bu sayede her gruptaki tavşanlardan elde edilen altışar adet kemik grefti örneği histopatolojik olarak incelenebildi ve kemik iyileşmesinin 2., 6. ve 12. haftalardaki aşamaları gösterildi.

Ayrıca tüm gruplardaki tavşanlara 0. gün, 2. hafta, 6. hafta ve 12. haftalarda 3 boyutlu maksillofasyal BT çekilip radyolojik olarak değerlendirildi.

#### Bulgular:

1. Tüm tavşanlar çalışma boyunca yaşamıştır.
2. Tavşanlara 0. Gün, 2. Hafta, 6. Hafta ve 12. Haftalarda 3 boyutlu maksillofasyal BT çekilmiştir. Her bir tavşanın 3 boyutlu görüntüleri, deneyden bağımsız bir araştırmacı tarafından görsel olarak değerlendirildi. Yapılan görsel nicel skorlamada; a) Radyolojik olarak en iyi iyileşme sonuçlarının PRP uygulanan 3. grupta alındığı görüldü. b) 0. gün kemik greftlerinin komşu sağlam kemik dokusu ile hiçbir şekilde osteojenik bağlantı kuramadığı radyolojik olarak gözlemlendi. c) 2. Haftada görsel olarak en yüksek skora sahip olan PRP uygulanan 3. grup olmuştur, yağ grefti uygulanan 2. gruba göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, 1. grup ile istatistiksel fark yoktur. d) 6. Haftada görsel olarak puanlanan en iyi grup yine PRP uygulanan 3. grup olup, 2. gruba göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur, fakat 1. grup ile istatistiksel olarak fark yoktur. e) 12. Haftada yapılan değerlendirmede görsel olarak hem 1. grupta hem de 3. grupta tüm tavşanlarda tam iyileşme izlenmiştir. Fakat yağ grefti uygulanan 2. grupta, 5 tavşanda tam iyileşme izlenmemiş olup, yapılan değerlendirmede en kötü iyileşmenin izlendiği grup oldu, istatistiksel olarak diğer iki gruba göre anlamlı bulundu.

4. Her gruptan 3'er tavşan 2. Haftada, 6. Haftada ve 12. Haftada kurban edilip, dikkatli şekilde kranium kemiği total çıkartıldı ve beyin dokusundan sıyrıldı. Her bir tavşandan 2 adet kemik greft uygulanmış sağ ve sol parietal kemik materyali elde edilmiştir. Her gruptan ayrı ayrı 2. 6. Ve 12. Haftalarda

değerlendirilmiş toplamda 6 adet örnekleme ulaşılmıştır. Bu materyaller patoloji tarafından değerlendirilip kemik greft iyileşme hatları histopatolojik olarak analiz edilmiştir. Histolojik değerlendirme ise 10 puan üzerinden yapılan bir skorlama uygulandı. a) Değerlendirmede 2. Hafta ve 6. Haftada en iyi histopatolojik iyileşmenin PRP uygulanan 3. grupta olduğu ve bu haftalarda 3. grubun diğer iki gruba göre anlamlı olarak farklı olduğu görüldü. b) 12. Haftada ise hem 3. grup hem de 1. grupta matür kemik dokusunun izlendiği görüldü, bu iki grubun, yağ grefti uygulanan 2. gruba göre daha iyi iyileşme gösterdiği istatistiksel olarak kanıtlanmıştır.

5. Bütün tavşanların 0. Gün, 2. Hafta, 6. Hafta ve 12. Haftada tomografi çekimlerinde kemik greft alanların radyolojik olarak kemik dansitesi hesaplandı. a. 0.gün kemik dansitesi en yüksek grup 1. grup olup ilerleyen haftalarda kemik yoğunluğunun orantılı olarak arttığı izlendi. b. Yağ grefti uygulanan 2. gruptaki tavşanların 0. Gün kemik dansiteleri toplamı sham grubuna yakın olup, 2. Ve 6. Haftalarda dansitede azalma izlendi, 12. Haftada dansitede artış izlenmiş olmasına rağmen 1. gruba göre çok geride kaldı. c. PRP uygulanan 3. gruptaki tavşanlarda ise 0. Gün toplam kemik dansite ölçümü diğer gruplara göre en düşüktü. İlerleyen haftalar içinde kemik yoğunluğu bu grupta artmıştır fakat bu artış 1. grupta olduğu gibi haftalarla orantılı bir artış seyri izlenmedi. d. PRP uygulanan 3. grupta kemik yoğunluğunun en fazla arttığı zaman 6. Haftada izlendi.

Sonuç: Yağ grefti uygulamasının yara iyileşme sürecinde olumlu etkileri bilinse de, kemik greft uygulaması ile kombine uygulandığında kemik iyileşmesi üzerine olumsuz etkiler yarattığı görülmüştür. Çalışmamızda yağ grefti uygulamasının kemik iyileşmesi üzerine olumlu bir etkisi gözlenmemiştir. Literatürde kranial kemik defekti oluşturulan ratlarda, defekt alanlara sadece yağ grefti uygulaması yapılmış olup, yağ greftinin defekt alanda osteogenezi engelleyen bir bariyer görevi gördüğü ve sekonder iyileşmeye çalışan bir kemik defektinde olumsuz etkilere yol açtığı gösterilmiştir.

PRP uygulamasının kemik greftin iyileşme sürecinin özellikle erken döneminde olumlu etkileri olduğu gözlenmiştir. PRP kemik iyileşme sürecini hızlandırmış ve diğer gruplara kıyasla daha yüksek kemik dansitesi artışı ile iyileşme sağlamıştır. Çalışmamızda gördüğümüz PRP uygulamasının olumlu etkileri literatürde mevcut çalışmalar ile uyumludur. Yağ grefti uygulaması ile ilgili ise daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.



tavşanın parietal kemiğinde sağ ve solda olmak üzere 2 adet kemik greft uygulaması yapıldı

## SB-024

### Yağ Grefti Uygulamasının Ratlarda Tendon İyileşmesine Etkisinin İncelenmesi ve Plateletten Zengin Plazma Uygulamasıyla Karşılaştırılması

Ahmet Dilber<sup>1</sup>, Özay Özkaya Mutlu<sup>1</sup>, İlker Üşçetin<sup>1</sup>, Özben Yalçın<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Tendon yaralanmaları etiyolojisinde çok çeşitli nedenler bulunan, özellikle ortopedi ve plastik cerrahi hekimlerinin sık karşılaştığı olgulardan biridir. Tendon yaralanmalarının tedavileri sonrası karşılaşılan komplikasyonların tedavisi hekimler ve hastalar açısından büyük zorluklar yaratır. En sık karşılaşılan komplikasyonlar tendon yapışıklığı, tendon kopması ve eklem kontraktürüdür. Bu komplikasyonların önüne geçmek için bir çok yöntem denenmiştir. Tendonların çevre dokulara yapışıklığını engellemek ve iyileşmesini artırmak için inflamasyonu baskılayan ilaçlar, Plateletten zengin plazma kullanımı, yapışıklığı önleyici enjektabl maddeler ve pek çok cerrahi prosedür denenmiştir. Yağ greftlerinin gerek kaygan fizyolojik yapısı nedeniyle, gerek içerdiği adipoz kaynaklı mezenkimal kök hücreler nedeniyle, tendon yapışıklığını azaltacağı ve tendon iyileşmesini olumlu yönde etkileyeceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda amaç tendon onarım hattına yağ enjeksiyonu yapılan olgularla, sadece tendon onarımı yapılan olguları ve Plateletten zengin plazma (PRP) uygulanan olguları kıyaslamak, tendon iyileşmesi ve tendonların çevre dokulara yapışıklığı yönünden makroskobik, histolojik ve biyomekanik olarak değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Çalışmada erişkin Rattus norvegicus türü Sprague dawley suşu dişi 250 – 300 gr ağırlığındaki 38 adet sıçan kullanıldı. Kullanılan 36 deney hayvanı her grupta 9'ar hayvan bulunacak şekilde rastgele seçilerek toplam 4 araştırma grubuna ayrıldı: Kontrol grubu (Sadece tendon onarımı yapılan grup), Sham grubu (Tendon onarımı + Serum fizyolojik uygulaması), Deney-1 grubu (Tendon onarımı + Yağ grefti uygulaması), Deney-2 grubu (Tendon onarımı + PRP uygulaması). 2 adet hayvan PRP elde etmek için donör olarak kullanıldı ve hemen sonrasında sakrifiye edildi. Kontrol ve deney gruplarında her hayvanın sağ aşil tendonları kalkaneusa yapışma noktasının 0.5cm uzağından, bistüri ile transvers olarak tam kat kesildi. Daha sonra Aşil tendonu 5/0 yuvarlak monofilaman polipropilen dikiş ile modifiye Kessler yöntemi kullanılarak onarıldı. Kontrol grubuna sadece tendon onarımı yapıldı, deney gruplarından birine 0,1 cc yağ grefti uygulaması, deney gruplarından birine ise 0,1 cc plateletten zengin plazma enjeksiyonu yapıldı. Plateletten zengin plazma 2 adet donör sıçandan intrakardiyak olarak toplam 5 cc alınan kandan %3,8'lik sodyum sitratla 1/10 oranında dilüe edilip daha sonra santifirüje edilerek toplam 1cc PRP elde edildi. Yağ grefti uygulaması için yağ grefti uygulaması yapılacak gruptaki sıçanların sol inguinal bölgesinden insizyonla girilerek inguinal bölgedeki yağ dokusundan eksizyon yapıp bistüriyle kıyılarak yağ enjeksiyon kanülleri yardımıyla enjekte edilecek hale getirilip tendon onarım hattına 0,1 cc yağ grefti uygulandı. 36 deney hayvanı 6. hafta sonunda sakrifiye edilerek makroskobik, histolojik ve biyomekanik değerlendirme yapıldı.

Bulgular: Makroskobik değerlendirme bulgularında yağ grefti uygulanan grupta yapışıklık derecesinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu gözlemlendi. PRP uygulanan grupta yapışıklık derecesi kontrol grubuna

göre hafif bulunsun da istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. Histolojik değerlendirmede inflammatuar yanıt açısından gruplar arasında fark görülmedi. Fibroblastik proliferasyonu ve kollajen yoğunluğunun yağ grefti uygulanan grupta ve PRP uygulanan grupta, kontrol grubuna göre artmış olduğu izlendi. Yağ grefti uygulanan grup ve PRP uygulanan grup arasında fibroblastik proliferasyon ve kollajen yoğunluğu açısından fark görülmedi. Vasküler proliferasyon incelendiğinde PRP uygulanan grupta en yüksek olduğu görüldü. Yağ grefti uygulanan grupta da vasküler proliferasyonun kontrol grubuna göre artmış olarak izlendi. Biyomekanik değerlendirmede kopma öncesi maksimum direnç ortalaması, tendon kesit çapları ve kopma stres basıncı arasında gruplar arasında anlamlı bir fark görülmedi.

**Tartışma:** Çalışmamızda yağ grefti ve PRP'nin tendon iyileşmesine ve adhezyonuna etkisi incelendi. Makroskobik değerlendirmede yağ grefti uygulanan sıçanlarda tendon yapışıklığının diğer gruplara göre daha az olduğu görüldü. Bunun sebebi yağ dokusunun kaygan fizyolojik yapısı olabileceği gibi içerdiği kök hücrelerin ve diğer yapıların inflamasyonu veya fibrozis etkilemesi sonucu da olabilir diye düşünmekteyiz. Histolojik incelemede vasküler proliferasyonun özellikle PRP uygulanan olgularda daha belirgin olarak arttığını, yağ grefti uygulanan olgularda da PRP uygulanan olgulara göre daha az olsa da arttığını gözlemledik. Biyomekanik değerlendirmede tendonun gücü üzerine yağ grefti veya PRP'nin herhangi bir etkisi olmadığı sonucuna varıldı.

## SB-025

### Alt Dudak Kanseri ve Boyun Disseksiyonu Endikasyonları

Fatih Irmak, Çağatay Öner, Şafak Çakır,  
Mert Sızmaç, Selami Serhat Şirvan, Memet Yazar,  
Ayşin Karasoy  
*Sağlık Bilimleri Üniversitesi; Şişli Hamidiye Etfal  
Uygulama ve Araştırma Merkezi; Plastik, Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul*

**Giriş:** Bir hastada dudak kanseri saptanırsa, oral kavitenin tamamının değerlendirmesi gerekir. Etiyolojide sigara-alkol tüketimi, kronik travma, ultraviyole ışın maruziyeti, genetik yatkınlık, enfeksiyöz hastalıklardan bahsedilebilir. Dudak kanserleri; skuamöz hücreli karsinom (SCC), bazal hücreli karsinom (BCC), malign melanom, verrüköz karsinom, adenokarsinom olarak karşımıza çıkabilir. Genel olarak dudakta nonmelanom cilt kanserleri daha sık görülür. Yapılan geniş epidemiyolojik çalışmalarda dudak kanserlerinin %96'sının SCC olduğu görülmüştür. Hastaların %97'si erkek olup, alt dudakta görülme oranı %81'dir. Üst dudak tutulumu kadın hastaların %20'sinde görülürken, erkeklerde %4 oranında görülür. Göz önünde bulunan bir alan olduğundan sıklıkla erken teşhis edilir. Cerrahi, radyoterapi, kriyoterapi gibi yöntemlerle %100'e yakın kür sağlanabilir. Nodal tutulumun bulunması 5 yıllık sağ kalım oranını %50'ye kadar düşürebilir.

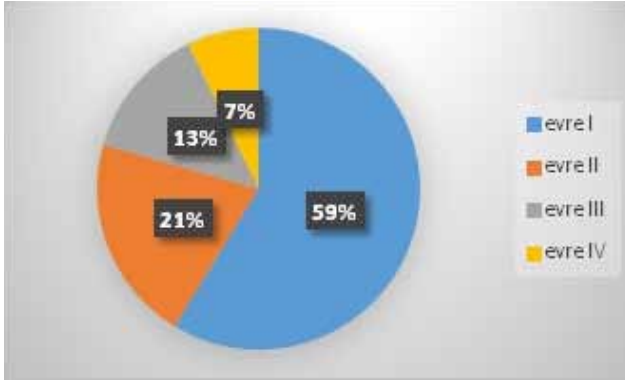
**Gereç ve yöntem:** 2005-2017 yılları arasında kliniğimizde 187 hasta alt dudak kanseri sebebiyle opere edildi. Bu hastalardan ilk başvurusunu kliniğimize yapmış olan 102 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** 102 hastanın 87'si erkek, 15'i kadındı. Yaş ortalaması 59,8 (22-87) tür. Ortalama takip süresi 68 ay (12-129 ay)'dır. Hastaların dudakta mevcut kitleyi fark ettiklerinden itibaren başvuru süreleri ortalama 12,9 ay (2-240 ay) olarak saptandı. Hasta profili, lokalizasyon ve tümör tipine göre dağılıma bakıldığında; erkeklerde dudak

kanseri %85, kadınlarda %15 olarak bulundu. Üst dudakta tümör görüme oranı %12 iken, alt dudakta %88 olarak bulundu. Tümör tiplerine göre dağılıma bakıldığında dudak kanserleri arasında BCC görülme oranı %0,9, SCC görülme oranı %90 ve diğer tümörler %0,1 olarak bulundu. Tedavi algoritmamızın ilk basamağı, kitleye klinik ya da patolojik olarak tanı koymaktır. 24 hastada klinik olarak malignite düşünülerek, 79 hastada punch biyopsi ile desteklenerek ilk tanı koyulmuştur. Tanı ardından tümör boyutları ve fizik muayene ile karar verilecek metoda göre, USG, BT, PET-CT ile tümör yayılımı değerlendirilmiştir. Bu verilerle tümör eksizyonu ± boyun disseksiyonu planlanarak opere edilen tüm hastalarda 0,5 ile 2 cm arasında sağlam cerrahi sınır ile tümör eksizyonu yapıldı. Patolojik olarak raporlanan ortalama sağlam cerrahi sınır 0,5 cm (0,1-2 cm) olarak bulundu. Sağlam cerrahi sınır mesafesi 0,5 cm altında olan hastalarda cerrahi sınır genişletilmesi uygulandı. Patoloji raporlarıyla belirtilen tümör boyutu uzun aksında ortalama 1,9 cm (0,2-12 cm) olarak bulundu. Klinik ve radyolojik bulgularına göre uygun görülen 43 hastada eş zamanlı veya tümör eksizyonunu takiben boyun disseksiyonu uygulandı. Tümör boyutları T1 olan 50 hastanın 17'sine boyun disseksiyonu uygulandı. Bu hastalardan 5'inde metastaz saptandı. 21 adet T2 boyutlu tümör hastaları içinde 14 hastaya boyun disseksiyonu uygulandı ve 6'sında metastaz saptandı. 11 adet T3 boyutlu tümör hastasının 6'sına boyun disseksiyonu uygulandı ve 3'ünde metastaz saptandı. 4 adet T4 boyutlu tümör hastasına boyun disseksiyonu uygulandı ve 1'inde metastaz saptandı. Bu verilere göre oluşturulan evrelemede hasta dağılımı şekil 1'de belirtilmiştir. Ortalama 5 yıllık bir takip süresinde bu hastalarda lokal ve metastatik olmak üzere nüks oranı %0,9 olarak bulunmuştur. Uygun cerrahi ardından veya eş zamanlı olarak rekonstrüksiyon aşamasında wedge eksizyon+primer suturasyon, lip shaving, tam katlı deri grefti, lokal fleplerle onarım (karapandzic, schuchardt, gillies fan, bernard-webster, ada flepleri, estlander, mcgregor ve depressor anguli oris muskulokutan flebi) ve serbest flepler (radial önkol, serbest fibula, paraskapular flepler) uygulanmıştır. 44 hastada wedge eksizyon ile primer suturasyon uygulanmıştır; bu hastaların ortalama tümör çapı 1 cm (0,1-3 cm) dir. 9 hastada wedge eksizyon ve lip shaving uygulanmıştır; bu hastaların ortalama tümör çapı 0,97 cm (0,2-1,5 cm) dir. 3 hastada eksizyon ve tam katlı deri grefti uygulanmıştır. Özellikle orta hat yerleşimli, alt dudak 2/3 ve üzeri defekt olan hastalarda olmak üzere toplamda 19 modifiye Schuchardt, 25 Karapandzic flebi uygulanmıştır. Komissüre yakın olan tümörlerde başta olmak üzere 8 hastaya Estlander flebi uygulanmıştır. Bunun yanında 5 Webster Bernard, 5 depressor anguli oris muskulokutan flebi, 2 mcgregor, 1 deltopektoral fasyokutanöz transpozisyon flebi, 1 trapezius muskulokutan transpozisyon flebi, 1 submental arter bazlı ada flebi, 1 fasyal arter bazlı ada flebi ve 2 Gillies fan flep rekonstrüksiyonda kullanılmıştır. Bu hastaların ortalama tümör çapı 2,2 cm (0,5-12 cm) dir. 8 hastanın 6'sında radial önkol, 1'inde paraskapular, 1'inde serbest fibula flebi rekonstrüksiyonda kullanılmıştır; bu hastaların tümör çapı ortalama olarak 3,6 cm (1,2-6 cm) dir.

**Sonuç:** Alt dudakta non melanom cilt kanserleri arasındaki en sık görülen kanser tipi olan SCC ile ilgili olan çalışmamızda 102 hastada tümör büyüklüğü, lokalizasyona göre yapılan cerrahi tedavi sonrasında rekonstrüksiyon seçeneklerini analiz ettik. Hastaların takip süresi boyunca (yaklaşık 1 ila 10 yıl; ortalama 5 yıl) 5 yıllık sağ kalım oranı %91 olarak kaydedilmiştir. Cerrahi, radyoterapi, kriyoterapi gibi yöntemlerle %100'e yakın kür sağlanabilmesine karşın SCC'de nodal tutulum 5 yıllık sağ kalım oranını %50'ye kadar düşürebilir.

Şekil 1



Tablo 1: Evrelerine göre hasta dağılımı

## SB-026

### Baş Bölgesinde Görülen Dev Bazal Hücreli Karsinom Olgularında Eksizyon Ve Rekonstrüksiyon Seçenekleri

Mustafa Akyürek<sup>1</sup>, İbrahim Utku Özcan<sup>2</sup>,  
Emrah Arslan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

<sup>2</sup>Çanakkale Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Çanakkale

**Giriş:** Bazal hücreli karsinomlar en sık görülen malign cilt lezyonlarıdır. 5 cm üzerindeki lezyonlar dev bazal hücreli karsinom (DBHK) olarak adlandırılır. Sıklıkla güneşe maruz kalan baş – boyun bölgelerinde görülür<sup>1</sup>.

**Materyal-Metod:** 2013 – 2017 yılları arasında baş bölgesinde DBHK tanısıyla kliniğimize başvuran 12 hastanın yaşı, tümör yerleşim yeri, eksizyon paternleri, eksizyon sonrası oluşan defektlerin boyutları ve rekonstrüksiyon metodları değerlendirildi.

**Sonuç:** Başvuran 12 hastanın 4'ü kadın, 8'i erkek, yaş ortalamaları 62,5'di. Tümörlerin 5'i skalp, 1'i orbita, 2'si orta yüz ve 4'ü yanak bölgesinde idi. Eksizyon sonrası ortaya çıkan defekt alanı ortalama 66 cm<sup>2</sup> idi. 6 hastaya serbest flep ile onarım, 5 hastaya rotasyon flebi + tam kalınlıkta deri grefti ile onarım, 1 hastaya ise sadece tam kalınlıkta deri grefti ile onarım uygulandı. 1 hasta postoperatif 15. günde paralizik ileus nedeniyle yoğun bakımda, 1 hasta ise postoperatif 5. ayda tümör dışı nedenlerden kaybedildi. 2 hastanın tümör patolojisi yüzeysel yayılan tip, 7 hastanın nodüler – solid tip, 2 hastanın bazosquamos tip, 1 hastanın ise morfeaform tip BHK çıktı. Hastalar en fazla 3 yıl, en az 5 ay takip edildi. Ortalama takip süresi 15 aydı. Hastalarda tümör nüksüne rastlanmadı. 2 hastaya halen korrektif ameliyatlar planlanmaktadır (Tablo 1) (Resim 1).

**Tartışma:** Bazal hücreli karsinom lokal agresif seyirli ve nadiren metastaz yapabilen tümörlerdir. Dev bazal hücreli karsinomların ise metastaz yapma potansiyeli vardır. Hastaların çekilen kontrastlı boyun tomografilerinde şüpheli görülen boyunlara selektif boyun disseksiyonu uygulanmış fakat metastaza rastlanmamıştır. Literatürde bazal hücreli karsinoma bağlı herhangi bir paraneoplastik sendrom veya diğer solid tümörlerde görülen hiperkoagulopati durumu tanımlanmamıştır. Genel durumu iyi, temel hematolojik ve biyokimyasal parametrelerin düzenli olduğu hastalarda tümör boyutuna bakılmaksızın eksizyon ve rekonstrüksiyon planlanıp, uygulanmalıdır.

Referanslar:

1. Manstein CH, Gottlieb N, Manstein ME, et al. Giant Basal Cell Carcinoma: A series of seven T3 tumors without metastasis. Plast Reconstr Surg 2000 Sep; 106(3)653-6

Resim 1



Rekonstrükte edilen 2 hastanın preop, perop ve postop görüntüleri.

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

**Tablo 1**

|         | Tümör Yerleşim Yeri            | Defektin Alanı      | Tümör Patolojisi | Rekonstrüksiyon Metodu                                                                                                          | Komplikasyon                                                                   |
|---------|--------------------------------|---------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Olgu 1  | Yanak + Temporal Skalp         | 96 cm <sup>2</sup>  | Solid - Nodüler  | Servikopektoral Rotasyon Flebi ile Onarım                                                                                       | Nüks: -<br>PO: 4. Gün Taburcu                                                  |
| Olgu 2  | Yanak + Temporal Skalp         | 80 cm <sup>2</sup>  | Süperfisyal      | FTSG ile Onarım                                                                                                                 | Nüks: -<br>PO: 2. Gün Taburcu                                                  |
| Olgu 3  | Yanak + Temporal Skalp + Kulak | 62 cm <sup>2</sup>  | Bazosquamoz      | Skalp Rotasyon Flebi + FTSG ile Onarım                                                                                          | Nüks: -<br>PO: 6. Gün Taburcu<br>Hasta 5. Ayda tm dışı nedenlerden kaybedildi  |
| Olgu 4  | Skalp Verteks                  | 102 cm <sup>2</sup> | Solid - Nodüler  | Dura Grefti + Titanyum Mesh + Serbest Latissimus Dorsi Kas Flebi ile Onarım                                                     | Nüks: -<br>PO: 21. Gün Taburcu<br>PO: BOS Kaçağı Nedeniyle Lomber Dren Konuldu |
| Olgu 5  | Orbita                         | 64 cm <sup>2</sup>  | Solid - Nodüler  | Radial Önkol Serbest Flebi + Septal Hinged Flep ile Onarım                                                                      | Nüks: -<br>PO: 12. Gün Taburcu                                                 |
| Olgu 6  | Ortayüz ( Total Burun)         | 58 cm <sup>2</sup>  | Solid - Nodüler  | Kostal Kartilaj Grefti ile L strut + Alın Flebi ve Mukozal Rotasyon Flepleri ile Lining + Radial Önkol Serbest Flebi ile Onarım | Nüks: -<br>PO: 15. Gün Taburcu<br>Halen Korrektif Ameliyatlar Devam Ediyor     |
| Olgu 7  | Ortayüz + Maksilla             | 74 cm <sup>2</sup>  | Morfeform        | Serbest Latissimus Dorsi Muskulokutanöz Flebi ile Onarım                                                                        | Hasta 15. Günde Paraleltik İleus Nedeniyle Kaybedildi.                         |
| Olgu 8  | Yanak                          | 44 cm <sup>2</sup>  | Bazosquamoz      | ALT Serbest Perforatör Flebi ile Onarım                                                                                         | Nüks: -<br>PO: 12. Gün Taburcu<br>Halen Korrektif Ameliyatlar Devam Ediyor     |
| Olgu 9  | Yanak                          | 28 cm <sup>2</sup>  | Solid - Nodüler  | ALT Serbest Perforatör Flebi ile Onarım                                                                                         | Nüks: -<br>PO: 11. Gün Taburcu                                                 |
| Olgu 10 | Parietal Skalp                 | 36 cm <sup>2</sup>  | Süperfisyal      | Eksizyon + Rotasyon Flebi ile Onarım.                                                                                           | Nüks: -<br>PO: 12. Gün Taburcu                                                 |
| Olgu 11 | Yanak + Alt Göz Kapağı         | 54 cm <sup>2</sup>  | Solid - Nodüler  | Servikofasial Rotasyon Flebi + Muko-kondrial Greft ile Alt Göz Kapağı Onarımı                                                   | Nüks: -<br>PO: 6. Gün Taburcu                                                  |
| Olgu 12 | Frontotemporal Skalp           | 30 cm <sup>2</sup>  | Solid - Nodüler  | Rotasyon Flebi + FTSG ile Onarım                                                                                                | Nüks: -<br>PO: 3. Gün Taburcu                                                  |

*Baş Bölgesinde görülen Dev Bazal Hücreli Karsinom Olgularının Eksizyon Paterni, Rekonstrüksiyon Şekli ve Klinik Takip Sonuçları*

## SB-027

### **Tırnak Yatağı Lezyonlarında Cerrahi Disseksiyon ve Longitudinal Melanonişi Tanı ve Tedavisi**

Ali Gökkaya, Metin Görgü, Jehat Kızılkın, Ertuğrul Karanfil, Ali Doğan, Aydın Aydemir  
*Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, PREC Anabilim Dalı, Bolu*

Subungal pigment lezyonlar hem benign hem de malign lezyonların bulgusu olarak karşımıza çıkabilir. Tırnakta bulunan pigment lezyonların klinik olarak tanınması kolay değildir. ABCD kriterleri bu bölgede çok geçerli değildir. Tırnak yatağında longitudinal pigmentasyonlar ihmal edilemeyecek bir bulgudur. Melanositik makul, subungual melanom ve melanositik nevüs uzunlamasına (longitudinal) bant olarak görülmektedir. Bunlar içinde en sık olarak melanositik makul görülmektedir. Longitudinal bant tırnak yatağının proksimalinden başlayıp distaline kadar uzanan kahverengi-siyah karışımı renk vermektedir. Makroskopik olarak herhangi bir ayırt edici özellik taşımamaktadır.

Tırnak matriksinin melanom (subungal melanom) proksimal tırnak katlantısı ve tırnak plağı altında kaldığında gözden saklanır. Melanin üretimi nedeni ile tırnakta

oluşan boyanma uzunlamasına tırnak pigmentasyonu olarak görülür. Başka etiyolojiler de tırnakta longitudinal melonichia ya neden olsa da melanom tanısının ekartasyonu şarttır. Melanoma ekartasyonu ancak eksizyonel biopsi ile yapılabilir.

Kliniğimize başvuran longitudinal melonichia hastaları ve glomus tümörlerinde tırnak yatağından eksizyonel biopsi uygulamalarımızı örnek olgularla sunuyoruz. Tırnak yatağında eksizyonel biopsi tekniği: Tırnakta yer alana longitudinal pigment lezyonlarda traşlama biopsiler kontrendikedir. Yeterli bilgi alınamayacağı gibi, lezyonun yayılmasına neden olabiliriz. Biopsi için öncelikle melanom gibi düşünülerek gerekirse geniş eksizyon için onam önceden alınmalıdır. Frozen değerlendirmesi için patoloji bölümü hazır olmalıdır.

Pigmente lezyonlarda tırnağın ilgili kısmı longitudinal olarak kesilir ve kesi matrikse kadar uzatılır. Lezyon hizasında tırnak katlantısına proksimale doğru 5 mm kesi uzatılır. Kaldırılan üçgen flep altından lezyon tam kat ve 1 mm sağlam sınırla eksize edilir. Diğer lezyonlarda tam kitlenin üzerinden tırnakta pencere açılır. Lezyon diseksiyonla tamamen çıkarılır. Frozen sonucuna göre operasyon sonlandırılır yada genişletilir.

Video olgu örnekleri:

1. 34 yaşında bayan hasta, sol el 5. parmak yatağında longitudinal bant şeklinde pigmentasyon tanısı ile opere edildi. Hastanın 18 aydır bulunan ve zaman içinde koyulaşmayan lezyonu için yapılan dermatoskopi değerlendirmesinde ince bir çizgi halinde uzanan ve tırnak lunula bölgesine kadar devam eden hiperpigmente alan görünmekteydi ve bu alanın sınırları belirgindi. Lokal anestezi ve turnike altında tırnak longitudinal yapılan kesilerle tırnak yatağına kadar diseke edildi, lezyonun üzerinde yer alan sağlam görünen fold da yapılan insizyonlarla fold proksimal bazlı flep şeklinde kaldırıldı. Tırnak yatağıyla beraber büyütme altında eksize edildi. 2. 52 yaşında erkek hasta, sol el 3. parmağında tırnakta longitudinal pigmentasyon. 10 aydır bulunan ve açık kahverengi görünümlü lezyonu için lokal anestezi ve turnike altında operasyon yapıldı. Tırnak üzerinden longitudinal yapılan kesilerle tırnak yatağına kadar diseke edildi. Tırnak katlantısı proksimal bazlı flep şeklinde kaldırıldı. Altından lezyon büyütme altında sağlam sınırlarından eksize edildi. Eksizyon derinliğinde kemiğin üstüne kadar inildi. 3. 43 yaşında bayan hasta, tırnak yatağın kitle, 6 ayda büyümüş. Muayenede tırnakta kabarma yapan kitle görüldü. Lokal anestezi, turnike ve büyütme altında operasyon yapıldı. Tırnak üzerinden foldun hemen önünde pencere açıldı. Kitle diseksiyonla çıkarıldı.

Tırnakta bulunan pigment lezyonların malignite ekartasyonu için biopsi gerekliliği büyük ölçüde kaçınılmaz olup, Plastik Cerrahi prensiplerinde biopsinin eksizyonel yapılması gereklidir. Tırnak yatağında yapılan uygulamalarda tırnağın tamamen çekilmesi çoğu zaman gerekmez. Tırnağın lezyon dışında kalan kısmının sağlam bırakılması hastanın iyileşme sürecinin daha az pansumanla ve daha az ağrı ile geçmesini sağlamaktadır. Ayrıca günlük hayata dönüşü kolaylaştırmaktadır.

## SB-028

### **Klinik ve Radyolojik Açıdan Orbital İnvazyon Gösteren Periorbital Non-Melanom Deri Tümörlerinde Glob Koruyucu Rezeksiyon ve Rekonstrüksiyon Sonuçlarımız**

**Mustafa Akyürek<sup>1</sup>, İbrahim Utku Özcan<sup>2</sup>, Emrah Arslan<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale

<sup>2</sup>Çanakkale Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Çanakkale

**Giriş:** U.V. ilişkili cilt tümörlerinin en sık görüldüğü yerlerden biri periokular bölgedir. Periokular bölgenin en sık görülen malignitesi ise bazal hücreli kaarsinomdur. İkinci sırada ise yassı hücreli karsinom gelir<sup>1</sup>. Non – melanom cilt malignitelerinin orbital invazyon oranı %1,6 ile %2,5 arasındadır. Deri maligniteleri orbitaya invaze olduklarında geleneksel olarak egzantrasyon uygulanır. Glob koruyucu cerrahi ise seçilmiş olgularda alternatif bir tedavi yöntemidir<sup>2</sup>.

**Materyal-Metod:** 2013 – 2017 yılları arasında periorbital bölgede klinik veya radyolojik açıdan orbital invazyon gösteren non-melanom deri malignitesi teşhisi konulan 9 hastaya glob koruyucu tümör rezeksiyonu ve rekonstrüksiyon uygulandı. Klinik orbital invazyon teşhisi tümörün fikse olması, epifora ve göz hareketlerinde kısıtlılık parametreleri ile kondu. Hastalara uygulanan rezeksiyon paterni, rekonstrüksiyon metodu, eksize edilen

tümör patolojisi, postoperatif komplikasyonlar ve tümör rekürrensi değerlendirildi.

**Sonuçlar:** 4 kadın ve 5 erkek hastadan oluşan serinin yaş ortalaması 76 idi. 7 hasta laterale bakış kısıtlılığı, 4 hastada epifora şikayeti mevcuttu. Tümörlerin hepsi fikse idi. 3 hastaya medial kantus ile birlikte kısmi alt – üst gözkapığı ve orbita medial duvarı, 1 hastaya kısmi alt – üst gözkapığı ve orbita medial duvarı ile birlikte nazal duvar, 2 hastaya total alt göz kapığı, 2 hastaya kısmi alt – üst gözkapığı ve 1 hastaya lateral kantusla beraber orbita lateral duvar eksizyonu uygulandı. 1 hastanın patoloji sonucu yassı hücreli karsinom gelirken, 8 hastanın patoloji sonucu bazal hücreli karsinom geldi. Hastaların defektleri mustarde flep, labellar flep, alın flebi ve servikofasyal ilerletme flebi tek veya kombine şekilde uygulanarak rekonstrükte edildi. Nazal duvar rezeksiyonu yapılan hastaya septal hinged flep uygulandı. Postoperatif bütün hastalarda lateral bakış kısıtlılığı geçti. Fakat 7 hastada süperior veya inferior oblik kas harabiyetine bağlı oftalmopleji gelişti. 8 hastada kalıcı epifora gelişti. Perop veya postop hiçbir hastaya lakrimal kanülasyon uygulanmadı. Ortalama takip süresi 16 aydı. 1 hasta boyun metastazına bağlı yutkunma ve solunum sıkıntısına bağlı sorunlarla kaybedildi. 8 hastada tümör nüksüne rastlanmadı (Tablo 1) (Resim 1).

**Tartışma:** Orbital invazyon gösteren cilt tümörlerinde, özellikle glob tutulumu olmayan vakalarda, glob koruyucu rezeksiyonun yeterli olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ekstrinsik göz kaslarının tutulumu, epifora veya radyolojik invazyon belirtileri tek başına egzantrasyon kararı almak için yetersizdir. Literatür ise bize bu konuda kesin bir algoritma sunmamaktadır. Nüks vakalarda ve bazal hücreli karsinom dışı tümörlerde egzantrasyon daha iyi bir seçenek gibi görünse de uygun algoritmanın oluşturulabilmesi için çok merkezli ve büyük vaka serileri ile toplanmış klinik bilgiler ışığında çalışmalar yapılmalıdır.

#### Referanslar

1. Leibovitch I, McNab A, Sullivan TJ, et al. Orbital invasion by periocular basal cell carcinoma. Ophthalmology 2005;112:717-23.
2. Rootman J, Katz SE. Secondary tumors of the orbit. In: Rootman J, ed. Diseases of the Orbit. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003:311-7.

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

**Tablo 1**

|        | Rezeksiyon Paterni                                                        | Tümör Patolojisi     | Rekonstrüksiyon Metodu                                     | Komplikasyon                                              |
|--------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Olgu 1 | Parsiyel Alt – Üst Gözkapağı + Orbita Medial Duvarı                       | Solid – Nodüler BCC  | Alın Flebi ile Onarım                                      | Nüks: -<br>Epifora ve Oftalmopleji Mevcut                 |
| Olgu 2 | Parsiyel Alt – Üst Gözkapağı                                              | Orta Diferansiye SCC | Temporal Arter Bazlı İnterpole Alın Flebi ile Onarım       | Nüks: +<br>Epifora Mevcut<br>PO. 2. Ayda Hasta Kaybedildi |
| Olgu 3 | Total Alt Göz Kapağı                                                      | İnfiltratif BCC      | Mustarde Flep + Mukoperikondrial Kompozit Greft ile Onarım | Nüks: -<br>Epifora ve Oftalmopleji Mevcut                 |
| Olgu 4 | Parsiyel Alt – Üst Gözkapağı + Orbita Medial Duvarı                       | Solid Nodüler BCC    | Glabellar Flep + Mustarde Flep ile Onarım                  | Nüks: -<br>Epifora ve Oftalmopleji Mevcut                 |
| Olgu 5 | Total Alt Gözkapağı                                                       | Solid Nodüler BCC    | Mustarde Flep + Mukoperikondrial Kompozit Greft ile Onarım | Nüks: -<br>Epifora ve Oftalmopleji Mevcut                 |
| Olgu 6 | Parsiyel Alt – Üst Gözkapağı + Orbita Medial Duvarı + Lateral Nazal Duvar | Solid Nodüler BCC    | Glabellar Flep ve Septal Hinged Flep ile Onarım            | Nüks: -<br>Epifora ve Oftalmopleji Mevcut                 |
| Olgu 7 | Parsiyel Alt – Üst Gözkapağı + Orbita Lateral Duvarı                      | İnfiltratif BCC      | Servikofasyal İlerletme Flebi ile Onarım                   | Nüks: -                                                   |
| Olgu 8 | Parsiyel Alt – Üst Gözkapağı                                              | İnfiltratif BCC      | Glabellar Flep + Mustarde Flep ile Onarım                  | Nüks: -<br>Epifora ve Oftalmopleji Mevcut                 |
| Olgu 9 | Parsiyel Alt – Üst Gözkapağı                                              | İnfiltratif BCC      | Glabellar Flep ile Onarım                                  | Nüks: -<br>Epifora ve Oftalmopleji Mevcut                 |

*Orbital invazyon gösteren tümörlerin rezeksiyon paterni, tümör patolojileri, rekonstrüksiyon paterni ve komplikasyonları*

**Resim 1**



*Orbital invazyonu gösteren deri tümörü rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu yapılan 2 hastanın preoperatif, peroperatif ve postoperatif resimleri*

**SB-029**

**Miyelomeningosel Defektlerinin Rekonstrüksiyonunda, Dorsal İnterkostal Arter Perforatör Flep ile Random Paternli Fleplerin Karşılaştırılması**

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

Giriş: Miyelomeningosel, alt ekstremitayı de etkileyerek paraplejiye sebep olabilen nöral tüp defektlerinin bir alt grubunu oluşturur. Miyelomeningosel defektlerinin rekonstrüksiyonu için kas flepleri, random paternli fasyokutan flepler ve son zamanlarda lokal perforatör flepler kullanılmaktadır. Bu çalışmada amacımız miyelomeningosel defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılan random paternli rotasyon flepleri ve dorsal interkostal arter perforatör (DICAP) fleplerinin cerrahi sonuçlarını ve hasta demografik bilgilerini karşılaştırmaktır.

Materyal-Metod: Ocak 2005-Şubat 2017 tarihleri arasında, 55 miyelomeningosel defekti, rotasyon flebi ve DICAP perforatör flebi kullanılarak rekonstrükte edildi ve retrospektif olarak incelendi. 47 hastanın bilgilerine ulaşıldı ve çalışmaya dahil edildi. 28 hastanın defekti, rotasyon flebi kullanılarak rekonstrükte edildi. Geri kalan 19 defekt ise DICAP propeller flep ile rekonstrükte edildi. Hem rotasyon flebi yapılan grup, hem de DICAP perforatör propeller flep yapılan grup için, toplanan veriler hastanın operasyon

sırasındaki yaşı, takip süresi, defekt boyutu, ameliyat sonrası hastanede yatış süresi, preoperatif ve postoperatif hemoglobini değerleri, yarada dehisens, kısmi flep nekrozu, donör alanda açılma, yeniden operasyon ihtiyacı, beyin omurilik sıvısının (BOS) kaçağı, yara yeri enfeksiyonu ve genel komplikasyon oranlarını içermektedir.

**Bulgular:** Her iki grupta da (rotasyon flep grubu ve DICAP flep grubu) total flep nekrozu yoktu. Defekti rotasyon flepleri ile rekonstrükte edilen 28 hastanın 6'sında (% 21.43) kısmi flep nekrozu görüldü, DICAP propeller flep kullanılarak rekonstrükte edilen 19 hastadan birinde yüzeysel flep nekrozu kaydedildi (% 5.26). Rotasyon flebi yapılan grupta defektin olduğu bölgede yara yeri dehisensi, 28 hastanın dördünde (% 14.29) kaydedildi. Öte yandan, DICAP flep yapılan grupta 19 hastanın 3'ünde (% 15.79) yara yeri dehisensi gözlemlendi. Rotasyon flebi ile rekonstrükte edilen grupta, yedi hastada (% 25) BOS kaçağı görüldü. Öte yandan DICAP flebi kullanılarak kapatılan miyelomeningoseal defektleri olan iki hastada (% 10.53) BOS kaçağı tespit edildi. Tüm rotasyon fleplerinin ve DICAP propeller fleplerinin donör alanları primer sütüre edildi. Bununla birlikte, 19 DICAP propeller flebinin ikisinde (%10.53) primer kapatılan donör sahada gerginlik olması nedeniyle dehisens gözlemlendi. Daha sonraki bir seansta primer sütürasyonla bu alanlar kapatıldı. Diğer taraftan, rotasyon flep grubundaki bir hastanın (% 3.57) donör alanında dehisens gelişmesi sonrası kısmi kalınlıkta deri greft ile rekonstrükte edildi. Rotasyon flebi grubunda reoperasyon gerektiren komplikasyonlar, 28 hastanın 10'unda (6 kısmi nekroz, 3 yara dehisensi (ikisi BOS sızıntısına sekonder, diğeri yara enfeksiyonuna sekonder) ve 1 donör sahanın dehisensine sekonder deri grefti ihtiyacı) (% 35.71) gelişti. DICAP propeller flep yapılan grupta 19 hastanın 4'ünde (% 21.05) (2'sinde donör alan dehisensi nedeniyle, 2'sinde de alıcı yatakta dehisens (BOS sızıntısına bağlı ve yara enfeksiyonuna bağlı olmak üzere) reoperasyon yapıldı.

Rotasyon flep grubunda 28 hastanın beşinde (% 17.86) yara yeri enfeksiyonu tespit edildi. DICAP propeller flep grubundaki 19 hastadan, sadece bir hastada (% 5.26) yara enfeksiyonu mevcuttu ve bu hastada yara dehisensi eşlik ettiği görüldü. Kısmi flep nekrozu, yara yerinde dehisens, BOS kaçağı, yara yeri enfeksiyonları, ikincil ameliyat ihtiyacı ve donör saha dehisensi, miyelomeningoseal rekonstrüksiyonu operasyonlarından sonra ortaya çıkabilecek komplikasyonlardır. Belirtilen komplikasyonlardan herhangi birinden etkilenen hasta sayısı <genel komplikasyon oranını> oluşturmaktadır. Rotasyon flebi grubunda genel komplikasyon oranı % 46.43'tir (13/28). Bununla birlikte, genel komplikasyon oranı DICAP propeller flep grubunda %31.58 olarak karşımıza çıkmaktadır (6/19). İki grup arasında bir hemoglobin değerlerinde düşme anlamlı değildir.

**Sonuç ve Tartışma:** Miyelomeningoseal defektlerinde yumuşak doku rekonstrüksiyonu için primer sütürasyon, random paternli lokal flepleri ve muskulokütanöz flepler kullanılmıştır. Random paternli fleplerde korunan cilt pedikülü nedeniyle donör sahadan alıcı sahaya doğru yapılan hareket kısıtlanır. Bu durum ayrıca dikiş hatları üzerinde gerginlik meydana getirir. Buna ek olarak, Random paternli flepler, geniş alanların diseksiyonunu gerektirir, çünkü miyelomeningoseal defektlerinin rekonstrüksiyonu için genellikle iki flep gereklidir ve lokal perforatör fleplere kıyasla daha az güvenilirdir. Miyelomeningoseal defektlerinin rekonstrüksiyonunda ideal sonuçların elde edilebilmesi için kullanılacak flebin güvenilir kan akımına sahip olması, pedikülün donör sahaya olan bağıllığı sonucu oluşabilecek gerimin minimal olması, orta hattaki dura tamir hattı üzerinde sütür konulmasını gerektirmeyecek bir rekonstrüksiyon planlanması hedefler arasında olmalıdır. DICAP perforatör flep grubunda rotasyon flepleri grubuna

nazaran kısmi flep kaybı oranları, BOS kaçağı oranları, reoperasyon oranları, lokal enfeksiyon oranları, donör saha dehisens oranları ve genel komplikasyon oranlarının daha az komplikasyonla seyrettiği görülmektedir.

Rotasyon fleplerinin aksine, DICAP flepler bu hedeflerin tamamını yakalayan bir rekonstrüktif seçenektir. Her bir komplikasyon, yeniden ameliyatlara neden olabilmekte, mortalite veya morbidite oranlarını artırabilmekte ve sonuç olarak hastanede kalış süresini uzatabilmekte ve sağlık bakım masraflarını artırabilmektedir. Bu hasta grubunda BOS kaçağı yara yeri enfeksiyonu, kısmi flep kaybı vb. gibi komplikasyonlardan birinin gelişmesi hastanın yarısında bir başka komplikasyonun gelişmesini kolaylaştırıp ilişkilendirebildiğini gözlemledik. Bu nedenle, DICAP propeller flep grubundaki genel komplikasyon oranlarının daha düşük olmasının nedeni, random paternli fleplere göre perforatör fleplerin güvenilirliğine bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

### SB-030

#### **Tavşan S1 Perforatör Bazlı Sırt Flebi Tabanına Yerleştirilen Doku Genişleticinin Farklı Hacimlerde Ekspansiyonuna Perforatör Damarın Cevabı**

Ömer Kocaçaya<sup>1</sup>, Cengiz Eser<sup>2</sup>, Erol Kesiktaş<sup>2</sup>, Eyüphan Gencil<sup>2</sup>, Tuğsan Ballı<sup>3</sup>, Arbil Açıkalın<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep

<sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

<sup>3</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Adana

<sup>4</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Adana

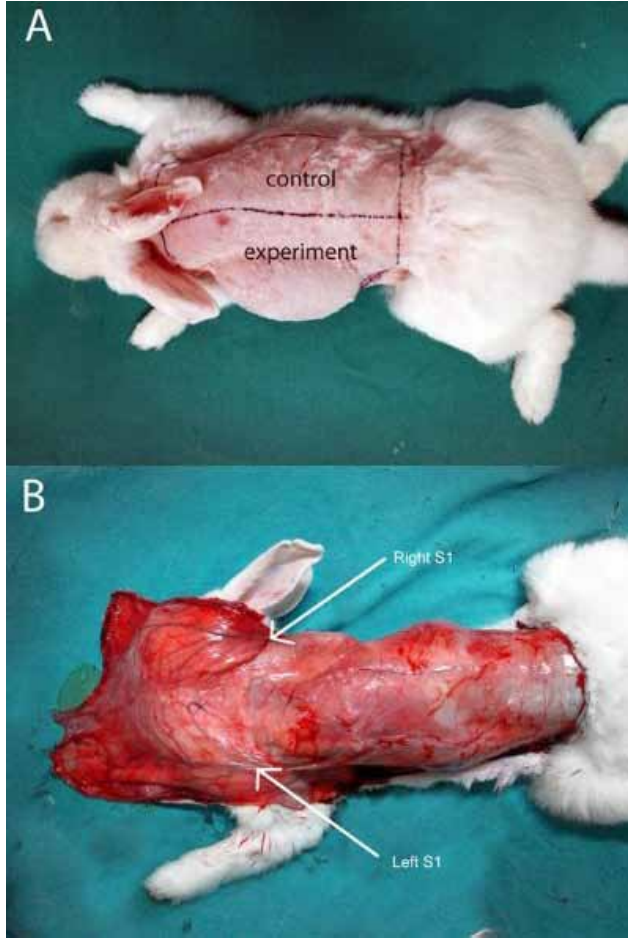
**Amaç:** Bu çalışmada tavşan S1 perforatör bazlı sırt flebine yapılacak ekspansiyonun pedikülden kan akımına ve damar çapına etkisinin renkli Doppler ultrason ile; perforatörün tunika medya ve adventisya tabakalarının kalınlığına etkisinin histopatolojik inceleme ile ve flep vaskülaritesine etkisinin anjiyografi ile araştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:** 12 adet Yeni Zelanda cinsi tavşanın sağ ve sol S1 perforatörlerine renkli Doppler ultrason yapılarak sistol tepe akım hızı, diyastol sonu akım hızı, diyastol ortası akım hızı, ortalama akım hızı, rezistivite indeksi ve pulsatilite indeksi ve damar çapı ölçüldü. Tavşanların sol taraflarına doku genişletici yerleştirildi, sağ tarafları kontrol grubu olarak kullanıldı. 4 tavşana 150cc, 4 tavşana 200cc, 4 tavşana 250cc ekspansiyon yapıldı. 3 haftalık ekspansiyon süresi sonunda tekrar renkli Doppler ultrason ölçümleri yapıldı. Sonuçlar karşılaştırıldı. Deney ve kontrol grubunun S1 perforatör bazlı flepleri tek parça olarak kaldırıldıktan sonra fleplerin anjiyografisi yapıldı ve vaskülaritedeki değişiklik karşılaştırıldı. Deney ve kontrol grubunda perforatörlerden biyopsi alınarak tunika medya ve tunika adventisya tabakalarının kalınlıkları karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Deney grubunda daha belirgin olmak üzere deney ve kontrol grubunda ekspansiyonla damar çapının arttığı görülmüştür. Deney grubunda rezistivite indeksi azalırken kontrol grubunda arttığı saptanmıştır. Deney ve kontrol grubunda pulsatilite indekslerinde değişim saptanmamıştır. Anjiyografiler değerlendirildiğinde deney grubunda vaskülarite artışı dikkat çekmektedir. Perforatörlerin tunika medya ve tunika adventisya kalınlıklarında farklılık saptanmamıştır.

Sonuç: Perforatör flep tabanına yerleştirilen doku genişleticinin ekspansiyonu ile perforatör damar çapı artar, rezistivite indeksi azalır, pulsatilite indeksi değişmez. Ekspanse edilen flebin komşu anjiyozomunun arterinin damar çapı ve rezistivite indeksi artar. Komşu anjiyozomda olan bu değişiklik, ekspansiyonla açılan «choke» anastomozlar vasıtasıyla kanı ekspanse edilen anjiyozoma yönlendirmek için meydana gelmiş bir adaptasyon olabilir. Ekspanse edilen perforatör flebin vasküleritesi artar. Perforatörün tunika medya ve adventisya tabakalarının kalınlığında değişiklik olmaz. Doku genişletme ile meydana gelen rezistivite indeksindeki azalmanın flep perfüzyonu ve flep yaşayabilirliği arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek için domuz gibi diğer hayvan modellerinde, flep yaşayabilirliğinin de değerlendirilebileceği başka çalışmalar ihtiyaç vardır.

#### Şişirilmiş doku genişletici ve anjiyografi için kaldırılmış flep



A. Flebin sınırları B. Sağ ve sol S1 perforatörler üzerinden monoblok kaldırılmış deney ve kontrol flepleri

#### Başlangıç ve ekspansiyon sonrası Doppler değerlerinin karşılaştırılması

|              | Deney Başlangıç  | Deney Ekspansiyon Sonrası |       | Kontrol Başlangıç | Kontrol Ekspansiyon Sonrası |       |
|--------------|------------------|---------------------------|-------|-------------------|-----------------------------|-------|
|              | Median (min-max) | Median (min-max)          | P     | Median (min-max)  | Median (min-max)            | P     |
| PS (cm/s)    | 42,4(26,4-81,0)  | 35,7(26,5-46,1)           | 0,015 | 36,7(29,2-67,2)   | 33,3(22,6-57,0)             | 0,272 |
| ED (cm/s)    | 11,7(5,6-18,6)   | 9,9(6,9-19,8)             | 0,937 | 8,0(6,2-16,1)     | 6,6(3,6-10,0)               | 0,041 |
| TAMAX (cm/s) | 17,4(10,9-24,8)  | 15,8(12,6-24,0)           | 0,388 | 15,0(8,2-22,2)    | 12,4(8,8-23,8)              | 0,169 |
| PI           | 2,0(1,4-3,0)     | 1,5(1,0-2,0)              | 0,055 | 1,9(1,5-3,0)      | 2,0(1,6-2,7)                | 0,875 |
| RI           | 0,8(0,7-0,9)     | 0,7(0,6-0,8)              | 0,031 | 0,7(0,7-0,9)      | 0,8(0,7-0,9)                | 0,003 |
| D (mm)       | 1,6(1,5-2,1)     | 2,1(1,9-2,4)              | 0,002 | 1,7(1,5-1,8)      | 1,9(1,5-2,2)                | 0,006 |

PS, peak systolic flow velocity; ED, end diastolic flow velocity; TAMAX, mean flow velocity; PI, pulsatility index; RI, resistivity index; D, vessel diameter

#### SB-031

#### Hidradenit Suppurativa Eksizyonu Sonrası Aksilla Rekonstrüksiyonunda Posterior Kol Perforatör Flebi Kullanımı

Selami Serhat Şirvan<sup>1</sup>, Işıl Akgün Demir<sup>1</sup>, Fatih Irmak<sup>1</sup>, Kamuran Zeynep Sevim<sup>1</sup>, Dağhan Dağdelen<sup>2</sup>, Sevgi Kurt Yazar<sup>3</sup>, Semra Karşıdağ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Balıkesir Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Balıkesir

<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Hidradenit suppurativa (HS), apokrin glandlardan zengin kıl foliküllerinin bulunduğu alanların kronik enflamasyonu olarak tanımlanmaktadır. HS aksiller alandaki cerrahi girişimlerin en sık endikasyonlarından biridir. Aksiller bölgenin rekonstrüksiyonu, kritik konumu ve içerdiği majör yapılar nedeniyle özenli ve dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Bu çalışmada HS lezyonlarının radikal eksizyonu sonrasında oluşan aksiller defektlerin posterior kol perforatör flebi (PKPF) ile rekonstrüksiyonu konusundaki deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

Materyal & Metod: Ocak 2015 – Ekim 2016 tarihleri arasında aksiller HS nedeniyle kliniğimize başvuran 14 hasta çalışmamıza dahil edildi ve retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalara ada flebi veya cilt pediküllü olarak PKPF ile rekonstrüksiyon uygulandı.

Bulgular: Tüm defektler geniş eksizyon sonrası toplamda 17 PKPF ile onarıldı. 4 hastada 5 flep cilt pediküllü olarak planlandı. Kalan 10 hastada 12 flep ise ada flebi olarak kaldırıldı. Postoperatif dönemde 1 hastada yara yerinde detaşma görüldü, 1 hastada ise marjinal nekroz gelişti. Kalan hastalarda herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı.

Sonuç: PKPF geniş defektlerin kapatımı için yeterli yumuşak doku miktarı sağlayabilmektedir. Hastanede kalış süresinin kısa olması, hızlı iyileşme süreci ve günlük hayata hızlı dönüş sağlaması bu flebin avantajlarıdır. Bu nedenlerle PKPF aksilla rekonstrüksiyonunda akılda tutulması gereken flep seçeneklerinden biridir.



3 numaralı hastanın preoperatif ve postoperatif 5. ay görüntüleri

### SB-032

#### Omurga Cerrahisi Sonrası Nekroz ve Yara Ayrılmasının Tedavisinde Algoritmik Yaklaşım

Serdar Tunçer

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

Omurga ameliyatları sonrasında gelişen yara problemlerine bağlı olarak detaşman, implantların açığa çıkması, stabilite kaybı, BOS kaçakları ve sinir yaralanması gibi ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabilir. 1-3 İdeal bir kapamada genellikle iki tabakalı bir onarım yapılır, kaslar ölü boşluğu doldururken iyi vaskülarize bir deri tabakası da yüzeyi kapatır. Sırttaki geniş defektlerin onarımı birçok çalışmada detaylı olarak anlatılmakla birlikte bu çalışmaların büyük çoğunluğunda fleplerin kaçınılmaz olduğu geniş defektleri tedavi edilmiştir. Öte yandan, omurga ameliyatları sonrası oluşan yara komplikasyonları, basit bir debridman ve primer onarımla tedavi edilebilecek küçük defektlerden, omurga ve implantların açığa çıktığı ve kapsamlı bir rekonstrüksiyon gerektiren geniş ve derin doku defektlerine kadar değişen bir yelpazede yer almaktadır. Bu nedenle hangi hastaların primer onarım ile hangilerinin de fleple onarım gerektirdiğini bilmek tedavi yönetiminde yardımcı olacaktır. Omurga instrumentasyonu yapılmış ve sonrasında gelişen yara komplikasyonları nedeniyle ameliyat edilmiş olan hastaları geriye dönük olarak değerlendirdik. Bu çalışmanın amacı, omurga instrumentasyon ameliyatları sonrası yara sorunu olan ve cerrahi olarak tedavisi yapılan hastaları değerlendirmek ve bu hastaların tedavisinde kullandığım kişisel algoritmayı sunmaktır.

**Hastalar ve Yöntemler:** Yazar tarafından omurga ameliyatı sonrası nekroz ve yara detaşmasının tedavisi amacıyla 2008-2016 yılları arasında ameliyat edilmiş olan hastalar geriye dönük olarak incelendi. Çalışma, fakülte etik kurulu tarafından onaylandı. Hasta özellikleri (yaş ve cinsiyet), ilk omurga ameliyatı, nekroz veya deri defektinin yerleşimi, yara komplikasyonuna neden olabilecek komorbiditeler (diabet, steroid kullanımı,

malnutrisyon, sigara, önceki omurga ameliyatları), yara sorununun tipi (yalnızca nekroz ve detaşman, BOS kaçağı, implant açığa çıkması), cerrahi onarımda kullanılan yöntemler, komplikasyonlar ve takip süresi verileri toplandı. Hastayı ameliyat edip etmeme kararı nekrozun ve detaşmanın genişliği ve uzunluğuna göre verildi. Bir santimetreye kadar olan küçük nekrozlarda yalnızca pansumanlar ile yara bakımı uygulandı. Daha büyük nekrozlarda debridman ve onarım yapıldı. Tüm hastalarda debridman ve irigasyonu takiben defektler iki tabaka halinde değerlendirildi: kas bütünlüğü ve ölü boşlukla ilgili olan derin tabaka ve deri örtüsü ile ilgili olan yüzeysel tabaka. Bu iki tabakalı değerlendirmeye göre de bir algoritma oluşturuldu. (Şekil 1) Bu algoritmaya göre önce derin tabaka değerlendirilir, ciddi ölü boşluğun, BOS kaçağının, radyonekrozun ve açığa çıkmış olan implantların olduğu yaralar mümkünse kas flebi ile onarılır. Bu konuda paraspinoz kaslar çok iyi seçenek olmalarına rağmen lomber ve servikal bölgelerde trapez, latissimus dorsi ve gluteus maksimus gibi diğer kasların kullanılması gerekebilir. Derin tabakadan sonra, ikinci aşamada yüzeysel tabaka yani deri örtüsü değerlendirilir. Eğer yara dudakları orta hatta doğru kabaca birleştirilebilirse, derin tabakadaki kas onarımından sonra deri defektleri primer onarılabilir. Sadece deriye sınırlı ve alttaki kas tabakasının bütünlüğünün korunduğu yaralar yalnızca deri onarımı ile kapatılabilir. Primer onarılan tüm olgularda, içerden atılan ve deri dışına çıkmayan, dikiş hattında gerginlik önleyici sütürler kullanılması önerilir. Bu sütürler, 0 veya 1 numara PDS iplik ile ayrı ayrı atılan, dermisten geçen ve her iki yara dudagından yaklaşık 2-3 cm içeriye doğru yerleştirilen sütürlerdir. Dikişler yerleştirildikten sonra bağlanmadan hemostatlar ile tutulur, hepsi tamamlandıktan sonra lateralden beri sırt derisi orta hatta kavuşturulur ve bu sıradayara hattındaki tüm gerginlik alınacak şekilde düğümler bağlanır.

**Sonuçlar:** Çalışma süresi içinde, toplam 64 hastanın (30 erkek ve 34 kadın) yarası yazar tarafından onarıldı. Ortalama yaş 38'di (4-80). Yaraların çoğu torasik bölgede olup (n=36), diğerleri lomber (n=24) ve servikalde idi (n=4). İlk omurga ameliyatına bakıldığında, bir hasta prostat kanserinin vertebra metastazı nedeniyle gördüğü radyoterapi ve sonrasındaki çökme nedeniyle ameliyat edilmişti. Bir diğer hasta daha önce ameliyat edilmemiş menigiomiyelom nedeniyle 14 yaşında ameliyat edilerek, aynı seansta nöral tüp kapama ve lomber instrumentasyon yapılmıştı. Diğer hastalarda omurga ameliyatları aşağıdaki nedenlerle yapılmıştı: skolyoz veya diğer deformiteler (n=22), disk hastalığı (n=13), spinal stenoz (n=20) ve vertebra kırığı (n=7). Yara nekrozuna neden olabilecek faktörler 10 hastada sigara kullanımı, 10 hastada diabet, 1 hastada radyoterapi, 3 hastada steroid kullanımı, 6 hastada obezite ve 6 hastada önceki spinal ameliyatlardı. Nekroz veya defekt boyları 2x5 cm ile 30 x 8 cm arasındaydı. Omurga ve onarım ameliyatları arası ortalama süre 19.3 (6-56) gündü. Tüm hastalarda yaralar tek bir ameliyat ile onarıldı. Toplam olarak 15 kas flebi (10 paraspinoz flap, dört latissimus dorsi kas flebi ve bir trapez kas deri flebi), 10 fasyokutan flep (bir hastada hem latissimus dorsi flebi ve fasyokutan flep beraberdi) ve 40 hastada da primer deri onarımı ile kapama yapıldı. Ortalama takip süresi 14 (4-35) aydı. Bir hasta hariç tüm hastalarda instrumentasyon korundu.

**Tartışma:** Posterior gövde onarımının temel prensipleri tüm nekrotik ve cansız dokuların debridmanı, yerel yara bakımı ve antibiyotikler ile enfeksiyonun tedavisi, ölü boşluğun iyi kanlanan dokular ile doldurulması ve örtülmesidir. Bir çok müellif başarılı bir kapamanın ancak kas flepleri ile yapılabileceğini savunmuş ve kas flepleri komplike sırt defektlerinin onarımında standart tedavi olarak görülmüştür. 3-5 Son yıllarda ise fasyokutan perforatör fleplerle de başarılı onarımlar bildirilmiştir. 6

**Penis Rekonstrüksiyonu Olgularında Konvansiyonel ve Güncel Yöntemler**

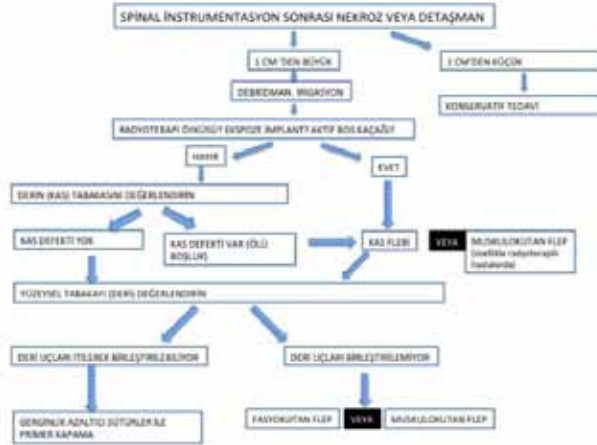
Özlenen Özkan, Onur Oğan, Ömer Özkan

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

Radyoterapili, derinin hemen altında sivri implantların olduğu veya implantların açığa çıktığı hastalarda yara sahasına yeni bir deri getirilmesi ve yara dudakları birleşse bile primer onarımdan kaçınmak gerekir. Bunlar haricindeki seçilmiş hastalarda primer kapama donör saha morbiditesinin de olmaması ve estetik açılarından iyi bir seçim olabilir. Özellikle primer onarım yapılan hastalar başta olmak üzere, omurga kapamasında burada tarif edilen gerginlik azaltıcı sütürler ile deri gerginliği almanın gerekli olduğunu düşünmekteyiz. Sonuç olarak, spinal instrumentasyon sonrası yara nekrozu ve detaşmanın tedavisi, çok çeşitli defektleri ilgilendirmektedir. Bu nedenle farklı gereksinimlere hitap eden bir algoritmik yaklaşım yararlı olacaktır.

**Kaynaklar:**

1. Hochberg J, Ardenghy M, Yuen J, et al. Muscle and musculocutaneous flap coverage of exposed spinal fusion devices. *Plast Reconstr Surg* 1998;102:385-389
2. Cohen LE, Fullerton N, Mundy LR, et al. Optimizing successful outcomes in complex spine reconstruction using local muscle flaps. *Plast Reconstr Surg* 2016;137:295-301
3. Casas LA, Lewis LL. A reliable approach to the closure of large acquired midline defects of the back. *Plast Reconstr Surg* 1989;84:632-641
4. Mathes DW, Thornton JF, Rohrich RJ. Management of posterior trunk defects. *Plast Reconstr Surg* 2006;118:73e-83e.
5. Garvey PB, Rhines LD, Dong W, Chang DW. Immediate soft-tissue reconstruction for complex defects of the spine following surgery for spinal neoplasms. *Plast Reconstr Surg* 2010;125:1460-1466
6. Park SW, Oh TS, Eom JS. Freestyle multiple propeller flap reconstruction (jigsaw puzzle approach) for complicated back defects. *J Reconstr Microsurg* 2015;31:261-267

**Şekil 1**

Omurga ameliyatları sonrasında meydana gelen nekroz ve yara ayrılmasının tedavisini belirlemede kullandığımız algoritma

Giriş: Total penil rekonstrüksiyonda ideal amaç; ayakta idrar yapmaya olanak sağlayan üretrası olan, sensöryel ve erojen duyu alan, yeterli düzeyde yumuşak doku desteği olan, hasta açısından kabul edilebilir estetik sonuçları olan, donör sahada minimal fonksiyonel kayba veya hiç kayba sebep olmayan bir penis elde etmektir. Ancak günümüzde penil rekonstrüksiyonda kullanılan tekniklerin hiçbirisi tek başına bu ihtiyaçların tamamını karşılayamamaktadır. Aynı zamanda bu ihtiyaçların olabildiğince sağlanması için birden fazla seanslı operasyonlar gerekmektedir. İç ve dış genitalerin tamamen maskülen formasyonda olması sebebiyle travma hastalarında lokal dokuların kullanıldığı seçenekleri transseksüel hastalara oranla kısıtlıdır. Penil rekonstrüksiyon için bu hasta grubuna yönelik literatürde uygulanan pediküllü ve serbest flep seçenekleri mevcuttur. Bu flepler arasında abdominal duvar flepleri, latissimus dorsi flebi, kasık flebi, anterolateral uyluk flebi, gracilis flebi, fibula flebi, radyal önkol flebi gibi flepler ile penil rekonstrüksiyonlar sayılabilir. Ancak bu yöntemler birbirlerine göre avantajlar ve dezavantajlar barındırmaktadır. Bu sunumda penil rekonstrüksiyonda kullanılan konvansiyonel ve güncel yöntemler ile ilgili tecrübelerimizden bahsedilecektir. Radyal önkol flebi, fibula flebi ve anterolateral uyluk flebi ile ilgili tecrübelerimiz aktarılacaktır.

Hasta ve Metod: Akdeniz üniversitesi hastanesine başvuran penil rekonstrüksiyon talebinde olan 11 hasta çalışmaya katılmıştır. Bu hastalarda 8'i kadın-erkek cinsiyet değişimi cerrahisi talebi ile başvuran hastalar olup 3 hasta travma sonrası nonfonksiyonel ve remnant penil doku ile başvuran hastalardır. Cinsiyet değişimi operasyonu talebi ile başvuran 7 hastaya radyal önkol serbest flebi ile rekonstrüksiyon, 1 hastaya fibula serbest flebi ile rekonstrüksiyon, travma sebebiyle rekonstrüksiyon talebi olan 3 hastaya ise pediküllü anterolateral uyluk flebi ile onarım yapılmıştır. Tüm fleplerde alıcı sahadaki alıcı duyu sinirleri kullanılarak sinir koaptasyonları yapılmıştır.

Sonuçlar: Pediküllü anterolateral uyluk flebi ile onarım yapılan hastalar postoperatif 2. yıllarında halen takipte olup hastalarda ayakta miksiyon imkanı olan, sensöryel duyu tam olan penisler elde edilmiştir. Bu hastalarda karşılaştığımız komplikasyonlar olarak skrotal fleple onarılabilen üretra fistülü olmakla beraber dönem dönem oluşan üretral stenoz sayılabilir. Radyal önkol flebi sebebiyle opere edilmiş olan hastalarımız postoperatif 8. yılda olmakla beraber bu hastalara üretra rekonstrüksiyonu da yapılmıştır. Radyal önkol flebi ile yapılan rekonstrüksiyon hastalarında fistül sebebiyle lokal flepler yardımıyla onarım yapılmış ve başarılı olunmuştur. Fibula flebi ile rekonstrüktif edilmiş 1 olguda ise üretral komplikasyon olarak fistül ve striktür ile karşılaşmış ancak lokal flepler ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir.

Tartışma: Penis rekonstrüksiyonu için çok sayıda alternatif cerrahi metod mevcuttur. Pediküllü anterolateral uyluk flebinin vasküler anastomoz ihtiyacı olmaması, sensöryel özelliğinin perine bölgesinde de sağlanabilmesi, yüksek hacimli olabilmesi ve buna bağlı sonrasında protez komplikasyonlarının daha az olma ihtimali avantajları arasında sayılmaktadır. Bu hastalarda geniş donör saha skarları oluşsa da radyal önkol flebine oranla daha az görülebilir alandır. Radyal önkol flebi ile rekonstrüksiyon yapılmış

olgularımızda donör saha skarının geniş olmasına rağmen flebin şekillendirilmesinin kolay olması, sensöryel olması, nispeten daha az kıllı olması avantajları arasında sayılabilir. Fibula flebi ile rekonstrükte edilen olgumuzda ise diğer fleplerden farklı olarak sürekli olarak solid bir duruşun olması sözkonusudur. Mevcut penis rekonstrüksiyonuna yönelik yöntemler incelendiğinde serbest radyal önkol flebi halen altın standart kabul edilebilir. Ancak rekonstrüksiyonda kullanılan kullanılan yöntemlerin hepsinin sonucunda üretral fistül ve üretral stenoz ciddi komplikasyonlar olarak kabul edilebilir. Hasta talebi doğrultusunda üretral rekonstrüksiyon yapılmadan da penil rekonstrüksiyonlar yapılabilir.

### SB-034

#### **Plastik Cerrahi Kliniklerine Cinsiyet Değişikliği Nedeni ile Başvuran Hastaların Pre-op ve Post-op Süreçte Hemşirelik Bakımları ve Önemi**

Ayşe Çuvadar<sup>1</sup>, Yeter Çuvadar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Edirne

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: "Cinsel kimlik bozukluğu" ya da "cinsiyet disforisi" bulunan veya "transseksüel" olarak tanımlanan kişi, bedeninin kendi cinsiyet kimliğine uygun hale gelmesi için hormonal ve cerrahi tedavi görme isteği içindedir. Cinsiyet değiştirme, kadının erkeğe veya erkeğin kadına dönüştürülmesini sağlayan tıbbi müdahaledir. Avrupalı bir çok ülkesinde hiçbir ön şarta bağlı olmadan isteyen kişi rahatlıkla erkekten kadına veya kadından erkeğe geçebilmektedir. Bizim yasalarımızda ise cinsiyet değişikliği Türk Medeni Kanunu 40. Maddesi ile düzenlenmiştir. Cinsiyet Değişikliği İçin Aranılan Şartlar:

- 1- Mahkeme Başvurusu
- 2- 18 Yaşını Doldurmuş Olma
- 3- Evli Olmama
- 4- Transseksüel Yapıda Olma
- 5- Resmi Sağlık Kurulu Raporu

Bu çalışma plastik cerrahi kliniklerine cinsiyet değişikliği nedeni ile başvuran hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında hemşirelik bakımlarını ve önemini belirtmek amacı ile planlanmıştır.

Yöntem: Araştırma için konuyla ilgili kaynaklara ve verilere ulaşılarak alan yazın taraması yapılmıştır.

Bulgular: Preoperatif Dönem Hazırlığı ve Eğitimi Ameliyat öncesi dönem, cerrahinin planlanması ile başlayan ve anestezi tetkiklerinin tamamlanması ile son bulan dönemdir. Ameliyat öncesi dönem bakım ve hazırlığı; cerrahi tedaviyi olumsuz yönde etkileyebilecek risk faktörlerini erken saptamak, mümkünse durumu ameliyat öncesi düzeltmek, hastanın ameliyat sırası ve sonrası stresle baş edebilmesini kolaylaştırmak, hastanın ameliyat sonrası bakıma katılımını sağlayarak iyileşme sürecini hızlandırmak ve olası komplikasyonları önlemek ya da en aza indirmek için önemlidir. Cerrahi girişim öncesi bireyin, tüm sistemlerini içeren tam bir taramadan geçmesi, elde edilen bulguların değerlendirilmesi gerekir.

Psikolojik Hazırlık

Ameliyat, hasta için sadece fizyolojik bir stres kaynağı olmayıp aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır. Hastalar ameliyatın kendileri için yararlı olduğunu kabul etseler de ameliyatın risklerinden korkar. Cinsiyet değiştirme uzun süreli psikiyatrik izleme, hormon sağaltımı, yineleyen ameliyatlara ilerleyen zorlu bir süreçtir. Cinsiyet

değiştirme ameliyatı geçiren transseksüellerin cerrahi sonrası pişmanlık duymadıklarını ve işlev düzeylerinin yüksek olduğunu gösteren bir çok çalışma olmasına rağmen İsveç'te yapılan bir çalışmada cinsiyet değiştirme operasyonu geçiren kişilerde cinsiyet memnuniyetinin arttığı fakat ölüm oranının akranlarından 3 kat, özkıyım oranının 20 kat daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ameliyat öncesindeki psikolojik hazırlık; anksiyeteyi azaltmaya, ameliyatta daha az anestetik madde kullanımına ve ameliyat sonrasında daha hızlı iyileşmeye yardımcı olmaktadır. Psikolojik değerlendirme; diğer hastalara yapılan değerlendirmeden farklı değildir. Diğer hastalardan alınan bilgilere ek olarak transseksüel kimlik gelişimi, cinsiyet geçişi ile ilgili düşünceleri, cinsellik, transseksüel yaşam deneyimleri ile ilgili anksiyete ve depresyon, aile/partner ilişkileri, ailenin ameliyatı bilip bilmediği, hastaya karşı tutumu, iş durumu, madde bağımlılığı, transseksüel sağlık sorunları, şuan ki cinsiyeti ile ilgili uyumsuzluğu hakkındaki endişeleri de sorulmalıdır. Toplum ve ailelerde de transeksüaliteye ve ameliyatlarına yönelik önyargılar bulunmaktadır. Cinsiyet değiştirme ameliyatı olmak için psikiyatri bölümüne başvurmuş hasta yakınları ile yapılan bir çalışmada ailelerin çoğunun durumu yakın çevrelerinden sakladıkları saptanmıştır. Oysa ki cinsiyet değiştirme sürecine ailenin katılımı bu zorlu sürecin daha kolay atlatılmasına yardımcı olmaktadır. Ameliyat öncesi hastalara, ameliyattan sonra ruh sağlığı ve sosyal hizmetlerine başvuru yapabileceği bilgisi verilerek hastaların psikolojik ve fiziksel sağlığı için oluşan olumsuz sonuçlar azaltılabilir.

Fiziksel Hazırlık: Cerrahi öncesi girişimde hastanın fiziksel sağlığı ve tıbbi tedavi süreci standart olarak uygulanan ameliyat öncesi prosedürlerdir. Bu süreçte beslenme ve sıvıların yönetimi, ameliyat için bağırsağın hazırlanması, deri hazırlığı, hastanın ameliyat sabahı hazırlığı ve premedikasyon ilaç uygulaması önemlidir.

Postop Dönem Bakımı: Ruhsal Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı Kişilik bozuklukları, iş ve sosyal hayata dair problemler, partner (eş) problemi, yalnızlık hissi, özkıyım riski, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi memnuniyeti ve ruhsal sağlığı olumsuz etkileyen sorunlar bu hastalarda en çok görülen ruhsal sorunlardır. Post-op dönemde yaşam kalitesini ve hasta memnuniyetini belirlemek için Kuhn ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, cinsiyet değiştiren bireylerde hasta memnuniyetinin ve yaşam kalitesinin cinsiyet değiştirmeyen transeksüellere göre anlamlı oranda düşük olduğu belirtilmiştir. Ameliyat sonrası cinsel davranışlar da değişebilmektedir. Transseksüel cerrahi öncesi danışmanlık ve destek oranı yeterli olmayan bireylerde yeni kimliğine uyum sorunu görülebilmektedir. Bu nedenlerden ötürü memnuniyetin ve yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmektedir. Hemşire tüm bakım sürecinde önyargıdan uzak olduğunu hissettirmeli ve negatif tutum sergilemekten kaçınmalıdır. Fiziksel Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı Komplikasyonlar hastanın geçirdiği cerrahi operasyona ve cinsiyet değişikliğinin türüne göre farklılıklar gösterebilmektedir.

Erkekten kadına dönüşüm ameliyatları sonrası görülen komplikasyonlar; kanama/hematoma, enfeksiyon, seroma, yara iyileşme problemleri, asimetri, kapsül kontraktürü, hatalı implant veya implantın çıkması, hipertrofik skar dokusu, rektovajinal fistül gelişimi, klitoris kaybına yol açabilen kısmi veya tam flep nekrozu, vajinal darlık, üretral darlık, üretral meatusta şekil bozukluğu veya şişlik, vajinal prolapsus, vajina içi kıllanma olarak sıralanabilir. Kadından erkeğe dönüşüm ameliyatları sonrası görülen komplikasyonlar; kanama/hematoma, enfeksiyon, seroma, yara iyileşme problemleri, mastektomi flebinde nekroz, meme dokusunda meme kaybına yol açabilecek nekroz, şekil anormallikleri, meme asimetrisi, hipertrofik skar, penis kaybına yol açabilen kısmi veya tam flap nekrozu,

## Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

### 39. Ulusal Kurultayı

üretal fistül ve darlık, implant çıkması veya enfeksiyonu, penis yapımı sonrası kolda ve bilekte hareket azalması ve uyusukluk, erektil protezin mekanik problemi/erektil disfonksiyon, hipertrofik skar olarak sıralanabilir. Cerrahi girişim sonrası ilk 24 saatteki hemşirelik bakımı bu komplikasyonları erken farketmek açısından önemlidir. Hemşire sık aralıklarla fizyolojik durum kontrolü, ağrı kontrolü yapmalı, teropatik rejimi başlatmalı ve tam iyileşmeye yönelik planlanan önlemleri almalıdır.

**Sonuç:** Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında hemşirelik bakımı dikkate alındığında hemşirenin hastayla en çok vakit geçiren sağlık profesyoneli olarak önemli rol üstlendiği görülür. Bu rolünü etkin ve doğru bir biçimde yerine getirmesi için hemşirenin öncelikle temel bilgi ve deneyimle donanımlı olması gerekir.

#### Kaynakça:

1. MZ. Sungur, Ö. Yalnız. Transseksüalite: İlgili Kavramlar ve Cinsiyet Düzenleme Girişimleri. Klinik Psikiyatri Dergisi, 1999. 1:49-54.
2. S. Sert, Türk Medeni Hukukunda Cinsiyet Değiştirme: Akdeniz Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk Anabilimdalı, TBB Dergisi, 2015.118:256-270
3. Cinsiyet Değiştirme Ameliyatı Ve Davası. <https://www.batur.av.tr/blog-post/cinsiyet-degiştirme-ameliyatı-ve-davası>. Erişim Tarihi: 10.07.2017
4. Milli Eğitim Bakanlığı, Hemşirelik, Ameliyat Öncesi Hazırlık. Anklara, 2012. [https://www.megep.gov.tr/mte\\_program...pdf/Ameliyat%20Öncesi%20Hazırlıkpdf](https://www.megep.gov.tr/mte_program...pdf/Ameliyat%20Öncesi%20Hazırlıkpdf). Erişim Tarihi: 10.07.2017
5. Eti Aslan F, Karadakovan A. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Tıp Kitabevi, Vol. 3.
6. Öztürk M.O., Uluşahin A. (2016). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevi, Vol. 14.
7. Kayahan B., Ozan E., Atalay N.D., Mete H.E. Cinsel Kimlik Disfori Sendromu: Olgu Sunumu. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2005.8:141-5.
8. Sungur M.Z., Yalnız Ö. Transseksüalite: ilgili kavramlar ve cinsiyet düzenleme girişimleri. Klinik Psikiyatri 1999. 2(1): 49-54.
9. Acar K., Aygin D. Transseksüel Bireylerde Cinsiyet Değiştirme Cerrahisi ve Hemşirelik Yaklaşımları. [http://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND\\_17\\_62\\_241\\_245.pdf](http://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_17_62_241_245.pdf) Erişim Tarihi: 09.07.2017

#### SB-035

### Ekstralevator Abdominoperineal Eksizyon Sonrası Eş Zamanlı Perineal Rekonstrüksiyon: Gömülü Dezepidermize Fasiyokutanöz V-Y İlerletme Flebi

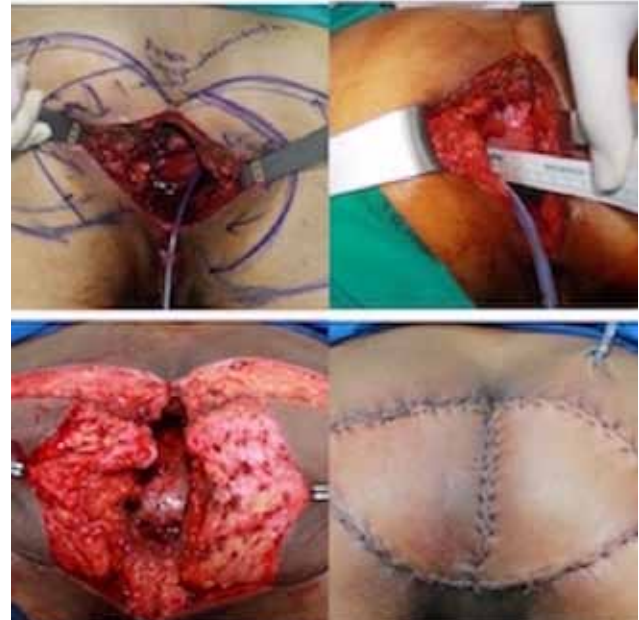
Özay Özkaya Mutlu<sup>1</sup>, Ayça Ergan Şahin<sup>1</sup>, İlker Üşçetin<sup>1</sup>, Hakan Güven<sup>2</sup>, Fazıl Sağlam<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği  
<sup>2</sup>Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:** Ulusal Kansere Enstitüsü'ne göre her yıl yaklaşık 39,800 yeni rektal kanser vakası ortaya çıkıyor, ve bunların %25'i ise abdominoperineal rezeksiyona (APR) ihtiyaç duyuyor. APR sonrası oluşan pelvik defektlerde komplikasyonlardan kaçınmanın en önemli yolu doğru perineum rekonstrüksiyon seçeneğini uygulamaktır. Bu çalışma alçak düzey rektal kanser sonrası oluşan defektlerin onarımında kullanılabilecek olan kolay uygulanabilir bir flebi tanıtmaktadır.

**Metod:** Bu çalışma 2014-2017 yılları arasında ekstralevator abdominoperineal rezeksiyon (eLAPE) sonrası pelvik rekonstrüksiyona giden 11 hastanın retrospektif değerlendirmesidir. Defektlerin rekonstrüksiyonlarında kliniğimiz tarafından tanımlanan yeni bir teknik kullanılmıştır: Gömülü dezepidermize fasiyokutanöz V-Y ilerletme flebi.

**Sonuçlar:** Tüm defektler başarılı bir şekilde kapatılmıştır. Hastalar, perineal enfeksiyon, yara yeri detaşmanı, seroma, perineal sinür veya fistül oluşumu gibi postoperatif komplikasyonlar açısından takip edilmişlerdir. Flepler postoperatif olarak manyetik rezonans görüntüleme ile viabilite ve defekt kapamadaki etkinlikleri açısından değerlendirildiler. Ortalama takip süresi 20 (+/-9) ay, ortalama hastane yatış süresi 8 (+/-2) gündür. Hiçbir hastada parsiyel veya total flep kaybı veya yara yerine ilişkin lokal komplikasyon görülmedi. Gömülü dezepidermize fasiyokutan V-Y ilerletme flebi hem kolay uygulanabilir, hem de zaman kazandıran bir rekonstrüksiyon seçeneğidir. APR den sonra oluşan pelvik ölü boşlukları efektif olarak doldurmada ve böylelikle geniş perineal eksizyon sonrası oluşabilecek geç dönem komplikasyonları azaltmaktadır.

#### Perineal Defekt Onarımı



Gömülü dezepidermize V-Y ilerletme flebi ile APR sonrası perinede oluşan ölü boşluğun kapatılması

#### Hasta Demografileri

|                  | Hasta 1 | Hasta 2 | Hasta 3 | Hasta 4 | Hasta 5 | Hasta 6 | Hasta 7 | Hasta 8 | Hasta 9 | Hasta 10 | Hasta 11 |
|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|
| Yaş              | 56      | 54      | 42      | 47      | 71      | 55      | 52      | 66      | 59      | 53       | 55       |
| Cinsiyet         | K       | K       | K       | E       | E       | E       | K       | E       | E       | E        | E        |
| AJCC Evre        | 3B      | 2A      | 2A      | 3B      | 2A      | 2A      | 2A      | 2A      | 2A      | 2A       | 2A       |
| Tümör            | -       | orta    | kötü    | -       | orta    | kötü    | -       | kötü    | kötü    | -        | -        |
| Diferansiyasyonu | -       | DM      | -       | -       | HT      | -       | DM      | HT      | HT      | HT       | DM       |
| Komorbiditeler   | -       | DM      | -       | -       | HT      | -       | DM      | HT      | HT      | HT       | DM       |

AJCC, American Joint Committee on Cancer

**SB-036**

**Meningomyelosel Vakalarında Perforatör ve Perforatör Bazlı Fleplerle Onarım**

Cengiz Eser, Ahmet Gürhan Dülger,  
Eyüphan Gencel, İbrahim Tabakan, Erol Kesiktaş,  
Osman Metin Yavuz  
Çukurova Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik  
Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

Nöral tüp ile ilişkili yapıların konjenital füzyon defektleri spinal disrafizm olarak sınıflandırılmaktadır. Meningomyelosel spinal disrafizm defektlerinin en sık görülenidir ve 800-1000 canlı doğumda 1 görülmektedir. Cerrahi tedavi doğum sonrası erken dönemde mümkünse ilk 48 saatte yapılması önemlidir. Preop bakım cerrahi ve post op bakımda pediatri yenidoğan ünitesi beyin cerrahi kliniği ile beraber multidisipliner yaklaşım sergilenmelidir. Onarım için multiple metodlar tanımlanmıştır; primer onarım, kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım, fasyokutan flepler ile onarım, Z plasti ile onarım, kas flepler ile onarımı, perforatör flepler ile onarım. 2012-2017 yılları arasında primer olarak kapatılamayacak kadar geniş defektleri olan 21 yenidoğan hastada perforatör fleplerle onarım yapıldı. Perforatör seçiminde defekt bölgesine yakınlık, tanımlı veya freestyle olması ve defekt genişliği göz önüne alınarak lumbal, superior gluteal, ve intercostal perforatörler seçildi. Tek veya çift perforatör flep kullanımı defekt genişliği ve defekte yakın perforatör seçimine göre belirlendi. Tüm hastalarda genel anestezi altında prone pozisyonunda beyin cerrahinin yaptığı onarım sonrası operasyona dahil olundu. Doppler ile perforatör saptanması sonrası diseksiyonlarla perforatörler eksplore edildi ve defekt onarımı yapıldı. 15 hastada çift perforatör flep 6 tanesine tek perforatör flep yapıldı. 4 flepte kısmi nekroz olup iki hasta pansumanla takip edildi, iki hastada flep kısmi debride edilip kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Donör alanlar 15 hastada primer olarak 6 hastada kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Hastalar yenidoğan kliniğinde ortalama olarak 10 gün takip edildi daha sonra poliklinik kontrollerine devam edildi. Hastalar ortalama 15 ay takip edildi. Poliklinik kontrollerinde hastalarda probleme rastlanmadı. Meningomyelosel multidisipliner yaklaşımla hayatın ilk 2 gününde opere edilmedi. Çukurova Üniversitesi'nde pediatri yenidoğan, beyin cerrahi ve plastik cerrahi bölümünce multidisipliner bir yaklaşım sergilenmektedir. Özellikle geniş defektlerde defekte yakın bölgelerde tespit edilen perforatör ile yapılan fasyokutan flepler defekt onarımı ve donör alan morbiditesinde ciddi faydaları görülmüş olup, minimal komplikasyon gözlenmiştir bu seçimde perforatör yeri ve defekt genişliği önemlidir.

**meningomyelosel defektlerinde perforatör ve perforatör bazlı fleple onarım**



**SB-037**

**Kadından Erkeğe Cinsiyet Değişikliği Olgularında Serbest Fibula Osteokütan Flep İle Penis Rekonstrüksiyonu**

Eyüphan Gencel, Cengiz Eser, İbrahim Tabakan,  
Ahmet Gürhan Dülger, Erol Kesiktaş,  
Osman Metin Yavuz  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif  
ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

Groin, anterolateral uyluk flebi, rektus abdominis gibi bölgesel flepler, ve radial önkol fasyokütan flep, fibula osteokütan flep gibi serbest flepler kadından erkeğe cinsiyet değişiminde falloplasti operasyonlarında kullanılmaktadır. Günümüzde kadından erkeğe cinsiyet değişim operasyonlarında serbest doku aktarımlı operasyonları ilk sıradadır. Kadından erkeğe dönüşüm ameliyatlarından penis rekonstrüksiyonunda serbest fibula osteokütan flep uygulamalarımızın sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır

Materyal-Metod: 2014-2017 yıllarını kapsayan bu geriye dönük çalışmada kadından erkeğe dönüşüm amaçlı cinsiyet konsey ve mahkeme kararları olan 8 hastanın serbest fibula osteokütan flep ile penis rekonstrüksiyonu sonrası taramaları yapıldı. Falloplasti operasyonları, mastektomi, total histerektomi (+/-ooferektomi) sonrası yapıldı. Dokunma ile erogen duyuşsal uyarımı sağlayabilecek bir neophallus oluşumu amaçlı sinir koaptasyonları yüzeysel peroneal veya sural sinir fasiküllerine epinöral sütürasyonla yapıldı. Kliterol sinir tek taraflı kullanıldı, Alıcı damar seçimleri, vasküler greft uygulamaları, fibula kemik uzunluğu, fibula cilt adası ölçümleri sinir koaptasyonları alıcı alan ve verici alan komplikasyonları, flep başarı oranı, sensasyon ve hasta memnuniyeti açısından hastalar değerlendirildi. Hastalar 20 ila 56 yaş aralığında olup ortalama yaş 26 idi. Flep kaybı 1 hastada postoperatif 10 günde görüldü ve karşı serbest fibula osteokütan flep ile onarım sağlandı. Ortalama hasta takibi 2,5 yıl olan hastalarda donör alan komplikasyonlarıyla karşılaşılmadı. Flep alıcı vasküler sistemin seçimi, penis formasyonunun orta hatta pubis üzerinde yerleşimi ve tespiti, neütretra amaçlı otojen veya alloplastik materyel kullanımları tartışıldı. Sonuç olarak serbest flep ile penis rekonstrüksiyonları özellikle radial önkol flep onarım proteze ihtiyaç duyması ve önkolda damga izlere yol açması nedeniyle hastalarda

farklı arayışlara yönelmektedir. Neoütretranın üreme işlevini yerine getirecek dokulara sahip olmaması nedeniyle erojen duyunun korunduğu erektil penis formasyonu amaçlı serbest vasküler fibula osteokütan flep ile onarım gün geçtikçe hasta memnuniyetindeki artışla kabul görmektedir.

### SB-038

#### **Erken Onarım Gerçekten Gerekli Mi: Damak Onarım Zamanlamasının Konuşma Sonuçlarına Etkisinin Objektif Parametreler ile Karşılaştırılmalı Değerlendirilmesi**

Murat Kara<sup>1</sup>, Mert Çalış<sup>1</sup>, İlker Kara<sup>2</sup>,  
Önal İncebay<sup>2</sup>, Maviş Emel Kulak Kayıkcı<sup>2</sup>,  
Rıza Önder Günaydın<sup>3</sup>, Figen Özgür<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, Ankara

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Kulak, Burun, Boğaz Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Dudak damak yarıklı hastaların cerrahi onarım zamanları, işitme, konuşma ve maksillofasiyal gelişim ve psikolojik sonuçları açısından önem arz etmektedir. Ancak tartışmasız şekilde damak onarımının en önemli hedefi ideal konuşma sonuçlarının elde edilmesidir. Damak yarığı onarım zamanları tartışmalı olmakla birlikte, literatürdeki çoğu çalışma, ideal konuşma sonuçları açısından cerrahi onarımın hayatın erken yaşlarında ( <24 ay ) yapılmasını önermiştir. Çalışmamızda, zaman sonuç ilişkisi önem arz eden bu konunun incelenerek, kritik yaş sınırlarında opere edilen hasta gruplarında, operasyon zamanına göre hastaların konuşma ve cerrahi sonuçlarının ortaya konması amaçlanmıştır.

**Materyal-Metod:** Çalışmaya kliniğimizde 2008-2013 tarihleri arasında damak onarımı gerçekleştirilen 61 hasta dahil edilmiştir. Kayıt ve takiplerinde eksiklik olan hastalar, submüköz damak yarıklı hastalar, mental retarde hastalar, işitme kayıplı hastalar ve ciddi komorbid medikal tanıları olan hastalar ile sendromik tanıli hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastalar, onarım zamanlamalarına göre üç gruba ayrılmıştır. I.grubu, 12 aydan önce opere olanlar ( n=33 ), II.grubu 12-18 ay arası opere olanlar ( n= 14 ) ve III.grubu 18 aydan sonra opere olanlar ( n= 14 ) olarak meydana getirmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların cinsiyet, yarık tipi, onarım tekniği, fistül gelişimi, velofaringeal yetmezliğe bağlı ek cerrahi girişim gerekliliği gibi demografik ve perioperatif verileri kaydedilmiştir. Konuşma değerlendirilmesi objektif parametreler yardımıyla gerçekleştirilmiş olup, velofaringeal kapanma anatomik olarak nazofaringoskopi ile değerlendirilirken, belirli fonemlerin meydana getirdiği hece gruplarının seslendirilmesinde ortaya çıkan nazalans değerleri ayrıca kaydedilerek değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirilmiş ve p<0.05 olması anlamlı olarak kabul edilmiştir.

**Sonuçlar:** Çalışmaya dahil edilen hastaların % 47.5'i erkek (29 hasta), % 52.5'i (32 hasta) kadın idi. Hastaların ameliyattan ortalama 50.8 ay sonra alınan nazalans skorları ve nazofaringoskopik değerlendirme sonuçları incelenmiştir (ortalama nazofaringoskopik değerlendirme yaşı 63.5 ay idi). Sayı sayma görevinin nazalans skorları incelendiğinde, 18 aydan sonra (grup III) opere olan grupta skorun en yüksek, 12-18 ay arasında (grup II) opere olan grupta ise en düşük değerde olduğu bulunmuştur. Nonparametrik bağımsız veri gruplarının

"sayı" değişkeni analiz sonuçlarında, bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<.017). 12 aydan önce (grup I) opere olan grup ile diğer gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir. Yapılan istatistiksel analizlerde diğer konuşma görevlerinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Ancak nazalans skorları incelendiğinde, tüm hecelerde nazalans skorları III.grupta (>18 ay) en yüksek, II.grupta (12-18 ay) ise en düşük olduğu görülmüştür. Fistül oranı ve konuşmanın iyileştirilmesi için ek girişim ( faringeal flep, yağ grefti ile augmentasyon, damak uzatılması) oranı en yüksek düzeyde %35.7 ile III.grupta (>18 ay), en düşük % 15.1 ile I.grupta (<12 ay) gözlenmiştir. Tüm gruplarda en sık uygulanan cerrahi teknik %83.6 ile two flap palatoplasti, takiben %9.8 ile vy push back yöntemidir.

**Tartışma:** Literatürde entegre konuşmanın kabul edilmiş ortalama tamamlanma yaşı 2 yıldır, bu nedenle yarık onarımlarının, konuşma sonuçları açısından bu yaştan önce gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Bu bağlamda, orofaringeal bölgede konuşma esnasında hareketi kısıtlayacak ödemin 3 ile 6 ay sürmesinden dolayı, damak onarımı 18.aydan önce yapılması önerildiği çalışmalar da mevcuttur. Yapılan çalışmalarda, damak onarım zamanları ile ilgili sıklıkla kullanılan yaş gruplandırma sınırları, 6 ile 7. aylar, 12. ay, 18. ay, 24. ay ve 48. aylardır. Bu noktada, çalışmamızda hasta gruplandırma yaş sınırları, konuşma için önem arz eden 12. ve 18. aylar olarak belirlenmiştir. Literatürdeki farklı çalışmalarda, ideal konuşma sonuçları açısından farklı damak onarım zamanları önerilmiştir. Bu çalışmaların bir kısmında, ideal konuşma, artikülasyon ve iyi rezonans açısından 12 aydan önce onarımı önerilmiştir. Uygun anatomik bütünlük ve psikolojik uyum için çok erken (3 ila 6. aylar) onarımı öneren çalışmalar da raporlanmıştır. Buna karşın bazı çalışmalarda, çok erken onarım ile (6 aydan önce) 6 ile 24 ay arasında yapılan damak onarımları sonuçlarının kıyaslanmasında, konuşma, nazal emisyon ve artikülasyon sonuçları arasında anlamlı fark olmadığını raporlanmıştır. Konuşma kalitesini, yalnızca erken onarıma değil, ayrıca kasların doğru teknikle onarımı, damak uzunluğunun sağlanması ve fistül azlığı gibi kaliteli onarıma bağlayan çalışmalar da mevcuttur. Günümüzde, literatürde genel kabul edilen görüş, damak onarımının 18 aydan önce gerçekleştirilmesi, geç onarıma göre daha az konuşma sorunları ile sonuçlandığı şeklindedir. Çok erken onarım ise(<7 ay), yapıların küçüklüğü, cerrahi ekspozyur yetersizliği gibi teknik zorlukların yanı sıra, hastanın küçük yaşı itibarı ile kan kaybı toleransı olmaması, post operatif hava yolu değişikliğine bağlı ve anestezi komplikasyonların yüksek olacağından dolayı önerilmemektedir.

Çalışmamızda gruplar incelendiğinde, tüm görevlerde nazalans skorları en düşük 12-18 ay (II.grup) arasında opere olan hastalarda, en yüksek 18 aydan sonra (III. grup) opere olan hastalarda gözlenmiştir. Sayı sayma görevinde bu fark II. İle III grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, ancak heceleme görevinde anlamlı bulunmamıştır. 12 aydan önce opere olan grup (I.grup) ile diğer gruplar arasında gözlenmemiştir. I.grup ile II grup arasındaki nazalans skorları ile, I.grup ile III grup arasındaki nazalans skorları kıyaslandığında klinik olarak da anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Buna karşın, fistül oranı ve ek cerrahi girişim oranları incelendiğinde, bu oranlar I.grupta en düşük iken, III.grupta en yüksek düzeyde olduğu gözlenmiştir. III.gruptaki yüksek nazalans skorları ve fistül oranı yüksekliği literatürdeki diğer çalışmalar ile uyumludur. Yapılan çalışmalarda, damak onarımı sonrası ortalama fistül oranı %11 ile %25 arasındadır. Rohrich 2003'deki çalışmasında, erken onarımda (ortalama 10.8 ay) fistül oranını % 29, geç onarımda (ortalama 48.6 ay) %61 olarak raporlamıştır.

## Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

### 39. Ulusal Kurultayı

Sonuç: Sonuç olarak, hastanın medikal durumu da göz önüne alınarak, damak yarığı onarımı, ideal konuşma sonuçlarının sağlanması ve daha az komplikasyon ile karşılaşılabildiği açısından 12 aydan önce, en geç 18 aydan önce onarımın gerçekleştirilmesi gereklidir.

#### Gruplara göre nazalans skorları ve cerrahi veriler

|                    | Ortalama Operasyon yaşı ( Ay ) | Operasyon tekniği                                     | Fistül Oranı | Ek Girişim Oranı | Ortalama Nazalans Skorları | Ortalama Nazofaringoskopi Yaşı ( Ay ) |
|--------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------|------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| Grup I (<12 ay)    | 9.5 (8-11)                     | Two Flap:%81.8<br>VY Pushback: %9<br>Dorrance: %6     | %15.1        | %15.1            | 33.3 (21.6-42.8)           | 60.12 (41-81)                         |
| Grup II (12-18 ay) | 12.5 (12-14)                   | Two Flap:%78.5<br>VY Pushback: 14.2<br>Dorrance: %7.1 | %21.4        | %21.4            | 27.9 (19.5-37.7)           | 63 (44-77)                            |
| Grup III (>18 ay)  | 22.85 (19-36)                  | Two Flap:%92.8<br>VY Pushback:%7.1                    | %35.7        | %35.7            | 41.5 (29.2-53.5)           | 72.2 (53-168)                         |

#### SB-039

#### Dudak Damak Yarıklarının Prenatal Tanısı: Obstetrik Ultrasonografinin Yarık Tipine Göre İisabet Oranının Değerlendirilmesi

Mahmut Muhsin Yılmaz, Mert Çalış, Fatma Figen Özgür

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara*

Giriş: Dudak damak yarıkları baş boyun bölgesinde en sık görülen doğumsal anomalilerin başında gelmektedir. Coğrafi bölge ve etnik kökene göre değişiklik göstermekle beraber dünya genelinde ortalama olarak 700 canlı doğumdan birinde görülmektedir. Dudak damak yarığının güncel cerrahi tedavi yaklaşımı erken onarım olup, 2-3 aylıkken dudak onarımı, 6-8 aylıkken damak onarımlarının ayrı seanslar halinde gerçekleştirilmesi şeklindedir. Erken onarım başarılı konuşma sonuçları ve uzun vadede sağlıklı psikososyal gelişim için günümüzde tercih edilen yaklaşım olarak öne çıkmaktadır. Bu hastalar doğumdan itibaren birçok bölümün birlikte yakın takibini gerektirmektedir. Esas olarak, dudak damak yarıklarının tedavisi ortodontik tedavinin de klinik pratiğe iyice adapte olmasıyla çocuğun doğumuyla beraber başlamaktadır. Aynı zamanda dudak damak yarıklı bebeklerin yaşamının ilk günlerinde ihtiyaç duyduğu beslenme desteği ve karşılaşılabildiği diğer güçlükler dikkate alındığında prenatal tanının önemi daha da iyi kavranmaktadır. Prenatal ultrasonografi 1980 li yıllarda obstetri pratiğine girmiş olup, ilk dudak damak yarıklı olgu 1981 yılında Christ ve Meininger tarafından tanımlanmıştır. Geçmişten günümüze obstetrik ultrasonografinin uygulama alanı genişlemiş ve uygulanan teknoloji gelişme göstermiştir. Bu çalışmanın amacı ülkemiz koşullarında obstetrik ultrasonografinin dudak damak yarıklarının prenatal tanısındaki isabet oranını değerlendirmek ve bu hastaların taşıdıkları etiyolojik risk faktörlerinin ve demografik özelliklerin gözden geçirilmesidir.

Gereç-Yöntem: 1 Haziran 2015 – 30 Eylül 2016 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'nde opere edilmek üzere yatış yapan 477 primer hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalardan standart anket yardımıyla detaylı hikaye alınmış ve ultrasonografi hikayesi, etiyolojik risk faktörleri ve demografik özellikleri

kaydedilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların yarık tipleri izole dudak yarığı (CL), izole damak yarığı (CP) ve dudak ve damak yarığı (CL+CP) olarak kaydedilmiştir. Prenatal dönemde uygulanmış ultrasonografik görüntüleme ile ilişkin; yarığın tespit durumu, tespitin kaçınıcı haftada olduğu, görüntülemenin nerede yapıldığı (devlet hastanesi, üniversite hastanesi veya özel klinik), ultrasonografik görüntülemeyi yapan hekimin branşı (radyolog, kadın doğum uzmanı veya diğer) kaydedilmiştir. Tek hekime ait muayenehane veya özel hastane, özel klinik takibi olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca başlıca etiyolojik faktörler (radyasyona maruziyet, annenin sigara, alkol veya ilaç kullanımı) ve demografik özellikler (bebeğin cinsiyet, aile hikayesi ve akraba evliliği olup olmadığı ve derecesi) kaydedilmiştir. Prenatal ultrasonografik tespit; mevcut deformitesi ile tam uyumlu olması durumunda başarılı, mevcut deformitesi ile kısmi olarak uyumlu olması durumunda kısmi başarılı, dudak veya damak yarığı olmasına rağmen hiçbir tespit edilememişse başarısız olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma kapsamında değerlendirilen 477 DDY hastasının 223 tanesi (%46.8) kadın, 254 tanesi (%53.2) erkekti. 229 (%45.6) hastanın sahip olduğu yarık tipi dudak ve damak yarığı (CL+CP) iken, izole damak yarığı %33.1, izole dudak yarığı %21.3 olarak tespit edilmiştir. Hastaların maruz kaldıkları başlıca etiyolojik faktörler açısından en yüksek oranda rastlanılan prenatal folik asit kullanımının yetersizliği olarak tespit edilmiştir. 111 hasta (%22.1) prekonsepsiyonel olarak folik asit kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Bununda dışında %15.1 oranında aile hikayesinin pozitifliği ve %11.8 oranında akraba evliliği saptanmıştır. Hastalara gerçekleştirilen prenatal ultrasonografi durumu dikkate alındığında, hastaların %43.0 oranında devlet hastanesinde, %40.7 oranında özel kliniklerde ve %16.4 oranında üniversite hastanelerinde takip edildikleri görülmüştür. Hastaların ayrıntılı ultrasonografi değerlendirilmesi amacıyla %88.5 oranında kadın doğum uzmanlarını tercih ettikleri görülmüşken, radyoloji uzmanları %11.1 oranında prenatal tarama amacıyla ultrasonografi gerçekleştirmişlerdir. Hastaların ortalama prenatal tarama ultrasonografi değerlendirilmeleri 18.3 haftada gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen ultrasonografide başarı oranları değerlendirildiğinde, en yüksek başarı oranı %51.0 ile izole dudak yarığının tanısında konulurken, çarpıcı olarak en düşük başarı oranı %1.9 ile izole damak yarığının tanısında saptanmıştır. %21.5 dudak ve damak yarıklı hastada mevcut deformitenin tanısı eksik veya yanlış tanı konularak, kısmi başarı elde edilmiştir. Dudak damak yarıklarının tespitinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde en başarılı sonuç %45.4 oranında başarılı tespit oranlarının gözlemlendiği özel kliniklerde elde edilirken, devlet hastanelerinde başarısızlık oranı %78.0 olarak bulunurken, üniversite hastanelerinde %79.5 oranında bu deformitelerin tespitinin atlandığı görülmektedir (p<0.001). Nükleer tıp uzmanı tarafından ultrasonografinin gerçekleştirildiği 2 hastanın ikisinde de başarılı sonuç elde edilirken, radyoloji uzmanları tarafından başarılı tanı konulma oranı %64.2 olarak değerlendirilmiştir, kadın doğum uzmanları tarafından %21.7 oranında başarılı tanı konulmuştur (p<0.001).

Sonuç: Bu çalışmada dudak damak yarıklarının tedavisinde önemli bir referans merkezi olan kliniğimizde belirli bir süre içinde tedavi edilen hastaların prenatal ultrasonografi ile tespit edilme oranlarını ve annelerin sahip oldukları etiyolojik ve demografik özelliklerin ortaya konulması amaçlanmıştır. Mevcut deformitenin tam uyumlu olarak tanısının konulması başarı olarak nitelendirilirken, eksik tanı konulması kısmi başarı, sağlıklı olarak takip edilmiş bebeğin dudak ve/veya damak yarıklı olarak dünyaya gelmesi ise başarısızlık olarak tanımlanmıştır. Elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, prenatal tanıda en yüksek başarı %51 oranında başarı ile izole dudak yarığının tanısında

gözlenmiştir. Bu deformitenin tanısında bile yaklaşık olarak iki hastanın birinde başarı gösterilmesi oldukça dikkat çekicidir. İzole damak yarığının tanısında ise dramatik olarak en düşük başarı gözlenmiş olup, sadece %1.9 hastada tanı konulabilmiştir. Ultrasonografinin yapıldığı yer açısından sonuçlar değerlendirildiğinde, en düşük başarısızlık oranının %42.3 ile özel hasta takip koşullarında gözlenmesi dikkat çekicidir. Ayrıca en düşük oranda hasta takibinin %16.4 ile üniversite hastanelerinde gerçekleştirilmesi, ve en yüksek başarısızlık oranının yine üniversite takibinde gözlenmesi dikkate değerdir. Hastaların %88.5inin kadın doğum uzmanları tarafından ultrasonografik taramalarının gerçekleştirilmesi ancak nükleer tıp uzmanları tarafından değerlendirilen iki hasta hariç tutulduğunda, %64.2 ile en yüksek başarı ultrasonografik değerlendirmesi radyoloji uzmanları tarafından gerçekleştirilen hastalarda tespit edilmesi yine çarpıcı bir sonuç olarak gözükmemektedir. Sonuç olarak dudak damak yarıklarının tanısı, tedavi ve takibinde multidisipliner yaklaşım önemli olup, bu ekibin bir parçası da maternal fetal tıp uzmanı olmalıdır. Bu şekilde prenatal tanı ve değerlendirmede daha başarılı sonuçlar elde edilmesi mümkün olacaktır. Bu konuda ileri çalışmalar planlanmalı, dudak damak yarığı gibi doğumsal anomalilerin prenatal tanıların gerçekleştirilmesinin gerek ailenin psikososyal hazırlığı, gerekse de bebeğin ideal beslenme ve gelişimi için önemli olduğu akılda tutularak, radyolojik görüntüleme modalitelerinde meydana gelecek gelişmeler, bu gibi doğumsal anomalilerin prenatal tanısı amacıyla yaygın olarak kullanılmalıdır.

#### SB-041

##### **112 Komuta Merkezi Tarafından Yönetilen Ekstremité Amputasyon Vakalarının Analizi**

Elmeddin Avazzade, Hakan Uzun, Gencay Üstün, Murat Kara, Ali Emre Aksu  
*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara*

**Giriş:** Ülkemizde meydana gelen ekstremité amputasyonlarının sevk ve idaresi 112 komuta merkezleri tarafından yapılmaktadır. Bu görev sağlık bakanlığı tarafından 'Türkiye'de Özellikle Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri' isimli planlama kitabının 'El Cerrahisi Hizmetleri' başlıklı bölümüyle ilgili tüm paydaşlara tebliğ edilmiştir. Son olarak da Replantasyon Uygulamaları konulu ve 2016/9 tarihli genelge ile tekrar gündeme gelmiştir. Hem planlama kitabı hem de genelge ekstremité amputasyonu veya akut komplike ekstremité yaralanması olan hastanın sevk ve idare şeması üzerine yoğunlaşır; hastanın 112 komuta merkezi vasıtasıyla Bakanlık tarafından tanımlanmış icapçı merkezlere ulaştırılmasını içerir. Hal böyleyken, uygulamada bir takım problemler yaşanmaktadır. Replantasyon yapabilecek merkezlere yönlendirilen hastaların aslında amputasyona veya akut komplike ekstremité yaralanmasına sahip olmaması az karşılaşılabilmektedir.

**Metod:** Bu bildiri ile amacımız, cerrahi başarıyı veya başarısızlığı tartışmak olmayıp, son 27 ay içerisinde -ayaktan başvuran hastalar hariç- 112 komuta merkezi tarafından telefonla aranılarak kliniğimize yönlendirilen hastaların retrospektif olarak yönlendirilme nedeni-yapılan ameliyat ilişkisi baz alınarak değerlendirilmesi, bir takım idari sorunların ortaya konulması ve çözüm önerileri sunulmasıdır.

**Bulgular:** Son 27 ay içerisinde 112 komuta merkezi kanalıyla birinci icapçı olduğumuz dönemde 81 hasta, ikinci icapçı olduğumuz dönemde 127 hasta, 1. ve 2.

icapçı olmadığımız dönemde 71 hasta olmak üzere toplam 279 hasta kliniğimize yönlendirilmiştir. Total amputasyon nedeniyle kabul edilen hasta sayısı 22, revaskülarizasyon veya damar onarımı ihtiyacı olan hasta sayısı 47 ve damar yaralanması olmadan sinir kesisi (+/- tendon kemik yaralanması) nedeniyle kabul edilen hasta sayısı 39'dur. Genele bakıldığında 112 tarafından yönlendirilen 279 hastadan mikrocerrahi onarım gerektiren toplam hasta sayısı 108 (%38.7) olarak hesaplanmıştır.

**Tartışma:** Küçük hasta popülasyonumuzdan elde ettiğimiz son iki yılın verileri, el acillerinin yönetiminde 112 komuta merkezinin sevk ve idaresindeki aksaklıkları ortaya koymaktadır. Merkezimize yönlendirilen hastaların %61.3'ünün mikrocerrahiye ihtiyacı yoktu. Mikrocerrahi (replantasyon, revaskülarizasyon, damar ve sinir onarımı) gerektirmeyen hastaların ilgili replantasyon merkezlerine sevk, bu merkezlerde ameliyathane odalarının etkili kullanılamaması ve zaman kaybına yol açmaktadır. Gerçekten mikrocerrahiye ihtiyaç duyan olgular bekletilmekte veya kabul edilememektedir. İl dışına gereksiz hasta transferi hem kaynak israfına neden olmakta hem de hasta ve hasta yakınlarının endişelerini artırmaktadır. Bu hastaların Acil Servisler tarafından triaj sonrası ilgili bölümlere dahi haber verilmeden beklemeye alınması ve hatta acil servise kabul edilmemesi sık karşılaştığımız bir durumdur. Bu aksaklıkların ortaya çıkmasının temel sebebinin, 112'yi arayarak sevk isteyen sağlık ekibinin hastayı belki de hiç muayene etmemeleri, bu hastaların tanı ve tedavisi konularında az eğitilmiş veya eğitimsiz olmaları, hastaya yetersiz veya gereğinden fazla tanı koymaları ve görev sorumluluk bilinci ile bağdaşmayacak şekilde hastaları başlarından savmalarının olduğunu düşünmekteyiz. Çözüm önerilerimiz, uygun stajyer-intörn-asistan eğitimi, acil servislerin sevk ve idare sistemine daha aktif dahil edilmesi ve Bakanlık tarafından bu konu ile ilgili 112 komuta merkezi denetiminde işleyecek olan bir whatsapp bildirim hattının kurulmasıdır. Hastaların whatsapp kanalıyla resimlerinin ve videolarının paylaşılmasının sevk ve idarede karşılaşılabilecek sorunları bir nebze de olsa azaltacağı kanaatindeyiz.

#### SB-042

##### **Cama Yumruk Atarak Kendini Yaralayan Hastaların Değerlendirilmesi**

Muhammet Ömür Ersin Altun, Hasbi Mert Meral, Gökhan Efe, Murat Livaoğlu  
*Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon*

**Giriş:** Üst ekstremité yaralanmalarının birçoğu kaza sonucu olsa da kendine zarar verme şeklinde olan yaralanmalar özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli nedenlerden birisi olarak kabul edilmektedir. Cam ise ciddi üst ekstremité yaralanmalarına neden olan aletler içerisinde 2. Sırada yer almaktadır, bunun yanında tüm cam ile yaralanmaların %2'si ise kendine zarar verme şeklindedir. Kendine zarar verme şeklinde olan yaralanmalardan en sık görülenlerinden birisi ise cama yumruk atmadır. Üst ekstremité yaralanmaları sıklıkla hayatı tehdit oluşturmazlar da, yaralanan bölgedeki anatomik yapıların doğası gereği sıklıkla cilt laserasyonu ile uyumsuz olarak birçok nörovasküler ve/veya lökomotor yapıda kalıcı veya geçici fonksiyonel kısıtlılıklara sebep olabilmeleri ve uzun rehabilitasyon süreci nedeniyle önemli bireysel, toplumsal ve medical kayıplara neden olabilmektedirler. Oluşmasını önleyebilme imkanının yüksek olduğu bu kişisel ve toplumsal problemle mücadelede yeterince veri olmaması bu problemin yönetiminin, engellenmesine yönelik yapılabileceklerin ve toplumsal

## Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

### 39. Ulusal Kurultayı

bilinçlenmenin sağlanmasının, tedavi ve rehabilitasyon seçeneklerinin kısıtlı kalmasına neden olmaktadır. Bu bildiride cama vurma suretiyle kendini yaralama sonucu kliniğimizde tedavi edilen hastalardan elde edilen veriler sunulmaktadır.

**Materyal Method:** 2010-2016 yılları arasında cama yumruk atma sonrası kendini yaralayan ve Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Kliniğinde tedavi edilen 113 hastaya ait veriler retrospektif olarak toplanmıştır. Veriler aranırken "cama vurma-cama yumruk atma" terimleri dikkate alınarak, bu kelimeleri içeren dosyalar incelenmiştir. Toplanan veriler ise, yaş, cinsiyet, yaşadığı yer gibi demografik verileri; alkol-madde kullanımı hikayesi, psikiyatrik hastalık varlığı gibi sağlık verilerini; dominant el, yaralanma bölgesi (el, el bileği ve önkol olarak üç alt gruba ayrılmıştır), yaralanan yapılar gibi yaralanmaya ait verileri; olay zamanı ile operasyon zamanı arasında geçen süreyi, operasyonda onarım yapıları, operasyon süresi gibi operasyona ait verileri; operasyona katılan personel sayısı, toplam hastanede kalış süresi, poliklinik kontrol sayısı, tedavi maliyeti gibi maliyet verileri başlıkları altında incelenerek kaydedilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 113 olgunun 102(%90,3) tanesi erkek, 11 (%9,7) tanesi kadındı. Cinsiyet ve yaralanan major nörovasküler yapılar arasında veya ekstremitelerde istatistiksel anlamlılık yoktu fakat kadınlarda radial arterin hiç yaralanmadığı; ulnar arter ve sinirin ise %45,5(5hastada) yaralandığı görüldü. Hastaların ortalama yaşları ise  $29,62 \pm 10,31$  (min:7-max:57) idi. Yaş ortalamadan iki gruba ayrıldığında yaralanan el, major nöro-vasküler yapılar veya yaralanma bölgesi açısından anlamlı farklılık bulunamadı. Hastaların 99 tanesi (%92) Karadeniz Bölgesinde ikamet etmekte idi. Olguların 24'ünde (%21,2) alkol madde kullanımı veya psikiyatrik hastalık mevcuttu. 16'sında (%14,2) ise kronik hastalık mevcuttu. Psikiyatrik hastalık ve madde kullanımı ile median sinir yaralanması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı, diğer major nörovasküler yapılar ile ise anlamlı ilişki yoktu. Çalışmaya dahil edilen 113 hastanın 95 tanesinin dominant eli sağ elleri iken, 18 tanesinin sol elleri olarak gözlemlendi. Yine yaralanan elleri de 86 tanesinin sağ, 25 tanesinin sol, 2 tanesinin ise hem sağ hem sol elleri idi. Dominant el ile yaralanan el arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yaralanmanın oluş şekli değerlendirildiğinde ise 82(%72,6) hasta cama yumruk atma, 31(%27,4) hasta cama vurma şeklinde yaralanmıştır. Olgular yaralanma bölgeleri açısından değerlendirildiğinde 14'ünün (%12,4) el bölgesinde, 32'sinin (%28,3) sadece el bileğinde, 44'ünün (%38,9) önkol seviyesinde, 23'ünün (%20,4) ise bireden fazla seviyede kesisinin olduğu görüldü. Yaralanan yapılar incelendiğinde hiçbir hastada kemik hasarı olmadığı görüldü. Yaralanan arteriyel yapılar incelendiğinde 5'inde (%4,4) dijital arter kesisi, 27'sinde (%23,9) radial arter kesisi, 32'sinde (%28,3) ulnar arter kesisi mevcut idi, 3 hastada hem ulnar arter ve hwm radyal arter kesisi bulunması nedeniyle 113 hastanın 61(%54) tanesinde vasküler yaralanma mevcuttu. Yaralanan nöral yapılar incelendiğinde 11 (%9,7) hastada hem ulnar sinir hem median sinirin yaralandığı, 6(%5,4) hastada median ve radyal sinirin birlikte yaralanması, 1 hastada ise ulnar sinir ve radial sinirin birlikte yaralandığı görüldü. 33(%29,2) hastada Ulnar Sinir, 42(%37,2) hastada Median sinir, 15(%13,3) hastada radial sinir, 7(%6,2) hastada dijital sinir yaralanması görüldü. 113 hastanın 69'unda (%61) nöral yaralanma olduğu görüldü. Yaralanan kas ve tendon yapılarından fleksör tarafta olanlar değerlendirildiğinde 40'ında(%35,4) Fleksör Carpi Ulnaris(FCU), 37'sinde (%32,7) Fleksör Carpi Radialis(FCR), 41'inde(%36,3) Plamaris Longus(PL), 22'sinde(%19,5) Fleksör Pollicis Longus(FPL), 38'inde(%33,6) 2. Parmak

Fleksör Dijitalis Superficialis(FDS), 45'inde(%39,8) 3. Parmak FDS, 43'ünde(%38,1) 4. Parmak FDS, 38'inde(%33,6) 5. Parmak FDS, 20'sinde(%17,7) 2. Parmak Fleksör Dijitalis Profundus(FDP), 17'sinde(%15) 3. Parmak FDP, 20'sinde(%17,7) 4. Parmak FDP, 17'sinde(%15) 5. Parmak FDP tendonlarının yaralanmış olduğu olduğu görüldü. Yaralanan kas ve tendon yapılarından ekstensör tarafta olanlar değerlendirildiğinde ise, 4'ünde(%3,5) Ekstensor Carpi Ulnaris, 9'unda (%8) Ekstensor Carpi Radialis Longus, 7'sinde(%6,2) Ekstensor Carpi Radialis Brevis, 12'sinde(%10,6) Ekstensor Pollicis Longus, 9'unda (%8) Ekstensor Pollicis Brevis, 10'unda(%8,8) Abductor Pollicis Longus, 10'unda(%8,8) 2. Parmak Ekstensor Digitorum Communis(EDC), 16'sında(%14,2) 3.parmak EDC, 13'ünde (%11,5) 4.parmak EDC, 8'inde(%7,1) 5.parmak EDC, 5'inde(%4,4) Ekstensor İndicis Proprius(EİP), 4'ünde(%3,5) Ekstensor Digiti Quinti yaralanması olduğu görüldü. Olguların yaralanan major nörovasküler yapıları ile yaralanan diğer yapıların ilişkisi incelendiğinde ise Ulnar arter ve sinir arasında istatistiksel anlamlı ilişki mevcut iken bu yapılar ile Radyal arter yaralanması arasında istatistiksel anlamlı fark mevcuttu. Ulnar arter ile anlamlı ilişkide olan diğer yapılar FCU, 3.-4.-5. Parmak FDS, 3.-4.-5. Parmak FDP tendonları idi. Ulnar sinir ile anlamlı ilişkide olan diğer yapılar FCU, 3.-4.-5. Parmak FDS, 4.-5. Parmak FDP tendonları idi. Median sinir yaralanması ile Radyal arter, FCR, PL, FPL, 2.-3. Parmak FDS ve FDP tendon yaralanmaları arasında istatistiksel anlamlı ilişki mevcuttu. Radyal arter kesisi ile FCR, PL, FPL ve EPB kesileri arasında da istatistiksel anlamlı ilişki mevcut idi. 113 olgunun 87(%77) tanesinin sağlık güvencesi mevcut iken, 26'sının (%23) sağlık güvencesi bulunmamaktaydı. Hastaların ortalama ameliyat maliyeti 2490,6±1616,1 Türk Lirası idi. Kesi bölgesi ve maliyet arasında anlamlı ilişki mevcuttu. Hastaların ameliyatlarına giren doktor sayısı ortalama  $2,96 \pm 0,76$  kişi; personel sayısı  $4,99 \pm 0,84$ ; hastanede ortalama kalış süresi  $1,81 \pm 0,872$  gün idi. Ameliyat süresi ortalamsı  $147,65 \pm 94,65$  dakika olarak hesaplandı ve kesi bölgesi ile ameliyat süresi arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulundu.

**Sonuç ve Tartışma:** Cama yumruk atma sonrası yaralanma, birçok yaralanma türüne göre az görülse de ülkemizde azımsanmayacak ölçüde fazladır. Genellikle toplumda kendini ifade etmekte zorluk çeken ve impulsif yapıya sahip kişilerde görülse de çok küçük yaşta çocuklarda dahi bile öğrenilmiş davranış olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yaralanma türü ile ilgili en büyük problemler ise major nöro-vasküler yapıların cilt yaralanmasına sıklıkla eşlik etmesi, çoklu tendon yaralanmalarının meydana gelmesi; uzun ameliyat süreleri ve buna bağlı operasyona çok sayıda personelin katılması; zorlu ve uzun fizik tedavi gereksinimi; kalıcı sekellerin kalma ihtimalidir. Bu nedenlerle toplumun bilgilendirilerek ve gerekli psiko-sosyal desteğin sağlanması, bireysel ve toplumsal olarak ödenecek ağır maliyetleri azaltmada kritik öneme sahiptir.

### SB-043

### Boksör Kırıklarının Retrograd İntramedüller K Tel ile Fiksasyonu

**Cemil Işık, Nuh Evin, Osman Akdağ, Mehtap Karamiş, Zekeriya Tosun**  
*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya*

**Giriş:** Metakarpal kırıkların çoğu genç yaşlarda oluşmaktadır (1). Metakarpal kırıklarda en fazla 5. metakarpın subkapital alanı etkilenebilir (2). İntrinsik kaslar palmar yönünde etkisi ile kırık genellikle volar yönde deplasman olmaktadır. Boksör kırığı olarak adlandırılan bu tip kırıklar konservatif

tedavi edilebildiği gibi kapalı veya açık cerrahlara de başvurulabilir. Volar deplasman miktarının 30<sup>u</sup>nin üzerinde olması veya metakarpın 5mm'den daha fazla kısalması parmağın fleksiyon ve ekstansiyonunda olumsuz etkiler oluşturmaktadır (3). Bu seviyede etkilenmiş vakalarda cerrahi tedavi daha öncelikli olarak seçilmektedir. Boksör kırıkların cerrahi tedavisinde birçok yöntem tanımlanmasına rağmen kolaylığı ve pratik kullanımı nedeniyle genellikle Kirschner teli (K teli) ile fiksasyon tercih edilmektedir. Foucher intramedüller K tel ile oldukça stabil fiksasyon elde ederek "Bouquet" yöntemini tanımlamıştır (4). Bu çalışmada, cerrahi öncesi yapılan ölçümlerle ile stabil ve erken rehabilitasyon imkanı sağladığımız retrograd intramedüller K tel fiksasyonu sonuçlarımız sunulacaktır.

Hasta ve Metot: 2015-2017 yılları arasında boksör kırığı nedeniyle kliniğimize başvuran hastalar retrospektif olarak incelendi. AO sınıflamasına göre kapalı subkapital 9 metakarp kırığı çalışmaya dahil edildi (5). Açık kırıklar, parçalı kırıklar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların metakarp eklem fonksiyonu ve rotasyon deplasmanı sağlam el ile değerlendirildi. Tellerin çıkarılmasından 1 hafta sonra yapılan Michigan el sonuç anketi yapılarak sağlam eline göre karşılaştırıldı (6). Ayrıca hastaların takiplerinde pasif ve aktif egzersize başlama süreleri belirlendi. Nonunion ve malunionlar tespit edildi.

#### Operatif teknik

Rejyonel anestezi altında 5. metakarp dorso ulnar basizde yapılan longitudinal 1cm'lik cilt insizyonu yapıldı. Ulnar sinir dorsal duyu dalı korunarak metakarp bazise ulaşıldı. Drill yardımı ile metafizden medullaya pencere açıldı. 1.4-2.0 mm K teller kullanıldı. Preoperatif yapılan direkt grafi ölçümlerinde proksimal metafiz ve kırık hattı mesafesi, disal kırık fragmanın uzunluğu, açılma miktarı, metakarpın antero posterior uzunluğu Enlil Pacts programı ile belirlendi. Bu ölçümlere göre göre bükülen iki K tel metafizyel pencereden çekiçle retrograd gönderilerek kırık fragman geçildi ve aynı anda redüksiyon yapıldı. 180 derece rotate edilen K teller ile fiksasyon tamamlandı. Cilt suture edildi.

Sonuçlar: Tedavi edilen 1 kadın 8 erkek hastanın yaş ortalaması 24.8( Yaş aralığı 12-51) olarak belirlendi. Kırık etiolojisinde direkt travma etkili olan hastaların tümünde sağ el etkilenmişti. Retrograd pinleme yapılan tüm hastalarda postoperatif 7.günde pasif fleksiyon ve ekstansiyon, 14.günde ise aktif egzersizler tolere edilebilmiştir. 8 hastada K telleri i 4.haftada çıkarılırken sadece bir hastamızda union için 6 hafta beklendi. Takiplerde non union ve rotasyon deformitesi tespit edilmedi. Michigan el sonuç anketinde sağlam el ile benzer sonuçlar elde edildiği belirlendi.

Tartışma ve Sonuç: Boksör kırıkları fiziksel aktif gençlerde oldukça sık görülmektedir (7). Cerrahi veya rehabilitasyonda oluşabilecek aksaklıklar 5. Parmağın rotasyonu, ekstansiyonunda kısıtlılık veya kavrama gücünde azalmayla sonuçlanabilir. Boksör kırıklarının tedavisi halen tartışmalıdır. Genel bir yaklaşım olarak volar deplasman miktarının 30<sup>u</sup>nin üzerinde olması veya metakarpın 5mm'den daha fazla kısalması cerrahi ile tedavi edilir. Tedavide eklem anatomisinin kesinlikle korunması, volar deplasmanın tamamen redükte edilmesi, rotasyona olamaması ve sıkı fiksasyon yapılması temel ilkeleri oluşturur. Birçok cerrahi yöntem tanımlanmasına rağmen retrograd intramedüller pinleme önemli bir seçenek olmuştur (8)(9). Transvers pinleme ile intramedüller pinleme yapılan hastaları karşılaştırmaya retrospektif bir çalışmada intramedüller pinleme daha üstün bulunmuştur. Hatta tek K tel ile intramedüller fiksasyon sağlanan 15 vakada el işlevlerinin iyi derecede olduğu raporlanmıştır (10). İntramedüller retrograd pinlemede metakarpofalangeal eklem

etkilenmemesi, ekstensör tendonla ilişkili olmaması, yeterli redüksiyon ve fiksasyonu sağlanması ile iyi sonuçlar elde edilebilir. Erken mobilizasyona imkan vermesi en önemli avantajıdır. Bununla beraber doku bütünlüğünün bozulmaması ile diğer açık fiksasyon yöntemlerinden ayrılır. Bu yöntemin genel eksiklikleri pin enfeksiyonu, K tel migrasyonu, K tel ile ilişkili yumuşak doku bozuklukları ve tel çekilmesi olarak sıralanabilir (11). Pin giriş yerinde cildin deprese edilmesi yumuşak dokuda hasar oluşmasına neden olmaktadır. K telin cilde dik açıda girmesi bu depresyonu önleyebilir. Fiksasyonun tamamen intramedüller alanda sağlanan gerilim ile sağlanması nedeniyle K telin şekli fiksasyonda oldukça önem kazanır. Kemik hacmine ve boyuna uygun bükülecek pin fiksasyonu güçlendirecektir. K telin ölçümlere göre önceden bükülmesi redüksiyonu da kolaylaştırmaktadır. Uzun dönem takiplerde iyi fonksiyonel sonuçlar sağlayan retrograd intramedüller pinleme boksör kırıklarında güvenle kullanılabilir.

#### Kaynaklar

- 1-de Jonge JJ, Kingma J, van der Lei B, Klasen HJ (1994) Fractures of the metacarpals. A retrospective analysis of incidence and aetiology and a review of the English-language literature. *Injury* 25:365-369
- 2-Schlageter M, Winkel R, Porcher R, Haas HG (1997) Die intramedulläre Osteosynthese distaler Metakarpalfrakturen mit gebogenen Drähten. *Handchir Mikrochir Plast Chir* 29:197-203
- 3- Low CK, Wong HC, Low YP, Wong HP (1995) A cadaver study of the effects of dorsal angulation and shortening of the metacarpal shaft on the extension and flexion force ratios of the index and little fingers. *J Hand Surg [Br]* 20:609-613
- 4- Foucher G (1995) "Bouquet" osteosynthesis in metacarpal neck fractures: a series of 66 patients. *J Hand Surg [Am]* 20:86
- 5- Müller ME, Allgöwer M, Schneider R, Willenegger H (1993) *Manual der Osteosynthese, AO-Technik. Dritte, erweiterte und völlig überarbeitete Auflage.* Springer, Berlin Heidelberg New York
- 6-. Chung, Kevin C., et al. «Reliability and validity testing of the Michigan Hand Outcomes Questionnaire.» *The Journal of hand surgery* 23.4 (1998): 575-587.
- 7-Greer SE, Williams JM. Boxer's fracture: an indicator of intentional and recurrent injury. *Am J Emerg Med.* 1999
- 8-Calder JDF, O'Leary S, Evans SC. Antegrade intramedullary fixation of displaced fifth metacarpal fractures. *Injury.* 2000;31:47-50.
- 9- Facca S, Ramdhani R, Pelissier A, Diaconu M, Liverneaux P. Fifth metacarpal neck fracture fixation: locking plate versus Kwire. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2010 Sep;96(5):50612.
- 10-Mohammed R, Mohamed Z, Farook and Kevin Newman. Percutaneous elastic intramedullary nailing of metacarpal fractures: Surgical technique and clinical results study. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research.* 2011; 6(1):37
- 11-Faraj AA, Davis TR. Percutaneous intramedullary fixation of metacarpal shaft fractures. *J Hand Surg Br.* 1999; 24(1):7679.

**SB-044**

**Kasık ve Uyluk Bölgesinin Pediküllü  
Rektus Abdominis Myokütan Flebi ile  
Rekonstrüksiyonu**

Hakan Uzun<sup>1</sup>, Ozan Bitik<sup>1</sup>, Yahya Baltu<sup>2</sup>,  
Mehmet Dadacı<sup>3</sup>, Aycan Uğur Kayıkçıoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif  
ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Ankara

<sup>3</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

**Amaç:** Güvenli onkolojik sınırlarla kasık ve uyluk bölgesinden  
tümör rezeksiyonu sıklıkla primer kapamayı olanaksız kılan  
geniş doku eksiklikleri ile sonuçlanır. Bu çalışmada, uyluk  
ve kasık bölgesinden tümör rezeksiyonunu takiben yapılan  
rektus abdominis myokütan fleplerini değerlendirmek ve  
rektus abdominis myokütan fleplerinin bu popülasyondaki  
etkinliğini ve sonuçlarını göstermek amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:** Son yedi yıl içerisinde uyluk ve kasık  
bölgesinden tümör rezeksiyonunu takiben inferior  
bazlı, pediküllü rektus abdominis myokütan flebi ile  
rekonstrüksiyon yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi.  
Hastaların medikal kayıtları; demografik özellikleri, tümör  
patolojisi ve yerleşim yeri, rekonstrüksiyon zamanlaması,  
flep boyutu ve tasarımı ile hastanede yatış süresi açısından  
incelendi.

**Bulgular:** Yaşları 20 ile 67 arasında değişen (ortalama  
yaş 49.2) toplam 27 hasta ameliyat edildi. Dokuz hastaya  
anında rekonstrüksiyon, kalan 18 hastaya ise geç  
rekonstrüksiyon yapıldı. Geç rekonstrüksiyon yapılan tüm  
hastaların yaraları, ilk olarak, Ortopedi ve Travmatoloji  
bölümü tarafından yönetilmisti. Bunların arasında başarısız  
lokal flep girişimleri yapılan 4 hasta da bulunmaktaydı. On  
yedi hastada ipsilateral (%63), 10 hastada kontralateral  
(%37) pedikül tercih edildi. Yirmi bir VRAM flebi ve  
6 ORAM flebi (Resim-1) kullanıldı. Parsiyel veya total  
flep kaybı görülmedi. Üç hastanın rekonstrüksiyonunun  
tamamlanması için kısmi kalınlıkta deri greftine ihtiyaç  
duyuldu. Geç rekonstrüksiyon yapılan bir hasta ameliyat  
sonrası 6. saatte yaygın anterior myokardial enfarktüs  
nedeniyle ex oldu. Her iki grupta da verici sahada bir yara  
iyileşme komplikasyonu görülmedi. Geç rekonstrüksiyon  
yapılan 5 hastada alıcı sahada yara açılması ve pürülan  
akıntı ile karşılaşıldı. Bu hastalar ameliyathanede yaranın  
debridmanı ve intravenöz antibiyotik kullanımı ile tedavi  
edildi. Oluşan doku eksiklikleri, günlük pansuman  
değişiklikleri ve uygun debridman ile ikinci iyileşmeye  
bırakıldı. Geç dönem rekonstrüksiyon yapılan bir hastada  
hematom gelişti. Yeniden ameliyata alınan hastada DİE  
arterin yan dalında bir açılma olduğu görüldü. Yan dal  
bağlandı ve yara yıkanıp temizlenerek kapatıldı. Geç  
rekonstrüksiyon yapılan başka bir hastada ameliyat sonrası  
dönemde alt ekstremitede lenfödem meydana geldi.  
Ortalama hastanede yatış süresi, anında rekonstrüksiyon  
yapılan grupta anlamlı olarak daha düşüktü (11.3 gün vs.  
14.9 gün).

**Sonuç:** Ekstremitte fonksiyonlarının korunması, bacak  
dolaşımının bozulmaması, femoral bölgedeki hayati  
yapıların üzerini örtebilecek kaliteli yumuşak doku örtüsü  
sağlaması, intramusküler lenfatik damarların lenf akımına  
katkıda bulunması, nispeten kolay bir teknik ve hızlı  
kaldırılabilirliği olması, doku eksikliğini yerine göre  
deri adasının vertikal veya oblik olarak tasarlanabilmesi  
açısından rektus abdominis myokütan flebi geniş  
rezeksiyon ve/veya radyoterapi sonrasında ortaya çıkan

kasık ve uyluktaki doku eksikliklerinin tedavisinde güvenle  
kullanılabilir. Plastik cerrahi ekibinin multidisipliner tedaviye  
erken dahil olması ve anında rekonstrüksiyon yapılması,  
komplikasyon oranlarını azaltmaktadır.

**Resim-1**



a. Sağ kasıkta doku defekti. b. Sağ kasıktaki doku  
defektinin ipsilateral oblik rektus abdominis kas deri flebi  
ile rekonstrüksiyonu c. Ameliyat sonrası 3. ay görünüm

**SB-045**

**Dirsek Defektlerinin Propeler Flepler İle  
Onarımı**

Dağhan Dağdelen<sup>1</sup>, Alper Aksoy<sup>2</sup>, Emin Sır<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Balıkesir Devlet Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Kliniği, Balıkesir

<sup>2</sup>Acıbadem Konur Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Kliniği, Bursa

<sup>3</sup>Serbest Hekim, İzmir

**Giriş:** Dirsek defektleri, üst ekstremitte defektleri arasında  
onarımı zor bir alt gruptur. Oldukça hareketli bir alan olması  
ve cilt altı yağlı dokunun ince olması, bu bölge onarımlarını  
zorlayıcı kılar. Çevre yumuşak doku miktarı kısıtlı olup,  
sıklıkla da defekte yol açan travmadan etkilenmiştir. Bu  
bölge defektlerinin onarımında kullanılacak yumuşak  
doku örtümünün, dirsek eklemine geniş hareket açısını  
kısıtlamadan, eklem hareketi ile uyumlu olması gereklidir.  
Rejyonel ve serbest flepler bu açıdan bakıldığında, dirsek  
defektleri için uygun onarım yöntemleridir.

Biz kol ve önkol bölgesinden kaldırdığımız, propeler  
perforatör fleplerin, dirsek defektleri onarımında ki  
sonuçlarını sunmak istedik.

**Gereç ve Yöntemler:** İki ayrı plastik cerrahi kliniğinin  
birleşik sonucu olarak, 1 Haziran 2015 – 1 Haziran 2017  
tarihleri arasında dirsek defekti olan yedi hastaya rejyonel  
perforatör propeler flepler ile onarım uygulandı. Flepler  
ya koldan Radial Collateral arter (RCA) bazlı, ya da  
önkoldan Posterior Interosseous arter (PIOA) bazlı olarak  
kaldırıldı. Flep adaptasyonunu takiben dirsekte 2 hafta  
atel ile immobilizasyon sağlandı. Hastalar geriye dönük  
olarak, etyoloji, eklem açıklığı, onarımda kullanılan flep ve  
onarım sonrası komplikasyonlar yönünden değerlendirildi

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 7 hastada ortalama defekt  
boyutu 4x5cm2 (3x3cm2 ile 5x6,5cm2 arası) idi. Baskın  
etyoloji kronik bursitti. Defekt onarımı için 3 hastada  
RCA perforatör flebi, 4 hastada PIOA perforatör flebi  
kullanıldı. Ortalama rotasyon açısı RCA flepleri için 165°  
(150°-180° arası) ve PIOA flepleri için 160° (145°-180°)  
olarak ölçüldü. Ortalama takip süresi 13 aydı (6-22 ay  
arasında değişen). Yedi flepten bir PIOA bazlı bir de RCA

bazlı olmak üzere iki flepte distal nekroz izlendi. Bunlar lokal yara bakımı ile takip edildi. Beş olguda flep donör saha primer olarak kapatıldı, iki olguda ise kısmi kalınlıkta deri grefti kullanıldı. Yedi hastanın tamamında, iki haftalık immobilizasyon sürecini takiben dirsek eklemine hareket kısıtlılığı saptanmadı.

Sonuç: Dirsek bölgesi defektleri için her iki arteriyel perforatör sistem üzerinden kaldırılan fleplerin, oldukça dayanıklı onarım yöntemleri olduğunu düşünüyoruz ve bu fleplerin konvansiyonel onarım alternatifleri arasına dahil edilmesi gerektiğini savunuyoruz.

#### SB-046

#### Karpal Tünel Cerrahisinde Fleksör Retinakulumun Ortadan Veya Ulnar Taraftan Serbestlenmesinin Karşılaştırmalı Analizi

Gökçe Yıldırım, Ahmet Bilirer, Osman Akdağ, Mehtap Karamese, Zekeriya Tosun  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş: İleri karpal tünel sendromunda tartışmasız en etkili tedavi yöntemi fleksör retinakulumun cerrahi olarak serbestlenmesidir. Standart açık cerrahi insizyon tekniği, karpal tünel üzerindeki cildin eğri insizyon ile düşüldükten sonra fleksör retinakulumun, siniri koruyacak şekilde kesilmesidir. Bu çalışmanın amacı aynı cilt insizyonu ile girildikten sonra cilt insizyonu hizasında ortadan (OFRS) fleksör retinakulum kesilmesi ile ulnar taraftan (UFRS) fleksör retinakulum kesilmesi tekniklerinin karşılaştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 2014-2016 yılları arasında opere olan hastalar retrospektif olarak tarandı; bu hastalardan UFRS ile tedavi edilenlerin yaş, cinsiyet, sigara içiciliği, diyabet mevcudiyeti ve postoperatif takip süresi açısından benzer özelliklere sahip olan hastalar kontrol grubu olan OFRS'ye dahil edildi. Tüm hastaların cilt insizyonu aynı şekilde yapıldı. UFRS grubunda retinakulum ulnar tarafından, OFRS grubunda ortadan kesildi. Tüm hastalarda ciltaltı ve cilt sütürleri aynı sütür materyali ve aynı teknikle konuldu. Hastalara postoperatif Levine Katz skorlaması, hasta tatmin düzeyi skorlaması (0-10) uygulandı. Skar ağrısı sorgulanan hastaların değerlendirmesi VAS (0-100) ile yapıldı.

Bulgular: UFRS ile tedavi edilen 16 hasta mevcuttu, 1 hastaya ulaşılamadığından UFRS grubuna 15 hasta, OFRS grubuna da 15 hasta dahil edilmiş oldu. Ortalama postoperatif takip süresi UFRS grubunda 19,8 ay OFRS grubunda 19,2 ay idi. Her iki grupta da 10 kadın, 5 erkek hasta bulunmaktaydı. Levine Katz semptom ve fonksiyon skorlamalarının ortalamaları açısından iki grup arasında fark saptanmadı. (semptom  $p=0.9509$  ve fonksiyon  $p=0,8752$ ) (Tablo 1) Hasta tatmini açısından iki grup arasında fark saptanmadı. UFRS grubunda ağrı miktarı daha düşük saptanmış olsa da iki grup arasında istatistiksel fark saptanmadı.

Tartışma: Açık karpal tünel cerrahilerindeki bir sorun ağrılı skar olarak göze çarpmaktadır. Bu ağrı literatürde transvers karpal ligamanın gerginliğine, ciltaltı yumuşak dokusunun imflamasyonuna, kutanöz sinirin hasarına, cerrahinin endoskopik yerine açık yapılmasına, hastanın depresyon düzeyi ve ağrı algısına ve bazı sütür materyalleri ya da cilt onarımının şekline bağlanmış olsa da hiçbir teori yüksek kanıt düzeyi içermemektedir. Çalışmamızda bu ağrının azaltılması için median sinir, fleksör retinakulumun kesilen kısmı ve ciltaltı-cilt insizyonunun üst üste

getirilmemesi hipotezi değerlendirilmiştir. Ne var ki, daha az ağrı hissediliyor olsa da istatistiksel açıdan arada fark saptanmamıştır. Hastalardaki bu ağrı, retinakulumdan bağımsızdır.

Tablo 1

|          | UFRS<br>Levine Katz<br>(semptom) | UFRS<br>Levine Katz<br>(fonksiyon) | OFRS<br>Levine Katz<br>(semptom) | OFRS Levine<br>Katz (fonksiyon) |
|----------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Ortalama | 1,258                            | 1,2                                | 1,252                            | 1,21667                         |
| SD       | 0,2761                           | 0,26642                            | 0,2527                           | 0,30788                         |
| SEM      | 0,0713                           | 0,06879                            | 0,0653                           | 0,07949                         |
| N        | 15                               | 15                                 | 15                               | 15                              |

UFRS ve OFRS gruplarında Levine Katz skorlamaları

#### SB-047

#### Yaş ve Cinsiyete Göre Veb Aralığı Yükseklik Oranlarının Analizi

Elif Sarı

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale

Amaç: Üç boyutlu bir yapı olan veb aralığı rekonstrüksiyonunda veb yüksekliği genellikle karşı normal ekstremitelere göre ayarlanmaktadır. Oysaki patoloji bilateral olduğunda veb aralığı yükseklik hesabı göreceli yapılmaktadır. Bu çalışmamızda yaş ve cinsiyete göre her bir veb aralığının yükseklik oranı analiz edilmiş ve oranlar tablo halinde sunulmuştur.

Yöntem-Gereçler: Polikliniğimize başvuran sağlıklı yetişkin ve çocuklarda sağ elin dorsalinden yapılan matematiksel oranlarla her bir grubun ve cinsiyetin veb aralığı yükseklik oranları bulunmuştur. Sonuçlar cinsiyetler arası ve yaşlar arası istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Yetişkin hastalarda 2 ve 3. veb aralığı yükseklik oranı cinsiyetler arası anlamlı farklılık göstermekteydi. Aynı veb aralıklarının yükseklik oranı çocuk ve yetişkin hasta grubu arasında da farklılık göstermekteydi. Fakat çocuklardaki cinsiyetler arası farklılık saptanmamıştır.

Sonuç: Çalışmamız yaşlara ve cinsiyetlere göre her bir veb aralığı yükseklik oranını içeren ve kolay kullanılabilen bir data ortaya çıkartmıştır. Bu datanın operasyondan önceki veb yüksekliğinin hesaplanmasında yararlı olacağını umuyoruz.

#### Resim



Veb aralığı oran hesabı için işaretlemeler

## SB-048

### El Bileği Eklem Hareket Açıklığı Fotoğraflamasında Aktif Hareketin Rolü

Gökçe Yıldırım, Cemil Işık, Osman Akdağ, Mehtap Karamiş, Zekeriya Tosun  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

**Giriş:** El cerrahisinde preoperatif ve postoperatif fotoğraflama fonksiyonel defisitleri ve gelişimleri, ameliyata bağlı kazanımları ortaya koymada etkilidir. Zarem 1984 yılında elin fotoğraflanmasının, cevabı aranan soruya yönelik hareketi yaptırarak yapılması gerektiğini savunmuştur. El bileği fleksiyon ve ekstansiyon hareketlerinin fotoğraflanması için standardize edilen fotoğraflama şekli; ekstansiyon için hasta tam karşıda oturur pozisyonda ve omuzlar sagittal plana dik hizalı iken avuç içlerini birleştirerek ve parmak uçları yukarı bakacak şekilde, fleksiyon için ise el dorsumlarını birleştirecek şekilde ve parmak uçları aşağı bakacak şekildedir. Bu çalışmadaki amaç, hasarlı el bileği eklemesindeki pasif hareket açıklığına bağlı, doğru aktif hareket açıklığının maskelenip maskelenmediğini araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** 2014-2016 yılları arasında tek taraflı el bileğindeki kırıkları konservatif ya da cerrahi yolla tedavi edilmiş 9 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastalar telefonla aranarak fotoğraf çekimi için çağrıldı. Fotoğraflama aynı cerrah tarafından, aynı kamera ve lens ile, aynı fotoğraf stüdyosunda, aynı ışıkla ve aynı mesafeden yapıldı. Fotoğraflama hem klasik el cerrahisi fotoğraflamasında tarif edildiği gibi, hem de ekstansiyonda avuç içleri birbirine bakacak şekilde ama değdirmen, fleksiyonda el dorsumları birbirine bakacak şekilde ama değdirmen aktif açıklıkları fotoğraflandı. (Her bir hasta için çekilen fotoğraflar: 1. Aktif ekstansiyon, 2. Aktif fleksiyon, 3. Pasif ekstansiyon, 4. Pasif fleksiyon) (Resim 1) Fotoğraflar üzerinden Image J programı ile tüm hastaların iki taraflı ulna ve 5. metakarpelleri arasındaki açıları ölçüldü. Her bir hasta için sağlam taraf ve hasta taraf pasif ve aktif eklem hareket açıklıkları kendi arasında değerlendirildi. Sağlam ve hasta taraf Pasif-Aktif hareket açıları farkı (Hastanın pasif açıklıktan faydalanılarak itilen eklemine düzeltilmiş açısı) hem ekstansiyon hem de fleksiyon hareketi için değerlendirildi. İstatistiksel olarak aktif ve pasif hareket açıklıklarının hasarlı ve sağlam el arasında değişip değişmediği ölçüldü.

**Bulgular:** 4 skafoid fraktürü, 2 skafoid avasküler nekrozu, 2 lunat kırığı ve 1 lunat avasküler nekrozu ile takip ve tedavi edilen hasta mevcuttu. Sağlam taraf aktif ve pasif ekstansiyon açıları arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p=0,0581$ ). Sağlam taraf aktif ve pasif fleksiyon açıları arasında da anlamlı fark saptanmadı ( $p=0,1707$ ). Ne varki, hasta taraf aktif ve pasif ekstansiyon açıları arasında anlamlı fark saptandı ( $p=0,0001$ ). Hasta taraf aktif ve pasif fleksiyon açıları arasında da anlamlı fark saptandı ( $p=0,0389$ ). Ekstansiyonda sağlam ve hasta taraf Pasif-Aktif hareket açıları arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p=0,1538$ ). Fleksiyonda sağlam ve hasta taraf Pasif-Aktif hareket açıları arasında anlamlı fark saptanmadı ( $p=0,8809$ ). (Tablo 1)

**Sonuç:** Hastaların, ekstansiyonda da fleksiyonda da pasif hareket esnasında hasta taraf eklemelerini de sağlam tarafları kadar itebildikleri gözlenmiştir. El bileği fotoğraflamasında bir standart haline gelmiş olan pasif açıklığın, el bileği ekstansiyon ve fleksiyon hareketindeki kötü sonuçları maskeleyebileceği, bunun yerine aktif açıklık ölçümlemesinin fotoğraflanmasını

#### Resim 1



Eklem hareket açıklığı ölçümü için sol skafoid fraktürü hastası için çekilen fotoğraflar a. Klasik yöntemde el bileği ekstansiyonu b. Aktif ekstansiyon hareketinde soldaki limitasyon

Tablo 1

|                   | Hasta taraf el bileği eklemi (ortalama) | Sağlam taraf el bileği eklemi (ortalama) |
|-------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| Pasif ekstansiyon | 124,55 (114-138)                        | 115,44 (95-128)                          |
| Pasif fleksiyon   | 125,33 (102-145)                        | 102,88 (86-121)                          |
| Aktif ekstansiyon | 109,11 (104-116)                        | 105,44 (92-118)                          |
| Aktif fleksiyon   | 112,77 (101-134)                        | 110,44 (98-131)                          |

Hareket derecesi

## SB-049

### Tip Amputasyonlarında Rekonstrüksiyon Tecrübelerimiz

Nesibe Sinem Çiloğlu, Barış Çin,  
Ahmet Kürşat Yiğit, Shahrukh Omar  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Giriş:** El yaralanmaları plastik cerrahide sıklıkla rekonstrüksiyon gerektiren yaralanmalardır (1). Parmak ucu elde en sık yaralanan bölgedir. Etiyolojisinde sıklıkla travmalar ön planda yer almaktadır. Gelişen mikrocerrahi imkanları sayesinde amputé olan uzuvlar başarı ile replante edilebilmektedir. Replante edilemeyen vakalarda ise rekonstrüktif merdivene uygun olarak birçok tedavi seçeneğimiz mevcuttur (2). Sıklıkla yaralanmanın türüne bağlı olarak fonksiyonel ve estetik sonuçlar ön planda tutularak amputatın kompozit greft olarak adaptasyonu, rejyonel flep ve serbest flep gibi uygulamalardan uygun olan rekonstrüktif yöntem seçilmelidir.

**Yöntem:** 2013- 2017 yılları arasında kliniğimizde replantasyona uygun olmayan, tip amputasyonu nedeniyle opere edilen 625 hastanın kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Yaş, cinsiyet, lokalizasyon, defektin boyutları ve özellikleri, yaralanmanın mekanizması, tendon damar ve sinirler ile eşlik eden diğer patolojilere göre incelenmiştir. **Bulgular:** Çalışmada değerlendirilen hastaların 590'ı erkek, 35'i kadın hastaydı. Hastaların ortalama yaşı 34(1-90) olup hastaların % 65'i sigara kullanıcısıydı. Travmanın etiyojisi incelendiğinde en sık iş kazaları olmakla beraber, pediatrik yaş grubunda sert cisimlerin arasına sıkışma en sık etiyojik neden olarak tespit edildi. Pediatrik yaş grubunda toplam 162 hasta izlendi. Kadın hasta grubu incelendiğinde iş kazalarından sonra evde mutfak kazaları 2. sebep olarak belirlendi. Erkek hastalarda ise motorlu taşıtlarla ilgili kazalar ve spiralle odun keserken olan kazalar, iş kazasından sonra en sık rastlanan nedenlerdendir.

Hastaların 184'ü parmak ucu amputasyonuna (tamamı tip2) bağlı doku defekti ile kliniğimize başvurdu. 52 hastada total amputasyon mevcuttu, ancak amputat yaralanmanın etyolojisine bağlı olarak replante edilemeyecek düzeyde olduğundan uygun olan vakalarda kompozit greft (%60) şeklinde adapte edildi. 21 amputasyon vakasında amputat olmadığından lokorejyonel flepler (%95) ve serbest flepler ile rekonstrüksiyon(%5) uygulandı. 420 olgu (tamamı tip 1) greft,lokarejyonel flep ve serbest flep ile rekonstrüksiyon yapılırken, bu hastaların %54'si greft, %45'i lokarejyonel flep, %1'i serbest flep ile rekonstrüktif edilmiştir. Yapılan tüm lokal flepler değerlendirildiğinde Atasoy flebi(%60), çapraz parmak flebi(%15), tenar flebi(%5), homodijital ada flepleri (anterograd-retrograd)(%15), heterodijital flepler(%5) oranında kullanılmıştır. Serbest flep olarak dorsolateral serbest flep ve lateral kol flebi tercih edilmiştir (%1). Greft uygulanan hastalarda %95 amputattan elde edilen kompozit greft, kalan hastalarda geciktirilmiş olarak (bir süre pansumanla takip ettikten sonra) %3 el bileği volarinden alınan tam kalınlıkta, %2kol medialinden alınan tam kalınlıkta deri grefti ile rekonstrüktif edilmiştir.

**Sonuç:** El yaralanmaları plastik cerrahide sıklıkla rekonstrüksiyon gerektiren yaralanmalardır. Tutma hissetme, dokunma, sıkıştırma hareketlerinde önemli olduğu için rekonstrüksiyonları özelliklidir. Rekonstrüktif seçenekler de her zaman rekonstrüktif merdivene uygun olarak uygulanamamaktadır. Rekonstrüksiyon seçenekleri değerlendirilirken, amputatın viabilitesi, hastanın komorbid durumları, rekonstrüksiyonun hemen veya geç dönemde yapılması, yaralanmanın tipi, eşlik eden nörovasküler ve osseöz yapıların yaralanması, donör alanların uygunluğu, hastanın mesleği ve sosyoekonomik durumunun değerlendirilmesi gerekmektedir (3).

#### Kaynaklar

1. Sebastin, Sandeep J., and Kevin C. Chung. «A systematic review of the outcomes of replantation of distal digital amputation.» *Plastic and reconstructive surgery* 128.3 (2011): 723.
2. Bickel, Kyle D., and Amarjit Dosanjh. «Fingertip reconstruction.» *Journal of Hand Surgery* 33.8 (2008): 1417-1419.
3. Allen, M. J. «Conservative management of finger tip injuries in adults.» *The Hand* 12.3 (1980): 257-265.

#### SB-050

### Üst Blefaroplasti Ameliyatlarında Levator Prosedürlerinin Önemi

Ersin Akşam<sup>1</sup>, Berrak Akşam<sup>2</sup>, Murat Tüzüner<sup>1</sup>, Alper Derviş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İzmir

**Amaç:** Blefaroplasti göz kapaklarına yönelik yapılan estetik cerrahi girişimler olarak tanımlanır. Ancak göz kapağı estetiği tanım olarak eksik kalmaktadır. Göz çevresindeki dokular bir bütün olarak ele alınmalı ve yapılacak girişimler uyumlu olarak planlanmalıdır. Kaşın pozisyonu, göz kapaklarının göz küresine ve irise göre pozisyonu, deri ve yağ dokusunun fazlalığı ve eksikliği, kantusların birbirine göre pozisyonları göz çevresi dokuların uyumunun bileşenleridir. Bu sunumda blefaroplasti ve blefaropitoz ilişkisi ve ilişkinin düzenlenmesinde levator prosedürlerinin yeri anlatılacaktır.

**Hastalar ve Method:** 2015 – 2017 yılları arasında göz kapağı estetiği isteği ile başvuran hastalar değerlendirildi. 2mm'den fazla pitozu olan hastalara eşzamanlı levator prosedürleri önerildi. Frontal kas baskılanarak göz kapağı hareketleri ölçüldü; 10-15mm arasındaki hastalara levator plikasyonu, 5-10mm arasındaki hastalara levator ilerletme cerrahisi önerildi. Hastalara yapılacak işlemler hakkında bilgi verildi. Hastaların preoperatif ve postoperatif fotoğrafları çekildi.

**Cerrahi işlem:** Hastaların çizimleri oturur pozisyonda yapıldı. Supratarsal kriz kadınlarda 9-10mm, erkeklerde 6-7mm olarak işaretlendi. Toplam üst göz kapağı derisi 18-20mm'den kısa olmayacak şekilde cilt eksizyonu planlandı. Supraorbital blok ve lokal anestezi anestezi altında planlanan cilt eksizyonundan sonra supratarsal kriz seviyesinden girilerek tars üst kenarına ulaşıldı. Göz kapağı hareketlerinde belirgin düşüş olan hastalarda tars – levator kas ilişkisinin bozulduğu görüldü. Konjunktiva üzerinden diseksiyona devam edilerek levator kasına ulaşıldı. Levator palpebrae superior kasi üst ve alt dokulardan serbestleştirilerek flep şeklinde hazırlandı ve ilerletilerek tarsın ön yüzüne sütüre edildi. Göz kapağı hareketlerinde minimal düşüş olan hastalarda ise levator aponeurozda laksite olduğu görüldü ve levator plikasyonu uygulandı. Tüm hastalar intraoperative oturur pozisyonda değerlendirilerek simetrisinin sağlandığı tespit edildi.

**Bulgular:** Erken postoperatif dönemde levator ilerletme yapılan hastalarda epifora, gözlerde yanma hissi, ışık hassasiyeti ve minimal lagofthalmi görüldü. Medikal tedavileri düzenlenen ve ilk iki hafta boyunca gözleri geceleri kapatılan hastaların şikayetleri ek cerrahi girişime gerek duyulmadan geriledi. Özellikle unilateral yapılan levator prosedürleri sonrası simetrisinin tam sağlanamadığı olgular görüldü.

**Sonuç:** Normal üst göz kapağı pozisyonu korneaskleral bileşke ile pupil arasındadır. Hafif (2-3mm) pitozu olan hastalar genellikle bu durumun farkında değildir. Anca hastaların dikkatini çekmeyecek boyutlardaki pitoz bile blefaroplasti ameliyatlarının sonuçlarını etkilemektedir. Pitoz durumları düzeltilmeden blefaroplasti yapılan hastalar gözlerindeki yorgun bakışın devam ettiğinden şikayetçi olurlar. Daha dinç ve dinamik bir görüntü sağlamak için kaş pozisyonu, kantus pozisyonu ve blefaropitoz mutlaka düzeltilmelidir. Blefaropitozun eşlik ettiği hastalarda levator kas fonksiyonuna göre tedavi yöntemine karar verilir. Levator kas fonksiyonu olmayan hastalarda askılama yöntemleri tercih edilirken levator kas fonksiyonu korunmuş hastalarda levator plikasyonu veya levator ilerletme prosedürleri kullanılır. Hastaya uygun olan levator prosedürünün blefaroplasti ile eşzamanlı olarak yapılması sonuçların doktor ve hasta açısından daha iyi olmasını sağlayacaktır.

**Figür 1**



Üst blefaroplasti ile birlikte levator ilerletme yapılan hastanın preoperatif ve postoperatif görüntüleri

## SB-051

### Transplant Hastalarında Estetik Cerrahi: Tek Merkez Deneyimi

Burak Özkan, Atilla Adnan Eyüboğlu, Abbas Albayati, Ahmet Çağrı Uysal, Nilgün Markal Ertaş  
*Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara*

**Giriş:** Nakil uygulanmayan hastalar gibi nakil hastaları da vücut şekli bozukluklarına cerrahi girişim ihtiyacı duyabilirler. Transplant hastalarında estetik cerrahi konusunda literatür eksikliği vardır. Bu çalışmada amacımız, solid organ alıcılarında çeşitli estetik işlemlerdeki tecrübelerimizi paylaşmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Başkent Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi bölümüne başvuran 6 (5 kadın, 1 erkek) nakil hastasına yüzde yaşlanma, üst göz kapağı pitozisi, memenin ve karnın lipodistrofisi nedeni ile cerrahi işlem uygulandı. 2010-2017 yılları arasında çalışmaya dahil edilen 5 hastada böbrek nakli ve 1 hastada karaciğer nakli uygulanmıştı. Botulinum toksini ve dermal dolgu enjeksiyonu, skar revizyonu gibi minimal estetik işlemler çalışmada hariç tutulmuştur. Tüm hastalar ameliyat öncesi hastanın nakil ekibine danışıldı.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 46(38-60) yılı. Estetik ameliyatlar; meme küçültme (2), yüksek smas yüz germe (2), blefaroplasti (1), dermofat greft (1) olarak uygulandı. Ortalama yatış süresi 2.5 gün oldu. Bir hastada cilt flep nekrozu görüldü ve sekonder olarak iyileşti. Başka bir hastada alt kapak blefaroplastisi sonrası ektropiyon gelişti ve hastaya revizyon yapıldı.

**Tartışma ve Sonuç:** Nakil hastaları, uzun süreli immünosupresif tedavi alan ve yüksek doz steroid gibi ilaçlar kullanan özel bir hasta grubudur. Bu tedaviler dermal atrofiye yol açabilir ve sahte cilt gevşekliğine neden olabilir. Bu hastalarda fazla cilt ve yağ dokusunun çıkarılması düşünülmelidir. Fazla doku rezeksiyonu sırasında cilt nekrozu ve ön görülemez yara iyileşmesi problemleri gibi komplikasyonları önlemek için çaba sarf edilmelidir. Ameliyat öncesi hastanın nakil cerrahlarına danışılması cerrahi planlamada önemli bir faktördür. Transplant hastalarına ameliyat öncesi iyi bir planlama yapılması, organ nakil ekibini hastayı değerlendirmesi ve ameliyat sonrası yakından izlem yapılması ile başarılı sonuca ulaşılabilir

#### Saklı

|         | Yaş | Cinsiyet | Transplantasyon | Estetik Cerrahi  | Komplikasyon |
|---------|-----|----------|-----------------|------------------|--------------|
| Hasta 1 | 48  | K        | Karaciğer       | Meme Redüksiyonu | -            |
| Hasta 2 | 42  | E        | Böbrek          | Dermofat greft   | -            |
| Hasta 3 | 46  | K        | Böbrek          | Meme redüksiyonu | -            |
| Hasta 4 | 60  | K        | Böbrek          | Facelift         | cilt nekrozu |
| Hasta 5 | 38  | K        | Böbrek          | Bleferoplasti    | ektropiyon   |
| Hasta 6 | 42  | K        | Böbrek          | Facelift         | -            |

*Transplantasyon öyküsü olan hastalardaki estetik cerrahi girişimleri gösteren tablo*

## SB-052

### Alt Yüz ve Yanak Bölgesinin Şekillendirilmesinde Bukkal Yağ Yastıkçığının Eksizyonu: Ultrasonografik Bulgular Ve Teknik Detaylar

Billur Sezgin<sup>1</sup>, Sedat Tatar<sup>1</sup>, Medine Böge<sup>2</sup>, Selahattin Özmen<sup>1</sup>, Reha Yavuzer<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*  
<sup>2</sup>*Koç Üniversitesi Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

**Giriş:** Bukkal yağ yastıkçığı (BYY), anatomik bir yapı olarak çok uzun yıllar önce tanımlanmıştır, ancak klinik önemi ve estetik cerrahideki yeri son yıllarda daha sık olarak karşımıza çıkmaktadır.1 Kanlanması, yapısal özellikleri, klinik önemi ve farklı yaş gruplarındaki hacimsel değerlerine yönelik bilimsel literatürde birçok çalışmaya rastlamak mümkündür.2-4 Ancak alt yüzün şekillendirilmesine ve yanak kontürlerinin belirginleştirilmesine yönelik yapılan çalışmalar sayıca azdır ve ameliyat öncesi yapılan hacimsel incelemelerin ameliyat sonrasında elde edilen hacim verileri ile kıyaslanmasına dair bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kliniğimizde alt yüzün inceltilmesi ve şekillendirilmesi için uygulanan bukkal yağ yastıkçığı eksizyonu ameliyatının teknik detayları ve hacimsel verileri çalışmamızda sunulmuştur.

**Yöntem Gereç:** Mart – Temmuz 2017 tarihleri arasında kliniğimize alt yüz – yanak bölgesinde doluluk şikayeti ile başvuran 15 hasta değerlendirildi. Doluluk ve şişlik şikayeti yanak bölgesinin lateraline doğru, angulus mandibula bölgesinde tariflenen 10 hasta, masseter kasının hipertrofisi öngörülerek incelendi ve masseter hipertrofisi saptanan bu hastaların tedavisi masseter kasına 15-30 ünite arasında değişen dozlarda botulinum toksin enjeksiyonları ile tedavi edildi. Geriye kalan 5 hastanın esas şikayetleri medial yanak bölgelerinde dolu görünüm olarak tarif edildi ve YYS açısından ultrasonografik olarak incelendi. Yapılan transbukkal ultrasonografik incelemede masseter kasının arkasında ve buccinator kasının önünde lokalize, lateralden pedikülü ile kanlanan bukkal yağ yastıkçığı izlendi ve boyut ve hacim ölçümleri gerçekleştirildi. Ameliyat sedasyon ve lokal anestezi altında, veya ek cerrahi işlem yapılıyorsa genel anestezi altında yapıldı. Yüzeyel lokal anestezi ile infiltrasyonunu takiben ağız içinden yapılan insizyonun yerleşimi, parotis kanalına zarar verilmemesi için ısırma çizgisi ile steno kanalının arasına denk gelen düzlemde yapıldı. Bu seviyede birinci molar diş hizasından geriye doğru 1.5 cm uzunluğunda sadece mukozal bir kesi yapıldıktan sonra künt diseksiyon makası ile buccinator kasının lifleri arasına atravmatik biçimde girildi. Dar bir bukkal boşlukta ilerlenmesini takiben YYS parlak sarı renkte izlendi ve bir klemp ile dikkatlice çevre dokularından serbestleştirilerek dışarı alındı. Lateralinde pedikülün olması nedeniyle eksizyon öncesi bipolar koter ile dikkatli hemostaz yapıldı ve doku dışarı alındı. Eriyebilen 3 adet mukozal dikiş ile insizyon dikilerek son verildi. Dışarı alınan YYS'leri önce boyut olarak ölçüldü ve hacimsel değerleri su taşıma testi ile belirlendi. Hastalara ameliyat sonrasında iki gün soğuk uygulama ve 2 hafta kullanmaları için yüz bandajı önerildi. Ameliyat sonrası 1. ayda hasta memnuniyeti ve sonuç 0 – 3 arası puanlama (0: kötü, 1: fark yok, 2: iyi, 3: çok iyi) ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Bukkal yağ yastıkçığı eksizyonu yapılan 5 kadın hastanın yaş ortalaması 25.8 yıl (23 – 29 yıl) idi. Ultrasonografik olarak saptanan ortalama ameliyat öncesi YYS boyut değeri 1.22 x 4.05 cm, ameliyat sonrası ölçülen ortalama boyut değeri 1.25 x 4.05 cm, su taşıma testi ile saptanan ortalama ameliyat sonrası hacim değeri 2.2

cc idi. Ortalama ameliyat sonrası takip süresi 1.8 ay (1 – 3 ay) idi. Hiçbir hastada hematoma, fasiyal paralizisi veya başka bir komplikasyon izlenmedi. Ameliyat sonrası hasta memnuniyeti yüksek olup ortalama puan  $2.4 \pm 0.55$  idi.

Sonuç: Bukkal yağ yastıkçığının eksizyonu, uygun endikasyonlarda alt yüzün şekillendirilmesinde ve yanak şeklinin belirginleştirilmesinde uygulanabilen, zor olmayan bir cerrahi uygulamadır. Çalışmamızda, anatomik ve hacimsel inceleme sonucu bu yağ yastıkçığının bukkal kompartmanının neredeyse tamamına yakınının kolayca eksize edilebildiği görülmüştür. Erken dönemde ödem olması nedeniyle yüz maskesi kullanımı önemlidir ve birinci ay sonunda sonuçların daha net izlendiği görülmüştür. Sonuç olarak bukkal yağ yastıkçığı eksizyonu, lokal anestezi altında yapılabilen, hasta memnuniyeti yüksek, görünebilir bir skara yol açmayan pratik bir alt yüz ve yanak şekillendirme işlemidir.

#### Kaynaklar

1. Loukas M, Kapos T, Louis RJ Jr, et al. Gross anatomical, CT and MRI analysis of the buccal fat pad with special emphasis on volumetric variations. Surg Radiol Anat 2006; 28: 254-260.
2. Xiao H, Bayramicli M, Jackson IT. Volumetric analysis of the buccal fat pad. Eur J Plast Surg 1999; 22: 177-181.
3. Stuzin JM, Wagstrom L, Kawamoto HK, et al. The anatomy and clinical applications of the buccal fat pad. Plast Reconstr Surg 1990; 29 – 37.
4. Jaeger F, Cruz de Castro CHB, Pinheiro GM. A novel preoperative ultrasonography protocol for prediction of bichectomy procedure. Arquivo Brasileiro de Odontologia 2016; 12: 7-12.

#### Şekil 1



26 yaşında kadın hastada sol taraf bukkal yağ yastıkçığı eksizyonunun aşamaları. A. insizyon, B. kibar diseksiyon sonrası BYY ulaşım, C. mukozal sütürler ile kesinin onarımı, D. postoperatif sonuç ve sağ tarafa göre daha hatları belirginleşmiş alt yüz görünümü.

#### SB-053

### Meme Küçültme Skarlarının Tedavisinde Mikroİğneleme Sistemi ve Trombositten Zengin Plazma Kombinasyonunun Etkinliği

Buse Çapkinoğlu<sup>1</sup>, Mustafa Durgun<sup>2</sup>, Meltem Ayhan Oral<sup>2</sup>, Soysal Baş<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

<sup>2</sup>İzmir KÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Urfa

Bu çalışmada insizyonel skarları temsilen Ters T Skar meme küçültme sonrası kalan horizontal ve vertikal skarlara yönelik işlem uygulanmıştır. Bu çalışmadaki amacımız; insizyonel skar dokusunun iyileştirilmesinde Dermapen'in tek başına ve TZP ile kombine edilerek kullanımının etkinliğini araştırmaktır.

Prospektif ve tek kör olarak tasarlanan bu çalışma için İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alındı. Ters T Skar meme küçültme operasyonu geçirdikten sonra kontrol muayenelerinde skarlarından memnun olmadıklarını belirten, operasyon üzerinden en az 6 ay geçmiş 20 hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastalar randomize grup 1 (%50) ve grup 2 (%50) olarak sınıflandırıldı. Her hastaya işlem öncesinde sözel olarak yapılacak işlem anlatıldı ve ayrıntılı bilgilendirilmiş gönüllü onam formu okutularak onayları alındı. Bu çalışmada elektrikle çalışan, saniyede 0-90 kez atış yapabilen, 90 derecelik açıyla cilde nüfuz eden ve ucunda 11 adet 33 gauge luk titanyum iğne bulunan; Dermapen sistemi kullanıldı. İğnelerin derinliği 2.5 mm ye ayarlanarak istenilen seviyeye ulaşılması sağlandı. TZP uygulanacak her hastadan ortalama 30 cc kan koagülasyon tüplerine alındı. Daha sonra kanın Marks'ın optimal yöntem olarak gösterdiği "double spin" yöntemi model alınarak 1300 rpm'de 10 dakika ve 1500 rpm'de 8 dakika santrifugasyonu (nüve marka digital santrifüj cihazı) gerçekleştirilerek TZP elde edildi. Her iki hasta grubuna da işleme başlamadan 30 dakika önce lokal anestetik ajan topikal olarak uygulandı. Birinci gruba; Dermapen® 15 dakika süre ile insizyonel skarların üzerinde vertikal ve horizontal yönlerde gezdirilerek mikroİğneleme uygulandı. İkinci grupta ise: İlk önce 5 dakika süre ile insizyonel skarlar üzerine Dermapen® uygulandı ve mikrokanallar açıldı daha sonra TZP cilt üzerine yayılarak 10 dakika daha dermapen uygulamasına devam edildi. İşlemler sonrasında serum fizyolojik ile yapılan pansumanın 1 gün kapalı kalması sağlandı. Bu işlemler 3 er hafta arayla 2 seans yapıldı.

İşlem sonrası 6. ayda visuel analog skala (VAS) ile objektif ve subjektif değerlendirmeler yapıldı. Her hastanın uygulama öncesi ve sonrası 6. ay fotoğrafları, bağımsız plastik cerrahi uzmanı (1 kişi), genel cerrahi uzmanı (1 kişi) ve tıbbi sekreter (1 kişi) olmak üzere toplam 3 bağımsız kişiye hastaların hangi grupta oldukları söylenmeden gösterildi ve değerlendiricilerden 0-4 arasında puanlama yapması istendi. Her hastaya uygulama öncesi ve uygulama sonrası 6. ay fotoğrafları gösterildi ve 0-4 puan arasında puan vermeleri istendi.

Tüm istatistiksel analizler için SPSS 17.0 paket programı kullanıldı. Çalışma %95 güven düzeyinde gerçekleştirildi. Hastalarının yaş, VKİ, operasyon sonrası geçen süre, Fitzpatrick cilt tipi, operasyon sonrası enfeksiyon öyküsü, sigara kullanımı, skar için önlem veya aldığı tedavi, operasyon sonrası kaşıntı, batma gibi özellikleri kaydedildi. Gruplar demografik veriler açısından homojen olarak gözlemlendi. Sonuçlara bakıldığında; her iki grupta insizyonel skarlarda

gözle görülür ve istatistiksel olarak anlamlı bir azalma mevcutken, iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Hastalarda herhangi bir komplikasyon gözlenmemiştir. İşlem sonunda hastalar günlük yaşamlarına devam etmişlerdir. Tolere edilebilen ağrı en sık görülen yan etki olmuştur. Hiçbir hastada hipopigmentasyon veya hiperpigmentasyon gözlenmemiştir. Bilinenin aksine hastaların sigara kullanması veya operasyon sonrası yara yeri enfeksiyonu geçirmesi tedavi sonuçlarını olumsuz etkilememiştir. Daha öncesinde skar tedavisi almış olması hastalarda anlamlı olumlu bir katkı sağlamamıştır. Skar formasyonunun estetik kaygı dışında hastada kaşıntı ve batma gibi semptomlara da neden olmaktadır. Skar tedavisi bu şikayetleri de kapsar nitelikte olmalıdır. Bu çalışmada her iki grupta da kaşıntı ve/veya batma şikayeti olan hastalara bakıldığında tedavi sonunda şikayetlerinde anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir. TZP'nin kombine edildiği gruptan 2 hasta ilginç olarak, sorgulamadan meme başı duyarlılığında değişiklik tarif etmiştir. Meme küçültme operasyonu sonrası meme başlarında hissizlik olmasına rağmen işlemler sonucunda duyarlılık olduğunu belirtmişlerdir. Bu etki; TZP'nin sinir iyileşmesi üzerine olumlu katkı sağlamış olabileceğini düşündürmüştür.

Günümüzde insizyonel skarların tedavisi için tanımlanmış faydalı yöntem oldukça azdır. Her iki teknik de hem matür hem immatür insizyonel skarların iyileştirilmesinde, her cilt tipinde güvenle kullanılabilir. Literatüre bakıldığında da, TZP ve mikroiğneleme sistemi, çeşitli skar tiplerinin tedavisinde kullanılmalarına rağmen postoperatif skarlara yönelik bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma bize; Dermapen'in hem matür hem immatür cerrahi skarların tedavisinde, her cilt tipinde, güvenle ve etkili bir şekilde kullanılabileceğini, ayrıca seans sayısı artırılarak ve seanslar arası zaman aralığının birkaç ay kadar uzatılması ile de daha fazla dermal kollagen üretimine izin verilerek daha başarılı sonuçlar elde edilebileceğini düşündürmüştür.

foto



üstteki foto; dermapen+TZP alttaki foto; dermapen

### SB-054

## Postbariatrik Abdominoplasti Uygulanan Hastalarda Fleur-de Lys İnsizyonunun Estetik Sonuçlara Etkileri

Nesibe Sinem Çiloğlu, Shahrukh Omar,  
Ayşe İrem İskenderoğlu, Bora Edim Akalın,  
Ahmet Kürşat Yiğit, Barış Çin  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
İstanbul

Giriş: Bariatrik cerrahinin artması sonucu abdominoplasti ameliyatları daha sık yapılmaktadır. Bariatrik cerrahi sonrası oluşan sarkıkların giderilmesinde abdominoplasti, vücut şekillendirme için en önemli ameliyatlardandır. Klasik abdominoplastiye fleur-de-lys insizyonu eklemek, horizontal fazlalığın eksiz edilmesini sağlayarak, seçilmiş hastalarda sonuca olumlu katkı sağlayabilir. Bu çalışmada kliniğimizde yapılan postbariatrik abdominoplasti uygulanan hastalarda fleur-de-lys insizyonu eklenmiş vakaları bildirmektediriz.

Yöntem : Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'ne 2014-2017 yılları arasında başvuran, bariatrik cerrahi öyküsü bulunan ve abdominoplasti yapılan hastaların verileri geriye dönük olarak değerlendirilerek klinik özellikleri incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 83 hastanın 23'ünde, klasik abdominoplasti insizyonlarına fleur-de-lys insizyonu eklenmiştir. 12 hastada belt lipektomi ile birlikte fleur-de-lys uygulanmıştır. 22'si kadın, 1'ierkek olan hastaların yaş ortalaması 43.5, ortalama vücut kitle endeksleri 27.5 kg/cm<sup>2</sup> idi. Ameliyat sonrası ortalama 2.3 gün yatış süresi olan hastalarda postoperatif dönemde hemovak drenler ortalama 2.5 günde çekildi. Hastalara postoperatif dönemde 1 ay süre ile korse giydirildi. 2 hastada kısmi yara dehissansı gelişmiş olup uzun dönemde (takip süresi ortalama 1 yıl) ek problem yaşanmamıştır. Uzun dönem takiplerinde hipertrofik skar veya keloid gibi komplikasyonlar izlenmemiştir. Sonuç: Fleur-de-lys insizyonlarıyla horizontal fazla dokuların eksiz edilmesi bel konturu definisyonunu arttırarak sayesinde daha iyi estetik sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir. Ancak bu insizyonların yara iyileşme problemleri, yara izleri, hipertrofik skar gibi dezavantajları bildirilmiştir. Bu nedenle hasta seçiminde dikkatli olunmalıdır. Biz de çalışmamızda sınırlı ve gerekli diseksiyon yapıp, postoperatif bakıma dikkat ettiğimiz için ciddi bir komplikasyonla karşılaşmadık.

### Kaynaklar

- 1- Wallach, Steven G. "Abdominal contour surgery for the massive weight loss patient: the fleur-de-lys approach." *Aesthetic Surgery Journal* 25.5 (2005): 454-465.
- 2- Duff, C. G., S. Aslam, and R. W. Griffiths. "Fleur-de-Lys abdominoplasty—a consecutive case series." *British journal of plastic surgery* 56.6 (2003): 557-566.
- 3- Borud, Loren J., and Anne G. Warren. "Modified vertical abdominoplasty in the massive weight loss patient." *Plastic and reconstructive surgery* 119.6 (2007): 1911-1921.

**SB-055**

**Botulinum Toksini Hakkında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi**

Osman Akdağ, Haydar Kaan Gültekin, Furkan Serdar Güneyceli, Nuh Evin, Abdullah Ünlü  
*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya*

**Amaç:** Clostridium Botulinum ekzotoksini, sıklıkla kullanılan adıyla botulinum toksini (BTX)'nin, spor oluşturan gram-pozitif, anaerob karakterde Clostridium Botulinum bakterisinin ürettiği bir nörotoksin olduğu 1897 yılında Van Ermengem tarafından gösterilmiştir. Toksin disülfid bağı ile bağlanmış ağır ve hafif zincirden oluşan polipeptid zincir yapısındadır. Kas sinir kavşağında nörotoksin sinir ucuna bağlanır ve reseptör aracılı endositoz ile içeri alınır. Toksine ait hafif zincir nörotransmitter kesesinin sinir membranı ile birleşmesini SNAP25 proteinini bölerek bloke eder. Asetilkolin blokajı sağlanır ve ilgili kasın kasılması engellenir. Bu etki 4-6 ay arası devam eden geçici bir etkidir. Kozmetik olmayan tedavi amaçlı uygulamaları arasında nöromusküler, gastrointestinal, genitoüriner, oftalmolojik, laringeal, oromandibular hastalıklar ve ağrı sendromları vardır. Toksin, blefarospazm, strabismus, primer hiperhidroz, servikal distoni tedavisi, glabellar çizgiler ve kaş çatıklığı tedavisi için kullanılmaktadır. Nöromusküler rahatsızlığı olanlar, gebe ve emzirenlerde kullanılması kontrendikedir. Bu çalışmada botulinum toksini ve uygulamaları hakkında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin bilgi düzeyi ölçülmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onaylanmıştır. Uluslararası literatür de daha önceden yapılmış benzer çalışmalar referans alınarak 16 soruluk bir anket yapılmıştır. Ankette katılımcılara; Botulinum toksini uygulamasını daha önceden bilip bilmediklerini(1),eğer biliyorlarsa bilgileri nerden edindiklerini(2) anket soruları ile ortaya koyuldu. Ayrıca Botulinum toksini hakkında klinik bilgiyi ölçen 12 soru (3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14), katılımcılara yöneltildi. Bunlara ilaveten kişinin bu uygulamaya bakış açısını değerlendirmek için botulinum toksinini kozmetik amaçlı kullanıp kullanmayacağı (15) ve bu deneyimlerini çevresine aktarıp aktarmayacakları (16) sorularla öğrenilmeye çalışıldı. Bilgi içeren sorular toplam 100 puan olacak şekilde Dönem 1-2-3-4-5-6 sınıf öğrencilerine yöneltmiştir ve elde edilen veriler analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Botulinum Toksini'nin sınıflar arası bilgi düzeyi grafiklerde gösterilmiştir. Sınıf düzeyi artıkça uygulamanın bilgi düzeyi artmıştır. Katılımcıların %74.1'i Botulinum uygulamasını ilk kez televizyon ve tıp fakültesinde duyduğunu bildirirken, Dönem 1 öğrencilerinde botulinum toksini en çok televizyondan, dergi ve gazeteden öğrenilmişken Dönem 6 öğrencilerine doğru tıp fakültesinde duyduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %63.6'sı Botulinum Toksini'nin bakteri kaynaklı toksin olduğunu söyleyerek doğru cevap vermiştir. Botulinum toksini uygulaması kullanım alanları hakkında işaretlenen doğru cevapların %63.6'sı «Kırışıklıklar» iken; Yanlış cevaplar arasında %38,5 «Dudak dolgunlaştırma» seçilmiştir. Katılımcıların %51'i Botulinum toksini uygulaması'nın zararlı olduğunu %49'u ise zararsız olduğunu düşünüyordu. Botulinum toksini uygulamasının etki süresini (4-6 ay) doğru bilenler katılımcıların %40'ıdır.

**Tartışma ve Sonuç:** Bu uygulamanın kozmetik yönü daha çok bilinmesinden dolayı dudak dolgunlaştırma en çok bilinen yanlış, kırışıklık en çok bilinen doğrudur. Botulinum Toksini'nin katılımcıların çoğunun zararlı bir uygulama olarak düşünmelerinin nedeni bu uygulamanın tam iyi bilinmediği ve adında toksin kelimesinin geçmesi etkili olmuştur. Tıp eğitimi süresine botulinum toksini nin klinik uygulamaları hakkında verilen bilgi kısıtlıdır. Yaygın kullanım alanına sahip botulinum toksin hakkında doğru ve daha fazla bilginin eğitim programı içine koyulmasının uygun olacağı kanaatindeyiz.

**SB-056**

**Meme Küçültme Ameliyatlarında Preoperatif Radyolojik Görüntüleme ve Histopatolojik Bulguların Analizi**

Mehmet Uzuner, Sina Kaderi, Abdullah Çalık, Atacan Emre Koçman, Ayşe Aydan Köse, Yakup Karabağlı, Cengiz Çetin  
*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir*

**Amaç:** Meme küçültme ameliyatları plastik cerrahi kliniklerinde memenin büyüklüğü ile ilişkili semptomları iyileştirmek ve estetik sonuçlar nedeniyle; ayrıca meme kanseri tedavisinden sonra meme simetrisini sağlamak için sıkça uygulanan cerrahi prosedürdür. Meme küçültme ameliyatı, göğüs hacminde bir azalmanın sağlanmasının yanı sıra rezeke edilen göğüs dokusunun histopatolojik incelemesini de mümkün kılar ve böylece herhangi bir şikayet bulunmasa da potansiyel malign ve premalign lezyonları saptamaktadır. Günümüzde meme hastalıklarının görülme oranı giderek artmaktadır. Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserdir ve kanser nedeni ölümlerin önemli bir nedenidir. Bir kadının tüm yaşamı boyunca meme kanseri olma olasılığı %12.56'dır. Sağlık Bakanlığı'nın verileri incelendiğinde ise, Türkiye'de meme kanseri insidansının kadınlar arasında 35/100.000 oranında olduğu görülmektedir. Bu nedenle bir plastik cerrahın, meme küçültme ameliyatı öncesi yapılan incelemede, ameliyat sırasında ve sonrasındaki patoloji raporlarında olası premalign ve malign lezyonlarla karşılaşma olasılığı vardır. Meme kanseri tedavisine erken teşhis ve terapötik yaklaşım bireyin sağlık durumunu ve yaşam kalitesini iyileştirir. Amacımız büyük memelerde bu kadar sık uygulanan cerrahi presedür öncesi klinik ve radyolojik değerlendirme ile histopatolojik bulguların ilişkisi araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmamızda Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD'nda Ocak 2011-Aralık 2016 yılları arasında meme küçültme ameliyatı yapılan hastalar retrospektif olarak analiz edilmiştir. Çalışmaya meme büyüklüğüne bağlı semptomları olan ve estetik amaçlı bilateral meme küçültme ameliyatı olan hastalar dahil edilmiştir. Daha önce meme kanseri öyküsü olan ve mastektomi sonrası kontralateral simetri için meme küçültme ameliyatı yapılan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların preoperatif öykü, fizik muayene ve radyolojik görüntülemesi ve postoperatif histopatolojik bulguları dataylı incelenmiştir. Preoperatif radyolojik görüntülemesi olan hastaların histopatolojik sonuçları ile korelasyonu analiz edilmiştir.

**Bulgular ve Tartışma:** Ortalama yaşları 38.75 (18y-72y) olan 234 hasta çalışmaya alındı. Hastaların hemen tamamına bilateral küçültme mamoplasti ameliyatı yapıldı. Toplam 468 meme incelendi. Hastalar preoperatif

## Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

### 39. Ulusal Kurultayı

radyolojik görüntülemelerinin varlığına göre 2 gruba ayrıldı. Preoperatif görüntülemesi olan 95; görüntülemesi olmayan 139 hasta vardı. Bu 2 grup hastalar kendi içlerinde patoloji sonucuna göre normal parankim, benign meme hastalığı, malign meme hastalığı olanlar olarak 3 alt gruba ayrıldı. Benign meme hastalığı olan hastaların oluşturduğu alt grupta malignite geliştirme riskine göre non-proliferatif meme hastalığı olanlar, atipisiz proliferatif meme hastalığı olanlar ve atipili proliferatif meme hastalığı olan hastalar olarak gruplara ayrıldı. Preoperatif görüntülemesi olmayan grupta patoloji sonucu 35(%25.1) hastada bilateral normal parankim iken; 63(%45.4)'ünde non-proliferatif, 31(%22.3)'inde atipisiz proliferatif, 10(%7.2)'unda atipili proliferatif olmak üzere toplam 104(%74.9) hastada benign meme hastalığı olarak raporlanmıştı. 104 hastanın 76(%73)'sında bilateral aynı bulgular varken; 11(%10.6) hastada tek memede normal parankim, 16(%15.4) hastada tek memede farklı grup lezyonlar vardı. 43(%41.3) hastada da bir memede birden fazla lezyon mevcuttu. En sık gözlenen benign meme hastalığı 99(%35.6) memede tespit edilen fibrozis ve adenozis idi. Bu grupta malign lezyona rastlanmadı. Patoloji sonucu normal parankim gelen hastaların ortalama yaşları 34.5 iken; giderek artan şekilde atipili proliferatif meme hastalığı olanlarda 44,9 olarak hesaplandı. Yaş dağılımı en fazla 79 hastanın olduğu 30-50 yaş arasında idi. 30 yaşından küçük 43 hastanın 27(%62.8)'sinde non-proliferatif lezyon mevcuttu. Estetik amaçla ameliyat olan 99 hastanın 73(%73.7)'ünde normal parankim ve non-proliferatif değişiklikler bulunurken; makromasti semptomları nedeni ile ameliyat olan 40 hastanın 26(%65)'sında vardı. Bu grupta en sık 91(%65.5) hasta ile superomedial pedükül tercih edilmiş olup ortalama spesmen ağırlığı 795.8 g olarak hesaplandı. Çıkarılan spesmen ağırlığı ile patoloji sonucu arasında korelasyon yoktu. Preoperatif görüntülemesi olan grupta 32(%33.7) hastada USG, 21(%22.1) hastada mamografi, 42(%44.2) hastada hem USG hem mamografi raporu mevcuttu. USG preoperatif ortalama 2.9 ay önce çekilmişken; mamografi raporları ortalama 4.5 ay önceye aitti. Patoloji sonucu 23(%24.2) hastada bilateral normal parankim iken; 37(%38.9)'sinde non-proliferatif, 26(%27.5)'sında atipisiz proliferatif, 7(%7.3)'sinde atipili proliferatif olmak üzere 70(%73.7) hastada benign meme hastalığı olarak raporlanmıştı. 70 hastanın 24(%34.3)'ünde bilateral aynı bulgular varken; 3(%4.3) hastada tek memede normal parankim, 13(%18.5) hastada tek memede farklı grup lezyonlar vardı. 32(%45.7) hastada da bir memede birden fazla lezyon mevcuttu. En sık gözlenen benign meme hastalığı 73(%38.4) memede tespit edilen fibrokistik değişiklikler idi. Normal parankim olarak raporlanıp preoperatif USG sonucu olan 38 memenin 34(%89.4)'ünde; benign meme hastalığı olarak raporlanıp preoperatif USG sonucu olan 108 memenin 30(27.7)'unda USG sonucu ve patoloji sonucu korele idi. Normal parankim olarak raporlanıp preoperatif mamografi sonucu olan 34 memenin 20(58.8)'sinde; benign meme hastalığı olarak raporlanıp preoperatif mamografi sonucu olan 85 memenin 11(%12.9)'inde mamografi sonucu ve patoloji sonucu korele idi. Bu durum ameliyat tekniğine bağlı mevcut saptanan lezyonun çıkarılamamasına bağlı olabileceği düşünülmüştür. Bu grupta 1 hastada unilateral, 1 hastada bilateral duktal karsinoma in-situ (DCIS)'ya rastlandı (%2.1). Unilateral DCIS saptanan hastada preoperatif USG raporu korele değilken; bilateral DCIS saptanan hastada preoperatif USG sağ meme patoloji raporu ile korele iken sol meme için değildi. Ancak mamografi raporu sol meme patoloji raporu ile korele iken sağ meme için değildi. Patoloji sonucu normal parankim gelen hastaların ortalama yaşları 42.2 iken; yüksek riskli atipili proliferatif meme hastalığı olanlarda 48 idi. 30 yaşından küçük 16 hastanın hiç birinde atipili benign lezyon yoktu. Hastalar en çok 30-50 yaş aralığındaydı. Meme küçültme ameliyatlarında memenin yüksek riskli lezyonlar yaş ile birlikte artış gösterdiği düşünülebilir. Estetik amaçla ameliyat olan 40 hastanın

29(%72.5)'unda normal parankim ve non-proliferatif değişiklikler bulunurken; makromasti semptomları nedeni ile ameliyat olan 50 hastanın 33(%66)'ünde vardı. Bu grupta en sık 45(%47.3) hasta ile superomedial pedükül tercih edilmiş olup ortalama spesmen ağırlığı 796.7 g olarak hesaplandı. Çıkarılan spesmenin ağırlığı bu grupta da patoloji sonucu ile arasında korelasyon yoktu.

Sonuç: Sonuç olarak preoperatif klinik ve görüntüleme normal olsa da meme küçültme prosedürleri sırasında benign ve/vaya malign meme hastalıklarına rastlanabilir. Ameliyat tekniğinde karar verirken preoperatif görüntülemeye rastlanan lezyonun yeri göz önünde bulundurulmalıdır. Plastik cerrah operasyon sonrası patoloji raporundaki lezyonlara ve tedavi yönetimlerine hakim olmalıdır.

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

**Tablo 1**

|                           |                                 | Preoperatif Radyolojik Görüntülemesi Olmayan Hastalar |                         |                            |                            |          | Preoperatif USG'si Olan Hastalar |                         |                            |                            |          | Preoperatif Mamografisi Olan Hastalar |                                       |                            |                            |          | Preoperatif USG ve Mamografisi Olan Hastalar |                         |                            |                            |          | TOPLAM |
|---------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|----------|----------------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------|----------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|----------|--------|
|                           |                                 | Normal Parankim                                       | Non-Proliferatif Lezyon | Atipik Proliferatif Lezyon | Atipik Proliferatif Lezyon | Karsinom | Normal Parankim                  | Non-Proliferatif Lezyon | Atipik Proliferatif Lezyon | Atipik Proliferatif Lezyon | Karsinom | Normal Parankim                       | Preoperatif Mamografisi Olan Hastalar | Atipik Proliferatif Lezyon | Atipik Proliferatif Lezyon | Karsinom | Normal Parankim                              | Non-Proliferatif Lezyon | Atipik Proliferatif Lezyon | Atipik Proliferatif Lezyon | Karsinom |        |
| Yaş                       | <30y                            | 12                                                    | 27                      | 4                          | 0                          | 0        | 3                                | 5                       | 5                          | 0                          | 0        | 1                                     | 0                                     | 0                          | 0                          | 0        | 1                                            | 1                       | 0                          | 0                          | 0        | 59     |
|                           | 30y-50y                         | 23                                                    | 28                      | 19                         | 9                          | 0        | 3                                | 7                       | 2                          | 1                          | 1        | 3                                     | 5                                     | 4                          | 2                          | 0        | 6                                            | 13                      | 10                         | 1                          | 1        | 138    |
|                           | >50y                            | 0                                                     | 8                       | 8                          | 1                          | 0        | 0                                | 2                       | 2                          | 1                          | 0        | 2                                     | 1                                     | 2                          | 1                          | 0        | 4                                            | 3                       | 1                          | 1                          | 0        | 37     |
|                           | Ortalama Yaş                    | 34.5                                                  | 35.1                    | 43.6                       | 44.9                       | 0        | 31.5                             | 33.4                    | 32.7                       | 49                         | 37       | 45.3                                  | 42.5                                  | 46.8                       | 47.3                       | 0        | 46.3                                         | 39.8                    | 43.2                       | 48                         | 45       | 38.7   |
|                           |                                 |                                                       |                         |                            |                            |          |                                  |                         |                            |                            |          |                                       |                                       |                            |                            |          |                                              |                         |                            |                            |          |        |
| Ameliyat Nedeni           | Makromastiyeye Bağlı Semptomlar | 6                                                     | 19                      | 11                         | 4                          | 0        | 2                                | 6                       | 4                          | 2                          | 0        | 4                                     | 3                                     | 3                          | 1                          | 0        | 8                                            | 12                      | 6                          | 2                          | 0        | 93     |
|                           | Estetik                         | 29                                                    | 44                      | 20                         | 6                          | 0        | 4                                | 8                       | 5                          | 0                          | 1        | 2                                     | 3                                     | 3                          | 2                          | 0        | 3                                            | 5                       | 5                          | 0                          | 1        | 141    |
| Pedikül Seçimi            | Superomedial                    | 28                                                    | 42                      | 18                         | 3                          | 0        | 5                                | 3                       | 4                          | 0                          | 1        | 1                                     | 4                                     | 4                          | 2                          | 0        | 5                                            | 8                       | 7                          | 2                          | 1        | 138    |
|                           | Santral                         | 4                                                     | 7                       | 2                          | 0                          | 0        | 0                                | 0                       | 0                          | 0                          | 0        | 0                                     | 1                                     | 0                          | 0                          | 0        | 0                                            | 0                       | 0                          | 0                          | 0        | 14     |
|                           | Superior                        | 1                                                     | 3                       | 6                          | 4                          | 0        | 0                                | 2                       | 0                          | 0                          | 0        | 1                                     | 0                                     | 0                          | 0                          | 0        | 1                                            | 1                       | 0                          | 0                          | 0        | 19     |
|                           | İnferior                        | 2                                                     | 6                       | 4                          | 3                          | 0        | 1                                | 8                       | 5                          | 1                          | 0        | 2                                     | 1                                     | 1                          | 1                          | 0        | 3                                            | 4                       | 1                          | 0                          | 0        | 43     |
|                           | Free Nipple                     | 0                                                     | 4                       | 2                          | 0                          | 0        | 0                                | 1                       | 0                          | 1                          | 0        | 1                                     | 0                                     | 1                          | 0                          | 0        | 2                                            | 2                       | 1                          | 0                          | 0        | 15     |
|                           | Superoposterior                 | 0                                                     | 1                       | 0                          | 0                          | 0        | 0                                | 0                       | 0                          | 0                          | 0        | 1                                     | 0                                     | 0                          | 0                          | 0        | 0                                            | 2                       | 2                          | 0                          | 0        | 6      |
|                           |                                 |                                                       |                         |                            |                            |          |                                  |                         |                            |                            |          |                                       |                                       |                            |                            |          |                                              |                         |                            |                            |          |        |
| Ortalama Spesmen Ağırlığı |                                 | 785.5 g                                               | 804.4 g                 | 825 g                      | 604.7 g                    | 0        | 734.8 g                          | 873.1 g                 | 698.9 g                    | 1406.5 g                   | 267.5 g  | 599.4 g                               | 794.5 g                               | 909.7 g                    | 552.6                      | 0        | 796.5 g                                      | 911.6 g                 | 748.3 g                    | 990.2 g                    | 863.5 g  | 803 g  |

*Preoperatif Radyolojik Görüntüleme ve Patoloji Sonucuna Göre Hasta Dağılımı*

## SB-057 Subsiliyer Yaklaşım Modifikasyonlarının Komplikasyon Oranlarının Karşılaştırılması

Osman Kelahmetoğlu<sup>1</sup>, Mustafa Ünal<sup>1</sup>,  
İsmail Melih Kuzu<sup>1</sup>, Çağlayan Yağmur<sup>2</sup>,  
Kemalettin Yıldız<sup>1</sup>, Mustafa Ekrem Güleş<sup>1</sup>,  
Ethem Güneren<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun

**Giriş:** Subsiliyer insizyon ilk olarak 1944'de Converse tarafından tanımlanmıştır. Genellikle travmatik blow-out yaralanmaları, infraorbital rim ve orbitozygomatik kırıklar gibi yüz kırıklarında kullanıldı. Ayrıca alt göz kapağının estetik ameliyatlarında da kullanılmıştır. Tarihsel olarak, iki alt tip kullanıldı. Bunlar; sadece cilt flebi ve cilt-kas flebi. Öncelikle sadece cilt flebi kullanılmıştır ve bu tip de cilt nekrozu ve ektropiyon riski yüksek bulunmuştur (Wray ve ark, 1977). Cilt-kas flebinde cilt orbicularis oculi kası bulunur ve diseksiyon orbicularis oculi kasının derininde infraorbital rime kadar devam eder. Cilt-kas flebinin olağanüstü modifikasyonu basamaklı yaklaşımdır (Rohrich ve ark, 2003). Bu yaklaşımda subsilier insizyon, birkaç milimetre cilt flebi kaldırılması ve daha sonra kasın ayrılması vardır. (resim 1) Transkutanöz, transkonjunktival, subsiliyer ve subarsal yaklaşımları karşılaştıran birçok makale ve inceleme vardır. Literatürde subsiliyer yaklaşım

modifikasyonları olan sadece cilt flebi ve basamaklı deri-kas flebini karşılaştıran bir adet çalışma mevcuttur. (Ozakpınar et al.,2015) Fakat subsilier insizyonun tüm modifikasyonlarını karşılaştıran bir çalışma yoktur. Biz bu çalışmamızda subsilier yaklaşım modifikasyonlarına ait sonuçlarımızı analiz etmeye çalıştık.

**Gereç ve Yöntemler:** Sistematik bir inceleme ve Pubmed'deki İngilizce literatürde "subciliary approach" and "subciliary incision" kelimeleri arandı. Retrospektif, prospektif ve vaka serileri incelendi. Subsilier yaklaşım çeşitlerini ve cerrahi tekniğe bağlı komplikasyon oranları hakkında bilgi içeren çalışmalar dahil edildi.

**Bulgular:** PUBMED arama motorunda 1950 ve 2016 yılları arasında arama gerçekleştirildi. Bu çalışma için toplam 35 makaleye erişildi. Bu makalelerden subsiliyer yaklaşımın alt tipleri ve komplikasyon oranlarını içeren 14'ü ayrıntılı olarak incelendi. Makaleler, lagoftalmos, geçici / kalıcı ektropiyon, skleral show, gözle görülür skar ve entropion gibi komplikasyonlar hakkında alt siliyer insizyonun alt tipine göre değerlendirildi.(Tablo1)

**Tartışma-Sonuç:** Subsiliyer yaklaşım, blefaroplastide, maksillofasial kırık onarımında, ekstrenal dacriosistorinostomide, maksillektomide (Goyal ve ark., 2011), nazal kemik redüksiyonunda) kullanılabilir. Literatürde skleral show ve ektropiyonun benzerlikleri ve farklılıkları sıklıkla araştırılmaktadır (Loeb, 1989). Her ikisi de kas tonus kaybından veya orbikularis okuli kası ve çevresindeki yumuşak doku arasındaki skar dokusundan kaynaklanır. Bazı yazarlar ektropiyonun kapak eversiyonlu şiddetli bir skleral show olduğuna inanır. (Bähr et al., 1992). Ektropion ve skleral show'u önlemek için, birçok yazar

(Converse, 1981; Manson ve ark., 1987; Loeb, 1989) alt göz kapağı tonusunu korumak amaçlı orbikülaris okuli kasının pretarsal kısmını korumayı önerdi. Bu basamaklı yaklaşım ile subsiliyer insizyonda bir kas bandının korunması ve göz kapağının skarlaşmasının azalmasıyla, dolayısıyla kas tonus kaybının, skleral şovun, ektropiyonun ve lagofthalmusun önlenmesi sağlanır. Ayrıca Hwang ve ark. (2016) basamaklı deri-kas fleplerinin kırışmayı azaltma etkisi ve iyi fonksiyonel sonuçları olduğunu belirtti, bu nedenle blow-out veya zigomatik kırıklarda transkonjonktival yaklaşım yerine subliyer yaklaşımı tercih ettiler.

**Skleral Show:** Erken post-operatif dönemde skleral show yaygındır ve geçici olabilir. Liapakis ve ark.(2014) tear-through deformitesi nedeniyle opere edilen 35 hastanın 7'sinde(% 20) skleral show izledi, ancak herhangi bir cerrahi müdahale yapılmaksızın 6 aylık periyotta geriledi. Raschke ve ark. (2013) zigomatikomaksiller kompleks kırığı onarımı sonrasında 92 hastadan oluşan bir seriye sahipti ve 9 aylık takipte 21 hastada (% 23) skleral show izlemekteydi. Benzer şekilde Bähr ve ark. (1992) serilerinde % 18.8 oranında skleral show bildirmiştir. Heckler ve ark. (1983) 154 hastada % 6 oranında geçici skleral show raporlamıştır. Sadece cilt flebi ve cilt-kas flebi tekniği arasındaki bir karşılaştırmayı bildiren tek çalışmada kapak eversiyon oranı olmadan skleral show sırasıyla %46 ve %7 oranında olduğunu ortaya koymuştur.(Özakpınar ve ark., 2015).

**Ektropiyon:** Postoperatif ektropiyon, alttaki göz kapağının anterior lamelinin skarlaşmasına bağlıdır. Geçici/kalıcı ektropiyon, subsiliyer yaklaşımdan sonra en sık görülen komplikasyondur. Genellikle geçici ektropiyon olup, konvansiyonel yara izleme ve masaj ile 6 ay içinde ameliyat gerektirmeden düzelir. Özellikle sadece cilt flebi kaldırılan subsiliyer yaklaşım % 42 gibi yüksek bir ektropiyon oranı ile ilişkilendirilmiştir.(Wray et al, 1977), Oysa cilt-kas flebi yaklaşımında hem geçici hem de kalıcı ektropiyon oranları önemli ölçüde düşük bulunmuştur. Özakpınar ve ark. 2015'de sadece cilt flebi tekniği ile opere edilen hastaların% 20'sinde ektropiyon oluşurken, cilt-kas flebi tekniği ile opere edilen hastalarda 1 yıl sonunda hiç ektropiyon gözlenmediğini yayınladı. Pausch ve ark. 2016'da, cilt-kas flebi ile subsiliyer yaklaşımı olan 225 hastada altı aylık izlem sonrasında 12'sinde (% 5.3) geçici ve 225 hastanın 8'inde (% 3.6) kalıcı ektropiyon bildirdiler. Basamaklı deri-kas flebi yaklaşımı ile rapor edilen ektropiyon oranları% 12 (Appling ve ark., 1993) ile % 6.3 (Bähr ve ark., 1992) arasında değişmektedir. Diğer serilerde basamaklı deri-kas flebi ile gelişen ektropiyon yoktu (De Riu ve ark., 2008; Liapakis ve diğerleri, 2014; Sevim ve ark., 2014; Hwang ve ark., 2016). Çoğu ciddi vakada, önemli skar oluşumu, göz kapağı retraksiyonuna neden olabilir. Gosau ve ark. (2011) alt siliyer kesi ile ameliyat edilen 13 hastanın 5'inde (% 38.5) ameliyat sonrası alt kapak retraksiyonunun geliştiğini bildirmiş; ve bunların 3 tanesinde skar eksizyonu ve tam kalınlıkta deri grefti gerektirmiş.

**Lagofthalmus:** Lagofthalmus sadece 1 makalede bildirilmiş. De Riu ve ark. (2008) basamaklı kas-deri flebi yaklaşımı ile 23 hastayı ameliyat etti ve bir yıllık takipten sonra beş hastada (% 22), oküler rahatsızlık veya lokal göz belirtileri olmaksızın lagofthalmos gelişti ve ortalama skleral açıklık 0.80 mm idi.

**Entropiyon:** Subsiliyer yaklaşımı içeren çalışmaların hiçbir entropiyon içermiyordu. Bir komplikasyon olarak entropiyon genellikle transkonjonktival yaklaşım ile ilişkilidir (Salgarelli ve ark., 2010; Giraddi ve Syed, 2012).

**Görülebilir Skar:** Subsiliyer insizyon sonrası oluşan skar; görülebilir skar ve hipertrofik skar olarak sınıflandırılabilir. Yaşlı hastalarda gözle görülür skar oluşumu, gevşek ve

buruşmuş cilt nedeniyle yaygın değildir. Bununla birlikte, genç nüfusta gözle görülür skar oluşumu muhtemelen cilt türüne bağlı olarak ortaya çıkabilir. De Riu ve ark. (2008), 23 hastanın 10'ununda (% 44) görülebilir skar bulunduğunu bildirmiştir. Salgarelli ve ark. (2010), subsiliyer insizyon ile tedavi edilen 219 hastanın 38'inde (% 17.5) gelişen, görünür, hipertrofik olmayan bir skar bildirdi. Özakpınar ve ark. (2015), deri-kas flebi ile sadece cilt flebinin skar değerlerini sırasıyla %2 ve %40 olarak buldu. Hipertrofik skar oluşumu çok yakın izlem ve skar yönetimi gerektirir. Ridgway ve ark. (2009) 56 hastanın 2'sinde hipertrofik skar oluşumu bildirmiştir. Alt siliyer kesi ile alt göz kapağı ve orta yüz iskeletine yönelik üç yaklaşım vardır. Bizim bilgimize ve araştırmamıza göre, sadece deri flebi ile olan yaklaşım alt göz kapağı malpozisyonu, skleral show ve ektropiyon gibi komplikasyonlara yüksek oranda sahiptir. Ancak, basamaksız ve basamaklı kas-deri flebi arasında birinin diğerine göre daha üstün olduğu açıkça gösterilememiştir. Birçok faktör dikkate alınmalı ve optimal yaklaşım seçilmelidir.

#### Resim1



Kırmızı: Kas-deri Mavi: Basamaklı Kas-deri Mor: deri Yeşil:Subtarsal Siyah: infraorbital insizyon

#### SB-058

#### Pediyatrik Mandibula Distraksiyon Osteogenez Deneyimlerimiz

**Bilsev İnce,** İlker Uyar, Mehmet Dadacı  
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

**Giriş:** Distraksiyon osteogenezis (DO) işlemi cerrahi bir kırık oluşturularak kemik segmentlerinin birbirinden yavaş yavaş uzaklaştırılması ve aradaki boşlukta yeni kemik oluşması prensibine dayanır. DO, kemik segmentlerine germe kuvveti uygulandığı zaman başlar (1-5).

Tekniğin temel özelliği, DO ile elde edilen kemik dokusu rejenerasyonuna ek olarak damar, sinir, kas, deri, mukoz, fasya, ligamanlar, kırıkta ve periost gibi yumuşak

dokularda da eş zamanlı oluşan değişikliklerdir. Yumuşak dokularda germe kuvvetlerine sekonder olarak oluşan bu adaptif değişiklikler distraksiyon histogenezi (DH) olarak isimlendirilir (6-9).

Bu çalışmada mandibulada DO uygulanan hastaların sonuçlarını paylaşarak, tekniğin insizyon yeri, distraktör yöntemi ve komplikasyonlar açısından tartışılması amaçlandı.

**Gereç - Yöntem:** 2013-2017 yılları arasında mandibula DO yapılan hastalar çalışmaya alındı. Tüm hastalara genel anestezi altında opere edildi. Subperiosteal diseksiyonla mandibula angulus, korpus ve ramus internal distraktör cihazının plaklarının yerleştirileceği alan diseke edildi. Plaklar diş tomurcuklarına zarar vermeyecek şekilde vidalar bikortikal olacak şekilde sabitlendi. Bu kesinin lingual kısmı subperiosteal olarak diseke edildi. Osteotom yardımı ile diş korteks kesildi. İnferior alveolar sinir korunarak iç korteks inferior ve superiordan kesildi. İnferior alveolar sinir bölgesi kırılarak ayrıldı. Distraktörün uzatma aygıtı takıldı. Distraktörün çevirme aygıtı takıldı ve ciltten çıkarıldı. Cilt altı ve cilt uygun şekilde suture edildi. Uzatma işlemine yenidoğan bebekte solunum problemi olduğu için operasyondan 2 gün sonra diğer hastalarda ise cerrahiden 10 gün sonra başlandı. Tüm hastalarda günde 1 mm uzama olacak şekilde çevirme uygulandı.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan 6 hastanın (2 erkek, 4 kadın) yaş ortalaması 3.5 (20 gün-10 yaş), ortalama takip süresi 13 (6-24) aydı. DO 5 hastada tek taraflı, 1 hastada iki taraflı yapıldı. Uzama 1 hastada sadece ramus, diğer hastaların tamamında corpus ve/veya ramusta yapıldı. Hastaların 5'inde hemifasiyal hipoplazi, 1'inde Pierre Robin sendromu mevcuttu. Hiçbir hastada sinir hasarı görülmedi. Tüm hastalarda DO uygulaması sonrası ilk iki ay içinde antibiyoterapi kullanmasını gerektirecek enfeksiyon tablosu gelişti. Eksternal distraktör kullanılan bir hastada distraktör uzatma periyodu bitiminden 20 gün sonra kemikten çıktı. Ancak hastada herhangi bir problem oluşmadı.

**Tartışma:** DO endikasyonları oldukça geniştir. Çeşitli kraniyofasial, dentofasial ve dentoalveoler deformitelerin tedavisinde kullanılabilmektedir (10).

DO, intraoral ya da ekstraoral yöntemle uygulanabilir. Ekstraoral yöntemde daha az diseksiyona ihtiyaç duyulması bir avantajdır. Sadece kemik kesi hattı diseke edilir. Pinler perkutanöz geçilerek ön ve arka kemik segmentlerine sabitlenir. Ciltte daha fazla skar kalması ve pinlerin yerinden çıkabilmesi ise yöntemin dezavantajıdır. Distraktör hastanın hareketlerini kısıtlar, özenle korunmalıdır.

İntraoral distraktörlerin takılması için daha geniş kemik alanlarının diseke edilmesi gerekir. Yerinden çıkma komplikasyonu daha azdır. Cilt altında yerleştiği için enfeksiyon gelişme ihtimali daha düşüktür.

Mandibulada distraksiyon osteogenezi sonrasında hava yolu problemi azaldığı gibi beslenmenin de olumlu etkilendiği bildirilmiştir. Mandibula öne doğru ilerleyince onu takip eden dil kasları yutmayı kolaylaştıracak şekilde adaptasyon geliştirirler (11).

Çocuklarda hem intraoral hem de ekstraoral distraktör uygulamalarında enfeksiyon tablosu sık görülmektedir. Bunun sebebinin çocukların özbakımının yetersiz olması olduğunu düşünüyoruz. Çalışmamızda distraktörü ekstraoral kesiyle internal distraktör şeklinde uygulamanın daha kolay, daha güvenli ve daha kalıcı olduğunu belirledik.

#### KAYNAKLAR

1. Lynch SE GR, Marx RE, Samchukov ML, Cherkashin AM, Cope JB. Distraction osteogenesis: history and

biologic basis of new bone formation. Tissue engineering: applications in maxillofacial surgery and periodontics. Quintessence Carol Stream. 1998;65-9

2. Codivilla A. On the means of lengthening, in the lower limbs, the muscles and tissues which are shortened through deformity. 1904. Clin Orthop Relat Res 1994;4-9

3. Abbott LC, Saunders JB. The Operative Lengthening of the Tibia and Fibula: A Preliminary Report on the Further Development of the Principles and Technic. Ann Surg 1939;110:961-991

4. Ilizarov GA. The principles of the Ilizarov method. Bull Hosp Jt Dis Orthop Inst 1988;48:1-11

5. Ilizarov GA. The tension-stress effect on the genesis and growth of tissues. Part I. The influence of stability of fixation and soft-tissue preservation. Clin Orthop Relat Res 1989;249-281

6. Cope JB, Samchukov ML, Cherkashin AM. Mandibular distraction osteogenesis: a historic perspective and future directions. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1999;115:448-460

7. Honig JF, Grohmann UA, Merten HA. Facial bone distraction osteogenesis for correction of malocclusion: a more than 70-year-old concept in craniofacial surgery. Plast Reconstr Surg 2002;109:41-44

8. Snyder CC, Levine GA, Swanson HM, ve ark. Mandibular lengthening by gradual distraction. Preliminary report. Plast Reconstr Surg 1973;51:506-508

9. McCarthy JG, Schreiber J, Karp N, ve ark. Lengthening the human mandible by gradual distraction. Plast Reconstr Surg 1992;89:1-8

10. Swennen G, Schliephake H, Dempf R, ve ark. Craniofacial distraction osteogenesis: a review of the literature: Part 1: clinical studies. Int J Oral Maxillofac Surg 2001;30:89-103

11. Denny A., Kalantarian B., Mandibular distraction in neonates: 11. a strategy to avoid tracheostomy Plast Reconstr Surg 2002; 109(3):896-904.

#### SB-059

#### Koronal İnsizyonun Bir Komplikasyonu Olarak Temporal Depresyonu Engellemede Suprafasyal Diseksiyonun Rolü

Şeyda Güray Evin, Ahmet Bilirer, Osman Akdağ, Mehtap Karamiş, Zekeriya Tosun  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Konya

**Giriş:** Temporal depresyon, temporal bölgedeki cerrahi diseksiyonlar sonrası meydana gelebilecek yaygın bir komplikasyondur. Klinik olarak kaşın ve alnın superolateralinde depresyon ile kendini gösterir.(1) Etiyolojisi temporal bölgenin devaskülarizasyonu, denervasyonu, temporal yağ ya da kas dokusunda hasar gibi faktörler rol oynamaktadır. Özellikle unikoronar kraniosinostozlar, metopik suture sinostozu, temporal kraniotomilerde bu komplikasyondan kaçınmak için farklı diseksiyon yöntemleri ve çözümler geliştirilmiştir. Zigomatik ark kırıklarının onarımları için de bu bölgede birçok diseksiyon yöntemi tanımlanmış olup hangisinin en az oranda iatrojenik yumuşak doku hasarına neden olduğu ya da fasial sinirin frontal dalını en iyi şekilde koruduğu konusunda bir fikir birliği yoktur. Biz bu çalışmada zigomatik ark kırık onarımında kullanılan diseksiyon yöntemlerinden biri olan suprafasyal diseksiyonun temporal depresyon oluşturma olasılığını ve nedenlerini hastalarımız üzerinde inceledik ve sonuçlarımızı sunduk.

**Gereç ve Yöntem:** 2009 ile 2016 yılları arasında kliniğimizde zigomatik ark fraktürü nedeniyle opere edilen

20 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; izole ya da kompleks tek taraflı zigomatik ark fraktürünün bulunması, operasyonun unikoronar insizyon kullanılarak açık teknik ile yapılması, ve temporal depresyon oluşması için geçmesi gereken azami sürenin takiplerde tamamlanmış olmasıydı. Endoskopik yöntemle opere edilen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Tüm hastalara suprafasial plan kullanılarak temporal bölge diseksiyonu yapıldı. Temporal hollowing oluşması için geçecek azami süre en az 6 ay olarak belirlendi.(6) Hastalar en erken 6 ay sonra kontrole çağırıldı. Temporal bölgeyi değerlendirmek üzere maksillofasial tomografileri çekildi. Bu tomografiler üzerinden Steinbacher ve arkadaşlarının unilateral sinostoz sonrası temporal depresyonu değerlendirmek amacıyla kullandıkları yöntem kullanıldı. Bu yöntemde göre 4 ölçüm yapıldı. İlk ölçümde pterion belirlenerek üzerindeki yumuşak dokunun kalınlığı ölçüldü, 2. ölçümde orbital tavan lateralinde kalan tüm yumuşak dokunun kalınlığı ölçüldü, 3. ölçümde helix'e bitişik yumuşak doku ölçüldü ve son ölçümde Mimics (Materialise Interactive Medical Image Control System Software, Materialise, Belgium) programı üzerinde sadece yağ dokular işaretlenerek elde edilen görüntülerden temporal yağ dokularının (fat pad) kalınlığı ölçüldü. (Fig1) Tüm ölçümler sağlam taraf ile kıyaslandı.

**Bulgular:** 20 hastanın 16'sı erkek 4'ü kadındı. Ortalama yaşları 36.7 (23-51) idi. Takip süresi ortalama 36 ay (72-12 ay) idi. 11 Hastada tek başına sağ, 9 hastada tek başına sol zigomatik ark fraktürü mevcuttu. Cerrahi sonrası hiçbir hastada majör komplikasyon gelişmedi. Takipler sırasında hastalarda kalıcı olmuş olan frontal dal hasarı gözlenmedi. SPSS programının 17.0 sürümünde (SPSS, Inc, Chicago, USA) bağımsız iki örnek T testi kullanılarak elde edilen P değerleri sırası ile 1. ölçüm için 0,112; 2. ölçüm için 0,188; 3. ölçüm için 0,967; 4. ölçüm için 0,397 olup tüm ölçümlerde  $P > 0,05$  olduğundan diseksiyon yapılan ve yapılmayan taraflar arasında yumuşak doku rezervi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

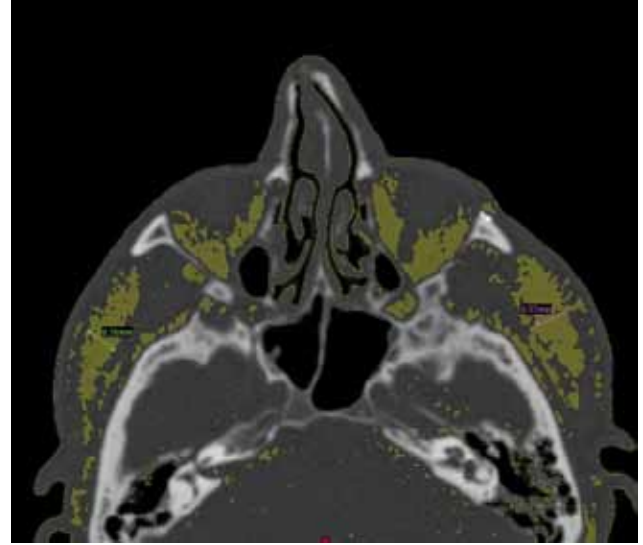
**Tartışma:** Temporal depresyon mekanizması ve oluşum şekli henüz net olmayan fakat temporal bölge cerrahilerinden sonra sıkça karşımıza çıkan bir komplikasyondur. Etiyolojisinde direk temporal kas hasarı, kan dolaşımına zarar verilerek meydana getirilen kas atrofisi, kas denervasyonu, özellikle yeniden asma teknikleri sonucunda meydana gelen yetersiz kas gerilimi gibi faktörler öne sürülürken, bunun kemik kaynaklı ya da yağ dokular kaynaklı olduğu da düşünülmektedir.(2,3) Zigomatik ark kırıklarının onarımı için koronal insizyon 4 farklı plandan yapılabilmektedir. Suprafasial planda derin temporal fasyanın yüzeyel tabakası boyunca diseksiyon yapılmaktadır. Subfasial diseksiyonda derin temporal fasyanın yüzeyel yaprağı geçilerek intermediate yağ dokusu üzerinden diseksiyon işlemi yapılır. 3. diseksiyon planı derin plan olup subfasial plandaki gibi intermediate temporal yağ doku üzerine düşülür fakat içine doğru daha derin diseksiyon yapılır. Son olarak supratemporal diseksiyonda derin temporal fasyanın derin yaprağının altından diseksiyon işlemi yapılır. Bu plan özellikle temporal kemik ile ilgili cerrahilerin yapılmasına olanak sağlar. Bazı otörler tarafından da yağ dokular üzerinde hiçbir diseksiyon yapılmadığından ve frontal dal tamamen korunduğundan dolayı oldukça güvenilir bulunmaktadır.(1) Öte yandan subfasial ve derin diseksiyon özellikle intermediate yağ doku ve bunu besleyen middle temporal artere hasar verebileceğinden oldukça riskli kabul edilir. Zira temporal bölgede kaybı ile depresyona en çok neden olan tabakanın intermediate yağ doku olduğu düşünülmektedir.(2) Suprafasial diseksiyon temporal depresyon açısından derin ve subfasyale göre daha az risk taşımaktadır. Yine de %51 oranında orta derecede temporal depresyon görülmeye ihtimali üzerinde durulmuştur. Buna neden olan mekanizmalar arasında yüzeyel temporal yağ dokuya zarar

verilmesi ve diseksiyon bu yağ doku boyunca derinleştirilirse frontal dal hasarının da oluşabilmesidir. Genellikle orta dereceli olmasının sebebi ise yüzeyel temporal yağ dokunun diğer tabakalara göre temporal kemik üzerindeki yumuşak doku rezervine daha az katkıda bulunuyor olmasıdır.(4) Bizim hastalarımızda bu oran literatüre göre daha düşük bulunmuş olup, zigomatik ark kırık onarımında suprafasial planın temporal depresyondan kaçınmak için güvenilir bir diseksiyon planı olduğunu düşünmekteyiz.

#### Referanslar:

1. Derek M. Steinbacher, Jason Wink, Scott P. Bartlett, Temporal Hollowing following Surgical Correction of Uniconoral Synostosis, Plastic and Reconstructive Surgery July 2011, Volume 128, Number 1
2. Elbert E. Vaca, Chad A. Purnell, Arun K. Gosain, Mohammed S. Alghoul, Postoperative temporal hollowing: Is there a surgical approach that prevents this complication? A systematic review and anatomic illustration, Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2017) 70, 401e415
3. Kadri PA, Al-Mefty O. The anatomical basis for surgical preservation of temporal muscle. J Neurosurg. 2004;100:517-522.
4. Matic DB, Kim S. Temporal hollowing following coronal incision: a prospective, randomized, controlled trial. Plast Reconstr Surg 2008;121:379e85e

#### Temporal yağ doku kalınlıklarının Mimics programı üzerinde ölçümü



**SB-060****Tek Taraflı Zigomatik Ark Kırıklarında Ayna Görüntüleme İle Preoperatif Titanyum Plak Şekillendirme**

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

**Giriş:** İzole zigomatik ark fraktürleri zigomatikomaksiller kompleks yaralanmalarının %5-10 unu oluşturur. (1) Malar fraktürlerin eşlik etmediği izole zigomatik ark kırıklarında bazen kısıtlanmış ağız açıklığı görülebilen başka bir semptom olan fasial kollaps erken dönemde doku ödemi tarafından gizlenebilmektedir. Bu sebeple onarımı yapılmış zigomatik ark kırıklarında fasial formun yeniden sağlandığının gösterilmesi zor olabilmektedir. (2) Preoperatif 3 boyutlu planlamanın yaygın olarak kullanıldığı günümüzde, bu alan zigomatik ark kırıklarında da cerrahiye kolaylaştırıcı bir faktör olarak yerini almıştır. Bu çalışmanın amacı izole zigomatik ark kırıklarında sağlam zigomanın ayna görüntüsü kullanılarak hazırlanan titanyum plakların cerrahide kullanımını vaka örnekleri üzerinden anlatmaktır.

**Gereç Ve Yöntem:** Nisan 2013-Ocak 2016 tarihleri arasında zigomatik ark fraktürü ile kliniğimize başvuran 8 hasta preauriküler endoskopik yaklaşımla opere edildi. (Tablo 1). Hastaların endoskopik yaklaşım kullanılarak opere edilme endikasyonları; izole zigoma fraktürünün olması ve zigomatik arkta rigid fiksasyon gerektirecek şekilde çok parçalı fraktür bulunmasıydı. Operasyon öncesi 3 boyutlu maksillofasyal tomografi çekilerek kırığın şekli ve komponentleri belirlendi. Hastaların eski fotoğrafları üzerinden bir değerlendirme yapılarak olası bir eski fasial asimetri ekarte edildi. Hastalara çekilen 3 boyutlu tomograflardan elde edilen dicom verileri simplant programına (Materialise Dental, Leuven, Belgium) aktarıldı. Bundan sonra ayna görüntüsü elde edilerek bunun üzerinden preoperatif plak hazırlama işlemi 2 yolla yapıldı. 1. yöntemde sağlam zigomatikomalar bölgeyi kapsayan izole bir bölgenin ayna görüntüsü elde edildi. Plak hazırlama işlemi bu kılavuz üzerinden yapıldı. 2. yöntemde sağlam zigomanın ayna görüntüsü program üzerinde elde edildi ilk yöntemden farklı olarak yazdırılmadan program içinde buna uygun plak şekillendirme işlemi yapıldı. İskelet değil şekillendirilen plak yazdırıldı ve preoperatif titanyum plak şekillendirme işleminde bu, kılavuz olarak kullanıldı.(Fig1) Şekillendirdiğimiz titanyum plaklar operasyon sırasında kullanılmak üzere steril edildi.

**Bulgular:** 7 erkek 1 kadın hasta endoskopik yaklaşımla opere edildi. Ortalama yaş 33.6 olarak belirlendi(16-64) Etiyolojik ajan 3 hastada trafik kazası, 3 hastada fiziksel saldırı, 2 hastada ise düşmeydi. Tüm hastalarda travma alanına lokalize ödem ve ekimotik görünüm mevcuttu. Ortalama operasyon süreleri 3 saat olarak belirlendi. İntraoperatif dönemde hiçbir hastada majör bir komplikasyon görülmedi. Hem postoperatif erken dönemde hem de geç dönemde ( en erken 6. ayda olacak şekilde) ile onarımı yapılmış zigomatik arkın diğer taraf ile simetrisi gösterildi.

**Tartışma:** Son yıllarda tıbbi görüntülemenin hızlı üretim teknikleri ile kombine edilmesi maksillofasyal cerrahi alanında önemli gelişmelerin yolunu açmıştır. Özellikle 3D tomograflardan elde edilen verilerin bireysel tasarımlara izin veren programlara aktarılabilmesi ile konvansiyonel cerrahinin birçok dezavantajını ortadan kaldırmıştır. (6) Kemik yapıların ayna görüntüleri üzerinden yapılan planlamalar bu programların kullanım alanlarından birini oluşturmaktadır. Daha önce yapılmış çalışmalarda mandibulanın, kulağın, hemifasyal tüm kemik yapıların

ayna görüntüleri üzerinden cerrahi planlamalar yapılmıştır. (2,3,4,5) Bizim hastalarımız izole zigomatik ark fraktürü olduğundan yalnızca zigomatikomalar bölgenin ayna görüntüsünün eldesi yeterli olurken daha kompleks maksillofasyal yaralanmalarda Feng ve arkadaşlarının kullandığı yöntemde olduğu gibi tüm sağlam hemifasyal bölgenin ayna görüntüsü elde edilerek de kullanılabilir. Zigoma farklı bir 3 boyutlu yapıya sahiptir. Zigomatik ark zigomanın fasial projeksiyona katkı sağlayan en önemli parçasıdır. Fakat maksilla ya da mandibuladakinin aksine zigomatik ark kırıklarının etkin onarımını gösteren okluzyona benzer bir faktör bulunmamaktadır. Etkin onarımın en önemli göstergesi fasial projeksiyonun simetrik şekilde yeniden sağlanmasıdır. Biz bu çalışmada zigomatik ark kırıklarının onarmada cerrahi işlemin doğruluğunu artırmak ve fasial projeksiyonu en simetrik şekilde yeniden sağlamak için ayna görüntülemeyi zigomatik arkı içine alacak çeşitli anatomik bölgelerde uygulayarak gerçekleştirdik. Operasyon süresini oldukça kısaltıyor olması maliyetinin düşük olması ve fasial formun yeniden yeterli biçimde sağlanabilmesi gibi faktörleri göz önünde bulundurarak ayna görüntüleme ve preoperatif plak şekillendirmenin zigomatik ark kırıklarında kullanılabilecek en güncel tedavi seçeneği olduğunu düşünmekteyiz.

**Referanslar**

1. Xie L, Shao Y, Hu Y, Li H, Gao L, Hu H, Modification of surgical technique in isolated zygomatic arch fracture repair; seven case studies, Int J Oral Maxillofac Surg. 2009;38:1096-1100
2. Lee J.W., Fang J.J., Chang L.R., and Yu C.K.: Mandibular defect reconstruction with the help of mirror imaging coupled with laser stereolithographic modeling technique. J Formos Med Assoc 2007; 106: pp. 244-250
3. Zhou L.B., He L.S., Shang H.T., Liu G.C., Zhao J.L., and Liu Y.P.: Correction of hemifacial microsomia with the help of mirror imaging and a rapid prototyping technique: case report. Br J Oral Maxillofac Surg 2009; 47: pp. 486-488
4. Al Mardini M., Ercoli C., and Graser G.N.: A technique to produce a mirror-image wax pattern of an ear using rapid prototyping technology
5. Fan Feng, Hang Wang, Xiaoguang Guan, Weidong Tian, Mirror imaging and preshaped titanium plates in the treatment of unilateral malar and zygomatic arch fractures, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011;112:188-194
6. Sekou Singare, Li Dichen, Lu Bingheng, Liu Yanpu, Gong Zhenyu et al, Design and fabrication of custom mandible titanium tray based on rapid prototyping, Medical Engineering & Physics 26 (2004) 671-676

**Fig1**

**SB-061****Nörokranium Rekonstrüksiyonunda El Yapımı ve Kişiyeye Özel Olarak İmal Edilmiş Titanyum İmplantların Kullanımı: 4 Olguluk Seri**

Yalçın Yontar

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

**Giriş:** Bu olgu serisinde, kişiyeye özel olarak imal edilen titanyum implantlar ile nörokranium rekonstrüksiyonu yapılan dört olguya ait klinik bulguların, postoperatif sonuçların ve cerrahi tecrübelerin aktarılması amaçlanmıştır. İmplantlar, hastalara ait birebir boyutlardaki üç boyutlu çıktılarının üzerinde titanyum meş plakalardan el yapımı ile imal edilmiştir.

**Olgular:**

**Olgular 1:** Yedi yıl önce frontal kraniyotomi vasıtasıyla frontal lobtan tümör eksizyonu gerçekleştirilen ve postoperatif dönemde 6.9 x 7 cm'lik kraniyotomi sahasında yer yer çökme ve osteolizis gözlenen 40 yaşındaki bayan hastada el yapımı titanyum implant ile frontal kemik defektinin onarımı yapıldı. Meş plaka ve frontal kemik arasında kalan boşluğa iliak kemikten elde edilen kansellöz kemik greftleri konuldu. Ayrıca, meş plakanın sol temporal bölge komşuluğunda kalan bölümünün üzerine derin temporal fasyadan alınan fasyal greft konuldu. On yedi ay takip edilen hastada postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı (Şekil 1).

**Olgular 2:** Bir yıl önce geçirmiş olduğu araç içi trafik kazası sonrasında sağ heminörokraniumda tama yakın kemik kaybı gözlenen 24 yaşındaki bayan hastada, doku genişletici uygulamasını takip eden ikinci seansta el yapımı titanyum meş plaka ile frontal, parietal, temporal ve oksipital kemikleri kapsayan defektin onarımı yapıldı. Postoperatif dönemde iki hafta takip edilen hastada herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı (Şekil 2).

**Olgular 3:** İki yıl önce geçirmiş olduğu kafa travması sonrasında intraserebral hemoraji gelişen ve parietal kraniyotomi ile hematoma drenajı yapılan yirmi beş yaşındaki erkek hastada sağ parietal kemikte yer alan 5.7 x 8.6 cm boyutlarındaki kemik defekt el yapımı titanyum meş plaka ile onarıldı. Postoperatif yedinci ayını dolduran hastada herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı (Şekil 3).

**Olgular 4:** Yirmi bir yıl önce geçirmiş olduğu araç dışı trafik kazası sonrasında sol frontal bölgede 3.7 x 4.6 cm boyutlarındaki sahada kemik kaybı olmaksızın çökme gözlenen yirmi yedi yaşındaki erkek hastada el yapımı titanyum meş plaka ile frontal kemiğe ait deformitenin onarımı yapıldı. Meş plaka ve frontal kemik arasında kalan potansiyel boşluğa sağ 6 ve 7. kostal kartilajlardan elde edilen kıyılmış greftler konuldu. Postoperatif birinci ayını dolduran hastada erken dönemde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı (Şekil 4).

**Tartışma:** İmplantların kişiyeye özel olarak imal edilebilmesi kraniyoplastik cerrahide önemli aşamaların kaydedilmesini sağlamıştır. Preoperatif dönemde implantın model üzerinde değerlendirilebilmesi kraniyal fiksasyon sahalarının belirlenmesini, implant pozisyonlanmasını ve böylelikle cerrahi planlamanın daha iyi yapılmasını ve cerrahi sürenin kısalmasını sağlamaktadır [1]. Sunulan olgularda kullanılan implant şekillendirme yöntemi ile titanyum implant üretim süresinin kısa ve üretim maliyetinin düşük olması 3 boyutlu baskı teknolojileri ile elde edilen implantlara üstünlüğü olarak gösterilebilir. Ancak, kompleks anatomik defektlerde el yapımı ile titanyum plakaların şekillendirilmesinin

zorluğu ve şekillendirme için öğrenme eğrisinin uzun olması tekniğin başlıca dezavantajlarıdır. Tekniğin uygulandığı 4 olguda postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmaması ve başarılı kozmetik sonuçların elde edilmesi, tekniğin güvenle kullanılabileceğini göstermektedir. Ancak kesin sonuçlar için daha uzun takip süresi olan geniş bir klinik seriye ihtiyaç vardır.

**Kaynaklar**

[1] D'Urso PS, Effeney DJ, Earwaker WJ, Barker TM, Redmond MJ, Thompson RG, et al. Custom cranioplasty using stereolithography and acrylic. Br J Plast Surg 2000; 53(3): 200-204.

**Şekil 1.**

*Olgular 1'in üç boyutlu kraniyal modellerine, intraoperatif implant fiksasyonuna ve postoperatif 8. aydaki görünümüne ait görseller.*

**SB-062****"Saddle Nose Deformitesi'nde" Otojen Kıkırdak Greftlerinin Farklı Bir Stabilizasyon Tekniği: Eğriliğin ve Rezorbsiyonun Önlenmesi**

Ayşe Özlem Gündeslioglu,

Mehmet Emin Cem Yıldırım, Serhat Yazar,

İlker Uyar, Majid İsmayilzade

*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,**Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya*

**Giriş:** Saddle nose deformitesi (SND), burun dorsal projeksiyonunu oluşturan septal kartilaj, quadranguler kartilaj ve nazal kemiklerin değişik derecelerde kaybı sonucu, hafif supratip depresyonundan şiddetli total kollaps ve kısa buruna kadar farklı spektrumlarda ortaya çıkabilen klinik tablonun genel adıdır.

Deformite içerdiği anatomik anormallikler ve önerilen tedavi seçenekleri açısından literatürde genellikle minimal, moderate ve majör olarak tanımlanmışsa da Daniel tarafından yapılan sınıflama ve tedavi önerileri daha kapsamlı ve ayrıntılı olması nedeniyle konunun daha iyi anlaşılmasına yardımcı olmuştur 1 Daniel kalsifikasyonuna

göre Tip 0 (pseudosaddle), Tip 1 (minör), Tip III (majör), Tip IV (Severe) ve Tip V olarak 6 tipte tanımlanmıştır. Saddle nose deformitesinin tedavisinde gerek derin yapıların rekonstrüksiyonunda gerekse dorsal estetik rekonstrüksiyonlar için otolog kostal kartilaj kullanımı; minimal rezorbsiyon oranları, enfeksiyona rezistans oluşturmaları nedeniyle sık tercih edilirler. Bununla birlikte, otolog kostal kartilaj kullanımı sonrası geç dönemde eğrilme gelişmesi saddle nose tedavisiyle ilgilenen cerrahları yeni arayışlara itmiştir. Gunter internal K wire ile otojen kartilajı stabilize ederek warping oluşumunun üstesinden gelmeye çalışmış, Ozturan ve arkadaşları kartilaja split kesiler uygulamış, Hsiao ve arkadaşları ise chimeric kartilaj kullanımını yayınlamıştır. 2,3 Biz kliniğimizde saddle nose deformitesi nedeniyle blok kartilaj greft uyguladığımız hastalarda uzun dönemde eğikliğün yanı sıra rezorbsiyon da gözlemledik. Literatür incelendiğinde otolog kostal kartilajların blok kullanımları sonrası rezorbe olmadıkları veya rezorbsiyonun minimal olduğu konusunda yaygın bir kanaat mevcuttur. Bununla birlikte, uzun dönemde elde edilen sonuçlar genellikle hastaların eğrilüğün ve parsiyel absorpsiyonları da içeren çeşitli nedenler dolayısıyla yeni cerrahi arayışlarında olduklarını göstermektedir. Bu çalışmanın amacı, daha önce otolog kostal kartilaj kullanılarak saddle nose onarımı (secondary saddle nose-SSD) yapılmış veya severe primer saddle nose (PSD)'u bulunan (Tip IV) hastalarda otolog kartilajın mikroplak ve mikrovidalar kullanılarak rijid tespitiyle ileri dönemde eğrilüğün ve rezorbsiyonunu önlenemediğini gösteren çalışmanın sonuçlarını sunmaktır.

**Hastalar ve Yöntem:** Bu retrospektif çalışma 2015- 2017 tarihleri arasında kliniğimize başvuran ileri derecede dorsal projeksiyon kaybı olan (Daniel kalsifikasyonuna göre Tip III ve Tip IV) hasta grubunu içermektedir.(n:11) Subperikondrial ve subperiostal olacak şekilde diseksiyon sonrasında varsa daha önce yerleştirilmiş olan kartilaj kalıntıları temizlendi ve anatomik yapılar ortaya konuldu. Lateral ve medial osteotomiler yapılarak burun tabanı daraltıldı. Spreader greftler uygulandı ve dorsumda olabildiğince düzgün yüzeyli ve greftle maksimum kontakt sağlayacak genişlikte yüzey alanı oluşturuldu. Septum ön bölümünde membranöz septumun bulunduğu alanda eksplorasyona devam edilip nazal spine açığa çıkarıldı. Eş zamanlı olarak göğüs kafesinde kotların birleşim alanı (synchondrosis) ortaya konulup subperikondrial diseksiyon uygulanarak uygun boyutlarda (ortalama 5 cm) kot alındı. İstenilen şekil ve boyutun elde edilebilmesi için strut greft burun dorsumunda oluşturulan cebe yerleştirilerek uzunluk ve genişlik açısından ölçülerek denemeler yapıldı. Tüm greftler burun dorsal estetik çizgilerine uygun olacak şekilde ve radiks bölümünde greft yüksekliği azaltılarak şekillendirildi. Arzu edilen boyutun ve şeklin sağlanmasını takiben 0.6 mm mikroplak, 1 mm mikrovidalar kullanılarak strut greftin alt yüzüne tespit edildi. Glabella bölgesinden yapılan 0.5 cm'lik insizyonla girilerek plağın üst bölümü bu bölgeye 2 adet microvida kullanılarak tespit edildi. Ciddi projeksiyon kaybı olan hastalarda yeterli projeksiyonun sağlanabilmesi amacıyla L haline getirilen plağın alt ucu nazal spine çevresine yine bir veya iki mikroplak kullanılarak tespit edildi. İleri derecede kolumella retraksiyonu olan veya burun boyu ileri derecede kısalmış olan hastalarda plağın alt ucuna septal uzatma greftleri yerleştirildi. Bir hastada kolumellada ki yetersizlik nedeniyle oluşan kısalık ve tip projeksiyon yetersizliği daha sonra kulaktan alınan kompozit deri grefti kullanılarak uzatıldı. Septal uzatma grefti kullanılmayan hastalarda kolumellar strut greft dorsal grefte sütüre edilerek projeksiyon artışı sağlandı. İleri derecede deforme veya rezorbe olmuş lower lateral kartilajların varlığında kostal kartilajlardan elde edilen greftler onlay olarak kullanılarak tip yeniden oluşturuldu. Tüm hastaların minimum bir yıllık takibi sonunda hiçbirinde eğrilik görülmedi. Greft veya plak displasmanı oluşmadığı gibi yapılan ölçümler sonucunda greftin boyutlarında

azalma tespit edilmedi. Greftlerde veya kullanılan plak-vidalarda internal veya external ekstrüzyon görülmedi. Hiçbir olguda enfeksiyon gelişmedi. Hastalar postoperatif dönemde solunum problemlerinin rahatlamış olduğunu bildirdi.

**Tartışma:** Bu çalışmanın sonuçları; otolog kostal kartilaj greftlerin mikroplak ve mikrovidalarla immobilizasyonunun saddle nose deformitesi onarımında ileri dönemde gelişmesi muhtemel rezorbsiyonu ve eğrilik oluşumunun önlenmesinde başarılı olduğunu göstermektedir. Greftlerin tutması için temel gerekliliklerden olan immobilizasyonun sağlanması deri greftleri için olduğu kadar, yağ greftleri ve kartilaj greftlerin tutması için de önemlidir. Bu amaçla, saddle nose deformitelerinde burun dorsumunda kartilajın yerleştirileceği poşun olabildiğince dar açılarak greftin immobilizasyonu artırılmaya çalışılmıştır.3 Bununla birlikte saddle nose deformitesi olan hastalarda ilave problemlerin varlığı genellikle daha geniş diseksiyonu gerektirir ve kartilajın poşa yerleştirilmesini takiben immobilizasyonu sağlamak amaçlı eksternal tespitler uygulanır. Osseocartilaginous greftin postoperatif dönemdeki immobilizasyonu sağlamak amacıyla Gunter K wire, Daniel ultramicroscrew (9-11 mm), kullanmıştır. Buna rağmen osseous bölüm rezorbsiyona meyillidir. 4 Gunter in çalışmalarından yola çıkarak uzun süreli uygulanacak bir tespitin hem immobilizasyonu sağlayarak greft rezorbsiyonun önüne geçeceği hem de eğrilikli de önleyebileceği fikrinden yola çıkılarak greftin miniplak ve vidalarla kullanılarak alt yüzünden alıcı alana da tespit edilerek stabilizasyon yöntemi araştırıldı. Burun dorsumuna mikroplak uygulamaları aslında yeni değildir. Plak greftin alt bölümüne minividalar kullanılarak tespit edildiğinde deri altında herhangi bir implant bulunmadığı için ekspozisyon gelişmemektedir. Bu çalışmada önerilen miniplak uygulaması aslında iskelet çatıyı oluşturanderin yapısal dokuların (Lstrutgraft, extended septum graft) rekonstrüksiyonunu taklit etmektedir. Şekillendirilerek uygulanan kostal kartilaj ise dorsal estetik çizdirin restorasyonu yanı sıra burun dorsum yükseliğinin ve tip projeksiyonun oluşturulmasına katkı sağlar. Sonuçta saddle nose deformitesi, hem yapısal hem de estetik rekonstrüksiyon gerektiren zorlu bir cerrahiye gerektirir ve uzun dönemde elde edilen sonuçların mükemmelleştirilmesine yönelik çalışmalar hala devam etmektedir. Bu çalışmanın sonuçları şiddetli saddle nose deformitesi olan hastalarda otolog kartilaj greftin inferiör yüzden ciddi stabilizasyonu bu hastalarda geç dönemde warping oluşumunu ve de geft rezorbsiyonunun önlendiğini göstermiştir.

#### Kaynaklar

1. Daniel RK. Septal saddle nose deformity and composite reconstruction. Plast Reconstr Surg. 119 (3), 1029-1043.
2. Gunter JP, Clarck CP, Friedman RM. Internal stabilization of autogenous rib cartilage graft in rhinoplasty: a barrier to cartilage warping. Plast Reconstr surg. 1997; 100(1): 161-169.
3. Ozturan O, Aksoy F, Veyseller B, Apuhan T, Yıldırım YS. Severe saddle nose: choices for augmentation and application of accordion technique against warping. Aesth Plast Surg 2013; 37: 106-116.
4. Daniel RK. Rhinoplasty and rib grafts: evolving a flexible operative technique. Plast Reconstr Surg. 1994; 94 (5):597-609.

**Resim 1**



A: L' Strut Greftinin mikropalak ve mikrovida ile fiksasyonu B: L' Strut Greftinin mikropalak ve mikrovida ile fiksasyonu C: Preoperatif hasta fotoğrafı D: Postoperatif 12. ay hasta fotoğrafı

## SB-064

### "Tuck-in" Mastopeksi

Kamran Efendioğlu<sup>1</sup>, Ersin Akşam<sup>2</sup>, Berrak Akşam<sup>3</sup>, Murat Tüzüner<sup>2</sup>, Hakan Gence<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Esteworld Plastik Cerrahi Sağlık Grubu, İstanbul

<sup>2</sup>İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>İzmir Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İzmir

**Giriş:** Mastopeksi en sık yapılan estetik meme ameliyatlarından biridir. Meme dokusu yer çekiminin etkisi ile zamanla pitotik hale gelir. Sık kilo alıp verme, hamilelik ve emzirme bu süreci hızlandıran faktörlerdir. Hastalar genellikle gençlik dönemindeki meme şekline kavuşma arzusu ile doktora başvururlar. Mastopeksi için tanımlanmış onlarca yöntem bulunmaktadır. Her hastanın sorunu özeldir ve hastaya en uygun cerrahi yöntemin seçilmesi ile başarı yükselir. Bazı hastalarda bir miktar doku eksizyonu gerekirken bazı hastalarda sadece dokuların reorganizasyonuna ihtiyaç vardır. Bu sunumda meme dokusu yeterli olan ve sadece doku reorganizasyonu ihtiyacı olan hastalarda kullandığımız mastopeksi yöntemi anlatılacaktır.

**Hastalar ve Yöntem:** Hastalar ayakta dik pozisyonda iken çizimler yapıldı. Anahtar deliği paterni çizimlerde kullanıldı. Yeni meme başı pozisyonları inframamaryan katlantıya göre ayarlandı. Meme başından inframamaryan katlantıya olan uzaklığa meme taban genişliğine göre karar verildi. Genel anestezi altında çizimleri korumak için yüzeyel olarak cilt kesileri belirlendi. Deepitelizasyonu hızlandırmak için intradermal salin enjeksiyonu ile turgor arttırıldı. Deepitelizasyondan sonra inframamaryan hat haricindeki tüm cilt periferi doğru 1-2 cm eleve edildi. Pektoral kas fasyası korunarak geniş subglandular diseksiyon yapıldı. Böylece meme dokusu superior, medial ve lateralden beslenen iyi mobilize bir flep haline getirildi. Flebin inferior kısmı süperiora taşınarak flebin şekillendirilmesine

başlandı. Deepitelize edilmiş kısmın en alt ucu yaklaşık anterior aksiller hatta gelecek şekilde pektoral fasyaya suture edildi. Meme başı - areola kompleksi daha önceden belirlenmiş noktaya taşındı. Tek parça şeklinde eleve edilmiş meme flebi her iki yanından geçen sütürler ile şekillendirilerek daha yuvarlak ve dar bir meme elde edildi. Yeniden şekillendirilmiş meme dokusunun alt kenarları inframamaryan hatlara suture edildi. Cilt insizyonları iki hat şeklinde onarıldı. Dren kullanılmadı.

**Bulgular:** 2013 - 2017 yılları arasında toplam 17 hasta "Tuck-in" mastopeksi yöntemi ile opere edildi. Tamamı kadın olan hastaların yaşları 28 ile 56 arasındaydı (ort. 41,5). Hastaların üçünde hipertansiyon, birinde ise hipertansiyon ve diabetes mellitus mevcut idi. Ortalama vücut kitle endeksleri  $26.3 \pm 1.8$  kg/m<sup>2</sup> olarak ölçüldü. Tüm hastaların onamları alınarak ameliyat öncesi ve sonrası fotoğrafları çekildi. Regnaud pitoz sınıflandırılması kullanılarak hastalar kategorize edildi. Buna göre dokuz hasta psödotitoz, beş hasta tip II pitoz ve 3 hasta tip I pitoz olarak sınıflandırıldı. Tüm operasyonlar başyazar tarafınca yapıldı. Operasyon süreleri 96 ile 138 dakika arasında kaydedildi (ort. 115 dk). Hastaların ortalama takip süresi 6,5 ay olarak hesaplandı. Meme başı nekrozu gibi major bir komplikasyon görülmedi. Sadece iki hastada T bileşkesinde yüzeysel nekroz görüldü ve bu hastalar herhangi bir cerrahi işlem gereksinimi olmadan iyileşti. Hematom veya enfeksiyon görülmedi. Meme başı dokusu tüm hastalarda normal idi. Sonuçlar estetik olarak hem hasta hem doktor tarafınca iyi olarak değerlendirildi.

**Sonuç:** Bu çalışmada sunulan "Tuck-in" mastopeksi yöntemi tüm meme dokusunu tek bir flep olarak kullanmaktadır. Süperior, medial ve lateral kanlanması korunduğu için çok güçlü vaskülarizasyona sahiptir. Tek parça bir flebin şekillendirilmesi yöntemine dayandığı için sonuçlar daha uyumludur. Deepitelize edilmiş dokular şekillendirmede kolaylık sağlamıştır ve pürüzlü bir yüzey olarak pektoral kas fasyasına adapte edildiğinden kalıcı bir askılama yapılmıştır. Bu yöntem düşük komplikasyon oranı, yüksek başarı yüzdesi olan basit, hızlı ve güvenilir bir yöntemdir.

**Figür 1**



Tuck-in mastopeksi yapılan bir hastanın intraoperatif görüntüsü

**SB-065****Rinoplastide Doğranmış Kıkırdak ile Birlikte Yağ Greftlerinin Kullanılması**

Cemal Fırat, Mehmet Fatih Alğan

İnönü Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

**Giriş:** Rinoplastide buruna şekil vermek estetik ve fonksiyon açısından hem cerrah için hem de hasta için öneminin koruyan bir konudur. Burun dorsumunun düzeltilmesi de en zor alanlardan biridir. Çünkü hastalar genellikle burun dorsumunun düz olmasını, doğal görünmesini ve hiç cerrahi geçirmemiş gibi gözükmesini isterler. Burun dorsumunda bugüne kadar bir çok materyal kullanılmıştır ancak tam bir fikir birliği sağlanmamıştır. Otolog, homolog ve yapay malzemeler kullanılmıştır ancak bunlarla ilgili fikir ayrılıkları mevcuttur.(1) Kıkırdak greftler burun konturunu düzeltmek için, burun asimetrisini düzeltmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak greftlerde yaşayabilirlik sorunu ile beraber kısmi erimeler, bozulmalar ve zaman içinde kıkırdakların ele gelmesi gibi sorunlar görülebilmektedir.(2) Daha önce yapılan uygulamalardan bir tanesi de kıkırdakların ince bir şekilde doğrandıktan sonra cerrah için sarılarak kullanılmasıdır. Bu teknikle kıkırdakların dağılmasının engellenmesi ve çevre dokuya daha iyi uyum sağlaması amaçlanmıştır.(3,4) Bu yazımızda rinoplasti ile eş zamanlı olarak alınan yağ greftlerinin ince doğranmış kıkırdak greftler ile karıştırılarak burun dorsumunda kullandığımız hastalarda elde ettiğimiz kısa dönem klinik sonuçları yazacağız.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmada İnönü Üniversitesi Plastik Cerrahi kliniğinde Nisan 2017 ile Temmuz 2017 tarihleri arasında rinoplasti ameliyatından eş zamanlı yağ grefti de kullanılan 30 olgunun retrospektif olarak analizi yapıldı. Hastaların preoperatif, postoperatif 14.gün, 1. ay ve 3. ay fotoğrafları çekildi. Bütün ameliyatlarda açık rinoplasti tekniği uygulandı. Tüm vakalarda septumdan kıkırdak alındı. Septumdan perikondrium korunarak alınan kıkırdak greftler ince bir şekilde 11 nolu bistüri ile doğrandı. Kondrositlerin canlılığı için kıkırdak ezme işlemi yapılmadı. Rifamisin damlatılarak yapışkan bir etki oluşturuldu. Eş zamanlı olarak da paraumbilical alandan veya uyluk medialinden yağ greftleri alınarak hazırlandı. Yağ greftleri ve kıkırdak greftler karıştırıldı. (Resim 1). İnce doğranmış kıkırdak greftler ile yağ greftlerinin karıştırılarak kullanıldığı bir olgunun preoperatif ve postoperatif görüntüleri resim-2’de görülmektedir.

**Tartışma:** Yağ greftlerinin birçok alanda kullanılması son yıllarda yaygınlaşmıştır. Liposuction ile alınan yağ greftleri estetik amaçlı veya rekonstrüksiyon amaçlı olarak kullanılmaktadır.(5) Yağ greftlerinin en sık kullanıldığı yerler nazolabial sulcuslar, üst dudak, çene, periorbital bölge ve glabellar bölgelerdir.(6) Burun dorsumunda dermal veya dermofat greft kullanan yayınlar mevcuttur.(7-9) Ancak ince doğranmış kıkırdak, burun dorsumunda kullanılan ve yaygın olarak kabul gören bir uygulamadır. İnce doğranmış kıkırdaklar ile burun konturunu düzeltmede daha hızlı ve daha estetik sonuçlar vermiştir.(2) Septal, aurikuler veya kostal kıkırdığın tek parça halinde kullanılması veya ezilerek kullanılması büyük oranda terk edilmiştir.(10) Genelde kıkırdaklar doğrandıktan sonra ya doğrudan burun dorsumuna verilir veya ince bir enjektör yardımıyla suturasyondan sonra burun dorsumuna ve tipe konulur.(11) Yapılan deneysel bir çalışmada ince doğranmış kıkırdaklar fasya ile, delinmiş fasya ile, büyüme faktörleri ile ve kan ile karıştırılarak kullanılmış. Sonuçta büyüme faktörleri ile kullanıldığında kıkırdakların yaşayabilirliği, fasya

ile kullanılmasına kıyasla daha iyi olduğu görülmüş. Kıkırdakların kan ile sarılması yaşayabilirliği etkilemiyor ancak bir iskele oluşmasına yardım etmiştir. Yine bu çalışmaya göre kıkırdakların fasya ile sarılması kıkırdakların beslenmesini olumsuz etkilemiştir.(12) Yağ greftleri tek parça halinde olmadığından kıkırdaklar ile rahatlıkla karıştırılarak kıkırdaklar için bir tutkal görevi de görmektedir. Yağ greftlerinin ulaşımının kolay olması ve rahat hazırlanabilir olması önemli bir avantajdır. Hazırlanan karışım yumuşak olduğundan buruna rahatlıkla şekil verilebilir ve masaj yapılabilir. Sonuç olarak ince doğranmış kıkırdak greftler ile yağ greftlerinin birlikte kullanılması burun dorsumunda ve tipindeki kontür düzensizliklerinin giderilmesinde ve buruna şekil verme konusunda çok kullanışlı olmaktadır. Bu çalışmada postoperatif kısa dönem izlenmiştir. Bu konuda daha kapsamlı ve uzun dönem incelemesi içeren ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

**KAYNAKLAR:**

1. Heung-Kyu Kim, MD, MS and Seung Chul Rhee, MD, PhD, Augmentation Rhinoplasty Using a Folded "Pure" Dermal Graft, The Journal of Craniofacial Surgery & Volume 24, Number 5, September 2013
2. O. Onur Erol, M.D. Long-Term Results and Refinement of the Turkish Delight Technique for Primary and Secondary Rhinoplasty: 25 Years of Experience, Plastic and Reconstructive Surgery • February 2016, Volume 137, Number 2, 423-437
3. Erol OO. Chopped cartilage graft wrapped with Surgicel® in nose surgery (plasticine-like graft). Paper presented at: XI Biennial Congress of the International Society of Aesthetic Plastic Surgery; February 29–March 4, 1992; Guadalajara, Mexico.
4. Erol OO. Chopped cartilage graft wrapped with Surgicel in nose surgery (plasticine-like graft). Paper presented at: Third European Association of Plastic Surgeons (EURAPS) Meeting; May 14–16, 1992; Pisa, Italy.
5. Guerrerrosantos J. Autologous fat grafting for body contouring. Clin Plast Surg. 1996 Oct;23(4):619-31
6. Bilkay U, Tokat C, Özek C, Alper M, Songür E, Çağdaş A: Yağ enjeksiyonu ile vücut kontur deformitelerinin düzeltilmesi. Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi 2004;12(1):39-44
7. Reich J. The application of dermis grafts in deformities of the nose. Plast Reconstr Surg 1983;71:772
8. Hwang K, Han JY, Kim DJ. Dermofat graft in deep nasolabial fold and facial rhytidectomy. Aesthetic Plast Surg 2003;27:254Y257
9. Thompson N. The subcutaneous dermis graft. Plast Reconstr Surg 1960;26:1
10. Tasman AJ. Advances in nasal dorsal augmentation with diced cartilage. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2013;21(4):365-371.
11. Kreutzer C, Hoehne J, Gubisch W, Rezaeian F, Haack S. Free Diced Cartilage: A new application of diced cartilage grafts in primary and secondary Rhinoplasty. Plast Reconstr Surg. 2017 May 31 doi: 10.1097/PRS.0000000000003622
12. Topkara A1, Özkan A1, Özcan RH1, Öksüz M1, Akbulut M1. Effect of Concentrated Growth Factor on Survival of Diced Cartilage Graft, Aesthet Surg J. 2016 Nov;36(10):1176-1187. Epub 2016 Sep 2.

**Resim 1 ve Resim 2**



**SB-066**

**Kol Germe Vakalarına Klinik Yaklaşımımız**

Nesibe Sinem Çiloğlu, Ozan Aslan,  
Ahmet Kürşat Yiğit, Shahrukh Omar, Barış Çin  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
İstanbul

**Giriş:** Kolda sarkma nedeniyle brakioplasti ihtiyacı olan vakalar son yıllarda artan bariatrik cerrahi uygulamaları nedeniyle sıklıkla karşılaşılan estetik operasyonlardan biri haline gelmiştir. Bu hasta profiline sıklıkla kombine ameliyat işlemleri gerekmektedir. Bu çalışmada bariatrik cerrahi sonrası kliniğimizde kol germe ameliyatı uygulanan hastaların retrospektif analizi sunulmaktadır.

**Yöntem:** 2013- 2017 yılları arasında kliniğimizde kolda dermaşelazis nedeniyle opere edilen 27 hastanın kayıtları geriye dönük olarak incelendi.

**Bulgular:** Çalışmada 27 hasta mevcuttu. Olguların yaş ortalaması 47 yıl (30-63) olarak saptandı. Hastaların 26'sı kadın (%97), 1'i erkekti (%3). Hastaların tümünde bariatrik cerrahi öyküleri mevcuttu. Bariatrik cerrahi yöntemleri olarak sleeve gastrektomi ve gastrik bypass teknikleri uygulanmıştır. Hastaların bariatrik cerrahi sonrası ortalama kilo kayıpları 54 kg(43-65). Hastaların estetik cerrahi öncesi vücut kilo indeksleri ortalama 27,3 kg/cm<sup>2</sup> (24-30) olarak tespit edildi. Kol germe ameliyatı uygulanan hastalarda en sık kombine edilen işlem abdominoplasti, mastopeksi uygulamalarıydı. Kol germe ameliyatında hastaların 20'sinde çizimler aksiler bölgede sonlanırken (aksiler brakioplasti), 7 hastada çizimler lateral toraks duvarına geçmekteydi (L brakioplasti). Yara izleri hastaların kol medialinde kalacak şekilde planlanmıştır. Hastaların tamamı genel anestezi altında ameliyat edildi. Hastaların 19'una brakioplasti işlemine liposakşın uygulaması kombine edildi. Hastaların ortalama yatış süreleri 1,7 gün olarak tespit edildi. Postoperatif dönemde konulan hemovak drenlerin ortalama çekilme süreleri 1,6 gün olarak tespit edildi. Ameliyat sonrası 4 hafta süre ile korse uygulandı.

**Sonuç:** L brakioplasti tekniğinde yara izleri aksiler bölgede sonlanan kol germe vakalarına göre daha uzundur. Postbariatrik vakalarda kollardaki sarkmalara ilave olarak lateral toraks duvarlarında da cilt sarkmaları olduğundan insizyon bu bölgelere kadar uzatılmaktadır. Bu nedenle postbariatrik cerrahide eş zamanlı veya daha sonra planlanacak meme şekillendirme ve toraks yan duvar inceltme operasyonlarının izleri göz önünde bulundurularak ameliyat planlanmalıdır. Hasta memnuniyeti açısından karşılaştırıldığında iki teknik arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

**Kaynaklar**

1. Strauch, Berish, et al. "A technique of brachioplasty." Plastic and reconstructive surgery 113.3 (2004): 1044-1048.
2. Hurwitz, Dennis J., and Sarah W. Holland. "The L brachioplasty: an innovative approach to correct excess tissue of the upper arm, axilla, and lateral chest." Plastic and reconstructive surgery 117.2 (2006): 403-411.

**SB-067**

**Düşük Doz Metotreksatın Ototolog Yağ Greft Yaşamına Etkisi**

Elif Sarı<sup>1</sup>, Bülent Bakar<sup>2</sup>, Bahram Serkarati<sup>3</sup>,  
Önder Bozdoğan<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale

<sup>2</sup>Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, Kırıkkale

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

<sup>4</sup>Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

**Amaç:** Ototolog yağ greftlerinin yaşamı vaskülarizasyon ve enflamasyon gibi birçok faktöre bağlıdır. Bu çalışmamızın amacı düşük doz metotreksatın (LDMTX) yağ greft hacim ve yaşamına olabilecek muhtemel pozitif etkilerini araştırmaktır.

**Yöntem-Gereçler:** Toplam 13 erkek Wistar Albino rat kontrol ve LDMTX olmak üzere 2 gruba ayrılmıştır. Her bir hayvanın inguinal alanından alınan yağ grefti sırtlarına transfer edilmiştir. LDMTX grubunda düşük doz metotreksat haftada 1 kez toplam 4 hafta boyunca yağ greft alıcı alanına enjekte edilmiştir. Kontrol grubunda da cerrahi prosedür gerçekleştirilmiş fakat herhangi bir ilaç verilmemiştir. Cerrahi prosedürden 2 ay sonra greftler alıcı alandan toplanıp istatistiksel analiz yapılmıştır.

**Bulgular:** İstatistiksel analiz sonuçlarına göre kontrol ve LDMTX grupları arasında yağ greft ağırlıkları ve lipid peroksidasyon sonuçları açısından anlamlı fark gözlenmemiştir. LDMTX grubunda vaskülarite kontrol grubuna göre daha yüksekti ve myeloperoksidasyon seviyesi LDMTX grubunda kontrol grubuna göre daha düşüktü.

**Sonuç:** Sonuçlar LDMTX uygulamasının otolog yağ greft yaşamına ve kalitesine olumlu etkisi olmadığını göstermektedir.

**SB-068**

**Maksillofasyal Cerrahide Plak-Vida Çıkarılması: Endikasyon ve Zamanlama Sorgulanması**

Fatih Irmak, Ali Can Günenc, Selami Serhat Şirvan,  
Şafak Çakır, Semra Karşıdağ, Memet Yazar  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi; Şişli Hamidiye Etfal  
Uygulama ve Araştırma Merkezi; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Yüz kırıklarının tedavisinde rijid internal fiksasyon yerleşmiş bir tedavi şeklidir.(1) Maksillofasyal fraktürlerde kullanılan plaklar sıklıkla titanyum daha nadiren de

paslanmaz çelikten yapılmaktadır. Ağrı kontrolünün daha hızlı olması ve tam reduksiyon sağlanması rijid fiksasyonun kullanılması temel sebepler olarak gösterilmiştir (2). Plakların çıkarılması veya yerinde bırakılması literatürde hala tartışılan bir konudur. Koyulan plak ve vidaların semptomatik ise çıkarılması fikri çoğu maksillofasyal cerrah tarafından kabul edilir. Yüz bölgesinde ele gelen ve enfekte olan plaklar, plak-vida çıkarılması sebebi olup morbidite ve maliyeti artırır(3). Bu çalışmada kliniğimizde 2013-2017 arası opere edilen maksillofasyal fraktürler içinde plak vida çıkarılması yapılan hastalar incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, fraktürün ve plakların yeri ile ilgili olan şikayetlerine göre sınıflandırıldı.

**Gereç ve Yöntemler:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi; Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğinde 2013-2017 yılları arasında yüz kırığı sebebi ile 253 hasta opere edildi. Bu hastaların 37'si kadın 216'sı erkekti. Ortalama yaş 33 olarak belirlendi. Kırıkların büyük bölümünü 118 hasta ile mandibula fraktürleri oluştururken bunu 85 hasta ile zigoma fraktürleri izledi. Kalan hastalar orbita taban ve panfasyal fraktürlerdi. 35 hastaya zigomatik ark fraktürü sebebiyle gilles elevasyon, 39 hastayada mandibula fraktürü sebebiyle arch bar uygulandı. Bu hastalara plak konmadı. Plak konan 181 hastadan plak çıkarılmasına ihtiyaç duyulan 17 (%10) hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların tümünde titanyum plak ve vidalar kullanıldı. Plak vida çıkarılması endikasyonları arasında ağrı, enfeksiyon, plak-vida ekspozisyonu ve diş tedavileri bulunmaktaydı.

**Sonuçlar:** Plak-vida çıkarılması yapılan 17 hastadan 5'i kadın 12'si erkekti. En erken plak çıkarılması 3. ayda gerçekleşirken en geç ise 18.yılda yapıldı. Ortalama plak çıkarılma süresi 5 yıl olarak saptandı 17 hastadan çıkarılan plakların 7'si infraorbital rim, 6'sı parasimfizis bölgesinden, 3'ü orbita lateralinden, 1'i angulustan ve 1'i de zigomatikomaksiller butresstan çıkarıldı. Hastaların etyolojilerinde en büyük rolü ağrı ve soğuk intoleransı oynadı (8 hasta). Bu plakların büyük kısmının infraorbital rimden çıkarıldığı dikkat çekti. 4 hastada enfeksiyon, 3 hastada diş tedavisi sebebiyle plak vida çıkarıldı. 2 hastada ekspozisyon sebebiyle plak vida çıkarılması yapıldı (Tablo 1).

**Tartışma:** Plak-vida ile rijid fiksasyon yapılan hastalarda semptom yok ise plak ve vidaların çıkarılması konusundaki tartışmalar günümüzde devam etmektedir (4). Eğer plak ve vidalar semptomatik ise genel kanı plakların çıkarılması yönündedir. Eğer opere edilen hastalar pediatrik yaş grubunda ise ve eriyebilen plak vida kullanılmamış ise plak ve vidaların çıkarılması tavsiye edilmektedir (2). Yapılan çalışmada plak vida çıkarılmasında başı çeken endikasyon soğuk intoleransı olarak saptanmıştır. Enfeksiyonlar ise görece nadir olarak karşımıza çıkmaktadır. Maksillofasyal travmalardan sonra en sık enfeksiyon görülen bölge mandibula corpus ve angulus olarak bildirilmiştir(5). Literatürde intraoral girişim sonrası enfeksiyon oranları daha yüksek oranlarda bildirilmişse de (6) kliniğimizde intraoral girişim sonrası enfeksiyon oranları ekstraoral girişim sonrası enfeksiyon oranları ile benzer olarak bulunmuştur. 2003 yılında yapılan Duman ve ark. (2) çalışmasına paralel olarak bizim çalışmamızda da soğuk intoleransı ve ağrı plak vida çıkarılması endikasyonları arasında enfeksiyonlardan daha önemli bir yer tutmaktadır.

#### Referanslar

1. Jackson, I. T., Somers, P. C., and Kjar, J. G. The use of Champy miniplates for osteosynthesis in craniofacial deformities and trauma. *Plast. Reconstr. Surg.* 1986;77: 729.
2. Duman H, Zor F, Şengezer M. Maksillofasyal kırıklarda plak çıkarılma nedenleri; önemli bir neden olarak «soğuk intoleransı». *Türk Plast Rekonst Est Cer Derg* (2004)

Cilt:12, Sayı:1

3.Kellman, R. M., Huckins, S. C., King, J., Humprey, D., Marentette, L., and Osborn, D. C. Bioabsorbable screws for facial bone reconstruction: A pilot study in rabbits. *Laryngoscope* 1994: 104:55

4.Haug, R. H. Retention of asymptomatic bone plates used for orthognathic surgery and facial fractures. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.*1996: 54: 611

5.Iizuka T, Lindqvist C, Hallikainen D, Pauku P. Infection after rigid internal fixation of mandibular fractures: A clinical and radiologic study. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991 Jun;49(6):585-93.

6.Chaushu, G., Manor, Y., Shoshani, Y., and Taicher, S. Risk factors contributing to symptomatic plate removal in maxillofacial trauma patients. *Plast. Reconstr. Surg.* 2000: 105: 521.

**Tablo 1**

| Plak-vida çıkarılan alan  | İnfraorbital rim | Parasimfizis | Orbita lateral duvar | Angulus | Zigomatiko-maksiller butress |
|---------------------------|------------------|--------------|----------------------|---------|------------------------------|
| Ağrı ve soğuk intoleransı | 6                |              | 1                    | 1       |                              |
| Enfeksiyon                | 1                | 2            |                      |         | 1                            |
| Diş tedavisi              |                  | 3            |                      |         |                              |
| Ekspozisyon               |                  | 1            | 1                    |         |                              |

*Plak vida çıkarılan hastalarda şikayetler ve plak-vida adaptasyon alanları*

#### SB-070

#### TME Artrosentez Tekniği

Ali Gökkaya, Metin Görgü, Jehat Kızıllan, Ertuğrul Karanfil, Ali Doğan, Aydın Aydemir  
*Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, PREC Anabilim Dalı, Bolu*

Temporomandibuler eklem (tme) gerek fonksiyonu gerek komşuluk yaptığı anatomik yapılardan dolayı insan vücudunun en komplike eklemidir. Tme hastalıkları intraartriküler ve ekstraartriküler ve mikş şeklinde meydana gelen eklem disfonksiyonlarını kapsar. Tme hastalıkları insidans olarak 40-70/1000 sıklıkta görülür.

Hastalık başlangıç yaşı olarak 18-26 olmasına rağmen hekime başvuru yaşı 20-50 arasında değişmektedir. Hastaların 1/5'i tedaviye ihtiyaç duymaktadır. Hastalığın intraartriküler, ekstraartriküler, komplike, non-komplike oluşumuna göre; farmakolojik tedavi, fizik tedavi, soğuk ve sıcak uygulama, ultrason, akupunktur, psikoterepi, ağız içi apareyler, ön ısırma plakları, ön konumlandırma splintleri, diyet, egzersiz gibi konservatif yöntemler yada artrosentez, eklem içi enjeksiyon, cerrahi tedavi gibi invazif yöntemler kullanılır

Kondil-disk kompleksinin yapısal ve fonksiyonel bozukluklarının giderilmesinde uygulanan artrosentez; özellikle reduksiyonlu ve reduksiyonsuz disk deplasmanı gibi intraartriküller bozukluklarda tercih edilebilecek basit invazif tedavi metodudur. Eklem içi enjeksiyon tekniği diğer konservatif tedavi yöntemlerinden sonuç alınamayan hastalarda kullanılmaktadır. Özellikle nonenfeksiyöz artritler, sistemik enflamatuvar poliartritler, lokal veya sekonder dejeneratif eklem hastalıkları, travmatik artritlerde tedavi seçenekleri arasında değerlendirilmektedir. Bu amaçla eklem içine glukokortikoidler, sodyum hyalürünat, tenoksikam gibi ajanlar kullanılmaktadır

Artrosentez tekniği: Şikayetin olduğu tme eklem bölgesine artrosentezöncesicitanest%2likten2mldentaluçluenjektör aracılığı ile lokal anestezi uygulanarak auricutemporal sinir bloklanır. Kantotragal çizgi çekilerek artrosentez girişimi için doğru lokalizasyon belirlenir. Kantotragal çizgi tragusun ortasından lateral kantusa kadar çizilen çizgidir. Tragusun 10 mm anteriorundan kantoraltragal çizginin ise 2mm inferioru işaretlenir (A noktası). İkinci olarak tragusun 20 mm anteriorundan kantotragal çizginin ise 10 mm inferioru işaretlenir (B noktası). Bu B noktası TME>nin eminensine denk gelir. Hastanın ağız açık bir şekilde A ve B noktasından noktasında 30 derecelik açı ile 19 gaugelik iğne gönderilir. A noktasından 100 ile 300 cc arasında hartman>s solüsyonu (ringer lactate) enjekte edilerek B noktasında drene olması sağlanır. Gerekli görülürse ringer lactate ile yıkama sonrası, hyalüronik asit, steroid veya lokal anestetik madde infiltrasyonu yapılabilir.

Kendi kliniğimize başvuran 10 hastada artrosentez işleminin uyguladık. 6 hastada şikayetlerin tamamen giderildiği 2 hastada belirgin şekilde azaldığı 2 hastada ise herhangi bir değişiklik olmadığı görüldü. Sunumda tekniğin uygulanmasını detaylı olarak sunuyoruz.

### SB-071

#### Eş Zamanlı Meme Rekonstrüksiyonunda Becker Tip Implantın Sağ Kalımında Etkili Risk Faktörlerinin Analizi

Şükrü Yazar<sup>1</sup>, E Çiğdem Karadağ<sup>2</sup>, Altuğ Altınkaya<sup>1</sup>, Halil Kara<sup>3</sup>, Cihan Uras<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acıbadem Maslak Hastanesi, Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acıbadem Altunizade Hastanesi, Plastik, Estetik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acıbadem Maslak Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Mastektomi sonrası Becker tip implant ile meme rekonstrüksiyonu, estetik sonuçları ve basit uygulanabilir olması nedeniyle oldukça yaygın kullanılan bir tekniktir. Literatürde, Becker tip implant ile yapılan eş zamanlı meme rekonstrüksiyonunda implant sağ kalımına etki eden risk faktörlerine dair bir çalışma henüz bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, eş zamanlı meme rekonstrüksiyonunda Becker tip implant sağ kalımında etkili risk faktörleri araştırmak ve implantın çıkarılması ile ilişkili olan komplikasyonları değerlendirmektir.

Method: Kasım 2010-Kasım 2016 tarihleri arasında mastektomi ve eş zamanlı Becker tip implant ile meme rekonstrüksiyonu olan hastaların kayıtları elektronik ortamda retrospektif olarak tarandı. Hasta verileri demografik, klinik, ameliyat sonrası komplikasyon ve sonuçlar açısından analiz edildi. İmplant sağkalımında rol alan risk faktörlerini saptamak için Tek değişkenli Cox Regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Eş zamanlı meme rekonstrüksiyonu yapılan 72 hastada toplamda 74 Becker tip implant kullanıldı. Hastaların yaş aralığı 27-71, yaş ortalaması 44.6 idi. 37 memede (%50) meme ucu koruyucu mastektomi, 36 memede (%48.6) cilt koruyucu mastektomi uygulandı. Komplikasyonlar sıklık sırasına göre 35 memede kapsül kontraktürü (%47.3), 6 memede mastektomi cilt flebi nekrozu (8.1%), 5 memede seroma (%6.8), 4 memede nipple areola nekrozu (5.4%) ve 2 memede enfeksiyon (%2.7) olarak saptandı. İmplant sağ kalım ortalama zamanı

24 ay idi. Tek değişkenli Cox regresyon analizine göre implant çıkarılması ile sigara ve neoadjuvan kemoterapi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p = 0.042 and p = 0.008).

Sonuç: Bizim çalışmamıza göre radyoterapi kapsül kontraktürü için risk faktörüdür. Fakat, çalışmamızda diğer çalışmaların aksine radyoterapi ve implant sağ kalım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Sonuçlarımıza göre sigara ve neoadjuvan kemoterapi, Becker tip implant ile meme rekonstrüksiyonu sonrasında implant sağ kalımı için risk faktörleridir. Bu çalışma, bildiğimiz kadarı ile, eş zamanlı meme rekonstrüksiyonunda Becker tip implant sağ kalımına etki edebilecek risk faktörlerini literatürde inceleyen ilk çalışmadır.

### SB-072

#### Eş Zamanlı Meme Onarımında Dermal Flebin Kullanımı

Nesibe Sinem Çiloğlu, Barış Çin, Ahmet Kürşat Yiğit, Shahrukh Omar Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanserdir. Günümüzde, mastektomi sonrası ekspander ve implant ile onarım en sık tercih edilen rekonstrüksiyon yöntemidir. Eş zamanlı onarımlarda total kas altı implant uygulamalarında inferior poldeki oluşan defektlerin giderilmesinde asellüler dermal matriks, titanyum mesh, vicryl mesh gibi maliyet ve komplikasyonları daha yüksek yöntemler mevcuttur. Bu parametreler dikkate alındığında alternatif olarak uygun hastalarda inferior tabanlı dermal flep uygulanabilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde mastektomi sonrası implant ile eş zamanlı rekonstrüksiyon yapılan hastalarda dermal flep uygulanan vakalar bildirilmektedir.

Yöntem: 2014- 2017 yılları arasında kliniğimizde mastektomi sonrası implant ile eş zamanlı rekonstrüksiyon planlanan ve dermal flep uygulanan 14 olgu retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 42(30-55) olup tamamı kadın hastalardı. Hastaların %20'si sigara kullanıyordu. Meme kanseri nedeniyle genel cerrahi ile eş zamanlı rekonstrüksiyon planlanan ve meme kanseri açısından cerrahi sınırların sağlam olarak çıkarılabileceği süperior ve süperolateral yerleşimli, cilt fazlalığı olan ptotik meme kanserli vakalar çalışmaya dahil edildi. 2 hastaya aksiler diseksiyon ihtiyacı duyuldu. Ortalama yerleştirilen expander volümü 550 cc'idi (400-700). İmplantlar subpektoral plana yerleştirildi. Subpektoral yerleştirilen implantların inferiorunda açıkta kalan bölgeler inferiora ciltten elde edilen dermal flepler ile örtüldü. Postoperatif dönemde ortalama 3-4. haftada ekspanderlar şişirilmeye başlandı. Hastaların 2'sine radyoterapi uygulandı. Ameliyat sonrası dönemde 1 hastada yara dehissansı gelişti. Ek komplikasyon izlenmedi. Ortalama 8,2 ayda (5-11) kalıcı implantlar yerleştirildi. Mevcut dermal fleplerin tamamı ikinci operasyonda viabl izlendi.

Sonuç: Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserdir. Günümüzde ekspander ve implant ile onarım en sık tercih edilen rekonstrüksiyon yöntemidir. Eş zamanlı onarımlarda total kas altı implant uygulamalarında inferior polde oluşan defektlerin giderilmesinde birçok method mevcuttur. Kullanılacak alternatif yöntemlere göre daha düşük maliyet ile eksizyonu planlanan ciltten elde edilecek dermal flep uygulaması; alt poldeki defektin kapatılmasında kullanılabilir. Asellüler dermal matriks, titanyum mesh, vicryl mesh gibi maliyet ve komplikasyon

oranları daha yüksek yöntemler mevcuttur. Ptotik, cilt fazlası olan vakalarda alt poldeki defektin kapatılmasında dermal flep uygulaması; istenilen boyutlarda protez uygulanabilmesi, yara dehissansı veya cilt nekrozlarında implantların ekspoz olmasının engellenmesi açısından avantajlıdır. Dermal flep uygulananlarda düşük maliyet ve komplikasyon oranları göz önünde bulundurulduğunda, seçilmiş hastalarda geçerli kullanılabilecek bir yöntemdir.

## Kaynaklar

1. Spear, S. L., et al. «Acellular dermis-assisted breast reconstruction.» *Aesthetic plastic surgery* 32.3 (2008): 418-425.
2. Lynch, Michael P., Michael T. Chung, and Brian D. Rinker. «Dermal autografts as a substitute for acellular dermal matrices (ADM) in tissue expander breast reconstruction: a prospective comparative study.» *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 66.11 (2013): 1534-1542.

## SB-073

### Yanığa Sekonder Gelişen Meme Deformitelerinin Geç Dönem Rekonstrüksiyonlarında Zone'lara Göre Yaklaşım Algoritması

Özay Özkaya Mutlu, Selman Taşkın, Tuğçe Yasak, İlker Üşçetin

*Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul*

Giriş: Çocukluk çağında meydana gelen göğüs ön duvarı yanıkları, özellikle kadın hastalarda, ilerleyen yaşlarda memede fonksiyonel ve estetik görünümde bozukluklara neden olabilmektedir. Meme dokusunda geçirilmiş yanık skralarına bağlı olarak en sık; memede asimetri, inframammarian foldda kontraktür, ciltte skar, NAC distorsiyonu ve asimetrisi gibi bozukluklar olduğu tanımlanmıştır. Bu sonuçların hastalarda laktasyon bozukluğu gibi fonksiyonel sorunlar yarattığı bilinmekte, ayrıca estetik kaygılara da neden olmaktadır.

Bu deformitelerin rekonstrüksiyonunda optimum fonksiyonel ve estetik sonuçlar için, deformitenin analizi eksiksiz yapılmalı, derecesi, lokalizasyonu ve boyutu tanımlanmalıdır. Bu çalışmada, anterior göğüs ön duvarı yanıklarına sekonder gelişmiş meme deformitelerinde, deformitenin lokalizasyonunu memeyi estetik ünitelerine göre zonlara ayırarak tanımladığımız ve bu zonlara göre oluşturduğumuz tedavi algoritmasının sunulması amaçlanmıştır.

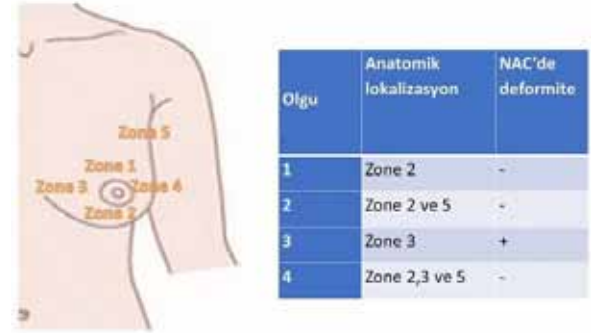
Hastalar-metot: Çalışmaya, Ocak 2015 ile Mayıs 2017 yılları arasında geçirilmiş yanık sonrası meme deformitesi nedeni ile opere edilen 4 hasta dahil edildi. Meme dokusu ve aksilla, deformitenin lokalizasyonunu tanımlamak için toplam 5 zona ayrıldı(Şekil-1). Bu sınıflama sistemine göre, bir hastada zone 2, bir hastada 2 ve 5, bir hastada zone 3, bir hastada ise Zone 2,3 ve 5' te deformite mevcuttu. NAC deformitesi, zonlardan bağımsız olarak değerlendirildi(Tablo-1). Hastalara deformitelerin zone'larına göre seçilen rekonstrüksiyon yöntemleri bir ya da birden fazla seanslar halinde uygulandı.

Bulgular: Hastaların tümü kadın, ortalama yaşları 29 idi. İzole zone 2 deformitesi bulunan hasta için skar eksizyonu ve yeni imf oluşturulmasının ardından oluşan defekt, Matriderm üzerine kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Zone 2 ve 5 deformitesi bulunan hastaya, daha önce latissimus dorsi muskulokutan flep ile aksilla

kontraktürü onarımı yapılmış fakat yetersiz olup, hastanın zone 2 deformitesi için imf serbestlenmesi, yeni imf oluşturulmasının ardından doku genişletici ve ardından implant ile rekonstrüksiyon uygulandı. Zone 2, 3 ve 5 te deformitesi bulunan hastaya aksiller bölgedeki kontraktür açılması için skapuler flep uygulanıp aksilla meme geçişi sağlanarak, sonraki seanslarda yağ enjeksiyonları ile diğer zone lardaki asimetriklerin çözümü sağlandı. Zone 3 te deformite ve kontraktürü bulunan hastaya, niple 'ın anatomik yerine taşınması için free nipple tekniği ile redüksiyon mamoplasti uygulandı. Aynı hastada, ters T redüksiyon mamoplasti tekniğindeki cilt eksizyonu alanı; skar kontraktürünü içerecek şekilde çizilerek kontraktür eksizyonu da sağlanmış oldu. (Resim-1-2)

Sonuç: Meme dokusunda meydana gelen yanıklar, fonksiyonu ve estetik görünümü bozmakta, geç dönemde normal dokunun kaybı, skar, hareket kısıtlılığı ve ağrı gibi şikayetlere neden olarak hastanın yaşam kalitesini ve sosyal hayatını olumsuz etkilemektedir. Memenin estetik ünitelerine göre yapılan kolay bir sınıflama ile rekonstrüksiyon seçeneklerinin belirlenmesi, sonuçların optimize edilmesine yardımcı olacaktır.

## şekil-1



## SB-074

### Lokal İleri Meme Kanserinde Meme başı ve cilt koruyucu mastektomi sonrası Otolog doku veya İmplantla Rekonstrüksiyon

Kamuran Zeynep Sevim<sup>1</sup>, Memet Yazar<sup>1</sup>, Semra Karşıdağ<sup>1</sup>, Selami Serhat Şirvan<sup>1</sup>, Fatih İrmak<sup>1</sup>, Zeliha Gül<sup>1</sup>, Ayşin Yeşilada<sup>1</sup>, Sıtkı Gürkan Yetkin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul*

<sup>2</sup>*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

Giriş: Lokal ileri meme kanseri(LİMK) tümör büyüklüğü 5 cm den fazla olan, fiks aksiller lenf nodu olan, pozitif ipsilateral supraklaviküler, infraklaviküler veya internal mammarian nodları olan, ciltte ülserasyon, eritem veya "peau d'orange"la seyreden, kosta veya çevre kaslara invaze tümörlere ya da inflamatuvar kanserlere denir. Bu hasta grubunda radyoterapi genellikle endikedir ve meme rekonstrüksiyonu şekli ve zamanlaması tartışmalıdır. Hastalarda lokal rekürrens, agresif adjuvan ve neoadjuvan tedavilerin gerekmesi ve hastanın yaşam beklentisinin

düşük olamsı onarımda zorluk yaratan unsurlardır.

**Materyal-Metod:** 2014-2017 tarihleri arasında lokal ileri meme kanseri tanısıyla ameliyat edilmiş 45 hastada doku genişletici- implant bazlı onarım, otolog dokuyla onarım yapılmıştır. Hastaların demografik özellikleri, adjuvan terapide olası gecikme yaratan komplikasyonlar, hastanede yatma süresi, başarısız rekonstrüksiyon, lokal rekürrens olmasına göre çeşitli parametreler açısından incelenmiştir.

**Sonuç:** Hastaların toplam 12 tanesinde otolog doku ile onarım, 33 tanesinde implant ile onarım gerçekleştirilmiştir. Adjuvan tedavilerin gecikmesi açısından incelendiğinde, %25 implant ile onarım hastasında ve %10 otolog doku ile rekonstrüksiyon hastasında RT veya KT'^ye başlama gecikmiştir. Komplikasyon sıklığı otolog doku ile onarımda %30 iken, implant ile rekonstrüksiyonda %40 civarındadır. İmplant ile onarım yapılmış hastaların 3 tanesinde onarım başarısız olmuş ve implant kaybıyla sonuçlanmıştır. Otolog doku ile rekonstrükte edilen hastaların 2 tanesinde Latissimus Dorsi flepte %50'yi aşan nekroz oranları gözlenmiştir.

**Tartışma:** Mastektomi sonrası onarım tüm lokal ileri meme kanseri hastalarına önerilmelidir. Ancak lokal ileri meme kanseri hastalarında aksiller lenf nodu diseksiyonu yapıldığı için, adjuvan RT alma olası yüksek olduğu için, rekonstrüksiyon seçeneklerinde olası komplikasyonların sıklığı artarak gözlenir. Neoadjuvan KT alan hastalarda ise, postmastektomi RT alma ihtiyacı azaldığı için, onarımlarda daha iyi sonuçlar elde edilmektedir. Tümör biyolojisi ve sistemik tedavi ihtiyacı hastaların meme onarımı sonuçları üzerinde oldukça fazla etkiye sahiptir. Sadece adjuvan RT alan hastalarda otolog doku ile meme rekonstrüksiyonunun estetik sonuçları, implantla rekonstrüksiyondan anlamlı derecede güvenilir olduğu kanaatine varılmıştır.

## SB-075

### Serbest DİEP Flebi ile Meme Rekonstrüksiyonunda Planlama ve İntra-Operatif Karar Aşamasında İndosiyenin Yeşili Anjiyografisi Kullanımı

Ayhan Işık Erdal, Serhan Tuncer, Mehmet Sühan Ayhan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** İndosiyenin yeşili anjiyografisi, doku perfüzyonunun gerçek zamanlı gösterilmesinde son yıllarda sıkça kullanılan bir yöntemdir. Bu çalışmada serbest derin inferior epigastrik arter perforatör flebi (DİEP flebi) ile meme rekonstrüksiyonu yapılan olgularda intra-operatif indosiyenin yeşili anjiyografisi uygulamasının ameliyatın farklı basamaklarındaki faydaları incelenmiştir.

**Yöntem:** Nisan 2017 - Temmuz 2017 arasında kliniğimizde SPY görüntüleme sistemi (Novadaq Technologies, Canada) kullanılan serbest DİEP flebi ile meme rekonstrüksiyonu uygulanan olgular retrospektif olarak tarandı. 5 olgunun demografik özellikleri, intra-operatif SPY sistem verileri, anastomoz durumu, post-operatif kısmi cilt nekrozu gelişimi durumları analiz edildi.

**Bulgular:** Tüm olgularda geç meme rekonstrüksiyonu uygulandı. Pre-operatif MR-anjiyografi ile perforatör analizi yapıldı. Pedikül diseksiyonu sonrası alınan anjiyografi görüntüleri SPY programı ile analiz edildi. Flep olarak kullanmak için seçilecek adanın sınırları bu analiz sonrası belirlendi. Maksimum beslenme noktasının %20 oranında

kanlanan alanlar flebe dahil edildi. %20 altında kanlanan alanlar flep sınırları dışında bırakıldı. 1 olguda total flep kaybı görüldü. Kısmi flep kaybı, palpable yağ nekrozu, yara ayrışması, enfeksiyon görülmedi.

**Tartışma:** İndosiyenin yeşili anjiyografisi serbest flep ile meme rekonstrüksiyonu olgularında perforatör seçimi, perforatör diseksiyonu sonrası flep adasının sınırlarının belirlenmesi, anastomoz hattında akışın görüntülenmesi ve flep yerleştirilmesi sırasında ve sonrasında periferde dolaşımın kontrolü amacıyla kullanılmaktadır. Eş zamanlı meme rekonstrüksiyonu olgularında mastektomi fleplerinin dolaşımı doku genişletici/implant yerleştirilmesinden önce ve sonra değerlendirilebilir. Olguların tamamında ameliyat öncesinde MR-anjiyografi ile değerlendirilen perforatör damarların sağlanması amacıyla SPY görüntüleme uygulanmış ve perforatörlerin deriye girdiği noktada ışımının daha erken olduğu gözlenmiştir. Ancak bunun MR-anjiyografiye alternatif olduğu düşünülmektedir. Perforatör diseksiyonu sonrası flep adasının sınırlarının belirlenmesi klinik gözlem ve tecrübe ile verilen bir kararken, SPY görüntüleme sisteminin maksimum beslenme noktasını referans olarak yaptığı kenar belirleme işlemi ile sınır belirleme kararına kantitatif yaklaşım sunmuştur (Resim 1). Kenar belirleme işlemi yaparken seçilen %20 eşik değeri, bu sistem kullanılmadan geçmişte klinik tecrübelerle göre çizilen alanların değerleri göz önünde bulundurularak seçilmiştir. Literatürde bu eşik değeri ile ilgili net veri yoktur. Anastomoz hattının açıklığının kontrolünde bu sistemin kullanımı güvenilir sonuç vermiştir. Flep beslenmesinin klinik olarak şüpheli olduğu durumlarda anastomoz hattının ve pedikülün görüntüleri olası tromboz yada hasarın olduğu segmentin bilgisini bize net olarak verebilir. Flep kaybı yaşadığımız 1 olguda anastomoz hattı ve sonrasında pedikülün anjiyografisi intra-operatif değerlendirmemizde faydalı olmuştur. Flebin alıcı alana adaptasyonu sonrasında son kontrol amaçlı flep periferindeki dolaşım kontrolü yapmada kullanılabilir. Olgularda bu amaçla kullanıldığında sütür hattında bazı alanlar az kanlanıyor gibi görülmesine rağmen bu alanlarda post-operatif dönemde komplikasyon gelişmemiştir. Sistem bu kontrolde faydalı bulunmamıştır. İndosiyenin yeşilinin ülkemizde ruhsatlı preparatı olmaması nedeniyle temininde ciddi güçlük yaşanmaktadır. SPY sisteminin bu olgularda rutin kullanımının sürdürülebilir olması için bu sorunun çözülmesi gerektiğini düşünüyoruz.

**Sonuç:** Klinik tecrübelerimiz, DİEP flebi ile meme rekonstrüksiyonu olgularında indosiyenin yeşili anjiyografisi kullanımının pedikül diseksiyonu tamamlanması sonrası yeterli beslenmeye sahip olan ve olmayan alanların ayrılmasında, anastomoz açıklığının doğrulanmasında, flebin alıcı alana yerleştirilmesi sonrası periferindeki perfüzyonun kontrolünde ve flep dolaşımının şüpheli olduğu durumlarda cerrahın karar vermesini kolaylaştırdığı yönündedir. İndosiyenin yeşili teminindeki güçlüklerin giderilmesi ile serbest flep ile meme rekonstrüksiyonu olgularında bu sistemin rutin kullanımı sonrası elde edilen verilerin analizi ile daha güvenilir sonuçlar ortaya çıkacaktır.

## Resim 1



Resim 1: Pedikül diseksiyonu tamamlanması sonrası SPY görüntüleme sistemi ile alınan fotoğraflar (sol), indosiyenin yeşili ile flebin dolumu (orta), maksimum beslenen noktaya oranla %20 ve üzerinde kanlanan alanların sınırı (sağ)

**SB-077**

**Memenin Agresif Rekürren Malign Filloides Tümörüne Multidisipliner Yaklaşım: Bir Olgu Sunumu ve Literatür Derlemesi**

Arda Küçüküven<sup>1</sup>, Hakan Uzun<sup>1</sup>, Dicle Yaşar Aksöyler<sup>1</sup>, Galip Gencay Üstün<sup>1</sup>, Orkun Akman<sup>3</sup>, Ersoy Konaş<sup>1</sup>, Mehmet Bülent Tırnaksız<sup>2</sup>, Ali Emre Aksu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Filloides tümörü (FT) yada sistosarkoma filloides memenin interlobar stromasından köken alan nadir bir fibroepitelyal tümördür. Tüm meme kanserlerinin %0.3-0.9'unu oluşturan bu tümör genellikle 35-55 yaş aralığındaki kadınlarda görülür. Histolojik inceleme, tanı ve klasifikasyonda temel teşkil etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) FT sınıflamasını atipi derecesi ve stromal hiperplaziyi temel alarak benign, borderline ve malign olarak 3'e ayırmıştır. Tipik olarak ağrısız, palpe edilebilen, unilateral, hızlı büyüyen meme kitelleri olarak semptom veren memenin Filloides Tümörü yeterli cerrahi sınır ile çıkartılmadığı takdirde yüksek rekürrens oranlarına sahiptir. Aksillar diseksiyon, kemoterapi ve radyoterapinin kanser spesifik sağkalıma kanıtlanmış bir etkisi olmadığından cerrahi eksizyon tedavinin temelini oluşturmaktadır. FT eksizyonu sonrası implant ile rekonstrüksiyon estetik açıdan daha tatmin edici sonuçlar verse de cilt tutulumu olan vakaların rekonstrüksiyonunda otolog doku aktarımları ön planda olmaktadır. Latissimus dorsi muskulokütanöz (LD) flebi ve transverse rectus abdominis muskulokütanöz (TRAM) flebi, FT postmastektomi rekonstrüksiyonunun güvenilir seçeneklerindendir.

Olgu: 38 yaşındaki kadın hasta, sağ memesinde hızla büyüyen 33x23,5x17 cm'lik dev Malign Filloides Tümörü ile hastanemize başvurdu. 2 yılda büyüme gösteren ve pectoralis major invazyonu da olan bu kitlenin eksizyonu sonrası pediküllü LD flebi ve kısmi kalınlıkta deri grefti ile defekt kapatıldı. Radikal mastektomi ve LD flebi ile rekonstrüksiyon sonrası hasta 33 gün radyoterapi aldı. 9 ay sonra flep altında rekürrens izlenen hastanın bu sefer kitle ile beraber 2. 3. ve 4. kostaların da segmental rezeksiyonu sonrası oluşan defekt, göğüs cerrahisinin toraks duvarı defektini kapamasının ardından venöz supercharged TRAM flebi ile kapatıldı. Flep sol taraftan pediküllü olarak çevrildi ve superficial inferior epigastrik ven ile cephalic venin anastomozu sonrası supercharged olarak defekte inset edildi. Postoperatif 5 gün radyoterapi alan hastanın son 1 yıllık takibinde rekürrens yada metastaz bulgusu saptanmadı.

Tartışma: Memenin Filloides Tümörünün otolog dokular ile rekonstrüksiyonunda pediküllü LD ve venöz supercharged TRAM flepleri güvenilir seçeneklerdir. FT'nin lokal rekürrensi ve uzak metastazı için güvenilir prediktif faktörlerin gereksinimi, üzerinde yoğunlaşılması gereken bir konudur. Yapılan bazı çalışmalarda tümör boyutu ile lokal rekürrensin ve tümörün malign potansiyelinin arttığı vurgulanmıştır. Böylelikle dev FT vakalarında daha agresif yaklaşımların ve daha geniş cerrahi sınırların önemi anlaşılmaktadır. Lokal rekürrens oranı %15-20 olan FT tedavisinde histolojik karakterlerden çok negatif cerrahi sınırlar daha fazla önem taşımaktadır. Fakat yine de histolojik özelliklerin uzak metastaz ile yakın ilişkili olduğu

yapılan çalışmalar ile desteklenmiştir. Çoğu uzak metastazın da lokal rekürrens ile ilişkili olduğu ve uzak metastazların hasta sağkalımını 1-24 aya indiren ana prognostik faktör olduğu düşünüldüğünde Filloides Tümörünün tedavisi ve rekonstrüksiyonunda standardize edilmiş bir terapötik strateji ve bunun prospektif çalışmalar ile desteklenme gereksinimi daha iyi anlaşılmaktadır.

**Filloides Tümörü**



a. Dev Filloides Tümörü preoperatif görünüm b. LAD flebi sonrası rekürrens c. TRAM flebi sonrası postoperatif görünüm

**SB-078**

**Eş Zamanlı İmplantın Onarımı Başarısız Olmuş Subkutan Mastektomi Yapılan Meme Kanseri Hastalarında Latissimus Dorsi Myokutan Flep İle Kurtarma Prosedürü Uygulamaları**

Kamuran Zeynep Sevim<sup>1</sup>, Memet Yazar<sup>1</sup>, Fatih Irmak<sup>1</sup>, Hikmet İhsan Eren<sup>1</sup>,

İşıl Akgün Demir<sup>1</sup>, Ayşin Yeşilada<sup>1</sup>, Leyla Kılınç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

Giriş: Cilt ve/veya meme başı koruyucu mastektomi (subkutan mastektomi), tümör büyüklüğü memeye oranla fazlaysa, multisentrik bir karsinoma, ya da yaygın duktal karsinoma in situ da klinik uygulamada yer almaktadır. Bu hastalarda BMI 30'un altındaysa, hastalara donör saha problemi olmayan daha çabuk iyileşmeyle sonuçlanan implant ile rekonstrüksiyon seçeneği sunulmaktadır. Ancak nadir olmamakla beraber implant, geç postoperatif dönemde anterior ve inferior polde inceleme ile beraber ekspoze olma riski taşımaktadır. Başarısız implantla meme rekonstrüksiyonu sonrası hastaya kliniğimizde Latissimus Dorsi myokutan flep ile defekte uygun boyutlarda planlama yapılmaktadır.

Materyal-Metod: Kliniğimizde 2014-2017 yılları arasında subkutan mastektomi sonrası eş zamanlı doku genişletici implantla onarımı yapılan 110 hastanın 18 tanesinde meme antero-inferiorunda yara yeri ayrılması sonrası, rekonstrüksiyona Latissimus dorsi kas deri flebiyle devam edilmiştir. Bu hastalarda abdominal bölge flepleri yapılmasını engelleyen faktörler mevcuttu (obezite, skar, hasta tercihi).

Sonuçlar: Hastaların 12 tanesi invaziv duktal karsinom, 6 tanesi lobüler karsinom tanılıdır ve 14 hastada aksiller lenf nodu diseksiyonu da uygulanmıştır. Hastaların tamamı adjuvan KT ya da RT görmüştür. Hastanede yatış süresi ortalama 6 gündür. Postoperatif takip süresi 10 ay civarındadır (3-22 ay).

Tartışma: Başarısız meme rekonstrüksiyonu sonrası tekrar rekonstrüksiyon planlamak hasta ve doktor açısından çeşitli zorluklar içermektedir. Hastaları ikna sürecinin

atlatılmasını takiben implanat kaybı aşamasına gelmeden doku eksikliği cinsi ve miktarı belirlenip öncelikle komşu doku olan Latissimus dorsi myokutan fleple rekonstrüksiyon önermekteyiz. Cilt adası ihtiyaca göre horizontal, vertikal ya da oblik planlanmaktadır. Hastalarda minimal sütür ayrılması haricinde seroma, hematoma, flebin parsiyel ya da total kaybı gibi komplikasyonlar gözlenmemiştir. 1 hastada implant kaybı yaşanmıştır.

### SB-079

#### Adjuvan Kemoterapi Ve İmplantla Eş Zamanlı Meme Rekonstrüksiyonunda Komplikasyonların Sıklığı Artıyor Mu?

Kamuran Zeynep Sevim, Selami Serhat Şirvan, Fatih Irmak, Çağatay Öner, Alican Güneş, Semra Karşıdağ  
*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul*

Amaç: Cilt ve/veya meme başı koruyucu mastektomi sonrası protezle ve/veya doku genişletici ile eş zamanlı rekonstrüksiyon günümüzde özellikle multipl odaklı T1 ya da T2 tümörlerde sıkça kullanılan bir yöntemdir. Ancak bu rekonstrüksiyonu yaparken hastaların onkolojik bir gereklilik olarak ta adjuvan kemoterapi alabilecekleri göz önünde tutulmalıdır. Lokal ve metastatik rekürrensleri önlemek adına uygulanan sitotoksik tedavilerin olası komplikasyonların sıklığını, özellikle de enfeksiyon sıklığını(ref1) ve meme rekonstrüksiyonunun estetik başarısını etkilediği Vandeweyer ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yayınlanmıştır. Biz de çalışmamızda Vandeweyer ve arkadaşlarının çalışmasından farklı olarak adjuvan kemoterapi alan hastalarda seroma oluşumu ve hemovac dren uygulama süresini anlamlı olarak arttırdığını ve bunun da enfeksiyon ve revizyon ameliyatlarının insidansını arttırdığını vurgulamak istedik.

Materyal-Metod: Kliniğimizde Mayıs 2014- Haziran 2017 tarihleri arasında meme kanseri sonrası implantla meme rekonstrüksiyonu yapılan toplam 110 hastadan adjuvan veya neoadjuvan kemoterapi alan 82 hastanın postoperatif komplikasyon sıklığı( hematoma, seroma, implant kaybı, enfeksiyon), ikincil ameliyat olma oranları ve estetik sonuçları kıyaslandı. BU hastalar ortalama 18 ay takip edildi.

Sonuç: Adjuvan kemoterapi alan hastalarda seroma oranında anlamlı artış(%10,9) gözlemlendi. Neoadjuvan KT alan implantla onarım yapılmış hastalarda ise erken postoperatif hematoma ve kanama zamanı bozuklukları gözlemlendi(%5,8). 6 hastada uzamış seroma, parsiyel cilt nekrozu ve revizyon ameliyatları ile sonuçlandı. 1 hastada implant kaybı gözlemlendi.

Tartışma: Adjuvan kemoterapi nodal invazyonu olan ya da tümör biyolojisi daha agresif olan hastalarda cilt koruyucu mastektomiye ek olarak kullanılmaktadır. Adjuvan KT alan implantla rekonstrüksiyon yapılmış hastalarda normalde ortalama 2-3 gün olan hemovac dren kullanılması süresi, 20 günlere kadar uzayabilmektedir. Uzayan hemovac dren süresi ise olası enfeksiyon sıklığını ve ameliyatların estetik sonuçlarını, revizyon ameliyatları sıklığını arttırmaktadır. Literatürde genellikle adjuvan tedavilerden radyoterapinin meme rekonstrüksiyonu üzerine negatif etkilerinden bahsedilmektedir ancak biz bu vaka serimiz vasıtasıyla adjuvan kemoterapi ile gözlemlendiğimiz komplikasyonlara dikkat çekmek istedik. Meme kanseri tedavisi multisentrik yürütülmesi gereken bir tedavidir ve tüm müdahale

branşların birbirleriyle sıkı bir iletişimde olması hastaların uzun vadeli yaşam kalitesi için önemlidir.

#### Referans

1) Vandeweyer E, Deroemaeker R, Nogaret JM, Hertens D. Immediate breast reconstruction with implants and adjuvant chemotherapy: A good option? Acta Chir Belg, 2003, 104,98-101.

### SB-080

#### İdiopatik Granülomatöz Mastit ve Rekonstrüksiyonu

Fatih Irmak, Kamuran Zeynep Sevim, Mecd Atif Cezairlioğlu, Mert Sızmaz, Selami Serhat Şirvan, Semra Karşıdağ  
*Sağlık Bilimleri Üniversitesi; Şişli Hamidiye Etfal Uygulama ve Araştırma Merkezi; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği*

Giriş: İdiopatik granülomatöz mastit (İGM), doğurganlık çağındaki genç kadınlarda sık görülen memenin kronik inflamatuvar ve benign seyirli bir hastalığıdır. Bağışıklık sistemi elemanlarının otoimmün reaksiyonu ve geçirilmiş enfeksiyon öykülerinin başlıca suçlandığı bu hastalık sık tekrar eden, antibiyotiğe dirençli apse formasyonları ile birlikte izlenmektedir.

Gereç ve yöntem : 2014-2017 yılları arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi ve Plastik Cerrahi kliniklerinin ortak olarak gerçekleştirdiği idiyopatik granülomatöz mastit hastalarında subkutan mastektomi sonrasında eş seanslı protez ile onarım vakaları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Toplam 4 hastaya uygulanan tedavide hastaların yaş ortalamaları 27 olup 2 hastanın gebelik ve emzirme öyküsü bulunmakta. 3 hasta bilateral, 1 hasta sadece sağ memede İGM mevcuttu. Hastaların tamamında medikal tedaviler sonrası nüks yaşanmış ardından debridman uygulanmasına rağmen fistül ve apse formasyonları ile karşılaşmıştır. Tedavi edilen memelerde nipple koruyucu subkutan mastektomi sonrasında kas altı plana protez tatbikiyle rekonstrüksiyon uygulanmıştır. 3 hastada işlem bilateral uygulanırken 1 hastada tek taraflı mastektomi + protez ile onarım, karşı taraf asimetriyi düzeltme amaçlı augmentasyon mamoplasti uygulanmıştır. Hastaların en uzununu yaklaşık 4 yıl en kısısı 3 ay kontrol altında olmakla birlikte, nüks ve yeni lezyon gözlenmemiştir.

Tartışma: İGM etyolojisi bilinmediğinden nedene yönelik değil semptomatik tedavi edilebilmektedir. 6 - 10 hafta steroid ile immün baskılama veya antibiyoterapiye cevap vermeyen mastit olgularında ayrıca apse ve fistül formasyonunun ileri boyutta olduğu olgularda cerrahi debridman-mastektomi düşünülmelidir. Bu cerrahi debridmanlar estetik bir subünit olarak memenin bütünlüğünün korunması için subkutan mastektomi ardından eş zamanlı protez ile rekonstrüksiyonla kalıcı ve estetik bir tedavi sağlanmaktadır. İntraoperatif florasant (indosyanin yeşili-SPY) görüntüleme yardımıyla da mastektomi sonrası ve protez tatbiki sonrası flep ve nipple-areola viabilite değerlendirilmesi yapılabilmekte ve ameliyat başarısını yükseltmektedir.

Sonuç: Emzirme ötesinde aynı zamanda cinsellik göstergesi ve estetik ve bir ünite olan memenin bu ilerleyici hastalığı subkutan mastektomi ile beraber eş zamanlı protez tatbiki ile hastanın uzun süreli semptomatik tedavisi ve/veya küratif tedavisi sağlanabilmektedir. Memenin implant ile

sağlanan yeni görüntüsü hastanın tedavisi yanında tatmin edici sonuç elde etmesini sağlamaktadır.

## SB-081

### Subkutan Mastektomi Sonrası Eş Zamanlı İmplantla Onarım: 110 Hasta Deneyimimiz

Kamuran Zeynep Sevim<sup>1</sup>, Semra Karşıdağ<sup>1</sup>,  
Sıtkı Gürkan Yetkin<sup>2</sup>, Selami Serhat Şirvan<sup>1</sup>,  
Ayşin Yeşilada<sup>1</sup>, Fatih Irmak<sup>1</sup>, İşıl Demir<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim  
ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi  
Kliniği, İstanbul  
<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim  
ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Cilt koruyucu mastektomi ardından eş zamanlı meme onarımı onkolojik açıdan güvenli olduğu kadar kozmetik ve fonksiyonel açıdan da tatmin edici sonuçlar verir. Bu tür meme onarımlarında ideal sonuçlar elde edebilmek için uyguladığımız bazı önemli noktaları paylaşmak istiyoruz

Materyal-Metod: Mart 2014- Eylül 2017 tarihleri arasında hastanemizde genel cerrahi kliniği ile birlikte cilt koruyucu mastektomi ve eş zamanlı implantla onarım yapılan 110 hasta retrospektif olarak incelendi. İmplant ile ya da doku genişletici ile onarım yapılan hastalardaki major ya da minor komplikasyonlar, tercih edilen insizyonlar, diatermi ya da keskin diseksiyonla mastektominin farkları, vücut kitle endeksinin implantla onarıma etkileri irdelenmiştir.

Sonuçlar: Toplamda incelenen 110 hastanın % 18'inde majör komplikasyonlar(implant ekspozisyonu), %24'ünde minör komplikasyonlar(flep nekrozu, yara iyileşme problemleri) gözlenmiştir. Hastaların %50'sinde lolipop insizyon ya da vertikal insizyon tercih edilmiştir. Vertikal insizyona bağlı olarak yara iyileşmesinde problem gözlenmemiştir. Yüksek vücut kitle endeksi olan hastalarda erken postoperatif dönemde mastektomi fleplerinde lenfödem benzeri bulgular sıklıkla gözlenmiştir. Eksize edilen mastektomi materyali 600 gr üzerinde ise ya da sternal çentik nipple areola mesafesi 28 cm nin üzerinde olduğu hastalarda flebe ait komplikasyonlar daha sık gözlenmiştir. Hastaların 25'inde doku genişletici ya da implantın meme alt polüne denk gelen kısmı rektus abdominis adipofasyal flebi ve serratus anterior kas flebi ile onarılmıştır. Hastaların 32'sinde meme alt polü TIGR Matrix®(composite vicryl biomeshe) 'i pektoral kasa adapte ederek onarılmıştır. Toplam 12 hastada implantla onarım başarısız olmuş latissimus dorsi, myokutan flebi ile kurtarma operasyonu yapılmıştır. 26 hastada meme başı rekonstrüksiyonu aşamasına gelinmiş ve bu aşamada hastalar mikropigmentasyonla yapılan meme başı dövmesini tercih etmişlerdir. Hastalar ortalama 12 ay boyunca takip edilmişlerdir.

Tartışma: Malpozisyon, rüptür, ekspoze olmak ya da kapsüler kontraktür gibi potansiyel komplikasyonlara rağmen subkutan mastektomi sonrası eş zamanlı implant doku genişletici ile meme onarımı günlük pratiğimizde en sık tercih edilen meme onarım seçeneğidir. Kliniğimizde kısa yükseklikteki anatomik doku genişleticilerle ve yuvarlak pürüzsüz doku genişleticilerle onarım sonrası kalıcı koheziv jel protezle onarım ile tatmin edici sonuçlar almaktayız. Çoğu meme kanseri hastasına meme başı rekonstrüksiyon seçenekleri, meme başı paylaşımı, tam kalınlıkta greft, kartilaj grefti, lokal flepler, subdermal pediküllü flepler olarak detaylı şekilde anlatılmaktadır ancak meme başı yapımı aşamasına kadar 3-4 ameliyat geçiren bu

hastaların azımsanamayacak bir kısmı da(yaklaşık%45) mikropigmentasyon ile yapılan 3-boyutlu meme başı dövmesini onarım yöntemi olarak tercih etmektedir. Demir dioksit ve titanyum dioksit pigmentleri içeren ve mikromotor yardımıyla uygulanan 3 boyutlu medikal dövme hastalarda herhangi bir morbidite yaratmadan, lokal anestezi altında ve ek operasyona gerek kalmadan anında tatmin edici sonuç elde dilmektedir. Böylelikle meme başı onarımı da yapılan hastalarda vücut bütünlüğü algısı tamamlanmaktadır.

## SB-082

### Meme Başı Taşımali Redüksiyon Mastektomi ve Eşzamanlı Meme Onarımı

Şükrü Yazar<sup>1</sup>, Altuğ Altınkaya<sup>1</sup>,  
Emine Çiğdem Karadağ<sup>2</sup>, Halil Kara<sup>3</sup>, Cihan Uras<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi; Plastik,  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı; Acıbadem  
Maslak Hastanesi, İstanbul  
<sup>2</sup>Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi; Plastik,  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı; Acıbadem  
Altunizade Hastanesi, İstanbul  
<sup>3</sup>Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi; Genel Cerrahi  
Anabilim Dalı; Acıbadem Maslak Hastanesi, İstanbul

Amaç: Nipple koruyucu mastektomi ve eş zamanlı implant ile meme onarımı, otolog doku ile yapılan onarımlara göre ameliyat sürelerinin daha kısa olması, donör alan morbiditesinin olmaması ve daha kolay uygulanabilir olması nedeniyle son yıllarda artan sıklıkla uygulanmaya başlanmıştır. Özellikle meme ptozisi olan, büyük meme volümüne sahip hastalarda; sarkık ve fazla cilt dokusu varlığı implant ile 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. Bu çalışmada amaç, kliniğimizde ters t cilt küçültücü mastektomi ve eşzamanlı implant ile meme onarımı uygulanmış hasta grubumuza ait uzun dönem sonuçlarımızı sunmaktır.

Hastalar ve Yöntem: 2010 ve 2017 yılları arasında kliniğimizde ters t cilt küçültücü mastektomi ve eşzamanlı implant ile meme onarımı uygulanan 54 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara ait medikal kayıtlar retrospektif olarak taranarak demografik veriler, klinik özellikler, komplikasyon oranları saptandı ve istatistiksel olarak incelendi.

Sonuçlar: Hastaların ortalama yaşı 42+/- 5.3 olup, yaş aralığı 32 ile 52 arasında değişmekteydi. Hastaların sigara içme oranı % 38'di. Yüzde 7.4'ün ek hastalığı vardı. Hastaların ortalama vücut kitle endeksi 23.9+/- 3.7 olarak saptandı. Ortalama kullanılan implant volümü 438+/- 85.8'di. Postop dönemde en sık gözlenen komplikasyon kapsül kontraktürü iken bunu sırasıyla sutur hattı nekrozu, protez kaybı ve enfeksiyon izlemekteydi.

Tartışma: Redüksiyon mastektomi ve eş zamanlı implant ile meme onarımının özellikle büyük meme volümüne sahip ptozisli olgularda daha iyi sonuçlar elde etmek için uygulanabilecek etkili ve güvenilir bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

**SB-083****Çocukluk Çağı Hemanjiom ve Portowine Lekelerinin Tedavisinde Pulse-Dye Lazerin Etkinliği**

Şeyda Güray Evin, Ahmet Bilirer, Osman Akdağ, Mehtap Karamese, Zekeriya Tosun  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Konya

**Giriş:** Lazerler 1963 yılından beri kutanöz patolojilerin tedavisinde kullanılmaktadır. Hemanjiomlar ve Portowine lekeleri de bu kutanöz patolojilerdendir. Portowine lekeleri papiller dermiste ektazik damarlar içerirler ve Mulliken ve Glowacni sınıflamasına göre düşük akımlı vasküler malformasyonlar grubuna dahildirler. Pediatrik çağda kız, erkek ve prematür matür ayrımı olmaksızın yaklaşık %0.3 ile %0.5 oranında görülürler. Tipik olarak trigeminal sinirin oftalmik ve maksiller bölümlerinde karşımıza çıkarlar. Genellikle pembe maküller olarak başlar ve zamanla daha mor bir renk alarak yetişkinlik döneminde nodüller meydana getirirler. Hemanjiomlar Mulliken ve Glowacni sınıflamasına göre vasküler tümörler grubuna dahil olan daha benign endotelial proliferasyonlardır. Daha çok neonatal dönemde oluşurlar.%1.1 ile %2.6 arasında görülürler. Prematür infantlarda ve kızlarda daha sık görülürler. Bu cilt lezyonları çocukluk çağında sıkça karşımıza çıkar ve çeşitli fizyolojik ve sosyal problemleri de beraberinde getirirler bu yüzden erken tedavi edilmeleri önem taşımaktadır.(1) Bu çalışmada çocukluk çağı porto wine lekeleri ve hemanjiomlarda Pulse-dye lazerin kullanımı ve sonuçları aktarılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** 2006 ile 2016 yılları arasında portowine lekeleri ya da hemanjiom nedeniyle kliniğimizde tedavi edilmiş 8' i erkek 5'i kız 13 pediatrik yaş grubunda hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Pulse dye lazer işlemi 4 yaş altında tüm hastalarda genel anestezi, bunun üzerindeki hastalarda ise lokal anestezi ile gerçekleştirildi. Lokal anestezi %5 lidokain ya da %2.5 lidokain,%2.5 prilokain karışımı içeren pomadlar kullanılarak yapıldı. Lokal anesteziyi tolere edemeyen hastalar için poliklinik şartlarında 1-4 mg/kg/dozda olacak şekilde ketamin desteği sağlandı. Kullanılan lokal anestetik materyalin türüne göre 20 ile 45 dk lık bekleme süresini takiben işlem gerçekleştirildi. Lezyonu yüzde olan hastalar için, 585-600 nm dalga boyunda, 4-7 J/cm2 fluence,1.5 ile 6 pulse duration ve 7 mm spot size ile çalışıldı. Gövdede dev hemanjiomu olan 1 hasta için pulse duration 3.5 a düşürülerek çalışıldı. Ekstremitelerde portowine lekesi olan 1 hasta için de yüz ile aynı değerlerde çalışıldı. Tüm hastalarda tedavi etkinliğini gösteren en önemli gösterge olan purpuralar işlem sonrası elde edildi. Tüm hastalar için tedavi sonrası soğutma işlemi uygulandı.

**Bulgular:** 4 hastamızda hemanjiom, 9 hastamızda portowine lekesi tedavi edildi. Bu hastaların yaşları 15 ile 2 arasında değişmekte olup ortalama yaş 8.2 idi. Hemenajiom hastalarımızın 1' inde lezyon sağ hemitorakal bölgede diğer 3 ünde ise yüz bölgesindeydi. Portowine lekesi hastalarımızın 1' inde lezyon sağ kol lateralinde yerleşikti. Geri kalanlarda lezyon yüz bölgesinde yerleşmişti. Yüzdeki portowine lekeleri 1 hasta haricinde herhangi bir hiperplastik değişikliğe neden olmamıştı. Bu hasta, grubun en yaşlı hastası olma özelliği taşıyordu. Bu hastada aynı zamanda lazer tedavisi sonrası lezyonun sınırlı bir bölgesinde hiperpigmentasyonla karşılaşıldı. Diğer hastaların hiç birinde anesteziye ya da tedaviye bağlı komplikasyona rastlanmadı. Özellikle periorbital bölge ve lateral yüz bölgesinde yerleşmiş olan portowine lekelerinde regresyon daha belirgindi. (Fig1) Gövdede dev ülsere paternli hemanjiomu olan hastamızda lazerin etkinliği beklenen düzeyde olmadığından doku genişletmenin

ardından cerrahi eksizyon yoluna gidildi. Yüzde yerleşik lezyonu olan hemanjiom hastalarımızda az sayıda lazer seansı ile belirgin ilerleme olduğu gözlemlendi. Porto wine lekelerinde renk açılması belli düzeye gelen hastalarda Nd-yaq lazer ile tedavinin devamı sağlandı.

**Tartışma:** Pulse-dye lazer pediatrik çağda hem portowine lekelerinin hem de hemanjiomların tedavisinde kullanılmaktadır. Lokal anestezi altındaki uygulamalarda özellikle lidokain ve prilokaini beraber içeren lokal anestetikler lezyon üzerinde beyaz lekelenmeler yapabileceğinden uygulama sırasında bu bölgelerin görünürlüğü azalabilmektedir. Biz bu anestetik maddeyi kullandığımız hastalarımızın hiçbirinde bu etkiye rastlamadık. Pulse dye lazer özellikle pediatrik çağda yetişkinlerde olduğundan daha etkilidir. (2,3) Çünkü bu dönemde cilt daha incedir damar yapıları daha küçük ve cilde yakın seyredir. Bir yetişkin kontrol grubu bu çalışmada yer almamasına rağmen çocuk hastalarda daha az seans sayıları ile daha hızlı sonuçlar elde etmemiz bu bilgiyi doğrulamaktaydı. Stratigos ve arkadaşlarının çalışmalarında belirttikleri gibi biz de baş boyun bölgesinde özellikle de periorbital bölge ve lateral yanak bölgesindeki lezyonlardan ve koldaki lezyonlardan daha hızlı cevap aldık. Nd-yaq lazer portowine lekelerinin tedavisinde kullanılabilecek diğer lazer seçeneğini oluşturur. Fakat tek başına kullanılması yüksek fluence de çalışmayı gerektireceğinden skar oluşumu ile sonuçlanabilmektedir. Bu yüzden pulsedye lazer ile kombine kullanılması önerilir. Nd-yaq lazerin 2. Lazer olarak tercih edilmesi buna bağlı komplikasyonları da azaltacaktır. (4) Bizde hastalarımızda uygulamayı bu şekilde yaptık. Hemanjiomlarda tedavi seçenekleri ve gereklilikleri hala tartışmalıdır. Amerikan dermatoloji akademisi genel tedavi endikasyonlarını şu şekilde belirlemiştir: Hayatı ve fonksiyonu tehdit edici hemanjiomlar,kalıcı bir skarla sonuçlanacak bölgelerde bulunanlar, geniş fasial hemanjiomlar, görünür yerlerdeki küçük hemanjiomlar, ülsere ve pedinküle hemanjiomlar. Biz 1 hastamıza lomber bölgede dev hemanjiom nedeniyle diğer 3 hastamıza da yüzde görece geniş lezyonlar için lazer uygulaması yaptık. Uygulama ile nihai skarı azaltmayı ve psikososyal stresin önüne geçmeyi amaçladık. Pulse-dye lazere en iyi cevabın aslında kendi başına da involusiyone olabilecek hemanjiomlardan alındığına dair bir görüş olmasına rağmen bizim tüm hastalarımız involusiyona uğrayabilecek yaşı tamamlamıştı. Bu hemanjiomların tedavisinde yine az sayıda seans ile belirgin sonuçlar elde edildiğini gördük. Halk arasında doğum lekesi diye tabir edilen ve hayat boyu kişinin psikolojik ve sosyal yaşamını etkileyen lezyonlardan yalnızca ikisi olan hemanjiom ve portowine lekelerinin tedavisinde pulsedye lazerin çocukluk yaş grubunda güvenle kullanılabilecek bir tedavi seçeneği olduğunu düşünmekteyiz.

**Referanslar:**

- 1.Meghan F. Stier, BS, Sharon A. Glick, MD, FAAD, and Ranella J. Hirsch, MD, FAAD, Laser treatment of pediatric vascular lesions: Port wine stains and hemangiomas, J AM ACAD DERMATOL FEBRUARY 2008, VOLUME 58, NUMBER 2
- 2.Stratigos AJ, Dover JS, Arndt KA. Laser therapy. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, senior editors. Horn TD, Mascaro JM, Saurat JH, Mancini AJ, Salasche SJ, Stingl G, editors. Dermatology. London: Mosby; 2003. p. 2153-75.
- 3.Reyes BA, Geronemus R. Treatment of port-wine stains during childhood with the flashlamp-pumped pulsed dye laser. J Am Acad Dermatol 1990;23:1142-8.
4. Willey A, Anderson RR, Azpiazu JL, Bakus AD, Barlow RJ, Dover JS, et al. Complications of laser dermatologic surgery. Lasers Surg Med 2006;38:1-15.

**portowine lekesi tedavisinde pulsedye lazerin etkinliği**



**SB-084**

**Servikofasyal alanda dev arterio-venöz malformasyon cerrahi yönetimi**

Özlenen Özkan, Hasan Tuna Türkmen, Onur Oğan, Ömer Özkan  
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

**Giriş:** Vasküler Malformasyonlar; genellikle konjenital olmakla birlikte sporadik olarak sonradan gelişebilen vasküler endotel yapısındaki anomali nedeniyle ortaya çıkan anormal yapılanmalardır. Arterio-venöz malformasyonlar(AVM) yumuşak doku ve kemik yapıda büyüme gösteren, gerileme göstermeyen hızlı akımlı kitlelerdir. AVM ler doğum esnasında kendini göstermekle birlikte bazen süt çocukluğu döneminde fark edilebilmektedir. Genellikle sessiz seyretmekle birlikte kanama, hızlı büyüme gibi durumlarda geçici arteriyel embolizasyon sonrası cerrahi tedavi faydalı olmaktadır.

**Hasta ve Metod:** Bu olgu sunumumuzda dış merkezden kliniğimize kabul edilen sol mandibular alanı ve sol boyunu kapsayan dev kitleye sahip 5 aylık kız hastanın cerrahi yönetimi sunulmuştur. Hasta dış merkezde doğum sonrası kitlesi nedeniyle bir çok kez radyoloji bölümü ile embolizasyon yöntemi uygulanmış fakat klinik fayda gözlenememesi nedeniyle bölümümüze yönlendirilmiştir. Fakültemiz radyoloji bölümünde yapılan dış merkez MRG, BT-anjiyografi tetkiklerinin incelenmesi sonrası kitlenin bilateral eksternal karotisten beslenen vasküler malformasyon olduğu sonucuna varılmıştır. Hastaya gerekli kan - plazma hazırlıkları ve postoperatif yoğun bakım desteği sağlandıktan sonra cerrahi planı yapılarak operasyona alınmıştır. Operasyon esnasında bilateral eksternal karotisler bulldog klemp ile kapatıldı. Sol facial arter ve venin distalinin kitle içersinde yer aldığı görüldü. Facial sinirin marjinal mandibular dalının kitlenin yüzeyinde seyrettiği görüldü ve korundu. Kitlenin dış kulak yolunu, sol zigomatik arkı, sol orbita tabanını, sol maksillayı ve sol mandibula yarısını destrukte ettiği gözlemlendi. kitle en blok halinde çıkarıldı. Hastada intraoperatif esnada gelişen bradikardi sonrası kardiyak arrest gelişmiş olup erken resüstatif müdahale ile tekrar sinüs ritmine alınmıştır. Oluşan defekt için 10 gün sonra anterolateral thigh free flep planlanarak hasta operasyona alındı. 15x5 cm cilt adali flep deepitelize edilerek sol facial arter ve vene anastomoz edilerek defekt giderildi. Operasyona son verilerek hasta pediatrik yoğun bakım ünitesine çıkarıldı.

**Sonuçlar:** Hasta postop 2.günde ekstube edildi. Flep takibi doppler usg ile yapıldı ve takibinde sorun yaşanmadı.

Hemoglobin ve trombosit değerlerinde tekrarlayan düşmeler nedeniyle pediatrik hematoloji bölümünce yoğun bakımda takip edildi. Genel durumu düzelen hasta postop 1.hafta da servise alındı. Orogastrik sonda ile beslenmesi sağlanan hastaya flep stabilizasyonu sağlandığı görüldü sonrası oral beslenme başlandı. Hastanın faysal sinir muayenesi doğal olarak gözlemlendi. Sol preauriküler bölgeden olan seropürülan vasıflı akıntı nedeniyle postop 2.ayda oral mukoza solda fistülektomi yapılarak boyun solda cilt flebi deepitelizasyonu ile fistül olan alana inset edildi. Sonrasında komplikasyon gelişmedi.

**Tartışma:** Konjenital vasküler malformasyonlar çoğu zaman gerileyebilmekle birlikte arteriovenöz malformasyonlar gerilemeyip büyüme eğilimi göstermektedir. Embolizasyon yöntemi ile erken dönemde ya da uygun rezeksiyon yapılamayan olgularda kullanılabilmele birlikte cerrahi tedavi ile daha etkin sonuç alınabilmektedir. Bu olgumuzda 5 aylık bir hastada dev avm kitlesinin çıkarılması sonrası oluşan geniş defektin serbest doku nakli ile onarımı sağlanması sonrası fonksiyonel ve estetik olarak olumlu sonuçlar elde edildiği gözlenmiştir. Özellikle pediatrik dönemde yapılan bu girişimlerin hastanın fiziksel gelişimini pozitif yönde gelişmesine olanak sağladığı, estetik anlamda kabul edilir sonuca varıldığı görüşüne varılmıştır.

**dev arteriovenöz malformasyon**



*servikofasyal alanda dev avm kitle eksizyon sonrası free fleple rekonstruksiyon*

**SB-085****Bir Kompozit Yüz Nakli Serüveni**

Safa Manav<sup>1</sup>, Kemal Fındıkçioğlu<sup>1</sup>, Ahsen Öncü<sup>1</sup>,  
Mehmet Sühan Ayhan<sup>1</sup>, Selahattin Özmen<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara  
<sup>2</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** Kliniğimizde gerçekleştirilen kısmi yüz nakli vakasının 56 aylık süre içindeki takibinin paylaşılması, klinik tecrübelerin yeni olduğu bu tarz vakalar için tecrübe aktarımı planlanmıştır.

**Olgu:** Kasım 2007'de ateşli silah yaralanması sonucu orta yüz defekti oluşan 20 yaşındaki kadın hastaya Mart 2012'de kısmi kompozit yüz nakli ameliyatı yapıldı, erken dönemde herhangi bir problem yaşanmazken, taburcu olmadan sol göz protezi yenilendi ve geçici diş protezi yapıldı. Postoperatif 27. günde subakut rejeksiyon (grade III) bulgularına rastlanması üzerine kullanmakta olduğu immünsupresif ilaç dozları artırılarak, atak baskılandı. Nakil sonrası 2. ayda mandibuladaki defekt kemik grefti ile onarılıp, damaktaki fistülün onarımı yapıldı. Postoperatif 11. ayda skar revizyonu, damak fistül onarımı ve bilateral medial kantopeksi yapılan hastaya, 2 ay sonra dental implantları yerleştirilip, alt oral vestibül oluşturuldu. Dental implantların osteointegrasyonu sonrasında, üst yapı ile birlikte kalıcı diş protezleri yerleştirildi. Postoperatif 2. yılda trakeostomi kapatılması, her iki yanağa liposakşın, burun sırtına yağ enjeksiyonu ve damak fistül onarımı gerçekleştirilen hastanın postoperatif 30. aydaki değerlendirmesinde, damaktaki fistülünün kapanmadığı ancak bunun dışında belirgin bir probleminin bulunmadığı, rejeksiyon bulgularının olmadığı izlendi. Postoperatif 37. ayda damak fistülüne için tekrar operasyon gerçekleştirilmiş olup bu sefer posterior bazlı dil flebi yapılarak damak fistülü kapatıldı. Bu tarihten sonra hastaya ek cerrahi işlem uygulanmamış olup, hastanın klinik problemlerinin takibi ve tedavisi amacıyla servise yatışı yapılmıştır. Postoperatif 41. Ayda diare nedeniyle klinik takip ve tedavisi yapılmak üzere servise yatışı yapılmıştır. Postoperatif 47. Ayda hastaneye bel ağrısı, iştahsızlık ve kilo kaybı, yutma güçlüğü nedeniyle yatırılmış olup yapılan sistemik taramasında akciğerde kaviter lezyonlar ve sol perirenal bölgede abse tespit edilmiştir. Girişimsel Radyoloji bölümünde abse drenajı ve Enfeksiyon Hastalıkları bölümü önerilerine uygun olarak antibiyotik tedavisi uygulanmıştır. İştahsızlık ve kilo kaybı açısından dahiliye bölümüne endoskopik inceleme yapılmıştır. Candida özeftajiti tanısı ile tedavisi gerçekleştirilmiştir. Postoperatif 56. Ayında hastamızın genel durum bozukluğu nedeniyle ilk müdahalesi dış merkezde yapılmış olup akabinde 112 ile irtibata geçilerek hastamızın kliniğimize sevkı gerçekleştirilmiştir. Hasta kliniğe girişinden kısa bir süre sonra henüz damar yolu açılmadan solunum arrestine girmiş olup ve ardından yapılan tüm müdahalelere rağmen geri döndürülememiştir. Yapılan otopsi sonucunda meninks ve beyin parankiminde böbrekte dissemine intravasküler koagülasyon ile uyumlu değişiklikler mevcuttur. Bilateral pulmoner pürülan materyal ve hafif düzeyde inflamasyon varlığı ile plevral adezyonlar nedeni ile bilateral pulmoner tutulum ile karakterli bir enfeksiyon akla gelmektedir. DIC bulgularının böyle bir enfeksiyon ve sepsisemiye ikincil olabileceği düşünülmüştür. Yüz grefti rejeksiyonu lehine bulgu saptanmamıştır. Yapılan toksikolojik incelemelerde herhangi bir patoloji saptanmamıştır. Alınan BOS, kan, bronş lavajı ve doku biyopsi kültürlerinde Streptococcus pyogenes üremiştir.

**Sonuç:** 2005 yılında ilki gerçekleştirildikten sonra, özellikle son yıllarda ardada gelen yüz nakilleriyle konu ilgi odağı

haline gelmiştir. Konu bilimsel olmayan arenada fazlaca tartışılarda, bilimsel olarak değerli olan, ameliyat teknikleri ile birlikte bu hastaların uzun dönem sonuçlarının ve bu takip sürecindeki tecrübelerin paylaşılmasıdır. Bu paylaşımlar, yüz nakillerinin plastik cerrahi pratiğindeki geleceğini belirlemekle birlikte cerrahi ilk defa uygulayacaklar için de önemli kılavuzlar olacaktır. Yüz nakli süreci zarfında yaşadığımız en büyük zorluk hastanın şehir dışında yaşaması ve klinik takibinin istenilen düzeyde gerçekleştirilememiş olmasıdır. Klinik takibin bu denli önemli olduğu ve klinik tecrübenin yeni yeni olduğu bu tür nakil vakalarında hastaların naklin yapıldığı kliniğe çok yakın bir yerleşim merkezinde hayatını sürdürmesi planlanmalı değilse hastaların yakın takibi için bizim de yapmaya çalıştığımız gibi hasta ile sürekli iletişim halinde bulunulmalıdır.

**SB-086**

**Alt Ekstremité Doku Defektlerinin  
Rekonstrüksiyonunda Lokal Perforatör  
Fleplerin Güvenilirliği: Risk Faktörleri ve  
Sonuçları**

Göktekin Tenekeci, Erkan Pinegöz, Yavuz Başterzi,  
Yavuz Demir, Şakir Ünal  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve  
Estetik cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

**Giriş:** Alt ekstremité rekonstrüksiyonunda lokal perforatör fleplerin kullanımı, serbest flep cerrahisine alternatif olarak ortaya çıkmıştır. Bu çalışmadaki amacımız, alt ekstremité rekonstrüksiyonunda lokal perforatör flepler kullanılarak elde ettiğimiz tecrübemizi paylaşmak, risk faktörlerini tanımlamak, dezavantajlarını ve tatmin edici bir sonuç için hasta seçim kriterlerini tartışmaktır.

**Materyal-Metod:** Aralık 2013 ile Mart 2017 tarihleri arasında, ardışık 47 hastanın 49 alt ekstremité defektinin rekonstrüksiyonu için lokal perforatör flep planlanan olgular bu çalışmaya dahil edildi. 49 defektin 6'sında preoperatif veya intraoperatif olarak ameliyat planı değiştirilerek serbest flep yapıldı. 43 alt ekstremité defekti, lokal perforatör flep kullanılarak rekonstrükte edildi. Perforatörlerin yerleşimi el doppleri ve/veya CT anjiyografi kullanılarak belirlendi. 43 hastanın 30'unda lokal perforatör flep kullanılmıyaydı, defektlerin rekonstrüksiyonu için serbest flep kullanılması gerekecekti. Hipertansiyon, diabetes mellitus, sigara içiciliği, alt ekstremitenin venöz yetmezliği ve hasta yaşının 60 üzerinde olması gibi kriterler risk faktörü olarak belirlendi. Bu risk faktörlerinin flep kaybı üzerine olabilecek etkisi açısından istatistik çalışması gerçekleştirildi.

**Bulgular:** 43 perforatör bazlı flebin 40 tanesi tam olarak canlılığını korudu. Total flep kaybı yaşanmadı, ancak 3 tanesinde (Posterior tibial arter perforatör propeller flep), gelişen arteriyel yetmezlik sonucu kısmi flep kaybı yaşandı ve daha sonra debridmanları yapılarak deri grefti ile rekonstrükte edildi. Venöz konjesyon 1 hastada görüldü ve sülük uygulaması ile kendiliğinden geriledi. 27 flebin donör sahası, deri grefti kullanılarak rekonstrükte edildi.

**Sonuç-Tartışma:** Fasyanın flep kaldırılırken flebe dahil edilmesi ve pedikül diseksiyonu sırasında perforatörün iskelete edilmesi başarıya götüren önemli basamaklardır. Hastaların risk faktörleri tek tek değerlendirildiğinde, hasta yaşının 60 üzerinde olması ve sigara içiciliği kısmi flep nekrozu oranını anlamlı olarak artıran önemli risk faktörleridir. Ayrıca, hastaların iki veya daha fazla risk faktörü olması durumunda kısmi flep kaybı oranlarında anlamlı bir artış gözlenmektedir. Serbest flep rekonstrüksiyonundan

farklı olarak, tek arterin beslediği ekstremitelerde, lokal perforatör fleplerin kullanımı steal fenomeninin gelişmesi riskini taşımamaktadır. Posttravmatik damar hastalığı, lokal perforatör flep kullanılan vakalarda göz önünde bulundurulması gereken ayrı bir durumdur. Operatif planlamanın hassasiyetle yapılması ve her hastanın kendi kişisel özelliklerine göre karar verilmesi alt ekstremitelerde defektlerinin lokal perforatör flepler kullanılarak rekonstrüksiyonunda önemli gerekliliklerdir.

## SB-087

### Küçük ve Orta Boy Defektlerin Onarımında Süperfisyal Sirkümfleks İliak Arter Perforatör Flebi

Melekber Çavuş Özkan, Mustafa Taygun Oluklu, Zeynep Deniz Akdeniz Doğan, Bülent Saçak, Özhan Bekir Çelebiler  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Serbest süperfisyal sirkümfleks iliak arter perforatör (SCIP) flebi ilk olarak Koshima tarafından 2004 yılında tanımlanmıştır.<sup>1</sup> Bu perforatör flep oldukça ince olması ve anatomisinin güvenilir olması sayesinde hızlı şekilde kaldırılabilir. Flebin diğer bir avantajı da donör alan morbiditesinin az olması, çoğu olguda donör alanın primer kapatılabilir ve skarının saklanabilir olmasıdır. Bu olgu serisinde kliniğimizde uygulanan ardışık SCIP flepleri ile ilgili deneyimlerimiz anlatılmaktadır.

**Materyal-Method:** Ocak 2015 – Mayıs 2017 tarihleri arasında kliniğimizde 13 olguda rekonstrüksiyon amacıyla SCIP flebi uygulandı. Hastaların dördü kadın, dokuzu erkek ve ortalama yaşları 41,9 (12-75) idi. Hastaların üçünde alıcı saha üst ekstremitede iken, onunda alt ekstremitede idi. Hastaların defekt etiyolojileri değerlendirildiğinde 1 hastanın diyabetik ayağa bağlı kronik yara, 2 hastanın tümör rezeksiyonu ve 10 hastanın travmaya bağlı doku defektleri nedeniyle ameliyat edildiği saptandı. Hastaların hepsinde flepler el doppleri ile işaretlenen tek perforatör üzerinden suprafasiyal planda eleve edilerek serbest olarak aktarıldı. Bütün hastalarda donör alan primer olarak onarıldı. Bu çalışmada ameliyat ve hasta kayıtları üzerinden flep sağ kalımı, operasyon süresi, pedikül uzunluğu, flep boyutu, alıcı saha ve donör alan ile ilişkili komplikasyonlar, flep arter ve ven çapları, alıcı alan enfeksiyonları ve taburculuk süreleri değerlendirildi.

**Sonuçlar:** Hastaların takip süreleri ortalama 198,8 gün (71-277 gün) olarak hesaplandı. Fleplerin vertikal uzunlukları ortalama 6,1 cm (3-10 cm), transvers uzunlukları ortalama 10 cm (7-20 cm) olarak ölçüldü. 13 olgunun 4'ünde (%30,7) total flep kaybı, 9 olguda (%69,3) flep sağ kalımı izlendi. (Resim 1) Hiçbir hastada donör alan ile ilişkili komplikasyon gelişmedi. Hastaların 5'inde kontrol altına alınamayan alıcı alan enfeksiyonuna bağlı flepte ve çevre dokuda selülit gelişti. Tüm enfeksiyonlar konservatif tedavi ile kontrol altına alındı. Yara enfeksiyonu hastaların taburculuklarının gecikmesine ve yatış sürelerinin uzamasına neden oldu.

**Tartışma:** Bu seri kliniğimizde ardışık olarak uygulanan SCIP flepleri ile ilgili verileri ortaya koymaktadır. SCIP flebi, sık tercih edilen alternatifleri olan radyal ön kol, anterolateral uyluk flebi ve medial sural arter perforatör fleplerine göre daha ince olması, donör alan morbiditesinin üstünlüğü ve operasyon süresinin belirgin şekilde kısa olması ile öne çıkmaktadır. Kısa pedikül uzunluğu, submilimetrik düzeyde mikroanastomoz gereksinimi

önemli dezavantajlarıdır. Serimizde total flep kaybı ardışık ilk 4 olguda izlenmiş, son 9 olgu tam sağ kalımla iyileşmiştir. Bu durum süpermikrocerrahi ve flep ile ilgili öğrenme eğrisinin aşılması kadar alıcı sahaya uygulanan enfeksiyon koruyucu agresif debridman ile de açıklanabilir. Deneyimlerimiz ile SCIP flebinin ekstremitelerdeki küçük-orta boy defektler için ideal bir flep olduğu kanaatindeyiz. Yeterli alıcı alan debridmanı ve titiz mikrocerrahi teknik başarı için anahtar unsurlar olarak görülmektedir.

1-Koshima I, Nanba Y, Tsutsui T, et al. Superficial circumflex iliac artery perforator flap for reconstruction of limb defects. *Plast Reconstr Surg* 2004;113(1):233-240

## Resim 1



Resim 1: Sağ el 1. Web dorsalinde Squamoz Hücreli Karsinom tanısı olan 55 yaşında erkek hasta. A. İntraoperatif tümör eksizeyonu sonrası. B. İntraoperatif flep adaptasyonu sonrası. C. Postoperatif 3. Hafta.

## SB-088

### Pediyatrik hastalarda mikrocerrahi; Preoperatif, intraoperatif ve postoperatif zorluklar

Musa Kemal Keleş, Feridun Elmas, Hatice Gözde Muratoğlu, Bekir Ünal, Sebat Karamürsel  
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Yetişkin yaş grubunda deneyimlerinin artması, teknolojinin gelişmesi sonrası 1970li yılların ortalarında pediyatrik vakalarda da mikrocerrahi prosedürleri uygulamaya başlanmıştır (1). Çocuklarda vasküler yapıların çaplarının küçük olması ve kolay vasospazm gelişebilmesi cerrahlar için zorlayıcı olabilmektedir (1). Fakat teknolojinin gelişmesi, yeterli bilgi birikimine ulaşılması, vasküler anatomiye olumsuz etkileyecek ek patolojilerin bu grupta çok fazla bulunmaması intraoperatif başarı şansını yüksek oranlara ulaştırabilmektedir (2).

**Amaç:** Bu çalışmada amaç 2014-2017 yılları arasında kliniğimizde mikrocerrahi girişim uygulanan 13 vakayı ve bu vakalarda preoperatif, intraoperatif ve postoperatif süreçte yaşanan zorlukların sunulmasıdır.

**Method:** Çalışmaya 2014-2017 yılları arasında kliniğimize

başvuran 0-16 yaş arası 13 mikrocerrahi işlem uygulanmış hasta dahil edilmiştir. Hastaların ortalama yaşı 7,7. Bu vakalardan 6'sı yanık ve/veya doku defekti nedeniyle kliniğimize başvurmuş ve serbest flep ile onarım yapılmıştır. 8 çocuk hasta ise subtotal/total uzuv amputasyonu nedeniyle kliniğimize yönlendirilmiş vakalar olup bu hastalara replantasyon/revaskülarizasyon yapılmıştır. 6 hastaya 3 adet ALT 2 adet DIEP 1 adet fibula 1 adet TFL olmak üzere 7 adet serbest flep yapıldı. Diğer 7 çocuk hasta ise travma sonrası parmak ve kol yaralanması nedeniyle acil mikrocerrahi ile revaskülarizasyon/replantasyon yapılan vakalardır.

**Tartışma:** Serbest flep ile rekonstrüksiyon yapılan iki yanık hastasında alıcı saha diseksiyonu sırasında skarlı dokular alıcı vasküler yapıların izole edilmesini zorlaştırmıştır. ALT yapılan hastalardan birinde yeterli çapta pedikül olmadığı için TFL flepi yapılmıştır. Yanık rekonstrüksiyonu yapılan iki hastada ve skalpe ALT flebi ile rekonstrüksiyonu yapılan hastalara flep takibi amacıyla refill ve tonus takibi objektif şekilde yapılamadı, objektif takipler ancak doppler ile yapılabilirdi. Serbest doku nakli yapılan hastaların sayısı 6 ortalama yaşı 11 di. Bu hastaların hiç birinde postoperatif süreçte flep kaybı yaşanmamıştır. Fonksiyonel adaptasyon hastaların hepsinde fayda sağlayacak şekilde gerçekleşmiştir. Parmak replantasyonu yapılan yedi hastanın yaş ortalaması 5 di. Hastaların ikisinde subtotal parmak amputasyonu, beşinde crush avulse tarzda total parmak amputasyonu mevcuttu. Bir hastada subtotal kol amputasyonu mevcuttu. Parmak replantasyon/ revaskülarizasyon ihtiyacı nedeniyle opere edilen hastalardan birinin takiplerinde ikinci gün arterial yetmezliğe bağlı, iki hastada venöz yetmezliğe bağlı parmakta nekroz gelişti. Hastalar ikinci kez operasyona alınarak güdük kapatıldı. Subtotal kol amputasyonu olan hastada brakial arter onarımı yapıldı. Takibinde tromboz gelişen hasta tekrar operasyona alınarak ven grefti brakial arter tekrar onarıldı. Takiplerinde parmak uçlarında parsiyel nekroz gelişen ve nekrotik parmakları debride edildi. Daha sonra tekrar tromboz gelişen hastanın genel durum bozukluğu oldu. Hastaya acil olarak kol amputasyonu yapıldı. Diğer 3 hastada sorun olmadı ve hastalar 1 hafta içerisinde taburcu edildiler. Postop hastalara fizik tedavi uygulandı.

**Sonuç:** Günümüzde mikrocerrahi ihtiyacı olan pediarik yaş gruplarına da yetişkinlerde olduğu gibi operasyon yapılabilir. Teknoloji ve buna bağlı kullanılan aletlerin gelişmesi, cerrahların deneyimlerinin giderek artmasıyla birlikte mikrovasküler anastomoz gerektiren damar çaplarının küçüklüğü, postoperatif takiplerde zorluk gibi problemlerin üstesinden gelinmeye başlanmıştır. Son yıllarda pediatrik vakalarda başarı oranı yetişkin popülasyonu kadar yüksektir (3). Pediatrik yaş grubunda trombozu artıracak yada revaskülarizasyon/replantasyonu sıkıntıya sokacak yandaş hastalıkların çok sık bulunmaması önemli bir avantajdır (4). Yapılan çalışmalarda 0.5-1 mm çapa sahip vasküler yapılarda bile başarı şansının yüksek olduğu gösterilmiştir (4). Vasküler bütünlüğün çocuklarda daha iyi olması ateroskleroz gibi problemlerin çocuklarda bulunmaması başarı şansını artıran nedenlerden biridir (5). Pediatrik vakalarda diğer bir problem spazmın sık görülmesidir. Hasta takibinde bu durum pediatrik vakalarda erişkin olgulardaki kadar net anlaşılamayabilir. Bu durum cerrahi sonrası takipte başarısızlığın önemli nedenlerinden biridir. Travma vakalarında yaralanmanın şekli dokuların ve vasküler yapıların durumu da etkenlerden başarıyı etkileyen parametrelerden biridir. Elektif mikrocerrahi vakalarında başarı şansı erişkinler kadar yüksek olmakla birlikte acil vakalarda başarı şansı düşmektedir (4). Kliniğimizde 6 çocuk hastaya elektif olarak yapılan 7 serbest flep vakasında başarı %100 olup flep nekrozu yaşanmamıştır. Replantasyon/revaskülarizasyon yapılan 7 hastada ise başarı şansı çok daha düşük olup %50'nin altındadır.

#### Referanslar:

- 1-Harii K, Ohmori K. Free groin flaps in children. *Plast Reconstr Surg* 1975;55:588-592
- 2-Yildirim S, Calikapan GT, Aköz T. Reconstructive microsurgery in pediatric population-a series of 25 patients. *Microsurgery* 2008; 28:99-107
- 3-Reconstruction of Lower Extremity with Perforator Free Flaps by Free Style Approach in Pediatric Patients, Jin Woo Song, M.D. 1 Muneera Ben-Nakhi, M.D. Joon Pio Hong, M.D., Ph.D., M.M.M. 1, *Reconstr Microsurg* 2012;28:589-594.
- 4- Free Tissue Transfer and Replantation in Pediatric Patients: Technical Feasibility and Outcome in a Series of 28 Patients, Yasser Abdallah Aboelatta and Hazem Maher Aly, *J Hand Microsurg.* 2013 Dec; 5(2): 74-80. Published online 2013 Aug 17.
- 5- Microsurgical reconstruction in pediatric patients: a series of 30 patients Arzu Akçal, M.D., Semra Karşıdağ, M.D., Deniz Özgür Sucu, M.D., Gürsel Turgut, M.D., Kemal Uğurlu, M.D., *Ulus Travma Acil Cerr Derg*, September 2013, Vol. 19, No. 5

#### SB-089

#### Ekstremitte Amputasyonlarından Elde Edilen Serbest Fileto Flepleri Deneyimlerimiz

Mehmet Dadacı<sup>1</sup>, Mehmet Cem Yıldırım<sup>1</sup>, Bilsev İnce<sup>1</sup>, Fazlı Cengiz Bayram<sup>2</sup>, İlker Uyar<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya  
<sup>2</sup>İdol KBB Hastanesi, Denizli

**Giriş:** Fileto flepler replante edilemeyecek veya kurtarılamayacak olan ampute uzuvlardan veya kopmuş vücut kısımlarından elde edilir ve rekonstrüksiyon amacıyla kullanılır. Bu flepler kompozit aksiyel fleplerdir ve rekonstrüksiyonda cilt, kas, fasya ve kemik sağlayabilmektedirler. Serbest fileto fleper, ek donör alan morbiditesi olmadan flebin kaldırılmasını sağlar ve kabul gören bir strateji haline gelmiştir. 1-3 Bu yazıda trafik kazası sonucu yüzünde yaygın doku defektinin ampute olmuş koldan elde edilen serbest fileto flebi ile onarımı ve yine trafik kazası sonucu alt ekstremitesinde kurtarılamayacak düzeyde damar yaralanmaları, çok parçalı kırıkları ve yumuşak doku kayıpları bulunan hastanın güdük yerinin diz üstü seviyesine çıkarılmasını önlemek amacıyla güdük onarımının serbest plantar fileto flebiyle onarımını içeren deneyimlerimiz anlatıldı.

#### Hastalar ve Yöntem:

**Olgu 1:** 45 yaşında erkek hasta trafik kazası sonucu sağ bacakta parçalı kemik kırıklarıyla birlikte, arteriyel ve venöz dolaşım bozukluğu, çoklu kas, tendon kaybı ve uyluk distalinden dizi içine alan degloving tarzında yaralanması nedeniyle acil operasyona alındı. Ortopedi tarafından tibia metafizer bölgeden transtibial amputasyon gerçekleştirildi ve tibia lateral plato kırığı nedeniyle açık redüksiyon internal fiksasyon sağlandı. Uyluk lateralinde ki dizi de içine alan degloving tarzı yaralanması olan ve amputasyon sonrası güdük yeri onarımı sağlayabilecek yeterli yumuşak dokusu bulunmaması nedeniyle operasyona dahil olundu. Amputatta ki plantar bölgede herhangi bir yaralanma olmadığı gözlemlendi ve güdük onarımı için plantar fileto flebinin serbest şekilde hazırlanarak kullanılması planlandı. Bir ekip alıcı sahada arteria tibialis posterior, vena tibialis

posterior ve nervus ischiadicus'u eksplere ederek ederek mikrocerrahi onarıma elverişli hale getirdi. Diğer ekip ise eş zamanlı olarak amputatta plantar fileto flebini arteria tibialis posterior, nervus tibialis ve vena saphena magna eksplorasyonlarını yaptı ve sonrasında flep amputattan ayrıldı. Uc uca arter ve ven anastomozları sonrası dolaşım sağlandıktan sonra sinir koaptasyonu gerçekleştirildi. Degloving tarzda cilt ve cilt altı yağlı dokuyu içine alan yaralanmış geniş cilt adaları eksize edildi ve tam kalınlıkta deri grefti şeklinde yerlerine iade edildi. Hastaya intraoperatif anastomozlar sonrasında 5000 IU heparin intravenöz yolla verildi. Takiplerinde hiçbir komplikasyona rastlanılmadı. Ancak flep superiorunda ki tam kalınlıktaki deri greftlerinin nekrozu nedeniyle 10'ar gün arayla 2 kez debridman sonrası diğer uyluktan alınan parsiyel kalınlıktaki deri greftleriyle onarımı yapıldı. Hastanın fiziksel rehabilitasyon sürecine postoperatif 40. günde başlandı.

Olgu 2: 16 yaşında ki erkek hasta trafik kazası sonucu devrilen otobüsün altından çıkarılmış. Sol omuz seviyesinden ampute olmuş ve nörovasküler yapıları ciddi hasar görmüş kol ile acil servise getirilen hastanın hemoglobin seviyesi 3 g/dl'yd. Kardiyal arrest geçiren hastaya resüsitasyon tedavisi başlandı ve kan-sıvı kaybı replase edilmeye başlandı. Hastada skalpte ve özellikle sağ yüz yarımında avulzif doku kayıplarını içeren yaralanmalar ile sağ orbita lateral duvar, sağ zigoma ve ark, sağ maksilla ve sağ kondil fraktürleri de mevcuttu. Acil serviste hastanın klinik durumu stabilleşmesinden hemen sonra genel anestezi altında hasta operasyona alındı. Amputatta kurtarılmayacak düzeyde nörovasküler ve yumuşak doku kayıpları olması nedeniyle replantasyon düşünülmedi. Öncelikle güdük yeri onarıldı. Sağ yüz yarımında ki ve skalpte ki parsiyel doku kayıpları içeren yaralar debride edildi. Debridman sonrası 22x16 cm lik yumuşak doku kaybı mevcuttu. Defekt sağ yüz yarımının üçte ikisini, anterior frontal bölgeyi, ampute olmuş sağ kulakla birlikte sağ temporal bölgeyi içermekteydi. Fraktürler 2.0 miniplaklar ve vidalar ile onarıldı. Lateral kantopleksi yapıldı. Amputatta brakiya, radial ve ulnar damarlarda avulzasyon saptandı. Posterior radial kollateral nörovasküler yapıların sağlam olduğu gözlemlendi ve buradan kaldırılan fileto flep ile sağ yüz ve skalpteki defektin onarılmasına karar verildi. Yaklaşık 24x16 cm' lik muskulokutanöz flep elde edildi. Diseksiyon sonrası posterior radial kollateral arter ve konkomitant ven fasiyal arter ve vene uc uca anastomoz edildi. Anastomozlar sonrasında flep perfüzyonu sağlandı ve total iskemi zamanı 6 saattir. Hastaya toplamda 10 ünite tam kan replasmanı yapıldı. Postoperatif dönemde hastada hiçbir komplikasyon gözlenmedi. Postoperatif 6. aydan itibaren sağ kulak rekonstrüksiyonu aşamalı olarak başlandı. Bir dizi doku genişletici, kostal kartilaj altınması ve lokal flepler ile kulak rekonstrüksiyonu yaklaşık 1 yıl içerisinde kulak rekonstrüksiyonu da tamamlandı.

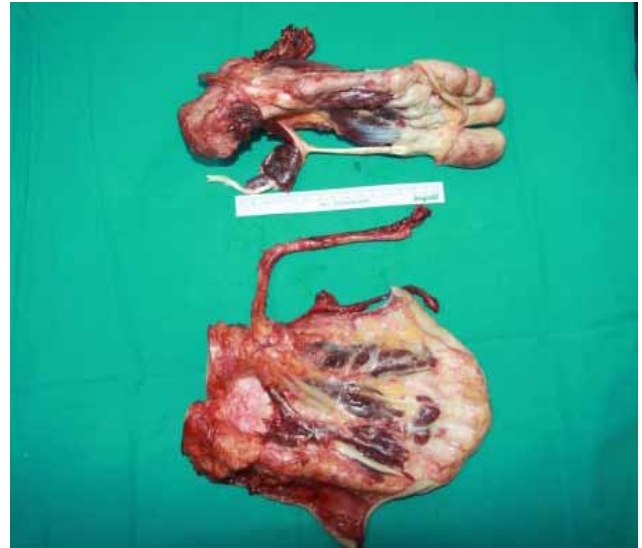
Tartışma : Bir ekstremitenin amputasyonuna karar verebilmek bir cerrah için tıbbi etik açısından ciddi bir zorluktur. Bu nedenle amputasyona kararının standardizasyonu için literatürde bir takım kriterler bildirilmiştir.4,5 Johansen ve arkadaşları tarafından geliştirilen «The Mangled Extremity Severity Score» da bunlardan birisidir. Bu skolama yaralanmanın şiddeti (Düşük enerji:1- Çok yüksek enerji:4), iskemi (nabız azalması:1- Soğuk,paralitik, 6 saati geçmiş:3), şok (Sistemik tansiyon 9mmHg ve üzeri:0 – Israr eden hipotansiyon:2) ve yaş (30 yaş altı:0 – 50 yaş ve üzeri:2) parametreleri puanlanmaktadır. Bu skorlamada 7 veya üzerindeki puanlamalarda direkt amputasyon önerilmektedir (7) Olgularımızın her ikisinde de bu skorlar 7 üzeri olarak hesaplandı. Olgularımızın her ikisinde de kirli crush yaralanmayla birlikte dolaşım bozukluğu ve hipotansiyon söz konusuydu. Fileto flep ile rekonstrüksiyon yapılan olgular literatürde bildirilmiştir. Alt ve üst ekstremitelerde güdük onarımlarında,

hemipelviktomi defekt onarımlarında ve radikal üst ekstremitelerde tümör rezeksiyonlarında uygulandığını bildiren yayınlar mevcuttur. Bu vakalarda fileto flep pediküllü veya serbest olarak kullanılmıştır. Her iki olgumuzda da fileto flepler serbest olarak aktarıldı. Olgu 1'de serbest fileto flebi sayesinde güdük onarımı dizüstü seviyesine çıkılmasına gerek kalmadan diz eklemi korunmuş ve hastanın hayat kalitesine maksimum katkı sağlanmıştır. Olgu 2'de ise mevcut defekt onarımı için donör alana gerek duyulmadan yüz rekonstrüksiyonu tamamlanmıştır. Sonuç olarak amputasyon kararı vermenin ve amputasyon seviyesini belirlemenin cerrahlar için vicdani ve etiksel boyutu vardır. Bununla birlikte amputasyon endikasyonu bulunan hastalarda amputattan elde edilecek serbest fileto flepleriyle ek donör alana ihtiyaç duyulmadan defekt onarımı yapılması ile yüz güldürücü sonuçlar elde edilebilir.

#### Kaynaklar

1. Tran NV, Evans GR, Kroll SS, et al. Free filet extremity flap: indications and options for reconstruction. Plast Reconstr Surg 2000;105:99
2. Kuntscher MV, Erdmann D, Homann HH, et al. The concept of fillet flaps: classification, indications, and analysis of their clinical value. Plast Reconstr Surg 2001;108:885
3. Keklikci K, Uygur F, Bayram FC, et al. Free-fillet flap harvested in severe high-energy landmine explosion injuries of lower extremity: a case report. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2010;63:58Y61
4. Howe HR, Poole GV, Hansen KJ, Clark T, Plonk GW, Koman LA, Pennell TC. Salvage of lower extremities following combined orthopedic and vascular trauma. A predictive salvage index. Am Surg 1987; 53: 205-8.
5. Johansen K, Daines M, Hovvey T, Helfet D, Han- sen ST. Objective criteria accurately predict am- putation following lower extremity trauma. J Trauma 1990; 30: 568-73.

#### resim 1



**SB-090**

**Diyabetik Ayak Hastalarında Mikrocerrahi Deneyimlerimiz: Aterosklerozlu Damar Anastomozu**

Mustafa Ünal, Osman Kelahmetoğlu,  
Mustafa Ekrem Güleş, Kemalettin Yıldız,  
Ethem Güneren  
*Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı İstanbul*

**Giriş:** Dünyada diyabet insidansı %2.1'dir. Ayak ülseri diyabetin major komplikasyonlarından birisidir ve yaşam boyu gelişme riski %10-25 arasındadır. Diyabetik ayak yaraları, diyabet hastalarının en sık hospitalizasyon nedenidir. Yaşlı hastalarda görülme oranı daha yüksektir. Diyabetik ayak ülseri etiyolojisi komplekstir ve periferik vasküler hastalıklar, nöropati, ayak deformiteleri, travma ve immünsupresyon bu kompleks yapının bileşenlerini oluşturur. Diyabetik ayak yaralarına bağlı amputasyonlar, travmatik olmayan amputasyonların major sebebidir ve %40-60'ını oluşturmaktadır. Alt ekstremité amputasyonu diyabetli hastalarda, diyabeti olmayanlara göre 10 kat fazladır. Özellikle sistemik morbiditesi fazla olup genel anestezi riski yüksek hastalarda genellikle amputasyon uygulanmaktadır. Bu çalışmada diyabetik ayak yarası nedeniyle amputasyona alternatif serbest doku nakli gerektiren olgular retrospektif olarak değerlendirildi.

**Gereç-Yöntem:** 2015- 2017 yılları arasında amputasyona alternatif serbest flep cerrahisi uygulanan 7 hasta (54-70 yaş) değerlendirildi. Hastaların hepsinde periferik arter hastalığı mevcuttu. Hastalara operasyon öncesi anjiyoplasti yapılmadı. Operasyonların hepsi mortaliteyi azaltmak amaçlı epidural blok altında yapıldı. Ortalama ameliyat süresi 5 saat (4-6saat). Hastalar postoperatif 1 gece yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Antikoagülan olarak 1 hafta 4x5000Ü/gün subkutan herarin uygulandı.

**Bulgular:** Toplam 7 diyabetik hastada ayak defektlerine serbest doku nakli planlandı. Hastaların 4 ü erkek, 3 ü kadındı. Hastaların ortalama yaşı 64(54-70) idi. Preop yapılan BT anjio ve doppler tetkiklerinde alt ekstremitéde multipl arteriyel ateroskleroz ve oklüzyon mevcuttu. Hastalardan 1'i diyalize girmekteydi. Ortalama HbA1c değeri 7.6(6.4-8.5) idi. Hastaların hepsine daha önce nekroz ve osteomyelit nedenli gerekli kemik amputasyonları ve yumuşak doku debridmanları yapıldı. Hastaların 1'inde defekt topukda, diğer 6 hastada dorsum yada distal bölgedeydi. Defektleri amputasyon yapmadan kapatmak hedeflendi. Bu amaçla serbest doku nakilleri planlandı. 1 hastada rektus kas flebi, 6 hastada serbest ALT flebi planlandı. 6 hastada anterior tibial arter, 1 hastada posterior tibial arter alıcı arter olarak hazırlandı. ALT flep yapılan hastaların tamamında hem alıcı arter hem flebe ait arterde ateroskleroz mevcuttu. 1 hastada postop dönemde flep kaybı yaşandı. Arteriyel tromboze bağlıydı.

**Sonuç:** Bazı diyabetik ayak ülserli hastalarda multipl arteriyel oklüzyon yada ateroskleroz ile birlikte kemik ekspoze geniş defektler mevcuttur. Genellikle amputasyon planlanan bu diyabetik hastaların bir çoğunda ayrıca anesteziye bağlı mortaliteyi arttıran kalp yetmezliği, serebrovasküler hastalık gibi çeşitli ek riskler mevcuttur. Serbest doku transferi öncesi, ilk olarak klinik olarak yaranın durumu ve enfeksiyon yükü ve rekonstrükte edilebilme durumu değerlendirildi. Daha sonra alıcı saha değerlendirmesi; anterior tibial arter ve posterior tibial arterin akım türleri, ateroskleroz varlığı ve stenoz seviyeleri durumlarına göre yapıldı.

Daha sonra anestezi değerlendirmesine göre düşük ve orta risk grup hastalar cerrahi için hazırlandı. Cerrahi işlemler epidural blok ve sedasyon altında iki takım tarafından gerçekleştirildi.

Ateroskleroz-ateroskleroz damar anastomozu doğal damar anastomozlarına göre daha komplikedir. Damar duvarlarının kalsifiye olmasından dolayı damar duvarları sert ve kalın lumen ise daralmıştı. Anastomozlar ise aterosklerotik plakların varlığına göre topografik eşleştirmeye göre yapıldı. Flep başarısında en önemli noktanın lümen çapından ziyade alıcı arterdeki akım hızı olduğunu düşünüyoruz. Sonuç olarak sistemik hasarlı olan diyabetik hastalarda preoperatif radyolojik vasküler değerlendirmede multipl oklüzyon yada ateroskleroz dahi görülse serbest flep planlanabilir ve uygun hasta grubunda ekstremité kurtarıcı bir tedavi olarak kullanılabilir.

**SB-091**

**Suriye iç savaşı nedeniyle 2012-2015 yılları arasında kliniğimize başvuran hastalara uygulanan tedaviler ve hastaların analizi**

İbrahim Tabakan, Eyüphan Gencel, Cengiz Eser,  
Erol Kesiktaş, Osman Metin Yavuz  
*Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif  
ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana*

**Giriş ve Amaç:** Yumuşak doku ve iskeletsel yaralanmalar plastik cerrahların sıklıkla karşılaştıkları, bazen basit bazen de komplike operasyonlar gerektiren durumlardır. Bu yaralanmalar çok çeşitli nedenlerle olabileceği gibi bunlar içinde özellikle ateşli silah yaralanmaları (ASY) önemlidir. ASY'ları ileri derecede kompozit doku hasarı oluşturduğundan dolayı onarımları zahmetlidir ve uzun sürer. Bu çalışmada Suriye'de iç savaş nedeniyle Haziran 2012 ile Nisan 2015 tarihleri arasında ASY nedeniyle opere edilen 64 hasta sunulmaktadır.

**Yöntem ve Bulgular:** Çalışmaya Haziran 2012 ile Nisan 2015 tarihleri arasında Suriye'de ateşli silah yaralanması (mermi ya da şarapnel parçaları) sonrası acil servise ve polikliniğe başvuran 64 Suriyeli hasta dahil edildi. Hastaların yaş aralığı 3-51 idi. K/E oranı ise 12/52 idi. Bu hastalara 1 ile 11 arasında değişmekle birlikte toplam 149 operasyon gerçekleştirildi. Flep kaybı, debridmanlar ve revizyonlar da bu sayıya dahil edildi. 3 hastaya serbest latissimus dorsi (kruris, cross leg ve skalp), 4 hastaya serbest fibula ile mandibula rekonstrüksiyonu, 2 hastaya serbest fibula ile metakarp rekonstrüksiyonu, 3 hastaya serbest anterolateral uyluk (ALT) flebi (ayak, kol ve anterior servikal bölge olmak üzere), 1 hastaya serbest fibula ile tibia, 1 hastaya serbest fibula ile femur rekonstrüksiyonu, 1 hastaya serbest gracilis flebi ile üst dudak rekonstrüksiyonu (flepte kayıp) ve 1 hastaya serbest toradorsal arter perforatör (TDAP) flebi olmak üzere toplam 16 adet serbest flep operasyonu gerçekleştirildi. 2 hastaya inguinal bölgeye pediküllü ALT flebi, 2 hastaya inguinal bölgeye rektus kas flebi, 4 hastaya temporal arter pediküllü skalp flebi, 2 hastaya servikal fasyokutan flep, 3 hastaya el bölgesine groin flep (1 adet kompozit groin flep olmak üzere), 2 hastaya sural flep (1'i cross sural flep), 2 hastaya boyun bölgesine pektoral flep, 1 hastaya temporal kas flebi, 1 hastaya gastrocnemius, 1 hastaya soleus kas flebi, 1 hastaya bipediküllü skalp flebi ile üst dudak rekonstrüksiyonu, 1 hastaya posterior interosseus flep ile web aralığı onarımı, 1 hastaya peroneal arter perforatör flep, 1 hastaya radial kollateral arter perforatör flebi ile kübital bölge rekonstrüksiyonu, 1 hastaya pediküllü latissimus dorsi flebi ile kol amputasyon güdüğü onarımı olmak üzere

toplam 25 hastaya pediküllü fleplerle onarım gerçekleştirildi. Toplam 9 hastaya da yüz kemik fraktürlerine açık redüksiyon ve internal tesbit operasyonları yapıldı. Sadece debridman ve deri grefti ile onarım yapılan hasta sayısı ise 14'tü.

**Tartışma:** Savaş yaralanmaları geniş doku hasarları ve kontaminasyon riskinin fazla olması nedeniyle diğer yaralanmalardan farklıdır. Ayrıca bu hastalar uzak bölgelerden uygunsuz şekilde transfer edilmesi zaten yüksek olan enfeksiyon riskini daha da arttırmaktadır. Savaş yaralanmalarının tedavisinde plastik cerrahların yanı sıra genel cerrahi, kalp damar cerrahi, kulak burun boğaz ve ortopediyi de içeren multidisipliner yaklaşım büyük öneme sahiptir. Yaralanmaların büyük çoğunluğu ekstremitelerde olsa da gövde ve baş boyun da diğer sıklıkla etkilenen bölgelerdir. Bu yaralanmalarda öncelikle havayolunun sağlanması, solunum ve dolaşımın kontrolü gibi ilk müdahale yaklaşımlarından sonra acilse hemen, değilse takip eden günlerde rekonstrüksiyonlar yapılabilir. Örneğin yüz kemik kırıklarında şartlar uygunsa hemen fiksasyon yapılabilir. Ancak hastanın genel durumu iyi değilse, yaygın ödem ve hematoma varsa, teknik şartlar uygun değilse rekonstrüksiyon ve fiksasyon ertelenebilir. Yine her yaralanma bölgesinde onarım aşamasına gelene kadar seri debridmanlar, irrigasyon, pansuman ve uygun antibiyotik tedavisi başarılı rekonstrüksiyonun olmazsa olmazıdır. Rekonstrüksiyon aşamasında primer onarım ya da deri grefti ile onarımın mümkün olmadığı durumlarda hangi flebin kullanılacağı defektin yerine, bölgedeki damarların durumuna, bölgenin enfeksiyon durumuna göre ve cerrahın tecrübesine göre değişiklik gösterir. Örneğin inguinal bölgede femoral arteri açıkta bırakan geniş defekte bir cerrah rektus kas flebi ile onarım yaparken başka bir cerrah karın içi enfeksiyon riski nedeniyle ya da kişisel tecrübe nedeniyle pediküllü ALT flebini tercih edebilir. Kemiği açıkta bırakan ekstremitte yaralanmalarında primer kapama mümkün değilse pediküllü fasyokutan flepler ya da kas flepleri tercih edilebilir. Yaralanmanın düzeyine göre pediküllü fleplerin kullanılmadığı durumlarda ise serbest flepler tercih edilir.

Çalışmamızda görüldüğü gibi opere edilen hastaların büyük çoğunluğu genç erkek hastalardır. Bu nedenle onarım yapılırken sadece defekt kapama amaçlanmamalı, onarımın anatomik, estetik ve en önemlisi de fonksiyonel etkisi de göz önünde bulundurulmalıdır.

**Sonuç:** Savaş yaralanmaları cerrahinin gelişiminde ve özellikle plastik cerrahinin rekonstrüksiyon aşamasının gelişimine büyük katkı sağlamıştır. Bu çalışmada görüldüğü gibi çok sayıda baş boyun ve ekstremitte yaralanmasına plastik cerrahi pratiğinde yapılabilecek bir çok flep ile onarım yapılmıştır.

#### Referanslar

- 1.Kumar AR, Grewal NS, Chung TL, Bradley JP. Lessons from Operation Iraqi Freedom: successful subacute reconstruction of complex lower extremity battle injuries. *Plast Reconstr Surg.* 2009;123(1):218-29
- 2.Huh J, Stinner DJ, Burns TC, Hsu JR. Infectious complications and soft tissue injury contribute to late amputation after severe lower extremity trauma. *J Trauma.* 2011;71 Suppl 1:S47-51.
- 3.Godina M. Early microsurgical reconstruction of complex trauma of the extremities. *Plast Reconstr Surg.* 1986;78(3):285-92.
- 4.Chattar-Cora D, Perez-Nieves R, McKinlay A, Kunasz M, Delaney R, Lyons R. Operation Iraqi Freedom: a report on a series of soldiers treated with free tissue transfer by a plastic surgery service. *Ann Plast Surg.* 2007;58(2):200-6.

#### SB-092

### Geç Dönem Meme Yanık Deformitelerinin Düzeltiminde Kullanılan Estetik Cerrahi Girişimler

Selma Sönmez Ergün, Mustafa Ekrem Güleş,

Emre Gönenç Baygöl, Reşit Burak Kayan,

İsmail Melih Kuzu

*Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul*

**Amaç:** Kız çocuklarında göğüs ön duvarının derin termal yanıkları, deride esneme yeteneğinin kaybına ve meme bezinin derinin hemen altında olması nedeniyle gland harabiyetine yol açarak ergenlik döneminde memenin büyümemesine yol açar. Bu hastalarda tedavinin amacı esnek bir deri altında simetrik, düzgün şekilli bir meme oluşturmaktır. Meme başı ve areolanın yanmamış olduğu olgularda ise bu yapıların normal anatomik pozisyonuna getirilebilmesi, memeprojeksiyonunun ve memesimetrisinin sağlanabilmesi için çeşitli onarım yöntemleri ile birlikte estetik cerrahi destekli girişimlere de gereksinim duyulur. Bu sunumda; yanığa bağlı deformite ve asimetri nedeni ile çeşitli onarım yöntemleri (skar eksizyonu, greftleme, Z plasti, doku genişletici, mastopeksi, küçültme mamoplastisi ve yağ enjeksiyonları) kullanılarak onarım yapılan, meme projeksiyonu ve meme simetrisi sağlanan 14 kadın hasta sunulmakta ve kullanılan yöntemler tartışılmaktadır

**Gereç-Yöntem:** Çocukluk çağlarında göğüs ön duvarında yanık oluşan, yaşları 18-26 arasında değişen ve yanık sonrası geç dönemde başvuran (2-26 yıl) 14 hasta estetik cerrahi destekli girişimler uygulanarak tedavi edildiler. Hastalardan altısında bilateral, beşinde sağ memede, üçünde ise sol memede yanığa bağlı deformite vardı. Hastalardan ikisinde her iki memenin projeksiyonunun tamamıyla kaybolduğu ve karın duvarıyla memeler arasında ileri derecede yapışıklıkların olduğu saptandı. Tek memenin yanıktan etkilendiği olgularda ise belirgin meme asimetrisinin olduğu görüldü. Bilateral kontraktürü olan 2 olguda; radikal nedbe eksizyonları, deri grefti uygulaması, doku genişletici uygulaması ve bilateral mastopeksi yapıldı. Her iki memesinde yanık skarları ve Grade 2 ptozu olan 1 olgu ile sol memesinde belirgin asimetrisi olan 1 olguya meme redüksiyonu yapıldı. 3 olguya z-plasti/çoklu z-plasti + skar revizyonu + areola transpozisyonu yapıldı. Sağ memesi ve areolası olmayan 1 olguya sağ memesi için doku genişletici + meme protezi, karşı memeye ise çoklu z-plasi yapıldı. 2 olguya skar revizyonu+yağ enjeksiyonları, 2 olguya doku genişletici +yağ enjeksiyonları, 2 olguya yalnızca yağ enjeksiyonu uygulaması yapıldı. Elde edilen sonuçlar hastalar ve tarafımızca tatminkar bulundu.

**Tartışma:** Yanık nedbesi meme gelişimini, konturlarını ve projeksiyonunu etkileyerek memenin estetik görünümünü bozar (1,2).

Meme büyümesinde yanık nedbesi nedeniyle kısıtlanma başladığında ve kontraktür oluşumu saptandığında, glanda zarar vermeden onarıma erkenden başlanmalıdır (1,2).

Meme projeksiyonunun tamamıyla kaybolduğu ve karın duvarıyla memeler arasında ileri derecede yapışıklıkların olduğu olgularda radikal nedbe eksizyonu ve cilt grefti kullanılarak yapılan onarımla meme projeksiyonu oluşturulmalıdır. Meme başı ve çevresinin mevcut olduğu olgularda meme projeksiyonunu-konturlarını ve meme başı ve çevresinin pozisyonunu düzeltmek için mastopeksi veya meme küçültme işlemi yapılabilir. Uygun olgularda ise meme projeksiyonu bölgesel kas-deri flepleri veya doku genişletme

ve/veya protez kullanımıyla oluşturulabilir (1,2,3,4). Karşı meme yanmamışsa simetriyi sağlamak için sağlam memeyeküçültmeveyamastopeksiilemiuygulanabilir(1,3). Yanık memelerde juvenil meme hipertrofisi gelişmişse, bu olgularda hem yanığın psikolojik ve şekilsel etkileri hem de makromastiye bağlı şikayetler mevcuttur. Böyle olgularda meme gelişimi tamamlandıktan sonra, fleplerin kalınca hazırlanması ve sınırlı dekolmanla meme küçültme işlemi yapılması uygun olur (5).

**Sonuç:** Yanık sonucunda memelerinde şekil bozukluğu gelişen olgularda; estetik ve rekonstrüktif yöntemlerin birlikte kullanımıyla kişiye özgü onarım yapılarak tatminkar sonuçlar alınabilir.

**Kaynaklar:**

1. Neale HW, Smith GL, Gregory RO, McMillan BG: Breast reconstruction in the burned adolescent female (an 11-year, 157 patient experience). *Plast Reconstr Surg* 70: 718-24, 1982.
2. MacLennan SE, Wells MD, Neale HW: Reconstruction of the burned breast. *Clin Plast Surg* 27: 113-9, 2000.
3. Versaci AD, Balkovich ME, Goldstein SA: Breast reconstruction by tissue expansion for congenital and burn deformities. *Ann Plast Surg* 16: 20-31, 1986.
4. Özgür F, Gökalan İ, Mavili E, Erk Y, Keçik A: Reconstruction of postburn deformities. *Burns* 18: 504-9, 1992.
5. Thai KN, Mertens DRN, Warden GD, Neale HW: Reduction mammoplasty in postburn breasts. *Plast Reconstr Surg* 103: 1882-6, 1999.

**Resim 1**



Olguların preoperatif ve post operatif görünümünden örnekler

**SB-093**

**Karın duvarı cilt defektlerinin onarımında "Propeller" cilt fleplerinin kullanımı**

**Tekin Şimşek**, Enes Agah Kodalak, Hakan Aktaş  
*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun*

**Giriş:** İntraabdominal cerrahiler sonrası, kolostomi açıklıklarının komplikasyonu olarak ve karın duvarı malignitelerinin eksizyonu sonrasında karın ön duvar cildinde primer kapatılamayan defektlerle sıklıkla karşılaşılır. Bu tarz defektlerin onarımında karın ön duvar cildindeki mevcut cerrahi skar hatlarının varlığı ve yönelimleri de olası rotasyon ve ilerletme flep seçeneklerini azaltmaktadır. Oysa, sentral ve parasentral lokalizasyonlu karın ön duvar cilt defektlerinde epigastrik arterlerin perforanlarından tabanlı olarak farklı doğrultularda hazırlanabilecek pervane (propeller) ada flepler defekt onarımında oldukça kullanışlı ve güvenilir bir onarım seçeneği olarak durmaktadır.

**Materyal Metod:** Toplam 6 hastada karın ön duvarında muhtelif kadrarlarda yerleşik cilt defektlerinin onarımında propeller fleplerle onarım yapıldı. Defekt çapları 10x6 cm ile 25x15 cm arası değişmekteydi. 4 Hastada defekt sentral yerleşimli iken 2 hastada parasentral/lateral karın duvarı cilt defektleri vardı. 1 flepte marjinal yüzeysel nekroz görülmesi haricinde flep kaybı yaşanmadı.

**Tartışma:** Karın cilt defektleri; intraabdominal cerrahi girişimler ve karın duvarı derisinde yerleşik tümör rezeksiyonları sonrası sık görülmektedir (1). Bu tarz defektlerin onarımında başta DİEP flep olmak üzere TRAM ve VRAM flepler ile alt karın bölgesi defektlerinde ALT flep sıklıkla başvurulanan onarım seçenekleridir. Oysa, başta Rektus Abdominus olmak üzere karın kaslarının ve fasyasının disseksiyonun gerekmemesi perforatör damarlara dayalı hazırlanabilen propeller fleplere olan ilgiyi arttırmıştır (1,2). Hatta preekspande edilerek 30x17 cm ebadlarında hazırlanarak flep donör sahasının da primer kapatılarak kullanıldığı olgu raporu da sunulmuştur (3). Karın duvarının propeller flepleri; başta dominat pedikül olan derin inferior epigastrik arterler olmak üzere rektus kasının inferior ve süperior derin epigastrik arterlerinin perforatörlerinden tabanlı olarak dizayn edilirler (1). Schmidt ve ark. 10 taze kadavra üzerinde yaptıkları anatomik çalışmalarında her bir karın duvarında ortalama 4'er adet perforatör saptamışlar ve her bir perforatörün de ortalama 65 cm<sup>2</sup> (10,2x8,8 cm)'lik bir cilt alanını perfüze ettiğini hesaplamışlardır (4). Her ne kadar radyolojik olarak Bilgisayarlı Tomografik anjiyografi ile perforatörlerin lokalizasyonu ve büyüklüklerini daha doğru olarak ortaya koymak mümkün ise de el doppler ultrasonografisi ile defekte en yakın perforatör tespit edilebilir. Dizayn edilecek propeller flebin pivot noktası bu perforatör üzerinde olacak şekilde, gerekirse 180 derece rotasyonla defekte adapte edilerek kullanılabilir.

**Sonuç:** Geniş karın duvarı cilt defektlerinde epigastrik arterlerin perforatörlerine dayalı propeller fleplerle onarım cerraha daha özgür flep dizaynı oluşturma ve perforatör üzerinden 180 dereceye kadar rotasyonla ada flebi dizaynına imkan tanıyan oldukça kullanışlı bir flep yöntemi olarak akılda bulundurulmalıdır.

**Kaynaklar**

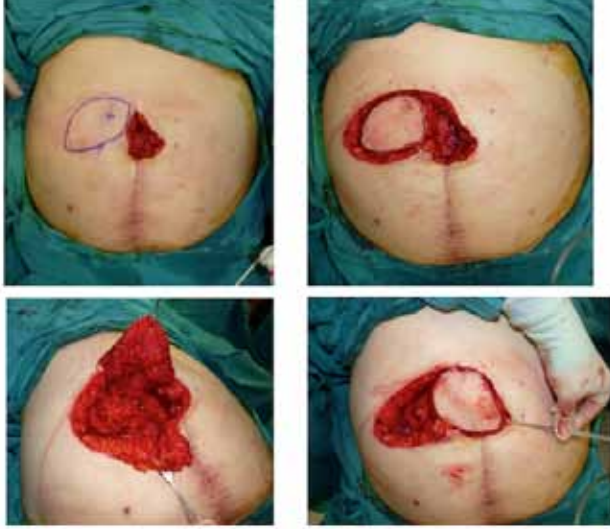
- 1-Woo KJ, Pyon JK, Lim SY, Mun GH, Bang SI, Oh KS. Deep superior epigastric artery perforator 'propeller' flap for abdominal wall reconstruction: A case report. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010;63(7):1223-6. doi: 10.1016/j.bjps.2009.12.004.
- 2- Hsu H, Chien SH, Wang CH, Cheng LF, Lin CM, Wu

MS, Huang CC, Lee JT. Expanding the applications of the pedicled anterolateral thigh and vastus lateralis myocutaneous flaps. Ann Plast Surg. 2012;69(6):643-9. doi: 10.1097/SAP.0b013e3182749d31.

3- Cheng A, Saint-Cyr M. Use of a pre-expanded «propeller» deep inferior epigastric perforator (DIEP) flap for a large abdominal wall defect. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2013;66(6):851-4. doi: 10.1016/j.bjps.2012.09.017.

4- Schmidt M, Tinhofer I, Duscher D, Huemer GM. Perforasomes of the upper abdomen: an anatomical study. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2014;67(1):42-7. doi: 10.1016/j.bjps.2013.08.017.

#### Resim 1



Hastanın karın ön duvar orta hattında yerleşik cilt defekti için dizayn edilen 10x7 cm ebadındaki 'propeller' cilt flebinin aşamaları görülmekte.

#### SB-094

#### Hayvan Isırıklarına Bağlı Maksillofasiyal Yaralanma Deneyimlerimiz

Koray Gürsoy, Fethiye Berna Göktaş Demircan,  
Hakan Teymur, Yüksel Kankaya, Melike Oruç,  
Uğur Koçer

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

Hayvan ısırığına bağlı yaralanmalar, dünya genelinde oldukça siktir ve etiyolojide neden olan hayvan spektrumu oldukça değişkendir. Maksillofasiyal bölgede hayvan ısırığına bağlı yaralanmalar fiziki, işlevsel ve psikolojik problemlere ve kalıcı yüz deformitesine neden olabilmektedir. Bu yaraların derinliği ısırık kuvvetine bağlıdır ve minör çiziklerden cilt ve derin doku yaralanmalarına ve bazen de yüz kemiklerinin kırıklarına neden olabilen derinlikte ve güçte olabilmektedir. Bu yaralanmalar her zaman kompleks yaralanmalar olarak kabul edilir ve saldıran hayvanın ağız florasından patojen mikroorganizmaların inoküle edilmesine sebep olur. Köpek ve kedi ısırması yaralanmaları, çocuklarda yetişkinlerden çok daha yaygındır. Çocukların yüz, boyun ve baş kısımlarından ısırılma olasılığı yetişkinlere oranla çok daha yüksektir. Alt ekstremitelerden sonra maksillofasiyal bölge hayvan saldırılarından en sık etkilenen bölgeyi oluşturmaktadır. Bu yazıda farklı hayvan ısırıklarına bağlı maksillofasiyal yaralanma yaklaşımlarımızı ve klinik tecrübelerimizi aktarmayı hedeflemekteyiz.

Kliniğimize 2012 ocak- 2017 temmuz tarihleri arasında toplam 10 adet hayvan ısırığına bağlı maksillofasiyal yaralanma vakası başvurmuştur. Bu vakalardan 2 tanesi eşek ısırığına bağlı, 2 tanesi ayı ısırığına bağlı, diğerleri ise köpek ısırığına bağlı gelişen yaralanmalardır. 4 hasta skalp bölgesinden avülsiyon yaralanması olup, diğer 6 hasta ise yüz ve boyun bölgesinden yaralanmıştır. 6 hasta 10 yaş altı çocuk yaş grubundandı (yaş ortalaması 5,6). Hastaların %80'i erkek, %20'si kadındı. Yüz ve boyun bölgesinden yaralanan 5 hastanın yaraları, primer onarımla tedavi edilmiştir. Skalp avülsiyonu olan 3 hasta, uygun cerrahi debridman, yıkama ve yabancı dokuların uzaklaştırılmasını takiben avülze fleplerin yerlerine tekrar adaptasyonu ile onarılmıştır. Köpek ısırığına bağlı skalpın yaklaşık %80 kaybı olan bir hastada onarım serbest latissimus dorsi myokutanöz flebi ile yapılmıştır. 1 hastada eşek ısırığına bağlı mandibula sol parasymphysis fraktürü ile karşılaşmıştı. Ayı ısırması sonrası kliniğimize başvuran hastalardan birinde sol orbita perforasyonu, bir diğerinde ise maksilla ön duvarında defekt mevcuttu.

Son yıllarda, hayvan ısırığına bağlı yaralanmaların kapama konsepti ve felsefesi, sekonder iyileşmeden daha agresif primer kapatmaya dönüşmüştür. Mükemmel kan desteği nedeniyle maksillofasiyal yaralarda enfeksiyon riski düşük olduğundan öncelikli olarak yara primer kapatılmalıdır. Buna ek olarak, en iyi kozmetik sonuç primer kapatmayla elde edilir.

Maksillofasiyal bölge, çok sayıda arter ve onların anastomozlarından beslendiği için küçük vasküler bir pediküllü intakt olmasına rağmen geniş segmentlerin viabilitesi sağlanabilmektedir. Vakalarımızda da olduğu gibi flep nekrozu bu durumdan ötürü nadiren yaşanmaktadır.

Gelişen yara enfeksiyonlarının çoğunda Pasteurella türleri, streptokoklar, stafilokoklar, Moraxella, Corynebacterium ve Neisseria spp., Bergeyella zoohelcum ve Capnocytophaga türleri gibi polimikrobiyal ajanlar izole edilmektedir. Enfeksiyon ihtimali olmasına rağmen, maksillofasiyal bölgede güçlü vasküler destek nedeniyle nadiren ciddi enfeksiyonlar görülmektedir. Vakalarımızın hiçbirinde sistemik enfeksiyonla karşılaşmadık.

Isırılmaya bağlı yaralanmalarda, sağlıklı bir iyileşme için muhakkak iyi irrigasyon yapılmalı, yabancı cisimler uzaklaştırılmalı ve nekrotik dokular debride edilmelidir. Kuduz profilaksisi yapılmalı ve en sık izole edilen etkene yönelik uygun antibiyoterapi başlanmalıdır.

#### Köpek Isırığına Bağlı Skalp Avülsiyonu



**SB-095****Nadir Görülen Erişkin Purpura Fulminans Olgusuna Yaklaşım**

Adnan Menderes, Hasip Şamil Yazgan,  
Fatih Alp Öztürk, Alper Geyik, Selin Güler  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Deri ülserleri önemli, zor bir klinik problemdir ve hastalar için önemli bir morbidite kaynağıdır. Alt ekstremitelerde deri ülserlerinde ana nedenler venöz ülserler, arteriel ülserler ve nöropatik ülserlerdir. Bunların yanında birçok inflamatuvar hastalık ve vasküler oklüziv hastalık da kronik ülserlerin nedeni olabilmektedir. Purpura fulminans (PF) mortal olabilen ve morbiditesi yüksek bir deri ülseri nedenidir. Multidisipliner yaklaşım ve yara yönetiminde güncel yaklaşım esastır. Burada nadir görülen bir erişkin PF olgusu ve bu olguya yaklaşımımız anlatılmaktadır.

Giriş: Deri ülserleri önemli, zor bir klinik problemdir ve hastalar için önemli bir morbidite kaynağıdır. Alt ekstremitelerde deri ülserlerinde ana nedenler venöz ülserler, arteriel ülserler ve nöropatik ülserlerdir. Bunların yanında birçok inflamatuvar hastalık ve vasküler oklüziv hastalık da kronik ülserlerin nedeni olabilmektedir. PF dissemine intravasküler koagülasyon (DİK) ve derinin hemorajik enfarktüsü ile sonuçlanan, hiperkoagülabilité durumudur. Hızlı ilerleyen ve yaşamı tehdit edebilen PF genellikle çocukluk çağında görülse de erişkin olgular da mevcuttur. (1)

PF, oluşma mekanizmasına göre üç şekilde sınıflandırılabilir: neonatal, post-enfeksiyöz ve akut enfeksiyöz PF. Neonatal PF herediter protein-C ve S defektine bağlı neonatal dönemde saatler ya da günler içerisinde gerçekleşir. Deri, iç organ ve beyin tutulumu görülür. Post-enfeksiyöz PF grip benzeri sendrom ardından günler ya da haftalar içinde gerçekleşir. Deri lezyonları uyluk, kalça, skrotum, penis ve nadiren üst ekstremitelerde görülür. Akut enfeksiyöz PF meningokok, streptokok ve stafilokok sepsisi, endotoksik şokundan sonra görülür. (4) Endotoksinler dermise diğer dokulardan on kat yüksek bir afinite gösterir. Bu nedenle deri ilk ve en fazla etkilenen dokudur. (5) Deri lezyonları hızlı ilerler. Dermal mikrovasküler tromboz/oklüzyon ile birlikte perivasküler hemoraji, nekroz ve minimal inflamasyon görülür. PF'yi basit dermal kanamadan ayıran özellikler endüre, ilerleyen, çevresini çepeçevre saran kırmızı bir alanın olmasının yanında zamanla lezyonların bül ve koagülasyon nekrozu oluşturacak şekilde ilerlemesidir. Biyopsiler temelde tutulan yapının dermal vasküler yapılar olduğunu ve yaygın trombozun olduğunu gösterir. (2)

Olgu: Elli altı yaşında kadın olgu dermatoloji servisinden bilateral alt ekstremitelerde yaygın nekrotik deri lezyonları nedeniyle danışıldı. Olgu, yaklaşık 40 gün önce el ve ayaklarda eklem şişliği ve alt ekstremitelerde başlayıp ilerleyen döküntü tanımlamaktaydı. Döküntülerin başlamasından önceki yedi gün hiperlipidemi nedeniyle düzenli olarak çörek otu (Nigella sativa) yağı kullanımı, ateş ve boğaz ağrısı nedeniyle üç gün azitromisin kullanımı öyküsü mevcuttu. Olgu mevcut tablo ile öncelikle kriyoglobulinemi ötanisiyla hematoloji ve sonrasında vaskülit ötanisiyla romatoloji bölümü tarafından interne edilecek tetkik edilmiş. Laboratuvar testlerinde erken dönemde trombositopeni, KCFT yüksekliği, CRP ve sedimentasyon yüksekliği, D-dimer yüksekliği, hiperlipidemi, C3-C4-IgM yüksekliği saptanmış. İmmünolojik marker seviyeleri, serolojik testleri normal sınırlarda saptanmış. Kriyoglobulinemi ötanisi nedeniyle steroid tedavisi ve 13 seans aferez uygulanmış. Karaciğer enzimlerinde (KCFT)

yükseklik saptanan olguda bu enzim yükseklikleri ilaca bağlı kolestaz tanısı konmuş. Yapılan deri biyopsisinde elde edilen tanı vaskülopatik doku reaksiyonu/ vasküler oklüziv hastalık olarak konmuş. Bu tanı ile birlikte patolojik bulgular DİK, trombositopenik purpura ya da purpura fulminans ile uyumlu olarak yorumlanmış. Mevcut bulgu ve laboratuvar tetkikleri ile birlikte değerlendirilen olguya purpura fulminans tanısı konmuş. Genel durumu iyi olan olguya dermatoloji birimince topikal yara bakımı uygulanmış. İzlemi sırasında alt ekstremitelerde mevcut olan lezyonlar nekroz ile sonuçlanmış. Olgunun hiperlipidemi, hipertansiyon ve hipotiroidi öyküsü ile birlikte düzenli olarak metoprolol, kandesartan ve levotiroksin kullanma öyküsü mevcut.

Olgu değerlendirilerek nekrotik dokuların seri debridmanı, yara bakımı ve rekonstrüksiyonu planlandı. Plastik cerrahi servisinde yedi aylık yatışı sırasında majör ve minör olmak üzere toplamda 49 yara debridmanı, debridman ardından konvansiyonel pansuman, negatif basınçlı yara bakımı, epidermal büyüme faktörü içerikli jelatin iskeletli yara bakım ürünü ile yara bakımı yapıldı. Debridmanlar sırasında epidermal ve dermal yapılar yanında subkutan dokuların da nekrotik olduğu ve tam kalınlıkta tutulum olduğu görüldü. Yer yer mevcut olan salim deri adaları dışında bilateral gluteal ve inguinal alanlardan başlayarak ayak bileği seviyesine kadar her iki alt ekstremitelerde yaygın sirküler defekt olduğu izlendi. Doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda aşamalı olarak granüle alanlara abdominal bölgeden elde edilen ince kısmi kalınlıkta deri grefti kullanıldı. Epitelizasyonu hızlandırmak ve donör alanın sınırlı olması nedeniyle daha az miktarda greft kullanımını sağlamak amacıyla kollajenaz enziminin kullanıldığı otolog dermal ve epidermal hücre süspansiyon-sprey sistemi kullanıldı. İlk deri grefti ile parsiyel rekonstrüksiyonu ekimoz gelişiminden sonra yaklaşık olarak ikibuçuk ay sonra gerçekleştirilirken geride kalan beş ay içerisinde beş ayrı seansta greft ile rekonstrüksiyon uygulandı. Olguda yedi aylık tedavi sonrasında totale yakın epitelizasyon sağlandı. Post-operatif kontrollerinde ek problem izlenmeyen olgu 6 aylık kontroller ile uzun dönem açısından takip edilmektedir.

Sonuç: Alt ekstremitelerde deri ülserleri yaygın olarak görülen; kişiye özel yaklaşım gerektiren ve çoğu zaman önemli morbidite nedeni olan klinik bir durumdur. Bu klinik durumun nedenleri çoğu zaman venöz ülserler, arteriel ülserler ve nöropatik ülserlerdir. Bunların yanında vaskülitlerin de içinde olduğu birçok inflamatuvar hastalık ve vasküler oklüziv hastalık da kronik ülserlerin nedeni olabilmektedir. Alt ekstremitelerde deri ülserlerinde neden ne olursa olsun multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir ve plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi bu hastalara yaklaşımda merkezi bir rol oynamaktadır. Venöz, arteriyel ve nöropatik ülserler daha yaygındır ve birçok merkez bu olgulara yaklaşımda deneyim sahibi iken inflamatuvar hastalık ve vasküler oklüziv hastalıklar gibi daha nadir görülen nedenlerle ilgili deneyim ve bilimsel veriler daha sınırlıdır. Ayrıca bu klinik durumların ayırıcı tanısı zordur ve ayırıcı zor olan bu tanıların tedavileri de farklılık göstermektedir. PF olgularında öncelikli tedavi DİK, sepsis ve genel durum bozukluğunun tedavisi olmalıdır. Bu olgular multidisipliner yaklaşımla yakından takip edilmelidir. Bunun yanında belirgin ve geniş nekroz ile %90'a varan sıklıkta amputasyon olasılığı mevcuttur. (6) Buradasunulanolgudagenişdefektlerinrekonstrüksiyonunda deri grefti ile rekonstrüksiyon temel seçenek olarak kullanılmıştır. Bunun yanında güncel yara bakım ürünleri, negatif basınçlı kapama sistemleri, dermoepidermal hücre süspansiyonları gibi seçeneklerin kombine edilerek kullanılmasının yara yatağının hazırlanması ve epitelizasyon aşamalarında önemli katkısının olduğu gözlemlenmiştir. Yüksek amputasyon olasılığı ve geniş yara yeri nedeniyle

oluşabilecek komplikasyonlar göz önüne alınarak PF olgularında multidisipliner, yakın, güncel ve ısrarcı bir yaklaşımın esas olduğunu düşünmekteyiz.

**Resim-1**



Klinik Seyir

**SB-096**

**CelluTome™ Cihazı Yardımı İle Epidermal Mikrogreft Uygulamalarımız**

Alper Aksoy<sup>1</sup>, Dağhan Dağdelen<sup>2</sup>, Emin Sır<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Acıbadem Konur Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü, Bursa

<sup>2</sup>Balıkesir Devlet Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü, Balıkesir

<sup>3</sup>Serbest Hekim, İzmir

**Giriş:** Doku defekti onarımında deri greftleri plastik cerrahların en önemli silahlarından biridir. Kısmi kalınlıkta deri grefti(KKDG) en çok kullanılan deri greftidir. KKDG alınması için anestezi ve ameliyathane şartları gerektirmektedir. Donör sahada skar olması ve hem donör saha ağrısı hastalar için oldukça dezavantajlıdır. Cellutome cihazı yardımı ısı (40 derece ustu) ve negatif basınç(400-500mmHg) kombinasyonu ile epidermal mikrogreft uygulamaları poliklinik şartlarında uygun vakalarda uygulanabilmektedir.

**Materyal Metod:** 20016-2017 yılı arasında toplam 5 hasta epidermal mikrogreft uygulaması ile tedavi edildi. Hastaların 3'ü erkek ve 2'si kadın olup yaş ortalaması 59,2 idi. Bu hastalardan 3 venöz ülser, 1 diyabetik ayak 1 hastada baskı yarası idi. Hastaların defekt boyutları en büyüğü 2.5x2.5 ile en küçük 1.4x2.1cm idi. Ameliyat olamayacak medikal

problemi olan hastalarda bu yöntem tercih edildi. Poliklinik müdahale odasında işlemler gerçekleştirildi. Lokal yara bakımı ile defekt alana da granülasyon geliştikten sonra hastanın uyluk on yüzü temizlendikten sonra Cellutome cihazı uyluk önyüze yerleştirildi. Yaklaşık 30 dakikalık işlem sonrası epidermal mikrogreftler transparan bir yara bakım malzemesi ile defekt alana yerleştirildi. Donör alan su geçirmez yara bakım malzemesi kondu. 5 gün sonra greft donör alan açılarak klasik greft bakımı yapıldı. 48 saat sonra donör alan açık bırakıldı. Hastalar hastanede kalış süreleri ölçüldü. Postoperatif ağrılarını 1 den 10 kadar bir sayı vererek değerlendirilmesi istendi.

**Sonuç:** Tüm defekt alanlar sorunsuz iyileşti. Hastaların hastanede kalış süreleri yakalık 1 saat dakika 15 dakika civarında idi. idi.(56 dakika -1 saat 15 dakika). Post -op ağrı sorguladığımızda 3 hasta işlemin çok az acı hissettiğini belirterek 1 puan, 1 hasta biraz acı hissettiğini belirterek 2 puan bir hastada yanma hissettiği belirterek 4 puan verdi. Post-op takiplerinde donör alan ile ilgili bir problem görülmedi.

**Tartışma:** Deri grefti operasyonlarında KKDG altın standart tedavi yöntemidir. KKDH ameliyathane ve anestezi şartlarında uygulanabilmektedir. Tıbbi sorunlar nedeniyle opere edilemeyen hastalar da poliklinik şartlarında uygulanan epidermal mikrogreft iyi bir alternatiftir. Donör saha skarı bırakmayan bu sistemde en büyük dezavantajlardan biri sınırlı sayıda ve büyüklükte greft alınabilmektedir. Diğer dezavantaj cihazın özel olarak getirilmesi ve bir maliyeti bulunmasıdır. Bu cihaz bize opere olamayan akut yada kronik yaralarda basit, hızlı ve düşük riskli tedavi alternatifi sunmaktadır.

**SB-097**

**Yanık Sonrası Gelişen Dorsal ve Palmar Veb Aralığı Kontraktürlerinin Rekonstrüksiyonunda Romboid Flep ve İkili Z- Plasti Kombinasyonunun Kullanımı**

Elif Sarı<sup>1</sup>, Ali Teoman Tellioglu<sup>2</sup>, Nurgül Altuntaş<sup>3</sup>,

Ergin Seven<sup>4</sup>, Hülâda Rıfat Özakpınar<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale

<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Serbest Hekim, İzmit

<sup>4</sup>Dişkapi Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

**Amaç:** Veb aralığının yanık sonrası gelişen kontraktürleri ciddi el fonksiyon kaybı ve estetik deformiteye sebep olmaktadır. Bu yazımızda romboid flep ile ikili Z-plasti kombinasyonunun eldeki veb aralığı kontraktürlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılması ile ilgili deneyimlerimizi paylaştık.

**Gereç ve Yöntemler:** Romboid flep ve ikili Z-plasti kombinasyonu 8 hastanın yanık sonrası gelişen 11 veb aralığı kontraktürüne uygulandı. Hastalar 10.9 ay izlendi. Sonuçlar kaydedildi.

**Bulgular:** Hastaların yanık kontraktürleri ortalama 6 yıllık (1-13 yıl) idi. Hastaların ortalama yaşı 16.3 yıl idi. Sağ el 3. veb aralığı en sık gözlenen kontraktür alanı idi. Hastaların hiçbirinde postoperatif hematoma, enfeksiyon, kısmi ya da total flep kaybı ya da yara iyileşme problemi rastlanmadı. Geç postoperatif dönemde veb aralığının estetik görüntüsü ve fonksiyonu doğaldı.

Sonuç: Romboid flep ve ikili Z-plasti yöntemi yanık sonrası gelişen palmar ve dorsal veb aralığı kontraktürlerinin tedavisinde pratik ve etkili bir metoddur.

## SB-098

### Yanık Hastalarında Bulaşıcı Viral Enfeksiyon, Orf Virüs

Buğra İpek<sup>1</sup>, Feridun Elmas<sup>1</sup>,  
Hatice Gözde Muratoğlu<sup>1</sup>, Bekir Ünal<sup>1</sup>, Ergin Seven<sup>1</sup>,  
Ali Teoman Tellioglu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Bu Araştırmamızda Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Yanık Ünitesinde Mart ile Nisan ayları arasında çıkan Orf virus enfeksiyonu salgınının tanı ve tedavi süreçlerini sunacağız.

Orf virüsü Parapox genusuna ait bir virüstür. Orf Primer olarak küçükbaş hayvanların, özellikle koyun ve keçileri etkileyen cilt tutulumu ile giden ve hayvanlarda ölümcül olabilen, insanlarda ise nadiren zoonotik enfeksiyona neden olan bir hastalıktır. İnsanlarda görüldüğünde çoğunlukla tek izole püstüller dermatit olarak, en sık el dorsumunda görülen bir cilt lezyonu olarak presente olur. Dissemine hastalık nadir olarak bildirilmiştir ve daha çok T hücre yetmezliği veya transplant hastaları gibi immünsüpre hastalarda görülür. Yanık hastalarında dissemine hastalık vakaları nadir olsa da bildirilmiştir. Epiteliotrofik bir virüs olan Orf oldukça bulaşıcı, hem keratinize deriyi hemde mukozayı tutabilme özelliğine sahip olsa da bulaş için epitel bütünlüğünün bozulmuş olması gerekir. Bu da yanık hastalarını Orf enfeksiyonu için yatkın hale getirmektedir. Kendini sınırlayan bir hastalık olan orf, süperenfeksiyon riski göz önünde bulundurulduğunda yanık hastaları için oldukça tehlikeli olabilir.

Bu araştırmada Mart 2017 ile Nisan 2017 arasında Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Yanık Ünitesinde çıkan ve üç hastayı etkileyen Orf salgınına, tanı ve tedavi sürecini sunmayı amaçlıyoruz

Olgu sunumu: Salgın ilk olarak 2. Derece derin yanıkları için debridman ve greft operasyonu geçiren hastanın postoperatif 4. Gününde alıcı sahada vezikülopüstüller lezyonlar olarak çıktı. Cildiye konsültasyonu sonrası kontakt dermatit olarak değerlendirilen lezyonların benzeri lezyonların 3er gün arayla o esnada yanık ünitesinde yatan diğer iki hastada çıkması üzerine enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istendi. Bakteriyel enfeksiyon ve derin mantar enfeksiyonu şüphesi ile alınan kültür ve biyopsiler alındı ve profilaktik antibiyotik başlandı. Sonuçların negatif gelmesi üzerine viral enfeksiyon açısından değerlendirilen hastalarda Orf enfeksiyonu ön tanısı ile PCR için örnekler alındı. PCR raporu orf virüs enfeksiyonunu desteklemesi üzerine antibiyoterapileri kesilen hastalara enfeksiyon hastalıkları önerilerince kendini sınırlayan bir hastalık olması nedeni ile antiviral tedavi başlanılmadı. Tanı konulması ardından hastaların pansumanları gümüşlü pansuman malzemeleri ile yapıldı ve yaklaşık bir haftalık takip sonrası lezyonlarda %50 oranında gerileme gözlemlendi. Hastalardan birincisi sorunsuz iyileşme gösterdi ve taburcu edildi. İkinci hasta takibinde debridman ve greft operasyonu sonrası solunum sıkıntısı gelişti ve genel durum bozukluğu ve yaş

ve yandaş hastalık ile yanık yüzdesinin fazlalığı nedeniyle kardiyak arrest gelişti. CPR sonrası yoğun bakıma nakili yapılan hasta takibinde ex oldu. Üçüncü hasta debridman ve greft operasyonu sonrası lezyonların sebat etmesi üzerine gümüşlü pansuman ile takip edildi. Lezyonların gerilemesi ardından tekrar debridman yapılan ve greft konulan hasta ek komplikasyon geliştirmede ve taburcu edildi.

Orf enfeksiyonu yanık hastalarında nadir görülmesine rağmen, yanık bölgesinde görülen ve intakt epidermal yüzeyleri tutmayan agresif ilerleyen vezikülopüstüller lezyonlar varlığında akla gelmelidir. Özellikle hayvan teması öyküsü klinik şüphe uyandırmalıdır. Kendini sınırlayan bir enfeksiyon olmasına rağmen yanık hastalarında süperenfeksiyon riski nedeni ile dikkatli olunması gerekmektedir. Spesifik antiviral tedavi rutin önerilmemekle birlikte, pansuman için gümüşlü malzemelerin kullanılmasının lezyonların gerilemesine katkı sağladığına ait gözlemler mevcuttur.

## SB-099

### Subdermal nitroz oksitin random flep sağkalımı üzerine olumlu etkisinin araştırılması: deneysel sıçan çalışması

Merdan Serin, Dinçer Altınal, Sevgi Kurt Yazar  
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği

Giriş: Random flepler rekonstrüktif cerrahide kullanılan en önemli tekniklerdendir. Bu çalışmada, random flep sağkalımını arttırmak için subdermal nitroz oksitin (N<sub>2</sub>O) uygulamasının etkinliğini araştırdık.

Yöntemler: Bu deneysel çalışmada, 3 grupta 21 sıçan kullanıldı. N<sub>2</sub>O ve hava gruplarında, planlanan dorsal flep alanlarına, subdermal olarak, yedi gün boyunca günlük olarak gaz uygulaması yapıldı. Tedavi periyodunun sonunda, sırt flepleri kaldırıldı ve yerine tekrar yerleştirildi. Kontrol grubunda flepler öncesinde herhangi bir tedavi uygulanmadan kaldırıldı ve yerine tekrar yerleştirildi. Flepler kaldırıldıktan 7 gün sonra milimetrik ölçüm kağıtları üzerinden nekrotik ve canlı flep alanların tüm flep alanına yüzdesi hesaplandı. Çalışma sonlandırılırken flep vaskularizasyonunu görüntülemek amacıyla anjiyografi yapıldı.

Bulgular: N<sub>2</sub>O, hava ve kontrol grubunda nekrotik alan ortalaması sırasıyla % 13.45, % 37.67 ve % 46.43 olarak hesaplandı. N<sub>2</sub>O ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p= 0.0035). N<sub>2</sub>O ve hava grubu arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p = 0.0446). Seçilmiş anjiyografi görüntülerinde N<sub>2</sub>O grubunda damarlanmalar daha belirgin olarak saptandı.

Sonuç: Subdermal N<sub>2</sub>O uygulamasının gelecekteki klinik uygulamalar için umut verici olabileceğine inanıyoruz. N<sub>2</sub>O'nin mikro sirkülasyon ve flep sağ kalımı üzerine olan olumlu etkilerini daha iyi aydınlatmak için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

## Referanslar

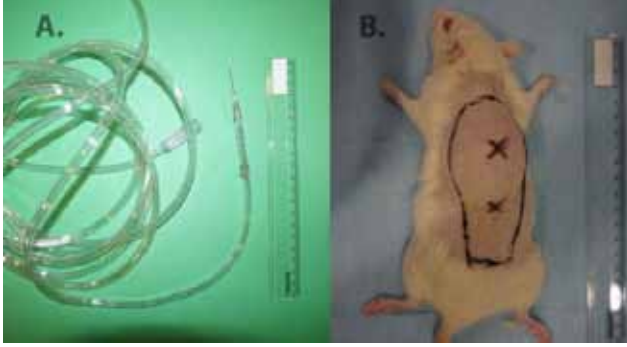
1. Hodgson RS, Brummett RE, Cook TA. Effects of pentoxifylline on experimental skin flap survival. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1987;113:950-2.
2. Vourtsis SA, Spyriounis PK, Agrogiannis GD, Ionac M, Papalois AE. VEGF application on rat skin flap survival. J Invest Surg 2012;25:14-9.
3. Maleck WH, Piper SN, Koetter K. [Joseph Priestley,

nitrous oxide and oxygen]. Anaesthesist 2005;54:395-6; author reply 6.

4. Smith WD. A history of nitrous oxide and oxygen anaesthesia. I. Joseph Priestley to Humphry Davy. Br J Anaesth 1965;37:790-8.

5. Gerhardt RT, King KM, Wiegert RS. Inhaled nitrous oxide versus placebo as an analgesic and anxiolytic adjunct to peripheral intravenous cannulation. Am J Emerg Med 2001;19:492-4.

#### Resim 1



(a) Subdermal nitroz oksit uygulaması için kullanılan düzenek. (b) Flep sınırlarının ve gaz uygulama noktalarının işaretlenmesi.

#### SB-100

#### Hiperbarik oksijen tedavisinin silikon meme protez çevresinde kapsül oluşumu üzerine etkisi

Serhat Yazar<sup>1</sup>, Bilsev İnce<sup>1</sup>, Abdullah Arslan<sup>2</sup>, Pembe Oltulu<sup>3</sup>, Mehmet Dadacı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Konya

**Giriş:** Meme augmentasyonu veya mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonlarında en sık kullanılan seçeneklerden biri silikon meme protezleridir. Ancak silikon meme protez kullanım sonrasında uzun dönemde ağrı, sertleşme, memede asimetriye yol açan kapsül kontraktürü ortaya çıkabilir.

Vücuda yerleştirilen yabancı cisimlerin çevrelerinde oluşan fibröz skar dokusu 'kapsül' olarak tanımlanır. Silikon implant çevresinde oluşan kapsülün zamanla kalınlaştığı, kontrakte olduğu ve sonuç olarak implantın distorsiyonuna neden olduğu bilinmektedir. Kapsül kontraktürünün oluşumunda bakteri kolonizasyonu, implant yüzey özellikleri, hematoma oluşumu ve radyasyon gibi faktörler ilişkili bulunsa da, etiyoloji ve patogeneze hala kesin olarak bilinmemektedir. Kapsül kontraktür oluşumunu önlemeye olarak protez poşunun çeşitli maddelerle yıkanması, antibiyoterapi, fibrin yapıştırıcı kullanımı, hematoma önlenmesi, farklı dokuda silikon dış yüzeylerin kullanılması ve protezin farklı anatomik lokalizasyonlara yerleştirilmesi gibi yöntemler denenmiştir.

Hiperbarik Oksijen (HBO) tedavisi, deniz seviyesinden (1 atmosfer=760 mmHg) daha yüksek basınçlarda, kapalı bir basınç odası içerisinde, hastanın aralıklı olarak %100

oksijen solumasına dayanan medikal bir tedavi yöntemidir. HBO'nin yara iyileşmesi üzerine olumlu etkisinin yanında, antitoksik, antibakteriyel ve kardiyovasküler sistem üzerine olumlu etkileri bildirilmiştir.

Yara iyileşmesinin birçok fazı oksijen bağımlıdır. Yara çevresindeki hücreler proliferasyon ve protein sentezi yapmak için enerjiye gereksinim duyarlar. Kollajen konnektif dokunun ve yara iyileşmesinin en önemli unsurudur. Yara yüzeyinde kollajen birikimi oksijen basıncı ile ilişkilidir. Kapsül kontraktürünün implant çevresindeki kollajenin yeniden organize edilmesi sonrasında geliştiği iddia edilmesi ve yara iyileşmesiyle kollajen sentezinin tüm aşamalarında oksijene ihtiyaç duyulduğu bilinmesine karşın literatürde HBO'nin kapsül kontraktürü üzerine etkisini gösteren çalışma bildirilmemiştir.

Çalışmadaki amacımız HBO tedavisinin silikon implanta bağlı kapsül oluşumu üzerindeki etkisini histopatolojik olarak değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmada ağırlıkları 350-400 gr arasında değişen, 32 adet 5 aylık Wistar Albino tipi dişi rat her grupta 8 adet olmak üzere 4 gruba ayrıldı. Grup 1: Kas üstü, subkutan alana silikon implant yerleştirildi. Grup 2: Kas altı plana silikon implant yerleştirdi. Grup 3: Kas üstü, subkutan alana silikon implant yerleştirilerek, postoperatif 1-15 günler arasında HBO tedavisi (günde 1 seans, 2.5 ATM basınç altında 90 dk) verildi. Grup 4: Kas altı plana silikon implant yerleştirilerek, postoperatif 1-15 günler arasında HBO tedavisi (günde 1 seans, 2.5 ATM basınç altında 90 dk) verildi.

Tüm gruplarda dış yüzeyi pürüzlü 1x1x0.1 cm silikon tabaka kullanıldı. Postoperatif 60. günde denekler sakrifiye edilerek tüm gruplarda silikon çevresinde gelişen kapsül kontraktürü incelenmek üzere çevresindeki kapsül çıkartılarak histopatolojik incelemeye gönderildi. Histopatolojik olarak; yabancı cisim reaksiyonu, enflamasyon, nötrofil-eozinofil-lenfosit sayısı, granülasyon dokusu, kapsül kalınlığı, fibroblast sayısı ve anjiyogenez değerlendirildi.

Sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldı. p<0.05 olan değerler istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Grup 1'de kapsül kalınlığı ortalama 186.43µm iken, grup 2'de 159.29, grup 3'te 65, grup 4'te ise 90.71 µm olarak hesaplandı.

Ortalama fibroblast sayısı grup 1'de 45.14, grup 2'de 45.14, grup 3'te 18.75 ve grup 4'te 16.85 idi. Ortalama makrofaj sayısı grup 1'de 2.35, grup 2'de 2.14, grup 3'te 2.04 ve grup 4'te 1.90'dı. Ortalama nötrofil sayısı grup 1'de 1.86, grup 2'de 2.31, grup 3'te 0.48 ve grup 4'te 1.69 bulundu.

Neovaskülarizasyon açısından değerlendirmede ortalama damar sayısı ise grup 1'de 8.71, grup 2'de 8.42, grup 3'te 14.5 ve grup 4'de 16.71 olarak tespit edildi.

Kapsül kalınlığı HBO verilen gruplarda kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı daha incedi (p<0.0118). Ancak grup 3 ve 4 arasında anlamlı fark yoktu (p>0.05) (Resim 1). Fibroblast sayısı HBO verilen gruplarda kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak daha azdı (p<0.0023). Ortalama makrofaj sayısı açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu (p>0.05). Ortalama nötrofil sayısı HBO verilen gruplarda kontrol grubuna göre daha azdı (p<0.0002). Ortalama damar sayısı HBO verilen gruplarda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı daha azdı (p<0.0045). İmplant kas altına yerleştirildiğinde kapsül kalınlığı daha az olmasına karşın bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0.05). Diğer parametreler

değerlendirildiğinde yerleşim yeri açısından anlamlı fark görülmedi ( $p>0.05$ ).

**Tartışma:** Biyolojik olarak inert sayılsa da silikon implantların çevresinde yabancı cisme karşı, kontrakte olan skar dokusu oluşmaktadır. Kapsül kontraktürü implant çevresindeki kollajenin yeniden organize edilmesi ve zaman içinde artan biçimde kalınlaşmasından kaynaklanır. Absorbe olmayan tüm implant materyellerinin etrafında oluşan kapsülün myofibroblastların aktivasyonu sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Diğer teori ise kapsül etrafında yerleşen bakteriyel biyofilm tabakasıdır. Kapsül kontraksiyonu ile implant mümkün olan en küçük yüzey alanını sahip olmaya ve küresel şekil almaya zorlanmaktadır. Buna bağlı olarak asimetrisler ve deformasyonlar gelişir.

Kapsül kontraktürleri görülme sıklığı % 1.3-30 arasında değişmektedir. Kontraksiyonların % 92'si ameliyattan sonraki ilk 12 ay içinde gerçekleşmektedir.

Kapsüller kontraktürü olan hastaların % 56'sında Staphylococcus epidermidisin pozitif olduğunu bildirilmiştir. Ardından yapılan çeşitli çalışmalarda implantın yerleştirileceği poş, povidon-iyodin, sefalosporin grubu antibiyotikler ve basitrasın yıkanmış ancak istenilen kalıcı bir sonuç sağlanamamıştır.

İmplant subglandüler alana yerleştirildiğinde submuskulere göre 2.18 kat daha fazla kapsüller kontraksiyon riskinin olduğunu bildirilmiştir. Subglandüler alana konduğunda artan kontaminasyon riskinin kapsül kalınlığını artırdığı ileri sürülmüştür. Çalışmamızda da kas altında kapsül kalınlığı daha az görülse de bu veri istatistiksel olarak anlamlı değildi. Kapsülün daha ince olmasının nedeni bu planda implant çevresindeki dolaşımın daha iyi olması olabilir.

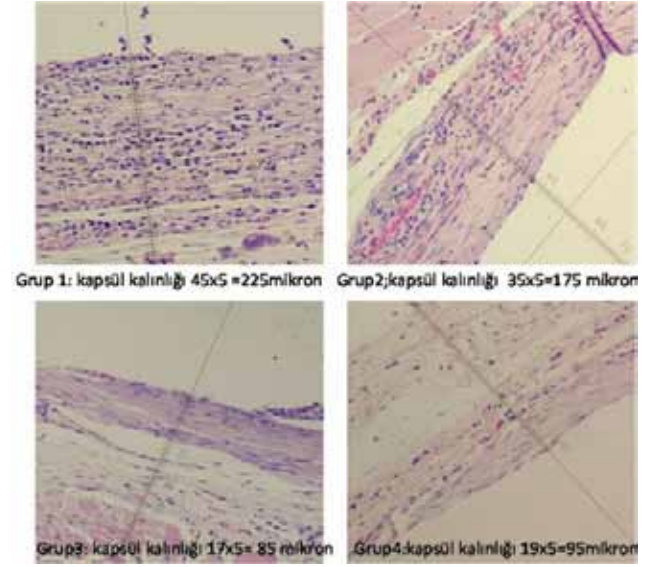
Ratlarda intraluminal metilprednizolon tedavisi uygulandığında kapsülün daha ince olduğu görülmüştür. Etki mekanizması ise kapsül yapısında bulunan non-kollajenöz proteinleri redüksiyonuna bağlanmıştır. Bununla birlikte steroidlerin implant ve kapsülden etraf yumuşak dokuya sızması, dokuları inceltmesi uygulanabilirliğini azaltmıştır. Yine poş bölgesinde topikal olarak kullanılan ibuprofenin daha yumuşak kapsül gelişimi sağladığı gösterilmiştir. Amniyon sıvısında hyaluronik asit içeriğinin fazla olması nedeniyle kapsül kalınlığı ve hücresel içeriğin azaldığı bildirilmiştir.

İmplantların silikon yerine PHEMA (poly-2-hidroksietil metakrilat) ile kaplanarak kapsül kalınlığının azaltılabileceğini ve kontraktürünün engellenebileceğini iddia edilmiştir. Başka bir çalışmada implantların alloderm ile sarılmasının periprostetik kapsül olgunlaşmasının ve fibrozisin ilerlemesini yavaşlatarak protez ekspozisyon oranlarını düşürdüğü ileri sürülmüştür. Subpektoral meme büyütme uygulanan hastalarda Botulinum Toksin A'nın pektoralis major kasına enjeksiyonu ile kapsül kalınlığının azaldığı bildirilmiştir.

Çalışmamızda HBO verilen hem kas altı hem de kas üstü gruplarda kapsül kalınlığının azaldığını belirledik. HBO'nin kapsül kalınlığına olumlu etkisi kas üstü grupta daha fazla idi. Bunun sebebi kas altında zaten iyi beslenen doku varken, kas üstünde kas altına göre daha az olan dolaşımın HBO ile artması olduğunu düşünüyoruz. Yine çalışmamızda HBO ile fibroblast sayısı azalırken, angiogenezin arttığı görüldü.

Çalışmamızda HBO'nun silikon protez çevresinde kapsül oluşumunu azalttığını tespit ettik. İlerleyen çalışmalar gerekmele birlikte HBO, kapsül kontraksiyonu önlemede alternatif tedavi seçeneği olarak kullanılabilir.

### Resim 1



Gruplarda silikon implant çevresinde oluşan kapsülün histopatolojik görünümü

### SB-101

#### Deri Altı Sildenafil Enjeksiyonunun Random Flep Sağkalımı Üzerine Olumlu Etkisinin Araştırılması: Deneysel Sıçan Çalışması

Merdan Serin, Dinçer Altınal, Sevgi Kurt Yazar  
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Sildenafil intraselüler cGMP seviyesini artırarak vazodilatasyon ve düz kas gevşemesine yol açan bir PDE 5 inhibitörüdür. Bu çalışmada sıçanlarda deri altına sildenafil uygulamasının random flep sağkalımı üzerine etkisi incelenmiştir.

**Metod:** 14 dişi wistar sıçanı 2 grup olacak şekilde kullanıldı. Sildenafil grubundaki sıçanlara 7 gün boyunca günlük olarak proksimal ve distalde iki noktadan cilt altına 5 mgr/kg sildenafil enjeksiyonu yapıldı. Tedavi döneminin sonunda tüm sıçanların dorsal ciltlerinden random deri flepleri kaldırıldı ve yerine iade edildi. Flepler kaldırıldıktan 7 gün sonra milimetrik ölçüm kağıtları üzerinden nekrotik ve canlı flep alanların tüm flep alanına yüzdesi hesaplandı. Çalışma sonlandırılırken flep vaskularizasyonunu görüntülemek amacıyla anjiyografi yapıldı.

**Sonuçlar:** Ortalama nekroz alanı yüzdesi sildenafil grubunda %18.29, kontrol grubunda %42.26 olarak hesaplandı. Aradaki bu fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olarak bulundu ( $p=0.0109$ ). Seçilmiş anjiyografi görüntülerinde sildenafil grubunda damarlanmalar daha belirgin olarak saptandı.

**Tartışma:** Bu çalışmanın sonucunda cilt altı sildenafil enjeksiyonunun flep sağ kalımı üzerinde ileri derecede olumlu etkisinin olduğu görüldü. Bu etkinin mekanizmasını açığa çıkarmak için ileri çalışmalara ihtiyaç duyulacağını düşünüyoruz.

**Referanslar:** 1. Hemnes AR, Champion HC. Sildenafil, a PDE5 inhibitor, in the treatment of pulmonary hypertension.

Expert Rev Cardiovasc Ther 2006;4:293-300.

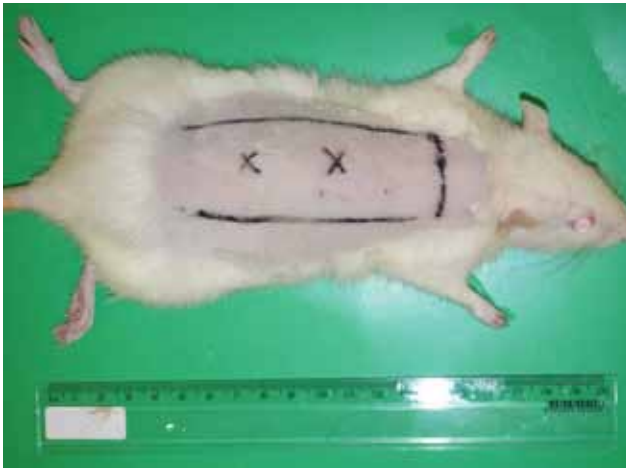
2. Noss MB, Christ GJ, Melman A. Sildenafil: a new oral therapy for erectile dysfunction. Drugs Today (Barc) 1999;35:211-7.

3. Ishikura F, Beppu S, Hamada T, Khandheria BK, Seward JB, Nehra A. Effects of sildenafil citrate (Viagra) combined with nitrate on the heart. Circulation 2000;102:2516-21.

4. Porter A, Mager A, Birnbaum Y, Strasberg B, Sclarovsky S, Rechavia E. Acute myocardial infarction following sildenafil citrate (Viagra) intake in a nitrate-free patient. Clin Cardiol 1999;22:762-3.

5. Webb DJ, Freestone S, Allen MJ, Muirhead GJ. Sildenafil citrate and blood-pressure-lowering drugs: results of drug interaction studies with an organic nitrate and a calcium antagonist. Am J Cardiol 1999;83:21C-8C.

#### Resim 1



Flep sınırlarının ve enjeksiyon noktalarının işaretlenmesi.

#### SB-102

#### Ratlarda Tekrarlayan Trombositten Zengin Plazma Uygulamaları Sonucunda Hipersensitivite Ve Hiperaleji Gelişmesinin Araştırılması

Mehmet Emin Cem Yıldırım<sup>1</sup>, Bilsev İnce<sup>1</sup>,  
Pembe Oltulu<sup>2</sup>, Mehmet Dadacı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Patoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Ağrıya aşırı duyarlı olma olarak tanımlanabilecek hiperaleji, nosiseptörlerin normal ağrı değerlerine sensitizasyon gelişmesiyle karakterize, inflamasyon ve nöropatik ağrı ile ilişkili bir durumdur. Literatürde sensitizasyon gelişmesi doku hasarı, inflamatuvar mediatörlerin interstisyel ortamda artışı gibi bir takım mekanizmalarla tanımlanmaktadır.

Platelet derive edici büyüme faktörü (PDGF), epidermal büyüme faktörü (EGF), fibroblast büyüme faktörü (FGF), sinir büyüme faktörü (NGF) gibi birçok önemli büyüme faktörü içeren trombositten zengin plazmanın (PRP) yara iyileşmesini ve doku rejenerasyonunu hızlandırdığı iddia edilmiştir. PRP uygulamaları seanslar halinde tekrarlı işlemler ile gerçekleştirilmektedir. Yani bir taraftan yapılan her enjeksiyonla doku hasarı meydana gelirken, diğer

yandan doku onarımında görev alan büyüme faktörleri enjekte edilmektedir. Tekrarlayan doku hasarının sensitizasyona neden olabileceği ileri sürülmesine karşın, literatürde PRP'nin neden olabileceği periferik sensitizasyon ve hiperaleji gelişmesiyle ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmadık.

Bu çalışmada tekrarlayan PRP uygulamalarında sensitizasyon sonucu hiperalejinin ortaya çıkıp çıkmadığı, hiperaleji çıkıyorsa hangi mekanizmayla oluştuğunun belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız 22 adet Wistar Albino sıçan üzerinde gerçekleştirildi. Bunlardan 10 adeti çalışma grubu olarak ve 12 adet sıçan ise PRP elde etmek için kullanıldı. Çalışma grubundaki (n:10) sıçanların sırt bölgelerinin 2x2 cm'lik alanı tıraşlandı. Bu alan 1x1 cm'lik 4 eşit kareye bölünerek kareler numaralandırıldı. (Sol üst: 1, Sağ üst: 2, Sol alt:3, Sağ alt: 4). Her ratta 1.alana sadece insülin iğnesi ile kuru enjeksiyon yapıldı. 2.alana 1cc serum fizyolojik, 3.alana 1cc PRP ve 4.alana 1cc aktive PRP yapıldı. Enjeksiyonlar 0.,15., 30. ve 45. günde olmak üzere 4 seans intradermik olarak uygulandı. Tüm uygulamaların hemen öncesinde ve son uygulamadan 4 hafta sonra değişen kalibrasyonlardaki von Frey filamentleri yardımıyla yerden 40 cm yüksekliğinde ve 10 cm eninde ahşap platform üzerinde sıçan serbest bırakılarak deneklerin sırtlarındaki 4 farklı bölgede ağırlı uyarana verdiği cevap araştırıldı. Aljezi ölçümleri esnasında sıçanlara herhangi bir anesteziik madde uygulanmadı. Duyarlılık testinde ratların tepkileri gruplar hakkında bilgisi olmayan başka bir plastik cerrah tarafından değerlendirildi.

#### Trombositten Zengin Plazmanın Hazırlanışı ve Uygulanışı

PRP elde etmek için temin edilen 12 adet sıçanın her seansta 3'ünden yaklaşık 3-4 ml kan intrakardiyak olarak alındı. Toplam 9-12 cc kandan 3000 devirde 15 dk santrifüj sonucu non-aktive PRP elde edildi. Aktive PRP elde etmek için 2.santrifüj yapıldı.

4. seanstan 4 hafta sonra ağırlı uyarana cevap incelendikten sonra tüm sıçanlar sakrifiye edildi. Ardından her bir kareden tam kat deri biyopsisi alınarak patolojik incelemeye gönderildi. Patolojik incelemede alınan biyopsi örneğinin deri ve sinir dokusunda NGF, EGF, vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF), PDGF, FGF incelendi. Ayrıca sinir dokunun kalınlığı ve croos innervasyon olup olmadığı değerlendirildi.

Sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirildi. P<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Her seans öncesi ve son seanstan 4 hafta sonra von Frey filamentleri ile yapılan dokunma testleri değerlendirilmelerinde 10 sıçandaki 1. bölgelerinin 1.ölçüm ortalaması: 270g, 2.ölçüm ortalaması: 159.6g, 3.ölçüm ortalaması: 67.3g, 4.ölçüm ortalaması:18.4g iken 5.ölçüm ortalaması: 24.7g'di. 2.bölgelerinin 1.ölçüm ortalaması: 270g, 2.ölçüm ortalaması: 166.5g, 3.ölçüm ortalaması 36.9g, 4.ölçüm ortalaması:8.7g iken 5.ölçüm ortalaması: 6.9g'di. 3.bölgelerinin 1.ölçüm ortalaması: 270g, 2.ölçüm ortalaması: 127.9g, 3.ölçüm ortalaması: 41.8g, 4.ölçüm ortalaması:10.9g iken 5.ölçüm ortalaması: 4.4g'di. 4.bölgelerinin 1.ölçüm ortalaması: 270g, 2.ölçüm ortalaması: 133.6g, 3.ölçüm ortalaması: 28.6g, 4.ölçüm ortalaması: 5.8g iken 5.ölçüm ortalaması: 3.5g'di.

Sinir çapları ortalaması 1.alanda 50.07, 2.alanda 40.85, 3.alanda 55.77 ve 4.alanda 41.63 µm'du. Sinir lif sayısı 1.alanda 4.5, 2.alanda 4.3, 3.alanda 4.9 ve 4.alanda 5 adetti. Sinir dokuda NGF yoğunluğu 1.alanda 1.7, 2.alanda

1.8, 3.alanda 2.6 ve 4.alanda 2.5 idi. EGF yoğunluğu 1.alanda 1.6, 2.alanda 2.2, 3.alanda 2.5 ve 4.alanda 2.6 olarak belirlendi. PDGF 1.alanda 0.2, 2.alanda 0.8, 3.alanda 1.1 ve 4.alanda 1.3'tü. FGF, 1.alanda 2.4, 2.alanda 2.5, 3.alanda 2.8 ve 4.alanda 2.8 iken VEGF yoğunluğu 1.alanda 1, 2.alanda 1.4, 3.alanda 2.3 ve 4.alanda 2.5 olarak belirlendi. İnflamatuar hücre sayısı 1.alanda 8.7, 2.alanda 15.3, 3.alanda 19.1 ve 4.alanda 11.7 adetti.

Bu ölçümler değerlendirildiğinde her bir sıçanın her 4 bölgesinde de hiperaleji geliştiği belirlendi. Ancak non-aktif ve aktif PRP verilen 3. ve 4. bölgelerinde hiçbir madde verilmeyen ve sadece serum fizyolojik verilen 1. ve 2. bölgelerine göre hiperalejinin daha fazla olduğu görüldü ( $p < 0.05$ ). Hiperalejinin sebebi incelendiğinde PRP verilen gruplarda diğer iki gruba göre sinir lif sayısının istatistiksel olarak daha fazla olduğu görüldü. Ancak sinir çapları açısından anlamlı fark yoktu ( $p > 0.05$ ). Öte yandan büyüme faktörleri açısından değerlendirildiğinde 4 grup arasında EGF, FGF ve PDGF açısından anlamlı fark yoktu ( $p > 0.05$ ). VEGF ve NGF'ün ise PRP gruplarında ilk iki gruba göre istatistiksel olarak daha fazla olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ). 1. ve 2.alanlar ile 3. ve 4.alanlar birbiriyle karşılaştırıldıklarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p > 0.05$ ).

**Tartışma:** Sensitizasyon, nosiseptörleri aktive etmek için gereken enerji seviyesi düşmesiyle birlikte ağrı algılamasında artış meydana gelmesidir. Nosisepsiyonun yaygınlaşmasıyla normalde ağrısız olan aktivite ve hareketler sırasında ağrı algısı ortaya çıkabilir ve bu duruma periferik sensitizasyon denir. Hiperaleji ise ağrının normal uyaran üstünde olarak daha fazla hissedilmesidir. Hiperaleji patogenezinde artmış inflamasyon suçlanmıştır. Ancak çalışmamızda inflamasyon açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark görülmedi.

Periferiksensitizasyon ve hiperalejinin değerlendirilmesinde kullanılan von Frey filamentlerinin boyut ve güç oranları, gerçek gücün logaritmik skalası kullanılarak lineer hassasiyeti göstermeyi sağlamak amaçlı belirlenmiştir. Çalışmamızda Meissner ve Paccini reseptörlerini eşit derecede etkilemesi için tüm enjeksiyonlar 80-90° açı ile yalnızca insülin enjektörleri kullanılarak yapıldı.

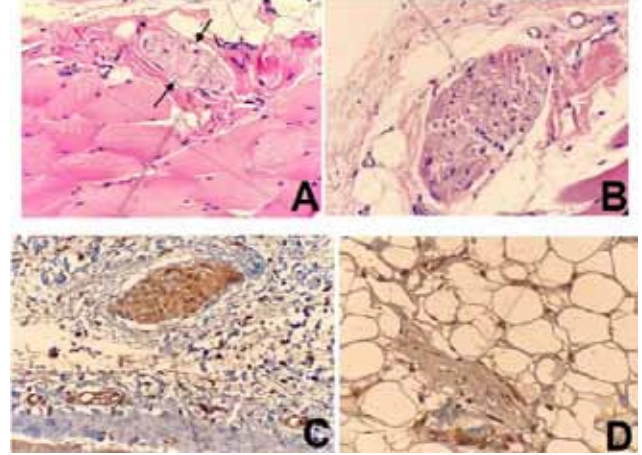
NGF, dorsal kök ganglionlarının duyu nöronlarının gelişimi ve fonksiyonel korunması için gerekli bir büyüme faktörüdür. Yapılan bir çalışmada erken diyabetik polinöropatide ortaya çıkan hiperaleji patogenezinde artmış NGF ve NGF reseptörleri suçlanmıştır. Çalışmamızda PRP tedavisinde seans sayısı arttıkça oluşan hiperalejinin nedeninin PRP'de bulunan NGF'ün uygulanan bölgedeki sinir ve sinirsel iletim yollarına olan etkisi olduğunu düşünüyoruz. PRP kullanıldığında sensitizasyon çok daha fazla artmasına karşın, tekrarlayan tüm enjeksiyonlarda hiperaleji gelişmesi, hiperaleji fizyopatogenezinde farklı faktörlerin de rol oynayabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda hem sinir liflerinin çap ve sayısı hem de PRP'de bulunan büyüme faktörlerinin bir kısmı incelenerek oluşan hiperalejinin nedeni tespit edilmeye çalışıldı.

Bu çalışmada hem non-aktif hem de aktif PRP'nin hiperalejiye neden olduğunu tespit ettik. Bunun sebebi sinir lif sayısında tekrarlayan enjeksiyonlara bağlı artış olmasıydı. Bu artışın PRP'de bulunan NGF'ün sinir lifine pozitif etkisinden kaynaklandığını düşünüyoruz.

Tekrarlayan her türlü enjeksiyon hiperalejiye neden olabilir, özellikle kozmetik, androjenik alopesi gibi tekrarlayan PRP yapılması gereken durumlarda hiperalejinin gelişebileceği bilinmelidir.

### Resim 1



A. H&E, X400, Grup 1'de 20x2,5:50 µm çaplı bir sinir kesiti (olympus BX51 mikroskop mikrometresi ile) B. H&E, X400, Grup 3'de 40x2,5:100 µm çaplı bir sinir kesiti (olympus BX51 mikroskop mikrometresi ile) C. NGF, X400, Grup 4'te, immunhistokimyasal olarak periferik sinirde 3+ skorlu stoplazmik yoğun NGF boyanması D. NGF, X400, Grup 2'de, immunhistokimyasal olarak periferik sinirde 1+ skorlu belli belirsiz stoplazmik NGF boyanması

### SB-103

#### Sıçan Femoral Arter Defekti Rekonstrüksiyonunda Kullanılan Arter ve Ven Greftlerinde, Neointimal Hiperplazi Gelişimine Botulinum Toksin A'nın Etkisinin Araştırılması

Serhat Atalay Eviş, Cengizhan Ekizceli, Ahmet Faruk Yücel, Ufuk Emekli  
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaçlar:** Mikrovasküler cerrahi uygulamalarda, onarılacak olan damar uçları bazen doğrudan onarılabilmekteyken bazen de onarım için vasküler greftlerin kullanımı gerekebilmektedir. Gerek damar döneminde direkt anastomozuyla yapılan onarımlarda, gerekse vasküler greftler kullanılarak yapılan onarımlarda, kan akımı kabaca ilk 1 haftada en sık anastomoz hatlarında trombüs oluşumu ve vasküler spazm, bundan önemden sonra da tromboembolizm gibi nedenlerle oluşan mikrosirkülasyon bozuklukları ve neointimal hiperplazi gelişimi nedeniyle engellenebilmektedir. Neointimal hiperplazi gelişimi sürecinde oluşan protrombotik tablo tromboembolizme zemin hazırlayabilir. Yine neointimal hiperplastik yanıt damar çapını kritik düzeylere kadar azaltabilir. Vasküler greftler kullanılarak yapılan onarımlar direkt yapılan anastomozlarla ile karşılaştırıldığında daha yüksek neointimal hiperplazi gelişimi oranlarına sahiptir. Çalışmamızda arter ve ven grefti ile yapılan arteriyel defekt onarımlarında neointimal hiperplazi gelişimini azaltacak bir farmakolojik ajan olarak botulinum toksin A'nın etkinliğini göstermeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmamızda toplamda 16 Sprague-Dawley türü sıçan kullanılmıştır. Sıçanlar her grupta 4 sıçan olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır. Çalışmada kullanılacak denek sayısını azaltmak için kullanılan sıçanların, her iki taraf femoral arterleri üzerinde çalışılmıştır. Gruplar; Grup 1- arter grefti ile arteriyel defekt onarımı yapılacak grup, grup 2- ven grefti ile arteriyel defekt onarımı yapılacak grup, grup

3-arter grefti ile arter defekti onarımı sonrasında botulinum toksin uygulanacak grup, grup 4-ven grefti ile arteriyel defekt onarımı sonrasında botulinum toksin uygulanacak grup olarak belirlenmiştir. Her gruptaki sıçanların ilk operasyonlarının ardından sıçanlar 28. gün ikinci kez opere edilmiştir. İlk operasyonda ve ikinci operasyonda, femoral arter çapları ve uygulanan vasküler greft çapları ölçülmüş, damar açıklıkları değerlendirilmiş, ikinci operasyonları sonunda vasküler greft ile onarım yapılan femoral arter, anastomoz hatlarını da içine alacak şekilde histopatolojik örnek olarak alınmış ve sıçanlar sakrifiye edilmiştir. Alınan örnekler hematoksilin eozin ile boyanarak, histomorfolojik incelemeye yapılmıştır. Örneklerde intima ve media kalınlıkları ölçülmüş, intima kalınlığının media kalınlığına oranı ve intima kalınlığının intima ve media kalınlıklarının toplamına oranı hesaplanmıştır. Elde olunan veriler bağımsız örneklemeler T testi, eşleştirilmiş örneklemeler T testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Botulinum toksin A uygulanan gruplarda (Grup 3 ve 4), sıçanların 28. gün sonunda ölçülen femoral arter çaplarının, ilk operasyonda ölçülen çaplarına göre anlamlı olarak arttığı görülmüştür ( $p < 0,05$ ). Bu artış botulinum toksin uygulanmayan gruplarda saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Yine safen arter grefti kullanılarak yapılan arteriyel defekt onarımı sonrası botulinum toksin uygulanan grupta (Grup 3), botulinum toksin uygulanmayan gruba (Grup 1) göre safen arter grefti çapının anlamlı olarak arttığı görülmüştür ( $p < 0,05$ ). Ancak safen ven grefti ile onarım sonrası botulinum toksin uygulanan (Grup 4) ve uygulanmayan (Grup 2) gruplar karşılaştırıldığında safen ven greft çapında anlamlı bir artış saptanmamıştır. Histomorfolojik verilerin değerlendirilmesinde, arter ve ven grefti ile arteriyel defekt rekonstrüksiyonu yapılan gruplar yine arter ve ven grefti uygulaması sonrasında botulinum toksin uygulanan gruplar ile karşılaştırılmıştır (Grup 1 ile Grup 3 ve Grup 2 ile Grup 4 karşılaştırılmıştır). Arter ve ven grefti ile arteriyel defekt rekonstrüksiyonu sonrası botulinum toksin uygulanan gruplarda (grup 3 ve grup 4), botulinum toksin uygulanmayan gruplara göre (grup 1 ve grup 2) intima kalınlığının, intima/media ve intima/intima+media oranlarının anlamlı olarak daha az olduğu görülmüştür ( $p < 0,05$ ).

Sonuçlar: Çalışmamızda, botulinum toksin uygulanan gruplarda vasküler greft proksimalindeki femoral arter segmentinin çapında 28 gün sonunda anlamlı artış olduğunu, yine arter greftleri ile yapılan arteriyel defekt onarımı sonrası botulinum toksin uygulanmasının greft çapında anlamlı artışa neden olduğunu saptadık. Ancak ven greftleri ile yapılan arteriyel defekt onarımlarında greft çapında 28 gün sonunda artış saptasak da bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Bu durum ven greftlerinin duvar yapısı nedeniyle dilatasyona yatkın olmalarına bağlanmıştır. Botulinum toksin A'nın arter ve ven greftlerinde 28. gün, intima kalınlığında anlamlı azalma sağladığı ancak media kalınlığına anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür. Bu durum botulinum toksin A'nın neointimal hiperplastik yanıtı azalttığını göstermektedir. Elde ettiğimiz sonuçlar botulinum toksinin neointimal hiperplazi gelişimini sınırlamak için kullanılabilecek bir ajan olduğu hipotezimizi desteklemektedir.

## SB-105

### Rat Yanık Modelinde Epigallochatecin Gallate Yanığın İlerleyici Etkilerini Engelliyor

Burak Yaşar, Murat İçde, Ramazan Erkin Ünlü  
*Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara*

Termal yaralanmalar direk olarak yüksek ısıya bağlı protein denatürasyonu ve buna bağlı hücre ölümüyle başlar. Bunu olayı inflamasyon ve iskemiyle ilişkili olarak ciltteki yanık derinliğinin artması takip eder. Yanık alan etrafındaki yanmamış sağlam dokunun zamanla yanıkla ilişkili olarak hasarlanması yanığın ilerlemesi olarak tanımlanmıştır. Yanık sonrası subakut dönemde (3.-5. Günlerde) yüzeysel parsiyel kalınlıkta olan yanık alanlarının derin parsiyel ve tam kat yanığa ilerlediği literatürde gösterilmiştir.

Yanığın ilerleyici etkisi yetersiz doku perfüzyonu, serbest radikal hasarı ve yanık hastalarında değişen sitokin düzeylerine bağlı oluşan kompleks bir süreçtir. Yanığın ilerleyici etkilerinin azaltılarak mevcut dokuların canlılığının korunmasında, olan bir maddenin kullanılması yanığın ilerleyici etkilerini azaltarak yanık tedavisinde önemli bir role sahip olacaktır.

Biz bu çalışmamızda endotel hücrelerinden nitrik oksit üretiminin stimülasyonunu artırarak vazodilatör olarak etki gösteren sitokin ekspresyonunu değiştirerek antiinflamatuvar etkileri olan aynı zamanda cilt korucuyu etkileri olan Epigallocatechin gallate (EGCG)'nin sistemik kullanımının yanık progresyonunu önleyebileceği hipotezini ratlarda piring kalıpla modeliyle meydana getirilen yanık modelinde test ettik. Aynı zamanda immünohistokimya (İHK) yardımıyla EGCG'ın sistemik kullanımının Lipid peroksidasyonu sonucu oluşan reaktif aldehytlere (HNE, MDA, ACR) etkisini araştırdık. Aldehit hidrogenazlar (ALDH1A1 ve ALDH2) bu reaktif aldehitlerin detoksifikasyonunda dolayısıyla oksidatif stresle baş etmede de önemli bir role sahiptir. Dolayısıyla hücresele ALDH1 ve ALDH2 ekspresyonunun gözlenmesi, EGCG'ın yanık sonrası oluşan LA'lere karşı hücresele savunma mekanizmalarını da desteklediğini göstermesi amaçlanmıştır.

Sonuç olarak: ilk defa EGCG'nin sistemik kullanımının yanığın ilerleyici etkilerini azalttığı, bu etkinin reaktif lipid aldehitlerinin azalmasıyla desteklendiği aynı zamanda Aldehit dehidrogenaz enzimlerinin akümüasyonu ile bu etkinin ortaya çıktığı gösterilmiştir.

## SB-106

### Fournier Gangreni Sonucu Oluşan Skrotal Defektlerin Limberg Flebi ile Onarımı

Mehmet Dadacı, Mehmet Cem Yıldırım, Bilsev İnce, İlker Uyar, Majid İsmayilzade  
*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya*

Giriş: Fournier gangreni primer olarak genital bölgenin ve abdominal duvarın cilt ve ciltaltı dokularının nadir görülen nekrotizan fasiitidir. Yumuşak dokular arasında hızla yayılım gösterebilen ve bunun sonucunda %40'lara varan mortalitesi ile mevcuttur. İlk kez 1883 yılında Fransız dermatolog Jean-Alfred Fournier tarafından tanımlanmıştır. 1 Fournier gangrenli hastalar agresif tedavi görmediği sürece sepsis gelişmesi muhtemeldir

## Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

### 39. Ulusal Kurultayı

ve ölümlerin başlıca nedeni çoklu organ yetmezlikleridir. Bu nedenle hemodinamik resüsitasyon, geniş spektrumlu antibiyoterapi ve cerrahi debridman ilk ve acil olarak yapılmalıdır. Çoklu debridmanlar sonrasında sağlıklı dokular ortaya çıkana kadar devam etmelidir. Çoklu debridmanlar sonucunda ortaya çıkan defektler kısmi kalınlıktaki deri greftleriyle, lokal fasiyokutanöz fleplerle ve çeşitli kas flepleriyle onarılabildiği literatürde rapore edilmiştir. 2. Bununla birlikte geniş skrotal defektlerin tek veya çift taraflı Limberg flebiyle onarımını tanımlayan serilere rastlamak kolay değildir. Bu çalışmada fournier gangreni sonucu oluşan geniş skrotal defektlerin rekonstrüksiyonunda tek veya çift taraflı Limberg flebi ile onarım deneyimlerimiz anlatıldı.

**Hastalar ve Yöntem:** Fournier gangreni nedeniyle seri debridmanlar sonucu skrotal defekti ortaya çıkan 8 erkek hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 61'di (min.47-maks.77 yaş). Skrotumun yüzde 50'sinden daha az defekti olan hastalar ile kontrollere düzenli gelmeyen hastalar çalışmaya dahil edilmedi. 8 hastanın 4'ünde diabetes mellitus, 1'inde rastlantısal akciğer malignitesi tespit edildi. Hastaların tamamı özbakımı düşük hastalardı. 6 hastanın her iki testisin, 2 hastada ise bir testisin tamamının diğerinin ise parsiyel ekspozisyonu söz konusuydu.

**Cerrahi Teknik:** Seri debridmanlar sonrasında enfeksiyonun gerilemiş olduğu, nekrotik dokuların tamamıyla temizlendiği defekt kapatılması için uygun granülasyonun gerçekleştiği yara yeri elde edildikten sonra elektif şartlarda hastalar operasyona alındı. Defekt boyutuna göre uyluk proksimalinde medialden hazırlandı. Flep pedikülü uyluk anterior tarafta olacak şekilde planlaması yapıldı. Limberg flebi çizimlerine uygun olacak şekilde flep suprafasiyal planda kaldırıldı. Çift taraflı defektlerde skrotum orta hatta her iki Limberg flebi sütüre edilerek birleştirildi. (Resim 1.) Tek taraflı total defekt ve diğer taraf parsiyel defekti olan 2 hastada ise tek taraflı Limberg flebi ile parsiyel defekt olan skrotumun serbestlenmesi sonrasında birbirine sütüre edilerek defektler onarıldı. Yağ dokusu fazla olan hastalarda yağlar trimlendi. Flepler gerilimsiz şekilde transpoze edildi. Donör alanlar tüm vakalarda primer kapatıldı. Her hastada flep altına hemovak dren konuldu. Postoperatif takiplerde 2 hastada seroma ile dehisans meydana geldi. Bu hastalara yara bakımını takiben flep uçları tazelenerek tekrar defekt onarıldı. Çift taraflı defekt onarımı yapılan ameliyatlarda ortalama süre 1.5 saattir. Diğer hastalarda herhangi bir komplikasyona rastlanılmadı. Hiçbir hastada parsiyel ve total nekroz gözlenmedi.

**Tartışma:** Fournier gangreni erkeklerde kadınlara göre 5-10 kat daha sık görülmektedir ve en çok 60-80 yaş aralığında görülmektedir. Diabetes mellitus, inflamatuvar barsak hastalıkları, obezite, yoğun alkol kullanımı, malignite ve HIV enfeksiyonu Fournier gangrenine eşlik edebilir. Fournier gangreni genital, perineal ve anorektal bölgelerin kutanöz, genitoüriner ve kolorektal enfeksiyonlarında anaerobik bakterilerden kaynaklı polimikrobiyal bir hastalıktır. En sık patojenler streptokoklar, stafilokoklar, Escherichia Coli ve daha az sıklıkla fungal enfeksiyonlardır. 3. Bu nedenle bu bakterilerin duyarlı olduğu geniş spektrumlu antibiyotikler vakit kaybetmeden ampirik tedavi uygulanmalıdır. Fournier gangreninde debridmandan sonra skrotal rekonstrüksiyon cilt kapatılması, estetik görünüm ve testislerin fonksiyonelliği açısından oldukça komplekstir. Küçük defektler sekonder iyileşmeye bırakılabilir. %50'den küçük defektler için skrotal ilerletme flepleri kullanılabilir. Testislerin medial uyluk proksimallerinde cep oluşturularak subkutan olarak yerleştirilmesi spermatik kord nekrozlarına neden olabilir. Kısmi kalınlıkta ki deri greftleri tunica vaginalis intakt ise kullanılabilir ve kolay cerrahi işlem olması, iyi kozmetik sonuçları avantajlarıdır.4 Daha büyük defektlerde ise özellikle tunica vaginalisin

artık yoksa gracilis veya vertikal rectus abdominis kas flepleri ile adlandırılan lokal pediküllü kas flepleri kullanılabilir.5,6 Ayrıca anteroomedial, anterolateral uyluk flepleri ile pudental arter uyluk flepleri kullanılabilir. 4,7 Özetle fournier gangreni sonrasında skrotum rekonstrüksiyonunun Limberg flepleriyle yapılması cerrahi olarak pediküllü fleplere göre daha kolay kaldırılabilirliği, gerilimsiz bir şekilde onarımın gerçekleştirilebildiği ve kabul edilebilir kozmetik sonuçları önemli avantajlardandır. Sonuç olarak uyluk medialinden hazırlanan Limberg flepleri ile skrotum defektlerinin onarımında yüz güldürücü sonuçlar elde edilebileceğini düşünüyoruz.

#### Kaynaklar

- 1.Fournier JA. Jean-Alfred Fournier 1832–1914. Gangr`ene foudroyante de la verge (overwhelming gangrene). Sem Med 1883. Dis Colon Rectum. 1988;31:984-8.
2. Reconstruction of Defects After Gangrene: A Systemic Review. Karian LS, Chung SY, Lee ES. Eplasty. 2015 May 26;15:e18. eCollection 2015. Review
3. Bjurlin MA, O'Grady T, Kim DY, et al. Causative pathogens, antibiotic sensitivity, resistance patterns, and severity in a contemporary series of Fournier's gangrene. Urology. 2013;81(4):752-8.
- 4.Tiwari IN, Seth HP, Mehdiratta KS. Reconstruction of the scrotum by thigh flaps. Plast Reconstr Surg. 1980;66:605
5. Young WA, Wright JK. Scrotal reconstruction with a rectus abdominis muscle flap. Br J Plast Surg. 1988;41:190.
6. Ramos RR, Andrews JM, Ferreira LM. A gracilis myocutaneous flap for reconstruction of the scrotum. Br J Plast Surg. 1984;37:171.
- 7.. Maharaj D, Naraynsingh V, Perry A, Ramdass M. The scrotal reconstruction using the "Singapore sling" Plast Reconstr Surg. 2002;110(1):203-5.

#### resim 1



### SB-107

#### Aşıl Tendonunu Ekspoz Eten Yumuşak Doku Defektlerinin Propeller Perforatör Flepler ile Onarımı

Özay Özkaya Mutlu, Ayça Ergen Şahin, Tuğçe Yasak  
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Aşıl tendonunu ekspoz eden ayak bileği defektlerinin onarımı hem çevre yumuşak doku yetersizliğinden hem de aşıl tendonunun kaymasına izin verecek bir rekonstrüksiyon yapılması gerektiğinden, cerrahlar için zorlayıcı olmaktadır. Hastalar içinse ağrıya sebep olması ve ayakkabı giymesi zorlaştırması nedeniyle önemli bir problem yaratmaktadır. Defekt etyolojileri arasında aşıl tendon onarımı sonrasında görülebilen yabancı cisim granülomları, travma, diyabetik yara ve yanık bulunmaktadır. Ayak bileğinde, aşıl tendon üzerindeki yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda tendon ekspozisyonu nedeni ile greft ile onarım yapılamamakta, defekt küçük de olsa genellikle lokal, rejyonel ya da uzak flep ile onarım gerekmektedir. Seçilecek olan flep, hastanın ayakkabı giymesine izin verip fonksiyonel bir sonuç sağlarken, aynı zamanda ayak bileğinin doğal şeklini sağlamalı ve hastayı estetik açıdan memnun etmelidir. Bu çalışmada; kliniğimizde, aşıl tendonunu ekspoz eden yumuşak doku defektlerinin propeller perforatör flepler ile onarım yaklaşımı, propeller perforatör fleplerin bu bölgede kullanımlarının avantaj ve dezavantajları ile uzun dönem estetik ve fonksiyonel sonuçlarımızın sunulması amaçlanmıştır.

Materya-Metod: Çalışmaya kliniğimize ayak bileğinde aşıl tendonunu ekspoz eden yumuşak doku defekti nedeni ile opere edilen 5 hasta dahil edilmiştir. Hastaların hepsi preopetatif manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile değerlendirilmiş olup, fonksiyonel değerlendirme ise American Orthopaedic Foot and Ankle Society (AOFAS) ayak bileği ve arka ayak skorlama sistemine göre değerlendirilmiştir.

Sonuçlar: Hastalardan 3'ü erkek, 2'si kadın olup ortalama yaş 32.6'dır. Hastaların ikisinde defekt etyolojileri aşıl tendon onarımı sonrası oluşan yabancı cisim granülümu iken, 2'sinde diyabetik yara, 1'inde travmadır. Hastaların tümüne eş zamanlı debridman sonrasında ikisinde posterior tibial arter perforatör flebi, birinde peroneal arter perforatör flebi ile ayak bileği doku defektinin rekonstrüksiyonu yapılmıştır. İyileşme süresi yaklaşık olarak 10 gün olarak gözlenmiştir. Hastalar postoperatif birinci haftada taburcu edilmiş olup 2 hafta ayak elevasyonu, sonrasında aralıklı olarak sarkıtma egzersizleri ile mobilizasyona başlanmıştır. 1 hastada ilk 24 saatte flep distalinde venöz konjesyon sonrasında 48 saat medikal sülük uygulaması ile flep dolaşımının normale döndüğü gözlenmiştir. Ortalama takip süresi 15 aydır. Hastaların tümünde postoperatif dönemde aşıl tendonun üzerinde yeterli yumuşak doku örtüsü sağlanmış olup, ayakkabı kullanımı açısından sorun yaşanmamıştır. Pediküllü propeller perforatör flep ile aşıl tendonunu ekspoz eden ayak bileği yumuşak doku defekti rekonstrüksiyonu hem fonksiyonel hem de estetik olarak güvenilir ve kabul edilebilir bir yöntemdir.

#### Aşıl tendonu ekspoz doku defekti onarımı



Aşıl tendonu ekspoz doku defekti onarımı

### SB-108

#### Serbest Serratus Fasya Flebi ile Ekstremitte Karmaşık Sığ Defektlerinin Onarımı

Hakan Cinal<sup>1</sup>, Ensar Zafer Barın<sup>1</sup>, Murat Kara<sup>2</sup>,  
Mehmet Akif Çakmak<sup>1</sup>, Kerem Yılmaz<sup>1</sup>,  
Harun Karaduman<sup>1</sup>, Önder Tan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum

<sup>2</sup>Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Kemik, tendon, damar, sinir gibi hayati yapıları açıkta bırakan ekstremitte sığ defektlerinin onarımında kullanılacak flebin, kayma hareketine izin vermesi, ameliyat sonrası işlev ve hareketleri engellememesi, esnek ve ince yapıda olması, ideal fonksiyonel ve estetik sonuçlar için gerekli özelliklerdir. Rekonstrüktif seçenekler ise ince flep alınabilecek verici sahaların çok fazla olmaması, çok büyük boyutlu flepler elde edilememesi ve verici saha morbiditesi nedeniyle sınırlıdır. Bu çalışmada serbest serratus fasya flebi (SSFF) alt ve üst ekstremitte sığ defektlerinin kapatılmasında kullanılmış ve sonuçları paylaşılmıştır. 2006-2015 yılları arasında ekstremitte sığ defekti olan 11 hastada (7 erkek ve 4 bayan) 12 adet SSFF kullanıldı. Hastaların yaşı 3-46 yıl arasındaydı (ort. 24,6 yıl). Etiyolojiler 5 hastada trafik kazasına bağlı ezilme tipi yaralanma, 3 hastada elektrik yanığı, 2 hastada temas yanığı ve 1 hastada lokal anestezi madde uygulaması sonrası cilt nekrozu idi. 12 defektin 9 'u ayakta, 3 'ü ise elde yerleşimliydi. Ortalama izlem süresi 29,5 aydı (7-109 ay). Tüm flepler yaşadı, hiçbir kısmi yada tam nekroz görülmedi. 1 hastada kısmi greft kaybı yaşandı ve pansumanla sekonder iyileşti. Hiçbir hastada kanama, hematoma, arteriyel yada venöz mikroanastomoz, yara açılması ve enfeksiyon komplikasyonları görülmedi; erken yada geç revizyon yapılmadı. Ameliyat sonrası tutulan ekstremitelerin fonksiyonlarında ve hareketlerde majör bir eksiklik yaşanmadı. Ameliyat sahasının kozmetik görünümü de kabul edilebilir yada iyi düzeyde idi. Verici sahalar tüm

hastalarda sorunsuz iyileşti, skarları gizli ve belirsizdi. Ekstremitelerin kayma etkisinin istendiği karmaşık siğ defektlerinin onarımında SSFF, majör bir damar feda etmemesi, gizli ve kısa bir skar bırakması, geniş boyutlarda alınabilmesi ve latissimus dorsi kası, skapular kemik gibi etraf dokularla birlikte kullanıma izin vermesi gibi avantajları ile ideal bir seçenek olabilir. Ayrıca SSFF, yüz yada vücudun başka bölgelerindeki orta dereceli atrofik alanlarda dolgu amaçlı da kullanılabilir.

**Olgu 4: 27 yaşında erkek hastada, iki taraflı tırnak batma ameliyatı öncesi yapılan lokal anestetik madde enjeksiyonuna bağlı heriki başparmakta gelişen kemiğe kadar tam kat cilt nekrozları.**



Hasta olaydan sonra yaklaşık 4. saatte ameliyata alındı. Yüzüstü pozisyonunda ameliyata başlandı. Önce oksipital bölgede ki 2 arter ve 2 ven anastomozları tamamlandı. Baş hareket ettirilmeden ameliyat masası çevrililerek sağ ve sol da ki her iki superfisiyal temporal arter ve 2 adet ven anastomozu yapılmasını takiben sırtüstü çevrililerek frontal bölgedeki 2 adet arter ve 1 adet ven anastomozları yapıldı. Intraoperatif olarak 5000 IU Heparin intravenöz olarak uygulandı. Tüm anastomozlarda geçiş olduğu ve dolaşımın yeniden sağlandığı gözlemlendi. Hiçbir anastomozda ven grefti kullanılmadı. Postoperatif dönemde ilk 3 gün boyunca her 24 saatte 25000 IU heparin infüzyonu ve 300 mg aspirin tedavisi planlandı. Hasta ameliyat sonrasında yoğun bakıma alındı. Postoperatif 20. saatte skalpte özellikle frontal ve her iki parietal bölgede renk değişikliği, sıcaklık kaybı ve anastomozlarda doppler ultrasonda geçiş olmadığı saptandıktan sonra acil operasyona tekrar alındı. Oksipital bölgede ki arter ve ven anastomozları haricinde ki tüm anastomozlar eskplore edildi ve dolaşımın sağlandığı saptandı. Tüm anastomozlar reanastomoz yapılarak dolaşım yeniden sağlandı. 2. operasyonu takiben tekrar heparin infüzyonu başlandı ve 3. gün boyunca devam edildi. Sonrasında 300 mg aspirin ve günlük 2 dozda 6000 IU enoksaparin sodyum tedavisi ile devam edildi. 2. operasyon sonrasında anastomozlar için revizyon düşünülmüdü ve klinik takibe alındı. Postoperatif takiplerinde skalpte özellikle frontal ve her iki temporoparietal bölgede nekrozu düşündüren renk değişikliği saptandı. 10. günden itibaren skalp aralıklarla debride edilmeye başlandı. Replante edilen skalbin %90'ında ciltte kayıp gözlemlendi. Hiçbir alanda tam kat kraniumu açıkta bırak flep cerrahi gerekecek defekt gözlenmedi. Cilt nekrozu gelişen alanlar her iki uyluktan alınan kısmi kalınlıkta ki deri greftleriyle onarıldı. Postoperatif 2. ayın sonunda hastanın cerrahi tedavisi tamamlanmış oldu. Postoperatif 10. ayın sonunda saç kaybı nedeniyle hasta peruk ile yaşam sürmektedir ancak hasta kozmetik açıdan memnundur.

## SB-109

### Total Skalp, Alın ve Sağ Kaş Ampütasyonunda Replantasyon Ve Rekonstrüksiyon: Olgu Sunumu

Mehmet Dadacı, Mehmet Cem Yıldırım, Bilse İnce, Serhat Yarar, İlker Uyar  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

**Giriş:** Skalp avülzyonları nadir görülen vakalardır. Literatürde de fazla sayıda vaka serilerine rastlamak güçtür. 1976 yılında Miller ve arkadaşları skalp ampütasyonunda ilk replantasyonu başarıyla gerçekleştirmişlerdir.1 Bununla birlikte mikrocerrahinin gelişmesiyle birlikte literatürde çeşitli vakalar bildirilmiştir.2 Bu yazıda 39 yaşında erkek çiftçinin saçlarının tarım makinesine dolanan saçları nedeniyle gelişen total skalp, alın ve sağ kaşın ampütasyonu sonucunda replantasyon ve tedavi süreci sunuldu.

**Olgu Sunumu:** Otuzdokuz yaşında erkek çiftçi tarım makinesinin saçlarını tutması sonrası sağ kaş içerisine alan sağ üst göz kapağını içine alan, sol kaş, her iki kulak superiorundan ense superioruna uzanan skalp, alın ve sağ kaş amputasyonu ile acil servise getirildi. İlgili travma konsültasyonları sonucunda replantasyona engel intrakranial, intratorasik ve intraabdominal lezyona rastlanılmadı. Hasta acil serviste operasyona alınmadan önce gerekli tetkikler yapılırken amputat ameliyathaneye alındı. Saçlar kesildikten ve serum ile yıkanmasından sonra likroskop altında oksipital bölgede 2 adet, sağ ve sol temporalde 2 adet ve frontal bölgede 2 adet toplamda 6 adet arter ve 5 adet kominikan ven saptandı.

**Tartışma:** Mikrocerrahinin gelişiminden önce skalp ampütasyonları kompozit greftler ile tedavi edilmeye çalışıldı ve greftler ile onarım tatmin edici sonuçlara ulaşmak mümkün değildi. 1976'da Miller ve ark. mikrocerrahi ile ilk skalp replantasyonunu bildirmişlerdir.1 Skalp ampütasyonları nadir görülen olgular olduğundan literatürde genellikle vaka sunumları şeklinde yayınlara ulaşmak mümkündür ancak Cheng ve ark. tarafından yapılan çalışmada en geniş seri 20 olgudan oluşmaktadır. 3,4 Skalp çok zengin kollateral damar ağına sahiptir ancak özellikle her iki superfisiyal temporal ve oksipital arterler kan akımında önemli ana arterlerdir. Literatürde bir arter ve bir ven anastomozlarının skalp dolaşımı için yeterli olduğunu öne süren çalışmalar mevcuttur.5,6 Bununla birlikte birden fazla anastomoz yapmak gerekliliğini ileri süren çalışmalarda vardır. 3 Literatürde en geniş seriyi rapore eden Cheng ve ark. 20 olgudan birden fazla anastomoz yapılanlarda daha iyi sonuçlar elde edilebildiğini ileri sürmüşlerdir.3 Ayrıca avulzif yaralanmalarda tunika intima yaralanması ve skalpte parsiyel yaralanmalarda göz önünde bulundurulduğundan tek bir anastomozla güvenmemek gerektiği sonucuna varılabilir. Bizim olgumuzda da sağ parietal bölgede annuler tarzda yaklaşık 8 cm uzunluğunda ek cilt yaralanması da mevcuttu ve takiplerinde ilk bu bölgede nekroza gidişatı düşündüren bulgular izlenmiştir. Ayrıca çalışmamızda 6 arter, 5 ven anastomozu yapılmasına ve intraoperatif geçiş defalarca teyit edilmesine rağmen postoperatif 20. saatte dolaşımın durması nedeniyle anastomozlar yenilenmiştir. Ayrıca skalp ampütasyonları avulzif bir yaralanma olduğundan venlerin arterlerden daha fazla yaralanması söz konusudur.7 Dolayısıyla skalp replantasyonlarında venöz drenaj bir hayli önemlidir. 8Olgumuzda bu yüzden 5 ven anastomozu yapıldı. Olgumuzda ki cilt kaybının bir nedeni de venöz drenaj problemi olabilir.

Skalp rekonstrüksiyonunda replantasyon haricinde alıcı alan durumuna göre deri greftleri, lokal ve serbest flepler kullanılabilir. Ancak kontur deformiteleri, ek komplikasyonlar, kötü kozmetik gibi olumsuz sonuçları beraberinde getirmektedir. Sonuç olarak plastik cerrahinin benzeri benzerle onar temel ilkesine göre de skalp replantasyonu hemen her zaman ilk seçenek olarak düşünülmelidir.

#### Kaynaklar

1. Miller GD, Anstee EJ, Snell JA. Successful replantation of an avulsed scalp by microvascular anastomoses. *Plast Reconstr Surg* 1976;58:133-6.
2. Hazani R, Buntic RF, Brooks D. Microsurgical scalp reconstruction after a mountain lion attack. *Ann Plast Surg* 2008;61:265-8.
3. Cheng K, Zhou S, Jiang K, Wang S, Dong J, Huang W, Chang T. Microsurgical replantation of the avulsed scalp: report of 20 cases. *Plast Reconstr Surg* 1996;97:1099-106; discussion 1107-8.
4. Sakai S, Soeda S, Ishii Y. Avulsion of the scalp: which one is the best artery for anastomosis? *Ann Plast Surg* 1990;24:350-3.
5. Eren S, Hess J, Larkin GC. Total scalp replantation based on one artery and one vein. *Microsurgery* 1993;14:266-71.
6. Barisoni D, Lorenzini M, Governa M. Two cases of scalp reimplantation based on one artery and one vein with interposed vein grafts. *Eur J Plast Surg* 1997;20:51-3.
7. Gatti JE, LaRossa D. Scalp avulsions and review of successful replantation. *Ann Plast Surg* 1981;6:127-31.
8. Yin JW, Matsuo JM, Hsieh CH, Yeh MC, Liao WC, Jeng SF. Replantation of total avulsed scalp with microsurgery: experience of eight cases and literature review. *J Trauma* 2008;64:796-802

resim 1



#### SB-110

##### Alt ekstremité rekonstrüksiyonunda subskapular sistem fleplerinin kullanımı

Erkan Pinegöz, Alper Sarı, Ali Cem Oktay, Yavuz Demir, Göktekin Tenekeci, Şakir Ünal  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

Giriş: Aksiler arterin 3. Kısmından çıkan subskapuler arterin ana dalları sirkümfleks skapuler arter ve torakodorsal arter olup çıkış yerlerinde ve dallanmada varyasyonlar gösterirler. Bu sistem ile beslenen kaslar latissimus dorsi ve serratus anteriordur. Kas ile birlikte fasya, deri ve kemik (skapula

ve kostalar) de donör olarak kullanılabilir. Bu sisteme ait flepler; latissimus dorsi, serratus anterior, torakodorsal arter perforatör, skapular ve paraskapular fleplerdir.

Materyal-Metod: kliniğimizde 2005-2017 yılları arasında alt ekstremité defektlerini subskapular sistem flepleri ile rekonstrükte ettiğimiz toplam 35 hasta çalışmaya dahil edildi. Yaşları 5 ile 70 arasında değişen ve alt ekstremitéde açık yara ile opere edilen 35 hastadan 18'i trafik kazası, 6'sı iş kazası, 5'i düşme, 4'ü yanık skarına bağlı komplikasyon, 1'i ateşli silah yaralanması, 1'i dolaşım bozukluğuna bağlı kronik yara nedeniyle kliniğimize başvurdu.

Bulgular: Bu hastaların 26'sında latissimus dorsi kas flebi, 7'sinde paraskapular fasya + deri flebi, 1'inde serratus anterior kas flebi, 1'inde serratus anterior fasya flebi, 1'inde iselatissimusdorsikas+serratusanteriorfasya flebi kullanıldı. Subskapular sistem flepleri ile rekonstrüksiyon sonrası ilk 24 saat içinde 3 hasta anastomoz revizyonu, 2 hasta ise hematoma boşaltılması için tekrar operasyona alındı. Toplamda 2 hastada total nekroz, 2 hastada ise kısmi nekroz gelişti. 1 hastada ise donör alanda dehisens gelişmesi üzerine yara kapatılması operasyonu yapıldı.

Sonuç-Tartışma: Alt ekstremité defektlerinin rekonstrüksiyonunda iyi kanlanan bir doku ile kemik dokunun üzerinin kapatılması yüksek önem arz etmektedir. Bu çalışmamızda, subskapular sistem flepleri ile alt ekstremitéde yumuşak doku kaybı olan 35 hastanın rekonstrüksiyonunu yüksek oranda başarıyla gerçekleştirdik. Bu sistemdeki flep çeşitliliği, kas-fasya fleplerinin kombine edilebilmesi, pedikülün uzun olması, geniş defektler için yeterli kas dokusu içermesi ve fleplerin güvenilir olması başlıca tercih sebeplerimiz olarak sayılabilir. Öte yandan yara yeri problemleri, ağrı, güç kaybı ve rom kaybı gibi donör alan morbiditesi subskapular sistem fleplerinin genel dezavantajlar olarak sayılabilir.

#### SB-111

##### Anterolateral uyluk flebi diseksiyonunda yetersiz pedikül sayısı ve çaplarının bulunması halinde uygulanabilecek alteranif yöntem; Tensör fasya lata flebi

Musa Kemal Keleş, Feridun Elmas, Hatice Gözde Muratoğlu, Bekir Ünal, Sebat Karamürsel

Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Anterolateral uyluk (ALT) flebinin en önemli dezavantajlarından birisi pedikül sayısının ve yerinin değişkenliğidir. Literatürde pedikül sayısı değişken olabilmekle birlikte pedikülün yokluğuna çok nadir olarak rastlanılmaktadır. Bu oran vakaların yaklaşık %0.89 -%5.4'üne tekabül etmektedir (1-2). ALT flep pedikülünün yetersiz yada ince olduğu durumlarda pedikülün hasar görmesi durumunda Tensör Fasya Lata (TFL) flebini kullanmak iyi bir alternatif olabilmektedir. Bu flebin 5-7 perforatörünün bulunması ve flep hazırlığı sırasında ALT ile aynı cerrahi sahadan ulaşılabilmesi bu flebi avantajlı kılmıştır (3).

Bu çalışmada amaç; ALT serbest flebi planlanan üç olguda yetersiz pedikül sayısı veya perforan çapının küçük olması nedeniyle TFL nin kurtarıcı flep olarak kullanıldığı vakalar sunulacaktır.

Olgu: Kliniğimizde çeşitli nedenlerle ALT serbest flebi ile rekonstrüksiyon planlanan 3 hastada yetersiz pedikül çapı olması nedeniyle intraoperatif olarak TFL flebine dönülmüştür. Bu 3 hastada ALT flebi için yapılan kesi hattı uzatılmış ve TFL perforanlarına ulaşılmıştır.

Tartışma: ALT serbest flebi bugün bir çok anatomik bölgenin rekonstrüksiyonunda sıkça tercih edilen donör saha morbiditesi düşük olan bir fleptir(4). Flep diseksiyonu sırasında perforatör sayısının azlığı yada çapın küçük olması, pediküllerde bulunan varyasyonlar (4) karşılaşılabilecek problemlerdendir. Bu durumda karşı uyuluğa geçilerek diseksiyona başlanabilir. Bunun yanında TFL perforatör flebini kullanmak iyi bir alternatif olabilir. TFL flep alanın daha kararlı anatomiye sahip olması, ince ve esnek yapısı çeşitli oranlarda kas dokusunun dahil edilebilmesi ALT serbest flebinin kullanılabileceği pek çok alanda bu flebi kullanılabilir yapmıştır(5). Aynı kesi planından diseksiyon yapılabilmesi; dolayısıyla intraoperatif rekonstrüktif planın değişmemesi en büyük avantajlarından biri olarak sayılabilir. Flep planlaması yapılırken perforan yetersizliği her zaman göz önünde bulundurularak TFL flebe geçiş yapılabilir şekilde planlama yapılması ve ilk kesiyi yaparken sadece anterior kenarın kullanılarak ALT perforanlarının değerlendirilmesi eğer yetersiz ise TFL ye geçilebilmesi akılda tutulmalıdır.

#### REFERANSLAR:

- 1-Nojima K, Brown SA, Acikel C, Arbique G, Ozturk S, Chao J, et al. Defining vascular supply and territory of thinned perforator flaps: Part I. Anterolateral thigh perforator flap. *Plast Reconstr Surg* 2005;116:182-93.
2. Kimata Y, Uchiyama K, Ebihara S, Nakatsuka T, Harii K. Anatomic variations and technical problems of the anterolateral thigh flap: A report of 74 cases. *Plast Reconstr Surg* 1998;102:1517-23.
- 3-Tensor fascia latae perforator flap: An alternative reconstructive choice for anterolateral thigh flap when no sizable skin perforator is available. Contedini F, Negosanti L, Pinto V, Tavaniello B, Fabbri E, Sgarzani R, Tassone D, Cipriani R. *Indian J Plast Surg.* 2013 Jan;46(1):55-8. doi: 10.4103/0970-0358.113707.
- 4-Anterolateral thigh perforator flap: varying perforator anatomy.Chen HH, Lin MS, Chou EK, Chang SC, Chen HC, Xu E, Wu CI. *Ann Plast Surg.* 2009 Aug;63(2):153
5. doi: 10.1097/SAP.0b013e3181893888
- 5-Anterolateral thigh flap. Wong CH, Wei FC. *Head Neck.* 2010 Apr;32(4):529-40. doi: 10.1002/hed.21204. Review

#### SB-112

### Temporomandibular eklem disfonksiyon tedavisinde konsantre growth faktör (CGF) etkinliği

Bilsev İnce, İlker Uyar, Mehmet Dadacı, Orkun Uyanık  
*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya*

Giriş: Temporomandibular eklem (TME) disfonksiyonları sıklıkla gençlerde olmak üzere her yaşta görülebilmektedir. Çene hareketleri sırasında çenede ve çevre dokularda ağrı, çene hareketlerinde kısıtlılık ve/veya klik, krepitasyon gibi sesler, baş, boyun, kulak, diş ağrıları ile kendini göstermektedir. Toplumun %20'sinde, hayatın herhangi bir döneminde TME rahatsızlıklarıyla ilgili semptomlar

görülebilmektedir. TME rahatsızlıklarının hayat boyu prevalansı %3-15 arasındadır (1).

Temporomandibular eklem disfonksiyonları eklem içi ve çevresinde, çiğneme kaslarında hassasiyet ve ağrı, alt çene hareketlerinde koordinasyon bozukluğu ve TME eklem sesleri semptomlarıyla karşımıza çıkar (2,3,4). Temporomandibular eklem disfonksiyonları kondil-disk kompleksinde düzensizlik (Disk deplasmanı, redüksiyonlu disk dislokasyonu, redüksiyonsuz disk dislokasyonu) ve eklem yüzeylerinin yapısal uyumsuzluğu şeklinde görülebilir.

Temporomandibular eklem disfonksiyonu nöromusküler disfonksiyon ve eklem disfonksiyonu olarak ikiye ayrılır. Nöromusküler disfonksiyon kas hiperaktivitesi ve koordinasyon bozukluğundan oluşur. Psikolojik gerilimler ve oklüzal bozukluklar arttırıcı faktörlerdir. Eklem disfonksiyonunda ise patolojik lezyonlar söz konusudur (3).

Literatürde TME disfonksiyon tedavisinde PRP uygulamaları ile ilgili yayınlar yer almakla birlikte, konsantre growth faktör (CGF) kullanımının etkisine dair herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışmada TME disk deplasmanı, redüksiyonlu/redüksiyonsuz disk dislokasyonu ve eklem dejenerasyonu olan hastalarda konsantre growth faktör (CGF) etkinliğinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Hastalar ve Yöntem: 2015-2016 arasında TME'de ağrı, eklemde klik sesi, ağız açıklığında azalma şikayeti olup konservatif tedaviye yanıt vermeyen hastalar çalışmaya alındı. Bağ dokusu hastalığı, tme ankilozu, bruksizmi, nörolojik rahatsızlığı ve baş-boyun bölgesinde malignitesi olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Hastalarda yaş, cinsiyet, önceki tedavi, ağrı, eklemde klik sesi, ağız açıklığı ve enjeksiyon öncesi ve sonrasında yapılan manyetik rezonans görüntüleme bulguları kayıt altına alındı. Hastalarda çene eklemde hissettikleri ağrı 0'dan 10'a kadar numaralandırılmış vizüel analog skalasına göre puanlandı. Ağız açıklığı ölçüldü. CGF (Truecell) enjeksiyonu öncesi ve sonrası 6.ayda tüm hastalara TME manyetik rezonans görüntüleme yapıldı. Tüm ölçümler CGF enjeksiyonu sonrası 6. ay ve 1. yıl sonunda tekrarlandı.

Tüm enjeksiyonlar tek hekim tarafından uygulandı. TME bölgesi uygulama öncesi antiseptik solüsyonla temizlendi. eklem boşluğu üzerine ağız açık pozisyonunda 20 gauge'luk enjektörle 1 cc CGF solüsyonu enjekte edildi. Uygulama sonrası hastalara 1 hafta boyunca yumuşak diyetle beslenmeleri önerildi.

Ağız açıklığı, VAS ve eklem sesi istatistiksel olarak değerlendirildi. P<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 10 hastanın (3 erkek, 7 kadın) ortalama yaşı 30, enjeksiyon öncesi ağız açıklığı ortalama 2.1 cm'di. Enjeksiyon sonrası 1.yılda ağız açıklığı ortalama 3 cm olarak ölçüldü. Ortalama takip süresi 14 aydı. Uygulamadan önce tüm hastalarda klik sesi mevcuttu. 1.yıl sonunda sadece 2 hastada ses mevcuttu. VAS ortalama skoru enjeksiyon öncesi 8, enjeksiyon sonrası 3 idi.

Tartışma: Disk, kondil üzerinde rotasyon yapar. Kondil-disk kompleksindeki düzensizlik, diskin kondil üzerindeki normal rotasyonal fonksiyonunu bozar. En yaygın sebep, kondil-disk kompleksine olan travmadır. Kondil-disk kompleksinin düzensizliği disk deplasmanı ile başlar sırasıyla redüksiyonlu disk dislokasyonu, redüksiyonsuz disk dislokasyonu ile devam edebilir.

Disk dislokasyonu, eklem diskinin kapsadığı boşluktan tamamen öne doğru kayması veya kondil başı tarafından öne itilmesiyle meydana gelir. Hasta çenesini maniple ederek kaydırabilirse bu durum redüksiyonlu disk dislokasyonudur. Genellikle uzun süren klik öyküsü ve son zamanlarda ağız hareketleri sırasında yakalama hissi vardır. Yakalama hissi ağırlı olabilir. Bu hastalarda ağız açıklığı kısıtlanmıştır. Hastaların çenesinde deviasyon ve diski yakalama esnasında oluşan ani bir ses (popping) duyulabilir. Diski yakalamadan sonra mandibular hareket normal açıklığa ulaşabilir (2,7).

Redüksiyonsuz disk dislokasyonu, superior retrodiskal ligaman elastikiyeti kaybolmasıyla ortaya çıkar. Disk redükte olmadığından, kondilin öne olan translasyonu sırasında disk kondilin önündedir. Hastalar ağızlarının kapalı pozisyonda kilitlendiğinden yakınır. Ağrı, ağız açmaya çalışmaktan kaynaklanır. Eklemde klik sesi alınmaz. Mandibular ağız açıklığı yalnızca rotasyonla olur ve 25-30 mm dir. Etkilenen taraftaki hareketler kısıtlı olduğundan, sağlam taraf hareketleri normal olarak devam ettiği için mandibula orta hattan etkilenmiş tarafa kayar. Kondil retrodiskal dokulara oturduğu için bilateral manuel manüplasyon sırasında eklemde yüklenmeye bağlı olarak ağrı olur. Eğer bu tablo kronik bir hal alırsa ligamentlerin kollajen lifleri gerginliğini kaybeder, bu da mandibular hareketlerde artmaya neden olur. Bu devrede artık disk perforasyonuna bağlı krepitasyon hissedilir (2,8).

TME disfonksiyonu etyolojik olarak multifaktöriyeldir. Bu hastalık, hem çiğneme kasları hem de temporomandibular eklem veya ikisiyle de ilgili olabilir. Genellikle semptomlar birbirleri ile iç içedirler, bu nedenle tanı konulması zordur (2,5,6).

Rugh ve Solberg tarafından yapılan çalışmada TME disfonksiyonu görülme oranının kadın ve erkeklerde eşit olduğu bulunmuştur (8). Başka bir çalışmada hastaların en çok 20-30 yaşları arasında oldukları ve kadın-erkek oranının 3:1 şeklinde olduğu belirtilmiştir(3). Çalışmamızda da kadın hasta sayısı daha fazla idi.

Tanıda klinik ve fizik muayene çok önemlidir. En değerli görüntüleme yöntemi, bugün altın standart olarak kabul edilen Cine MRG' dir (10-11).

Tedavide günlük yaşam aktivitelerini düzenlemek önemlidir. Medikal tedavide akut TME ağrısında analjezik ve lokal kortikosteroidler, akut ve kronik ağırlı durumlarda nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar ve kas gevşeticiler, kronik ağrı durumunda ise trisiklik antidepressanlar ağırlıklı olarak tercih edilmelidir(12-13). Fizik tedavi yöntemleri TME rahatsızlıklarının erken döneminde uygulandığında semptomları azaltmada daha faydalıdır(14-15-16).

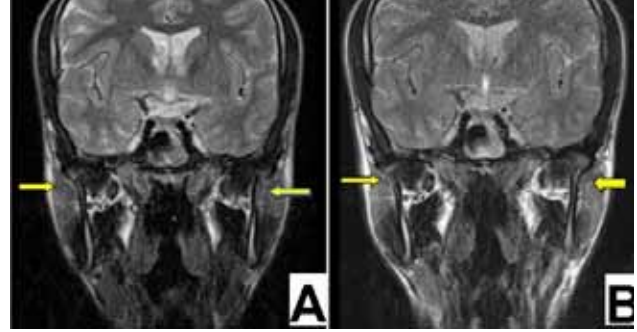
Lokal anestezi veya depo steroidler eklemde yer alan inflamasyonun tedavisinde intraartiküler olarak uygulanabilir. Ancak eklem kıkırdığında yapabileceği olası hasar nedeniyle tekrarlar-yan kortikosteroid enjeksiyonları önerilmemektedir. Enjeksiyonlar daha çok şiddetli akut alevlenme veya konservatif tedaviye cevap vermeyen vakalarda tercih edilebilir (19). TME bozuklukları semptomatik tedavisinde içerdiği büyüme faktörleri aracılığıyla PRP enjeksiyonunun da etkili olduğu bildirilmiştir.

TME rahatsızlığı olan hastaların sadece %5'ine cerrahi müdahale yapılmaktadır. Cerrahi tedavi konservatif yaklaşımlara cevap vermeyen olgularda tercih edilmektedir (21).

Bu çalışmada eklem içi tek sefer 1 cc CGF enjeksiyonunun TME disk deplasmanı, redüksiyonlu/ redüksiyonsuz disk

dislokasyonu ve eklem dejenerasyonu olan hastalarda ağız açıklığının artması, VAS skoru ve klik sesinde azalmayı sağladığı belirlendi. TME disfonksiyonu olan hastalarda CGF enjeksiyonu semptomatik iyileşme sağlayabilir.

#### Resim 1



A. CGF enjeksiyon öncesi, B. CGF enjeksiyon sonrası TME MR görüntüsü

#### SB-113

#### İndosiyanın Yeşili Floresans Video Anjiyografi ile Deneyimlerimiz

Yasemin Aydın, Melihcan Sezgiç, Zeynep Tuzlalı, Burak Kaya, Savaş Serel

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

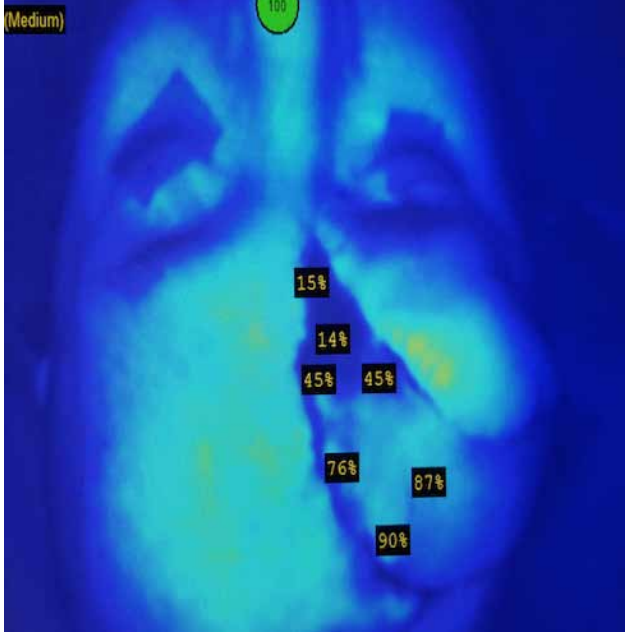
İntraoperatif floresans anjiyografi 2005 yılında FDA tarafından onaylanmış ve ilk olarak CABG ameliyatlarında koroner damarların görüntülenmesinde kullanılmaya başlanmıştır. 2007 yılında da FDA plastik ve rekonstrüktif cerrahide kullanımını onaylamıştır ve giderek yaygın kullanılmaya başlanmıştır. Bu teknolojinin göz önünde bulundurulması gereken önemli bir dezavantajı maliyetidir. Ancak post-operatif komplikasyonlar ve revizyon oranlarını azaltabileceği göz önünde bulundurulursa maliyet de uzun dönemde düşebilir.

İndosiyanın yeşili amaca uygun olarak intravenöz veya subkütan olarak verilir. Verilen floresans boya ICG kameranın yaydığı 806 nm dalga boyundaki kızılötesi LASER ile görüntülenir. Bu sayede vücut yüzeyinden 2 cm derinliğe kadar yerleşen damarlar izlenebilir.

Plastik cerrahide bu teknoloji preklinik olarak deneysel flep modellerinde perfüzyonun değerlendirilmesi için kullanılabilir. Klinik olarak; flep planlamasında perforatörün yerinin bulunmasında, aksiyel veya random fleplerde flep perfüzyonunun, mikrovasküler ve lenfatik anastomozlarda açıklığın ve venöz konjesyonunun değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Meme rekonstrüksiyonunda mastektomi fleplerinin perfüzyonu ve buna göre eş zamanlı veya gecikmiş rekonstrüksiyon ile implant veya ekspander kullanım kararı verilmesine ve işleme karar verildikten sonra ekspander veya implant ölçüsünün seçimine yardımcı olur. Lenfödem ameliyatlarında lenf dolaşımının değerlendirilmesinde subkütan ICG verilerek kullanılabilir. Diyabetik ayak olan hastaların da periferik dolaşımlarının değerlendirilmesinde ve bu sayede yapılacak cerrahi işlemin kararında da yol gösterici olarak kullanılabilir. Özellikle böbrek sorunlarının sık görüldüğü diyabetik hastalarda alt ekstremitelerde dolaşımın değerlendirilmesinde konvansiyonel ve BT anjiyografiye göre avantajlıdır.

Kliniğimizde indosiyanin yeşili floresans video anjiyografi yaklaşık 5 aydır kullanılmaktadır. Bu süreçte yapılan serbest flep ameliyatlarında, meme rekonstrüksiyonunda, lenfödem cerrahisinde ve diyabetik hastalarda periferik dolaşımın değerlendirmesinde indosiyanin yeşili floresans video anjiyografi kullanılmıştır ve bu sayede ameliyatın olası komplikasyonları erken tespit edilmiş ve aynı zamanda yapılacak ameliyat kararının verilmesinde yol gösterici olmuştur. Sonuç olarak cerrahi işlemler sırasında herhangi bir dokunun kaldırılması her zaman devaskülarizasyon ve vasküler yetmezlik riski taşır. Bunun tespit edilmesi için basit, güvenilir ve uygun bir yöntemin kullanılması önemlidir. İndosiyanin yeşili floresans video anjiyografi de bunlardan biridir. Bu teknolojinin kullanımı ile intraoperatif olarak objektif değerlendirme yapılabilmesi postoperatif komplikasyon riski azalmaktadır. Ayrıca lenfödem cerrahisinde lenfosintigrafiden üstün olarak dinamik değerlendirmeye imkan sağlaması ve yapılan lenfovasküler anastomozun patensisini değerlendirmesine yardımcı olması da büyük avantajlarındandır. Plastik cerrahide 2007 yılından beri bu teknoloji kullanılıyor olsa da, ülkemizde yaygınlaşması son yıllarda olmuştur ve deneyimler artmaktadır.

#### İntraoperatif hipoperfüzyonun tespiti



Serbest flep ameliyatında intraoperatif olarak kullanılan indosiyanin yeşili floresans anjiyografinin perfüzyonu az olan alanı gösterdiği kare

#### SB-114

### Çocuklarda El Enfeksiyonları Tecrübelerim: Hospitalizasyonun Önemi ve Doğru Bildiğimiz Yanlışlar

Bora Özel

Memorial Hastanesi Şişli

Amaç: El enfeksiyonlarının tanısında ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene çok önemlidir. Çocuk hastalarda erişkin hastalara göre fizik muayene yapılması çok daha zordur ve alınan öykü her zaman yeterli olmayabilir. Ayırıcı tanıda da bir çok durumda karşılaşılabilmektedir. Tanı konulurken ayrıca, düz grafi, manyetik rezonans görüntüleme ve ultrason gibi radyolojik incelemeler ile tam kan sayımı, C-reaktif protein ve sedimantasyon hızı gibi laboratuvar incelemelerinden yararlanılır. Gram boyama, kültür ve antibiyotik duyarlılık tespiti tanı ve tedavide mutlaka gereklidir. Genel olarak tedavide etkilenen ekstremitenin istirahat alınması, uygun antibiyotik kullanımı ve cerrahi drenaj-debridman kullanılan yöntemlerdir. En sık şekilde izole edilen etken Staphylococcus aureus olmasına karşın birçok bakteri ve mantar el enfeksiyonlarında etken olabilir. Birçok olguda birden fazla mikorganizma izole edilir. En sık görülen el enfeksiyonu paronisi (tırnağı çevreleyen yumuşak dokunun enfeksiyonu). Onun dışında felon (pulpa enfeksiyonu), piyojenik tenosinovitler, elin subfasyal ve derin fasyal boşluklarında görülen enfeksiyonlar, web aralığı enfeksiyonları, radial ve ulnar bursaların enfeksiyonu, septik artritis ve osteomyelitis elde sık görülen diğer enfeksiyonlardır. Bu çalışmada ki amaç özellikle çocuklarda yaşanan ve az gelişmiş bölgelerde çok sık karşılaşılan el abselerinin önemi dikkat çekerek; cerrahi debridman ve aralıklı yıkama stratejisini hatırlatmak ve doğru bildiğimiz yanlışların altını çizerek konunun önemini vurgulamaktır.

Bulgular: 2013 Aralık ve 2016 Eylül yılları arasında Kırıkkale yüksek ihtisas hastanesinde 23 kız 58 erkek toplam 81 çocuk hastada elde enfeksiyon nedeniyle polikliniğimize başvurdu. 8 hastada etyolojide yabancı cisim batması, 11 hastada felon, 61 hastada paronisi ve 1 hastada hayvan ısırması olarak tespit edildi. Bunlardan 3 kız 5 erkek ameliyathane de debridman, cerrahi abse drenajı ve yıkama amacıyla tedavi edilmek için hospitalize edildi. Cerrahi yapılan hastalarda el kompartmanlarında abse olan hastalar olup hepsinde etken stafilokokus aureus olarak saptanmıştır. Tüm hastalar etken açısından değerlendirildiğinde 47 hastada stafilokokus aureus (S.aureus) 9 hastada stafilokokus epidermidis 1 hastada pasteurella multocida ve 1 hastada psödomonas etkeni tespit edildi. 14 olgu herpes simplex bağlı olduğu düşünülen viral paronisi olduğu düşünülüp antiviral tedavi başlanmıştır ve kalan olgularda da mikobakteriyel enfeksiyonlardan kaynaklandığı düşünüldüğü için üreme olmayıp geniş mspekturumlu antibiyotik tedavisi başlanmıştır.

Sonuçlar: Çocuklarda el enfeksiyonlarında erken tanı ve tedavi çok önemlidir. Gereken olgularda ameliyathane şartlarında, çocukların daha az travmatize olması amacıyla sedasyon veya genel anestezi altında, debridman önerilmektedir. Yabancı cisimden şüpheleniliyorsa direkt grafi, ultrasound, Magnetik rezonans görüntüleme veya bilgisayarlı tomografiden ihtiyaca göre yararlanılmalıdır. Cerrahi kesileri yaparken girişim yerleri bilinmeli; elde bulunan boşluklar etkilenmişse mutlaka katater yerleştirilmeli ve aralıklı yatak başı yıkama yapılmalıdır. Etken tespiti için kültür alınmalı ve uygun antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Gereken hastalarda el-kol elevasyonu ve atelleme ihmal edilmemelidir.



Ameliyathane şartlarında yıkama kateteri yerleştirilmiş 2 fleksör tendon tenosinoviti

### SB-115

#### **Göç İdaresi'ne Yabancı Kimlik Numarası ile Kayıtlı Göçmenlerde Plastik Cerrahi Açısından Operasyon Endikasyonu Bulunan Yaralanmaların ve Deformitelerin Analizi**

Fatih Irmak, Işıl Akgün Demir, Mert Sızmaç, Selami Serhat Şirvan, Kamuran Zeynep Sevim, Semra Karşıdağ  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi; Şişli Hamidiye Etfal Uygulama ve Araştırma Merkezi; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: 2014 yılı itibariyle göçmenlerin Göç İdaresi'ne resmi olarak kaydedilip, kimlik numarası verilmesiyle bu kişilerin tıbbi kayıtlarının tutulması da oldukça kolaylaşmıştır. Yine de bu uygulamaya rağmen kayıt dışı çok sayıda göçmen bulunmaktadır. Göçmenler yaşadıkları maddi ve manevi zorluklar nedeniyle kalifiye olmadıkları işlerde çalışmak zorunda kalmakta ve bu da ciddi iş kazalarını kaçınılmaz kılmaktadır. Ayrıca sosyal toplum içerisinde belli bir çevreye ait olmamaları nedeniyle yaşadıkları geçimsizlikler sonucu şiddete maruz kalabilmektedirler. Bu çalışmada göçmen hasta grubunun operasyon endikasyonları, tedavileri ile beraber analiz edilmiştir.

Materyal & Metod: Çalışmaya Nisan 2014 ve Haziran 2017 tarihleri arasında TC kimlik numarası 98 ve 99 ile başlayan ve ameliyathanede şartlarında müdahale gerektirecek patolojisi bulunan 126 hasta dahil edilmiştir. Hastalar yaş, cinsiyet, etyoloji ve tedavi metodları açısından irdelenmiştir. TC kimlik numarası bulunmayan ve müdahalesi acil servis şartlarında tamamlanan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: Başvuran 126 hastanın 27'si kadın, 99'u erkek hastanın yaşları 0,3 ile 74 arasında (ortalama: 22,9) değişmekteydi. 91 hasta el yaralanması, 10 hasta kitle, 9 hasta konjenital deformite, 8 hasta doku defekti, 4 hasta yanık ve yanık kontraktürü, 3 hasta maksillofasyal travma ve 1 hasta nazal deformite nedeniyle opere edildi. 10 kitle eksizyonu yapılan hastadan 2'sinin bazal hücreli karsinom, 1 hastanın malign melanom (MM) tanısı mevcuttu. MM tanısı olan hastaya ayrıca sentinel lenf biyopsisi uygulandı. 9 konjenital deformitenin dağılımı 3 yarık dudak, 3 yarık damak, 3 polidaktili, 2 damak fistülü ve 1 alveoler kleft şeklinde idi. 8 doku defekti hastasının 2'sine serbest flep ile rekonstrüksiyon yapılırken, kalan hastalara deri grefti uygulandı. Yanık kontraktürü olan 2 hastaya z plastisi yöntemi ile kontraktür açılması uygulanırken, akut yanık nedeniyle kliniğimize gelen 2 yanık hastasına debridman ve kısmi kalınlıkta deri grefti (KKDG) ile onarım uygulandı.

Maksillofasyal travmaların 2'si mandibula fraktürü, 1'i zigoma tripod fraktürü idi. Tüm vakalara plak vida ile onarım uygulandı. Nazal deformite şikayeti ile tarafımıza başvuran 1 hastaya ise septorinoplasti uygulandı. El yaralanmalarında 21 vakanın iş kazası olarak kaydedilmiş olduğu görüldü; ancak gerçek sayının daha fazla olduğunu düşünmekteyiz. İş kazası olarak belirtilenlerin el yaralanmalarını dışında 25 vaka cam kesisi, 25 vaka delici kesici alet yaralanması ve 20 vaka ezilme tarzı yaralanma olarak kayıtlara geçti. Toplamda 32 adet parmak amputasyonu ve 1 adet el bileği seviyesinde amputasyon tarafımızca tedavi edildi. 21 parmak ve el bileği replante edildi. 9 parmakta replantasyon işlemi başarılı oldu. Crush-degloving tarzında yaralanması olan el bileği ve 12 adet parmak replantasyonuna başarısız olması nedeniyle güdük onarımı yapıldı. 11 adet amputat incelenip replantasyona uygun görülmedi ve bunun sonucunda 6 amputat kompozit olarak yerine kondu, 5 hastada direk olarak güdük onarımı yapıldı. 6 adet kompozit greften 2 tanesi başarılı oldu. Revaskülarizasyon yapılan 15 hastanın takiplerinde herhangi bir sorun ile karşılaşılmadı. 37 hastada fleksör tendon onarımı, 29 hastada dijital sinir ve arter onarımı, 14 hastada kemik fiksasyonu, 12 hastada ekstansör tendon onarımı, 8 hastada median sinir, 5 hastada ulnar sinir, 4 hastada ulnar arter ve 4 hastada radyal arter, 1 hastaya posterior interosseöz sinir (PIN) onarımı yapıldı. 1 hastaya PIN hasarı nedeniyle tendon transferi uygulandı. 2 hastaya Dupuytren kontraktürü nedeniyle parsiyel palmar fasyektomi yapıldı. 1 hastaya tetik parmak cerrahi tedavisi uygulandı. Median sinir onarımı yapılmış 1 hastaya şikayetleri üzerine median sinir nörolizi yapıldı. Aynı hastaya 1. webde kontraktür şikayeti olması üzerine kontraktür açılması uygulandı. Fleksör tendonu onarımı yapılan 2 hastanın takiplerinde rüptür saptanması üzerine 1 hastaya yeniden onarım yapılırken, diğer hastaya Hunter seansları uygulandı. El yaralanmasına doku defekti eşlik eden bir hastaya ise posterior interosseöz arter perforatör flebi ile rekonstrüksiyon uygulandı.

Sonuç: Ülkemiz son 3 yılda ciddi oranda göç almıştır. Göçmenlerin olumsuz koşullarda yaşaması ve çalışması bir çok sağlık sorunu beraberinde getirmekle beraber yaralanmaların da ciddiyetinin belirgin ölçüde artmasına da neden olmuştur. Yaptığımız analiz, işyeri denetimlerinin daha iyi bir şekilde yapılmasını ve göçmenlerin topluma adaptasyonu açısından daha fazla proje geliştirilmesinin gerekliliğini göstermektedir.

### SB-116

#### **Kısmi Kalınlıkta Deri Grefti Verici Alan İyileşmesinde Topikal Tedavi Amaçlı, Sesamol, Kafeik Asit Fenetil Esteri Ve İzotonikli Pansuman Materyallerinin Etkinliğinin Karşılaştırılması: Deneysel Çalışma**

Yasemin İmamoğlu, Naci Karaçal, Gökhan Efe Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

Amaç: Bu çalışmada kısmi kalınlıkta deri grefti verici alanlarında susam yağının antioksidan ve antiinflamatuvar etkilerinden sorumlu sesamol ve propolisin asıl antioksidan etkinliğe sahip bileşeni kafeik asit fenetil esterinin yara iyileşmesi üzerine etkinliklerinin araştırılması amaçlanmıştır.

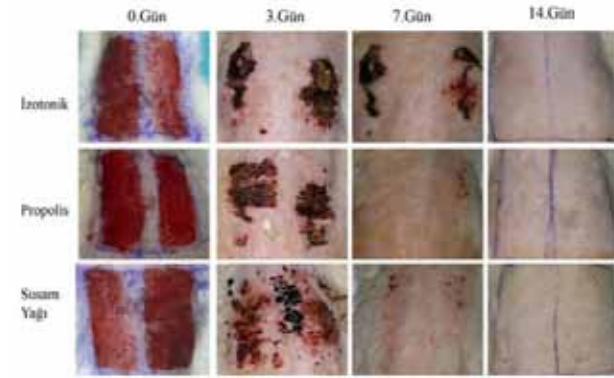
Gereç-Yöntem: Bu çalışma, tüm gruplar 8 adet denek içerecek şekilde 24 adet Sprague Dawley rat ile yapıldı. Her üç gruptaki ratların sırt cildinde kısmi kalınlıkta deri

grefti alınarak yara alanı oluşturuldu. Birinci grup kontrol grubu olarak belirlendi ve bu gruba yara iyileşmesi izlemi için günlük izotonik uygulandı. Diğer gruplar çalışma grubu olarak belirlendi. Çalışma gruplarına topikal olarak Kafeik asit fenetil ester (CAPE) ve sesamol uygulandı. Oluşturulan yara alanlarının 3., 7. ve 14. günlerde yüzey ölçümleri yapıldı ve yara kontraksiyon yüzdeleri hesaplandı. Yaraların tam epitelize olduğu gün denekler sakrifiye edildi. Deneklerin iyileşen yara alanları eksize edildi ve histopatolojik olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Kontrol grubu ile CAPE grubunun kıyaslandığı istatistik analizlerde CAPE ile takip edilen yaralarda kontrol grubuna göre iyileşme sürelerinde kısalma, ayrıca 14.gün yara kontraksiyon yüzdelерinde artış gözlemlendi. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı idi. Sesamol grubunda ise numerik verilerde kontrol grubuna göre farklılık gözlenirse de bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildi.

**Sonuç:** Literatürdeki diğer çalışmalarda yara iyileşmesi üzerinde olumlu etkisi gösterilmiş olan CAPE kullanımının, kısmi kalınlıkta greft verici alanlarının iyileşmesi üzerinde bu etkisinin devam ettiği gösterilmiştir. Elde etmiş olduğumuz verilere göre daha fazla denek sayısı ile yapılacak çalışmalar ile sesamolün yara iyileşmesi üzerine etkisinin anlamlı şekilde gösterilebileceği düşünülmektedir.

### Makroskopik Değerlendirme



*Deneyisel olarak kısmi kalınlıkta deri grefti verici alan oluşturulan ratlarda makroskopik değerlendirmede yara epitelizasyonunun gruplar arası karşılaştırmalı değerlendirilmesi*

### SB-117

#### Streptozotosin İle Diyabet Oluşturulan Sıçanlarda Nar Çekirdeği Yağının Yara İyileşmesi Üzerine Etkileri

Ahmet Aydın<sup>1</sup>, Teoman Eskitaşcioğlu<sup>1</sup>,

Hülya Akgün<sup>2</sup>, Aysun Çetin<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kayseri

<sup>3</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Kayseri

**Giriş-Amaç:** Diyabet, yara iyileşmesini olumsuz yönde etkileyen önemli sistemik hastalıklardan biridir. Normal yara iyileşmesinin farklı fazlarında duraksama gözlenerek, olması gereken senkronizasyon bozulur. Bu sebeple klinikte diyabetik hastaların yara iyileşme problemleri sıklıkla karşımıza çıkar. Nar çekirdeği yağı, omega-5 yağ asidi ve konjuge linolenik

asit olan pünisik asitten zengindir. Pünisik asidin oksidatif stresi ve uzamış enflamasyonu inhibe ettiği, keratinosit proliferasyonunu uyardığı in vivo ve in vitro çalışmalarda gösterilmiştir. Ancak, yara iyileşmesi üzerine etkisi henüz çalışılmamıştır. Ayrıca nar çekirdeği yağının lokal olarak uygulandığında enflamasyon ve oksidatif stres üzerine olan etkileri de bilinmemektedir.

**Gereç ve Yöntemler:** Kırk adet Sprague-Dawley türü erkek sıçan, her grupta on hayvan olacak şekilde kontrol grubu (KG), diyabetik kontrol grubu (DKG), oral tedavi grubu (OTG) ve lokal tedavi grubu (LTG) olarak dörde ayrıldı. Kontrol grubu hariç sıçanlara tek doz (55 mg/kg) intraperitoneal Streptozotosin (STZ) enjeksiyonu yapıldı ve kan glukoz değerleri 200 mg/dl'nin üzerinde olan hayvanlar diyabetik kabul edildi. STZ enjeksiyonundan 1 hafta sonra sıçan sırt derisine eksizyonel ve insizyonel yara modeli oluşturuldu (Şekil 1). Nar çekirdeği yağı, OTG'na 0,8 ml/kg dozda orogastrik gavaj ile LTG'nun insizyonel ve eksizyonel yaralarına ince bir tabaka halinde, yara modeli oluşturulmasından sakrifiye edilecekleri 21. güne kadar günlük olarak uygulandı. KG'na ve DKG'na cerrahi işlemden sonra biyopsilerin alımı dışında başka herhangi bir işlem yapılmadı. Sıçanların haftalık kan glukoz değerleri ölçümü yapıldı. İnsizyonel yaralardan postoperatif 1, 3 ve 7. günlerde histopatolojik inceleme için, 3, 7 ve 21. günlerde biyokimyasal inceleme için ve 21. günde kopma kuvveti ölçümü için biyopsiler alındı. Eksizyonel yaralardan sıçanların sakrifiye edildikleri 21. günde histopatolojik inceleme amacıyla biyopsiler alındı. Yara modelinin oluşturulduğu 0. gün ve sakrifikasyonun gerçekleştirildiği 21. günlerde sıçanların eksizyonel yaralarının fotoğrafları çekildi.

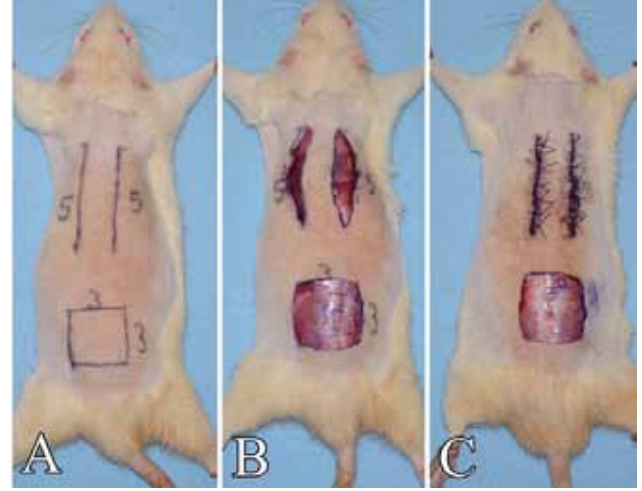
**Bulgular:** OTG'nun kan glukoz seviyelerinin LTG ve DKG'na göre sırasıyla 14 ve 21. günlerde anlamlı olarak azaldığı ( $p<0.05$ ), ancak 200 mg/dl'nin altına düşmeyerek diyabetik kaldıkları gözlemlendi. LTG eksizyonel yara alanı küçülme yüzdelерinin DKG'na göre anlamlı olarak arttığı gözlemlendi ( $p<0.05$ ). LTG kopma kuvvetinin DKG ve OTG'na göre anlamlı bir biçimde arttığı ve KG kopma kuvvetine yaklaştığı gözlemlenmiştir. Yedinci günde alınan örneklerde LTG fibroblast ve epitelizeasyon yoğunluklarının KG'na ve DKG'na göre anlamlı olarak arttığı gözlemlendi ( $p<0.05$ ). Ayrıca 7. günde LTG kolajen yoğunluğunun KG'na göre anlamlı olarak arttığı ( $p<0.05$ ), diğer gruplara göre ise anlamlı olmasa da artmış olduğu gözlemlendi ( $p>0.05$ ). Yirmi birinci gün insizyonel yara hidrokspirolin değerleri karşılaştırıldığında DKG değerlerinin diğer gruplara göre anlamlı olarak azaldığı gözlemlendi ( $p<0.05$ ). Üçüncü günde alınan örneklerde LTG, MDA konsantrasyonunun diğer gruplara oranla anlamlı olmasa da azalmış olduğu gözlemlendi ( $p>0.05$ ). Üçüncü ve 7. günlerde LTG IL-1 konsantrasyonları diğer gruplarla karşılaştırıldığında en yüksek seviyede idi ve bu değer KG ve DKG'na göre anlamlı olarak artmıştı ( $p<0.05$ ). Yedinci günde KG, OTG ve LTG IL-6 seviyeleri 3. gün ölçümlerine göre azalma eğiliminde olduğu halde DKG'da 3. gün ölçümlerine göre anlamlı bir artış gözlemlendi ( $p<0.05$ ). Çalışmanın 3. günde gruplar arasında COX-2 düzeyi en yüksek olan grup LTG'ydü ve DKG'na göre anlamlı olarak artmıştı ( $p<0.05$ ). Yapılan korelasyon analizleri sonucu IL-1 ve COX-2 seviyeleri ile epitelizeasyon, fibroblast ve kolajen yoğunluğu bulguları arasında pozitif yönde bir korelasyon çalışmamızda gösterilmiştir. Ayrıca COX-2 seviyesi ile anjiyogenez arasında da pozitif yönde bir korelasyon saptanmıştır.

**Tartışma:** Çalışmamızda, antienflamatuvar, antioksidan ve proliferatif özellikleri bilinen nar çekirdeği yağının, yara iyileşme sürecinde aksamaların gözlemlendiği diyabetik hasta grubunda yara iyileşmesi üzerine olan etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca nar çekirdeği yağının lokal ve oral uygulamaları arasında

deneyssel olarak bir fark olup olmadığı da araştırılmıştır. Diyabetin ve olası kronik komplikasyonlarının önlenmesi ve tedavi edilmesi tıbbi araştırmaların öncelikli konuları arasında yer almaktadır. Bitkisel ürünler doğal, güvenilir ve hazırlanmalarının kolay olması sebebi ile bu araştırmalarda sıklıkla kullanılmıştır. Bu çalışmaların geliştirilmesinde geleneksel tıbbın da önemi büyüktür. Araştırmalara konu olan bu doğal ürünlerden bir tanesi de nar meyvesi ve bu meyvenin farklı kısımlarından elde edilen preparatlardır. Nar çekirdeği yağının antienflamatuvar ve antioksidan etkileri literatürde birçok deneyssel ve klinik çalışma ile tariflenmiştir. Ancak, yara iyileşmesi ile ilgili in vivo herhangi bir çalışma mevcut değildir. Çalışmamızda karaciğer, çizgili kas veya yağ doku PPAR seviyeleri çalışılmamış olmasına rağmen, literatürde mevcut olan diğer deneyssel çalışmalar göze alındığında oral nar çekirdeği yağı içeriğindeki pünisik asidin bir oral antidiyabetik ajan olan tiyazolidindion (TZD) gibi davranarak PPAR- $\gamma$  agonistik etkisi ile insülin direncini ve dolayısıyla kan glukoz seviyelerini düşürdüğü tahmin edilmektedir. İnsizyonel yara iyileşmesini deneyssel olarak en iyi gösteren yöntem, yara kopma kuvvetinin değerlendirilmesidir. Diyabet durumunda kolajen lifler enzimatik olmayan reaksiyon ile ileri glikasyon son ürünleri (AGEs) tarafından çapraz bağlanır ve bir çok fiziksel ve kimyasal değişikliğe uğrayarak esnekliğini kaybetmiş, sert, kolay parçalanabilen bir yapıya dönüşürler ve konsantrasyonları azalır. Çalışmamızda lokal nar çekirdeği yağının kolajen konsantrasyonunu artırarak yara kopma kuvvetinde artış meydana getirdiği düşünülmektedir. Bu çalışmada nar çekirdeği yağının kolajen maddesini arttırdığı da düşünülebilir. Ancak, literatürde bu düşünceyi açıklığa kavuşturacak herhangi bir çalışma mevcut değildir. Çalışmamızın 7. gününde lokal nar çekirdeği yağının insizyonel yarada MDA düzeylerini düşürdüğü ancak bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlenmiştir. Literatürde nar çekirdeği yağının lokal uygulaması ile ilgili yeterli bilgi bulunmadığından tekrarlayan dozlarda veya farklı konsantrasyonlarda yapılacak olan uygulamaların antioksidan etkisi ile ilgili elde edilen sonuçları değiştirebileceğini düşünmekteyiz. Yapılan in vivo ve in vitro çalışmalarda diyabetik yara iyileşmesinin erken dönemlerinde IL-1 ve diğer proenflamatuvar sitokinlerin düşük seviyede izlendiği belirtilmiştir. Bunun sebebi de diyabet durumunda enflamasyon fazının geç başlamasıdır. Çalışmamızda da bu sonuçlara benzer bir şekilde erken dönemde enflamasyon belirteçleri DKG'da düşük değerlerde saptanmıştır. Literatürdeki bu bilgilerin ışığında çalışmamızda nar çekirdeği yağının özellikle lokal uygulanması sonucu histopatolojik olarak gözlenen düzelmenin yara iyileşmesinin erken dönemlerinde artmış IL-1 ve COX-2 seviyeleri sonucu geliştiğini düşünmekteyiz. Yapılan korelasyon testleri ile de bu düşüncemiz desteklenmiştir.

**Sonuç:** Çalışmamızda lokal nar çekirdeği yağı tedavisi ile diyabetik yara iyileşmesinde gözlenen gecikmiş enflamatuvar yanıt düzeltilmiştir. Enflamasyonu düzenleyici etkisi sonucunda yara iyileşmesinin proliferasyon fazı da olumlu yönde etkilenmiştir. Nar çekirdeği yağı oral olarak uygulandığında pünisik asidin metabolizmasının nasıl etkileneceği hakkında literatürde yeterli bilgi yoktur. Bu konu hakkında yapılacak olan ileri çalışmalar, çalışmamızda oral uygulanan tedavinin neden etkisiz kaldığını gösterecektir. Kronik, iyileşmeyen diyabetik yaralarda nar çekirdeği yağı veya pünisik asidin geç dönem enflamasyon belirteçleri üzerine etkileri, yapılacak ileri klinik çalışmalarla belirlenebilir.

### Şekil 1



Deney modelinin oluşturulması. A. Sıçan dorsal derisine oluşturulacak insizyonel ve eksizyonel yara modelinin çizilmesi. B. İşaretli bölgelerden insizyon ve insizyonların yapılması. C. İnsizyonların sütüre edilmesi.

### SB-118

#### Tedaviye Dirençli Diyabetik Ayak Ülserlerinde Epidermal Büyüme Faktörü Uygulanmasında Klinik Tecrübemiz

Mehmet Uzuner, Sina Kaderi, Mert Seçer, Abdullah Çalık, Houtan Zolfagharpour, Ayşe Aydan Köse

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir

**Amaç:** Diabetes mellitus dünya genelinin yaklaşık %5-6.5'ini etkileyen kronik bir hastalıktır. Bu oran ülkemizde %10-12'lere çıkmaktadır. Diyabet hastalarının bazılarında büyük oranda alt ekstremité amputasyonu ile sonuçlanan ayak ülserleri gelişmektedir. Bu durum yüksek morbidite oranı ve sosyoekonomik yük olarak karşımıza çıkar. Günümüzde bu zorkomplikasyonun daha etkili tedavi stratejileri araştırılmaya devam etmektedir. Literatürde büyüme faktörlerinin yara iyileşmesini tetikleyerek alt ekstremité amputasyonlarını azalttığını destekleyen çalışmalar mevcuttur. Biz de çalışmamızda bize başvuran, tedaviye dirençli diyabetik ayak ülserlerinde epidermal büyüme faktörü (EGF) kullandığımız hastaları geriye dönük incelemeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmamızda Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD'nda Ocak 2015-Aralık 2016 yılları arasında tedaviye dirençli diyabetik ayak ülserleri olan ve intralezyonel 75  $\mu$ g EGF yapılan hastalar geriye dönük incelenmiştir. Herhangi bir nedenle tedaviyi tamamlayamayan ve tedaviye uyumsuz hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaşı, cinsiyeti, yaranın ne zamandır var olduğu, yaranın yeri ve boyutu, kültü sonuçları, kan şekeri regülasyon durumu, kaç doz ilaç yapıldığı, ek non-cerrahi ve cerrahi prosedür varlığı ve takiplerde yaranın durumu detaylı incelenmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 15 hastanın 11'i erkek 4'u kadındı. Hastaların ortalama yaşları 73.2 olarak hesaplandı. Hastaların ortalama tanılı diyabet hastalığı zamanı 1 yıldır. Ortalama HbA1C: 9.3, hastaların çoğu oral

antidiyabetik tedavi almakta idi. Hastaların hemen çoğu periferik arter hastalığı nedeni ile tedavi görmekte idi. Hastalarda en sık rastlanan ek hastalık hipertansiyondu. mevcut yara zamani ortalama 10 ay; en sık yara yeri ayak plantari idi. Çoğu hastada kültürde ureme saptanmazken uygun hastalara EGF öncesinde hiberberik oksijen tedavisi ve negatif basınçlı yara kapama tedavisi uygulanmıştır. Hastalara ortalama 6 doz EGF uygulanmıştır. Hastaların 5 inde EgF sonrasında deri grefti ile kapama yapılırken; 10 hastada sekonder iyileşme gözlemlendi. 9 aylık takiplerde yara yerinde acilma gözlenmedi.

Sonuç: Diyabetik hastaların birçoğunda diyabetik ayak ülseri gelişebilmekte ve bu vakaların bir kısmı amputasyonla sonuçlanmaktadır. EGF'nin tedaviye drenajlı diyabetik ayak ülserleri olan uygun hastalarda kullanımı ile organ kaybının önlenmesi, düşük koplikasyon oranı, uzun vadede daha az morbidite oranı ve hastanede daha kısa yatış süresiyle sosyoekonomik kazanç sağlanabilir.

Resim 1



Sol ayak güdük hattında diyabetik ayak ülserleri

### SB-119

#### Bütan Gazının İnhalasyon Yoluyla Kötüye Kullanımına Bağlı Nadir Görülen Yanıklar

Ergin Seven<sup>1</sup>, Uğur Horoz<sup>1</sup>, Elif Sarı<sup>2</sup>,  
Hülda Rıfat Özakpınar<sup>1</sup>, Mert Muhittin Sandıkçı<sup>1</sup>,  
Emre İnöz<sup>1</sup>, Ali Teoman Tellioğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif  
ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale

<sup>3</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: İnhalasyon yoluyla bütan gazı kötüye kullanımı ergen ve genç erişkinlerde giderek artan halk sağlığı problemi haline almaktadır. Çakmak gazı olarak kullanılan bütan gazının suistimali sırasında oluşan patlama yanıkları literatürde az sayıda bildirilmiştir. Yazımız butan gazı inhalasyonuna bağlı yanıklarla ilgili literatürdeki 3. yayındır.

Gereç ve Yöntemler: Son iki yılda, kokusuz ve renksiz bir gaz olan bütan gazının alev alması sonucu oluşan parlamalarla yaralanmış 22 hastayı içeren geriye dönük bir çalışma gerçekleştirildi. Hastaların sosyo-demografik özellikleri, mevcut psikiyatrik hastalıkları, alkol bağımlılığı, yanığın derinliği, eşlik eden yaralanmalar, hastanede kalış süreleri ve yanık yüzdesi kayıt edildi.

Bulgular: Hastaların tamamı erkek ve yaş ortalamaları 19.1 yıl idi. Bütün hastalar bekar ve alkol kullanıcısı idiler. Hastaların ortalama yanık yüzdeleri % 8.5 idi. Yanık dereceleri yüzeysel 2. derece idi. Hastaların hastanede

kalış süreleri 0-11 gün arasında değişmekteydi. Hastaların tamamı yanık pansumanı ile tedavi edildi. Cerrahi gerektiren olgu olmadı. Ayrıca bütan gazının sekonder etkileri de göz önünde bulundurularak detaylı nörolojik ve kardiyak muayeneler ve tetkikler yapıldı.

Sonuç: İnhalanlara bağlı yanıklar gerçekten az raporlanmakta ve ciddi bir sağlık sorunu yaratmaktadır. Bu travmalar klasik yanıklara göre daha titizlikle tedavi edilmeli ve inhalanın farmakolojik özellikleri de dikkate alınmalıdır. Dahası, sorunun kökten çözümü için bu tür inhalan ajanlara bireylerin ulaşımı engellenmelidir.

Resim



Hastanın başvuru anındaki fotoğrafı

## SB-120

### Erişkinde Pektus Ekskavatus Deformitesinin Bar Kullanımı Olmadan Hemirektus Kas Flebi İle Rekonstrüksiyonu

Özlem Çolak, Ayça Ergan Şahin,  
Özay Özkaya Mutlu  
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Pektus ekskavatum (PE) en sık görülen doğumsal göğüs duvarı deformitesidir ve halk arasındaki adıyla 'kunduracı göğsü' olarak bilinir. Sternumun kostal kırıklarla birlikte posterior depresyonu ile karakterize olan bu deformitede manubrium ve ilk iki kosta genellikle normal pozisyonundadır. Yaklaşık olarak 1:400 canlı doğumda bir olarak görülür. Çocuğun yaşı ilerledikçe ve adolesan döneme yaklaştıkça iskelet sisteminin büyümesinin pik yapmasıyla göğüs ön duvarındaki depresyon çok daha fazla belirginleşir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle çoğunluğu beraber kosta ve sternumun büyümesindeki eşitsizlikten kaynaklanmaktadır. Bu çalışmada da primer olarak çocukluk çağına yönelik uygulanan cerrahi onarımlardan farklı olarak, polikliniğimize meme augmentasyonu için başvurmuş olan PE deformitesine sahip olan erişkin hastaya estetik görünümü düzeltmek amacıyla bar kullanmadan göğüs ön duvarı deformitesinin onarımını amaçlandı.

Vaka: Kırkbeş yaşındaki kadın hasta polikliniğimize meme augmentasyonu için başvurdu. Poliklinik muayenesinde hastanın PE deformitesine sahip olduğu izlenmiş olup, hastanın estetik olarak meme augmentasyonundan iyi sonuç alabilmesi için öncelikli olarak PE deformitesinin düzeltilmesi gerektiğine karar verilmiştir. Hastaya göğüs ön duvarındaki deplese alanın doldurulmasına yönelik subkutan, superior pediküllü, sağhemirektus kas flebi ile onarım yapılması planlandı. Operasyona preop yapılan çizimlere uygun olacak şekilde, insizyon umblikusun sağ tarafında kalacak şekilde vertikal insizyonla başlandı. Cilt ve cilt altı dokular geçilerek rektus kasının sağ tarafı eleve edildi. Deri adası dezepidermize edildi. Pektus ekskavatus deformitesi bulunan hastada göğüsteki deplese alanı doldurmak üzere rektus kasının geçebileceği subkutan tünel ksifoidden itibaren deplese alana kadar oluşturuldu. Dezepidermize hemirektus kas flebi, 180 derece rotasyon yaptırılarak subkutan tünelin içine doğru adapte edildi. Flebin distalindeki 4 cmlik alan kalınlığı arttırmak üzere, kendi üzerine katlanarak görüldü. Subkutan yerleştirilen kas flebini, perop, göğüsteki boşluğu doldurduğu izlendi. Flep pelat dikişlerle alana sabitlendi. Donör alan vertical skar bırakacak şekilde primer suture edildi. Hasta postoperatif 3 gün immobilize edildi. Herhangi bir komplikasyon görülmedi.

Sonuç: Fonksiyonel problemi olmayan, sadece estetik kaygıları sebebiyle opere olmak isteyen pektus ekskavatum deformitesine sahip erişkin hastaya, kosta ve sternuma invaziv girişim yapmadan, sadece subkutan rektus kas flebini kullanarak göğüs önduvarındaki deprese alanı doldurmak için göz önünde bulundurulması gereken oldukça iyi bir seçenektir.

## Peroperatif Görünüm



Peroperatif subkutan pediküllü rektus flebinin adaptasyonun önce ve sonra görünüm

## SB-121

### Türkiye’de Yaşayan İnsanlarda Estetik Meme Algısının Değerlendirilmesi

Tuğba Feryal Yıldız, Başak Dağhan, Anıl Demiröz,  
Arif Türkmen  
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Plastik  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Meme cinsiyeti tanımlayan organlardan biri olup evrimsel olarak doğurganlığı simgelemektedir. Cinsel çekiciliğe katkıda bulunan önemli bir fiziksel unsurdur. Çekicilik algısı, sağlıklı ve doğurgan görünüme sahip olmanın yanında coğrafi kültürel etkiler ve modanın kombinasyonu ile şekillenir. Bu çalışma ile toplumumuzca estetik kabul edilen meme görüntüsünü ortaya çıkarıp, estetik-rekonstrüktif meme cerrahisi yapan kişilere fikir vermesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Çalışmamız, anket çalışması şeklinde, Kasım 2016-Mayıs 2017 tarihleri arasında, çeşitli yaş ve meslek gruplarından rastgele seçilen 1000 (430 erkek, 570 kadın) kişi üzerinde yapılmıştır. Çalışmamıza başlamadan önce 18-30 yaş arasında, doğum yapmamış, meme cerrahisi geçirmemiş, hızlı kilo alıp-verme öyküsü olmayan, A B C D cup meme ölçülerine sahip dört farklı kadından gönüllü onam formu alınarak, karşıdan ve oblik fotoğrafları çekilmiştir. Bu fotoğraflar ile bir anket formu hazırlanmıştır. Anket soruları iki bölüm olarak tasarlanmıştır. Birinci bölümde katılımcının demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, meslek, çocukluğunu geçirdiği ülke, eğitim durumu, medeni durumu, cinsel eğilimi) yer alırken, ikinci bölümde bu farklı memelerin fotoğraflarına bakarak, katılımcıdan simetri, şekil ve boyut olarak memeleri değerlendirmesi, çekicilik düzeyini 1 den 10 a kadar belirtmesi (1 en düşük, 10 en yüksek) ve memenin görüntüsünün yorumlanması istenmiştir. Sonuçlar Tukey analizi ile değerlendirilerek, istatistiksel anlamlılık ki kare testi ile karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya 430 kadın (%43) 570 erkek (%57) olmak üzere 1000 kişi dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması 29.73 (16-79) olarak saptandı. Katılımcıların medeni durumu 697 kişi (%69.7) bekar 303 kişi (%30.3) evli şeklinde idi. Katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı 473 kişi lisans(%47,3), 330 kişi yüksek lisans(%33,0), 93 kişi lise(%9,3), 44 kişi doktora(%4,4), 33 kişi ön Lisans(%3,3),14 kişi ortaokul(%1,4), 13 kişi ilkokul(%1,3) şeklinde idi. Çalışmamıza katılan kişilerin meslek grubuna göre dağılımı 281 kişi doktor (%28,1), 186 kişi öğrenci(%18,6), 36 kişi ev hanımı(%3,6), 91 kişi mühendis(%9,1), 67 kişi hemşire(%6,7), 57 kişi öğretmen(%5,7), 282 kişi diğer meslek gruplarından(%28,2) şeklinde idi. 1 ile 10 puan arasında yapılan memelerin çekicilik değerlendirilmesinde A cup meme 3.24 puan, B cup meme 7.22 puan, C cup meme 4.05 puan, D cup meme 3.23 puan aldı. Fotoğraflardaki memelerin simetrilerinin beğenilip beğenilmeme oranlarına bakıldığında, A cup meme için 454 kişinin (%45.4) beğendim 546 kişinin (%54.6) beğenmedim, B cup meme için 686 kişinin (%68,5) beğendim 315 kişinin (%31,5) beğenmedim, C cup meme için 510 kişinin (%51.0) beğendim 490 kişinin (%49.0) beğenmedim, D cup meme için 391 kişinin (%39.1) beğendim 609 kişinin (%60.9) beğenmedim şeklinde cevap verdiği görüldü. Fotoğraflardaki memelerin boyutlarının beğenilip beğenilmeme oranlarına bakıldığında, A cup meme için 133 kişinin (%13.3) beğendim 867 kişinin (%86.7) beğenmedim, B cup meme için 869 kişinin (%86.9) beğendim 131 kişinin (%13.1) beğenmedim, C cup meme için 664 kişinin (%66.4) beğendim 336 kişinin (%33.6) beğenmedim, D cup meme için 223 kişinin (%22.3) beğendim 777 kişinin (%77.7) beğenmedim olarak cevap verdiği görüldü. Fotoğraflardaki memelerin şekillerinin beğenilip beğenilmeme oranlarına bakıldığında, A cup meme için 249 kişinin (%24.9) beğendim 751 kişinin (%75.1) beğenmedim, B cup meme için 872 kişinin (%87.2) beğendim 128 kişinin (%12.8) beğenmedim, C cup meme için 264 kişinin (%26.4) beğendim 736 kişinin (%73.6) beğenmedim, D cup meme için 185 kişinin (%18.5) beğendim 815 kişinin (%81.5) beğenmedim olarak cevap verdiği görüldü.

Cinsiyete göre çekicilik durumu incelendiğinde A cup meme için erkeklerin 3.72 kadınların 2.87 puan, B cup meme için erkeklerin 7.44 kadınların 7.05 puan, C cup meme için erkeklerin 3.97 kadınların 4.10 puan, D cup meme için erkeklerin 3.98 kadınların 2.66 puan verdikleri görüldü.

Çekicilik düzeyinin meslek gruplarına göre farklılaşması incelendiğinde C cup meme  $p=0.047$  değeri ile ev kadınlarına, D cup meme  $p=0.017$  değeri ile öğrencilere anlamlı olarak daha çekici geldi.

Çekicilik düzeyinin medeni duruma göre farklılaşması incelendiğinde C cup meme  $p=0.009$  değeri ile evlilere, D cup meme  $p=0.031$  değeri ile bekarlara anlamlı olarak daha çekici geldi.

**Tartışma:** Meme kadınlık duygusu açısından oldukça önemlidir. Çekicilik algısı da sosyo-kültürel duruma ve zamana göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin kadınların ideal vücut şekli üzerinde Danimarka ve Portekiz'de yapılan çalışmada Danimarka'da zayıf vücutun Portekiz'de ise hafif kıvrımlı vücutun ideal bir vücut görüntüsü olduğunu ortaya çıkarmıştır<sup>1</sup> (Furnham 1998). Evrimsel psikologlar yaptıkları çalışmada çekici bir vücutta öncelikle dikkati çeken iki şeyin memenin büyüklüğü ve bel kalça kıvrımı olduğunu tespit etmişlerdir<sup>2</sup>(Barnaby J Dixon). Memenin büyüklüğü, şekli ve görüntüsü vücut çekiciliği için önemli olup bu algı kültürle göre değişebilmektedir. Ülkemizde estetik meme algısının değerlendirilmesi ile ilgili yapılmış herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Katılımcılar, çekicilik değerlendirmesi kısmında sadece meme organının kendisi değil genel vücut yapısı ve dengeli görünümün öneminden bahsettiler. Genç doğurgan sağlıklı

erişkin kadın memesi' olarak algıladıkları ideal meme oranına yakın memeye yüksek çekicilik puanları verdiler. Çok küçük ve çok büyük olarak değerlendirilen memeler en düşük çekicilik puanlarını aldı. Katılımcıların ikinci olarak şekil değerlendirmesi yaptıkları görüldü. Kadınların yüksek beklentilerle eleştiri yaptığı ancak her parametre kendi içinde değerlendirildiğinde erkeklere oranla daha objektif yorumlar yaptığı görüldü. Yaklaşık, olarak B cup boyutta ve vücudun geri kalanıyla dengeli bir görünüme sahip olan meme en çok beğenilen seçenek oldu. Bulgular literatür ile uyumlu saptandı. Cinsiyete göre memelerin çekicilikleri değerlendirildiğinde genel olarak (C cup meme örneği hariç) erkeklerin kadınlara oranlara yüksek puan verdikleri, arada anlamlı farklılık bulunduğu tespit edildi. Çekicilik düzeyleri değerlendirilmesinde meslekler arasında A ve B cup meme örnekleri için anlamlı fark bulunmadığı ancak C cup meme örneğinin ev kadınlarına, D cup meme örneğinin öğrencilere daha çekici geldiği saptandı ( $p<0.05$ ). C cup meme örneğinin evli olanlara, D cup meme örneğinin bekar olanlara anlamlı olarak daha çekici geldiği ortaya kondu. ( $p<0.05$ ). Bulgular literatür ile uyumlu bulundu.

**Sonuç:** Toplumumuzun meme organına estetik bakış açısını değerlendirmeyi amaçladığımız bu çalışmanın hastanın beklentilerini anlama, onu doğru yönlendirme ve cerrah olarak yapabildiklerimizi geliştirebilme açısından faydalı olduğunu ve daha sonra yapılacak çalışmalar için öncü olduğunu düşünmekteyiz.

#### Kaynaklar

1. Furnham A, Dias M, McClelland A. The role of body weight, waist-to-hip ratio, and breast size in judgements of female attractiveness. Sex Roles 1998;39:311-326.
2. Dixon BJ, Grimshaw GM, Linklater WL, Dixon AF. Eye tracking of men's preferences for female breast size and areola pigmentation. Arch Sex Behav 2011;40:51-58.
3. Edoardo Rapisio, MD, PhD,\* Valerio Belgrano, MD,† PierLuigi Santi, MD,‡ and Carlo Chiorri, PhD§. Which is the Ideal Breast Size? Some Social Clues for Plastic Surgeons. Ann Plast Surg 2016;76: 340-345

#### SB-122

### **Süperior ve Süperomedial Pedikül ile Meme Redüksiyonu Uygulanan Hastalarda Santral Pedikül Uzunluğunun İndosiyanın Yeşili Kullanılarak Spy Floresans Anjiyografi İle Belirlenmesi**

**Arda Akgün**, Gökhan Temiz, Kübra Ece Kalafatlar, Bükem Cüce, Gaye Taylan Filinte  
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Uzun yıllardır meme küçültme için çeşitli teknikler kullanılmış, farklı metodlar denenerek özellikle uzun dönem sonuçların daha iyi hale getirilmesi amaçlanmıştır. Erken dönemde ters T skar'ın birleşim noktasına binen yük sonucu yara açılmaları, pedikül uzunluğu nedeniyle arteriyel dolaşımın bozulmasına bağlı parsiyel veya total nipple areolar kompleks kayıpları, geç dönemde ise yer çekimi etkisi ile memenin glandüler dokusunun inferiora yer değiştirmesi sonucu bottom out deformitesi oluşması gibi sebepler bizlerin meme küçültme için sürekli bir arayış halinde olmasına ve farklı tekniklerin geliştirilmeye çalışılmasına sebep olmaktadır.

**Materyal-Metod:** Bu çalışmada uyguladığımız teknik ile meme redüksiyonu planlanan hastada superior veya

**Opioid Bağımlılık Tedavisinde  
Naltrekson Depo İmplant Uygulaması  
Deneyimlerimiz**

*Yalçın Leymunççeği, Özlenen Özkan, Ömer Özkan  
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya*

süperomedial pediküle ek olarak santral yerleşimli pedikülün altında kalan alanda belirlenen ve arteriyel kanlanması temel olarak Würinger septumundan kaynaklanan ek bir dermoglandüler pedikülün superiora ve meme tabanına sabitlenerek hem amaçlanan superomedial dolgunluğun elde edilmesi hem de uzun dönemde zaten göğüs duvarına fiks bir dokuyu yani septumu kullandığımız için oluşabilecek bir bottom out deformitesinin de önüne geçileceği düşünülerek aynı zamanda bu dokunun superiora ve göğüs duvarına fiks ediliyor olması meme şekillendirilmesinin dışında kalan meme dokusundaki bütün yükün pırlarlar ve pedikül aracılığıyla ters T skar birleşim noktasına verilmesini de engelleyerek oluşabilecek olası bir yara dehissansının da önüne geçilmiş olmaktadır. Uyguladığımız bu tekniğe ek olarak operatif olarak indosiyanın yeşili yardımı ile Spy Floresans Anjiyografi cihazı ile alınan görüntüler sonucunda hem nipple areolar kompleksi taşıyan superior pedikülün kanlanması, hem septum bazlı santral dermal pedikülün viabl alanlarının belirlenmesi hem de ters t birleşim yerinde ciltte kanlanma olmayan alan mevcudiyetinin kontrolü mümkün olmaktadır. Bu çalışmadaki amacımız septum bazlı kaldırılan ve superiora asılacak olan pedikülün boyunun Spy cihazı yardımı ile belirlenmesidir ki bu noktada ek doku rezeksiyonları yapılarak ileri vadede oluşabilecek yağ nekrozu ve sonrasında enfeksiyon kaynağı sebebi oluşabilecek dokular intra operatif olarak uzaklaştırılmış olmaktadır. Spy floresans anjiyografi ile ölçüm yapılmadan önce 2,5 mg indosiyanın yeşili iv puşe enjeksiyonunu takiben 10cc %0,9 NaCl serum fizyolojik ile yıkama yapıp görüntüler alınmaya başlanır. Ardından pedikül üzerindeki kanlanma belirlenerek operasyona devam edilir.

**Sonuç:** Meme redüksiyonu yapılan hastanın sternal notch-NAC uzunluğundan bağımsız olarak septum bazlı bir pedikülün Spy cihazı yardımı ile en iyi kanlanan son noktası tabandan 9-11 cm olarak bulunmuş olup bu çalışma sonucunda kullanılacak santral pediküllü bir dokunun uzunluğunun 9 cm civarında güvenle kaldırılabilirliği söylenebilir. Spy floresans anjiyografi ile yapılan ölçümleri takiben çevre dokuda kanlanma gözlemlenirken kısa süre sonra pedikül kanlanması izlenmeye başlar ve yaklaşık 2-3 dk boyunca yapılan kayıtlar sonrasında septum bazlı pedikülün maksimum kanlanan noktaları belirlenir ve eğer ihtiyaç varsa gerekli rezeksiyonlar bundan sonra yapılarak santral pediküle son şekli verilir. Ardından septum bazlı santral dermoglandüler pedikül estetik meme şekillendirilmesi için gerekli şekil verilerek tabana ve superiorda açılan poşa adapte edilir. ardından standart meme küçültme sonrası kapama teknikleri aynen uygulanarak katlar planlara uygun şekilde kapatılır ve operasyon tamamlanır.

**Tartışma:** Bu teknikle bu çalışma sonucunda septum bazlı santral dermoglandüler pedikül ve superior/süperomedial pedikülün meme küçültmede kombine uygulanmasının indosiyanın yeşili ile boyama sonrası Spy floresans anjiyografi ile görüntüler alınmasını takiben pedikül dolaşımı ile ilgili şüpheye yer bırakmayacak şekilde güvenli olarak kaldırılması mümkün olup Spy cihazı gibi intraoperatif olarak uygulanabilen floresan-anjiyografik yöntemlerin öneminin arttığı kanaatindeyiz.

**Giriş:** Uzun süre salınımlı depo naltrekson implantlar, ilk kez 1997 yılında klinik olarak kullanılmıştır. Naltrekson opioid reseptörleri için yüksek afiniteye sahip bir opioid antagonistidir. Opioidlerin öforik ve diğer etkilerini engeller ve böylece opioid kullanımıyla ilgili olumlu ödülleri en aza indirerek madde kullanım isteğini baskılar. Naltrekson implant uygulaması, oral ilaç formlarında bulunan hasta uyumsuzluk riskini ortadan kaldırmaktadır. Naltreksonun uzun süre salınımlı implant uygulamaları, en az 7-10 gün boyunca opioidten arındırılmış kişiler için yardımcı bir profilaktik tedavi kullanımı olarak ruhsatlandırılmıştır. Kişinin detoksifikasyonundan emin olunmadığı takdirde kullanımı ani yoksunluk belirtilerine sebep olacaktır. Naltrekson karaciğer tarafından metabolize edilir ve 4 saatlik eliminasyon yarı ömrü ile idrarla atılır. Karaciğer yetmezliğini kontrol etmek için naltrekson implant tedavisi öncesi ve sırasında karaciğer fonksiyon testleri yapılması önerilir. İmplant yerleştirme işlemi, lokal anestezi altında yapılan basit bir prosedürdür. Alt batında subkütan dokuya geçilerek yağ planları arasına yerleştirilir. Doğru yerleştirildiğinde hastalar implantlarını cildinin altında hissetmemelidirler. Bu çalışmada, kliniğimizin de desteği ile AMATEM tarafından yürütülen bir tedavi prosedürü olan naltrekson implant uygulamasının, kişilerdeki ilaç fizyolojik etkilerinden farklı olarak, uygulanan cerrahi teknik ve post-operatif takip süreci ile ilgili klinik deneyimlerimizi sunmak istedik.

**Hasta ve Metod:** Kliniğimizde, Mayıs 2017 ve Ağustos 2017 tarihleri arasında naltrekson 3 ay salınımlı implant uygulanan toplam 18 hasta değerlendirildi. Hastaların hepsi erkek olmakla birlikte, yaş aralıkları 18 ile 42 arasındadır. (ort. 27.3 yıl) Bu hastaların 7' sine eski insizyonel skarının olduğu sağ alt kadrandan, 3' üne eski insizyonel skarının olduğu sol alt kadrandan, 8' ine ise umbilikal bölgeden yapılan insizyon ile implantlar yerleştirildi. Cerrahi prosedür, lokal anestezi uygulaması sonrası yapılan yaklaşık 1.5 cm insizyon ile cilt-cilt altı planı geçilerek yapılan künt diseksiyon ve naltrekson implantının uygun plana yerleştirilmesi aşamalarını içermektedir. Kesi primer onarılarak ortalama 10 dk. süren işlem ile hastalar aynı gün taburcu edilmiştir. Hastaların 1 gün sonra rutin cerrahi alan kontrolleri yapıldı ve ortalama 7. gün suturleri alındı.

**Sonuç:** Genel olarak, implant prosedürüyle ilgili bildirilen küçük kanamalar, enfeksiyon, suture dehissensi, hipertrofik skar gelişimi, pellet superficial yerleşimi ve ekstrüzyonu gibi yan etkiler olmakla birlikte kliniğimizde implant uygulanan hastalardan 1 hastada lokalize hassasiyet gelişmesi dışında herhangi bir komplikasyona rastlanılmadı. Hastanın lokalize hassasiyeti ek tedavi gerektirmeksizin 1 hafta içerisinde geriledi. Umbilikal bölge insizyonu ile implant yerleştirilen hastalarda, batin alt kadrana uygulanan insizyona göre daha kabul edilebilir görünümdeki skar ile iyileşmenin olduğu görüldü.

**Tartışma:** Naltrekson implant yerleştirilmesi uygulamalarının ülkemizdeki sıklığının artması nedeniyle konuyla ilgili olarak komplikasyon risklerini en aza indirmek için bölgesel anatomiye hakim ve uygun tekniğe sahip olan cerrahi branşların yardımı gerekmektedir. Tarafımızca

umbliculustan yapılan insizyonla pellet yerleştirilmesinin en büyük amacı, pelletin direkt insizyon altında kalmaması sebebiyle, pellet ekspozisyonu ve superfisiyel yerleşim riskini en aza indirmektir. Cerrahi teknik olarak implantın umbilical bölge insizyonu tercih edilerek uygun plana yerleştirilmesinin, hem komplikasyonları ve skar oluşumunu en aza indirmek hem de hastalarda dehissens olabileceği anksiyetesi yaratmaksızın daha konforlu gövde hareketini sağlayabilmek adına daha uygun olacağı görüşündeyiz.

## SB-124

### Opiyoid Madde Bağımlılarında Naltrekson İmplant Kullanımı

Ali Sadioğlu, Burak Pasinlioğlu, Ayhan Işık Erdal, Ahsen Öncü, Kemal Fındıkçoğlu  
*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara*

**Giriş:** Opiyoid madde bağımlılığı özellikle genç ve genç erişkin hastaları etkileyen ciddi bir sorundur. Bu durumun tedavisinde son yıllarda kullanılmaya başlayan implante edilebilir naltrekson, özellikle ilaç uyumu olmayan hastalarda, kullanımı giderek artan bir tedavi seçeneğidir. Plastik Cerrahi'nin toplumda bilinirliğindeki artışla beraber bu tedaviye yönlendirilen hastalar implant uygulanması için plastik cerrahiyi tercih etmektedir. Tedavi süreci psikiyatri hekimlerince takip edilen bu hasta grubunda tedavinin bu aşamasında plastik cerrahlar da yer almaktadır. Çalışmamızın amacı; görece yeni olan bu yöntemle ilgili deneyimlerimizi, bu özellikli hasta grubunda tedaviyi uygularken nelere dikkat etmemiz gerektiğini, cerrahi uygulamanın püf noktalarını paylaşmak; karşılaştığımız komplikasyonları ve bunların çözümüyle ilgili yöntemlerimizi sunmaktır.

**Metod:** Çalışmaya Eylül 2016-Haziran 2017 tarihleri arasında kliniğimize naltrekson implant (Nalplant®: 1000mg Naltrekson, 20 mg Triamsinolon Asetonid, Magnezyum Stearat) uygulanması için başvuran hastalar dâhil edildi. Hastaların tümüne cerrahi işlem lokal anestezi altında yapıldı. İmplant yerleştirilmesi için sırtta paraskapular bölgede subfasyal plan tercih edildi. Hastalar yaş, cinsiyet, operasyon sonrası cerrahiye bağlı lokal komplikasyonlar (enfeksiyon, yara ayrılması, hassasiyet), etkinlik açısından değerlendirildi. Hastalar en az 2 ay takip edildi.

**Cerrahi Teknik:** Hastanın sırtında skapula medial kenarının yaklaşık 3 cm medialinde, bu kenara paralel yaklaşık 3 cm lik düz kesiyle girilerek cilt ve cilt altı dokular geçildi. Ardından kas fasyası düşülerek fasya altında kesi hattına dik olacak şekilde implantın sığacağı kadar bir poş oluşturuldu. Ardından implant aplikatörü yardımıyla poşa yerleştirildi. Ardından fasya ve cilt altı dikişleri Vicryl® ile cilt dikişi ise intrakutiküler şekilde Monocryl® ile atılarak onarım yapıldı. Tekrar eden uygulamalarda son işlemin yapıldığı tarafın karşı tarafına uygulama yapıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya dâhil edilen opiyoid madde bağımlılığı tedavisi gören 40 hastaya 55 operasyon (9 hastada 2, 3 hastada 3 operasyon) uygulandı. Hastaların %97,5 i erkek (n=39) %2,5 i kadın (n=1), ortalama yaşları 24,6 (19-36) olarak bulundu. Hastaların hiçbirinde erken dönemde implant çıkartılmasını gerektirecek bir komplikasyon görülmedi. Hastaların 1 tanesinde operasyondan 6 hafta sonra başlayan akıntı şikâyeti nedeniyle ekplorasyon, debridman ve yara yeri revizyonu uygulandı. Hastaların 3 tanesinde cerrahi müdahale gerektirmeyen yara yerinde akıntı şikâyeti, oral antibiyotik tedavisi ve pansumanla takip edildi. Subfasyal plan tercihinin etkinliği olumsuz

yönde etkilemediği görüldü.

**Tartışma:** İmplant edilebilir naltrekson preparatları etkinliği kanıtlanmış, kullanımı kabul görmüş ilaçlardır. Uygulanması sırasında cerrahi lokalizasyon olarak sıklıkla alt karın bölgesi laterali, plan olarak ise subkutan plan seçilmektedir. Bazı hastalarda yoksunluk semptomları ortaya çıkmaya başladığı zaman, hasta implantın yerinden çıkarılmaya çalışılması, kendine zarar verme durumları görülebileceğinden alt karın bölgesinin ulaşılabilirliğinin yüksek olması bu anlamda riski artıran bir durum olarak karşımıza çıkacaktır. Hastaların bir kısmında ise alt karın bölgesine uygulama yapıldıktan sonra kemer bölgesine denk gelmesi nedeniyle bu bölgede rahatsızlık hissi olabilir. Kliniğimizde kullanılan cerrahi lokalizasyon seçimi hastanın olası bir kendine zarar vermeye çalışma durumunda ulaşılması en zor bölgelerden biri olacaktır. Aynı zamanda sensitivitenin de az olduğu bir bölge olduğu için hastalarda operasyon sonrası hassasiyet şikâyeti görülmemiştir. Bunlara ek olarak, Vücut kitle indeksi çoğunlukla düşük olan bu hasta grubunda karın bölgesi cildinin çok ince olması nedeniyle sırt bölgesi tercih edilebilir. Sırt bölgesinin dezavantajı olarak yara iyileşmesinin problemli olma ihtimali akıllara gelebilecek bir durumdur. Ancak kliniğimizde tercih edilen subfasyal plan, hem cilt altı yağ kalınlığı az olan bu hastalarda yerleştirilen implantın ciltteki yara iyileşmesini olumsuz etkilemesini önlemekte hem de hastalarda gelişebilecek yara yeri ayrılması gibi durumlarda implant çıkarmadan tedavi seçeneğini mümkün kılmaktadır. Yara iyileşmesinde sorunların neden olabilecek bir başka durum ise yabancı cisim reaksiyonu olarak akıllara gelmektedir. Kliniğimizde uygulanan Nalplant® içeriğinde yabancı cisim reaksiyonunu riskini azaltmak için uzun etkili bir steroid olan Triamsinolon bulundurmaktadır. Ortalama absorpsiyon süresi 5-6 ay civarında olabilen bu preparatlarda olası geç dönem ortaya çıkan şikâyetlerde yabancı cisim reaksiyonu göz önünde bulundurulması gereken bir durumdur. Tüm bunlarla birlikte değerlendirildiğinde kliniğimizde uygulanan 55 operasyondan sonra ortaya çıkan yara yeriyle ilgili komplikasyon oranı %7,2 olarak bulunmuştur. Hastaların hiçbirinde implant çıkarılmasını gerektirecek komplikasyon görülmemiştir. Çalışmaya dâhil edilen hastalarda yara yeriyle ilgili problemlerin ilk 4 haftadan sonra görülmesi enfeksiyondan çok yabancı cisim veya dikiş materyaline bağlı reaksiyonunu düşündürmektedir. Hastalarda ilaç etkinliğinde bir değişiklik söz konusu olmamış, hastalar tedavinin devamı için tekrarlayan şekilde kliniğimize başvurmuştur. Çalışmanın zayıf yönleri olarak retrospektif olarak yapılması ve kliniğimizde implante edilebilir ilaçlar için alt karın bölgesinde subkutan plan tercih edilmemesi nedeniyle karşılaştırmalı bir değerlendirme yapılamamış olması öne çıkmaktadır. Prospektif bir çalışma ile farklı lokalizasyonlarda farklı planlarda cerrahi uygulamaların karşılaştırılması daha objektif ve yol gösterici olacaktır.

**Sonuç:** Opiyoid madde bağımlıların tedavisinde kullanılan implante edilebilir naltrekson tedavisinde cerrahi lokalizasyon olarak sırt bölgesinde paraskapular bölgenin, anatomik plan olarak da subfasyal plan tercih edilmesi etkin, kolay uygulanabilir, tekrarlanabilir, güvenilir bir yöntem olarak akılda tutulmalıdır.

## SB-125

### Vaka Sunumu: Konjenital Unilateral Üst Ekstremité Muskuler Hipertrofisi' ne Kombine Tedavi Yaklaşımı

Galip Gençay Üstün, Hakan Uzun, Ali Emre Aksu  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi  
Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Konjenital unilateral üst ekstremité mskuler hipertrofisi ilk olarak 1962 de Mizuoka<sup>1</sup> tarafından tariflenmiş olup günümüze değin raporlanmış 16 vaka mevcuttur. Bu hastalar Proteus Sendromu ve makrodaktili hastalarından iskelet ve/veya bağ dokusu hipertrofisi olmaksızın izole kas hipertrofisi zemininde gelişmeleriyle ayrılırlar. Hipertrofi izole olarak eldeki kas gruplarını etkileyebileceği gibi önkol ve kol kaslarını da etkileyebilir. Kaslar hipertrofik olmalarının yanında disfonksiyone olabilirler ve morfolojileri de patoloji gösterebilir.

Vaka: Ondört yaşında kadın hasta, yedi yaşından beri fark edilen fakat son 2-3 yılda belirginleşen el deformitesiyle kliniğimize başvurdu. Sol el bileğinde fleksiyon ve ulnar deviasyon kontraktürü, birinci web aralığından daralma, bir, üç ve dördüncü parmaklarda daha ağır olmak üzere tüm parmaklarda fleksiyon kontraktürü mevcut olan hastanın karşı elinde herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Yapılan Manyetik Rezonans görüntülemesinde kas hipertrofisi haricinde patoloji saptanmayan hastaya Botulinum Toksin uygulaması planlandı. 100 ünite Botulinum toksin ön kol düzeyinde yüzeyel, orta ve derin kas kompartmanlarına yapıldı. Takibinde kontraktürlerinde bir miktar rahatlama olan hastaya operasyon planlandı. Yapılan operasyonda eksplorasyon sonrası birinci web aralığındaki daralmaya yönelik addüktör myotomisi, üç, dört ve beşinci parmakdaki fleksiyon kontraktürlerine yönelik FDS-> FDP transferleri, el bileğindeki ulnar deviasyona yönelik olarak FCU[?] FCR transferi yapıldı. Sonrasında erken aktif mobilizasyona alınan hastanın fizyoterapi sürecine başlandı.

Tartışma: Konjenital unilateral üst ekstremité mskuler hipertrofisi (KUÜEMH)olguları kendi içinde standardizasyon göstermediği için hastaya özel yaklaşım planlaması önem taşımaktadır. Bozulan tendon dengesinin kurulmaya çalışılması tedavide esas oluştursa da, yapılan çalışmalarda bozulan dengenin eklemlere de yansıdığı ve eklem disfonksiyonlarının geliştiği belirtilmektedir<sup>2</sup>. Uzun süreli dönemde yapılan müdahalelerin etkisi bu nedenle sınırlı kalabilmektedir<sup>3</sup>.

Sonuç: Nadir görülen olgular olan KUÜEMH olgularında, eklem dejenerasyonu gelişmeden kas dengesinin uygun şekilde sağlanması tedavinin esasını oluşturmaktadır.

1. Mizuoka J, Horio S, Ohmiya K. Duplication of thenar and hypothenar muscles in a incestuous offspring: a case report. Seikeigeka. 1962;13.
2. Imai S1, Isoya E, Kubo M, Congenital unilateral upper limb muscular hypertrophy associated with contracture of an extrinsic extensor tendon. J Hand Surg Eur Vol. 2007 Jun;32(3):308-10.
3. Lanz U, Hahn P, Varela C. Congenital unilateral muscle hyperplasia of the hand with ulnar deviation of the fingers. J Hand Surg (Br). 1994;

## Bilateral el görünümü



Karşı ele göre hipertrofik elin görünümü

## SB-126

### Epidermolizis Büllozal Hastalarda Rekostrüksiyon Deneyimlerimiz

Adil Cümşüdoğru, Özlenen Özkan, Ömer Özkan  
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif  
ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: Epidermolizis Bülloza genetik bir deri hastalığıdır. Hastalık simplex tip, junksiyonel tip ve distrofik tip olarak 3 ana tipten oluşmaktadır. EB otozomal dominant geçiş gösteren büllelerle seyreden bir hastalıktır. Deri fragilitesi ve bül formasyonu epidermis, dermo-epidermal bileşke ve üst dermisde normalde de bulunan çok sayıda proteini kodlayan genlerde mutasyon sonucu oluşur. Hastalık akraba evliliklerinde daha fazla görülmektedir. Görülme sıklığı 17000:1 dir hastalığın kesin başarıya ulaşabilmiş kalıcı bir tedavisi yoktur. Hastalık iç organlar dahil(ağız içi, yutak, yemek borusu, mukoz, makat) tüm vücutta görülmektedir. Bu hastalarda derinin çok hassas olması nedeniyle hafif bir baskılı dokunuşta bile büyük yaralar oluştuğu bilinmektedir. EB hastalarının el parmaklarında gelişen sekonder kontraktürler ve sindaktilliler elin fonksiyonelliğini kısıtlamakla hastalarda yaşam kalitesini düşürmektedir

Method: Kliniğimize baş vuran 2014-2017 arası 12 hastada ellerde kontraktür açılması, sindaktilli onarımı ve yara bakımı cerrahi işlemleri yapılmıştır. Hastalar 4-15 yaş aralıklarındaydı. Hastaların 4ü erkek 8 i kız hastaydı. Hastaların hepsinde her iki elde sindaktilli ve kontraktürleri mevcuttu. İlk seansda genel anestezi altında web aralarına sindaktilli onarımı ve her iki ellerdeki kontraktürler açıldı. Kontraktürlerin tamamen nötral pozisyona getirilemediği tendön, nörovasküler demetini kısıldığı olgularda bu yapıların izin verdiği ölçüde rahatlatmalar yapıldı. K telleri ile fiksasyonlar yapıldı. açık kalan alanlara graftleme uygulanmadı. Açık bırakılan yerler yara örtüleri ile sekonder iyileşmeye bırakıldı. Aşırı kontraktür olan hastalarda K teller kullanıldı. K telleri 4 hafta süreyle tutuldu. Hastaların ilk ameliyatlarından sonra mümkün mertebe pansumanları sedo anelji altında yapılmaktaydı. Pansumanlar yara bakım ürünleriyle yapıldı. Pansumanların temizliğine göre karar verilerek haftada 2 veya 3 sefer pansumanlar sedasyon altında tekrarlandı.

Sonuç: 9 hastada da tam kontraktürler tamamaen serbestleştirildi. 3 hastada tendon kısalığı ve eklem kontraktürüne bağlı artroz nedeniyle serbestleştirme kısmi olarak yapıldı. Hastaların hiç birinde greft uygulanması yapılmamıştı. Pansumanlarla 2-3 hafta zaman aralığında

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

iyileşme sağlanmıştı. Hiç bir hastada parmaklarda dolaşım ile ilgili bir problemle karşılaşmadı. Ellerdeki tüm açık yaralar tamamen epitelize oldu.

**Tartışma:** Özellikle epidermolizis büllozalı hastalarda dokuya dışarıdan yapılan müdahaleler olabildiğince özenli ve atravmatik yapılmasına dikkat edilmelidir. Bu hastalarda normal popülasyondaki kontraktür açılmasından farklı olarak tunike kullanılamaması cerrahi işlemi zorlaştırmaktadır. Bu açıdan daha dikkatli olmak gerekmektedir. Amelyat sonrası atel ve alçı kullanılamadığı için k tellerle stabilizasyon sağlanmaktadır. Bu hastalarda diğer bir asıl zorluk açık yaralara uygulanması için alınabilecek deri greftleri ve cild fleblerinin donör sahadaki ciddi iyileşme problemleri nedeniyle kullanılamamasıdır. Tüm bunlara rağmen normal popülasyondaki kontraktür ve sindaktili hastalar gibi epidermolizis bülloza olan kontraktürlü ve sindaktili hastalarda cerrahi kontraktür açılması ve sindaktili onarımları başarıyla uygulanabilmektedir.

**Epidermolizis Bülloza**



# ***POSTER SUNUMLAR***



**P-001**

**Frontal Askı Tekniği İçin Yeni Bir Otolog Materyal: Süperfisyal Temporal Fasya**

Elif Sarı<sup>1</sup>, Hülde Rıfat Özakpınar<sup>2</sup>,  
Ali Teoman Telliöğlü<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale

<sup>2</sup>Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>3</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Frontal askı yöntemi uzun yıllar boyunca blefaropitoz vakalarında kullanılan bir yöntemdir. Bu sunumun amacı üst göz kapağını asmak için yeni bir materyal olan süperfisyal temporal fasya kullanımını raporlamaktır.

**Yöntem-Gereçler:** Dört yaşında çocuk hasta bilateral konjenital blefaropitoz ile başvurdu. Hastanın epikantal foldları açıldıktan sonra süperfisyal temporal fasya grefti alınarak her iki üst göz kapağına frontal askı operasyonu gerçekleştirildi. Uzun dönem sonuçlar kaydedildi.

**Bulgular:** Donör alanda hematoma ve flep nekrozu izlenmedi. Göz kapakları ve donör alandaki insizyon skarları belirgin değildi. Kapak pozisyonunda zamanla geri dönüş, yara yerinde enfeksiyon ve alopesi olmadı. Manner ve ark. Kriterlerine göre uzun dönem sonuç iyi idi.

**Sonuç:** Süperfisyal temporal fasya frontal askı yönteminde kullanılabilecek yeni, elverişli bir otolog doku olabilir. Fakat daha geniş vaka gruplarında denenmesi gerekmektedir.

**Resim**



İntraoperatif görüntü

**P-002**

**Epidermolizis Bülloza Hastasında Suprathel® Yardımlı Cerrahi Tedavi**

Elif Sarı<sup>1</sup>, Tolga Eryılmaz<sup>2</sup>, Gülsüm Tetik<sup>3</sup>,  
Hülde Rıfat Özakpınar<sup>4</sup>, Esabil Eker<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale

<sup>2</sup>Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>3</sup>Serbest Hekim, Antalya

<sup>4</sup>Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>5</sup>Sincan Fatih Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

**Amaç:** Epidermolizis bülloza ciltte travma ile meydana gelen ve değişen derecelerde epidermal abrazyonlarla seyreden kalıtsal bir rahatsızlıktır. En ufak travmayla ağırlaşan bu bozukluğun cerrahi tedavisi ise oldukça zordur. Bu yazımızda epidermolizis bülloza bir hastadaki el deformitelerinin Suprathel yardımcı cerrahi tedavisini sunmayı amaçladık.

**Yöntem-Gereçler:** On dört yaşında çocuk hasta kliniğimize her iki elde fleksiyon ve baş parmakta adduksiyon kontraktürünün eşlik ettiği eldiven benzeri deformitenin eşlik ettiği distrofik epidermolizis bülloza ile başvurdu. Hastanın elindeki yaygın doku defekti için greft donör alanı bulunmuyordu. Hastanın aşamalı operasyonlarla eldeki kontraktürleri açıldı ve Suprathel ile pansumana alındı.

**Bulgular:** İki hafta sonunda hastanın ellerindeki doku defekti tamamen yakın kapandı. Kontraktürler açıldı. El tedavisi başlatıldı.

**Sonuç:** Epidermolizis bülloza hastalarında yaygın el deformiteleri ve degloving sonrası doku defektleri oluşmaktadır. Hastanın en ufak travmaya maruz kalması durumu kötüleştirmekte ve bu yüzden doku nakli gibi travmatik operasyonlar uygulanamamaktadır. Suprathel bu hastalarda kolay ve pratik bir pansuman malzemesi olarak kullanılabilir.

**Resim**



Preoperatif görüntü

**P-003****İliak Kanat Kemik Grefti ve Bipediküllü Kasık Cilt Flebi İle Tip IV Başparmak Hipoplazisi Rekonstrüksiyonu**

Mehmet Akif Çakmak<sup>1</sup>, Ensar Zafer Barın<sup>1</sup>,  
Hakan Çinalı<sup>1</sup>, Murat Kara<sup>2</sup>, İhtişam Zafer Cengiz<sup>1</sup>,  
Önder Tan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum

<sup>2</sup>Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Erzurum

**Giriş:** Hipoplastik başparmak anomalileri çeşitli derecelerde ortaya çıkar ve radial yetersizliğin bir parçasıdır. Etiyolojisinde genetik faktörler, teratojenik faktörler bulunmaktadır. Bu nedenle ilişkili konjenital ve diğer anomaliler için gerekli diğer çalışmaların yapılması gereklidir. Hipoplazik başparmak için tedaviye yön veren Blauth sınıflamasına göre beş tipe ayrılmıştır. Tip IV hipoplazi floaty (yüzen) başparmak olarak bilinir. Başparmak kalıntısı yalnızca tek bir nörovasküler eleman içeren dar bir cilt köprüsü ile ele bağlıdır. 1. Metakarpı içermemekle birlikte küçük falankslara sahiptir. Başparmak yokluğu el fonksiyonunda önemli bir engel olduğu için tedavinin amacı pinch ve kavrama hareketlerini sağlamaktır. Pollisizasyon operasyonu IIIB, IV ve V tipi hipoplaziler için tercih edilen prosedürdür. Bu çalışmada iliak kanat kemik grefti ve bipediküllü kasık cilt flebi ile başarılı başparmak rekonstrüksiyonu yapılan bir olgu sunulmaktadır.

**Olgu Sunumu:** 18 aylık erkek hasta sol el başparmak doğumsal anomalisi yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayene ve direkt grafi incelemesinde sol el başparmağın proksimal ve distal falankslarının olduğu, 1. metakarpın gelişmediği saptandı ve Tip IV hipoplazik başparmak tanısı kondu. Hastanın özgeçmişinde prematür doğum ve sürfaktan tedavisi hikayesi mevcuttu. Soy geçmişi; ailede akraba evliliği ve bilinen bir genetik hastalık yoktu, annenin preeklampsisi öyküsü mevcuttu. Hastaya cerrahi endikasyonu konularak iliak kanattan kemik grefti ve bilobe kasık flebi ile başparmak rekonstrüksiyonu planlandı. Genel anestezi altında, turnike yapılmaksızın parmağın cilt pedikülü mikroskop altında titiz bir şekilde dezepitelize edilerek içindeki nörovasküler yapılar korundu. Ardından sol iliak kanattan 3 cm'lik kemik grefti alındı. Kemik greft, 1. metakarpı oluşturmak amacı ile nörovasküler pediküle paralel şekilde başparmak proksimal güdüyü ile trapezium arasına yerleştirilerek 4-0 PDS ile fiks edildi. Daha sonra açtıkları metakarpı sarmak amacıyla aynı taraf kasıktan hazırlanan bipediküllü cilt flebi tasarlandı. Parmak flep altında oluşturulan cepe yerleştirilerek suture edildi. 1 aylık revaskülarizasyon periodunu takiben kasık flebinin heriki pedikülü kesilerek flep cilt adası parmağa tamamen sarıldı. İntra yada postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmedi, cilt flebi tam yaşadı. Postoperatif 9. ay izlemde parmağın nötral pozisyonunda olduğu, direk grafide ise kemik greftinin minimal rezorbsiyonla birlikte yaşadığı gözlemlendi. Sonuç hipoplastik başparmak rekonstrüksiyonu için kabul edilebilir düzeydeydi. Parmak hareketleri için fleksör ve ekstensör tendon transferleri 2. Seansa bırakıldı.

**Tartışma:** Tip IV hipoplazik başparmak rekonstrüksiyonlarında ilk tercih pollisizasyondur. Fakat pollisizasyon için işaret parmağının fonksiyonlarını feda edilmekte ve teknik olarak zordur. Pollisizasyon operasyonun akut komplikasyonları genelde vasküler kaynaklıdır. Kronik komplikasyonlar ise yara izi, kontraktür, kemik problemleri (Malrotation) ve hareket kısıtlılığıdır. Cerrahi tedavide serbest ikinci metatarsal kemik flebi,

toe to thump ve second toe-to thump operasyonları da tariflenmiştir. Bu yöntemler oldukça karmaşık prosedürler olup özellikle çocuklarda zorluk derecesi artmaktadır. C.S.Chow ve ark. benzer bir çalışmada metakarp rekonstrüksiyonunu 3. veya 4. Metatars kemik grefti ile sağlarken, yumuşak doku onarımını elin lokal flepleri ile sağlamışlardır. Bu yöntemin temel dezavantajı elde kemik greftini sarmak için yeteri kadar doku kaynağının olmaması ve ekstra skar ve kontraktüre sebep olmasıdır. Çalışmamızda uyguladığımız iliak kanat kemik grefti ve bipediküllü kasık flebi ile onarım literatürde ilk kez tanımlanmış olup el 2. parmağında herhangi bir fonksiyon kaybı yapmaz ve teknik olarak daha kolaydır. Elin parmak sayısı korunmaktadır. Ayrıca kemik greftini kapatacak şekilde yeterli doku kaynağı sunmaktadır ve elde ekstra skar bırakmaz. Tendon transferlerinin 2. seansa bırakılması ise yöntemin dezavantajıdır. Tanımladığımız teknik başparmak hipoplazisinin cerrahi tedavisinde iyi bir seçenek olabilir.

**İliak Kanat Kemik Grefti ve Bipediküllü Kasık Cilt Flebi İle Tip IV Başparmak Hipoplazisi Rekonstrüksiyonu****P-004****Subkutan Mastektomi ve Aynı Seansta Protez İle Rekonstrüksiyonda Adipodermal Flep Tekniği**

Haluk Vayvada, Alper Geyik, Adnan Menderes,  
Cenk Demirdöver, Fatih Alp Öztürk  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Meme kanserinin gelişmiş toplumlarda görülme sıklığı 40-55 yaş arası kadınlarda %9,6-13-ölüm riski %3,4'tür. Cerrahi yöntemler arasında subkutan mastektomi giderek artan bir şekilde kullanılmaktadır. Cerrahiye sekonder gelişen hematoma, enfeksiyon, cilt veya NAC nekrozu, implant kaybı gibi komplikasyonlar %40'a varan oranlarda bildirilmektedir. Bu makalenin amacı "wise yöntemi" kullanılarak gerçekleştirilen subkutan mastektomilerde implant kaybını önlemek adına hazırlanan lipodermal flep tekniğini ve etkinliğini sunmaktır.

**Gereç-Yöntem:** Ocak 2006 ile Ocak 2017 tarihleri arasında nipple veya cilt koruyucu cerrahi prosedürü uygulanan 59 kadın hasta (117 meme) çalışmaya dahil edildi. Flep kalınlıkları tüm meme dokusu ve tümör çıkarılacak şekilde ayarlandı. Kullanılacak olan cerrahi teknik lumpektomi skarı, meme büyüklüğü, şekli ve pitozis derecesi ile hastanın yaşı ve memenin bütün kadranslarına ulaşılacak şekilde kararlaştırıldı. 21 hasta "wise tekniği" kullanılarak opere edildi ve adipodermal flep protezi örtmek için kullanıldı.

**Teknik ve Sonuçlar:** 59 hasta ve 117 memeye nipple ve cilt koruyucu cerrahi uygulandı. İnsizyon tipi olarak 21 hastaya "wise yöntemi" kullanılarak cerrahi gerçekleştirildi. Hasta yaşları 34-62 arasındaydı. Ortalama yaş 46,04 olarak saptandı. 1 hastada BRCA 1 mutasyonu vardı ve 1 hasta meme redüksiyonu sonrasında tanı aldı. Cerrahi öncesinde ters T skara uygun şekilde çizimler yapıldı. Lateral ve medial flepler meme şekli, asimetrisi ve pitozu göz önüne alarak ayarlandı. Cerrahi sırasında inframamaryan fold (IMF)'den areolaya dek olan kısım dermisi koruyacak şekilde desepitelize edildi. Desepitelize edilen alandan 0.5 cm kalınlığında yalnızca dermis ve yağ dokusu içerecek şekilde inferior bazlı olarak adipodermal flep eleve edildi. Mastektomi sonrasında subpektoral olarak hazırlanan poşa protez yerleştirilmesi sonrasında adipodermal flep ve kas protezin üstünü örtecek şekilde sütüre edildi.

**Sonuç:** Wise yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen subkutan mastektomilerde parsiyel nekroz oranı diğer yöntemlere göre daha fazla görülmesine karşın kullanılan lipodermal flep ile implant kaybı önlenmiştir.

#### Kaynakça

Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA (2000) Cancer statistics, 2000. CA Cancer J Clin 50:7-33 J Clin Oncol. 2009 Mar 20;27(9):1362-7. doi: 10.1200/JCO.2008.20.1681. Epub 2009 Feb Increasing rates of contralateral prophylactic mastectomy among patients with ductal carcinoma in situ. Tuttle TM1, Jarosek S, Habermann EB, Arrington A, Abraham A, Morris TJ, Virnig BA, Peled AW, Foster RD, Ligh C, Esserman JL, Fowble B, Sbitany H, et al. Impact of total skin-sparing mastectomy incision type on reconstructive complications following radiation therapy. Plast Reconstr Surg. 2014;134(4):169-75. Impact of Surgical Techniques, Biomaterials, and Patient Variables on Rate of Nipple Necrosis after Nipple-Sparing Mastectomy Daniel J. Gould, Ph.D.1, Kelly K. Hunt, M.D.2, Jun Liu, M.D.1, Henry M. Kuerer, M.D., Ph.D.2, Melissa A. Crosby, M.D.1, Gildy Babiera, M.D.2, and Steven J. Kronowitz, M.D.1 1Department of Plastic Surgery, The University of Texas MD Anderson Cancer Center, 2Department of Surgical Oncology, The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, Texas 2013

#### Resim-1



#### P-005

### Travma Sonrası Oluşan El Dorsumu Yumuşak Doku Defektlerinin Radyal Önkol Fasyal Flep ile Rekonstrüksiyonu

Umut Sinan Ersoy

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

**Amaç:** El dorsumunda görülen yumuşak doku defektleri, genellikle Acil Servis'e başvuran ezilme tipi el yaralanması geçiren hastalarda gözlenen ve eğer mümkünse erken dönemde onarılması gereken bir durumdur. İş kazaları, araç dışı trafik kazaları ya da ateşli silah yaralanmaları gibi yüksek enerjili travmalar sonrası ortaya çıktığından, çoğunlukla tendon ve kemik hasarı da bu kompleks yaralanmalara eşlik etmektedir. Elin anatomik ve fonksiyonel bütünlüğünü yeniden sağlamak amacıyla, ekspozite olan kemik ve tendon yapıların üzerinin dayanıklı bir yumuşak doku örtüsü ile kapatılması önemlidir. Bu defetler için sıklıkla pediküllü ya da serbest doku transferi gereklidir. Pediküllü radyal önkol flebi ve posterior interoseöz arter flebi, el dorsumu defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılan klasikleşmiş yöntemlerdir. Pediküllü radyal önkol flebinde gözlenen en önemli dezavantaj, estetik olarak göze hoş görünmeyen donör alanıdır. Aynı zamanda bu flep, el dorsumundaki normal derinin ince ve esneyebilen yapısının yerini tutamaz. Radyal önkol fasyal flep ise, üzerindeki cilt dahil edilmediğinden donör alan morbiditesine neden olmadığı gibi, el dorsumunda daha esnek ve ince bir örtü oluşmasına olanak vererek hem fonksiyonel hem de anatomik olarak normale daha yakın bir sonuç elde edilmesini sağlar; pedikül ayrılması ve flep inceltilmesi gibi sekonder girişimlere ihtiyacı ortadan kaldırır. Klasik yöntem benzer şekilde, tendon defektleri için eş zamanlı olarak tendon transferi ya da tendon grefti ile rekonstrüksiyona ve metakarpal kemik kırıklarının fiksasyonuna olanak tanır. Bu çalışmada kompleks el yaralanması ile başvuran hastalarda el dorsumunun yumuşak doku örtüsünün radyal önkol fasyal flep ile rekonstrüksiyonu ile elde edilen sonuçlar sunulacaktır.

**Hastalar ve Yöntem:** Kliniğimize 2014-2017 yılları arasında el dorsumunda yumuşak doku defekti ile başvuran ve radyal önkol fasyal flep ile rekonstrükte edilen 6 hasta çalışmaya dahil edildi. Preoperatif Allen testi ile her iki arterin patent olup olmadığı kontrol edildi. Doppler flowmetre ile komplet bir palmar arkı varlığı konfirme edilerek radyal arterin uzanımı işaretlendi. Defekt bölgesine uygun olacak ebatta yumuşak doku örtüsü tasarlanarak çizildi. Genel anestezi altında ve aksiller turnike sonrası, curvilinear insizyon yapılarak cilt flepleri, altta ince bir deri altı dokusu bırakılacak şekilde kaldırıldı. Fasya, radyal ve ulnar sınırları boyunca insize edildikten sonra altta yatan kasların üzerinden osseokütan septuma ulaşana kadar eleve edildi. Burada radyal arter ve eşlik eden venler, fleksör karpi radyalis ve brakioradyalis arasından bulunarak fasyal perforatörleri korunacak şekilde izole edildi. Duyu sinileri korundu. Damarlar proksimalde ligate edilerek flep, proksimalden distale doğru el bileği seviyesine kadar kaldırıldı. Defektin örtülmesine yetecek kadar serbestleştirme yapıldıktan sonra disseksiyona devam edilmedi. Tendon grefti gerektiren ekstensör tendon defektlerinin rekonstrüksiyonu için palmaris longus tendonu donör olarak kullanıldı ve modifiye Kessler yöntemiyle onarım gerçekleştirildi. Eksternal fiksator ile daha önce onarım yapılmamışsa, metakarpal kemik kırıklarının plak-vida ya da sadece vida ile onarımı yapıldı. Subkutan bir tünel oluşturularak flep alıcı alana taşındıktan sonra, etkili bir şekilde debride edilmiş ve yara sınırları tazelenmiş olan defekt sınırlarına sütüre edildi. Flep altına penröz dren

yerleştirildikten sonra uyluk posterolateralinden alınan uygun ebattaki kısmi kalınlıkta deri grefti flep üzerine serilerek emilebilen dikişlerle sütüre edildi ve üzeri tie-over dressing ile kapatıldı. Donör alan primer olarak anarıldı. Eli nötral pozisyonda tutacak bir kısa kol ateli uygulanarak, gevşek bir şekilde pansuman yapıldıktan sonra turnike açıldı ve ameliyata son verildi. Graft pansumanı 5. gün açıldı. Atel 3. haftanın sonunda açılarak fizik tedaviye başlandı.

**Bulgular:** Ameliyat süresi ortalama 4,2 saat; hastaların yaş ortalaması 28, hepsi erkek ve dominant el hasarı sonrası yaralanmışlardı. Hastaların 4'ünde Acil Servis'e başvuru sonrası akut dönemde debridman ve rekonstrüksiyon aynı anda yapılırken 1'inde yabancı cisim ile kontaminasyonun fazla olması nedeniyle 1 haftalık pansuman sonrası, diğerinde ise 2 ay önce gözlenmiş bir ateşli silah yaralanmasının sekonder defekti olması nedeniyle kliniğimize başvurduktan sonraki süreçte rekonstrüksiyonu gerçekleştirildi. Flep ya da greft kaybı gözlenmedi. 1 hastada atel çıkarıldıktan sonra MKF eklemden uzun süreli ancak fizik tedaviyle gerileyen hareket kısıtlılığı oldu. 1 hastada flep altında lokalize enfeksiyon, günlük yıkama ve uygun antibiyotik tedavisi ile düzeldi.

**Sonuç:** Pediküllü radyal önkol flebi ile rekonstrüksiyon, el dorsumu yumuşak doku defektlerinde sıklıkla kullanılan klasikleşmiş bir yöntemdir; ancak donör alandaki fasya defekti olan kasların ve tendonlarının üzerinin doğrudan greftlenmesi, çoğunlukla bu greftin başarı şansını azaltmakta ve sekonder defektler ve deformiteler oluşturmaktadır. Donör alanın primer olarak anarılması ve sadece lineer bir skar oluşturması bakımından fasyal flep bu bölgenin rekonstrüksiyonunda üstünlük sağlamaktadır. Flebin çok ince olması nedeniyle normal el örtüsüne daha çok benzerlik göstermektedir. Bu da, hastaların pedikül ayrılması ve flep inceltilmesi gibi ikincil cerrahi girişimlere olan ihtiyacını azaltmıştır. Dezavantajı ise, yaşlı hastalarda çok ince bir fasya olduğundan kullanılamaması ve deri örtüsünün sağlanması için greft gerektirmesidir.

**Şekil 1**



25 yaşında erkek hasta, iş kazası sonrası sol el 2. ve 3. metakarpal kırık, 2. ve 3. parmak ekstensör tendon defektleri ve yumuşak doku defekti ile başvurdu. Kemik onarımı tekli vidalarla, tendon onarımı plamaris longus tendon grefti ile, yumuşak doku onarımı radyal önkol fasyal flep ve deri grefti ile sağlandı. Hastanın fizik tedavi sonrası el fonksiyonlarının tamamının restorasyonu sağlandı. El dorsumunda hipertrofik skar oluşumu dışında kabul edilebilir bir estetik sonuç elde edildi (post op 6. ay görüntüsü).

## P-007

### Yanık Sonrası Boyun Kontraktürlerinin Açılmasında Asellüler Dermal Matrix(Matriderm) in Etkinliği ve Fonksiyonel Sonuçları

Oğuzhan Demirel, Bilgehan İlker, Mehmet Bozkurt, Can Uslu, Tefik Balıkcı  
S.B.Ü Bağcılar E.A.H. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Yanık sonrası gelişen boyun kontraktürleri rekkurens oranlarının yüksekliği, fonksiyonel kazanımın azlığı, geçirilen operasyon sayısı, hayat kalitesindeki ileri derecede yarattığı kısıtlılık ile tedavisi güç bir tıbbi sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Graft, lokal flepler ve free flepler yaygın kullanılan tedavi seçenekleridir. morbiditesinin az olması nedeniyle greft kullanımı daha ön plandadır. bununla birlikte greftin kontrakte olarak iyileşmesi ve greft konulan sahanın kalitesinin yetersiz olması fonksiyonel kazanımı azaltmakta birden çok cerrahinin yapılmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte günümüzde asellüler dermal matriks- Matriderm(Dr. Suwelack Skin and Health Care AG, Almanya) kullanımı oldukça artmıştır. Kollajen-elastin içeriği ile greft için daha sağlıklı bir yatak oluşturmaktadır. Bu mekanizma ile cilt elastikiyetini arttırdığı ve rekkürens riskini azalttığı düşünülmektedir.

**Metod:** 2014-2017 yılları arasında elektrik, alev, sıcak sıvı nedeniyle yanmış toplam 22 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Ortalama takip süresi 15 aydır(6ay-27 ay). hastaların boyun kontraktürleri fotoğrafik olarak belgelenmiştir. sternomental uzaklık ölçülmüştür. Boyun kontraktürleri kısmi kalınlıkta deri grefti ve matriderm ile onarılmıştır. V.A.C.(negatif basınçlı vakum ) ile pansuman yapılmıştır. post operatif 3.günde greft açılmıştır.

**Bulgular:** 22 hastanın 3 ünde hematoma nedeniyle kısmi greft kaybı görülmüştür. Graft kaybı yaşanan hastalar sekonder iyileşmeye bırakılmıştır. hastaların hepsinde ekstansiyon fonksiyonunda iyileşme gözlenmiştir. Cilt pliabilitysinde artış tespit edilmiştir. Takip süresince ortalama cerrahi sayısı 3 olarak gözlenmiştir.

**Tartışma:** Boyun kontraktürleri rekkürens oranlarının yüksekliği ile tedavisi zor bir yanık komplikasyonu olarak karşımıza çıkmaktadır. İçerdiği elastin ve kolajen üniteleri ile dermal matriks kullanımı greft kontraksiyonu azaltması ve elastikiyetini arttırması ile rekkürens oranlarını azaltmakta ve cilt kalitesini arttırmaktadır.

**P-008**

**Bilateral Subkutan Mastektomi ve Aynı Seansta Protez ile Rekonstrüksiyon Hastalarında Profilaktik Mastektomi Yapılması ve Sonuçları**

Haluk Vayvada, Alper Geyik, Adnan Menderes, Cenk Demirdöver, Hasip Şamil Yazgan  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Meme kanserinin gelişmiş toplumlarda görülme sıklığı 40-55 yaş arası kadınlarda %9,6-13, bu hasta grubunda meme kanserine bağlı ölüm riski %3,4'tür. Meme kanserinde temel tedavi yöntemi cerrahi tedavidir. Cerrahi tedavi seçenekleri lumpektomi sonrasında radyoterapi, basit mastektomi, modifiye radikal ve radikal mastektomidir. Bununla birlikte subkutan mastektomi ve eş zamanlı protez ile rekonstrüksiyon işlemi uygulanması giderek artmaktadır. Bu makalenin amacı küratif subkutan mastektomi yapılan hastalara karşı memeye profilaktik mastektomi yapılması gerekliliği ve bunun sonuçlarının karşılaştırılmasıdır.

Gereç-Yöntem: Ocak 2006 ile Aralık 2017 tarihleri arasında nipple veya cilt koruyucu cerrahi prosedürü uygulanan 60 kadın hasta (119 meme) çalışmaya dahil edildi. Operasyon sırasında patoloji sonucunda karsinomun NAC ve cilde yakınlığına göre flep kalınlıkları ayarlandı. 1 hasta diğer memeye profilaktik mastektomi yapılmasını istemedi. 2 hastaya daha önceden otolog doku ile meme rekonstrüksiyonu yapıldığından çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: 57 hasta ve 113 memeye nipple ve cilt koruyucu cerrahi uygulandı. Hasta yaşları 31-62 arasında, ortalama yaş 45,1 idi. 2 hastada BRCA 1 mutasyonu saptandı. 27 hastada (%47,3) kanser sağ tarafta saptandı. 1 hastada meme redüksiyonu sonrasında meme kanseri tanısı konuldu. 5 hastada (%8,77) kanser tanısı almamış tarafta kanser saptandı. 26 hastada (%45,6) erken veya geç komplikasyon gelişti. Kullanılan insizyon tipinin, KT veya RT alınması, sigara, diyabet, hipotiroidi ve artmış BMI komplikasyon riskini arttırması açısından önemli olduğu görüldü.

Sonuç: Kontralateral profilaktik mastektomi sonrasında Kontralateral memede kanser saptanma oranları literatürde %0,6 civarında bildirilmekle birlikte çalışmamızda %8,77 olarak saptanmıştır. İkincil bir kazanç olarak, kozmetik sonuçlar anlamında meme asimetrisinin sağlanması açısından tek taraflı operasyon seçeneğine göre daha avantajlı olduğu tartışmasızdır. Bu nedenle profilaktik subkutan mastektomi tarafımızca önerilmektedir.

Kaynakça: Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA (2000) Cancer statistics, 2000. CA Cancer J Clin 50:7-33 J Clin Oncol. 2009 Mar 20;27(9):1362-7. doi: 10.1200/JCO.2008.20.1681. Epub 2009 Feb Increasing rates of contralateral prophylactic mastectomy among patients with ductal carcinoma in situ. Tuttle TM1, Jarosek S, Habermann EB, Arrington A, Abraham A, Morris TJ, Vernig BA. Current Concepts and Techniques in Subcutaneous Mastectomy Patricia Yugueros, MD and Uldis Bite MD

**P-009**

**Eş Zamanlı DİEP Flep ile Meme Rekonstrüksiyonu: Tek Merkez Deneyimi**

Osman Kelahmetoğlu<sup>1</sup>, Mustafa Ekrem Güleş<sup>1</sup>, Yeliz Emine Ersoy<sup>2</sup>, Direnç Özlem Aksoy<sup>3</sup>, Ethem Güneren<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Eş zamanlı meme rekonstrüksiyonu, olumlu psikolojik etkileri ile beraber giderek artan bir orana sahiptir. Geniş vakalı serilerde bu oran %70 lerin üzerindedir. Otolog doku kullanımı ilk seçenek ve otolog olarak karın alt dokusunun memeye en benzer ve şekillendirebilir olması ile DİEP flep neredeyse altın standart haline gelmiştir.

Bu çalışmada kliniğimizde son 1 yıl içinde DİEP flep ile eş zamanlı rekonstrüksiyonun sonuçları analiz edilmiştir.

Hastalar ve Yöntem: Çalışmaya 2016 eylül ve 2017 ağustos tarihleri arasında eş zamanlı meme rekonstrüksiyonu uygulanan 17 hasta dahil edildi. Hastaların yaşları 28 ile 56 arasında değişmekteydi. Tüm hastalar onkolojik meme konseyi tarafından seçildi. Tüm hastalar aynı meme cerrahi ve aynı rekonstrüktif cerrah tarafından görülüp preoperatif rekonstrüksiyon planlaması yapıldı. Yine tüm cerrahiler aynı ekip tarafından gerçekleştirildi.

Tüm hastalara ameliyat öncesi perforator haritalama için bilgisayarlı tomografi (BT) anjio görüntüleme yapıldı. BT çekimleri standardize edilmiş aynı yöntem ile çekildi ve aynı radyolog tarafından yorumlandı.

Sonuçlar: 17 hastaya, 23 DİEP flep uygulandı. 6 hastaya iki taraflı, 11 hastaya tek taraflı flep yapıldı. Tüm flepler BT anjio da verilen koordinatlara en geniş çaplı ve en geniş yayılıma sahip tek perforator üzerinden kaldırıldı. Flep kaldırma süreleri 60 dakika ve 120 dakika arasında değişmekteydi. Yüzeysel inferior epigastrik ven fleplere dahildi ancak anastomoz sırasında tek ven kullanıldı. Tüm hastalar ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesinde gözlem amaçlı bir gece takip edildi. İki flep tam kaybı yaşandı. Bir flepte venöz yetmezlik görüldü ve sülük tedavisi ile kurtarıldı. Bir hastada pyoderma gangrenosum gelişti ve flep kaybı olmadan kurtarıldı. İki flepte geç dönemde yağ nekrozu geliştiği görüldü. Tüm anastomozlar İMA ve İMV uygulandı.

Tartışma: Onkolojik olarak uygun görülen hastalarda eş zamanlı meme onarımı dünyada standart hale gelmektedir. Kullanılabilecek seçenekler arasında ise otolog dokular öncelikli olmaktadır ve uygun hastalarda DİEP flep birinci seçenektir. Uzun süreli vaka çalışmalarında flep kayıpları %0,5'in altında gösterilse de bizim serimizde oluşan 2 flep kaybı (%8) öğrenme eğrisi gelişimine bağlanabilir. Ancak meme rekonstrüksiyonu yapan bir merkez haline gelebilmek için önce kişilerin başlayıp sonra takımların oluşturulması gerektiği ve bu yolda standardize edilmiş basamakları takip etmenin bu uzun süreçte başarıyı arttıracığı kanısındayız.

**Bilateral DIEP**



**P-010**

**Alt Ekstremitte Yumuşak Doku Rekonstrüksiyonunda Klinik Deneyimimiz**

Çağla Çiçek<sup>1</sup>, Soner Tezcan<sup>1</sup>,  
Mustafa Erol Demirseren<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yozgat Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Yozgat

<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi; Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

**Amaç:** Alt ekstremitte yumuşak doku onarımındaki deneyimlerimizi aktarmak amacıyla kliniğimizde opere edilen hastalarda hangi kapatım yöntemleri tercih edilmiş, yıllar içerisinde tercih edilen cerrahi tekniklerdeki değişimler, farklı tekniklerin birbirlerine göre avantaj ve dezavantajları, komplikasyonları, hastaların fonksiyonel ve estetik açıdan sonuçlarının ortaya konması amaçlanmıştır.

**Materyal-Metod:** Ocak 2004 ve Ocak 2016 tarihleri arasında alt ekstremitte oluşan 967 yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılan yöntemler retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Arşiv taraması sonucunda hastaların yaş, cinsiyet, ek hastalık varlığı, alt ekstremitte açık yarasının etiyolojisi, defektin yerleşim yeri, defekt kapatımında seçilen yöntem, anestezi şekli, komplikasyon, hastanede yatış süresi, geçirilen ameliyat sayısı belirlenmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamıza 673 hasta dahil edilmiş ve 967 defektin opere edildiği tespit edilmiştir. Hastaların %69,99'u (n=471) erkek, %30,01'i (n=202) kadın olarak saptanmıştır. Ortalama yaş 46,2 (7-85) ve en sık etiyolojik neden travma olarak değerlendirilmiştir. Defekt alanları incelendiğinde en sık ayakta doku defekti nedeniyle hastaların opere edildiği görülmüştür. Tüm alt ekstremitte doku defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılan cerrahi yöneme bakıldığında greftin tercih edildiği tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Geçtiğimiz 30 yıl içerisinde alt ekstremitte rekonstrüksiyonunda rekonstrüktif merdivende alt basamaklara daha çok başvurulur olunmuştur. Tüm bu gelişmelere rağmen fonksiyonu korumak için uygulanan çözümlerin uzun dönemde en iyi sonucu veremeyebileceği ve amputasyonun hasta için nadir de olsa kaçınılmaz olabileceği unutulmamalıdır.

**P-011**

**İntranazal Ekstramukozal Yol (Açık Gökyüzü Yolu): Açık rinoplastideki lateral osteotomiler için yeni bir yol**

Ali Teoman Tellioğlu<sup>1</sup>, Elif Sarı<sup>2</sup>,

Hülda Rıfat Özakpınar<sup>3</sup>, Tolga Eryılmaz<sup>3</sup>,

Emre İnöz<sup>3</sup>, Tülin Şen<sup>4</sup>, İbrahim Tekdemir<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,

Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale

<sup>3</sup>Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>4</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Ankara

**Amaç:** Rinoplasti operasyonlarda yapılan osteotomiler için birçok yol tercih edilmektedir. Her birinin kendine ait avantaj ve dezavantajları vardır. Bu çalışmanın amacı açık rinoplasti esnasında yapılacak lateral osteotomiler için yeni ve daha güvenli bir yol tasarlamaktır.

**Yöntem-Gereçler:** Önce intranazal ekstramukozal yolun lateral osteotomilerde uygulanabilirliği için kadavra çalışması yapıldı. Toplam 5 kadavra kullanıldı. İşlem esnasında herhangi bir sorunla karşılaşılmayınca ardışık 23 rinoplasti hastasında yöntem denendi. Hastalardan 19' u primer, diğerleri seconder rinoplasti vakasıydı. Bütün hastalarda medyan osteotomi prosedüre eklendi. Lateral osteotomi intranazal ekstramukozal yoldan kolaylıkla gerçekleştirildi.

**Bulgular:** Angular arter hasarına bağlı hemoraji hiçbir hastada gözlenmedi. Ödem ve ekimoz minimaldi. Burun içi muayenede mukozada herhangi bir yırtığa rastlanmadı. İşlem sonrası kemik çıkıntı ya da kemikte düzensizlik gözlenmedi. Hastaların ortalama takip süresi 17 ay idi. Hastalarda uzun dönem komplikasyona rastlanmadı.

**Sonuç:** İntranazal ekstramukozal yol lateral osteotomiler sırasında daha rahat, daha kolay uygulanabilir, mukoza hasarı yaratmayan bir lateral osteotomi işlemin sağlamaktadır. Ayrıca ekstra cilt ve mukozaya kesisi gerektirmediğinden skar oluşumunu da engellemektedir. Nazal kemiklerin iç yüzlerindeki periostun korunması ise bu yöntemin en önemli avantajlarından birisidir.

**P-012**

**Non-metastatik Non-melanom Deri Kanseri: 4 Yıllık Klinik Deneyimlerimiz**

Elif Sarı

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale

**Amaç:** Bu çalışmamızda kliniğimize başvuru ve tedavi edilen metastaz yapmamış non-melanom deri kanseri (NMDK) tanılı hastalar retrospektif olarak taranıp değerlendirilmiştir.

**Yöntem-Gereçler:** Hastaların demografik özellikleri, komorbiditeleri, risk faktörleri, tümör tipleri, differansiyasyon seviyeleri, lokalizasyonları, takip süreleri, tedavi metodları ve oluşan komplikasyonlar kaydedilip sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Toplam 148 hastadan (63 kadın, 85 erkek) 163 tümör dokusu [111 bazal hücreli karsinom (BHK), 52 kutanöz skuamöz hücreli karsinom (SHK)] eksize

edildi. Hastaların ortalama yaşları 70.8 yıl idi. Fitzpatrick deri tipleri 2-4 arasında değişmekteydi. 74 hastanın NMDK ile ilişkili risk faktörleri vardı. Toplam 63 hastada komorbiditeler mevcuttu. Tümörler genellikle baş-boyun bölgesinde yerleşmekteydi. SHK grubunda 42 lezyon iyi diferansiye, 10 lezyon ise orta diferansiye idi. Tümör eksizeyonları sonrası oluşan 108 defekt flep ile kapatıldı. Diğerleri ise primer sütüre edildi ya da greftlendi. Ortalama takip süresi 16.2 ay idi. Bir hastadaki greft kaybindan başka komplikasyona rastlanmadı. BHK ve SHK grupları arasında deri tipi, komorbiditeler, tümör boyutları, takip süreleri ve cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark izlenmedi. Aksine, risk faktörleri ve yaş dağılımları açısından gruplar arasında anlamlı fark vardı. SHK grubunda tümör boyutu ile kötü diferansiyasyon pozitif korelasyon mevcuttu. Ayrıca tümör boyutu ile deri tipi değerleri arasında da negatif korelasyon saptandı.

Sonuç: Sonuç olarak çalışmamızda tespit ettiğimiz istatistiksel değerler literatürden biraz farklılık göstermektedir. Bu farklılıkları anlamlandırabilmek için ileri dönemlerde çok merkezli dataların biriktirilip daha geniş bir çalışma yapılması gerekmektedir.

### P-013

#### **Redüksiyon Mamoplasti Deneyimlerimiz: Kliniğimizde kullanılan teknikler ve komplikasyonların analizi**

Fatih Irmak, Işıl Akgün Demir,  
Selami Serhat Şirvan, Kamuran Zeynep Sevim,  
Ayşin Yeşilada  
*Sağlık Bilimleri Üniversitesi; Şişli Hamidiye Etfal  
Uygulama ve Araştırma Merkezi; Plastik, Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul*

Giriş: Redüksiyon mamoplasti plastik cerrahi alanında en sık yapılan ameliyatlardan biridir. Teknik olarak yıllar içerisinde farklı pediküller ve skarlar tanımlanmıştır; ancak hangi tekniğin seçileceği çoğunlukla cerrahın tecrübesine ve hastanın durumuna bağlıdır. Bu çalışmamızda kliniğimizde son 7 yılda yapılan redüksiyon mamoplasti ameliyatlarının analizini paylaşmayı amaçladık.

Materyal & Metod: Çalışmamız Ocak 2010 – Haziran 2017 tarihleri arasında redüksiyon mamoplasti uygulanmış toplam 235 hasta dahil edildi. Hastaların 228'i bilateral makromasti nedeniyle opere edilirken, kalan 7 hasta meme asimetrisi nedeniyle tek taraflı olarak opere edildi. Tüm hastalarda, preoperatif hazırlıkları sırasında yaşlarına uygun olarak ultrason veya mamografi görüntülemesi ile tarama yapıldı.

Bulgular: Hastaların yaşları 18 ile 67 arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması 39,95 olarak hesaplandı. Ortalama hastanede yatış süresi 1.4 gün (1-4 gün) olarak saptandı. 235 hastada 461 redüksiyon mamoplasti gerçekleştirildi. 92 hastada superior, 63 hastada superomedial, 21 hastada medial, 16 hastada santral, 16 hastada vertikal ve 5 hastada inferior pedikül tercih edilirken, 21 hastada Thorek metoduyla ve 1 hastada liposuction yöntemi ile redüksiyon mamoplasti uygulandı. 190 hastada ters T skarlı redüksiyon mamoplasti yapılırken, 44 hastada vertikal skar kullanıldı. Vertikal skarlı hastaların 30'unda superior, 8'inde medial, 4'ünde superomedial, 1 hastada inferior pedikül kullanılırken 1 hastada Thorek metodu uygulandı. Meme başına ortalama eksize edilen doku miktarı 696,45 gr olarak hesaplandı. Liposuction uygulanan hastadan bilateral 200 cc lipoaspirat elde edildi. 4 hastaya T skarlarının horizontal componentinde oluşan dog ear deformiteleri için revizyon uygulandı. 1 hastaya takiplerinde cilt nekrozu saptanması

üzerine cerrahi debridman uygulandı ve yara bakımı ile iyileşme sağlandı. Kalan hastalarda herhangi bir major komplikasyonla karşılaşılmadı.

Sonuç: Redüksiyon mamoplasti operasyonları, çoğunlukla orta yaş kadınlar tarafından günlük hayatlarını etkileyen ağır ve postür bozukluğu yaratmaları nedeniyle talep edilmektedir. Tercih edilen yöntem literatürdeki trendlere, cerrahın deneyimine ve hastanın meme ölçülerine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Süperiomedial, medial ve superior pediküllü teknikler gerek pırlarlar yarımıyla dekolte dolgunluğu ve projeksiyonun daha iyi sağlanması gerekse daha kısa pedikül nedeniyle kliniğimizde daha sık tercih edilmiştir. Kliniğimizce yapılan operasyonlar sonrası komplikasyonların az görülmesinin en önemli sebeplerinden biri vücut kitle indeksi konusunda eleyici olmamız, sigara içen hastalarda sigaranın operasyondan en az 4 hafta önce bırakılması ve erken postoperatif dönemde içilmesinin getirebileceği olası zararların anlatılmasıyla mümkün olmuştur. Hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın, uygun hastalarda skar seçiminde özgür olunması, gereken vakalarda ters T insizyona dönülmesiyle bu operasyonların sonucu hastaların tamamına yakınında yüz güldürücü sonuçlar vermekte olup, hayat kalitelerini iyileştirmektedir.

### P-014

#### **Ulnar Arter Anevrizmasının İnterpozisyonel Ven Grefti İle Onarımı**

Burak Özkan<sup>1</sup>, Atilla Eyüboğlu<sup>1</sup>, Emrah Efe Aslaner<sup>2</sup>,  
Ahmet Çağrı Uysal<sup>1</sup>, Nilgün Markal Ertaş<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik  
Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara*  
<sup>2</sup>*Başkent Üniversitesi Adana Turgut Noyan Uygulama  
ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik  
Cerrahi Kliniği, Adana*

Giriş: Ulnar arter anevrizmaları nadir görülen periferik arter anevrizmalarındandır. Sıklıkla ulnar arterin distal segmentlerinde görülür ve olguların çoğunda travma öyküsü vardır. Gerçek veya pseudoanevrizma şeklinde gelişebilirler. Parmaklarda iskemik ve tromboz, ağrı ve soğuk intoleransına neden olabilirler. Bu olgu sunumunda travma öyküsü olmayan hipotenar bölgede gelişen gerçek ulnar arter anevrizmasının mikrovasküler rekonstrüksiyonu sunulmuştur.

Vaka Sunumu: 23 yaşında erkek hasta sol elinde şişlik ve soğuk hassasiyeti şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Öyküsünde elindeki şişliğin 2 sene önce başladığı, kist ön tanısı ile dış merkezde operasyona alındığı, eksplorasyonda damar olduğu anlaşıncı ameliyatın sonlandırıldığı öğrenildi. Travma, damar yolu girişimi veya otoimmün hastalık tarifilemedi. Soygeçmişi ve özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde sol el hipotenar bölgede pulsasyon veren 2x2 cm boyutlarında kitle palpe edildi. Elde dolaşım bozukluğunu düşündürecek siyanoz, tüylerde azalma, eskar veya yara mevcut değildi. Allen testinde ulnar baskınlık tespit edildi. Hastanın el motor ve duyu muayenesi olağandı. Tinel testinde ulnar sinirde kompresyonu düşündürücü bir bulgu tespit edilmedi. Hastada ulnar artere yönelik vasküler patoloji düşünüldüğünden MR anjiyografi görüntüleme istendi (Şekil 1a). Yapılan MR anjiyografide el bileği distali ulnar arter distal segmentinde Guyon kanalı çıkışında yaklaşık 2x2 cmlik anevrizmatik genişleme tespit edilmesi üzerine hastaya ulnar arter dominansı olduğu için anevrizma eksizeyonu ve interpozisyonel ven grefti ile onarım planlandı. Turnike altında hipotenar bölgeden el bileğine uzanan insizyon ile ulnar arter diseke edildikten sonra turnike indirilerek anevrizmanın karakteri, elin dolaşımı gözlemlendi (Şekil 1b-

c). Anevrizmatik segmentin yaklaşık 0.5 cm proksimaline distalde palmar arkusa 0.5 cm mesafe olacak şekilde ulnar arter klemplendi. Radyal arterin eli beslenmesinde yeterli olduğu görüldü. Anevrizma eksize edildikten sonra yapılan vertikal kesi ile eksplere edildi. Herhangi bir intraluminal trombus veya düzensizlik görülmedi ve patolojik incelemeye gönderildi. Ulnar arter defekti ön kol volar yüzden alınan reverse interpozisyonel ven grefti ile mikroskop altında onarıldı. Arteriyel akım görüldü (Şekil 1d). El bileği istirahat pozisyonunda atelet alınarak ameliyata son verildi. Hasta postoperatif erken dönemde el doppleri ile takibi yapıldı. Erken ve geç dönemde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı.

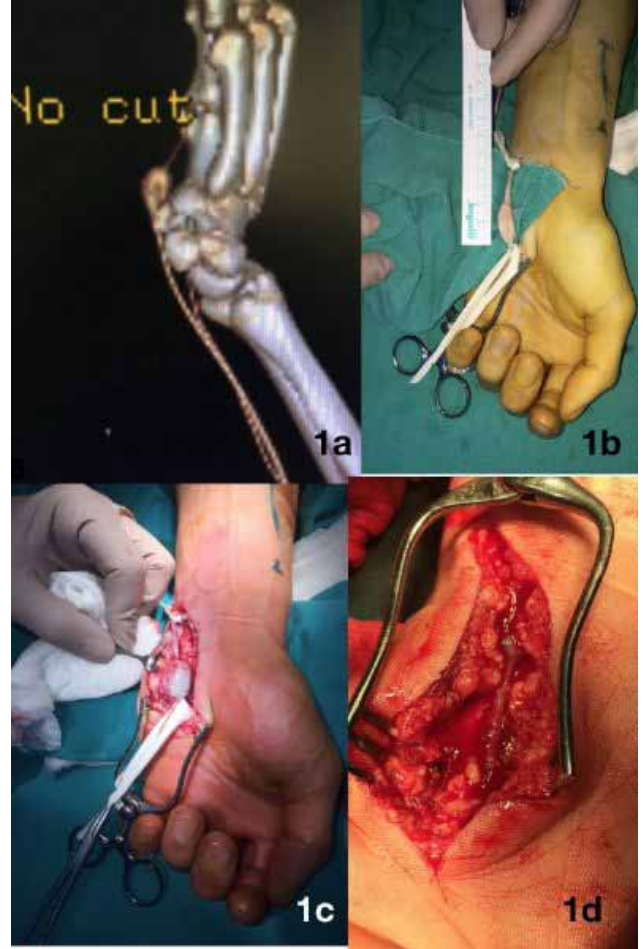
**Tartışma:** Travma bağımsız gerçek anevrizmalar literatürdeki serilerde yüzde 10'dan az rapor edilmişlerdir. Ulnar arter anevrizmalarının etiyolojisinde travmanın ana sebep olduğu görülmektedir. Ulnar bölgedeki anevrizmalar içinde ulnar hammer sendromu denilen hipotenar bölgenin tekrarlayan travmaları sonrası gelişen pseudo anevrizmalar en sık görülür. Pseudoanevrizmalarda gelişen intramural trombusların neden olduğu parmak siyanozları, parmak distali eskarları bu sendromun en sık klinik bulgusudur ve Reynaud nedenleri gibi otoimmün vasküler patolojiler ayırıcı tanıda yer alır. Olgumuzda herhangi bir iskemi bulgusu ve travma öyküsü bulunmadığı için ulnar hammer sendromu ve parmak iskemisi nedenleri düşünülmemiştir. Anevrizmalar aynı arteriyel sistemde farklı lokalizasyonlarda görülebileceğinden anjiyografi, MR anjiyografi gibi damar yapısını gösteren tetkikler preoperatif faydalı olacaktır. Anevrizmalar siyanoz ve dolaşım problemlerine neden olmadıklarında konvansiyonel olarak takip edilebilirler fakat spontan rüptür gelişimi bildirilmiştir. Temel tedavi ulnar baskınlık durumunda interpozisyonel greftlerle mikrovasküler onarımdır. Radyal arterin baskın olduğu durumlarda eksizyon ve ligasyon da tedavi seçenekleri içindedir.

**Sonuç:** Ulnar bölgedeki anevrizmalarda etiyolojinin anlaşılması ve tedavinin yönetimi için travma öyküsü, hastanın meslek grubu sorgulanmalıdır. Anevrizmaların spontan rüptür, distal emboli gibi komplikasyonlara neden olabileceği bilindiğinden preoperatif olarak fizik muayene ve anjiyografiler ile değerlendirildikten sonra interpozisyonel ven greftleriyle mikrovasküler rekonstrüksiyonun yapılmasını öneriyoruz.

#### Referanslar

1. Harris EJ Jr. et al 'Surgical treatment of distal ulnar artery aneurysm' Am J Surg, 1990 may,159(5):527-30
2. Yuen et al. 'Hypotenar hammer syndrome An Update with Diagnosis and Treatment' Ann Plast Surg 2011;67: 429-438
3. A. Schrötte et al.: 'Hypotenar hammer syndrome' DOI 10.1024/0301 - 1526/a000427

**Şekil 1**



1a Ulnar arter anevrizmasının MR anjiyografik görüntüsü 1b Ulnar arter anevrizmasının turnike altındaki diseksiyonu 1c Anevrizma boyutlarının net görülebilmesi, el dolaşımının değerlendirilebilmesi için turnike açılması sonrası görünüm 1d Anevrizma eksizyonu sonrası damar defektinin interpozisyonel ven grefti ile onarımı

#### P-015

#### Alt Ekstremitte Kontraktürlerinin Serbest Flep ile Rekonstrüksiyonu

**Samet Şendur,** Mehmet Cömert,  
Zeynep Deniz Akdeniz, Melekber Özkan,  
Bülent Saçak, Özhan Çelebiler  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif  
ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Yanık, travma veya operasyon sonrası oluşabilen alt ekstremitte kontraktürleri, hastalarda ekstremitte hareketlerinde kısıtlılık, özel ekstremitte atelleri-ayakkabıları kullanımı, mobilizasyon problemleri ve kontraktür bölgesinde ağrı ile günlük hayatlarında zorluklar oluşturmaktadır.

Kliniğimizde 1999 - 2017 yılları arasında yanık, travma veya kanser operasyonları sonrası geç dönemde ekstremitede fonksiyonel kısıtlılığa yol açan alt ekstremitte kontraktürlerin açılması sonrası serbest flep ile rekonstrüksiyon uygulanan 19 hastada, 20 serbest flep retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Kontraktür açılması sonrası oluşan defekt çapı ortalama 13.6 x 12.1 cm olarak ölçülmüştür. Bu hastalar anatomik lokalizasyona göre

ayrıldığında; popliteal bölge kontraktürü olan 7 hastaya 6 skapular flep, ayak dorsumu kontraktürü olan 5 hastaya 4 ALT flebi, plantar bölgede kontraktürü olan 3 hastaya ise 2 serbest latisimus dorsi ve 1 serbest rektus abdominis kas flebi uygulanmıştır. (Tablo 1). Hastaların ortalama yaşı: 26.5 idi. 19 hastadan 10'u pediatrik vaka idi. 19 hastanın 6' sında yara yeri dehisans ve 2 hastada parsiyel nekroz, 1 total nekroz tespit edildi. Hastaların ameliyat sonrası kontrollerinde eklem hareketlerinde açıklıkları değerlendirildi.

Kontraktür açılması sonrası oluşan defektlerde serbest vasküler doku ile onarım, özellikle defekt alanındaki nedbe mevcut olan durumlarda deri greftlerine göre daha uygun bir tedavi seçeneğidir. Alt ekstremitelerde kontraktürlerinde ayak dorsumu ve popliteal bölgelere serbest septokutan fleplerin, topuk ve plantar bölge rekonstrüksiyonunda ise serbest kas fleplerin kullanılması ön planda düşünülebilir. Serbest doku nakilleri ve operasyon sonrası dönemde fizik tedavi rehabilitasyonu ile hastaların günlük hayattaki zorlukları azaltılabilmektedir.

**Tablo 1. Alt ekstremitelerde kontraktürlerinde anatomik lokalizasyona göre uygulanan serbest flepler**

| Anatomik lokalizasyon       | Hasta sayısı |                                 |                                  |                      |
|-----------------------------|--------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------|
| Popliteal bölge             | 7            | 6 serbest skapular flep         | 1 serbest latisimus dorsi flebi  |                      |
| Ayak dorsumu                | 5            | 4 serbest ALT flebi             | 1 serbest MSAP flebi             |                      |
| Ayak plantar bölge ve topuk | 3            | 2 serbest latisimus dorsi flebi | 1 serbest rektus abdominis flebi |                      |
| Krus                        | 3            | 1 serbest skapular flep         | 1 serbest latisimus dorsi flebi  | 1 serbest MSAP flebi |
| Uyluk                       | 2            | 1 serbest TAP flep              | 1 serbest ALT flebi              |                      |

## P-017

### İhmal Edilmiş Dev Dermatofibrosarkom Protuberans Olgusu

Abdullah Ünlü, Şeyda Evin, Osman Akdağ, Mehtap Karamiş, Zekeriya Tosun  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Konya

Giriş: Dermatofibrosarkom protuberans (dfsp) nadir görülen bir cilt tümörüdür. Dfsp sıklıkla 2. ve 5. dekatlarda görülür. Anatomik olarak en sık gövde ve ekstremitelerde ortaya çıkar. Klinik görünümü kırmızımsı-kahverengi, sert, nodüler plaklar şeklindedir. Dfsp yüksek oranda lokal nüks ile ve nadir uzak metastaz ile karakterizedir. Yavaş şekilde büyüyen bir tümör tipidir. Bu çalışmanın amacı ihmal nedeniyle geç dönemde kot, plevra ve pararenal yağlı dokulara invazyon bulgularıyla başvuran dfsp olgusunun ve yönetiminin paylaşılmasıdır.

Hasta ve Yöntem: 51 y son zamanlarda kilo kaybı olan ve 4 ay önce aktif tüberküloz nedeniyle tedavi almış kadın hasta sol flank bölgesinde 10 yıldır mevcut olan ve son 2 yıldır hızla büyüme gösteren kitle ile başvurdu. 25\*21\*17 cm boyutlarında kırmızı renkte noduler

görünümde yer yer nekrotik alanları olan akıntılı kitle ile başvurdu. İnsizyonel biopsi sonucu dfsp olan kitlenin MR görüntülemesinde derin kaslara doğru invaze olduğu, 12. kotu invaze ettiği, pararenal alanda yağlı dokulara ve diafram sol crusun infiltrasyonu olduğu görüldü. Hastanın tedavisi cerrahi geniş eksizeyon olarak planlandı. 5 cm lik sağlam sınırlarla geniş şekilde eksize edildi. İntraoperatif değerlendirmede plevraya ve 12. kostaya invazyon görüldü. 12. kot eksize edilerek plevra onarıldı. Ekstrarenal yağ dokusu da dahil edilerek temiz bir cerrahi sınır ile eksizeyontamamlandı. Sol abdominal transpozisyon flebi ve superiordal atissimus kas flebi ile defekt onarıldı. Kalan alanların splitthickness deri grefti ile onarımı yapıldı.

Sonuç: Takiplerinde herhangi bir problem izlenmedi. Kitlenin patolojisi dfsp geldi. Cerrahi sınırlar temiz idi.

Tartışma: 1962 yılında Taylor ve Helwig tarafından tanımlanan dfsp sıklıkla toraks, gövde ve proksimale ekstremitelerde görülmesine karşın az sayıda baş boyun bölgesinde görülen olgular mevcuttur. Lokal agresif seyirli uzak metastaz nadiren görülürken %50 oranında nüks ettiği bildirilmiştir. Tedavisinde radikal geniş eksizeyon gereklidir. Rutgers ve ark tarafından 3 cm sağlam sınırlı eksizeyon sonrası nüks oranının %20-30 lara düştüğünü bildirmiştir. Olgumuzda 5 cm lik sağlam sınırla, 12. kot, ekstrarenal yağ dokusunda dahil edilerek geniş eksizeyon yapılmıştır. İhmal edilen ve takip altında olmayan olguların geç dönemde daha komplike bir klinikle gelebileceği unutulmamalıdır. Bu hastalarda preoperatif dönemde mr ve benzeri görüntüleme yöntemleri ile kitlenin yayılımının değerlendirilmesi ve gerekli hallerde multidisipliner yaklaşım ile uygun bir planlama yapılması önemlidir. Dfsp tanılı hastaların yakın takip gerekliliği kitle boyutlarında büyüme gözlemlendiğinde agresif lokal invazyon yapmadan cerrahi tedavisi gerekmektedir.

### Dermatofibrosarkom Protuberans Olgusu



## P-018

### Kulak Lobülü Şekillendirilmesinde Modifiye Teknik; Kişiyi Özel Tasarım

Sedat Tatar, Billur Sezgin Kızılok, Selahattin Özmen, Reha Yavuzer  
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

Giriş: Yüzün estetik üniteleri değerlendirilirken ve yüz bölgesinde doğal ve estetik bir görünüm oluşturulmaya çalışırken kulak lobülü genellikle göz ardı edilen bir yapıdır ancak yaşlanmayla birlikte yüz bölgesindeki bütün yapılar ek olarak kulak lobülünde de sarkma, hacim kayıpları ve ekstra katlantılar oluşmaktadır (1) ve ya yüz germe operasyonlarından sonra kulak lobülünde gerek yanlış planlama gerek iyileşme sürecinde oluşan vektörel değişiklikler kulak lobülünde deformitelerle

sonuçlanabilmektedir(2). Kulak lobülünün yeniden şekillendirilmesi amacıyla pek çok teknik tanımlanmıştır. Bunlar basit wedge eksizyonlardan, lateral sınırdan direk eksizyonlara ve ya komple şekilli flep tasarımlarına kadar değişmektedir(3-5). Bu yöntemlerin hepsi kulak lobülünü küçültse de skar yerleşimi, kulak lobülünün yeni şekli, cerrahi sonrası oluşabilen anormal kıvrımlar ve deformiteler gibi dezavantajlar içerebilmektedir.

İdeal kulak lobülü intertragal mesafeden (I), çeneye yapışma yeri otobasion inferius (O) mesafesine ve (O) noktasından serbest kaudal uç noktasına (S) olan mesafelerin ölçümüyle belirlenmiştir ve I-O mesafesi 15 mm üzeri psödotitoz, O-S mesafesinin 5 mm'den fazla olması gerçek pitoz olarak değerlendirilmiştir ve kulak lobülü düzeltmelerinde her iki mesafeninde göz önünde bulundurulması gerekmektedir(6). Biz çalışmamızda kulak lobülü şekillendirilmesinde kliniğimizde kullandığımız tekniği ve sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Materyal-Method: Kliniğimizde aynı yaklaşımla opere ettiğimiz 7 hasta çalışmaya dahil edildi.

Cerrahi Teknik: Lokal anestezi altında ve ya ek cerrahi uygulanacaksa genel anestezi altında operasyon yapıldı. Preoperatif olarak fotoğraf çekimlerini takiben lokal anestezi öncesi kulak lobülü pitoz derecesi intertragal çentik - otobasion inferius (I- O) ve otobasion inferius - serbest kaudal segment (O- S) mesafeleri ölçüldü. Cerrahi işaretlemede 'O' noktasının hastanın ihtiyacına göre 2-3 mm altından başlayarak sub-antitragal katlantıya doğru ve oradan serbest lateral sınıra en az 6-8 mm bırakacak şekilde birbirine eşit mesafede 2 adet kresentrik insizyon planlandı. Lateraldeki 2. kresentten başlayarak inferiora doğru eşit mesafede 3. kresent çizildikten sonra bu noktadan devam eden ve hastanın ihtiyacı ve tercihinine göre açısı değişebilen serbest kaudal kenara doğru uzanan eliptik insizyon planlandı.(Resim ). İşaretle alanların eksizyonunu takiben 5/0 vicryl ile serbest inferior kenar 'O' noktasının 2-3 mm altındaki başlangıç noktasına sütüre edildi ve 6/0 prolene ile kulak lobülünün ön ve arka yüzüne dikiş atıldı. Cilt dikişleri 7 gün sonra alındı. Preoperatif I-O mesafesi 15 mm den fazla olan hastalar için insizyona postoperatif hedeflenen 'I -O' mesafesine göre ve O-S mesafesi 5 mm yi geçmeyecek şekilde 'O' noktasının 1-3 mm üzerinden çene bileşkesinden insizyona başlandı. Hiçbir hastaya profilaktik antibiyotik verilmedi ve postop kontrollerinde ölçümler tekrarlandı ve preoperatif ölçümlerle karşılaştırıldı.

Sonuçlar: 7 hasta opere edildi. 5 hasta primer olarak kulak lobülü şekillendirilmesi amaçlı başvurdu. 2 hastanın daha önce geçirilmiş face lift operasyonu sonrası kulak lobülleri şekillendirildi. Ortalama takip süresi 5 ay ( 3 - 7 ) idi. Operasyon süresi ortalama 25 dk idi( 18-38 dk). Preoperatif ölçümlerde I -O mesafesi ortalama 14 mm (12-17) idi. O-S mesafesi 7 (5-9) mm idi. Postoperatif I-O mesafesi 12 mm(10-14), O-S mesafesi 3 mm(1-4) idi. Hiç bir hastada enfeksiyon, yara açılması ve revizyon ihtiyacı olmadı.

Tartışma: İdeal kulak lobülünde I-O mesafesinin 15 mm'den küçük ve O-S mesafesinin 1-5 mm arasında olması gerektiği Mowlavi ve ark. tarafından tanımlanmıştır ve yaşlanma ve geçirilmiş cerrahiler sonrası kulak lobülünde oluşan pitoz ve pixie ear deformitesinin onarımı için pek çok teknik tanımlanmıştır(2-8). Bu tekniklerin bazılarında estetik normlara uymayan skar yerleşimi ve lateral sınır distorsiyonu ve ya yeterli eksizyon yapılamaması gibi dezavantajlar vardır. Kliniğimizde uyguladığımız teknik Putte ve ark tarif ettiği(9) tekniğine benzetmekle birlikte farkları ve tekniğimizin avantajları şunlardır; Preop analize ve hastanın ihtiyacına göre serbest kaudal kenarın operasyondan sonra kaç

mm olacağına karar verilerek insizyona 'O' noktasının 2-3 mm inferiorundan başlanılarak serbest kaudal segment modifiye edilebilmektedir. Lateral sınırdan en az 6-8 mm sağlam cilt bırakılarak insizyona inferiora doğru devam edilmesi lateral segment rotasyonunu kolaylaştırmakta ve daha önce tanımlanan tekniklerde sorun olarak karşımıza çıkan lateral sınırdaki distorsiyonu engellemektedir. Inferior insizyonun açısının değişkenlik göstermesiyle hastaların istedikleri kulak şekli ve serbest segmentin boyu ve çeneden uzaklığı ayarlanabilmektedir. Face lift cerrahisi sonrası oluşan deformitelerde öncelikle pre-op planlanan 'O' noktasına kadar yapışıklık lineer insizyonla açılmakta ve hastanın ihtiyacına göre açısı değişken aynı flep tasarımı kullanılmaktadır. Hastalar kulak lobülünde bulunan kulak delinmesi sonrası oluşan skarlar ve deliklerde eksizyon alana dahil edilebilmektedir. Teknik tüm yaş gruplarında ve yüz germe operasyonları sonrası kulak lobülü deformitesi olan her hasta için uygundur. Uygulanması kolay ve hızlı bir teknik olup serbest lateral sınırda skar ve katlantı oluşturmamakta ve düzgün bir serbest lateral geçişi sağlamakta ve minimal skar bırakmaktadır.

#### Resim 1



#### P-019

#### Meme Başı ve Areola Onarımı Meme Onarımı Sonrası Hasta Memnuniyetin En Büyük Belirleyicisi Olabilir Mi? Bir Hasta Özbildirim Ölçüt Çalışması

Ahmet Biçer<sup>1</sup>, Erdem Güven<sup>2</sup>, Çiğdem Derya Aytop<sup>3</sup>, Burcu Çelet Özden<sup>2</sup>, Hatice Hülya Aydın<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>Esteworld Klinik, İstanbul

Amaç: Meme kanseri tanısı yaşamları boyunca yaklaşık olarak sekiz kadından birinin karşılaştığı ve karşılaştığı andan itibaren de özellikle kişi ve çevresi üzerinde derin psikososyal izler bırakan bir olgudur. Bu izler, kanser tanısının başlı başına yol açtığı dehşet, tedavide kullanılan hormonal ve kemoteropötik ajanların yan etkileri, cerrahi olarak da mastektominin herhangi bir türünün yol açtığı bilişsel, özbenliksel, cinsel ve sosyal etkilerin toplamıdır. Bu izlerin giderilmesinde özellikle son yıllarda onkolojik ekibin güvenlik endişeleri giderilebildiği, medya ve diğer organlardan yapılabiliği anlaşıldığı ve rekonstrüktif cerrahların deneyim ve eğitimlerinin yaygınlaştığı ölçüde de popülerliği artan şekilde uygulanan mastektomi sonrası

meme onarımlarının etkisi üst düzeydedir. Çok çeşitli şekil ve yöntemlerde yapılabilen meme onarımlarının hasta memnuniyeti üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Bu çalışmada bunların içerisinde Hata Özbildirim Ölçütleri (Patient Reported Outcome Measures – PROM) açısından en anlamlı etkenler incelenmiştir.

**Materyal-Metod:** 2005 ve 2009 yılları arasında kliniğimizde mastektomi sonrası meme onarımı yapılmış olan 34 hastayla birebir görüşme şeklinde yapılan anket çalışmamızın sonuçları değerlendirilmiştir. Bu anket çalışmasında hastaların psikososyal arkaplanları, hastalık öncesi, sonrası ve onarım sonrası psikoseksüel işlevsellikleri, duygu durumları, Rosenberg beden saygı ve algıları ile bunların meme onarım tekniği, zamanlaması, komplikasyonların varlığı, reoperasyon, meme başı ve areola rekonstrüksiyonu yapıp yapılmamış olması arasındaki bağıntılar değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların ağırlıklı olarak yüksek eğitim ve ekonomik bir arkaplana sahip olduğu, onarım yöntemi olarak 15'inin yalnızca otojen, 10'unun yalnızca implant, dokununun da hem otojen hem implant seçildiği görüldü. 12 hastaya dokuzu skate flep yöntemiyle olmak üzere meme başı onarımı yapılmış olduğu belirlendi. 20 hastanın karşı memesine de girişim yapıldığı, 10 hastanın meme alanında komplikasyon görüldüğü belirlendi. Grup içi analizlerde öz benlik algılarında ve memnuniyetlerinde anlamlı bir artış olduğu görüldü. Bu artış ve sonucunda meme onarımı sonrası genel memnuniyeti etkileyen tek öğenin meme başı ve areola onarımı yapıp yapılmamış olması olduğu görüldü.

**Sonuç:** Bu çalışmada hasta memnuniyetinin mastektomi tipinden, meme simetrisinden ve rekonstrüksiyonun estetik sonucundan, rekonstrüksiyon zamanlaması ve yönteminden bağımsız olarak kendini göstermesi beklentilerinin (en azından bu çalışma için ve kendi beyanlarıyla) oldukça düşük olduğunu göstermektedir. Bunun dışında her hastayı meme başı onarımı için ikna etmek hastaların yaşam kalitelerini büyük ölçüde artıracaktır.

## P-020

### **Ekspoze Ventriküloperitoneal (VP) Şant da Kullanılan Turn Over Periost Flebi**

**Mehmet Uzuner,** Sina Kaderi,  
Houtan Zolfagharpour, Mert Seçer, Abdullah Çalık,  
Ayşe Aydan Köse  
*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik,  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir*

**Amaç:** Bir hastalık veya değişik hastalıkların sonucu olarak karşımıza çıkabilen hidrosefalinin cerrahi tedavisinde mevcut en efektif ve en sık kullanılan yöntem ventriküloperitoneal şant (VPS) uygulamasıdır. Hidrosefalinin görülme sıklığı ise 1000 canlı doğumda 1-1.5 arasındadır. VPS'nin en sık komplikasyonları enfeksiyon ve obstrüksiyon dur ama bu komplikasyonları kabaca 3 ana başlıkta inceleyebiliriz. 1) şant cihazının mekanik yetmezliği 2) fonksiyonel yetmezlik 3) BOS veya şant enfeksiyonudur. Bu komplikasyonlardan her birinin yüksek mortalite ve morbitite riskine sahiplerdir. Biz bu çalışmamızda, VPS takılan ve ekspoz olan hastalarda, uygun debritman ve sonrasında turnover periost flebi ile ekspoz olan şantların kapatılmasını geriye dönük olarak incelemeyi amaçladık.

**Gerec ve Yöntemler:** Çalışmamızda Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD'nda Ocak 2009-Aralık 2016 yılları arasında tedavi edilen ventriküloperitoneal şant ekspoz olan

ve turnover periost flebi uygulanan hastalar geriye dönük incelenmiştir. Herhangi bir nedenle tedaviyi tamamlayamayan ve tedaviye uyumsuz hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaşı, cinsiyeti, yaranın ne zamandır var olduğu, yaranın yeri ve boyutu, kültür sonuçları ve postoperatif takipleri detaylı incelenmiştir.

**Bulgular:** hastaların yaş ortalaması 5.5 ay (1 ay-18ay) idi. 2 erkek bebek 4 kız bebek toplamda 6 hasta bu çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların ilk VPS operasyonundan ekspoz olana kadar geçen süre ortalama 3.1ay (1 ay-7 ay). Bu hastaların 2sinin mikrobiyolojik kültüründe üreme olmamış, 2sinden kültür alınmamış, 1 tanesinden C.tropicalis, 1 anesinden C.albicanus üremesi olmuş. Bu hastaların tamamına Turn Over Periost Flebi uygulanmış ve ortalama 4 yıl ( 8 ay – 8 yıl ) takiplerinde sadece 1 hastada 8 ay takibinde nüks gözlenmiş olup ikincil bir revizyon operasyonu( fasiokutan fleb) ile yara tekrar kapatılmış olup ve o hastanın takiplerinde bir daha nüks görülmemiş.

**Sonuç:** hidrosefaliye bağlı yerleştirilen VPS' lerin ekspozisyonu sonucunda ciddi komplikasyonlar hastaları beklemekte olup, bu hastalarda mortalite ve morbiditenin önüne geçmek adına Turn Over Periost Flebi güvenli bir yöntem olarak kullanılabilir.

## P-022

### **Çocuklarda Tetik Parmakta Klinik Değerlendirme ve Tedavi**

**Uğur Horoz<sup>1</sup>,** Hülâ Rıfat Özakpınar<sup>2</sup>, Elif Sarı<sup>3</sup>,  
Emre İnözü<sup>2</sup>, Avni Tolga Eryılmaz<sup>4</sup>,  
Ali Teoman Tellioglu<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Dr. Ersin Arslan Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Gaziantep

<sup>2</sup>Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi,

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>3</sup>Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale

<sup>4</sup>Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>5</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Çocuk hastalarda başparmakta olan tetiklenme diğer parmaklara oranla yaklaşık on kat daha sık görülmektedir. Çocukluk çağında olan tetiklenmenin genellikle 8 yaşından küçük çocuklarda görüldüğü bildirilmiştir. Parmağın fleksiyon kontraktürü tetiklenmenin en yaygın görülen başvuru şikayeti olarak bilinmektedir. Teşhis, yeni doğanın karakteristik fleksör postüründen dolayı erken dönemde atlanabilmektedir. Kliniğimizde 2009 ve 2016 yılları arasında 44 tetik başparmak ve diğer parmaklarda olan tetiklenmeyi tedavi ettik. 35 çocukta (16 erkek ve 19 kız) 36 başparmakta ve sekiz diğer parmaklardaki tetiklenme tedavi edildi. Beş hastada iki taraflı tetik parmak, bir hastada beş parmakta tetiklenme vardı. 44 tetik parmak ve baş parmakta 27>sinde (% 61) Notta nodülleri vardı. Hastaların% 73>inde fleksiyon deformitesi vardı. Hiçbir hastada doğumda tetiklenme olduğu bildirilmedi. Çocuklarda tetiklenmenin geleneksel ve başarılı tedavi yöntemi olarak bilinen A1 pulleyin serbestlenmesi 34 hastada 39 parmakta standart cerrahi teknikler kullanılarak uygulandı. Beş parmakta tetiklenme olan hastada steroid enjeksiyonundan yanıt alındı. Ortalama 30 aylık takip uygulanan hastalarda herhangi bir sorun ya da şikayet görülmedi. Birçok yazar tarafından metabolik veya inflamatuvar

hastalıklarla herhangi bir ilişki bulunmaması durumunda çocuklarda tetik parmak tedavisinde cerrahi serbestleme önerilmektedir. Hastalarda fiziksel tedavi sırasında çocukların uyumsuzluğu ile olan tedavide başarısızlık ve tekrarlama oranları nedeniyle konservatif tedaviyi bir yaşından büyüklerde tercih etmedik. Bu nedenle, klinik deneyimler ışığında çocukluk çağında tetiklenmenin tedavisi için standart cerrahi teknik olarak kabul edilen A1 pulleyin serbestlenmesini öneriyoruz.

## P-023

### Opklik tip replantasyonları

Mehmet Dadacı, Serhat Yazar, Bilsev İnçe,  
Orkun Uyanık, Mehmet Cem Yıldırım  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

Giriş: Pulpa yaralanmaları elin en sık gözlenen yaralanmalıdır. Bu yaralanmalar çoğunlukla tek parmakta olabilmekteyken birden fazla parmakta da görülebilir. Tedavide sekonder iyileşme, greft uygulaması veya çeşitli flep teknikleri kullanılması yanında replantasyonda düşünülmelidir. Damar boyutunun küçüklüğü, yaralanma şeklinin ezici-avülzyon tarzında olması ve mikrocerrahi tecrübesi gerektirmesi nedeniyle pulpanın replantasyonunu zorlaştırmaktadır. Fakat diğer tedavi seçenekleriyle kıyaslandığında en iyi sonuçlar replantasyonla olmaktadır. Replantasyon için çeşitli sınıflandırmalar kullanılmıştır. Tamai sınıflaması, distal falanks amputasyonunu 2 seviyeye ayırır. Tamai zone 1; (Tz1) tırnak kökü ile parmak ucu arasındaki bölge, Tamai zone 2; (Tz2) tırnak kökü tırnak kökü ile dip eklem arası bölge olarak sınıflandırılmıştır. Hiraze (tip 1-tip 2a, tip 2b-tip 3), Ishikawa (zone1,2,3,4) e ayırır. tüm bu sınıflandırmalar parmağın enine yaralanması ya da kopmasına göredir. Fakat yaralanmaların çeşitliliği sınıflandırılmaya uymayan yaralanma çeşitlilikleri vardır ve bunların klasifikasyonda hangi bölgeye katılacağı belli olmamaktadır. Buna yönelik bu opklik yaralanmalarında içine alan geniş bir parmakucu sınıflandırılmasına ihtiyaç vardır. Yaptığımız opklik tip replantasyonlarını ve sınıflandırma tartışılacaktır.

Olgu Sunumu: İş kazası sonrası gelişen 4 farklı hastadaki opklik tip amputasyonları ve replantasyonu ile ilgili cerrahi bilgiler sözlü sunumda aktarılacaktır. Sonrasında da bu amputasyonların hangi sınıflandırma sistemine neden girmediği ve sınıflandırma sistemlerinin eksiklikleri tartışılacaktır.

Sonuç: Pulpa rekonstrüksiyonunda en iyi estetik ve fonksiyonel sonuç amputatın replantasyonudur. Uygun hastada ve uygun pulpa yaralanmalarında replantasyon işlemi düşünülmelidir. Bu replantasyonların takip değerlendirme, veri işleme, kişiler arasında bilginin net ulaştırılabilmesi için sınıflandırma işlemleri herkezin anlayacağı ve açık şekilde olmalıdır.

resim 1



## P-024

### Sünnet İşlemi Sonrası Gelişen Nadir bir Komplikasyon: Keloid Skar

Hülda Rıfat Özakpınar<sup>1</sup>, Elif Sarı<sup>2</sup>, Uğur Horoz<sup>1</sup>,  
Mustafa Durgun<sup>3</sup>, Ali Teoman Telliöğlu<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif  
ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale

<sup>3</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır

<sup>4</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Keloid dokusu ağrı ve kaşıntıyla sebep olan anormal dermal kollajen birikimine bağlı yara iyileşme problemidir. Her ne kadar benin olsa da aileler bu anormal skar dokusu sebebiyle plastik cerrahlara başvurumaktadırlar. Bu yazımızda sünnet alanında gelişen keloid dokusunun tedavisi ile ilgili olgu sunacağız.

Yöntem-Gereçler: 10 yaşında çocuk hasta kliniğimize 10 ay önce geçirdiği sünnet operasyon alanında gelişen keloid dokusu ile başvurdu. Keloid dokusu sirkumferansiyel eksize edildi. Patoloji sonucu keloid skar olarak raporlanması üzerine hastaya steroidli pomad reçete edildi.

Bulgular: Hasta 6 ay takip edildi. Bölgede herhangi patolojiye rastlanmadı.

Sonuç: Yara iyileşmesindeki problemler sünnet gibi rutin işlemler sonrası bile meydana gelebilmektedir. Hastalara her cerrahi işlem öncesi gerçekleştirilecek riskler anlatılmalı ve ebeveynlerden aydınlatılmış onam alınmalıdır.

## P-025

### Kepçe Kulak Deformiteleri İçin Alternatif Bir Teknik: Skafo mastoid Sütürasyonu

Elif Sarı

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif  
ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale

Amaç: Kepçe kulak deformitesi hastanın sosyal ve psikolojik durumunu etkileyen bir bozukluktur. Bu deformite

erken splintlemeden cerrahiye kadar değişen çok çeşitli tedavilerle düzeltilebilmektedir. Bu yazımızda kepçe kulak cerrahisinde kullanılabilecek pratik ve yeni bir sutureasyon metodunu sunmayı amaçladık.

**Yöntem-Gereçler:** Toplam 76 kepçe kulağa sahip 40 hasta (19 erkek, 21 kadın) skafomastoid sutureasyon metoduyla opere edildi. Hastalarda konkomastoid mesafe 2-4,5 cm arasında (ortalama 2,8 cm) idi. Geleneksel kulak arkası kesi ile girildi ve supraparikondriyal diseksiyon gerçekleştirildi. Skafoit çukurun arkasından mastoid kemik periostuna atılan 4/0 polipropilen suture ile kulak istenen pozisyona alındı. Kanama kontrolü ve cildin 5/0 monoflaman dikişle kapatılmasının ardından kulak bandajı uygulanarak operasyona son verildi.

**Bulgular:** Hastalar ortalama 13,2 ay izlendi. İki hastada komplikasyon gelişti. Birisi tek taraflı hematoma, diğeri ise cilt dikişlerine karşı reaksiyondur. Hematom boşaltıldı. Cilt reaksiyonu ise sutureler alındığında geriledi. Ortalama cerrahi süresi her bir kulak için 27,6 dk idi. Sonuçlar hem cerrah hem de hastalar açısından yüz güldürücü idi.

**Sonuç:** Bu güvenli, basit ve hızlı metod doğal ve iyi görünümlü kulaklar elde etmek için alternatif bir yöntem olarak kullanılabilir. Ayrıca yöntem dış kulak yolunu bozmamakta ve perikondrium diseksiyonu gerektirmemektedir.

## P-026

### Bazal Hücreli Karsinomda Klinik ve Histopatolojik Özelliklerine Göre Cerrahi Sınır Pozitifliği

**Erman Ak,** Mehmet Yıldırım, Ufuk Emekli  
*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul*

**Amaç:** Bu çalışma ile İstanbul Tıp Fakültesinde gerçekleştirilen bazal hücreli karsinoma (BHK) ameliyatlarını retrospektif olarak değerlendirmek ve elde edilen deneyim sonucunda tanı ve tedavi prensiplerini oluşturmak

**Gereç ve Yöntem:** 2012-2017 yılları arasında plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi polikliniğine BHK tanısı ile ameliyat edilen 1285 hastanın dosyaları ve patoloji raporları retrospektif olarak ve cinsiyet, yaş, lokalizasyon, tümör boyutu, cerrahi sınır pozitifliği, bhk türü gibi değişkenler göz önüne alınarak tarandı.

**Bulgular:** Hastaların 56'i erkek, %44'u kadındır. Ameliyat edilen hastalardan toplam 1410 malign lezyon eksizyonu yapıldı. Lezyonların en sık baş boyun bölgesinde yerleştiği %80, en sık cerrahi sınır pozitifliğinin periorbital bölge ve derin cerrahi sınırdır görüldüğü en sık infiltran tipte cerrahi sınır pozitifliği görüldüğü saptandı.

**Tartışma:** Çalışmamız kliniğimizin 5 yıllık tecrübesini yansıtmaktadır. Erken tanı ve tedavi lezyonların yayılımının engellenmesi ve rekürrens azaltılması açısından çok önemlidir. Çalışmamızda tüm BHK lara cerrahi eksizyon için 0.5 cm lik sınır koyulmuştur. Patoloji sonuçlarına göre de lezyonun yerine, subtipine, boyutuna göre cerrahi sınırlardaki pozitiflik oranı karşılaştırılmıştır. Hastaların çoğunluğuna ulaşamadığı için nüks oranı belirlenememiştir

## P-027

### Odontojenik ve Odontojenik Olmayan Mandibula Kistlerinin Retrospektif Değerlendirilmesi

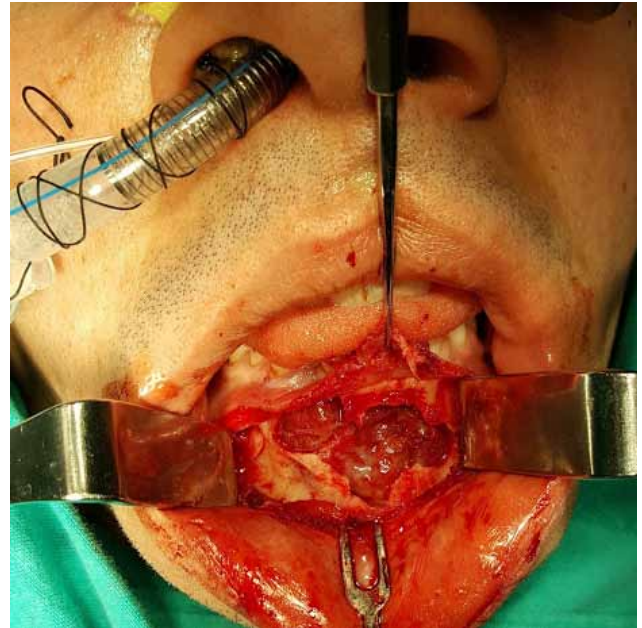
**Mert Seçer,** Mehmet Uzuner, Sina Kaderi,  
Atacan Emre Koçman, Cengiz Çetin  
*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir*

Son üç yılda çene kisti tanısıyla takip ve tedavi edilen hastalar retrospektif olarak incelendi. Odontojenik ve odontojenik olmayan mandibular kist tanısıyla takip ve tedavi edilen 36 hasta ( 22 erkek, 14 kadın; ortalama yaş 47, dağılım 16-74) değerlendirmeye alındı.

**Bulgular:** Hastalar en sık diş bozuklukları ve çenede şişlik nedeniyle başvurdu. Takip edilen 36 olgunun; yirmisinde radiküler kist, sekizinde odontojenik keratokist, üçünde dentigeröz kist, üçünde epitelize olmayan kist, birer olguda da kalsifiye odontojenik kist ve anevrizmal kemik kisti bulunmaktaydı. Olgularda cerrahi olarak enükleasyon ve küretaj, tur aşındırma be marjinal eksizyon yapıldı. Geniş kaviteli bir olguda oluşan defektif alanı doldurmak için sentetik kemik grefti kullanıldı. Hastalar ortalama 12 ay izlendi. İzlemde post op ikinci yıl sentetik kemik grefti olan hasta ağız içi ve dışına fistülize olan akıntılı enfeksiyon tablosuyla tekrar başvurdu, pürülan akıntidan alınan kültürde siprofloksasin duyarlı Escherichia coli üremesi görüldü ve antibiyoterapi ile tedavi edildi. Diğer olguların takiplerinde nüks ve ek komplikasyon saptanmadı. Hastalarda cerrahi yöntem açısından nüks oranında anlamlı fark bulunmadı. Sunulan olgularda odontojenik keratokist oranı literatüre oranla fazla görüldü istatistiksel olarak sınırda anlamlı olduğu hesaplandı.

**Sonuç:** Kistik lezyonların radyografi ile ayrımı zordur. Genelde benign seyirli görülselerde bazı kistler lokal agresif ve yıkıcı seyirli olabilir. Fizik muayene ve hikaye sonrası kistin yeri, yapısı ve çevre dokularla ilişkisi değerlendirildiğinde ayırıcı tanı aralığımızı daraltmış oluruz. Tedavi ve kesin tanı için kistin cerrahi olarak çıkarılıp mikroskopik incelenmesi gereklidir.

Resim 1



Radiküler kist

**P-028**

**Yalnız-Arter Replantasyonlarda Bir Algoritma**

Gökçe Yıldırım, Cemil Işık, Osman Akdağ,  
Mehtap Karamiş, Zekeriya Tosun  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim  
Dalı, Konya

**Giriş:** Parmak replantasyonlarında hem arter hem de ven anastomozu en fizyolojik olanıdır. Ne var ki, distal parmak ucu amputasyonlarında hem arter hem ven anastomozu yapılması çoğu zaman mümkün değildir. Bu çalışmada yalnız arter replantasyonların yönetimi için bir protokol sunulmuştur.

**Yöntem:** 2014-2016 tarihleri arasında başarılı yalnız-arter parmak ucu replantasyonu yapılan 10 hasta retrospektif değerlendirildi ve cerrahinin basamakları kaydedildi.

**Bulgular:** Amputat muayene edildikten sonra, venöz yetersizlik bekleniyor ve yalnız-arter replantasyon öngörülüyor ise tırnak çekilmesi işleminin sert ve görece kaba olmasının arter anastomozuna zarar vermemesi için tırnak, kemik fiksasyonundan dahi önce çekildi. Tüm fiksasyonlar ve arterial anastomozlar sıcak izotonik emdirilmiş havlu üzerinde yapıldı. Anastomoz sonrası tırnak yatağından kanama kontrol edildi. Parmaklar postoperatif dönemde yatak başı ısıtıcılar ile ısıtıldı ve tüm hastalar 7 gün boyunca günde 5000 ünite intravenöz heparin aldı. Bunun yanında tırnak yatağına lokal heparinize solüsyon damlatıldı. Postoperatif takiplerde gerekiyor ise tıbbi sülük uygulaması yapıldı, bu dönemde hastalara 3. kuşak sefalosporinler verildi. Hastalar taburcu edilirken 100mg oral asetilsalisilikasit reçete edildi.

**Tartışma:** Distal parmak ucu replantasyonları esnasında tırnağın çekilmesi ve kanamanın kontrol edilmesi gerekmektedir. Literatürde, güvensiz venöz anastomozlar ya da yalnız-arter replantasyonlar yapılan hastalarda tırnak çekilmesi önerilmektedir. Ne var ki literatürde tırnağın hangi basamakta çekilmesi gerektiği net değildir. Kliniğimizde amputatın muayene edilmesinden sonra venöz yetersizlik öngörülüyor ise tırnak çekilmektedir. Bunun sebebi arter anastomozuna zarar vermemektir ve bu basamaktaki bir tırnak çekimi, yalnız-arter replantasyonu ön görülen hastalarda daha güvenilir olarak düşünülmektedir. Ameliyat süresince ve postoperatif dönemde yapılan ısıtma işlemleri parmağı ve amputatı vazokonstriksiyondan korumakta, distal bölgedeki olası spazmları önlemektedir. Antiagregan ve antitrombotik protokolleri cerrahin ve kliniğin tecrübesine bağlı değişkenlik göstermekle birlikte kliniğimizde günde 5000 ünitenin 7 günlük infüzyonu ve lokal uygulaması rutin olup yapılan retrospektif taramada hiçbir hastada buna ilişkin problem yaşanmamıştır. Yine de yaşlı ve halihazırda antiagregan kullanan hastalarda protokoller değişebilmektedir. Bu durumlar yoksa hastalar 100 mg antiagregan tablet ve pantoprazol ile taburcu edilmektedir. 3. kuşak sefalosporinler hastalara, kullanılan sülükler tıbbi sülük olsa dahi verilmektedir. Kliniğimizde henüz hiçbir enfeksiyon ile karşılaşmamıştır. Bu algorithmda kemik fiksasyon tipi yer almamaktadır, çünkü fiksasyon nasıl yapılırsa yapılsın değiştirilmeyen bazal kriterler kliniğimizde bunlardan oluşmaktadır. Hastalarda hiçbir spazm, tromboz ya da enfeksiyon saptanmamış olması bu algoritmanın faydalı olduğunu düşündürmüştür.

**P-029**

**Diklofenak Enjeksiyonu Sonrası Gelişen Nicolau Sendromu: Kırıkkale'deki 2. Olgu**

Elif Sarı  
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif  
ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale

**Amaç:** Nicolau sendromu bazı ilaçların intramusküler enjeksiyonu sonrası gelişen ve sadece deriden subkutan doku ve kası da içerecek şekilde değişen derecelerde nekroza sebep olan bir klinik durumdur. Bu yazımızda intramusküler diklofenak enjeksiyonu sonrası gluteal alanda nekrozu gelişen olguyu sunmayı amaçladık.

**Yöntem-Gereçler:** 27 yaşında erkek hasta polikliniğimize sol gluteal alanda yaklaşık 7.6 cm lik nekrotik alanla başvurdu. Öyküsünde bu bölgeden intramusküler diklofenak yaptırdığı öğrenilen hasta yatırıldı. Bölgenin debridmanının ardından lokal rotasyon flebi ile defekt kapatıldı.

**Bulgular:** Hastanın postoperatif takiplerinde herhangi bir komplikasyona rastlanmadı.

**Sonuç:** Olgumuz Kırıkkale ilinden bize ulaşan 2. olgudur. İntramusküler ilaç kullanımları her ne kadar hastalara hızlı ve etkili tedavi sunmaktaysa da yazımızda bahsedilen komplikasyon akılda bulundurulmalı ve bu tarz enjeksiyonlar gerekmedikçe yapılmamalıdır.

**P-030**

**Lateral Oblik Parmak Ucu Defektlerinde Pulpa Rotasyon Flebi ile Onarım**

Muhammed Beşir Öztürk<sup>1</sup>, Seda Asfuroğlu Barutca<sup>1</sup>,  
Mustafa Tezcan<sup>1</sup>, Tolga Aksan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe EAH Plastik  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>T.C. Mengücekgazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Erzincan

Parmak ucu amputasyonları acil serviste sık karşılaşılan yaralanmalardır. Amputasyon geometrisine göre bu yaralanmalar transvers yahut oblik olarak sınıflandırılabilir. Literatürde pek çok onarım metodu tariflenmesine karşın lateral oblik tip yaralanmalarda pek az geçerli seçenek vardır. Bu çalışmada lateral oblik tip parmak ucu yaralanması olan 16 hastanın pulpa rotasyon flebi kullanılarak yapılan rekonstrüksiyon sonuçları sunulmuştur.

**resim 1**



İşaret parmağında kimyasal yaralanma sonrası lateral oblik tip parmak ucu defekti olan olgunun preoperatif, intraoperatif ve postoperatif 12. ay görüntüsü

**P-031**

**Kapalı Rhinoplasty’de Alar Kıkırdak Kaynaklı Kalkan Greftler ile Burun Ucu Projeksiyonunun Artırılması**

Mehmet Akif Çakmak<sup>1</sup>, Ensar Zafer Barın<sup>1</sup>,  
Hakan Çinal<sup>1</sup>, Murat Kara<sup>2</sup>, Kerem Yılmaz<sup>1</sup>,  
Önder Tan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Erzurum

<sup>2</sup>Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Erzurum

Burun ucu cerrahisi rhinoplasty operasyonunun en zor ve tartışmalı konularından biridir. Özellikle yapısal yada kazanılmış burun ucu projeksiyon kayıplarının tedavisinde burnun kendisinden yada burun dışından alınan kıkırdaklar kullanılabilirdiği gibi muhtelif sütür teknikleri de tariflenmiştir. Günümüzde sıklıkla septal kıkırdaklar tercih edilmektedir. Ancak septal kıkırdak kaynaklı kalkan greftler kalın ve sert yapısı nedeniyle silüet deformitesi (dışarıdan belirme) şeklinde estetik kontür sorunlarına yol açabilmekte, palpasyonla hissedilmektedir. Bu çalışmada, burun ucu projeksiyonunu artırmada estetik komplikasyonları azaltmak ve sonuçları iyileştirmek amacıyla, alar kıkırdak kaynaklı kalkan greftler kullanıldı ve sonuçları antropometrik analiz yapılarak değerlendirildi. Çalışmada, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği’nde 2009-2016 yılları arasında alar kalkan (shield) greft uygulamasının ilave edildiği kapalı rhinoplasty operasyonu yapılan 31 hasta (çalışma grubu) ile standart kapalı rhinoplasty operasyonu yapılan 30 hasta (kontrol grubu) geriye dönük olarak karşılaştırdı. Hastaların ortalama yaşları çalışma grubunda  $23,77 \pm 4,45$  ve kontrol grubunda  $26,4 \pm 6,17$  yaş idi. Ortalama izlem süreleri sırasıyla 16,48 ve 10,12 aydı. Değerlendirme fizik muayene ve ameliyat öncesi-sonrası standart fotoğraflar üzerinde alınan ölçümlerin antropometrik analizleri ile yapıldı, elde edilen veriler istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Ameliyat sonrası yapılan rutin kontrollerde ve çekilen fotoğrafların geriye dönük incelemesinde hiçbir hastada yerleştirilen alar kalkan greftlere ait rezorbsiyon (emilim), migrasyon (yerdeğiştirme) ve silüet deformitesine (belirginleşme) rastlanmadı. Sonuçlar cerrah ve hasta için tatmin ediciydi. Hiçbir hastada grefte yönelik revizyon yapılmadı. Çalışma grubu hastalarında burun ucu projeksiyonunu gösteren alar groove-tip (AG\_T) değeri ortalaması preoperatif  $30,61 \pm 4,10$  mm ve postoperatif  $31,64 \pm 4,01$  mm idi, aralarında anlamlı fark vardı ( $P = 0,0004$ ). Kontrol grubunda AG\_T değeri ortalaması preoperatif  $32,92 \pm 3,44$  mm ve postoperatif  $32,24 \pm 4,01$  mm idi, anlamlı bir fark yoktu ( $P = 0,086$ ). İki grubun preoperatif AG\_T değerlerinin karşılaştırılmasında anlamlı fark varken ( $P = 0,021$ ), postoperatif AG\_T değerleri arasında ise anlamlı fark yoktu ( $P = 0,563$ ). Çalışma grubu hastalarında burun ucu projeksiyonunu gösteren subnazal-burun ucu mesafesi (Sn\_T) değeri ortalaması preoperatif  $19,00 \pm 2,84$  mm ve postoperatif  $21,99 \pm 2,55$  mm idi; aralarında anlamlı fark vardı. ( $P = 0,000$ ). Kontrol grubunda Sn\_T değeri ortalaması preoperatif  $20,58 \pm 2,32$  mm ve postoperatif  $20,86 \pm 2,41$  mm idi, anlamlı fark yoktu ( $P = 0,406$ ). İki grubun preoperatif Sn\_T değerlerinin karşılaştırılmasında anlamlı fark varken ( $P = 0,021$ ), postoperatif Sn\_T değerleri arasında ise anlamlı bir fark yoktu ( $P = 0,080$ ). Çalışma grubu hastalarında ölçülen labiokolumellar açı (LCA) değerlerinin ortalaması preoperatif  $95,89 \pm 11,17$  derece ve postoperatif  $104,52 \pm 7,87$  dereceydi; aralarında anlamlı fark vardı ( $P = 0,000$ ). Kontrol grubunda LCA değerlerinin ortalaması preoperatif  $99,02 \pm 8,12$  derece ve postoperatif  $102,08 \pm 7,82$  dereceydi, anlamlı fark vardı ( $P = 0,0006$ ). İki

grubun preoperatif ve postoperatif LCA değerlerinin karşılaştırılmasında anlamlı fark yoktu ( $P = 0,217$  ve  $0,228$ ). Çalışmamızda kullanılan alar kalkan greftler, etkili bir projeksiyon oluşturacak kadar sert, ancak cilt altında belirginleşmeyecek kadar yumuşak yapıda olup, kolay şekillenir. Dolayısıyla hem altaki düzensiz yapıları iyi kamufule eder, hem de burun ucu projeksiyonunu artırır. Ek verici saha hasarı oluşturmaz, uygulaması kolaydır, kapalı ve açık rhinoplastylerde rahatlıkla uygulanabilir. Sonuçların antropometrik analize dayanan objektif değerlendirilmesinde, yöntemin projeksiyon kayıplarında yeterli, etkin ve uzun süreli bir artış sağladığı ortaya konmuştur. Komplikasyon ve revizyon oranları ise son derece düşüktür. Ancak çok ağır projeksiyon kayıplarında tek başına yeterli olmayabilir ve tip destek greftleri ve sütürlerle kombine edilebilir. Tek başına kolumellar strut greftin burun ucu projeksiyonunu artırmaya da stabil tuttuğu ve azaltmadığı görülmüştür. Çalışmamızda kullandığımız fotoğraflar üzerinde yapılan ölçümlere dayalı antropometrik analiz, standardize edildiği için tekniğimizin objektif değerlendirilmesi mümkün olmuştur.

**Alar kartilaj kalkan greftin hazırlanması ve yerleştirilmesi**



Alar kalkan greftin hazırlanması, burun ucundaki lokalizasyonu, yerleştirildikten sonra projeksiyon ve rotasyona etkisi

**P-032**

**Travma Sonrasında Kortikosteroid Tedavisi Gören Hastalarda Kutanöz Mukormikoz: Maksillofasial Kırık Onarımı Sonrası Gelişen 2 Olgunun Değerlendirilmesi**

Mustafa Kürşat Evrenos<sup>1</sup>, Merve Özkaya<sup>1</sup>,  
Yavuz Keçeci<sup>1</sup>, Peyker Temiz<sup>2</sup>, Ulaş Bali<sup>1</sup>,  
Levent Yoleri<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa

<sup>2</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Manisa

**Amaç:** Mukormikozis, Zigomiçes grubu mantarların neden olduğu nadir bir enfeksiyondur. Bu mantarlar, doğada yaygın olarak toprakta bulunur. Siyah nekroz ve hemorajik inflamatuvar granülasyon dokusu ile karakterize olan mukormikoz özellikle immunosuprese, hematolojik malignite ve diyabetik ketoasidozu olan hastalarda görülmektedir. Kortikosteroidler, nötrojeni yaparak ve nötrofil fonksiyonunda bozukluğa yol açarak immunsupresif etki gösterir. Kutanöz mukormikoz (KM), trafik kazası veya doğal afetler gibi majör travmalar sonrası immunkompetan bireylerde de bildirilmiştir.

**Gereç-Yöntem:** Genel vücut travması sonrası maksillofasial fraktürleri redükte edilen ve spinal travma nedeniyle yüksek doz steroid alan 2 olguda gelişen kutanöz mukormikozis enfeksiyonları ve tedavi süreçleri değerlendirildi.

**Bulgular:** Olgu 1: 24 yaşında erkek hasta Mayıs 2016'da araç içi trafik kazası sonrasında acil serviste değerlendirildi. Sağ periorbital laserasyonlar ve deplase tripod fraktürü nedeniyle acil koşullarda debridman, açık redüksiyon internal fiksasyon ve yumuşak doku onarımı yapıldı. Postoperatif serebral diffüz aksonal hasar tanısıyla beyin cerrahisi bölümüne prednol. 4x20 mg./gün olarak başlandı. Tedavinin 7. gününde, sağ periorbital sellülit, sağ proptotiz, ciltte siyah nekroz gelişen hastaya debridman yapılarak mikrobiyoloji ve patolojiye örnekler gönderildi. Mantar enfeksiyonu tanısı alan hastaya enfeksiyon hastalıkları bölümüne ambisome 5mg/kg başlandı. Hastaya geniş debridman ve ekzanterasyon yapıldı. Optik sinir tutulumu saptanan hastaya nöroşirurji tarafından girişim planlanmadı. Patoloji mukormikoz olarak raporlandı. Hastanın postoperatif 1. ay yüz MR'ında her iki frontal ve etmoid sinüslerde flegmanöz yapılanma, durada belirgin kalınlaşma saptandı. Hasta, yatışının 200. gününde enfeksiyon hastalıklarının önerileri de alınarak kendi isteği ile taburcu edildi. Olgu 2: 37 yaşında erkek hasta, yüksekten düşme sonrasında getirildiği acil servisten servikal ve mandibuler fraktürler nedeniyle beyin cerrahisi ve plastik cerrahi tarafından operasyona alınarak spinal ve mandibuler tespitler yapıldı. Spinal travma nedeniyle 17 gün 4x40 mg dozda prednol tedavisi alan hastanın postoperatif 15. gününde, üst dudak üzeri cildinde siyah renkli nekrotik, akıntılı yara görüldü. Örneklem sonucunda mantar enfeksiyonu olarak raporlanması üzerine, ambisome IV 5mg/kg başlandı. Hasta çekilen yüz MR sonuçları baz alınarak sağ malar bölge, temporal kas, maksilla, zigoma ve orbitalateral duvarı kemik rezeksiyonlar da dahil edilerek seri debridmanlar yapıldı. Hastada seri debridmanlar sonrası çekilen yüz MR ve patolojik örneklemede negatiflik sağlandı. Hastaya rekonstrüksiyon planı yapılmakta.

**Sonuç:** Mukormikoz, son yıllarda kanser, organ transplantasyonu ve immunsupresif ajan kullanımında artış ile orantılı olarak artan düşük virülanslı, fırsatçı bir

mantardır. Literatürde nadiren immunkompetan bireylerde büyük afet, yanık ve major kirli travmalarda mukormikoz gelişebildiği bildirilmiştir. Kliniğimizde tedavi gören bu olgularda, bilinen ek hastalıkları bulunmaması nedeniyle, verilen kortikosteroid tedavisinin, travma sırasında toprak ile kontaminasyon sonrasında kutanöz mukormikoz gelişmesinde etkili olabileceği düşünüldü. Kranial veya spinal travma sonrasında steroid kullanılan hastalarda, dirençli yara yeri enfeksiyonlarında mukormikozis akılda tutulmalıdır.

**Resim 1**



Olgu 2 üst dudakta siyah, nekroze, krutlu kutanöz mukormikozis görüntüsü.

**P-033**

**Kolumella Rekonstrüksiyonunda 'b' Şeklinde Kolumellar Strat Kullanımı ve Klinik Sonuçlarımız**

Seçkin Aydın Savaş<sup>1</sup>, Engin Savaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Isparta Şehir Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Isparta

<sup>2</sup>Isparta Şehir Hastanesi Kulak, Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahi, Isparta

Kolumellar strat greft nazal tipin desteklenmesinde kullanılan metotlardan biridir. Kolumellar strat ek olarak medial kruraların şeklinin, lateral açıdan kolumella görünürlüğüne uygun dercede olmasını ve infratip lobül bölgesinin düzeltilmesini sağlamaktadır. Bu çalışmada, kolumellar stratı geleneksel şekilde hazırlamak yerine 'b' (küçük B harfi) şeklinde hazırladığımızda elde ettiğimiz sonuçlarımızı paylaşmayı amaçlamaktayız.

**Materyal-Metod:** 2015 Ağustos - 2017 Mart tarihleri arasında açık rinoplasti uygulanan 99 hasta çalışmaya dahil edildi. 38'i erkek, 61'i kadın olan hastalarımızın yaş ortalaması 23'tü. 99 hastanın 33'ünde geleneksel şekilde hazırlanan kolumellar strat kullanılırken 66'sında 'b' şeklinde şekillendirilen greft kullanıldı. Ortalama 14,5 ay izlendi.

**Sonuçlar:** Postoperatif değerlendirmelerimizde lateral açıdan kolumella görünürlüğüne uygun ölçülerde sağladığımızı ve nazolabial açığı çok genişletmeden tip rotasyonunu istediğimiz ölçüde elde ettiğimizi ek olarak kolumellanın kendine has doğal şeklini verebildiğimizi gözlemledik. Preoperatif ve postoperatif nazolabial açı ölçüm kayıtları üzerinde yapılan istatistiksel test sonucunda, postoperatif

ölçümlerde optimal nazolabial açı aralığı (95-105) elde edilmesinin 'b' şeklinde strat kullanılanlarda geleneksel strat kullanılanlara göre istatistiksel olarak anlamlı üstünlüğü gözlemlendi.

Hastalarımızın erken ve geç postoperatif dönemlerinde kolumellar retraksiyon, nasal tipte fazla rotasyon, geniş nazolabial açı gibi literatürde nazal tip desteğini sağlayan yöntemlerde görülen komplikasyonlardan herhangi biri izlenmedi.

Sadece bir vakada greftin distalinde mevcut prominent kısmını hasta dokunmakla hissettiğini belirtti. Ancak hasta tarafından problem olarak algılanmaması üzerine revizyon planlanmadı.

Sonuç olarak, 'b' şeklinde kolumellar strat kullanılarak burun kaudali ile ilgili değinilen estetik komplikasyonlardan korunuldu ve optimal şekilde bir kolumella elde edildi.

### P-034

#### Ratlarda Laminektomi Sonrası Peridural Fibrozis Oluşumu Üzerine Biyofiziksel Bariyerlerin Etkinliğinin Araştırılması

İbrahim Akkurt<sup>1</sup>, Elif Sarı<sup>2</sup>, Bülent Bakar<sup>2</sup>,  
Güngör Çağdaş Dincel<sup>3</sup>, Azize Budak Yıldırım<sup>4</sup>,  
Egemen Nursoy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı, Kırıkkale

<sup>2</sup>Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale

<sup>3</sup>Aksaray Üniversitesi, Eski Meslek Yüksekokulu, Laborant ve Veteriner Sağlık Programı, Eski, Aksaray

<sup>4</sup>Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Kırıkkale

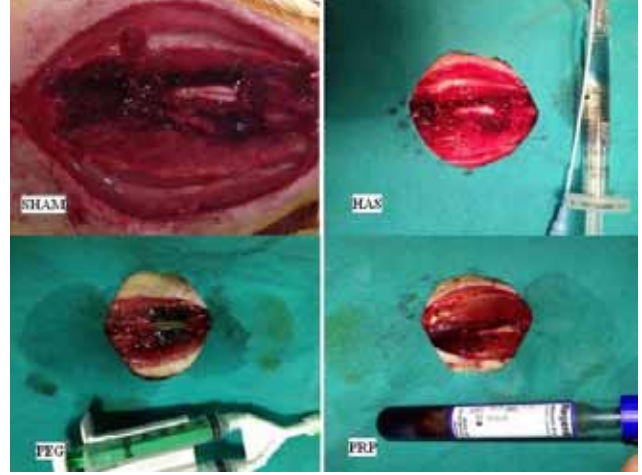
**Amaç:** Omurga cerrahisi sonrası cerrahi alanlarda fibrozis geliştiği, yapışıklıklara neden olup cerrahi öncesi klinik bulgulara benzer bulguları ortaya çıkarabildiği ve tekrar girişim uygulanmasını gerektirebildiği bilinmektedir. Bu çalışmada trombositten zengin plazma (PRP), polietilen glikol (PEG) ve hyaluronik asit (HAS) isimli ajanların peridural fibrozisi azaltmadaki etkileri araştırıldı.

**Gereç ve Yöntemler:** 300-350 gram ağırlığındaki 42 erkek Wistar Albino rat randomize şekilde donör (PRP için kan alındı; n:2), kontrol (n:8), sham (n:5), HAS (n:5), PEG (n:7) ve PRP (n:7) şeklinde gruplara ayrıldı. Donör ve kontrol grubu hariç deneklere L3-L4-L5 total laminektomi yapıldı ve ilgili farmakolojik ajanlar omurilik durası üzerine ve peridural mesafeye yayıldı. Altı hafta sonunda tüm hayvanlara ötenazi uygulanıp vertebral kolonları çıkarıldı. Histopatolojik incelemede dokular H&E ve Masson-Trikom (MT) ile boyanarak laminektomi bölgesindeki peridural fibrozis düzeyi, fibroblast ve damar sayısı değerlendirildi. PCR kullanılarak tip 1 kollajen, tip 3 kollajen, TGF-1 $\beta$ , IFN- $\gamma$  ve TNF- $\alpha$  gen ekspresyon düzeyleri belirlendi.

**Bulgular:** Histopatolojik yönden kontrol grubu hariç diğer gruplar arasında istatistiksel farklılık olmadığı gözlemlendi. Ancak kontrol grubu dışlandığında PRP ve PEG isimli materyallerin cerrahi sonrası ratlarda peridural fibrozisi, damarsal yapı oluşumunu, fibroblast sayısını sham grubuna göre belirgin düzeyde azalttığı gözlemlendi. PCR sonuçlarında her üç biyofiziksel bariyerin de benzer şekilde doku tip 1 kollajen, tip 3 kollajen, TGF-1 $\beta$  düzeylerini sham grubuna göre çok belirgin düzeyde azalttığı ve kontrol grubu değerlerine yaklaştırdığı, ancak PEG' in tip 1 kollajen değerini azaltmadığı saptandı. Ayrıca sadece HAS ve PRP' nin TNF- $\alpha$  düzeylerini azaltabildiği gözlemlendi. Hiçbir grupta IFN- $\gamma$  ekspresyonu izlenmedi.

**Sonuç:** Elde edilen bu sonuçlarla PRP daha fazla olmak üzere her üç biyofiziksel bariyerin de ratlarda oluşturulan laminektomi modelinde cerrahi alanlarda peridural fibrozis gelişimini histopatolojik ve moleküler düzeyde azalttığı düşünüldü.

#### Resim



Gruplar

### P-035

#### Diz Çıkığı ile Birlikte Alt Ekstremitte Defektleri Olan Hastalarda Rekonstrüksiyon Deneyimlerimiz

Z Ulaş Bali, Yavuz Keçeci, M. Kürşat Evrenos,  
Merve Özkaya, Yavuz Tuluy, Levent Yoleri  
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa

Alt ekstremitenin künt travmalarında popliteal arter yaralanma oranlarının %28-%46 aralığında olduğu gösterilmiştir. Popliteal arter distraksiyon yaralanmaları, buna bağlı intima hasarı ve trombus sıklıkla diz çıkıkları ile ilişkilidir. Sunumumuzda, 2017 yılında kliniğimizde tedavi edilen, diz çıkığına bağlı popliteal arterde intima hasarı ve alt ekstremitede geniş yumuşak doku hasarı olan 2 vaka yı takdim edeceğiz.

**Olgu 1:** 13 yaşında kız hasta. 4. kattan düşme sonrası sol patella subluksasyonu, sol tibia distal ve proksimalinde parçalı kırık, ve sol ayak bileği çıkığı mevcuttu. Ortopedi tarafından ameliyatları yapılan hasta travma sonrası 2. ayında sol medial malleol acıkta olan yaklaşık 12x10 cm yumuşak doku defekti nedeniyle kliniğimizde devralındı. Hastanın preop çekilen CT anjio sunda tüm damarlarda trifazik akım izlendiği rapor edildi. Defekte ALT flep taşındı. Anastomoz sol anterior tibial artere yapıldı. Postop 3. günde flepte ve 1. parmakta siyanoz gelişmeye başladı. Çekilen CT Anjio da popliteal arterde ve anterior tibial arterin distalinde akım olmadığı, bacağın gelişen kollaterallerden beslendiği görüldü. KDC tarafından bypass yapılan hastada, 1. parmakta total, 4-5. parmaklarda distal falanksta nekroz gelişti. Hastanın 1. metatarsını korumak amacıyla geniş bir flep planlandı. Sol bacak damarları uygun olmadığından defect cross leg free lattisimus ile onarıldı. 3. haftada flep ayrılıp, 2. ayda fizik tedaviye başlandı.

**Olgu 2:** 44 yaşında erkek hasta. 2 yıl önce geçirdiği trafik kazası sonrası sol tibia da fraktür ve patella subluksasyonu gelişmiş. Hasta son 1 ayda kendiliğinde açıldığını ve genişlediğini tariflediği yara nedeniyle başvurdu. Tibia acıkta yaklaşık 8x4 cm yumuşak doku defekti nedeniyle

yatırıldı. Preop çekilen CT Anjio da popliteal arterden minimal akım geçtiği ve bacağın kollateraller ile beslendiği, ayrıca anterior tibial arterde monofazik akım olduğu raporlandı. Ameliyat sonrası alt ekstremitede dolaşım bozukluğu gelişme riskinden dolayı defekt cross leg free ALT ile onarıldı. Ameliyat sonrası 3. haftada flep ayrılıp, 40. günde fizik tedaviye başlandı.

Sonuç: Cross leg free flap, defekt olan tarafta uygun alıcı damar bulunmayan olgularda karşı taraf alıcı damarların kullanıldığı bir yöntemdir. Patella subluksasyonu olan hastalarda akut ve kronik dönemde popliteal arterde tıkanma gelişebilmektedir. Gerilmeye bağlı intima hasarı olan bu hastalarda ameliyat sonrası kendiliğinden tıkanma gelişebileceği gibi, direncin artmasına bağlı ameliyat sonrası erken dönemde trombus gelişebilmektedir. Alt ekstremitede defektli olan travma hastalarında diz çıkığı öyküsünün sorgulanmasının önemli olduğunu ve bu hastalarda dolaşımın bozulma riskini arttırmamak için karşı bacak damarlarının kullanılmasının uygun olduğunu düşünüyoruz.

### P-036

#### Tessier No. 30 Yüz Yarığı: Nadir Bir Maksillofasiyal Anomali

Elif Sarı

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale

Amaç: Bu yazıda Tessier no. 30 yüz yarığı olan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Yöntem-Gereçler: Kliniğimize 20 yaşında erkek hasta alt dudakta iyileşmeyen ülser sebebiyle başvurdu. Dermatoloji kliniğinde uzun süre yara bakım tedavisi alan hastanın yapılan muayenesinde dil, mandibula ve boyunda herhangi bir tutulum mevcut değildi. Hasta Tessier no. 30 yüz yarığı sebebiyle opere edildi. Alt dudaktaki ülser dokusu yarık alanla beraber kama şeklinde çıkartıldı. Orbikularis oris kası ortaya kondu. Mukoza- kas- cilt tabakalar halinde onarıldı.

Bulgular: Hastanın operasyon alanı ameliyat sonrası dönemde sorunsuz iyileşti. Uzun dönem kontrol için hasta 10. ayda tekrar görüldü. Sonuç hasta için yüz güldürücü idi.

Sonuç: Alt dudakta iyileşmeyen ülserlerin malignite dahil birçok sebebi olabilir. Kesin tanı için eksizyon ve patolojik takip gerekmektedir. Alt dudak yarıkları da iyileşmeyen ülserlerin başka bir nadir sebebi olabilir ve ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

### P-037

#### Pediyatrik Orbita Fraktürlerinde İki Büyük Sorun: Endikasyon ve Zamanlama

Gaye Taylan Filinte, Bükem Cüce, Gökhan Temiz, Nebil Yeşiloğlu, Celal Alioğlu  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Pediyatrik orbita anatomisi yetişkin orbita anatomisinden sadece büyüklük anlamında farklı değildir, aynı zamanda çevre doku ve sinüslerin dinamik gelişimine bağlı olarak zayıf kuvvetli bölgelerin sürekli değişimi altındadır. Bu nedenle pediyatrik orbita kırıklarına yaklaşımda

operasyon kararı ve zamanlaması erişkinlerden farklıdır. Kliniğimize Ocak 2010- Temmuz 2017 tarihleri arasında başvuran orbita taban fraktürlü 76 hastadan 18 yaş altı olanlar çalışmamıza dahil edildi.

Bu hastaların 16 tanesi (%21,05) 18 yaş altı olup bunlar içinde 1(%6,25) tanesi 0-5 yaş arası diğer 15 (%93,75) hasta 6-17 yaş grubu arasında yer aldığı görüldü. İlk 0-5 yaş arası olan hastada cerrahi yöntem olarak orbita taban serbestleştirilmesi işlemi yapılmıştır. 15 pediyatrik orbita taban fraktürü hastasının 3 (%20) tanesi cerrahi girişim yapılmaksızın takip edilmiş, 12 (%80) hastaya ise farklı cerrahi girişim seçenekleri (redüksiyon, titanyum mesh, polietilen (medpor), kemik grefti, kırık grefti) uygulanmıştır. Travma sonrası müdahale aralığı ise değişen nedenlere bağlı olarak 0. gün ile 76. gün arasında değişmektedir. Entrapment durumlarında mutlaka ilk 24 saat değilse de ilk 48 saat içinde serbestleştirme yapmak gerekmektedir. Entrapment olmadığı sadece diplopi olduğu durumlarda ne yapılacak ise tartışmalıdır çünkü bizim gördüğümüz 1 yıl geçmesine rağmen diplopinin geçmediğidir. Enoftalmi durumu erken dönemde belli olmamakla beraber çocuklarda yetişkinlere göre daha az gördüğümüz bir durumdur, ameliyat endikasyonlarında ikinci plana bırakılabilir. Başlıkta belirtmediğimiz diğer bir sorun ise bu hastalarda görülen ameliyat sonrası gelişen intraorbital hematomdur. Bazı vakalarda hematomun 6 ay sürebildiği görülmektedir. Açmak yerine beklemek çocuklarda daha doğru olabilir. Pediyatrik vakalarda eşlik eden yaralanmaların varlığı, genel anestezinin riskleri ve insizyon skarları birarada düşünüldüğünde gereksiz cerrahiden kaçınılması bazen tedavide yetersiz kalınmasına neden olabilmektedir. Pediyatrik orbita fraktürlerinin erken ve geç dönemi yetişkinlerden farklı seyretmektedir. Trap door kırıklar kasın serbestleşmesini takiben tekrar kas sıkışmasına neden olabilmektedir. Yine ameliyat sonrası dönemde intraorbital hematoma daha sıklıkla görülmekte ve çocuklar bunu yetişkinlere göre daha iyi tolere etmektedir. Ciddi hacim artışlarının fiziksel yansıması da yetişkinlerden farklıdır. Tüm bu hususlar birlikte düşünüldüğünde her çocuğun kendi içinde değerlendirilmesini ve orbita fraktürlerini acil pediyatrik maksillofasial girişim olarak değerlendirmeyi önermekteyiz.

### P-038

#### Elin Tendon Yaralanmaları: Klinik Deneyimlerimiz ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Elif Sarı

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale

Amaç: Tendon yaralanmaları elin en sık karşılaşılan ve tedavisi zor yaralanmalarındandır. Genellikle cerrahi onarım gerektirirler ve salt tendon hasarından farklı olarak sinir yaralanmalarının da eşlik ettiği fleksör tendon hasarları yüksek morbiditeye sahiptirler. Bu yazımızda tendon hasarları ile ilgili klinik deneyimlerimizi ve cerrahi sonuçlarımızı paylaşmak istedik.

Yöntem-Gereçler: Toplam 17- 56 yaş arasındaki 180 hasta (149 erkek, 31 kadın) kliniğimizde tek cerrah tarafından opere edilmiştir. Yetmiş izole ekstensör tendon, 60 izole fleksör tendon, 30 çoklu fleksör tendon ve majör sinir, 18 kombine ekstensör ve fleksör tendon ve 2 kombine ekstensör, fleksör ve majör sinir kesisi olan hastalar tedavi edildi. Bütün hastalar kliniğimize akut fazda başvurdular ve hemen operasyona alındılar. Fizik tedavi ise postoperatif 3. günde başladı.

**Bulgular:** Hastalar ortalama 12,4 ay izlendi. Ameliyat sonrası tedavi protokolüne uymayan 1 kadın hasta dışında (%0,5) majör komplikasyon görülmemiştir. On beş hastada (%8,5) zayıf eklem hareket açıklığı izlenmiştir. Diğer hastalar sorunsuz iyileşmiştir.

**Sonuç:** Tendon iyileşmesi hafiften ciddi derecelere varan komplikasyonları da beraberinde getirebilir. Fakat travmatik bir cerrahi ve detaylı postoperatif erken fizyoterapi komplikasyonları önemli ölçüde azaltmaktadır.

#### Resim



Kombine tendon ve sinir yaralanması olan hastanın intraoperatif görüntüsü

#### P-039

##### Şeffaf Hücreli Sarkom

Galip Kemali Günay<sup>1</sup>, Ahmet Aydın<sup>1</sup>,  
Emre Özenalp<sup>1</sup>, Süleyman Balkanlı<sup>2</sup>, Serdal Özcan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kayseri

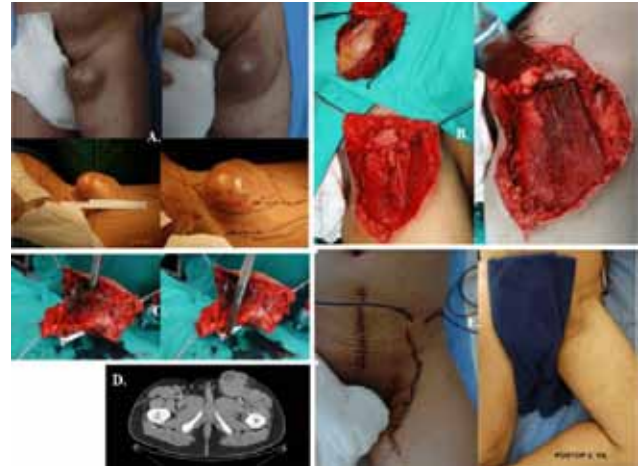
**Amaç:** Şeffaf hücreli sarkom nöral kista kaynaklı hücrelerden gelişen, tüm sarkomların %1'ini oluşturan, ender görülen bir tablodur. Daha çok ayak ve bilek, tendon ve aponörotik yapılarından kaynaklanan, 20-40 yaş arasında ve kadınlarda daha sık gözlenen, deri altı derin yerleşimli bu sarkom kol, el, diz ve çok nadiren de gövdede de rapor edilmiştir. Deri altı ve dermisten kaynaklanması çok enderdir. Bu bildiride literatürde bizim rastlamadığımız bir yerleşim ile başvuran, önceden takip edildiği kliniklerde malign melanom metastazı tanısı verilen, femoral üçgen yerleşimli, derin fasyadan kaynaklanan bir şeffaf hücreli sarkom olgusu sunulmaktadır.

**Olgu:** Ondokuz yaşında erkek hasta 26 ay önce, sol femoral üçgende 10x9 cm boyutlarında deri altı kitle ile başvurdu. Daha önce takip edildiği Ortopedi ve Travmatoloji ile Medikal Onkoloji birimlerinde yapılan klinikopatolojik çalışmalarda; ultrasonografide kitlenin vasküler kodlanma

gösterdiği, manyetik rezonans çalışmasının lenf nodu ve tutulumu olarak değerlendirildiği, PET-BT çalışmasının kitlerde çok yoğun, inguinal ve pelvik lenf nodlarında hafif-orta FDG tutulumu, kitleden aldıkları çoklu küçük doku parçalarından oluşan insizyonel biyopsi materyalinin malign melanom metastazı (HMB45, S100, CK ve vimentin ile pozitif, prusya mavisi ile fokal pozitif, sebat eden melanin pigmenti) olarak rapor edildiği dosyasından öğrenildi. Hasta pirimeri belli olmayan malign melanom metastazı tanısı ile gönderilmişti. Yapılan tüm vücut deri muayenesinde öncü lezyon bulunamadı. Femoral üçgeni işgal eden kitle deri altı yerleşimli, ağrısız, kısmen hareketli idi. Melanom konseyinde (plastik cerrahi, nükleer tıp, patoloji, radyoloji, medikal ve radyasyon onkolojisi) alınan kararla hastaya inguinal ve pelvik lenf nodu diseksiyonları uygulandı. Femoral üçgende, yüzeysel fasya altında yer tutan, fragil, yoğun kanamalı, koyu pigmentli kitle, üzerindeki deri ve deri altı dokusu ve inguinal lenf diseksiyon materyali ile enblok çıkarıldı (Resim 1). Postoperatif dönemde komplikasyonsuz seyreden olguda LDH değeri yüksek seviyeden normale geriledi (333'den 161 üniteye). Inguinal ve pelvik diseksiyon materyalinde incelenen 38 lenf nodunun tamamı raktif nod olarak rapor edildi. Kitlenin şeffaf hücreli sarkom olası tanısı nedeni ile, bir başka patoloji biriminde konsülte edilen parafin blok incelemesi sonucu şeffaf hücreli sarkom tanısı verildi (S100, HMB45, MELAN-A pozitif, EWSR1 break apart FISH çalışmasında EWSR1 gen rearranjmanı). Şu an 25 aylık ilaçsız takibi tamamlanan hastada yerel, bölgesel ve sistemik yineleme yoktur.

**Tartışma:** İmmunhistokimyasal, morfolojik ve ultrastrüktürel benzerliği ve melanositik özelliği nedeni ile malign melanom ile ayırımı zor olan şeffaf hücreli sarkom, ayak ve bilek yerleşimli olduğunda klinik tanısı daha kolaydır. Sinovyal sarkomdan sonra, bu yerleşimlerde ikinci sıklıkta görülmesi, tanıda kolaylık sağlamaktadır. Melanoma benzer özellikleri yüzünden yumuşak doku melanomu olarak da adlandırılan bu sarkom tipi, lokal agresif davranmaktadır, ayrıca yüksek rekürrens ve metastaz oranlarına sahiptir. Literatür verilerine göre metastazsız olgularda 5 cm'den büyük çap, lokal rekürrens ve histopatolojik nekroz izlenmesi kötü prognostik veriler arasında sayılmaktadır. Son zamanlarda serum nöron spesifik enolaz yüksekliğinin metastaz işareti olabileceği öngörülmektedir. Major bir lenf nodu istasyon bölgesinde yerleşim gösteren bu olgu bizim bilgimize göre İngilizce literatürde yayınlanan ilk olgudur. Yerleşim ve ön tanı nedeni ile melanom cerrahisi prensiplerinin uygulanması, komplikasyonsuz takibi sağlamıştır.

#### Resim 1



A. Olgunun preoperatif fotoğrafları B. İntraoperatif inguinal diseksiyon sahası C. İntraoperatif eksizyon materyali D. Preoperatif tomografik görüntüleme E. Olgunun postoperatif fotoğrafları

**P-040****Farklı Prezantasyonlarda İki Miyoperisitom Olgusu: Vaka Sunumu**

**Burak Özkan**, Abbas Albayati, Ahmet Çağrı Uysal, Nilgün Markal Ertaş  
Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Miyoperisitom nadir görülen benign mezenkimal tümördür. Miyoperisit adı verilen perivasküler miyoid hücrelerden kaynaklanır. Tümörün patogenezi iyi tanımlanmamış olmasına rağmen, bazı olgularda travma ile bağlantısı olduğu belirtilmiştir. En sık alt ekstremitelerde görülür. Tipik prezervantasyonu dermis ve subkutan dokuda yavaşça büyüyen ağrısız nodüler lezyondur. Bu vaka raporunda alt ekstremitelerde klasik ve atipik prezantasyonda iki miyoperisitom vakası sunulmaktadır.

**Vaka 1:** 47 yaşında kadın hasta sol bacakta iki aydır mevcut olan iyileşmeyen yara nedeni ile kliniğimize başvurdu. Hikayesinden şikayetlerinin bacağın ön tarafında on yıl önce başladığı öğrenildi. Hasta, zaman içerisinde deri altında ele gelen ağrılı bir kitle geliştiğini ve iki ay önce ağrıyan bölgeye bilinmeyen bir bitki karışımı uygulaması sonrası bu bölgenin açık yaraya dönüştüğünü belirtti. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede, sağ bacak anteriorunda 3x3 cm'lik belirgin kenarları, yarı granüle ülseratif yara mevcuttu (Şekil 1a). Hastanın vücudunun başka bölgelerinde benzer lezyon büyümesi ve lenfadenopati tespit edilmedi. Klinik ayrıtı tanılarda marjolin ülseri ve skuamöz hücreli karsinom düşünüldü. Hastaya eksizyonel biyopsi planlandı. Kitleye giren damarlar bağlandı ve 5 mm cerrahi marj ile tümör eksize edildi. Tümör tamamen çıkarıldıktan sonra doku defekti sol uyluk lateralinden alınan kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Mikroskopik değerlendirmede multi nodülasyon ve ülserasyon, miyoperisit proliferasyon gösteren vasküler yapılar gözlemlendi. İmmünohistokimyasal çalışmalarda ince kas aktin (smooth muscle actin), caldesmon ile diffüz kuvvetli pozitiflik, S100, CD34 ve desmine ile boyanma olmadığı gözlemlendi. Lezyona miyoperisitom tanısı konuldu. Cerrahi marjlarda herhangi bir tümör hücresi olmaması neden ile yapılan cerrahi yeterli olarak kabul edildi. 6 aylık gözleminde nüks gözlemlendi.

**Vaka 2:** 36 yaşında kadın hasta sol diz bölgesinde ağrılı kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hikayesinde 2 yıl önce farkedilen kitlenin büyüklüğünün ve ağrısının zamanla arttığı öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede sol patellar bölgede cilt altı palpasyonda ağrılı 1x1 cm boyutlarında mobil lastik kıvamında kitle tespit edildi. Cilt altında olması nedeni ile ek görüntüleme yöntemlerine gerek görülmeden hastaya lokal anestezi altında eksizyonel biyopsi işlemi uygulandı. Yapılan eksplorasyonda kalın kapsüllü vasküler görünümdeki lezyonun pedikülü bağlandı ve kitle eksize edildi (Şekil 1b). Patolojik incelemede kuvvetli CD34 boyama gösteren kitlenin vasküler lezyonlardan ayrımı için caldesmon, SMA, S100, EMA immünohistokimyasal incelemeleri yapıldı. Caldesmon kuvvetli tutulum görülen spesimenlerde EMA ve S100 tutulumu olmaması nedeni ile diğer vasküler tümörler ekarte edilerek miyoperisitom tanısı konuldu. Hastanın takibinde herhangi bir sorun yaşanmadı.

**Tartışma:** Miyoperisitom yumuşak doku tümörlerin nadir bir türüdür. İlk Granter ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Miyoperisitom, WHO yumuşak doku tümörlerin sınıflandırılmasına göre bir perivasküler tümör olarak kabul edilir. İğ şekilli miyoid hücrelerin belirgin perivasküler konsantrik çoğalması ile karakterize olan miyoperisit hücrelerinden kaynaklanır. Travma ve skar dokusu ile ilişkili

olduğu belirtilmiş olmasına karşın, tümörün patofizyolojisi bilinmemektedir. Literatürde yayınlanan tüm miyoperisit vakalarında lezyon yavaşça büyüyen ağrısız nodül olarak başlar. Sunduğumuz vakaların ilkinde tümör ülseratif nitelik bir lezyon olarak ortaya çıkmıştır. Tümörün ülseratif görünümü, uzun süreli progresif büyümesine veya tümör al kitlenin üzerinde bulunan ince damarların tıkanıklığına neden olabilen, hasta tarafından kitlenin üzerine uygulanan bitkisel karışımın toksik etkisi ile açıklanabilir. İkinci vakamız klinik öykü, prezantasyon ve lokalizasyon olarak miyoperisitom için tipiktir. İmmünohistokimyasal olarak, Miyoperisitom ince kas aktin (SMA), vimentin için pozitiflik, desmin ve CD34 için ise negatiflik göstermektedir. Sunduğumuz vakada tümör aktin için pozitiflik, vimentin ve CD34 için negatiflik göstermişti. Tümörün prognozu iyi olup nüks oranı %4 civarındadır. Tümörün malign formu nadir olmasına karşın literatürde bildirilmiş olgular vardır. Ultrason ve MR, tümörün boyutu ve lokalizasyonunu bildirmekte olup operasyon öncesi planlamada yararlıdır. Tümörün tedavisi cerrahi eksizyondur. Benign olmasına rağmen, tümör nüksü görülebilmektedir ve hastanın yakın izlemi ve periyodik olarak takip edilmesi gerekmektedir. Sonuç olarak, miyoperisitom alt ekstremitelerde uzun süreli ağrı yapan cilt altı kitlelerin ayırıcı tanısında akıldan tutulması gereken benign bir lezyondur.

**Referanslar**

1. Jun Oh Paek et al. A Case of Myopericytoma on the Lower Leg. Ann Dermatol Vol. 23, No. 2, 2011
2. Phyu P. Aung et al. Cutaneous Myopericytoma: A Report of 3 Cases and Review of the Literature. Dermatopathology 2015;2:9-14
3. Binesh F, Moghadam RN, Shabani M, Mortazavizadeh MR, Zare S. Malignant myopericytoma of shoulder: a rare lesion. APSP J Case Rep. 2016; 7:21
4. M S Dray et al. Myopericytoma: a unifying term for a spectrum of tumours that show overlapping features with myofibroma. A review of 14 cases. J Clin Pathol 2006;59:67-73. doi: 10.1136/jcp.2005.028704.
5. Selin Soyluoğlu Demir, MD, Ali Sarıkaya, MD, Gul Ege Aktas, MD, and Fulya Oz Puyan, MD. Incidental Detection of Subcutaneous Myopericytoma of Trunk on FDG PET/CT and Bone Scintigraphy for Imaging of Colon Cancer. Clin Nucl Med 2016;41: 668-670.
6. Guang Yang & Evan P. McGlinn & Kevin C. Chung. Myopericytoma of the distal forearm: a case report. HAND (2015) 10:338-341.
7. Zeeba S JAIRAJPURI MD, Md Jaseem HASAN MD, Garima Baweja MADAN MD and Sujata JETLEY MD. Myopericytoma - a unifying term or a unique entity? Malaysian J Pathol 2016; 38(2): 159 - 163.
8. Rachel E. Aliotta et al. Traumatic Facial Myopericytoma: A Differential to Consider. The Journal of Craniofacial Surgery. Volume 28, Number 4, June 2017.

**Şekil 1**

**1a:** İlk vakanın preoperatif görünümü; tibia ön yüzünde ülser kronik yara **2a:** İkinci olguda cilt altı eksize edilen vasküler lezyonun görünümü

**P-041****Nadir Görülen ve Zor Tanınan Benign Bir Deri Tümörü: Prurigo Nodularis**Erol Kozanoğlu<sup>1</sup>, Fethi Sarper Mete<sup>1</sup>,Çağdaş Orman<sup>1</sup>, Atilla Arıncı<sup>2</sup><sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş-Amaç:** Prurigo nodularis, kaşıntılı nodüller ile ortaya çıkan genellikle dermatoloji kliniklerinde tedavi edilen bir hastalıktır. Sıklıkla çoklu olan bu lezyonlar hastaların genellikle üst ve alt ekstremitelerinde ortaya çıkar. Lezyonların temel özelliği, sebep oldukları şiddetli kaşıntıya bağlı olarak yüzeylerinde artefakt ve abrazyonlar barındırmalarıdır. Bu olgu sunumunda, soliter ve büyük bir atipik prurigo nodularis olgusunu irdeleneceğiz.

**Yöntem-Gereçler:** Şubat 2017'de tarafımıza başvuran altmış yedi yaşındaki erkek hastanın sağ el birinci web dorsalinde yaklaşık iki yıl önce çıkan ve gittikçe büyüyen kaşıntılı kitle mevcuttur.

**Olgu:** Altmış yedi yaşındaki erkek hasta, yaklaşık iki yıldır sağ el birinci web dorsalinde mevcut olan kaşıntılı lezyon ile tarafımıza başvurdu (Resim 1). Dermatoloji konsültasyonu sonucunda yapılan ayırıcı tanıda prurigo nodularis ve skuamöz hücreli karsinom düşünülmesi üzerine, hastanın soliter lezyonunun eksizyonu planlandı. Lezyonun birinci dorsal interosseöz kas fasyasına fikse olmadığı ve deri ile birlikte hareket ettiği görüldü. Hastanın preoperatif sağ supratrochlear ve sağ aksiller muayenesinde herhangi bir lenfadenopati saptanmadı. Histopatolojik verifikasyon olmadıktan, hastaya beş milimetrik sağlam deri sınırları ile eksizyon yapıldı ve ortaya çıkan defekt sağ ön kol medialinden alınan tam kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Eksizyon materyali standart yöntemle işaretlendi ve patoloji laboratuvarına gönderildi. Hastanın grefti dört gün sonra açıldı ve tamamen tutmuş olduğu görüldü. Hasta, birinci web aralığının kontraksiyonunu engelleyen atelleme ile iki hafta boyunca takip edildi ve postoperatif ikinci haftada hastanın kapalı pansumanı sonlandırıldı. Hasta, sekonder kontraksiyona bağlı birinci web daralmasını önlemek amacıyla yirmi bir seans fizik tedaviye yönlendirildi.

**Bulgular:** Hastanın patoloji sonucunda dermoepitelyal bileşke kronik inflamasyon saptanmıştır. Epitel tabakasında ise belirgin papillomatöz, hiperkeratoz ve parakeratoz görülmüştür. Bu bulgular, kronik irritasyon ve prurigo nodularis tanısını desteklemektedir. Cerrahi sınırlarda herhangi bir lezyon yoktur ve lezyonda sekonder viral enfeksiyona bağlı hücresel değişiklikler de saptanmıştır.

**Sonuçlar:** Hasta postoperatif ilk iki haftada dört günde bir tarafımızca değerlendirildi. Sonrasında, hasta aylık olarak kontrol edildi. Hasta, ameliyattan sonraki ikinci haftada günlük yaşam etkinliklerine geri dönmüştür. Hastanın kaşıntı şikayeti nüks etmemiştir ve hastanın birinci web aralığında son kontrolüne kadar herhangi bir kontraksiyon görülmemiştir.

**Tartışma:** Prurigo nodularis, Hyde ve Montgomery tarafından 1909 yılında tanımlanmıştır. Nodülün ortaya çıkmasından sonra kaşıntının başlaması, bu patolojinin temel özelliklerindendir. Etiyolojisi tam olarak bilinmeyen bu tabloda birçok otoimmün hastalık, gastrointestinal ve hematolojik maligniteler ve HIV başta olmak üzere immünsupresyon sendromları suçlanmaktadır. Psikojen kökenli olduğu da düşünülen bu tablonun psikojen kökeni

yeni bilimsel çalışmalar ile dışlanmaktadır. Prurigo nodularis, genellikle dermatoloji kliniklerinde fizik muayene ile tanısı konan bir hastalıktır ve ayırıcı tanı için biyopsi yapılmalıdır. Bizim olgumuzda, skuamöz hücreli karsinom ayırıcı tanıya girdiğinden punch biyopsi yerine total eksizyon tercih edilmiştir. Klasik prurigo nodularis, bizim olgumuzdan farklı olarak yaygın lezyonlar ile seyreder. Tedavide steroidler, vitaminler, kriyoterapi, ultraviyole ışınları ve ileri olgularda azatiyopurin kullanılır. Sekonder enfeksiyon varlığında sistemik geniş spektrumlu ve topikal antibiyoterapi de uygulanmalıdır. Kaşıntılı, sert ve nodüler deri lezyonlarında prurigo nodularis akla gelmeli ve hasta, dermatoloji konsültasyonu için ilgili birime yönlendirilmelidir.

**Sağ El Birinci Web Yerleşimli Prurigo Nodularis**

*Yaklaşık iki yıldır mevcut olan ve gittikçe büyüyen sağ el birinci web yerleşimli lezyon, prurigo nodularis ön tanısı ile eksize edildi ve patoloji laboratuvarına gönderildi.*

**P-042****Konjenital Maksiller Matür Teratom Ve Yarık Dudak Onarımı**

Cemal Fırat, Özcan Öcük, Orhan Gazi Dinç  
*İnönü Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Malatya*

**Giriş:** Teratomlar, konjenital germ hücreli tümörlerdir. Embriyolojik olarak 3 germ tabakadan (ektoderm, endoderm, mezoderm) köken alırlar ve tümör dokusu bu 3 germ tabakadan gelişen yapıları içerebilir (epidermis, nöron, kas, kıkırdak, salgı hücreleri). Teratomlar 4000 doğumda bir oranda görülür ve teratomlar içerisinde %18 oranında konjenital malformasyonlar bulunur. Teratomlar içinde bulundurduğu doku yapılarının diferansiyasyon derecesine göre malign potansiyel arz edebilir. Teratomlar en sık sakrokoksial bölgede bulunur. %10 kısım ise baş ve boyun bölgesinde bulunur. (1,2) Literatürde yapılan bir çalışmada 16 vakanın sert damak, 14 vakanın nazofarengeal 6 vakanın sfenoid ve 6 vakanın orofarenks orijinli olduğunu raporlanmıştır. (3) Baş ve boyun bölgesinde bulunan teratomlar hidroamniyoza, intrauterin fetal ölüme, solunum yolu tıkanıklıklarına ve trakeal baskıya neden olabilir. (4)

**Olgu Sunumu:** Yeni doğan yoğun bakımda yatmakta olan 1 aylık kız bebek ağız içinde tümör nedeniyle kliniğimize konsülte edildi. Hastanın maksiller kemik sol tarafından köken alan, üst dudakta yarık dudak deformitesi oluşturan, alt dudadı protrude eden ağız dışına taşmış 4.5x4.5x3 cm lik cilt ve mukoza adası ile kaplı kitlesi bulunmaktaydı (Resim 1-2-3). Hasta emme fonksiyonu olmadığı için OG ile beslenmekteydi. Hastanın MR görüntü ve raporunda oral kavite ve nasal boşluğa uzanım gösteren, dili posteriora

iten, solid kısımda septaların olduğu, maxiller kemiği destürükte etmiş dermoid ve teratom ile uyumlu kitle şeklinde yorumlanmıştı (Resim 4-5). Kitlenin basısından dolayı mandibula sol tarafta hipoplazi gelişmişti. Hastaya cerrahi plan yapıldı. Genel anestezi altında, geniş diseksiyon yapılarak kitle sol hemimaxillektomi yapılarak eksize edildi. Hastada mevcut olan üst dudak yarığı da aynı seansta millard tekniğine benzetilerek onarıldı (resim 6-7). Hastanın patoloji raporu nöral komponentler içeren benign matür teratom olarak raporlandı. Hasta post op 12. günde taburcu edildi.

**Tartışma:** Baş-boyun bölgesindeki teratomlar diğer bölgedeki teratomlar gibi 3 germ yaprağından köken alır ve diferansiyon derecesine göre malignite potansiyeli mevcuttur. Bu tarz tümörlerde tümörün kendi patolojisinden hariç ve daha önemlisi baş boyun bölgelerinde önemli anatomik yapıların baskıya bağlı fonksiyon bozukluğu olması ve anatomik yapıların hipoplazik kalmasıdır. Olgu sunumu yapılan vakada mandibula sol taraf hipoplazik kalmıştır ve bebeklerde önemli olan emme fonksiyonu yoktur. Cerrahi hedef olarak önceliğimiz basıları bir an evvel kaldırıp hipoplazik kalan dokuların gelişiminin devam etmesini sağlamak, havayolu güvenliğini sağlamak, invaziv olarak beslenen hastanın emme fonksiyonunu bir an evvel sağlanması ile hastanın fizyolojik olarak beslenmesini sağlamak ve hastanın estetik görünüşünü normalleştirmektir. (5)

**Sonuç:** Baş boyun bölgesindeki teratomlarda olabildiğince hızlı cerrahi plan yapılarak hasta opere edilmesi uzun dönem fonksiyonel, patolojik ve estetik kazanımı daha iyi olmaktadır.

#### Kaynaklar

1. Pavlin JE, O'Gorman A, Williams HB, Crépeau RJ, Shapiro RS. Epignathus: A report of two cases. Ann Plast Surg 1984;13:4526.
2. Valente A, Grant C, Orr JD, Brereton RJ. Neonatal tonsillar teratoma. J Pediatr Surg 1988;23:3646.
3. Rosenfeld CR, Coln CD, Duenhoelter JH. Fetal cervical teratoma as a cause of polyhydramnios. Pediatrics 1979;64:1769.
4. Isaacs H Jr. Perinatal (fetal and neonatal) germ cell tumors. J Pediatr Surg 2004;39:1003-13.
5. Congenital large maxillary teratoma. Ram H, Rawat JD, Devi S, Singh N, Paswan VK, Malkunje LR. Natl J Maxillofac Surg. 2012 Jul;3(2):229-31. doi: 10.4103/0975-9550.111394.

#### tüm resimler



#### P-043

### Mikrovasküler Serbest Flep Transferlerinde Nadir Rastlanan Bir Komplikasyon: Anastomoz Hattında Arteriovenöz Fistül

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

**Giriş:** Arteriovenöz fistül (AVF) normal kapiller dolaşımı bypass ederek arter ile ven arasında oluşan patolojik bağlantıdır. Yüksek akımlı vasküler anomaliler arasında yer alır. Bu sebeple eğer avf uzun süre sebat ederse yüksek outputlu kalp yetmezliğine (çalma fenomeni ile), proksimal arter dejenerasyonuna ve distal venöz yetmezliğe neden olabilmektedirler. Konjenital AVF lere ek olarak ilk kez Hunter 1757 kazanılmış olanını tarif etmiştir. (1) Kazanılmış AVF ler genellikle travma sonrası meydana gelmektedir. Sıklıkla penetran ya da künt travmalar etyolojide suçlanırken enfeksiyon ve lokal hemodinamiklerin değişimi de vasküler anomalilerle sonuçlanan değişimlerin tetikleyicisi olabilmektedir. Son yıllarda raporlanmış bazı vakalar kazanılmış AVF lerin etyolojik faktörleri arasında bir yenisini eklemiş ve mikrovasküler serbest doku transferlerinde yapılan anastomozlar etken olarak gösterilmiştir. Bu çalışmada baş boyun bölgesine mikrovasküler serbest doku transferi yapılmış bir hastada anastomoz hattında meydana gelen AVF' ün cerrahi yönetimi ve olası nedenleri üzerinde durulmuştur.

**Olgu Ve Yöntem:** 26 y erkek hasta sağ alveol yarığı ile tarafımıza başvurdu. Sağ unilateral yarık dudak damak patolojisine sahip hastanın alveol yarığı daha önce primer ve sekonder kemik greftleme denenerak kapatılmaya çalışılmış fakat başarılı olunamamıştı. Yeniden nonvaskülarize bir kemik grefti kullanmanın başarı sağlamayacağını düşünerek buraya vaskülarize bir kemik yapı getirmeyi planlandık. Bu amaçla serbest medial femoral kondil flebi kullanıldı. Serbest kemik flebi usulüne uygun şekilde donör alandan elde edildikten sonra alveol yarığına adapte edildi. Nazolabial bölgede oluşturulan tünelden geçirilen pedikülde bulunan 1 arter ve 1 ven sırası ile fasial arter ve konkomitan venine 8.0 prolene suture ile uç uca anastomoz edildi. Hastanın 1.,3.,6. ay takiplerinde operasyona bağlı herhangi bir komplikasyon gelişmemişken, hasta 12. Ayda tarafımıza sağ mandibuler bölgede şişlik ile başvurdu. Şişlik yumuşak ve fluktuandı. Yaklaşık 3\*4 cm çapında palpasyonla üzerinden trill alınmaktaydı. Serbest flebimiz hala viabilitesini sürdürmekteydi. Hastaya yapılan doppler ultrasonografi sonucunda piksistolik hızı 256 cm/sn, enddiastolik hızı 160cm/sn olan, çapı en geniş yerinde 6 mm olarak ölçülen debisi 1700 ml/dk olan fistül raporlanmıştır olarak ölçülmüştür. Yapılan BT anjiyografide besleyici arter fasial arter olarak görülmüştür. Operasyonda besleyici arter ligate edildikten sonra kitle tamamen eksize edildi. Kitle patolojisi fibrokollajen dokuda genişlemiş ve duvarı kalınlaşmış arter yapısının yanı sıra çok sayıda konjesyone görünümde kapiller ve venöz yapılar şeklinde raporlandı.

**Sonuç:** Hastanın postoperatif dönemde operasyonel bir komplikasyonu olmadı. Cerrahi sonrası erken dönemde operasyon bölgesinde üzerinde trill bulunan pulsatil kitlenin sebep etmediği görüldü. Hastanın takipleri hala sürmekte olup geç dönemde AVF nüksü açısından hasta yeniden değerlendirilecektir.

**Tartışma:** Kazanılmış AVF lerin oluşumunda birkaç teori öne sürülmüştür. Bunlar normalde kapalı bulunması gereken konjenital bağlantıların açılması, mevcut olan

## Önkolda marjolin ülseri eksizyonuna bağlı cilt defektinin kombine skapular-paraskapular fasyokutan serbest flebi ile onarımı: Olgu sunumu

Mustafa Akyürek<sup>1</sup>, İbrahim Utku Özcan<sup>2</sup>, Emrah Arslan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale  
<sup>2</sup>Çanakkale Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Çanakkale

arteriovenöz anastomozların lokal hemodinamiklerin değişimi ya da enfeksiyon gibi nedenlerle aktif hale gelmesi ve büyümesi, cerrahi sonrası küçük damarların kanayarak hematoma formasyonu oluşturmaları ve bunların daha küçük venlere açılması, fistül oluşan damardaki vasa vasorumların hasarlanması sonucu endotelial kitle formasyonunun oluşmasıdır.(2) Daha önce literatürde serbest lateral kol flebi, serbest pektoralis minör flebi, serbest radial ön kol flebi, serbest anterolateral uyluk flebi sonrasında anastomoz hatlarında meydana gelen AVF ler sunulmuştur. Bu vakalarda olası AVF nedenleri üzerinde durulmuştur. Bunları şöyle özetleyebiliriz; pediküldeki arter ve ven yakınlıkları neogenetik bir vasküler bağlantı geliştirir ve bu bağlantı zamanla mature olur herhangi bir hemodinamik değişiklikte bu arter ve ven genişleyerek aralarında bir sirkülasyon oluşur. (3) Serbest radial ön kol transferi sonrası meydana gelen AVF de flebin inceltirme ve adaptasyon işlemleri sırasında pediküle klemp koyularak dolaşımın kontrol edilmesi sorumlu tutulmuştur. Klempleme sonucu vasküler sempatik liflere zarar verilmesi kronik dilatasyon sonucu anastomoz bölgesinde flow-through akıma neden olmuş arter ve vendeki kaçak hematoma formasyonu oluşturmıştır. Lokal hemodinamik faktörlerin değişikliği ve proanjiojenik faktörlerin salınımı ise psödoanevrizmaya sonunda da AVF e neden olmuştur. (4) Diğer bir çalışmada buna benzer nedenlere ek olarak flebin transferi sırasında uzayan iskemi süresi sorumlu tutulmuştur. İskemi sonucu sempatik denervasyon oluşan flepte arter duvarındaki kasların tonusunu azalmış, cerrahi sonrası hemodinamikleri değişen flepte arterden kaçış hematoma formasyonu ve AVF oluşumunu beraberinde getirmişti. (5) Bunun yanında flep içinde bulunan fizyolojik ya da konjenital AVF lerin serbest transfer sonrası aktif hale gelmiş olması da sebeplerden sayılmaktadır.(2) Karotisın dallarından birine yapılan anastomoz sonrası ani öksürme ile karotis basıncının yükselerek arterde bir dilatasyona yol açtığı da olası nedenler arasındadır. Bizim kendi vakamızda gelişen AVF için hipotezimiz; Zhu ve ark. nin çalışmalarında belirttikleri hipotez ile aynı olup, bunun arter ve ven yakınlığının neogenetik bir bağlantı geliştirmesine bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Mikrovasküler serbest flep transferleri sonrası nadir görülen bir komplikasyon olan AVF> ün iatrojenik sebepleri bilinen bu komplikasyondan uzak durulabileceğini düşünmekteyiz.

### Referanslar

1. M Ninkovic, D Sucur, B Starovic, S Markovic, Arteriavenous fistulae After Free Flap Surgery in a Replanted Hand, M. Journal of Hand Surgery (British Volume, 1992) 17B: 6.57-659
2. Thomas W. Collin • Paul Morris • Elaine Sassoon •, Trevor J. O'Neil, Arteriovenous fistula in a free pectoralis minor flap, Eur J Plast Surg (2003) 26:367-369
3. Shan Zhu, Yuanbo Liu\*, Bin Song, Donghong Liu, Spontaneous arteriovenous shunt after microsurgical operation, Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2010) 63, 1569e1571
4. Jeremy Nikfarjam, M.D., Peter J. Taub, M.D., Aman Patel, M.D. and Elliott Rose, M.D., Arteriovenous Fistula following Radial Forearm Free Flap, Journal Of Reconstructive Microsurgery/Volume 27, Number 5, 2011
5. Shih-Hsin Chang, Ta-jui Chiu, Kwang-Yi Tung, Hung-Tao Hsiao, Delayed arteriovenous fistulae formation in previous free ALT flap reconstruction of head and neck cancer, Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2009) 62, e635e636

Giriş: Subskapular sistemin kanlandığı sırt ve lateral gövde, plastik cerrahinin flep donör sahası olarak kullandığı en sık bölgelerden biridir. Kas, kemik, fasya ve deri gibi farklı doku bileşenleri gerektiren defektler, ortak pedikül üzerinden tasarlanan kombine ve kimerik flepler ile güvenli bir şekilde rekonstrükte edilebilir<sup>1</sup>.

Olgu: 30 yaşında, mesleği balıkçılık olan erkek hasta, sol önkol dorsolateral bölgede 6 x 6 cm boyutunda ülserovejetan kitle ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde 18 yıl önce her iki üst ekstremitte, boyun ve gövde ön yüzde kısmi kalınlıkta deri grefti uygulanarak rekonstrükte edilen, alev yanığına bağlı açık yara olduğu öğrenildi. Kitleden alınan 4 kadran insizyonel biopsinin patoloji sonucu orta diferansiye yassı hücreli karsinom olarak geldi. Hastanın sternal bölgesinde yanığa bağlı hipopigmente skar alanları ve her iki uylukta greft donör sahalarına ait skar alanları mevcuttu. Hastaya preop sirkumfleks skapular arter bazlı, her biri 7 x 18 cm boyutunda, bağımsız skapular ve paraskapular flepler planlandı. Lezyon 2 cm marj ile eksize edildikten sonra 20 x 18 cm'lik bir defekt ortaya çıktı. Aynı seansta hastaya aksiller ve kübital lenf nodu disseksiyonu uygulandı. Kontrateral bölgeden kaldırılan sirkumfleks skapular arter bazlı kombine skapular-paraskapular flep ile rekonstrükte edildi. Pedikül uzunluğu horizontal ve vertikal dallanma öncesi 4 cm olarak ölçüldü. Flep radial arter ve komitan radial vene anastomoz edildikten sonra defekte adapte edildi. Takiplerinde herhangi bir dolaşım problemi olmayan hasta, postoperatif 6. Günde taburcu edildi. 30 aylık takiplerinde tümör nüksüne rastlanmadı (Resim 1).

Tartışma: Hipopigmente ve anstabil skar alanları yassı hücreli karsinom gelişimi açısından yüksek risk taşırlar ve oluşan tümörler sıklıkla agresif seyirli<sup>2</sup>. Tümör etrafındaki esnekliğini yitirmiş cilt nedeniyle eksizyon sonrası olgumuzda olduğu gibi beklenmedik büyüklükte defektler oluşabilir. Ayrıca skar ile kaplı cilt üzerinden yapılan lenf nodu muayenesi ve ultrason görüntüleri suboptimal sonuçlar verebilmektedir. Aksiller ve kübital disseksiyon materyalinde metastatik lenf nodlarına rastlanmaması olgu için büyük bir şans olmuştur. Önkol gibi hareketli bölgelerin rekonstrüksiyonunda dikkat edilmesi gereken en önemli husus, fonksiyonel kasların üzerinde kaymayı kolaylaştıracak bir fasya dokusunun bulunması gerekliliğidir<sup>3</sup>. Skapular ve paraskapular flepler önkol için uygun kalınlıkta ve gerektiğinde kolaylıkla fasya dokusunun dahil edilebileceği fleplerdir. Sirkumfleks skapular arterin sabit dallanma paterni, her iki flebi tek bir pedikül üzerinden güvenli kaldırabilmemizi sağlamaktadır. Donör saha ise primer kapatılabilmektedir.

### Referanslar

1. Bakhach J, Peres JM, Scalise A, et al. The quadrifoliate flap: a combination of scapular, parascapular, latissimus dorsi and scapula bone flaps. Br J Plast Surg 1996;49:477.
2. Kowal-Vern A, Criswell BK. Burn scar neoplasms: a literature review and statistical analysis. Burns 2005;31:403-13.
3. Colen LB, Pessa JE, Potparic Z, Reus WF. Reconstruction

of the extremity with the dorsal thoracic fascia free flap. Plast Reconstr Surg 1998;101:738.

**Resim 1**



Önkolda marjolin ülseri nedeniyle opere edilen hastanın preoperatif ve postoperatif resimleri. Üst sol: Preoperatif tümörün eksişyon planı. Üst sağ: Kombine skapular-paraskapular flep planı. Orta sıra: Geç postoperatif alıcı saha. Alt sol: Aksiller disseksiyon sahası. Alt sağ: Erken postoperatif verici bölge.

#### P-045

### Postpnömonektomi Sendromunun Kimerik Latissimus Dorsi, Serratus Anterior Kas Flebi ve Silikon İmplant ile Cerrahi Tedavisi: Bir Olgu Sunumu

İbrahim Tabakan<sup>1</sup>, Alper Avcı<sup>2</sup>, Özgün İlke Karagöz<sup>1</sup>, Eyüphan Gencel<sup>1</sup>, Gazi Kutalmış Yaprak<sup>1</sup>, Cengiz Eser<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

<sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Adana

Postpnömonektomi sendromu (PPS), pnömonektomiden sonra görülen nadir bir komplikasyondur. Çocuklarda erişkinlere oranla daha sık görülür. Mediastinumdaki yapıların yerleşimlerinin bozulmasıyla sonuçlanır. Pnömonektomiden sonra mediastinum çıkarılan akciğer yönüne doğru kayar, karşı hemitorakstaki akciğer genişleme gösterir. Ana bronşların aort, pulmoner arter veya vertebralar arasına sıkışmasıyla hava yolu obstrüksiyonu meydana gelir. PPS'li hastalarda genel kondüsyonda bozulma, stridor, dispne, tekrarlayan pulmoner enfeksiyonlar görülebilir. Tanı dispneye neden olan diğer durumların ekartasyonu, göğüs radyografisinde mediastinal kaymanın görülmesi, BT ve bronkoskopi ile konur. Postpnömonektomi gelişen bir olguda kimerik latissimus dorsi ve serratus kas fleplerinin silikon implant ile tedavisini sunuyoruz.

**Yöntem ve Bulgular:** Konjenital kistik adenoid malformasyon nedeniyle sağ pnömonektomi yapılmış 11 yaşında erkek hasta operasyon sonrası 5. ayda dispne, öksürük şikayetleri ile Göğüs Cerrahisi kliniğine yönlendirilmiş.

Akciğer grafisi, torax BT ve bronkoskopi ile PPS tanısı kondu. Sağ posterolateral torakotomi ile 5. İntercoastal aralıktan pnömonektomi poşuna girildi. Perikard ile göğüs duvarı arasındaki yapışıklıkların serbestlenmesini takiben m.serratus anterior ve m.latissimus dorsi kaslarından torakodorsal arter bazlı kimerik olarak hazırlanan flebin 3. kotun parsiyel rezeksiyonu ile açılan torakal pencereden toraksa indirilmesi sonrası pnömonektomi poşuna iki kas flebi arasına 520 cc yuvarlak textured silikon jel meme protezi konuldu. Postoperatif 1. haftada bronkoskopik değerlendirmede sol ana bronşun basıdan kurtularak açıldığı gözlemlendi. Operasyon sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta 5. Gün taburcu edildi.

**Tartışma:** PPD'da, repozisyonundan sonra perikondral greftle mediastinumun sabitlenmesi, trakeobronşial stent, doku genişleticilerin uygulanması, vertebral cisim anterior rezeksiyonu, interkostal kasların transpozisyonu ve son zamanlarda mediastinum repozisyonu ile birlikte silikon protezimplantasyonugibiçeşitlitedaviyöntemlerimevcuttur. Bu yöntemlerin birçok dezavantajı bulunmaktadır. Perikardial greftlemedi mediastinum sabitlendikten sonra greftte enfeksiyon sıklıkla görülür. Trakeobronşial stent daha az invaziv olmasına karşın, pulmoner emboli, pnömoni, respiratuar yetmezlik, perikardial tamponad gibi komplikasyonlara neden olabilir. Nitinol stent kullanımından sonra tekrarlayan pnömoni (multidrug resistant psödomonas auriginosa ve staf aerius pnömonisi görülen vakalar raporlanmıştır) görülebilir. Doku genişleticilerin kullanılmasıyla luksasyon, malpozisyon, herniasyon, ve özellikle doku genişleticilerin boşalması nedeniyle yeniden operasyon gerekebilir. Biz silikon protez implant kullanarak ana bronşları basıdan kurtaracak bir volüm sağladık ve kas flepleriyle implantı destekleyerek malpozisyonu engelleyici, ana vasküler yapıları koruyucu yaklaşımı kimerik 2 kas flebinin konbine kullanılmasıyla sağladık ayrıca doku genişleticilerde gözlemlenen sızıntı gibi komplikasyonların önüne geçtik.

**Sonuç:** Ana bronşların basısını önleyecek bir volüm sağlaması, volüm kaybının önüne geçilmesi, kas flepleriyle desteklendiği için malpozisyon, herniasyon gibi ikinci bir operasyona neden olacak durumların olmaması nedeniyle kas kombinasyonlu implant uygulamasının efektif bir tedavi yöntemi olduğunu düşünüyoruz.

#### Kaynaklar

- 1.cristopher Soll, Dieter Hahnloser, Thomas Frauenfelder, Erich W russi, Walter Weder, Peter B. Kestenholz The postpneumonectomy syndrome: clinical presentation and treatment
- 2.Jiro Abe, Toru Hasumi, Ryota Tanaka, Yasuki Saito, Keishi Kanma, Satomi Takahashi Long term outcome of nitinol stenting to treat asphyxia caused by postpneumonectomy syndrome
- 3.Cemal Özçelik, Serdar Onat, İbrahim Askar, Ender Topal surgical correction of postpneumonectomy syndrome by intrapleural expandable prosthesis in a child.
4. Anne Floor M. Macare van Maurik, Bart M. Stubenitsky, Henry A. Van Swieten, Vincent A.M. Duurkens, Eric Laban, Moshe Kon Use of tissue expanders in adult postpneumonectomy syndrome

**postpnömonektomi sendrom****P-046**
**Nadir görülen bir Epidermal Kist  
taklitçisi: Kondroid Siringoma Olgusu  
Sunumu ve Literatürün gözden  
geçirilmesi**

Süleyman Köken, Mustafa Durğun

*Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi  
Anabilim Dalı, İzmir*

**Giriş-Amaç:** Kondroid siringoma, nadir görülen benign bir deri eki tümörüdür (1,2). Kondroid veya psödoadeneziyal bir matriks oluşturan, genellikle intradermal, bazen de subkütan yerleşimli nodüler bir lezyon şeklinde kendini gösterir. Lezyonlar, içerdikleri duktal, tübüloalveoler yapılar ve değişen oranlardaki miksoid veya kondroid stromal bileşim nedeniyle tükürük bezlerinde izlenen pleomorfik adenomlara benzerler (3). Diğer kistik ve nodüler lezyonlar ile klinik prezentasyonu karışabildiğinden genellikle kesin tanı histopatolojik olarak konulur. Bu sunumda da, epidermal kist ön tanısı ile çıkartılan ancak patolojik tanısı kondroid siringoma gelen bir olgunun sunulması ve güncel literatürün gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

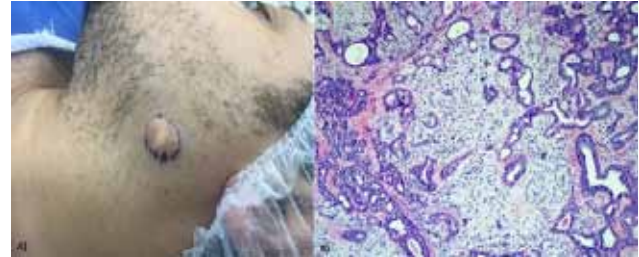
**Olgusu:** 32 yaşındaki erkek hasta, yaklaşık 5 yıldır sol çene altında var olan ve ele gelen bir şişliğin son zamanlarda giderek büyümesi üzerine kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol angulus mandibula hizasında yaklaşık 2x1 cm boyutlarında, subkütan yerleşimli, ağrısız, hareketli nodüler bir lezyon tespit edildi (resim 1-A). Başka herhangi bir cilt lezyonu bulunmayan bu hastada, lezyona epidermal kist ön tanısı konuldu. Lokal anestezi altında lezyonun tamamı eksize edildi. Eksizyon materyalinin makroskopik görünümü beyaz renkte, kapsüllü nodüler kitle şeklindeydi. Mikroskopik olarak ise miksoid stroma için benign nitelikte gland ve duktus yapılarını döşeyen epitelyal ve myoepitelyal hücreler mevcuttu (resim 1-B). Histopatolojik inceleme sonucunda lezyonun epidermal kist değil, kondroid siringoma olduğuna karar verildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Kondroid siringomalar derideki yağ bezleri, ter bezleri ve ektopik tükürük bezlerinden gelişirler.(4) Yavaş büyüyen, ağrısız, iyi sınırlı, subkütan veya intradermal yerleşimli nodül şeklindedirler. Primer deri tümörlerinin %0,01'inden azını oluştururlar. Karakteristik olarak yetişkin erkeklerde baş-boyun bölgesinde görülürler. Burun, yanak, üst dudak, skalp, alın ve alt çene en sık görüldüğü yerlerdir. Lezyonun çapı çoğunlukla 0,5-3 cm arasındadır. Genellikle soliter ve benignidir, ancak malign olgular

da bildirilmiştir. Malign formlar genellikle daha geniş boyutta ve kadınlarda daha sıktır. Ekstremiteler ve gövde tutulumu baş-boyun bölgesine göre daha fazladır.(5) Kondroid siringoma olguları çoğunlukla sebace veya epidermal kist ön tanısı ile ameliyat edilirler. Ayırıcı tanıda ayrıca dermoid kist, nörofibrom, dermatofibrom, histiyositom, pilomatrikoma gibi deri lezyonları da düşünülmelidir. Kondroid siringoma tedavisi total eksizyon olan ve lezyonun tamamı çıkarıldığında lokal rekürrens göstermeyen benign bir tümördür. Ancak nadir de olsa malign formların bildirilmiş olması akılda tutulmalı ve hastalar lokal rekürrens ve uzak metastaz yönünden takip edilmelidir (6,7) Sonuç olarak, bu tümörler genellikle benign ve yavaş büyüyen lezyonlardır. Özellikle orta yaştaki erkek hastalarda baş boyun bölgesinde yavaş büyüyen subkütan veya intradermal yerleşimli nodüler lezyonlarda akla getirilmelidir. Epidermal kist olduğu düşünülen olgularda çıkarılan materyal, makroskopik olarak kondroid siringomadan ayrımı güç olduğundan, olası bir malignitenin atlanmaması açısından mutlaka histopatolojik incelemeye gönderilmelidir.

**Kaynaklar:**

1. Bhargava D, Bhusnurmath S, Daar AS. Chondroid syringoma of the nose: report of a case. J Laryngol Otol 1997; 111: 862-864.
2. Agrawal A, Kumar A, Sinha AK, Kumar B, Sabira KC. Chondroid syringoma. Singapore Med J 2008; 49: e33-34.
3. Yavuzer R, Başterzi Y, Sari A, Bir F, Sezer C. Chondroid syringoma: a diagnosis more frequent than expected. Dermatol Surg. 2003; 29: 179-81.
4. Stout AP, Gorman JG. Mixed tumors of the skin of the salivary gland type. Cancer. 1959; 12: 537-43.
5. Barnett MD, Wallack MK, Zuretti A, Mesia L, Emery RS, Berson AM. Recurrent malignant chondroid syringoma of the foot: a case report and review of the literature. Am J Clin Oncol. 2000; 23: 227-32.
6. Borman H, Özcan G. Chondroid syringoma at the fingertip: an unusual localization. Eur J Plast Surg 1998; 21: 311-313.
7. Nemoto K, Kato N, Arino H. Chondroid syringoma of the hand. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 2002; 36: 379-381.

**resim 1**

A) Sol angulus mandibula hizasında subkutan kitle B) Miksoid stroma için benign nitelikte gland ve duktus yapılarını döşeyen epitelyal ve myoepitelyal hücreler

**P-047**

**Genç Hastada Uzatılmış Dorsal Nazal Flep ile Geniş Distal Nazal Defektin Tek Aşamalı Onarımı**

Billur Sezgin, Sedat Tatar, Selahattin Özmen  
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Burnun distalinde lokalize geniş defektlerin onarımında altın standart paramedian alın flebidir.1 Ancak, başta iki aşamalı bir ameliyat oluşu, ayrılma aşamasından önce yüzün merkezinde bu flebin yaklaşık üç hafta kalması, ve alın bölgesinde vertikal bir skar ile sonuçlanması önemli dezavantajları arasında sayılabilir. Alın flebinin bu kısıtlamalarının önüne geçmek için literatürde tek aşamalı farklı onarım teknikleri mevcuttur. Bunların arasında nazal dorsumun rotasyon flebi olarak tariflenen Rieger flebi ve bu flebin aksiyal pedikül ile tanımlanmış modifikasyonu olan Marchac ve Toth tarafından tarif edilen flepler sayılabilir.2,3 Bu flepler nazal tip bölgesinde tek aşamalı onarım sağlamaktadır ancak defekt çapının 2 cm'yi geçmediği durumlarda tercih edilmektedir. Redondo ve ark. ise geniş defektlerin kapatılabilmesi için rotasyon flebinin ilerletilen kenarının komşu nazal deriden, nazolabial oluktan veya yanaktan elde edilen ek doku ile uzatılmasını tarif etmişlerdir.4 Uzatılmış dorsal nazal flep olarak adlandırılan bu teknik ile 3 cm'yi bile geçen defektlerde tek aşamalı onarım sağlanmıştır ancak hasta popülasyonları ileri yaş grubudur ve genç hastalarda sonuçlara değinilmemiştir. Genç kadın hastada geniş nazal tip defektinde uzatılmış dorsal nazal flep ile onarım tecrübemiz sunulmuştur.

Olgu: Otuz üç yaşında kadın hasta burun dorsumunun distal 1/3'ünde yerleşik 1.7 x 2 cm çaplı ülseratif deri lezyonu nedeniyle dermatoloji bölümü tarafından kliniğimize yönlendirildi. Hastada dermatoloji bölümünde yapılan punch biyopsi sonucunda fokal skuamöz değişim sergileyen infiltratif tipte bazal hücreli karsinom saptanmıştı. Hastanın mevcut şikayetinin 3 yıl önce başladığı ve yurtdışında yapılan biyopside spesifik bir tanı verilmemesi nedeniyle cerrahi yapılmadığı ve topikal tedaviler uygulandığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenede lezyonun düzensiz sınırlı, ortası çökük ve derin yerleşimli olduğu izlendi. Eşlik eden lenfadenopati saptanmadı ve bu bulgu ultrasonografi ile teyit edildi. Hastaya lezyonun total eksizyonunun ve histopatolojik incelemesinin yapılması gerektiği belirtildi ancak onarım alternatifleri içerisinde hasta alın flebi ile rekonstrüksiyonu kabul etmedi. Bilobe flep veya nazolabial flep ile onarıma uygun olmaması nedeniyle ve greft ile onarımın suboptimal sonuçlanacağı öngörülerek hastada uzatılmış dorsal nazal flep ile onarım planlandı. Lezyon bütün sınırlardan 4 mm cerrahi sınır ile tabanda perikondriuma inilerek tam kat eksize edildi. Frozen section ile superior ve sol cerrahi sınırın yakın olması nedeniyle re-eksizyon yapılarak sağlıklı sınırlar elde edildi. Son defektin çapı 2.4 x 2.9 cm idi. Defektin onarımı için komşu nazal dokunun ilerletilen kenara dahil edildiği uzatılmış dorsal nazal flep tasarlandı ve eleve edilerek defekte transpoze edildi. Erken dönemde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılma ancak sol yanak bölgesinde gerginliğe bağlı elevasyon mevcuttu. Takiplerde gerginliği düzelen hastanın ameliyat sonrası üçüncü ayında görünümü çok iyiydi.

Tartışma: Alın flebinin tercih edilmediği durumlarda burun derisinin kullanıldığı farklı nazal dorsal flepler sık tercih edilen alternatifler arasında sayılabilir.5 Redondo ve ark. tarafından tarif edilen uzatılmış nazal dorsal flep farklı burun ucu lokalizasyonlarında uygulanabilen bir flep olarak literatürde yer almaktadır ancak hasta popülasyonlarında yaş ortalaması oldukça ileridir.4 İleri yaş grubunda derinin elastikiyet kaybı ve inceliği birçok farklı defektin

onarımında olduğu gibi nazal defektlerde de bir avantajdır. Halbuki genç hastalarda cildin esneme potansiyelinin az oluşu ve gerginliğe bağlı skarın daha belirgin oluşu bu tarz vakalarda sınırlamalar doğurmaktadır. Alın flebi ile onarımı kabul etmeyen genç kadın hastada uzatılmış dorsal nazal flep ile erken dönemde yanakta gerginlik olmasına rağmen üçüncü ayda tatmin edici işlevsel ve estetik bir sonuç elde edilmiştir. Uzatılmış dorsal nazal flep, genç hastalarda da burun distal bölgesinde yerleşik 3 cm'ye kadar defektlerde akılda tutulabilecek pratik bir cerrahi alternatiftir.

**Kaynaklar:**

1. Reece EM, Schaverien M, Rohrich RJ. The paramedian forehead flap: a dynamic anatomical vascular study verifying safety and clinical implications. *Plast Reconstr Surg* 2008; 121: 1956-1963.
2. Rieger RA. A local flap for repair of the nasal tip. *Plast Reconstr Surg* 1967; 40: 147-149.
3. Marchac D, Toth B. The axial frontonasal flap revisited. *Plast Reconstr Surg* 1985; 76: 686-694.
4. Redondo P, Bernad I, Moreno E, Ivars M. Elongated dorsal nasal flap to reconstruct large defects of the nose. *Dermatol Surg* 2017; 43:1036-1041
5. Rohrich RJ, Muzaffar AR, Adams WP Jr, Hollier LH. The aesthetic unit dorsal nasal flap: rationale for avoiding a glabellar incision. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 1289-1294.

**P-048**

**Maksillofasyal Yerleşimli, Atipik Kist Hidatik Olgusu**

Cem Aslan<sup>1</sup>, Buse Çapkinoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Giresun

<sup>2</sup>Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Adana

İnsanlarda kistik ekinokokun en yaygın klinik tutulum yeri karaciğerdir. Dünya çapında; Akdeniz, Doğu ve Kuzey Afrika, Güney Amerika, Orta Asya gibi endemisitenin yüksek olduğu bölgelerde, ara ve ana konak sayısının eşit olduğu, yaygın görülen bir zoonozdur. Ekinokokal kistler genellikle karaciğer, akciğer, beyin, peritoneal kavite veya kemikler. Daha az sıklıkta tutulan organlar ise pankreas, dalak, kalp, pelvik organlar ve tükrük bezleridir. 8 yaşında erkek çocukta supraklavikuler kiltte şeklinde, douglas boşluğunda bilateral hidroneforz yapan kistik kitle, 20 yaşında erkek hasta malar bölgede ağrısız büyüyen kitle şeklinde de alışılmışın dışında vakalar da bildirilmiştir.

Ekinokokuz Granülosusunerişkiniköpeklerinbağırsaklarında yaşayan ortalama 5 mm uzunluğunda sestodlardır. Sondaki gebe halka kopunca köpeğin dışkıyla birlikte dış ortama atılır. Halkanın parçalanmasıyla içindeki çok sayıda yumurta çevreye yayılır. İnsanlarbu yumurtalarıiyi yıkanmamışsebz, meyve, enfekte sularla veya yumurta barındıran toprak veya köpeklerle temas sonrası eller aracılığı ile ağız yoluyla alırlar. Yumurtalar insanların ince bağırsaklarında serbestleşir, karaciğere geçerek tutunur, Karaciğere tutunamayanlar, kan yoluyla diğer organlara giderek kistleri oluştururlar.

Ekinokok enfestasyonunun endemik olduğu bölgelerde bile hidatik kistin yüzde görülme oranı çok nadirdir. Literatürde baş-boyun bölgesinde; infratemporal fossa, parafarangeal boşluk,maksiller sinüs, pterigopalatin fossa kist hidatikleri bildirilmiştir. Bugüne kadar bilinen, başka bir organ tu tulumu olmayan, primer yüzde kist hidatik vakası türkiyede sadece bir tanedir. Literatürdeki diğer primer yüz kist hidatik vakası

ise Hindistanda bildirilen temporal bölge yerleşimli kist hidatiktir.

8 yaşında erkek çocuk sol bukkal bölgeden nazolabial bölgeye uzanan, yaklaşık 3 yıldır mevcut olan, ağrısız, üst dudakta asimetriye neden olan subkutan kitle ile plastik cerrahi polikliniğine başvurdu. (foto) Fizik muayenede kitle; mobil ve yumuşak kıvamlı olarak palpe edildi. Yapılan yüzeysel doku usg de kitle, bukkal bölgede, düzgün sınırlı nonspesifik kistik lezyon ile uyumlu olarak raporlandı. Hastanın hidatik hastalığına bağlı herhangi bir öyküsü yoktu. Cerrahi eksplorasyonda kitle üzerinden yapılan insizyon ile kist duvarına ulaşıldı, kist duvarı şeffaf, beyaz görünümde idi. Atipik görünümlü kist duvarı rüptüre edilmeden çevre dokulardan künt diseksiyon ile eksize edildi. Çıkarılan kitle patolojiye gönderildi. Kist duvarından alınan kesit hemotoksilen eozin ile boyanarak ince, çekirdeksiz dış tabaka ve kalın, çekirdekli, germinatif iç tabaka görüldü. Germinatif iç duvar üzerinde kız kistler saptandı. Hematolojik ve biyokimyasal parametreler normal olarak izlendi. Operasyon sonrası yapılan tarama tetkiklerinde batin bt de karaciğerde kist hidatik ile uyumlu görüntü tespit edildi. Hasta çocuk cerrahi kliniğine devredildi.

Kist hidatik oromaksillofasyal lezyonların nadir nedenleri arasında yer almaktadır. Özellikle endemik olmayan bölgelerde bu alanlarda yerleşimli kistik lezyonların tanısında ekinokok pek akla gelmemektedir. Buna rağmen literatürde subkutanöz yerleşimli lezyonlar da bildirilmiştir. Bu vakalar hematolojik metastazdan çok, hepatik cerrahi sırasında ekinokokların yayılmasıyla subkutan invazyon sonucu olduğu gösterilmiştir. Hidatik kistin radyolojik tanısı; MRI, CT veya USG de bazı spesifik işaretlerin tanınması ile koyulur. Solid-kistik kitle ayrımı için USG en kolay yöntem olmasına rağmen, yumuşak dokuda yerleşimli bu lezyon için tanısal değildir. Biz de preoperatif süreçte hastamıza USG yaptırarak fakat tanısal açıdan faydalı olmadı. Bu konuda MR en faydalı görüntüleme yöntemi olabilir.

Bizim hastamız bugüne kadar bildirilen oromaksillofasyal kist hidatik vakaları içinde en genç olanıdır, olgular genelde 40 yaş üzeridir, Yayılım açısından bakıldığında raporlanan subkutan lezyonlar hematogen yayılımdan çok geçirilmiş hepatik cerrahiye sekonder olduğunu düşündürmüştür. Geçirilmiş kist hidatik operasyon öyküsü olmayan olgumuz hematogen yayılım sonucu oluşması yönüyle farklılık göstermektedir.

Fizik muayenede ve usg de atipik olduğunu düşündüğümüz lezyonlarda ayırıcı tanıda kist hidatik mutlaka düşünülmelidir MR ön tanı için bize yardımcı olacaktır. Böylece cerrahi eksizyon sırasında kist duvarının açılmamasına daha dikkat edilecek, olası yayılımlar da engellenmiş olacaktır.

**fotoğraf**



## **P-049**

### **Palmar Bölgede İgisi Hücreli Mezenkimal Tümör - Miyofibroblastik Sarkom**

Can Karaca, Süleyman Çakmak,

Hasip Şamil Yazgan, Fatih Alp Öztürk, Alper Geyik

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik

Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Miyofibroblastik hücreler esas olarak bağ doku hücreleridir, genellikle yumuşak dokularda olmakla birlikte neredeyse tüm organlarda bulunmaktadır. 45 yılı aşkın süredir olan çalışmalara rağmen neoplastik işi hücreli lezyonlardaki rolü tam olarak anlaşılmış değildir. (1) Son zamanlarda miyofibroblastlardan oluşan tümörlerin tanımlanmasında artış olmuştur. (2) Miyofibroblastik sarkomlar birçok bölgede gelişebilir. Esas olarak gövdede tüm yumuşak dokularda, ekstremitelerde, baş-boyunda; özellikle oral kavite içerisinde gelişmektedir. Nadir olarak tükürük bezlerinde, nazal kavite içerisinde, paranazal sinüslerde de geliştiği gösterilmiştir. (3) Bu sunumunda palmar bölgede gelişen miyofibroblastik sarkomlu bir olgunun sunulması ve klinik pratikte farkındalık oluşturulması amaçlanmaktadır.

Olgu: Kırk yaşında erkek hasta sağ el palmar bölgede 4. Metakarp seviyesinde oluşan nodüler kitle ile tarafımıza başvurdu. Mesleki yaşamında elleriyle yük taşıma ve ince motor hareket gerektiren işleri aynı anda yapması gerektiğini ifade eden hastanın başvuru nedeni söz konusu kitlenin boyutlarında artış ve çalıştığı sırada ortaya çıkan kitle üzerinde ağrı ve kızarıklık şikayetleriydi. Yapılan fizik muayenede bir adet düzgün kenarlı, nodüler tarzda, tabana fiks olmayan, 0,5x0,5 cm boyutunda kitle ve bu kitlenin proksimalinde 2 adet daha daha küçük nodüler kitle olduğu saptandı. Elin motor ve duyu muayenesinde defisit saptanmadı. Yapılan X-Ray görüntülemesinde osseoz patoloji saptanmadı. Hastaya tarafımızca kitle üzerindeki ciltten yapılan bir insizyonla girilerek eksizyonel biopsi yapıldı. Biopsi sonucu işi hücreli mezenkimal tümör olarak raporlanan hastanın histopatolojik bakısı "Kesitlerde yer yer nodüler yer yer çevre yağ dokuyu infiltrate etmiş görünümde işi hücreli tümör izlenmektedir. Tümörde hyalinizasyon ve fokal miksoid değişiklikler dikkati çekmektedir. 25 BBA'da 13 adet mitoz izlenmektedir. Tümör hücreleri aktin, kaldesmon ve kalponin (fokal) ile pozitif boyanma göstermektedir. H-kaldesmon, B-catenin ile nonspesifik boyanma gözlenmiştir. CD34, desmin, keratin, ALK, S100 ile negatiftir. Morfolojik bulgular göz önüne alındığında mevcut tümörün ayırıcı tanısında öncelikle (kaldesmon ve H-kaldesmon pozitifliğine rağmen) miyofibroblastik/ fibroblastik tümörler başlığı altında yer alan düşük dereceli miyofibroblastik sarkom ve inflamatuvar miyofibroblastik tümör yer almaktadır. Dokular parçalı olduğu için cerrahi sınırlar değerlendirmesi sağlıklı olarak yapılamamakta birlikte cerrahi sınır pozitifliği izlenimi alınmaktadır. Olgunun olası nüksler açısından klinik takibi önerilir." olarak raporlandı. Bu durumda hastaya sınır genişletme operasyonu planlandı. İnsizyon skarı çevresinde 1 cm cerrahi sınırla cilt ile birlikte cilt altı yumuşak dokular eksize edildi ve patolojiye gönderildi. Oluşan defekt inguinal bölgeden alınan FTDG ile kapatıldı. Hasta postop dönemde istirahat atelinde takip edildi. Ayrıca 2 ay boyunca istirahat önerildi. İşe dönüş sonrası çalışma sırasında operasyon yerinde ağrı, kızarıklık şikayeti olan hastanın şikayetleri 1 yıl kadar sürdü. 1. Yıldan itibaren çalışma sırasında ağrı, hassasiyet, kızarıklık şikayetleri görülmeyen hastanın 2 yılı aşkın yapılan takibinde nüks, metastaz bulgusuna rastlanmadı. Hastaya ek cerrahi girişim, kemoterapi ya da radyoterapi uygulanmadı.

**Tartışma:** Düşük dereceli miyofibroblastik sarkomlar birçok yerde gelişmesine rağmen esas olarak somatik yumuşak dokularda, baş-boyunda, ekstremitelerde ve daha az olmakla birlikte abdominal ve pelvik bölgelerde gelişmektedir. İmmunhistokimyasal olarak düşük dereceli miyofibroblastik sarkomların markerları actin ve desmin'dir. Bazı vakalarda sadece actin, bazı vakalarda sadece desmin, bazı vakalarda ise her ikisinin de boyanması mümkün olabilmektedir. Sarkomun ayrıca CD34 ve CD99 boyandığı bazı vakalarda rapor edilmesine rağmen tümörün S-100 proteini, epiteliyal markerlar olan laminin ve h-caldesmon boyanması yoktur. (1,2,4) Söz konusu olguda tümörün immunhistokimyasal incelemesinde tümör hücreleri aktin, kaldesmon ve kalponin (fokal) ile pozitif boyanma gösterdiği. H-caldesmon, B-catenin ile nonspesifik boyanma gözlemlendi. CD34, desmin, keratin, ALK, S100 ile boyanmadığı görülmüştür. Literatürde 1 tane düşük dereceli miyofibroblastik sarkomda p53 ekspresyonu olduğu görülmüş.(5) Miyofibroblastlar 50 yılı aşkın süredir bilinmekte, ancak miyofibroblast komponenti içeren sarkomların varlığı son 20 yıldan bu yana kabul görmektedir. (6) 1998 yılında Mentzel ve arkadaşlarının düşük dereceli miyofibroblastik sarkomlu 18 vaka içeren vaka serisi sunulmuştur.(1) 2001 yılında Montgomery ve arkadaşlarının 15 vaka (10 tanesi düşük dereceli 5 tanesi orta dereceli) içeren serisi mevcuttur. 2004 yılında San Miguel ve arkadaşlarının elde distal falanksta düşük dereceli miyofibroblastik sarkom olgusunun lokal eksizyonla tedavi edildiği olgu sunumu söz konusu olgu ile lokaizasyon açısından benzerlik göstermektedir. (7) 2008 yılında Yoshihiko ve arkadaşlarının el palmar bölgede düşük dereceli miyofibroblastik sarkom lokal eksizyon ile tedavi edilmiş ve 25 ay izlemde herhangi bir nüks, metastaz saptanmayan olgu sunumu da lokalizasyon açısından burada sunulan olgu ile benzerlik göstermektedir. (6) Dolayısıyla tarafımızca yapılan literatür taramasının sonuçlarına göre söz konusu olgu elde yerleşim gösteren üçüncü, palmar bölgede görülen ise ikinci düşük dereceli miyofibroblastik sarkom vakasıdır. Hem San Miguel ve arkadaşlarının yayınında hem de Yoshihiko ve arkadaşlarının yayınında tümör çıkarılırken cilde yapılan insizyon sonrası yapılan diseksiyonla sarkomun çevre dokulardan ayrılması ve eksizyonu yapılmış olup bizim yayınımda üzerinde bulunan sağlam cilt ile birlikte eksizyon yapılmıştır. 2 yılı aşkın yapılan takibinde hastada lokal rekürrens ve metastaz bulgusuna rastlanılmamıştır.

**Sonuç:** Düşük dereceli miyofibroblastik sarkomlar nadir görülen yumuşak doku tümörleri olmasının yanında elde görülmesi çok daha nadirdir. Tedavide sağlam cerrahi sınırla lokal eksizyon yeterli olmakla birlikte ek olarak medikal tedaviye, radyoterapiye ve kemoterapiye ihtiyaç yoktur. Bu tümörlerde lokal rekürrens sık olmakla birlikte metastaz çok nadirdir.(1) Operasyon sonrası dönemde birkaç yıl süren takip, lokal rekürrensleri erken saptamak açısından önemlidir.

1- Mentzel T, Dry S, Katenkamp D, Fletcher C, Low grade myofibroblastic sarcoma: analysis of 18 cases in spectrum of myofibroblastic tumors. Am J Surg Pathol 1998;22:1228-38

2- Fisher C. Myofibroblastic malignancies. Adv Anat Pathol 2004; 11:190-201.

3- Mentzel T, Fletcher JA. Low grade myofibroblastic sarcoma. In: Fletcher C, Unni KK, Mertens F, editors. Pathology and genetics of tumors of soft tissue and bone. Lyon: IARC Press; 2002. P 94-5

4- Montgomery E, Goldblum JR, Fisher C. Myofibrosarcoma: a clinicopathologic study. Am J Surg Pathol 2001; 25: 219-28

5- Roth Tm, Frathin J, Woodring TC, McGehee RP. Low-grade myofibroblastic sarcoma of vulva. Gynecol onkol 2004; 92:361-4

6- Yoshihiko N, Takahiro M, Norikazu H, Shoji S, Koji A,

Mitsuo O. Low-grade myofibroblastic sarcoma of the palm. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg, 2008; 42:164-167

7- Sam Miguel P, Fernandez G, Ortiz-Rey JA, Larruri P. Low-grade myofibroblastic sarcoma of the distal phalanx. J Hand Surg 2004;29A:1160-3

#### Resim-1



#### P-050

#### Nadir Görülen Bir Yumuşak Doku Sarkomu: Dermatofibrosarkom Protuberans Hastalarına Cerrahi Yaklaşım ve Uzun Dönem Takip Sonuçlarımız

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

**Giriş:** Dermatofibrosarkom protuberans, dermis kökenli nadir görülen bir yumuşak doku tümörüdür. Tüm yumuşak doku sarkomlarının yaklaşık %1 ini oluşturur. Genellikle 20-50 yaş arası erişkin hastalara görülen hastalık, erkeklerde daha sık olmakla beraber her iki cinsiyette de görülebilmektedir. Ciltte hiperemik, yama tarzında ufak bir lezyon olarak başlayan lezyon zaman içerisinde büyüyerek subkütan bir nodül halini alır. Dermatofibrosarkom protuberans, düşük metastaz yüzdesine rağmen oldukça yüksek rekürrens yüzdesi ile öne çıkan ileri derece lokal agresif bir tümördür. Bu nedenle tedavisinde, fasyayı da içerecek şekilde 3-5 cm temiz cerrahi sınır ile eksizyonu önerilmektedir. Yapılan çalışma ile, nadir görülen bir malign tümör olan dermatofibrosarkom protuberans hastalarına cerrahi yaklaşım ve uzun dönem takip sonuçlarının paylaşılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Hastanemize Aralık 2010 – Haziran 2017 yılları arasında başvuran ve yapılan eksizyonel biyopsileri sonrası dermatofibrosarkom protuberans tanısı alan 14 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar demografik özellikleri, hastalığın evre ve derecesi, tümörün anatomik lokalizasyonu, yapılan onarım türü, patolojik değerlendirmeleri, eksizyon sırasında gözetilen eksizyon marjı ve gözlenen rekürrens oranlarına göre değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen hastaların %57'si erkek(n:8), %43'ü kadındır(n:6). Tümörün tutulum lokalizasyonuna bakıldığında, gövde tutulumu %42,8, baş ve boyun tutulumu %21,4, üst ekstremiteler tutulumu %21,4 ve alt ekstremiteler tutulumu %14,2 oranında bulunmuştur.

## Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

### 39. Ulusal Kurultayı

Tek bir operasyon sonrası takibe alınan hasta sayısı 6, yetersiz cerrah sınır nedeniyle reeksizyon yapılan hasta sayısı 6 olup bir hasta görülen rekürrensler nedeniyle 3 kez opere edilmiştir. İlk operasyon sonrası yeterli cerrahi sınır sağlanamayıp reeksizyon yapılan 6 hasta ile 3 kez nüks görülen bir hasta postoperatif dönemde radyoterapi görmüştür. Ortalama 39,7 aylık takip periyodunda yalnızca bir hastada rekürrens izlenmiş olup hiçbir vakada metastaz izlenmemiştir.

Sonuç: Dermatofibrosarkom protuberans, yüksek rekürrens oranlarına sahip lokal agresif bir yumuşak doku tümörüdür. Hastalığın tedavisinde altın standart cerrahi yöntem olarak, lokal rekürrensi önlemek ve olası malign transformasyonun önüne geçmek için en az 3-5 cm tümörden serbest cerrahi sınır sağlayacak şekilde geniş eksizyon yapılması önerilmektedir. İlk operasyonla yeterli cerrahi sınır sağlanamayan veya yeterli cerrahi sınırla eksizyon yapılmasına rağmen nüks görülen hastalarda, ise operasyon sonrası adjuvant radyoterapi seçeneği göz önünde bulundurulmalıdır.

### P-051

#### Organ Nakli Alıcı Hastalarında Melanom Dışı Deri Kanseri: Tek Merkez Deneyimi

Abbas Albayati<sup>1</sup>, Burak Özkan<sup>1</sup>,  
Güllü Korkmaz Solmaz<sup>2</sup>, Atilla Adnan Eyüboğlu<sup>1</sup>,  
Ahmet Çağrı Uysal<sup>1</sup>, Nilgün Markal Ertaş<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara  
<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

Organ nakli operasyonları son dönem organ yetmezliğinin en etkin tedavi yöntemidir. Malign deri kanserleri organ nakilli hastalarda en sık görülen kanserlerden biridir. Organ nakli sonrası deri kanserleri yaş ve immunosüpresif ilaçlar kullanıma bağlı olarak gelişmektedir. Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde transplantasyon sonrası gelişen non-melanositik deri kanseri oranı ve kanser gelişme süresini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: 1996 ve 2016 yılları arasında Başkent Üniversitesi Hastanesi Nakil merkezinde opere olan toplam 1833 organ alıcı (böbrek, karaciğer ve kalp) hasta geriye dönük olarak incelendi. Melanositik deri kanseri, premalign lezyonlar ve benign deri lezyonları çalışma dışında tutuldu. Bulgular: Yaşları 44-71 arası değişen (ortalama 58.7) nakil alıcılarının %68.4'u erkek, %31.6'sı kadın hastaydı. Hastaların 1133'ü böbrek (%61.8), 512'si karaciğer (%27.9) ve 120'u kalp (%6.5) nakli ameliyatı geçirmişti. Toplam 19 (15 böbrek, 3 karaciğer ve bir kalp alıcı) hastada 20 farklı deri kanseri görüldü. Nakil sonrası deri kanser gelişmesinin ortalama süreleri 6.1 yıl (1-13) olarak bulundu. En sık deri kanseri bazal hücreli karsinom (BHK) (%52), ve skuamöz hücreli karsinom (SHK) (%48) olarak gözlemlendi. Deri kanserleri en sık baş ve boyun bölgesinde (15 hasta), gövde (2 hasta) ve üst ekstremitelerde (2 hasta) yerleşmekteydi (Tablo 1). Organ nakil hastalarında deri kanseri olasılığı %1.09 olarak saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç: Genel popülasyona göre, organ nakli alıcı hastalarda artan deri kanser riski bilinen bir gerçektir. Nakil hastalarındaki en sık deri kanseri SHK ve bunu takiben BHK olmasına karşın, yaptığımız çalışmada bu oran BHK lehine bulundu. Hastalarımızdaki düşük deri kanseri görülme olasılığı premalign deri lezyonlarını erken teşhis için düzenli yapılan cilt muayenesi ve nakil sonrası

kullanılan immunosüpresif ilaçların düşük doz olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Hastalarda bölgesel nüks veya uzak metastaz rastlanmamıştır. Bunu nedenini geniş cerrahi sınır ile tümör eksizyon içeren tedavi protokolümüz ve sıkı hasta takip rejimine bağlı olduğu düşüncesindeyiz. Premalign lezyonlar ve deri kanserleri erken tanı ve tedavi etmek amacı ile nakil hastalarının rutin periyodik kontrol edilmesi ve yakın dermatolojik hasta takibi yapılmasını önermekteyiz.

#### Referanslar

- 1- Pendon-Ruiz de Mier V, et al. Incidence and long term prognosis of cancer after kidney transplantation. Transplantation Proceedings, 44:2618-21, 2015.
- 2- Vrotniakaitė K, et al. Malignancy after renal transplantation: a single-center experience. Ann Transplant. 19:456-463, 2014.
- 3- Tepeoğlu M, et al. Nonmelanoma skin cancer after kidney transplant. Experimental and Clinical Transplantation 3:233-237, 2014.
- 4- Keles Y. Post-transplantation malignancy after kidney transplantation in Turkey. Transplantation Proceedings, 47:1418-20, 2015.

Tablo 1

Tablo 1. Organ nakli yapılan hastaların bilgileri

| Hasta no. | Yaş (yıl) | Cinsiyet | Transplantasyon | Kanser türü | Kanserin konumu   | Gelişme süresi |
|-----------|-----------|----------|-----------------|-------------|-------------------|----------------|
| 1.        | 60        | K        | Böbrek          | BCC         | Gövde             | 10 yıl         |
| 2.        | 57        | K        | Böbrek          | BCC         | Baş ve boyun      | 3 yıl          |
| 3.        | 58        | E        | Böbrek          | BCC         | Baş ve boyun      | 1 yıl          |
| 4.        | 59        | E        | Böbrek          | BCC         | Gövde             | 1 yıl          |
| 5.        | 51        | K        | Böbrek          | BCC         | Baş ve boyun      | 3 yıl          |
| 6.        | 59        | E        | Böbrek          | BCC         | Baş ve boyun      | 4 yıl          |
| 7.        | 27        | E        | Böbrek          | BCC         | Baş ve boyun      | 9 yıl          |
| 8.        | 67        | E        | Karaciğer       | BCC         | Baş ve boyun      | 8 yıl          |
| 9.        | 52        | E        | Böbrek          | BCC         | Baş ve boyun      | 4 ve 5 yıl     |
| 10.       | 53        | E        | Kalp            | BCC         | Baş ve boyun      | 7 yıl          |
| 11.       | 49        | E        | Böbrek          | BCC         | Baş ve boyun      | 2 yıl          |
| 12.       | 57        | E        | Karaciğer       | BCC         | Üst ekstremiteler | 13 yıl         |
| 13.       | 54        | E        | Böbrek          | BCC         | Baş ve boyun      | 3 yıl          |
| 14.       | 71        | E        | Böbrek          | BCC         | Baş ve boyun      | 3 yıl          |
| 15.       | 57        | K        | Böbrek          | BCC         | Üst ekstremiteler | 13 yıl         |
| 16.       | 70        | E        | Böbrek          | BCC         | Baş ve boyun      | 8 yıl          |
| 17.       | 58        | E        | Böbrek          | BCC         | Baş ve boyun      | 7 yıl          |
| 18.       | 54        | K        | Böbrek          | BCC         | Baş ve boyun      | 13 yıl         |
| 19.       | 44        | E        | Karaciğer       | BCC         | Baş ve boyun      | 2 yıl          |

Organ nakli yapılan hastaların bilgileri

### P-052

#### Tehlikeli Bir Kimyasal Yanık Ajanı: Sülfürik Asit Olgu Sunumu

Süleyman Köken, Mustafa Durğun  
Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş-Amaç: Sülfürik asit; H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub> formülü ile güçlü ve son derece aşındırıcı bir asittir (1). Canlı dokulardan metallerle ve taşlara kadar birçok farklı malzemeyi aşındırabilir. Bu bileşik; lavabo açıcısı, kurşun asit akü, gübre üretimi, petrol arıtımı, atık su işleme ve kimyasal sentez, boya maddeleri, patlayıcı madde gibi birçok endüstriyel uygulamada hayati öneme sahip çok kullanılan bir bileşiktir (2). Diğer kimyasallara göre daha yakıcı olan sülfirik asit ile

olan yanık olguları oldukça az görülmektedir (3). Bu olgu sunumunda nadir görülen sülfirik asit yanıklı olgunun klinik prezentasyonu ve yönetimi amaçlandı.

**Olgu:** Elli sekiz yaşında erkek hastanın sağ kol, ön kol ve eline iş kazası sonucu sülfirik asit dökülmüştü. Hastanın ilk müdahalesi iş yerinde yapılmıştı. Sağ üst ekstremitesi bol miktarda şebeke suyu ile yıkandıktan sonra hasta acil servise başvurmıştı. Acil serviste hastaya yoğun irrigasyon uygulanıp, antibiyotikli ve analjezikli kremlerle yanık pansumanı yapıldıktan sonra tarafımıza yönlendirildi. Kliniğimizde yapılan muayenesinde sağ üst ekstremitesinde 1.derece, 2. derece yüzeysel ve 2.derece derin yanık alanları bulunan hasta sülfirik aside bağlı kimyasal yanık teşhisiyle servisimize yatırıldı. Yaralar ve nekrotik dokuların uzaklaştırılması için sık aralıklarla serum fizyolojikle ıslak pansumanlar yapıldı. Hastanın hemogram, rutin biyokimya ve idrar tetkiklerinde patolojik değer saptanmadı. İkinci haftanın sonunda nekroze alanların sınırlarının netleşmesiyle hastaya debridman uygulandı. Seri debridmana ihtiyaç duyulmaksızın alıcı yatakta progresif nekrotik derinleşme olmadı ve sağlıklı granülasyon gelişimi izlendi. El bileği seviyesindeki derin ikinci derece yanık bölgesi kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Yüzeysel ikinci derece ve birinci derece yanık bölgeleri ise sekonder olarak iyileşti. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi (Resim 1).

**Tartışma:** Kimyasal yanıklar genel olarak asit ve alkali yanığı olarak sınıflandırılırlar. Asitler proteinleri denatüre ve koagüle ederek etki ederler. Bu özellikleri asidik maddenin daha derin dokulara penetrasyonunu engeller (1). Sülfirik asit koagülasyon nekrozu oluşturarak doku hasarı oluşturur. Absorbsiyonu sonucu asidoz, hemoliz, hemoglobüni gibi sistemik toksisite gelişebilir (2). Böyle hastalarda diyalize rağmen ölümlü sonuçlanan akut böbrek yetmezliği tablosu bile ortaya çıkabilir (2,3,4). Gelişebilecek metabolik ve sistemik etkiler nedeniyle dikkatli olunmalıdır. Sülfirik asit yanıklarında akut yönetimde süratle müdahale çok önem arz eder. Asidin bulaştığı organların yoğun bir şekilde yıkanması zaruridir. Bu, kimyasalı dilüe ettiği gibi penetrasyonunu da yavaşlatır, böylece daha derin oluşabilecek doku harabiyetinin önüne geçer (5,6,7). Ciddi yanıklarda kazazede sistemik şok geçirebilir. İlk müdahalede kimyasal yanık bölgesine topikal antibiyotikli ajan, yağ veya diğer tedaviler önerilmez (5,6,7). Sunulan olgunun takiplerinde herhangi bir metabolik problem gelişmedi.

#### Kaynaklar:

1. Thorne CH. Grabb and Smith's Plastic Surgery. 5th Edition. Philadelphia, USA. Lippincot-Raven Publishers, 1997; 132-149
2. Sigurdsson J, Bjornsson A, Gudmundsson ST. Formic acid burn--local and systemic effects. Report of a case. Burns Incl Therm Inj 1983; 9(5):358-61
3. Karundasa KP, Perera C, Kanagaratnum V, Wijerathne UP, Samarasingha I, Kannangara CK. Burns due to acid assaults in Sri Lanka. J Burn Care Res 2010;31:781-785
4. Chan TC, Williams SR, Clark RF. Formic acid skin burns resulting in systemic toxicity. Ann Emerg Med 1995; 26(3):383-6.
5. Zhang Y, Ni L, Ye C, Zhang J, Wang X. A rare case of chemical burns caused by a mixture of sulphuric acid and hydrofluoric acid. Clin Toxicol (Phila). 2015;53(7):785.
6. Bakovic M, Nestic M, Mayer D. Suicidal chemistry: combined intoxication with carbon monoxide and formic acid. Int J Legal Med. 2016 May;130(3):723-9.
7. Faga A, Scevola D, Mezzetti MG, Scevola S. Sulphuric acid burned women in Bangladesh: a social and medical problem. Burns. 2000 Dec;26(8):701-9.

**resim 1**



A)İlk debridman sonrası volar yüzden görünüm B)İlk debridman sonrası dorsal yüzden görünüm

#### P-053

### Meme Protezi Operasyonu Sonrası İnflamatuvar Myofibroblastik Tümör: Vaka Sunumu

Erol Benlier, Devran İğrek, Abdolreza Khash

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif Estetik ve El Cerrahisi Anabilim Dalı, Edirne

İnflamatuvar myofibroblastik tümör(İMT), etiyojisi net olarak bilinmeyen, nadir görülen borderline bir tümördür. Sıklıkla çocuklarda ve genç erişkinlerde izlenir (1). İMT nin en sık yerleşim alanları akciğer(7), mesane, retroperitoneal alan, dalak olmakla beraber larenks, göz, santral sinir sistemi gibi yerleşim alanları da bildirilmiştir (2). 23 yaşında kadın hasta kas altı meme protezi konulduktan üç yıl sonra sol memesinde şekil bozukluğu şikayetiyle başvurdu. Sol memede kapsül kontraktürü ön tanısıyla operasyona alındı. Ameliyat sırasında meme protezi altında kotlara fiks sert ve düzgün yüzeysel kitle tespit edilerek total eksizyonu yapıldı.

**Giriş:** İnflamatuvar myofibroblastik tümör, myofibroblast ve inflamatuvar hücre infiltrasyonundan oluşan ve ender olarak malign dönüşüm veya rekürrens gösteren fibroinflamatuvar bir hastalıktır. Etiyolojide enfeksiyon, travma ve immunolojik olaylar düşünülmüş, ancak nedeni tam olarak saptanamamıştır. Anaplastik lenfoma kinaz (ALK) geninin İMT gelişiminde rol oynadığı gösterilmiştir (3). ALK geninin diğer proteinlerle bir füzyon geni

oluşturduğu ve böylece tümör hücrelerinin proliferasyonunu tetiklediği düşünülmektedir. Anti-ALK antikoru ile immün boyama, ALK füzyon geni aşırı ekspresyonunu tanımlamayı mümkün kılar ve bu nedenle İMT tanısı için yararlıdır (4). Vaka: 23 yaşında kadın hasta 3 yıl önce geçirdiği bilateral kas altı meme protezi operasyonu sonrası sol memede olan sertlik ve şekil bozukluğu şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan muayenesi sonrası sol memede kapsül kontraktürü ön tanısıyla operasyona alındı. Hastanın sol meme altından yapılan insizyon sonrası meme implantı altında göğüs ön duvarında kostalara fiksede sert düzgün yüzeysel kitle izlendi (resim1) ve kitle total olarak eksize edildi (resim 2). Meme implantı yerine iade edilmedi. Çıkarılan cerrahi materyalin patolojik değerlendirme sonucunun İMT olarak bildirilmesi sonrası hasta onkolojik takibe alındı. Hastanın iki yıllık takiplerinde nüks ve metastatik kitle izlenmedi.

**Tartışma:** Meme protezi operasyonlarından sonra memede kitlenin sebebi olarak meme implantıyla ilgili kanıtlanmış tümöral kitlenin tek sebebi anaplastik large cell lenfoma (ALCL) olarak belirtilmiştir (5). ALCL da alk geni çoğunlukla negatiftir. İmt de alk gen pozitifliği tanı amacıyla kullanılmaktadır (6). İmt nin kesin etyolojisi bilinmemekle birlikte altta yatan kronik enfeksiyon kaynağının sebepler arasında olabileceği bildirilmiştir. İnflamatuar myofibroblastik tümör malign dönüşüm potansiyeli bilinmeyen borderline bir tümör olması nedeniyle hastada gereksiz agresif eksizyondan kaçınmayı ve inflamatuar myofibroblastik tümör için yeterli olan organ koruyucu ve kozmetik defisit yaratmayan komplet rezeksiyon yapılmasını sağlayabilmek amacıyla ameliyat esnasında patolojik değerlendirmesinde önemli yeri vardır. Sonuç olarak meme protezi sonrası kapsül kontraktürü düşünüle hastalarda meme usg veya meme mr ile pre op değerlendirmenin yapılmasının cerrahi planlanma açısından önemlidir.

- 1) Ryu KH, Im CM, Kim MK, et al. Inflammatory myofibroblastic tumor of the kidney misdiagnosed as renal cell carcinoma. J Korean Med Sci 2010; 25: 330.
- 2) Gleason B.C., Hornick J.L. Inflammatory myofibroblastic tumours: where are we now? J. Clin. Pathol. 2008;61(4):428-437. [PubMed]
- 3) Shikawa T, Fujisawa M, Tamada H, Inoue T, Shimatani N. Inflammatory pseudotumour of kidney: case report. Int J Urol 2004; 11: 337-9.
- 4) Chan JK, Cheuk W, Shimizu M. Anaplastic lymphoma kinase expression in inflammatory pseudotumors. Am J Surg Pathol. 2001;25:761-8.
- 5) Cook JR, Dehner LP, Collins MH, et al. Anaplastic lymphoma kinase (ALK) expression in the inflammatory myofibroblastic tumor: a comparative immunohistochemical study. Am J Surg Pathol. 2001;11:1364-71.
- 6) Kaartinen I, Sunela K, Alanko J, Hukkinen K, Karjalainen-Lindsberg ML, Svarvar C. Eur J Surg Oncol. 2017 Aug;43(8):1385-1392. doi: 10.1016/j.ejso.2017.05.021. Epub 2017 Jun 7. Review. PMID: 28625797
- 7) Mio Tanaka, Kenichi Kohashi, Kei Kushitani, Misa Yoshida, Sho Kurihara, Masumi Kawashima, Yuka Ueda, Ryota Souzaki, Yoshiaki Kinoshita, Yoshinao Oda, Yukio Takeshima, Eiso Hiayama, Tomoaki Taguchi, Yukichi Tanaka. Inflammatory myofibroblastic tumors of the lung carrying a chimeric A2M-ALK gene: report of two infantile cases and review of the differential diagnosis of infantile pulmonary lesions Human Pathology 11 July 2017

#### meme protezi altı kitle



imt tanılı implant altı kitle

#### P-054

#### Kemoterapi Ekstravazasyon Yaralarında Negatif Basıncılı Yara Kapama Ne Kadar Etkili?

Cem Berkay Sınacı, Arda Akgün, Ali Cem Akpınar, Tunç Tunçbilek, Gaye Taylan Filinte  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Giriş:** Ekstravazasyon yaralanması intravenöz infüzyon sırasında damardan çevre dokuya sızan sıvının oluşturduğu subkutanöz kimyasal yaralanma olarak tanımlanmaktadır. Yaralanma basit bir hiperemiden damar, sinir, tendon, eklem tutulumuyla seyreden ve amputasyona kadar gidebilen hasarlara yol açabilir. Riskli gruplar hastanede yatarak tedavi gören çocuklar ve kemoterapi alan hastalardır. Ekstravazasyon yaralanmalarının ek sık görüldüğü bölgeler el dorsumu ve antekübital fossadır. Tedavi sırasında ve sonrasında hızlı gelişen ağrı, şişlik ve eritem uyarıcı olmalıdır. 24 saatten uzun süren endüryasyon gelişecek olan ülserasyon göstergesi olabilir. Bu çalışmada son 6 ayda ekstravazasyon yaralanması nedeniyle kliniğimizde tedavi gören 4 adet hasta sunulmuştur.

**Olgu 1:** 1 ay önce non hodgkin lenfoma tanısı alan 66 yaş erkek hasta, 15 gün önce aldığı kemoterapi seansının 1. haftasında elinden başlayarak tüm koluna yayılan siyahlaşma üzerine tarafımıza başvurdu. Hastaya başvurusunun 3. ve 8. günlerinde genel anestezi altında debridman uygulanmasını takiben negatif basınçlı yara kapama yöntemi ile pansuman yapıldı. 13. Günde debridmanı takiben kısmi kalınlıkta deri grefti ile rekonstrüksiyon uygulandı. Post operatif takiplerinde ön kol ve kol bölgesinde parsiyel greft lizisi saptanan hastaya 23. Günde tekrar greft ile rekonstrüksiyon operasyonu uygulandı. Takiplerinde yaranın iyileştiği görülen hasta yatışının 35. Gününde taburcu edildi.

**Olgu 2:** Öyküsünde lenfoma bulunan ileri evre prostat ca tanısı ile takip edilen hasta kemoterapi kürünün 5. Gününde antekübital fossada gelişen yaş nekroz ile kliniğimize başvurdu. Hastaya yatışının 2. Ve 6. Günlerinde genel anestezi altında debridman uygulandı. Operasyonlardan sonra negatif basınçlı yara kapama yöntemi ile takip edilen hastaya 15. Günde debridmanı takiben kısmi kalınlıkta deri grefti ile rekonstrüksiyon uygulandı. Hastanın post operatif

takiplerinde yarasının kapandığı izlenerek 25. Günde taburcu edildi.

Olgu 3: Testiste seminom tanısı nedeniyle opere edilen 28 yaş erkek hasta post operatif dönemde kemoterapi almış ve kemoterapi seansından 3 gün sonra el dorsumunda yara oluşması nedeniyle 20 gün dış merkezde takip edildikten sonra kliniğimize başvurdu. Sağ el dorsumda ekstansör tendonların ekspoze olduğu ve kenarlardan epitelizeasyonun başladığı görülen yarası yatışının 3. Ve 8. Günlerinde debride edildi ve negatif basınçlı yara kapama yöntemi ile pansuman uygulandı, Ardından 15. Gününde debridmanı takiben kısmi kalınlıkta deri grefti ile rekonstrükte edildi. 2. Parmak ekstansör tendonun ekspoze olduğu kısımda greft lizisi saptanmasını takiben hastaya hipogastrik flep ile rekonstrüksiyon uygulandı. Flep ayrılması sonrasında yarası iyileştiği görülen hasta 35. Günde taburcu edildi.

Olgu 4: Meme ca tanısı ile opere edildikten sonra kemoterapi alan 52 yaş kadın hasta sağ el dorsumda yaklaşık 3 cm çapında ekstremitasyon yarası nedeniyle kliniğimize başvurdu. Erken cerrahi debridmanı takiben 3 seans negatif basınçlı yara kapama yöntemi uygulanan hastaya yatışının 10. Gününde kısmi kalınlıkta deri grefti ile rekonstrüksiyon uygulandı. Post operatif takiplerinde yarasının iyileştiği görülen hasta 15. Gününde taburcu edildi.

Tartışma: Ekstremitasyon yaralarında korunma başarılı bir tedaviden daha fazla önem arz etmektedir. Fakat özellikle yatarak tedavi alan çocuk hastalarda ve kemoterapi alan hastalarda risk artmaktadır. Bu yaralarda özellikle erken tanı, prognoz için önemlidir. İntravenöz hattın çıkarılması, elevasyon, soğuk uygulama gibi yöntemler ile ülserasyon oluşması engellenebilir. Fakat ülserasyon oluşursa cerrahi debridmanın kimyasal ajanı uzaklaştırarak nekrozun ilerlemesini önlemede önemli bir yeri vardır.

Sonuç: Ekstremitasyon yaralanmaları tedavi edilebilir basit bir yaralanmadan hayatı tehdit edici ve ekstremitate kaybıyla sonuçlanan yaralanmalara kadar ulaşabilen bir etki yelpazesine sahiptir. Biz hastalarımızda kemoterapi ekstremitasyon yaralarına negatif basınçlı yara kapama yöntemi uygulanmasının tek başına yeterli olmadığını ve debridman sonrası yeni nekroz alanlarının oluştuğunu gözlemledik. Negatif basınçlı yara kapama yöntemlerinin debridman sonrası yara granülasyonunun oluşması için önemli olduğunu fakat özellikle kemoterapi ekstremitasyonu sonrası seri debridmanlar ile nekroz odaklarının uzaklaştırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

#### ekstremitasyon yarası



post operatif ekstremitasyon yarası

#### P-055

#### Nadir Görülen Bir Cilt Tümörü; Spiradenokarsinom'un Tanı ve Tedavisi

Özay Özkaya Mutlu, Selman Taşkın, Ahmet Dilber  
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

Giriş: Spiradenokarsinom; diğer adı ile malign ektrin spiradenom; çok nadir görülen, alt ve üst ekstremitede, baş-boyun bölgesinde ortaya çıkan solid, ağrısız, yavaş büyüyen ve lokal lenf nodlarına, akciğer ve kemiğe metastaz yapabilen malign bir deri eki tümördür. Genellikle 40-60 yaş arası ortaya çıkar, E/K aynı oranda görülür. Spontan olarak oluşabileceği gibi spiradenom lezyonundan da kaynaklanabilir. Etiyolojide; bazı vakalarda tanımlanmış genetik mutasyonlar olmakla beraber bunlar iyi karakterize edilememiştir. Histolojik olarak düşük ve yüksek grade olarak sınıflandırılmıştır. Undiferansiye karsinom, squamöz hücreli karsinom, adenokarsinom ve kondrosarkomatöz komponentler içerebilir. Tedavide geniş cerrahi eksizeyon ve postop onkolojik tedavi seçenekleri kullanılmaktadır.

Amaç: Bu çalışmada çok nadir görülen Spiradenokarsinom vakasının tanı ve tedavi sürecinin sunulması amaçlandı.

Olgu: Sol omuzda yaklaşık 20 senedir mevcut kitle şikayeti olan 38 yaşında erkek hasta; bu lezyonun büyümesi ve ağrı yapması üzerine Temmuz 2016 da dış merkezde eksizeyonel biyopsi yapılmış. Alınan patoloji materyalinin öntanısı yapılamayıp referans bir üst merkezde değerlendirilerek spiradenokarsinom tanısı konfirme edilerek hasta kliniğimize gönderildi. Hastanın fizik muayenesinde, sol klavikula 1/3 orta bölümünde yaklaşık 6 cm'lik insizyon skarı mevcuttu. Muayene ve boyun USG'de bölgesel lenf nodlarında palpasyonla herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastalığın agresif seyirli olması nedeniyle 3 cm sağlam sınır ile reeksizeyon planlandı. Klavikula üzerinde yeterli yumuşak doku olmadığından dolayı ve postoperatif olası RT tedavisi görmesi açısından flep ile onarıma karar verildi ve vertikal trapezius myokutanöz flep ile onarım uygulandı. Hastada postop herhangi bir sorun yaşanmadı, drenler 30 cc nin altında gelince çekildi.

Tartışma: Spiradenokarsinom, çok nadir görülen, literatürde hakkında çok az yayının olduğu, birkaç vakada mortaliteye neden olacak şekilde agresif seyrettiği bilinen, burun gibi atipik bölgelerde de ortaya çıkabilen ve tanı konulması bazen zor olabilen malign bir deri eki tümördür. Deride ortaya çıkan bir lezyonun özellikle; uzun bir yavaş büyüme döneminin ardından hızlı büyüme ve ülserasyon yapması durumunda ayırıcı tanıda Spiradenokarsinom'un da akılda tutulmasında fayda vardır. Spiradenokarsinom'un patolojik tanısı zordur, bu nedenle cerrahın; şüphelendiği olgularda patoloğu tanı açısından yönlendirmesi gerekebilir. Agresif seyirli olduğu için, hastanın ameliyat sonrası dönemde yakından takip edilmesi ve onkoloji görüşü ile tedaviye Radyoterapinin eklenip eklenmeyeceği sorgulanmalıdır. Özellikle RT görececek olan hastalarda flep ile rekonstrüksiyon ilk seçenek olarak tercih edilmelidir. Omuz bölgesi, eklemi açıkta bırakacak şekilde ortaya çıkan defektlerde, olgumuzda olduğu gibi, trapezius myokutan flebi uygun bir seçenek olarak akılda tutulmalıdır. Bizim sunduğumuz vakada tümör spiradenokarsinom için atipik bir bölgede yer almakta idi. Reeksizeyon sonrasında omuz eklemi ve klavikulanın açığa çıkacağı onarım aşamasında göz önünde bulunduruldu. Bu vakada rekonstrüksiyon seçeneği olarak bu bölgede trapez myokutan flebi gibi bir seçenek ile onarımın uygun olduğu vurgulanmaya çalışıldı.

perop hasta resmi

**P-056****İskiorektal Fossa Absesi ile Komplike Olmuş Sakral Bası Yarası: Olgu Sunumu**Serdar Tunçer<sup>1</sup>, Emiray Özkahya<sup>2</sup><sup>1</sup>*İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*<sup>2</sup>*İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul*

Omurilik yaralanmalı hastalarda bası yaraları sık görülen komplikasyonlardır. İlerlemiş bası yaraları da infeksiyon ve sepsisemiye neden olabilirler. Öte yandan, bası yaraları sonucunda yerel infeksiyon ve pelvik osteomyelit daha sık görülmesine rağmen abse oluşumu daha enderdir. Sakral bası yaralı hastalarda spinal epidural veya subdural abseler, iliopsoas kas absesi bildirilmiş, ancak bası yarası ile bağlantılı iskiorektal abse bildirilmemiştir. Burada, servikal disk hernisine bağlı servikal omurilik felci olan ve sakral bası yarasına ek olarak iskiorektal abse olan bir hasta sunulacaktır.

**Olgu:** Daha önceden hiçbir nörolojik semptomu olmayan 52 yaşında bir erkek hastada, yaklaşık 6 ay kadar önce banyodan çıktığı sırada aniden bir kuadriparezi gelişmiş. Acil olarak başvurduğu hastanede değerlendirme sonucunda disk hernisine bağlı akut kuadriparezi teşhisi konarak acil dekompresyon ameliyatına alınmış. Ameliyat sonrası dönemde de kollarında kısmen hareket kazanmaya başlamış fakat parapleji düzelmemiş. Rehabilitasyona devam ettiği sırada sakral bölgede, orta hattın hemen solunda bir bası yarası farkedilmiş. Bir süre pansumanla bakımı yapılmasına rağmen yara iyileşmeyince tarafımıza cerrahi onarım için yönlendirildi. İlk muayenede hastanın genel durumu iyiydi ancak ateşi 38.5 dereceydi. Ayrıca yara yerinde kötü kokulu akıntı vardı. Parmakla yapılan yara eksplorasyonunda yaranın bir noktada derine indiği görüldü, buraya bir uzun klemp sokulduğunda daha da derine indiği ve rektuma doğru ilerlediği görüldü. Rektal tuşe ile yapılan bimanuel muayenede, aletin ucu ile rektumdaki parmak arasında yaklaşık 1 cm olduğu, ancak rektal duvarın bütünlüğünün korunduğu görüldü. Genel cerrahi konsültasyonu sonucu da rektumda herhangi bir problem görülünceye kadar kontrastlı pelvik MR önerildi. Pelvik MR'da sakral bölgedeki deri defekti ve ülser ek olarak, pelviste yaygın enflamasyon ve iskiorektal alanda abse görüldü. Bu bulgular ile hasta genel anestezi altında ameliyata alındı, geniş yara debridmanı yapıldı. Bu sırada yara zemininden bir tünelin daha derine ve iskiorektal alana gittiği görüldü.

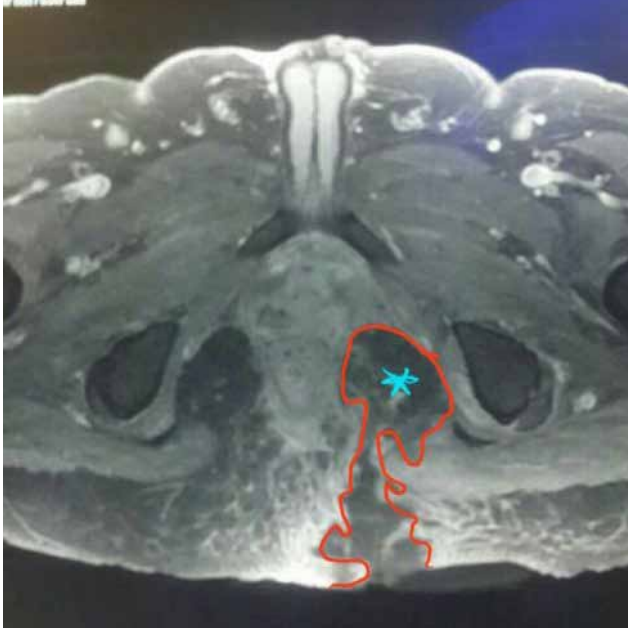
Buranın da irigasyonunu takiben vakum yardımcı kapama sistemi uygulandı. Hastanın ilk akşam ateş yükseldi, ancak ertesi sabah düştü ve bir daha da yükselmedi. CRP değerleri hızla inerek normale düştü. Aralarında 3-4 gün olan toplam 5 VAC değişimi sonrasında hastanın infeksiyon parametrelerinin iyi olması ve yara zemininin de temiz olması üzerine hasta onarım amacıyla ameliyata alındı ve ülserin tamamen eksizyonu, yüzeysel sakral kemik rezeksiyonu ve sol taraflı V-Y gluteus maksimus kas deri ilerletme flebi yapıldı. Ameliyat sonrası komplikasyon yaşanmadı ve hasta yaklaşık 2 haftalık gözlemin ardından rehabilitasyon merkezine yeniden gönderildi.

**Tartışma:** Omurilik yaralanmalı hastalarda ateş ve septik tablonun en sık sebepleri arasında idrar yolları infeksiyonu ile bası yaraları yer almaktadır. İnfeksiyon ya da artmış CRP seviyeleri olan bası yaralı hastalarda, debridman ve fleple onarım aynı anda yapılabilir. Ancak şiddetli infeksiyon ve septik tablosu olan hastalarda çok titiz bir değerlendirme yapılmalıdır. Bu açıdan MR incelemesi özellikle altta yatan absenin gösterilmesi için yararlıdır. Bizim hastamızda da absenin yerleşimi konusunda bilgi vermiş, ilk ameliyatta yara onarımından vazgeçilerek öncelikle abse tedavisi yapılmıştır. İskiorektal abse, anorektal abse tiplerinden birisidir. Beş tip anorektal abse vardır: perianal (%60), iskiorektal (%30), intersfinkterik (%5), supralelevator (%4) ve submukozal (%1). İskiorektal abselerde patojen mikroorganizmaların, internal anal sfinkter tarafından oluşturulan bariyeri aşarak intersfinkterik ve iskiorektal boşluklara gittiği düşünülmektedir. Tedavi, genel anestezi altında insizyon ve drenajdır. Bizim hastamızda ise iskiorektal alandaki abseye rağmen rektumda herhangi bir sorun olmaması, ön planda bası yarasına bağlı olduğunu düşündürdü. Sonuç olarak, bası yarası olan ve de özellikle onarım cerrahisi düşünülen hastalarda, septik bir tablo varsa bir abse odağı olup olmadığı dikkatle incelenmeli, gerektiğinde kontrastlı MR ile inceleme yapılmalıdır.

**Kaynaklar:**

1. Chek Siang KC, Ahmad Fauzi A, Hasnan N. Diagnostic dilemma of sacral abscess presented with seizure and altered conscious level in a patient with spinal cord injury. N.J Spinal Cord Med. 2017;40(1):113-117
2. Murata M, Yoshikawa K, Hiratsuka M, Suzuki S. A Case of Extensive Sacral Decubitus Ulcer Complicated by an Epidural Abscess Plast Reconstr Surg Glob Open. 2016 Jul; 4(7): e790.
3. Usoltseva N, Medina-Flores R, Rehman A, Samji S, D'Costa M. Subdural Abscess: A Rare Complication of Decubitus Ulcer. Clin Med Res. 2014 Sep; 12(1-2): 68-72.
4. Fujioka M, Yoshida S, Kitamura R, Matsuoka Y. Iliopsoas muscle abscess secondary to sacral pressure ulcer treated with computed tomography-guided aspiration and continuous irrigation: a case report. Ostomy Wound Manage. 2008;54(8):44-8.

## Pelvis MR



Kontrastlı pelvis MRda bası yarasının sınırları (kırmızı) ve yaranın zemininden bir tünel ile iskiorektal alana inen abse (mavi yıldız) görülüyor

## P-057

### Malign Melanom Tanılı Hastalarda BRAF V600 ve N-RAS Gen Mutasyon Oranlarının PCR Analizi ile Tespiti ve Prognositik Değerinin Belirlenmesi

Mustafa Kürşat Evrenos<sup>1</sup>, Peyker Temiz<sup>2</sup>, Sırrı Çam<sup>3</sup>, Murat Yaman<sup>5</sup>, Yavuz Tuluy<sup>1</sup>, Levent Yoleri<sup>1</sup>, Aylin Türel Ermertcan<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa

<sup>2</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Manisa

<sup>3</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Manisa

<sup>4</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Manisa

<sup>5</sup>Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Malign melanom en nadir görülen deri kanseri tipi olmasına rağmen, deri kanserleri kaynaklı en sık ölüm nedenidir. Patofizyolojisi üzerine devam eden çalışmalarda, tümör onkojen genlerden olan RAF ve RAS yolağında gösterilen mutasyonlar arasında en sık görülenler BRAF ve N-RAS mutasyonlarıdır. Mutasyonu olan hastalara yönelik geliştirilen hedefe yönelik adjuvan tedaviler, hastalığın prognozunda önemli hale gelmektedir. Bölgemizde bu hasta grubunda mutasyon sıklığını belirlemek, mutasyon varlığının tümörün yerleşim yeri, derinliği, ülserasyon ve regresyon bulgusu, lenfositik infiltrasyon varlığı, histolojik alt tiplerle ilişkisini değerlendirmek amacıyla çalışma planlandı.

**Gereç-Yöntem:** malign melanom tanısı almış ve gen mutasyon analizi için uygun 65 hasta çalışmaya dahil edildi. Ayrıca hastaların takip süreleri, tanı anındaki klinik evreleri, hastalıklı ve hastaliksız sağ kalım süreleri değerlendirilerek, mutasyon varlığının prognositik değerini ortaya koymak

hedeflendi. Mutasyon analizi, hastaların formoline fikse parafine gömülü preparatlarından elde edilen 5 mikron kalınlıktaki tümör kesitlerinden PCR analizi ile yapıldı. İstatistiksel analizler SPSS versiyon 21 ile gerçekleştirildi.

**Bulgular:** Hastaların 34'ü kadın, 31'i erkek idi. Yaşları 18 ile 80 arasında değişti (ort: 59.9). Hastaların 16 tanesinde BRAF V600 mutasyonu saptanırken (%24.6), 12 tanesinde NRAS mutasyonu saptandı (%18.4). Bu oranlar literatür ile korele olarak değerlendirildi. Tanı anında hastaların 27'si evre 0 veya 1 (%41.53), 28'i ise evre 2 (%43.07) olarak değerlendirildi. Hastaların takip süresi 1 ile 138 ay arasında değişti (Ort: 36.70). Ortalama hastaliksız sağ kalım süresi 33.46 ay, ortalama hastalıklı sağ kalım süresi ise 13.70 ay olarak saptandı. Yapılan istatistiklerde her iki mutasyon için; mutasyon varlığının cinsiyet, tümör histolojik alt tipi, lokalizasyonu, derinliği, lenfositik infiltrasyon, ülser veya regresyon varlığı, ya da mm2'deki mitoz sayısı ile korele olmadığı değerlendirildi. Ancak örneklem sayısının az olması, çalışmanın bu açıdan zayıflığı olarak değerlendirildi. Benzer şekilde, tanı anındaki klinik evre, hastalıklı ve hastaliksız sağ kalım süreleri ile her iki mutasyon varlığı arasında korelasyon olmadığı gözlemlendi. Takip dışı hastaların fazla olması ve bu hasta grubunda bazı hastalardaki kısa takip süresi bu konudaki çalışmanın zayıflığı olarak değerlendirildi.

**Sonuç:** Sonuç olarak malign melanomlu hastalarda en sık görülen 2 mutasyon olan BRAF-V600 ve N-RAS mutasyon oranları literatürle uyumludur.

## P-059

### Periferik Vasküler Bir Hastalık Olan Leriche Sendromlu Hastada Bilateral Alt Ekstremitelerde Yaygın Kas –Deri Nekrozu

Murat Tüzüner, Alper Derviş, Mehmet Alkan  
Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş:** Leriche sendromu (LS) bir periferik vasküler hastalık tipi olup nadir rastlanır. LS, infrarenal aorta veya bilateral iliak arter bifurkasyonunda tıkanması sonucu ortaya çıkan mortalitesi yüksek bir klinik tablodur. Bu sendromun temel nedeni aterosklerozdur. Sıklıkla 50 yaşın üstündeki erkekleri tutar. Karakteristik semptomları ise bir veya iki bacakta kladikasyon yani yol yürümekle bacaklara gelip dinlenmekle geçen ağrı, femoral nabızlarda azalma veya kaybolma ve erkeklerde erektil bozukluktur. Kalp damar cerrahisi operasyonu gerekebilir. Bu çalışmada LS tanısı ve tedavisi sonrası oluşan periferik vasküler dolaşım sıkıntısı ve bu zeminde gelişen yaygın doku nekrozunun Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi açısından yönetimini ele alınmıştır.

**Vaka Sunumu:** Ani gelişen bacaklarda güç kaybı ile acil servise getirilen 55 yaşındaki erkek hastanın yapılan bilgisayarlı tomografi anjiosunda; aortoiliak tıkanıklık saptanmış olup Leriche sendromu tanısı konmuştur. Hastanın öyküsünden hipertansiyon (ht), insulin bağımlı diabetes mellitus (dm), koroner arter hastalığı (stent ile tedavi olmuş) ve kalp yetmezliği de olduğu öğrenildi. Hastada bulunan tromboz ve t10-12 seviyesini veren hipoestezi olması sonucu hastaya kalp-damar cerrahi kliniği tarafından bilateral femoral trombektomi ve embolektomi yapıp revaskularizasyon sağlanmıştır. Fakat takiplerde yaygın her iki bacakta cilt nekrozları gelişmesi üzerine hasta kliniğimize konsülte edilmiştir. Yapılan muayenede bilateral tibia lateralinde geniş cilt ve kas nekrozları olan akıntılı yara yerleri mevcut idi.

**Bulgular:** Sol tibia lateralinde 20x8 cm'lik kuru nekroze alan, sağ tibia lateralinde 10x3 cm'lik kuru nekroze alan bulunmaktaydı. Hastanın distal nabızları palpasyon ile alınmaktaydı. Hastanın bilateral krus distal motor kaybı ileri düzeydeydi (1-2/5). Fakat proksimal motor gücü 3/5 idi. Mevcut durumun ileri tetkik ve tedavisi amacıyla hasta servise yatırıldı. Sedasyon eşliğinde yapılan debritleme ameliyatında sol ön kompartman ve lateralini; sağda ise ön kompartmanın totale yakın nekroze olduğu saptandı. Kronik yaraların yönetimindeki gibi hastaya öncelikle seri debridman yapıldı. Yara bölgesinin kanlanma durumu, iskemik nekrotik ve canlı dokuların durumu için seri debridmanlara devam edildi. Ardından defekt rekonstrüksiyonu için değerlendirme yapıldı. Sağ bacakdaki defekte ekspoz kemik olmadığından greft ile onarımına karar verildi. Sol bacakdaki defekte tibia lateral yüzünde parsiyel bir alanda kemik ekspoz olduğu için öncelikle VAC terapi ile granülasyon sağlanıp ardından deri grefti ile onarımına karar verildi. Onarımlar planlandığı şekilde gerçekleştirildi.

**Tartışma:** Vasküler sistemin tıkayıcı hastalıkları doku nekrozlarına kadar ilerleyen dolaşım sorunları oluşturabilir. Daha proksimalde yapılan vasküler müdahaleler distalde emboli, trombus ve tıkayıcı komplikasyonlar oluşturabilir. Bu hastada aortoiliak tıkanıklık sonucu yapılan cerrahi girişim sonrasında kas ve cilt nekrozları gelişmesi, vasküler hastalık ve yapılan cerrahi girişimin komplikasyonu olarak daha periferdeki damarlarda iskekiye neden olabilecek tıkanıklıklar oluşmuş olması muhtemeldir. LS sendromu gibi ciddi tıkayıcı vasküler hastalıklarda bu tür periferik doku nekrozları gelişmesi muhtemel olduğundan bu hastalıklara yatkınlığı olan veya bu hastalık tanısı almış hastalarda vasküler müdahalenin süresi, müdahale sonrasında doku perfüzyonlarının yakından gözlenmesi bu tür komplikasyonları azaltabilir. Ancak periferik damarlarda görülen bu tür komplikasyonlarda; ilerleyen doku iskemisi ve nekrozun önüne geçecek kesin tedaviler olmaması bu hastalarda daha az doku hasarı ile kurtulmayı en iyi sonuç gibi göstermektedir.

**Sonuçlar:** LS sendromu gibi ciddi tıkayıcı vasküler sendromlarda hem hastalık hem de tedavi komplikasyonu olarak deri-kas iskemisi ve nekrozları görülebilir. Bunun derecesi vasküler girişimin zamanına, tipine, tıkanıklığın yerine ve hastanın yakın takip durumuna göre değişebilir. Bu tür hastalıklar sonrasında konsülte edilen cilt nekroz ve iskemilerinde etkilenen dokunun görünenden fazla olabileceği, basit yüzeysel bir deri nekrozu olmayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Müdahale planlanan hastalarda öncelikle vasküler durumun iyi değerlendirilmesi bölgenin kanlanma ve iyileşme potansiyelinin belirlenmesi açısından önemlidir.

#### Ileriche sendromu



preoperatif nekroze alanlar ve debritleme sonrası postoperatif görüntü

#### P-060

#### Ayak Başparmağı Duplikasyonunda Bilhaut-Cloquet Tekniği ile Onarım

Mehmet Dadacı, Mehmet Cem Yıldırım, Bilsevin İnce, Serhat Yazar, İlker Uyar  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

**Giriş:** Polidaktili ayakta 5'ten fazla parmak olması ile karakterize, ayağın oldukça sık görülen bir anomalisidir.1 Embriyonik gelişimin çeşitli evrelerinde ki aksaklıklardan duplikasyonun seviyesi distal, orta veya proksimal falanksta veya parmağın tamamında meydana gelebilir. Cinsiyetler arasında fark saptanamamakla birlikte siyah ırkta (1000 canlı doğumda 3.6-13.9.) beyaz ırkta (1000 canlı doğumda 1.7) göre insidans daha fazladır.2 Polidaktili embriyolojik dönemde ekstremite tomurcuğunun gelişim sırası göz önüne alınarak genel olarak: medial sıra (preaksiyal, başparmak tarafında duplikasyon), orta-sıra (santral-aksiyal, 2-4 parmaklar arası duplikasyon) ve lateral-sıra (postaksiyal, 5.parmak tarafında duplikasyon polidaktilisi olarak 3 grupta değerlendirilebilir. 3 Preaksiyel polidaktili cerrahi tedavisinde çeşitli yöntemler uygulanabilmesine rağmen, yapılacak cerrahinin amacı stabil ve mobil olan bir eklem, santralize fleksör ve ekstensör tendonlar ile kalan parmak in yumuşak doku ve kemiksel yapısının normal anatomisini sağlamaktır.4 Klinik uygulamada nadir görülen bu deformitenin cerrahi tedavisinde Bilhaut-Cloquet tekniği kullanılabilir. Bu yazıda kliniğimize başvuran sağ ayak başparmağında medial tip preaksiyel duplikasyonu bulunan 12 yaşında erkek hastanın ayak başparmağının Bilhaut-Cloquet yöntemiyle rekonstrüksiyonu anlatılmıştır.

**Olgu Sunumu:** 12 yaşında daha önce hiçbir tedavi almamış erkek hasta kliniğimize sağ ayak 1.parmağının diğer parmaklarına göre aşırı büyük olması nedeniyle fonksiyon kısıtlılığı şikayetiyle tarafıza başvurdu. Yapılan fizik muayenede sağ ayak başparmağı sol ayak başparmağının yaklaşık 2 katı büyüklüğündeydi ve çekilen ayak grafisinde

distal falanksın duplikasyonunun mevcut olduğu Wassel sınıflamasına göre tip II preaksiyel duplikasyon tanısı konuldu. Hasta genel anestezi altında esmark bandaj ve turnike uygulanarak ameliyata alındı. Parmak plantar yüz ve dorsal yüzde kama şeklinde yumuşak doku rezeksiyonu çizimlere uygun şekilde gerçekleştirildi. Başparmak fleksör ve ekstensör tendonlar korunarak kama şeklinde distal ve proksimal falankslardan kemik rezeksiyonu yapıldı. Medial ve lateral flepler yaklaştırılarak K teli yardımıyla medial ve lateral kemikler proksimal falanksa anatomik pozisyonda sabitlendi. Tırnak yatağı revizyonu sonrasında cilt karşılıklı sütüre edilerek onarıldı. (Resim. 1) Postoperatif dönemde kozmetik açıdan da yüz güldürücü sonuç elde edildi.

**Tartışma:** Polidaktili el veya ayak parmaklarında normalde olması gerekenden daha fazla sayıda doğuştan parmak bulunması durumudur. Hem izole bir malformasyon hem de sendromun bir parçası olarak görülebilmektedir. Etiyolojide apikal ektodermel çıkıntı ile altında yer alan mezoderm arasındaki uyumsuzluk yer almaktadır. Ortalama her 10.000 canlı doğumda 2 ile 19 oranında görülen polidaktili ya da fazla parmak durumu genetik olarak geçebildiği gibi etyolojide hiç bir sebep bulunamayabilir. Polidaktili ile birlikte sindaktili de olabilir. Literatürde el parmakları duplikasyonları ile ilgi bir çok çalışma bulunmaktadır ancak ayak parmakları duplikasyonları ile ilgili yeterli çalışmaya rastlanılmamaktadır. Ayak başparmağı duplikasyonlarının onarımında başparmakta tam hareket, normal genişlik ve boy ile beraber normal gelişmeyi, interfalangeal ve metakarpofalangeal eklem stabilitesini, minimal skar ve minimal tırnak deformitesi ile sağlamak esastır. Başparmak duplikasyonları cerrahi tedavisinde duplike başparmaklardan birinin ablasyonu ve gerekirse diğer parmağın rekonstrüksiyonu bir seçenektir. Diğer bir seçenek ise Bilhaut-Cloquet yöntemi ile onarımdır.5 Bilhaut- Cloquet yöntemi ilk olarak Wassel tip 1 ve 2 onarımı için geliştirilmiş olup sonrasında proksimal duplikasyonlar için de uygulanmıştır. Bu yöntem, duplike parmağın merkez bölgesine yapılan kama eksizyondan ve geri kalan segmentlerin bir araya getirilerek fiksasyonundan oluşmaktadır.5,6 Olgumuzda başparmak distal falanksının komple duplikasyonu (Wassel Tip II) ile birlikte hastanın yürümesini olumsuz etkileyecek düzeyde parmakta büyüklük ve şekil bozukluğu mevcuttu. Bilhaut-Cloquet yöntemi ile başparmak rekonstrüksiyonu gerçekleştirdiğimiz hastada form ve fonksiyon açısından yüz güldürücü sonuç elde edilmiştir.

#### Kaynaklar

1. Mosca V: Foot. In: Practice of pediatric orthopedics, Staheli, LT (ed), Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia, Seattle, 2006, s:105-142.
2. McCarthy G, Lindaman L, Stefan M. Pedal polydactyly: an overview with case report. J Foot Ankle Surg 1995; 34:557- 582.
3. Galois L, Maninard D, Delagoutte JP. Polydactyly of the foot literature review and case presentations. Acta Orthop Belgica 2002; 68:376-380.
4. Topalan M, Sezer I, Ozkan T. Başparmak duplikasyonu ve cerrahi tedavisi. Acta Orthop Traumatol Turc 1999;33:131-3.
5. Watt AJ, Chung KC. Duplication. Hand Clin 2009;25(2):215-27.
6. Tonkin MA, Bulstrode NW. The Bilhaut-Cloquet procedure for Wassel types III, IV and VII thumb duplication. J Hand Surg Eur Vol 2007;32(6):684-93.

**resim 1**



#### P-061

#### Yanık Hastalarında Klinik Tecrübemiz

Cemal Fırat, Göçmen Aslan

İñönü Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

**Giriş:** Yanık, ülkemizde olduğu gibi düşük ve orta gelirli ülkelerin önemli bir halk sağlığı sorunudur.(1) Düşük gelirli ülkelerde ciddi yanıklar %95'in üzerinde mortaliteye neden olmakta ve sağ kalanlarda da ciddi morbiditeler görülmektedir.(2) Mortalite ve morbiditesi yüksek olan yanık hastasına multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. Sosyoekonomik faktörler yanığın oluşmasında çok önemlidir. Suriye'deki iç savaş nedeniyle direkt savaştan dolayı yaralananlar olduğu gibi savaşın toplumda oluşturduğu sosyoekonomik çöküşe bağlı olarak çok sayıda yanık travması görülmüştür. Yanık nedenlerinin çoğu önlenemez nedenlerdir.(3)

**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimiz hem çevre illerden gelen hastalara hem de Suriye'deki iç savaş nedeniyle gelen erişkin yanık hastalarına hizmet vermektedir. 2013-2016 yılları arasında toplam 494 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya dahil edilen hastaların %26,3'ü (n=130) 2013 yılında, %30,2'si (n=149) 2014 yılında, %20,6'sı (n=102) 2015 yılında ve %22,9'u (n=113) 2016 yılında kliniğimizde takip edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların %33,2'si (n=164) kadın, %66,8'i (n=330) erkektir. Çalışmaya dahil edilen hastaların %40,9'una (n=202) amniyon membran tedavisi uygulanmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların %59,9 (n=296) alev yanığı, %21,1'i (n=104) haşlanma, %15'i (n=74) elektrik yanığı, %2'si (n=10) kimyasal yanık ve %2'si (n=10) diğer yanık türleri (Donma, Steven Johnson sendromu, Toksik Epidermolizis Bülloza) olarak belirlendi(Tablo 1). Çalışmaya katılan hastaların %57,5'inde (n=284) tam kat yanık belirlenirken; %42,5 (n=240) hastada ise tam kat yanık olmadığı belirlendi. Mortalite durumu ile yanık yüzdesi grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.(p<0,05) Mortaliteye göre ABSI skoru ve yatış süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır(Tablo 4). Exitus olan hastaların ortalama yatış süresi (19,2874±2,7034) iken yaşamını sürdüren hastaların yatış süresi ortalama (27,430±2,391) olarak hesaplandı. Exitus olan hastaların ortalama yatış süresi daha kısadır. Yaşayan hastaların ortalama ABSI skoru (6,3784±2,4902) iken, exitus olan hastaların ortalama ABSI skoru değeri (9,5862±2,62170) olarak hesaplandı. Exitus olan hastaların ABSI skoru daha yüksektir. Ölen hastaların ölüm sebeplerinin başında sepsis gelmektedir. Akut böbrek yetmezliği, akut respiratuar

distres sendromu, pnömoni diğer sebepler arasındadır.

**Tartışma:** Çalışmamızdaki hastaların %66'sının erkek olduğu görülmekte. Suriye'de iç savaş nedeniyle gelen hastalar düşünüldüğünde erkek baskınlığı beklenen bir sonuçtu. Ancak sosyoekonomik çöküşe bağlı olarak ev kazalarının arttığı görülmekte ve buna bağlı olarak gelen kadın hasta sayısı da artmaktadır. Mortalite oranımız %16,7 olarak ölçüldü. Literatürde mortalite oranları %3,6 ile %60 arasında değişmektedir. Mortalite oranı hastanın yaşına, multitravmaya, eşlik eden ek hastalıklara, inhalasyon hasarına bağlı olarak değişmektedir. Kliniğimiz tüm güneydoğu bölgesinin ve Suriye'deki iç savaştan gelen mortal hastaların başvuru merkezi olduğu düşünülürse bu değerin normal olduğu düşünülebilir. Zaten ölen hastaların başvuru sırasındaki ABSI ortalamasının 7-13 arasında olduğu görülmektedir.

**Sonuç:** Kliniğimize başvuran erişkin hastalar en çok alev yanığı nedeniyle gelmektedir. Bunun temel nedeni olarak da sosyoekonomik durum görülmektedir. Gelişmişlik düzeyinin artmasıyla bu tür vakaların görülmesi azalacaktır. İşyeri güvenlik önlemlerinin artırılması ve ev kazalarının azaltılmasıyla ülkemizde görülen yanık travmasının azaltılmasına katkı sağlanacaktır.

#### Kaynaklar:

1. Othman N, Kendrick D. Epidemiology of burn injuries in East Mediterranean Region: a systematic review. BMC Public Health 2010; 10: 83. doi. org/10.1186/1471-2458 10-83
2. World Health Organization (2008) A WHO Plan for Burn Prevention and Care. WHO.
3. Ho Ws, Ying SY. An epidemiological study of 1063 hospitalized burn patients in a tertiary burns centre in Hong Kong 2001; 27: 119-123.

#### tablolar

|               | n   | %     |
|---------------|-----|-------|
| YANIK<br>TÜRÜ |     |       |
| alev          | 290 | 59,9  |
| başlangıç     | 104 | 21,1  |
| elektrik      | 74  | 15,0  |
| kimyasal      | 10  | 2,0   |
| diğer         | 10  | 2,0   |
| Total         | 494 | 100,0 |

Tablo 1: Yanık türlerinin sayısal dağılımı

|           | 2013 |       | 2014 |       | 2015 |       | 2016 |       |
|-----------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|
|           | n    | yüzde | n    | yüzde | n    | yüzde | n    | yüzde |
| alev      | 78   | 60    | 87   | 58,4  | 61   | 59,8  | 70   | 61,9  |
| başlangıç | 36   | 27,7  | 34   | 22,8  | 13   | 12,7  | 21   | 18,6  |
| elektrik  | 14   | 10,8  | 26   | 17,4  | 21   | 20,6  | 13   | 11,5  |
| kimyasal  | 0    | -     | 1    | 0,7   | 4    | 3,9   | 5    | 4,4   |
| diğer     | 2    | 1,5   | 1    | 0,7   | 3    | 2,9   | 4    | 3,5   |

Tablo 2: Yanık türlerinin yıllara göre dağılımı

|           | yaşayor |      | exitus |      | p     | test değeri |
|-----------|---------|------|--------|------|-------|-------------|
|           | n       | %    | n      | %    |       |             |
| 1 %0-25   | 215     | 85,5 | 38     | 15,0 | 0,044 | 8,013       |
| 2 %25-50  | 130     | 81,8 | 29     | 18,2 |       |             |
| 3 %51-75  | 39      | 69,6 | 17     | 30,4 |       |             |
| 4 %75-100 | 22      | 88,0 | 3      | 12,0 |       |             |

Tablo 3: Yanık yüzdesine göre mortalite dağılımı

|              | YAŞAM DURUMU   |                  |                |        | p değeri | test değeri |
|--------------|----------------|------------------|----------------|--------|----------|-------------|
|              |                | YAŞIYOR<br>n=407 | EXUTUS<br>n=87 |        |          |             |
| YATIS SÜRESİ | Mean           | 27,4300          | 19,2874        | 0,0001 | -5,690   |             |
|              | Median         | 18,0000          | 12,0000        |        |          |             |
|              | Std. Deviation | 2,391            | 2,7034         |        |          |             |
|              | Minimum        | 1,00             | 1,00           |        |          |             |
|              | Maximum        | 120,00           | 106,00         |        |          |             |
|              | Range          | 119,00           | 105,00         |        |          |             |
| ABSI SKORU   | Mean           | 6,3784           | 9,5862         | 0,0000 | -5,005   |             |
|              | Median         | 6,0000           | 10,0000        |        |          |             |
|              | Std. Deviation | 2,4902           | 2,62170        |        |          |             |
|              | Minimum        | 2,00             | 4,00           |        |          |             |
|              | Maximum        | 15,00            | 15,00          |        |          |             |
|              | Range          | 13,00            | 11,00          |        |          |             |

Tablo 4: Mortalitenin yatış süresi ve ABSI skoru ile ilişkisi

#### P-062

#### Agresif Seyirli Yüzde Bazosquamöz Karsinom Olguları

Nesibe Sinem Çiloğlu, Ozan Aslan, Shahrukh Omar, Ahmet Kürşat Yiğit, Barış Çin  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Giriş:** BCC cildin en sık görülen malign neoplazmidir ve genellikle lokal eksizyon ile kür sağlanır (1). Ancak bazosquamöz karsinom tanısı ve tedavisi açısından tartışmalı bir entitedir. Bazosquamöz hücreli kanser(BsC) nadir görülür, morfolojik olarak benzerlikler gösterse de klinik olarak sonuçları öngörülemez. BsC agresif bir tümör olması, rekürrens ve metastaz riskinin klasik BCC'ye göre yüksek olması sebebiyle tanısı önemlidir (2). Bu olgu sunumunda kliniğimizde BCC nedeniyle takip edilen, bu süreç içinde mükerrer cerrahi girişimler geçiren ve vismodegib tedavisi gören iki olguu bildirmekteyiz.

**Olgu:** 45 yaşında erkek hasta sağ medial kantal bölgede yerleşimli BCC nedeniyle kliniğimizde eksizyon + ekzanterasyon uygulandı. Takiplerinde onkoloji tarafından vismodegib tedavisi başlandı. Tedavisi devam ederken hastanın mevcut operasyon bölgesinden alınan biyopsi sonucu bazosquamöz karsinom olarak raporlandı. Taramaları yapıldı, frontal bölgede invazyon izlendi. Maksiller kemiğe, sfenoid kemiğe ve kafa tabanına doğru invazyonu mevcuttu. Hastaya beyin cerrahisi ile ortak operasyon planlandı ve önerildi. Hasta operasyonu kabul etmedi. Takiplerinde hastada beyin absesi gelişmesi üzerine beyin cerrahisi tarafından drenaj yapıldı (Resim 1). Takiplerinde genel durumu bozulan hasta tekrar beyin cerrahisi yoğun bakıma yatırıldı ve burada ex oldu.

İkinci olgu 55 yaşında sol infraorbital alanda yerleşimli bcc sebebiyle eksizyon + parotidektomi + radial forearm fleple onarım öyküsü mevcut olan hastaya onkoloji takiplerinde vismodegib tedavisi başlandı. Takiplerinde operasyon bölgesinde nüks izlenmesi üzerine alınan biyopsi sonucu BsC olarak raporlandı. Hastanın görüntülemelerinde maksilla, zigoma ve palatal kemikte tutulum görüldü. Göz konsültasyonunda orbital tutulum raporlandı. Hastaya operasyon planlandı ve eksizyon ekzanterasyon ve ALT serbest flebi ile onarım uygulandı (Resim 2). Postoperatif 2.yılında takiplerinde herhangi nüks ve metastaz görülmemiştir (Resim 3).

**Tartışma ve Sonuç:** Bazosquamöz karsinom tanısı ve tedavisi açısından tartışmalı bir antitedir. BsC nadir görülür, morfolojik olarak benzerlikler gösterse de klinik olarak sonuçları öngörülemez. BsC agresif bir tümör olması, rekürrens ve metastaz riskinin klasik BCC'ye göre yüksek olması sebebiyle tanı ve tedavisi önemlidir. Literatürde BsC olgularında lenf nodu metastazları(%4-6) ve uzak organ metastazları (%2-3) bildirilmiştir (3). BsC olgularında büyük tümör boyutu, inkomplet rezeksiyonlar, maksimum vertikal derinlik, kas invazyonu, nodal tutulum ile uzak organ metastazları açısından yüksek risk faktörleridir. Cerrahi tedavi primer tedavi olmakla beraber adjuvan kemoterapi ve radyoterapilerde tedavi algoritmasında yer almaktadır. Vismodegibin inhibe ettiği sentetik SMO, intrasellüler hedgehog yolağının anahtar komponentidir. İnoperabl BCC olgularında tedavi algoritmasında güncel bir seçenektir.

#### Kaynaklar:

- 1- Basset-Seguın, N., Hauschild, A., Grob, J.J., Kunstfeld, R., Dreno, B., Mortier, L., Hansson, J. (2015). Vismodegib in patients with advanced basal cell carcinoma (STEVIE): A pre-planned interim analysis of an international, open-label trial. The Lancet Oncology, 16(6): 729-736

2- Iarrobino, A., Messina, J.L., Kudchadkar, R., & Sondak, V.K. (2013). Emergence of a squamous cell carcinoma phenotype following treatment of metastatic basal cell carcinoma with vismodegib. Journal of the American Academy of Dermatology, 69, e33

3- Martin RC, Edwards MJ, Cawte TG, Sewell CL, and McMasters KM (2000). Basosquamous carcinoma: analysis of prognostic factors influencing recurrence. Cancer 88(6),

1365-1369

### Resim 1, Resim2, Resim 3



Resim 1: 45 yaşında erkek hastada agresif seyirli bazosquamöz karsinom nüksü Resim 2: 55 yaşında bayan hastada bcc eksizyonu sonrası bazosquamöz karsinom olarak nüks eden olgunun perop görüntüsü Resim 3: İkinci olgunun takiplerdeki fotoğrafı ve son hali

### P-063

#### Multipl Aurikular Keloid Olgusunda Triamcinolone Acetonide ve Hyaluronik Asit Enjeksiyonunun Cerrahi Eksizyon ile Kombine Edilmesi

Fatih Kılıç

Ankara Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş: Keloid yunanca bir kelime olup, yengeç kısıkağı (crab claw) anlamına gelir(1). Ağrı, kaşıntı gibi şikayetlere yol açsa da sıklıkla kozmetik olarak rahatsızlık nedenidir. Oluşumunda bir travma muhakkak söz konusudur. Bu travma enfeksiyon, yanık veya cerrahi müdahale de olabilir. Keloid sıklıkla nüks eden ve spontan gerileme göstermeyen bir lezyondur. Tedavisinde cerrahi eksizyon, kompresyon, intralezyonel steroid uygulanması, radyoterapi, kriyoterapi, lazer uygulama, interferon tedavisi uygulanan yöntemlerdir(2-5). Son yıllarda kozmetik piercing ve çoklu küpe kullanımının artması ile auriküler keloid vakalarında artış görülmüştür. Bu çalışmada küpe kullanımı sonrası tek taraflı multipl auriküler keloid gelişen vakada cerrahi eksizyon sonrası triamcinolone acetonide ve hyaluronik asit combine kullanımının etkinliği sunulmaktadır.

Olgu sunumu: Yirmi iki yaşında bayan hasta yaklaşık 6 aydır var olan sağ kulaktaki şişlikler nedeni ile kliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sağ aurikular scapada 20x17mm, aynı yerin posteriorunda 18x16mm ve lobül posteriorunda 22x 20mm boyutlarında 3 adet keloid dokusu olduğu görüldü(Resim-1). Lezyonlar dokunmakla ağrılı idi. Hastadan onam formu alınıp fotoğrafları çekildikten sonra cerrahi eksizyon planlandı. Kitlenin büyük olması nedeniyle, eksizyon sonrası kulak şeklini etkileyecek deformiteye sebep olabileceği göz önünde bulundurularak kor eksizyon planlandı ve deri fleplerinin korunması sağlandı(5). Sert fibröz doku kırıldık üzerinden çıkarıldı ve deri flepleri gergin olmayacak şekilde 5/0 monofilamen emilmeyen suture edildi. Bir hafta sonra suturelar alındı ve 1cc triamcinolone acetonide enjeksiyonu ((TAC) sinakort-A ampul,40mg)) yapıldı. 15.günde ise 1cc hyaluronik asit (Restylane Vital®; Galderma Laboratories, L.P.14501 North Freeway Fort Worth, TX 76177 USA) enjeksiyonu yapıldı. Bu ardışık tedaviye 3 ay devam edildi. Hasta daha sonra 6.ay 9.ay ve 12.ay kontrollerinde görüldü. Yara bölgesinde herhangi bir nüks gözlenmedi(Resim-2).

Tartışma: Hipertrofik skar ve keloid yara iyileşmesinin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Normal ciltten farklı olarak, yüksek vaskülarite, yüksek mezenkimal hücre dansitesi ve kalın epidermal hücre tabakası içerirler. Oluşumun erken fazında, hipertrofik skar ve keloidi birbirinden ayırmak zordur. Olgun lezyonlarda klinik olarak ayırım yapmak daha kolaydır. Histolojik ayırmada, keloid dokuda bulunan geniş, cansız, pake yapmış kollagen dokunun hipertrofik skarda bulunmayışı önemlidir (2). Görülme sıklığı siyah ırkta, beyaz ırka göre daha fazladır. Albinolarda çok enderdir. Genç yaş grubunda, küpe kullanımının yaygınlığına bağlı kadınlarda erkeklerden daha sık görülür. Ancak, diğer yaş gruplarında yaklaşık olarak eşittir(1,2). Amerikada bir hastanede yapılan çalışmada küpe takan 1000 hemşirenin %2.5'inde kulak lobülünde keloid geliştiği gözlenmiştir(6). Yerleşim, büyüklük, derinlik, lezyonun boyutları, süresi tedavi biçimini belirlemede önemlidir. Keloid için tek başına bir tedavi metodu etkin değildir. Cerrahi eksizyon, steroid uygulanması, radyoterapi verilmesi gibi en sık kullanılan yöntemlerin tek başına uygulanması sonrası nüks gelişme oranı %50 'leri bulmaktadır(7-9). Bu nedenle yöntemlerin kombine kullanılması nüks oranını azaltacaktır. Hyaluronik asit (HA) hücreler arası matriksin yaygın bir bileşenidir. Yapılan bir çalışmada HA'nın triamcinolone acetonide ile birlikte kullanımının keloid tedavisinde faydası olduğu ve 3 aylık tedavi sonrası kitlesel olarak keloidin %40 oranında gerilediği gözlenmiştir(10). Biz de bu çalışmamızda keloidin cerrahi eksizyonu sonrası kombine olarak triamcinolone acetonide enjeksiyonu ve HA'nın nüks üzerine etkisini gözlemledik. 15 gün ara ile ardışık bir tedavi uygulayarak 3 ay tedaviye devam ettik. Tedavi sonrası hastayı 1.yıl dolana kadar takip ettik ve nüks gelişmediğini gözlemledik. Hyaluronik asit hücreler arası matriksin vazgeçilmez bir üyesi olması ve hidratlama özelliği nedeni ile yıllardır kırışıklık tedavisinde dolgu olarak veya mezoterapi ajan olarak güvenle kullanılmaktadır. Yapılan bir çalışmada hyaluronik asidin maksimum 30 gün aralıklarla 3 doz uygulanmasının ekstrasellüler matriksi artırdığı bilinmektedir(11). Ayrıca bu çalışmada triamcinolone acetonide fibroblast proliferasyonunu azaltırken hyaluronik asit de prostaglandin-2 sekresyonuna etki ederek inflamasyonu azaltır ve keloid dokusunu hidrasyonunu sağlar. Özellikle keloid tedavisinin en problemlisi ve zor olduğu bölgelerden biri olan aurikulada cerrahi eksizyon sonrası triamcinolone acetonide ve hyaluronik asidin kombine kullanılması tedavi etkinliği açısından başarı sağlamıştır. Geniş çaplı yapılacak çalışmalarla bu etkinlik belki de rutin bir tedavi protokolü haline gelecektir.

#### Referanslar:

- 1- Alster TS and Tanzi EL: Hypertrophic scars and keloids: etiology and management. Am j Clin Dermatol 4(4): 235-243,2003.
- 2- Stucker FJ, Shaw GY. An approach to management of keloids. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1992;118:63-67
- 3- Larrabee WF, East CA, Jaffe HS, Stephenson C, Peterson KE. Intralesional interferon gamma treatment for keloids and hypertrophic scars. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1990;116:1159-1162.
- 4- Stern JC, Lucente FE. Carbon dioxide laser excision of earlobe keloids. A retrospective study. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1989;115:1107-1111.
- 5- Lee Y, Minn K, Baek R, Hong J. A new surgical treatment of keloid: keloid core excision. Ann Plastic Reconstr Surg. 2001;46:135-140.
- 6- Simplot TC, Hoffman HT. Comparison between cartilage and soft tissue ear piercing complications. Am J Otolaryngol 1998;19:305-10.
- 7- Cosman B, Crikelair GF, Gaulin JC, Lattes R: The surgical treatment of keloids. Plast Reconstr Surg 1961;27:335-58
- 8- Kill J. Keloids treated with topical injections of

triamcinolone acetonide (Kenolog): immediate and long-term results. Scand J Plast Reconstr Surg 1977;11:169-72.

9- Norris JEC. Superficial X-ray therapy in keloid management: a retrospective study of 24 cases and literature review. Plast Reconstr Surg 1995;95:1051-5.

10- Arianna D S. ear keloid treated with infiltrated non-cross-linked hyaluronic acid and cortisone therapy. In Vivo 30:695-700,2016.

11- Landau M and Fagien S: Science of Hyaluronic Acid Beyond Filling: Fibroblasts and Their Response to the Extracellular Matrix. Plast Reconstr Surg 136(5 Suppl): 188S-195S, 2015.

#### Resim-1



Hastanın sağ kulağında bulunan keloid dokuları

#### P-064

#### Ekspoze Kalp Pillerinin Pektoralis Majör ve Latissimus Dorsi Kas Flebi ile Kapatılması

**Mehmet Uzuner**, Houtan Zolfagharpour,  
**Ayşe Aydan Köse**  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik,  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir

**Giriş:** Kalp pilleri aritmal kalp hastalıklarında kullanılan ve hayati önemi olan tedavi seçeneğidir. Kalp pili yerleştirilmesi sonrası enfeksiyon, cilt erezyonu v.b. sebeple cihaz dış ortama ilişkili hale gelmektedir. Bu durumun tedavisi için literatürde birçok yöntem tanımlanmıştır. 1,2,3 Hangi yöntemin seçileceği bir çok faktöre bağlıdır. 4,5. Böyle bir durumda cihazın yeniden enfekte olma ihtimali vardır. Çalışmanın amacı aritmal kalp hastalıkları nedeni ile kardiyoloji bölümüne implante edilebilen kardiyoverter defibrilatör ( ICD ) konulup takiplerinde cihazın ekspoze olduğu ve tarafımızca latissimus dorsi ve pektoralis majör kas flepleri ile kapatılan 3 olgunun sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu 1:** 70 yaşında kadın hasta. Sık bayılma şikayeti ile hastaneye başvurup 3. derece A-V blok tanısı alan hasta kardiyoloji bölümüne ICD yerleştirilmiş. ICD cihazı ekspoze olan hasta tarafımıza konsulte edildi. Hastanın göğüs ön duvarı sol üst kadranda dış ortam ile ilişkili yaklaşık 5 cm insiyon hattından ekspoze ICD cihazı mevcuttu. Ciltte ısı artışı, kızamık ve kötü kokulu akıntı mevcuttu. Uygun antibiyoterapi ve preop hazırlık sonrasında hasta operasyona alındı. ICD bağlantıları çıkarılmadan dışarı alındı. Bölgeye uygun debritman sonrasında posterioraksilla çizgiden yapılan insizyonla Latissimus dorsi kasına ulaşıldı. Torakodorsal arter baseli kas-deri flebi insersiyosundan

diseke edilerek kaldırıldı. Flep, oluşturulan cilt flebinden geçirilerek göğüs ön duvarına rote edildi. Pektoralis majör kası lateral kenarından girilerek kas altı planda cep oluşturuldu ve cebe ICD yerleştirildi. P. Majör kası üzerine Latissimus Dorsi kas-deri flebi suture edildi. İntraoperatif komplikasyon olmadı. Post op takiplerinde patolojik bulgu olmayan hasta 5. gün eksterne edildi. Hasta 6 ay takip süresince yara yeri enfeksiyonu veya nüks gözlenmedi

**Olgu 2:** 14 yaşında erkek hasta, ritim bozukluğu nedeni ile pediatrik kardioloji tarafınca ICD yerleştirilmiş. Hasta pil ekspozisyonu ile pediatrik kardioloji tarafınca konsülte edildi. Pil göğüs ön duvar sol üst tarafta yerleşik, yaklaşık 3cm cilt nekroze, endüre ve kurtlu. Hasta preop hazırlandı ve olgu 1 de detayları ile anlatılan cerrahi prosedür uygulandı. Hastanın 1 yıllık takiplerinde enfeksiyon veya nüks gözlenmedi.

**Olgu 3:** 57 yaşında kadın hasta, ritim bozukluğu nedeni ile ICD takıldıktan 15 gün sonra kızamık, akıntı ve insizyon hattında dehisans gelişmiş. Pil medialde ekspoze. Hasta preop olarak hazırlandı ve kardiyoloji eşliğinde operasyona alındı ve olgu 1 deki işlemlerin aynısı uygulandı. Hastanın 3 aylık takiplerinde nüks gelişmedi.

**Sonuç:** Kardiyak hastalarda hayati öneme sahip ICD tedavinin yarım kalmaması ve bu hastaları mortal komplikasyonlardan korumak için, pektoralis major ve latissimus dorsi kas-deri fleplerinin birlikte kullanımı ekspoze ICD kapatılması için güvenilir bir yöntemdir ve tedavi seçenekleri arasında akılda tutulmalıdır.

#### Kaynaklar

1. Kolker AR, Redstone JS, Tutela JP. Salvage of exposed implantable cardiac electrical devices and lead systems with pocket change and local flap coverage. Ann Plast Surg. 2007;59:26-29.
2. Yamada M, Takeuchi S, Shiojiri Y, et al. Surgical lead-preserving procedures for pacemaker pocket infection. Ann Thorac Surg. 2002;74:1494-1499
3. Baddour LM, Cha YM, Wilson WR. Clinical practice: infections of cardiovascular implantable electronic devices. N Engl J Med. 2012;367:842-849
4. Docker C, T.O., A case of for ear compartment syndrome following a ring avulsion injury. Injury, 2002. 33: p. 274-5.
5. Naidu SH, Heppenstall RB. Compartment syndrome of the forearm and hand. Hand Clin 1994;10(1):13-27.

#### Resim 1



**Olgu 1.** Göğüs ön duvarı sol tarafta ekspoze ICD (sol). Aynı hastanın postoperatif görünümü (sağ)

**P-065**

**Enjektör ile Kolay Uygulanabilir Negatif Basıncılı Aktif Mini Dren Sistemi**

Çağla Çiçek<sup>1</sup>, Mehmet Sönmez<sup>2</sup>, Ersin Akşam<sup>3</sup>, Berrak Akşam<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Yozgat Şehir Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Yozgat

<sup>2</sup>Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>3</sup>Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İzmir

<sup>4</sup>Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İzmir

**Giriş:** Pü, kan, serum, lenf, ya da intestinal içeriğin vücut dışına alınmasını sağlayan birçok drenaj sistemi mevcuttur. Kullanılacak drenin seçiminde en önemli özellik drene edilecek sıvının volümü ve viskozitesidir. İdeal dren; dokularda hasara sebep olmamak için yumuşak ve non irritan olmalıdır. Ayrıca dren konulduğu yerde kalacak sert ve dokuya tespit edilebilir olmalıdır. Çalışma şekilleri açık- kapalı ya da aktif- pasif şekilde olabilir. Açık drenlerin enfeksiyon oluşturma ihtimali kapalı drenlere kıyasla daha fazla olması dolayısı ile çoğu cerrah tarafından kapalı drenler tercih edilmektedir. Aktif drenler ise basınç prensibi ile çalışan sistemlerdir ve hematoma oluşumunu önlemede daha etkilidir. Bu çalışmada ameliyathane şartlarında enjektör ile hazırlanan kapalı ve aktif dren sisteminin tanıtılması amaçlanmıştır.

**Materyal ve Method:** Aktif mini dren hazırlamak için gerekli malzemeler; 20 cc'lik enjektör, 2,5 cc'lik enjektör, kelebek uçlu kan alma seti ve 11 numaralı bistüri.

**Teknik:** Kelebek uçlu kan alma setinin kelebek kısmı kesildikten sonra istenilen uzunlukta kateter elde edilmiş ve kateterin distalindeki ilk 5 cm'lik kısma 11 numaralı bistüri ile drenajın kolaylaşması için birçok delik açılmıştır. Bistüri ile delik açılan kateterin distal ucu, opere edilen alanın içerisinde kalacak şekilde ameliyat bölgesine yerleştirilmiştir ve ardından dren insizyon hattından çıkarılarak cilde tespit edilmiştir. Kateterin diğer ucu ise 20 cc'lik enjektörün iğnesi çıkarıldıktan sonra enjektöre yerleştirilmiştir (Resim 1). Bu enjektörün pistonu için 2,5 cc'lik enjektör kullanılmıştır. İstenilen negatif basınç piston ile sağlandıktan sonra 20 cc'lik enjektör hasta üzerine flasterler ile tespit edilmiştir. Enjektör dolduğunda planlanmış sistem baştan kurularak negatif basınç ile çalışan dren sistemi tekrar oluşturulmuştur.

**Tartışma:** Cerrahi işlemlerden sonra potansiyel ölü boşluk oluşabilmektedir. Bu boşluklarda vücut sıvısı birikerek seroma, hematoma ve enfeksiyon gelişebileceğinden önleyici yaklaşımlar ön plana çıkmaktadır. Dikkatli hemostaz, ölü boşluk oluşturmayacak şekilde yapılan cerrahi ve etkili dren kullanımı ile bu komplikasyonların görülme sıklığı azaltılabilmektedir. Açık-kapalı ya da aktif-pasif olarak kullanılabilecek birçok dren çeşidi tanımlanmıştır. Ancak ameliyathanede her zaman temin edilememeleri; hızlı ve kolay uygulanabilir yeni sistemlerin planlanması gerekliliğini doğurmuştur. Enjektör ile yapılan kapalı dren sistemlerinin düşük maliyetli olmaları nedeniyle kullanılabilirliği literatürde gösterilmiştir. Cerrahi sonrası oluşan ölü boşluğun boyutuna göre enjektör büyüklüğü 5cc - 10cc - 20cc - 50cc olarak planlanabilir. Literatürde elde edilen basıncın manometre ile ölçülmesiyle arzu edilen basınç tespit edilmiş ve kontrollü drenaj sağlanabildiği de gösterilmiştir. Tüm sistem tek kullanımlık olup lokal doku travması ya da enfeksiyon gözlenmemiştir.

**Sonuç:** Enjektör ile dizayn ettiğimiz dren sistemi basit ve ucuz olmasının yanı sıra etkili negatif basınç sağlamakta ve aynı zamanda kolay uygulanabilir bir yöntemdir. Standart kullanılan dren sistemlerinin tedarik edilemediği durumlarda dizayn ettiğimiz bu dren sisteminin etkili olacağı düşüncesindeyiz

**Resim 1**



**P-066**

**Yüzük Avülsiyon Yaralanmasında SCIA Perforatör Flebinin Kullanıldığı Bir Olgu**

Dağhan Dağdelen<sup>1</sup>, Alper Aksoy<sup>2</sup>, Emin Sır<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Balıkesir Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Balıkesir

<sup>2</sup>Acibadem Konur Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Bursa

<sup>3</sup>Serbest Hekim, İzmir

**Giriş:** Parmak yüzük avülsiyon yaralanmaları, onarım yönünden, plastik cerrahi acilleri arasında zorlayıcı bir alt gruptur. Bu durum ana sebeplerinden biri, basit cilt yaralanmasından, farklı seviyelerde yumuşak doku, tendon ve kemik hasarına, hatta parmak amputasyonuna kadar uzanan farklı tabloların aynı başlık altında toplanmasıdır. Hala en yaygın kullanılan sınıflandırma Urbaniak'ın yaralanma tiplerini 3 alt grupta değerlendirdiği, görece basit olan bir sınıflamadır (1). Tanımlandığı dönem itibarıyla, I. ve II. sınıf yaralanmalar için kurtarma operasyonları, III. sınıf yaralanmalar için ise işinsal amputasyon uygulanması sınıflandırmayı yapan ekip tarafından önerilmiştir. İşinsal amputasyon haricinde sınıf III yaralanmalar için diğer onarım seçenekleri arasında uzak pediküllü flepler ve lokal fleplerle birlikte, mümkün olan durumlarda replantasyon ve serbest fleplerde sayılabilir.(2,3).

Biz, Urbaniak Sınıf III avülsiyon sonrası, yumuşak doku onarımını Superficial Circumflex Iliac Arter Perforatör (SCIP) serbest flebi ile gerçekleştirdiğimiz olguyu paylaşmak istedik.

**Olgu:** Ondokuz yaşında erkek hasta, sol el dördüncü parmakta yüzük avülsiyon yaralanması ile acil birimimize başvurdu. Urbaniak sınıf III avülsiyon yaralanması olan hastada tendinöz yapılar ve fleksör kılıf hasarı yoktu. Avulse olan yumuşak dokuya ulaşılamadığı için, yumuşak doku kaybının SCIP flebi ile kapatılması planlanarak hasta acil operasyona alındı.

Operasyonda, distal falanks orta 1/3 seviyesinden rongeur

ile redükte edildi. Uygun alıcı damar için, radial ve ulnar digital arterler proksimale doğru mikroskop altında diseke edildi. Radyal taraf digital arteri anastomoza uygun olarak değerlendirildi. Alıcı ven olarak biri radyal diğeri ulnar sınıra yakın iki adet volar ven belirlendi ve, flebin vasküler pedikül konfigürasyonuna uyacak şekilde her iki ven de anastomoza hazırlandı. Yumuşak doku defektinin şablonu alındı ve flebin kaldırılmasına geçildi. Inguinal ligaman inferiorunda akustik Doppler ile işaretlenen iki adet cilt perforatörünü içerecek şekilde defekt şablonuna uygun olarak cilt adası planlandı. Pedikül uzunluğunu kısa tutmak için, her iki perforatöründe eksentrik olarak cilt adasında konumlanması sağlandı. Klasik yöntem ile, daimi traksiyon altında cilt insize edildi ve Scarpa fasyası üzerinden, flep elevasyonuna inferior yaklaşım ile bağlandı. Lateral perforatörün zayıf olarak gözlenmesi üzerine flep medial perforatör damarlar üzerinden eleve edildi. Pedikül uzunluğunu arttırma ihtiyacı olmadığı için, derin fasya insizyonu uygulanmadı, flep tamamen Scarpa fasyası üzerinden kaldırılmış oldu.

Flep parmak distaline geçici sütürler ile tespit edildi ve sırası ile hazırlanan radyal digital arter ve radyal sınıra yakın volar vene Daylon 10/0 (5 3/8 Yuvarlak, Doğsan, Trabzon, Türkiye) ile ucuca anastomoze edildi. Flepte dolumun gözlenmesini takiben volar ve dorsal yüzde proksimal falanks cilt adasına sütüre edildi. Olası bir baskıyı önlemek için, anastomoz hattının üzeri gevşek olarak sütüre edildi.

Operasyon sonrası erken ve geç dönem takiplerde bir sorun ile karşılaşılmadı.

**Tartışma:** Avulsiyon amputasyonlarının onarımı mikrocerrahi öncesi ve sonrası olarak iki ayrı dönem içinde incelemek yerinde olacaktır (2). Mikrocerrahi teknikler ile yapılan onarımlar arasında replantasyonlar ve serbest flepler öne çıkar.(3,4) Kullanılan serbest flepler değerlendirildiğinde, temporopariteal fasya serbest flebi, arterialize venöz ve venöz "flow-through" flepler başlıca kullanılan yöntemler olarak değerlendirilebilir (3,5,6). Mikrocerrahi dışı yöntemler arasında yaygın kullanılan yöntemlerden biri uzak pediküllü fleplerdir (2). Bu grup içinde oldukça yaygın kullanılan teknik iki aşamalı olarak uygulanan pediküllü kasık flebidir (7). İki evreli olmasının yanında, ikinci evreye kadar onarım uygulanan ekstremiteler hareketlerini kısıtlaması, kalın bir cilt dokusu taşıyor olması, ve uzun dönem takiplerinde flep inceltilmesi için ikincil cerrahi işlemler gerektirmesi bu yöntemin dezavantajlarıdır.

Inguinal alan cildinin superficial circumflex arteriyel sistem perforatör damarı üzerinden serbest flep olarak kaldırılması Koshima ve arkadaşları tarafından 2004'de tanımlanmıştır (8). Mikrocerrahide ki ilerlemelerle, tanımlanan bu flebin daha ince olarak kaldırılması Hong tarafından tanımlanmış ve popülerize edilmiştir (9). Bu teknik ile yaklaşık 5mm kalınlığında cilt adası kaldırılabilir. SCIP arterlerinin ortalama çapı 0,7mm'dir. Bu değer parmak digital arterleri ile kıyaslandığında, ciddi bir çap uyumsuzluğu sağlanmadan uç-uca anastomoz için yeterli bir genişliktir (10).

**Sonuç:** Pediküllü olarak, iki evrede adapte edilen inguinal alan cildini, daha ince olarak, tek seansta mikrocerrahi teknik ile kullanma fikri yenilikçi bir yaklaşım olup, yüzük avulsiyon yaralanmalarının onarımında, serbest flep teknikleri arasında yaygınlık kazanacağını düşünüyoruz.

## P-067

### **Olgu Sunumu: Yüksek Basıncılı Kuşlama İşlemi Sırasında Yüze Kum Enjeksiyonu Olgusu**

**Arda Akgün, Murat Yaman, Zeynep Arpacık, Celal Alioğlu, Gaye Taylan Filinte**  
*Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul*

**Giriş:** Gemi temizleme işlemi sırasında ülkemizde sıklıkla içerisinde kum partikülleri ve çeşitli kimyasal maddeler bulunduran ve gemi yüzeyinde biriken yağ, kir ve pası temizlemek için kompresör yardımı ile yüksek basınçlı kuşlama işlemi yapılmaktadır. Gerekli güvenlik önlemlerinin alınmadığı durumlarda gerçekleşen iş kazalarında çeşitli şekillerde yaralanmalar ile hastalar plastik cerrahi polikliniklerine başvurmaktadır.

**Vaka:** 19 yaşındaki erkek hasta iş yerinde gemi temizleme işlemi için kullandığı kompresörlü kuşlama makinesinin patlaması sonucu yaralanarak tarafımıza başvurdu. Yapılan muayenesi sırasında hastanın sol yüz yarımında geniş bir şekilde yer kaplayan hiperemik yanık benzeri zemin üzerinde saçlı deriyi de içine alan bölgede kum partiküllerinin ciltte tatuaj bırakacak şekilde derin dermise infiltrate olduğu izlendi. Hastaya geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandı ve hasta yüze kum enjeksiyonu dışında yanık hastası gibi değerlendirilerek günlük pansumanları yapıldı. Aynı zamanda seri tanjansiyel debridman ve yıkama işlemleri yapılarak yabancı maddeler temizlendi. Hastanın antibiyotik tedavisi düzenlenerek taburcu edildi ve günlük pansumanlarla takip edildi.

**Sonuç ve Tartışma:** Hastanın taburculuk sonrası antibiyoterapi sayesinde enfeksiyon tablosu oluşmadı. 4 aylık takip sonucunda hastada özellikle preaurikular alan ve kulak dışında belirgin tatuaj oluşmadığı ve hastanın fonksiyonel bir kaybının olmadığı izlendi. Bu tarz yaralanmalar kimyasal komponenti de olan yabancı cisim enjeksiyonu yaralanması olmakla birlikte ikinci derece yanık gibi de değerlendirilip özellikle enfeksiyon gelişimi için gerekli önlemler alındıktan sonra seri yıkama ve debridmanlar uygulanmalıdır. Tatuaj için yapılabilecek tedavi yöntemleri kısıtlı olup hastanın bu konuda özellikle bilgilendirilmesi önemlidir. İş kazalarının sıklıkla yaşandığı ülkemizde bilinçlendirmenin ve iş güvenliği ile ilgili eğitimlerin artırılması büyük önem taşımaktadır. İş kazalarının önlenmesi için atılacak adımlar bu tarz yaralanmalarla karşılaşma ihtimalimizi azaltacaktır.

### **Yüze Kum Enjeksiyonu Karşılaştırmalı Fotoğraf**



**P-068**

**Ayakta Nadir Bir Olgu, Konjenital Fibrosarkom**

Mehmet Dadacı, Orkun Uyanık, Bilsev İnce, Majid İsmayilzade, Pınar Gündüz  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

**Giriş:** Konjenital fibrosarkom(KİF) pediatrik yaş grubunda nadir görülen bir tümör çeşididir. Çoğunlukla 5 yaş altında ve ekstremitelerde distalde görülür. Çocukluk çağı nonrabdomyosarkom yumuşak doku tümörleri içinde en sık görülendir. Prognozu erişkin fibrosarkomlarla kıyaslandığında daha iyidir. Erkek çocuklarda daha sık görünmektedir. Histolojik olarak erişkin tip fibrosarkomla aynı özelliklere sahiptir. Çoğu olgu geniş lokal eksizyon ve kemoterapi sonrası tamamen tedavi edilir. Bazı lezyonlar tanı anında büyük boyutlarda olabilir veya tanı sonrası hızlı büyüme gösterebilirler. Tanı anında geniş inoperabl olan olgularda tümör boyutunu küçültmek ve rezektabl hale getirmek için verilen kemoterapi tercih edilir. Lokal nüksler sık görülmesi rağmen metastazların nadir olduğu bir malign tümördür. Prognoz büyük ölçüde tümörün yerleşim yerine bağlıdır.

**Olgu Sunumu:** 16 günlük erkek hasta doğumundan itibaren sağ ayağında zamanla büyüyen kitle nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hastanın prenatal 30. haftada yapılan ultrasonunda sağ ayakta yumuşak doku kitlesi farkedilmiş. Hastanın soygemiğinde özellik yoktu. Hasta çocuk hastalıkları tarafından onkoloji bölümüne gönderilmiş, bizde biyopsi ile tanı konulması için sevk edilmiş. Ayaktan biopsi alınarak patolojiye gönderildi. Hastanın tarafımıza başvurduğundan sağ tarafta femoral ve inguinal bölgede metastatik adenopati kitleleri mevcuttu. Pediatrik onkoloji ve çocuk ve plastik cerrahi ile yapılan konseyde kemoterapiye bu tümörlerin iyi cevap vereceği için hasta onkoloji bölümünün takibine devredildi. Hastanın alınan insizyonel biyopsilerinde konjenital fibrosarkomla uyumlu bulgusu patoloji raporu geldi.

**Sonuç:** İnfanitil fibrosarkomun aynı yaş grubunda daha sık olarak izlenen infanitil fibramatozislerden ve daha kötü biyolojik davranış gösteren diğer çocukluk çağı tümörlerinden ayrılması önemlidir. Bu ayırmada MR inceleme görüntülemeleri özellikleri spesifik olmasada doğumda veya neonatal dönemde özellikle ekstremitelerde yerleşimli yumuşak doku tümörleri, akla infanitil fibrosarkomu getirmelidir. Bu kitleler çoğunlukla heterojen iç yapıda görülür ve septalar içerebilirler. T1 incelemede kas ile izointens, T2 incelemede hiperintens sinyal özelliğine sahiptirler ve belirgin kontrast tutulumu gösterirler. KİF genellikle cerrahi tedavi ile başarılı bir şekilde tedavi edilir. Ancak özellikle major nörovasküler yayılım olan vakalarda cerrahi sonrası önemli oranda morbidite görülebilir. MR görüntüleme lezyonun boyutu, komşu anatomik yapılar (kemik,eklem,nörovasküler demet ) ile ilişkisi, tedaviye yanıt ve postoperatif komplikasyonlar açısından da tercih edilen inceleme yöntemidir. Nüks oranının yüksek olmasına rağmen metastaz oranının düşük olmasından dolayı nüks riski göze alınarak ekstremitelerde koruyucu tedavi uygulanmalıdır. Sonuç olarak doğumda veya hemen sonrasında görülen yumuşak doku kitlelerinde ayırıcı tanıda konjenital infanitil fibrosarkom mutlaka akla gelmeli ve bu olgularda tümör boyutunu, yayılımını ve tedavi sonrası cevabı değerlendirmede MRI tercih edilmelidir.

**Kaynaklar**

- 1) Dixon NE, Morales J, Escalon E, et al. Congenital fibrosarcoma: report of one case treated with pre-surgical
- 2)Fisher C. Myofibroblastic malignancies. Adv Anat Pathol

- 2004; 11: 190-201 hemotherapy. Int Pediat 2003; 18:87
- 3)Canale S, Vanel D, Couanet D, Patte C, Caramella C, Dromain C. Infantile fibrosarcoma: Magnetic resonance imaging findings in six cases. Eur J Radiol. 2009 Jun 10
- 4) Braun P, Fernandez-Montes JG, Calatayud AV. Congenital infantile fibrosarcoma: Report of four cases and review of the literature. Eur J Radiol Extra 2007; 61:33-39.

**resim 1**



**P-069**

**Nadir Bir Vaka: Masson's Tümörü**

Fatih Kılıç

Ankara Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, Ankara

**Giriş:** İntravasküler papiller endotelial hiperplazi (İPEH) neoplastik olmayan intravasküler bir lezyondur. Klinik görünümü mukosel, hemanjiom, pyojenik granülom gibi benign lezyonlara ve anjiosarkom, kaposi sarkomu gibi malign lezyonlara benzemektedir(1). Lezyon ilk defa 1923 yılında Fransız araştırmacı Pierre Masson tarafından tanımlanmıştır(2). Daha sonraları Masson tümör, Masson hemanjiomu, Masson psödoanjiozması gibi isimlerle bildirilmiştir(3). Bu bildiride İPEH ve pyojenik granülomun birlikte olduğu vaka sunulmuştur.

**Olgu sunumu:** Otuz sekiz yaşındaki bayan hasta 2 aydır var olan sağ el orta parmak ucunda kanamalı bir lezyon nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ el 3.parmak pulpasında 5 mm çapında pyojenik granülom olduğu ve mid-falanks volar yüzde cilt altı ağrısız 1 cm çapında bir nodül olduğu fark edildi(Resim-1). Hastadan onam belgesi alınıp, fotoğrafları çekildikten sonra lezyonun cerrahi eksizyonu planlandı. Digital sinir bloğunu takiben pyojenik granülom eksize edilerek çıkarıldı. Kitlenin eksizyonu için horizontal bir insizyon yapıldı. Kitlenin çevresine yapışık olmadığı,kolayca ayrıldığı görüldü. Proksimal taraftan kitleye doğru yüzeysel venöz bir damarın uzandığı görüldü(Resim-2). Vasküler yapı bağlanarak kesildi ve kitle çıkarıldı. Cilt 5/0 emilmeyen monofilaman suture ile suture edildi. Lezyonların patolojik incelemesinde pulpadaki lezyon beklendiği üzere pyojenik granülom olarak, orta falankstaki kitle ise papiller endotelial hiperplazi olarak rapor edildi. Ayrıca kitlenin incelenen kesitlerinde geniş vasküler yapı içerisinde trombüsle birlikte izlenen lezyonu oluşturan fibroblastik hücrelerde Vimentin ve Aktin(+), endotel hücrelerinde CD34 ve CD31 (+) izlenmiştir. S-100, Desmin ve EMA(-)'dir(Resim-3). Hastanın post operatif kontrollerinde yara iyileşiminin sağlandığı ve herhangi bir komplikasyonun

olmadığı görüldü (Resim-4). Hastanın yapılan 6 aylık kontrolünde nüks gözlenmedi.

**Tartışma:** İPEH, endotelin tromboz ile ilişkili, reaktif proliferasyonu sonucu oluşan, nadir görülen benign bir lezyondur. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir fakat travmanın rolü olduğunu gösteren görüşler vardır (4-5). Travma ile birlikte endotelial proliferasyon gelişmekte ve bu durum da kan akımını yavaşlatarak trombüse sebep olmaktadır. Intravasküler papiller endotelial hiperplazi sıklıkla bas, boyun ve ekstremitelerde, subkutan yerleşim gösterir (10). Genellikle 3 formdan biri ile kendini gösterir: Birincisi sıklıkla venlerde görülen izole tromboze damar şeklinde pure form, ikincisi öncesinde var olan hemanjiom, pyojenik granülom veya diğer vasküler malformasyonlarla beraber görülen miks form, üçüncüsü ise daha nadir görülen kendisini organize hematoma ile gösteren formdur (6). Bizim vakamızın tipi pyojenik granülom ile birlikte görülen miks formdur. İPEH'in klinik görünümü spesifik değildir. MRI trombüsün kitle içerisinde gösterilmesine yardımcı olabilir fakat tanı daima histopatolojik olarak koyulmaktadır (7). Nitekim bizim edindiğimiz MR görüntüsünde de net bir patoloji saptanmamış, sınırlarından net ayrılan tromboze bir yapı şeklinde görülmüştür.

Ayırıcı tanıda anjiosarkomu ekarte etmek önemlidir.

Anjiosarkomdan mitotik aktivitesinin hızlı olmaması, atipik hücrelerin olmaması, nekroz olmaması, irregüler damr anastomozlarının olmaması, sınırlarının düzgün olması ile ayrılmaktadır (8)

İmmünohistokimyasal olarak CD31, CD43, von Willebrand factor, Faktör XIIIa gibi endotelial hücre markırları ile boyanması da endotelial kaynaklı olduğunu göstermeye yardım etmektedir (9). Bizim vakamızda da lezyon CD31 ve CD34 gibi marker'larla pozitif boyanmıştır. Sonuç olarak parmaklarda görülen vasküler yapının devamı şeklinde ortaya çıkan kitlelerde ayırıcı tanıda İPEH de düşünülmelidir. Anjiosarkomun aksine malign olmayan bir patolojidir ve basit cerrahi eksizyon ile tam kür sağlanabilmektedir.

**Referanslar:** 1. Clearkin KP, Enzinger FM: Intravascular papillary endothelial hyperplasia. Arch Pathol Lab Med 1976; 100:441-444 (PMID:947306).

2. Masson P: Hemangioendothelioma vegetant intravasculariaire. Bull Soc Anat Paris. 1923;93:517-523. (No PMID).

3. Duong DH, Scoones DJ, Bates D, Sengupta RP: Multiple intracerebral intravascular papillary endothelial hyperplasia. Acta Neurochir (Wien). 1997;139(9):883-886. PMID: 9351994.

4. Miyamoto H, Nagatani T, Mohri S, Nakajima H. Intravascular papillary endothelial hyperplasia. Clin Exp Dermatol 1988;13:411-415.

5. Salyer WR, Salyer DC. Intravascular angiomatosis. Development and distinction from angiosarcoma. Cancer 1975;36: 995.

6. Enzinger FM, Weiss SW. Soft Tissue Tumors 3 ed. Boston: Mosby, 1995:614.

7. Lee SH, Suh JS, Lim BI, Yang WI, Shin KH. Intravascular papillary endothelial hyperplasia of the extremities: MR imaging findings with pathologic correlation. Eur Radiol 2004;14:822-826.

8. Farah JM, Sawke N, Sawke GK. Cutaneous intravascular papillary endothelial hyperplasia of the forearm: A case report. Peoples J Sci Res 2013;6:38-40.

9. Kumar A, Surowiec S, Nigwekar P, Illig KA. Masson's intravascular hemangioma masquerading as effort thrombosis. J Vasc Surg 2004;40:812-4.

10. Enzinger FM and Weiss SW: soft tissue tumors 1 th ed. The C. V. Mosby Co. St. Louis. p. 414 (1983).

**Resim-1**



Hastanın sağ el 3. parmak pulpasında pyojenik granülom ve orta falankstaki kitlesel lezyonun görünümü, resimde kitlenin mezosu da görünmekte

## P-070

### Önkolda Hidatik Kist

Bora Edim Akalın, Ahmet Kürşat Yiğit, Shahrukh Omar, Barış Çın, Nesibe Sinem Çiloğlu  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Giriş:** Hidatik kist insanların ve hayvanların parazitik ve zoonotik bir hastalığıdır. Ekinokokkus granulosus küçük bir parazit olup boyu 2-7 mm arasındadır (ortalama 5 mm). Baş (skoleks) ve 3-6 segmentten (proglottid) oluşan vücudu vardır. Biyokimyasal, immünolojik ve genetik teknikler ile farklı türleri gösterilmiştir. Primer bölgelerden kan yolu ile uzak organlara veya kistin peritonea, plevraya, bronş ağacına açılması ve invazif işlemler esnasında canlı parazit materyalinin yayılması ile sekonder ekinokokkozis gelişebilir. Ekstremiteler yerleşimli ekinokok olguları nadir görülmektedir. Bu posterde önkol yerleşimli hidatik kist olgusu bildirmektediriz.

**Olgu:** 30 yaşında kadın hasta hastanemize, önkolda ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurduğu Ortopedi Kliniği'nden istenen Manyetik Rezonans (MR) tetkiki sonucunda hidatik kist tanısı konulduktan sonra, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'ne, oradan da tarafımıza eksizyon planlanarak gönderildi. Muayenesinde, hastanın sağ önkol ekstansör 9,6 X 6,7 cm boyutlarında, immobil kitle tespit edildi (Fotoğraf 1). Öyküsünde hastalığın endemik olduğu Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yaşaması dışında bir özellik yoktu. Kistin iyatrojenik olarak rüptüre edilmesinden kaçınıldı, esmark kullanılmadı, elevasyondan sonra turnike manşonu şişirilerek tembel S insizyonu yapıldı. Kistin yüzeyinden geçen lateral kutanöz antebrakial sinir diseke edilerek korundu (Fotoğraf 2). Derin bölümünün ekstansör kasların arasında bulunduğu görüldü ve çevre yapılardan ayrılarak

kist ekstirpasyonu yapıldı, bu sırada kistte küçük bir rüptür oluştu (Fotoğraf 3). Loj betadin, hidrojen peroksit ve serum fizyolojik solüsyonlarıyla 3'er kere yıkandı ve durulandı. Turnike açılmadan önce anestezi ekibi anafilaktik şok ihtimaline karşı uyarıldı. Anafilaksi oluşmadı. Kitlenin patoloji sonucu hidatik kist olarak raporlandı. Hastanın postop takiplerinde ek şikayeti görülmedi. Bu hastanın ameliyatı turnike altında gerçekleştirilmiş olup, kist çıkarıldıktan sonra yara yeri üç defa yıkanmıştır. Enfeksiyon hastalıkları tarafından 6 ay süre ile albendazol tedavisi uygulandı ve yapılan 18 ay takip sonucunda nüks veya sekonder ekinokokkoz görülmedi (Fotoğraf 4).

**Tartışma ve Sonuç:** Türkiye'de en sık hidatik kist etkeni *Echinococcus granulosus*'tur ve en sık yerleşim yeri karaciğerdir. Literatürde ekstremitelerde yerleşimli vakalar bildirilmiştir(1,2). Üst ekstremitelerde alt ekstremitelere nazaran daha sık tutulur. Proksimal kas grupları daha sık tutulur. Kist büyüklüğüne bağlı, baskıya sekonder nöropatiler kas gücü kayıplarına neden olabilir. Cerrahi sırasında kistin rüptürüne bağlı anafilaksi gelişme riski mevcuttur. Ameliyatın turnike altında yapılması, esmark kullanılmaması, kistin rüptüre edilmemesi ve yaranın birkaç kez yıkanması anafilaktik şoku önlemek için alınması gereken önlemlerin başında gelir. Ayrıca turnike açılmadan önce anestezi ekibi bir anafilaktik şok ihtimaline karşı uyarılmalıdır.

#### Kaynaklar:

- 1-Arazi M, Erikoglu M, Odev K, Memik R and Ozdemir M. Primary echinococcus infestation of the bone and muscles. Clin Orthop 2005; 432: 234-41.
- 2-Duncan GJ and Tooke SM. Echinococcus infestation of the biceps brachii. A case report. Clin Orthop Relat Res 1990; 261: 247-50

#### Fotoğraf 1, Fotoğraf 2, Fotoğraf 3, Fotoğraf 4



Fotoğraf 1. Ön kol ekstansör yüzdeki hidatik kist. Fotoğraf 2. Peroperatif görüntüde lateral kutanöz antebrakial sinir görülmektedir. Fotoğraf 3. Ekstirpasyon sonrasında kist ve kist içerisinden çıkarılan skoleksler. Fotoğraf 4. Postoperatif 1. haftada ön kol görüntüsü.

#### P-071

### Konjenital Palatal Fistül Olgusu ve Yönetimi

Giray Genç, Safa Manav, Seyhan Çenetoğlu  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Yarık damak ve yarık dudak sık görülen konjenital malformasyonlar olsa da submuköz damak yarığının eşlik ettiği konjenital palatal fistül oldukça nadirdir. Son yüzyılda bildirilen 30 'dan az vaka mevcuttur. Patoloji, damak orta hatta öne ya da arkaya uzanmayan oval şekilli tam kat bir delik şeklinde görülür. Hastalarda

submuköz damak yarığı bulguları da mevcuttur. Nadir bir antite olduğundan dolayı etyolojisi, tanısı ve yönetimi konusunda tam bir fikir birliği yoktur.

**Hasta-Metod:** Submuköz damak yarığının eşlik ettiği konjenital palatal fistülü bulunan 9 aylık erkek hasta v-y pushback (veau wardill kilner palatoplasti) tekniği ile opere edilerek fistül ve damak yarığı onarımını gerçekleştirildi. Hastanın 1 yıllık takiplerinde damak fistül hattının sorunsuz bir şekilde kapandığı ve hastada klinik herhangi bir probleminin olmadığı görüldü.

**Tartışma-Sonuç:** Konjenital palatal fistül etyolojisinde en çok kabul gören hipotez submuköz damak yarığının en gergin yeri olan sert-yumuşak damak bileşke noktasında prenatal perforasyonudur. Hastaların çoğuna submuköz damak yarığı eşlik ettiğinden dolayı sadece fistülün onarımı doğru bir cerrahi yaklaşım olmayacaktır. Mevcut olan submuköz damak yarığına bağlı yumuşak damak kısılığı ve levator kas malpozisyonu bu hastaları ilerleyen dönemde velofaringeal yetmezliğe götürmektedir. Bu nedenle fistül onarımı basit mukozal defekt onarımı şeklinde yapılmamalı, submuköz damak yarığını da onaracak şekilde palatoplasti teknikleri uygulanarak onarım gerçekleştirilmelidir. Literatürde benzer olgular için furlow palatoplasti tekniği, von langenbeck palatoplasti tekniği ve v-y pushback palatoplasti tekniği ile onarım gerçekleştirilmiş olup kendi olgumuz için v-y pushback tekniği kullanılmıştır ve 1 yıllık takibinde velofaringeal yetmezliğe ait bulgular gözlenmemiştir.

#### palatal fistül olgusu



9 aylık konjenital palatal fistül vakası preop (sol), erken postop (sağ)

#### P-072

### Hayvan Isırığı Sonrasında Oluşan Geniş Skalp Defektinin Onarımı; Olgu Sunumu

Ensari Yavuz, İbrahim Tabakan, Cengiz Eser,  
Eyüphan Gencel

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

**Giriş-Amaç:** Hayvan ısırıklarına bağlı yaralanmalar; delici yaralanmalar, laserasyon, ezilme ve kopma (doku kaybı) tarzındaki yaralanmalar olup, sonuçta enfeksiyon, şekil bozukluğu, zoonotik hastalık gelişimi ve ölüm gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Enfeksiyonlar; ısırığın ağız veya ısırılanın cilt florasındaki patojenlerinden kaynaklanabilir. El, yüz ve genital bölge yaralanmaları, özel anatomik yapıları nedeniyle ciddi enfeksiyonların gelişimi açısından yüksek riskli bölgelerdir. Diabetes mellitus, böbrek yetmezliği, uzun süre steroid kullanımı, uç yaşlar (çocuk ve yaşlılar), aspleni, sistemik lupus eritematosus (SLE), prostetik eklem ve kalp kapakçığının varlığı durumunda enfeksiyon derin dokulara kolayca yayılabilir. Bu çalışmada eşek ısırığı sonrası geniş skalp defekti olan hastaya yaklaşımımız ile ilgili olgu sunumu yapılmaktadır.

**Yöntem-Bulgular:** 10 yaşında, bilinen herhangi bir hastalığı olmayan hasta eşek ısırmasına maruz kalınca devlet hastanesinde ilk müdahalesi yapılmış. Saçlı

deride defekti olan ve dış merkezde debridman yapılan hasta hastanemiz acil servisine başvurunca çocuk enfeksiyon bölümü tarafından hospitalize edildi. Scalpte (sağ frontoparietotemporal) 15x15 cm'lik geniş, zemini nekroze, enfekte defekti mevcuttu. Defektin orta kısmında periostun da nekroze görünümde olduğu 10x8 cm'lik bir alan mevcuttu. Çocuk enfeksiyon bölümü tarafından vancomisin+meropenem antibiyoterapisi başlanan hastaya kuduz ve tetanoz profilaksisi yapıldı. Tarafımızca antibiyotikli pomad ile pansuman ile takip edilen hastanın 12. Günde antibiyotik tedavisi cefamezin ile değiştirildi. 21.günde çocuk enfeksiyon ve tarafımızca ek önerilerle taburcu edildi. Yaklaşık 16 gün pansumanla ayakta takip edilen hasta daha sonra tarafımızca tekrardan yatırılarak pansumanlarla(thiocilline) takip edilip granülasyon dokusunun yeterli olduğu gözlemlenerek genel anestezi altında kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım yapıldı. Graft adaptasyonunun tam olması üzerine taburcu edildi.

**Tartışma:** Hayvan ısırıklarına erken dönemde cerrahi müdahale planı önerilmemekle birlikte, rekonstrüksiyonu belirli bir süre sekonder iyileşme sonrasına bırakıp daha sonra cerrahi tedaviyi uygulamak sonuc ve morbidite açısından daha olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Enfekte olmuş ve üzerinden 24 saat geçmiş yaralar açık bırakılabilir. Ancak yüz bölgesi gibi kozmetik açıdan sorun oluşturması muhtemel yaralar suture edilebilir. Bu ısırıklar ciddi enfeksiyon ve komplikasyonlara neden olabilmektedir. Ayrıntılı değerlendirme, yaranın zamanında usulüne uygun temizlenmesi ve riskli hastalara uygulanacak profilaktik yaklaşımlarla ciddi seyirli komplikasyonlar önlenabilir. Erken dönemde cerrahi tedaviden kaçınmak enfeksiyon, zoonotik hastalıkları ekarte/tedavi etmek açısından çok önemlidir. Erken cerrahi müdahaleden kaçınmak daha major cerrahi girişimlere gerek kalmadan defekt onarımını başarıyla tamamlamayı sağlar. Skalp kanlanması çok iyi olduğundan kısa sürede granülasyon dokusunun gelişmesi gözlemlenebilmektedir, bu da operasyon niteliği açısından birçok konuda yardımcı olmaktadır. Bizim hastamızda da kemiğin açıkta olduğu geniş bir alan sadece pansuman yapılarak granülasyon dokusu ile kapanmıştır. Daha sonra üzerine deri grefti ile onarım yapılmıştır.

**Sonuç:** Skalp kanlanmasının iyi olması, major cerrahiden kurtarması, erken dönemde şifa ve sosyal hayata dönüş sağlaması nedeniyle hayvan ısırıklarında erken dönemde pansumanla takip yüz güldürücü sonuçlar vermektedir. Serbest flep/uzak flep/lokal flep yerine daha basit cerrahi girişimle defekt onarımını sağlamaktadır. Özellikle sağlı deride kemiğin açıkta olduğu böyle çocuk hastalarda pansumanla takip erken dönemde granülasyon dokusunun gelişmesini sağlamaktadır. Hayvan ısırıklarında erken cerrahi girişim yerine debridman+pansuman ile takip iyi bir alternatif olabilir.

#### scalp



#### P-073

#### Karın Ön Duvarı Yerleşimli Primer Kütanöz Malign Melanom Hastalarında Sıra Dışı Ektopik Sentinel Lenf Nodu

Royal Khankishiyev<sup>1</sup>, Koray Temiz<sup>1</sup>, Semih Bağhaki<sup>1</sup>, Övgü Aydın<sup>2</sup>, Kerem Özcan<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul*  
<sup>2</sup>*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

**Giriş:** Sentinel lenfadenektomi, primer kutanöz melanomlu hastalarda klinik olarak negatif bölgesel lenf nodlarının patolojik durumunun saptanması için oldukça hassas bir prosedürdür. Sentinel lenf nodunun(SLN) histolojik durumu, nüks ve sağkalım için en önemli prognostik faktördür. Çoğu hastada primer melanomda lenfatik drenaj ilk olarak bilinen major istasyonlarla sağlansa da, nadir de olsa alışılmadık bir yerde sentinel lenf nodu saptanabilir.Karın ön duvarı yerleşimli primer malign melanomların sentinel lenf nodları neredeyse her zaman inguinal veya aksiller istasyonlardadır. Bu bildiride karın ön duvarı yerleşimli melanom hastalarımızdan sentinel lenf nodu yerleşimi istisnai olarak embrionik süt çizgisine uyan bir doğrultuda toraks duvarı üzerinde tespit edilen iki hastamız sunulacaktır.

#### Hastalar:

1.Vaka: 68 Yaşında erkek hasta, umblikus superyorunda iki senedir bulunan,son 1,5 aydır renk değişikliği izlenen

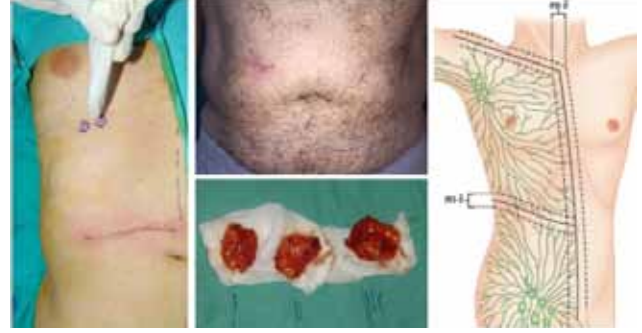
pigmente lezyon dış merkezde opere edilmiş. Patoloji raporu yüzeysel yayılan malign melanom, Breslow 1.8mm, Clark evre IV olarak raporlanmış. Tarafımızca reeksizyon ve SLN biyopsisi planlandı. SLN haritalaması sonucu sağ arkus kostarum yerleşimli, operasyonda gama prob ile 2100 sayım alınan lenf düğümü eksize edildi. Histopatolojik incelemede metastaz görülmedi. 500 sayım alınan sol aksiler lenf düğümünde de metastaz görülmedi. Hasta iki senedir nüks gözlenmeden takip edilmektedir.

2.Vaka: 55 Yaş erkek hasta. Doğuştan karın ön duvarı sağ üst kadranda yerleşik iki adet birbirine neredeyse bitişik hiperpigmente lezyonun son iki senede boyutlarında artış izlenmiş, son iki aydır kanama meydana gelmesi üzerine dış merkezde eksizyonel biopsi yapılmış. Patoloji sonucu yüzeysel yayılan malign melanom, Breslow kalınlığı 1,9mm, Clark evre IV, cerrahi sınır 3mm olarak raporlanmış. Tarafımızca reeksizyon ve SLN biyopsisi yapıldı. Biopsi sonucu: reeksizyon materyalinde derinliği 4,04mm olan rest tümör, cerrahi sınırlar negatif. 7.interkostal aralıkta 1 adet lenf düğümünde (3185 sayım veren) malign melanom metastazı, lenf düğümünün çapı 1,5x0,6x0,7 CM, fokal bir alandan perinodal invazyon mevcut. 6.interkostal aralıktan çıkarılan piyeste (6820 sayım veren) 1 adet lenf düğümünde reaktif hiperplazi. 5. interkostal aralıktan gönderilen materyalde (7345 sayım veren) lenf nodu görülmedi. 6.interkostal aralıkta ektopik sentinel lenf nodu negatif olduğu için tümörün 7.interkostal aralıkta ektopik lenf düğümünü tuttuğu fakat daha fazla ilerlemediği düşünüldüğü hasta yakın takibe alındı.

Tartışma: Sentinel lenfadenektomi, primer kutanöz melanomalı hastalarda klinik olarak negatif bölgesel lenf nodlarının patolojik durumunun saptanması için oldukça hassas bir prosedürdür. SLN'nin histolojik durumu, nüks ve sağkalım için en önemli prognostik faktördür. Karın ön duvarı yerleşimli primer malign melanomlarda inguinal ve aksiler yerleşimli bekçi lenf nodlarının varlığı bilinmektedir. Ancak nadir olarak ektopik yerleşimli lenf nodlarının sentinel lenf nodu olduğu bildirilmiştir. Sıra dışı drenaj yollarının bilinmesi doğru evreleme için önemlidir, ektopik lenf nodlarında metastazın gözden kaçırılması düşük evrelemeye neden olacaktır. Bu rezidüel tümör rejyonel ve distal metastazlara neden olacaktır. Sıra dışı ektopik sentinel lenf nodu varlığına gövde lezyonlarında daha sık rastlandığı bildirilmiştir. Bizim her iki vakamızda primer lezyonlar karın ön duvarında yer almaktadır. Bu ektopik lenf nodlarının gözden kaçırılması in-transit ve/veya sistemik hastalık için bir kaynak olabileceği öne sürülmüştür.

Sonuç: Her ne kadar rastlanma sıklığı düşük olsa da sıra dışı yerleşimli lenf nodu varlığı akılda tutulmalıdır. Sıra dışı drenaj yollarının bilinmesi doğru evreleme için önemlidir, ektopik lenf nodlarında metastazın gözden kaçırılması düşük evrelemeye neden olacaktır. Ektopik lenf nodlarında gözden kaçırılan rezidü tümör rejyonel ve distal metastazlara neden olacaktır.

### Karın ön duvarı yerleşimli primer kutanöz malign melanom



### P-074

### Kliniğimizde Yanık Olgusuna Yaklaşım

Cemal Fırat, Mehmet Fatih Alğan, Göçmen Aslan  
İnönü Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik  
Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Deri, vücudu dış ortamdan koruyan bir bariyer görevi görmektedir. Yanık ile bu bariyer ortadan kalkınca vücut hem dış ortamın etkilerine açık hale gelir hem de derinin işlevleri ortadan kalkar. Morbidite ve mortalitesi yüksek olduğundan yanığa multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. Yanık hastaları hastanede genelde çok uzun süre takip edilip diğer kliniklerde yatan hastalardan farklı tedavi ve izlem süreci yaşarlar. Travmadan itibaren izole olduklarından tüm ihtiyaçlarını karşılamak için genelde yardıma muhtaç olurlar. Kullanılan çok sayıda ilaç ve tedavinin yoğunluğu, geçirilen çok sayıda operasyon düşünüldüğünde yanık tedavisi çok uzun ve zahmetli bir süreçtir. (1) Bu yazıda ünitemizin bir yanık olgusuna yaklaşımı ve yapılan tedaviler anlatılacaktır.

Olgu Sunumu: 21 Temmuz 2014 tarihinde otobüste iken öndeki yakıt tankerinin patlaması sonucu yaralanan 42 yaşında erkek hasta dış merkezde 2 gün takip edildikten sonra yanık ünitemize sevk edildi. Hastanın yapılan ilk muayenesinde genel durumu kötü, bilinci açık, koopere ve oryante olarak değerlendirildi. Hastanın yüz bölgesinde, saçlı deride, boyunda, göğüs yanlarında, abdomende, gövde arka yüzünde, bilateral alt ve üst ekstremitelerde 2. ve 3. derece olmak üzere TVYA %75 alev yanığı olarak ölçüldü. (Resim 1) Bilateral ön kollara dış merkezde eskarotomi açılmıştı. Yüzünde ödemi mevcuttu. 85 kilo ağırlığındaki hasta hidroterapi ünitesinde yıkanarak pansumanı yapıldı. Hasta yanık ünitesinde izole odaya alındı. Sağ juguler venöz kateter açıldı. Sıvı desteği başlandı. Albümin değeri 1,6 olarak geldiğinden Human albümin desteği verildi. Üst ekstremitelerdeki ödemden dolayı üst ekstremitelerde mutlak elevasyonda takip edildi. Hastanın dış merkezden gelmiş olması, yanık yüzdesinin büyük olması, derin yanık olması gibi nedenlerle enfeksiyon bölümüne konsulte edilip profilaktik olarak sulbaktam+sulperazon ve teikoplanin başlandı. Yüzünde yanığı olan hasta göz hastalıklarına konsulte edildi. Korneada epitel defekti olmadığı görüldü. Skrotal ödemi mevcut olan hastaya skrotal doppler USG çekildi. Ödematöz görünüm olduğundan elevasyon önerildi. AC grafisinde patoloji olmayan hastanın yüzünde yanık olması nedeniyle inhaler bronkodilatör tedavi başlandı. Hasta günlük olarak hidroterapiye alınarak pansumanı yapıldı. Nitrofurazone ve rifamisin ile pansumanı yapıldı. Vazelin ile steril olacak şekilde pansumanı kapatıldı. 5. günde hastanın kliniğimize gelişinde alınan yara kültüründe acinetobacter, geliş kan kültüründe de

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

psödomonas gelişmesi üzerine sulperazon stoplanıp, colistin ve sulbaktam tedaviye eklendi. Daha sonra hastanın ateşinin olması ve kan kültüründe candida üremesi üzerine flukonazol tedavisi başlandı. Hasta kliniğe kabul edildiği gün enteral beslenmeye başlandı. İlk günden itibaren hasta hergün mobilize edildi. Günlük olarak fizik tedavi uygulandı. Hastanın sırt bölgesine ve önkollara debritleme yapıldı. Uyluk bölgesinden alınan greftler sırt ve önkollara adapte edildi. (Resim 3) Hasta 101.inci gününde taburcu edildi.

**Tartışma:** Yanıklı hastanın ilk değerlendirilmesinden sonra hastaya doğru bir sıvı desteği başlanmalıdır. (2) çoğu merkez gibi ünitemizde de sıvı replasmanı hesaplamasından Parkland formülü kullanılmaktadır. Yanıkta mortalitenin en önemli sebeplerinden biri sepsis olarak görülmektedir.(3) Bu yüzden hastalar ilk kabul edildiği andan itibaren tüm kültürleri alınarak izole odaya alınmakta gerekirse profilaktik antibiyoterapi başlanmaktadır. Pansumanlar günlük olarak değiştirilerek mikroorganizma yükü azaltılmaya çalışılmaktadır. Erken dönemde eksizyon ve greftleme yapılmalıdır. Bu durumda hastaların hastanede kalış sürelerinin azaldığı gösterilmiştir.(4) Geniş yanıklı olgularda greft için donör alan sıkıntısı mevcuttur. Böyle durumlarda mevcut donör alanı kullanılıp epitelize olması beklenebilir. Hasta yakınlarından greft alınıp hemogreftleme de yapılabilir.

**Sonuç:** Yanık tüm organizmayı etkilediğinden ilk oluş anından itibaren hasta taburcu olana kadar multidisipliner yaklaşım gerektirir. Hastaya erken müdahale edilmesi, antibiyoterapi düzenlenmesi, beslenmesi ve erken cerrahi ile mortalite oranları azaltılabilmektedir.

1. Kaya Yorgancı, Sibel Gelecek Geyik, Ciddi yanık hastasının izlem ve tedavisi, Hacettepe Tıp Dergisi 2007; 38:135-140
2. Kurt E, Kılıçkaya O. Yanıkta yoğun bakım ilkeleri. Türkiye Klinikleri, 36. yanık özel sayısı. 2010;2:30-6.
3. Alhan D, Eski M. Yanıkta enfeksiyon sorunu Türkiye Klinikleri 42. Yanık özel sayısı 2010;2:37-42.
4. Jackson D, Topley E, Cason JS, et al. Primary excision and graft-49. ing of larger burns. Ann Surg 1960;152:167-89.

**resim 1**



Resim 1: hastanın kabul edildiği gün



Resim 2: 34.gün



Resim 3: sırt bölgesine yapılan greftleme

tüm resimler

**P-075**

**Kolda Malign Melanomun Geç Aksiller Metastazı ve Tedavi Planının Tartışılması**

Ali Emre Aksu, Elmeddin Avazzade, Gökhan Sert, Mahmut Muhsin Yılmaz

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

**Giriş:** Melanom, melanositler ve nevüs hücrelerinden kaynaklanan bir neoplazmdır. Kütanöz melanoma tüm deri kanserlerinin %3'ünü oluşturur ve deri kanserlerinin en ölümcül formudur. Tanı alındığında ortalama yaş 45-55'dir. Cinsiyetler arasında sık tutulan yerler farklıdır; erkeklerde sırt, kadında ise alt bacak en riskli bölgelerdir. Kütanöz melanoma beyaz ırkta %70-80 oranında de novo, %20-30 oranında ise önceden var olan bir melanositik nevüsten gelişir. Siyah ırkta ise hemen tamamı de novo oluşur; akral ve mukozal yerleşim daha sıktır,

daha geç evrelerde tanı alır ve prognozu daha kötüdür. Melanomların klinik özellikleri, yerleşim yerleri ve ortaya çıkma yaşı birbirinden farklı olan subtipleri vardır. Bu varyantlar başlıca; yüzeyel yayılan melanom, nodüler melanom, lentigo malign melanom, akral lentiginöz melanom ve desmoplastik melanomdur ve TNM klasifikasyonunda yer almazlar. Tanı; şüpheli lezyonlardan 1-2 mm normal doku sınırı ile tam kat eksizyonel biyopsi, tam eksizyonun teknik olarak güç olduğu veya ciddi deformite ile sonuçlanacağı bölgelerde (yüz bölgesi) lezyonun en kabarık yerinden yapılacak insizyonel biyopsi tercih edilen yöntemdir. Tedavide; cerrahi eksizyon tanıyı ortaya koymasının yanında, malign melanomun nihai tedavisidir. Primer lezyonun kalınlığı esas alınarak uyulması gereken cerrahi sınırlar için klavuzlar tanımlanmıştır. Klinisyenlerin çoğu tümör kalınlığı 1.00-4.00 mm arasında olan ve lenf nodu bölgesi klinik olarak negatif Evre 1/2 melanomda, 0.76-1.00 mm arasında tümörü olan ve ülserasyon, yüksek mitoz sayısı gibi özelliklere sahip hastalar, tümörü 4mm den kalın ama klinik olarak negatif lenf nodlu hastalarda sentinel lenf nodu biyosisini tavsiye ederler. Muayene, biyopsi ve/veya sentinel lenf nodu biyopsisi kullanılarak tanı konulan, tutulmuş lenf nodu olan hastalarda komplet cerrahi lenfadenektomi endikedir. İlerlemiş melanomda interferon-alfa, interleukin 2 gibi immünoterapi, sistemik kemoterapi ve radyoterapinin de dahil olduğu tedaviler bulunmaktadır. Bu posterde 10 yıl önce cerrahi olarak eksize edilmiş, takipte malign melanom hastasının aksiller metastazının yönetimi sunulacaktır.

**Olgu Sunumu:** 55 yaşında erkek hasta kliniğimize sol koltuk altı bölgesinde ele gelen kitle şikayeti ile başvurdu. Hastanın hikayesinden, 10 yıl önce sol kol proksimal 1/3 posterolateralindeki şüpheli lezyondan yapılmış eksizyonel biyopsisinin Breslow kalınlığı 3.75 mm ve Clark seviyesi-3 malign melanom olarak raporlandığı öğrenilmiştir. Biyopsinin yapıldığı klinikte 3 cm sınırlar ile primer lezyonun eksizyonu ve level 1-2 aksiller lenf nodu diseksiyonu yapılmıştır. Tümör eksizyonu sonrası hastaya başka bir klinikte adjuvan olarak IFN-alfa tedavisi 1 yıl süre ile uygulanmıştır. Özgeçmişinden; 3 yıldır Parkinson tanısı ile takipte olduğu ve malign melanomda anti-parkinson ilaçlar kontraendike olduğundan derin beyin stimülasyonu(dbs) amacıyla hastaya kranial elektrod (beyin pili) yerleştirildiği öğrenildi. Soygeçmişinde ailede melanoma öyküsü olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; vital bulguları stabil, inspeksiyonda sol kol posterolateralinde önceki ameliyatına bağlı greftlenmiş cerrahi alan, palpasyonda sol aksillada nodüler fiks kitle vardı. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemesinde; tam kan sayımı, böbrek fonksiyon ve karaciğer fonksiyon testleri normal olarak tespit edildi. Aksiller kitlenin malign melanom metastazı olduğu düşünüldü. Kitlenin damar invazyonu açısından, sol üst ekstremitte ve boyun BT anjiyografisi istendi. Bt anjiyografi; kol proksimal kesimi anterosüperiorunda cilt altı dokuda cilde de uzanan ve komşu kas yapıyı infiltre eden, damar invazyonu olmayan 4.8\*4.2 cm lik kitle olarak raporlandı. Kitlenin geniş sınırlarla eksizyonu ve paraskapular fasiyokütan flep ile rekonstrüksiyonu planlandı. Aksiller bölgedeki kitle, yan sınırlarda geniş olarak ve derin cerrahi sınırdan nöravasküler demetler hemen üzerinden eksize edildi. İntraoperatif, tümörün lastissimus dorsi ve teres major kaslarına invaze olduğu görüldü. Defekt, derin sirkumfleks skapular arterin desendan dalı bazlı paraskapular fasiyokütan flep ile rekonstrükte edildi. Yataklı servismizdeki klinik takibinde sorun olmayan hastanın, medikal onkoloji bölümünden randevuları alınarak taburculuğu yapıldı.

**Tartışma:** İlk tanı ve tedaviden 10 yıl sonraki nükslere geç nüks denmektedir ve %0.93-6.7 oranında görülürler. Geç nüks izlenen olguların dörtte birinde ilk on yılın relaps

olmadan geçirilmesi kütanöz melanomda 10 yıldan önce 'şifa'dan söz edilmeyeceğini göstermektedir. Geç nükslerde prognoz nüks olan bölgeye bağlı olarak değişir. Bölgesel lenf nodlarında nüksün prognozunun iyi olduğu belirtilmektedir. Bütün kütanöz melanomlularda peryodik deri ve fizik muayenesi yapılmalıdır. Tüm nükslerin %76-94'ünün sadece semptomlar ve fizik muayene ile belirlendiği gösterilmiştir. Metastatik hastalıkta lezyon sayısı ve metastazın yeri sağ kalım oranını ekiler. Bu evrede hastanın genel sağlık durumu da dikkate alınarak cerrahi, radyoterapi veya sistemik kemoterapi seçenekleri değerlendirilir. Subkütan doku, uzak lenf nodu metastazlarında cerrahi eksizyon sağ kalımı belirgin ölçüde yükseltir. Bu olguda, fizik muayenede sol aksillada nodüler, fiks kitle vardı. Sol kol posterolateralinde malign melanom eksizyonu ve aksiller diseksiyon yapılan hastanın mevcut kitlesi yeri itibarıyla aksiller metastazı düşündürmekteydi. Hastanın 10 yıl önceki patoloji raporu incelenecek olursa AJCC 2017 melanom evrelemesine göre hasta; 3.75 mm Breslow kalınlığı ve yüzeyde ülserasyon olmadığı için T3a, 4 ten fazla aksiller lenf nodu olduğu ve en az biri klinik olarak saptandığı için N3b, uzak metastaz olmadığı için M0 olarak belirtilmekte ve melanom klinik evrelemede ise Evre 3C olarak görülmektedir. Kliniğimizce eksize edilen tümörün patoloji raporuna göre; neoplazmin yapı ve sitolojik olarak melanom ile uyumlu olduğu, klinik öykü ve spesmenin melanom belirtilerleri ile pozitif boyanması sebebi ile tümörün melanom metastazıyla uyumlu olduğu belirtilmektedir.

## P-076

### Nadir Bir Vaka: Frontal Fibrozan Alopesi

Selçuk Yılmaz<sup>1</sup>, Dudu Dilek Yavuz<sup>1</sup>,  
Selman Hakkı Altuntaş<sup>1</sup>, Ömer Faruk Dilek<sup>1</sup>,  
Erkan Kerem Kaya<sup>1</sup>, Özlem Durak<sup>2</sup>,  
Nermin Karahan<sup>2</sup>, Mustafa Asım Aydın<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Isparta

<sup>2</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Isparta

**Giriş-Amaç:** İlk olarak Kossard tarafından 1994'te tanımlanan Frontal Fibrozan Alopesi genel olarak postmenopozal kadınlarda görülen kaşlarda kayıp ve fronto temporal saç çizgisinde gerileme ile karakterize primer lenfositik bir hastalıktır. Nadir olarak premenopozal kadınlarda ve erkeklerde de görüldüğü bildirilmiştir. Familial frontal fibrozan alopesi vakalarını içeren yayınlar mevcuttur. Tanı koyulan vaka sayısı her geçen gün artmaktadır. Klinik prezentasyonda lonely hairs, fasial papüller, oksipital bölgeyi, kaş ve kirpigi içermesi, vücut kıllarında dökülmeler izlenmesi beklenebilir. Ek semptomlar olarak pruritus ve trikodini görülebilir. Dermatoskopik bulguları perifoliküler eritem ve folliküler hiperkeratozudur. Frontal fibrozan alopesinin liken planopilarisin bir varyantı olduğu düşünülmektedir. Patogenezinde otoimmün ve hormonal faktörler etkilidir ancak mekanizma tam anlaşılamamıştır. Epidemiyolojik olarak yaş, cinsiyet, menopozla ilişki, otoimmün hastalıklarla ve hipotiroidiyle bağlantı, sigara alışkanlığı, FFA kliniğinin başlangıcından itibaren geçen süre dikkate alınmalıdır.

**Olgu:** 38 yaşında bayan hasta olup 4 yıldır sol frontotemporal bölgesinde bulunan ek semptom vermeyen alopesi ve deriden kabarık kitle şikayeti ile başvurdu Fizik muayenesinde kaş kaybı, vücut kıllarında dökülme, fasial papülleri mevcut değildi. Ek otoimmün yada endokrin patolojisi bulunmamaktaydı. Hastada öncelikle benign bir lezyon düşünülerek tanı koymak ve kozmetik olarak daha düzgün görünmesini sağlamak amaçlı eksizyonel biyopsi

yapıldı. Histopatolojik incelemede mikroskopik olarak dermiste kıl foliküllerinin ve duktuslarının çevresinde ileri derecede fibrozis bulunduğu, fibrozis nedeniyle bazı duktusların epidermis yüzeyine açılmadığı ve dermis içinde sıkıştığı gözlemlendi. Ayrıca bazı kıl foliküllerinin çevresinde lenfositik infiltrasyon gözlemlendi de bildirildi. Bu mikroskopik bulgular ile hastanın sonucu patoloji tarafından Frontal Fibrozan Alopesi olarak değerlendirildi. Hasta daha sonra menopoza açısından tarandı ve hastanın menopozda olmadığı belirlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Daha önce tanı alan bayan hastaların neredeyse hepsi menopoza girmiş ve ya premenopozal hastalar olmakla beraber olgumuzda menopoza bulguları mevcut değildi. Bu mikroskopik bulgularla olmaksızın tanı alan hasta olması açısından özellik arz etmektedir ve FFA'nın sadece menopoza da olan kadınlarda değil menopoza dışındaki kadınlarda da olabileceği dikkate alınmalıdır. Tedavisinde intralezyonel ve oral kortikosteroidler, hidroksiklorokin, topikal ve oral immünomodulatorler, takrolimus, 5 alfa redüktaz inhibitörleri (5aRi) kullanılmaktadır.

#### frontal fibrozan alopesi



Olgumuzun Pre op ve Post op görüntüsüdür

#### P-077

#### Selçuk Üniversitesi El Yaralanmalarının Epidemiyolojisi: Retrospektif Çalışma

Osman Akdağ<sup>1</sup>, Rahmi Mutlu<sup>2</sup>, Buğra Özbayrak<sup>2</sup>, Gökçe Yıldırım<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi 4. Sınıf Öğrencisi, Konya

**Giriş:** El yaralanmaları acil servisteki başvuruların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (1). El yaralanmaları; iş gücü kaybı yaratması, uzuv kaybına neden olabilmesi ya da ciddi sakatlıklar bırakması nedeni ile hem bireysel hem de toplumsal açıdan ciddi öneme sahiptir. Acil servise başvuran, plastik cerrahi uzmanları ya da el cerrahlarına refere edilen el yaralanmalı hastaların ilk muayenesi önemlidir; çünkü bu muayene etiyolojiyi, yapılacak ilk müdahaleyi hatta kalacak sekel hakkında dahi ilk bilgileri hekime verir. İlk yaralanma esnasında yapılacak değerlendirmelerde fizik muayenenin yanı sıra; hastaya ve yaralanmaya ait etyolojik (yaralanmanın nasıl meydana geldiği) ve demografik (yaş, cinsiyet, meslek) bilgiler de edinilmelidir. Bu çalışma ile Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesindeki el yaralanmalarının retrospektif olarak taranması, etyolojik ve demografik açıdan literatüre epidemiyolojik katkı oluşturulması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** 2012-2016 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi plastik cerrahi polikliniğine doğrudan başvuran ya da acil servis aracılığı ile refere edilen hastalar retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya; ilk kez başvuran el kırıkları, çıkıkları, doku defektleri, tendon yaralanmaları, damar ve sinir yaralanmaları, amputasyonlar dahil edildi. Akut dönemde olmayan hastalar, ilk muayenesi olmayanlar, yanıklar, el bileği proksimalindeki tüm yaralanmalar (omuz, humerus, dirsek ve önkol seviyeleri) ile travma dışındaki hastalar (enfeksiyon, tümör, hemanjiyom, konjenital, inflamatuvar hastalıklar vb.) çalışmanın dışında tutuldu. Yıllara göre yaralanma sayıları belirlendi. Hastaların yaş, cinsiyet, yaralanmanın hangi elde olduğu ve yaralanmanın etiyolojisi kaydedildi. Hastalar yaşlarına göre 16 yaşın küçük, 16-29 yaş, 30-65 yaş ve 65 yaşın üstü şeklinde sınıflandırıldı. Yaralanmanın hangi elde olduğu hem sağ ya da sol hem de dominant ya da nondominant şeklinde incelendi. Yaralanmanın etiyolojisi; iş kazası (tarım ve sanayi yaralanmaları), ev kazası, trafik kazası, spor yaralanmaları, darp ve düşme-çarpma şeklinde sınıflandı.

**Bulgular:** Plastik Cerrahi polikliniğine ve acil servise başvuran toplam el yaralanmalı hasta sayısı 1929 idi. Hastaneye başvuran el yaralanmalı hastaların yıllara göre dağılımları şu şekilde tespit edildi: 2012 yılında 82 hasta (%4,25), 2013 yılında 623 hasta (%32,29), 2014 yılında 505 hasta (%26,17), 2015 yılında 483 hasta (%25,03), 2016 yılında 236 hasta (%12,23). Ortalama yıl başına düşen hasta sayısı 385,8 olup, ortalama gün başına 1,05 hasta düşmekte idi. Bu 1929 hastanın 1516'sı erkek (%78,58) ve 413'ü kadın idi (%21,42). 16 - 30 yaş arası hastalar, tüm hastaların %43,9'unu oluşturdu. Yaralanmaların 1121'i sağ elde iken (%58,1), 795'i sol elde (%41,2) ve 13'ü her iki elde de (%0,7) olarak saptandı. Yaralanmaların 1008'i (%52,2) düşme-çarpma, 520'si (%26,9) iş kazası, 212'si (%10,0) ev kazası, 87'si (%4,5) spor yaralanması, 31'i (%1,6) darp nedeni idi. İş kazalarının 399'u (%76,7) sanayi, 121'i (%23,3) tarım yaralanması olarak bulundu. TARTIŞMA Bu çalışmada Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Kliniği El Cerrahisi birimine doğrudan ayaktan ya da acil servis aracılığı ile başvuran hastalar tespit edilmiştir. Çalışmanın tek merkezli yapılması bir kısıtlılık olabilir, ne var ki yine de Konya'nın referans hastanelerinden biri olarak bu çalışma ile, epidemiyolojiye katkı sağlandığını düşünüyoruz. El ve üst ekstremitayı ilgilendiren yaralanmalar acil servislere en sık başvurulardır. Bunların içinden sadece pansuman yapılması, pansuman değişimi, basit sutureasyonlar, basit kırıklar gibi acil servis hekimlerince yönetilebilecek ve el cerrahına konsülte edilmesine gerek duyulmayan hastalar şüphesiz çoğunluktadır. Çalışmamızda geçtiğimiz 5 yılda toplam başvuran hasta sayısı 1929 olarak bulundu. El ve üst ekstremitayı ilgilendiren günde ortalama 1,05 travma hastası saptandı. Bu sayının daha çok çıkması beklense de, hastanemizin kurulduğu dönemdeki hasta azlığı ve kayıt sistemindeki yetersizlikler nedeni ile 2012 yılındaki 82 travma hastası başvurusunun bu ortalamayı düşürdüğü inancındayız. Son 4 yıldaki ortalama günlük travma sayısına bakıldığında oran 1,26'ya yükselmektedir. Başvuran bu hastaların sıklıkla acil opere edilmesi gerektiği (debridman, nörovasküler yapıların onarımı, replantasyonlar vb.) göz önünde bulundurulmalıdır. Hastaların %78,58'i erkek olarak bulunmuştur. Bilinmektedir ki, erkek nüfus Türk toplumunda tarım ve sanayi alanında daha çok çalışan nüfustur. Bu nedenle yaralanmalar arasında erkeklerin çoğunlukta olması şaşırtıcı olmamıştır. Öte yandan iş güvenliği için alınan önlemleri erkeklerin mi daha çok ihmal ettiğine yönelik çalışmalar sınırlıdır. Bunun için ek çalışmalar gerekmektedir. Hastaların %43,9'unun 16-29 yaş arası olduğu belirlenmiştir. Tıpkı erkek cinsiyette olduğu gibi, 16-29 yaş da ülkemizin çalışan nüfusun yoğun olduğu yaş

aralıdır. Bu yaş grubunun meslekte geçirdikleri kısıtlı süre nedeni ile daha çok iş kazasına uğradıkları hakkında yorum yapabilmek için bu yaş aralığının iş kazası oranına bakılması gerekmektedir. Epidemiyolojisi çalışması gereken bir diğer şey de 16 yaş altı ya da 30 yaşın üzerinde olup çalışanlar içinden kaçının el yaralanması geçirdiğidir. Ancak bu kriterlerin sayısal değerleri belirlendiğinde yaşa bağlı tecrübe eksikliği ile ilgili yorum yapılabilir. Elimizdeki veriler ile bakıldığında sadece çalışan kesimin 16-29 yaş arasında olması nedeni ile yaralanmaların bu yaş grubunda yoğunlaştığı düşünülür. Yaralanmaların %52,2'si sağ elde meydana gelmiştir. Çalışmamız için baz alınan hastane kayıtlarındaki bir eksiklik de bu ellerden hangisinin dominant olduğunun kaydedilmemiş olmasıdır. Dominant eller tespit edilir ise daha doğru yorum yapılabilir. Ne var ki toplumun %10'unun sol elinin dominant olduğunu düşünürsek, 1929 hastanın yaklaşık 193'ünün sol el yaralanmasına maruz kalması gerektiği gibi hatalı kaniya varılabilir. Literatürde özellikle dominant olan sağ elleri ile bir şey keserken nondominant ellerini yaralayan pek çok hasta tanımlanmıştır ve sürpriz değildir. Hastaların %0,7'sinin iki elini birden yaraladığı belirlenmiştir. Düşme-çarpma yaralanmaları, el cerrahına danışılacak yaralanmalar içerisinde ilk sırada yer almaktadır. Bu literatür ile uyumludur. Düşme-çarpma yaralanmalarından sonra sanayi yaralanmaları ikinci sırayı aldı. Konya'nın gelişmiş bir sanayiye sahip olması maalesef sanayi yaralanmalarını da beraberinde getirmiştir. Buna göre iş kazaları içinde tarım kentlerinde tarım yaralanmasının, sanayi kentlerinde ise sanayi yaralanmasının baskın olduğu düşünülmüştür. Konya'da yıllara bağlı el yaralanması sayısındaki azalma, iş kazalarında artan güvenlik önlemlerine bağlanmıştır. Yine de bunu daha iyi yorumlamak için her yıl etyolojiyi yeniden sınıflandırmak gerekir.

**Sonuç:** El yaralanmaları çok sık görülen ve ciddi sakatlıklar yaratabilen yaralanmalar olup; iş güvenliği önlemlerinin artırılması, mevcut önlemlerin kullanılmaya teşvik edilmesi, evde ve trafikte kaza doğurabilecek tehlikelerden kaçınılması ile büyük bölümü önenebilir yaralanmalardır. Konya bölgesinde her geçen yıl nüfusun ve sanayileşmenin artmasına rağmen el yaralanmalarının azalması sevindiricidir.

1. Bolu yöresi el yaralanmalarının epidemiyolojisi: retrospektif klinik çalışma K Gideroğlu, İ Sağlam, H Çakıcı, K.E. Özturan, M. Güven, M. Görgü. Abant Medical Journal 2012;1:1

## P-078

### Histopatolojik Olarak Tanı Almayan Yaygın Metastaz ile Seyreden Akral Lentiginöz Malign Melanom

Erkan Kerem Kaya<sup>1</sup>, Dudu Dilek Yavuz<sup>1</sup>, Selman Hakkı Altuntaş<sup>1</sup>, Ömer Faruk Dilek<sup>1</sup>, Selçuk Yılmaz<sup>1</sup>, İbrahim Metin Ciriş<sup>2</sup>, Mustafa Asım Aydın<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

<sup>2</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Isparta

**Giriş Ve Amaç :** Malign melanomun tüm cilt kanserleri içerisinde görülme sıklığı %4 olmasına rağmen cilt kanserleri sebepli ölümlerin %79 undan sorumlu tutulmaktadır. Malign melanomun alt tiplerinden biri olan akral lentiginöz melanom ise malign melanomun klasik

bulgularından ziyade gösterdiği atipik yerleşim bölgeleri, atipik morfoloji ve klinik olarak sık yanlış tanı alma özellikleri ile dikkat çekmektedir. Yapılan bazı retrospektif çalışmalar akral lentiginöz melanomun yanlış tanı alma oranının %25 ile %36 arasında değiştiğini göstermiştir. Akral lentiginöz melanom genellikle klinik olarak ülser şeklinde prezente olmaktadır ve sıklıkla ülserasyonla giden diğer bazı hastalıklarla karışabilmektedir. Akral lentiginöz malign melanomun klasik melanom olgularından farklı davranış özelliği kliniğimize başvuran olgu üzerinden tartışılması amaçlanmıştır.

**Olgu Sunumu :** 50 yaşında erkek hasta merkezimize sol el 1. parmak pulpasında 3x2 cm boyutunda tendonun ekspozite olduğu nekroze açık yara şikayeti ile başvurdu. Yaranın 3 ay önce küçük koyu renkli nodüler bir lezyon olarak başladığını ve kendisi tarafından çeşitli irritan kimyasal ajanların kullanımı ve travmatize edilmesi sonucu gittikçe büyüdüğünü ifade eden hastanın özgeçmişinde kronik astım dışında herhangi bir özellik yoktu. Yapılan muayenede lokalize lezyon dışında herhangi bir patoloji ve lenfadenopati saptanmadı. Tendon ekspozisyonu içeren lezyon melanomdan da şüphelenilmesi sebebiyle geniş rezeksiyon uygulanıp yara açıkta bırakılarak pansuman ile takip edildi. Patoloji sonucu kronik inflamasyon gelmesi üzerine cross finger flep ile rekonstrüksiyonu gerçekleştirilip tedavi tamamlandı. Yaklaşık 3 yıl sonra aynı hasta tarafımıza sol frontal bölgede son 1 ayda oluşan ve gittikçe büyüyen nodüler lezyon şikayeti ile başvurdu. Pyojenik granülom, keratoakantom ve BCC ön tanıları ile lokal eksizyon uygulanan hasta eksizyon işleminden 1 gün sonra acil servise bilinç bulanıklığı, baş dönmesi, diplopi şikayetleri ile başvurmuş ve çekilen MR da sağ frontal bölgede 3,5x4,2 cm boyutunda orta hat yapılarında sola şifte neden olan kitle saptandı. Kranial kitle nöroşirurji bölümü tarafından opere edildi. Nöroşirurji servisinde takipli iken aksiller bölgede lenfadenopati saptanan hastaya tru-cut biyopsi uygulandı. Sonrasında sol frontal cilt, sağ frontal hemisferdeki ve aksiller tru-cut eksizyon materyallerinin patoloji sonucu malign melanom metastazı olarak rapor edildi. Sonrasında onkoloji bölümüne konsülte edilen hastada istenen tetkikler sonucunda karaciğer, pankreas ve akciğerde multiple hipodens nodüler lezyonlar tespit edildi. Hastaya radyoterapi ve kemoterapi tedavisine başlandı.

**Tartışma Ve Sonuç:** Akral lentiginöz malign melanomda erken dönemde tanı konulup agresif tedavi başlandığı takdirde 5 yıllık survey oranında artış olduğu saptanmıştır. Klinik olarak riskli gözükse ancak histopatolojik olarak tanı almayan şüpheli olgularda hasta yakın takip altında tutulmalıdır. Sonuç olarak klinisyenlerin yanlış tanı oranını düşürmek ve erken tanı konulması adına, sebebi açıklanamayan kısa sürede gelişen ülser lezyonlarda malign melanomdan şüphelenilmeli ve buna uygun yaklaşımlarda bulunulmalıdır.

**Resim 1**

Pre-op Post-op 1. Parmak ve Cilt Metastazı

**P-079****Klasifiye Edilemeyen Komplike Çoklu Preaksiyel Polidaktili**

Nesibe Sinem Çiloğlu, Barış Çin, Ahmet Kürşat Yiğit, Shahruckh Omar, Semih Yıldız  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Giriş:** Trifalanjeal Başparmak fazla parmak oluşumu ile karakterize 25000 de 1 görülen %80 bilateral olan konjenital nadir bir durumdur(1). Başparmakta değişken derecelerde deformite, açığı bozuklukları, parmak uzunluğu gibi durumlar görülebilir. Polidaktili, tenar hipoplazi, az gelişmiş 1. web gibi durumlar eşlik edebilir (2). Genellikle uzun parmağa bağlı el fonksiyonlarında bozulmalar literatürde tanımlanmıştır. Ayrıca anormal görüntü sebebiyle hastalar ve aileleri tarafından psikolojik kaygılar olabilmektedir. Ekstra falanksın alınması ve redüksiyon osteotomisi ile bozuk olan eklem kısmının çıkarılması işlemleri yapılabilir. Kliniğimize gelen bir trifalanjizm olgusunu sunmaktayız.

**Olgu:** 3 yaşında kız hasta polikliniğimize başvurdu. Hastanın ailesi tarafından doğuştan başparmak anomalisi olduğu ve başka bir merkezde 1 yaşını doldurduktan sonra yeniden müracaat etmeleri söylendiği öğrenildi. Çekilen direk grafide sağ el 1. parmağın 3 adet tırnak yatağı içeren sindaktili görünümde polidaktilisi olduğu izlendi. Direk grafide hastada 2 adet proksimal falanks bulunduğu, ulnar tarafta 3 adet falanks mevcut, radial tarafta 2 adet falanks olduğu gözlemlendi. Distal falanks bifid izlendi. Oppozisyon yapamadığı görüldü. Hastanın ulnar taraftaki tırnak yatağı sol el başparmağına daha fazla benzediği ve osseöz ve tendinöz yapılar ulnar tarafta daha matür izlendiği için radial taraftan yapılan Z insizyonla radial taraftaki proksimal falanks ve bifid distal falanks eksize edildi, Hastanın radial taraftaki ulnara göre daha küçük olan MKF eklem yüzeyi osteotomi ile oblitere edildi. Radial taraftaki kollateral ligamanları metakarp ve proksimal falankstaki uçları diseksiyon sırasında serbestlenip birbirine sütüre edildi. 1 Adet K tel ile ulnar taraftaki falanks ve KMF eklem stabilizasyonu sağlandı. Postoperatif 2 hafta alçı atel

ile takip edildi. 3 hafta sonra K teli çekildi. Takiplerinde hastanın 1. parmak fleksiyon ekstansiyon hareketlerinin doğal olduğu, radial ulnar taraf deviasyonunun henüz zayıf olduğu fakat mevcut olduğu gözlemlendi.

**Tartışma ve Sonuç:** Baş parmak polidaktili sınıflamasında Wassel sınıflaması yaygın olarak kullanılmaktadır (3). Ancak Wassel sınıflaması bu vakadaki gibi hem tek tarafta tip 7 trifalanjizm içeren hem tip 4, hem tip 2 polidaktilisi olan hastalarda eksik kalmaktadır. Bu gibi olgularda parmak fonksiyonunun çok iyi değerlendirilmesi, hangi falanksın daha zayıf olduğu, angulasyonu, tendinöz yapıların hangi falanksı hareket ettirdiği, tırnak şeklinin kontralateral tarafa en çok benzemesi, eklem yüzeyinin hangi falanksı daha iyi desteklediği gibi durumlar detaylıca incelenmeli, eksizyon ve pinleme buna göre yapılmalıdır. Literatürde buna ek olarak daha ekstrem vakalarda osteotomi, artrodez, polizasyon gibi ek işlemler tanımlanmıştır (4). Buna ek olarak serebral integrasyonun iyi sağlanması için cerrahi 2 yaşından önce yapılmalıdır. Bu hastalarda ayrıca Halt-Oram sendromu gibi kardiyak septal defektler ve iletim bloklarıyla seyreden hastalıklar açısından uyanık olunmalı ve ilgili branşlardan konsültasyon istenmelidir.

**Kaynaklar:**

- 1- Zuidam JM, Dees EE, Selles RW, et al. Implications for treatment of variations in length of the first metacarpal in different types of triphalangeal thumbs. J Hand Surg Eur Vol. 2010;35:65-69
- 2- Ahmad Z, McGuinness CN. Thumbs up! A novel use of the Acutrak screw fixation system for the management of triphalangeal thumb. Eplasty. 2010;10:e26
- 3- Alrabai, Hamza M., Sebastian Farr, and Werner Girsch. «Triphalangeal Thumb Reduction Osteotomy Through a Versatile Spiral Approach.» Techniques in hand & upper extremity surgery 20.2 (2016): 54-60.
- 4- Hovius SE, Zuidam JM, de Wit T. Treatment of the triphalangeal thumb. Tech Hand Up Extrem Surg. 2004;8:247-256.

**Resim 1,2,3**

Sol üst: Sol el başparmağı Sağ üst: Sağ el başparmağı Alt: Her iki başparmak grafisi

**P-080****Karpal Tunel Sendromuna Sebep Olan  
Palmar Bölgede Yerleşik Lipom**

Erhan Sönmez, Mehmet Alkan, Rehber Marsil,  
Alper Derviş, Süleyman Köken  
*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, İzmir*

**Amaç:** Karpal tünel sendromu (KTS), median sinirin karpal tüneli içerisinde kompresyonu sonucu oluşan ve en sık görülen tuzak nöropatidir. Vakaların çoğu idiyopatikdir. İdiyopatik olgulara transvers karpal ligamanın (TKL) tenosinovitisinin neden olabileceği düşünülmekle birlikte; patolojik incelemelerde çok az inflamasyon bulgusu görülmüştür. Lipomlar; elin selim tümörlerinin %5 ini oluşturmaktadır (1). Lipomlar, adipoz doku proliferasyonunun neden olduğu mezenşim kökenli benign tümörlerdir. Elde nadir görülmektedir. Karpal tünel içinde olmaları halinde median sinire baskı yaparak KTS semptomlarının oluşmasına neden olabilir. Bu olgu sunumunda median sinirin lifleri arasında büyüyen sinir liflerinin birbirinden ayrılmasına sebep olan ve karpal tünel sendromu ile uyumlu bulgu veren bir hasta sunulacaktır.

**Olgu:** Kırk dokuz yaşında kadın hasta, elde uyuşukluk ve avuç içinde zaman ile büyüyen kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünden şikayetlerinin 3 yıl önce başladığı ve zaman içinde arttığı öğrenildi. Fizik muayenede sağ el 2. ve 3. parmaklarda hipoestezi ve palmar bölgede hassasiyet vermeyen yumuşak doku kitlesi mevcuttu. Tinel bulgusu pozitif. EMG'de el bileği distalinde median sinir duysal ileti gecikmesi tespit edildi. MRG palmar bölge volar yüzde T1A'da hiperintens, yağ baskılı T2A'da hipointens lipom ile uyumlu kitle mevcuttu (Şekil 1). Hasta aksiller blok ve kol turnikesi kullanılarak opere edildi. Tenar kıvrımın hemen ulnar tarafından, Kaplan çizgisinin distalinden başlayarak el bileği krizini dik bir açı ile geçerek ön kola uzanan 7 cm uzunluğunda bir kesil yapıldı. Kitle median sinirin 2., 3. ve 4. ramus digitales palmares communeslerin altında, sinirleri gerekçe şeklinde yerleşimliydi (Şekil 2). Kitle proksimalden karpal tünele uzanım gösteriyordu. 4X4 cm boyutlarındaki kitle total eksize edildi (Şekil 3). Histopatolojik inceleme sonucu lipom olarak rapor edildi. Postoperatif birinci hafta sonrasında hastanın şikayetlerinde azalma görüldü.

**Tartışma:** Lipomlar olgun yağ hücrelerinden oluşan tümörlerdir. Genellikle yavaş büyürler. Boyutlarına bağlı olarak ağrılı olabilirler ve fonksiyonel kısıtlılık oluşturabilirler. El gibi sınırlayıcı fasyaların olduğu bölgelerde çeşitli şekil ve boyutta olabilirler. Fasyal kılıfların yaygın olduğu dar bölgelerde, nörovasküler yapıları tümörün baskısı sonucu oluşan semptomlar cerrahi tedavi için bir endikasyon oluşturabilir (2). MRG tümörün cerrahi planlamasında oldukça önemlidir (3). Nakamichi ve Tachibana, tek taraflı karpal tünel sendromu olan vakalarda bilateral olanlara göre yer işgal eden lezyonların daha çok görüldüğünü bildirmişler ve tek taraflı olup etiyolojisi kesin olmayan durumlarda yer işgal eden bir lezyondan şüphelenilmesi gerektiğini bildirmişlerdir (4). Vekris ve ark. fleksör tenosinovium kaynaklı bir lipom olgusunda median sinirin üçüncü ramus digitales palmares communesinde kalıcı hasar geliştiğini ve sinir onarımı yapmak zorunda kaldıklarını bildirmişlerdir (5). Literatürde sunulmuş olan vakalarda genellikle kitlelerin median siniri iterek baskı yaptığı görülmüştür. Sunulan bu vakada ise kitle sinir lifleri arasında büyüyen sinir liflerinin birbirinden ayrılmasına neden olmuştur. Bu tip bir olguda duysal veya fonksiyonel kayba sebep olmamak için kitle eksizyonu sırasında sinir liflerine zarar verilmeden diseksiyon yapılmasına dikkat edilmelidir.

**Sonuç:** Palmar bölge tümörleri karpal tünele uzanım göstermese de kitlenin büyüklüğüne bağlı olarak karpal tünel sendromu benzeri bulgular verebilir. Dikkatli bir eksizyon ile iyi bir sonuç elde edilebilir. Bunun için ameliyat öncesi tümörün genişliğini ve karpal tünel ile olan ilişkisini iyi bilmek gerekir.

**Referanslar:** 1. Deshmukh N, Kelly CP. Giant lipoma of the hand: a case report. Hand Surgery. 1999;4:87-90. 2. Pagonis T, Givissis P, Christodoulou A. Complications arising from a misdiagnosed giant lipoma of the hand and palm: a case report. Journal of Medical Case Reports. 2011;5:552. 3. Phalen GS, Kendrick JI, Rodriguez JM. Lipomas of the upper extremity. A series of fifteen tumors in the hand and wrist and six tumors causing nerve compression. Am J Surg. 1971;121:298-306. 4. Nakamichi K, Tachibana S. Unilateral carpal tunnel syndrome and space-occupying lesions. J Hand Surg Br 1993;18:748-9. 5. Vekris MD, Lykissas MG, Beris AE. Median nerve compression secondary to lipoma arising from flexor tenosynovium: a case report Hand Surgery. 2007;12:83-6.

**Figür 1**

Kitlenin median sinir ile ilişkisi

**P-081****Pektoralis Minör Reverse Valv Flebi**

Kamuran Zeynep Sevim<sup>1</sup>, Memet Yazar<sup>1</sup>,  
Fatih Irmak<sup>1</sup>, Selami Serhat Şirvan<sup>1</sup>,  
İşıl Akgün Demir<sup>1</sup>, Mevd Atıf Cezayirlioğlu<sup>1</sup>,  
Semra Karşıdağ<sup>1</sup>, Sıtkı Gürkan Yetkin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Etfal eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Etfal eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Meme kanseri tedavisi meme koruyucu cerrahiler ve cilt koruyucu mastektomileri takiben büyük bir değişime uğramıştır. Multipl odaklı meme kanserlerinde ya da duktal karsinoma in situ tanıları hastalarda cilt koruyucu mastektomiye takiben eş zamanlı doku genişletici ile onarım kliniğimizde sıkça uygulanmaktadır. Cerrahi sırasında bazen cerrahi sınırların negatifliğinden emin olamayıp doku genişletici planladığımız halde pektoralis major kasından da segmental olarak eksizyon yaptığımız durumlar olmaktadır. Burada böyle bir durumda kurtarıcı porsedür olarak pektoralis minör kas flebinin transpoze edildiği bir vakadan bahsedeceğiz.

**Olgu:** 38 yaşında bayan hasta sol memede invaziv duktal karsinom sebebiyle cilt koruyucu mastektomi planlanarak ameliyata alındı. Operasyon esnasında üst dış kadranda

yerleşimli yaklaşık 5x3 cm lik kitlenin 2x1 cm lik bir alanda pektoralis major kasına invaze olduğu gözlemlendi ve o bölgede de pektoralis major kasi alındı, frozen ile cerrahi sınırlarda tümör olmadığından emin olduktan sonra 400 cc yuvarlak doku genişletici konulması planlandı. Ancak üst dış kadranda doku genişleticiyi tam olarak örtecek bir kas poşu oluşturulamadı. Bunun üzerine 6x4 cm lik pektoralis minör kasi superior pediküllü bir flep olarak kapak şeklinde eleve edildi ve defekt olan bölgeye adapte edildi. Hasta postoperatif 2. Günde sorunsuz taburcu edildi. Postoperatif 20. Günde doku genişleticinin ekspansiyonuna başlandı ve ekspansiyon süreci sorunsuz tamamlandı.

Tartışma: Doku genişletici ile eş zamanlı meme kanseri onarımında implantın tamamının kattan oluşan poş içinde kalması önem arz etmektedir. Üst lateral kadranda yerleşimli lumpektomi defektlerinde ya da pnömonektomi defektleri onarımında pektoralis minör kas flebi ile onarım nadir olarak yapılsa da yeri geldiğinde oldukça kıymetli bir kas flebi haline gelmektedir. Pektoralis minörün defekt komşuluğunda lokalize olması çok kullanışlı hale getirmektedir ancak bu flebi eleve ederken pektoral sinirin korunması önem taşımaktadır.

#### Şematik çizim pektoralis minör valv flebi



#### P-082

#### Vaka Sunumu: Pisiform kemikte anevrizmal kemik kisti

Galip Gençay Üstün, Hakan Uzun, Ali Emre Aksu  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi  
Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Anevrizmal kemik kistleri Jaffe1 tarafından 1942 de tariflenmiş olup, benign kemik lezyonları olarak bilinirler. Tüm iskelette rastlanabilen bu lezyonlar sıklıkla uzun kemiklerin metafizlerinde, vertebral kolonda ve yassı kemiklerde gözlenirler2. Bu tümörlerin elde görülme oranı %3-5 arasında iken, elde bulunduklarında çoğunlukla metakarpalarda görülürler3. Karpal kemiklerde anevrizmal kist olguları oldukça nadir rastlanan olgulardır.

Vaka: 29 yaşında kadın hasta, sağ el bileğinde kullanmakla artan ağrıyla kliniğimize başvurdu. Travma öyküsü olmayan hastanın el muayenesinde osteoartrite yönelik bulgu saptanmadı. Sinir iletim çalışmaları da normal sınırlarda sonuçlandı. Takibinde yapılan Manyetik Rezonans görüntülemesinde pisiform kemikte anevrizmal kemik kistiyle uyumlu görünüm belirlenen hasta opere edilerek

kemik kisti eksize edildi. Kemik greftlemesi düşünülmeyen hasta dört hafta istirahat ateli ile izlendikten sonra el bileği mobilize edildi. Rehabilitasyonun sağlanmasının takibinde ağrı şikayeti geçen hastanın ek şikayeti olmadı.

Tartışma: Mevcut literatür ingilizce dil sınırlamasıyla tarandığında, günümüze kadar karpal kemiklerde anevrizmal kemik kisti olgu sayısı toplamda on olup, pisiform kemikte anevrizmal kemik kisti olgusu bildirilmemiştir. Mevcut vakalarda seçilen tedavi metodu yalnız eksizyon veya eksizyon+kemik grefti ile onarım olmuştur. Yayınlar incelendiğinde büyük defektlerde kemik grefti kullanımının daha sıklıkla seçildiği görülmektedir. Sonuç: Pisiform kemik anevrizmal kemik kistinin görülebileceği bir lokalizasyondur ve ilk kez tariflenmiştir. Eğer semptomatik olursa tedavisinde eksizyon uygun bir tedavi seçeneği olarak göze çarpmaktadır.

1. Jaffe HL, Lichtenstein L. Solitary unicameral bone cyst, with emphasis on the roentgen picture, the pathologic appearance and the pathogenesis. Arch Surg. 1942; 44: 1004 – 1025.
2. Vergel De Dios AM, Bond JR, Shives TC, McLeod RA, Unni KK. Aneurysmal bone cyst: A clinicopathologic study of 238 cases. Cancer. 1992; 69: 2921 – 2931.
3. Sakamoto A, Tanaka K, Matsuda S, Oda Y, Tsuneyoshi M, Iwamoto Y. Aneurysmal bone cyst of the capitate: case report and a review emphasizing local recurrence. Fukuoka Acta Med. 2006; 97: 302 – 307.

#### Manyetik Rezonans Görüntülemesi



Anevrizmal kemik kistin MRG görüntüsü

P-083

**TDAP-Serratus Anterior Kası Serbest Kimerik Flebi ile Ayak Bileği ve Ayak Dorsumunda Elektrik Yanığına Bağlı Oluşan Defekt Onarımı: Olgu Sunumu**

Mustafa Akyürek<sup>1</sup>, İbrahim Utku Özcan<sup>2</sup>,  
Emrah Arslan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Çanakkale  
<sup>2</sup>Çanakkale Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Çanakkale

**Giriş:** Subskapular sistemin kanlandığı sırt ve lateral gövde, plastik cerrahinin flep donör sahası olarak kullandığı en sık bölgelerden biridir. Kas, kemik, fasya ve deri gibi farklı doku bileşenleri gerektiren defektler, ortak pedikül üzerinden tasarlanan kombine ve kimerik flepler ile güvenli bir şekilde rekonstrükte edilebilir<sup>1</sup>.

**Olgu:** 28 yaşında, mesleği tamircilik olan hasta sağ ayak dorsumu ve sağ ayak bileğinde elektrik yanığına bağlı eskar dokusu ile acilimize başvurdu. Hastanın Sağ el tenar bölgedeki 1 x 1 cm'lik tam kat cilt yanığının elektriğin giriş yeri, ayakta eskar dokusunun ise çıkış yeri olduğu düşünüldü. Hasta aynı gün ameliyata alınarak diz altı fasyotomileri açıldı. Biyokimyasal ve kardiyak parametrelerinin normalleşmesi sonrası servise alındı. Günlük debridman uygulanan hastanın tüm ayak dorsumunun ve ayak kemiklerinin dorsal kısımlarının yanık olduğu görüldü. Parmak dolaşımlarının plantar sahadan yeterli olduğu görüldü. 4. günde defekt torakodorsal pedikül bazlı TDAP-serratus anterior sebest kimerik flebi ve kısmi kalınlıkta deri grefti kullanılarak rekonstrükte edildi. Flep pedikülü anterior tibial arter ve vene anastomoz yapıldı. Flebin torakodorsal arter perforatörü bazlı cilt adası 18 x 7 cm olarak planlandı. Serratus anterior kas komponenti ise serratus anterior kasının en kaudal 3 parçasını içeriyordu. Donör saha primer kapatıldı. Takiplerinde herhangi bir dolaşım problemi olmayan hasta postop 8. günde taburcu edildi.

**Tartışma:** Elektriğe bağlı yanıklarda, erken rekonstrüksiyonun önündeki en büyük engel travma zonunun belirsizliği gibi görülsede alıcı arter ve venin erken evrede dahi travmadan ne kadar zarar gördüğü mikroskop altında belirlenebilir<sup>2</sup>. Mevcut şartlarda ekstremitenin fasyatomisini açarak yanık sonrası oluşan ödemin dolaşımı bozmasını engellemek gerekmektedir. Nitekim olgumuzda da nekrozun çapı genişlememiş, fakat günden güne yanığın derinliği ortaya çıkarak ayak 1. ve 2. parmak falanglarının ve metatarslarının yanık olduğu görülmüştür. Rekonstrüksiyonda TDAP-Serratus Anterior kimerik flebini seçmemizin en önemli nedeni TDAP flebinin yüzey kaplayabilmek için ince kaldırılabilme şansı, serratus anterior kasının parmaklara paylaştırılabilecek segmental yapısı, mevcut nekrotik kemiklerin enfekte olmaması için iyi kanlanan bir kas dokusuna ihtiyaç olması ve pedikülün uzun olması sayesinde yanık sırasında en fazla ısıya maruz kalan bölgeye uzak bir noktada anastomoz yapabilmek olanağıdır. Planlanan flep postoperatif dönemde kendisine atfedilen bütün görevleri yerine getirmiştir. Özellikle vücudun akrall bölgelerinde meydana gelen büyük enerjili travmalarda kombine veya kimerik flep seçenekleri değerlendirilmelidir.

**Referanslar:**

1. Bakhach J, Peres JM, Scalise A, et al. The quadrifoliate flap: a combination of scapular, parascapular, latissimus dorsi and scapula bone flaps. Br J Plast Surg 1996;49:477.
2. Wang XW, Bartle EJ, Roberts BB, et al: Free skin flap transfer in repairing deep electrical burns. J Burn Care Rehabil 1987;8:111-114.

**Resim**

**1**



*Olgunun tedavi aşamaları. Sol üst: Acile başvurduğu an. Sağ üst: Debridman sonrası. Sol orta: Flep donör sahadan alınmadan önce. Sağ orta: Flep donör sahadan alındıktan sonra. Sol alt: Erken postoperatif. Sağ alt: Geç postoperatif.*

P-084

**Tanzer Tip IIb Constricted Ear Deformitesi Onarımında Basit Bir Teknik: Helikal Z-Plasti**

Özlem Çolak, Özay Özkaya Mutlu, Selman Taşkın,  
Ahmet Dilber  
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

**Giriş:** Constricted ear deformitesi, kulağın vertikal yüksekliğinde azalma, helikal kıvrımlarda katlanma ve kulağın öne doğru protrüzyonu ile karakterize konjenital bir deformitedir. Bu deformiteler, ilk olarak 1975'te Tanzer tarafından dört gruba ayrılarak tanımlanmıştır (grup I, IIa,IIb,III). Tip IIb deformiteler helikal uzunlukta belirgin kısalık ile birlikte eşlik eden üst anti-heliks ve skafada eksiklik ile kendini gösterir. Cerrahi, çocuk 4-5 yaşlarında iken yapılır ve konstrikسیونun şiddetine bağlı olarak ilave deri ile kapama veya kartilaj gerçevenin düzeltilmesine yönelik teknikler tanımlanmıştır. Bununla birlikte yeterli cerrahi düzeltmenin yapılabilmesi bir sorun olmaya devam etmektedir. Bu çalışmada Tanzer grup IIb constricted ear deformitesi onarımında basit, güvenilir ve efektif bir teknik olan helikal Z-plasti tanımlanmıştır.

**Olgu:** Sekiz yaşında kadın hasta, sağ kulakta şekil bozukluğu nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde fasyal asimetri, kraniovertebral bileşke anomalisi ile uyumlu olarak boyunda ileri derece kısalık olduğu, Tanzer sınıflamasına göre grup IIb constricted ear ile uyumlu olarak heliks superior 1/3 ü skafa ve trianguler fossaya doğru protrüde, kulak lobülünün antitragusa doğru katlanmış olduğu ve sağ kulağın sola göre küçük olduğu izlendi. Hastanın özgeçmişinde ayrıca dört yaşında iken foramen magnum stenozu nedeniyle dış merkezde opere edildiği öğrenildi. Heliks uzunluğunu sağlamak amacıyla postaurikuler eliptik insizyon yapılarak subperikondrial disseksiyonla helikal kenar korunarak scapha boyunca

kıkırdak ortaya kondu. Helikal uzunluğu sağlamak amacıyla heliks superior 1/3'e, açısı yaklaşık 30 derece olacak şekilde Z-plasti yapıldı. Bükülmüş heliks kartilaj kenarı ayrılarak her bir flep yeni pozisyonuna uyacak şekilde adapte edilirken kartilaj çerçeve genişletildi. Böylece kartilaj greftine ihtiyaç duymadan oluşturulan kıkırdak çerçeve kulak derisi ile örtüldü. Konkascaphoid açısı için 1 adet konkascaphoid ve anteriora transpoze lobül için 1 adet konkamastoid dikiş atıldı.

Sonuç: Constricted ear deformitesinin düzeltilmesi için 20 den fazla cerrahi prosedür tanımlanmıştır ve bunların birbirlerine net bir üstünlükleri olduğu gösterilmemiştir. Deformitenin derecesine göre heliks ve skafanın etkilendiği vakalarda Banner flepleri, V-Y ilerletme veya Z plasti ile helix kökünü ilerletme, konkal kartilaj grefti, T-bar kostal kartilaj grefti kullanılabilir ve lokal cilt flepleri eklenebilir. Bu prosedürlerin hepsi üst polün uzatılmasını amaçlar. Bizim hastamızda kulak üst 1/3 ündeki deformite için literatürde daha hafif tiplerde uygulanmış olan helikal z-plasti tekniği ile iyi bir estetik sonuç elde ettik. Bu çalışma ile ileri tip constricted ear deformitesinde basit ve güvenilir bir teknik olan helikal Z-plasti tekniği ve kombine sütür teknikleri ile efektif sonuçlar elde edilebileceği kanaatindeyiz.

#### P-085

#### Redüksiyon Mamoplasti İçin Sinsi Tehlike: "Hiperhomosisteinemi" Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Süleyman Köken, Mustafa Durğun,  
Önder Karaaslan, Ersin Akşam  
*Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir*

Giriş: Meme küçültme ameliyatları ülkemizde ve dünyada çok sık uygulanan plastik cerrahi girişimleri arasındadır. Genel anestezi altında yapılan bütün ameliyatlarda görülebilen kanama, enfeksiyon, hematoma gibi komplikasyonlar meme küçültme ameliyatlarında da görülebilir. Nipple areola kompleksinin (NAC) nekrozu en ciddi komplikasyonlardan birisidir. Bu komplikasyon kanama, enfeksiyon, hematoma, pedikül sıkışmasına bağlı olabileceği gibi çeşitli sistemik hastalıklara bağlı da gelişebilir. Bu sunumda daha önce literatürde bildirilmemiş olan redüksiyon mamoplasti yapılan hastada hiperhomosisteinemiye bağlı gelişen bilateral nipple areola nekrozu olgusu sunulmuştur.

Olgu: Otuz sekiz yaşındaki bayan hasta; memelerde büyüklük, sarkıklık, yaygın sırt ve boyun ağrısı şikâyetleri ile kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenede; bilateral makromasti ve pitoz mevcuttu. Torakal kifoz ve lomber lordoz artmıştı. Bilateral inframamaryan sulkuslarda intertrigo mevcuttu. Bilateral omuzlarda sütyen askısı izi mevcuttu. Yapılan ölçümlerde bilateral klavikula-nipple arası mesafe 34cm, grosman paternine göre hacmi 2000CC idi. Daha önce cerrahi bir müdahale geçirmemişti. Soy geçmişinde özellik yoktu ve herhangi bir ilaç kullanmamaktaydı. 1 paket/gün sigara kullanımı mevcuttu ancak hasta operasyon öncesi altı ay süre ile sigara kullanmadığını belirtmişti. Hastanın preoperatif hazırlıkları yapıldı ve operasyona alındı. Süperomedial pediküllü ters T insizyon tekniği uygulanarak redüksiyon mamoplasti operasyonu yapıldı. Ameliyat sonrası meme ucu beslenmesi normal olan hastada postoperatif 3. günde meme ucu beslenmesinde yetmezlik görüldü. Takibinde meme ucunda nekroz gelişen bölgeler debride edildi. Yara yeri bakımı uygulandı. Sağ ve

sol meme ucu total kayıp olan hastada meme ucu ve areola rekonstrüksiyonu yapıldı. Postoperatif dönemde etyolojinin saptanmasına yönelik yapılan araştırmalarda; homosistein düzeyi yüksek olarak saptandı. Hastaya homosisteinemiye yönelik tedavi başlandı.

Tartışma: Homosistein, metiyoninin metaboliti olan sülfürlü bir aminoasittir (1). Homosistein yüksekliği folat ve B vitaminleri eksikliği nedeniyle olabilir de böbrek yetersizliği, MTHFR gen mutasyonu ve hipotiroidi gibi diğer nedenlere bağlı olabilmektedir. Homosistein yüksekliği klinik olarak koroner arter hastalığı, periferik arter hastalığı, inme, arteriyel ve venöz trombozlar ile yakından ilişkilidir (2). Sunulan olguda nipple areola kompleksinin beslenmesi postoperatif üçüncü güne kadar normal idi. Daha sonrasında nekroz gelişmesi olası sistemik hastalıkları düşündürmüştür. Yapılan incelemelerde homosistein düzeyinin yüksek tespit edilmiştir. Homosistein yüksekliği arteriyel ve venöz trombozlar ile ilişkili olduğundan meme ucu nekrozu homosistein yüksekliğine bağlandı. Literatür incelemesinde meme küçültme ameliyatı sonrası homosistein yüksekliğine bağlı meme ucu nekrozuna rastlanmadı. Bu nedenle bu olgu sunumunun literatüre katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

#### Kaynaklar:

1. Refsum H, Ueland PM, Nygard O, Vollset SE. Homocysteine and cardiovascular disease. Annu Rev Med 1998;49
2. Vinar K, Abul KA, Nelson F, Richard NM. Çev: Çevikbaş U. Robbins Temel Patoloji. Nobel Tıp Kitabevi, 2008, 345

#### resim 1



Postoperatif 3.günde bilateral NAC nekrozu

**P-086**

**Estetik Amaçlı Hidrojel Yüz Dolgusu Kullanımının Geç Dönem Komplikasyonu**

Mehmet Uzuner, Ayşe Aydan Köse, Mert Seçer, Sina Kaderi, Abdullah Çalık, Houtan Zolfagharpour  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir

**Giriş:** Dolgu uygulamaları dünya genelinde botulinum toksin uygulamalarından sonra en çok uygulanan cerrahi dış estetik girişimlerdir. Cerrahiye göre ekonomik avantajının yanısıra uygulama kolaylığı ve iyileşme süresinin kısalığı nedeni ile her geçen gün dolgu uygulamalarına ilgi artmaktadır. Dolgu uygulamalarında dokuya uyum ve kalıcılık önemli faktörlerdir. Bu nedenle medikal estetik sektörü özellikle bu iki faktörü iyileştirmeye, geliştirmeye yönelik çalışmalar yaparak piyasaya farklı dolgu maddeleri sunmaktadır. Dolgu kullanımının artması, beraberinde çözülmesi gereken komplikasyonların sayısı ve çeşitliliğini de getirmiştir. Literatüre bakıldığında dolgu uygulaması sonrası komplikasyon oranı % 18 civarı olarak sunulmuştur. Genel olarak bu komplikasyon oranını, enjeksiyon tekniği ya da dolgunun kimyasal içeriği ile ilgili, minör girişim ile ya da spontan olarak kaybolabilecek problemler arttırırsa da; fistül formasyonu, cilt nekrozu, görme kaybı vb gibi ciddi komplikasyonlarda mevcuttur. Bu sunumda estetik amaçlı dolgu enjeksiyonundan yıllar sonra ilgili bölgede apse formasyonu ile başvuran bir hastanın takip ve tedavisi sunulacaktır.

**Olgu:** 35 yaşında bayan hasta diş çekiminden 1 gün sonra yüz sol yarımında şişme, yüksek ateş ve oral alamama şikayetleri ile fakültemiz acil servisine başvurdu. Muayenede sol yüz yarımında, ağız içi bukkal bölgede ve orofarenkste ileri derecede ödem ve hiperemi mevcuttu. Hasta bu bulgulara yumuşak doku enfeksiyonu öntanısı ile Enfeksiyon hastalıkları servisinde parenteral antibiyotik tedavisi ile takibe alındı. Süreç içinde yüzdeki yaygın ödem gerileyip sol yanak bölgesinde lokalize, fluktuasyon veren ve üzerindeki ciltte dolaşım bozukluğu bulguları veren yol apse formasyonu gelişmesi üzerine yatışının 5. gününde kliniğimizden konsültasyon istendi. Hastanın öyküsünden her iki yanak bölgesine 5 yıl önce hidrofilik jel dolgu maddesi enjeksiyonu yapıldığı öğrenildi. Apsenin içeriğinden alınan örneklerde üreme olmadı. Ampirik antibiyotik ve kapalı direnaja - yıkama ile hastanın tedavisi sağlandı.

**Tartışma:** Dolgu maddelerinin kavramsal olarak medikal cihaz statüsünde değerlendirilmesi ve bakteriyal biyofilmler kontaminasyon riski taşıdıkları bilinmektedir. Kronik granülomatöz reaksiyon şeklinde bulgu veren dolgu komplikasyonlarında temel etken olarak biyofilm varlığı suçlanmaktadır. Bu tip olgularda sürüntü kültürü ile etken izole etmek, biyofilmi oluşturan bakterilerin düşük metabolik hızları nedeni ile her zaman mümkün olmamaktadır. Hidrofilik jel dolgu materyali % 98 su, %2 poliakrilamid içeriği ile yüz, meme, kalça bölgelerinde günlük kullanım için önerilmektedir. Oldukça güvenli olması, toksik olmaması ve biyouyumluluğu sebebi ile tercih edilebileceği önerilmektedir. Ancak herhangi bir medikal cihaz ne kadar güvenli olursa olsun uygulama sırasında ya da geçici bir bakteriemi sırasında edinilen bakteriye yük ile akut ya da kronik enfektif/inflamatuar semptomlara neden olabilir. Hastamızda hidrojel dolgu enjeksiyonundan yıllar sonra enfekte dişin çekilmesinin takiben dolgu bölgesinde gelişen lokalize apse formasyonu, bakteriemi sırasında mikroorganizmaların dolgu bölgesine kolonizasyonuna bağlanmıştır.

**Sonuç:** Yavaş yıkımı nedeni ile 5-8 yıl kalıcı olduğu ifade edilen hidrojel bu özelliği ile diğer bazı dolgu maddelerine

üstün olsa da uzun süreli kalıcılığı sırasında dış ve iç etmenlere bağlı gelişen komplikasyonlara daha açıktır.

**Resim 1**



Hastanın sol malar bölgesinde apse formasyonu görünümü

**P-087**

**Kulak Kepçesi Soğuk Isırması: Ağrı İlinde 2016-2017 Kış Aylarındaki Vakaların Değerlendirilmesi**

Burak Özkan<sup>1</sup>, Mehmet Erdil<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ağrı Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ağrı

**Giriş:** Soğuk ısırması, dış ortam sıcaklığının -2 0C altına düşmesi sonrasında soğuğa maruziyet sonucu gelişir. Ekstremitelerde, yüz bölgesinde burun ve kulak gibi vücut sıcaklığının daha hızlı düştüğü terminal alanlarda daha sık görülür. Sistemik hipoterminin eşlik etmesi şart olmamak ile birlikte temel mekanizma lokal dokulardaki mikrovasküler dolaşımın durması ve intraselüler sıvının donmasıdır. Ayakkabı ve eldiven varlığında ekstremitelere hasarı olmaksızın kulak kepçesinin izole soğuk hasarı daha önce klinik olarak gözlemlenmiştir. Bu çalışmada Ağrı ilinde 2016 ve 2017 kış aylarında soğuk ısırması şikayeti ile başvuran hastalar ve tedavi yaklaşımımız anlatılmıştır.

**Materyal-Metod:** 2016-2017 kış aylarında Ağrı devlet hastanesi acil servisi, plastik cerrahi ve kulak burun boğaz polikliniklerine soğuğa maruziyet sonrası kulakta ağrı, ödem, kızarıklık gibi soğuk ısırması semptomları ile başvuran 8 (7E, 1K) hasta çalışmaya alındı. Hastaların soğuğa maruziyet süreleri ve o zamanki hava sıcaklıkları kaydedildi. Tüm hastalara lokal ısıtma, bül aspirasyonu ve antibiyotik emdirilmiş gazlı bezlerle günlük yara bakımı ve profilaktik antibiyoterapi verildi.

**Bulgular:** Hastaların ortalama yaşı 17.8'di. Hastaların 7'sinde izole kulakta soğuk ısırgığı, 1'inde eşlik eden elde soğuk ısırgığı bulunmaktaydı. Ortalama soğuğa maruziyet süresi 23 dakikaydı. Soğuk travmasının olduğu gün ki hava sıcaklıkları meteoroloji genel müdürlüğü verilerinden kayıt edildi. Ortalama hava sıcaklığı -24.5°C idi. Tüm hastalarda fizik muayenede dış kulak kepçesinde hassasiyet, hiperemi, konkamastoid açıda bozulma, bül bulguları vardı (Şekil 1). 2 hastaya şiddetli ağrı nedeni ile yatış verildi, diğer hastalar ise ayaktan takip edildiler. Tüm hastalarda ödemin azalması ile konkamastoid açısı normale dönerken erken veya geç

dönemde herhangi bir komplikasyon görülmedi (Tablo 1).

**Tartışma:** Soğuk ısırmaları, sistemik hipotermiyeye eşlik etmeksizin intraselüler buz kristallerinin oluşumu, mikrovasküler dolaşımın bozulması sonrasında semptom vermeye başlar. Semptomlar maruziyetin süresine göre ödem, hiperemi, bül oluşumundan cilt nekrozlarına kadar varan çerçevede gerçekleşebilir. Dağcılar, soğukta uzun süre mahsur kalanlar (mülteci, güvenlik görevlileri, kazazedeler) da sistemik hipotermisinin etkileri ile birlikte sıklıkla ekstremitelerde soğuk ısırmaları bulguları görülür. İzole kulak soğuk ısırmaları bizim serimizde hava sıcaklığının beklenenden hızlı ve ani düşüşlerinin görüldüğü, soğuğa maruziyet süresinin nispeten kısa olduğu kış aylarında görülmüştür. Maruziyet süresi en uzun nöbet tutan askerlerde en kısa ise öğrencilerde görülmüştür. -30 derece sonrasında 10-15 dakikalık sürenin kulakta soğuk ısırmaları yaptığı gözlenmiştir. Alkol kullanıcıları, periferik damar hastalığı olanlar, ileri yaşta soğuk travmasının klinik seyrinin olumsuz seyrettiği bildirilmiştir. Serimizde yaş grubunun genç ve ek hastalığının bulunması komplikasyonsuz iyileşme üzerinde etkisinin olduğunu düşünüyoruz.

**Sonuç:** -30 derece gibi aşırı düşük sıcaklıklarda çok kısa sürelerde gelişebileceği görülen kulak bölgesindeki soğuk ısırmalarında soğuğa karşı kişisel önlemlerin alınması önem arz etmektedir. Kulak bölgesindeki soğuk donmalarında ilk müdahale olarak lokal ısıtmanın hasarın durdurulması adına önemli olduğunu ve takip döneminde ise steril bül aspirasyonu ve topikal yanık bakımı benzeri yara bakımının kondrit gelişiminin engellenmesi için önemli olduğunu düşünüyoruz.

**Referanslar:** 1. Emsen IM. A dangerous sequele of frostbite: a third degree ear burn. J Burn Care Res. 2007 May-Jun;28(3):539

#### Şekil 1



Kulakta soğuk ısırmaları sonrası gelişen bül ve konkamastoid açıda genişleme

**Tablo 1**

| Hastalar | Cinsiyet | Yaş | Lokalizasyon      | Semptomlar          | Hava sıcaklığı | Maruziyet süresi | Komplikasyon |
|----------|----------|-----|-------------------|---------------------|----------------|------------------|--------------|
| Hasta 1  | E        | 22  | Çift Kulak        | ödem, bül, hiperemi | -32            | 15 dk            | -            |
| Hasta 2  | E        | 21  | Tek kulak         | ödem, bül, hiperemi | -30            | 20 dk            | -            |
| Hasta 3  | E        | 14  | Tek kulak         | ödem, bül, hiperemi | -32            | 10 dk            | -            |
| Hasta 4  | E        | 15  | Tek kulak         | ödem, bül, hiperemi | -27            | 20 dk            | -            |
| Hasta 5  | E        | 24  | Tek kulak         | ödem, bül, hiperemi | -22            | 30 dk            | -            |
| Hasta 6  | K        | 18  | Tek kulak         | ödem, bül, hiperemi | -19            | 20 dk            | -            |
| Hasta 7  | E        | 20  | Tek kulak         | ödem, bül, hiperemi | -29            | 10 dk            | -            |
| Hasta 8  | E        | 9   | Kulaklar ve eller | ödem, bül, hiperemi | -5 dk          | 60 dk            | -            |

*Kulakta soğuk ısırmaları olan hastaların incelenmesi*

#### P-088

#### Kemik İliği Transplantasyonu Nedenli Genç Hastada Gelişen Skuamöz Hücreli Karsinom Olgusu

Fatih Irmak, Aysin Karasoy, Safak Çakır, Selami Serhat Şirvan, Kamuran Zeynep Sevim  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi; Şişli Hamidiye Etfal Uygulama ve Araştırma Merkezi; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Tüm cilt kanserlerinin %15-20 sini oluşturan (en sık 2.) skuamöz hücreli karsinom (SCC) için en büyük risk faktörü biriken güneş etkisidir. Güneş etkisi kümülatif olarak, genel olarak SCC'nin ilerleyen yaşlarda görülmesine neden olur. Diğer faktörler radyasyon anamnezi, kronik inflamasyon, açık tenli olmak, melanom dışı deri kanserleri öyküsü, Human Papilloma Virus (HPV) enfeksiyonu, albinizm, kseroderma pigmentosum, epidermolizis bulloza sayılabilir. SCC için premalign (aktinik keratoz vb.) lezyonlardan gelişenler düşük metastaz potansiyeli ve iyi prognoza sahip iken; de novo gelişen invaziv SCC ise immün yetmezliği zemininde ve kronik irritasyon alanlarında oluşan, yüksek riskli bir alttıptir ve yüksek metastaz oranına (%14) sahiptir. Kronik immunsupresyon SCC riskini normal nüfusa göre 250 kat artırır.

**Olgu:** Öyküsünde herhangi bir operasyon öyküsü olmayan 20 paket/yıl sigara kullanımı mevcut olan 36 yaşında erkek hastaya, dış merkezde Akut Myeloid Lösemi (AML) nedeniyle 2012 yılında KİT yapılmış ve kür sağlanmış. Yaklaşık 2,5 yıl önce farkedilen ancak son 7 aydır büyüme gösteren alt dudakta kitle nedeniyle Mayıs 2017 tarihinde insizyonel biyopsi uygulanmış. Patoloji sonucu SCC olarak raporlanmış. Bunun üzerine hasta tarafımıza yönlendirilmiş. Tarafımızca değerlendirilen hastada boyunda palpabl lenf nodu saptanmadı. Ancak alt dudaktaki lezyonun yaklaşık 3x2 cm olması ve immunsupresyon öyküsü olması nedeniyle ileri tetkik olarak Boyun BT ve tüm vücut PET- BT planlandı. Boyun BT'de seviye 1A ve 1B'de en büyüğü solda 7-8 mm ölçülen konfigürasyonu benign karakterde lenf nodları saptandı. PET- BT'de sol submandibular ve submentalde 5 mm çaplı FDG tutan metastaz kuşkusu uyandıran lenf nodları mevcut.

Alt dudaktaki mevcut kitlenin cerrahi sınırla alındığında

alt dudakın %50 den fazla kaybı öngörülerek hastaya tümör eksizyonu sonrası defekt için bilateral Karapandzic flep ile alt dudak defekt onarımı planlandı. Görüntüleme tetkiklerinde metastatik LAP? saptanması üzerine hasta değerlendirilerek operasyonuna sol supraomohyoid boyun disseksiyonu eklenmesi planlandı. Hastaya tarafımızca 13/06/2017 tarihinde alt dudak SCC tanısı ile 1 cm cerrahi sınırla eksizyon + bilateral Karapandzic flebiyle alt dudak rekonstrüksiyonu + sol supraomohyoid boyun disseksiyonu yapıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon görülmeyen hasta ameliyat sonrası 4. gün taburcu edildi.

**Tartışma:** Oral kavite malignitelerinin %30'unu, dudak kanserlerinin %90'ını alt dudak SCC'ler oluşturur. Bunun en sık nedeni uzun süreli güneş görme ve sigara-alkol kullanımıdır. Genel olarak birçok çalışmada alt dudak SCC olgularının birçoğunun 60 yaş ve üzeri erkeklerde olduğu gösterilmektedir. Yüksek doz kemoterapi gören veya KİT yapılan hastalarda cilt kanserleri ile ilişkisi için yapılan bir çalışmada; solid organ nakilleri ve KİT sonrası en sık cilt kanserinin SCC olduğu ve SCC gelişen olguların çoğundan da kronik greft versus host hastalığı (GHVD) sorumlu tutulmaktadır. KİT sonrası cilt kanseri gelişen 6 olgu incelenmiş ve bunların üçü SCC, ikisi bazal hücreli karsinom (BCC), birinde ise malign melanom geliştiği görülmüş. KİT sonrası cilt kanseri gelişme süresi 2-26 ay arasında hesaplanmış. Bu olguda (hasta 35 yaşında iken) KİT sonrası 2. yıldan sonra alt dudakta SCC gelişmiştir. Hastada 20 paket/yıl sigara öyküsü olması süreci hızlandırsa da genç hastada SCC görülmesinin esas sorumlusu immunsupresyon (KİT) olarak görülmektedir.

**Sonuç:** Genelde 50 yaş sonrası görülen ve güneş etkisi ile olan SCC olguları ile karşılaşmaktayız. Ayrıca genç hastalardaki oral kavitede HPV kaynaklı kanserlerin son yıllarda artmakta olduğu bilinen bir gerçektir. Özellikle immunsupresyon öyküsü olan genç hastaları değerlendirirken cilt kanseri olma açısından daha dikkatli olmak gerektiğini düşünüyoruz.

#### Kaynaklar:

- 1) Cavalier M, Shmalo JA, Yu M, Billings SD, et al. Skin cancer after nonmyeloablative hematopoietic cell transplantation. Bone Marrow Transplant. 2006 Jun;37(12):1103-8.
- 2) Maruccia M, Onesti MG, Parisi P, et al. Lip Cancer: A 10-Year Retrospective Epidemiological Study. Anticancer Res. 2012 Apr;32(4):1543-6.
- 3) Lowsky R, Lipton J, Fyles G, et al. Secondary malignancies after bone marrow transplantation in adults. J Clin Oncol. 1994 Oct;12(10):2187-92.

#### Resim 1



a. Preoperatif değerlendirme; alt dudak sağ lateralde yaklaşık 3x2 cm boyutlarında, sınırları düzensiz, yer yer ülserle lezyon. b. Sol supraomohyoid boyun disseksiyonu, lezyon eksizyonu ve bilateral Karapandzic flebiyle onarım sonrası postoperatif 3. gün görüntüsü.

#### P-089

#### Dupuytren- Ledderhose Kontraktürü Birlikteliği

Mehmet Dadacı, Serhat Yazar, Bilsev İnce, Majid İsmayilzade, Mehmet Cem Yıldırım  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

Dupuytren kontraktürü, sıklıkla elde fleksiyon kont-raktürleriyle sonuçlanan palmar aponözrozun benign fibromatöz hastalığıdır. Palmar fasyanın kalınlaşması ile karakterize ve sıklıkla avuç içinden etkilenen parmak-lara uzanan kordon benzeri yapılar ile karakterizedir. Etiyolojisi tam olarak bilinmese de aile hikayesinin sık olması nedeniyle, alışkanlıklar ve beslen-me gibi çevresel faktörlerin yanında genetik faktörlerin de etiyojide rol oynadığını düşündürmektedir. Diya-bet varlığı, sigara ve alkol alışkanlığının patogeneze rol oynadıkları düşünülmektedir. Genç yaşlarda ortaya çıktığında genellikle ilerleyici seyretmekte ve diğer vücut bölge-lerinde fibromatöz tutulumlarla birlikte görülebilmek-tedir. Dupuytren kontraktürü sadece elleri değil, vücudun başka bölümlerini de tutabilir.Ektopik hastalık, plantar fibromatosis, penil fibromatosis (Peyroni hastalığı) ve Garrod 'un eklem yastıkçıkları olarak sayılabilir. Plantar fibromatosis veya Ledderhose hastalığı, plantar aponevrozun nedeni bilinmeyen, nadir, hiperproliferatif, benign lezyonudur. Mikroskopik olarak Dupuytren hastalığıyla benzerliği nedeniyle plantar fasyanın Dupuytren hastalığı da denilmektedir.

**Olgu Sunumu:** 58 yaşındaki diyabetes mellitus tanılı erkek hasta yaklaşık beş yıldır her iki elinin avuç içerisinde zamanla ilerleyen parmak hareketlerini engelleyen palmar fasya kalınlaşması ile tarafımıza başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde her iki el avuç içerisinde tüm parmaklara giden fasyal kontraktürler görüldü. Sistemik muayenesinde hstanın fark etmediği her iki ayak tabanındada plantar fibromatosis ile uyumlu hastalığın olduğu görüldü. Ayakta bulunan lezyonların hastada herhangi bir kısıtlılığa neden olmaması sonucu şikayeti yoktu. Her iki elinde multipl kontraktürü cerrahi onarımı hayatında kısıtlılığa sebep olacağından sol el 1. 3.4. ve 5. Parmğa giden plntar fasyaektomi yapıldı. Hastanın diğer eline ileriki zamanda operasyon planlandı.Bilateral plantar fibromatosisin takibine karar verildi.

**Tartışma:** Dupuytren Hastalığı patolojisi iyi bilinen, ancak ne etiyojisi ne de patogenezi tam olarak anlaşılamamış bir bağ dokusu hastalığıdır. Tanısı klinik olarak konur. Hastalarda fonksiyonel olarak kısıtlılık yaratan fleksiyon kontraktürleri gelişmemiş ve palmar bölgede nodüllerin olduğu evrede sadece takip edilebilmektedir. Yapılan klinik çalışmalarda kollajenaz ve triamsi-nolon enjeksiyonlarının tedavide etkili olduğu gözlemlenmektedir. İse de, halen Dupuytren Hastalığı için altın standart tedavi hastalıklı dokunun cerrahi eksizyonu ve varsa parmak kontraktürlerinin düzeltilmesidir. Plantar fibromatosis her yaşta görülebilir. Kronik alkol kullanımı, diyabet ve epilepsi ile birlikteliği bildirilmiştir. İleri derecede diferansiye fibroblastlar, matür kollajen lifleri ve dev hücreler ile karakterizedir. Plantar fibromatosis olan hastalarda beraberinde Dupuytren hastalığı veya Peyronie hastalığı da sık görülmektedir. Plantar fasyanın özellikle medial parçasını etkileyen bir veya daha fazla sert nodül oluşumu görülür.Dupuytren hastalığında görüldüğü gibi çevredeki önemli anatomik yapılarla retraksiyon görülmesi nadirdir. Bunun nedeni plantar fasyanın distal falankslara kadar uzanımının olmamasıdır. Plantar fibromatosisin en önemli sakıncası diyabetes mellituslu hastaların nöropatik plantar bölge açık yaralarında olayı daha da dramatik hale getirebilmesidir.

**Sonuç:** Dupuytren kontraktürü, palmar fasyada fibromatöz değişiklikler sonucu parmaklarda fleksiyon kontraktür-leriyle karakterize bir hastalıktır. Dupuytren ile birlikte görülen plantar fibromatozisde iskemik veya iskemi olmaksızın nöropati varlığı diyabetli olanlar için büyük birriskolusturur. Ayak ülserlerine ek olarak, eğer plantar fibromatoz mevcutsa ayağın mimarisini değiştirecek ve hastaları ayak ülseri geliştirmeye daha da yatkın hale gelecektir. Bilateral yaygın dupuytren kontraktürü olan hastada etyolojideki diğer ek hastalıklarda var ise plantar bölgenin de muayenesi uygun olacaktır.

**Kaynaklar:**

- 1-Coert JH, Nérin JP, Meek MF. Results of partial fasciectomy for Dupuytren disease in 261 consecutive patients. Ann Plast Surg 2006; 57(1):137.
- 2-Bulstro de NW, Jemec B, Smith PJ. The complications of Dupuytren's contracture surgery. J Hand Surg Am 2005;30(5):1021-5.
- 3-Zgonis T, 1. Jolly GP, Polyzois V, Kanuck DM, Stamatis ED. Plantar fibromatosis. Clin Podiatr Med Surg. 2005; 22: 11-8.

**resim 1**



**P-090**

**Posterior Kalkaneal Bölge Defektinin Topuk Flebi ile Rekonstrüksiyonu**

Bora Edim Akalın, Barış Çin, Erinc Evrensel, Shahrukh Omar, Nesibe Sinem Çiloğlu  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Giriş:** Alt ekstremitenin özellikle distal 1/3 defektlerinin rekonstrüksiyonu zordur. Bu bölgede tanımlanmış lokal fleplerin kısıtlı olması ve rotasyon flebi yapılabilecek geniş alan olmaması, bu yaralarda genellikle kemik ekspozisyonu olmasıyla birleştiğinde rekonstrüktif opsiyonlar kısıtlı kalmaktadır. Bu nedenle genellikle bacadan çevirilen ters akımlı flepler (ters akımlı sural flep gibi) veya serbest flepler (anterolateral uyluk, gracilis gibi) tercih edilmektedir(1,2). Bu posterde donör alandaki yaralanma nedeniyle lokal fleplerin kullanılamadığı, hasta onamı olmadığı için serbest flep yapılamayan bir olgudaki rekonstrüktif çözümümüzü sunmaktayız.

**Olgu:** 19 yaşındaki erkek hasta yüksekten düşme sonucu kalkaneus fraktürü ortopedi ve travmatoloji tarafından vida ile onarılan ve topuk bölgesinde açık yara nedeniyle tarafımıza sevki yapılan hastaya seri debridmanlar ve vakum yardımıyla yara kapatma tedavisi uygulandı (Fotoğraf 1). Kısa süre içinde granüle olan ve mevcut defektin büyük

bölümünü oluşturan alan deri grefti ile kapatıldı (Fotoğraf 2). Greftin tam olarak tutmasını takiben, kemik ekspozite olan kısım için, ekspozite vidanın çıkarılmasını sonrası, topuk cildinin medialden beslenmek üzere suprapariosteal plandan kaldırılarak oluşturulan «topuk flebi», posteriordaki kemik defekti üstüne transpoze edildi. Pedikülün anteriorundaki gerilimi azaltmak amacıyla eş seansta Z-plasti yapıldı (Fotoğraf 3). Topuk flebinin anteriorundaki yaklaşık 10mm derinlikteki defekt, granülasyon ile defektin dolması ve deprese alan oluşmaması amacıyla sekonder iyileşmeye bırakıldı ve günlük pansumanlar ile takip edildi. 3 hafta içinde spontan epitelizasyon gözlemlendi. Hastanın deri bütünlüğü sağlandıktan sonra fizik tedavi başlandı. 18 aylık takip sonucunda nüks görülmemekle birlikte zaman zaman kabuklanmanın oluştuğu tespit edildi (Fotoğraf 4). İki nokta ayırımı testi karşı topuğa göre küçük bir artış göstermiştir (20mm'ye karşılık 14mm).

**Tartışma ve Sonuç:** Bu olguda ilk kez, tüm topuk dokusunun medial cilt pedikülü üzerinden ve suprapariosteal planda kaldırılarak posteriora transpoze edilebileceği gösterilmiştir. Transpozisyonu kolaylaştırmak amacıyla pediküle Z-plasti eklenebilir. Donör alanın sekonder iyileşmeye bırakılması, burada deprese bir alan kalmasının önüne geçebilir, Topuk flebi, «benzer doku ile rekonstrüksiyon» ilkesine göre, yürüme ve günlük diğer aktiviteler sırasında sık olarak basınç ve travmaya maruz kalan posterior kalkaneal bölgenin rekonstrüksiyonu için çok uygun bir seçenektir.

**Kaynaklar:**

- 1- Bhatt YC, Singh S, Doshi P, Vaghani SG. Reverse Peroneal Artery Flap for Large Heel and Sole Defects: A Reliable Coverage. World Journal of Plastic Surgery. 2017;6(2):212-219.
- 2- Shanahan, Robert E., and Ruedi P. Gingrass. «Medial plantar sensory flap for coverage of heel defects.» Plastic and reconstructive surgery 64.3 (1979): 295-298.

**Fotoğraf 1, Fotoğraf 2, Fotoğraf 3, Fotoğraf 4**



**Fotoğraf 1:** Preoperatif dönemde defektin görüntüsü **Fotoğraf 2:** Greftleme sonrası defektin görüntüsü **Fotoğraf 3:** Topuk flebi yapıldıktan sonra donör alan defekti **Fotoğraf 4:** Postop 5.ay

**P-092**

**Alt Ekstremitte Yerleşimli Travmatik Kontraktürlere Yaklaşım**

İşıl Akgün Demir, Fatih Irmak, Mert Sızmaç, Selami Serhat Şirvan, Ayşin Karasoy Yeşilada, Kamuran Zeynep Sevim  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Giriş:** Alt ekstremitte görülen travmatik kontraktürler çoğunlukla yanığa sekonder olarak gelişmektedir. Nadir de olsa özellikle ezilme tipi yaralanma sonucu oluşan geniş doku defektlerinin çeşitli sebepler nedeniyle uzun süre tedavi edilememesi ve geniş doku kaybı olan alanlarda sekonder iyileşmenin başlaması kontraktür gelişimine zemin hazırlamaktadır. Bu çalışmamızda, alt ekstremitte çoğunlukla yanık sonrası gelişen kontraktürlerin cerrahi

tedavisine yönelik tecrübelerimizi paylaşmayı hedefledik.

**Gereç-Yöntem:** 2009-2017 yılları arasında kliniğimizde yanık veya travma sonucu alt ekstremitelerde kontraktür gelişmiş, 16'sı kadın, 15'i erkek olmak üzere toplam 31 hasta çalışmaya dahil edildi. Kliniğimize başvurmadan önce dış merkezde alt ekstremitelerde kontraktürüne yönelik operasyon öyküsü bulunan hastalar çalışmamıza dahil edilmedi.

**Bulgular:** Kontraktür eksizeyonunu takiben 13 hastaya greft, 1 hastaya doku genişletici, 20 hastaya lokal fleplerle onarım, 1 hastaya pediküllü, 4 hastaya ise serbest flep ile onarım uygulandı. Toplam 11 hastada kombine tedavi yöntemleri tercih edildi. 5 hastada flep kaybı ve nüks kontraktür oluşumu gibi komplikasyonlar görüldü.

**Sonuçlar:** Alt ekstremitelerde kontraktürlerine en ideal yaklaşım, kontraktür oluşumunu engellemektir. Defektin yerine, büyüklüğüne ve ekspoze olan yapılara göre uygun cerrahi planlanma yapılmalı ve postoperatif dönemde fizik tedavi ile desteklenmelidir.

#### **Serratus anterior flebi ile plantar alanda kontraktür açılması**



Serratus anterior serbest flebi ile plantar alandaki kontraktürü açılan hastanın preop ve postop görüntüleri

#### **P-093**

#### **Erişkin başlangıçlı primer bilateral orbital ksantagranüloma**

Selma Sönmez Ergün<sup>1</sup>, Onur Akman<sup>1</sup>,  
Mustafa Ünal<sup>1</sup>, Mustafa Ekrem Güleş<sup>1</sup>, Pelin Yıldız<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Bezmialem Tıp Fakültesi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, İstanbul

<sup>2</sup>Patoloji AD, Bezmialem Tıp Fakültesi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, İstanbul

**Amaç:** Erişkinin orbital ksantogranulomatöz hastalığı non-Langerhans (tip II) histiyositlerin proliferasyonu ile karakterize nadir orbital ve oküler heterojen bir hastalık grubunu oluşturur. Sistemik tutulumun derecesine göre bu hastalık; erişkin başlangıçlı ksantogranülom, nekrobiyotik ksantogranülom, Erdheim-Chester hastalığı ve erişkin başlangıçlı astım ve perioküler ksantogranülom olmak üzere 4 alt tipe ayrılır (1). Histolojik olarak bazı farklılıklar olmasına rağmen, bu alt grupların her biri köpüklü histiositlerin ve Touton tipi dev hücrelerin infiltrasyonu ile karakterizedir ve bu hücre tipleri için genellikle S100 proteini ve CD1a negatiftir (2). Bu çalışmada, erişkin başlangıçlı primer bilateral orbital ksantogranüloma olgusu sunulmaktadır.

**Gereç-Yöntem:** 39 yaşındaki erkek hasta, 5 yıldan beri mevcut olan ve daha önce 2 kez eksize edilmesine rağmen yineleyen sağ ve sol periorbital bölgedeki lezyonları nedeniyle başvurdu (Resim 1). Yapılan muayenede, sağ üst göz kapağı medial kısmından başlayan ve sağ alt göz kapağının orta kısmına dek uzanan 4x1 cm lezyon ile sol üst göz kapağından başlayıp sol alt göz kapağına dek uzanan 2.5x0.75 cm boyutunda sarımsı renkte granüler lezyonlar saptandı. Sağ taraftaki lezyonun çok geniş olması nedeniyle 2 aşamalı rezeksiyon planlandı. Lokal anestezi altında sağ periorbital bölgedeki lezyon kresentik şekilde parsiyel olarak eksize edilirken lezyonun sağ medial kantallı ligamana dek uzandığı saptandı. Bu bölgeye uzanan kısımlar tamamen rezeksiyon edilip cilt primer olarak sütüre edildi. Ameliyat sonrasında sorunsuz geçiren olgunun biyopsi sonucu ksantogranülom olarak bildirildi (Resim 2a,b). Hastanın erişkinin orbital ksantogranülom hastalıkları grubundan hangisine dahil olduğunun ayırtıcı tanısı yapılabilmek için gerekli incelemeleri yapıldı. Paraproteinemisinin, astımının, lenfadenopatilerinin ve iç organ tutulumunun olmaması ile hastamıza erişkin tipi ksantogranülom tanısı kondu. 11 ay sonra hastaya sağlı sollu kresentik eksizeyonlar yapılarak lezyonlarının tamamı çıkarıldı. 1 yıllık takipte yineleme gözlenmedi. (Resim 3).

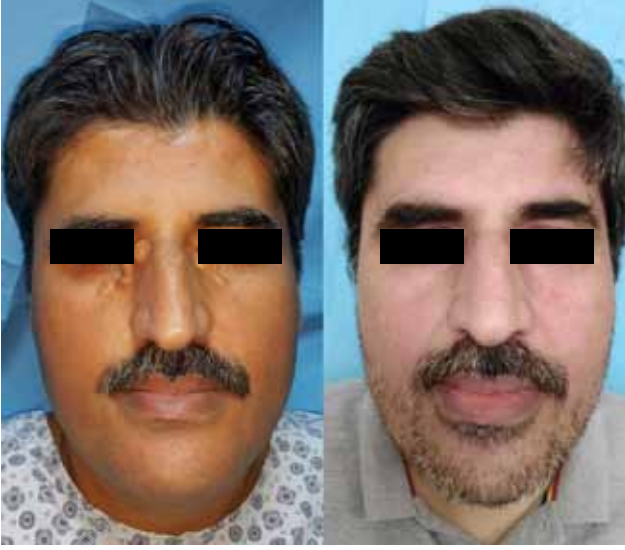
**Tartışma:** Erişkin başlangıçlı ksantogranüloma, cinsiyet ayrımı göstermeyen, 38-79 yaş grubundaki olgularda görülen, sistemik tutulum olmaksızın izole ksantogranülomlarla kendisini gösteren nadir bir hastalıktır. Hastalık kendisini göz kapakları ve/veya periorbital bölgede bilateral yerleşimli sarımsı, ciltten kabarık, endüre, ülser olmayan kiteller şeklinde gösterir. Anterior orbital yağ kompartmanı, ekstraoküler kaslar ve/veya lakrimal bezlerde de tutulum görülebilir (1,3,4). Tanı lezyonların biyopsisi ile konulur. Ksantoma hücreleri ile birlikte Touton dev hücrelerinin görülmesi tipiktir (2). Cerrahi olarak 'debulking' gerektirir. Yalnızca cerrahi işlem yapılan olgularda 6-12 içinde yineleme olduğunu, yüksek dozda kortizon ile düşük doz radyoterapi uygulamasının cerrahi girişimden üstün olduğunu bildiren yayınlar olsa da henüz en iyi tedavi seçeneğinin hangisi olduğu hususunda olguların nadir görülmesi yüzünden görüş birliği yoktur (4,5,6).

**Sonuç:** Bu nadir görülen tablonun klinikopatolojik korelasyonu hastalığın tanısı ve alt gruplarının sınıflandırılabilmesi için önemlidir.

#### **Kaynaklar:**

1. Nasr AM, Johnson T, Hidayat A, et al. Adult onset primary bilateral orbital xanthogranuloma: clinical, diagnostic, and histopathologic correlations. Orbit 1991;10: 13-22.
2. Sivak-Callcott JA, Rootman J, Rasmussen SL, et al. Adult xanthogranulomatous disease of the orbit and ocular adnexa: new immunohistochemical findings and clinical review. Br J Ophthalmol 2006;90: 602-8.
3. Vick VL, Wilson MW, Fleming JC, et al. Orbital and eyelid manifestations of xanthogranulomatous diseases. Orbit 2006;25: 221-5.
4. Karcioğlu ZA, Sharara N, Boles TL, et al. Orbital xanthogranuloma: clinical and morphologic features in eight patients. Ophthalmol Plast Reconstr Surg 2003; 19: 372-81.
5. Elner VM, Mintz R, Demirci H, et al. Local corticosteroid treatment of eyelid and orbital xanthogranuloma. Ophthalmol Plast Reconstr Surg 2006;22: 36-40.
6. Shimizu F, Taneda H, Sato H, Kato A, Takeo N, Fujiwara S. A Case of orbital xanthogranuloma treated by surgical excision. Case Rep Dermatol 2010;2:110-5.

Resim 1



Erişkin başlangıçlı bilateral orbital ksantogranülozlu olgunun pre ve postoperatif görünümü.

P-094

### Superfisiyel Peroneal Sinirde Yerleşimli İntranöral Nörofibrom Olgu Sunumu

Abbas Albayati<sup>1</sup>, Atilla Adnan Eyüboğlu<sup>1</sup>,  
Çağrı Ahmet Uysal<sup>1</sup>, İsmail Murat Onyed<sup>2</sup>,  
Nilgün Markal Ertas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Nörofibromlar periferik sinir sisteminde görülen benign sinir kılıfı tümörleridir. Farklı yerleşim yerlerine göre sınıflandırılan nörofibromlar intranöral olarak görülebilmektedir. İntranöral nörofibromların yerleştiği sinire zarar vermeden eksize edilmesi güçtür. Bu bildiride 31 yaşında kadın hastada sol bacakta peroneal sinire yerleşmiş intranöral nörofibrom olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Otuz bir yaşındaki kadın hasta sol tibia lateral yüzde kitle nedeni ile Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi polikliniğine başvurdu. Hikayesinde kitlenin 8 aydan beri mevcut olduğu ve son zamanlarda büyüyerek ağrı yapmakta olduğu öğrenildi. Hastanın vücudunun başka bölgelerinde benzer bir büyüme tespit edilmedi. Fizikl muayenede sol bacak lateralinde 1x1.5 cm.lik hareketli yumuşak kitle bulundu. Hastanın alt ekstremitate duyu ve motor muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastada lenfadenopati yoktu. Yapılan yüzeysel ultrasonografik incelemede 15x9 mm boyutlarında hipoekoik, düzgün sınırlı, homojen yapıda, santral kesiminden vaskülarite mevcut olan nodüler solid lezyon izlendi. Hastaya lokal anestezi altında lezyon eksizyonu planlandı. Yapılan cerrahi eksplorasyonda superfisiyel peroneal sinir ile birleşik düzgün sınırlı kapsülü olan kitle gözlemlendi (Resim 1 ve 2). 2.5x loupe büyütme altında, kapsüle yapılan longitudinal insizyon sonrası küt diseksiyon ile kitle, sinirden serbestlendi. Patolojik incelemede S100 ile neoplastik hücrelerde pozitif boyanma ve EMA ile kapsülde pozitif boyanma izlendi. İntranöral nörofibrom tanısı konuldu. Hastanın ameliyat sonrası kontrol muayenesinde superfisial peroneal sinir sahasında herhangi bir duyu kaybı saptanmadı. Hastanın takibinde erken ve geç dönem komplikasyon gelişmedi. Hastanın 3.

ve 6. ay takiplerinde nüks görülmedi.

Tartışma ve Sonuç: Nörofibrom periferik sinir sisteminde oluşan sinir kılıfının benign tümörüdür. Nörofibromlar lokalize kutanöz nörofibrom, yaygın kutanöz nörofibrom, lokalize intranöral nörofibrom, pleksiform nörofibromatöz ve masif yumuşak doku nörofibromatöz olarak 5 farklı gruba ayrılır. Lokalize soliter nörofibrom, nörofibromların sık görülen formudur. İntranöral nörofibrom ikinci sıklıkla görülen tiptir. Periferik sinirlerde soliter, füziform ve segmentel büyümeye neden olur. Nörofibromlar genellikle yavaş büyüyen, belirgin sınırlı, ağrısız kitle şeklinde ortaya çıkarlar. Nörolojik defisit eşlik edebilir. Ayırıcı tanıda lenf nodu büyümesi, lipom, sebace kist ve nöral fibrolipomlar gibi yumuşak doku tümörleri ile intranöral ganglion, nöreilemmom, malign periferik sinir kılıf tümörü gibi diğer periferik sinir tümörleri yer almaktadır. Bu vakada, atipik lokalizasyonda olması nedeniyle lenf nodu ekarte edilmişti. Ultrason görüntüleme ile kistik lezyonlardan ayırımı mümkün olmakla birlikte diğer solid patolojilerden ayırımı açısından MR yapılabilir. Tümör ile sinir gövdesinin birbirine karışık sinirsel yapısından dolayı sinir fonksiyonunu koruyarak nörofibrom eksizyonu zordur. Alt ekstremitelerde lokalize olan nörofibromlarda cerrahi endikasyonları ağrı şikayeti, kitlenin hareket kısıtlılığı yapması, şekil bozukluğu ve tümörün hızla büyümesidir. Cerrahi tedavinin hedefi tümör eksizyonu ve nörolizidir. Nörofibrom vakalarının çoğunda lezyonlarda sinir fasikülü içeren kılıf bulunmaktadır. Kapsülde bulunan sinir dallarının dikkatli disseke edilmesi gerekmektedir. Gerekli durumlarda motor veya mikst sinirlerden kaynaklanan nörofibrom vakalarında ameliyat esnasında sinir stimülatörü kullanılması tavsiye edilir.

Sonuç olarak intranöral nörofibrom nadir görülen periferik sinirlerin benign tümörüdür. Superfisiyel peroneal sinirden kaynaklanan nörofibrom vakası sunuldu. Vakamızda tümör kapsül ile örtülmüştür. Sinirin fonksiyonunu koruyarak tümör eksizyonu yapılmıştır. Hastanın takibinde herhangi bir nörolojik defisit veya nüks saptanmamıştır.

#### Referanslar

1. Anthony m. burrows, andrew l. folpe, doris e. wenger, robert j. spinner. Intraneural fibroma of the median nerve at the wrist. case reports / journal of clinical neuroscience 21 (2014) 1054-1056.
2. Dmitry v. kazakov, md, phd, petr mukensnabl, md, michal zamecnik, md, and michal michal,md. Intraneural dendritic cell neurofibroma with pseudorosettes. am j dermatopathol • volume 26, number 1, february 2004
3. R. c. lallemant and r. O. weller. Intraneural neurofibromas involving the posterior interosseous nevre. journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry, 1973, 36, 991-996.
4. Li-ren chang and shyh-jou shieh. neurofibroma derived from the deep peroneal nerve: a case report. kaohsiung j med sci 2006;22:290-6.
5. M. şerefettin canda. Peripheral nerve sheath tumors. türkiye ekopatoloji dergisi 2004; 10 (1-2): 65-74.

Sekil 1



Sol tibia lateralinde intranöral nörofibrom.

## P-095

### Tekrarlayan İyatrojenik Tendon Ruptürü

Mehmet Dadacı, Majid İsmayilzade, Bilsev İnce,  
Mehmet Cem Yıldırım, Pınar Gündüz  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

**Giriş:** Tendon ruptürleri daha çok travmayı takiben karşılaşılan durum olsa da, altta yatan çeşitli metabolik, endokrinolojik ve genetik temelleri de etyolojisinde barındırır. Çok sayıda faktöre bağlı olduğu belirtilmiş olmasına rağmen spontan tendon ruptür patogenezi tam olarak netleştirilmiş değildir (1). Literatürde nörofibromatozis gibi birçok komponent içeren sendromların zemininde gelişen spontan tendon ruptüründen (2) steroid vb. ilaçların kullanımı sonrasında ortaya çıkan klinik olgulara (3) kadar geniş etyolojik çerçeve bulunmaktadır. Nadir de olsa distal radius kırığının geç komplikasyonu olarak, ayrıca romatoid artritte kronik tenosinovite sekonder olarak EPL tendon ruptürü rapor edilmiştir (4,5). Biz bu çalışmamızda radius distal uç kırığı onarımı sonrasında ortaya çıkan ikinci ve üçüncü parmak ekstansör tendonlarının ruptürü olgusunu sunduk.

**Olgu sunumu:** 32 yaşında erkek hasta sağ el ikinci ve üçüncü parmak hareketlerinde kısıtlılık ve güç kaybı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayene değerlendirmesinde sağ el işaret parmak ve orta parmak ekstansiyon hareketlerinde total kayıp olduğu gözlemlendi. Ayrıca hastanın anamnezinden 5 yıl önce radius distal uç kırığı nedeniyle dış merkezde opere edilerek plak ve vidayla onarım uygulanmış olduğu öğrenildi. Onarımı takiben ikinci ayda sağ el ikinci parmakta spontan ekstansör tendon ruptürü nedeniyle dış merkezde tekrar opere edilerek ruptüre tendonun distal kısmının üçüncü parmak ekstansör digitorum communis tendonuna uç – yan şekilde rekonstrükte edildiği belirlendi. Son bir aydır var olan mevcut klinik durumun düzeltilmesi için hasta genel anestezi altında operasyona alınarak ruptüre ekstansör indicis proprius, işaret ve orta parmak ekstansör digitorum communis tendonlarının distal ve proksimal uçları tendon grefti kullanılarak onarıldı. Ayrıca tendonların mobilizasyonunu engelleyen distal uç plak vidaları da eksize edildikten sonra cerrahi işleme son verildi.

**Tartışma:** Travma sonrasında azalmış kan akımı ve radius distalindeki Lister tüberkülünün tekrarlayıcı mekanik basısı,

radius distal uç kırıkları onarımı sonrasında EPL tendonunun ruptüre olmasının nedenleri arasında düşünülmektedir (6,7). Kopma sonrası akut dönemde uç-uca tendon onarımı yapılabilir. Ancak kopma tanısı genellikle geç konulduğundan (8) proksimal tendon ucu, kas kontraksiyonundan dolayı retrakte olur ve onarımı imkansız kılar. İlave olarak sıklıkla tendon uçlarındaki dejeneratif değişiklikler de onarımı güç kılan diğer bir faktördür. Tendon ruptürü lokalizasyonunu belirlemek zordur. MR inceleme operasyon öncesi tendon ruptürünün pozisyonunu ve retraksiyon derecesini değerlendirmede kullanılır. MR inceleme, operasyon öncesi cerrahi planlamayı ve yaklaşımı kolaylaştırır (9). Ultrason operasyon öncesi tendon ruptürünü değerlendirmede ve ruptürün proksimal kesimini belirlemede faydalı olabilir (10).

**Sonuç:** Literatürde radius distal uç kırığı onarımı yapılan hastalarda EPL tendon ruptürüne diğer tendonlara nispeten daha sık rastlanılmasına karşın, çalışmamızda da sunulduğu gibi işaret ve orta parmak tendonlarının da spontan ruptürü görülebilmektedir. Ayrıca, spontan tendon ruptüründen şüphelenilen hastaların ayrıntılı operasyon geçmişi sorgulanması tanı ve tedaviye yönelik doğru yaklaşımın belirlenmesinde faydalı olacaktır.

#### Kaynaklar

1. Bois AJ, Johnston G, Classen D. Spontaneous flexor tendons ruptures of the hand: case series and review of the literature. J Hand Surg Am 2007 Sep; 32 (7): 1061-71.
2. Turkish Journal of Plastic Surgery. 2014, Vol. 22 Issue 2, p78-79. 2p.
3. Selçuk Tıp Derg 2012;28(4): 248-250
4. Mannerfelt L, Oetker R, Ostlund B, Elbert B. Rupture of the extensor pollicis longus tendon after Colles fracture and by rheumatoid arthritis. J Hand Surg (Br) 1990;15:49-50.
5. Payne AJ, Harris NJ, Kehoe NJ. Bilateral delayed extensor pollicis longus rupture following bilateral undisplaced distal radial fractures. Orthopedics 2000;23:163.

resim 1



**P-096****Memenin Dev Juvenil Fibroadenomu:  
Vaka Sunumu**

Mehmet Emin Cem Yıldırım<sup>1</sup>, Zeynep Altuntaş<sup>1</sup>,  
Sıdıka Fındık<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Konya

**Giriş:** Genç yaş kadınlarda görülen meme kitlelerinin en sık nedeni fibroadenomlardır. Benign karakterli olup etiolojide pubertede artmış östrojen seviyesi ve reseptör duyarlılığı söz konusudur. 1 Genellikle 2 cm büyüklüğe ulaştıklarında büyümeleri durmaktadır. Büyüklüğü 5 cm'nin üzerinde olanlar dev fibroadenom olarak adlandırılmaktadır.2 Juvenil dev fibroadenomlar nadir görülen vakalar olup tüm fibroadenomların %0,5'ini oluşturmaktadırlar. Bu yazıda 10x7x5 cm boyutlarındaki dev juvenil fibroadenoma sahip 12 yaşında kadın olgu sunulmaktadır.

**Olgu Sunumu:** 12 yaşında hasta kliniğimize 2-3 aydır sağ memede hızlı ve aşırı büyüme şikayetiyle başvurdu. Meme muayenesinde özellikle her iki alt kadrantlar ile üst iç kadranın hemen tamamını kapsayan ağrısız, çevresi düzenli, mobil kitle saptandı. Her iki aksilla muayenesinde herhangi bir yer kaplayan kitleye rastlanmadı. Hastada herhangi bir ek patoloji ve sistemik hastalık hikayesi yoktu. Diğer fizik muayene bulguları normal olarak saptandı. Biyokimyasal değerleri, hormon düzeyleri normaldi. Hastanın ultrasonografik görüntülemesinde (USG) 100x65x45 mm boyutlarında retroareolar yerleşimli içerisinde vasküler kanlanmanın belirgin olduğu heterojen yapıda düzgün konturlu solid kitle saptanmıştır. Manyetik rezonans (MR) incelemesinde yağ baskılı T2 ağırlıklı serilerde sağ memede düzgün sınırlı, hiperintens memenin her iki alt ve üst iç kadrantını tama yakın kaplayan kitlesel lezyon saptandı. Görüntüleme yöntemleri sonrasında tru-cut biyopsisinde juvenil fibroadenom ön tanısı konuldu. Periareolar insizyonla mevcut kitle eksplere edildi ve total olarak eksize edildi. Hasta büyüme çağında olduğundan dolayı areolaya yönelik simetriyi sağlamak adına herhangi bir müdahale edilmedi. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon görülmedi. Histopatolojik tanısı perikanaliküler tip Juvenil giant fibroadenoma olarak geldi. Postoperatif 1. ayında kozmetik görünüm açısından yüz güldürücü sonuç elde edildi.

**Tartışma:** Düzgünsiz sınırlı, kapsüllü yapıda olan fibroadenomlar büyük boyutlara ulaştıkça hızlı büyümektedirler.3 Bununla birlikte kitle etkisiyle meme asimetri, meme başı düzensizlikleri, konjezyon gibi durumlar ortaya çıkabilir.4 Olgumuzda da son 2-3 ayda kitlenin hızla büyümesiyle, meme başında ve memede ciddi asimetri söz konusuydu. Juvenil fibroadenomlar genellikle 11-18 yaş aralığında puberte döneminde karşımıza çıkarlar ve genellikle ağrısız lezyonlardır. 5 Literatürde bilinen en küçük olgu 13 aylık kız çocuğudur.6 Memede kitle şikayeti ile gelen her hastada meme ve aksiller muayene sonrasında görüntüleme tetkikleri yapılmalıdır. Mamaografi 40 yaş altında ki kadınlarda artmış dansite nedeniyle tercih edilmez.7 Bu nedenle genç kadınlarda USG kullanılan en yaygın yöntemdir. Smith ve ark. 25 ve altı yaş grubundaki fibroadenom tanılı hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada USG'nin %78.8 doğruluğa sahip olduğunu ileri sürmüşlerdir.8 Juvenil dev fibroadenomların filloides tümörleri ve malign tümörlerle ayırımı için doku örneklemesi de gerekmektedir. Ayırıcı tanıda malignite açısından dikkatli olmak gereklidir ve özellikle filloides tümörler akla gelmelidir. Memenin

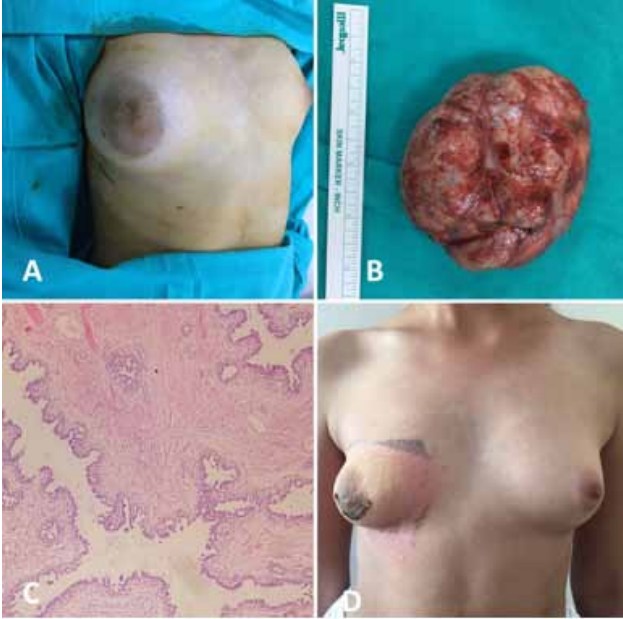
filloides tümörü tüm primer meme neoplasmlarının %1'den azını, tüm fibroepitelyal tümörlerin % 2- 3'ünü oluşturan nadir görülen fibroepitelyal bir meme tümörüdür.9-10 Fibroadenomlara benzemekle beraber, fibroadenomlardan histolojik olarak artmış sellülerite ve klinik olarak lokal nüks ve metastatik yayılımı ile ayırt edilirler. Dünya Sağlık Örgütü sınıflandırmasına göre 3 tip filloides tümörü vardır: benign, borderline ve malign.11 Buna göre de tedavi yaklaşımı fibroadenomlardan farklıdır. Bu nedenledir ki memede kitle saptanan hasta fizik muayene, görüntüleme ve biyopsi açısından değerlendirilmelidir. Tru-cut biopsinin literatürde sensitivitesini %88-98, spesifitesini %94-100 ve doğruluğunu %93-99 arasında bildirilmektedir.12 Bu nedenle olgumuzda da görüntüleme yöntemleri sonrasında doku örneklemesi için ince iğne biyopsisi yerine tru-cut biyopsi yapıldı. Olgumuzda fizik muayenesinde sağ memede her iki alt kadrantı, üst iç kadrantı kaplayan düzgün sınırlı, mobil kitle saptandı ve USG ve MR'da fibroadenoma uyumlu bulgular saptandı. Preoperatif doku örneklemesi için tru-cut biyopsi yapıldı ve juvenil fibroadenom olarak raporlandı. Ameliyat ile total çıkarılan kitlenin patolojik tanısı ise gerek USG'de gerekse de tru-cut biyopsisinde raporlandığı gibi juvenil fibroadenom olarak raporlandı. Juvenil fibroadenomlar büyük tümörlerdir ve rekonstrüktif teknikler ve plastik cerrahi uzmanlığı çoğu zaman gerekmektedir. Puberte çağında tümör eksizeyonu ve eş zamanlı meme rekonstrüksiyonu prensiplerinde meme parenkimini korumak, nipple-areola kompleksinin simetrisini sağlamak ve iyatrojenik amastiden kaçınmak vardır.13 Literatürde juvenil dev fibroadenomlarının güvenle eksizeyonunu kanıtlayan çalışmalar mevcuttur.13,14 Sonuç olarak memeden eksize edilen kitle etkisi ile yapısal deformiteler oluşturan kitle eksizeyonları sonrasında kozmetik görünümü sağlamak amacıyla revizyon ameliyatları gerekebilmektedir. Olgumuzda periareolar insizyonla kitle çıkarıldı. Kitlenin total eksizeyonu sonrası üst kadranda kalan meme dokusu karşı memeye simetri sağlamada yeterli oldu. Bununla birlikte hasta büyüme çağında olduğundan olası revizyon operasyonları puberte döneminden sonraya ertelendi.

**Kaynaklar**

1. Sosin M, Pulcranoz M, Feldman ED, Patel KM, Nahabedian MY, Weissler JM, Roriguez ED. Giant Juvenile Fibroadenoma: A Systemic Review with diagnostic and treatment recommendation Gland Surg. 2015 Aug;4 (4): 312-21.
2. Marchant DJ. Benign breast disease. Obstet Gynecol Clin North Am 2002;29(1):1-20.
3. Çalışkan M, Acar A, Erdem H, Kurt MD, Subaşı İE, Alimoğlu O. [Juvenile giant fibroadenoma: case report]. Medical Journal of Umraniye 2011;3(4):17-9.
4. Thuruthiyath N, Das PC, Avabrattha KS, Mascarenhas V, Marla N. Giant fibroadenoma of breast in adolescent girl. Oman Med J 2012;27(4):314-5.
5. Wechselberger G, Schoeller T, Piza-Katzer H. Juvenile fibroadenoma of the breast. Surgery 2002;132:106-7.
6. Jung YS, Lee KJ, Yoon TI, et al. Juvenile fibroadenoma in 13-month-old female child. J Paediatr Child Health 2005;41:78-9.
7. Templeman C, Hertweck SP. Breast disorders in the pediatric and adolescent patient. Obstet Gynecol Clin North Am 2000;27:19-34.
8. Smith GE, Burrows P. Ultrasound diagnosis of fibroadenoma - is biopsy always necessary? Clin Radiol 2008;63:511-5; discussion 516-7.
9. Obuigbo W. Breast fibroadenoma in teenage females. Turkish J Pediatr 2003;45:326-8.
10. Parker SJ, Harries SA. Phyllodes tumours. Postgrad Med J. 2001;77: 428-435.

11. Bellocq J, Magro G. Fibroepithelial tumors. In: Tavassoli F, Devilee P, editors. World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of the
12. Brunner AH, Sagmeister T, Kremer J, Riss P, Brustmann H. The accuracy of frozen section analysis in ultrasound-guided core needle biopsy of breast lesions. BMC Cancer 2009; 24(9):341.
13. Kapila K, Pathan SK, Al-Mosawy FA, et al. Fine needle aspiration cytology of breast masses in children and adolescents: experience with 1404 aspirates. Acta Cytol 2008;52:681-6.
14. Chang D, McGrath M. Management of benign tumours of the adolescent breast. Plast Reconstr Surg 2007;120:13e-19e.

**Preoperatif hasta fotoğrafı-Ana Kitle- Histopatoloji- Postoperatif 1.ay**



A-Operasyon öncesi B-Ana kitle C-Histopatolojik inceleme D-Postoperatif 1. ay

**P-097**

**Yanık Sonrası Web Kontraktürlerinin Açılması Kullanışlı Bir Yöntem: Raket El Tasarımı**

Oğuzhan Demirel, Bilgehan İlker, Can Uslu, Tevfik Balıkcı, Mehmet Bozkurt  
S.B.Ü Bağcılar E.A.H. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Yanık sonrasında, özellikle 2.veya daha ileri yanıklarda, patolojik skar gelişimi ve kontraktürlerin gelişimi hastaların günlük yaşamını doğrudan etkilemektedir. Günümüzde yanık tedavisinde dermal matris ürünleri, laser, hücresel tedaviler gibi güncel tedaviler uygulanmaktadır. Bölgelere göre incelendiğinde üst ekstremitelerde kontraktürleri hastanın günlük yaşama adaptasyonunu kısıtlamakta ve bağımsız yaşama yeteneğini azaltmaktadır. Özellikle el web kontraktürleri parmak motor fonksiyonlarını azaltması nedeniyle önem taşımaktadır. Bunun yanında rekkurens oranları yüksek ve özellikle eğer greft ile kontraktür açılıyorsa, greft konulan alanın fiziksel zorluğu ve mobilite greft sağ kalımını önemli derecede azaltmaktadır. Bu çalışmada yanık sonrasında gelişen web kontraktürlerin

açılmasına kullanışlı bir yöntem olarak "raket el tasarımı"nın sunmaktayız.

**Gereç-Yöntem:** 2016-17 yılında S.B.Ü Bağcılar E.A.H si Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğine başvuran 5 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. 2 hastanın elektirik ve 3 hastanın alev yanığı öyküsü bulunmaktadır. Hastaların web kontraktürü açılması için lokal flepler ve/veya tam kalınlıkta deri grefti işlemleri uygulanmıştır. Hastaların web aralıkları arasındaki mesafenin ve açının korunması, greft sağ kalımının arttırılması amacı ile elektirik prizinin içinde "kablo bağlantı aparatı (cable connector)" kullanılmıştır (Şekil 1). Cerrahi işlemin yapıldığı webler ile ilişkili parmaklara birer adet K teli (Krischner wire) geçilmiştir. K telinin falanks dışındaki kısmı istenilen açı ve açıklık sağlanacak şekilde bükülmüştür. Bükülen K telleri kablo bağlantı aparatının içerisine geçirilerek aparatın vidası ile tornovida veya kırık 11 bistüri ucu ile sıkıştırılmıştır. 2 haftalık takip sürecinden sonra K teli çekilmiş aparat çıkarılmıştır. Graft sağkalımı, web açıklığı ve abduksiyon/adduksiyon hareketleri değerlendirilmiştir. Hastaların ortalama takip süresi 7 aydır.

**Bulgular:** Hastaların hiçbirisinde greft kaybı yaşanmamıştır. Adduksiyon fonksiyonunda artış sağlanmıştır. Web derinliği sağlanmış olup hastaların takip sürelerinde rekkurens gözlenmemiştir.

**Sonuç-Tartışma:** Yanık tedavisi ve özellikle kontraktür tedavisi günümüzde yanık hastaları için önemli bir yer teşkil etmektedir. Web kontraktürlerin düzlemsel zorluğu ise greftlerin sağ kalımını azaltmakta ve hastanın tedaviye uyumunun zorluğu ile rekkurens oranları artmaktadır. Bu kolay elde edilebilir ve steril edilebilir "kablo bağlantı aparatı"nın istenilen açı ve aralığının ayarlanarak greft sağkalımını arttırdığını ve rekkurens oranlarını arttırdığına inanmaktayız.

**web kontraktür açılması**



1.web kontraktürü k-m plasti ile açılan hasta web aralığının korunması için tasarlanan "raket el" tasarımı

## P-098

### Subkütan Diklofenak Sodyum Enjeksiyonu Sonrası Nicolau Sendromu Gelişen Bir Olguda Gelişen Doku Hasarı Ve Rekonstrüksiyonu

Bora Özel<sup>1</sup>, Işıl Bulur<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Memorial Hastanesi Şişli, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

<sup>2</sup>Memorial Hastanesi Şişli, Dermatoloji, İstanbul

**Giriş:** İntramüsküler (IM) ağrı kesici enjeksiyonları çok sık uygulanan temel tıbbi girişimlerden biridir. Nicolau sendromu, çeşitli ilaçların kas içi enjeksiyonları sonrasında gelişen nadir bir komplikasyon olup, enjeksiyon sonrası şiddetli ağrı ile ortaya çıkar. Enjeksiyon bölgesinde lokal aseptik, cilt ve kimi zaman da kas nekrozu ile karakterizedir. Damar içine veya subkütan dokuya enjeksiyon yapılması ve ilaca bağlı akut vazospazm patogenezi en çok kabul gören hipotezlerdir. Bu olguda kendi kendine diklofenak sodyum enjeksiyonu (dikloron R) yapan bir hastanın bacak lateralinde gelişen nekroz ve rekonstrüksiyon olgusu sunulmuştur.

**Olgu sunumu:** 47 yaşında kadın hasta polikliniğimize sağ uyluk lateralinde 9\*5 cm lik derin nekrotik yara ile başvurdu. Yapılan anamnez sorgulamasında bölgeye kendi kendine dikloron enjeksiyonu yaptığını ve bu enjeksiyonlardan birinden sonra mevcut yaranın oluştuğu bilgisi alındı. Yapılan debridman ve günlük yara bakımı sonrası nekrotik dokular uzaklaştırıldı ve enfeksiyona bağlı akıntı ortadan kalktı. Genel anestezi altında yara çevresinde 2 adet perforatör el doopler usg ile tespit edildi ve bu flepleri besleyecek şekilde 2 adet V-Y ilerletme flebi tasarlanarak yara rekonstrükte edildi. Yapılan takipte lateraldeki flepte yüzeysel nekroz gelişti ve debridman yapılarak sekonder yara iyileşmesi ile takip edilerek defekt tamamen kapatıldı.

**Sonuç:** IM enjeksiyonlarda enjekte edilen ilacın kas yerine subkütan dokuya yapılması sonrasında ilaç emilimi gecikir ve böylece daha fazla doku reaksiyonu gözükür. Bu durum tıp literatürüne Nicolau sendromu olarak geçmiştir. Bu tabloda lokal doku nekrozu ile likenifikasyon olur. Bu tür durumlarla karşılaşılması için temel ve basit bir tıbbi girişim olarak bildiğimiz ve uyguladığımız IM ilaç enjeksiyonlarının tıbbi personel tarafından yapılmasını sağlamak, hastaların kendi kendine kesinlikle bu tür derin enjeksiyonları yapmamasını tembihlemek gerekmektedir. IM enjeksiyon uygularken iğne boyunun yağ dokusu fazla olan kişilerde 3,8 cm den uzun seçilmesine, iğnenin vücuda dik olarak sokulmasına, aynı bölgeye tekrarlayan enjeksiyonlardan kaçınılmasına dikkat etmek gerekmektedir.

**foto 1**



Bacaktaki nekrotik yaranın 2 V-Y ilerletme flebi ile rekonstrüksiyonu

## P-099

### Plantar Fibromatöz: Olgu Sunumu

Abbas Albayati, Atilla Adnan Eyüboğlu,  
Çağrı Ahmet Uysal, Burak Özkan,  
Nilgün Markal Ertaş

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Plantar fibromatöz veya Ledderhose hastalığı, plantar aponevrozun hiperproliferatif hastalığıdır. Dupuytren hastalığı ile benzerliği nedeni ile plantar fasyanın Dupuytren hastalığı olarak da bilinmektedir. Her yaşta görülebilmeye karşın orta yaş grubu en sık etkilenen yaş grubudur. Erkeklerde daha yaygındır ve bazen fibromatöz ile karakterize olan diğer hastalıklar ile beraber görülebilmektedir. Bu sunumda sağ ayak tabanında 5 yıldır mevcut olan plantar fibromatözü olan 50 yaşında kadın hasta sunulmaktadır.

**Vaka Sunumu:** 50 yaşında kadın hasta sağ ayak tabanında 5 yıldır var olan kitle nedeni ile kliniğimize başvurdu. Kitlenin 3 yıl önce dış merkezde eksize edildiğini ve sol 3 yıl içerisinde tekrarlandığını öğrenildi. Hasta yürümekle ve uzun süre ayakta durmakla artan ağrı kitleye eşlik ettiğini öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon, diyabetes mellitus, hiperlipidemi ve koroner arter hastalıkları vardı. Soygeçmişinde ise kardeşinin avuç içi Dupuytren hastalığı nedeni ile ameliyat olduğu öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde sağ ayak plantar yüzde yaklaşık 4x3 cm boyutlarında, sert ağrılı kitle tespit edildi (Şekil 1). Ayak deformitesi, avuç içi herhangi bir nodül veya sertlik saptanmadı. Yapılan manyetik rezonans (MR) incelemesinde plantar fasya düzeyinde ayak medial kesiminde orta hatta yaklaşık 20x9 mm boyutunda nodüler kalınlaşma izlenmekte olup plantar fasya içerisinde ve medial kesimde plantar fasya dışına da uzanım gösteren nodüller yumuşak doku komponentleri tespit edildi. Hastaya spinal anestezi altında operasyon planlandı. Ayak plantar yüzde kitlenin olduğu alanda "S" şeklinde 5 cm uzunluğunda insizyon yapıldı. Keskin diseksiyon ile subkutan doku alttaki plantar fasyadan disseke edildi. Böylece kitleyi içeren plantar fasya izole edildi (Şekil 2) ve fasyanın proksimal kısmında insizyon yapıldı. Distale doğru devam eden fasya altı diseksiyon ile bu planda bulunan plantar arter ve sinirleri koruyarak, plantar fasya alttaki kas grubundan ayrıldı (Şekil 3). Çıkarılan spesimen histopatolojik incelemeye gönderildi (Şekil 4). İnsizyon hattı gergin olmayan bir şekilde primer suture edildi. Histolojik incelemede fibroplastik çoğalma, aktin ve paranökleer pozitiflik ile karakterize, plantar fibromatizis ile uyumlu bulgular saptandı. Hastanın yarısı komplikasyonsuz iyileşti ve üç aylık izlem süresince ağrı veya nodül gözlenmedi.

**Tartışma ve Sonuç:** Plantar fibromatosis veya Ledderhose hastalığı, nadir, sebebi bilinmeyen plantar aponevrozun hiperproliferatif hastalığıdır. İlk olarak 1894 yılından George Ledderhose tarafından tanımlanmıştır. Vakaların %5-10'unda palmar fasyanın Dupuytren hastalığı, ve %1-3'ünde penisin tunica albugenianin Peyronie hastalığı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Plantar fibromatosis her yaşta görülebilir olmasına karşın orta yaş grubu ve yaşlı erkek hastalarda daha sık görülür. Plantar fibromatosisin tanısı klinik olarak konulur ve tanıyı doğrulamak için ultrason ve manyetik rezonans gibi radyolojik tetkikler de yapılabilir. Lezyonlar ayağın medial kısmında asemptomatik yavaşça büyüyen kitle olarak başlayıp zamanla ağırlı hale gelebilirler. Her iki plantar fasya etkilenebilir. Plantar fasyanın distal falankslara kadar uzanımı olmadığı için çevredeki önemli anatomik yapılarda retraksiyon görülmesi nadirdir. Ayrıca tanısında plantar fasiit, ganglion kist, plantar fasyanın kronik rüptürü, sinir kılıf tümörleri ve sarkomlar akla gelmelidir. Cerrahi dışı tedavi seçeneklerinde intralezyonel

kortikosteroid ve kollajenaz enjeksiyonu, anti-inflamatuvar ilaçlar, fizyoterapi, şok dalga tedavisi ve radyoterapi yer almaktadır. Cerrahi olmayan tedavi yöntemleri semptomların geçirmesinde etkili olmadığı halde cerrahi operasyona karar verilir. Sunduğumuz vakada cerrahi olmayan tedavilere yanıt vermemesi, lezyonun nüks olması ve anlamlı maluliyete neden olması sebebi ile hastaya cerrahi operasyon planlandı. Subtotal fasiyektomi hastalığın standart cerrahi tedavisidir. Total plantar fasiyektominin nüks oranını düşürdüğü bildirilmiştir. Plantar fibromatozis sebebi bilinmeyen nadir bir benign lezyondur. Hastalık klinik olarak teşhis edilir ancak radyolojik tetkikler de tanı koymakta yardımcı olabilir. Palmar fibromatozis ve peyroni hastalıkları eşlik ettiği unutulmamalıdır. Yüksek nüks oranına karşın soliter nodüller ve subtotal fasiyektomi uygun bir tedavi seçeneği olduğunun kanaatindeyiz.

## Referanslar

1. Tolga Eryılmaz. Plantar fibromatozis. Turk J plast Surg. Cilt18, Sayı2 2010.
2. Gafuroğlu TU et al. Palmar-Plantar Fibromatosis and Knuckle Pads. J PMR Sci 2016; 19: 50-54
3. Adominique Fausto De Souza et al. Ledderhose Disease, An Unusual Presentation. J Clin Aesthet Dermatol. 2010;3(9):45-47
4. Y. Omor, B. Dhaene, S. Grijseels, and S. Alard. Ledderhose Disease: Clinical, Radiological (Ultrasound and MRI), and Anatomopathological Findings. Case Reports in Orthopedics. Volume 2015, Article ID 741461.
5. Bruno Gonçalves Schröder e Souza et al. Surgical Treatment of a Case of Ledderhose's Disease: A Safe Plantar Approach to Subtotal Fasciectomy. Case Reports in Orthopedics. Volume 2015, Article ID 509732.

## Sekil 1



Sağ ayak tabanında plantar fibromatöz.

## P-100

## Konjenital İnfantil Dijital Fibromatozis

Selma Sönmez Ergün<sup>1</sup>, Reşit Burak Kayan<sup>1</sup>,Mustafa Ekrem Güleş<sup>1</sup>, Zeynep Tosuner<sup>2</sup><sup>1</sup>Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Bezmialem

Tıp Fakültesi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, İstanbul

<sup>2</sup>Patoloji AD, Bezmialem Tıp Fakültesi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, İstanbul

**Amaç:** İnfantil dijital fibromatozis (IDF) (Reye tümörü) genellikle bir veya daha fazla parmağı etkileyen, miyofibroblastların benign proliferasyonu sonucu oluşan nadir bir tümördür. 1 yaş civarında görülürse de nadir olarak konjenital başlangıçlı olan olgular da bildirilmiştir. El ve ayak başparmakları dışındaki parmakların distal falankslarının lateral ya da dorsal yüzünde yerleşim gösterirler. IDF ayırıcı tanısına giren diğer fibromatozislerden (infantil fibromatozis, infantil lipofibromatozis, kalsifiye aponevrotik fibroma ve palmar-plantar fibromatozis) tümör hücrelerinin sitoplazmasında eozinofilik inklüzyon cisimciklerinin görülmesiyle ayırt edilirler.

Bu sunumda, sol ayağında konjenital dijital fibromatozisi olan ve cerrahi olarak tedavi edilen 2 yaşındaki erkek olgu sunulmaktadır.

**Gereç-Yöntem:** 2 yaşındaki erkek hasta; sol ayak 2. parmak distal falanksında doğuştan itibaren mevcut olan lezyonun giderek büyümesi, kanaması ve ayakkabı giymede güçlük yaşaması şikayetleri ile getirildi. Yapılan muayenede, sol ayak 2. parmak distal falanksının dorsal ve lateral yüzlerini içine alan pembemsi-kırmızı renkte lezyon ile pulpa kısmını da içine alan nekroze bir kabuğun olduğu gözlemlendi (Resim 1). Genel anestezi ve turnike altında nekroze kabuk kaldırılarak lezyon eksize edildi. Lezyon eksize edildiğinde tabanının oldukça dar olduğu gözlemlendi. Tırnak yatağının salim olduğu görüldüğünden tırnak yatağına silikon atel yerleştirilip yağlı pansuman yapılarak ameliyat sonlandırıldı. Ameliyat sonrasını sorunsuz geçiren olgunun patoloji sonucunun dijital infantil fibromatozis olduğu bildirildi (Resim 2). 19 aylık takipte yineleme gözlenmedi (Resim 3).

**Tartışma:** IDF; el ve ayak parmaklarının (başparmaklar hariç) distal falankslarının dorsal ve lateral yüzlerini tutan, düzgün yüzeyli, sert kıvamlı, kırmızımsı renkli, tek ya da daha fazla sayıda olabilen nodülleridir. Tipik olarak yaşamın ilk yılında gelişmeler de olgumuzda olduğu gibi konjenital olanları da mevcuttur (1,2). Yavaş büyüme dönemini birkaç ay süren hızlı büyüme dönemi izler. Nodüller 2cm'lik çapa ulaşınca dek büyüyebilirler. Sonra skar bırakmadan spontan gerileme olana dek (1 ila 10 yıl, ort. 2-3 yıl) tümör büyüklüğü stabil kalabilir. Spontan olarak gerileyebildiği için, cerrahi girişim (eksizyon, deri grefti uygulaması) işlevsel bozukluk oluştuğunda uygulanmalıdır. Eksizyon sonrası yineleme oranının yüksek olduğu (% 75) bildirilmektedir (3,4). Tedavisinde imiquimod, interferon α ve INFγ gibi topikal ajanlarla topikal ve intralezyonel kortikosteroidler kullanılsa da başarılarının sınırlı olduğu bildirilmektedir (5).

**Sonuç:** IDF olgularında spontan gerilemenin olması nedeniyle biopsi ile tanı konulduktan sonra konservatif tedavinin sürdürülmesi, cerrahi girişimin ise olgumuzda olduğu gibi tümörün büyümesi nedeniyle işlevsel ve kozmetik bozukluğun geliştiği olgularda uygulanması gerekmektedir.

## Kaynaklar:

1. Gaurkar SP, NikaM MP, Paithankar SS, Mirgunde SP. Infantile Digital Fibromatosis: A Rare Case Report. Indian J Dermatol 2016;61:222-4
2. Kanwar AJ, Kaur S, Thami GP, et al. Congenital infantile digital fibromatosis. Pediatr Dermatol 2002;19:370-1.

3.Heymann WR. Infantile digital fibromatosis. J Am Acad Dermatol 2008;59:122-3.

4. Niamba P, Léauté-Labrèze C, Boralevi F, et al. Further documentation of spontaneous regression of infantile digital fibromatosis. Pediatr Dermatol 2007;24:280-4.

5. Berman B, Harrison-Balestra C, Perez OA, et al. Treatment of keloid scars post-shave excision with imiquimod 5% cream: A prospective, double-blind, placebo-controlled pilot study. J Drugs Dermatol 2009; 8:455-8.

#### Resim 1



Olgunun sol ayağının pre ve postoperatif görünüşleri.

#### P-101

#### Parmakucunda Aşırı Hassasiyet Nedeni Olarak Glomangioma: Olgu Sunumu

Serdar Tunçer<sup>1</sup>, Sadık Server<sup>2</sup>, Vuslat Özer<sup>3</sup>, Cuyan Demirkessen<sup>4</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

<sup>4</sup>Acibadem Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Glomus tümörleri, deride sıcaklık ve kan basıncına göre kan akışını sağlayan kontraktıl hücre birikimleri olan glomus cisimciklerinden köken alır.1 Eldeki kitlelerin %1-5'ini oluştururlar.2 Genellikle benign yapıda tümörler olup, tek halde veya multipl (glomangioma) olabilirler. Glomus tümörler histopatolojik olarak 3 farklı alt tipe ayrılırlar: solid glomus tümör, glomangioma, glomangiomyomadır. Glomus tümörleri en sık olarak parmakucunda tırnak altında yerleşir. Bu yerleşim yeri ve de tümör içinde çok miktarda duyu sinir ağs olması nedeniyle en sık görülen semptom, ele gelen bir kitle olmadan aşırı derecede hassasiyettir. Burada, sol el işaret parmağında yaklaşık iki yıldır süregelen aşırı hassasiyet şikayeti ile başvuran, fizik muayene, MR görüntüleme, eksizyonel biopsi ve histopatolojik inceleme sonucunda glomangioma tanısı konan bir hasta sunulacaktır.

Olgu: 13 yaşında erkek hasta, sol el işaret parmak pulpasının orta hizası ve ulnar tarafında dokunmaya karşı aşırı hassasiyet ve ağrı ile başvurdu. Şikayetleri iki yıl kadar önce başlamıştı. Bu bölgeye herhangi bir travma hatırlamadığını söyledi. O dönemden beri de parmağını hiç kullanamıyor, hatta ağrı nedeniyle o parmağını sürekli bükük olarak kullanmak zorunda kalıyormuş. Fizik muayenede, inspeksiyonda belirtilen sahada herhangi bir skar yoktu, palpasyon ile kitle ele gelmedi. Palpasyonda ve de özellikle perküsyonda bu bölgede acı şeklinde ifade ettiği aşırı duyarlılık vardı. Şikayetleri nedeniyle bu iki yıllık süre içinde birkaç doktora gitmiş, bir yıl önce EMG yapılmış ve normal bulunmuş. Bir yıl önce de kontrastsız bir MR çekilmiş ve normal olarak rapor edilmiş. Yukarıdaki bulgular ışığında hastanın elindeki MR yeniden incelendi, hassas olan bölgede şüpheli bir kitle olduğu görüldü. MR kesitleri radyolog ile tartışıldı ve çekimin yeterli kalitede olmaması nedeniyle yeniden ve kontrastlı olarak MR çekilmesine karar verildi. Yeni MR görüntülemesinde, sol el 2. Parmakta distal falanks orta seviyesinde, kemiğe bitişik ancak erozyona neden olmayan, yaklaşık 4mm çaplı, belirgin derecede kontrast tutan kitle görüldü. Hasta genel anestezi altında ameliyat edildi. Ulnar tarafta kitle üzerinden yapılan düz kesi ile girildi ve deri altında kitle görüldü. Kitleye üç noktadan damar girdiği görüldü, bunlar 8/0 ethilon iplik ile bağlandıktan sonra kesildi ve kitle bütünüyle çıkarıldı. Histopatolojik inceleme sonucunda glomangioglioma tanısı kondu. Ameliyat sonrasında herhangi bir komplikasyon görülmedi ve hastanın şikayeti düzeldi.

Tartışma: Glomus tümörlerinin tanısı genellikle klinik muayene ve görüntüleme ile konur. Fizik muayenede en yararlı testler Love'in iğne (pin) testi ve Hildreth testidir. Bunlar haricinde transilluminasyon, tırnak yatağı dermatoskopisi de yapılabilir. Pin testinde, toplu iğne başı, kalem ucu, K teli ucu gibi bir cisimle noktasal bası sonucunda hastanın çok şiddetli ağrısı olması glomus lezinedir.3 Hildreth testinde parmak turnike ile boşaltılır, ağrının kaybolması glomus lezinedir. Bhaskaranand ve Navadgi'ye göre soğuk duyarlılığı ve Hildreth testlerinin duyarlılığı sırasıyla %100 ve %74, özgünlüğü ise her ikisinde de %100 idi. Love'in iğne testinde duyarlılık %100 olarak bildirilmiştir.4 Radyolojik incelemeler arasında direkt grafler sınırlı bilgi verir, çünkü hastaların ancak %25'inde kortikal erozyon vardır. Doppler'de hipervaskülarite görülebilir. Ancak, en değerli inceleme MR olup, modifiye teknik kullanıldığı takdirde 1-2 mm'lik lezyonları bile göstermek mümkündür.5 Bizim hastamızdaki glomus tümörü, nadir rastalanan bir tip olan glomangioglioma idi. Glomangiomyomaların farkı düz kasa benzeyen uzamış glomus hücreleri içermeleri ve düz kas aktini için pozitif boyanmalarıdır. Diğer glomus tümörlerinin aksine, klasik semptomları göstermeyebileceği bildirilmiştir. Ancak bunun histolojik özelliğine mi bağlı olduğu yoksa daha önceden de bildirilen olgularda olduğu gibi solid organlarda olmasına mı bağlı olduğu tartışmalıdır. Bizim olgumuz da Hildreth testinin negatif olması haricinde tipik özellikler göstermekteydi. Bu olguda en önemli noktanın, uzun süren parmak aşırı duyarlılığı ya da ağrılı olan hastalarda, özellikle fizik muayenenin ve görüntülemenin çok dikkatli bir şekilde yapılarak yalancı bir negatif sonucun engellenmesi olduğunu düşünüyoruz.

#### Kaynaklar:

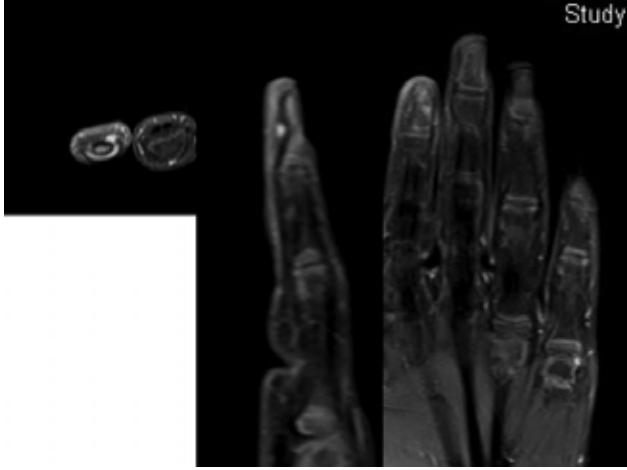
1. Calduch L, Monteagudo C, Martinez-Ruiz E, Ramon D, Pinazo I, Carda C, Jorda E. Familial Generalized Multiple Glomangioma: Report of a New Family, Immunohistochemical and Ultrastructural Studies and Review of the Literature. Pediatr Dermatol. 2002;19(5):402-408
2. Chou T, Pan SC, Shieh SJ, Lee JW, Chiu HY, Ho CL. Glomus tumor: Twenty year experience and literature review. Ann Plast Surg. 2016;76 Suppl 1:S35-40

3. Maehara L de S, Ohe EM, Enokihara MY, Michalany NS, Yamada S, Hirata SH. Diagnosis of glomus tumor by nail bed and matrix dermoscopy. An Bras Dermatol 2010; 85(2): 236-238.

4. Bhaskaranand K, Navadgi BC. Glomus tumor of the hand. J Hand Surg Br. 2002; 27(3):229-231

5. Sorene ED, Goodwin DR. Magnetic resonance imaging of a tiny glomus tumour of the fingertip: a case report. Scand J Plast Reconstr Hand Surg. 2001;35:429-431

#### MR görüntüsü



Kontrastlı MR'da parmakucundaki kitle net bir kontrastlanma ile birlikte görülüyor

#### P-102

#### Redüksiyon Mammoplastinin Cinsel Yaşam ve Evlilik Uyumu Üzerine Etkileri

Meltem Ayhan Oral<sup>1</sup>, Cem Aslan<sup>2</sup>, Murat Tüzüner<sup>1</sup>, Ersin Akşam<sup>1</sup>, Fatma Buse Çapkinoğlu<sup>3</sup>, Demet Gülpek<sup>4</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>Ordu Devlet Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ordu

<sup>3</sup>Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Adana

<sup>4</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş:** Makromasti hastaları, hipertrofik memelerinin cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkilediklerinden yakınır. Cinsel yaşamın merkezinde olan bir organın deformitesinin düzeltilmesi, hastaların cinsel yaşamını olumlu yönde etkileyeceği düşünülebilir. Bu prospektif çalışmanın amacı redüksiyon mammoplasti ameliyatlarının hastaların cinsel yaşamlarına, evlilik uyumlarına ve psikolojik durumlarına olan etkisini araştırmaktır.

**Hastalar ve Yöntem:** Çalışmada deney ve kontrol grubu olarak iki grup oluşturuldu. Deney grubuna (n=25) makromasti nedeniyle opere olan hastalar, kontrol grubuna (n=23) benzer demografik özelliklere sahip ancak opere olmamış hastalar dahil edildi. Deney grubundaki hastalara ameliyat öncesinde ve ameliyattan altı ay sonra vücut algısı (Body Cathexis Scale), kendine saygı (Rosenberg Self-Esteem Scale), anksiyete (Beck Anxiety Inventory) ve depresyon (Beck Depression Inventory) durumları, cinsel tatmin (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction) ve evlilik uyumları (Dyadic Adjustment Scale) anketleri uygulandı. Aynı anketler kontrol grubundaki hastalara da

uygulandı.

**Bulgular:** Ameliyat öncesi ve sonrası testlerin karşılaştırılmasından elde edilen sonuçlara göre; deney grubundaki kadınlar vücut algısı ve kendine saygıda gelişme kaydederken, anksiyete ve depresyon durumlarında azalma görüldü. Cinsel tatminde ise ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası değerlendirmelerde anlamlı fark bulunmadı. Deney ve kontrol grubunun sonuçlarının karşılaştırılmasında sadece ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü.

**Sonuç:** Bu çalışma redüksiyon mammoplasti ameliyatlarının vücut algısı ve kendine saygı üzerine olumlu etkileri olduğunu, anksiyete ve depresyon oranlarını düşürdüğünü göstermiştir. Bunlara karşı hastaların cinsel tatminleri üzerine herhangi bir etkisi gözlenmemiştir. Kadın cinsel davranışının fizyolojik, anatomik ve psikolojik faktörler ile olan karmaşık yapısının bu durumun sebebi olduğu görüşündeyiz.

**Tablo 1**

|                                                |         | Experimental group |      | Control group |              |      | P*   |
|------------------------------------------------|---------|--------------------|------|---------------|--------------|------|------|
|                                                |         | Avr.±SD            | Min. | Max.          | Avr.±SD      | Min. | Max. |
| Rosenberg Self-Esteem Scale                    | Pre-op  | 0.8±1.08           | 0    | 4             | 0.87±1.18    | 0    | 5    |
|                                                | Post-op | 0.56±0.82          | 0    | 3             | 0.87±1.18    | 0    | 5    |
| Body Image Scale                               | Pre-op  | 91.32±24.15        | 44   | 131           | 91±21.04     | 53   | 137  |
|                                                | Post-op | 84.04±20.95        | 40   | 113           | 91±21.04     | 53   | 137  |
| Beck Depression Inventory                      | Pre-op  | 7.4±6.3            | 0    | 27            | 5.04±4.14    | 0    | 20   |
|                                                | Post-op | 5.68±5.16          | 0    | 22            | 5.04±4.14    | 0    | 20   |
| Beck Anxiety Inventory                         | Pre-op  | 16.56±12.19        | 0    | 46            | 8.09±7.8     | 1    | 38   |
|                                                | Post-op | 9.64±8.12          | 0    | 30            | 8.09±7.8     | 1    | 38   |
| Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction | Pre-op  | 53.8±8.87          | 38   | 69            | 47.04±14.87  | 18   | 79   |
|                                                | Post-op | 53.68±6.11         | 40   | 66            | 47.04±14.87  | 18   | 79   |
| Dyadic Adjustment Scale                        | Pre-op  | 98.56±26.59        | 58   | 145           | 111.96±21.67 | 48   | 141  |
|                                                | Post-op | 101.48±24.84       | 59   | 140           | 111.96±21.67 | 48   | 141  |

Kontrol ve deney gruplarına uygulanan testlerin istatistiksel sonuçları

#### P-103

#### E Vitaminin Dudak Dolgusu Olarak Yasal Olmayan Kullanımı ve Sonuçları

Muhammet Ömür Ersin Altun, Gökhan Efe, Hasbi Mert Meral, Ümit Naci Karaçal  
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

**Giriş:** Dolgu materyalleri, hızlı iyileşme süreleri ve kısa sürede ortaya çıkan etkinlikleri nedeniyle yüz rejuvenasyonunda günden güne popüler hale gelmektedirler. Uygulama sayılarının artması, dolgu materyallerinin türlerinde, uygulama bölgelerinde ve uygulama şekillerinde yeni birçok seçeneğin ortaya çıkmasını da sağlamıştır. Fakat bu durum komplikasyon sayılarında ve çeşitlerinde de artışı beraberinde getirmiştir. Ayrıca dolgu uygulamanın artan popülerliği, alloplastik materyallerin kötüye kullanımlarını

ve yetkisiz kişilerin de uygunsuz şartlarda uygulamalar yapmasına da neden olmaktadır. Uygunsuz alloplastik materyallerden en sık kullanılanlarından birisi de yağlı vitamin preparatlarından olan E vitamini. Bu makalede, dudağına yetkisiz kişilerce dolgu materyali olarak E vitamini uygulanan bir olgu sunulmuştur.

**Vaka:** 18 Kasım 2016 tarihinde, 25 yaşında bayan hasta dudağına dolgu materyali olarak 2 ampul E vitamini preparatı (Evigen Ampul 2cc) kullanımından 2 hafta sonra kliniğimize başvurdu. Hastanın gittiği bayan kuaförü tarafından kuaför salonunda uygulamanın gerçekleştirildiği öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde ciddi periorbital ödem, eritem, dudaklarda hassasiyet, ağzı açmakta güçlük ve periorbital hipoestezi mevcuttu. Cilt altında ise elle muayene edilebilir belirgin bir nodül bulunmamaktaydı. Hastanın genel muayenesinde veya kan tetkiklerinde ise herhangi bir sistemik bulguya rastlanmadı. Yapılan fizik muayene ve tahliller sonucunda hastaya Plastik Cerrahi servisinde yatarak tedavi önerildi. Fakat hastanın yatarak tedaviyi reddetmesi sonucu hastaya oral antibiyoterapi, antihistaminik ve non-steroid antiinflamatuvar tedavisi başlandı. 1 hafta sonra hastanın semptomlarında kayda değer bir azalma sağlandı. Ödemin ve eritemin tamamen geçmesi ise 4 hafta sonra gerçekleşti.

**Sonuç Ve Tartışma:** Dolgu maddesi uygulamaları, dünyada en sık tercih edilen 2. non-invaziv kozmetik işlem olsa da özenle yapılmadığı takdirde ciltaltı granülomlardan ölüme çeşitli komplikasyonlar ile karşı karşıya kalılabilmektedir. Onaylanmamış ürünlerde ise bu komplikasyonlar çok daha öngörülemez durumdadır ve bu ürünlerin başında yağlı E ve A vitamini preparatları gelmektedir. E ve A vitaminlerine bağlı komplikasyonlar ise hipervitaminozlar hariç daha çok beraberlerindeki yağlı süspansiyonlardan kaynaklanmaktadır. Yetkisiz kişilerce yapılan uygulamalar ve onaylanmamış dolgu materyallerinin kullanımları ise tedavisi güç olan, öngörülmesi güç ciddi komplikasyonlar ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu nedenle dolgu uygulamalarının tecrübeli hekimlerce, uygun ürünlerle yapılmasının gerekliliğinin hastalara anlatılması ve hastaların olası komplikasyonlar hakkında önceden bilgilendirilmesi önem arz etmektedir.

#### Resim 1



E Vitamini ile dudak dolgusu uygulaması sonrası 2. haftada hastanın periorbital ödeminin görünümü

#### P-104

### Hidradenitis Suppurativa Rezeksiyonu Sonrasında TDAP Flebi ile Aksiller Rekonstrüksiyon

Emrah Kağan Yaşar<sup>1</sup>, Mehdi Asadov<sup>1</sup>,  
Can İlker Demir<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>TC Sağlık Bakanlığı, Bingöl Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

**Giriş:** Hidradenitis süpurativa apokrin bezlerin sıklıkla kasık, aksilla perineal, perianal bölgelerde rekürren apseler, sinüs traktları ve skarlarla karakterize kronik inflamatuvar hastalığıdır. Hidradenitis süpurativanın kronik ve nükseden natürü ciddi ağrı, kısıtlanmış hareket aralığı ve sosyal izolasyon nedeniyle fiziksel ve psikolojik hasara neden olmaktadır.<sup>1</sup> Konservatif tedaviler hidradenitis süpurativanın rekürrensini çoğu zaman önleyemediği için, etkilenmiş bölgede tüm apokrin glandların cerrahi eksizyonu kesin tedavi olarak görülüyor.<sup>2</sup> Eksizyon sonrası oluşan küçük defektler sekonder iyileşmeye bırakılabilir ya da primer onarılabilir. Geniş defektlerde kısmi kalınlıkta deri grefti veya fleple onarım gerekir.<sup>1</sup>

**Amaç:** Torakodorsal arter perforatör (TDAP) flebinin aksiller hidradenit nedeniyle yapılan rezeksiyon sonrasında oluşan defektin rekonstrüksiyonunda kullanılabilirliğini ve avantajlarını göstermek.

**Olgu:** Yaklaşık dört yıldır her iki koltuk altında akıntılı, ağrılı lezyonlar tarifleyen 48 yaşında erkek hasta sağ aksiller hidradenitis suppurativa nedeniyle tarafımıza başvurdu. Operasyon öncesinde el Doppler cihazı ile planlanan flebin perforatörleri bulundu işaretlenmesi yapıldı. Sağ lateral dekübit pozisyonda sağ aksiller bölgedeki klinik olarak hidradenitis suppurativa tanılı, yaklaşık olarak 11x8 cm boyutlu alandaki lezyon metilen mavisi enjeksiyonu sonrasında, sağlam cilt sınırından total olarak rezeke edildi. Oluşan defektin rekonstrüksiyonu amacıyla yaklaşık 12x6 cm boyutlarında torakodorsal arter perforatör bazlı (TDAP) flep eleve edildi. Defekt ile flep alanı arasında kalan sağlam cilt arasından tünelize edilen flep defekt alanına adapte edildi. Donör alan kanama kontrolü sonrasında 2 adet hemovac dren konularak primer onarıldı ve işlem sorunsuz şekilde sonlandırıldı.

**Sonuç:** TDAP flep operasyonunun diğer cerrahi yöntemlere nazaran birçok avantajları mevcuttur. Defekte taşınan cildin renk, kalınlık ve doku özellikleri aksilla cildi ile benzer özelliktedir. TDAP flebinin boyutları aksiler bölgede eksizyon sonrası oluşan retraksiyonu önlemede etkilidir.<sup>1</sup> Operasyon sonrası uzun dönem takiplerde yapılan kantitatif ölçüm metodlarıyla kol abduksiyonu, kol ve omuz mobilitesinde operasyon öncesi dönemle karşılaştırıldığında kayda değer artış gözlemlenmiştir.<sup>2</sup> Flebin elmas şekilli görünümü aksiller bölgenin anatomik görünümü ile benzer özelliktedir. Flebin donör saha morbiditesi minimaldir.<sup>1</sup> Bu özellikler sayesinde aksiller hidradenitis cerrahisi sonrası TDAP flebi aksiller rekonstrüksiyonda başarılı bir rekonstrüksiyon yöntemidir.

#### Kaynaklar:

- 1.Experience Using the Thoracodorsal Artery Perforator Flap in Axillary Hidradenitis Suppurativa, Cases Carlos, Laredo Ortiz, Virginia López Castillo, Francisco Solesio Pilarte, Elena Lorda Barraguer, Aesthetic Plastic Surgery, Volume 34, Issue 6, pp 785-792, December 2010.
- 2.The Thoracodorsal Artery Perforator Flap in the Treatment of Axillary Hidradenitis Suppurativa: Effect on Preservation of Arm Abduction, Fa'bio F. Busnardo, M.D., Ph.D.Pedro S. Coltro, M.D.Marcelo V. Olivan, M.D.Ana Paula

V. Busnardo, O.T.Marcus C. Ferreira, M.D.,Ph.D. Plastic and Reconstructive Surgery, Issue October 2011.

#### Operasyon öncesi ve sonrası görüntüler



a) Operasyon öncesi görüntü b) Operasyondan 10 gün sonrası görüntü c) TDAP flebin kaldırılması d) ameliyat sonrası erken görüntü ve donör saha

#### P-105

#### Tibia Defektlerinin İpsilateral Fibula Flebiyle Rekonstrüksiyonu

Cenk Demirdöver, Hüsnü Hacı, Hasip Şamil Yazgan, Fatih Alp Öztürk, Alper Geyik  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş:** Travma sonrası ve tümör rezeksiyonu sonrası oluşan tibia defektlerinin onarımı zorlu bir rekonstrüktif süreçtir. Rekonstrüksiyon seçenekleri arasında allogreftler, vaskülarize fibula grefti (pediküllü ya da serbest flep) ve kemik greftleri bulunmaktadır. (1) Rekonstrüksiyonun en önemli amaçları kemik defekti onararak yük taşımayı sağlamak ve ekstremita uzunluğunu koruyarak yürümeyi sağlamaktır.

**Olgu 1:** 68 yaşında kadın hastaya 7 yıl önce düşme sonrası oluşan sağ tibia fraktürü nedeniyle açık redüksiyon internal fiksasyon uygulanmış. İnternal fiksatörün kırılması üzerine 2 defa refiksasyon yapılmış. Stabilitate sağlanamayan hastanın plaklarının kırılması sonrası oluşan defekte iliak kemik grefti ve internal fiksasyon uygulanmış. Bu tedavinin de yük taşımada yetersiz kalması sonucu kemik greftlerinin ve nekrotik dokuların debridmanı sonrası İlizarov eksternal fiksatör uygulanmış. Osteomyelit gelişmesi üzerine eksternal fiksatörü ortopedi tarafından çıkarılarak defekte antibiyotik içeren kemik sement uygulanmış. Takipleri sırasında kemik sementin pretibial ciltten ekspoze olması üzerine hastaya dizaltı amputasyon önerilmiş. Bunun üzerine kliniğimize başvuran hastanın muayenesinde sağ bacak üst 1/3 te ön yüzde 6x4 cm ve 1x1 cm doku defekti olduğu ve kemik sementin ekspoze olduğu izlendi. Hasta operasyona alınarak plaklar ekstrakte, kemik sement ve nekrotik dokular debride edildi. Tibial kemik defektinin boyu 6 cm olarak ölçüldü. Aynı bacadan 14 cm uzunluğunda fibular osteomuskuler flep peroneal arter

bazlı olarak eleve edildi. 180 derece rotasyon yaptırılarak her iki ucu tibia proksimal ve distal medullaya yerleştirildi. Plak ve vidalarla fiksasyon sağlandı. Cilt defekti bilateral eleve edilip ilerletilen fasiyokutan ilerletme flepleriyle onarıldı. Postop 5. günde drenleri çekilen hasta 6 ay sonra kontrollü mobilizasyona başladı. Takiplerinin 2. yılında olan hastada herhangi bir postop komplikasyon görülmemiş olup ambulasyonuna yarımsız devam edebilmektedir.

**Olgu 2:** 26 yaşında erkek hasta yakın mesafeden ateşli silahla yaralanma sonucu sağ bacak ön yüzde proksimal 1/3 te yaklaşık 12x8 cm boyutlu, tabanında kemik doku defekti, cilt ve kas defekti içeren açık yaralanması mevcut. Yapılan doppler USG de her üç arterde de yaralanma proksimali ve distalinde trifazik akım paterni izlendi. Gustilo-Anderson sınıflamasında tip 3b ye uyan bu yaralanma yaklaşık 2 hafta pansumanla ve vakum yardımcı kapamayla takip edildikten sonra rekonstrüksiyon planlandı. Perop yapılan debridman sonrası tibia proksimalinde 8 cm kemik defekt olduğu görüldü. İpsilateral pediküllü fibula flebi planlandı. Fibular artery diseke edilerek korundu ve 15 cmlik fibula segmenti pedikülü korunarak ve etrafındaki kas dokusuyla birlikte eleve edildi. 180 derece rotate edilerek tibia defektine getirildi ve tibia proksimali ile distaline medullaya yerleştirildi. Plak ve vidalarla fiksasyon sonrası doku defektini kapatmak amacıyla gastroknemius lateral başı proksimal pediküllü olarak eleve edilerek defekte transpoze edilerek kemik ve plakların üzeri örtüldü. Kas dokunun üzeri sağ uyluktan alınan kısmi kalınlıkta deri greftiyle kapatılarak rekonstrüksiyon tamamlandı. Postop 4. günde drenleri çekilen hasta 6 ay sonra kontrollü mobilizasyona başladı. Takibinin 10. ayında olan hasta yarımsız olarak mobilize olabilmektedir.

**Sonuç:** Tibia defekti olan hastalara karşı bacakta morbidite yaratmamak ve mikrovasküler cerrahi komplikasyonlarından kaçınmak amacıyla pediküllü fibula flebi uygulanmış ve hastanın ambulasyonu sağlanmıştır. Klinik deneyimlerin gösterdiği gibi iliak krest, radius, skapula gibi donör alanlardan elde edilen kemik greftleri yeterli direnci gösterememekte, ayrıca çepeçevre kortikal kemik desteği sağlayamamaktadır. Fibulanın yapısal özellikleri, güç, şekil, uzunluk, sınırlı donör saha morbiditesi gibi avantajları nedeniyle ekstremitelerdeki (özellikle 6 cm den büyük) uzun kemik defektlerin rekonstrüksiyonunda uygun bir seçenek olarak durmaktadır. (2) Aynı ya da karşı bacadan serbest flep olarak kullanılabileceği gibi, pediküllü intakt ise aynı bacadan pediküllü olarak da kullanılabilmektedir. Cilt ve yumuşak doku defekti olan hastalarda özellikle karşı bacadan alınan serbest fibula flebine cilt adası da dahil edilerek cilt defekti de onarılabilir.

1- Management of post-traumatic bone defects of the tibia using vascularised fibular graft combined with Ilizarov external fixator.

Injury. 2016 Apr;47(4):969-75. doi: 10.1016/j.injury.2016.01.033. Epub 2016 Feb 11

2- Versatility of the microvascular fibular flap in limb reconstruction

Cir Cir. 2016 May-Jun;84(3):213-9. doi: 10.1016/j.circir.2015.08.004. Epub 2015 Dec 29

Resim-1



başlayarak karpometakarpal seviyeye uzanan elin 2-3-4-5 ekstsör tendonlarını saran T2 de artmış hiperintens sinyale sahip kitle lezyonu görüntüldü. (Şekil 1a-1b) Hastaya operasyon planlandı. Aksiller blok anestezisi ve turnike altında S insizyonla ekstsör retinakulum üzerine düşüldü. Ekstsör retinakulum altında 2-3-4-5 parmak ekstsör tendonların sinoviyumlarıyla sıkı vasküler bağlantıları olan spongios görünümlü sınırları superior inferior doğrultuda tendon kılıfını çevreleyerek seyreden kitle tespit edildi. Kitle ekstsör retinakulum altından tendonları koruyarak sinoviya kalmayacak şekilde distale kadar takip edildi ve eksize edildi. (Şekil 1c-1d) Kitlenin tendonlara invaze olmamış olduğu tespit edildi. Çıkarılan kitle patolojik incelemeye gönderildi. El atele alındı. Patolojik incelemede tendon kılıfları içinde genişlemiş kavernoöz sinoviyal hemanjiom tanısı konuldu. Erken ve geç dönem komplikasyonla karşılaşılmaı. 6. Aydaki takibinde nüks görülmedi.

**Tartışma ve Sonuç:** Literatürde sinoviyal hemanjiom ile ilgili vaka sayısı oldukça azdır. El bölgesinde fleksör tendonda, tek ekstsör tendonlarda bildirilmiş vakalar bulunmakla birlikte çoklu tendonları içeren olgular literatürde bulunmamaktadır. Klinik görünümü ganglion kisti veya tendon dev hücreli tümörlerle karışmakla birlikte tanı konulması için USG yeterli gelmemektedir. MR incelemede T2 de hiperintens görünüm hemanjiomları düşündürse de tenosinovit veya tenosinovit seyreten tendon tümörlerinden net ayrımı yapılamayabilir. Kesin tanı patolojik inceleme ile konulurken cerrah tarafından kitlenin spongios vasküler yapısının tarif edilmesi patolojik için uyarıcı olacaktır. Tendon invazyonunun gelişmediği vakalarda sinoviyal hemanjiomların takip edilerek total eksize edilmesinin rekürrensleri azaltacağını ve tedavide yeterli olacağını düşünüyoruz.

Şekil



1a-b farklı kesitlerde el bileğinde hiperintens kitlenin görünümü  
1c ekstsör tendonlar üzerinden kitlenin eksizeyonu 1d eksizeyon sonrası tenosinoviyumları temizlenmiş ekstsör tendonlar

## P-106 Tendonların Az Rastlanan Rastlanan Patolojisi: Tenosinoviyal Hemanjiom

Burak Özkan<sup>1</sup>, Onur Gönüllü<sup>2</sup>, Baturalp Güner<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ağrı Devlet Hastanesi Patoloji Bölümü, Ağrı

<sup>3</sup>Ağrı Devlet Hastanesi Radyoloji Bölümü, Ağrı

**Giriş:** Sinoviyal hemanjiomlar, sinoviyum bulunan tendon kılıflarında ve eklemler yüzlerinde nadir olarak görülebilen benign vasküler lezyonlardır. En sık çocuklarda ve adolesanlarda diz, dirsek ekleminde görülür. El bölgesinde fleksör veya ekstsör bölgede tendon kılıfında bulunduklarında hareket kısıtlılığına neden olabilirler. Radyolojik görünimleri ganglion kistleri veya tendon kılıfı tümörlerine benzemektedir. Bu vaka sunumunda el dorsumunda ekstsör bölgede tendon kılıfından köken alan tenosinoviyal hemanjiom olgusu sunulmuştur.

**Vaka:** 23 yaşında erkek hasta sağ el sırtında şişlik ve hareket kısıtlılığı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Öyküsünde şişliğin 3 sene önce el sırtında el bileğine doğru başladığı 1 sene önce bu bölgeden ganglion kisti öntanısıyla opere edildiği fakat şişliğin artarak bir sene içinde yeniden oluştuğu öğrenildi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde ek bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde sağ el bileği seviyesinde dorsumda proksimale uzanım gösteren gösteren immobil yarı sertlikte ağrılı el bileği fleksiyon hareketinde kısıtlılık yaratan kitle palpe edildi. Nüks kitle olması nedeniyle hastada tendon dev hücreli tümör veya ganglion kisti düşünülerek manyetik rezonans görüntüleme istendi. MR tetkikinde ekstsör retinakulum seviyesinden başlayarak bileğinden

**P-107**

**Travma Sonrası Oluşan Damak  
Fistüllerinin Konuşma Üzerine Etkisinin  
Değerlendirilmesi**

Nuh Evin, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe,  
Zekeriya Tosun  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Damak fistülleri, burun ve ağız boşluğu arasındaki anormal epitelize yollardır. Damak fistülleri, oral rezonans mekanizmasını bypass geçtiği için konuşmayı etkileyebilir, burun ve ağız boşlukları arasında oral ve nazal içeriğin sızması nedeniyle hijyen sorunları ve enfeksiyonlara neden olabilir.<sup>1,2</sup> Bu çalışmada, PRAAT yazılımı kullanılarak sert damak kırıklarıyla ilişkili damak fistüllerinin travma öncesi, cerrahi öncesi ve sonrası nazalite skorları karşılaştırıldı.

Hastalar ve Yöntem: 2014 ve 2016 yılları arasında, tedavi edilmemiş sert damak kırığı sonrası damak fistülü ile başvuran üç hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortak şikayeti, semptomatik olan hipernalite ve sıvı kaçağıydı. Hastalarda su tutma testi ve valsava manevraları pozitif. Hastalarda submukozal yarık damak, maloklüzyon ve diş kemeri problemi yoktu. Hastalarda sırasıyla 3-4 mm, 5-7mm ve 5-9 mm ebatlarında iç şeklinde anterior sert damak fistülleri vardı. Hastaların damak yaralanmadan önceki mevcut video kayıtları istendi, cerrahi öncesi ses kayıtları alındı. Damak fistülleri, sert damak kırıkları düzeltilmeden, menteşe ve rotasyon flepleriyle çift kat ve su geçirmez onarıldı. Cerrahi yara iyileşmesi ve fistül kapatılması sonrası yeni ses kayıtları alındı. Her hasta için bu üç kayıttan, burun sessizleri (nasal consonants) ve takip eden ünlüleri içeren ses kayıtları dijital ortamda kesildi ve arşivlendi. Her bir hasta için damak yaralanmadan önce, cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası burun ünsüzleri (m, n) ve devam eden ünlüleri içeren dijital konuşma kayıtları, PRAAT yazılımının A1-P0 değerlerini kullanarak nazalite skorları ölçüldü.<sup>3</sup> Hastaların cerrahi sonrası konuşma düzeltilmesindeki memnuniyetleri Vizüel Analog Skala (VAS,1;memnun değil, 10;ileri derecede memnun) ile değerlendirildi. Tüm hastalar en az 12 ay takip edildi.

Bulgular: Hastalarda cerrahi alanlar sorunsuz iyileşti. Mukoperiosteal fleplerin iyi bir kitle etkisi yaptığı ve dolaşım problemi olmadığı gözlemlendi. Cerrahi sonrası 12. ay oral muayenede fistül hatlarının ve çevre dokuların tamamen iyileştiği görüldü. Dijital PRAT değerlendirmesinde, cerrahi sonrası konuşma sonuçları fistül öncesi değerlerle benzerken, cerrahi öncesi değerler hipernazalite lehine yorumlandı. Hastalar konuşmadaki düzeltilmelerinden ileri derecede memnundu.

Tartışma ve Sonuç: Damak fistülleri, regürjasyon ve hipernazalite sonrası oluşan hijyen problemleri ve sözel seslerin yanlış yönlendirilmesiyle psikolojik ve sosyal problemlere neden olabilir.<sup>1</sup> Cerrahi tedavi, semptomatik damak fistüllerini kapatmak için popüler ve etkili bir yöntemdir. Çalışmamızda, travma sonrası damak fistülü ile başvuran hastaların, PRAAT yazılımı kullanılarak yaralanma öncesi hastaya özel konuşma değerleri elde edildi ve cerrahi onarımın sonrası bu değerlere tekrar ulaşıldığı gözlemlendi. Ayrıca, hastaların yaşam kalitesi damak fistülü öncesi değerlere yükseldi.

**Referanslar:**

- 1-Henningsson G, Isberg A. Influence of palatal fistulae on speech and resonance. Folia Phoniatr (Basel) 1987;39:183-91.
- 2-Dufresne CR, Oronasal fistula and nasolabial fistulas. In:Bardach J, Morris HL, eds. Multidisciplinary Management

of Cleft Lip and Palate. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders, 1990:425-36.

3-Evin ŞG, Karamişe M, Akdağ O, Selimoğlu MN, Tosun Z. Perforation With Submucosal Cleft Palate in a Previously Undiagnosed Adult Patient. J Craniofac Surg. 2016 Oct;27(7):e659-e661.

**P-108**

**Spinal Enstürmentasyon Sonrası  
Ekspozisyonun Eşlik Ettiği Yumuşak Doku  
Defektlerinin Yönetimi**

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

Giriş: Spinal cerrahide kemik stabilizasyon gerektiren prosedürler için internal fiksasyon yöntemlerinin kullanılması vazgeçilmez bir yaklaşımdır. Fakat spinal enstürmentasyon sonrası meydana gelen enfeksiyon ve yara dehissensinin yönetimi oldukça zordur. Çünkü çoğu zaman bu enfeksiyon enstürmentasyon materyallerinin ekspozisyonu ile sonuçlanır. Bu durumda öncelikli olarak hastanın sistemik bozuklukları, nutrisyonel durumu düzeltilmeli, ardından sağlıklı bir yara kapaması sağlamak için yaradaki tüm nekrotik ve nonviabl dokular debride edilmelidir. (1)Debritman sağlıklı yara kenarları elde edilene kadar sürdürülmelidir. Bu tür defektlerin kapatılmaları için yara kenarlarına geniş diseksiyon yaparak yarayı primer kapatmaya çalışmak ya da sekonder iyileşmeye bırakmak, greftlemek etkinliği olmayan yöntemlerdir. Özellikle duranın expose olduğu alanlarda vital dokuları korumak ve etkin kapatma sağlamak için kas ya da kas deri fleplerinin kullanımı önerilmektedir. Bu çalışmada spinal enstürmentasyon ekspozisyonu nedeni ile tarafımızca rekonstrüksiyon yapılmış hastaların yönetimi sunulacaktır.

Gereç ve Yöntem: Skolyoz ve servikal disk bozuklukları nedeniyle spinal enstürmentasyon yapılan 4 hasta çalışmaya dahil edildi. Skolyoz nedeniyle torakal ve torakolomber vertebral seviyesinde olacak şekilde 2 hastaya titanyum enstürmanlar yerleştirilmişti. Servikal disk bozukluğu tanısı ile diğer 2 hastaya oksipitoservikal bölgede olacak şekilde enstürman yerleştirilmişti. Başvuru sırasında sadece 1 hastada ekspozisyon dışında akıntı ve enfeksiyon mevcuttu. Yara kültürü alınarak, mikroorganizmanın duyarlı olduğu antibiyoterapiye başlandı. Enfeksiyon tamamen ortadan kalkıncaya kadar tedaviye devam edildi. Hastaların hiç birinde operasyon öncesi debritman basamağına ihtiyaç duyulmadı. Hastaların tümünde ekspozisyon miktarı enstürmanın sadece küçük bir alanını kapsıyordu. İntraoperatif tüm hastalara yara kenarlarına tazeleme işlemi yapıldı. Ekspozisyon dışında enfeksiyonu bulunan hastaya trapezius kas-deri flebi uygulandı. Diğer hastaların tümünde ekspozite alan lokal fasyokutan fleplerle kapatıldı.

Bulgular: Hastaların 3 ü kadın 1'i erkekti. Ortalama yaşları 15.75 idi. (25-10) Hastalar 12 ay boyunca takip edildi. Operasyon içinde ya da sonrasında majör bir komplikasyonla karşılaşmadı. Geç dönemde ekspozisyon nüksüne rastlanmadı.

Tartışma: Spinal enstürmentasyon sonrası meydana gelen yara enfeksiyonu ve dehissens zorlu bir rekonstrüksiyon sürecini beraberinde getirir. Yara ile ilgili problem ne ise erkenden ve agresif biçimde çözmek gereklidir.(2) Öncelikle yara kenarları ve nekrotik dokular debride edilmelidir. Rekonstrüksiyon basamağında ise defektin özelliklerine göre karar vermek gerekir. Özellikle duranın açılmış olduğu

ya da enfekte enstürmentasyon ekspozisyonlarında kas fleplerinin ilerletme ve rotasyon şeklinde kullanılması hem defektlerin tamamen doldurulmasında hem de enfeksiyonun kontrol altına alınmasında oldukça etkindir. Daha önce efektif olmayan yollardan kapatma sağlanmaya çalışılmış titanyum enstürmanların tamamen ekspozе olduğu defektlerde yara marjınları ve yara etrafındaki kas ve yumuşak doku oldukça skarlı ve kullanılmaz durumda olmaktadır. Kas flepleri bu defektlerin kapatılmasında da kütle etkisi nedeniyle oldukça etkindir. Bizim hastalarımızda geniş defektler mevcut değildi. 1 hastamız haricinde ekspozisyona enfeksiyon eşlik etmemekteydi. Bu sebeple sadece 1 hastada kas flebi kullanılmıştır. Diğer hastalarımızda debridman sonrası lokal transpozisyon ya da rotasyon flepleri ile kapatma işlemi gerçekleştirilmiştir. Spinal cerrahiler sonrası enstürman ekspozisyonunu kapatmakta kullanılacak flep seçimini yaparken defektin özellikleri oldukça önemli olup, zeminde geniş skaröz, nekrotik dokuları ya da enfeksiyonu bulunmayan defektlerde ekspozisyon miktarı da az ise fasyokutan fleplerin de kullanılabileceğini düşünüyoruz.

#### Referanslar

1. K. Singh,D. Samartzis,J. G. Heller,H. S. An,A. R. Vaccaro,The management of complex soft-tissue defects after spinal instrumentation,J Bone Joint Surg [Br]2006;88-B:8-15.
2. Alvaro Baik Cho, Luciano Miller Reis Rodrigues, Rodrigo Junqueira Nicolau, Gustavo Mantovani Rugiero, Walter Yoshinori Fukushima, Carlo Milani,Treatment of hardware exposure after severe infections in spine surgery with pedicled muscular flaps,Clinics 2008;63(2):277-80

#### P-110

### Pediatric Olguda Anjio Sonrası Gelişen Geniş Cilt Nekrozu

Ayşe İrem İskenderoğlu, Ahmet Kürşat Yiğit, Shahrukh Omar, Barış Çın, Yunus Emre Yılmaz, Nesibe Sinem Çiloğlu  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Giriş:** Kardiyovasküler hastalıklarda anjiyografi sıklıkla uygulanan bir yöntemdir ve buna bağlı komplikasyonlar sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. (1,2) Bu komplikasyonlar arasında kanama, psödoanevrizma, hematoma, cilt nekrozu, yara ayrışması, perforasyon (3,4) yer almaktadır. Bu komplikasyonlar zamanında fark edilip müdahale edilmediği zamanlarda daha ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Sunulan olguda farkedilen hematoma sonrası gelişen kompartman sendromu ve tedavisi bildirilmektedir.

**Olgu:** 1.5 yaşında erkek bebek hastaya ventriküler septal defekt nedeniyle anjiyografi yapıldıktan ve ciltte morluk, şişlik, dolaşım bozukluğu gelişmesi üzerine hasta tarafımıza konsülte edildi. Kompartman sendromu nedeniyle hastaya tarafımızca fasyotomi açıldı. (Resim 1 ) Takiplerinde seri debridmanlar uygulanan ve vak tedavisi ile takip edilen hastaya, yara yerinde uygun granülasyon oluşması üzerine uyluktan alınan kısmı kalınlıkta deri greftleriyle onarım uygulandı. Postoperatif takiplerinde herhangi bir yara ayrışması, greft kaybı, enfeksiyon gibi komplikasyonlar izlenmedi. Hastanın poliklinik takiplerinde ek problem gözlenmedi. (Resim 2 )

**Tartışma Ve Sonuç:** Pediatric olgularda yapılacak invaziv girişimlerde daha dikkatli olunmalıdır. Anjiyografi sonrasında gelişebilecek kanama, hematoma gibi komplikasyonlara acilen müdahale edilmelidir. Komplikasyon gelişmesi halinde erken tespit ve müdahale edilmesi, olası uzuv kayıplarının

önüne geçilmesinde büyük önem taşımaktadır. Pediatric olgularda da kompartman sendromunu görülebileceği ve tedavisinin gecikmesiyle uzuv kaybı gibi çocuğun tüm hayatını etkileyebileceği unutulmamalıdır.

#### Resim 1, Resim 2



Resim 1'de fasyotomi açılmış kompartman sendromundaki bacak, Resim 2'de tedavi sonrası durumu izlenmektedir.

#### P-111

### Alt Dudak Kanserlerinde Epidemiyolojik Retrospektif Analiz

Osman Akdağ, Abdullah Havan, Mustafa Cihat Çerko, Cemil Işık  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

**Giriş:** Oral bölgede görülen tüm kanserlerin %25-30'u dudakta görülmektedir. Dudakta görülenlerin ise yaklaşık %96'sı alt dudakta lokalizedir. En bilinen risk faktörleri ise cinsiyet, yaş, ten rengi, sigara kullanımı ve güneşe sık maruz kalma durumudur. Çiftçilik, balıkçılık, hayvancılık vb. geleneksel mesleklerde çalışan bireylerin bu kansere yakalanma riski güneşe daha sık maruz kaldıkları için normalin biraz daha üzerindedir. Dudakta görülen SCC'lerin en sık görüldüğü bölgeler ise Kuzey Amerika, Avrupa ve Okyanusya'dır. Dudak kanseri insidansı ile enlem arasında güçlü bir ters korelasyon vardır. Güneşe karşı koruyucu maddelerin (dudak kremleri, güneş kremleri, çeşitli kozmetik ürünler) kullanımının da bu kanserin insidansını düşürdüğüne yönelik bir hipotez öne sürülmüştür. Mevcut verilere göre bu kanserin global insidansı her 100.000 kişiye 0.4 kişi olarak belirtilmiştir. Yazımızda kliniğimizde tanı alan alt dudak kanserlerinin epidemiyolojik analizinin sunulması amaçlanmıştır.

**Materyal ve Metot:** Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne 2015-2017 yılları arasında bu şikayetle başvuran 36 hasta retrospektif olarak incelendi. Alt dudak kanserine sahip hastaların yaşları, cinsiyetleri gibi demografik bilgileri kayıtları. Ayrıca tümörün büyüklüğü, patolojik türü ve lokalizasyonu belirlendi ve kayıt altına alındı. Bu veriler hastane bilgi yönetimi sistemi programı ile elektronik dosyalardan elde edildi.

**Bulgular:** Bu çalışmada toplam 36 hastanın verileri kullanıldı. Hastaların %69,4'ünün erkek olduğu görüldü. Yaş kriterine bakıldığında hastaların %67'sinin (yaklaşık) 60 yaşın üzerinde olduğu görüldü. Tümör boyutlarına bakıldığında ise hastaların %52,7'sinin 1.5 cm ve üzeri büyüklükte tümöre sahip olduğu saptandı. Malignitenin türü göz önüne alındığında %86 SCC, %5 BCC ve %9 oranında diğer türler olduğu görüldü. Ayrıca bu hastalarda tümörün lokalizasyonunun çoğunlukla alt dudak orta hattında olduğu görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Dudak karsinomlu hastalar, lezyonların yerleşim yeri ve tedavileri itibarıyla dermatoloji, genel cerrahi, KBB, onkoloji ve radyoloji ünitelerine başvururlar. Bu bölümler arasında, hatta her bölüm kendi içinde farklı değerlendirme ve tedaviler uygulamakta, bu nedenle standart tedavi programları geliştirilememektedir. Dudak karsinomları genellikle yaşlı erkeklerin hastalığıdır. Nitekim bizim yaptığımız çalışmada da hastaların %69,4'ünün erkek ve %67'sinin 60 yaşın üzerinde olması bunu destekler niteliktedir. Tüm bu veriler ışığında, alt dudak kanseri günümüzde hiç de az görülmeyen, önemsenmesi gereken ciddi bir sağlık sorunudur. İnsanların bu hastalık hakkında bilinçlendirilmesi, farkındalık çalışmaları yapılması önem arz etmektedir.

1. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Oral Pathology Clinical Pathologic Correlations. 6th ed. St.Louis, MO: Elsevier/Saunders; 2012.
2. Acquavella J, Olsen G, Cole P, et al. Cancer among farmers: ameta-analysis. Ann Epidemiol. 1998;8 (1): 64-74. SpitzerWO, Hill GB, Chambers LW, Helliwell BE, Murphy HB. The occupation of fishing as a risk factor in cancer of the lip. N Engl J Med. 1975;293 (9):419-424.
3. Moore S, Johnson N, Pierce A, Wilson D. The epidemiology of lip cancer: a review of global incidence and aetiology. Oral Dis. 1999;5(3):185-195.
4. Rigel DS. Cutaneous ultraviolet exposure and its relationship to the development of skin cancer. J Am Acad Dermatol. 2008;58(5)(suppl 2):S129-S132
5. Monteiro LS, Antunes L, Bento MJ, Warnakulasuriya S. Incidence rates and trends of lip, oral and oro-pharyngeal cancers in Portugal. J Oral Pathol Med. 2013;42(4):345-351.
6. Molnar T, Ronary P, Topalcsany L: Carcinoma of the lip: Analysis of the material of 25 years. Oncology 29:101,1974.

## P-112

### Palmar Fasya Tutulumu Olmaksızın Tek Parmakta Sınırlı Dupuytren Kontraktürü: Olgu Sunumu

Tuğba Feryal Yıldız, Başak Dağhan, Anıl Demiröz, Arif Türkmen

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

**Giriş - Amaç:** Dupuytren hastalığı, palmar ve dijital fasyanın benign fibromatozsidir. Bu sebeple oluşan hastalıklı bantlar, etkilenen yumuşak doku ve eklemlerde kontraktüre neden olurlar.1. Dijital kord santral, spiral ve lateral kordlardan meydana gelir. Dupuytren hastalığında spiral kordun tutulumu parmakta kontraktüre neden olur. Metakarpofalangeal (MKF) eklem tutulumu olmadan proksimal ve distal parmağın tutulumu nadirdir. Kliniğimizde rastladığımız palmar fasya tutulumu olmadan distal interfalangeal (DİF) ve proksimal interfalangeal (PİF) eklem tutulumlu Dupuytren olgusunu sunmayı amaçlıyoruz.

**Olgu:** 31 yaşında, temizlik işçiliği yapmakta olan erkek hasta, 2.5 yıldır mevcut olan, sağ el 5. Parmakta DİF eklemden hareket kısıtlılığı ile başlayıp, gittikçe kontraktüre ilerleyen klinik ile başvurdu. Hastanın palmar bölgesi ve diğer parmaklarında sorun yoktu. Hala kullanmakta olduğu 8 pk/ yıl sigara kullanım öyküsü mevcuttu. Devamlı kullandığı ilaç yoktu. Sağ el dominant olan hastanın muayenesinde sağ el 5. Parmakta radial yanda PİF eklemden yaklaşık 70 derece, DİF eklemden yaklaşık 45 derece kontraktüre neden olan

dupuytren kontraktürü ile uyumlu kord yapıları palpe edildi. MKF eklem tutulumu olmadığı için Meyerding sınıflamasına göre hastalık evrelendirilemedi. Hasta operasyona alındı. Brunner insizyonları ile girilerek hastalıklı dijital kord eksize edildi. Lateral dijital kordun DİF eklem distalinden PİF eklem proksimaline dek uzandığı görüldü. Postoperatif fizik tedavi alan hastanın 2. Ay kontrolünde eklem hareket açıklığının normale yakın olduğu görüldü.

**Tartışma:** Dupuytren kontraktürü, palmar ve dijital fasyaların fibromatozisi sonucu hastalıklı kordların oluşumu ile meydana gelmektedir. Alkol ve sigara kullanımı, diyabetes mellitus, barbiturat kullanımı ve travmatik süreçler hastalığı tetiklemektedirler. Dupuytren hastalığının radial yanda görülmesi ulnar yanda görülmesinden daha siktir. MacFarlane' e göre (1985) lateral kord oluşumu dolayısıyla PİF eklem kontraktürü gelişmekte, kordun oluşumunun distalde devamlılık göstermesi DİF eklem kontraktürüne neden olmaktadır. Ancak retrovasküler bant tutulumunun PİF eklem kontraktürünün aksine DİF eklem kontraktüründe önemli olduğu düşünülmektedir.2,3. Dupuytren kontraktürü genellikle MKF eklemi tutar. Spiral kord aracılığıyla parmağa ilerleyebilir. Parmağın tutulumu kötü prognoz belirtisidir. Meyerding sınıflaması MKF ve PİF eklemin etkilenme derecesine göre yapılmıştır. MKF eklem tutulumu olmadan PİF ve/veya DİF eklem tutulumu oldukça nadirdir ve literatürde sayılı vaka bulunmaktadır. Literatürdeki vakalarda da bizim vakamızda olduğu gibi postoperatif dönemde tama yakın iyileşme izlenmiştir. MKF eklem tutulumu olmadan parmağın tek başına etkilenmesi kötü prognoz belirtisi değil gibi görünmektedir.

Literatürde distal parmakta sınırlı dupuytren vakaları incelendiğinde 5 vakada sadece DİF eklemin etkilendiği ve tamamında travma öyküsü olduğu görülmüştür (Millesi 1967)4,5. 1 vakada bizim vakamızda olduğu gibi DİF ve PİF eklemin birlikte etkilendiği görülmüştür (Zyluk)6. 1 vakada ise üstte bahsedilen vakalardan farklı olarak 5. Parmakta değil 4. Parmak PİF eklemden travma sonrası dupuytren hastalığı izlenmiştir (Takase 2010)7.

**Sonuç:** Dupuytren hastalığının, çok nadir de olsa DİF eklemi de içerebileceği akılda tutulmalı, özellikle travma öyküsü de mevcut olup, 5. Parmak radial yanda kontraktür izlenen hastalarda akla getirilmelidir. Hastalığın seviyesine göre çeşitli tedavi seçenekleri akılda tutulmalıdır. Ancak günümüzde tutulan fasyanın eksizyonu en iyi seçenek gibi görülmektedir.

#### Referanslar:

1. Luck JV. Dupuytren's contracture; a new concept of the pathogenesis correlated with surgical management. J Bone Joint Surg Am 1959;41A:635-64.
2. McFarlane RM. Patterns of the diseased fascia in the fingers in Dupuytren's contracture. Displacement of the neurovascular bundle. Plast Reconstr Surg 1974;54:31-44
3. McFarlane RM. The anatomy of Dupuytren's disease. In: Hueston JT, Tubiana R, editors. Dupuytren's disease. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1985. p. 54-71. Millesi H. On the flexion contracture of the distal phalangeal joint within the scope of Dupuytren's contracture. Br J Plast Surg 1967;21:400-5.
4. Bellonias EC, Nancarrow JD. Two unusual cases of distal interphalangeal joint Dupuytren's contracture. Br J Plast Surg 1991;44:602-3.
5. Rao K, Shariff Z, Howcroft AJ. Dupuytren's contracture of the distal interphalangeal joint: a rare presentation. J Hand Surg Br 2006;31:694-5.
6. Zyluk A. Dupuytren's contracture limited to the distal interphalangeal joint. A case report. Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol 2007;72:363-4.
7. Takase K. Dupuytren's contracture limited to the distal interphalangeal joint: A case report, Joint Bone Spine 77 (2010) 470-471

**P-113**

**Nodüler Kistik Yağ Nekrozu**

Mehmet Dadacı, Majid İsmayilzade, Bilsev İnce, Orkun Uyanık, Serhat Yazar  
*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya*

Lipom yağ dokusundan orijin alan ve en sık rastlanan iyi huylu tümöral oluşum olup vücutta yağ dokusu tabakasının bulunduğu her anatomik lokalizasyonda gelişebilir (1). Ayrıca tanıda birçok benign ve malign tümöral yapı ile karışabilmesine rağmen tedavide total cerrahi eksizyon yeterlidir. Yağ nekrozu ise patolojik olarak yağ dokunun kendisini oluşturan yapı taşlarına ayrılması, yani yağ dokunun nekrozudur. Meme gibi yağ dokudan zengin anatomik lokalizasyonlarda sıklıkla travmaya sekonder prezente olmanın yanı sıra, nadiren de olsa uygulanmış operasyonları takiben rezidu yağ dokusunun çevresinde psödokapsül oluşturarak nodüler formasyonda karşımıza çıkabilmektedir(2,3).

Olgu sunumu: 38 yaş kadın hasta sol kalça bölgesinde şişlik, ele gelen kitle ve daha çok oturur pozisyondayken ortaya çıkan ağrı şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinden yaklaşık 8 ay önce dış merkezde aynı bölgeden lipomla uyumlu kitle eksize edildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde hastanın sol gluteal bölgesinde eski operasyon insizyonu ile uyumlu skarı görüldü. Palpasyonda aynı bölgede fluktuasyon veren, palpe edilince ağrı ve hassasiyete neden olan kitle belirlendi. Kalça ve uyluk MR görüntülemesinde sol gluteus maksimus posteriorunda cilt altı yağ dokusu içerisinde yaklaşık 6x2 cm boyutlarında sıvı lokülasyonu ve çevresinde yoğun inflamasyon görülen hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Eski skar insizyonunu takiben psödokapsüller yapıya ulaşarak sıvı koleksiyonu aspire edildi. Gluteus maksimus kasının çevresindeki lokalize nodüler nekrotik yağ dokuları total eksize edildi.

Tartışma: Yağ nekrozları ve psödolipomlar lokalizasyon itibarıyla muskuler sistemin yüzeyinde prezente olurlar. Nodüler kistik yağ nekrozu istisna olmakla birlikte, yağ nekrozları ve psödolipomlar genellikle histolojik olarak nonkapsüller benign adipoz oluşumlar olarak değerlendirilirler(2). Nodüler kistik yağ nekrozunun travmanın tetiklediği olduğu hızlı iskemi sürecini takiben fibröz kapsüller yapıyla ortaya çıktığı düşünülmektedir (4). Yağ kistleri MR görüntülemelerde sınırları iyi belirlenebilen yuvarlak kitlesel lezyonlar şeklinde görülebilmektedirler; T1 ağırlıklı sekanslarda hiperintens iken, T2 ağırlıklı sekanslarda hem hipo-,hem hiperintens şekilde değerlendirilebilirler. Yağ kistlerinin içerikleri süre bağımlı olarak hiçbir zaman artış göstermez (5).

Sonuç: Nodüler kistik yağ nekrozu klinik olarak nadir karşılaşılan bir durum olmasına rağmen, ele gelen şişlik ve kitlesel lezyonlarla başvuran hastaların değerlendirilmesi sırasında bölgesel travmanın ve geçirilmiş operasyonların sorgulanması tanı ve hedefe yönelik tedavi açısından önemlidir.

**Kaynaklar**

1. Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F: Adipocytic tumors. In: Pathology and genetics: tumours of soft tissue and bone. World Health Organization classification of tumours. Lyon. IARC Press. pp: 9-46, 2002.
2. Aust MC, Spies M, Kall S, et al (2007) Lipomas after blunt soft tissue trauma: are they real? Analysis of 31 cases. Br J Dermatol 157:92-99
3. Hurt MA, Santa Cruz DJ (1989) Nodular-cystic fat

nekrosis. A reevaluation of the so-called mobile encapsulated lipoma. J Am Acad Dermatol 21:493-498

4. Oh CW, Kim KH (1998) A case of nodular cystic fat necrosis: the end stage lesion showing calcification and lipomembranous changes. J Dermatol 1998:616-621

5. Sergi Ganau, Lidia Tortajada, Fernanda Escribano, F Javier Andreu and Melcior Sentís (2012). Fat Necrosis, Mammography - Recent Advances, Dr. Nachiko Uchiyama(Ed.), ISBN:978-953-51-0285-4

**resim 1**



**P-114**

**Konjenital Yarık Kulak Lobülünün Geçmişten Günümüze Onarımı**

Fethiye Damla Menkü, Figen Özgür

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

Giriş: Kulak anomalileri kulak kepçesi anomalilerinden dış kulak yolu yokluğuna kadar uzanan geniş bir yelpazeye sahiptir. 1974'te Rogers'ın ve 1977 Tanzer'in yaptığı sınıflamalarda sadece anosia, mikroşia, aurikula hipoplazileri, kepçe kulaklar yer almıştır. Weerda ise bu sınıflamaları kombine edip daha geniş bir sınıflama altında toplamış ve üç derece displazi tanımlamıştır. Kulak lobül anomalileri; tanımlanabilen ve çoğunlukla normal olarak değerlendirilmiş yani birinci derece displazi olarak kabul edilmiştir. Lobül anomalileri içerisinde yarık kulak lobüllerinin bir diğer adı ise lobül kolobomata (bifid lobül) dir. Nadir olarak gözüken bu klinik durum daha çok Asyalılar ve özellikle Japonlarda daha çok bulunur. Her ne kadar 1.derece displazi kabul edilse de bu anomaliye sahip hastalar saçlarının altında gizleme ihtiyacı hissetmekte, küpe takmaya çekinmektedirler.

Metod Ve Bulgular: 2016 yılı içerisinde polikliniğimize yarık lobül yakınması ile başvuran 2 hastadan biri erkek biri kız idi ve hastaların sırasıyla yaşları 14 yaş 10 aylık ve 21 yaş 5 aylıktır. İki hastanın da sol kulağında Kurihara sınıflamasına göre tip 3 yarık kulak lobülü vardır yani hem vertikal hem horizontal bir yarığa sahiptir ve lobüllerin biri diğerinden daha önde ve inferiordadır. Kız olan hastanın 9 yaşından beri takıp edilen küçük sekundum atrial septal defekti ve patent foramen ovalsı vardır. Erkek olan hastanın ek hastalığı yoktur. İki hasta aynı sınıflamada yer almasına rağmen yarık boyutları farklı olduğu için birine literatürde daha önce tanımlanan L plasti diğerine ise Z plasti yapıldı. Hastalar ameliyattan iki gün ve bir hafta sonra kontrole çağırıldı. Herhangi bir komplikasyon (dehisans, suture reaksiyonu) görülmedi.

Suture alınmasını takiben beklenen üzere L plasti olan hastada 0.5cm den daha az lineer operasyon izi kalırken Z plasti olanda Z nin bacaklarının izi kaldı. Ancak atipik iyileşme paternleri için risk oluşturan kulak lobülünde hipertrofik skar veya keloid gözlenmedi.

Sonuç: Bifid kulak lobüllerinde sınıflamaları aynı olsa bile lobüllerin yerleşimindeki farklılık ameliyatta kullanılacak

tekniki etkilemektedir. Geçmişten günümüze birçok teknik tanımlanmıştır kullanılan teknik lobüllerin sınıflamasına göre değil yerleşimine ve büyüklüğüne göre seçilmelidir.

## P-115

### Palatal Yerleşim Gösteren ve Destrüktif Seyreden Servikofasyal Aktinomikozis: Çok Nadir Bir Tanı

Erkan Kerem Kaya, Ömer Faruk Dilek, Selçuk Yılmaz, Dudu Dilek Yavuz, Selman Hakkı Altuntaş, Mustafa Asım Aydın  
Süleyman Demirel Üniversitesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Isparta

Aktinomikozis granülamatöz ve süpüratif özellikleri eş zamanlı gösterebilen kronik enfeksiyöz bir hastalıktır. Actinomycesler mikroaerofilik, gram pozitif, dallanmış ve filamentöz, asit-fast negatif ve spor oluşturmamayan mikroorganizmalardır. Oral kavitenin doğal florasından olup gingival çatlaklardan, tonsiller kriptlerden, mukozal yüzeylerden, çürük diş ve diş çekim sahalarından elde edilebilirler.<sup>1</sup> Kanlanmanın çok iyi olduğu yüzün sert ve yumuşak dokularında normal şartlarda enfeksiyon oluşturmazlar.<sup>2</sup> Bu bölgede enfeksiyon oluşturmaları için dental çürük, oral-maksillofasyal travma, dental girişimler gibi predispozan etkenler veya diyabet-HIV enfeksiyonu gibi immün sistemi etkileyecek sistemik etkenler olmalıdır.<sup>3</sup> Temel etken Actinomyces israelii olsa da Actinomyces naeslundii, Actinomyces viscosus, Actinomyces odontolyticus gibi etkenler de izole edilebilir.

Aktinomikozislerin 3 formu tanımlanmıştır. Bunlar servikofasyal, torakopulmoner ve abdominopelvik formlar olup en sık gözlenenler servikofasyal formdur.<sup>10</sup> Farklı semptomlarla farklı hastalıkları taklit etmesinden dolayı özellikle malignitelerden ayırımı zordur.<sup>11</sup> Yaygın olarak; yavaş ilerleyen, miskin ve ağrısız, abse, fistül ve sinüs oluşturan kabarık infiltrasyonlar şeklinde prezente olsalar da az bir kısmı hızlı progresif, fluktuasyon veren, ateşin eşlik ettiği akut pyojenik enfeksiyon olarak da karşımıza çıkabilir.<sup>6,12</sup>

Biz bu bildiride geniş sert damak ve maksillar sinüs destrüksiyonu gösteren bir lezyona malignite ön tanısı ile yaptığımız biyopsi sonucunda ulaştığımız palatal aktinomikozis enfeksiyonunu ve bundan sonra gelişen yaklaşım şeklimizi sunuyoruz.

Olgu Sunumu: 46 yaşında Somalili göçmen erkek hasta yaklaşık 1 senedir damağındaki ilerleyici ağrı, akıntı ve renk değişikliği nedeni ile polikliniğimizde değerlendirildi. Kötü ağız hijyeni ve dentisyon farkedilen hastanın sol sert damağı boyunca yerleşmiş sert kahverengi lezyon ve kötü koku farkedildi. 3 ay önce ülkemize iltica eden ve özgeçmişinde 15 yıldır tip iki diyabet hikayesi olan hastanın sağ bacağına enfekte diyabetik ayak nedeni ile 1 sene önce diz üstü ampute edildiği; ayrıca iltica sürecinden beridir kan şekeri kontrollerini ve tedavisini aksattığı; normalde ismini bilmediği oral antidiyabetik ilaçları kullandığı öğrenildi. Sigara ve alkol, kilo kaybı ve ek hastalık hikayesi olmayan hastanın yapılan ileri görüntülemelerde palatal lezyonun sol maksillar sinüs ve nazal pasaj ile bağlantılı kemik dokuda destrüksiyona yol açmış bir lezyon olduğu görüldü. Baş boyun muayenesinde LAP saptanmayan hastanın kan şekeri seviyelerinin 300mg/dl civarında seyrettiği ve HbA1C değerinin 7.4 olduğu tespit edildi. Serolojik incelemeleri HIV,sifiliz ya da Hepatit yönünden negatif olan hastanın diğer laboratuvar bulgularında sedimentasyon 38, CRP

11, Wbc 8000/mm<sup>3</sup> olduğu görüldü. Epitelyal malignite ön tanısıyla tam kat nekroze kahverengi kemik ve çevre canlı gingival dokulardan yapılan biyopsilerinde malignite saptanmayan hastanın histopatolojisinde tipik sülfür granülleri görülmesi üzerine aktinomikozis osteomiyeliti tanısı kondu. 3 hafta IV penisilin tedavisi alan hasta oral penisilin rejimi ile taburcu edildi.

Tartışma: Servikofasyal aktinomikozis, aktinomikozisin yarısından fazlasını oluşturan en yaygın prezentasyon şekli olsa da maksillar tutulum %0,5-9 oranında bildirilmiştir.<sup>5</sup> Bunun yanında palatal tutulum çok daha nadirdir. Bildirilen ilk vakada kokain bağımlısı bir erkek hasta sert damakta sirküler, nekrotik ve probasyonla nazal bağlantı saptanmayan bir defekt tariflenmiştir.<sup>1</sup> Diğer bir vakada ise gene sert damakta sarı-yeşil kabuklu nekrotik bir lezyona eşlik eden perilezyonel eritemli kabarıntı ve üst dudakta reaktif ödem bildirilmiştir.<sup>4</sup> Üçüncü bir palatal tutulum vakasında ise lezyon, belirgin doku destrüksiyonu yapan sarı-beyaz kabuklu ülser plak şeklinde tanımlanmıştır.<sup>6</sup> Bunun yanında ağız hijyeni bozuk ve diyabetik bir hasta da palatal defekt oluşturan aktinomikozis bildirilmiştir.<sup>8</sup> Biz bu vakada ise sol palatin kemikte çok büyük destrüksiyona ve defekte yol açmış, defekt kenarlarında kahverengi-siyah nekrozların devam ettiği bir tablo ile karşılaştık. Literatürde 6 ayı bulan penisilin bazlı tedavilerle tam regresyon sağlansa da<sup>8</sup> büyük defekli hastalarda rekonstrüksiyon gereksinimi<sup>9</sup> bildirilmiştir.

Hali hazırda minör debridmanlar ve penisilin antibiyoterapisi ile takip ettiğimiz hastanın tedavisinin 3. ayında olup, nekroz ilerlemesi durmuş gözlenmektedir. Bir müddet daha enfeksiyon tedavisinin devamının ve nekrozların tamamen temizlenmesinin ardından rekonstrüktif seçenekler üzerinde durmayı planlamaktayız.

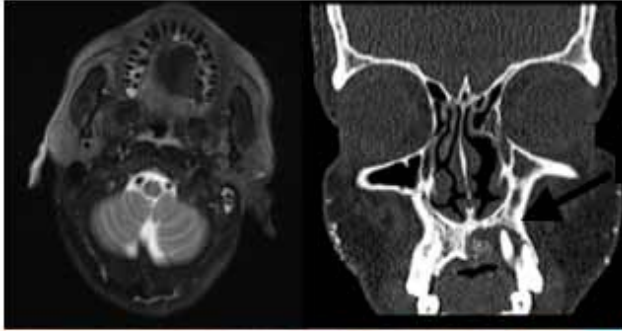
Servikofasyal aktinomikozis nadir olsa da, özellikle diyabetik ve immün yetmezlikli hastaların damağındaki destrüktif seyreden lezyonlarda epitelyal malignitelerin ayırıcı tanısında akılda tutulması gerekmektedir.

#### Kaynaklar

1. Rubin MM, Krost BS. Actinomycosis Presenting as a Midline Palatal Defect. J Oral Maxillofac Surg. 53:701-703, 1995
2. Goldstein BH, Sciubba JJ, Laskin DM. Actinomycosis of the maxilla: A review of the literature and report of case. J Oral Surg 30:362, 1972
3. Crossman T, Herold J. Actinomycosis of the maxilla: a case report of a rare oral infection presenting ingeneral dental practice. British Dental Journal 2009; 206: 201-202
4. Herman WW, Whitaker SB, Williams MF, Sanguenza OP. Acute actinomycosis presenting as an ulcerated palatal mass. J Oral Maxillofac Surg 1998;56:1098-101
5. Manfredi R, Mazzoni A, Cavicchi O, Santini D, Chiodo F. Invasive mycotic and actinomycotic oropharyngeal and craniofacial infection in two patients with AIDS. Mycoses. 1994 Jun-Jul;37(5-6):209-15
6. De D, Dogra S, Kanwar AJ, Saikia UN. Actinomycosis presenting as a destructive ulcerated plaque on the palate and gingiva. J Am Acad Dermatol. 2011 Dec;65(6):1235-6.
7. M. Volante, A.M. Contucci, M. Fantoni, R. Ricci, J. Galli, Cervicofacial actinomycosis: still a difficult differential diagnosis, Acta. Otorhinolaryngol. Ital. 25 (2005) 116–119.
8. de Andrade AL, Novaes MM, Germano AR, Luz KG, de Almeida Freitas R, Galvão HC. Acute Primary Actinomycosis Involving the Hard Palate of a Diabetic Patient. J Oral Maxillofac Surg. 2014 Mar;72(3):537-41

9. Garg R, Schalch P, Pepper JP, Nguyen QA. Osteomyelitis of the hard palate secondary to actinomycosis: a case report. *Ear Nose Throat J*. 2011 Mar;90(3):E11-2
10. Smego RA Jr, Foglia G: Actinomycosis. *Clin Infect Dis* 26:1255,1998
11. Brook I: Actinomycosis: Diagnosis and management. *South Med J* 101:1019, 2008
12. Nielsen PM, Novak A: Acute cervico-facial actinomycosis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 16:440, 1987

**Resim 1**



Palatal destrüksiyonu gösteren MR(üst sol) ve BT (üst sağ) görüntülemeleri ile sert damaktaki sert ve kahverengi, nekroze prezentasyon(alt, ayna çekimi)

**P-116**

**El Birinci Web Atrofisinde Dolgu Maddesi Olarak Tendon Kullanımı**

Gökhan Efe, Ersin Altun, Hasbi Mert Meral, Yasemin İmamoğlu, Mustafa Keleş, Muhammet Uraloğlu  
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş: Ulnar sinirin çeşitli nedenlere bağlı hasarları, elin duysunu ve fonksiyonlarını etkilemesinin yanında intrinsik kasların atrofise bağlı olarak özellikle birinci webde belirgin olan estetik değişikliklere de neden olmaktadır. Kas atrofisinin neden olduğu bu estetik değişiklikleri düzeltmek için yağ grefti, dermal greft, sentetik dolgu maddeleri ve silikon implantların kullanımı literatürde belirtilmiştir. Bu poster sunumunda dolgu maddesi olarak tendon grefti uygulamamız ve sonuçlarımız yer almaktadır. Neden Tendon Grefti: Yağ greftinin; otolog olması, kök hücre barındırması ve uygun yumuşaklığa sahip olmasına rağmen rezorbsiyon oranlarının görece yüksek olması

nedeni ile yeterli dolgunluğun sağlamaması, sentetik dolgu maddelerinin tekrarlayan uygulamalar gerektirmesi gibi nedenler bizi tendon transferi ile eş zamanlı uygulayabileceğimiz, otolog, rezorbsiyonun hemen hiç olamaması sayesinde kullanacağımız greft miktarına intraoperatif kolaylıkla karar vermemizi sağlayan tendon grefti kullanımına yönlendirdi.

Olgu: Ocak-Haziran 2017 aylarında 5 hastamıza ulnar sinir deformitesi nedeni ile tendon transferi uygulanırken eş zamanlı palmaris longus tendonu greft olarak alınarak birinci web'e dolgu amaçlı yerleştirildi. Hiçbir hastamızda komplikasyon gözlenmedi. Hastalar dolgunluğun görünümünden ve yumuşaklığından memnun olduklarını belirttiler.

Sonuç: Ulnar sinir hasarına bağlı kas atrofisi, günlük hayatımızda yüz ve boyun ile birlikte en sık görülen vücut parçalarımızdan biri olan ellerimizde kozmetik açıdan olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Bu durum hastalarımızın sosyal yaşamını olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir. 1. web'de dolgunluğu yeniden sağlayabilmek için çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Tendon grefti; kalıcı olması, postoperatif görünümün intraoperatif tahmin edilebilir olması, otolog olması ve uygun yumuşaklıkta olması nedeni tercih ettiğimiz yeni bir uygulamadır.

**preop-intraop-postop**



**P-117**

**Intramusküler Demir Uygulamasına Sekonder Malign Mezankimal Tümör Gelişimi**

Adnan Menderes, Alper Geyik, Hüsnü Hacı, Fatih Alp Öztürk, Hüseyin Emre Ulukaya  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Yumuşak dokudan köken alan tümörler 100 den fazla başlık altında toplanmakta ve içerdiği matür doku içeriğine göre sınıflandırılmaktadır. Sarkomlar kas, sinir, kemik, kartilaj kan damarları ve yağ dokusundan köken aldığından vücudun herhangi bir yerinde ortaya çıkabilir. Tedavileri genelde cerrahi eksizyon, radyoterapi ve daha az olarak kemoterapidir.Yapılacak olan eksizyon ve

rekonstrüktif süreç lokalizasyona göre değişmektedir. Sarkomlar nadir gözlenen ve insidansı yetişkinlerde 1:100000 olan malignitelerdir. Alt ekstremitelerde sarkomların en sık görüldüğü alanlardan biridir. \*\*%45\*(1) Amputasyon primer cerrahi tedavi gibi görünmekle birlikte günümüzde ekstremitelerde koruyucu cerrahi temel oluşturmaktadır. (2) Yapılan operasyonlarda stabilite ve ağırlık taşıyabilen bir ekstremitede öncelik taşımaktadır. Sarkomlara predispozisyon yaratan faktörler arasında hemokromatozis olmakla birlikte intramusküler demir deksran enjeksiyonuna sekonder gelişen malign mezenkimal tümörler de literatürde bildirilmiştir.(3) Pubmed taramasında 1976 yılından sonra literatürde bildirilmiş bu tipte bir olgu olmadığından kliniğimizde takip ettiğimiz benzer olgunu sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:** Yaklaşık 10 ay önce anemi nedeniyle dış merkez sağlık kuruluşuna başvuran hastaya 15 adet İM demir deksran tedavisi başlanmıştır. İlk 10 adet enjeksiyon günde 1 defa sonraki 5 adet enjeksiyon ayda bir kere uygulanmıştır. Son enjeksiyondan sonra enjeksiyon yerinde abse geliştiği düşünülen hasta herhangi bir tedavi almamış 2 ay sonra şikayetlerinin gerilemeyeip ateş ve ağrı ataklarının olması üzerine dış merkeze başvuran hastanın absesi(!) drene edilerek tedavi edilmeye çalışılmış. 1 ay boyunca yatarak tedavi görmesine rağmen şikayetlerinde gerileme olmaması ve yapılan insizyonel biyopsi sonucunun «miksoid malign fibröz histiyositom» olarak raporlanması üzerine hasta tarafımıza yönlendirilmiş. Tarafımıza başvurduğunda sol uyluk posteriorunda 10x10cm boyutlarında kavite içeren çevre cilt ve yumuşak doku bütünlüğü bozulmuş ülseratif sekresyonlu kitlesi saptandı. [Şekil 1]Hastanın çekilen MR'ında kitlenin cilt altı ve kası infiltrate ederek femur korteksinde düzensizliğe sebep olduğu tomografilerinde ise akciğerlerde ve sürrenal bezlerde multipl metastazlar olduğu saptandı. Yapılan biyokimyasal tetkikleri olağan saptanan hastaya 1987 yılında myom nedeniyle TAH-BSO operasyonu yapılmış, 1997 yılında kolon kansinomu nedeniyle kolon rezeksiyonu sonrası 6 ay KT almış olduğu öğrenildi. Ek olarak tip II diyabetes Mellitus ve hipertansiyon hastalığı bulunan hastanın sigara kullanım öyküsü olmadığı öğrenildi. Hastaya palyatif olarak tümör yükünü azaltmaya yönelik 4 cm cerrahi sınır ile eksizyon yapıldı. [Şekil 2]Eksizyon sonrası lokal flep ile defekt rekonstrüksiyonu yapıldı. [Şekil 3] Cerrahi sınır değerlendirmesi için frozen'a gönderilen spesimenlerinin sonuçları negatif olan hastanın patoloji sonucu yüksek dereceli miksofibrosarkom olarak raporlandı.

**Tartışma:** Literatüre bakıldığında fibrosarkomlar nadir görülmekle birlikte 60-80 yaş aralığında özellikle alt ekstremitelerde en sık görülen sarkomlardır[4,5]. Sarkomatöz lezyonların %12'sini oluşturmaktadır[6]. Genellikle erkeklerde nispeten daha fazla olduğu belirtilmekle birlikte olgu 67 yaşında ve kitlesi posterior uyluk bölgesinde olduğundan yaş ve lokalizasyon itibarıyla literatür ile uyumludur, ancak predispozan faktör olarak olgunun kolon kanseri nedeniyle rezeksiyon ve sonrasında kemoterapi görmesi dışında yakın zamanda aynı bölgeye intramusküler demir enjeksiyonu hikayesi olması Pubmed taramalarında 70'li yıllarda benzer makalelerin de olması sebebiyle düşündürücüdür. Vakaların 2/3ü dermal ve subkutan dokudan köken aldığından kitle ilk oluştuğunda enjeksiyon yerinde abse olarak değerlendirilmesi olağan olarak görülebilir de; Bu yaş grubu hastalarda özellikle alt ekstremitelerde ortaya çıkan ve hızlı progresse olan kitellerin değerlendirilmesinde sarkomlar açısından klinik pratikte farkındalık bilinci gelişmesi gerekmektedir [7]. Sarkom tedavisinde geçmiş yıllarda ekstremitelerde amputasyonları tedavide ön plandayken günümüzde ekstremitelerde koruyucu cerrahi ön plandadır böylece hastalarda yük taşıyan ekstremitelerde sorun ve hareket kısıtlılığı gözlenmemektedir[8]. Bununla birlikte surveyde ve lokal rekürrens riskinde grade ve tümör derinliğinin konulan cerrahi sınırdan daha önemli

olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur[9].Olguda 4 cm cerrahi sınır konularak eksizyon yapılmasına karşın tanı anında akciğerlerde ve böbrek üstü bezlerinde metastaz bulunması cerrahinin küratiften çok palyatif olmasına neden olmuştur. Lokal rekürrensi azalttığı bildirildiğinden Cerrahi sonrası olgu ekstremitelerde koruyucu cerrahinin bir parçası olarak kemo-radyoterapi alması açısından ilgili branşlara yönlendirilmiştir[10].

**Sonuç:** Sarkomlar nadir görülen; sellülaritesine göre düşük-orta veya yüksek grade olarak sınıflandırılan; yumuşak dokudan köken alan tümörlerdir. Kitlenin büyüklüğü ve sarkomatöz dönüşüm etyolojisi açısından söz konusu olgu literatüre bakıldığında farklı özellikler göstermektedir.

#### Kaynaklar

- 1-Weitz J, Antonescu CR, BrennanMF Localized extremity soft tissue sarcoma improved knowledge with unchanged survival over time J Clin Oncol. 2003
- 2-PapagelopoulosPJ, MavrogenisAF,Mastorakos DP et al, Current concepts for management of soft tissue sarcomas of the extremities J Surg Orthop Adv 2008
- 3-Sarcoma after intramuscular iron injection. 1973 P.Grasso
- 4-Mentzel T. Sarcomas of the skin in the elderly. Clin Dermatol. 2011;29:80-90.
- 5-Clarke LE, Zhang PJ, Crawford GH, Elenitsas R. Myxofibrosarcoma in the skin. J Cutan Pathol. 2008;35:935-940.
- 6-Weitz J, Antonescu CR, Brennan MF, Localized extremity soft tissue sarcoma; improved knowledge with unchanged survival over time J Clin Oncol 2003;21:2719-2725
- 7-Fletcher C, Unni K, Mertens F. Myxofibrosarcoma. In: Mentzel T, van den Berg E, Molenaar W., editors; WHO classification of tumors - pathology and genetics, tumors of soft tissue and bone. Lyon: IARC Press; 2002. pp. 102-1031.
- 8-Daigeler A, Lehnhardt M, Khadra A, et al Proximal major limb amputations-a retrospective analysis of 45 oncological cases World J Surg. Oncol 2009;7:15
- 9-De Castro BA, Piancastelli AC, Meyer RL, Piancastelli PM, Ribeiro CA, Miranda RM. An Bras Dermatol. 2016 Jan-Feb;91(1):97-9. doi: 10.1590/abd1806-4841.20163922.
- 10-Yang JC, Chang AE, Baker AR, Sindelar WF, Danforth DN, Topalian SL, DeLaney T, Glatstein E, Steinberg SM, Merino MJ, Rosenberg SA. Randomized prospective study of the benefit of adjuvant radiation therapy in the treatment of soft tissue sarcomas of the extremity. J Clin Oncol. 1998;16:197-203.

#### Resim-1



**P-118**

**Sobayla Öpüşen Genç Kız**

Ozan Aslan, Shahrukh Omar, Barış Çin,  
Ahmet Kürşat Yiğit, Serkan Kaya,  
Nesibe Sinem Çiloğlu  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
İstanbul

Giriş: Solunum yolunu etkileyen yanıklar hastane yatış endikasyonları arasındadır (1,2). Madde kullanımı öyküsü sonrası gelişen yanıklarda temas yanıkları dikkatle incelenmeli ve olası inhalasyon yanıkları gözden kaçırılmamalıdır. Acil entübasyon ile havayolunun patent kalması sağlanarak yoğun bakım ünitesinde takip edilen bir yanık hastasını sunuyoruz.

Olgu: 21 yaşında üniversite öğrencisi kadın hasta ellerde ve yüzde 2.derece yanıklar sebebiyle acil servise başvurmuş, takibinde plastik cerrahi konsültasyonu istenmiştir. Hastanın yapılan ilk değerlendirmesinde perioral alanda, oral mukozada, ellerde volar ve dorsalde 2. derece %4 yanık alanı izlendi. Hastanın bilinci bulanık olduğu için hastayla kooperasyon sağlanamadı. Hasta yakınlarından alınan bilgiye göre bonzai isimli madde kullanımı sonrası sobaya sarılıp öpen hastanın temasa bağlı yanıklarının geliştiği öğrenildi. Ancak hastanın oral mukoza ve farenkste de yanıkları izlenmesi ayrıca ellerinin sadece volar değil aynı zamanda dorsalinde (Resim 1) de yanık alanlarının olması üzerine sıcak sıvı yanığı da olabileceği düşünüldü. Fiberoptik endoskopi ile larenks değerlendirildi ve ödemli izlendi. Takiben hasta acil tıp kliniği tarafından sedasyon altında entübe edilip yoğun bakımda mekanik ventilatör (Resim 2) altında takibe alındı. Genel durum bozukluğu görülmeyen, steroid tedavisi alan ve ödemleri gerileyen hasta entübasyon sonrası 7. günde ekstübe edildi. Hastanın 2.derece yanık alanları antibiyotikli epitelizan pomad ile pansuman yapıldı (Resim 3). Takiplerinde herhangi bir komplikasyon olmayan hasta taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç: Inhalasyon yanıkları ve yüz yanıkları acil müdahale gerektiren ve yatış endikasyonu olan yanıklardır. Plastik cerrahlar tarafından sıklıkla karşılaşılan ve multidisipliner yaklaşım gerektiren yanıklardır. Havayolu açıklığı sağlanması en önemli tedavi ilkesidir (3). Hasta ilk başvurduğunda yanık alanının küçük olması veya henüz ödemin oluşmaması sebebiyle gözden kaçırılmamalıdır. Acil yanık hastalarında eskarotomi, fasyotomi, tanjansiyel veya fasyal eksizyon, santral venöz katater takılması, trakeostomi veya krikotiroidotomi, hemodiyaliz gibi acil müdahaleler gerekebilmektedir.

**Kaynaklar:**

- 1- Harvey JS, Watkins GM, Sherman RT. Emergent burn care. South Med J. 1984 Feb;77(2):204-14. Review
- 2- Gueugniaud PY, Management of severe burns during the 1st 72 hours, Ann Fr Anesth Reanim. 1997; 16(4):354-69
- 3- Can we make an early <do not resuscitate> decision in severe burn patients? Yüce Y, Acar HA, Erkal KH, Tuncay E. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2017 Mar;23(2):139-143

**Resim 1, Resim 2, Resim 3**



Resim 1: El volarindeki yanık alanı Resim 2: Yanık sonrası 1. günde hasta entübe ve yüzü ödemli halindeyken Resim 3: Yanık sonrası 1. haftada hastanın yüzü

**P-119**

**Alt Göz Kapağı Yerleşimli Malign Melanom Olgusu ve Nazolabiyal Flep ile Rekonstrüksiyonu**

Mehmet Dadacı, İlker Uyar, Bilsev İnce,  
Serhat Uyar, Mehmet Cem Yıldırım  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

Giriş: Malign melanoma (MM) tüm kanserlerin %2-3'ünü oluşturmalarına karşın, cilt kanserleri arasında en sık mortalite nedenidir (1-3). Kadınlarda akciğer kanserlerinden sonra en çok artış gösteren ikinci kanserdir (3). İnsidans özellikle ileri yaşlarda artmaktadır. Vücutta görülme yerleri cinsiyetlere göre farklılık göstermektedir. MM erkeklerde en sık gövdede görülür ve bunu baş ve boyun bölgesi takip eder, kadınlarda ise alt ekstremitede daha sık olarak görülür (4). Başlangıç tedavisi cerrahi eksizyondur. Bu yazıda yerleşim yeri itibari ile rekonstrüksiyonu kolay olmayan bir MM olgusu sunulmuştur.

Olgu: 60 yaşında kadın hasta önceden varolan ancak son 1 yıl içerisinde karakter değiştiren sol alt göz kapağının lateral yarısını da ilgilendiren asimetrik 3\*3 cm boyutlarında hiperpigmente lezyon ile kliniğimize başvurdu. Muayenesinde klasik kitaplarda yer alan ABCD(asimetri-border-colour-diameter) kriterlerini karşılayan bulgular mevcut olup malign melanom ön tanısı ile operasyon planlandı. Hasta genel anestezi altında operasyona alınıp 2 cm sağlam cerrahi marj konularak eksizyon yapıldı. Malar dolgunluk sağlamak için defektin inferior kısmı ipsilateral bölgeden tasarlanan nazolabial fleple, alt göz kapağına yakın superior kısmı ise kısmi kalınlıkta deri greftiyle rekonstrükte edildi.

Tartışma: Alt göz kapak rekonstrüksiyonu, gözün korunması açısından rekonstrüktif cerrahinin önemli ve zor konularından birisidir. Alt göz kapak defekti pek çok etiyolojik sebeple olmakla birlikte, en sık sebep tümör eksizyonu ve travmadır. Tümör eksizyonu veya travma sonrası alt göz kapağında farklı büyüklüklerde defektler oluşabilmektedir. Kapağın 1/4'ü kadar olan defektler primer olarak onarılabılır. Biraz daha büyük defektlerde ise primer kapama, kantoliz yapıldıktan sonra sağlanabilir. Büyük defektlerin onarımı alın flebi, nazolabial flep, üst göz kapağından hazırlanan tek veya iki pediküllü kas-deri flebi, üst göz kapağından tarsokonjonktival flep, infraorbital bölgeden hazırlanan fasyokutanöz V-Y ilerletme veya rotasyon flebi, temporoparyetal fasya flebi, semisirküler Tenzel flebi veya Mustardé yanak flebi ile yapılabilir(5). Biz kendi olgumuzda malar bölgeyi de ilgilendiren alt göz kapağı rekonstrüksiyonu amaçlı kısmi kalınlıkta deri grefti ve nazolabial flep kombinasyonundan faydalandık. Tarsı

koruduğumuz için kondromukozal greft ihtiyacımız olmadı. Sonuçolarakaltgözkapakdefektlerininrekonstrüksiyonunda; defektin horizontal ve vertikal boyutu, aynı taraf üst göz kapak, temporal ve yanak bölge derisinin durumu önemlidir. Tercih ettiğimiz kombinasyon uzun dönem sonuçları açısından alt göz kapağı rekonstrüksiyonu amaçlı uygulanabilir seçenekler arasında unutulmamalıdır.

Kaynaklar:

1. Bodenham DC. A study of 650 observed malignant melanomas in the southwest region. Ann R Coll Surg Engl 1968; 43: 218-239.
2. Barth A, Wanek LA, Morton DL. Prognostic factors in 1512 melanoma patients with distant metastases. J Am Coll Surg 1995; 181: 193-201.
3. Ries LA, Wingo PA, Miller DS, et al. The annual report to the nation on the status of cancer, 1973-1997, with a special section on colorectal cancer. Cancer 2000; 88: 2398-2424.

## P-120

### Eriyebilen Mesh ile Direkt İmplantla Meme Rekonstrüksiyonu

Kamuran Zeynep Sevim<sup>1</sup>, Fatih Irmak<sup>1</sup>,  
Selami Serhat Şirvan<sup>1</sup>, Sıtkı Gürkan Yetkin<sup>2</sup>,  
Şafak Çakır<sup>1</sup>, Mert Sızmaç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Eş zamanlı direkt implantla meme rekonstrüksiyonu yakın zamanlarda cilt/meme başı koruyucu mastektominin rutin tedavilerde uygulanmasıyla gittikçe popülerite kazanmaya başlamıştır. Literatürde eş zamanlı implantla direkt onarımlarda asellüler dermal matriks ile inferior polün desteklendiği onarımlar bildirilmektedir. Kliniğimizde absorblabl mesh(Tigr Matriks Mesh)asellüler dermal matriks yerine kullanılarak güvenilir ve daha düşük maliyetli onarım sağladık.

Materyal-Metod: Direkt implant ie meme rekonstrüksiyonu yapılan 12 duktal karsinoma in situ hastasının demografik risk faktörleri ve komplikasyonların sıklığı en az 1 yıl takip edildi.

Sonuç: Duktal karsinoma in situ tanılı 12 hastanın 15 mnemesinde absorblabl meshile eş zamanlı direkt implantla onarım yapıldı. Vakaların %10'u bilateral duktal karsinoma in situ tanılıydı. Kullanılan implantların ortalama büyüklüğü 450 cc(180-600cc )arasındaydı ve implant volümünün subkutan mastektomi materyaline ağırlık olarak oranı %0.90 idi. Ortalama takip süresi 18 ay idi(15-25 ay). İki hastada kırmızı meme sendromu nedeniyle hastaneye tekrar yatış ve antibiyoterapi ile takip gerekti. (%2). İmplant kaybı hiç yaşanmadı. İmplant pozisyonu ve estetik kabul edilebilir düzeydeydi. Asellüler dermal matriksin maliyeti ile karşılaştırıldığında %35'lik bir avantaj eriyebilen meshlerle ortaya çıkmıştır. Tartışma: Eriyebilen mesh ile direkt implantla meme rekonstrüksiyonu seçilmiş hastalarda özellikle erken evre multipl odaklı meme kanserinde, duktal karsinoma in situ da, RT ve veya KT gibi adjuvan tedavilerin gerek olmadığı lokal meme kanseki olgularında tek aşamalı onarıma izin veren asellüler dermal matrikse göre düşük maliyetli, belirgin komplikasyon riski taşımayan bir tedavi seçeneğidir.

## P-121

### Sert Damakta Hemanjiyomu Olan İzole Veau 2 Damak Yarıklı Hastada Tek Flep Palatoplasti Yöntemi İle Onarım, Olgu sunumu

Murat Kara, Mert Çalış, Figen Özgür

Hacettepe Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş:Hemanjiyomlarçocuklukçağınınensıkgörülentümörleri olup, bir yaş altında %5 ile 10 sıklıkla görülürler. Prematür infantlarda görülme oranı artar ve doğum ağırlığı 1000 gram altındaki preterm infantlarda bu oran %23'lere kadar yükselir. İnfanıl çağda kadınlarda üç kat daha sık görülür. Hemanjiyomlar, baş ve boyun bölgesinde sık görülmekle beraber, oral kavitede nadir görülürler. Oral bölgede ise sıklıkla dudak, bukkal mukoza ve dilde görülürler, ancak damakta oldukça nadirdirler. Hâlihazırda izole olarak damakta nadir görülen hemanjiyomun, olgumuzda damak yarığı ile birlikte olması olağan dışı olup, olgu sunumunun amacı oldukça nadir bir klinik durumda gerçekleştirdiğimiz cerrahi tedavinin paylaşılmasıdır.

Olgu Sunumu: Hasta, 28 yaşındaki ek hastalığı olmayan sağlıklı anne ile 26 yaşındaki sağlıklı babanın ilk çocuğu olarak, 38 haftalık iken sezeryan ile doğmuştur. Gebelik çağında annenin geçirilmiş bir hastalık öyküsü, ilaç, alkol veya sigara kullanım öyküsü mevcut değildir. Hastanın soy geçmişinde, damak yarığı, hemanjiyom veya vasküler malformasyon öyküsü yoktur. Gebeliğin son trimesterinde anneye polihidroamnios tanısı konmuş, takipler sonrası iki kez steroid enjeksiyonu yapılmış, 38 hafta tamamlanmış ve sezeryan ile doğum sağlanmıştır. Doğum sırasında, Yeni Doğan bölümünce yapılan ilk muayenede damak yarığı kayıtlı altına alınan hastanın doğum kilosu 3100 gram olarak tartılmıştır, damakta hemanjiyom bulgusu gözlenmemiştir. Beslenme takibi için 7 gün küvözde gözlenen hasta, beslenme için damaklık yapılması sonrası taburcu edilmiştir. Dördüncü ayda, annesinin damakta kitlesel lezyon fark etmesi üzerine hasta kliniğimize getirilmiştir. Muayeneler sonrası izole Veau 2 damak yarığı ve sert damak sağ tarafı kaplayan, kırmızı-mor renkli kabarık lezyon gözlenmiştir. Hemanjiyom ön tanısı konan hasta takip ve tedavi amacı ile Pedyatrik Medikal Onkoloji bölümüne konsülte edilmiştir. Burada çekilen Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)'de, sert damak sağ yarımında, en geniş boyutları 2.2x1.3 cm ölçülen, intravenöz kontrast madde enjeksiyonu sonrasında yoğun kontrastlanan lobüle konturlu solid nodül izlenmiştir. Lezyonun internal maksiller arterin distal dalları ile beslendiği gözlenmiştir. Klinik ve görüntüleme sonrası hemanjiyom tanısı konan hastanın çekilen Transtorasik Ekokardiyografisinde küçük sekundum atriyal septal defekt varlığı gözlenmiştir. Hemanjiyom boyutunun büyüklüğü nedeni ile hastaya propranolol başlanması planlanmış, Pedyatrik Kardiyoloji Bölüm önerileri alındıktan sonra, dördüncü ayda hastaya 2x3.5 mg olarak oral tedavi başlanmıştır. Sekiz ay tedavi alan hastanın medikal tedavisi, lezyonda gerileme olduğundan dolayı 12 aylıkken kesilmiştir. Ancak bundan iki hafta sonra kontrolünde lezyonun tekrar büyüdüğü gözlenmiş ve tedaviye 2x2.5 mg dozundan tekrar başlanmış ve halen devam etmektedir. Hasta medikal tedavi boyunca, damak yarığı ve lezyon nedeni ile Plastik Cerrahi Ekibince aylık kontrollerde değerlendirilmiştir. Hastanın lezyonu kontrol altında olduğundan ve kliniğimizde ideal konuşma sonuçları açısından erken onarım konsepti kabul edildiğinden dolayı, hemanjiyom nedeni ile hastanın damak onarımı ertelenmemiş, ilgili bölüm önerileri ile 11. ayda onarım yapılmıştır. Peroperatif ve postoperatif dönemde komplikasyon gözlenmeyen hastanın, cerrahi, konuşma, işitme ve ortodontik takipleri devam etmektedir.

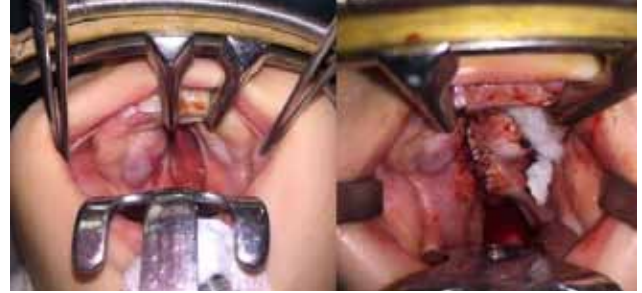
Cerrahi Teknik: Supin pozisyonunda oral entübe edilen hastaya ağız açacağı konarak fotoğraf kayıtları alındıktan sonra, sol taraflı tek flep palatoplasti planlandı. Cerrahi sahaya ve sağ taraf yarık hattı sınırında, oro-nazal mukoza bileşkesine adrenalini lokal anestezi enjeksiyonu yapıldı. Yarık hattı ön sınırı mukoza insizyonu anteriora doğru 1 cm uzatıldı, buradan sol tarafta, sert damakta subperiosteal planda başlayan, yumuşak damakta kas altı planda devam eden, posterior bazlı ve Palatin Arter pedikülü korunarak damak flebi kaldırıldı. Kanama kontrolü sonrası, sol taraf yarık hattında, anteriorda nazal mukoza subperiosteal diseksiyon ile eleve edildi, posteriorda kas altı plandan devam edilerek yumuşak damakta flebi tutan son bağlantılar serbestlendi. Sağ taraf yarık sınırında, oronazal mukoza bileşkesinden, solda kaldırılan damak flebinin ön sınırı seviyesinden uvulaya uzanan mukoza insizyonu yapıldı. Sert damakta, sütürasyonu kolaylaştırmak için, lezyona hasar vermeden, oral mukoza yaklaşık 5 mm subperiosteal planda eleve edildi, nazal mukoza sol taraf ile aynı şekilde subperiosteal planda kaldırıldı. Lezyonun arka sınırı ile uvula arasında ise, insizyondan girilerek kas altı plandan sağ taraf yumuşak damak dekolle edildi. Flep elevasyonları sonrası, öncelikle uvula onarımı yapıldı. Takiben yumuşak damak nazal mukoza onarımı, kas onarımı, anteriorda nazal mukoza onarımı ve oral mukoza onarımı yapılmıştır. Sol taraf flep lateralindeki alana fibriler tampon uygulandı. Fotoğraf çekimi sonrası işleme ağız içine tampon konması ile komplikasyonsuz son verildi. Operasyon sonrası, kanama takibi ve muhtemel kanama sonrası entübasyon güçlüğünden dolayı hasta yoğun bakım ünitesine entübe olarak çıkarılmış, burada entübe halde 4 saat izlendikten sonra ekstübe edilmiştir. Ekstübasyon sonrası yoğun bakım ünitesinde 6 saat daha takip edilen hasta, aynı gün plastik cerrahi servisine devralınmıştır. Serviste iki gün yatışlı takibi olan hastanın, genel durumu, cerrahi takibi ve oral alımı iyi olduğundan taburcu edilmiştir. Hasta kontrolünde dil ve konuşma bölümüne konsülte edilmiş, hasta yakınları dil gelişimi açısından bilgilendirilmiştir. İkinci ay kontrolünde, damak onarım hattının sorunsuz iyileştiği, hemanjiyomda ise belirgin küçülme gözlenmiştir.

**Tartışma:** Çocukluk çağıının en sık tümörü olan hemanjiyom, hızlı bir büyüme dönemi sonrasında spontan involüsyona uğramaktadır. Bu nedenle sıklıkla tedaviye ihtiyaç olmamakta, progresyonu takip etmek amacıyla, aralıklı muayene ve fotoğraf kayıtlarının alınması yeterli olmaktadır. Ancak lokalizasyon, boyut ve progresyonlarına göre, maksillofasiyal ve/veya dental gelişimi etkileyebilecekleri gibi, ağrı, skar, kanamaya bağlı anemi ve enfeksiyon gibi komplikasyonları da mevcuttur. Bu durumlarda medikal veya cerrahi girişim endike olabilmektedir. İnvolüsyona uğramayan veya komplike vakalarda oral propranolol ve sistemik kortikosteroidler, dirençli olgularda interferon tedavisi uygulanabilir. Medikal tedavinin yetersiz olduğu durumlarda intralezyoner steroid enjeksiyonu, kriyoterapi, skleroterapi ve cerrahi eksizyon uygulanabilmektedir. Olgumuzda kitle boyutunun büyük olmasına bağlı hastanın damaklık kullanamaması ve bu durumun beslenmeyi olumsuz etkilemesinden dolayı, Pediatrik Medikal Onkoloji tarafından oral propranolol tedavisine başlanmıştır. Çalışmamıza benzer bir olgu, 2002 de Indian Pediatrics'te yayınlanmış, sert damakta kapiller hemanjiyomlu, Tip 0 yüz yarığı ve submüköz damak yarıklı bir hastadır (Palatal Hemangioma With Cleft Zero. Indian Pediatrics 2002; 39:693-694). Bu çalışmada hastanın olgu sunumu yapılmış, hemanjiyoma yönelik takip ve tedaviden bahsedilmiştir, ancak yarık onarımı ve yönetimi ele alınmamıştır. Bu noktada, çalışmamız hemanjiyomlu bir damak yarığı onarımı olduğundan, literatürde rastlanmamış olup ilk olgu niteliğindedir. Literatürde, konuşma sonuçları açısından damak yarığı için erken onarım önerilmektedir. Bazı yayınlarda 12 aydan önceki onarımlarda konuşma sonuçlarının daha

iyi olduğu raporlanmıştır. Entegre konuşmanın hayatın 24. ayında tamamlanması nedeniyle, Rohrich çalışmasında damak onarımının en geç 24. aydan önce tamamlanması gerektiğine vurgu yapmıştır.

**Sonuç:** Sonuç olarak, damak onarımında ideal konuşma sonuçlarının elde edilmesi için erken damak onarımı önemli olduğundan, hemanjiyomu olan benzer olgularda zamanlamayı geciktirmeden onarım gerçekleştirilebilir.

#### Damak Yarığı onarım öncesi ve sonrası görünümü



Sağ taraf sert damak anteriorda kabarık, pembe mor renkli hemanjiyom ve veau 2 damak yarığı birlikteliği.

#### P-122

#### Alt Ekstremitede Nadir Görülen Kutanöz Süperfisiyal Anjiyomiksoma Olgusu

**Rehber Marşil, Murat Tüzüner, Ersin Akşam**  
*Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir*

**Giriş:** Miksomalar vücudun değişik yerlerinde görülebilen deri ve deri altı dokusunun tümöral kitleleridir. Benign veya malign karakter gösterebilirler. Histolojik olarak stromalarında çok sayıda ince duvarlı kapillerler bulunan miksomalar daha nadirdir ve anjiyomiksoma olarak adlandırılır. Genellikle gövde, yüz, boyun ve genital bölgelerde görülen, çapı 3cm'yi geçmeyen, asemptomatik nodül veya papül şeklindeki benign miksoid tümörlerdir. Nadiren ekstremitelerde görülür. Bu çalışmada nadir bir görünüm alanı olan uyluk lateralindeki süperfisiyal anjiyomiksoma vakası ve tedavisi sunulmuştur.

**Olgu:** Yirmi yaşında erkek hasta, sol uyluğunda altı aydır var olan, iyileşmeyen ağrılı kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Down Sendromu olan hasta, hikayede herhangi bir travma ya da yabancı cisim öyküsü bulunmadığı öğrenildi. Ayrıca hastanın vücudunda tanısı konulmuş başka herhangi bir tümöral kitlenin bulunmadığı, hormonal aktivitenin normal olduğu ve benzer başka bir deri lezyonunun bulunmadığı tespit edildi. Hastanın sol uyluk lateralinde subkutan yerleşimli, ciltte koyu renk değişikliğine neden olan, yarı mobil 3x3 cm ebatlarında kitle bulunmaktaydı (Resim 1). Kitle sedasyon ve lokal anestezi altında 1 cm sağlam cilt alanını içerecek şekilde cilt ile birlikte çıkartıldı. Kitleye histopatolojik inceleme sonrasında süperfisiyal anjiyomiksoma tanısı konuldu. Hastanın altı aylık takiplerinde lezyonun tekrarlamadığı görüldü. Yumuşak doku tümörleri, parankim dokusunun içinde hücre yapısına göre adlandırılır. Belirgin bir yapı tanımlanamayan tümöral kitlelerde stromal hücre özelliklerine göre adlandırılır. Stromalarındaki yoğun mukoid yapılı yumuşak doku tümörleri miksoma olarak isimlendirilirler. Eğer histolojik olarak miksomalardaki bu miksoid matriksle birlikte çok sayıda ince duvarlı kan damarı eşlik ederse, bunlara anjiyomiksoma denir.

Süperfisyal anjiyomiksomanın histopatolojik olarak tanısı kolay konulabilir fakat kadınlarda görülen ve nöks oranı yüksek olan agresif anjiyomiksoma ile karışabilir. Burada sunulan olguda kitle nadir görülen bir lokalizasyon olan alt ekstemitede gözlenmiştir.

**Sonuç:** Lokal sınırları belirgin olmayan Süperfisyal anjiyomiksomalarda genellikle tam olarak çıkartılamazlar. Bu nedenle sıklıkla nöks ederler. Süperfisyal anjiyomiksoma lezyonu bazen Carney kompleksinin bir bileşeni olabilmektedir. Bu kompleks, birçok organda görülen multisentrik tümörleri, subkutanöz anjiyomiksomalara, memede miksomaya, lentiginlere, aşırı endokrin aktivite bulunmasını, psömmam melanositik shwannomları ve pigmentli deri lezyonlarını içeren otozomal dominant bir hastalıktır. Bu nedenle deride bu lezyonlar eğer araştırılır ve Carney kompleksinin bir parçası olduğu anlaşılırsa, diğer yandaş hastalıkların sebebi anlaşılır. Uygun konsültasyonlar ve değerlendirmeler yapılarak hastanın yaşam kalitesi artırılabilir. Bununla birlikte burada sunulan hastanın Carney kompleksini anımsatacak yandaş hastalıkları bulunmamıştır.

#### Kutanöz Süperfisyal Anjiyomiksoma



#### P-123

#### Hidradenitis Suppurativa'ya Bağlı Gelişen Mortal bir Komplikasyon: Skuamöz Hücreli Karsinom

Sedat Öz, Gaye Filinte, Kaan Gideroğlu, Celal Alioğlu, Arda Akgün, Sultan Yalçın, Kübra Ece Kalafatlar, Tunç Tunçbilek, Cem Berkay Sınacı, Zeynep Arpacık, Bükem Cüce, Barış Kanık  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Hidradenitis Suppurativa apokrin glandların kronik, inflamatuvar ve dönem dönem enfekte olabilen süpüratif bir hastalıktır. Yaşam kalitesini ciddi anlamda olumsuz etkileyen bu hastalık, sunacağımız bu vakada olduğu gibi Skuamöz Hücreli Karsinom'a (SCC) dönüşüm ile karşımıza çıkabilmektedir.

Sunacağımız 54 yaşında erkek bir hastamız. 20 yaşında intergluteal bölgesinde gelişen bir apse sonucu takip edilen hastanın yapılan tetkiklerinde Hidradenitis

Suppurativa tanısı konulmuş. Antibiyoterapi ve lokal debridman tedavileri ile takip edilen hasta yaklaşık 30 yıldır şikayetlerinin geçmemesinden yakınmakta idi. Hastaya 2015 yılında yapılan debridman ve sonrasında alınan biyopsi sonucu Hiperkeratotik cilt adaları, akantoz ve kronik inflamasyon ile uyumlu olarak raporlanmış. Hasta konservatif yaklaşımlarla takip edilmeye devam edilmiş. Alevlenme ve gerileme dönemleri ile seyreden hastanın şikayetleri 2016 yılında tekrar artmış. Tarafımızca değerlendirilen hastaya yara bölgesindeki 3 kadrandan insizyonel biyopsi uygulandı. Patoloji ekibi tarafından parçaların benzer özelliklere sahip olduğu söylenmiş ve Dev Kondilom?, Verrüköz Ca? SCC? olarak rapor edilmiştir. Takiben hastaya geniş eksizyon ve rekonstrüksiyon planlanarak Genel Cerrahi ve Ortopedi klinikleri ile birlikte opere edilmiştir. Hastanın geniş eksizyon sırasında alınan spesmenleri frozen tekniği ile incelenmiş ve per-op SCC sonucu alınmış ona göre sınırlar belirlenmiştir. Sakrumu da içeren Geniş eksizyon materyalinin SCC olarak raporlanmasının ardından hastaya metastaz açısından taramalar uygulanmıştır. Uzak veya lokal metastaz tespit edilmemiştir. Hastanın 1 senelik takiplerinde nöks veya metastaz tespit edilmemiş olup yeni defekt gelişmemiştir.

Yapılan araştırmamızda son 40 yılda tanımlanan 28 vaka tespit ettik. Sıklıkla erkeklerde (4:1) saptanan bu durum ender ancak fatal olarak raporlanmıştır. Ve tüm vakalar aksilla dışı Hidradenitis Suppurativa hastalığı kaynaklıdır. Hidradenitis Suppurativa kaynaklı SCC'nin fatal seyretmesinin en önemli nedenlerinden birisi tanısının geç konması ve şüphelenilmediği takdirde hastalığın hızlı seyretmesidir.[1] Uzun dönem takip edilen hastalarda HS'ye sekonder Marjolin Ülseri (SCC Predispozantı) gelişme oranı yaklaşık %1-3 kadardır.[2] Oranın düşük olmasına rağmen karşımıza çıkan bu vakada olduğu gibi, geç dönemde sebep olabileceği mortalite ve morbidite göz önüne alındığında yine de her zaman şüpheli olmalıyız. Hastalığın takibi sırasında lüzumu halinde seri biyopsiler alınarak yakın takip uygulanması gerektiği kanaatindeyiz.

#### SCC Tanısı aldıktan sonra geniş eksizyon sonrası



**P-124****Aksillada Torakodorsal Sinire Fikse Kist Hidatik**

Bilsev İnce, Mecit İsmayilzade, Mehmet Dadacı  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

Giriş: Ekinokokkozis, ekinokok cinslerinin neden olduğu zoonotik karakterli bir cestod hastalığıdır. Echinococcus cinsinin E. granulosus, E. multilocularis, E. vogeli ve E. oligarthrus olmak üzere dört türü mevcuttur. E. granulosus'un larvaları insanın karaciğer, akciğer ve diğer organlarına yerleşerek hidatik kiste neden olabileceği gibi ağır patolojik bozukluklara da yol açabilmektedir. Kist hidatik yerleştiği bölgede patojen etki gösterip orada çok yavaş gelişir ve bu esnada çevre dokulara ve organlara baskı yaparak atrofik etki gösterebilir (1). E. granulosus'un neden olduğu kistlerin %50-70'i karaciğerde, %10- 30'u akciğerde, %10'u atipik lokalizasyon olarak diğer doku ve organlarda yerleşir.

Bu çalışmada aksiler bölgede torakodorsal sinire fikse kist hidatik olgusu sunulacaktır.

Olgu sunumu: 37 yaş kadın hasta 6 aydır var olan ve giderek büyüme gösteren sağ koltukaltında şişlik nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sağ aksiller lokalizasyonlu, tabana fikse, sert kıvamlı 3x3 cm boyutlarında ele gelen kitle saptandı. Hastanın sağ kol ekstansiyon, iç rotasyon ve adduksiyon hareketlerinde kısıtlılık olduğu gözlemlendi. Toraks BT görüntülemeyi takiben aksiller bölgede kas içinde kist hidatik ile uyumlu kitle tespit edildikten sonra hasta operasyona alındı. Operasyon sırasında kitlenin kas içerisinde ve torakodorsal sinire fikse olduğu görüldü. Çevre dokulardan serbestlendikten sonra kist kapsülü intakt şekilde total olarak eksize edildi.

Tartışma: Kist hidatik her iki cinsten de gözlenmesine karşın farklı dağılımlar bulunmaktadır (2). Kist hidatik'e her yaşta rastlanabilmesine karşın genelde erişkin yaşlarda sıklıkla gözlenmektedir(3). Kist hidatik vücudun hemen her bölgesine yerleşebilir. Literatürde bildirilmiş; kemik, yumuşak doku, beyin, pankreas, orbita, diyafragma gibi atipik lokalizasyonlu olgular mevcuttur (4-7).

Bizim olgumuzda da aksilla gibi atipik lokalizasyon izlenmektedir. Kist hidatiğin, özgün bir klinik tablosu olmayıp, hastaların ancak %10'unda semptomlar mevcuttur. Bu ve diğer sıra dışı yerleşimler nedeniyle nonspesifik bulgularla hastalık ortaya çıkabilmektedir.

Nadir de olsa kist hidatik lipomatöz lezyonlarla karışabilir. Kitle eksizyonu öncesi kist hidatik hikayesi sorgulanmalıdır.

**Kaynaklar**

1. Pawlowski ZS, Eckert J, Vuitton DA. Echinococcosis in humans: clinical aspects, diagnosis and treatment. In: Eckert J, Gemmel MA, Meslin FX, Pawlowski ZS eds. WHO/OIE manual on echinococcosis in humans and animals: a public health problem of global concern. World Organisation for Animal Health, Paris, France. 2001:20-66.
2. Canda MŞ, Güray M, Canda T, Astarcıoğlu H. The Pathology of Echinococcosis and the Current Echinococcosis Problem in Western Turkey (A Report of Pathologic Features in 80 cases). Turk J Med Sci 2003;33:369-374.
3. Delibaş BS, Özkoç S, Şahin S, ve ark. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji Anabilim Dalı Seroloji Laboratuvarına kistik ekinokokkozis şüphesiyle başvuran hastaların değerlendirilmesi. T Parazit Derg 2006;30:279-281.
4. Rokni MB. Echinococcosis/hydatidosis in Iran. Iranian J

Parasitol 2009;4:116.

5. Özsoy M, Keles C, Kahya M, Keles G. Primary echinococcal cyst in the axillary region. J Infect Dev Ctries 2011;5:825-827.

6. Dirican A, Sümer F, Ünal B, ve ark. Aynı ailede iki primer kas içi kist hidatik olgusu. Dicle Tıp Derg 2011;38:486-488.

7. Meteroğlu F, Işık AF, Elbeyli L. Tanı zorluğu yaşanan komplike diyafragmatik hidatik kist: iki olgu. Dicle Tıp Derg 2012;37:294-296.

**Resim 1**

Kitlenin görünümü

**P-125****Bcc Eksizyonu Sonrası İlginç Bir Rektus Kılıf Hematomu Vakası**

Emrah Işıktekin, Tahsin Görgülü, Burçin Acuner,  
Ahmet Sarma, Ahmet Eksal Kargı  
Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik,  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Zonguldak

Giriş: Bazal hücreli karsinom (BHK), insanlarda en sık görülen deri kanseri tipidir. 1 Bazal hücreli kanser epidermal bazal hücrelerden veya kıl folikülünün dış kök kılıfından köken alan malign deri tümörüdür. 2-3 BHK'ların tedavisinde cerrahi altın standart olarak yerini korumaktadır. Rektus kılıf hematomu, epigastrik damarların ya da rektus kasının yırtılması sonrasında gelişen akut karın ağrısı nedenlerinden birisidir. Nadir görülmesi, akut karın ağrısı tanısında akla kolayca gelmemesine yol açabilir, ancak kanama bozukluğuna sahip hastalarda öncelikli olarak düşünülmeli gereklidir. 2 Kanama bozukluğuna bağlı gelişen ve girişim gerektirmeyen rektus kılıf hematomları genellikle yakın takip, istirahat ve kanama bozukluğunun düzeltilmesi ile kendini sınırlar.

Olgu: Polikliniğimize daha önce yüzde çok sayıda bcc eksizyonu yapılan hasta burun tipinde yeni oluşan kitlenin eksizyonu için başvurdu. 83 yaşındaki erkek hasta için eksizyon+ tam kat greft operasyonu planlandı. 20 yıl önce geçirilmiş bypass öyküsü olan hasta 2\*1 60mg enoxaparin tedavi almaktaydı. Postoperatif 9. günde hastada şiddetli sağ kadranda ağrısı başlamasının ardından genel cerrahi konsültasyonu istenmiş olup genel cerrahi bölümüne konsulte edildi. Rektus kılıfı hematom tanısı konulan hasta konservatif yaklaşımla tedavi edildi.

Tartışma: Rektus kılıf hematomu çoğunlukla benign karakter gösterip konservatif tedaviyle kendisini sınırlayan, bazen hızlı progresyonla hayati tehlikeye neden olabilen akut karın ağrısının nadir bir nedenidir.[Daha çok alt kadranda (%80) ve sağ tarafta (%60) görülür. Rektus kılıf hematomuna neden olan birçok tetikleyici faktör vardır. Çoğu antikoagülan kullanımına ikincil gelişen spontan kanamalıdır. Rektus kılıf hematomu şüphesinde ilk tanı aracı olarak kullanılan ultrasonografinin duyarlılığı %80-90'dır. Ultrasonografi kitlenin boyutu ve lokalizasyonu hakkında genellikle doğru bilgiler verir. Altın standart olan tanı yöntemi ise bilgisayarlı batın tomografisidir.

Sonuç: Rektus kılıf hematomu az bilinen, tanısının başlangıçta konulması ancak akla getirildiği takdirde mümkün olan, cerrahi tedavi gerektirmeyip konservatif

tedavi ile düzelebilen, ancak akut inflamatuvar karın ve intraabdominal kitle ayırıcı tanılarında mutlaka yer alması gereken bir patolojidir.

**Resim 1**



Rektus kılıfı hematomunun BT görüntüsü

### **P-126** **Parsiyel Mukozal Köprüleşmenin Olduğu** **Sekonder Komplet Damak Yarığı**

Can Karaca, Hüsnü Haçı, Hasip Şamil Yazgan,  
Selin Güler, Süleyman Çakmak  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş:** Damak yarıkları yaklaşık 2500 canlı doğumda 1 görülen doğumsal anomalilerdir. Dudak yarıkları ile birlikte olabilecekleri gibi izole olarak da görülebilmektedirler. Primer damak 4. ve 7. haftalar arasında median nazal çıkıntılar ve bilateral maksiller çıkıntıların birleşmesiyle oluşur. Sekonder damak ise 6. ve 9. haftalar arasında bilateral maksiller çıkıntıların palatal raflarının orta hatta birleşmesiyle oluşur. Bu birleşmenin sekteye uğraması damak yarıkları olarak karşımıza çıkar. (1)

**Olgu:** Otuz yaşında annenin 1. Gebeliğinden 1. Yaşayan olarak 38 haftalık 2900 gr olarak doğan kız bebekte doğumda yarık damak anomalisi saptanmış. Kliniğimizde takip edilen hastanın sekonder komplet damak yarığı olduğu görüldü. İnsisiv foramenin hemen posteriorundaki bir segmentte submüköz yarık olduğu, velumda uvulanın hemen anteriorunda yaklaşık 5 mm lik bir segmentte parsiyel mukozal köprüleşme olduğu görüldü. Hasta 13 aylıkken opere edilerek V-Y pushback palatoplastiyle damak yarığı onarıldı. Operasyon sırasında damaktaki köprüleşmenin mukozadan oluştuğu, kemik ve kas dokusu içermediği görüldü. Postoperatif dönemde herhangi bir sorun gözlenmeyen hastanın kliniğimizde takipleri devam etmektedir.

**Sonuç:** Sekonder damak oluşumu embriyolojik gelişimde bilateral palatin rafların insisiv forameninden başlayıp posteriora doğru fermuar şeklinde birleşerek ilerlemesiyle gerçekleşir. Olgumuzda klasik bilgiden farklı olarak sekonder komplet damak yarığının ara segmentinde mukozal köprüleşme görülmesi damak yarıkları oluştuktan sonra mukozanın temas etmesiyle tekrar kısmi füzyon olması ile açıklanabilir. Yarık damak hastalarında bu varyasyonların olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

**Resim-1**



### **P-128** **Üst Ekstremité Yüksek Basıncılı Boya** **Tabancası Yaralanmaları: Klinik** **Tecrübelerimiz**

Sultan Yalçın, Gökhan Temiz, Sedat Öz,  
Gaye Taylan Filinte, Celal Alioğlu  
Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Boya enjeksiyonu yaralanmaları sıklıkla yüksek basınçla meydana gelen kazalardır. Yüksek basınçla meydana gelen bu yaralanmalar ciddi tahrip edici sonuçlar meydana getirebilir. Yaralanma bölgesinde görülen küçük selim lezyonun aksine, cilt altında geniş nekrozlar meydana gelebilmektedir. Direk doku hasarı yüksek basınçla meydana gelse bile, enjekte edilen madde kemik dokuya kadar ulaşacak şekilde yumuşak doku katmanlarına yayılarak travma alanını genişletir.(1)

Yaralanma en çok genç erkeklerde görülür ve sıklıkla dominant olmayan elde meydana gelir(2).Tanı sıklıkla iyi bir anamnez ve direk grafide karakteristik radyopak materyallerin görülmesi ile konur. Yaralanmanın derecesi basınç yüksekliği, enjekte edilen maddenin çeşidi ve miktarı ile ilişkilidir.(1)

Tedavi acil debridmanın yanında, tetanoz profilaksisi, geniş spektrumlu antibiyotik, ekstremité elevasyonu, gerekli görülürse kompartman sendromuna karşı fasyotomi ve kliniğimizde sıklıkla kullandığımız negatif basınçlı yara kapama tedavisidir.

Çalışmamızda; son bir yıl içinde, yüksek basınçlı boya tabancası yaralanması ile kliniğimize başvuran hastalardaki klinik tecrübelerimizi meslektaşlarımızla paylaşmak istedik.

**Olgu:** Son 1 yıl içerisinde kliniğimize boya tabancası ile yaralanma şikayeti ile dört hasta başvurdu(Resim 1).Hastaların tamamı erkekti ve yaş ortalaması 38 olarak belirlendi. Yaralanma bölgesi tüm hastalarımızda palmar bölgede saptandı. Acil servise başvuran hastaların

tamamına tetanoz profilaksisi yapılarak aksiller blok altında debridman uygulandı. İntraoperatif yapılan eksplorasyonda makroskopik olarak görülen bütün boya materyalleri nörovasküler yapılar korunarak eksize edildi. Profilaktik geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandı. Hastalarımızın tamamına negatif basınçlı yara kapama tedavisi uygulandı. Yapılan takiplerde 3 hastamıza tekrardan debridman uygulandı. Hastalar ortalama 7-8 gün kliniğimizde yatarak tedavi gördü. Kliniğimizde kaldıkları süre boyunca aktif hareket başlandı. Taburculuk sonrası hastalarımızın tamamına fizik tedavi uygulandı. Hastalarımızın hiçbirinde nekroz saptanmadı ve amputasyon uygulanmadı. Hastalarımızın 2 si tam olarak el hareketlerini geri kazanabildi (Resim 2). Ancak diğer hastalarımızda biri ağır olmak üzere hareket kısıtlılığı saptandı.

**Tartışma:** Yüksek basınçlı boya tabancası yaralanmaları ciddi fonksiyon kaybına ve amputasyonlara yol açabilen tahrip edici yaralanmalardır. Hastalara yaklaşımda acil debridmanın önemi büyüktür. Yapılan çalışmalarda yaralanmadan sonra 6 saate kadar ve geç debridmanlar karşılaştırıldığında amputasyon oranlarında ciddi artış olduğu saptanmıştır(3). Bu nedenle biz de acile başvuran tüm hastalarımıza acil olarak debridman uyguladık. Ancak hastaların bize başvuru süresi ile alakalı olarak 2 hastanın ilk müdahalesi geç gerçekleştirildi. Bu iki hastaya negatif basınçlı yara kapama tedavisi uygulanmasına rağmen ileri dönemde elde hareket fonksiyonlarında kısıtlılık olduğu görüldü. Bütün müdahaleler aksiller blok altında uygulanmıştır. Boya enjeksiyonu yaralanmalarında lokal anestezi uygulamasının yaralanmanın şiddetini artırabileceği gösterilmiştir(4). Bu nedenle bu hastalara yapılan cerrahi müdahalelerde aksiller blok ya da genel anestezi uygulaması önerilmektedir. Kliniğimizde hastalarımıza literatüre uygun olarak tedavi algoritması uygulanmaktadır, ancak negatif basınçlı yara kapama tedavileri ve hiperbarik oksijen tedavisi gibi faydası olabileceğini düşündüğümüz müdahalelere rağmen birçok fonksiyon kaybı önlenememektedir. İlk 6 saatte debridman yapılamamasının buna yol açtığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda bu hastalarda acil debridmanın önemini vurgulamak istedik. Meslektaşlarımıza faydası olabileceğini düşünmekteyiz.

resim 1



## P-129

### Kienböck Hastalığında Lunat Dekompresyonu

Hakan Uzun<sup>1</sup>, Tamer Coşkun<sup>2</sup>, Galip Gencay Üstün<sup>1</sup>, Ali Emre Aksu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, El Cerrahisi Bilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Lunatın idiyopatik avasküler nekrozu sıklıkla 20 ile 40 yaş arası erkeklerde görülür. Hastalığın doğal seyrinde lunat kırılır ve çöker. Sonuç olarak tüm el bileği çöker, skafoid hiperfleksiyona gelir ve değişen biyomekanik nedeniyle el bileği artrozu gelişir. Kienböck hastalığının gelişiminde birçok faktörün katkısı bulunur. Tekrarlayıcı aksiyel yük binmesi, vasküler hasar ve negatif ulnar varyans gibi mekanik yatkınlığın bulunması hastalığın ortaya çıkmasına katkıda bulunur. Bu nedenle güncel tedaviler lunata yük bindiren kompresif güçleri azaltmak ve lunatın revaskülarize olmasına izin vermek üzerine yoğunlaşmıştır. Bu vaka sunumunda Evre II Kienböck hastalığı olan bir hasta tartışılacaktır.

**Olgu Sunumu:** 38 yaşında hasta sol el bilek ağrısı şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Hikayesinden 2 yıl önce el bileği üstüne düştüğü, ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayetlerinin bu travma sonrasında başladığı öğrenildi. Fizik muayenesinde el bileği dorsalinde perilunat bölgede hassasiyet ve el bileğinde hareket kısıtlılığı tespit edildi. Görsel analog skala (VAS) skoru 84'tü. Çekilen standart iki yönlü radyografileri normal olan hastanın yapılan el bileği MRG'sinde lunatta Evre 1 Kienböck hastalığı ile uyumlu T1 ağırlıklı sekanslarda azalmış sinyal yoğunluğu saptandı. Tarafımıza başvurmadan önce 3 ay boyunca düzenli immobilizasyon ve NSAİ tedavisi alan ancak fayda görmediğini ifade eden hastaya lunat dekompresyonu planlandı. El bileğinde lunat üzerinde yapılan 5 cm.lik vertikal kesi ile girilerek ekstansör retinakulum radial bazlı flep olarak ve 4. ekstansör kompartman kapsülü proksimal bazlı flep olarak kaldırıldı. Direkt skopi altında lunat tespit edilip dorsal yaklaşımla 3 mm.lik burr yardımıyla dekompresyon gerçekleştirildi (Resim-1). Nekrotik kemik küret ile temizlendi. Sol iliak kanattan alınan spongiöz kemik grefti lunat içine yerleştirildi. Ameliyat sonrası 8 hafta kısa kol ateli ile immobilizasyonu sağlandı. Ameliyat sonrası VAS skorunun 3. ayda 24, 6. ayda ise 17 olduğu görüldü.

**Tartışma:** Literatürde Evre II ve IIIa Kienböck hastalığının tedavisinde değişen karmaşıklıkta birçok seçenek bulunmaktadır. Bu seçeneklerin çoğu hastalığın patogenezinde önemli rol oynayan lunata binen yükün azaltılmasına ve lunat revaskülarizasyonuna dayanmaktadır. Mekanik olarak lunatın dekomprese edilmesi Kienböck hastalığının tedavisinde kritik olmasına rağmen revaskülarizasyon esnasında lunatın daha fazla çökmesini engelleyecek bir biyolojik restorasyon gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu ihtiyacı karşılayacak materyaller kanselöz veya kortikal kemik greftleri, 1,2 interkompartmantal supraretinaküler arter bazlı pediküllü kemik flepleri ve 2. dorsal metakarpal vasküler pedikülün lunat içerisine -distal radiustan alınan kemik grefti ile birlikte- direkt implantasyonudur. Birinci dorsal metakarpal vasküler pedikülün kemik grefti yerine kemik morfogenetik protein (BMP) ile birlikte kullanımı da bildirilmiştir. Dekompresyonu veya revaskülarizasyonu takiben el bileği en az 8 hafta immobilize edilmelidir. Bazı yazarlar immobilizasyon için kemik greftleme sonrası eksternal fiksator veya K teli ile fiksasyon önermektedir. Hastalığın tedavisinde, hastanın

hikayesi ve fizik muayene bulguları ile birlikte radyolojik değerlendirme esas alınmalı; uygun evreleme yapıldıktan sonra cerrahi plan uygulanmalıdır.

#### Kaynaklar

1. Amadio PC, Hanssen AD, Berquist TH. The genesis of Kienböck's disease: evaluation of a case by magnetic resonance imaging. J Hand Surg. 1987;12:1044-1049
2. Rizzo M, Moran S. Vascularized bone grafts and their applications in the treatment of carpal pathology. Semin Plast Surg. 2008;22:213-227
3. Afshar A. Lunate revascularization after capitate shortening osteotomy in Kienböck's disease. J Hand Surg. 2010;35:1943-1946.
4. Wigton MD1, Nazir OF, Graves BR, Apel PJ, Li Z. Dorsal Distraction Plating and Lunate Decortication for Stage III Kienböck Disease: A Novel Technique. Tech Hand Up Extrem Surg. 2017 Mar;21(1):13-17.
5. Jones NF, Brown EE, Voğelin E, et al. Bone morphogenetic protein as an adjuvant in the treatment of Kienböck's disease by vascular pedicle implantation. J Hand Surg Eur. 2008;33B:317-321.

#### Resim-1



Lunat kemiğin dekompresyonu

#### P-130

### Rinoplasti Sonrası Soğuk Uygulamaya Bağlı Gelişen Nadir Bir Komplikasyon: Fasiyal Sinir Paralizisi

**Bilsev İnce**, Pınar Gündüz, Mehmet Dadacı  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

**Giriş:** Burnun doğumsal ya da sonradan oluşan şekilsel bozukluklarını gidermek amacı ile yapılan rinoplasti sonrasında, ameliyattaki işlemlerin kapsamına ve kişinin dokularının yapısına göre periorbital bölge ve burun çevresi ağırlıklı olmakla beraber yüzde ödem ve morluklar gelişmesi ihtimali vardır. Ekimoz ve ödem maksimum seviyesine 2. günde ulaşır ve 4-5. günden itibaren kaybolma eğilimi gösterir.

Postoperatif dönemde göz çevresindeki ödemin azaltılması amacıyla bu dönemde hastanın fazla yatırılmaması ve erken mobilizasyon konusunda önerilerin yanı sıra, göz ve burun bölgesine soğuk bası uygulaması da başvuru olan eski ve klasik bir yöntemdir. Gözler ve glabella üzerine ilk 48 saat aralıklı uygulanan soğuk penetrasyon vasküler yapıların kontraksiyonunu tetikleyerek interstisyel aralığa sıvı geçişini önler ve oluşacak ekimoz ve ödemi en aza indirir (1).

Bu çalışmada rinoplasti sonrası sürekli uygulanan soğuk komprese bağlı gelişen fasiyal paralizi ve tedavi süreci sunulmaktadır.

**Olgu Sunumu:** 28 yaşında erkek hasta nefes almakta güçlük ve burunda şekil bozukluğu şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Septumunda sola deviasyon olan hastaya tarafımızca septorinoplasti ameliyatı uygulandı. Operasyon sonrası ilk 24 saat 20 dakika/saat periyotlarla burun dorsumu ve bilateral periorbital ödem progresyonunu önlemek için soğuk uygulama önerildi. Postoperatif 30. saatte aralıksız buz uygulamasını takiben hastanın sol gözünü kapatamama, gözde yanma, karıncalanma ve sulanma şikayeti başladı. Yapılan fizik muayenesinde hastanın sol yüz yarısı mimik hareketlerinde kısıtlılık, sol perioral paralizi ve sol göz kornea refleksinde gecikmenin eşlik ettiği unilateral periferik tip fasiyal sinir paralizi ile uyumlu klinik tablo gözlemlendi.

Diagnostik değerlendirme sonrasında korneanın, göz kapağının açık kalmasıyla oluşabilecek dehidrasyon, kuruluk veya abrazyondan korunması için gündüz 12x1 suni gözyaşı damlaları, gece 2x1 antibiyotikli göz pomadı ve steril göz koruyucu bantlarla kapama tedavisi uygulandı. Medikal tedavi olarak, oral prednizolon ilk 10 gün 80mg /gün, sonraki 5 gün, günlük 16 mg azaltılacak şekilde doz ayarlaması yapıldı. Postoperatif 7. günden itibaren hastanın yakınmalarında gerileme olduğu görüldü. Tedavi bitiminde yeniden değerlendirilen fizik muayenede patolojik bulgularda regresyon olduğu gözlemlendi.

**Tartışma:** Rinoplasti estetik cerrahi girişimler arasında en sık başvuru olan ameliyatlardan birisidir. Postoperatif dönemde meydana gelen periorbital ödem morbiditeyi etkileyen en önemli faktörlerden bir tanesidir(2).

Bell paralizisinde kortikosteroidlerin özellikle erken dönemde (ilk 72 saat) kullanılmaya başlandığında etkili olduğunu gösteren çalışmalar çoğunlukta olsa da, steroidlerin soğuk maruziyeti sonrasında gelişen periferik tip unilateral fasiyal paralizde etkiliği konusunda literatürde yer alan çalışma bulunmamaktadır (3).

Soğuk uygulama periorbital ödemi en aza indirmek için genel kabul görmüş fakat süresi ve uygulama sıklığı konusunda tartışmalara neden olan bir rehabilitasyon sürecidir. 45 dakika/ saat uygulamanın güvenli şekilde istenilen etkiyi sağlayabileceği ileri sürülmüştür. Bir diğer seçenek 20 dakika/ 2 saat buz şeklinde uygulamadır (4).

Rinoplasti sonrası periorbital ödem progresyonunu azaltmak için kullanılan soğuk uygulama aralıksız yapıldığında geçici fasiyal paraliziye neden olabilir.

#### Kaynaklar

1. Constantinides M, Gali SK, Miller PJ. A simple and reliable method of patient evaluation in the surgical treatment of nasal obstruction. ENT J 2001; 38: 738-8.
2. Sporri S, Simmen D, Briner HR, Jones N. Objective assessment of tip projection and the nasolabial angle in rhinoplasty. Arch Facial Plast Surg 2004; 6: 295-8.
3. Rodrigo A Salinas, Gonzalo Alvarez, Fergus Daly, Joaquim Ferreira. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). The Cochrane Library. 2010.
4. Burke AJC, Cook TA. Open versus closed rhinoplasty: what have we learned? Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery 2000;8: 332-336.

Resim 1



7.günde hastanın görünümü

### P-131 Premaksillar Tespitte Konulan K-Telinin Geç Dönemde Ekstramaksiller Olarak İlerlemesi

Emrah Kağan Yaşar<sup>1</sup>, Buket Dursun<sup>1</sup>, Hakan Ağır<sup>2</sup>,  
Can İlker Demir<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif  
ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Acıbadem Altunizade Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>TC Sağlık Bakanlığı, Bingöl Devlet Hastanesi, Plastik,  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Bingöl

**Giriş:** Bilateral dudak yarığı olan hastalarda premaksillayı  
fiks etmek için K-teli (kirschner teli) kullanılabilir. K-telinin  
genellikle çok belirli semptomlar vermeksizin, nadiren  
de nonspesifik şikayetler vererek ekstramaksiller olarak  
ilerleyebilirliği mümkündür.<sup>1</sup>

**Yöntem-Gereç:** Ortodontik tedavisi devam etmekte olan  
bilateral yarık dudak ve damak cerrahi tedavisi yapılan  
11 yaşında erkek hastanın alveolar kemik greftlemesi  
esnasında premaksillar protrüzyon sebebiyle premaksilla  
geriye alındı. 3 adet 1 mm'lik kirschner teli ile vomere  
fiksasyonu yapılan hastanın takipleri sırasında tellerin  
maksilla posterioruna ilerlediği, 1 tanesinin nasofarinks  
arka duvarına dayandığı çekilen grafilerde saptandı ve üst  
gingivobukkal sulkus üzerinde dışarıdan görülebilen bir  
tanesi poliklinik şartlarında hemen çıkarıldı. Kalan 2 tanesini  
çıkarmak için operasyon hazırlığı yapıldı. Kalan 2 tane  
gömülü kirschner teli için genel anestezi altında operasyon  
planlandı. Birisi de yine gingivobukkal mukozadaki eski  
insizyon yerinden çıkarıldı. Kalan en uzun K teli ise nasal  
endoskopi yardımıyla gözlenerek farinkse dayanmış halde  
görüldü. Oral yoldan ulaşılan K teli yumuşak damak  
posteriorundan klemp yardımıyla çıkarıldı.

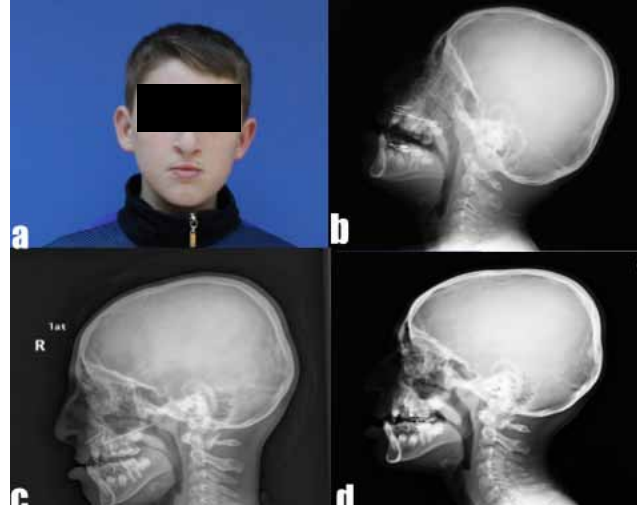
**Sonuç:** Kirschner teli premaksillayı fiks etmek için  
kullanılır ve genellikle 6-8 hafta sonra çıkartılabilir.<sup>2</sup> Süresi  
uzayan veya kontrol dışı kalan hastalarda geç dönem  
problemlere yol açabilmektedir. Literatürde on yıl stabil

seyredip sonrasında semptomatik hale gelen K-telleriyle  
ilgi bilgiler mevcuttur.<sup>3</sup> Bu vaka örneğimizde postoperatif  
dönemde hasta, burundan nefes almakta biraz zorlanma  
ve baş ağrısı sebebiyle başvurdu. Tellerin daha fazla  
posteriora ilerlemesini engellemek için acilen çıkarılmasına  
karar verildi. Teller cerrahi müdahale ile çıkarıldıktan sonra  
hastanın semptomlarının kaybolduğu görüldü.

#### Kaynaklar:

1. Intracranial Migration of K-wire in a Bilateral Cleft Lip and  
Palate Patient G Vimala, M Sainath, N Kavitha. The Journal  
of Indian Orthodontic Society. July-September 2014;48(3).
2. Management of the prominent premaxilla in bilateral  
cleft lip and palate. Aburezzq H1, Daskalogiannakis J,  
Forrest C. Cleft Palate Craniofac J. 2006 Jan;43(1):92-5.
3. Intraspinal migration of a premaxillary Kirschner  
wire. Kayıkçioğlu A1, Karamüsel S, Mavili E, Erk Y, Benli K  
Cleft Palate Craniofac J. 2000 Mar;37(2):209-11.

#### Operasyon öncesi ve sonrası görüntüler



a) Operasyon öncesi hastanın görünümü b) Erken dönem yan  
grafi ve K tellerinin görünümü c) Ekstramaksiller yer değiştiren K  
telinin görünümü d) Operasyon sonrası görüntü

### P-132 Fleksör Tendonda Gut Tofüsü Nedeniyle Tekrarlanan Karpal Tünel Sendromu

M. Bayer Acaban, Göktekin Tenekeci, Alper Sarı,  
Yavuz Demir, Şakir Ünal

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

**Giriş-Amaç:** Karpal tünel; karpal kemiklerin konkav kemik  
arkı ile transvers karpal ligaman arasındaki fibro-osseöz  
kanaldır. Karpal tünel; median sinir, fleksör dijitorum  
superficialis, fleksör digitorum profundus ve fleksör  
pollicis longus tendonlarını içerir. Karpal tünel sendromu  
(KTS), median sinirin karpal tünelinden geçerken üzerinde  
oluşan aşırı basınçtan kaynaklanan bir hastalıktır. KTS;  
en sık görülen kompresyon nöropatisidir. KTS'nin sıklıkla  
karşımıza çıkan sebepleri; diyabet, gebelik, şişmanlık,  
hipotiroidizm, alkolizm, romatolojik hastalıklar ve yer  
kaplayan lezyonları içerir. Gut tofüsü, KTS'nin çok seyrek  
bir nedeni olup, insidansı% 0.6'dır. Fleksör tendonlarda  
gut tofüsüne bağlı gelişen KTS, literatürde sadece 5 olgu  
bildirilmiştir.

**Materyal-Method:** 61 yaşında erkek hasta, yaklaşık 10  
yıl önce sağ elde avuç içi ve parmaklarda ağır fiziksel  
aktivitelerden sonra artan hissizlik ve karıncalanma hissi

Mehmet Dadacı, Majid İsmayilzade, Bilsev İnce, Orkun Uyanık, Pınar Gündüz  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

ile başvurdu. Lokal muayenesinde Tinel işareti ve Phalen manevrası pozitif. Elektromiyografi (EMG), medyan sinir iletim hızının azaldığını gösterdi. Hasta opere edildikten 6 ay sonra şikayetlerinde tekrar artış gözlemlendi. 2.5 yıl sonra ikinci kez opere edildi. Distal önkolun volar yüzü üzerinde longitudinal bir kesi yapıldı. Sağ el 3. ve 5. yüzeysel fleksör tendonları ile ilişkili peynirimsi görünümde tendonları infiltrate eden kitleye rastlanıldı. 5. yüzeysel fleksör tendon patolojik tanı konulması amacı ile eksize edildi. Kitlenin diğer fleksörleri de yaygın olarak invaze ettiği görüldü. Median sinir kitlenin büyüklüğünden dolayı görülemedi. Postoperatif MRI incelenmesi ile ayırıcı tanıya yönelik bulguya rastlanmazken patoloji raporu kitleyi, gut'a bağlı tofus lezyonu olarak yorumladı.

**Tartışma:** Olgumuzda, tekrarlanan medyan sinir basısı, fleksör tendonlardaki gut tofüsüne bağlıydı. Fleksör tendonların gut tofüsü ile tutulumu nadir görülmesi nedeniyle, ayırıcı tanıya gitmek güç olabilir. Literatürde ilk tanımlanan vakalarda hastanın klinik bulguları nedeniyle tanı koymakta zorlanılmadı. Dr. B. Rand ve Dr. Hernández-Cortés P. tarafından raporlanan iki ayrı vakada da lokal muayenede tetik parmak, MRI bulguları ve hastanın gut öyküsü ile tanıya kolayca gidildi. Ayrıca tofüse bağlı kitleden şüphelenilmesi durumunda intraoperatif olarak parmaklar fleksiyondayken fleksör tendonlar üzerinde invazon gösteren bir kitle araştırılmalı. Çünkü hastanın parmakları ekstansiyona getirildiğinde tofüse bağlı kitle, karpal tünele girmekte ve görülmesi zorlaşmaktadır.

**Sonuç:** Tekrarlayan karpal tünel sendromlarında veya KTS gevşetilmesine rağmen şikayetlerde azalma olmuyorsa Karpal tüneli daraltan kitlelerde akla getirilmelidir. Geri dönüşsüz sinir yaralanmalarını önlemek için gutun ayırıcı tanısı ve kontrolü gereklidir. Tanı ve tedavide gecikmeler işlevsel hasara ve kalıcı şekil bozukluklarına neden olabilir.

**Referanslar:** Grabb and Smith's Plastic Surgery 7th Edition Rand B, McBride TJ, Dias RG. Combined triggering at the wrist and severe carpal tunnel syndrome caused by gouty infiltration of a flexor tendon. J Hand Surg Eur Vol 2010;35:240-2 Hernández-Cortés P, Caba M, Gómez-Sánchez R, et al. Digital flexion contracture and severe carpal tunnel syndrome due to tophaceous infiltration of wrist flexor tendon: first manifestation of gout. Orthopedics 2011;34:S115-6

resim 1



Polidaktili sık görülen doğumsal el ve ayak anomalilerinden biri olup, ilk defa 1670 yılında elde rapor edilmiştir. Fazla olan parmak genellikle sadece yumuşak doku içerikli olmakla beraber nadir olarak kemik yapı da içermektedir. Heterojen bir anomali grubu olan polidaktili çoğunlukla izole ve sporadik olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalık birçok sendromun bir parçası olabileceğinden tüm hastalar detaylı bir fizik muayene ve değerlendirmeden geçirilmelidir(1,2). Elin radial tarafında (preaksiyel) merkez üç uşından herhangi birini kapsayan merkezi polidaktili veya elin ulnar tarafında (postaksiyel polidaktili) olabilir(3,4,5). Ayakta ayağın lateral kısmında (postaksiyel), iki, üç veya dördüncü metatars veya falanksların duplikasyonu şeklinde (santral) ve başparmak veya birinci metatarsın duplikasyonu şeklinde (preaksiyel) polidaktili olabilir. Ayrıca, el başparmak için distalden proksimale doğru duplikasyona uğrayan kemik seviyesine göre 7 tipi tanımlanan Wassel sınıflandırması mevcuttur (6). Polidaktili konjenital ekstremit deformiteleri arasında en sık görülen patolojilerden olmasına rağmen, dört ekstremiteye de yansması nadir görülen durumlardandır.

**Olgu sunumu:** 1,5 yaş erkek çocuk hasta annesi ve babası tarafından her iki el ve her iki ayakta parmak fazlalığı şikayetiyle polikliniğimize getirildi. Hastanın fizik muayenesinde sağ ve sol elde 5. metakarp hizasında, sağ ve sol ayak 5. metatars hizasında polidaktili olduğu gözlemlendi. Radyografik değerlendirmede hastanın sağ ve sol el 5. parmakta, 'Y' şekilli metakarpın da eşlik ettiği postaksiyel tip 2 duplikasyonu olduğu belirlendi. Her iki ayak X-ray görüntülemesinde 5. parmaklarda sağda geniş metatars başının, sol ayakta yine 'Y' şekilli metatarsın da eşlik ettiği postaksiyel tip 2 duplikasyonu olduğu saptandı. Dört ekstremitede de polidaktili eşlik eden hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Fazla parmakların metatarsofalangeal ve metakarpofalangeal eklemler seviyesinden total eksizyonlarını takiben metatars ve metakarp osteotomi yardımıyla şekillendirilerek yara yeri onarımıyla işleme son verildi.

**Tartışma:** Polidaktili üst ekstremitde alt ekstremiteye oranla daha sık görülürken, sağ elde daha sık görülmektedir(3,7). Alt ekstremitde ise sol ayak sağ ayağa göre daha çok etkilenebilir (3,7). Polidaktili prevalansı genel toplumda 1,6-10,7:1000 ve insidansı canlı doğumlarda 0,37-1,2:1000 olarak raporlanmıştır (7,8). Ayakta ise 1000 canlı doğumdan yaklaşık ikisinde polidaktili görülmektedir(4). Konjenital ekstremit deformiteleri arasında sık karşılaşılan polidaktili genellikle tek ekstremitde karşımıza çıkmaktadır. Buna karşın, polidaktilin aynı hastada dört ekstremiteye de klinik yansması nadir gözlenen durumlardandır(9).

**Sonuç:** Sıklıkla tek ekstremiteyi etkileyen bir konjenital deformite olmasına rağmen, polidaktili tespit edilen hastaların fizik muayene ve ileri tedavileri planlanırken, diğer ekstremitelerdeki anomaliler veya ilgili sendromların komponentleri de göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi uygundur.

#### Kaynaklar

1. Rayan GM, Frey B. Ulnar polydactyly. Plast Reconstr Surg 2001; 107(6): 1449-54;discussion 1455-7.
2. Biesecker LG. Polydactyly: how many disorders and how many genes? 2010 update. Dev Dyn 2011; 240(5): 931-

42.

3. Faust KC, Kimbrough T, Oakes JE, Edmunds JO, Faust DC. Polydactyly of the hand. Am J Orthop (Belle Mead NJ) 2015; 44(5): E127-34.

4. Thorne CH, Chung KC, Gosain Ak, Gurtner GC, Babak JM, Rubin JP ve ark. Grabb and Smith's Plastic Surgery. 7th ed: Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: 2014.

5. Guo B, Lee SK, Paksima N. Polydactyly a review. Bull Hosp Jt Dis (2013) 2013; 71(1): 17-23

6. Bromley B, Shipp TD, Benacerraf B. Isolated polydactyly: prenatal diagnosis and perinatal outcome. Prenat Diagn 2000; 20(11):905-8.

7. Sezgin B. A Case of Familial Polydactyly from Turkey. Turk J Plast Surg 2016; 24(2): 94-6.

8. Farrugia MC, Calleja-Agius J. Polydactyly: A review. Neonatal Netw 2016; 35(3): 135-42

9. Hosalkar HS, Shah H, Gujar P, Kulkarni AD (1999) Crossed polydactyly. J.P.G.M. 99; 45; 3; 90-2

#### resim 1



#### P-134

##### Sekiz Yılın Ardından Hunter Protezi Çıkarılması

Buğra İpek<sup>1</sup>, Abdullah Anıl Özpak<sup>1</sup>, Bekir Ünal<sup>1</sup>, Emre İnözü<sup>1</sup>, Ergin Seven<sup>1</sup>, Ali Teoman Telloğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Reskonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Reskonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Hunter silikon tendon protezleri iki basamaklı geç fleksör tendon onarımları ve pulley rekonstrüksiyonu gerektiren fleksör tendon onarımlarında kullanılmaktadır. Hunter protezi ilk basamak operasyonda yerleştirilmekte, 2-6 aylık bir bekleme zamanı ardından pseudosheet oluşumu sonrası ikinci basamak operasyon planlanır. İkinci operasyonda genellikle tendon grefti konulur.

**Materyal ve Metod:** Bu vaka sunumunda sekiz sene önce yerleştirilmiş ve çıkarılmamış hunter protezi nedeni ile sağ el beşinci parmakta ağrı şikayeti ile başvuran 34 yaşında erkek hastanın tedavi sürecini sunmaktayız. Yaptığımız literatür taraması sonucuna göre bu uzun bir süre sonra çıkarılan ikinci hunter protezi vakası. Diğer vaka sunumu Wurtz ve arkadaşları tarafından on sekiz yıl sonra çıkarılan hunter protezi hastasına aittir.

**Vaka Sunumu:** Otuz dört yaşında erkek hasta polikliniğimize beşinci parmak pulpasında ağrı şikayeti ile başvurdu. Fizik

muayenede parmak dolaşım ve duyu muayenesi doğal izlendi. PIP eklem fleksiyonu doğal izlendi ancak DIP ekleme fleksiyon yapamıyordu. Hastanın ana şikayeti pulpada hareketle artan ağrıydı. DIP fleksiyonu ile ortaya çıkan ve palpe edilebilen hunter protezine ait olduğu düşünülen yabancı cisim mevcut idi. Hastanın isteği üzerine hunter protezi çıkartıldı ancak tendon rekonstrüksiyonu planlanmadı. Operasyondan sonra komplikasyon görülmedi ve hastanın şikayetleri postoperatif geçti.

**Sonuç:** İki basamaklı fleksör tendon onarımında hunter protezi kullanımı klinik pratikte sık kullanılan ve önemli bir yeri olan uygulamadır. Preoperatif hastaların uyumluluklarının detaylı değerlendirilmesi ve sürecin detaylı bir şekilde anlatılması önemlidir. Unutulmuş bir hunter protezi vakası olasılığı düşük olasada, uyumlu olmayan bir hasta takiplerini aksatabilir, tıpkı bizim vaka takdimimiz olan hasta gibi. İki basamaklı fleksör tendon onarımları uzun takip ve yoğun bir fizik tedavi süreci gerektirir. Bu tedavi öncesinde hastaların uyumluluklarının detaylı değerlendirilmesi gerekmektedir.

#### References

- 1.Djerbi, I., et al. «Prognostic factors in two-stage flexor tendon reconstruction: Is it possible to predict surgical failure?». Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research 102.1 (2016): 53-59.
- 2.Paneva-Holevich E. Two-stage tenoplasty in injury of the flexor tendons of the hand. J Bone Joint Surg Am 1969;51(1):21-32
- 3.Wurtz, Lawrence D., and Kenneth R. Hanington. «A second-stage flexor tendon reconstruction after 18 years.» The Journal of hand surgery 16.4 (1991): 711-713.

#### P-135

##### Ashil Tendon Defektinde Fonksiyonel ALT flep kullanımı

Serhat Yarar, Mehmet Dadacı, Bilsev İnce, İlker Uyar, Majid İsmayilzade

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Konya

**Giriş:** Aşil tendon ve çevresi yumuşak doku defektlerinin tedavisinde vücudun diğer alanlarına göre daha zordur. Sonucun memnuniyet verici olması için fonksiyonel bir sonuç elde etmek önemlidir. Sıklıkla bu defektlerin kapatılması genellikle iki aşamalı uygulamalar ile yapılmaktadır. Serbest flepler ile yapılan rekonstrüksiyon hızlı ve tek aşamalı bir prosedür olması nedeniyle avantajlıdır. Anterolateral uyluk flebi (ALT) uyluk bölgesinden hazırlanabilen fasya ile birlikte kaldırılabilen serbest flep alternatiflerindendir.

**Olgu Sunumu:** 8 yaşında kız çocuk araç dışı trafik kazası sonrasında ayak bileği bölgesindeki yaralanma sonrasında tarafımıza başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde sol ayak bileği posterior bölgesinde doku defekti görüldü. Ayak dolaşımının intakt olduğu ve posterior tibial arter ve sinirin sağlam olduğu saptandı. Fakat aşil tendonunda geniş bir kayıp mevcuttu. Anestezi altında cerrahi debridman uygulanan olguda yüksek enerji yaralanmasının oluşturabileceği sekonder doku nekrozu riskine karşı 5. gün ikinci bir debridman yapıldıktan sonra oluşan doku kaybı nedeniyle serbest flep uygulanmasına karar verildi. Aşil tendonunda kalkaneusa yapışma yerinin 3 cm. üzerinden 5 cm.'lik bir alanda crush yaralanma nedeniyle kayıp mevcuttu ve müsküler bölgeye uzanıyordu. Oluşan yumuşak doku defektini kapatmak amacıyla 10x8 cm boyutlarında fasyakütan ALT felp elde edildi. ALT flebinin fasyası perforatörlerin flebe giriş yerlerinin azağında periferden kaldırılarak orta hatta katlandı. Böylelikle aşil

tendonu devamlılığı için dış yüzünde destek doku sağlandı. Arter anastomozu tibialis posterior arterine uç-yan olarak mikroskop altında gerçekleştirildi. ven anastomozu kominikan venlere yapıldı. Postoperatif dönemde flepte herhangi bir nekroz izlenmedi. 4 hafta bacak alçı ateli. 4 haftadan itibaren pasif ve 8. haftadan itibaren aktif ayak bileği plantar fleksiyonuna izin verildi. Sekizinci haftadan itibaren dorsifleksiyona başlatıldı. Birinci yıl kontrolünde hasta fonksiyonel olarak değerlendirildiğinde 15° dorsifleksiyon ve 30° plantar fleksiyon ölçüldü.

**Tartışma:** Ayak bileği posterior bölgesi doku defektlerinin kapatılması, çevresel yumuşak dokunun az olmasından dolayı problemli olmaktadır. Aşil tendonunda defekt olduğunda tedavi, yumuşak doku ve tendon defektinin büyüklüğüyle orantılı olarak daha zor olmaktadır. Yüksek enerjili yaralanmalarda, yaranın kirliliği nedeniyle seri cerrahi debridmanın ardından gecikmiş primer kapatma ve debridman sonrası ortaya çıkan kayıp çok miktarda olmaktadır. Ayak bileği posterior bölgede özellikle açıkta kalan Aşil tendonun örtülebilmesi için sıklıkla ada flepleri ve serbest flepleri ile rekonstrüksiyon zorunluluğu mevcuttur.

Aşil tendon gecikmiş rüptür ve defektlerinde çeşitli yöntemlerle güçlendirme yapılmaktadır. Çeşitli araştırmacılar tarafından fasya lata grefti; peroneus brevis, plantaris, flexor digitorum longus veya posterior tibialis tendon transferleri önerilmiştir. Bu olguda karşımıza iki problem çıkmaktadır: Aşil tendon rekonstrüksiyonu ve yumuşak doku tamiridir. serbest anterolateral uyluk flebinin bir miktar fasya lata flebi ile kombine edilerek tendon yüzeyine destek verecek şekilde desteklenmesi uygun görüldü.

**Sonuç:** Bu kompozit tamirin avantajı tek donör bölgeden fazla morbidite yaratmadan tendon ve yumuşak dokuya birlikte olan geniş bir defektin ve fonksiyonel kaybın eş zamanlı olarak onarılabilmesidir.

#### Kaynaklar

- 1-Lee J.W., Yu J.C., Shieh S.J., Liu C., Pai J.J. Reconstruction of the Achilles tendon and overlying soft tissue using antero-lateral thigh free flap. Br. J. Plast. Surg. 53: 574-577
- 2- Chun, J K; Margoless, S L; Birnbaum, J W Radial forearm free flap for salvage of Achilles-tendon repair wounds.» Journal of reconstructive microsurgery 16, No. 7 2000, pp. 519-23.
- 3- Haas F., Seibert F.J., Koch H., Hubner M., Moshammer H.E.T., Pierer G., Scharnagl E. Reconstruction of Combined Defects of the Achilles Tendon and the Overlying Soft Tissue With a Fascia Lata Graft and a Free Fasciocutaneous Lateral Arm Flap. Ann. Plast. Surg. 2003, 51: 376-382

#### resim 1



#### P-136

### Plak Ekspozite Açık Tibial Kırıkların Eşlik Ettiği Doku Defektlerinin Serbest Fleple Gecikmeli Rekonstrüksiyonu

Nuh Evin, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun

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

**Giriş:** Yüksek enerjili açık tibia fraktürlerinin tedavisinde osteomyelit, kaynamama ve amputasyonun önlenmesi amacıyla multidisipliner bir yaklaşımla acil internal fiksasyon ve yumuşak doku defektlerinin rekonstrüksiyonu gereklidir.<sup>1,2</sup> Tatmin edici sonuçlar, ilk 7 gün içinde doku defektinin erken kapatılması ile bildirilmiştir ve yaralanmadan 7 gün sonraki gecikmiş cilt kapatılması, komplikasyon riskinin artmasına neden olmaktadır.<sup>3</sup> Bu çalışmada, Gustilo IIIB-C açık tibial kırıkları ve doku defektinin serbest fleple ile gecikmiş yumuşak doku rekonstrüksiyonu ile ilgili sonuçlarımızı sunuyoruz.

**Hastalar ve Yöntem:** 2012 ve 2016 yılları arasında, yüksek enerjili Gustilo IIIB-C açık tibial kırığı sonrası serbest fleple ile rekonstrükte edilen 10 hasta çalışmaya dahil edildi. 6 hastaya ortopedi kliniğinden konsülte edilirken; diğer 4 hasta ise dış merkezden kliniğimize yönlendirildi. Hastaların tıbbi kayıtları, yaş, cinsiyet, yaralanma mekanizması, komorbidite, kırık tipi, geçirilmiş medikal ve cerrahi girişimler, ekstremitenin vasküler durumu açısından incelendi. Hastalara sırasıyla seri debridman, flep adaptasyonu ve mikroanastomozlar gerçekleştirildi. Kırık kaynaması fiksasyondan 6 ay sonra X-ray ile değerlendirildi. Ortalama izlem süresi 24 aydı (12-40).

**Bulgular:** Hastaların 9'u erkek, diğeri kadındı ve yaşları 23 ve 58 (ortalama 37) arasında değişiyordu. 5 hastada tibia alt 1/3, 2 hastada orta 1/3 (şaft), 3 hastada üst 1/3 kırığı vardı. Yaralanma ile serbest fleple cerrahisi arasındaki ortalama süre 26.4 gündü (15-59). Hastalarda doku defektlerinin boyutu 60 ile 198 cm<sup>2</sup> arasında değişiyordu. 4 hastaya vertical rectus abdominis myocutaneous (VRAM) fleple, 3 hastaya anterolateral thigh (ALT) fleple ve diğer 3 hastaya deep inferior epigastric perforators (DİEP) fleple ile rekonstrüksiyon yapıldı. Hastalara kemik onarımı ve yumuşak doku rekonstrüksiyonu için ortalama 4.6 (3-7) kez cerrahi uygulandı. Serbest flepler cerrahisi sonrası ve takiplerde fleple ilgili bir komplikasyon olmadı. 1 hastada ortopedik cerrahisi gerektiren osteomyelit ve kaynamama problemi gelişti. Ortalama hastaneye yatış süresi 36.4 gündü (25-69). ALT fleple ile tedavi edilen 1 diabetik hasta, donör alanda dehisens gelişti, konservatif olarak tedavi edildi.

**Tartışma ve Sonuç:** Yüksek enerjili tibia kırıkları, uzun hastane yatış süreleri, yüksek maliyet, onarımında birden fazla cerrahi gerektiren, eşlik eden geniş doku defekti nedeniyle rekonstrüktif cerrahiyi zorunlu kılan yıkıcı yaralanmalardır.<sup>2</sup> Örtücü dokunun defektlerinin erken onarımı bu kırıkların tedavisi için en idealdir. Bununla birlikte, ağır yaralanmalar sonrası doku nekrozu devam edebilir, kapalı veya küçük görünen yaralar plastik cerrahi konsültasyonu gerektiren büyük defektler haline gelebilir. Bu nedenle plastik cerrahlar, Gustilo IIIB-C gibi açık tibia kırığı olan hastalarda geniş yumuşak doku hasarını kapatmak için multidisipliner ekibin bir parçası olmalıdır.

#### Referanslar

- 1- MacKenzie EJ, Bosse MJ, Kellam JF, et al. Factors influencing the decision to amputate or reconstruct after high-energy lower extremity trauma. J Trauma. 2002; 52:641-649.
- 2- Olesen UK, Juul R, Bonde CT, Moser C, McNally M,

Jensen LT, Elberg JJ, Eckardt H. A review of forty five open tibial fractures covered with free flaps. Analysis of complications, microbiology and prognostic factors. Int Orthop. 2015 Jun;39(6):1159-66.

3- BOA British Orthopaedic Association (2014) Guidelines for open fracture s (BOAST 4) h t t p s : //www. b o a . a c . u k /wpcontent/ uploads/2014/12/BOAST-4.pdf. Accessed 2 July 2016.

### P-137

#### **Spagetti El Bileği Yaralanmalarının Cerrahi Tedavisinde Yeni Bir Yaklaşım**

Cenk Demirdöver, Fatih Alp Öztürk,  
Hasip Şamil Yazgan, Alper Geyik, Hüsnü Hacı  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş:** El bileği fleksör tarafından toplamda 16 adet fonksiyonel yapı bulunmaktadır. Bu yapıları 12 adet fleksör tendon, 2 adet arter ve 2 adet sinir oluşturmaktadır. El bileği spagetti yaralanmaları için günümüze kadar birçok farklı tanım kullanılmıştır ancak ilk olarak 1985 yılında Puckett ve Meyer tanımlamıştır. Bu tanıma göre literatürde "full house sendromu" veya "Suisid el bileği" olarak da geçen el bileği spagetti yaralanmaları distal el bileği krizi ile önkol muskulokutanöz bileşke arasında olan en azından birinin sinir olmak üzere en az 3 yapının kesik olduğu yaralanmalardır.1 Her ne kadar yaralanan yapıların sayısı arttıkça onarım ve rehabilitasyon süreci zorlaşma eğiliminde olsa da bu her vakada geçerli olmayabilir.2 Örneğin, ulnar ve median sinirlerinden her ikisinin ve bunun yanında sadece bir adet fleksör tendonun kesik olduğu bir hastanın post-operatif sonuçları daha fazla tendon yaralanması olan ancak sinirlerinden birisinin kesik olduğu bir hastanın sonuçlarından çok daha kötü olabilir. Sinir yaralanmaları her ne kadar post-operatif sonuçların en önemli belirleyicisi olsa da özellikle derin ve yüzeysel tendon gruplarının beraber yaralandığı çoklu tendon yaralanması olan hastaların operasyon zorluk dereceleri ciddi derecede artmaktadır. Özellikle çift arter yaralanması olan ve aynı zamanda revaskülarizasyon ihtiyacı olan, operasyon süresinin önemli hale geldiği vakalarda tendon yapılarının eksplorasyonu, distal ve proksimal uçlarının bulunması ve karşılıklı getirilerek doğru şekilde onarımları operasyon süresini ciddi şekilde uzatan faktörlerdir. Aynı zamanda bu vakaların uygun olan hastalarda aksiller plexus bloğu ile yapıldığı göz önünde bulundurulduğunda aksiller blok süresinin aşılmaması açısından tendon eksplorasyonu ve onarım süresinin kısa tutulması önem kazanmaktadır.

Özellikle çoklu tendon kesisi olan spagetti yaralanmalarında kullanılmak üzere hem operasyon sürelerini kısaltmak hem de operasyon zorluk derecesini azaltmak amacı ile tarafımızca bir "klemp seti" kullanılmaya başlanmıştır. Söz konusu sette derin ve fleksör grup tendonların eksplere edildikçe işaretlenmesine olanak sağlayacak şekilde numaralandırılmış ve işaretlenmiş farklı özelliklerde klempler bulunmaktadır. Bu sayede tendon eksplorasyonu sırasında ve damar ve sinir yapılarının mikrocerrahi anastomoz ve koaptasyonu sırasında bulunan tendonların karışmasını önleyecek bir sistem oluşturulmuştur. Bu sistem sayesinde "full house" spagetti yaralanması olan vakaların operasyon süresinde ciddi azalma sağlanmış ve operasyon zorluk derecesi azaltılmıştır. Bu bildirinin amacı bu yeni yöntemin tanıtılması ve sağladığı avantajların açıklanmasıdır.

**Gereç ve Yöntem:** Tarafımızca oluşturulan sette her birinden ikişer tane olmak üzere 2'den 5'e kadar numaralandırılmış 8 adet eğri ve 8 adet düz uçlu toplamda 16 klemp; ek

olarak "FPL" harflerinin kodlandığı 2 adet eğri uçlu klemp, bunun dışında numaralandırma veya kodlaması olmayan toplamda 6 adet eğri uçlu klemp bulunmaktadır. Bu klemplerden numaralandırılmış olan eğri klemp derin grup parmak fleksörlerinin proksimal ve distal uçları için, düz olanlar ise yüzeysel grup parmak fleksör tendonlarının proksimal ve distal uçları için tasarlanmıştır. Anlaşılacağı üzere "FPL" kodlanmış olan 2 adet eğri klemp fleksör pollicis longus tendonu distal ve proksimal uçları için kullanılmak üzere hazırlanmıştır. İsimlendirilmemiş 6 adet eğri klemp ise fleksör karpi radialis, fleksör karpi ulnaris ve palmaris longus tendonlarının distal ve proksimal uçları için kullanılmak üzere hazırlanmıştır.

**Tartışma:** Çoklu tendon kesileri olan bir spagetti el bileği yaralanması operasyon basamaklarını hatırlatarak tarafımızca geliştirilen klemp setinin nasıl kullanıldığını gözden geçirmek gerekir. Tüm fleksör yapıların el bileği seviyesinden kesik olduğu bir "full house" spagetti yaralanması olan bir vakayı ele alacak olursak; ilk aşamada bu vakalarda onarılabilecek yapıların proksimal ve distal uçlarının bulunarak işaretlenmesi gerekmektedir. Özellikle çift arter kesisi olan bir vakada eksplorasyonu ve derin grup tendonların onarımının revaskülarizasyon işlemini geciktirmemesi açısından hızlı ve daha önemlisi doğru şekilde yapılması gerekmektedir. Özellikle ilk eksplorasyon aşamasında ve sonrasında tarafımızca kullanılan klemp seti ciddi şekilde işlem süresini kısaltmakta ve tekrarlayan kontroller sırasında kaybedilen zaman ve enerjinin ekonomik kullanılmasında önemli rol oynamaktadır. Eksplorasyon sırasında önce 5 parmağın derin tendonlarının distal uçları bulunarak eğri klemplerle numaralara uygun olacak şekilde işaretlenmektedir. Bu tür yaralanmalarda parmak hareketi kontrolü yapılarak distal tendon uçlarının bulunması her zaman daha kolay olduğundan distal uçlar kolayca bulunup işaretlenmeli, bu sayede diğer yapılarla karışmalarının önüne geçilmelidir. Ardından acil revaskülarizasyon gerektiren vakalarda arter anastomozu sonrasında derin grup tendon onarımları teknik zorluk ve yapılan anastomozun zarar görmemesi açısından, eğer yeterli zaman varsa, derin grup proksimal uçları bulunmalı ve onarılmalıdır. Acil revaskülarizasyon ihtiyacı olmayan vakalarda derin tendonları proksimal ve distal uçları numaralandırılmış eğri klemplerle işaretlenmesi ardından benzer şekilde yüzeysel parmak fleksör tendonları da düz numaralandırılmış klemplerle işaretlenmektedir. Bu şekilde onarılabilecek olan tüm tendonların proksimal ve distal uçları numaralandırılmış şekilde sahada cerrahın önünde hazırlanmış olur. Derin tendon onarımları tamamlandıktan sonra mikrocerrahi anastomoz ve koaptasyona geçilir ancak özellikle multipl sinir ve arter yaralanması olan hastalarda bu aşama uzun sürmektedir. Mikrocerrahi aşamasından sonra daha önceden işaretlenmiş olan yüzeysel parmak fleksör tendonları işaretlenmiş olduğundan yine hiçbir karışıklığa yol açmadan ve uzun kontrol rutinlerine girilmeden tendonların onarımı tamamlanabilir. Son olarak numaralandırılmamış klemplerle işaretlenmiş olan fleksör karpi radialis, fleksör karpi ulnaris ve palmaris longus tendonları onarılarak cilt insizyonu onarımı sonrasında operasyon sonlandırılabilir. Bu üç tendon için klemplerin işaretlenmemiş olmasının sebebi ise bu tendonların seyrettikleri plan ve lokalizasyonları itibarıyla diğer yapılarla karışma ihtimali çok düşük olduğundan gerek görülmemiş olmasıdır. Klemp seti ve yukarıda tarif edilen yöntem spagetti el bileği yaralanmalarında henüz öğrenme eğrisinin başında olan cerrahlar için kolaylaştırıcı ve eğitici bir yöntem olabilir. Çünkü tecrübesiz cerrahlar için özellikle derin ve yüzeysel grup fleksör tendonların birlikte yaralandığı hastalarda bunların ayırt edilmesi ve onarımın her aşamasında her tendon onarıldığında mikrocerrahi evresinin öncesinde ve sonrasında kesik tendonların her biri karşılıklı dikilmeden önce kontrol edilmekte ve bu da kafa karışıklıklarına ve yanlışlıklara sebep olabilmektedir. Ancak tendonların

eksplorasyon aşamasında bir kere dikkatli ve doğru şekilde yukarıda anlatıldığı şekilde işaretlenmesi bu tür karışıklık ve yanlışlıkların önüne geçilmesine ve tendon onarımı operasyonun hangi aşamasında yapılırsa yapılsın hızlı ve doğru bir şekilde sonuca ulaşılmasına olanak sağlamaktadır. Benzer şekilde öğrenme eğrilerinin sonuna yaklaşmış olan tecrübeli cerrahlar açısından da bu yöntem zaman kazanımı açısından ciddi bir kazanç sağlamaktadır. Böylece tendon bulunmasına sadece operasyonun ilk baştaki eksplorasyon aşamasında zaman harcanmakta, sonrasında onarımlar sırasında doğru klemplerle işaretlenmiş tendonların klempleri açılarak sırasıyla derinden yüzeye doğru onarımları yapılarak işlem tamamlanabilmektedir.

**Sonuç:** Tarafımızca spagetti el bileği yaralanmalarında kullanılmak üzere geliştirilmiş olan ve özellikle çoklu tendon yaralanması olan hastalarda kullanıldığında operasyon süresini kısaltmak ve gereksiz karışıklıkların yaşanmasının önüne geçmek için bir klemp seti tasarlanmıştır. Özellikle bu tür vakalarla çok sık karşılaşılan klinikler için kullanışlı bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

**Resim-1**



### P-138

#### **Derin Beyin Stimülatörü İlişkili Rekürren Skalp Defektlerine Yaklaşım: Olgu Sunumu**

Musa Kemal Keleş, Hatice Gözde Muratoğlu, Sebat Karamürsel, Abdullah Anıl Özpak, Feridun Elmas

*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara*

**Giriş:** Subtalamik nukleusun derin beyin stimülasyonu, Parkinson Hastalığı, esansiyel tremor, distoni, tourette sendromu gibi hiperkinetik hareket bozukluğu olan hastalarda etkin bir tedavi yöntemi olarak son yıllarda kullanılmaya başlanmıştır(1). Derin beyin stimülatörü (DBS) komplikasyonları cihazların yerleştirilmesi ile veya uzun süreli kullanımıyla ilişkili olabilir. En sık görülen cihaz ilişkili komplikasyonlar enfeksiyon, kabloların göçü veya yer değiştirmesi, kabloların kırılması ve cilt erozyonudur(2). Bildirilen birçok komplikasyonları olmasına rağmen, komplikasyonlara spesifik tedavileri ele alan çalışma sayısı azdır (1). DBS ilişkili cilt erozyonu, rekürren defekt sebeplerinden biridir. Bu çalışmada kliniğimizde tedavi edilen, DBS sonrası tekrarlayıcı defekt oluşan 2 adet olgudaki yaklaşımımız sunulmaktadır.

**Olgu1:** 12 yaşında kız hastaya distoni nedeniyle 2015 yılında Beyin Cerrahi Kliniği tarafından Derin beyin stimülatörü yerleştirilmiş. İlk olarak 1,5 yıl önce kliniğimize pektoral bölge skalpte defekt nedeniyle başvuran hastaya ilk ameliyatta pektoral bölge için port revizyonu skalp defektine yönelik ise rotasyon flebi yapıldı. 2 ay sonra skalp deki defekt nüksetmesi üzerine mevcut flepler i lerletilerek defekt kapatıldı. 5 ay sonra defekt nüksetti ve hastaya sağlıklı komşu ciltten transpozisyon flebi yapıldı. 2 ay sonra defektin nüksetmesi üzerine hastaya ALT serbest flebi ile onarım uygulandı. Hastanın postoperatif 6 aylık kontrollerinde açık yara olmadığı görüldü.

**Olgu2:** 56 yaşında kadın hasta, Parkinson nedeniyle 2016 yılında Beyin cerrahi kliniği tarafından DBS yerleştirilen hastanın takiplerinde 5 ay sonra sol frontoparietal bölgede skalpte DBS kablolarının ekspoze olduğu görüldü. Yara yeri revize edilerek sütüre edildi. 1 ay sonrasında yaranın tekrar açılması üzerine kliniğimizde frontal ve sağ parietal bölgeden 2 adet rotasyon flebi ile rekonstrüksiyon uygulandı. 2 ay sonra sağ temporo-parietal bölgede nükseden defekt transpozisyon flebi ile kapatıldı. 1 yıl sonra parietal bölgede açılan defekt rotasyon flebi ile kapatıldı. 1 ay sonra defekt nüksetti ve rotasyon flebi eleve edilerek ekspoze olan DBS kabloları üzerine kollajen matrix yerleştirildi ve fleple kapatıldı. Postoperatif 3. aydatekrar yara açılması üzerine flepler eleve edildi. Dbs kabloları yeniden organize edilerek üzeri galea flebi ile kapatıldı. Defekt alanı pinwheel flebi ile rekonstrükte edildi. Hastanın postoperatif 6 aylık kontrollerinde komplikasyon olmadığı görüldü.

**Tartışma:** Rekürren skalp defektlerini kapatmak için birçok cerrahi teknik kombine yada tek başına kullanılabilir. İlk nüks defektlerde sadece primer onarım yada küçük rotasyon flepleri yeterli olabilmekle birlikte bizim vakalarımızda sık aralıklarla birçok defa nüks görüldüğü için daha komplike yöntemler uygulanmıştır(3). Bu olgulara yaklaşımdaki en önemli aşama gerek uygun flep seçimi, gerekse de uygun poşun hazırlanıp kabloların düzenine dikkat edilmesidir. DBS nin hasta için kritik önemi olduğu ve maliyetinin çok yüksek olduğu ve hastanın ikinci bir DBS şansını olamayabileceği akılda tutularak, minimal komplikasyonlu cerrahi işlemler uygulanması gerektiğinde majör cerrahiden kaçınılması akılda tutulmalıdır.

#### **Kaynaklar:**

1. Lanotte V, Verna G, Panciani PP, Taveggia A, Zibetti M, Lopiano L, Ducati A. Management of skin erosion following deep brain stimulation. *Neurosurg Rev* 2009; 32:111-115
2. Hamani C, Lozano AM (2006) Hardware-related complications of deep brain stimulation: a review of the published literature. *Stereotact Funct Neurosurg* 84(5-6):248-251.
3. Wang T, Erdmann D, Olbrich k, Friedman AH, Levin, LS, Zenn MR. Free flap reconstruction of the scalp and calvaria of major Neurosurgical resections in cancer Patients:lessons learned closing large, difficult wounds of the dura and skull. *Plastic and Reconstructive Surg* 2007; 119:865.

#### **olgu1**



*preoperatif görünüm*

**P-139**

**Nadir Bir Kimyasal Yanık Etkeni: Taze Sarımsak**

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

Günümüzde alternatif tıp olarak da bilinen bitkisel ajanların, kontrolsüz bir biçimde kullanılması birçok yan etki ve komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu ajanların topikal uygulanması ciltte yanıklarla veya alerjik reaksiyonlarla sonuçlanabilmektedir. Sarımsak da bunlardan biridir. Sarımsak yanığı sık rastlanılır bir olay olsa da literatürde bununla ilgili az sayıda yaygın bulunmaktadır. Burada, guta bağlı birinci ayak parmağında ağrı yakınması olan hastanın, ağrısı dindirmek üzere bölgeye taze sarımsak sarması sonucu oluşan kimyasal yanık olgusu sunulmuştur.

10 yıldır gut hastalığı tanısı olan 84 yaşında kadın hasta, son 3 aydır ağrı şikayetlerinin artması nedeniyle sağ ayak başparmağındaki ağrının hafiflemesi için tanıdıklarının tavsiyesi ile parmağına taze sarımsak sardıktan birkaç saat sonra gelişen şiddetli yanma ile dış merkeze başvurmuş. Kimyasal yanık tanısı konularak 2 defa pansuman yapılmış. Hasta yapılan 2 pansumandan sonra yaranın iyileşmemesi üzerine, olaydan 1 hafta sonra kliniğimize başvurdu. 4 günlük yatış sonrasında yapılan pansumanlar ve medikal tedavi sonrası yanığı iyileşen ve hiperemisi gerileyen hasta önerilerle taburcu edildi.

Sarımsak ile oluşan kimyasal yanık tanımlanmış bir olgu olmasına rağmen, literatürde az sayıda olgu sunumu mevcuttur. Topikal sarımsak uygulamalarında ajana maruz kalma süresi, ajanın miktarı, konsantrasyonu, tazeliliği, uygulanan anatomik bölge ve bireysel tepkilere göre değişen derecelerde yanık oluşabilir. Hastanın anamnezi iyi sorgulanmazsa bitkisel kaynaklı kimyasal yanıklar gözden kaçabilir. Ayrıca bu tarz yanıkların önüne geçilebilmesi için halkın bilinçlendirilmesi gerekir. Çünkü günümüzde alternatif tıp adı altında farklı bitkisel ajanlar giderek artan oranlarda kullanılmakta ve bunların yanlış kullanıma bağlı yan etkiler ve komplikasyonlara sıklıkla rastlanılmaktadır.

**Olaydan 1 hafta sonra kliniğimize başvuru anındaki yanık ve etrafındaki yaygın hiperemi**



**P-140**

**Candida Enfeksiyonuna Sekonder Fournier Gangreni**

Ayşe İrem İskenderoğlu, Bora Edim Akalın, Ahmet Kürşat Yiğit, Shahrukh Omar, Nesibe Sinem Çiloğlu  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Fournier gangreni nadir görülen, hızlı progresyon gösteren ve mortal seyredabilen bir hastalıktır. 1764 yılında Baurinne tarafından perinenin nekrotizan fasiiti olarak özellikleri tanımlanan hastalık, 1883’de Jean Alfred Fournier tarafından literatüre kazandırılmış ve onun adıyla anılmaktadır. Etiyolojisinde komorbid hastalıklar (diyabet, kronik böbrek yetmezliği, immünsupresyon), kötü hijyen ve perine bölgesine yakın enfeksiyon durumları yer tutmaktadır. Fournier gangreninde polimikrobial flora (Escherichia coli, Proteus, Staphylococcus, Enterococcus ve anaeroblar) çoğunlukla üremektedir. Nadiren fungal enfeksiyonlar izlenmektedir. Kliniğimizde tedavisini yaptığımız diabetik hastada candida enfeksiyonuna sekonder fournier gangreni vakasını sunmaktayız.

Olgu: 55 yaşında diyabet öyküsü mevcut olan erkek hasta üroloji kliniğinde debrütmanı yapıldıktan sonra tarafımıza yönlendirildi. Hastaya seri debrütmanlar yapıldı. Glans, penis shaftı salım olan hastanın penis proksimal volar yüzünde ve her iki testistinde açık yara mevcuttu. Uyluk mediallyerinde mevcut olan beyaz renkli makülar döküntüler sebebiyle dermatoloji konsültasyonu istendi. Yapılan muayene ve laboratuvar incelemesi sonucu candida enfeksiyonu tanısı konulan hastaya antifungal tedavi (flukanazol) başlandı. Enfeksiyonun regresyonunu takiben tarafımızca rekonstrüksiyon planlanmaktadır.

Tartışma ve Sonuç: Fournier gangreni literatürde 100,000 erkekte 1.6 oranında görülen genellikle 50-60 yaş arası erkekleri etkileyen ancak erken ve agresif müdahale edilmezse mortal seyredabilen bir hastalıktır. Çoğunlukla polimikrobial flora (Escherichia coli, Proteus, Staphylococcus, Enterococcus ve anaeroblar) üremektedir. Nadiren fungal enfeksiyonlar da etiolojide bildirilmiştir. Bunlar C. Albicans, C. Glabrata, Rhizopus Microsporustur. Bizim sunduğumuz vakadada etken bu nadir ajanlardan birisi olan C.Albicans idi. Bu ajanlara karşı en sık azol grubu antifungal ajanlar kullanılmaktadır (flukanazol). Son yıllarda azol grubunun yerini ekinokandinler almaktadır. Fournier gangreninde defektin büyüklüğüne göre rekonstrüktif basamak seçenekleri değerlendirilmektedir. Defektin derecesine göre sekonder iyileşme, lokal skrotal ilerletme flebi, kısmi kalınlıkta deri graftı, ve subkütan uyluk cebi flebi, antetromedial ve superomedial uyluk fasyokütan flebi, medial sirkümfleks femoral arter perforatör flebi, v-y ada ilerletme flebi gibi seçenekleri mevcuttur. Hastamıza fungal enfeksiyonun gerilemesini takiben medial uyluk flebi planlamaktayız.

**Kaynaklar:**

- 1- Fournier JA. Jean-Alfred Fournier 1832–1914. Gangrène foudroyante de la verge (overwhelming gangrene). Sem Med 1883. Dis Colon Rectum. 1988;31:984–988
- 2- Jaworski R, Irga N, Haponiuk I, et al. Candidemia in children after complex congenital heart defects surgery treated with caspofungin-our own experience and a review of literature. Med Sci Monit. 2011;17:PH35–PH39
- 3- Bjurlin MA, O’Grady T, Kim DY, et al. Causative pathogens, antibiotic sensitivity, resistance patterns, and severity in a contemporary series of Fournier’s gangrene. Urology. 2013;81:752–758

Resim 1



Candida Enfeksiyonu ve Fournier Gangreni

#### P-141 Malignite ile Karışabilen Nodüler Fasiit Olgusu

Sefa Özden, Melihcan Sezgiç, Yasemin Aydınli, Burak Kaya  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Nodüler fasiit, fibroblast ve myofibroblastların proliferasyonu sonucu oluşan, nadir görülen, benign ve reaktif bir lezyondur. Erişkinlerde genel olarak üst ekstremitelerde ve gövdede görülmekle birlikte çocukluk çağında en sık baş boyun bölgesinde görülür. Histopatolojik olarak sarkomlara benzediği halde agresif tedavi gerektirmez, bu sebeple doğru tanısı önemlidir. Burada, mandibula üzerinde kısa sürede gelişip, hızla büyüyen ve travma öyküsü olmadan ortaya çıkan kitleden sarkom şüphesi ile alınan insizyonel biyopsi sonucu işçi hücreli mezenşimal lezyon olarak raporlanmış olan, cerrahi eksizyon sonrası yapılan histolojik incelemede nodüler fasiit olarak tanı alan bir olgu sunulmuştur.

**Olgu Sunumu:** 18 yaşında ek hastalığı olmayan kadın hasta mandibula sağ korpusu üzerinde 3 ay önce ortaya çıkıp, hızla büyüyen kitle şikayetiyle kliniğe başvurdu. Fizik muayenede sağ mandibula korpusu üzerinde cilt altı yerleşimli, düzgün sınırlı, tabana fiks, sert kıvamda yaklaşık 3x3 cm boyutlarında kitle saptandı. Kitle üzerinde herhangi bir ülserasyon, eritem gözlenmedi. Çekilen MR görüntülemesi sonucu "Sağda mandibula korpusu komşuluğunda, platisma kas planı derininde, periferik ve santralinde heterojen kontrastlanma gösteren, 18x16x20 mm boyutlarında nodüler kitle" olarak raporlandı. Aynı zamanda mandibuler korteks devamlılığının korunmuş olduğu ve aşikar invazyon saptanmadığı görüldü. Kitlenin hızlı büyümesi ve fiks olması nedeniyle, sarkom ön tanısı ile intraoral insizyonel biyopsi alındı. Biyopsi sonucunun "İşçi hücreli mezenşimal lezyon" olarak raporlanması üzerine kitlenin genel anestezi altında total eksizyonu planlandı.

Mandibula angulusunun 2 cm inferiorundan uygun insizyon ile cilt- cilt altı geçilip dikkatli diseksiyon ile kitleye ulaşıldı. Kitlenin düzgün sınırlı, sert kıvamlı ve etraf yapılarına yapışık olduğu görüldü ve eksize edildikten sonra patolojiye gönderildi. Çıkan patoloji sonucu "Nodüler Fasiit" olarak raporlandı. Hastada postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmemesi üzerine hasta ertesi gün taburcu edildi. Hastanın takiplerinde herhangi bir problem görülmedi.

**Sonuç:** Nodüler fasiit nadir görülen bir benign tümör olup, hızlı büyümekle birlikte çoğu zaman ağrı oluşturmamaktadır. Epidemiyolojik olarak kadınlarda erkeklere oranla 5 kat daha fazla görülmekle birlikte en sık 20-40 yaşları arasında saptanmaktadır. Baş boyun tutulumu yaygın olarak zigoma, mandibula angulusu, parotis bezi, bukkal mukozaya gibi alanları içermektedir. Hızlı büyümesi nedeniyle ayırıcı tanıda liposarkom, fibrosarkom, nörofibrom, soliter fibröz tümör, fibröz histiositoma, dermatofibrosakrom protuberans düşünülebilir. Yumuşak doku kaynaklı tümörlerin tanısında ve yayılımında MR görüntüleme yüksek oranda sensitiftir. Nodüler fasiit T-1 ağırlıklı sekansta izointens, T-2 ağırlıklı sekansta hiperintens olarak saptanır. Sinyal yoğunluğu kitlenin içerdiği kollajen miktarına göre değişmektedir. Tanı mutlaka histopatolojik olarak doğrulanmalıdır. Miksoid stroma içerisinde immatür fibroblastların ve myofibroblastların olduğu yüksek oranda vasküler bir tümör olarak karşımıza çıkmaktadır. Hücrel atipinin izlenmemesi sarkomdan ayırımında önemlidir. Tedavide komplet rezeksiyon önerilmekle birlikte bu her zaman mümkün olamayabilir. Parsiyel rezeksiyondan sonra rezidüel kitlenin spontan rezorbe olabildiği gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda nüks oranı %0.4- %1 olarak raporlanmıştır. İntralezyonel kortikosteroid uygulamasıyla kitlenin boyutlarında küçülme sağlanan olgular bildirilmiş olup, doz ve uygulama sıklığı için yeterli klinik veri bulunmamaktadır. Sonuç olarak nodüler fasiit nadir görülen bir tümör olmasına rağmen, sarkomlara olan benzerliği nedeniyle ayırıcı tanıda her zaman göz önünde bulundurulmalı ve patolojik değerlendirmesi dikkatli bir şekilde yapılmalıdır.

**Preoperatif, Intraoperatif, Postoperatif**



Preoperatif, Intraoperatif, Postoperatif fotoğraflar

**P-142**

**Nadir Görülen Bir Olgu: Sternal Bölge Yerleşimli Dev BCC**

Ayşe İrem İskenderoğlu, Ahmet Kürşat Yiğit, Shahrukh Omar, Barış Çin, Nesibe Sinem Çiloğlu  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Bazal hücreli karsinomlar (BCC) cilt kanserleri içinde en sık görülen kanser türleridir (1). Tüm cilt kanserlerinin %70-80'ini oluşturmaktadır. En sık baş boyun bölgesinde yerleşim göstermektedir. Literatürde skrotum, palmar bölge, nipple, gluteal bölge, perineum, aksilla, konjunktiva nadir görülen bölgeler olarak belirtilmiştir. BCC'lerin lokal invazyon ve metastaz oranları düşüktür (2). Dev BCC'ler tüm BCC'lerin %1'ini oluşturmaktadır. Dev BCC'ler agresif özellik gösterebilen, lokal invazyon ve metastaz yapabilen karakterdedir. Bu olgu sunumunda sternal bölge yerleşimli dev BCC olgusunu bildirmekteyiz.

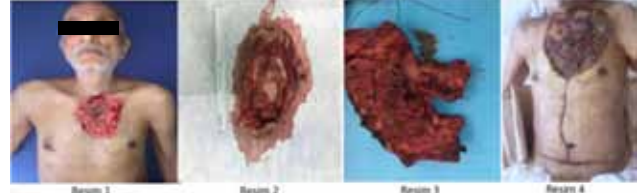
Olgu: 72 yaşında erkek hasta son 1 yıldır mevcut şikayetleri nedeniyle cildiye kliniğine başvurmuş ve cildiye kliniği tarafından alınan insizyonel biyopsi sonucu bazal hücreli karsinom, mikst tip (nodüler, sklerozan, adenoid varyant) BCC gelmesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Yapılan muayenede sternal bölgede yaklaşık 15x10 cm boyutlarında ülser yer yer kemik ekspozisyonu görülen kanamalı kitlesel lezyon izlendi (Resim 1). Hastanın çekilen tomografisinde sternuma uzanan litik alanlar mevcuttu. Operasyon hazırlıklarının tamamlanmasının ardından Göğüs cerrahisi ile beraber vakaya girildi. Mevcut lezyon 1 cm salim marjla eksize edildi, kemik tutulumuna yönelik olarak sternumdan eksizeyone uygulandı (Resim 2-3). Göğüs cerrahisi sternal tamir amacıyla toraks barı ve plağı ile rekonstrüksiyon uygulandıktan sonra tarafımızca unilateral TRAM flep, bilateral pektoral kas flebi ve kısmi kalınlıkta deri grefti ile rekonstrüksiyon gerçekleştirildi. Herhangi bir komplikasyon izlenmeyen hasta postop 5.gününde taburcu edildi (Resim 4 ).

Tartışma ve Sonuç: BCC, tüm maligniteler içinde en sık görülen kanser olmasına rağmen malign hastalıklar içinde mortalite oranları %1'in altındadır. BCC'ler çok düşük metastaz oranlarına sahiptir. Patogenezinde ultraviyole radyasyon maruziyeti önemli bir yer tutmaktadır. Son yıllarda cilt kanserlerinin insidansında artış görülmektedir. Dev BCC'ler agresif özellik gösterebilen lokal invazyon ve metastaz yapabilen karakterdedir. Bu nedenle sağlam cerrahi sınırlar ile eksizeyonu büyük önem taşımaktadır. Büyük toraks duvarı defektlerinde rijit ve rijit olmayan rekonstrüksiyon seçenekleri mevcuttur. Literatürde defektin büyüklüğüne göre greftler, lokal flepler, pediküllü pektoralis major, latissimus dorsi, rectus abdominis kas flepleri ve serbest flepler tanımlanmıştır. Sunduğumuz olguda biz de dev BCC 'lerin agresif seyir gösterebileceği için geniş salim sınırlarla eksizeyonunu ve gerekli rekonstrüksiyonları uyguladık.

**Kaynaklar:**

- 1 - Kinoshita R, Yamamoto O, Yasuda H, Tokura Y. Basal Cell Carcinoma of the scrotum with lymph node metastasis: Report of a case and review of the literature. Int J Dermatol 2005;44:54-6.
- 2 - Gibson GE, Ahmed I. Perianal and genital basal cell carcinoma: A clinicopathologic review of 51 cases. J Am Acad Dermatol 2001;45:68-71.
- 3 - Park SH, Lee SY, Kim SM, Choi HJ, Yum SK, Kim Hu, et al. A case of basal cell carcinoma on post traumatic scar of the scrotum. Korean J Dermatol 2006;49:1151-3

**Sternal Dev BCC**



Resim 1: Lezyon Resim 2-3: Eksize Edilen Kitle Resim 4: Postop 5. gün

**P-143**

**Posttravmatik Calcaneal Fraktür ve Doku Defektinin Serbest Adductor Magnus Flebi ile Onarımı: Olgu Sunumu**

Özay Özkaya Mutlu, Semih Tiber Menteşe, Ahmet Dilber, Özlem Çolak  
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Posttravmatik kalkaneal fraktür sonrası gelişen doku defekti ve kronik osteomyelit tedavisi uzun ve zor bir süreçtir. Genellikle seri debridman, kemik grefti, uzun süren antibiyoterapi ve kompleks flep ile örtüm gerektiren stratejik bir tedavi programı gerektirir.

Kalkaneal bölge doku defektleri; Gracilis flebi, Anterolateral Uyluk Flebi, Rectus Abdominis Flebi, Latissimus Dorsi Muskulokütan flepleri rekonstrükte edilebildiği gibi, Lokal bazı fleplerle de onarılabilir.

Bu seçeneklerden Gracilis Muskulokütan Flebi uzun bir şerit şeklinde uzanmakta, uzun bir tendon iki vena comitantes ve bir adet dominant vasküler pedikül içermektedir. Mathes-Nahai Sınıflaması'na göre de tip II vasküler paternde olduğu bilinmektedir. Adductor Magnus flebi, aynı bölgede bulunması, güvenilir bir deri adasına sahip olması ve perforatörünün kolay disseke edilebilmesiyle Gracilis Flebinin aktarım için uygun olmadığı durumlarda salvage flep olarak akla gelebilmektedir. Pedikülü medial uyluk bölgesinde Gracilis kası posterior sınırından 2 cm posteriorda inguinal katlantı bölgesine ise 8 cm inferiorda yer almaktadır. Pedikülü 5 cm kadar uzun olabilmektedir. Posterior uyluk bölgesinde 15 cm genişliğindeki defektler dahi primer kapatılabildiğinden bu flep sonrası donör alan morbiditesi de düşüktür.

Olgu: Yaklaşık üç sene önce yüksekte düşme nedeniyle takip edilen 64 yaş erkek hasta, calcaneal fraktür nedeniyle iliac kemik grefti ile onarım yapılmış olup, takiplerinde yara yerinde oluşan detaşmana bağlı 3 x 2 cm boyutunda doku defekti kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Defekt bölgesinden akıntı ve detaşman tekrar eden ve osteomyelit tanısı alan hasta 1 sene boyunca seri debridmanlar ve antibiyoterapi ile takip edildi. Ardından hastaya kapsamlı bir debridman sonrası Serbest Gracilis Muskulokütan Flebi yapılması planlandı. Perop yapılan pedikül diseksiyonunda Medial Sirkumfleks Femoral Arterin Adductor Magnus ve Gracilis'e birer dominant pedikül gönderdiği fakat Gracilise ulaşan pedikülün serbest doku aktarımı için uygun çapta olmadığı görüldü ve Adductor Magnus'un disseke edilerek Calcaneal bölgeye serbest flep olarak 1 arter 2 ven onarılacak üzere aktarılmasına karar verildi.

Sonuç: Travmaya bağlı Calcaneal fraktürün eşlik ettiği ve genellikle kemik grefti ile onarım gerektiren doku defekti olguları sık görülmektedir. Uzun ve yorucu bir tedavi süreci içeren bu olgularda rekonstrüksiyon için bir çok

seçenek olsa da en iyi seçeneklerden biri alt ekstremitte rekonstrüksiyonlarında ve fonksiyonel kas transferlerinde en sık kullanılan Serbest Gracilis Muskulokütan Flebidir. Yine aynı bölgede yer alan Adductor Magnus flebi ise ya ilk seçenek flep ya da salvage prosedür olarak akılda tutulmalıdır

#### Perop Adductor Magnus Flebinin görüntüsü



Perop Adductor Magnus Flebi ayrılmadan önce görüntü. Yıldızlı görüntünün asıl planlanan Gracilis Flebi olduğuna dikkat ediniz.

#### P-144

#### Fournier Gangreni Sonrası Uyluk Flebi İle Rekonstrüksiyon

Sevin Fariz, Buse Çapkinoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Numune Eğitim Ve Arş. Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği, Adana

Giriş: Skrotal cilt defektleri Fournier gangreni, travma, yanıklar ve tümör eksizyonu sonrası oluşabilir. Fournier gangreni, perineal, genital ve perianal bölgelerin nekrotizan fasiiti ile karakterize, nadir görülen ve ölümcül bir hastalıktır. Literatürde primer kapama, rezidüel skrotal cilt mobilizasyonu, cilt greftleri, fasyokutan flepler, pediküllü ve serbest flepler olmak üzere pekçok ameliyat tekniği tanımlanmıştır. Bu vakada bilateral fasyokutan pudendal uyluk flepleri ile onarım yapıldı.

Olgu: 60 yaşında diyabetik erkek hasta, yaklaşık 4 hafta genel cerrahi kliniğinde seri debridman ve antibiyoterapi ile takip edilmiş. Enfeksiyon tablosunun geçmesi ve genel durumunun iyileşmesi üzerine tarafımıza rekonstrüksiyon için konsülte edildi.

Bulgular: Skrotal bölgede testislerde tam kat defekt mevcuttu.

Yöntem: Bilateral pediküllü kasık flepleri planlandı. Fleplerin eni ve boyu için skrotal defektin büyüklüğü esas alındı. Flepler distalden proksimale doğru fasyokutanöz olarak eleve edilerek defekt alanını kapatacak şekilde 90 derece döndürülerek skrotuma adapte edildi.

Sonuç: Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gözlenmeyen hastada tamamen yara iyileşmesi 3.haftada tamamlandı. Donör saha morbiditesi görülmedi. Pediküllü, esnek, sağlam ve doğal görünümde yeni skrotum oluşması sağlandı.

#### preoperatif görünüm ve postoperatif 2.ay



#### P-145

#### Üst Dudakta Travma Sonrası Oluşan Skuamöz Hücreli Karsinom Olgusu

Melihcan Sezgiç, Yasemin Aydınli,

Şahin Atakan Bayır, Zeki Can

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Skuamöz hücreli karsinom ikinci en sıklıkta görülen cilt kanseri olmakla birlikte özellikle güneş gören cilt bölgelerinde ortaya çıkma eğilimindedir. Oral skuamöz hücreli karsinom ise oral kavitede en sık görülen kanserdir ve oral kavite kanserlerinin yaklaşık %90'ını oluşturmaktadır. Dudak bölgesi oral mukoza ve cilt arasındaki bir geçiş bölgesi olduğundan dolayı dudak kanserleri, hem cilt skuamöz hücreli karsinomu hem de oral kavite skuamöz hücreli karsinomunun özelliklerini taşımaktadırlar. Dudak kanseri oral kavite kanserlerinin yaklaşık % 30 'unu oluşturur ve skuamöz hücreli karsinom en sık görülen histolojik tipidir. Daha çok alt dudakta görülse de (% 90) üst dudakta da karşılaşılabileceği unutulmamalıdır. Skuamöz hücreli kanserler kronik yara, yanık sekelleri ve kronik irritasyona bağlı gelişebilmektedirler, fakat literatürde 2 aydan kısa sürede, greft donör sahasında gelişebildiği gösterilmiştir. Burada 2 ay önce geçirdiği travma sonucunda üst dudakta sütüre edilen bölgede iyileşmeyen yarası mevcut olup, alınan biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak raporlanan bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu: 47 yaşında ek hastalığı olmayıp, 30 paket-yıl sigara öyküsü olan kadın hasta 2 ay önce geçirdiği araç içi trafik kazası sonrası üst dudağında iyileşmeyen yara şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde trafik kazası sonrası dudağında laserasyon meydana geldiği ve bir merkezde sütür atıldığı, sütürlerin 1 ay önce tamamen absorbe olduğu fakat sütür hattında yaklaşık 1 aydır mevcut olan krutlu lezyonun iyileşmediği öğrenildi. Hastanın lezyonda kaşıntı tariflemesi üzerine, lezyona tanısal amaçlı eksizyonel biyopsi yapıldı. Yapılan biyopsi sonucu "iyi differansiye skuamöz hücreli karsinom" olarak raporlandı. Biyopsi sonucuna göre cerrahi sınırları yakın olduğundan hastaya geniş eksizyon ve lenf nodu incelemesi açısından boyun ultrasonu planlandı, fakat hasta ileri tetkik ve tedaviyi reddettiğinden opere edilemedi.

Sonuç: Dudak kanserleri bir geçiş bölge kanseri olup hem cilt kanserleri hem de oral kavite kanserleri özellikleri gösterdiğinden, oral kavite kanserlerindeki en önemli risk faktörü olan sigara ve cilt kanserlerindeki en önemli risk faktörü güneşe maruziyet dudak kanserlerinin başlıca risk faktörleridir. Erkeklerde kadınlara göre daha sık görülürler, kadınlarda ise ileri yaşlarda görülme sıklığı artmaktadır. Skuamöz hücreli karsinomlar yaklaşık % 60 oranında aktinik keratoz zemininde gelişmekte fakat aktinik keratozların sadece %6-10'u 10 yıl içinde malign dejenerasyon göstermektedir. Kütanoz skuamöz hücreli karsinom genellikle lokal infiltrasyon ve ekspansiyon ile yayılıp, sık uzak metastaz eğilimi göstermez iken; dudak, kulak, kronik yaralar ve immünsüprese bireylerde yaklaşık %40' a varan oranlarda uzak metastaz görülebilir. Marjolin Ülseri; kronik ülser, kronik yara ve yanık sekelleri zemininde gelişen malignitelerdir ve çoğunlukla skuamöz hücreli karsinomaya dejenerasyon gösterirler fakat gelişme periyodları 20 - 40 sene sürebilmektedir. Literatürde parsiyel kalınlıkta deri grefti donör sahasında gelişen skuamöz hücreli karsinom olguları mevcut olup toplam 10 olgunun 4 'ünde 2 aydan kısa sürede geliştiği belirtilmiştir. Bu olguda daha önceden şikayeti olmayan bir hastada, gelişen travma sonrası 2 ay içerisinde üst dudakta skuamöz hücreli karsinom gelişmiştir. İyileşme göstermeyen tüm yaralarda biyopsi ihtimali her zaman akılda bulundurulmalıdır.

#### Preop



Preoperatif Fotoğraf

#### P-146

### Skalpten Arteriovenöz Malformasyon Eksizyonunda Turnike Kullanımı; Basit Ve Güvenli Bir Yöntem

Sedat Tatar<sup>1</sup>, Billur Sezgin Kızılok<sup>1</sup>, Murat Penge<sup>2</sup>, Selahattin Özmen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

<sup>2</sup>VKV Amerikan Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul

Giriş: Skalp temporal,frontal,oksipital bölgelerden bilateral kanlanması olan ve bu damarların çok sayıda anastomozuyla zengin kanlanma potansiyeline sahiptir. Skalpte vasküler malformasyon varlığı ise var olan kanlanmanın artmasına ve yapılacak cerrahi müdahalede kanama potansiyelini artırmaktadır(1). Preoperatif yapılan embolizasyon ve dikkatli diseksiyona rağmen skalp AVM leri mortal ve morbiditesi yüksek cerrahiler arasındadır. Kliniğimizde skalpten vasküler malformasyon eksizyonu sırasında Pratik ve cerrahi müdahaleyi daha güvenli hal getiren turnike kullanımımızı aktarmayı amaçladık.

Olgu: 25 yaşında kadın hasta sağ parietal,oksipital,frontal ve temporal bölgede yaygın arteriovenöz malformasyonu olan hasta için genel anestezi altında eksizyon planlandı. Preoperatif anjiyografide oksipital ve süperfişyal temporal arter kaynaklı olduğu gözlenen AVM için operasyondan on gün önce embolizasyon yapıldı. İntraoperatif örtünmeyi takiben baş boyun elevasyonda iken frontal bölgeden, başlayıp her iki kulak süperiorundan oksipital bölge kaudalinden geçen sirküler bandaj sarıldı, bandajın kranialinde arteriyel pulsasyon kaybolunca klemp ile sabitlendi ve operasyona başlandı. Künt ve keskin diseksiyonlar ile parietal bölgede kitlenin tamamı periost üzerinden eksize edildi,temporal frontal ve oksipital bölgelerde subkutan bütün malforme alanlar total olarak eksize edildi. İntraoperatif herhangi bir kanama gözlenmedi ve turnike süresi 1 saat 25 dakika idi. Parietal bölge ve vertexte oluşan defekt kısmi kalınlıkta deri greftiyle onarıldı. Hasta postoperative iyileşme sürecini sorunsuz geçirdi.

Tartışma: Vasküler malformasyonların eksizyonunda cerrahi tedaviyi zorlaştıran en önemli etken kanamadır. İntraoperatif kanamayı azaltmak için dikkatli cerrahi planlama ve diseksiyonun yanında preoperatif embolizasyon gibi yöntemlerde uygulanmaktadır(2,3). Skalp turnikesi Wood tarafından(4) 1910 yılında ve Orticochea tarafından 1977 yılında osteoplastik rezeksiyonlar ve skalpten tümör rezeksiyonları sırasında kullanılmışlardır(5). Hochberg ve ark. skalp turnikesini kavernoöz hemanjiom eksizyonu sırasında kullanmışlardır ve onların tasarımıyla naylon,kanvas tüp ve pnömatik hava pompasından oluşmaktaydı(6).Bizim kullandığımız kolay bulunabilen, kullanımı kolay, steril edilebilir esmarch bandajıdır. Skalp vasküler malformasyonlarının ve ya kanama potansiyeli yüksek lezyonların eksizyonunda kanama kontrolü ve minimal kanama ile operasyonun tamamlanmasında yardımcı olmakta ve fazla enstrüman gerektirmeden uygulanabilir,ucuz bir yöntemdir.

#### Referans

1.Matsushige T, Kiya K, Satoh H, Mizoue T, Kagawa K, Araki H.Arteriovenous malformation of the scalp: case report and review of the literature.Surg Neurol. 2004 Sep;62(3):253-9

2. Amin O, Molina AR, Constantinides J, Greig AV. Excision of a scalp arteriovenous malformation using Thunderbeat™: The safe way forward?J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2016 Nov;69(11):1572-1574

## Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

### 39. Ulusal Kurultayı

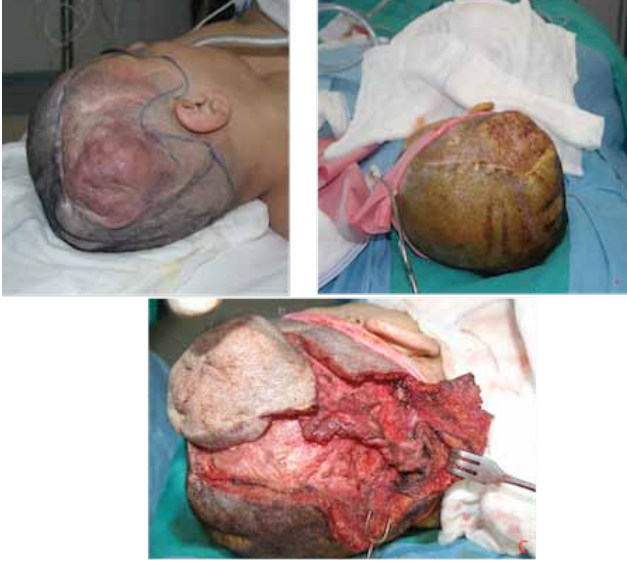
3. Dmytriw AA, Ter Brugge KG, Krings T, Agid R. Endovascular treatment of head and neck arteriovenous malformations. *Neuroradiology*. 2014 Mar;56(3):227-36

4. Wood AC. A Tourniquet for the Control of Hemorrhage from the Scalp during Osteoplastic Resection of the Skull. *Ann Surg*. 1910 May;51(5):646-50

5. Orticochea M. A pneumatic cranial tourniquet to control haemorrhage during operations on the scalp. *Br J Plast Surg* 1977; 30: 223-6. 7

6. Hochberg J, Ardenghy M, Pait TG. Scalp tourniquet. *Br J Plast Surg* 1994; 47: 194.

**Resim 1**



A: Skalp sağ yarısında AVM B: Turnike uygulaması C: İntraoperatif cerrahi saha

#### P-148

#### Yüz yarığı eşlik eden Goldenhar sendromlu hastada oral komissür onarımına cerrahi yaklaşım

Erkan Pinegöz, Göktekin Tenekeci, Yavuz Demir, Alper Sarı, Şakir Ünal  
*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin*

**Giriş-Amaç:** Kraniyofasiyal yarıklar nadir deformitelerdir. Transvers veya lateral yarıklar sık görülen kraniyofasiyal yarıklar tipilerindendir. İzole görülebileceği gibi eşlik eden sendrom ile birlikte de görülebilir. Cerrahi tedavisinde, temel olarak oral sfinkter fonksiyonunun sağlanması için orbikularis oris kasının uçları birleştirilir. Bu olgu sunumunda klinik olarak tessier no 7 yarıklara cerrahi olarak yaklaşımı tartışmayı amaçladık.

**Materyal-Metod:** çalışmamızda goldenhar sendromu tanısı koyulan ve makrostomisi için cerrahi uyguladığımız 10 aylık bebek olgu olarak sunulmuştur.

**Bulgular:** Miadında c/s 3000gr 47 cm olarak doğan, kromozom analizi 46xx ve anne baba arasında akraba evliliği olmayan 2 aylık kız bebek doğuştan ağzının sol tarafı daha geniş olması şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Tessier no 7 yüz yarığı tanısı koyulan hastanın solda makrostomi, etkilenen sol yüz yarısında mandibuler atrofi ve sol kulak

önünde 2 adet aksesuar kıkırdak mevcuttu. Kalçada mongol lekesi bulunan hasta ek anomali ve sendrom açısından pediatri bölümüne konsulte edildi ve makrostomi cerrahi tedavisi açısından takibe alındı. Pediatri tarafından goldenhar sendromu(okulo-aurikulo-vertebral sendrom) tanısı koyulan hasta 10 aylık iken makrostomi düzeltilmesi planlanarak opere edildi. Operasyonda orbikularis oris kasının devamlılığı sağlandı ve oral komissür oluşturup z-plasti tekniği ile kapatıldı. Postop takiplerinde yara iyileşmesinde sorun yaşanmadı. Açık ve kapalı iken ağzın simetrisi tatminkar idi. Skar kontraktürü ve drooling görülmedi.

**Sonuç ve Tartışma:** kraniyofasiyal yarıkların sınıflamasında en bilineni tessier tarafından tanımlanmıştır ve tessier no 7 sık görülen yarıklardandır. Lateral yüz yarığı olarak da adlandırılır ve görülme sıklığı 3000 ile 5600 doğumda birdir. Klinik görünüm oldukça değişkendir. Mikroform şeklinde sadece skin tag izlenebilir. Ağır formunda ise yarıklar oral komissürde makrostomi ile başlayıp mikrotik kulağa doğru yanak boyunca yarıklar uzanabilir. Cerrahinin zamanlaması tartışmalı olmakla beraber biz erken dönemde rekonstrüksiyonu seçtik. Bir diğer önemli husus ise yarığa eşlik eden diğer anomaliler için iler tetkik yapılması ve ilgili bölümlere yönlendirilmesidir. Bu olgumuzda lateral yarıklara yaklaşımda öncelikli olarak orbikularis oris kas devamlılığını sağlamayı amaçladık. Ayrıca cildi Z-plasti tekniği ile kapatarak daha sonra oluşabilecek ve ağız köşesini dış yana çekebilecek skar kontraktürünü engellemeyi amaçladık.

#### tessier no 7



#### P-150

#### Plastik Cerrahide Sülük Kullanımı ve Pratik Uygulama Yöntemleri

Nuh Evin, Abdullah Ünlü, Osman Akdağ, Mehtap Karamiş, Zekeriya Tosun  
*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Konya*

**Giriş:** Kan emici bir parazit olan sülükler flep cerrahisi sonrası venöz yetmezliklerin klinik tedavisinde 1980'li yıllarda beri sıklıkla kullanılmaktadır.<sup>1</sup> *Hirudo medicinalis*, *Hirudo verbana*, *Hirudo orientalis*, *Hirudo troctina* tıbbi tedavilerde kullanılan basit sülüklerdir.<sup>1,2,3</sup> Sülük kan emme esnasında hirudin adındaki çok güçlü bir antikoagulan molekülü çevre dokuya salar.<sup>1,2</sup> Bununla birlikte *Aeromonas* türü bakterilerini kan sindiriminde kullanan sülük, uygulamalarda bu bakterilere bağlı %20 'ye varan oranda enfeksiyona neden olabilir.<sup>1</sup> Bu çalışmada venöz yetmezlik olgularında sülük uygulamaları ve pratik uygulama yöntemleri sunulmuştur.

**Hastalar ve Yöntem:** 2012 ve 2017 yılları arasında lokal ve serbest flep cerrahileri sonrası erken dönemde venöz yetmezlik gelişen 46 olgu çalışmaya dahil edildi. Hastaların

tıbbi kayıtları başlıca yaş, cinsiyet, diabet, koagülopati, geçirilmiş medikal ve cerrahi girişimler, kullanılan ilaçlar ve ekstremitenin vasküler durumu açısından incelendi. Hastaların hepsine hirudo medicinalis uygulandı. Sülük uygulaması özellikle flep distal kısımlarına sülük kan emmeyi kendi bırakana kadar devam edildi. Sülük uygulama esnasında geniş ve düz yüzeylerde şeffaf ve tabanı delinmiş pet bardaklar kullanılırken, küçük ve yüzeyi girintili bölgelerde bölgenin büyüklüğüne göre 5 cc ile 50 cc arasında distal enjeksiyon ucu kesilmiş enjektörler kullanıldı. Sülük uygulaması yeni venöz damarların oluşumu sonrası flep konjesyonunun azalmasına kadar devam edildi ve bu esnada uygun antibiyotik profilaksisi yapıldı. Hastaların kan hemogloblin düzeyi günlük takip edildi.

Bulgular: 16 hasta erkek, 30 hasta kadındı. Hastaların yaşları ortalaması 49'du (28-84). 28 hastada kısmi, 18 hastada ise total venöz yetmezlik vardı. 8 hastada eşlik eden diabetik (insulin kullanıyor), 6 hastada hiperkoagülopati, 12 hastada venöz yetmezlik, 10 hastada diabet ile birlikte hipertansiyon da vardı. 4 hasta baypass cerrahisi, 6 hasta ise anjio geçirmişti. 12 hastaya şeffaf pet bardak; 6 hastaya 50 cc, 8 hastaya 20 cc, 14 hastaya 10 cc, 6 hastaya 5 cc enjektörler yardımıyla uygulama yapıldı. Uygulama bölgeleri arasında gövde, scalp (traş sonrası), alın gibi düz ve geniş bölgelerin yanında burun, çene gibi çıkıntılı ve parmak pulpası gibi küçük alanlar da vardı. 2 hastada total, 3 hasta kısmi flep kaybı yaşanırken, 41 hastada flepler yaşadı. 2 hastaya kan transfüzyonu gerekti. Hiç bir hastada enfeksiyonla karşılaşılmadı.

Tartışma ve Sonuç: Hirudoterapi uygulamalarının mikrocerrahi, travmatoloji, oftalmoloji (glokom), diabetik damar komplikasyonları ve varisler, hematoma, tromboz tedavisinde kullanımı artmaktadır. Özellikle, flep cerrahisi sonrası oluşan venöz konjesyon aşılır ve revaskülarizasyona zaman kazandırılır. 1,2,3 Sülük uygulamaları esnasında sülüğün çevre dokulara ve dış çevreye hareketi, istenilen bölgede emme yapmaması klinik başarıyı düşürmektedir. Bu çalışmada klinik uygulamalarda kullanılabilecek pratik sülük uygulama yöntemleri sunulmuş olup, kendi uygulamalarımız da aktarılmıştır.

#### Referanslar

- 1- Bickel KD, Lineaweaver WC, Follansbee S, Feibel R, Jackson R, Buncke HJ. Intestinal flora of the medicinal leech Hirudinaria manillensis. J Reconstr Microsurg. 1994 Mar;10(2):83-5.
- 2- Mumcuoglu K Y, Pidhorz C, Cohen R, Ofek A, Lipton HA. The use of the medicinal leech, Hirudo medicinalis The Internet Journal of Plastic Surgery 2007, in the reconstructive plastic surgery.
- 3- Ulkür E, Yüksel F, Açıkel C, Celiköz B. Effect of hyperbaric oxygen on pedicle flaps with compromised circulation. Microsurgery 2002; 22: 16-20.

#### P-151

### **Osteomyelitik Tibia Defekti Olan Hastada Musqlate Yönteminin Serbest Flepler ile Kullanımı**

Rehber Marşil, Erhan Sönmez, Önder Karaaslan, Ersin Akşam  
Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Kemik ve yumuşak doku yaralanması olan yüksek enerjili alt ekstremitte travmalarında tedavi oldukça güçtür.

Açık tibia kırıklarında ve alt ekstremitte kurtarmada hedef ekstremitmeyi ampute olacağı durumdan daha fonksiyonel halde korumaktır. Eğer ekstremitte kurtarılamayacaksa hedef maksimum fonksiyonel uzunluğu kurtarmaktır. Tibia fraktürlerinde kemik defekti rekonstrüksiyonunda birçok yöntem olmakla beraber uzun kemiklerin defektlerinde daha çok vasküler kemik greftlerinin kullanımı tercih edilmektedir. Musqlate yöntemi defekt alanda hipervasküler psödomembran oluşumu ve sonrasında içerisine normalden uzun vaskülerize olmayan kemik greftleri ile onarım imkanı sağlamaktadır. Bu çalışmada 4cm'den uzun kemik defekti olan bir hastada Musqlate yönteminin kullanımı sunulmuştur.

Vaka: Yirmibeş yaşında erkek hasta ortopedi kliniğinden sol bacakta kemiğin ekspoze olduğu doku defekti nedeniyle refere edildi. Hastanın öyküsünden dört ay önce araç dışı trafik kazası sonrasında sol bacakta açık tibia-fibula shaft fraktürü geliştiği öğrenildi. Yaralanma sonrası ortopedi kliniğince kırık kapalı hale getirilmiş ve eksternal fiksatörler ile tespit sağlanmıştır. Operasyon sonrası takiplerinde antibiyoterapiye rağmen yumuşak doku enfeksiyonu ve osteomyelit gelişen hastanın yarısı ortopedi kliniğince debride edilmiştir. Herhangi bir komorbiditesi olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde sol bacakta tibianın ekspoze olduğu 10x10cm'lik doku defekt tespit edildi. Sol tibiada 6cm'lik kemik defekti mevcut idi. Hastaya Musqlate yöntemi ile onarım planlandı. Genel anestezi altında proksimal ve distal tibia tespiti için 10'luk çivi skopi yardımı ile yerleştirildi. Distal ve proksimal tibiadaki çivi 2'şer adet vida yardımı ile kilitlendi. Defekt alanına antibiyotikli spacer uygulanarak Musqlate tekniği ile kemik bütünlüğü oluşturularak psödomembran oluşumu için hazır hale getirildi. Spacer üzeri açık olan defekt için tarafımızca 8x14cm boyutlarındaki sağ anterolateral thigh (ALT) flep ile onarım yapıldı. Operasyondan 6 hafta sonra flep medialinden yapılan insizyon ile girilerek flep altındaki kemik defekti alanının hipervasküler membranla örtüldüğü görüldü. Spacer eksterne edildi ve kemik uçları tazelenerek bilateral iliak spongios ve kortikospongios kemik greftleri alınarak defekt alanı dolduruldu. Membran ve insizyon kapatılarak operasyona son verildi. Hastanın postoperatif takiplerindeerken veya geç komplikasyon görülmedi.

Sonuç: Dört cm'den uzun vaskülerize olmayan kemik greftlerinin başarı oranları azdır. Fakat Musqlate yöntemi ile normalden uzun kemik greftlerinde bile başarı sağlanmıştır. Açık fraktür sonrasında osteomyelit gelişen hastalarda psödomembran oluşması için spacer üzeri iyi vaskülerize olan yumuşak doku ile örtülmesi gerekmektedir. Böyle hastalarda serbest fleplerin kullanımı ile başarılı sonuçlar elde edilebilir.

**Musculate ALT flep**

kemik distalinde ve metakarpal kemiklerde multiple fraktürlerinin olduğu görüldü. (Resim 3) Ulnanın distalinde ve metakarpal kemiklerde parçalı ve arada yaklaşık 5 cm uzunluğunda kemik kaybının mevcuttu. 3. ve 4. metakarpal kemikte deplase fraktürler mevcuttu. Ameliyata alınan hastanın Radius distalindeki fraktürü redükte edilerek rekonstrüksiyon plağı ile sabitlendi. Daha sonra ampute olan 5. metakarpal kemik temizlenip ayrılarak ulnanın distalindeki kemik defekti için kemik grefti olarak kullanılması planlandı. 4. metakarpal kemikteki fraktür hattı redükte edildi ve ardından 4. metakarpofalangial eklem seviyesinden K-teli geçirilerek kemik grefti ulna distali ile karpal kemikler arasında sabitlendi. (Resim 4) Daha sonrasında 5. parmağa ait fleksör tendonlar hariç fleksör pollicis longus ve tüm fleksör sistem tendonları, ekstansör karpi ulnaris ve kesik olan ekstansör sistem tendonları modifiye kessler yöntemine uygun olarak onarıldı. Parçalanmış olan 1. ve 3. parmağa ait pulley sistemi onarıldı. Kesilere yakaştırıcı sütürler koyularak operasyon sonlandırıldı. Kısa kol atel kullanılarak el ve el bileği sabitlendi. Hastanın takiplerinde el volar yüzde dolaşım sorunu olan ciltte demerkasyon hattının oturduğu görüldü. 4. parmak dolaşımının normale geldiği gözlemlendi. Bir defa debridman yapıldı ve bir gün ara ile iki seans negatif basınçlı yara bakımı uygulandı. (Resim 5) Sonrasında sağ el ulnar tarafta ve önkol volar yüzde granüle alanlar deri grefti ile rekonstrükte edildi.

**P-154**

### **Ampute Olan Parmağın Kemik Komponentinin Ulnar Kemik Defekti İçin Greft Olarak Kullanılması**

Cemal Fırat, Mehmet Fatih Alğan

İnönü Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

**Giriş:** El, en sık yaralanan insan vücudunun organlarından biridir. Bu yaralanmaların çoğuna iş kazaları neden olmaktadır. El yaralanmalarının sonucu nadiren ölümcül olmasına rağmen, hastalarda ciddi morbidite oluşturabilmektedir (1). Yaralanma şekilleri yumuşak doku yaralanmalarından yanıklara, kırıklara ve amputasyonlara kadar değişebilir (2). Bu yaralanmaların çoğunda dominant el yaralanır ve erkeklerde görülme oranı daha yüksektir (3).

**Olgu Sunumu:** 52 yaşında erkek hasta sağ elini sanayi makinesine kaptırarak crush ve avulsiyon tarzında yaralanmış. Hastanın sağ ön kol sağ önkol distalinden başlayıp distale doğru ilerleyen doku kayıplarının olduğu çok sayıda parçalı kesisi mevcuttu. (Resim 1-2) Sağ el 5. parmak 5. metakarpal kemik ile birlikte ulnar kemik seviyesinde 1 cm genişliğinde cilt adasının tuttuğu amputasyon mevcuttu. Palmar yüzde çok sayıda ince flepler şeklinde eleve olmuş doku parçalarına neden olan kesisi, 1. ve 3. parmağa ilerleyen derin lacerasyonları mevcuttu. Sağ elde ulnar ve median sinir traselerinde duyu kaybı mevcuttu. Sağ el 4. ve 5. parmaklarda dolaşımın olmadığı ve diğer parmaklarda minimal olduğu gözlemlendi. Hastanın sağ el fleksör tendon muayenesinde musculus fleksör digitorum profundus ve superficialis hareketleri yoktu. Sağ el ekstansör sistemin hareketlerinin kısıtlıydı, 3. ve 4. parmakta ekstansör hareket yoktu. İntraoperatif olarak fleksör pollicis longus ve tüm fleksör tendonların bütünlüğünün bozulduğu, 1., 3. ve 4. parmak pulley sistemlerinin parçalandığı, median ve ulnar sinir distallerinin, fleksör retinakulumun parçalanmış olduğu görüldü. 3. ve 4. parmak ekstansör digitorum communis tendonlarının ve ekstansör karpi ulnaris tendonunun kesik olduğu görüldü. Hastanın çekilen el grafisinde Radius ve Ulnar

Tartışma: Hastamızda preoperatif dolaşım sıkıntısı mevcut olup tendon onarımı ve kemik redüksiyonu sonrası nörovasküler bandedaki gerimin azaltılmasına dikkat edilerek dolaşımın rahatlatılabileceği gözlenmiştir. Ayrıca multiple el yaralanması olan hastalarda ampute olan metakarp gibi kemik yapılarının kemik defekti alanlarına yerleştirilerek rekonstrüksiyona izin verildiğini ve kemik greftinin sağkalımının başarılı olduğunu gözlemledik.

**Kaynaklar**

1. Raymond G. Hart, MD, MPH. Hand Injury Prevention. Ann Emerg Med. 2005;45:636-638.
2. Şahin F, Akca H, Akkaya N, Zincir ÖD, Işık A. Cost analysis and related factors in patients with traumatic hand injury. J Hand Surg Eur Vol. 2013 Jul;38(6):673-9. doi: 10.1177/1753193412469012. Epub 2012 Nov 30.
3. Ihekire OI, Salawu SA, Opadele T. International surgery: causes of hand injuries in a developing country. Can J Surg. 2010 Jun;53(3):161-6.

**tüm resimler**

**P-155****Elde Tendon Kılıfı Hemanjiomu**

Cenk Demirdöver, Hüseyin Emre Ulukaya,  
Hasip Şamil Yazgan, Fatih Alp Öztürk, Hüsnü Hacı,  
Süleyman Çakmak

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş:** El bölgesinde tendon ve tendon kılıfından köken alan hemanjiomlar oldukça nadirdir görülen vasküler kökenli tümörlerdir. Bu sunumda el bölgesinde kitle şikayeti ile başvuran ve eksizyon sonrası patoloji sonucunun tendon kılıfı hemanjiomu olarak raporlandığı bir olgu tartışılacaktır. Elde kitle ile başvuran hastaların ayırtıcı tanısında hatırlatıcı nitelikte olması amaçlanmıştır. Hemanjiom cilt veya iç organlarda, en yaygın olarak karaciğerde bulunan kan damarlarının kanseröz olmayan bir organizasyonudur. Hemanjiomlar genellikle doğumda bulunur veya yaşamın ilk birkaç ayında gelişir. Cilt hemanjiyomları oldukça yaygındır ve çoğunlukla yüz ve boyunda bulunur. Karaciğer hemanjiyomları nadiren belirtilere neden olur. Kavernöz hemanjiyomlar genellikle beyinde veya omurilikte oluşur ve diğer hemanjiyom tiplerine göre farklı bir sonuca sahiptir. Kan damarlarının bu şekilde organizasyonunun nedeni iyi anlaşılmamıştır. Deri hemanjiyomları derinin yüzeyinde veya hemen altındaki yağ tabakasında oluşur. İlk önce düz bir doğum lekesi olarak görülebilir, ancak ilk yıl boyunca kırmızı, lastiksiz veya süngerimsi bir kitle haline gelir. Çoğu bu noktada büyümeyi durduracak ve bir süre sonra ortadan kaybolmaya başlayacaktır. Çoğu cilt hemanjiyomu 10 yaşına kadar kaybolur, ancak soluk bir renk değişikliği kalabilir. Hemanjiyomlar, göz kapağı üzerinde olursa vizyonu etkilerler. Karaciğer hemanjiyomları organın içinde veya yüzeyinde oluşabilir. Karaciğer hemanjiyomları östrojene duyarlı olabilir, yani bir kadın menopoz sırasında östrojen takviyeleri verilirse büyürler. Hemanjiyomlar böbrekler, kolon ve akciğerlerde de oluşabilir. Bu organların herhangi birindeki bir hemanjiyom, çok büyümediği veya birden fazla hemanjiyom oluşturmadığı sürece, nadiren sorunlara neden olur. Semptomlar bulantı, kusma, karın ağrısı ve iştah kaybı olabilir. Bazen nefes almada zorluğa neden olabilir. Bununla birlikte, başka bir nedenden dolayı bir görüntüleme çalışması (MRG) yapılmadığı sürece genellikle fark edilmemektedirler.

**Teşhis,** fizik muayene ve görüntüleme çalışmaları ile yapılır. Birçok hemanjiyom tedavi olmadan geriler. Sorunlara neden oluyorsa, tedavi lazer prosedürleri, steroid enjeksiyonları, ilaç veya cerrahi müdahale içerebilir.

**Olgu:** Yirmi üç yaşındaki meslek yaşamında sol elini kullanan ve kebabçılık yapan erkek hasta 2 aydır mevcut olan elde kitle şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Aynı şikayetler nedeni ile daha önce dış merkezde sol el 3. parmak pulpasından kitle eksizyonu yapılan hastanın bu operasyonuna yönelik operasyon ve patoloji raporlarına ulaşılamadı. İstenen MR tetkikinde <> tendon kılıfı dev hücreli tümörü düşündürülen kitlesel lezyon. 1. metakarptra intraosseöz kist veya enkondrom>> olarak raporlandı. Hastanın geçirilmiş adenoidektomi öyküsü olmakla birlikte herhangi bir kronik hastalığı ve ilaç kullanma öyküsü başvuru anında saptanmadı. 3 paket/yıl sigara kullanma öyküsü olduğu öğrenildi. Hastanın muayenesinde sol el fleksör zon 2-3 bileşkesinde distal ve orta palmar kris arasında olan cilt altı, mobil yumuşak vasıfta kitle saptandı. Sol el 3. parmak distalinde radyal tarafta 1 cm'lik insizyon skarı izlendi. Elin motor duyu ve dolaşım muayenesi olağandı. Hastanın mevcut kitlesine yönelik olarak operasyon planlandı. Yapılan operasyonda sol elde preop olarak tasarlanan z-plasti flepleri kaldırılarak common dijital sinir ve arter komşuluğunda bulunan tendon kılıfındaki yumuşak doku

tümörü diseke edilerek 2. veb aralığına giden common dijital arter ve sinir korunarak eksize edildi. Eksizyon materyali patoloji laboratuvarına gönderildi. Patolojisi "hyalinizasyon bulguları gösteren vasküler tümör; morfolojik ve immünohistokimyasal bulgular birlikte değerlendirildiğinde mevcut tümör epitelioid hemanjiom ile uyumlu bulunmuştur. (immünohistokimya: ERG+,CD34+, CD31+,KI67+,AKTİN+,Keratin-)" olarak raporlandı.

**Tartışma- Sonuç:** Tendon ve tenosinovium (tendon kılıf) ile ilişkili olarak elde gelişen hemanjiomlar çok nadirdir. Gerek klinik gerekse görüntüleme yöntemlerinde o bölgede daha sık görülen diğer tümörlerle karıştırılma ihtimali yüksektir.

A haemangioma of the flexor tendon sheath causing carpal tunnel syndrome. Kim JY, Sung JH, Lee S. J Hand Surg Eur Vol. 2010 Jan;35(1):73-4. doi: 10.1177/1753193409347688. No abstract available. Tenosynovial haemangioma of the finger. Talwalkar S, Hayton M, Stilwell J, Temperley D, Freemont A. Acta Orthop Belg. 2005 Oct;71(5):618-21.

**Resim-1****P-156**

**Malar Bölgede Kemik Tutulumu Yapan  
Bazal Hücreli Kanser Olgusunun  
Rekonstrüksiyonunda Vasküler Kalvaryal  
Kemik Flebinin Ve Cilt Adasının Ayrı  
Dallar Üzerinde Kullanımı**

Recep Okan Üstün, Göktekin Tenekeci,  
Ali Cem Oktay, Şakir Ünal, Yavuz Demir, Alper Sarı  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

**Giriş:** Malar bölge tümörlerinin eksizyon sonrası rekonstrüksiyonunda servikofasiyal ilerletme flepler ve süperfişiyal temporal arter bazlı flepler kullanılabilir. Kemik defektlerinde kemik grefleri veya serbest flepler çözüm olabilmektedir. Bu olguda süperfişiyal temporal arterin temporal dalı bazlı vasküler paryetal kemik flebi ve süperfişiyal temporal arterin aberran dalı üzerinden

kaldırılan cilt üzerinden rekonstrüksiyonu tek bir lokal flep ile sağlanmaya çalışılmıştır.

**Materyal-Metod:** 62 yaşında dış merkezde eksizyon sonrası nüks gelişen malar bölgede 3x3 cm'lik alanda bazal hücreli tümör nedeniyle takip edilen erkek hasta opere edildi.

**Bulgular:** Hastaya eksizyon amacı ile operasyon planlandı. Tümörlü alan 5 mm cerrahi sınır bırakılarak eksize edildi. İntraoperatif makroskopik maksilla ön duvarına kemik invazyonu görülmesi üzerine kemik eksizyonu yapıldı. Rekonstrüksiyon amacı ile süperfisiyal temporal arterin temporal dalı bazı vasküler paryetal kemik flebi ile rekonstrüksiyon yapıldı. Vaskülerize kemik flebinin donör alanı kendi cildi ile kapatıldı. Kemik flebinin üzeri ise süperfisiyal temporal arterin aberran dalı üzerinden kaldırılan cilt adası ile kapatıldı. Cilt adasının donör sahası split thickness deri grefti ile kapatıldı. Takipte başkaca sorun olmayan hastanın 1 hafta sonra çekilen kemik sintigrafisinde kemik flebinin canlılığı teyit edildi.

**Sonuç:** hastanın uzun dönem takiplerinde kemik ve yumuşak doku rekonstrüksiyonun minimal donör alan deformitesi ile sağlandığı görüldü. Tatmin edici kozmetik sonuca ulaşıldığı gözlemlendi. Bu bölge kemik ve yumuşak doku defektlerinde vaskülerize kalvaryal kemik flebinin iyi bir seçenek olarak akılda tutulması gerektiğini düşünmekteyiz.

#### vasküler kalvaryal kemik flebi ve cilt adası



#### P-157

#### Onkolojik Sırt Defektlerinin Rekonstrüksiyonunda Kas Flepleri

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

**Giriş:** Sırt defektleri genellikle kronik bası, radyasyon, spina bifida, ya da spinal stabilizasyon cihazlarının ekspozisyonu sonrası ya da postoperatif yara yeri enfeksiyonu şeklinde meydana gelmektedir. (1) Tümör rezeksiyonları sonrası sırt bölgesinde büyüklüğü ve yerine bağlı olarak rekonstrükte etmesi oldukça zor defektler oluşabilir. Bu zorluk güvenilir bir aksiyel paterni olan lokal flep azlığı ya da serbest doku transferleri için güvenilir alıcı damar azlığından kaynaklanır. (1) Bu bölge defektlerini kapatmak için transpozisyon flepleri, perforatör flepler, pediküllü kas flepleri ve free flepler kullanılabilir. Başlangıçta plastik cerrahinin genel

prensipieri uygulanarak yara rekonstrüksiyona hazır hale getirilmelidir. Uygun flep seçeneğini belirlemek için rekonstrüksiyon öncesi yarayı ayrıntılı değerlendirmek önemlidir. Defektin yerleşim yeri, hangi dokuları içerdiği, hastanın sistemik durumu ve donör doku mevcudiyeti değerlendirilmesi gereken faktörlerdendir. (2) Bu çalışmada 2 hasta üzerinden onkolojik sırt defektinde kullanılabilecek kas flepleri ve kas flebi kullanmanın avantajları vurgulanmıştır.

#### Olgular ve Yöntem

**Olgu 1:** 65 y bayan hasta kliniğimize superior torakal bölgede 12\*15 cm zemini nekrotik, akıntılı yara ile başvurdu. Hasta duktal hücreli meme kanserini tanıdı ile takip edilmekte olup; C7,T1 ve T2 vertebraların spinöz proseslerinde kemik metastazları mevcuttu. 13 kür Zolendronik asit + kapesitabin kemoterapisi ve kemik metastazlarına yönelik de radyoterapi alan hastanın defekti de radyoterapinin etkilerine bağlı oluşmuştu. Defekte öncelikle debritleme uygulandı ardından 3 seans Vakum yardımcı yara kapama yöntemi ile takip edildi. Yara bakımının genel prensipleri gerçekleştirildikten sonra sadece cilt ve cilt altı dokuyu içeren ve vertebraların spinöz proseslerinin expose olmadığı bir yara zemini elde edildi. Rekonstrüksiyonu için sağ taraftan latissimus dorsi kas deri flebi planlandı. Tünelize edilerek defekte adapte edildi. **Olgu 2:** 65 y erkek hasta superior torakal bölgede 8\*12 cm lik zemini nekrotik ve bos akıntılı yara ile başvurdu. Hastanın primer patolojisi T2 ve T3 vertebralara yerleşik endimomdu. Hasta bu nedenle opere edilmiş laminektomi işleminin ardından intramedüller alandan tümör eksize edilmiş duraplasti yapılmıştı. Kaldırılan laminalar mini plak ve vidalar yardımı ile spinal kolona adapte edilmişti. Daha sonra yumuşak dokuyu kapatmaya yönelik çoklu primer sütürasyon denemeleri başarısızlıkla sonuçlanmış ve bu bölgede kronik bir yara meydana gelmişti. Hasta tarafımıza konsulte edildiğinde cilt cilt altı doku ve paraspinal kasların kaybı ile sonuçlanan ve vertebraların spinöz prosesleri ile adapte edilen plak ve vidaları açık bırakan bir defekti mevcuttu. İlk basamak tedavi seçeneği olarak defekte seri debritlemeler uygulandı. Daha sonra sağ taraftan ada şeklinde trapezius kas deri flebi ile defekt rekonstrüksiyonu sağlandı. Her iki hastanın da drenleri 1 hafta sonra çekildi ve flepteki sutureler 15 gün sonra alındı.

**Bulgular:** Meme CA nedeni ile takipli hastanın flebinde minimal bir dehiscens meydana geldi fakat konvansiyonel yöntemler ile tamamen kapandı. Diğer hastada erken ve geç dönemde herhangi bir komplikasyona rastlanmadı. 12. Ay takiplerinde her iki hastanın defekti de tamamen kapanmıştı.

**Tartışma:** Onkolojik hastalardaki sırt defektleri geleneksel yöntemlerle kapatılması oldukça zor defektlerdendir. Genellikle radyoterapi alımı gibi faktörlere bağlı olarak yaranın durumu daha da karmaşıklaşmaktadır. Sıklıkla bir değil birkaç tedavi seçeneğini beraber kullanmak gerekir. Bunlardan biri tüm nonviabl dokuların yaradan uzaklaştırılması diğeri de vakum yardımcı tedavidir. Çalışmalarda vakum yardımcı tedavinin üstün granülasyon özelliği vurgulanmıştır. (3,4) Yara zemini rekonstrüksiyona hazır olduğunda defektin ve kullanılması planlanan flebin özelliklerine göre bir tercih yapılmalıdır. Hayvan çalışmalarında sırt defektlerini kapatmada kas fleplerinin random fleplere üstünlüğü gösterilmiştir. (5) Bu, kas fleplerinin bakteriyel çoğalmayı engelleme ve yaraya antibiyotik, oksijen ve immün hücre desteği sağlama özellikleri ile ilgilidir. Yaraya vaskülarize kas fleplerini taşımak başarılı ve uzun dönem sürecek bir kapama sağlamak için anahtar rol oynar. Sırt defektlerini kapamak için kullanılabilecek kas flepleri, latissimus dorsi, trapezius, gluteus maximus, skapular, paraskapular ve paraspinöz fleplerdir. Hangi defekte hangi kas

flebinin kullanılacağı; flebin anatomisi, rotasyon arki, büyüklüğüne, defektin yeri ve büyüklüğüne bağlıdır. Latissimus dorsi geniş, triangular şekilli yassı bir kastır. Mathes-Nahai sınıflamasına göre tip 5 olan bu flep lateral ya da medial bazlı rotasyon, ilerletme ya da reverse flep olarak tasarlanabilmektedir. Geniş bir rotasyon arkına sahiptir. Bu nedenle servikalden alt lomber bölgeye kadar tüm seviyedeki defektlerin kapatılmasında çeşitli paternlerde kullanılabilmektedir. Biz hastamızda bu flebi distal latissimus dorsiden aksiyel pediküllü olacak şekilde tünelize ederek kullandık. Trapezus trianguler şekilli bir kas olup Mathes-Nahai sınıflamasına göre tip II kas grubundandır. Servikal ve yüksek torasik defektlerin kapatılmasında rotasyon, ilerletme ve turno ver flep paternleri şeklinde kullanılabilir. Biz hastamızda trapezius kasının inferior bölümünü aksiyel pediküllü kas deri flebi olarak kullandık. Kas flepleri bir çok özelliği ile komplikeleşmiş sırt defektlerini kapatmakta gerekli anahtar boşlukları doldurabilmektedir. Uygun hasta ve defekte güvenle kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

#### Referanslar

- Behr B, Hirsch T, Goertz O, Ring A, Lehnhardt M, Daigeler A. [Therapeutic options for reconstruction of the dorsal trunk wall]. Handchir Mikrochir Plast Chir (2014) 46(2):90-6.
- David W. Mathes, James F. Thornton, Rod J. Rohrich, Management of Posterior Trunk Defects, Plastic and Reconstructive Surgery September 1, Volume 118, Number 3, 2006
- Herscovici, D., Jr., Sanders R. W., Scaduto, J. M., Infante, A., and DiPasquale, T. Vacuum-assisted wound closure (VAC therapy) for the management of patients with high-energy soft tissue injuries. J. Orthop. Trauma 17: 683, 2003.
- Eginton, M. T., Brown, K. R., Seabrook, G. R., Towne, J. B., and Cambria, R. A. A prospective randomized evaluation of negative-pressure wound dressings for diabetic foot wounds. Ann. Vasc. Surg. 17: 645, 2003.
- Gosain, A., Chang, N., Mathes, S., Hunt, T. K., and Vasconez, L. A study of the relationship between blood flow and bacterial inoculation in musculocutaneous and fasciocutaneous flaps. Plast. Reconstr. Surg. 86: 1152; discussion 1163, 1990.

#### P-161

#### Sakral, Alan, Yerleşimli, Desmoid, Tümör

Ufuk Erdem, Erol Benlier, Devran İğrek

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Edirne

**Özet;** Desmoid tümörler (agresif fibromatoz, derin muskuloaponevrotik fibromatoz ve eskiden desmoid tipte fibrosarkom olarak da adlandırılan) lokal agresif tümörlerdir, metastaz veya diferansiyasyon konusunda bilinen bir potansiyele sahip değildir. Desmoid tümörler metastaz oluşturma kapasitesinden yoksun olsa da, lokal olarak agresiftir ve komplet rezeksiyon sonrasında bile nüks oranı yüksektir. Desmoid tümörler nadirdir. Tüm tümörlerin yaklaşık % 0,03'ünü ve yumuşak doku tümörlerinin % 3'ünden daha azını oluşturmaktadır. Genel nüfustaki tahmini insidans, yılda bir milyon nüfusta iki ila dört arasındadır(1). En sık 15 ila 60 yaş arasındaki bireylerde görülür. Kadınlarda erkeklerden biraz daha yaygındır ve ırksal ya da etnik köken bakımından belirgin bir öneme sahip değildir (2). Bizim vakamızda 27 yaşında kadın hastanın sakrum sol tarafında yerleşimli desmoid tümör geniş rezeksiyonu yapıldı. Doku defekti olmayan hastanın onarımı primer

sütürasyonla yapıldı.

**Giriş:** Desmoid tümörlerin etyolojisi bilinmemektedir. Desmoid tümörler genellikle asemptomatiktir ancak ağrı, sertlik ve komşu yapılara bası sonrası fonksiyon kaybına neden olabilirler. Klinik olarak stabil veya kendiliğinden gerileyen, yavaş ilerleyen, ekzisyon sonrası tekrarlayan ve hızla ilerleyen şekilde görülebilir. Desmoid tümörlerin %85'i sporadiktir(3). Ailevi adenomatöz polipozis (FAP) taşıyıcılarının yaklaşık % 20'sinde desmoid tümörler geliştiğinden artmış bir risk taşır. Diğer risk faktörleri gebelik, fiziksel ve cerrahi travmadır (4). Desmoid tümörlü hastaların %30'unakadarında, öncül travmayı içeren geçmişti vardır (5). Doku iyileşmesiyle ilişkili büyüme faktörlerinin desmoid tümör gelişimine neden olması mümkündür. Giderek artan kanıtlar hem Gardner sendromunda hem de sporadik desmoid tümörlerin moleküler patogeneğinde APC geni ve beta-katenin (Wnt sinyal yolunun her iki komponenti) rolüne işaret etmektedir. Desmoid tümörler BT ile yeterince değerlendirilebilmesine rağmen, özellikle gövde ve ekstremiteler için MR ile değerlendirme tercih edilmektedir(6). Ultrason özellikle göğüs veya karın duvarını içeren desmoid tümörlerde yararlı bir tanı çalışması olabilir.

Desmoid tümörlerin optimal tedavisi halen tartışmalıdır. Tümör büyüdükçe fonksiyonel sınırlamalara yol açabilecek bir alanda bulunmuyorsa, tümör asemptomatik ise dikkatli bir «bekle ve gör» yaklaşımını önerilir (7). Ekstraabdominal desmoid tümörlerin boyutu ve infiltratif yapısı nedeniyle, rezeksiyon cilt flep grefti veya flep rekonstrüksiyonu gerektirebilir. Karın duvar desmoid tümörlerin rezeksiyonu, defektin kapatılması ve hernilerin riskini en aza indirmek için karın duvarının rekonstrüksiyonu gerektirebilir.

**Vaka Sunumu:** 27 Yaşında kadın hasta bir yıl önce banyoda düştüğünü ve 6 aydır darbe aldığı alanda giderek büyüyen sertlik şikayeti kliniğimize başvurdu. Hastanın radyolojik değerlendirilmesinde sakrum sol lateralinde posterior S2 düzeyinden kaynaklandığı düşünülen ve lateralde cilt altı yağlı doku içerisinde ekspansiyon gösteren, sol paravertebral kas dokusu ile arasındaki yağlı planların yer yer izlenemeyen 7,5 cm çapında tümöral kitle olarak değerlendirildi. Hastanın sol gluteal alanında yapılan horizontal insizyon sonrası kitle total olarak eksplere edildi ve presakral fasyasında bir kısmı dahil edilerek kitlesi total olarak eksize edildi. Patolojisi vimentin ile sitoplazmik, betakatenin ile nükleer ve sitoplazmik kuvvetli reaksiyon oluşturan cerrahi sınırlarda tümör devamlılığı görülmeyen desmoid tümör olarak raporlanan hastanın takipleri onkoloji birimince ve tarafımızca yapılmakta olup post op 6 aylık takibinde nüks veya metastaz görülmedi.

**Tartışma:** Desmoid tümörlerin total ekzisyon sonrasında bile nüks oranının yüksek olup, lokal nüks oranları için eksik rezeksiyonun katkısı açık değildir. Dahası, rezeksiyonun hayatta kalmayı etkilemediği görülmektedir, bu da desmoid tümörlerin histolojik olarak benign doğası açısından şaşırtıcı değildir. Bu durumda total ekzisyon amaçlansa bile kosmetik ve fonksiyonel defisitten kaçınılması gereken durumlar olabilmektedir. Progrediyon gelişirse, desmoid tümörler cerrahi, radyoterapi veya sistemik tedavi ile tedavi edilebilir. Preoperatif veya postoperatif radyoterapinin (RT) rolü en az cerrahi kadar tartışmalıdır. Radikal cerrahi mümkün olmadığında veya dikkat çekici fonksiyonel bozulmaya neden olacaksa, RT veya sistemik tedavinin semptomatik hastalar için fayda sağladığı bildirilmiştir. Genç hasta popülasyonunda görülmesi, desmoid tümörlerin metastaz yapma yeteneğinin olması ve çoğu hastanın normal bir ömrü olması nedeniyle, KT ve RT tedavilerinin uzun vadeli yan etkilerine karşı olası tüm terapötik faydaları ve sistemik yan etkileri göz önüne alınarak tedavi planlanmalıdır.

**desmoid tümör**

sakral yerleşimli desmoid tümör

**P-162****Yanık Sonrası Kontrakte Memenin  
Pediküllü Vertikal Rektus Abdominis  
Muskulokutan Flebi İle Rekonstruksiyonu**

Mehmet Akif Çakmak<sup>1</sup>, Hakan Çinal<sup>1</sup>,  
Ensar Zafer Barın<sup>1</sup>, Murat Kara<sup>2</sup>, Kerem Yılmaz<sup>1</sup>,  
Harun Karaduman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif Ve  
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum

<sup>2</sup>Erzurum Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; Plastik,  
Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği, Erzurum

**Giriş:** Erken yaşlarda geçirilen yanık sonrası ortaya çıkan meme şekil bozuklukları sonraki yaşlarda hastaların sosyopsikolojik durumlarını kötü yönde etkileyen sonuçlara neden olmaktadır. Memedeki yanık skarlarının düzeltilmesi esnasında oluşan doku defektlerinin onarımında, meme simetrisini sağlamak ve estetik açıdan daha kabul edilebilir sonuçların elde edilmesi hedeflenmektedir. Bu amaçla pediküllü ve serbest flep şeklinde birçok cerrahi teknik tanımlanmıştır. Mathes-Nahai sınıflamasına göre tip 2 flep olan rektus abdominis muskulokutan flebi vasküler yapısının güvenli ve uzun olması, çeşitli hacimlerde ve ebatlarda dizayn edilebilmesinden dolayı gerek serbest flep olarak gerekse inferior veya superior pediküllü olarak meme rekonstrüksiyonlarında ve vücudun çeşitli bölgelerindeki defektlerin onarımlarında kullanılmaktadır. Olgumuzda yanık kontraktürüne bağlı şekil bozukluğunun düzeltilmesi için kullanılan superior pediküllü vertikal rektus abdominis muskulokutan (VRAM) flebi ile başarılı ve estetik açıdan kabul edilebilir parsiyel meme rekonstruksiyonu amaçlanmıştır.

**Olgu Sunumu:** 27 yaşında bayan hasta, sol memesinde şekil bozukluğu yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde, eski yanığa bağlı, sol memesinin iç tarafında deplase, nippel-areola kompleksini orta hatta doğru çeken, hacim kaybına neden olan, ileri derece yanık kontraktürü tespit edildi. Hastanın öz geçmişinde 1.5 yaşında sıcak su dökülmesine bağlı 2. derece yanık hikayesi mevcuttu. Soy geçmişinde özellik bulunmayan hastaya süperior pediküllü vertikal rektus abdominis muskulokutan (VRAM) flebi ile parsiyel meme rekonstruksiyonu planlandı. Genel anestezi altında inframamarial foldan yapılan eliptik insizyon ile yanık kontraktürü total olarak eksize edildi. Kontrakte bantlar gevşetilerek meme doğal pozisyonuna taşındı. Oluşan 16x8 cm doku defekti için süperior pediküllü

VRAM flebi dizayn edildi. Flep 180 derece rotasyon yaptırılarak cilt altı tünelden geçirildikten sonra alıcı sahaya taşındı. Operasyondan 5 ay sonra meme inferiorundaki kontraktür için minimal revizyon işlemi yapıldı. İlk ameliyattan 9 ay sonra estetik açıdan kabul edilebilir areola oluşturuldu. 1 yıl 2 ay sonra inframamarial fold oluşturmak amacıyla 2-0 prolene sütür ile dermis pektoral kasa sütüre edildi. Hastanın geçirdiği bu operasyonlarda intraoperatif ve postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Postoperatif 4,5 yıl sonraki rutin izlemlerinde simetrisinin kabul edilebilir düzeyde olduğu, inframamarial foldun ortaya çıktığı ve areolanın daha doğal görüldüğü izlendi. Hastada donör saha morbiditesi olarak göbeği dış yana doğru çeken ciddi kontraktür gözlemlendi ancak karın ön duvar zayıflığı, abdominal herni gibi bir durumla karşılaşmadı. Cilt kontraksiyonundan hasta rahatsızlık duymadığı için herhangi bir operasyon planlanmadı.

**Tartışma:** Yanığa bağlı ortaya çıkan meme deformitelerinin düzeltilmesi için ideal zamanlama, meme dokusunun gelişimini tamamlamasıyla planlanmalıdır. Skar dokularının düzeltilmesi için skarın boyutlarına göre deri grefti, lokal flepler veya serbest flep teknikleri gibi çok çeşitli ve kompleks cerrahi prosedürler bulunmaktadır. İleri derece yanık skarı sonrasında planlanan rekonstrüksiyon yöntemi hem yeterli hacim sağlamalı hem de estetik açıdan sonuçları kabul edilebilir olmalıdır. Memenin medial bölgesini ilgilendiren kontraktürlerde pediküllü transvers rektus abdominis muskulokutanöz flebi (TRAM), superior epigastrik arter perforatör flebi (SEAP) ve anterior interkostal arter perforatör flebi (AIKAP) tercih edilebilecek cerrahi tekniklerdendir. SEAP flebi için kadavra çalışmaları varken yeterli oranda klinik çalışma yoktur. AIKAP flebinin en büyük dezavantajı ise vasküler pedikülünün çok fazla varyasyon göstermesi ve hassas diseksiyon gerektirmesidir. Ayrıca bu amaçla serbest perforatör flepler veya muskulokutanöz flepler de kullanılabilir. Özellikle serbest derin inferior epigastrik arter perforatör (DIEAP) flebi ile rekonstrüksiyonlara ait çok başarılı sonuçları literatürde bildirilmiştir. Ayrıca torakodorsal arter perforatör flebi (TDAP) ise memenin inferior ve lateral deformitelerinde kullanılırken, medial deformitelerinde ise serbest flep olarak kullanılabilir. Fakat serbest flep teknikleri çok karmaşık prosedürler olup öğrenme eğrisi zordur, operasyon süresini uzundur ve postoperatif vasküler kaynaklı akut komplikasyonlar gözlemlenebilir. VRAM flebinin ise vasküler yatağı zengin olup pedikül varyasyonu nadirdir. Bu nedenle güvenilir bir fleptir. Diğer fleplerle karşılaştırıldığında öğrenme eğrisi daha kolaydır. Aynı anda iki ekibin çalışması mümkündür ve operasyon süresi diğer cerrahi tekniklere göre daha kısadır. VRAM flebinin en büyük dezavantajı ise donör alan morbiditesidir. En sık komplikasyonu ise yağ nekrozu ve buna bağlı parsiyel flep nekrozudur. Sonuç olarak olgumuzda olduğu gibi estetik sonuçları gayet başarılı ve dolayısıyla hasta memnuniyeti de son derece iyi sonuçlar elde etmek mümkündür. VRAM flebi memenin medial ve alt kadrantlarının rekonstrüksiyonlarında güvenle kullanılabilecek iyi bir seçenektir.

**Pediküllü Vertikal Rektus Abdominis Muskulokutan  
(Vram) Flebi İle Parsiyel Meme Rekonstruksiyonu**



**Yanık Hasta Olgusu**



**P-163**

**Geniş Yanığa Bağlı Kronik Yara  
İyileşmesinde PRP Enjeksiyonunu Etkisi**

Abdullah Ünlü, Tuğba Gün Koplay, Osman Akdağ,  
Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun  
*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi, Konya*

**Giriş:** Platelet-rich plazma(prp) kandaki plazmanın plateletten zengin kısmını içerir. Trombositler aktifleştikten sonra yara iyileşmesinde önemli olan birçok büyüme faktörünü salarak yara iyileşmesine katkı sağlar. Bu çalışmada tiner ile olan alev yanığı sonrası uzun süre iyileşmeyen kronik yara ile takip edilen hastaya yapılan prp enjeksiyonunun ile yara iyileşmesine katkısının paylaşılması amaçlanmıştır.

**Hasta Ve Yöntem:** 16 yaşında erkek hasta tiner yanığı sonucu her iki alt ekstremitede toplam vücut alanının %30 unu kapsayan 3. derece yanık ile başvurdu. Dış merkezde 12 ay yanık ünitesinde takip edilen seri pansumanları ve kısmi kalınlıkta deri greftleri ile onarım yapılan hastada yara iyileşmesi görülmemişti. Kliniğimizde hemoglobin ve albumin değerleri düşük olan kaşektik hastanın yapılan replasmanları sonrası uygulanan deri greftlerinin büyük kısmının kaybedildiği görülmüştür. Bu sebeple hastadan alınan 50 cc kan dan elde edilen prp 2 ay boyunca seri greftlemeler sonrası uygulanmıştır.

**Sonuç:** Hastanın post op takiplerde yapılan pansumanlarda greftin %90 yakının tuttuğu görüldü. Kalan alanlar sekonder iyileşmeye bırakıldı.

**Tartışma:** Prp son yıllarda kronik yara tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Trombositlerden aktifleşen granüllerden salınan pekçok büyüme faktörü sayesinde akut ve kronik yara iyileşmesine olumlu yönde katkı sağlamaktadır. Akut, kronik yara, diyabetik yaralarda yara iyileşmesini arttırdığı ve hızlandırdığına dair yayınlar mevcut olmakla birlikte yanıkta kullanımıyla ilgili ulaşılabilen çalışma sayısı kısıtlıdır. Ancak birbirinden farklı birçok büyüme faktörünün yanık yarasının iyileştirmede başarılı olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bir hayvan çalışmasında yanık iyileşme zamanının prp enjeksiyonunun sonrasında kısaldığı gösterilmiş, hemostatik antimikrobiyal pozitif etkilerinden de yararlanılmıştır. Bu çalışmada multiple kez debride edilip derigrefti ile onarılan fakat başarılı olunamamış hastada prp nin yara iyileşmesine olumlu etkisi gözlenmiştir

**P-165**

**Alt Ekstremitede Çoklu Malign Melanom  
ve Dermatofibrosarkom Protuberans  
Birlikteliği**

Serkan Erbatur, Muhammet Mustafa Aydınol  
*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Diyarbakır*

**Giriş:** Malign melanom melanositlerden köken alan, deri kanserleri arasında en nadir görülen ve prognozu en kötü olan türdür. Dermatofibrosarkom protuberans ise az görülen, lokal agresif olan ve uzak metastaz yapmayan sık rekürrens gösteren bir tümördür. Çalışmamızda alt ekstremitesinde malign melanom ve dermatofibrosarkom protuberans birlikteliği olan hasta sunulmuştur.

**Olgu:** 52 yaşında erkek hasta sol inguinal bölgede kitle şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede inguinal bölgedeki kitlenin sert ve fiks olduğu görüldü ve aynı bölgede daha önceki operasyona bağlı insizyon skarı mevcuttu. Dış merkezde primeri bilinmeyen tümör kitle için yapılan inguinal lenf nodu diseksiyonu ya da inguinal lenf nodu biyopsisi öyküsü mevcuttu. Sol cruris ve sol ayak dorsalde de çok sayıda melanom benzeri koyu pigmente lezyonlar göze çarpıyordu. Spinal anestezi altında normalden daha zor ve sert bir dokuyla karşılaşılmıştır. İnguinal lenf nodu diseksiyonu, inguinal bölgedeki kitle eksizyonu ve alt ekstremitedeki lezyonların eksizyonu yapıldıktan sonra materyaller histopatolojik değerlendirme için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'na gönderildi. Yara iyileşmesi sorunsuz olan hasta gerekli takip sürecinin ardından eksterne edildi.

**Bulgular:** Patoloji sonucu doğrultusunda cruris ve ayak bölgesindeki lezyonların malign melanom, inguinal bölgedeki kitlenin dermatofibrosarkom protuberans olduğu ve inguinal bölgede malign melanom metastazı ile uyumlu lenf nodu bulunduğu görüldü.

Sonuç: Alt ekstremitelerde malign melanom ve inguinal bölgede kitle varlığı başta olası bir malign melanom metastazını düşündürmekle birlikte, kitlenin ciltten kabarık, sert ve sabit olması bu olasılığı daha düşük kılmıştır. Gelen histopatolojik değerlendirme sonucunda da eksize edilen kitlenin dermatofibrosarkom protuberans olduğu tespit edilmiştir. Prognostik açıdan önemi tam bilinmemekle birlikte böyle bir lezyonun varlığı yapılacak operasyonu, kitle eksizeyonu esnasında sağlam deri sınırını, diseksiyonun zorluk derecesini ve operasyon süresini önemli derecede etkilemektedir.

## P-166

### Anatomik Varyasyon: Aksesuar İnferior Alveolar Sinir

Gökhan Efe, Ersin Altun, Mustafa Keleş,  
Hasbi Mert Meral, Yasemin İmamoğlu,  
Murat Livaoğlu  
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş: Mandibular sinir trigeminal sinirin 3. olan inferior dalıdır. Duyusal liflerden oluşan büyük kök, trigeminal ganglionun dış tarafından çıkar. Foramen ovale'den geçer. Motor liflerden oluşan küçük kök, ganglionun alt bölümünden çıkar. Foramen ovalenin altında iki kök birleşir. Daha sonra, iç taraftan ramus meningeus ve n. pterygoideus medialis isimli dalları verir. Ramus meningeus'u meninksleri innerve eden en kalın sinirdir. Mandibular sinirin küçük olan ön kökünden n. buccalis, n. massetericus, n. temporalis profundus ve n. pterygoideus lateralis isimli sinirler çıkar. Büyük olan arka kökten ise tamamen sensitif liflerden oluşan, n. auriculotemporalis, n. lingualis ve n. alveolaris inferior isimli sinirler çıkar. Inferior alveolar sinir mandibular sinirin en kalın dalıdır. İnfratemporal fossa'dan aşağı doğru iner ve mandibular foramen'e girmeden önce n. mylohyoideus isimli dalı verir. Kanal içinde inferior alveolar arter ile ilerleyerek iyi terminal dala ayrılır. Foramen mentale'den çene ve alt dudak duyusunu alan mental siniri verir ve ilerlemeye devam ederek premolar, kanin ve insisiv dişlerin ve ilgili gingivanın duyusunu alan terminal dalı verir. Inferior alveolar sinir seyri boyunca mylohyoid sinir, lingual sinir ve bukkal sinir gibi diğer mandibular sinir dallarına destek aksesuar dallar verebilir. Inferior alveolar sinir mandibular kanala girmeden (ekstraosseöz) birden çok dal verebileceği gibi kanal içinde de (intraosseöz) birden çok dal verebilir. Ekstraosseöz varyasyon aksesuar foramina ve kallar ile birlikte görülür. Yapılan çeşitli çalışmalarda bifid mandibular kanal yaklaşık %0.1 ile %0.9 oranlarında gözlenmektedir. Inferior alveolar sinirin ekstraosseöz aksesuar dalı infratemporal bölgeden çıkabilecek kadar yukarı seviyede başlayabilir ve koronoid proses'in tabanı boyunca ilerleyerek retromolar foraminadan kemik içine giriş yaparak molar dişlerin duyusunu alır.

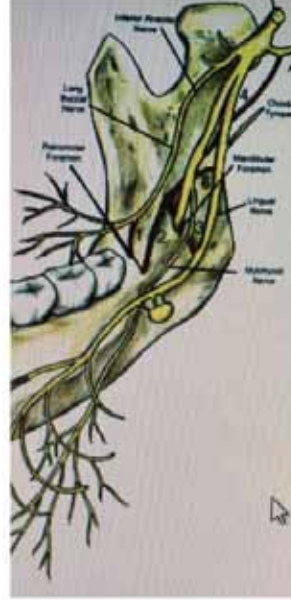
Olgu: 23 yaşında kadın hasta, class 3 maloklüzyon nedeni ile bimaxiller osteotomi operasyonu sırasında, mandibulaya sagittal split osteotomi uygulamak için diseksiyon yapılırken mandibula sol angulus alt 3. molar diş hizasında kendine ait foraminadan bukkal mukozaya doğru ilerleyen aksesuar inferior alveolar sinir gözlemlendi. Dikkatli diseksiyon ile sinir korunarak mandibula bilateral 5 mm geri alındıktan sonra her iki taraf birer vida ile tespit edildi.

Sonuç: Plastik cerrahi pratiğinde sıkça uygulanan alt çeneye ait girişimlerde inferior alveolar sinirin varyasyonları akılda tutulmalıdır. Dikkatli diseksiyon ile aksesuar sinirler ve eşlik edebilecek vasküler yapılar korunarak intraoperatif kanama ve postoperatif parestezi

gibi komplikasyonların önüne geçmek mümkündür.

Kaynaklar:1- R.F. Rodella, B. Buffoli. A review of the mandibular and maxillary nerve supplies and their clinical relevance

### aksesuar inferior alveolar sinir



## P-168

### İnferior Rektus Kas Sıkışmasının Kibas'la Karşılanacak Bulgusu: Okülokardiyak Refleks

Burak Özkan<sup>1</sup>, Hatice Selen Kanar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ağrı Devlet Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği, Ağrı

Giriş: Okülokardiyak refleks (OKR), trigeminal sinirin oftalmik dalı ile vagus arasındaki bağlantı vasıtası ile gelişen bir refleks yanıttır. Ekstraoküler kaslardaki traksiyon, hasar veya göz içi basıncın arttığı durumlarda hastada kusma, bradikardi veya kardiyak arrest olarak kendini gösterebilir. En sık pediatrik yaş grubunda görülür. İntrakraniyal patolojiler sonucu kafa içi basınç artışı (KİBAS) bulgularına benzemesi nedeni ile OKR, etiyolojinin bilinmediği künt travmalarda esas intraorbital patolojinin tanısının konulmasında gecikmelere neden olabilir. Bu vaka sunumunda inferior rektus kas sıkışması sonucu OKR bulguları gösteren hasta sunulmuştur.

Vaka Sunumu: 6 yaşında erkek hasta şiddetli bulantı şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın kendisinden şikayetine yönelik bir öykü alınamazken çocuğun şikayetlerinin artması sonucunda annesi diğer aile bireylerinin öğrenmemesini rica ederek acil servis doktorlarına çocuğun 1. Kattan düştüğünü bildirdi. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, nabız 56 atım dakika, solunum sayısı 20/dk olan hastanın tüm vücut ayrıntılı inspeksiyonunda herhangi bir ekimoz, laserasyon veya travmaya yönelik bulgu olmaması üzerine hastada bulantı etiyolojisinin intrakraniyal nedeni olabileceği düşünülerek beyin tomografisi çekildi. Beyin tomografisinde intrakraniyal akut bir patoloji izlenmedi ve beyin cerrahisi önerisi ile iki saat sonrasında maksillofasial bölgenin de eklendiği kontrol tomografisinde sağ orbita tabanında fraktür hattı ve sağ inferior rektus kasında sıkışma tespit edildi. Hasta plastik cerrahi bölümüne

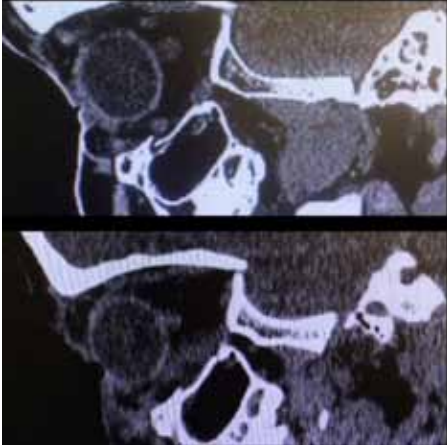
konsulte edildi. Acil serviste yapılan göz muayenesinde sağ gözde yukarı bakış kısıtlılığı mevcuttu. Hastadaki bradikardi ve kusma semptomlarının inferior rektus kasının orbita tabanında tuzaklanmasına bağlı olduğu düşünüldü. Hasta acil operasyona alındı. Genel anestezi altında yapılan forced duction testinde orbitanın superior ekseninde hareketinin ciddi kısıtlandığı görüldü. Subsilier yaklaşımla orbita tabanında tuzaklanmış inferior rektus kası kurtarıldı. Göz hareketlerinin force ductionla rahatladığı görüldü. Maksiller sinüse herniasyon veya yeniden kasın tuzaklanmasını engellemek için sağ kulak konkası otojen greft olarak orbita taban rekonstrüksiyonu için kullanıldı. Postoperatif erken dönemde kusma ve bradikardi şikayeti olmayan hastanın kontrol tomografisinde rektusun serbestlendiği gözlemlendi (Şekil). Normal nabız aralığında seyreden hastanın oftalmatolojik takibinde 2 aylık dönemde ödemin azalmasıyla yukarı bakış hareketlerinde artış gözlemlendi. Postoperatif 6. aydaki kontrolünde patoloji saptanmadı

**Tartışma ve Sonuç:** Pediyatrik yaş grubunda inferior rektus kas sıkışması okülokardiyak refleks aracılığı ile kusma ve bradikardi semptomlarına neden olabilir. Etiyolojinin inspeksiyonla anlaşılamadığı ve hasta hikayesinin iyi alınamadığı künt travmalarda OKR, KIBAS bulgularıyla karışabilmesi nedeni ile tanı konulması gecikebilir. İnferior rektus kasının iskemisinin kalıcı diplopiye neden olmaması için erken müdahale önemlidir. Tanı tedavinin erken ve yeterli olabilmesi için ayrıntılı maksillofasiyal muayene önem arz etmektedir. Orbita hareketlerinin değerlendirilmesinin, çekilen beyin tomografilerinde orbital bölgenin de patoloji açısından incelenmesinin önemli olduğunu düşünüyoruz.

#### Referanslar:

1. Bagheri et al. "Clinical and Radiologic Characteristics of Inferior Rectus Muscle Sheath Entrapment in Orbital Blowout Fracture" J Craniofac Surg 2015;7:633-635
2. Silverman et al. "Orbital floor fracture with entrapment: Imaging and clinical correlations in 45 cases" Orbit, DOI: 10.1080/01676830.2017.1337180

#### kas sıkışmasının bilgisayarlı tomografik görüntüsü



üstte, inferior rektus kas sıkışmasının pre operatif görüntüsü altta, post operatif 3. günde inferior rektusun bütünlüğünün sagittal kesitte görüntüsü

#### P-169

#### Genu Rekurvatuma Bağlı Ekstansiyon Kontraktürünün Açılması

Gökhan Sert<sup>1</sup>, Hakan Uzun<sup>1</sup>, Güney Yılmaz<sup>2</sup>, Ali Emre Aksu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Ankara

Genu recurvatum deformitesi diz ekleminin 5 dereceden fazla ekstensiyonda olmasıdır. Konjenital olarak, diz eklemi travmasına bağlı veya diz ekleminde laksite nedeniyle ortaya çıkabilen bu deformite kadınlarda erkeklerden daha sıklıkla görülür. Ayırıcı tanıda serebral palsi, muskuler distrofler, multiple sklerozis, meningo-myelosele defektleri, aplasia cutis congenita, Escobar sendromu düşünülebilir. Bu olgu sunumunda dizlerinde genu recurvatum deformitesi olan hastanın multidisipliner yönetimi tartışılacaktır. Bilateral dizlerde genu recurvatum deformitesi ile kliniğimize başvuran 6 yaşındaki kadın hastanın kontraktürlerinin açılması planlandı. Bu bölgenin daha sıklıkla karşılaşılan fleksiyon kontraktürlerinin aksine dizde ekstensiyon kontraktürü bulunan hastamızda cilt ve diz eklemi ekstensörleri ve tendonlarının da kontraktüre katkıda bulunduğu görüldü. Hastanın dizinin ekstensör yüzünde cilde çoklu z-plastiler tasarlandı ve flepler kaldırıldı. Ortopedi bölümü tarafından quadriceps tendonu için z-plasti, iliotal band gevşetilmesi ve diz eklemine kapsülotomi yapıldı. Z-plasti flepleri transpoze edildi. Diz uygun pozisyonda atellendi ve işleme son verildi. Hastanın takibinde Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bölümünün de desteği alınarak mobilizasyon egzersizlerine başlandı (Resim 1). Diz eklemi ilgilendiren kontraktürler sıklıkla dizin posteriorunda cilt eksikliği, tendon kısalığı veya kemik deformiteler nedeniyle fleksiyon kontraktürleri ile sonuçlanmaktadır. Kontraktür açılmasındaki temel prensipler; kontraktüre neden olan tendonların gevşetilmesi veya uzatılması, kemiklere uygun osteotomilerin yapılması ve cilt eksikliğinin uygun yöntemler ile giderilmesidir. Bu amaçla kısmi veya tam kalınlıkta greftleri, lokal/pediküllü flepler veya serbest flepler kullanılabilir. Sunulan olguda kontraktür ekstensör yüzde olup tendonun uzatılması ve fasyanın gevşetilmesini takiben cildin kapanmasını kolaylaştırmak için ciltteki gerginlik z-plasti fleplerinin transpozisyonu ile giderilmiştir.

#### resim 1



a. Genu recurvatum deformitesi ve Z- plasti fleplerinin tasarlanması b. kontraktür açılması sonrası dizin görünümü c. ekstansiyon kontraktürünün açılmasının ameliyat sonrası erken görüntüsü d. ameliyat sonrası 4. hafta görüntüsü

**P-170**

**Bacak Posterior Defekti Olan Hastada  
Fonksiyonel Latissimus Kas Deri Flebi ile  
Rekonstrüksiyon**

Mehmet Dadacı, Serhat Yarar, Bilsev İnce,  
İlker Uyar, Orkun Uyanık  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

Latissimus dorsi kası büyük boyutta olması ile büyük defekt alanlarının kapatılmasında sağladığı avantajlarla birlikte kanlanmasının iyi olduğundan dolayı vücudun değişik bölgelerindeki rekonstrüksiyonlarda kas ve deri sağlayabilen donör alanlardan biridir. Değişken olmayan anatomisi, kolay cerrahi diseksiyonu ve geniş çapta, uzun damar ve sinire sahip olması defektif alanlarda kullanıma avantajlarındandır.

**Olgu Sunumu:** 20 yaşındaki erkek hasta ateşli silah yaralanma sonrası bacak posteriorundaki defekt nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. yapılan seri debridmanlar sonrasında popliteal bölgeden bacak 1/3 distaline kadar posterior yüzeyel ve derin kompartman kaslarının nekroz nedeni ile tama yakınının debridmanı yapıldı. Bacağın anterior ve peroneal arter tarafından beslendiği, posterior tibial arterin popliteal alan distalinde kontüzyonu ve trombozuydu. Tibia ve fibula kemiğinin posteriorunda kemiği açıkta bırakan yaklaşık 25 x20 cm lik defek görüldü. Latissimus dorsi kas deri flebi üzerinde genişçe bir deri barındırarak hem defektin kapatılması hem de plantar fleksiyona yardım etmesi amacıyla torakodorsal arter ve sinir üzerinden eleve edildi. Kas deri flebi popliteal bölgede hazırlanan posterior tibial arter ve tibial sinire mikrocerrahi yöntemler kullanılarak anastomoz edildi. kasın distali kendi üzerinde katlanarak aşıl tendonu üzerine ve geride kalan gastrokinemius ve soles kaslarına dikildi. 4 hafta alçı atelde kalan bacak, 4. haftadan sonra 2 hasta pasif fizik tedavi egzersizleri ardından 6. hafta aktif fleksiyon egzersizlerine başlandı. Tedavi tamamlandıktan 9 ay sonra hastanın ayak bileğinde aktif olarak 20 derece plantar fleksiyon elde edildi. Bacakta elde edilen güç 4/5 idi.

**Tartışma:** Mikrocerrahi tekniklerin günümüzde gelişmesi ve yaygın olarak kullanılması ile amputasyon ile sonuçlanabilecek pek çok yaralanma başarılı bir şekilde tedavi edilmektedir. Burada elbette yaralı organı kurtarmak kadar onun fonksiyonlarının da iyileştirilmesi gerekir. Bunun için hasta baştan itibaren çok iyi değerlendirilmeli ve mevcut kapasite tümü ile devreye sokulmalıdır. Ağır yaralanmış ve muhtemelen sinirleri de etkilenmiş bir bacakta, lokal dokuları kullanarak yapılacak bir çözüme nazaran çok uzak bölgelerden, hiç travmadan etkilenmemiş dokular kullanılarak uygulanan bir çözüm daha uygun olacaktır. Bu problemin çözümünde en çok kullanılan kaslardan biri latissimus dorsi kasıdır. Bu kas genellikle pediküllü olarak omuz, kol ve dirsek bölgesinin defektlerinin giderilmesinde kullanılır. uzak bölge olarak baş boyun ve alt ekstremité defektlerinde kullanılabilir. daha çok büyük defektlerin kullanılması ile birlikte siniri korunarak fonksiyonel tamiri de planlanabilir. Latissimus dorsi kası pediküllü olarak dirsek fleksiyonunun restorasyonu için en uygun seçeneklerden biri olarak belirtilmekle birlikte alt ekstremitéde daha nadir kullanılmaktadır. Hastada biz de latissimus dorsi kasını cilt adası ile birlikte nörovasküler pediküllü şekilde ayak fleksiyonunun restorasyonu için naklettik. Elde ettiğimiz hareket açıklığı oldukça tatminkar olup, kas gücü de 4/5 kuvvelindedir. Böylece kurtarılan uzuvda kaybolmuş fonksiyonlar bir miktar tekrar kazanılmıştır. Hastanın 9 aylık takibinde bacak plantar fleksiyon gücünün sınırlı olması dışında

başka bir sorunu yoktur.

**Sonuç:** Alt ekstremité geniş fonksiyonel kayıp olan defektlerde latissimus dorsi kas deri flebi yeterli nörovasküler pediküllü ile uygun bir seçenek olarak mikrocerrahi işlemlerde tercih sebebidir.

**Kaynaklar:**

- 1-Keskin M, Duymaz A, Tosun Z, Savacı N. Brakiyal arter defektinin eşlik ettiği antekübital fossa yumuşak doku defektinin kapatılmasında pediküllü latissimus dorsi kas flebi transferi. Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi. Cilt 16/ Sayı 2
- 2.Tan O, Atik B, Ergen B. Versatile use of the pedicled latissimus dorsi flap as a salvage procedure in reconstruction of complex injuries of the upper extremity. Annals of Plastic Surgery 2007; 59 (5); 501-506.

**resim 1**



**P-171**

**Yanık Kontraktürüne Bağlı Kübital Bölge Defektinin Serbest Stil Perforatör Fleple Onarımı**

Cengiz Eser, Eyüphan Gencel, İbrahim Tabakan, Kutalmış Yaprak, Metin Yavuz  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana

Giriş: Yanık sonrası oluşan eklem kontraktürleri fonksiyonel şekillere neden olabilen ciddi problemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle yanık sonrası oluşan fleksör eklem kontraktürlerinin cerrahi olarak açılması sonrası bu bölgede zeminde vital yapıları açıkta bırakan geniş yumuşak doku defektleri oluşabilmektedir. Bu defektler temel olarak deri greftleri ile onarılabileceği de zeminde vital yapı varlığında veya grefte bağlı kontraktür olasılığını yok etmek için pediküllü ve serbest cilt fleplerinden kas fleplerine ve z plastilere kadar birçok yöntem kullanılmaktadır. Pediküllü flep seçeneklerinden güvenilir ve ulaşılması kolay olan perforatör son yıllarda sık olarak kullanılmakta ve başarılı sonuçlar elde edilmektedir.

Amaç: Bu vaka sunumunda kübital bölge defektinde uygulanan serbest stil perforatör flebin hazırlanışı ve uygulanışı ele alınmıştır.

Gereç Yöntem: Sağ kübital kontraktür nedeniyle kliniğimize başvuran hasta ön kol ekstansiyon kısıtlılığı nedeniyle başvurdu. Yapılan muayenede sağ kübital bölgede kontraktüre neden olan skar ve bu bölge çevresinde sadece inferolateral alanda yanık olmayan bölge mevcuttu. Operasyonda kontraktür horizontal insizyonla açıldı. Defekt onarımı için defektin inferolateralindeki yanmamış alan üzerinde (brakioradialis kası proximalinde) el Doppleri ile bir adet perforatör (radial arter rekürren dalı kaynaklı olduğu düşünülen) bulundu. Perforatör üzerinden yaklaşık 13x5 cm lik flep fasyokutan olarak kaldırıldı. Flep 90 derece döndürülerek defekt alana sütüre edildi. Donör alan yanık skarlı olduğundan primer onarım yerine deri greftiyle onarıldı (Resim 1).

Bulgular: Postoperatif dönemde flepte ve donör alanda herhangi bir sorunla karşılaşmadı. postoperatif 2. yılda dirsek hareketleri tama yakın sağlanmıştı ve kontraktür nüksü görülmedi.

Sonuç: Yanığa bağlı kübital bölge defektinde defekt çevresinden tespit edilen perforatör üzerinden hazırlanan cilt flebi ile yapılan onarım kısa dönemde az komplikasyonlu ve uzun dönemde stabil bir onarım sağlamaktadır.

**Kaynaklar**

1. Camuzard O, Foissac R, Clerico C, Fernandez J, Balaguer T, Ihrai T, de Peretti F, Baqué P, Boileau P, Georgiou C, Bronsard N. Inferior Cubital Artery Perforator Flap for Soft-Tissue Coverage of the Elbow: Anatomical Study and Clinical Application. J Bone Joint Surg Am. 2016 Mar 16;98(6):457-65
2. Shimpei O, Sandeep J. S, Yazaki N, Hyakusoku H, Chung KC. Clinical Application of Perforator Based Propeller Flaps in Upper Limb Soft Tissue Reconstruction. J Hand Surg. 2011;36,(5), 853-863

**Resim 1**



Sol üst: Yanığa bağlı kübital kontraktür Sağ üst: kübital defekte uygulanacak perforatör flebin kaldırılması ve brakioradialis kasından çıkan radial arter perforatörünün görünümü. Sol alt: Flebin defekt alana uygulanışı. Sağ alt: Postoperatif 2. yıldaki görünüm.

**P-172**

**Antibiyotiğe Yanıtsız Abse Vakası: Tularemi**

Emrah Işıktekin, Burçin Acuner, Tahsin Görgülü, Gizem Türk, Ahmet Eksal Kargı  
Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Zonguldak

Giriş: Tularemi Francisella Tularensis gr(-) aerob bir kokobasildir. İnsanda deriden girerek ülseroglanduler form, göz teması ile okuloglanduler form, doğrudan kana geçerek tifoid form ve lenfadenopati sonucu glansuler form görülebilir. Ayrıca pnömoni, abse ve menenjit de görülebilir. Rutin kültürlerde üreme olmaz; sistinli glukozlu kanlı agar besiyerine veya Thayer-Martin besiyerine ekim yapılır. Besiyerindeki üreme 3-5 ila 21 güne kadar uzayabilir. Francis besiyerinde 2-7 günde üreyebilir.

Olgu: 36 yaşında erkek hasta ateş ve gribal enfeksiyon tablosu ve sol kolda ağrılı hiperemik kitle ile hastanemize başvurdu. Fizik muayenesinde sol kol inferomedialinde yaklaşık 5\*5cm ısı artışı olan sert fluktuasyon vermeyen kitle ve sol aksiller bölgede multipl LAP görüldü. İnşaat işçisi olan hasta çalışırken yağmur sularının biriktiği kuyudaki suyla el yıkamakta olduğunu, yaşadığı köyde dağdan gelen suyun kullanıldığını ve kaz beslediğini belirtti. Hastaya enfeksiyon hastalıkları tarafınca 3 gün ampicilin sulbaktam tedavisi verildi ancak klinik gerilemedi. Tularemi açısından seroloji çalışıldı ve sonuç pozitif geldi. Tedaviye siprofloksasin eklendi ve ülseroglanduler tularemi tanısı konulan hasta tarafımıza drenaj açısından danışıldı. Abse tarafımızca drene edildi drenaj yerleştirildi. Drenaj sonrası siprofloksasin tedavisine devam eden hastada klinik gerileme ve iyileşme görüldü. Alınan aspirat ve doku rutin kültürlerinde üreme olmadığı görüldü.

Tartışma: Tularemi en sık ülseroglanduler ya da glanduler formda ortaya çıkar. Uzun süreli ateş yükseklikleri ve lenfadenit tablosunda akla getirilmelidir. Hayvan temasıyla ortaya çıkan tularemi ülser ve abseleri daha çok ellerde ve üst ekstremitelerde ortaya çıkarken kirli sular yoluyla oral yoldan bulaşan form ise orofaringeal tularemi tablosu şeklinde ağız içi ve farinkste ülserler ile ortaya çıkar. Hayvancılıkla uğraşan kişilerde antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen LAP ile birlikte seyreden ülser ve abselerde tularemi etkeni de akla tutulmalıdır.

Resim 1



Kolda tedaviye dirençli apse, tularemi hastasının görüntüsü

### P-173

#### Diz Seviyesinde Peroneal Sinire Ait Schwannom

Serdar Tunçer<sup>1</sup>, Halil Dilek<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>İstanbul Florence Nightingale Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü

Schwannomlar, sinir kılıfından kaynaklanan selim nörojenik tümörlerdir. Özellikle 20 ile 50 yaşlar arasında sık görülen bu tümörler, genellikle iyi sınırlı, yavaş büyüyen kitleler şeklindedir. Peroneal sinir schwannomları ise oldukça enderdir. Burada, alt ekstremitelerde kitle ve diz lateralinde ağrı şikayetlerine neden olan bir peroneal sinir schwannomu sunulacaktır.

**Olgu:** 42 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 yıl önce başlayan diz çevresi ağrı ve kitle nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede, fibula başının yaklaşık 2 cm inferiorunda, yaklaşık 3 cm x 1 cm'lik, deri altında orta sertlikte, palpasyon ile hafif ağrılı bir kitle görüldü. Distalde herhangi bir duyu ve motor kayıp yoktu. Çekilen MR sonucunda, peroneal sinire hemen komşu olan bu kitle ganglion kisti olarak rapor edilmişti. Kitleye ait semptomların çok şiddetli olmamasına ve peroneal sinirde herhangi bir duyu ve motor kayıp olmamasına rağmen, kitlenin giderek büyümesi nedeniyle eksizyonel biopsiye karar verildi. Kitlenin MR'da diz eklemi içine uzanımı görülmekle birlikte, ganglion kisti olması ve bu nedenle de ameliyatta tibiofibular füzyon yapılması olasılığına karşı diz konusunda deneyimli bir ortopedist de ameliyata eşlik etti. Genel anestezi ve turnike altında, fibula başının 2 cm kadar inferiorundan geçen, yataya yakın bir kesi yapıldı. Fibula başı düzeyinde, peroneal sinire ait bir kitle olduğu ve ganglion kisti olmadığı görüldü. Büyütme altında sinirden tamamen serbestleştirildi ve eksize edildi. Histopatolojik inceleme sonucu schwannoma tanısı kondu. Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon görülmeydi.

**Tartışma:** Schwannomalar, yavaş büyüme paternine ek olarak, sinirin içinde değil etrafında yerleşirler. Bu nedenle de genellikle klinik olarak sessiz ilerlerler. MR tanıda oldukça değerlidir. Bizim hastamızda, MR incelemesinin sonucu ganglion kisti olarak rapor edilmişti. Diz çevresi ganglion kistleri genellikle tibiofibular instabilite kaynaklıdır, bu nedenle nüks olasılığını azaltmak için tibiofibular füzyon gerekebilir. Peroneal sinire bitişik ganglion kistlerinde, kist siniri çevrelediği için genellikle total eksizyon yapılmaz ve kist drene edilir, sonra da gerekirse eklem füzyonu yapılır. Bu nedenle de peroneal sinire ait kitlelerde, özellikle de

ganglion kisti düşünülüyorsa eklem füzyonu olasılığı hasta ile önceden konuşulmalı ve buna göre gerekli hazırlık yapılmalıdır. Peroneal sinir nöropraksi açısından çok duyarlıdır, bu nedenle özellikle bizim hastamızda olduğu gibi herhangi bir duyu ve motor zaaf olmayan hastalar ameliyat öncesinde detaylı bir şekilde bilgilendirilmeli, ameliyat öncesi ve esnası belgelendirme ve fotoğraf/video kayıtları dikkatlice yapılmalıdır.

#### Kaynaklar:

1. Nascimento G, Nomi T, Marques R, Leiria, Silva C, Periquito J. Ancient Schwannoma of superficial peroneal nerve presenting as intermittent leg pain: a case report. Int J Surg Case Rep. 2015;6:19-22

### P-174

#### Dünyanın En Uzun Boylu Kızında Küçültme Mammoplasti

Ahsen Öncü, Alperen Tekin, Ali Sadioğlu, Mehmet Sühan Ayhan

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Weaver sendromu, ilk defa 1974'te tanımlanan; aşırı büyüme, kraniyofasiyal anomaliler, disharmonik kemik gelişimi ve mental retardasyon ile karakterize nadir bir sendromdur[1]. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte kondrosit proliferasyonu ve hipertrofisi ile ilgili genlerdeki mutasyonların neden olduğuna dair yeni çalışmalar mevcuttur[2,3]. Bu çalışmada Weaver sendromlu bir kadın hastaya kliniğimizde uygulanan küçültme mammoplasti işlemini olgu sunumu olarak özetledik.

**Olgu:** 20 yaşında Weaver sendromlu kadın hasta, her iki memede sarkma şikayetiyle başvurdu. Yapılan fizik muayenede uzun boy ve uzun ekstremiteler, hipertelorizm, geniş ve büyük kulaklar, relatif mikrognat, kalın boyun, kamptodaktili olan hastanın her iki memesinde sarkıklık ve cilt fazlalığı, sağ aksiller meme dokusu tespit edildi. Sternal çentikten sağ areola uzaklığı 57 cm, sol areola uzaklığı 55 cm olarak ölçüldü. Pre-operatif istenen meme ultrasonografisinde her iki memede heterojen fibroglandüler patern görüldü. Küçültme mammoplasti işlemi Apron tekniği ile inferosanal pediküllü olarak tasarlandı. Pediküller düşölüp fazla meme dokusu eksize edildikten sonra memeler şekillendirildi. Skar dokusu ters T olacak şekilde insizyonlar tamamlandı ve primer onarıldı. Sonuçta sağ memeden 940 gr, sol memeden 840 gr fazla meme dokusu çıkarıldı. Ardından sağ aksiller meme eksizyonu sonrasında aksillada kontraktür gelişmemesi için Z plasti insizyonları ile girilerek meme dokusu çıkarıldı. Anesteziden uyanma sırasında yapılan sugammadex sonrası allerjik reaksiyon gelişti. Hastanın ventriküler taşikardi/fibrilasyon şeklinde aritmileri oldu ve siyanotik olduğu görüldü. Uygun medikasyonla vital bulguları normal değerlere gelen hasta ekstübe edildi. 1 gün yakın gözlem altında tutulması için yoğunbakım ünitesine çıkarıldı. Servise devralınmasından sonra herhangi bir sıkıntısı olmayan hasta, 11 günün sonunda bütün drenleri çekilmiş olarak taburcu edildi. Her iki memeden çıkarılan dokuların patolojik incelemesi hafif derecede epitel hiperplazisi ile karakterli fibrokistik hastalık, sağ aksiller meme dokusunun patolojik incelemesi fibrokistik değişiklikler gösteren meme parankimi olarak raporlandı.

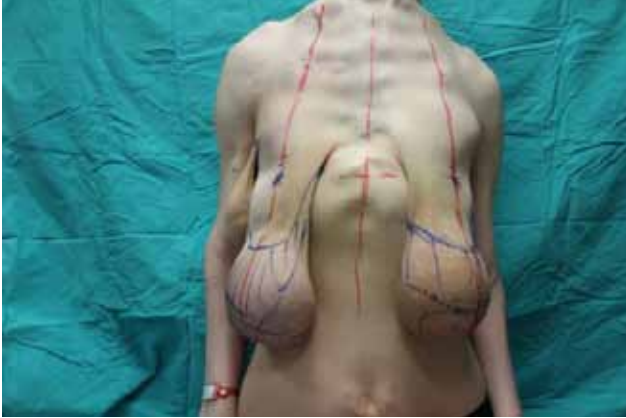
**Tartışma ve Sonuç:** Nadir görülen bu tarz vakalar, multidisipliner yaklaşımla değerlendirilmelidir. Hastaya özgü yapılan cerrahi planlama, hem hasta memnuniyeti ve estetik sonuçlar hem de post-operatif komplikasyonların en

aza indirilmesi açısından önemli bir faktördür. Operasyona ve anesteziye bağlı gelişebilecek komplikasyonların yönetiminde hastayı yoğunbakım ünitesinde takip etmek bir alternatif olarak akılda tutulmalıdır.

**Kaynaklar:**

1. Ozkan B, Bereket A.Excessive growth in a girl with Weaver syndrome. Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism 2000; 13: 1147-1153.
2. Lui J. C. et al. EZH1 and EZH2 promote skeletal growth by repressing inhibitors of chondrocyte proliferation and hypertrophy. Nature communications 2016; 7: 13685.
3. Cooney E. et al. Novel EED mutation in patient with Weaver syndrome. American Journal of Medical Genetics 2017; 173(2): 541-545.

**Weaver sendromu**



Weaver sendromlu hastada küçültme mammoplasti pre-operatif planlama

**P-175**

**Parmağın Az Görülen Yumuşak Doku Tümörü: Epidermal İnklüzyon Kisti**

Yasemin Aydın<sup>1</sup>, Zeynep Tuzlalı, Melihcan Sezgiç, Mustafa Rıza Özbek  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Epidermal inklüzyon kistleri içerisinde keratin içeren ve etrafı epidermal tabaka ile çevrili kistlerdir. Parmaklarda görülmeleri nadirdir. Diğer anatomik bölgelerde genellikle subkütan yumuşak dokuda oluşurlar ve nadiren intratendinöz veya intraosseöz olarak da bulunabilirler. Özellikle elde intraosseöz olarak nadiren görülseler de, yumuşak dokuda izole olarak görülmeleri daha da nadirdir. Bu yüzden kesin cerrahi tedavileri ile ilgili yayınlar az sayıdadır. Burada, travma öyküsünden çok uzun yıllar sonra parmakta sadece yumuşak dokuda izole gelişmesi ile az görülen epidermal inklüzyon kisti olgusu sunulmuştur.

57 yaşında kadın hasta, 26 yıl önce sol el 3.parmağına aldığı travma sonucu oluşan küçük kitlenin son 1 yılda giderek büyümesi ve ağrılı hale gelmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Yapılan lokal muayenede 3. parmak palmar yüz lateralde kısıtlı mobilizasyonu olan, sert kıvamlı ve yaklaşık 15x15 mm büyüklüğünde lezyon palpe edidi. Gerekli görüntüleme yöntemlerinin istenmesini takiben hasta opere edildi. İntraoperatif olarak lezyonun düzgün kapsülü olan ve yumuşak dokuda sınırlı bir epidermal kist olabileceği düşünüldü. Patoloji raporu perfore epidermal inklüzyon kisti ve keratine karşı gelişmiş yabancı cisim

iltihabi olarak raporlandı.

El cerrahisi pratiğinde geniş çeşitlilik gösteren benign tümörlere aşina olmak çok önemlidir. Bu tümörlerin tedavisi genellikle az sayıda hasta çalışmaları ve vücudun başka yerindeki benzer lezyonların tedavisine göre belirlenir. Bu sebeple bu az görülen vakalara yaklaşımın ve sonuçlarının paylaşılması literatürün gelişmesi ve benzer vakalara yol göstermesi açısından önemlidir.

**Lezyonun intraoperatif görüntüsü**



**P-176**

**Fournier Gangrenine Bağlı Scrotopenil Doku Defektinin Gracilis Flebi İle Onarımı**

Dağhan Dağdelen<sup>1</sup>, Alper Aksoy<sup>2</sup>, Serhan Sofuoğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Balikesir Devlet Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Balıkesir

<sup>2</sup>Acıbadem Konur Hastanesi, Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Bursa

<sup>3</sup>Balikesir Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Balıkesir

Giriş: Skortum ve penis shaft defektlerinin en sık sebepleri arasında, travma, enfeksiyon ve onkolojik patolojiler yer alır. Enfeksiyona bağlı sebepler arasında Fournier Gangreni sık karşılaşılan bir tablodur. Fournier gangreni, polimikrobik, akut, hızlı ilerleyen, perine, skrotum ve genital sahayı etkileyen nekrotizan fasiit tablosudur. (1) Erken tanı, geniş spektrumlu antibiyotiklerin kullanılması ve zamanlı yapılan cerrahi debridmanlar ile hastalığın mortalitesi anlamlı olarak azaltılır ve bu tabloda ki ilk basamak tedavidir(2). Fournier debridmanı sonrası oluşan defektlerin onarımı için defekt büyüklüğünde bağlı olarak, deri greftlemesinden, lokal fasyokutan fleplere, rejyonel kas fleplerinde serbest fleplere uzanan yelpazde çok sayıda onarım tanımlanmıştır. (3-5).

Biz de onarımını pediküllü gracilis kas flebi ve tam kalınlıkta deri grefti ile gerçekleştirdiğimiz, Fourier gangreni sonrası gelişen skrotopenil defekti olgusunu paylaşmak istedik.

Olgu: Altmış yedi yaşında erkek hasta, kontrolsüz diabetes mellitus zemininde gelişen Fournier Gangreni sebebi ile üroloji kliniğince acil debridmana alındı. Operasyon

sırasında, sağ skrotopenil bileşke seviyesinde absenin spontan drene olduğu gözlemlendi ve bu defekt genişletilerek skrotal absenin tamamı buradan debride edildi. Sistofiks takılarak, üretral pasaj engellendi. Defekt sahasına uyan alanda corpus cavernosum alanında hasarlanma gözlemlendi ve corpus cavernosum kısmı debride edildi. Uygun antibiyoterapi ve günlük ıslak pansuman ile takip edilen hasta defekt onarımı için tarafımıza devredildi.

Debridman sonrası 3.haftada hastaya defekt onarımı ipsilateral gracilis kas flebi ve sağ inguinal alandan alınan tam kalınlıkta deri grefti ile onarım uygulandı. Spinal blok altında, uyluk abduksiyonda, planlanan insiyon hattından girilerek gracilis kasına ulaşıldı ve klasik teknik ile, pes ancerinusa katıldığı noktada serbestlendi ve medial circumflex femoral arterin çıkan dalı bazlı olarak kaldırıldı. Kontraksiyonların önlenmesi için sinir denerve edildi. Donör saha ve defekt arasında ki sağlam cilt korundu ve kas bu cilt köprüsünün altından tünelize edilerek defekt ölü boşluğuna adapte edildi. Kas dokusu üzerine ipsilateral inguinal alandan tam kalınlıkta deri grefti destek dikişler tespit edildi. Donör saha negatif basınçlı drenler konularak iki tabaka olarak kapatıldı.

Uyluk abduksiyon postüründe hasta beş gün takip edildi. Beşinci gün greft pansumanı açılan hasta, greftin salim olduğunun gözlenmesini takiben mobilize edildi.

Tartışma: Rekonstrüktif cerrahi prensipleri dahilinde, gerçekleştirilecek bir onarımın fonksiyon ve estetik açıdan memnun edici bir sonucu olmalıdır. Genital bölge defektleri de bu kapsamın dışında bırakılmamalıdır. Özellikle genital bölge defektlerinde tek başına kullanılan deri greftleri uygulama kolaylığı açısından sık tercih edilse de, iyileşme sonrası kontraktür ve spermatogeneze olumsuz etkileri yönünden kullanımı, seçilmiş olgular haricinde ilk seçenek olarak tercih edilmemelidir.(6).

Fournier gangreni gibi, hızlı ilerleyen tablolarda, geniş bir sahaya debridman uygulanmalıdır. Oluşan defektin kapatılması ve konturun sağlanması için hacimli seçeneklere ihtiyaç vardır. Bu açıdan bakıldığında, rejyonel flepler (fasiyokutan, kas, kas-deri flepleri) geniş defektlerde onarım için daha uygundur (7). Burada paylaştığımız olguda gracilis kas flebini cilt adasıyla kullanmama sebebimiz özellikle distal 1/3'ü kısmında cilt adası dolaşımının güvenli kabul edilmeyişidir (8). Estetik açıdan da tatminkar bir sonuç elde ettiğimiz bu olguda da kullanıldığı üzere, özellikle skrotum ve penis cildi onarımında, tam kalınlıkta deri grefti kullanılmasının daha uygun olduğunu savunuyoruz.

Ortalama 3 saat sürmesi ve takibinde 5 gün kadar immobilizasyon ve hasta uyumu gerektirmesi bu tekniğin olumsuz yönleri olarak sıralanabilir.

Sonuç: Skrotum defektlerinde, uygun hastalarda, hevesli cerrahi ekip ile, bu tekniğin memnun edici sonuçları olduğunu ve akılda bulundurulması gerektiğini düşünüyoruz.

## P-177

### Nadir Bir Spontan Septal Perforasyon Nedeni: K.Pneumoniae

**Bilsev İnce**, Orkun Uyanık, Mehmet Dadacı  
*Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya*

**Giriş:** Nazal perforasyonu olan hastaların 2/3'ü asemptomatik veya minimal semptomlara sahiptir. Septal perforasyonu önde yerleşmiş olan hastalar daha semptomatiktirler. Bununla birlikte, bazı hastalarda burun tıkanıklığı öyküsü, aralıklı epistaks atakları, burun akıntısı veya solunum sırasında ısıklık sesi görülebilir. Kollajen vasküler hastalıklar, sarkoidoz ve Wegener granülomatoz gibi iltihap hastalıkları, tüberküloz, sifiliz, gibi bulaşıcı bakteriyel hastalıklar (1) septal perforasyona neden olabilir (2). Seyrek olarak, septal perforasyon sinonazal malignitenin başlangıç bulgusudur. Septal perforasyonun travmatik nedenleri harici, kendini zorlayan ve iyatrojenik nedenler görülebilir. Septal perforasyon, hematoma oluşması halinde mukoperikondriumun iskemisine neden olarak kırık nekrozuna yol açabilir.

Septal perforasyon; iyatrojenik travma, septoplasti, burun paketlemesi veya epistaksis için koterizasyon öyküsü ve nazotrakeal entübasyonun hikayesi içerebilir. Vazokonstriktif burun spreyleri, eroin ve steroid burun sprejlerinin kronik kullanımı septal perforasyonlara neden olabilir (3). Nasal septal perforasyon tedavisi sadece semptomatik hastalar için gereklidir. Tedavide medikal (konservatif) veya cerrahi seçenekleri tercih edilir. Medikal tedavide nasal irrigasyon ve nemlendirici yağlı damlalar kullanılır. Cerrahi tedavi, şiddetli semptomları olan hastalar veya medikal tedavinin başarısız olduğu hastalarda tercih edilebilir. Nasal septal perforasyonun cerrahi tedavisinde birçok endonasal ve eksternal yöntem kullanılabilir (4).

Bu çalışmanın amacı sadece bakteriyel enfeksiyonu bağlı olarak spontan septum perforasyonu olabileceğini göstermektir.

**Olgu Sunumu:** Daha önce septuma herhangi bir cerrahi işlem uygulanmayan hasta tarafımıza burun tıkanıklığı ve nefes darlığı şikayetleriyle başvurdu. Hastanın fizik muayanesinde ve paranasal tomografisinde yaklaşık 2x1cmlik septum perforasyonu görüldü (Resim 1).

Hastanın septum perforasyon bölgesinden kültür alındı. Kültürde Klebsiella pneumoniae üredi. Hastaya kültür sonucu sonrası, uygun antibiyoterapi 2 hafta boyunca uygulandı. 2 hafta sonra hastadan yeniden kültür alındı ve kültürde herhangi bir mikroorganizma üremediği görüldü.

**Tartışma:** Geçmişten günümüze septal perforasyon onarımı birçok gelişme olmasına rağmen, tedavi başarısı açısından hala cerrahları zorlayan bir konu olarak karşımızda durmaktadır (5). Septal perforasyon onarımının başarısını etkileyen en önemli faktörler; cerrahın yeteneği ve tecrübesi, septumun geri kalan kısmında bulunan doku miktarı, septal perforasyonun boyutu ve lokalizasyonudur (6). Cerrahi tedaviye başvurmadan septal perforasyonun onarımında, vakanın durumuna göre en uygun cerrahi yöntemin seçilmesi önemlidir. Öncelikle mutlaka perforasyonun etyolojisi araştırılmalıdır (7).

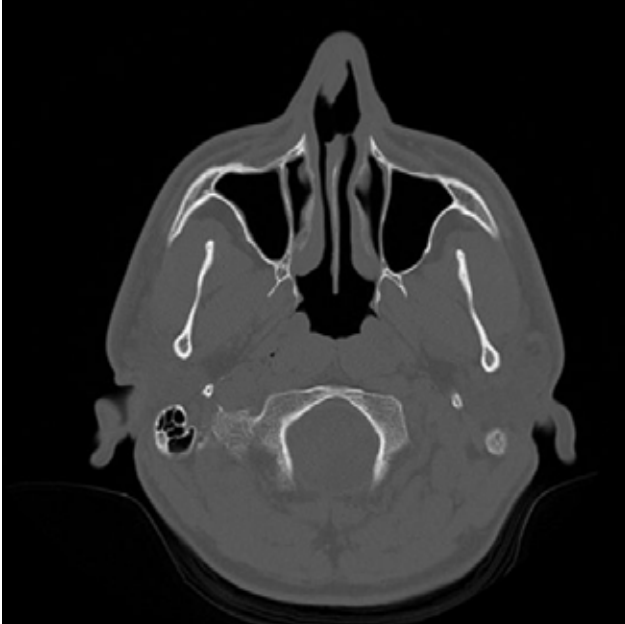
Sekonder ve tersiyer septoplasti operasyonları sonrasında septum perforasyonu daha fazla görülmekle birlikte nadir de olsa cerrahi yapılmadan bakteriyel enfeksiyona bağlı septal perforasyon görülebilir. Septal perforasyon tespit

edilen hastalarda perforasyon çevresinden kültür alınması öneriyoruz.

**Kaynaklar**

- 1-Hulterstrom AK, Sellin M, Monsen T, Widerstrom M, Gurram BK, Berggren D. Bacterial flora and the epidemiology of staphylococcus aureus in the nose among patients with symptomatic nasal septal perforations. Acta Otolaryngol. 2016 Feb 6. 1-6.
- 2-Kridel RW. Considerations in the etiology, treatment, and repair of septal perforations. Facial Plast Surg Clin North Am. 2004 Nov. 12(4):435-50, vi.
- 3-Peyrière H, Léglise Y, Rousseau A, et al. Necrosis of the intranasal structures and soft palate as a result of heroin snorting: a case series. Subst Abus. 2013. 34(4):409-14.
- 4-Brain DJ. Septo-rhinoplasty: the closure of septal perforations. Journal Laryngol Otol 1980; 94: 495-505. 7.Tasca I, Compadretti GC. Closure of nasal septal perforation via endonasal approach. Otolaryngol Head Neck Surg 2006; 135: 922-7.
- 5-Fairbanks DN. Closure of nasal septal perforations. Arch Otolaryngol 1980; 106: 509-13.
- 6-Teichgraber JF, Russo RC. The management of septal perforations. Plast Reconstr Surg 1993; 91: 229-35.
- 7-Kridel RW, Foda H. Nasal septal perforation: prevention, management, and repair. In: Papel ID, editor. Facial plastic and reconstructive surgery. 2nd ed. New York: Georg Thieme Verlag 2002.p.473-81.

**Resim 1**



Perforasyonun paranazal tomografide görünümü

**P-178**

**Latissimus Dorsi Muskulokutan Flep ve Protetik Yöntemle Meme Rekonstrüksiyonu Sonrası Gelişen İnatçı Seromanın Tedavisi**

**Rehber Marşil, Mustafa Durğun, Önder Karaaslan**  
*Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir*

**Giriş:** Latissimus dorsi muskulokutan flep (LDMF) anterior göğüs duvarına yakınlığı nedeniyle mastektomi sonrası memelerin rekonstrüksiyonunda kas, yağ ve deri sağlayan ideal bir seçimdir. Flebin hacimsel yetersizliği nedeniyle doku genişletici ve implant ile birlikte kullanılarak memeyi doğal boyutuna ve şekline geri getirmeye olanak sağlayabilir. En sık görülen komplikasyonu donör alanda görülen seromadır. Bu çalışmada LDMF ile meme rekonstrüksiyonu yapılan bir hastada gelişen komplikasyonlar nedeni ile flebin sakrifiye edilmesi ve serbest derin inferiörepigastrik arter perforatör (DİEP) flebi ile tekrar rekonstrüksiyonu sunulmuştur.

**Olgu:** Kırk sekiz yaşında kadın hasta, sağ mastektomi sonrası rekonstrüksiyon için başvurdu. Hastanın eşlik eden komorbid hastalığı bulunmamaktadır ve hasta sigara içmemektedir. Hasta adjuvan kemoterapi ve radyoterapi ardından remisyonda idi. Hastaya LDMF ve ekspander ile meme rekonstrüksiyonu uygulandı. 3 hafta sonra her poliklinik ziyaretinde ekspander 40cc ekspande edildi ve toplamda 400cc ekspansiyonun ardından hastada ekspander anateriorunda seroma olduğu anlaşıldı. İkinci aşamada ekspander çıkarıldı ve yerleştiği poş kürete edildi. 450cc protez yerleştirildikten sonra operasyona son verildi. Postoperatif iki hafta sonra ciddi seroma gelişen hastada gün aşırı poliklinik ziyaretlerinde aspire edilmesine rağmen regrese olmayan inatçı seroma nedeni ile implant çıkarıldı. Bir yıl sonra tekrar başvuran hastaya protetik rekonstrüksiyon yöntemleri daha önceki seroma nedeni ile düşünülmeydi. Hastaya kendi otojen dokusu içeren abdominal flep ile rekonstrüksiyon planlandı. Sağ memede alıcı alan hazırlığı yapıldıktan sonra LDMF kapsül ve kontrakte alanlarla bütünlüğü nedeni ile sakrifiye edildi. Sol abdominal DİEP flebi eleve edildi ve defekt alana adapte edildi. Flep pedikülü internal mammarian artere uç uca anastomoz yapıldı. Altı aylık takibin ardından herhangi bir komplikasyona rastlanmadı ve seroma oluşumu gözlenmedi.

**Sonuç:** Hastanın eşlik eden komorbiditelerin bulunmaması, sigara kullanmaması ve flebin kullanım avantajları nedeni ile LDMF ile meme rekonstrüksiyonu uygun görüldü. Fakat flep ile birlikte kullanılan ekspander ve implant sonrası regrese olmayan seroma nedeniyle ikinci aşamada hastanın otojen dokuları ile rekonstrüksiyon tercih edildi. LDMF ve protez ile yapılan meme rekonstrüksiyonlarında seroma gibi inatçı komplikasyonlar geliştiğinde otojen dokular ile yapılacak rekonstrüksiyonlar tercih edilmelidir.

#### LDMF sonrası Serbest DIEP



materyali sonucunda nüks pleomorfik adenom tanısı alan hasta post operatif komplikasyon gelişmemesi üzerine taburcu edildi.

**Tartışma:** Pleomorfik adenom sıklıkla tükürük bezlerinde görülmekte olup maksiller sinüste nadiren görülmektedir. Bu yazıda sunulan vaka ve literatürdeki diğer maksiller sinüs pleomorfik adenom vakalarının ortak özelliği birkaç ay içerisinde büyüyen damakta ağrısız kitle şeklinde başvurudur.

**Sonuç:** Özellikle nüks olgularda malignite riskinin artması nedeniyle pleomorfik adenom klinisyenlerin dikkatli ve takip süresince tetikte olmaları gereken bir patolojidir.

#### bilgisayarlı tomografi kesiti



*maksiller sinüste pleomorfik adenom bilgisayarlı tomografi görüntüsü*

#### P-179 Nadir Görülen Bir Yerleşim Olan Maksiller Sinüste Nüks Pleomorfik Adenom, Olgu Sunumu

Cem Berkay Sınacı, Sultan Yalçın,  
Gaye Taylan Filinte, Kaan Gideroğlu, Celal Alioğlu  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim  
Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Giriş:** Pleomorfik adenom öncelikle parotiste olmak üzere tükürük bezlerinin ek sık görülen benign tümörüdür. En sık parotiste görülmekle birlikte nadir görüldüğü yerlerden biri maksiller sinüstdür. Genellikle ağrısız ve yumuşak kıvamda bir kitle olarak görülen pleomorfik adenom çoğunlukla insidental olarak tanı almaktadır. Benign bir tümör olmasına rağmen nüks durumunda %10 oranına varan malign transformasyon göstermektedir. Pleomorfik adenomların sadece %5'i 20 yaş altı hastalarda görülmektedir. Bu çalışmada kliniğimize 6 aydır var olan maksiller sinüste kitle nedeniyle 2011 yılında başvuran 13 yaşında K hasta sunulmuştur.

**Olgu:** Yaklaşık 6 aydır damağının sol tarafında kitle şikayeti olan 13 yaş K hasta 1 ay kullandığı antibiyoterapi ardından boyutlarının küçülmesi sonrası polikliniğe başvurdu. Yapılan muayenede maksilla sol lateralde damağı ekspande eden yaklaşık 4 cm kitle saptandı. Çekilen bilgisayarlı tomografide maksiller kemik sol yarısında areolar arkus seviyesine uzanan, maksiller sinüs inferior bölümüne uzanan ve medialde sert damak lojuna doğru büyüyen, ekspansil karakterde 40 x 30 mm boyutunda kitle görüldü. Hastada ağrı, kanama, salgı artışı gibi semptomlardan hiçbirinin olmadığı öğrenildi. Ardından operasyon kararı verilen hastaya genel anestezi altında kistik kitlenin total küretajı ve kemik allogreft ile rekonstrüksiyonu uygulandı. İncelenen patoloji materyali patoloğlar tarafından pleomorfik adenom olarak raporlandı. Post operatif dönemdeki takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildikten sonra ayaktan takibe alındı. Yaklaşık 6 yıl klinik olarak stabil dönemin ardından hasta 2017 yılında son 3 ayda büyüme şikayetiyle tekrar başvurdu. Yapılan görüntülemelerde sol taraflı maksiller kemikte sol nazal kavite lojuna doğru büyüme gösteren 55 x 42 mm kitle görüldü. Takiben operasyon planlandı. Hastaya genel anestezi altında total küretaj ve kemik allogreft ile rekonstrüksiyon uygulandı. İncelenen patoloji

#### P-180 Göğüs Ön Duvar Yerleşimli Agresif BCC Olgu Sunumu

Kamil Manav, Dilek Şenen Demirez,  
Abdullah Sürücü, Mehmet Ali Korkmaz,  
Emine Handan Şimşek, Altan Tekin,  
Fevzi Kunter Erten, Atalay Şahin  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi

**Amaç:** BCC tüm dünya çapında en sık görülen deri kanseri olup, bütün deri kanserlerinin %80 ini oluşturur. En çok etkilenen insanlar açık tenli ve yüksek derecede UV ye maruz kalanlardır. Mortalite ender olmasına rağmen lokal agresif BCC ciddi hasta morbiditesine neden olabilir.

BCC için en başta gelen risk faktörü yoğun güneş ışığı ve UV ye maruz kalmadır. Diğer risk faktörleri açık ten rengine sahip olmak, ailede deri kanseri öyküsü varlığı, erkek cinsiyet, sigara içmek, İnsan papilloma virüsü(HPV), arsenik ya da hidrokarbonlara maruziyet, radyasyon öyküsü, kazanılmış immün yetmezlik sendromu ya da organ nakli yapılmış hastalarda ihtiyaç duyulan sistemik ilaçlar sonucu oluşan immün yetmezliktir.

Major risk faktörü güneş olduğundan baş boyun ve güneşe maruz kalan ekstremitelerde ortaya çıkar. Bu sunumda göğüs ön duvar yerleşimli agresif seyirli

BCC olgusunu(Resim 1) takdim etmeyi amaçladık. Olgu: Bilinen prostat ca öyküsü olan 72 yaşında erkek hasta sol memesinde kapanmayan ve giderek büyüyen yara şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Öyküsünden yarasının yaklaşık bir sene önce ortaya çıktığı ve giderek büyüdüğü öğrenildi. Hastamız son üç ayda yarasının büyüme hızında artış olduğunu belirtti. Yapılan fizik muayenede göğüs ön duvarı sol tarafında nipple ı da içine alan yaklaşık 10x10 cm lik geniş bir ülsera yara gözlemlendi.

Hasta BCC/SCC ön tanısıyla opere edildi. Lezyon3 cm lik sağlam periferik marjinle ve tabanında pektoralis majör kasını da içerecek şekilde eksize edildi. Defek tabanından ve kanarlardan gönderilen frozen inceleme sonucunun tümör negatif gelmesi sonucu defekt transpozisyon flebi ile rekonstrükte edildi. Flep distalinde nekroz gelişmesi sonucu felbin distali debride edilerek pansumanla takip edildi. Yeterli granülasyonu takiben yara kısmi kalınlıkta cilt grefti ile kapatıldı. Sonuç: BCC tüm maligniteler arasında en sık görüleni olup altın standart tedavisi tümör negatif cerrahi eksizyondur. Yavaş büyüme paterni ve yıllarca metastaz yapmadan sebat etmesi ile en az agresif malignite olarak bilinir. Nadiren de olsa agresif seyirli olan, kısa sürede derin invazyon yapan ve hatta metastaz yapan olgular da literatürde yer almaktadır.

Bu vakada patoloji sonucu infiltratif BCC olarak raporlanmış olup cerrahi sınırlar tümör negatif olarak raporlanmış. Pektoral kas invazyonu ve perinöral invazyonu saptanmış.

Lezyon bir sene kadar kısa bir sürede 10 cm gibi bir boyuta ulaşarak perinöral invazyon ve pektoral kas invazyonu yapmış. Klinik olarak malignitenin seyri agresifleştikçe daha radikal cerrahi girişimlerin gerekliliği sonucuna vardık

**bcc**



**P-181**

### **Yüzde Dev Folikülosebase Kistik Hamartom: Olgu Sunumu**

Tuğba Feryal Yıldız, Semih Bağhaki

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

Giriş: Folikülosebase kistik hamartom (FKH) nadir görülen benign bir kutanöz lezyondur. Ektodermal ve mezodermal doku elementlerinden köken alır<sup>1</sup>. Basit ve dev FKH olmak üzere iki formu mevcuttur. Basit FKH, daha çok baş-boyun bölgesinde papül ya da nodül şeklinde görülür. Nadiren gövde, ekstremiteler ve genital bölgede görülen olgular

bildirilmiştir. Bunun tersine dev FKH ise sıklıkla genital bölge ve gövde yerleşimlidir<sup>2-10</sup>. Bizim olgumuzda, nadir görülen, baş-boyun bölgesi yerleşimli dev FKH mevcuttur.

Olgu: 41 yaşında kadın hasta, 7 yaşından beri sol yanakta mevcut olan, cilt renginde, yumuşak kıvamlı nodül olarak başlayıp, o zamandan beri hasta büyüdükçe büyüme gösteren lezyon yakınması ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sol alt göz kapağından yanağına doğru uzanım gösteren, serebriform düzensizlikler izlenen, cilt ile aynı renkte ve 8\*9 cm boyutlarında yumuşak kıvamlı lezyon tespit edildi. Hastanın ilk başvurusunun 2010 da hastanemiz dermatoloji bölümüne olduğu ve nörofibroma ön tanısı ile punch biyopsi yapıldığı öğrenildi. Materyal folikülemiz patoloji bölümü tarafından incelendiği ve sonucun nevüs lipomatosus ile uyumlu olduğu öğrenildi. 2011, 2012, 2013 ve 2015 yıllarında mükerrer eksizyonlar kliniğimizce uygulandı. Bu süreçte patoloji materyalleri sebasöz trikofoliküloma ve adenoma sebaseus ile uyumlu olarak değerlendirildi. 2015 yılında kozmetik iyileşme amacıyla, devamlı büyüme gösteren kitleye 'debulking' işlemi uygulandı. Son patoloji sonucu folikülosebase kistik hamartom olarak raporlandı.

Tartışma: FKH stromal ve epitelial elementler içeren hamartomatöz bir lezyondur. Yayınlanan çalışmalar içinde sadece birkaç tanesi dev FKH olarak saptanmıştır. Bizim olgumuzda dev FKH yerleşim yeri ile yayınlanan çalışmalardan farklılık göstermektedir. FKH kadınlarda biraz daha sık görülmektedir. Birçok yayında görüldüğü üzere sıklıkla 0.5-1.5 cm arasında değişen boyutlarda karşımıza çıkmaktadır<sup>11</sup>. Lezyonun dev olarak nitelendirilebilmesi için 5-23 cm arasında değişen büyüklükte olmalıdır. Kimura ve arkadaşları 1991 yılında FKH histopatolojisini açık ve belirgin olarak tanımlamışlardır<sup>1</sup>. Sıklıkla ilk bakışta klinik olarak nörofibroma ile, histopatolojik olarak sebasöz trikofoliküloma ile karıştırılmaktadır. Cerrahi eksizyon en iyi tedavi yöntemi olarak görülmekle birlikte, Brücher ve arkadaşları genital bölge yerleşimli dev FKH da CO2 lazer ve asitrasin ile başarılı sonuçlar elde etmişlerdir<sup>6</sup>. Bizim olgumuzda lezyon yerleşim yeri dolayısıyla tedavinin tamamlanması, uzun ve aşamalı eksizyonları içeren bir süreç gerektirmektedir. Aralıklı olarak sınırlı eksizyonlar, fasiyal subünitelere saygı duyularak uygun insizyonla girilip uygulanmıştır. Hastanın nihai tedavisi için birkaç operasyona daha ihtiyacı olmakla birlikte şimdiye kadarki sonuçtan hasta memnun olduğunu ifade etmiştir. Yüzde, cilt renginde, uzun yıllardır mevcut olan lezyon öyküsü ile başvuran hastada FKH akılda bulundurulması gereken bir lezyondur. Özenli yapılan cerrahi ile iyi sonuçlar almak mümkündür.

#### **Referanslar:**

1. Kimura T, Miyazawa H, Aoyagi T, Ackerman AB. Folliculosebaseous cystic hamartoma. A distinctive malformation of the skin. Am J Dermatopathol 1991; 13: 213-220.
2. Templeton SF. Folliculosebaseous cystic hamartoma: a clinical pathologic study. J Am Acad Dermatol 1996;34:77-81.
3. Sturtz DE, Smith DJ, Calderon MS, Fullen DR. Giant folliculosebaseous cystic hamartoma of the upper extremity. J Cutan Pathol 2004;31:287-290.
4. Yamamoto O, Suenaga Y, Bhawan J. Giant folliculosebaseous cystic hamartoma. J Cutan Pathol 1994;21:170-172.
5. Hamada M, Kiryu H, Satoh E, Moroi Y, Urabe K, Furue M. A case of genital folliculosebaseous cystic hamartoma with an unique aggregated manifestation. J Dermatol 2006;33:191-195.
6. Brücher JJ, Franke I, Ulrich J, Gollnick H, Leverkus M. Giant genital variant of folliculosebaseous cystic hamartoma: successful management by CO2 laser and acitretin therapy. Br J Dermatol 2007;157:833-835.

7. Zheng LQ, Han XC., Giant folliculosebaceous cystic hamartoma on the right forearm, J Dermatol. 2011 Dec;38(12):1208-10.doi:10.1111/j.1346-8138.2011.01271.x. Epub 2011 Sep 20.
8. Brasanac D, Boricic I., Giant nevus lipomatosus superficialis with multiple folliculosebaceous cystic hamartomas and dermoid cysts, J Eur Acad Dermatol Venereol. 2005 Jan;19(1):84-6.
9. Haw S, Lee MH., A case of giant folliculosebaceous cystic hamartoma, Ann Dermatol. 2009 Feb;21(1):63-5. doi: 10.5021/ad.2009.21.1.63.
10. Cole P, Kaufman Y, Dishop M, Hatef DA, Hollier L., Giant, congenital folliculosebaceous cystic hamartoma: a case against a pathogenetic relationship with trichofolliculoma, Am J Dermatopathol. 2008 Oct;30(5):500-3. doi:10.1097/DAD.0b013e318183eb07
11. El-Darouty MA, Marzouk SA, Abdel-Halim MR, El-Komy MH, Mashaly HM.Folliculo-sebaceous cystic hamartoma. Int J Dermatol 2001;40:454-457.

## P-182

### **Subtotal kulak amputasyonlarında mikrocerrahi yöntemler kullanılmadan yapılan replantasyon ve aşamalı rekonstrüksiyon tecrübelerimiz**

Sinem Çilingir, Özlenen Özkan, Ömer Özkan  
*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya*

**Amaç:** Travmaya bağlı oluşan kulak amputasyonları çok sık olmamakla beraber acil servislerde, çeşitli şekilde gerçekleştirilen darp olayları, hayvan-insan ısırıkları ve spontan travmalar ile görülebilmektedir. Plastik cerrah, kurtarma işlemini seçerken amputatın büyüklüğü ve durumu, rekonstrükte edilecek bölgenin durumunu, olaydan sonra geçen süreyi ve travma çeşidini iyi değerlendirmeli, uygun işlemi seçmelidir. Bu amaçla Akdeniz Acil Servis'te değerlendirdiğimiz ve aşamalı olarak, çoklu seans ile rekonstrükte ettiğimiz iki vakadaki deneyimlerimizi sunmaktayız.

**Method:** Vaka 1. 57 yaşında erkek hasta 02.11.2016 tarihinde kavga sırasında insan ısırmasıyla oluşan sol kulak heliks superiorunda 1.5x3cmlik kıkırdak içeren sınırları düzgün doku defekti ve amputat ile beraber 2 saat içinde acil servise başvuruyor. Acil Servis şartlarında sol kulak retroauricular sulcusda 3x2.5cmlik fasiokutan flep kaldırıldı ve geriye ilerletilerek kulak arkasında işlenmiş amputatın yerleştirileceği poş oluşturuldu. Amputatın posterior kısmı perikondral seviyeye kadar dezepitelize edildi.Amputat içinde beslenmeyi arttırmak üzere 3 adet fenestra açıldı. ve amputat flep önünde oluşturulan poşa implante edildi. flep dokusu nativ yerine inset edildi. Amputat kulaktaki orijinal yerine de anteriordan inset edilerek kulak postaurikuler bölgeye tespit edilmiş olundu. Baskılı graft pansumanı ile hasta taburcu edildi. Haftalık olarak takip edilen hastanın kontrollerinde kıkırdak ve cilt viabilitesi değerlendirildi. 23 gün sonra sol kulak posteriorunda amputat posterior sulcusdan ayrıldı.daha önceden amputat için poş oluştururken hazırlanmış postauricular flep ile beraber temporal bölgeden ayrıldı. postauricular flep ise amputat parçanın posteriorunu örtmek amacıyla kullanıldı.Donör saha primer onarıldı. Kompozit greftin parsiyel veya tam kaybı yaşanmadı. Vaka2.32 yaşında erkek hasta 02.04.2017 tarihinde kavga sırasında insan ısırmasıyla oluşan sağ kulak helikte scapha bölgesini tamamen, trianguler fossanın bir kısmını ve antiheliksın yarısını içeren amputat ile beraber 4 saat içinde Akdeniz Acil Servise başvuruyor. Amputat materyali

kompozit greft olarak kullanılmak üzere posterior cildi perikondrium intakt kalacak şekilde çıkarıldı. kıkırdak doku eliptik 0.3 cm lik küçük eksizyonlar ile fenestralı hale getirildi, anterior cildi korundu. kompozit greft normal pozisyonuna suture edildi. retroauricular bölgeden 4x3 cm lik posterior tabanlı cilt flebi kaldırılarak greftin açılan poşa traksiyon suturleri ile gömülmesi sağlandı. 1 hafta sonra geri alınmak üzere 1 adet conchamastoid sutur atıldı. kesiler onarılarak uygun pansuman ile operasyona son verildi. Hastanede 24 saat gözlemde duran hasta taburcu edilerek 1 hafta sonra kontrole çağırılarak conchamastoid alandaki sütürü alındı ve haftalık kontrollerinde kıkırdak ile cilt viabilitesi değerlendirildi. 98 gün sonra hasta lokal anestezi altında operasyona alındı. Sağ kulak helikte postauricular flep ile rekonstrüksiyon yapılan hastanın flebi kulak heliks üst pol hizası ve konka hizasında çizilen 1 cm retroauricular aralık ile ayrıldı. Retroauricular 4x1 cm flep katlanarak kulak posterioru ve sulcus oluşturuldu. Kulak posterior cildi anteriora yaklaştırılarak primer suture edildi. Donör saha primer onarıldı. Kompozit greftin parsiyel veya tam kaybı yaşanmadı.

**Sonuç:** Acil Servis'e başvuran parsiyel kulak amputasyonlarında, doku defektinin ve amputatın mevcut durumunun ve olası rekonstrüksiyon olanaklarının değerlendirilmesi, kulağın natur halini kurtarma açısından önem taşımaktadır. Deneyimlediğimiz her iki vakada da, hastaların kulak naturune uygun görüntüye sahip olması ve gözlük gibi aksesuar kullanımına imkan veren helikal yapısı ile fonksiyonel açıdan ve estetik açıdan hastalar sonuçlardan subjektif olarak menun kalmıştır. Retroaurikuler cebe gömülen ve sonrasında kompozit greft olarak kaldırılan dokuda parsiyel veya tam kayıp yaşanmamıştır.Ayrıca ilk seansta hazırlanıp delay edilen retroaurikuler flep, amputatın dezepitelize edilmiş posterior tarafını örtmekte kullanılırken donör sahalar primer onarılabilmiştir.

**Tartışma:** Kulak rekonstrüksiyonu konusunda doku defekti bölgelerine ve travma çeşitlerine göre bir çok yöntem vardır ve bunlardan birinin diğerine üstünlüğü sadece vakaya özel olabilir. Günümüzde kullanılan tekniğin temelleri 19.yüzyılda Dieffenbach ile görülmüştür. O zamandan bu zamana geliştirilen yöntemlerin ismi çeşitli olsa da, altında yatan, temel cerrahi prensipler ile fizyolojinin, anatominin harmanıdır. Akdeniz Acil Serviste gerçekleştirdiğimiz iki vaka ile reimplantasyonu, mikrocerrahi yöntemlere bağlı kalmadan gerçekleştirmekle pratiklik kazandığımızı ve uygulanabilirliği arttırdığımızı görmekteyiz. Fakat kendi takiplerimizde karşılaşılmamasak da, random olarak hazırladığımız fleplerde ve kompozit greftlerde beslenmeye bağlı olarak viabilite açısından risk bulunduğunu da belirtmeliyiz. Bu bakımdan hem hastanın tedavi komplikasyonları ve takip açısından aydınlatılması, hem de plastik cerrahın parsiyel veya tam kayıp izlendiğinde yedek rekonstrüktif planı olması önemlidir. Kullandığımız yöntemde donör sahaların primer olarak kapatılabilmesi, ek morbidite açısından bir diğer avantajı da sağlamaktadır. Fakat bu yöntemin sınırlılığı, sadece kulak üst ve orta pol kıkırdak içeren amputatları dahil etmesidir. İnancımız vakalarımızın sayısı ve çeşitliliği arttıkça bu alandaki pratiğimizi kullanarak, yöntemimizle, her kulak amputatına müdahale edebilecek hale gelecek olmamızdır. Bir plastik cerrah, kulak amputatı ile gelen bir hastayı muayene ettiği zaman, düşündüğü tedavi olasılıklarına bahsettiğimiz yöntemin de eklenmesi ile bir çeşitlilik katabileceğimizi düşünmekteyiz.

**P-183**

**Burun Kanatlarında Simetrik Polipoid Rinofima; Olgu Sunumu**

M. Raşid Toksöz<sup>1</sup>, Halil Anlar<sup>2</sup>, Mehmet Sönmez<sup>3</sup>, Yakup Çil<sup>3</sup>, M. Erol Demirseren<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Kliniği, Ankara

<sup>3</sup>Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Giriş: Özellikle burnun alt 1/3'ünde görülen ve ağrısız kitleler olan Rinofima genelde 50 yaş üstü erkeklerde görülür. Asıl tedavinin cerrahi olduğu hastalıkta medikal tedaviler de denenmektedir.

Olgu Sunumu: 63 Yaşında erkek hasta her iki alar kanatta simetrik olarak sarkan polipoid lezyonlar ile kliniğimize başvurdu (Resim 1). Kitleler total eksize edildikten sonra tam kalınlıktaki doku greftiyle onarım yapıldı. Hastanın patoloji sonucu Rinofima olarak raporlandı. Hasta takibinde greftlerin alıcı alana başarıyla adapte olduğu ve estetik görünümün düzeltildiği görüldü.

Tartışma: Rozasea'nın kronik ve kaçınılmaz bir sonu olarak karşımıza çıkan Rinofima ciddi görünüm bozukluklarına yol açmaktadır. Bu durum ileri dekatlarda bile sosyolojik ve psikolojik sorunlara yol açabilmektedir. Bu hastalığın sadece düzlemsel değil olgumuzda olduğu gibi polipoid olabileceği akılda tutulmalıdır.

**resim1**



**P-185**

**Kondiler Osteokondromda Konservatif Cerrahi Yaklaşım ve Olgu Sunumu**

Ömer Faruk Dilek, Selman Hakkı Altuntaş, Dudu Dilek Yavuz, Selçuk Yılmaz, Erkan Kerem Kaya, Mustafa Asım Aydın  
Süleyman Demirel Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

Osteokondrom(OK) veya osteokartilaginöz ekzositozis en yaygın benign kemik tümörlerinden olup, primer kemik tümörlerinin %8-15ini oluşturmaktadır.1 Bununla birlikte kraniyofasiyal bölgede görülme sıklığı %0,6 gibi2 oldukça azdır. Kraniyofasiyal bölgede en sık yerleşim gösterdiği yerler ise koronoid proçes ve mandibula kondilidir.3-5

Kondiler osteokondromların en sık geliş semptomu yavaş gelişen fasiyal asimetri ve bununla ilişkili maloklüzyondur.6 Ağrı ikinci en önemli semptom olup, fasiyal asimetrinin oluşmadığı safhalarda TME disfonksiyonu lehine yorumlanabilir. Bunun yanında TME hipomobilitesi, ağız açıklığının azalması, çiğneme problemleri, iletim tipi işitme kaybı7 ve preaurikular yumru6 gibi semptomları da oluşturabilir.

Kondiler osteokondromlarda tek etkili tedavi cerrahidir. Kondilin tamamının tutulduğu vakalarda total veya subtotal kondilektomiler en sık uygulanan işlemlerdir.9 Kondilektomi sonrasında TME fonksiyonunun sağlanabilmesi için kondil rekonstrüksiyonu gerekmektedir. Kostokondral kemik grefti kullanımı, eklem protezi kullanılması, sagittal split ramus osteotomisi ile rekonstrüksiyon gibi rekonstrüksiyon seçenekleri mevcuttur.1 Rekonstrüksiyon işlemlerinde hangi metod tercih edilirse edilsin maliyet artmaktadır ve uzun dönem sonuçları yüz güldürücü olmayabilmektedir.

Kondil koruyucu konservatif cerrahiler diğer bir yaygın seçenek olup, lezyonun parçalar halinde eksizyonuna olanak tanıyarak operatif zorlukları hafifletir.8 Çıkarılan her bir fragman ile, çalışılmak zorunda olunan dar ve hassas alandaki lezyonun kalanına ulaşım ve lezyonun manipülasyonu kolaylaşır.8

Konservatif kondil rezeksiyonu, kondil başının hemen altından ve boyun kısmının üstünden geçecek şekilde bir osteotomi ile kitlenin çıkarılması, vertikal uzunluğun korunması, kalan kondil boyunun yeniden şekillendirilmesi ve disk şekillendirilmesini unsurlarını içerir.1,9,10 Rezeksiyon birkaç ayrı parça şeklinde de yapılabilir.8

Biz bu bildiride sağ kondil osteokondromu nedeniyle, asimetri, maloklüzyon ve TME çıkıkları meydana gelen bir hastada uyguladığımız konservatif cerrahiye ve sonuçlarımızı paylaşıyoruz.

Olgu Sunumu: 61 yaşında erkek hasta alt çenesinde ayda bir iki kere takılma ve çıkma şeklindeki şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Ek hastalığı olmayan hastanın özgeçmişinde 30 yıl önce bir trafik kazası ve buna bağlı şüpheli fraktür hikayesi mevcuttu. Son 3 senedir hastanın çene ağrısında artma, ağız açıklığında azalma, diş protezlerinin artık uyumlu olmaması ve özellikle çenesinde çıkma şikayetleri nedeniyle Acil başvuruları olmaya başlamış. Yapılan incelemelerinde mentum sağ tarafında belirgin protrüzyona sekonder fasiyal asimetri, ağız açıklığında azalma(interinsizel mesafe=2.5cm, fakat hasta sağ TME'ini istemli şekilde disloke ederek ağız açıklığını 5cm'ye kadar çıkarabilmekteydi) ve edentülöz, dişsiz mandibula bulguları saptandı. Çekilen BT'de sağ kondilde anterior, superior ve lateral düzlemlere doğru büyüme gösteren 2.5cm genişliğe ulaşan kemiksi kitle lezyonu gözlemlendi(Resim 1a). Kondiler osteokondrom ön tanısı ile operasyon planlandı.

Genel anestezi altında sağ preaurikular insizyon yapılarak üst sınır zigomatik arka paralel şekilde temporal bölgeye doğru 2 cm ilerletildi. Süperfisiyal temporal fasya ve periost ark üzerinde geçilerek nörovasküler yapılar güvenceye alındı. Lateral pterygoid kas ve eklem kapsülü geçilerek mandibula aşağıya doğru traksiyona alındı ve kitle Lindemann bur(Elektron Medikal, Ankara, Türkiye) ile 3 parça halinde rezeke edildi. Sonrasında kalan kondil kısmı törpülenerek eklem yüzüne uygun şekil verildi. Disk repoze edilerek lateral pterygoid onarıldı.

Postoperatif 1. Günde sağ frontal kasta güçsüzlük gözlemlendi ve traksiyonal kuvvetlere bağlı olduğu düşünüldü. 1. Ayda frontal kas kuvveti tam ve simetrik izlendi. Hasta 2 hafta yumuşak rejimle beslendi ve ardından yoğun ağız açma

egzersizleri uygulandı. Hasta 1, 6 ve 12. ay sonlarında takip edildi. (Resim 1b) Hasta 1 yılın sonunda azalmış asimetriden tatminkardı. Çenesinde takılma, dislokasyon meydana gelmemekteydi ve yenilenen diş protezleriyle uyum sorunu yaşamamaktaydı.

**Tartışma:** Konservatif kondilektomi, kondiler osteokondromun uygun rezeksiyonuna, doğal diskin ve kondil kısımlarının korunmasına izin verir ve greft donör saha morbiditesine neden olmaz.1,9 Maloklüzyon, ağrı, TME dinamikleri ve bunun yanında fasyal asimetrisinin düzeltilmesinde de başarılıdır.8,10 Konservatif cerrahiden kaçınma sebeplerinin başında nüks ihtimali gelse de, bildirilen vaka sayısı oldukça azdır.

#### Kaynaklar

1. Wolford LM, Movahed R, Dhameja A, Allen WR. Low condylectomy and orthognathic surgery to treat mandibular condylar osteochondroma: a retrospective review of 37 cases. J Oral Maxillofac Surg 2014;72:1704-28.
2. Khurana J, Abdul-Karim F, JBoevo VMG. Osteochondroma. In: Mirra JM, Picci P, Gold RH, editors. Bone Tumors: Clinical, Radiological and Pathological Correlations. Philadelphia, Pa: Lea and Febiger; 1989. p. 234-237
3. Kerscher A, Piette E, Tideman H, Wu PC. Osteochondroma of the coronoid process of the mandible. Report of a case and review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1993 May;75(5):559-64. Review
4. Goyal M, Sidhu SS. A massive osteochondroma of the mandibular condyle. Br J Oral Maxillofac Surg. 1992 Feb;30(1):66-8
5. Kurita K, Ogi N, Echiverre NV, Yoshida K. Osteochondroma of the mandibular condyle. A case report. Int J Oral Maxillofac Surg. 1999 Oct;28(5):380-2. Review.
6. Vezeau PJ, Fridrich KL, Vincent SD: Literature review and report of two atypical cases. J Oral Maxillofac Surg 53:954,1995
7. Koole R, Steenks MH, Witkamp TD: Osteochondroma of the mandibular condyle: A case report. Int J Oral Maxillofac Surg 25:203, 1996
8. Aydın MA, Kucukcelebi A, Sayilkan S, et al. Osteochondroma of the mandibular condyle: report of 2 cases treated with conservative surgery. J Oral Maxillofac Surg 2001;59:1082-1089
9. Wolford LM, Mehra P, Franco PP. Use of conservative condylectomy for treatment of osteochondroma of the mandibular condyle. JOralMaxillo-FacSurg2002; 60:2 62-8.
10. Kim DS, Kim J-Y, Jeong C-W, Park K-H, Huh J-K. Conservative condylectomy alone for the correction of mandibular asymmetry caused by osteochondroma of the mandibular condyle: a report of five cases. Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. 2015;41(5):259-264.

#### Resim 1



Sol (a) preoperatif kondiler osteokondrom. Sağ(b) konservatif kondil rezeksiyonu sonrası postoperatif 12. Ay sonundaki kontrol BT'de nüks saptanmadı

#### P-187

#### Wassel Tip 7 Başparmak Dublikasyonu

Mehmet Dadacı, Majid İsmayilzade, Bilsev İnce, Serhat Yazar, İlker Uyar  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

**Giriş:** Polidaktili en sık görülen konjenital ekstremitte anomalileri arasında olup birçok epidemiyolojik araştırmada ilk sırada yer almaktadır.Çok heterojen bir anomali grubu olan polidaktili, çoğunlukla izole ve sporadik olarak karşımıza çıkmaktadır(1). Elin radial tarafında (preaksiyel) merkez üç ışından herhangi birini kapsayan merkezi polidaktili veya elin ulnar tarafında (postaksiyel polidaktili) olabilir(2,3,4). Ayakta ayağın lateral kısmında (postaksiyel), iki, üç veya dördüncü metatars veya falanksların duplikasyonu şeklinde (santral) ve başparmak veya birinci metatarsın duplikasyonu şeklinde (preaksiyel) polidaktili olabilir. Başparmak polidaktilisi çeşitli sendromlara eşlik edebilmekle beraber, genellikle tek başınadır. Başparmak polidaktilisinde anatomopatoloji, bir veya her iki parmağın ileri derecede hipoplazisinden, metakarpal seviyeye ulaşan simetrik duplikasyona kadar çok geniş bir çeşitliliğe sahiptir. El başparmak için distalden proksimale doğru duplikasyona uğrayan kemik seviyesine göre 7 tipi tanımlanan Wassel sınıflandırması mevcuttur (5). Falanksların ve metakarpın duplikasyona katılma seviyesine göre, karpometakarpal ekleme kadar altı seviye mevcut olup, yedinci bir kategori de trifalangeal başparmak için oluşturulmuştur(6).

**Olgu sunumu:** Sağ elde 6 parmağın olması nedeniyle polikliniğimize gelen 17 yaşında erkek hastanın anamnez ve fizik muayene değerlendirmesinde mevcut polidaktili dışında sendromik veya izole herhangi başka patolojik bulguya rastlanılmadı. Esasında kozmetik kaygıları ön planda olan hastanın el muayenesinde hareket kısıtlılığı saptanmadı. Hastanın el fonksiyonlarından ince tutma(«pinching»), tutma(«gripping») ve kavrama («grasping») fonksiyonlarında bozukluk gözlenmedi. El X-ray görüntülemesinde başparmak medialinde metakarp, proksimal, orta ve distal falankslara sahip wasse tip 7 kriterlerle uyumlu polidaktilisi olan hasta ameliyati kabul etmedi.

**Tartışma:** Tüm doğumsal el anomalilerinin %6.6'sını oluşturan başparmak duplikasyonlarının veya radiyal polidaktililerin onarımı, elin fonksiyonu açısından çok önemlidir (7,8). Proksimal ve distal falanksların çift olduğu Wassel tip IV duplikasyonlar en sık gözlenen (vakaların yaklaşık %50'si) formudur. Falankslar bifid metakarp başıyla eklem yapar (9,10).Bizim olgumuzda da sunulan tip VII preaksiyel polidaktili (trifalangeal başparmak ) polidaktilinin daha çok sendromlara eşlik eden nadir görülen formudur (11). Başparmak fonksiyonları açısından duplikasyonlarda hayatın ilk yılı içerisinde erken cerrahi tedavi uygulanması önerilir(12,13).Cerrahi tedavinin amacı normal başparmak anatomisine benzeyen, kabul edilebilir bir başparmak oluşturmak ve estetik anlamda büyüme bozukluğunun önüne geçmektir. Fonksiyon anlamında,interfalangeal (İP) ve metakarpofalangeal (MKF) eklemlerde bir miktar hareket kısıtlılığı olabilir fakat bu eklemler stabil olmalıdır(14).

**Sonuç:** Sıklıkla tek ekstremitayı etkileyen bir konjenital ekstremitte deformitesi olmasına rağmen, polidaktilinin olgumuzda sunulduğu gibi nadir görülen tipleri tespit edilen hastaların fizik muayene ve ileri tedavileri planlanırken, diğer ekstremitelerdeki anomaliler ve ilgili sendromlar açısından dikkat edilmesi önemlidir.

**Kaynaklar**

1. Malik S. Polydactyly: phenotypes, genetics and classification. Clin Genet 2014; 85(3): 203-12.
2. Faust KC, Kimbrough T, Oakes JE, Edmunds JO, Faust DC. Polydactyly of the hand. Am J Orthop (Belle Mead NJ) 2015; 44(5): E127-34.
3. Thorne CH, Chung KC, Gosain Ak, Gurtner GC, Babak JM, Rubin JP ve ark. Grabb and Smith's Plastic Surgery. 7th ed: Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: 2014.
4. Guo B, Lee SK, Paksima N. Polydactyly a review. Bull Hosp Jt Dis (2013) 2013; 71(1): 17-23
5. Bromley B, Shipp TD, Benacerraf B. Isolated polydactyly: prenatal diagnosis and perinatal outcome. Prenat Diagn 2000; 20(11):905-8.

**resim 1**



**P-188**

**Distal Falanks Yerleşimli Endkonrom ile Karışan Epidermal Kist**

Alper Aksoy<sup>1</sup>, Emin Sır<sup>3</sup>, Dağhan Dağdelen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Acıbadem Konur Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Bölümü Bursa

<sup>2</sup>Balikesir Devlet Hastanesi

<sup>3</sup>Serbest Hekim

**Giriş:** Epidermal kistler yumuşak dokularda sık gözlenmelerine karşın, çok nadir olarak kemikte yerleşirler. Travma sonucu epidermal hücrelerin kemik içine girmesi ve proliferasyonu ile ortaya çıktıkları düşünülmektedir. Tanı konması çok zordur. Başlıca bulguları, tutulum olan bölgede şişlik ve ağrıdır; ancak kızarıklık ve hareket kısıtlılığı tabloya eşlik edebilir ve genellikle yavaş büyüdükleri için geç dönemde belirti verir. Klinik görünümü ile tüm iyi ve kötü huylu kemik tümörlerini, enfeksiyonları ve dermatolojik hastalıkları taklit edebilir. Bu çalışmadaki amacımız, çok nadir olarak gözlenen kemik yerleşimli epidermal kist olgusunun sunulması ve ayırıcı tanısında karşılıklı şüpheyecek zorlukların tartışılmasıdır.

**Olgu sunumu:** 22 yaşında erke hasta sağ el 2. parmak ucunda ısı değişiklikleri ve dokunma ile ortaya çıkan ağrı ve pulpada genişleme yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Hikâyesinde belirgin bir travma öyküsü olmayan olgunun fizik muayenesinde palpasyon sırasında tırnak pulpada minimal şişlik haricinde bulguya rastlanmamıştır. Direkt radyolojik incelemede distal falanksta düzgün sınırlı osteolitik lezyon izlenmiştir. Enkondrom on tansını ile hasta operasyona alındı. İntraoperatif kemik pencere açıldığında kenarları düzenli kistik kitle görüldü. Kitle eksize edildi. Histopatolojik değerlendirmede epidermal kist tanısı konmuştur. Olgu klinik ve radyolojik olarak takibe alınmış, 1 yılın sonunda nüks izlenmemiştir.

**Tartışma:** Kemik yerleşimli epidermal kist elde çok nadir olarak gözlenmektedir. Etiyolojik olarak en sık görülen etken, travmadır. Travma sonucu epidermal hücrelerin kemik içinde proliferasyonu ile ortaya çıktığı düşünülmektedir. Literatürde tanımlanmış çok kısıtlı sayıdaki olgularda en sık 25-50 yaş arası da, genellikle erkeklerde ve sol el distal falanks yerleşimli oldukları bildirilmiştir. Hastaların yakınmaları tutulum olan bölgede şişlik ve ağrıdır, ancak kızarıklık ve hareket kısıtlılığı da eşlik edebilir. Genellikle

yavaş büyüdükleri için geç dönemde belirti verirler. Klinik görünümü ile tüm iyi ve kötü huylu kemik tümörlerini ve enfeksiyonları taklit edebilir. Radyolojik olarak enkondrom, basit kemik kistleri, multipl myelom, metastatik lezyonlar, dev hücreli tümörler ya da glomus tümörleri ile karışabilir. Özellikle enkondromlar ve glomus tümörleri ayırıcı tanıda önemlidir.

**Sonuç:** Epidermal kistler klinik ve radyolojik olarak birçok hastalığı taklit edebilir. Özellikle Distal Falanks'ta yerleşmiş kemik içi tümörlerde ayırıcı tanıda akla getirilmeleri tanı ve tedavi sürecini hızlandıracaktır.

**P-189**

**Geniş Sakral Defekt Rekonstrüksiyonunda Alternatif Yöntem Olarak Lumbal Arter Perforatör Flebi**

Erkan Pinegöz, Göktekin Tenekeci, Alper Sarı, Yavuz Demir, Şakir Ünal

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

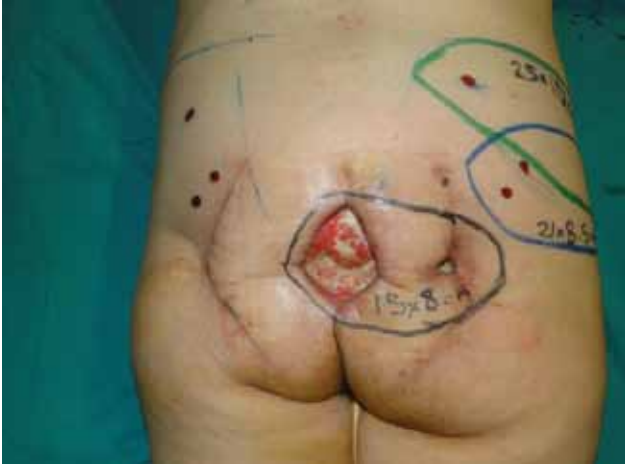
**Giriş-Amaç:** Lumbosakral bölgenin defektleri bası yarısı, tümör rezeksiyonu, travma ya da pilonidal sinüs eksizyonu gibi çok değişik etyolojik sebeplere bağlı olarak ortaya çıkar ve rekonstrüksiyonu çeşitli zorluklar içerir. Bu olgumuzda sakral defektlerde lokal fasyokütan fleplere alternatif ya da kurtarıcı prosedür olarak perforatör bazlı fleplerin de rahatlıkla kullanılabileceğini göstermeyi amaçladık.

**Materyal-Metod:** Sakral bölgede geniş defekti mevcut 70 yaşında kadın hasta. Rektum ca nedeniyle opere edilen ve sonrasında radyoterapi olarak onkoloji tarafından takip edilen hastada sakral bölgede cilde fistüle sert kitlesel lezyonun fark edilmesi üzerine genel cerrahi tarafından eksizyon yapılmış ve defekt bilateral v-y ilerletme flepleri ile kapatıldı. Takiplerinde yara yerinde dehisens gelişmiş, rekonstrüksiyon için tarafımıza konsulte edildi.

**Bulgular:** Başvuruda fizik muayenede sakral bölgede 5x5 cm genişliğinde ve 2-3 cm derinliğinde tabanı yer yer fibrine yaranın rekonstrüksiyonunu genel cerrahi yaptığı ve fleplerin altında poş olduğu ve poşun etrafında da akıntılı olduğu görüldü. Bu nedenle tüm akıntılı alanlar eksize edildi ve sonuç olarak 15x10 cm lik defekt oluştu. Etrafta bu defekti rekonstrükte etmek için lumbal arter perforatör bazlı flebinden başka bir seçeneğin eski operasyon skarından dolayı bulunmamaktaydı. Bu defekt için 25x10 cm lik lumbal arter bazlı perforatör flep dizayn edildi ve rekonstrüksiyon yapıldı. Donör alan ise inferior bazlı rotasyon flep ile kapatıldı. Tarafımızca 14 ay takibi yapılan hastada enfeksiyon, seroma ve dehisens dahil herhangi bir komplikasyon görülmedi.

**Sonuç ve Tartışma:** Çeşitli sebeplere bağlı olarak ortaya çıkan sakral defektlere rekonstrüktif cerrahide oldukça sık karşılaşılmaktadır. Bölgenin basıya maruz kalması, kötü hijyenik şartları ve kanlanmasının sınırlı olması çözümü güçleştirmektedir. Küçük defektler bölgesel transpozisyon ve rotasyon flepleri ile kapatılabilir. Öte yandan büyük defektlerin varlığında, radyoterapi hikayesi olan ve önceden cerrahi müdahale geçirmiş hastalarda bölgesel flep seçenekleri sınırlıdır. Bu hastalarda iyi kanlanan sağlıklı doku ile onarım başarılı bir sonuç için şarttır. Nitekim radyoterapi öyküsü ve cerrahi girişim öyküsü olan olgumuz bilateral v-y ilerletme flepleri ile kapatılmış ancak sonuç başarısız olmuştur. Gerek bunun gibi komplike durumlarda gerekse kurtarma prosedürü olarak perforatör fleplerin kullanımı tarafımızca yapılan vakalarda da görüldüğü üzere oldukça başarılı sonuç vermektedir.

**lumbar arter perforatör bazlı flep**



sialoadenit ile de karşılaşılabilceği düşünölmeli ve ameliyat öncesi uygun değeriendirmeler ve gerekli konsültasyonlar yapılmalıdır. Bu hastalığın tam olarak sebebi bilinemediği için sebebe yönelik tedavi yapılamayacağından palyatif olarak yağ depozitlerinin rezeksiyonu veya uygun hastalarda liposuction tedavi seçeneği olarak düşünölmeli ve eşlik edebilecek diğeri endokrinolojik problemler için ilgili branşlar ile irtibata geçilmelidir.

**P-193**

**Atipik Yerleşimli Dev Lipom: Olgu Sunumları**

Emrah Işıktekin, Burçin Acuner, Tahsin Görgöölü, Ahmet Eksal Kargı

*Bölent Ecevit Üniversitesi Tıp Faköltesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Zonguldak*

**P-192**

**Nadir bir olgu sunumu multipl simetrik lipomatozis: Madelung Hastalığı**

Arda Akgün, Murat Yaman, Cem Berkay Sınacı, Tunç Tunçbilek, Gaye Taylan Filinte  
*Dr. Lütü Kirdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğı*

**Giriş:** Madelung hastalığı, lipit metabolizmasında oluşan bir bozukluk sonucu boyun ve omuz etrafında olağan dışı bir şekilde yağ depolanması ile sonuçlanan bir hastalıktır. Sebebi bilinmemekle birlikte genellikle alkolik yetişkin erkeklerde göröldüğü bildirilmesine rağmen alkol almayan yetişkin kadın hastalarda da bildirilmiştir. Ailesel, genetik veya endokrin bir bozuklukla ilişkisi kesin olarak gösterilememiştir. Beraberinde diabetes mellitus, hipertansiyon ve karaciğeri hastalıklarının araştırılması önerilmektedir.

**Vaka:** 52 yaşında erkek hasta polikliniğimize özellikle son 1 yıl içinde boyun çevresinde kalınlık artışı sebebiyle başvurmuştur. Sorgulandığında uzun süredir bu kitlelerin var olduğunu ancak yakın zamanda artması üzerine başvurduğunu belirtiyor. Yapılan muayenesinde boyun sağ ve solunda yaygın bir şekilde yerleşim gösteren multiloböler, semi mobil, hassas olmayan lipomatöz kitleler palpe edildi. İstenen radyolojik görüntölemeler sonucunda bilateral boyun lojunda yerleşimli en büyüğü 48x57 mm olan multiloböle lipomların bulunduğı raporlandı. Kitlelerin multiloböle ağırlıklı olması nedeniyle liposuction seçeneğinden uzaklaşarak cerrahi eksizyon kararı alındı. Hastanın diyabetik ve sigara içicisi olması sebebiyle parsiyel ve aşamalı rezeksiyon yapılması planlandı. Y şeklinde insizyonla girilerek öncelikle planlanan sağ boyun ağırlıklı rezeksiyona subplatismal olarak başlandı. yapılan diseksiyonda hipertrofiye olmuş submandibular gland görölerek piyese dahil edilerek generalize yağ dokusu rezeksiyonu tamamlandı. Hasta 3 gün hospitalize edildikten sonra drenleri çekilerek ve postop herhangi bir komplikasyon gözlenmeden taburcu edildi. 6 ay sonra sol tarafa müdahale planlanarak kontrollere çağırıldı.

**Sonuç ve Tartışma:** Hastada yapılacak operasyon öncesi yapılan değeriendirmelerde lenfatik bir tümör olabileceğı her zaman gözden geçirilmeli ve operasyon sırasında şüpheli görölen glandöler ve lenfatik yapılar patolojiye gönderilmeli. Bunun dışında benign bir lezyon olan

**Giriş:** Subkutan yağ dokusundan köken alan, yavaş büyüme gösteren, benign karakterli, genellikle ağrısız mezenkimal tümörler lipom olarak bilinmekte ve insan vücudunda birçok bölgede görölebilmektedir. Lipomlar mezenkimal tümörler içerisinde en sık görölenler olup büyük bir kısmı iyi prognozlidir. Çok nadir de olsa sarkomatöz dönüşüme uğrayabilecekleri unutulmamalıdır. Çeşitli boyutlarda görölebilen lipomlar klinikte sıklıkla ağrısız, küçük ciltaltı yumuşak kıvamlı ele gelen kitleler olarak kendini göstermekte ve hastaların genel şikayeti kozmetik kaygılar olmaktadır. Çok az bir kısmı hasta için sorun yaratabilecek ciddi derecede büyük boyutlara ulaşabilmektedir. Bir lipoma dev lipom diyebilmek için en az bir boyutunun 10 cm'den büyük olması veya en az 1000gr ağırlığında olması gerekmektedir. Biz de hastalarımızda mevcut olan kozmetik sıkıntılara ve günlük aktivitelerinde kısıtlılığa yol açan, az görölen dev lipomları olgu sunumu olarak hazırladık.

**Olgu 1:** Tarafımıza sol uyluk iç yüzünde yaklaşık 1 yıldır mevcut olup, giderek büyümekte olan ve yürürken uylukların birbirine sürtmesi sonucu zorlanmaya neden olan kitle ile başvuran komorbid hastalığı bulunmayan 53 yaşındaki kadın hasta polikliniğimize değeriendirildi. Uyluk distal ve orta 1/3'ü anteromedialinde, yumuşak kıvamlı, palpasyonla hassasiyet göstermeyen, mobilitesi sınırlı, ciltaltı uzanımlı yaklaşık 20 cm çaplı kitle muayenede göröldü. Tetkik ettirilen yüzeysel ultrasonografisinde, sol femur medialinde, inguinal bölgeden diz seviyesine dek uzanan, kas içi yerleşimde olduğu düşünölen 20 cm yüksekliğe sahip, 13x10 cm transvers boyutlu yağ doku ekosunda büyük boyutlu düzgün konturlu kitle izlendi. Yakın nörovaskuler yapı komşuluğı ve şüpheli intramuskular uzanımı nedeniyle hastanın değeriendirilen sol uyluk manyetik rezonans görüntölenmesinde sol adduktor grubu kas planları içerisinde tüm sekanslarda yağ doku ile benzer sinyal özelliğinde IVKM sonrası belirgin kontrastlanma göstermeyen, içerisinde vasküler yapıların izlendiğı 22,5x14,5x12,5 cm boyutlarında düzgün sınırlı intramuskuler lipom ile uyumlu lezyon izlendi. Hastanın mevcut kitlesinin boyutu ve kliniğı göz önünde bulundurulduğunda malign karakter gösterebileceğı düşünölmüş ve major cerrahi öncesi tanısal biyopsi uygulanmış değeriendirilen alanlardaki lipositlerde atipi saptanmamıştır. Tarafımızca genel anestezi altında adduktor kas planları içine yerleşimi mevcut kitle komşuluğundaki nörovaskular yapılardan disseke edilerek ekstirpe edildi. Patolojik değeriendirilmesi 490 gr ağırlığında 17x16x5 cm boyutlarında intramuskuler lipoma olarak sonuçlanan hasta postoperatif takibinin ardından taburcu edilerek ayaktan hasta takibine alındı.

**Olgu 2:** Boyun sol tarafta hareketleri engelleyen ve palpasyonla ele gelen yaklaşık 6 aydır mevcut ve

boyutlarında artış gösteren kitle nedeniyle tarafımıza başvuran, ek hastalığı bulunmayan 52 yaşındaki erkek hastanın yapılan fizik muayenesinde sol supraklavikular alandan submandibular alana uzanan ciltaltı yumuşak kıvamlı düzgün sınırlı palpasyonla hassasiyet alınmayan, en geniş çapı yaklaşık 10 cm olan kitle tespit edildi. Nörovasküler komşuluklar ve yerleşim loju belirlemek için lipom öntanısıyla tetkik ettirilen boyun manyetik rezonans görüntülemesinde, solda supraklavikuler düzeyden başlayarak superiorda C3 seviyesine dek uzanım gösteren T1 ve T2A da hiperintens sinyal özelliğinde yağ baskılı sekanslarda baskılanan 7.3 x 6.9 cm boyutlarında yağ intensitesinde lezyon görünümü izlendi. Tarafımızca genel anestezi altında boyun sol tarafta sol supraklavikular alandan servikale uzanan kitle uygun dekolasyon ve nörovasküler korunumlu desseksiyonun ardından ekstirpe edildi. Makroskopik değerlendirmesi 11 x 9 x 3 cm ölçülerinde kısmen düzgün sınırlı kapsüllü, parlak sınırlı sarı renkte yağlı görünümüne doku parçası olarak yapılan kitlenin mikroskopik tanısı lipoma olarak sonuçlandı. Postoperatif komplikasyon yaşanmayan hastanın taburculuğu sonrası, ayaktan hasta olarak rutin takibine devam edilmektedir.

Tartışma: Prevalansı %1 civarı olup, yavaş büyüme paternine sahip, benign karakterli mezenkimal tümörler olan lipomlar vücudun her yerinde görülebilmekle beraber en sık gövde ve ekstremitelerde görünür. Bunların ancak %13'ü baş ve boyuna yerleşimlidir. Çoğunlukla subkutan yerleşimli olan lipomlar, intramusküler, intermusküler, interosseöz ve iç organlarla ilişkili olabilirler. Bu lokalizasyonlardaki lipomların tespiti zor olduğundan oldukça büyük boyutlara gelinceye kadar fark edilmeyebilir. Dev lipomların en büyük problemi kozmetik sorunlar yaratması ve bulunduğu yere göre fonksiyonel kısıtlılıklara yol açmasıdır. Bunun dışında muhakkak değerlendirilmesi ve gözden geçirilmesi gereken kısım ise malign dönüşüm ihtimali ve malign neoplastik oluşumlardır. Yumuşak doku malignitelerinin yaklaşık %7-27'sini liposarkomlardan oluşmaktadır. Malign oluşum düşündürülen atipik lokalizasyona sahip dev lipomların USG ve MR gibi preoperatif planlamada yardımcı görüntüleme yöntemleriyle ayrıntılı olarak değerlendirilmesi, hem güvenli cerrahi teknik hem de patolojik öntanılar açısından mutlaka yapılması gerekenlerin başında gelmektedir. Bizim olgularımızda kitlenin kas ve nörovasküler yapıların arasında derin planda olmasına rağmen patolojileri lipoma olarak raporlanmış ve malign progresyon gözlenmemiştir.

#### Resim 1



Sol uyluk medialdeki dev lipom olgusu

#### P-194

### Levator ile Fonksiyonel Glabellar Flep Kullanılarak Üst Göz Kapağı Rekonstrüksiyonu

Mehmet Bilgehan Sarı, Özlenen Özkan, Ömer Özkan

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

Giriş: Göz kapağı rekonstrüksiyonunun primer amacı gözü koruyan ve normal görüğe izin veren fonksiyonel gözkapaklığını yeniden sağlamaktır. Normal göz yaşı korneal netliği ve hasta konforunu sağlamak için gereklidir. En önemli sekonder hedef ise perioküler bölgenin sosyal ilişkilerdeki önemi nedeniyle iyileştirilmiş bir görünüm sağlamaktır. Gözkapaklığı dokusunun kaybı sıklıkla neoplazmların cerrahi olarak çıkarılması sonucu oluşmakla beraber, ayrıca yanıklar, travma, nekrotik enfeksiyonlar, konjenital kolobomlar ve medikal müdahaleler (steroid enjeksiyonları, kriyoterapi ve radyasyon) sebebiyle de görülebilmektedir.

Göz kapağı rekonstrüksiyonunda cerrahi amaçlar korneayı korumak ve ıslaklığını sağlamak amacıyla rekonstrükte edilen gözkapaklığının içinin non-keratinize mukozal epitel ile kaplanmasıdır. Bununla birlikte rotasyonel olarak stabil göz kapağı marjini sağlayarak gözü deri, lanugo kılları ve kirpiklerden korumak gerekmektedir. Ayrıca rekonstrükte edilmiş göz kapağının her alanda göz küresine posterior appozisyonu sağlamak gereklidir. Göz kapağına destek olması ve şeklini sağlaması amacıyla görece hareketli, sağlam bağ doku taslağı oluşturmak ve göz kapağını kapama, göz kırpması ve göz kapağının göze posterior appozisyonuna destek olması için yeterli protrakör kas olmasını sağlamak gereklidir. Göz kapağı açılmasına engel olabilecek orbital septal kontraktür ve bağlantıların olmamasına dikkat edilmelidir. Normal göz kapağı açılmasını sağlayacak ince deriyi sağlayabilmek ve üst göz kapağının pupilin önünü kapatmamasını sağlayabilecek yeterli levator kas fonksiyonu sağlamak da göz rekonstrüksiyonunun amaçlarından birisidir. Kontralateral göz ile simetriyi korumak amacıyla rekonstrükte edilen göz kapağının, medial ve lateral kantusların uygun boyut ve şeklinin sağlanması ve minimal görölür skar elde edebilmek göz kapağı rekonstrüksiyonunda hedeflenmesi gereken amaçlardır.

Üst göz kapağı rekonstrüksiyonunda, defekt %25 ten küçük ise direkt kapamak, %25-50 arasında ise, lateral kantolizis ile direkt kapama veya tarsal rotasyon flebi ve deri-kas flebi veya deri grefti, %25-75 arasında ise tarsokonjunktival greft ve deri-kas flebi, %33-66 arasında ise periosteal flep ile semisirküler flep, %50-100 arası ise Cutler-Beard flebi kullanılabilen yöntemlerdendir.

Glabellar flep daha çok medial kantusun derin defektlerinde tercih edilir. Posterior lamellar rekonstrüksiyon gerektirmez. Glabellar bölgede ters "V" oluşturulup daha sonra "Y" ye çevrilerek medial kantusa transferi kolaylaştırılır. Eğer defekt küçük ise flep kaydırma flebi olarak kullanılıp, fazlalık kısmı kesilebilir. Alternatif olarak rhomboid ve bilobe flepler de küçük defektlerde kullanılabilir. Eğer defekt büyük ise flep transpozisyon flebi olarak kullanılabilir. Medial kantus defektlerinde kullanılan glabellar flep, eğer defekt üst ya da alt gözkapaklığına uzanıyorsa, gözkapaklığı defektini kapatmak için kullanılacaksa ek prosedürler kullanmak gerekli olabilir. Glabellar flep ve Cutler-Beard flebi kombinasyonu veya glabellar flep ve Hughes tarsokonjunktival flebi kombinasyonu gibi. Bununla beraber glabellar flep uygun yardımcı prosedürler, mukozal greft, levator bağlanması, ile üst göz kapağı için de uygun olabilecektir.

Olgumuzda üst göz kapağı rekonstrüksiyonunda glabellar flep kullanılarak, disseke edilen levator kasi flebe sütüre edilmiş, bu şekilde üst göz kapağı fonksiyonu korunması amaçlanmıştır.

**Hasta ve Metod:** Bu olgu sunumumuzda sağ üst gözpakağı medialindeki tarsi fiks verrüköz subkutan lezyonu bulunan 67 yaşındaki kadın hastanın cerrahi yönetimi sunulmuştur. Sağ üst gözkapağında tarsi invaze BCC kitlesi 0.5cm marjinle eksize edilmiştir. Göz kapağında üst seviyede suprapalpebral folda kadar uzanan, totale yakın yaklaşık göz kapağının %80 ini içeren defekt oluşan hastanın sağ buccal mukozasından 3.5x2cmlik mukozal greft alınarak doku defekti olan alana inset edilerek, konjonktival bütünlük sağlanmıştır. Sol supratrochlear arter tabanından glabellar flep 6x2.5cmlik kaldırılarak subdermal yağ doku korunarak inceltirilmiş ve sağa rotate edilmiş ve inset edilmiştir. Whitnall ligamanı seviyesine kadar disseke edilen levator kasına uzunluk kazandırılmış ve flep üzerinde gözkapağı açıklığı sağlayabilecek kadar inferiora sütüre edilmiştir. Sağ göze tarsorafi sütürü uygulanmıştır.

**Sonuçlar:** Hastanın takibinde hematoma ya da enfektif bulguya rastlanmadı. Gentamisin göz damlası ve kloramfenikol göz pomadı kullanıldı. Postop 1. ayda yapılan kontrollerinde hastanın göz açıp kapatma fonksiyonunun normal olduğu gözlemlendi. Lagofthalmus gözlenmedi. Yapılan levator fonksiyon muayenesinde levator fonksiyonunun orta-iyi düzeyde olduğu saptandı.

**Tartışma:** Deri kanserleri yüz bölgesinde sık görülmekte olup, özellikle göz kapağında ve çevresinde bulunduğu eksize sonrası estetik ve fonksiyonel özellikleri tekrar sağlamak oldukça güçtür. Hastamızda sağ üst göz kapağından bazal hücreli karsinom eksizeyonu sonrası uyguladığımız mukozal greft ile konjonktival örtü sağlanmış ve levatorun glabellar flep atışmanı sağlanarak rekonstrüksiyon yapılmıştır. Bu yöntemin üst göz kapağının rekonstrüksiyonunda hem fonksiyonel hem de estetik açıdan faydalı olduğu gözlenmiştir. Bu yöntemin özellikle tam ve tama yakın üst göz kapağı tümöral lezyonlarının rekonstrüksiyonunda hem fonksiyonel hem de estetik olarak kullanılabileceği kanısındayız.

#### preop, intraop, postop



#### P-195

#### Önkol Kaposi Sarkomunda Sirküler Tarzda Büyük Boyutta ALT Flep ile Onarım

Mehmet Dadacı, Serhat Yazar, Bilsev İnce, İlker Uyar, Mehmet Cem Yıldırım  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

Kaposi sarkomu (KS) vasküler endotelial hücrelerinden koken alan mezenkimal kaynaklı bir tumordür. Viral onkogenezinin, özellikle de human herpesvirus-8 (HHV-8)'in patogeneizde önemli rolü olduğu bildirilmiştir. Klinik ve epidemiyolojik olarak farklı kategoride

sınıflandırılmakla birlikte prognozu en iyi olan klasik tip Kaposi sarkomudur (KKS) ve çoğunlukla alt ve üst ekstremitelerde ve de ileri yaşlarda görülür. Özellikle doğu Avrupa, Akdeniz ve Yahudi ırkında daha sık görülmektedir. Geniş cilt kayıpları söz konusu olduğunda kullanılabilecek flep seçenekleri sınırlıdır. Uyluk bölgesi büyük cilt adası de içeren çok sayıda flebin hazırlanmasına izin veren verimli bir alandır.

**Olgu:** 80 yaşında bayan hasta sol ön kolunun dorsal ve ventral yüzünde multipl sayıda en büyüğü 5x5 cm boyutunda nodüler ve ülserle kiteller ile tarafımıza başvurdu. lezyondan alınan insizyonel biyopsi ile histopatolojik olarak kaposi sarkomu tanısı konuldu. Lenf nodu ve iç organ taramalarında herhangi bir tutulumu görülmedi. Manyetik rezonans görüntülerinde plantar fasya ve fleksor kaslarda da tutulum olduğu görüldü. Hasta ve yakınları ile konuşulduğunda ön kol amputasyonu kabul edilmedi. Dorsal ve ventral yüzdeki multipl tutulumu nedeni sirküler tarzda kas fasyaları da dahil edilerek tendonları açıkta bırakmak zorunda kalınan tümör eksizeyonu yapıldı. Mevcut defekt sağ uyluk anterolateralinden planlanan 25x15 cm lik serbest anterolateral thigh flep ile onarıldı. Mikrocerrahi teknikle lateral femoral sirkumfleks arter radial arterin proksimaline anastomoze edilirken, LCFA'nın inen dalı radial arterin el bileğine yakın distal kısmına anastomoz edilerek böylelikle radial arterdeki gap de onarıldı. postoperatif erken dönemde flebin ödeme bağlı dolaşım problemleri korkulduğu kadar gözlenmedi. Hastanın postop 6. ayında herhangi bir lokal nüks veya sistemik tutulum gibi komplikasyona rastlanmadı.

**Tartışma:** Klasik tip Kaposi, kronik, ilerleyici fakat hayatı tehdit etmeyen bir hastalıktır. İleri yaş, diyabet ve steroid ilaç kullanımı risk faktörleridir. Klasik tip Kaposi sarkomu lezyonları genellikle ekstremitelerde ve daha çok alt ekstremitelerde deri ve subkutan dokuyu tutar. Nadiren visceral organ ya da lenf nodu tutulumu olabilir. Lezyonlar başlangıçta soliter asemptomatik makul ya da nodul şeklindedir. Progresyonu değişkendir. Lezyonlar yıllarca değişmeden kalabileceği gibi birkaç hafta içinde hızla buyuma gösterebilirler. Hızlı buyuma lokal ağrıya ve kanamaya neden olabilir. Klasik tip Kaposi sarkomunun sınıflandırılmasında deri lezyonlarının lokalizasyonu, visceral tutulum, lenfodemi, ulserasyon ve ağrı gibi komplikasyonların varlığı değerlendirilir. Tedavide, tumurun karakterine göre, Evre I ve II hastalıkta lokal tedavi (cerrahi eksizeyon, lazer, kriyoterapi, radyoterapi ve intralezyonel kemoterapi) ile Evre III ve IV hastalıkta sistemik tedavi (interferon-α, vinka alkaloidleri, bleomisin, doksorubisin) yaklaşımı tercih edilir. Anterolateral uyluk flebi (ALT) flep hazırlanması sırasında pozisyon değişikliği ge-rektirmemesi, arter ve ven çaplarının geniş olması, uzun vasküler pedikül boyu, büyük boyutlarda hazırlanmasına rağmen minimal donör alan morbiditesine sahip olması, şekil verilebilir olması flebin en önemli avantajları arasında sayılabilir. Özellikle onkolojik cerrahi sonrası ölü boşlukların kapatılması için flebe vastus lateralis kasının dahil edilebilir olması önemli-dir. Anterolateral uyluk flebi baş boyun bölgesi defektlerinde uzun zamandır kullanılmasına rağmen, özellikle son yıllarda ekstremitelerde de çok uygun bir seçenek olduğu fark edilmiş ve sıkça kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle büyük boyutlu fleplerde, fonksiyonel defisit yaratmadan hazırlanabilmesi, ana arterlere zarar vermeden flebin kaldırılması ve ekstremitelerde dolaşımını etkilememesi flebi ekstremitelerde rekonstrüksiyonu için uygun hale getirmektedir.

**Sonuç:** Minimal donör alan morbiditesi ile büyük defektlerin rekonstrüksiyonuna bol miktarda kaliteli cilt örtüsü olarak sağlamaktadır. Vasküler pedikülünün çapının geniş olması, hem cilt hem yumuşak doku miktarının fazlalığı ve perforatör varlığı açısından güvenilir olması flebin tarafımızca dikkat çekilen avantajlarıdır.

Kaynaklar

1-Schwartz RA. Kaposi's sarcoma: an update. J Surg Oncol 2004; 87: 146-151.

2-Pantanowitz L, Dezube BJ. Advances in the pathobiology and treatment of Kaposi sarcoma. Curr Opin Oncol 2004; 16: 443-449.

3-Tourlaki A, Bellinva M, Brambilla L. Recommended surgery of Kaposi's sarcoma nodules. J Dermatolog Treat 2015; 26(4): 354-6.

resim 1



P-197

**Orta Hat Dermoid Kistlerinin Farklı Klinik Prezantasyonları**

Şeyda Güray Evın, Osman Akdağ,  
Mehtap Karamese, Zekeriya Tosun  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

**Giriş:** Dermoid kistler ektoderm ve mezodermden köken alan nadir görülen benign neoplazmlardır. Saç folikülleri, düz kaslar, ter, sebace bezler ve fibroadipoz doku gibi dermal derivelere eşlik eden skuamöz epitel ile karakterize bir yapısı vardır. (1)Genellikle doğumda mevcut olmalarına rağmen farklı yaşlarda da prezente olabilirler. Superfisyal ve derin diye ayrılırlar derin olanlar hayatın daha geç döneminde ortaya çıkabilir.(2) Dermoid kistlerin %7 si baş bölgesinde bulunur ve en sık periorbital,nazal, submental ve kranial sutureler boyunca görülürler. Pryor ve ark yaptığı çalışmada orta hat nazal ve alındaki dermoid kistlerin insidansı %16 olarak bulmuşlardır. Bunların arasında özellikle nazal olanlar farklılık arz etmektedir. Bir kist, bir sinüs, bir fistül hatta intrakranial uzanımı bile başvurabilirler. 20.000-40.000 canlı doğumda bir görülürler. Embriyolojik olarak frontonazal bölgenin gelişimi sırasında nöroektodemin tamamlanmamış obliterasyonu sonucu meydana gelirler. Bu bölgedeki kistlerin progresif büyümeleri yumuşak doku ve iskeletsel deformitelere, lokal enfeksiyona, menenjitte ve beyin absesine neden olabilir. Bu amaçla cerrahi eksizyon tek tedavi seçeneğidir. Daha nadir ve başka bir prezentasyon şekli de kranial suturelara ya da fontanelle boyuncadır. Bu kistlerin yaklaşımı daha karmaşık olup multidisipliner çalışmayı gerektirir. Bu çalışmanın amacı dermoid kistlerin en nadir bulundukları nazal bölge orta hattı ve kranial sutura alanında kisti bulunan 2 vaka üzerinden dermoid kistin farklı prezantasyonlarını tartışmaktır.

**Olgular Ve Yöntem:**

**Olgu 1:** 18 y bayan hasta burun dorsumunda bir sinüs ağzı ile başvurdu. Yaklaşık 10 yıldır mevcut olan bu lezyondan zaman zaman sebaceöz içerikte bir komponent gelmekteydi. Hasta bazen de bu sinüs ağzının proksimalinde oluşan şişliği gidermek amaçlı, bu bölgeyi manüple ederek içeriğin drenajını sağlıyordu. Muayenede; burun dorsumunda yalnızca bir sinüs ağzı görülüyordu. Çapı 0.60 mm,uzunluğu 19 mm olan bir kanül kullanılarak sinüsün uzunluğu belirlendi. Sadece bu kanülü alabilecek genişlikte ve yaklaşık 16 mm uzunlukta idi. Frontonazal prosese kadar uzanımı mevcuttu. Manyetik rezonans (MR) ile kist analiz edildi. Burun dorsumunda T1 ağırlıklı kesitlerde hiperintens görünüme sahip kistik lezyonu mevcuttu fakat intrakranial uzanımı yoktu. Poliklinik şartlarında hasta lokal anestezi altında operasyona tabi tutuldu. Sinüs ağzını eksize edecek şekilde yapılan vertikal insizyondan frontonazal prosese kadar ilerlenerek fistül tamamen eksize edildi. Özellikle frontonazal bölgede yoğunlaşan kıl, yağ bezleri gibi dermal kalıntılara rastlandı.

**Olgu 2:** 4.5 y erkek hasta saçlı deri alın bileşkesinde bir kitle ile başvurdu. Doğumdan beri mevcut olan fakat son yıllarda büyüme gösteren kitle saç-deri bileşkesinde belirgin şişliğe ve deformasyona neden olmuştu. Yapılan MR incelemesinde frontalde metopik suture seviyesinde cilt altı yağ dokuda yerleşim gösteren T1 ve T2 ağırlıklı görüntülerde içerisinde yağ komponenti bulunduran sagittal sinüse invaze olmuş kistik yapı izlendi. Kistin frontal kemiği erode eden dermoid kist yapısı olabileceği düşünüldü ve cerrahi eksizyonuna karar verildi. Bitemporal insizyon kullanılarak diseksiyon yapıldı. Kitlenin intrakranial uzanımı olduğu cerrahi sırasında da görüldü. Dekompresif kraniektomi yapılarak kitle ve etrafındaki dura tamamen ortaya kondu. Kitlenin superior sagittal sinüsle ilişkili olduğu görüldü. Sinüsle olan bağlantıları klipslenerek kitle sinüsten ayrıldı.

**Bulgular:** Hastaların 12 ay takip edildi. Operasyon sonrası erken ve geç dönemde herhangi bir komplikasyona rastlanmadı. 12 aylık takiplerde herhangi bir nüks bulgusuna rastlanmadı.

**Tartışma:** Dermoid kistlerin baş boyun bölgesinde bulunduğu 3 yer; frontotemporal, periorbital ve nazoglabellar bölgelerdir. Bulundukları bölgeler itibariyle birçok cerrahi branşın da ilgi alanına girerler. Komplikeleşmiş olanları bizim olgu 2 miz de olduğu gibi multidisipliner yaklaşım gerektirir. Nazal ve kranial suturelar boyunca olanları bu prezantasyonlar arasında en nadir olanlarıdır. Preoperatif intrakranial uzanımın olup olmadığının gösterilmesi önemlidir. Biz vakalarımızda Manyetik Rezonans ile görüntülemeyi kullandık fakat bu amaçla bilgisayarlı tomografiler de kullanılabilir. Bu hastalarda uygulanacak cerrahi tedavi lezyonun yeri ve uzanımına bağlı olarak lokal eksizyondan intrakranial ve ekstrakranial yaklaşımların beraber olduğu prosedürlere kadar değişebilmektedir. (3) Bizim vakalarımızın ilkinde lokal anestezi altında bile eksizyon yapılabilişken 2. Vakada intrakranial prosedürler kullanılmış ve multidisipliner yaklaşım gerektirmiştir.

**Referanslar**

1. Noam Armon, MD, Sivan Shamay, MD, Alexander Maly, MD, and Alexander Margulis, MD, Occurrence and Characteristics of Head Cysts in Children, Journal of Plastic Surgery, Volume 10, 2010
2. Nguyen Si Pham, M.D., Arthur Brooks Dublin, M.D., and Edward Bradley Strong, M.D., Dermoid Cyst of the Orbit and Frontal Sinus: A Case Report, Skull Base/Volume 20, Number 4 2010
3. Carl C. Nydell, Jr., M.D., James K. Masson, M.D., Dermoid Cysts of the Nose: \* A Review of 39 Cases, Annals of Surgery, Volume 150, Number 6, December 1959

**P-199**

**Malign Melanomda Atipik Lenf Nodu Metastazları**

Selami Serhat Şirvan, Fatih Irmak,  
Kamuran Zeynep Sevim Aytuğ,  
Mecd Atif Cezayirlioğlu, Ali Can Güneç,  
Favziye Kabukcuoğlu, Aysin Karasoy Yeşilada  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim  
ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik  
Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Malign melanoma deri kanserleri içerisinde %3 oranında görülmesine rağmen deri kanserine bağlı ölümlerin %75'inden sorumludur (1). Son 3 dekat içerisinde melanom insidansı ciddi oranda artış göstermekte olup hayatı boyunca melanom gelişme ihtimali erkeklerde 1/40, kadınlarda ise 1/60 tır (2). Melanom tanı, tedavi ve yönetiminde bazı detaylı konular değişkenlik göstermekte bu durumda komplike hale gelebilmektedir.

Olgu 1: Elli iki yaşında erkek hasta kilo kaybı, kusma, karın ağrısıyla başvurduğu merkezde öncelikle medikal tedavisi düzenlenmiş ancak şikayetlerin devam etmesi üzerine çekilen batin ultrasonda bağırsaklarda kalınlaşma tespit edilmiş bunun üzerine çekilen kontrastlı bağırsak skopisinde 7.5x2.5 santimetrelilik kitle saptanması sonucu, ince bağırsak segmental rezeksiyonu uygulanmış. Patoloji sonucunda melanom metastazı gelen hasta, hastanemiz onkoloji bölümüne sevk edilmiştir. Postoperatif olarak primer odak taraması amacıyla gastroenteroloji, göz, dermatoloji ve KBB konsültasyonları istenmiş, gastrointestinal sisteme yönelik endoskopi yapılmış olup hastada primer odak saptanamamıştır. Postoperatif dönem takiplerinde tüm vücut PET CT incelemesinde sol uyluk posteriorunda biceps femoris kasın komşuluğunda 12x6x6 mm lik kas içi metastatik lezyon saptanması üzerine hastaya öncelikle mevcut kitleden eksizyonel biyopsi uygulandı. Patoloji sonucunda melanom metastazı gelen hastaya onkoloji tarafından 9 ay temodal tedavisi düzenlenmiştir. Takiplerinde sağ diz eklem medialinde kitle saptanması üzerine alınan insizyonel biyopsi sonucunda melanom metastazı gelmesi üzerine sol inguinal sentinel örneklem ve sol popliteal diseksiyon yapıldı. Patoloji sonucunda inguinal ve popliteal alanda metastaz olarak sonuçlanan hastaya ek olarak inguinal diseksiyon yapıldı. Hastaya onkoloji tarafından ekstremitte perfüzyon tedavisi düzenlenmiş olup yapılan takiplerinde tanısı sonrasında 5. yılında ex oldu.

Olgu 2: Yaklaşık 20 yıldır sol taraf ön kol dorsumda kitle şikayeti olan 44 yaşında erkek hastanın son 3 yıldır mevcut kitede değişiklik olması nedeniyle başvurduğu merkez tarafından polikliniğimize sevk edilmiş. Melanom ön tanısı ile eksizyonel biyopsi yapılan hastanın patoloji sonucunda yüzeysel yayılan malenaoma, Breslow:1 mm saptanması üzerine sentinel lenf nodu biyopsisi ve sınır genişletme uygulandı. Patoloji sonucunda sentinel lenf bezi tutulumu saptanan hastaya aksiler küraj uygulandı ve sonrasında takip amaçlı onkolojiye yönlendirildi. Düzenli olarak takip edilen hastanın operasyondan 2 yıl sonra PET CT de epitrochlear malign karakterli kitle şüphesi üzerine hastaya epitrochlear diseksiyon uygulandı.

Tartışma: Malign melanom hastalarında ana ölüm nedeni yaygın metastaz gelişmesidir (3). Melanomda metastaz; lokal lenf nodlarına, satellit veya intransit lezyonlara veya uzak organ metastazı şeklinde ortaya çıkmaktadır. Tuebien Üniversitesinde yapılan retrospektif çalışmada 20 yıllık melanom vakaları taranmış 3001 hastanın 466 tanesinde metastaz izlenmiştir. Metastazların %50 sinin reyonel lenf nodlarına, %22 sinin satellit veya in transit metastaz,

%28 inde ise uzak deriyide içerecek şekilde uzak organ metastazları olduğu saptanmıştır (4).

Sonuç: Tüm dünyada malign melanom sayı ve sıklığı artmaktadır. Malign melanomlu hastalarda tedavi sonrası rutin radyolojik görüntülemelerle takipler yapılmaktadır. Popliteal ve epitrochlear gibi tipik metastaz olmayan bölgelerin de dikkate alınması prognozda ve morbiditede önem taşımaktadır.

**Kaynaklar**

1. Dzwierzynski WW. Managing Malignant Melanoma Plast Reconstr Surg. 2013 Sep;132(3):446e-60e
2. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, Thun MJ. Cancer statistics, 2008. CA Cancer J Clin. 2008 Mar-Apr;58(2):71-96.
3. Zbytek B, Carlson JA, Granese J, Ross J, Mihm MC Jr, Slominski A. Current concepts of metastasis in melanoma. Expert Rev Dermatol. 2008 Oct;3(5):569-585.
4. Meier F, Will S, Ellwanger U, et al. Metastatic pathways and time courses in the orderly progression of cutaneous melanoma. Br J Dermatol 2002;147(1):62-70.

**Olgu 2**



Preop, Pet CT, Perop görüntü

**P-200**

**Farklı bir Akrosindaktili Olgusu; Gizli Parmak**

Mehmet Dadacı, Serhat Yazar, Bilsev İnce,  
İlker Uyar, Mehmet Cem Yıldırım  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

Giriş: Sindaktili 2000 canlı doğumda bir görülen estetik ve fonksiyonel olumsuz sonuçları olan konjenital bir anomalidir. Konjenital el deformiteleri içerisinde en sık rastlanılan ve intrauterin 7 ve 8. haftalarda parmakların birbirinden ayrılması esnasında apopitoz bozukluğu sonucu oluşan

yumuşak doku ve kemiklerdeki füzyon bozukluğunun olduğu bir deformitedir. Literatürde tanımlanma zamanı eski Yunan hekimlerine kadar uzandığını görmekteyiz. Sıklıkla kullanılan sınıflama basit ya da kompleks sindaktilin; komplet yada inkomplet görülmesi şeklinde düzenlenmesine karşın klinik prezentasyon olarak birçok farklı şekli bulunması nedeniyle sınıflamalarda uzlaşma sağlanamamış bir deformitedir. Bu sınıflamanın pek çok tipi tanımlamada yetersiz olduğu görülmüştür. Akrosindaktili, klindodaktili, sinostoz, yarı el ve polidaktili gibi izole el deformitelerine eşlik edebilir. Ayrıca Apert, Poland's, Pfeiffer, Holt-Oram gibi sendromların parçası olarak da bulunabilir.

**Olgu:** 18 yaşındaki ailesel sindaktili öyküsü bulunmayan erkek hastamız, sporadik özellikte kompleks ve komplet olarak sınıflandırılmasına karşın 4. parmakta orta falanks ve distal falanksda 2 adet canlı tırnak bulunmasıyla mevcut sınıflandırmadaki literatürdeki vakalardan farklı olan nadir prezentasyon olarak karşımıza çıktı. Sindaktili grubunda sınıflanabilmesine karşın; göz, kulak ya da orofasiyal bölgede bir lezyonun eşlik etmemesi ile sendromik olgulardan ayırt edildi. Cerrahi esnasında tüm vasküler yapılar doğal olarak izlendi. 4. parmak orta falanks hizasında sindaktili cildine gömülü tırnak ve yatağı görüldü. Fonksiyonel olmayan tırnak ve yatağı nörovasküler yapılar korunarak ampute edildi. Cerrahi sonrası, yara yeri ve dolaşım problemi görülmeyen hastanın; 3 aylık takibinde herhangi bir sorun görülmedi.

**Tartışma:** Sindaktili gestasyonel dönemin organogenez evresinde, bölünme defekti sonrasında meydana gelen ve fonksiyonel sonuçları nedeniyle olabildiğince erken müdahale edilmesi gerekli olan; daha çok erkek nüfusta görülen gözlenen konjenital el anomalisidir. Sindaktili 300'den fazla herediter sendroma eşlik edebileceği gibi izole olarak da gözlenebilir. F-sendromu, Apert sendromu, Apert, Poland's, Pfeiffer, Holt-Oram Seathre-Chotezen sendromu gibi sendromların bir parçası olabilir ya da izole olarak çok farklı prezantasyonlarda görülebilen sindaktilin bu durumu, sınıflama güçlüklerini de beraberinde getirmektedir.

2012 yılında sendromik olmayan sindaktili tipleri fenotipik özellikleri de göz önünde bulundurularak 9 farklı tip ve subtipler olarak yeni bir sınıflama ile literatüre dahil edilmiştir. Kemik tutulumunun tanımlanması ve karakterizasyonu sendromik ve sendromik olmayanların ayırımı için önemlidir. Yenidoğanlarda bu özellikle önemlidir, çünkü malformasyonlar, spesifik bir teşhisi düşündürülebilir ve sendromik bir hastalığın tanı koydurucu bir parçası olarak ortaya çıkabilir.

Bizim olgumuzda klinik olarak hastanın 3. ve 4. Parmakta sindaktili mevcuttu. Elin radyografisi ile kemik tutulumunun daha fazla değerlendirilmesine sağlandı. Sendrom açısından hastamızı karşılaştırdık ve nonsendromik olduğuna karar verdik. Bilinen nonsendromik sindaktili ile aslında çok iyi Genetik test eksikliği olgumuzu değerlendirmede kısıtlılık oluşturdu. Bununla birlikte, hiçbir yakınında sindaktili bulunmamaktaydı.

**Sonuç:** Olgumuz bir sendromun parçası olmadan izole olarak görülen bir sindaktili tipi olarak; basit tipte sindaktiller içerisinde bir sınıflamaya tam olarak dahil edilememesi nedeni ile literatürdeki nadir bir örnek olarak karşımıza çıkmıştır.

**resim 1**



## P-201

### Dev Parotis Tümöründe Cilt Fleplerinin Kullanımı

Emrah Kağan Yaşar<sup>1</sup>, Can İlker Demir<sup>2</sup>, Ahmet Demir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>TC Sağlık Bakanlığı, Bingöl Devlet Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

**Giriş:** Pleomorfik adenom parotisin en sık görülen benign tümörüdür. Genellikle yavaş seyirli ve yıllar içerisinde büyürler. %3-4 oranında malign dejenerasyon gösterebilmektedirler. Cerrahi yapıldığında genellikle ortalama 2-6 cm civarı bir çapa sahip olmaktadır.<sup>1</sup> Nadiren de ağrısız yavaş büyüme nedeni geç başvurular olabilmektedir. Bu hastalarda kitle dev boyutlara ulaşabilir ve büyük boyutlar nedeniyle skar ve preauriküler kontür yönetimi zorlaşmaktadır.

**Amaç:** Dev boyutlara ulaşan parotis kitlesinde cilt fleplerinin kontür düzeltilmesinde ve Frey Sendromu riskinin önlenimi almada kullanılabilirliğini göstermek.

**Olgu:** Sol yanakta kitle şikayetiyle tarafımıza başvuran 68 yaşında bayan hastanın yapılan fizik muayenesinde sol preauriküler bölgede 9x6 cm'lik ağrısız mobil yumuşak kıvamlı cilt altı kitle izlendi. Maksillofasiyal tomografisinde sol parotis yüzeysel lob kaynaklı olduğu düşünülen 8x5x5 cm'lik, içerisinde kalsifikasyon ve vasküler komponentler barındıran kitle rapor edildi. İnce iğne aspirasyon biyopsisiyle malign dejenerasyonun dışlanmadığı pleomorfik adenom teşhisi konduktan sonra vücut taramaları negatif gelen hastaya öncelikle yüzeysel parotidektomi planlandı. Fizik muayenede kitlenin kulak inferiorundan sol oral angulusun 1 cm laterale kadar uzandığı görüldü. Kitlenin diseksiyonunu kolaylaştırmak için klasik preauriküler insizyondan uzaklaşıldı ve kitle ortasından girilerek diseksiyon yapıldı. Fasiyal sinirin bütün dalları korunarak kitle rezeksiyonu yapıldı. Preekspanse cildin karşılıklı superpoze edilmesiyle, elde kalan fazla cilt dokusu hesap edildi. Preauriküler flep deepitelize edildi ve skar mümkün olduğunca preauriküler bölgeye yaklaştırıldı. Dolayısıyla cilt ile parotis bölgesi arasında ikinci bir fasyal

tabaka elde edildi ve hem Frey sendromu için önlem alınmış hem de oluşabilecek kontür düzensizliği asgariye indirilmiş oldu. Taktipte ana kitlenin patolojisi pleomorfik adenom olarak raporlanan hasta klinik takibe alındı.

**Sonuç:** Parotis kitlelerinin çoğu selimdir ve yüzeyel lob kaynaklıdır. Kitle büyüklüğüne ve süresine göre parotidektomi sonrası oluşan yumuşak doku defekti, yanak ve preaurikuler bölgede çukur görünüm gibi kontür düzensizliği yapabilir. Benzer şekilde aurikulotemporal sinirin aberran rejenerasyonu ile Frey sendromu oluşabilir. Bu problemleri çözmede kas transpozisyonu, dermofat greft ve aselüler dermal matriks kullanılabilir.<sup>2</sup> Parotis kaynaklı dev kitlelerin ekspande ettiği cilt fleplerinin deepitelize hale getirilerek kullanımı zaman ve maliyet açısından yararlı olabilir.

**Kaynaklar:**

1. Huge pleomorphic adenoma of deap lobe origin in the parotid gland. Ciecior E, Sowa P, Adamczyk-Sowa M. Otolaryngol Pol. 2009 Sep;63(7):87-8.
2. Predictors for Frey Syndrome Development After Parotidectomy. Lee CC, Chan RC, Chan JY. Ann Plast Surg. 2017 Jul;79(1):39-41.

**Operasyon öncesi ve esnasındaki görüntüler**



a,b)Operasyon öncesi hastanın görünümü c,d) Cilt fleplerinin deepitelize edilmesi ve superpozisyonu e) Kitlenin makroskopik görünümü f) Operasyon bitiminde insizyonun yeri

**P-202**

**Süperfacial İnförior Epigastrik Arter Flebi ile Vezikokutanöz Fistül Onarımı, Olgu Sunumu**

Mehmet Dadacı, Orkun Uyanık, Bilsev İnce, Serhat Yarar, İlker Uyar  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

**Giriş:** Süperfacial inferior epigastrik arter (SIEA), derin inferior epigastrik arterden sonra karın alt kadranda deri ve deri altı dokunun en önemli besleyici arteri konumundadır. SIEA başta meme rekonstrüksiyonu olmak üzere karın öndüvar defektleri gibi durumlarda pediküllü veya serbest flep olarak günümüzde kullanılmaktadır. SIEA flebin

çeşitli anatomik olarak varyasyonları mevcuttur. SIEA olguların% 17>inde inguinal bağın 2-3 cm altında femoral arter kaynak alır ve direkt kutanöz dalları verir ya da hastaların% 48>inde süperfacial sirkumfleks iliyak arterden kaynaklanan ortak bir gövdeden çıkar. SIEA insanların % 35>inde mevcut değil veya hipoplastik durumdadır. SIEA flebinin pedikül uzunluğu 4-7cm arasındadır. SIEA çoğunlukla periumbikal perforasyon arterleri anastomoz yapar. SIEA flebinin venöz drenajı çapı 2 ila 4 mm arasında olan süperfacial inferior epigastrik ven ile olur. Bu posterde vezikokutanöz fistülü olan hastanın tedavisinde SIEA flebinin kullanımı tartışılacaktır

**Olgu Sunumu:** 23 yaşında geçirmiş olduğu travma sonrası vezikokutanöz fistülü gelişen ve farklı merkezlerde 3 kez opere edilen hasta tedavi için üroloji kliniğine yatırılan hasta fistül üzerinin skarsız bir doku ile kapatılması için tarafımıza danışıldı. Üroloji kliniğinin tarafından mesane onarımı yapıldıktan sonra ameliyata dahil olduk. Dopler incelemesinde skar dokusunun hemen altında SIEA'nın sağlam olduğu anlaşıldıktan sonra flep dizayn edilerek defekt üzerine gerimsiz şekilde yerleştirildi. 4-5 günlerde mesaneden kaçak devam etmesi üzerine flebin orta hat kenarından idrar gelmeye başladı. Üroloji tarafından sonra tekrar yeni seansta onarım düşünüldüğü için kontrollü fistül devam etti. Hasta halen üroloji kliniği ve bizim takibimizdedir.

**Tartışma:** Günümüzde karın öndüvarı defektleri için derin inferior epigastrik arter flebi, süperfacial inferior arter flebi, transvers rectus abdominis muskuler flebi ve ya lokal flepler kullanılmaktadır. Biz hastamızda minimal donor alan problemi, defekt alanına yakınlığı nedeniyle SIEA flebini uyguladık. Hastalara operasyon öncesi yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi cihazıyla uygulanacak olan SIEA flebinin dolaşımı gözlenebilir. SIEA flebi kas dokusu içermediğinden tram flebinin komplikasyonu olan umbilikal herni, karın ön duvar kontur düzensizliği gibi durumları gözlemedik. SIEA flebin pedikül uzunluğunun kısa olması flebin şekillendirilmesini zorlaştırmakta bu durumda flebin dezavantajlarından biri olarak görülmektedir. Komplike olabilecek vakada yakın komşuluğu olan aksiyel paternli bir flebin defekt için oldukça güvenli, bir flep olduğunu düşünmekteyiz.

**resim 1**



**P-203****Tagliacozzi Flebiyle Onarılan Komplike bir Orbital Defekt: Olgu Sunumu**

Burak Özkan, Ahmet Çağrı Uysal,  
Nilgün Markal Ertaş

Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik  
Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Gaspere Tagliacozzi 16.yy da Bologna İtalya'da yaşamıştır ve cerrahi uygulamaları ile rekonstrüktif cerrahinin kurucusu sayılmaktadır. Burun rekonstrüksiyonu için medial kol flebinin anlatıldığı De Curtorum Chirurgia per Insitionem isimli eseri bilinen ilk plastik cerrahi kitabıdır. 20 ve 21. yy daki gelişmeler birçok rekonstrüktif cerrahi metodunu plastik cerrahi nomenklatürüne sokmuş olsa da yüz bölgesi rekonstrüksiyon basamaklarının tükendiği durumlarda tarihte yerini almış bu metodun hatırlanması ve kullanılması kurtarıcı olabilmektedir. Bu vaka sunumunda komplike olmuş orbital egzenterasyon defektinin Tagliacozzi flebi ile onarımı anlatılmaktadır.

**Vaka Sunumu:** 27 yaşında kadın hasta kliniğimize sağ orbital bölgedeki doku defekti ve ekspoze olan titanyum mesh orbital plağın kapatılması için sevk edildi.(Şekil1a) Öyküsünden hastanın orbita tabanını erode eden retinoblastom tanısı ile eksternal radyoterapi tedavisi gördüğü, radyoterapiye yanıt alınamamış olması neden ile orbital egzenterasyon cerrahisi yapıldığı öğrenildi. Egzenterasyon sonrası orbita tabanının da tümör invazyonu nedeni ile eksize edilen hastada orbita tabanı titanyum mesh koyularak süperfisyal temporal arter ada flebi ile rekonstrüksiyon yapılmıştı. Takip eden dönemde flep tamamında nekroz gelişmesi üzerine defektin radyal ön kol serbest flebi ile rekonstrükte edildiği öğrenildi. Fasiyal arterde gelişen anastomoz problemleri nedeniyle radyal ön kol flebinin de kaybedilmesi üzerine hasta kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sağ inferior orbital rim ve üzerinde titanyum plak ekpozisyonu, fasiyal arter ve temporal bölgede operasyon skarları mevcuttu. Hasta yüz bölgesinde kesinlikle ek cerrahi skar istemediğini belirttiği için rekonstrüksiyon için lokorejyonel alın flebi, yüz flepleri seçenekleri planlanmadı. Radyasyon hasarı nedeni ile serbest flep cerrahisi için aday görülmeyen hastaya medial ön kol flebinin interpolasyon flebi olarak defekt bölgesine adapte edilmesi planı yapıldı. Medial ön kol bölgesinden proksimal bazlı olarak kaldırılan 8x8 cm boyutlarındaki deri flebi orbita distal medial ve lateral duvarların debridmanı sonrası rim ve plağı örtecek şekilde horizontal matris şeklinde atılan 3.0 prolene sütürlerle yerine adapte edildi. (Şekil1b-1c) Flep tabanı pedikülü çıplak bırakıldı, flep donör saha kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı. Kol ekstansör bölgesine kolun yüz bölgesinden uzaklaşmasını engelleyecek ekstansör atel yapıldı ve kol korumaya alındı. Günlük flep tabanı bakımı yapılan hastaya ikinci haftada itibaren flep pedikülünün aratan sürelerde klemplenmesiyle delay yapıldı. 3. hafta sonunda vaskülarizasyonun tamamladığı düşünülen flep ayrıldı.(Şekil 1d) Erken ve geç dönemde herhangi bir komplikasyon görülmezken hasta omuz ve dirsek rehabilitasyonu için fizik tedaviye yönlendirildi. (Şekil)

**Tartışma ve Sonuç:** Orbita egzenterasyon defektlerinin rekonstrüksiyonunda kullanılabilecek tariflenmiş bir çok lokorejyonel flep bulunmaktadır. Temporal arter ada flebi, ters akımlı nasolabial arter flepleri, alın flepleri en sık kullanılan yöntemlerdir. Serbest flepler lokal fleplerin başarısız olduğu durumlarda tercih edilirken radyal ön kol, groin ve ALT gibi ince, adaptasyonu kolay ve yeterli pedikül uzunluğuna sahip olan flepler tercih edilmektedir. Hastamızın dış merkezde geçirdiği lokal flep ve serbest flep ile rekonstrüksiyon girişimleri başarısızlık ile sonuçlanmıştır. Bu neden ile hastanın gördüğü uzun süreli radyoterapinin

etkisinin olduğu düşünüldüğünden yeni bir serbest flep cerrahisi hastaya uygun görülmemiştir. Yüz bölgesinde skara neden olabilecek bir cerrahi kesinlikle istemediğini belirten hasta rekonstrüksiyon için güvenilir, orbita tabanına adapte olabilecek kalınlıkta en uygun flep olarak Tagliacozzi flebi olarak bilinen medial ön kol flebinin interpolasyon flebi olarak kullanılması düşünülmüştür. İki seanslı oluşu, flebin orbita posterioru gibi ince bir dokuya adaptasyonu, üst ekstremitede ve boyunda eklem sorunlarına neden olabilecek komplikasyonlara neden olabilmesi, radyoterapi hasarının revaskülarizasyona olan etkisinin tam olarak bilenememesi gibi sorunlar bu yöntemin en önemli dezavantajlarıdır. Bilinen rekonstrüksiyon seçeneklerinin kullanılamayacağı durumlarda Tagliacozzi flebi gibi tarihi fakat güvenilirliği kanıtlanmış yöntemlerin kullanılabileceği akıldaki tutulmalıdır.

**Şekil**

1a. Preoperatif görünüm 1b. Medial ön kol flebinin kaldırılması 1c. Flebin adaptasyon sonrası 1d. gündeki görünümü 1d. Flep ayrıldıktan sonra orbita tabanına adapte oluşunu gösteren fotoğraf

**P-204****Nadir Bir Olgu: İzole Dördüncü Metakarp Kısallığı**

Nesibe Sinem Çiloğlu, Ayşe İrem İskenderoğlu,  
Shahrukh Omar, Ahmet Kürşat Yiğit, Barış Çin  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
İstanbul

**Giriş:** Metakarp kısalığı nadir görülen, literatürde Turner sendromu, post enfeksiyöz nedenler psödohipoparatiroidizm, Albright Herediter Osteodistrofisi ve psödohipoparatiroidizm ile ilişkilendirilmiş klinik bir bulgudur (1). İnsidansı %0.022 olarak bildirilmiştir. Kliniğimizde metakarp kısalığı bulunan ancak ek klinik bulgusu (hipokalsemi, parathormon yüksekliği, hiperfosfatemi, kısa boy, obezite, mental retardasyon, yuvarlak yüz hattı, nöbet) olmayan bir olguyu sunmaktayız.

**Olgu:** 16 yaşında kız hasta polikliniğimize başvurdu. 162 cm boyunda 55 kg ağırlığında olan hastanın ek hastalığı yoktu. Kafkas kökenli olan hastanın sağ el 4.parmağında kısalık izlendi. Hastanın biyokimya paneli ve radyolojik görüntülemeleri istendi. Endokrinoloji konsültasyonu istendi. Ek patoloji saptanmayan hastanın grafilerinde sağ el 4.metakarpda kısalık gözlemlendi (Resim 1). Radyolojik ölçümlerde metakarpal sign pozitif bulundu (Resim 2). Çvostek- Trousseau bulgusu izlenmedi. EEG ve MR incelemelerinde patolojik bulgu raporlanmadı. Hastanın kas gücü muayenesi ve eklem hareketleri doğal izlendi.

Hastaya distraksiyon osteogenez ile metakarpal uzatma planlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** İzole kısa metakarp nadir görülen bir durumdur. Uzak doğu literatüründe %0,022 insidansında görüldüğü belirtilen, çoğunlukla endokrin bozukluklar, enfeksiyöz nedenler, travmatik patolojilere bağlı olarak epifizin erken kapanması ile karakterize bir durumdur. Bu olguların değerlendirilmesinde hasta anamnezi büyük önem taşımaktadır. Eşlik edebilecek biyokimyasal bozukluklar ve endokrin patolojiler dikkatle sorgulanmalıdır. Psödohipoparatiroidizm Tip 1a, Albright Herediter Osteodistrofisi ve psödopsödohipoparatiroidizm gibi endokrin patolojiler gözden kaçırılmamalıdır. Bunların GNAS gen mutasyonu ile ilişkileri literatürde tariflenmiştir (2). İzole 4. metakarp kısalığına yönelik çeşitli cerrahi yöntemler bulunmaktadır. Epifiz plaklarının kapanmasından önce farkedilmesi durumunda altta yatan endokrin sebebin tedavi edilmesi önerilmektedir. Fonksiyonel bozukluk olmadan estetik kaygı ile rekonstrüksiyon amaçlı tedavi seçeneklerinde distraksiyon osteogenez, kemik greftleri ile cerrahi girişimler planlanabilmektedir.

#### Kaynaklar:

- 1-Valizadeh N., Mehdizadeh A., Nazarbaghi S. Short fourth and fifth metacarpals in a case of idiopathic primary hypoparathyroidism. Indian J Endocrinol Metab. 2013 Sep-Oct; 17(5): 924-926.
- 2- Kirkos J.M., Idiopathic symmetrical shortening of the fourth and fifth metacarpal and metatarsal bilaterally a case report. Acta Orthopaedica Belgica. Vol 65 – 4 – 1999.

#### Resim 1, Resim2



Resim 1: Her iki el fotoğrafı Resim 2: Her iki el radyografisi

#### P-205

#### Karın Duvarında Nadir Kitle: Dev Nörofibrom

**Bilsev İnce, Mecit İsmayilzade, Mehmet Dadacı**  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

**Giriş:** Nörofibromatozis tip 1 (NF1), nörofibromatozisin (NF) von Recklinghausen ya da periferik NF olarak da bilinen en yaygın şekli olup, ciltte çok sayıda kahverengi leke, çiller ve nörofibrom adı verilen irili-ufaklı urlarla kendini gösterir. Nörofibromlar NF1'de en yaygın görülen tümörlerdir. Yumuşak, deri renginde, kahverengi ya da leylak rengi kabarıklıklar şeklinde görülürler. İyi huylu bu tümörler deri yüzeyinde ya da altında, ya da iç organlarda da olabilmektedir. Nörofibromlar sinir sistemi ve bağ dokudan oluşmaktadır, genellikle ergenlik çağında olmak üzere herhangi bir yaşta ortaya çıkabilmektedir. Bazı nörofibromlar bulundukları bölgeye ve boyutuna bağlı olarak ağrı, enfeksiyon, kozmetik problem yarattığında cerrahi yöntemlerle çıkarılabilmektedir. Bu tümörler çıkarıldıktan sonra özellikle de tümör dokusu tam olarak

temizlenmemiş ise aynı yerde tekrarlayabilmektedir.

Bu çalışmada karın duvarında cerrahi eksize yaptığımız dev nörofibrom olgusu sunulacaktır.

**Olgusu sunumu:** 59 yaşında erkek hasta karın duvarında yaklaşık 3 yıldır var olan ve vücut dışına doğru büyüyen dev kitle şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde karın duvarı sağ alt kadrandan başlayıp sağ lumbosakral bölgeye doğru uzanan yaklaşık 20x15 cm çapında, mobil, tabana fiks olmayan, düzgün sınırlı kitle olduğu görüldü. Ayrıca hastanın vücudunda nörofibromatozis hastalığı komponentleriyle uyumlu olarak, yaygın cafe- au- lait (sütlü kahve) lekeleri ve ileri derece skolyotik omurga bulguları da mevcuttu. Abdomen MR incelemesinde kitle boyutları yaklaşık 14x13x20 cm boyutlarına ulaşan ve lezyonda belirgin kontrastlanma görülmeyen hasta genel anestezi altında operasyona alındı. Uygun insizyonla girildikten sonra yumşak kıvamlı, açık kahverengi, kapsülsüz kitleye ulaşıldı. Etraf dokulardan serbestlendikten sonra total olarak eksize edildi. Takiplerinde tedavisinin başarılı olduğu ve nükse rastlanmadığı gözlemlendi.

**Tartışma:** NF1, NF'in en yaygın formu olup, dünyada yaklaşık olarak 4000 doğumda bir kişide görülmektedir (1).

Nörofibromalar genellikle iyi huylu (benign) periferik sinir-kılıfı tümörleri olmalarına rağmen, nadiren de olsa malignite potansiyeli taşıyarak kanseröz değişim özelliği gösterebilirler (2). Benign olmasına rağmen pleksiform nörofibromların çıkartılması çevreleyen yapı sinir ve bunların damarlarına yönelik etkilenme sebebiyle daha zordur(3).

Nörofibromların gelişiminde beslenme, egzersiz veya vitaminlerin etkisine dair bir kanıt bulunmamaktadır. (3)

Tedavi edilmeyen nörofibromlar nadir de olsa çok büyük boyutlara ulaşabilir. Tedavide cerrahi tek seçenektir.

#### Kaynaklar

1. Yohay K.: Neurofibromatosis types 1 and 2. Neurologist. 2006;12:86-93.
2. Arslan U, Dürük K.: Fakomatozlar. T Klin Oft. 2003;12:170- 180.
3. Friedman JM.: Neurofibromatosis 1: clinical manifestations and diagnostic criteria. J Child Neurol. 2002;17:548-554.

**Resim 1**



Nörofibromun görünümü

Daha önce travma hikayesinin bulunmaması ve yüz gibi atipik bir bölgede görülmesi açısından da bizi bu tanıdan uzaklaştırmıştı. Sonuç olarak nodüler fasciitis'in de ayırıcı tanıda yeri olması gerektiğini anlamış olduk.

#### **noduler fasciitis**



#### **P-208**

##### **Malar Bölgede Noduler Fasciitis**

Kamil Manav, Dilek Şenen Demirez, Atalay Şahin, Mehmet Ali Korkmaz, Abdullah Sürücü, Emine Handan Şimşek, Altan Tekin, Fevzi Kunter Erten  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş:** Noduler fasciitis, tipik olarak fibroblastların ve myofibroblastların kendi kendini sınırlayan proliferasyonu olarak tanımlanır ve genellikle genç erişkinlerin üst ekstremitelerinde görülür. Kadın ve erkekte hemen hemen aynı oranlarda görülmekle birlikte en çok 20-40 yaş arası popülasyonda izlenir. Olguların yaklaşık olarak %25 veya %50 arasında daha önceden travma hikayesi mevcut olup, birkaç hafta içerisinde hızla büyüyen ağrılı kitle olarak başvururlar. Önceleri saf reaktif lezyon olarak düşünülürken; MYH9-USP6 füzyon genini üreten t(17;22) translokasyonunun belirlenmesiyle klonal, kendi kendini sınırlayan proliferatif lezyon olarak düşünülmeye başlandı. Buna göre çoğalan hücreler, kanserin bazı kilit özelliklerinden yoksun olduğu ileri sürüldü. (Mesela yaşlanma özelliğinin kaybolması gibi) Noduler fasciitis kendiliğinden gerileyebilir. Eksize edilirse çok nadiren tekrarlabilir. Malign transformasyon ise hemen hemen hiç görülmez.

**Olgu:** 20 yaşında kadın hasta, 4 haftadır yüzünün sağ yanında, malar bölgesinde eline gelen kitle şikayetiyle başvurdu. Lezyon el ile rahatlıkla palpe edilebiliyordu ve yaklaşık 2cm çapındaydı. Eksizyon kararı verdiğimiz kitle 2,3 x 2 x 1 cm boyutunda olup makroskopisi sert ve düzgün yüzeyli pembe-kahverengi nodüler bir lezyon olarak incelendi. Nihai patolojik tanısı Noduler fasciitis ile uyumlu olarak geldi. Kaldesmon (+) SMA (+) ve vimentin non spesifik boyanmış olup, malign dejenerasyonun önemli göstergesi olan Ki-67 sadece %2 olarak sonuçlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Noduler Fasciitis, kas fasyasından başlayıp subcutan dokuya kadar uzanır. Hastamızda da kistik yapı olarak düşünülüp Nodüler Fasciitis düşünülmüdü.

#### **P-209**

##### **Maliginitelerle Geçen 35 Yıl**

Burak Pasinlioğlu, Alperen Tekin, Ahsen Öncü, Serhan Tuncer  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Literatürde çoklu malignitelerle tanımlanmış birçok sendrom bulunmaktadır. Çoklu primer maligniteler ise daha nadir olarak karşımıza çıkan non-sendromik durumlardır. Yıllar geçtikçe malignitelere karşı daha başarılı tedavi seçenekleri artmakta, buna bağlı olarak hastaların yaşam süreleri uzamakta ve karşılaşılan malignite sayısı artabilmektedir. Bu raporda kliniğimizde karşılaşılan çoklu primer malignite olgusu sunulmuştur.

**Olgu:** 35 yaş kadın hasta, 12 yaşındayken ALL tanısı almış. Kemoterapiyle kür sağlanmış. Sonrasında relaps görülmemiş. 22 yaşında sağ memede kitle nedeniyle yapılan biyopsi sonucu malign gelmesi nedeniyle mastektomi yapılan hastaya sonrasında kliniğimizde serbest TMG flap ve kalıcı implant ile meme rekonstrüksiyonu gerçekleştirilmiştir. 5 yıl sonra 27 yaşındaki hastanın karşı memedeki kitlesinden yapılan biyopsi sonucunun da malign gelmesi nedeniyle mastektomi sonrasında serbest DIEP flap meme ile rekonstrüksiyon gerçekleştirilmiştir. 29 yaşında sağ dış kulak yolunda kitle nedeniyle KBB tarafından eksizyon yapılan hastanın patoloji sonucu BCC gelmiştir. Hastaya geniş sınırla reeksizyon uygulanmış. 30 yaşında skalpte lezyonlar için kliniğimize başvuran hastanın lezyonları geniş sınırla çıkarılmış ve tam kat deri grefti uygulanmış olup patoloji sonucu BCC gelmiştir. 33 yaşında ise sağ dış kulak yolunda daha önce çıkarılan BCC nüks etmiş ve KBB tarafından reeksizyonu yapılmıştır. Aynı yıl skalpte yeni lezyonlarla kliniğimize başvuran hastanın lezyonları çıkarılmış, tam kat deri grefti uygulanmış ve biyopsi sonucu BCC gelmiştir. 35 yaşında sol 1. metakarp dorsumunda kitle nedeniyle kliniğimize başvuran hastanın kitle eksizyonu yapılmış ve patoloji sonucu leiomyosarkom gelmesi üzerine reeksizyonu gerçekleştirilmiş, bilobe flap ve tam kat deri grefti ile defekt onarılmıştır. Aynı seansta

sol önkol proksimali antekübital bölgede bulunan kitle eksize edilmiş olup patoloji sonucu leiomyosarkom olarak gelmiştir.

**Tartışma:** Bu olguda kemik iliği, cilt ve kas dokuda birbirleriyle ilişkisiz şekilde malignite oluşumuna rastlanmıştır. Çoklu primer maligniteler, tedavi seçeneklerinin ve başarısının artmasına bağlı olarak daha sık karşılaşılan durumlardır. Etiyolojide genetik, çevresel faktörler ve kemoterapi gibi birçok neden rol oynayabilmektedir. Bu olguda hastanın küçük yaşta ALL için aldığı kemoterapi, genetik yatkınlık veya çevresel faktörler malignite oluşumunda rol oynamış olabilir. Bu tarz hastaların ayrıntılı incelenmesi, alta yatan predispozan faktörlerin daha dikkatli olarak araştırılması, ayrıntılı genetik çalışmaların yapılması ile daha etkili tedavi protokolleri geliştirilmesi sağlanacaktır. Rutin kanser tarama protokollerinin bu tarz hastalarda daha erken yaşlarda ve daha sık olarak yapılması da erken tanı ve tedavi şansını artıracaktır.

#### Sol el 1. metakarp dorsali eksizyon öncesi



Sol el 1. metakarp dorsali eksizyon öncesi

#### P-210

##### Kıvrık Parmakta Kombine Cerrahi Yönteme Dair Olgu Sunumu

Metin Görgü, Ali Gökkaya, Ertuğrul Karanfil, Jehat Kızılkın, Ali Doğan, Aydın Aydemir  
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, PREC Anabilim Dalı, Bolu

**Giriş:** Kıvrık parmak genellikle interphalangeal eklemlerde flexiyon ve lateral rotasyon olarak görülen genellikle 4. veya 5. parmağı etkileyen bir hastalıktır. Kıvrık parmak ve üst üste binen parmak anomalileri ile ilgili literatürdeki en geniş seri olan çalışmalarında Smith ve ark. 1588 yeni doğan inceledikleri çalışmada bu iki ayak konjenital anomali oranını %2.8 olarak bulmuşlardır. Hastalarda genellikle sadece parmak şekil bozukluğu bulunmakla beraber bunun yanında bazen tırnak bozuklukları ve ağrı şikayetleri de görülebilmektedir. Hastalar genellikle bebek yaşta farkedilip doktora estetik görünüm açısından başvurur. Bu hastalığın birçok tedavi protokolü olmakla beraber bantla sabitleme, atlatme, flexör tenotomi veya tendon transferi bu tedavi protokollerinde en başta gelen tedavi yöntemleridir. Kliniğimize 1 yaşında erkek çocuğu sağ ayak 4. parmak pip seviyesinde lateral rotasyon ve flexiyon bozukluğu olan kıvrık parmak şikayetiyle başvurdu. Bu hastaya uygulanan flexör tenotomi, collateral ligamenti bir miktar serbestleştirme ve kombine z plasti cerrahisinden bahsedilecektir.

**Uygulanan Cerrahi Yöntem:** Hastanın sağ ayak 4. parmak pip eklem seviyesinden hastanın tibiaya doğru alateral rotasyon ve flexiyonda artış bulunmaktaydı. Hastaya genel anestezi altında önce pip eklem seviyesi sol taraftan laterale yakın bir bölgeden girildi ve flexör tendona ve daha sonra eklem kapsülüne ulaşıldı. Daha sonra eklem kapsülü lateral bölgedeki collateral ligament bir miktar serbestleştirildi ve parmağın rotasyonunun bir miktar kaybolduğu görüldü. Flexör tendon yapışma bölgesinden de tendona bir miktar tenoliz uygulandı. Bir miktar daha rotasyon bozukluğu bulunduğu görülen hastanın rotasyonunu düzeltmek için metokarpophalangeal ekleme yakın sağ tarafa z plasti uygulandı ve parmağın lateral rotasyonunun ve flexiyon giderildiği görüldü. Hastaya parmak atel uygulaması ile operasyonu sonlandırıldı. Hasta postop 1 ay sonra geldiği zaman kıvrık parmağının tamamen düzeldiği görüldü. Hastada herhangi bir flexiyon kusuru, ağrı, hassasiyet, sakatlık bulunmamaktaydı. Literatürde bir çok cerrahi tedavi biçimi anlatılmakta olup cerrahi olarak kombine z plasti ligamantotomi ve tenoliz işlemi bir arada bahsedilmemekte olup 3lü cerrahi kombinasyonla beraber güzel sonuçlar elde etmek mümkündür.

#### P-211

##### Yüzde Dev Dermatofibrosarkoma Protuberans: Olgu Sunumu

Devran İğrek, Hüsamettin Top, Abdolreza Khash  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif Estetik ve El Cerrahisi Anabilim Dalı, Edirne

Dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP) subkutan dokunun nadir görülen bir tümörüdür. Tanısı sadece klinik olarak değil bazen histopatolojik olarak da zor konulabilir. İlk kez 1924 yılında Darier ve arkadaşları tarafından işçi hücrelerden oluşan belirgin storiform büyüme paternine sahip nodüler kutanöz tümör olarak tanımlanmıştır. Klinik olarak erişkinlerde nodüler kutanöz kitle şeklinde karşımıza çıkar. Ancak çocukluk çağında ve hatta doğumdan itibaren olabileceği tespit edilmiştir. En çok proksimal ekstremiteler ve gövdede yerleşir. Tümör yıllar içinde ağır bir şekilde büyüyebileceği gibi hızlı bir büyüme paterninde gösterebilir ve metastazlar nadirdir. Metastazlar daha çok akciğer ve lenf nodlarına olup tedavisi geniş eksizyondur (1). Kliniğimize başvuran 50 yaşında erkek hasta sağ yanakta olan şişlik şikayetiyle başvurdu dermatofibrosarkom tanılı kitlenin geniş rezeksiyonu yapıldı ve alt flep ile onarım yapıldı.

**Giriş:** Dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP), nadir lokal olarak agresif kutanöz bir yumuşak doku sarkomudur. DFSP'lerin yaklaşık % 85-90'ı düşük dereceli, geri kalanı yüksek dereceli sarkomatöz bir bileşen içermektedir ve orta dereceli sarkom olarak düşünülmektedir. Nadiren metastaz yapmalarına rağmen (tüm olguların yüzde 5'inden daha azı), tüm DFSP varyantlarının lokal rekürrens eğilimi vardır. Tekrarlama potansiyeli rezeksiyonun genişliğine bağlıdır (3). Dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP) en erken aşamasında, asemptomatik, endurasyona uğramış bir plak şeklinde olup aylar içerisinde yavaş olarak büyür. Dermatofibrosarcoma protuberans, kahverengi-sarı, kırmızı-tüylü, sklerodermiform veya telenjektatik atrofik cilt ile kaplıdır. Erken dönem lezyonların kenarlarında cilt rengi mor-kırmızı veya mavi olabilir. Nodül sıklıkla dermise sabitlenir, ancak derin dokular üzerinde serbestçe hareket eder. Derin yapılara fiksasyon, hastalığın seyrinde gözlenir. Nodüler aşamada büyüme sıklıkla hızlanır ve tümör ülserleşebilir, kanama ve ağrı olabilir (4-5).

Vaka: 50 yaşında erkek hasta sağ yanakta yaklaşık 3 ayda gelişen kitle nedeniyle dış merkezde değerlendirilmiş dış apsesi tanısıyla drenaj yapılmış olup patolojik örneklemesinde aynı esnada gönderilmiş. Hasta kliniğimize sağ yanakta kitle insizyonel biopsi patoloji raporu miksoid dermatofibrosarkom protuberans olarak başvurdu. Fizik muayenesinde sağ yanakta yaklaşık olarak 7 x7 cm lik tümöral kitlesi olan hastanın yapılan fasial sinir muayenesi normaldi. Maksillofasial mr ve bt ile değerlendirilen hastanın sağ bukkal alanda 69x55x67 mm buccinator kasa invaze tümöral kitlesi mevcuttu. Hastaya geniş rezeksiyon ve alt flep ile onarım planlandı.

Sağ bukkal alandaki kitle 2 cm cerrahi sınır konularak total olarak eksize edildi. Maksilla ön duvarından kemik biyopsi örnekleri alındı. Yapılan örneklemeler ve cerrahi sınırların tümör negatif olması üzerine oluşan defekt sağ uyluktan planlanan alt flebin sağ taraf fasial arter ve vene anastomuzu yapılarak onarıldı. Çıkarılan cerrahi materyel patolojik incelemeye tekrar gönderildi ve sonucu miksoid dermatofibrosarkom protuberans olarak geldi. Hasta daha sonra onkoloji birimine yönlendirildi. Bir yıllık onkoloji takibinde nüks tümör metastaz olmadı.

Tartışma: DFSP nadir görülen, fibrohistiyositik bir tümördür. DFSP'nin tahmin edilen insidansı, ABD'de 4.5 kişi / 1milyon kişi / 1yıldır (6). DFSP genelde 20 ila 50 yaş arasında görülür, ancak her yaşta ortaya çıkabilir. En sık etkilenen bölge gövdedir, yaklaşık% 40-50, üst ve alt ekstremiteler % 30-40'dır. Baş-boyun vakaları vakaların yaklaşık% 10-15'ini oluşturmaktadır (6). Bu tümörün yüzde oluşumu son derece nadirdir. Tümör, ağırlıklı olarak, değişen miktarda kollajen içerisine gömülmüş, iğ şeklinde çekirdekler içeren yoğun, tek biçimli bir hücre dizisinden oluşur. Bu fibroblast benzeri çoğalma genelde düzensiz, örgülü fasiküller halinde düzenlenir ve bu da bir yığınsal desene neden olur (7). Fiziksel incelemeye ek olarak, manyetik rezonans görüntüleme veya BT tümör yayılımının değerlendirilmesinde yararlı olabilir. Amaç, fonksiyon korumak ve kabul edilebilir estetik bir görünüm elde etmek için normal dokuların maksimum korunması ile tümör hücrelerinin eksiksiz eksizyonunu sağlamaktır. Güvenli cerrahi sınırlar en az 2 cm, tercihen 3 cm'dir. Lokal tekrarlama oranı% 32 ile% 76 arasındadır (6). Bununla birlikte, metastatik hastalık nadirdir; Vakaların sadece% 4'ünde bildirilmiştir. Metastatik vakalarda tedavide platelet kaynaklı büyüme faktörü (PDGF) aktivitesini bloke ederek tümör büyümesini durdurmayı amaçlayan protokoller mevcuttur. İmatinib mesilat, PDGF reseptörlerine karşı etkili olan güçlü ve seçici bir tirozin kinaz inhibitörüdür. Rezeke edilemeyen, tekrarlayan veya metastatik olan vakalar için kullanılır. Bununla birlikte, kullanımı tartışmalıdır. Kemoterapinin lokal olarak agresif DFSP'de kanıtlanmış bir faydası yoktur ve metastatik hastalıkta etkinliği tanımlanmamıştır. DFSP de tedavi geniş cerrahi rezeksiyon ve uygun şekilde rekonstrüksiyondur.

- 1) Cark RE, Buchanan M. Dermatofibroma Protuberans. International J. Dermatology 1996; 12:867-871 2.
- 2) Hansen KB, Jensen OM, Kaae S. Dermatofibroma Protuberans. Scant J Plast Reconstr Surg 1983;17:247-252
- 3) Bowne WB, Antonescu CR, Leung DH, Katz SC, Hawkins WG, Woodruff JM, Brennan MF, Lewis Dermatofibrosarcoma protuberans: A clinicopathologic analysis of patients treated and followed at a single institution. Cancer. 2000;88(12):2711.
- 4) Yagi Y, Ueda K, Maruyama S, Noborio R Bednar tumor: a report of two cases. J Dermatol. 2004;31(6):484.
- 5) Elgart GW, Hanly A, Busso M, Spencer JM Bednar tumor (pigmented dermatofibrosarcoma protuberans) occurring in a site of prior immunization: immunochemical findings and therapy. Am Acad Dermatol. 1999;40(2 Pt 2):315.
- 6) Gloster HM Jr Dermatofibrosarcoma protuberans. Am

Acad Dermatol. 1996;35(3 Pt 1):355.

7) Haycox CL, Odland PB, Olbricht SM, Piepkorn M Immunohistochemical characterization of dermatofibrosarcoma protuberans with practical applications for diagnosis and treatment. J Am Acad Dermatol. 1997;37(3 Pt 1):438.

#### yüz yerleşimli kitle



yüzde dematofibrosarkoma protuberans

#### P-212

#### Mikrocerrahi Gereksinimi Olmadan Kurtarılan İleri Yaşta Bir Subtotal Aurikula Amputasyonu Vakası

Burak Özkan, Atilla Adnan Eyüboğlu, Abbas Albayati, Ahmet Çağrı Uysal, Nilgün Markal Ertaş

Başkent Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Dış kulak posterior aurikuler arter, superfisiyal temporal arter ve superior aurikuler arterden beslenen zengin vasküler ağa sahiptir. Literatürde kulak kepçesinin dar bir pediküle sahip olsa bile bu zengin ağ sayesinde mikrocerrahi gereksinimi olmadan da hayatta kalabileceği gösterilmiş çalışmalar bulunmaktadır 1. Bu vaka sunumunda ileri yaşta bir hastada travma sonrası gelişen subtotal aurikula amputasyonu vakası sunulmuştur.

Vaka Sunumu: 82 yaşında erkek hasta traktörden düşme sonrasında traktör önü biçerin kulağını kesmesi şikayeti ile acil servise başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde aurikulanın superiorundan kulak lobulüne uzanan tam kat kesinin olduğu, kulak lobulundeki yaklaşık 2x3 cm lik bölümün hasar almadığı görüldü (Şekil 1a). Hastanın aktif kanaması yoktu. Hastanın özgeçmişinde tip 2 diyabet hastalığı olduğu öğrenildi Hastanın soygeçmişinde özellik yoktu. Acil serviste tetanus profilaksisi yapılan hasta acilen ameliyathaneye alınarak kulak kepçesi yaklaşık 3 lt serum fizyolojik ile irriga edildi. İrrigasyon sonrasında kulak cildinin venöz kanadığı gözlemlendi. Vasküleritesinin azalmış olduğu gözlenen kulak kepçesinde, parçalanmış

ve bütünlüğünü kaybetmiş enfekte olma riski taşıyan fossa triangulare, konka bölgesindeki kıkırdaklar ve cilt debride edildi. Debridman sonrasında kulaktaki kanamanın arteryele döndüğü gözlemlendi. Amputatta anastomoza uygun vasküler yapılarının gözlenmemesi nedeni ile kulak yerine sütüre edildi. Hasta arteryel ve venöz yetmezlik takibi için yatış verildi. Hastaya oral yoldan 1x100 mg salisilik asit tablet, subkutanöz 2x0.6 ml enoksoparin sodyum ve geniş spektrumlu profilaktik antibiyoterapi başlandı. Kulakta ilk iki günde artan ve bir haftada gerileyen ödem görülürken herhangi bir arteryel venöz problem görülmeyen hasta 4. günde taburcu edildi (Şekil 1c-d).

**Tartışma ve Sonuç:** Tama yakın veya subtotal kulak amputasyonlarında sağkalım klinik travmanın tipi (crush, avülsiyon, düz kesi) ile ilgili olmakla birlikte literatürde sağlam kalan pedikülün lokalizasyonunun ve genişliğinin önemine dikkat çekilmiştir. Eğer mümkünse mikrocerrahi yöntemle arterlerin ve venlerin anastomozu, ven bulunamıyorsa sadece arteryel onarım ilk tercih olmalıdır. Crush yaralanmalar, avülsiyon yaralanmaları veya çok parçalı kesilerde anastomoz mümkün olmayabilir. Bu durumlarda kulak kepçesinin kurtarılması için vaskülaritesinden emin olunmayan dokuların kulak ana şeklini bozmayacak şekilde debride edilmesi kulağın beslenen alanlarının canlılığını arttıracaktır. Biz de vakamızda parçalı kıkırdakları debride ederek takip döneminde karşılabilecek bir enfeksiyonları en aza indirmeye çalıştık.

Subtotal kulak amputasyonlarında kulağın sağlam kalan pedikülünün genişliği çok önemlidir. Mikrocerrahi revaskülarizasyonun mümkün olmadığı vakalarda avasküler parçaların debridmanı ve bu pedikülün korunmasının sağkalımda etkili olduğunu düşünüyoruz.

**Şekil 1**



1a-b: hastanın intraoperatif görünümünde kulak lobulunu pedikül kalacak şekilde subtotal amputasyonu 1c-d post operatif erken dönem ve 10. gün görünümü

## **P-214**

### **Ayak Sindaktili Onarımında Pulpa Flepleri**

Gökçe Yıldırım, Ahmet Bilirer, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

**Giriş:** Sindaktili onarımında parmak ucu ve tırnak yatağı, özellikle de ayak parmaklarındaki sindaktili onarımlarında ihmal edilmesi muhtemel bölgelerdir. Bu çalışmada ayak pulpa fleplerinin kullanılarak daha düzgün parmak ucu ve tırnak yatağı elde edilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizdeki ayak sindaktili onarımı yapılan hastalar retrospektif olarak incelendi, pulpa flepleri kullanılanlar yeterli lateral tırnak katlantısı olmasına, simetrisine ve pulpadaki dolgunluğa göre değerlendirildi.

**Bulgular:** 6 ayak dahil edildi. Bunlardan 4'ü 2. weblerde, 1'i 3. webde idi. Tamamında lateral tırnak katlantısı mevcuttu. Simetrik ve pulpalı olarak saptandı.

**Sonuç:** Komplet sindaktili onarımında kullanılan pulpa flepleri Buck-Gramcko tarafından tanımlanmıştır. Tırnak yatağı ve parmak ucunun estetik olması bu hastalarda uzun vadede terlik ya da ucu açık ayakkabı kullanımında önemlidir. Pulpanın donör alan olarak kullanılması ayak bölgesinde, üst ekstremitelerde gibi problemler yaratmayacağından bu fleplerin ayak sindaktilisi açılması planlanan hastalarda kullanılabileceği akıld tutulmalıdır.

## **P-215**

### **Aynı hastada 3 parmakucu replantasyonu**

Mehmet Dadacı, Orkun Uyanık, Bilse İnce, Serhat Uyar, Mehmet Cem Yıldırım  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

**Giriş:** Pulpa yaralanmaları elin en sık gözlenen yaralanmalarıdır. Bu yaralanmalar çoğunlukla tek parmakta olabilmekteyken birden fazla parmakta da görülebilir. Tedavide sekonder iyileşme, greft uygulaması ve ya çeşitli flep teknikleri kullanılması yanında replantasyonda düşünülmelidir. Damar boyutunun küçüklüğü, yaralanma şeklinin ezici-avülsiyon tarzında olması ve mikrocerrahi tecrübesi gerektirmesi nedeniyle pulpanın replantasyonunu zorlaştırmaktadır. Fakat diğer tedavi seçenekleriyle kıyaslandığında en iyi sonuçlar replantasyonla olmaktadır. Replantasyon için çeşitli sınıflandırmalar kullanılmıştır. Crush avülsiyon yaralanmalarını içermektedir. Parmak replantasyonunda amputasyonun şekli ve yaralanma seviyesi replantasyonu başarısının etkilemektedir. Biz bu olgumuzu aynı anda çok sayıda pulpa amputasyonunda karşılaşılabilecek durumlar hakkında bilgi vermek amacıyla sunduk.

**Olgu:** 31 yaşında iş kazası sonucu gelişen sağ el 2., 3. ve 4. parmak pulpa amputasyonu nedeniyle dış merkeze başvurmuş. Hasta replantasyon işlemi için tarafımıza yönlendirildi. Hastanın sağ el 2. ve 4. parmakları Tamai zone 1, 3. parmak Tamai zone 2 olarak sınıflandı. Hastanın pulpa amputasyonları crush yaralanma olarak gerçekleştiği için Yamano Tip 3 olarak sınıflandırıldı. Hasta genel anestezi altında 2. ve 4. parmak santral arter, 3. parmak digital arterler eksplore edildikten sonra kemik yapı bütün parmaklarda stabil hale getirildi. 3. parmakta extensor ve flexor tendon onarımı yapıldı. Ardından bütün parmaklara

arter onarımı yapıldı. 3.parmağa dorsalden ven onarımı yapıldıktan sonra işleme son verildi. Hasta 12 gün servisimizde antinefmatuar, antibyoterapi, antikoagulan, antiagregan uygulandıktan sonra taburcu edildi. Hastanın takiplerinde 2.parmakta venöz problem nedeniyle 6 günde dolaşımı bozuldu, nekroz gelişmesi üzerine 2.parmak ampute edildi ve güdük v-y ilerletme flebi kullanılarak kapatıldı.

Sonuç: Pulpa rekonstrüksiyonunda en iyi estetik ve fonksiyonel sonuç amputatın replantasyonudur. Uygun hastada ve uygun pulpa yaralanmalarında replantasyon işlemi düşünülmelidir. Aynı anda birden fazla pulpa amputasyonunda hızlı ve dikkatli şekilde hareket edilmeli ve sabırla replante edilmelidir. Hastanın genel durumu ile sıkıntıları varsa bu kadar replantasyon yerine daha kolay flep seçenekleri göz önüne alınmalıdır. Fonksiyon olarak en önemli parmaktan başlanarak replantasyon yapılmalı ve bu sıralamada parmakların yaralanma biçimleri ve seviyeleri de göz önünde bulunmalıdır.

resim 1



### P-216 Elin Volar Yüzünde Geniş Yayılım Gösteren Multilobüle Lipom

Gökhan Sert, Ali Emre Aksu  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik,  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Lipomlar, yumuşak doku kaynaklı iyi huylu tümörlerin en sık görülenidir. Sıklıkla sırt, boyun ve omuzda görülürken nadir olarak yüz, el ve ayaklarda da ortaya çıkabilir. Hastalar genellikle ağrısız şişlikle başvursalar da kitlenin çevre dokuda yaratabileceği kompresyon etkisiyle farklı semptomlar (ağrı, hipoestezi, hareket kısıtlılığı vb.) gelişebilir.

Bu olgu sunumunda elin palmar yüzünü dolduran cilt altı multilobüle lipom kitlesi mevcut hastanın cerrahi tedavisi tartışılacaktır.

Sol el palmar yüzünde yaklaşık 5 yıldır var olan ve zamanla büyüme gösteren ve elini kullanırken ağrı yaratmaya başlayan şişlikler ile başvuran 61 yaşında çiftçi olarak çalışan erkek hastanın yapılan mr görüntülemesinde; medialde tenar eminens lateralde hipotenar kaslar içerisinde distalde metakarp başlarına kadar, proksimalde karpal tünel ve Guyon kanalı içerisine de uzanımı olan, fleksör tendonlar arasında interdigitasyonlar gösteren, tendon kılıfları ile ilişkili, median ve ulnar sinirleri derine iten lobüle, homojen, ince septalı 8.9 x 7.8 x 3.1 cm boyutunda lipom tespit edildi. Kitle, genel anestezi altında palmar yaklaşımla eksize edildi. 1. Web aralığından karpal tünele

uzanan insizyon ile karpal tünel içerisindeki lobül kapsülü insize edilerek ortaya konuldu daha sonra süperfisiyel palmar arkin altında kalan lobülün diseksiyonunda hem ark hem de median sinirin 2. Ve 3. web aralıklarına uzanan dalları korunarak kitlenin kapsülü insize edildi. Hipotenarda ek bir insizyon ile abductor digiti minimi ve opponens digiti minimi kas lifleri arasındaki lobül ortaya konuldu, bütün bu kitle karpal tünel içerisindeki parçası ile birlikte bütünlüğü bozulmadan süperfisiyel palmar ark altından geçirilerek çıkarıldı. Postoperatif herhangi bir komplikasyon görülmedi, sinir arazi ile karşılaşılmadı. Yumuşak doku kaynaklı benign tümörlerde en sıklıkla görülen lipom kitellerine elde rastlanması oldukça nadirdir. Genellikle palmar yüzde tenar bölgede ortaya çıkarlar ve tanıda ultrason veya mr görüntüleme değerlidir. Bu vakaya benzer prezentasyonlarda malignite ekartasyonu ve vasküler yapılar ile, tendon ve sinirler ile ilişkinin ortaya konulması açısından MR görüntüleme daha değerli bilgi vermektedir. Ağrı şikayeti mevcut ise, kavrama kuvvetinde azalma, hareket kısıtlılığı gibi motor semptomlar bulunuyorsa, sinir basısına bağlı parestezi veya hipoestezi gelişmişse veya sadece estetik kaygılar ile cerrahi eksizyon planlanabilir. Benign natürdeki bu kitellerin total eksizyonu sonrasında hastanın takibi ile tedavi etkin şekilde tamamlanmış olur.

### volar yüzde multilobüle lipom mr görüntüsü



### P-217 Kraniosinostoz Cerrahisinde Temporal Kasın Bütünlüğünün Geri Kazanılması İçin Testere Ağzı İnsizyonu Uygulaması

Gaye Taylan Filinte<sup>1</sup>, Tufan Hiçdönmez<sup>2</sup>,  
Serdar Onur Aydın<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim  
ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi, İstanbul

<sup>2</sup> Sağık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim  
ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, İstanbul

Trigonocefali, plagiocefali ve brakiocefali gibi tongue in groove tekniğinin kullanıldığı kraniosinostoz cerrahilerinde temporal kas kemikten diseke edilmektedir. Agresif temporal kas diseksiyonu sonrası temporal kasın geri dönüşlü veya

kalıcı olarak hasarlanması söz konusudur. Uygun tamir edilmeden veya diseksiyon sonrası tamir edilmeden bırakılan vakalarda temporal bölgede ciltte çökme, temporal kas atrofisi ve temporal kas fonksiyonunun bozulması gibi komplikasyonlar görülmektedir. Bu çalışmamızda temporal kasın fonksiyonlarını ve beslenmesini korumak için geliştirdiğimiz kas diseksiyonunu ve tamirini ameliyat sırasında alınan görüntülemeler eşliğinde sunmayı amaçladık.

Çalışmaya 17 kraniosinostoz (Trigono 4, Brakisefali 1, Plagiosefali 12) hastası dahil edildi. Tüm hastalarda temporal kasın kranial origo noktasından yaklaşık 1,5-2 cm kas bırakılacak şekilde testere ağzı kesileri ile insizyon yapıldı ve kas periost ile birlikte kaldırıldı. Standart kraniosinostoz cerrahisi sonrası kas lifleri testere ağzındaki üçgenlerin uygun yerlerine gelecek şekilde kolayca dikildi. Periost ayrılması veya kasın kraniumdan detaşmanı gözlenmedi. Takip süresi 12-20 ay olan tüm hastalarda temporal kas atrofisine ya da zayıflığına ait bulgu saptanmadı.

Kraniosinostoz cerrahisi sırasında temporal kas diseksiyonu orbital bara ulaşılması ve kansız cerrahi alan sağlanması için çok önemlidir. Kasın periost ile beraber origosundan ayrılması operasyon sonunda kasın yerine dikilmesini oldukça zorlaştırır. Çalışmamızda kullandığımız teknikle kasın içinden yapılmakta olan insizyon kasın bütünlüğünü bozduğu için eleştirilebilir. Fakat kasın liflerine nispeten paralel yerleşimli olması ve dikiş kolaylığı sağlaması vakanın sonunda istenmeyen zaman kaybını önlediği gibi kasın bütünlüğünün geri kazanılmasını sağlamaktadır. Origoya yakın olması insizyonun fonksiyon kaybına neden olmamasını da sağlamaktadır.

## P-218

### **Selçuk Üniversitesine Başvuran Maksillofasyal Travma Hastalarının Etiyolojisi ve İnsidansı: 7 Yıllık Deneyim, 392 Vakanın Retrospektif Analizi**

Osman Akdağ, Hasan Öz, Timur Kürşad Ülgen, Şeyda Güray Evim  
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Travma, 40 yaş altı insanlar arasında ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Maksillofasial travmalar (MFT) acilde görülen bu travma vakalarının büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Tüm yaralanmalar arasında görülme sıklığı %45,3-60 aralığında değişim göstermektedir. Vakalara diğer sistem yaralanmaları eşlik ettiği gibi, sadece MFT ile başvuran hastalar da mevcuttur. MFT etyolojileri sosyolojik etkenlere bağlı olarak bölgeler arasında farklılık göstermektedir. Az gelişmiş bölgelerde MFT ye en sık olarak trafik kazaları sebep olurken, gelişmiş ülkelerde darp öne çıkmaktadır. MFT 'sı bulunan hastaların tedavisinde diğer sistem yaralanmaları da önem arz etmektedir.1 Bu hastalarda, kozmetik problem, görme ve koku almada kusur, çiğneme ve solunum fonksiyonlarında zorluk izlenebilmektedir. Bu etkenler hastada şekil bozukluğu ve sosyal hayatında aksamalara neden olduğu için tedavide hastada ruhsal sorunlara yol açan bu kusurların giderilmesi önemlidir. Bu çalışmanın amacı 2009 ile 2016 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisi ve Plastik cerrahi anabilim dalına başvuran maksillofasyal travma geçirmiş 392 hastayı etyolojik ve epidemiyolojik faktörlerine göre retrospektif olarak incelemektir.

Gereç ve Method: 2009-2016 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Plastik Cerrahi kliniğine ve acil servise başvuran maksillofasyal travmalı 392 vaka alındı. Vakalar gerek

plastik cerrahi, gerek acil kayıtları ele alınarak retrospektif olarak tarandı. Hastalara ait; yaş, cinsiyet, vakanın gerçekleştiği mevsim, travmanın etyolojisi, travmada etkilenen yüz kemikleri ve diğer sistem yaralanmalarına ilişkin bilgiler toplanıp analiz edildi.

Bulgular: Olguların %17.8 i 0-18 yaş arasında,%51.2 si 18-40 yaş arasında,%25.2 si 41-60 yaş arasında ve %5.6 sı 60 yaş üzerindeydi. %81 i erkek %19 u bayandı. Erkek/kadın oranı 4.3/1 idi. Hastaların %17.3 ünde etyolojide düşme, %52.2 sinde trafik kazası, %16 sında darp,%6.6 sında çarpma,%2.8 inde hayvan saldırısı,%4 ünde diğer nedenler vardı. Olgular mevsimlere göre incelendiğinde, travmaların %20.9 u kışın, %23.2 si ilkbaharda, %34.9 u yazın, %20.9 u sonbaharda gerçekleşmişti. Etkilenen yüz kemiklerine göre dağılıma bakıldığında; hastaların %49.2 sinde mandibula ya da maksilla izole ya da birlikte kırılmıştı, %27.8 inde zigoma, %10.4 ünde orbita tabanı,%7.6 sında nazoorbitomoid bölge ve %4.8 inde frontal kemik kırığı mevcuttu. En sık maksilla ve mandibula kırıklarının olduğu görüldü. Hastaların %14 üne yumuşak doku travması eşlik etmekteydi. MFT olgularının %84 ü açık tekniklerle, %16 sı kapalı redüksiyon ile tedavi edilmiştir.

Tartışma: MFT lar her yaş grubunda, her mevsimde çeşitli etyolojilere bağlı olarak karşımıza çıkabilecek bir travma grubudur. Gassner ve ekibi MFT nin yaş ortalamasını 25,8 ±19,9 olarak belirlemişlerdir. Literatüre baktığımızda erkek kadın oranı 2/1 ile 7/1 arasında değişim gösterdiği ve hastaların genellikle 40 yaşın altında olduğu rapor edilmektedir. Çalışmamızda sıklıkla karşılaştığımız yaş aralığı literatür verilerine uygundur. Çalışmamızda yine literatürle uyumlu olarak E/K oranı 4,3/1 dir. Vakaların %81'i erkekti. Hastaların %51'i 18-40 yaş aralığında yer alıyordu. Roccia ve ekibinin kadınlar üzerinde yaptığı taramada 7 yılda 367 kadın hasta bulunuyordu ki bu oran bizim çalışmamızdaki verilere göre oldukça yüksekti (7 yılda 83). Bu farkın bölgemizde kadınların daha çok evde sedanter yaşam sürmelerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Gerbino ve arkadaşlarının 60 yaş üstü hastalar üzerinde yaptığı çalışmada 9 yılda 222 hasta taranmıştır (yıl başına 24,6). Bu oran da yine bizim çalışmamıza göre yüksekti (10,4). Bunun da yaşlı hastaların sosyal yaşamdan uzak evde daha izole bir hayat sürmelerinden kaynaklandığını düşünüyoruz. Erol ve ekibinin, Gönüllü ve ekibinin yaptığı çalışmada MFT vakalarının en sık gerçekleştiği mevsim yazdır. Bu da bizim çalışmamızla uyum göstermektedir. MFT etyolojisi ülkelerin sosyolojik yapısına göre farklılık göstermektedir.En sık neden olarak trafik kazası, darp, düşmedir. Bamjee ve ekibinin yaptığı çalışmaya göre en sık neden darp, Al-Khateeb ve ekibinin yaptığı çalışmaya göre olguların çoğunu trafik kazaları, Schaftenaar ve ekibinin 2009 da yaptığı çalışmaya göre en sık neden trafik kazası olarak rapor edilmiştir. Gassner ve ekibinin yaptığı çalışmaya göre ise literatürden farklı olarak en sık neden günlük yaşamsal faaliyetler ve spor kazaları olarak belirtilmiştir. Trafik kazası ve darp etkenlerinin sıklığı daha az olduğu rapor edilmiştir. Yine bölgemize yakın Gönüllü ve ekibinin yaptığı çalışmada yüksekten düşme ve trafik kazası önde gelen nedenlerdendir. Bizim çalışmamızda trafik kazaları başlıca etyolojik nedeni oluşturmaktaydı. (%52) Bunu yüksekten düşme ve darp takip etmiştir. Yöremizde hayvancılığın bir geçim kaynağı olması sebebiyle hayvan travmaları da MFT etyolojisi arasına girmiştir. Yeni Zellanda'dan Lee KH ve ekibinin MFT etyolojisine darp ve trafik kazaları etkenlerinin kıyaslamasını yapmak üzere gerçekleştirdiği taramada 11 yıllık periyot içerisinde 2581 hastada 1135 darp (%43,9), 286 trafik kazası (%11) etkenlerinin MFT'ye sebep olduğu bildirilmiştir. Bizim yaptığımız çalışmaya göre ise 7 yıllık periyotla 205 trafik kazası (%70), 63 darp (%16) olarak rapor edilmiştir. Trafik kazasının önde gelen sebep olduğu Schaftenaar ve ekibinin, Gönüllü ve ekibinin yaptığı çalışmada, trafik kazasının oranı sırasıyla %42,3 ve %27,7 iken bizim

çalışmamızda bu oran %70 dir. Bu durumu Konya'nın TÜİK'in karayolları istatistiklerine göre ölümle sonuçlanan trafik kazalarının çokmeydana geldiği şehiri olmasına bağlıyoruz. Chrconovic ve ekibi yaşlılar üzerinde yaptığı çalışmada 2 yılda 122 hastada 165 kırık tespit edilmiştir. Kırıkların yaşla ilgili olmadığını rapor etmiştir. Fakat gerek bizim yaptığımız çalışma, gerek Gassner ve ekibi<sup>1</sup>, Schaftenaar ve ekibi, Gönüllü ve ekibinin yaptığı çalışmalarda, MFT olgularının benzer yaş aralığında en fazla görüldüğü bildirilmiştir. Aynı zamanda yapılan çalışmanın sadece yaşlılar üzerinde olması sebebiyle Chrconovic ve ekibinin tespitine katılmıyoruz. Etkilenen kemik: Hwang ve ekibi izole yüz fraktürleri arasında en sık nazal kemiğin, Bartoszcze-Tomoszewska ve ekibi, Schaftenaar ve ekibi, Bamjee ve ekibi, Al-Khateeb ve ekibi yaptıkları çalışmalarda ise en sık mandibula fraktürünün, Arzelius ve ekibi gerçekleştirdiği çalışmada ise en sık maksilla fraktürünün görüldüğü rapor edilmiştir. Bizim yaptığımız çalışmada ise MFT'lı hastalarda maksilla-mandibula fraktürleri en ön sırada yer almıştır. Diğer yaralanmalar: MFT'ye diğer sistem yaralanmaları da eşlik edebilmektedir. Bomjee ve ekibi MFT'lerin %51,5'ine, Schofleneur ve ekibinin ise %47'sine diğer sistem yaralanmalarının eşlik ettiğini bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda da MFT'li hastalar; yumuşak doku travmaları, ekstremiteler, toraks, abdomen gibi diğer vücut bölgelerde hasar gibi bulgularla servise başvurmışlardır. Yine Gerbino ve ekibinin yaptığı çalışmada 60 yaş üstü 222 kişi taranmış ve ölüm oranı %0,5 olarak belirlenmiştir. Ölen olguların tümünde diğer sistem yaralanmaları saptanmıştır. Dimitroulis ve ekibi MFT vakalarının %43'ünün açık cerrahi ile tedavi olmadığını belirttiler. Gönüllü ve ekibi, Al-Khateeb ve ekibinin yaptığı çalışmalarda ise daha çok konservatif tedavi kullanıldığını rapor ettiler. Bizim çalışmamızda ise daha çok açık redüksiyon ve internal tespit yöntemleri kullanılmıştır.

## P-219

### Ayakta Distal Doku Defektlerinde Güvenli Bir Rekonstrüksiyon Yöntemi: Arteria Dorsalis Pedis Fasiyokutan Flebi

Erol Kozanoğlu<sup>1</sup>, Fethi Sarper Mete<sup>1</sup>,  
Çağdaş Orman<sup>1</sup>, Atilla Arıncı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği  
<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

**Giriş-Amaç:** Kronik açık yaralar, hastaların işlevselliğini ve hayat kalitelerini bozmalarının yanı sıra sağlık ekonomisine de ciddi etkiye bulunurlar. Gelişmiş ülkelerde, sağlık bütçesinin yüzde 2 ila 3'ünün alt ekstremitelerdeki açık yaralarına harcanıldığı saptanmıştır. Diyabet, arteriyel ve venöz yetmezlikler ve nöropatik durumlar alt ekstremitenin açık yaralarının en sık nedenleridir. Bu olgu sunumunda, halluks valgus cerrahisi sonrası gelişen kronik bir açık yaraya farklı bir yaklaşımı irdeleneceğiz.

**Yöntem-Gereçler:** Mayıs 2017'de sağ ayak birinci metatars üzerinde iki yıldır geçmeyen kronik açık yara ile tarafımıza başvuran kırk sekiz yaşındaki kadın hastaya arteria dorsalis pedis fasiyokutan flebi ile rekonstrüksiyon yapılmıştır.

**Olgu:** Kırk sekiz yaşında kadın hasta, sağ ayak birinci metatarsı üzerindeki akıntılı açık yara ile tarafımıza başvurdu. Üç yıl önce özel bir merkezde halluks valgus nedeniyle ortopedi ekibi tarafından kemik rezeksiyonu ve plak vida ile osteosentez yapılan hastanın ameliyatından bir yıl sonra plak ekspozisyonu gelişmiş. İki yıl önce plak ve vidaları çıkartılan hastanın açık yarası akıntılı olarak devam etmekteymiş ve hasta yara bakımından sonuç alamamış.

Tarafımıza başvuran hastanın yapılan fizik muayenesinde ve çekilen manyetik rezonans görüntülemesinde osteomiyelit saptanmaması üzerine hastaya flep ile rekonstrüksiyon kararı verildi. Ameliyat öncesi iki hafta boyunca per oral ampisilin sulbaktam (1000 mg, 2 X 1) tedavisi verilen hastaya günde iki kez, yirmişer dakikadan povidon iyot banyosu uygulandı. Hasta, otuz yıldır, günde 2 paket sigara (60 paket yıl) kullandığından hastaya serbest flep uygulaması planlanmadı ve bölgesel flepler ile onarım düşünüldü. Hastanın sağ ayak birinci metatars dorsomedialindeki yaklaşık 4 x 3 santimetre boyutlarındaki açık yarasının arteria dorsalis pedis fasiyokutan flebi ile kapatılması planlandı. Hastanın preoperatif Doppler ultrasonografi muayenesinde dorsalis pedis arteri, tibialis posterior arteri, medial plantar arteri ve tüm digital arterleri intakt olarak bulundu. Ameliyat sırasında hastanın açık yarasına debridman uygulandı ve yaklaşık iki yıldır açık olan ve periostsuz kalmış olan birinci metatarsa küretaj ve unikortikal kortikotomi uygulandı. Paratenon düzeyi yüzeyelinden eleve edilen yaklaşık 10 x 8 santimetre boyutlarında arteria dorsalis pedis fasiyokutan flebi açık yara üzerine transpoze edildi. Flep verici sahası ise, sol kasıktan alınan yaklaşık 3 x 2 santimetre boyutlarında tam kalınlıkta deri grefti ile onarıldı.

**Bulgular:** Hasta, postoperatif birinci günde dört saat aralıkla Doppler ultrasonografi ile takip edildi ve flebin arteriyel ve venöz dolaşımında herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın grefti postoperatif dördüncü günde açıldı ve greftin yüzde doksan beş oranında tutmuş olduğu görüldü. Hasta, postoperatif ilk on günde diz altı kısa bacak ateli ile takip edildi ve greftin tam epitelizasyonunun sağlandığı onuncu günde atel çıkartıldı. Hasta, on iki seans fizik tedavi gördükten sonra aylık kontroller ile değerlendirildi.

**Sonuçlar:** Hasta, postoperatif altıncı ayındadır ve hastanın açık yarasında herhangi bir nüks yoktur. Flepte, flep verici sahasındaki tam kalınlıkta deri grefti hattında ve greft verici sahasında herhangi bir açık yara yoktur. Hasta, postoperatif ikinci haftasından itibaren günlük yaşam etkinliklerine dönmüştür.

**Tartışma:** Günümüzde, alt ekstremitelerdeki distalindeki açık yaralarda rekonstrüksiyon merdivenine riayet edilmemekte ve doğrudan serbest flepler tercih edilmektedir. Bu yüzden, hastalar sadece belirli merkezlere yönlendirilmekte ve hem hastalar hem de bu merkezlerde çalışan hekimler açısından mağduriyetler ortaya çıkmaktadır. Özellikle ayağın açık yaralarında, özellikle bölgesel fleplerin bilinmesi ve uygulanması çok büyük bir hasta popülasyonunun tedavisinin ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları arasında dağıtılmasını sağlayacaktır. Bu şekilde, hem üçüncü basamaktaki hastanelerin yoğunluğu azalacak hem de hastaların tedaviye ulaşma süresi daha da kısaltacaktır. Arteria dorsalis pedis flebi, ayağın dorsal yüzünün ve ayak bileğinin açık yaralarında güvenle kullanılabilen ve damar anastomozu gerektirmeyen kullanışlı bir fleptir (Resim 1).

**Arteria Dorsalis Pedis Fasiyokutan Flebinin Postoperatif Görüntüsü**



Arteria dorsalis pedis fasiyokutan flebi defektin üzerine adapte edildikten sonra lateralde açık kalan kısma sol kasıktan alınan tam kalınlıkta deri grefti uygulanmıştır.

**P-220**

**Başparmakta Kapalı Mallet Finger Deformitesi: Olgu Sunumu**

Mehmet Uzuner, Sina Kaderi,  
Houtan Zolfagharpour, Yakup Karabağlı  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik,  
Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir

**Giriş:** Başparmağın kapalı mallet deformitesi, nadiren görülen bir yaralanmadır. Günümüz literatüründe yalnızca 37 vaka rapor edilmiştir. Bu durum standart bir tedavi için mevcut bilgi eksikliğine neden olmaktadır. Bu yazıda nadir görülen kapalı el yaralanması sonrası başparmağında mallet finger deformitesi oluşan bir hastanın sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:** 16 yaşında kadın, tarafımıza başvurmada 5 gün önce sağ elinin başparmağı üzerine tepsi düşmesi sonrası başparmak hareket kısıtlılığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde bilinen herhangi bir hastalığı yoktu. Fizik muayenesinde sağ el 1. parmak interfalangeal (IP) eklemden ağrısız olarak yaklaşık 40°lik fleksör postürde ve parmağın IP eklemden ekstansiyon kusuru olduğu saptandı. El grafisinde kemik fraktürü yoktu. Hastaya yönelik cerrahi müdahale planlanmış olup aynı gün içinde opere edildi. Cerrahi prosüdür olarak IP eklemi geçecek şekilde distal falanks ekstansiyonda iken 1 adet kischner teli geçildi. Ardından tendon onarımı amacıyla Z insizyonu yapılmış olup EPL ortaya konuldu. EPL tendonun paratenonu intakt olup tendon paratenon içinden distal falanks yapışma alanına yakın bir noktadan kopmuş olduğu izlendi. Paratenonun plikasyonu sonrası tendon yapısı figure of eight yöntemi ile onarıldı. Hastanın postop takiplerinde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı. 45.gün k tel çekildi. Parmak ekstansiyon hareketleri normal olup tedavinin devamı amacıyla hasta Fizik Tedavi bölümüne refere edildi

**Sonuç:** Kapalı travma sonrası oluşan başparmak mallet finger deformitesi nadir görülmektedir. Konservatif veya cerrahi tedavinin optimal olup olmadığı konusunda görüş birliği yoktur. Başparmağın kapalı mallet deformitesi cerrahi yöntemlerle başarılı bir şekilde tedavi edilebilir.

**Resim 1**



Sağ el parmaklarının preoperatif ve intraoperatif görünümü. EPL tendonunun insersiyosunda avülsiyonu (sağ altta)

**P-222**

**Nadir Görülen Bir Lokalizasyonda Yerleşimli Polimasti Ve Politeli Olgusu**

Alperen Tekin, Ayhan Işık Erdal, Erkan Deniz,  
Seyhan Çenetoğlu  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Polimasti (Çoğul meme, Aksesuar meme) ve politeli (Aksesuar meme başı) nadir görülen konjenital meme anomalilerindendir. Literatürde politeli prevalansı farklı ülkelerde yapılmış çalışmalarda % 0.2 ile %5.6 arasında değişmektedir<sup>1,2</sup>. Polimasti prevalansı ise oldukça az olup literatürde olgu sunumları yada sınırlı sayıda olgu serileri şeklinde raporlanmaktadır. Bu çalışmada inframamaryan fold yerleşimli polimasti ile birlikte hipokondriak bölge yerleşimli politelinin birlikte görüldüğü bir olgu sunulmuştur.

**Olgu:** 16 yaşında kadın hasta sol inframamaryan fold yerleşimli 3x8x2 cm boyutunda Kajava3 sınıf 1 polimasti (meme başı, areola ve gland dokusunun bulunduğu tam bir meme), sağ hipokondriak bölgede ve sağ hipokondriak bölgede Kajava 6 politeli (sadece meme başı) anomalisi ile kliniğimize başvurdu (Figür 1 ve 2). Yapılan muayenesinde ek anomali saptanmadı. Pre-operatif taramalar tamamlanarak lokal anestezi altında operasyona alındı. Polimasti dokusu, horizontal skarı inframamaryan folda oturacak şekilde ektopik meme dokusu ve meme başı eksize edildi. Eksizyon sonrası karşı taraf inframamaryan fold ile simetrisine uygun olarak fold revizyonu 2-0 kalıcı poliester suture (Ethibond®) ile gerçekleştirildi. Bir adet penröz dren konularak insizyon kapatıldı. Sağ tarafta yer alan politeli eliptik olarak eksize edildi, primer kapatıldı. Sol taraftaki politeli dokusu hastanın isteği üzerine korundu. Post-operatif 1. günde penröz dren çekildi. Hasta post-operatif 1. hafta, 2. hafta, 1. ay, 3. ay kontrollerinde görüldü (Figür 3 ve 4).

**Bulgular:** Hastaya polimasti dokusunun pre-operatif değerlendirilmesi amacıyla meme manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkiki yapıldı. Konjenital meme anomalilerine eşlik edebilecek torakal ve genitoüriner

sistem anomalilerini4 tarama amacıyla torakal MRG ve genitoüriner ultrasonografi (USG) tetkiki yapıldı. Polimasti dokusunun MRG incelemesi meme glandüler yapısı ile uyumlu görünüm izlendi. Diğer sistem taramalarında anomali gözlenmedi. Çıkarılan polimasti dokusunun patolojik incelemesi meme gland ve fibroadipöz doku içeren ektoptik meme dokusu ile uyumlu raporlandı.

**Tartışma ve Sonuç:** Aksesuar meme dokuları geçmişte doğurganlık, fazla süt verme gibi pozitif özellik olarak anlaşılsa da5,6 günümüzde bu fazla dokular anomali olarak kabul görmektedir. Darwin aksesuar meme anomalilerine atavizm örneği olarak değinmiştir7. Bu olgular ile karşılaşıldığında, süt çizgileri dışında başka vücut bölgelerinde de (sırt8, uyluk9, ayak10 vb.) benzer anomali olabileceği akılda tutularak tüm vücut muayenesi yapılmalıdır. Özellikle genitoüriner sistem başta olmak üzere diğer sistem anomalilerine yönelik tarama yapılmalıdır11. Hasta ile eksizyon seçeneği tartışılmalı, eğer hasta istiyor ise eksizyon komşu yapıların estetik bütünlüğü (bu olguda inframamaryan fold) göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Eksizyon dışında liposuction12 ve kriyoterapi13 alternatif tedaviler literatürde tanımlanmıştır. Hasta eksizyon istemiyor ise polimasti olgularındaki meme dokusundan, normal meme dokusundan olduğu gibi malignite gelişebileceğinden meme USG ve mammografi ile rutin tarama uygulanmalıdır.

Goldschmidt et al. Epibulbar lipodermoids, preauricular appendages and polythelia in four generations. Ophthalmic Genet. 2010 Jun. 31(2):81-3.  
Casey HD, Chasan PE, Chick LR. Familial polythelia without associated anomalies. Ann Plast Surg. 1996 Jan. 36(1):101-4.  
De Cholnoky T. Supernumerary breast. Arch Surg. 1939. 39:926-41.  
Méhes K. Association of supernumerary nipples with other anomalies. J Pediatr. 1979 Aug. 95(2):274-5.  
Latham et al. Pediatric Breast Deformity J Craniofac Surg 17 (3), 454-467. 5 2006.  
Grossl NA. Supernumerary breast tissue: historical perspectives and clinical features. South Med J. 2000 Jan. 93(1):29-32.  
Darwin C: The Descent of Man and Selection in Relation to Sex. New York, Appleton and Co, 1892, pp 36-37  
Brightmore TGJ: Cystic lesion of a dorsal supernumerary breast in a male. Proc R Soc Med 1971; 64:662-663  
Camisa C: Accessory breast on the posterior thigh of a man. J Am Acad Dermatol 1980; 3:467-469  
Conde et al. Pseudomamma on the foot: an unusual presentation of supernumerary breast tissue. Dermatol Online J. 2006 May 30. 12(4):7.  
Pellegrini JR, Wagner RF: Polythelia and associated conditions. Am Fam Phys 1983; 28:129-132  
Fan J. Removal of accessory breasts: a novel tumescent liposuction approach. Aesthetic Plast Surg. 2009 Nov. 33(6):809-13.  
Sladden MJ, Sladden JA. A novel treatment for accessory nipples. Br J Dermatol. 2008 Feb. 158(2):405.

Figür 1



Pre-op

## P-223

### Mikrocerrahi Olgusunda Geç Venöz Yetmezlik Ve Pasif Drenaj İle Spontan Regresyon

Asım Uslu, Abdullah Sürücü, Mehmet Ali Korkmaz, Kamil Manav, Emine Handan Şimşek, Altan Tekin  
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Antalya

**Giriş:** Hastanade yatmakta olan tüm hastalarda venöz trombüs ve buna bağlı venöz yetmezlik riski bulunmaktadır. Venöz tromboembolizm asemptomatik DVT den ölümcül pulmoner emboliye kadar geniş bir spektrumda görülür. Mikrocerrahi uygulanmış vakalarda da hem flebin kendisinde hem de alt ekstremitenin derin venlerinde trombüsler ve buna bağlı yetmezlikler görülebilir. Venöz tromboembolizmi önlemek amacıyla kemoproflakside en sık kullanılan ajan LMWH(Enoksaparin Sodyum) dir. Doğru bir değerlendirme ile uygun postoperatif kullanımda kanama riskini çok arttırmadan venöz tromboembolizmin önüne etkili bir biçimde geçmektedir.

Bu olgu sunumunda Tümör rezeksiyonu sonucunda oluşan tibia 1/3 proximal defektine yapmış olduğumuz serbest ALT flebinde 7. günde başlayan venöz yetmezlik olgusuna değineceğiz.

**Metod:** 39 Yaşında kadın hasta sağ tibia anterolateraldeki(resim1) pleomorfik undiferansiye sarkom tanıılı tümörü rezeksiyonu sonucu oluşan defekt(resim 2) serbest ALT flebi ile rekonstrükte edildi. Anastomoz için alıcı damarlar olarak kullanılan anterior tibial damarlar rezeksiyon alanına girdiklerinden bu damarlardan geri kalan yaklaşık kısa güdüğe(1 cm den kısa) anastomoz yapıldı. Postop 1. günden itibaren hastaya LMWH 1x0,6 olarak başlandı. İlk 6 günde postop komplikasyon gelişmedi ancak 7. günde flepte venöz yetmezlik bulguları gözlenmeye başladı(resim 3). Alıcı damar güdüğünün kısa olup bu damarlara revizyon şansının olmaması ve geç dönemde oluşmasından ötürü flebin kısmı kaybının gözlemlendiği lateral kenarındaki sütürler yatak başında açılarak flebin nekroza giden lateral kenarı debride edilip buradan aralıklı olarak kanaması sağlanarak drenaj sağlandı. Flepten oluşan bu kontrollü kanamalar sonucu hastaya 4 ünite eritrosit süspansiyonu verilerek replasman yapıldı. Venöz yetmezlik 4 gün içerisinde spontan geriledi ve flep yeniden debride edilip sütüre edilerek nihai haline ulaştı(resim4).

**Sonuç:** Bu vakada alıcı damarların revizyona izin vermeyecek derecede kısa olması ve flebin venöz yetmezliğe rağmen klinik gözlem itibari ile yaşabilir olduğu öngörülerek explorasyon yapılmadı. Medikal sülük tedavisi venöz yetmezlik gelişen flepte bir miktar drenej sağlayabilecek olsa da yararı flep kaybını geciktirmekten öteye gitmeyeceğinden bu tedaviye yer verilmedi. Mikrocerrahi olgularında iyi bir postoperatif değerlendirme ve planlama ile akılcı bir şekilde kullanıldığı takdirde LMWH kullanımı kanama riskini çok arttırmadan venöz trombo embolizmi etkili bir biçimde önlemektedir. Ancak bu olguda da olduğu gibi uygun dozda antikoagülan profilaksisi veriliyor olmasına rağmen hastada venöz trombüs ve buna bağlı flep kayıpları ve akciğer embolizasyonu olabilmektedir. Bu alanda iler çalışmalarla ihtiyaç halen devam etmektedir.

## P-225

### Maksillanın Agresif Osteoblastomu: Çok Nadir Bir Olgu

Ömer Faruk Dilek, Erkan Kerem Kaya, Selçuk Yılmaz, Selman Hakkı Altuntaş, Dudu Dilek Yavuz, Mustafa Asım Aydın  
*Süleyman Demirel Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta*

Osteoblastoma primer kemik tümörlerinin %1'ini oluşturan, benign, yavaş büyüyen, mikroskobik olarak; osteoid ve kemik trabekülü oluşturan çok sayıda proliferen olan tombul osteoblastlarla karakterize, iyi vaskülarize fibröz bağ doku içerisine yerleşim gösteren bir neoplazmdır<sup>1-4</sup>. Maksillar veya mandibular tutulum genellikle genç yaşlıdır<sup>1-2-4</sup>(5-24 yaş). En sık yerleşim yeri vertebrelar olup, bunu mandibula ve diğer kraniyofasiyal kemikler takip eder<sup>1</sup>. Osteoblastomanın radyografik görüntüsü 1,5cm den büyüktür ve bunun yanında osteoid osteomadan(1cm den küçük olup santral nidusa sahiptir) farklı olarak ağrı hiç olmayabilir. Eğer ağrı mevcut ise ağrı geceye spesifik değildir ve aspirin veya diğer nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlarla rahatlatma göstermez<sup>1-2</sup>. Osteoblastoma başlangıcı şişlik, kemik ekspansiyonu olabileceği gibi bildirilen bir serinin yarısında asemptomatik olduğu da görülmüştür<sup>5</sup>. Osteoblastomların mikroskobik değerlendirmelerinde tartışmalar devam etmektedir. Dorfman 1972'de "Agresif Osteoblastom" (AO) kavramını literatüre kazandırmış olup<sup>6</sup>, ilerleyen dönemlerde Weiss ile birlikte karakteristik "epiteloid osteoblast"ların varlığından ve bu osteoblastlardan dolayı lezyonların "Konvensiyonel Osteoblastom"dan farklı kategorize edilmesi gerektiğinden bahsetmiştir<sup>7</sup>. Daha sonra ise Dorfman AO'yı benign osteoblastom ile osteosarkom arasındaki borderline, metastaz yapmayan fakat nüks eden, epitolid osteoblastlar ile karakterize bir lezyon olarak tanımlamıştır<sup>1</sup>. Fakat ilerleyen zamanlarda yapılan derlemelerde AO özelliğinin kazanılabilmesi için sadece epitelioid osteoblastların varlığının yeterli olmadığı, AO özelliği için tümör boyutu(>4 cm) ve cerrahi ulaşım şansı için lokalizasyonun da önemli olduğu gösterilmiştir<sup>9-10-11</sup>. Bu makalelerde lezyonun tam olarak çıkarılmasının önemi vurgulanmıştır. Biz bu bildiride sağ maksillayı tutan ve yaklaşık 5 cm çapa ulaşan bir AO vakasını ve uyguladığımız cerrahi yönetimi sunmaktayız.

**Vaka Sunumu:** 27 yaşındaki erkek hasta sağ yüzünde 3 aydır mevcut olan şişlik, ağrı ve sağ üst 1-2. molarlar hizasında kötü koku yapan kemiksi lezyonun dış çürüğü olmasından şüphelenerek diş hekimine başvurmuş. Lezyonundan biyopsi yapılan hastanın patoloji raporu osteoblastom olarak sonuçlanması üzerine tarafımıza

yönlendirilmiş. Hastanın ilk incelemesinde sağ yüzde asimetri oluşturacak hassas olmayan şişlik ve üst 1-2. Molarlar hizasında kemiksi protrüzyonlar izlendi. Özgeçmişinde ek hastalık, genetik hastalık, sigara ve alkol kullanım hikayesi bulunmamaktaydı. Fasiyal sinir muayenesi ve hemogram ESR, CRP değerleri normal sınırlarda olan hastanın yapılan BT ve MR incelemelerinde sağ maksillar sinüs lateral sınırlarını tamamen dolduran, en geniş yerinde 5cm çapa ulaşan ve diffüz kontrastlanan, T1A ve T2A da hipointens, 1-2. üst molar alveollerini çevreleyen, inferior orbital siniri mediale deplase eden ve buzlu cam danisitesinde olan lezyon(Resim, sol) tanımlanması üzerine hastaya maksillektomi planlandı. Hastaya sağ Weber-Ferguson insizyonunu takiben sağ üst köpek dişi lateralinden geçen, medial duvar ve orbita tavanını koruyan, zigomatik arkın bütünlüğünü muhafaza eden bir planlamanın izin verdiği en geniş sınırlarla maksillektomi yapıldı. Özellikle üst ve lateral cerrahi sınırlarda olağan kemik görünümü olmayan alanlar ise kürete edildi. Defektif alana önceden hazırlanan kostümize obturator protez ve viskojel ile geçici rekonstrüksiyon yapıldı. Yüz flebinin iç yüzüne FTDG yerleştirildi(Resim, Sağ). Postoperatif takiplerinde komplikasyon izlenmedi. 1. Ay sonunda viskojel ve geçici obturator çıkarılarak yerine kalıcı obturator tatbik edildi. Hastanın patoloji sonucu Agresif Osteoblastom olarak raporlandı.

**Tartışma:** Osteoblastoma benign yapıda bir tümör olması nedeniyle bazı yazarlar tarafından kürete edilmesinin, piece meal eksizyonunun veya parsiyel rezeksiyonla tedavi edilmesinin yeterli olacağını düşünülmektedir. Buna karşın inkomplet rezeksiyonlarda nüks oranının %16-20'leri bulması ve bu oranın agresif varyantta %50'lere çıkması<sup>8</sup> çoğu yazarın total rezeksiyon taraftarı olmasına sebebiyet vermektedir. Rezeke edilemeyen tümörler dışında, malign dönüşüm potansiyeli nedeniyle adjuvan kemo/radyoterapinin yeri yoktur. Nüks ihtimalinin fazlalığı nedeniyle histopatolojik olarak da AO'un CO'dan ayrılması önemlidir. Fakat bu histopatolojik ayırmada net bir konsensüs bulunmamakla birlikte iki varyantın ayırt edilmesi ile ilgili önemli ipuçları içeren makaleler de mevcuttur<sup>8,12</sup>. Biz vakamızda zigomatik ark, orbita tavanı ve medial duvarı koruyan en geniş cerrahi sınırlarla rezeksiyon gerçekleştirip, gross olarak şüpheli gözükten cerrahi sınırları tamamen kürete ederek hastanın çok daha kompleks rekonstrüksiyon gereksinimini önlediğimizi düşünmekteyiz. Hastanın 8 aylık takiplerinde klinik veya radyolojik olarak nüks saptanmamıştır. Bunun yanında, viskojel, kostümize geçici obturator ve FTDG ile yapılan rekonstrüksiyonun estetik sonuçları da oldukça iyi bulunmuştur. Hastanın 8. Ay takiplerinde oldukça iyi gizlenmiş ve iyileşmiş skar ile fasiyal asimetri oluşturmayan bir sonuç elde edilmiştir.

#### Kaynaklar

1. Dorfman HD, Czerniak B. Bone tumors. St Louis: Mosby: 1998. p. 85-114.
2. Unni KK. Dahlin's bone tumors. General aspects and data on 11,087 cases. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 121-42.
3. Healy JH, Ghelman B. Osteoid osteoma and osteoblastoma: current concepts and recent advances. Clin Orthop 1986;204:76-85.
4. Frassica FJ, Waltrip RL, Sponseller PD, Ma LD, McCarthy EF. Clinicopathologic features and treatment of osteoid osteoma and osteoblastoma in children and adolescents. Orthop Clin North Am 1996;27:559-74.
5. Jones AC, Prihoda TJ, Kacher JE, Odingo NA, Freedman PD. Osteoblastoma of the maxilla and mandible: a report of 24 cases, review of the literature, and discussion of its relationship to osteoid osteoma of the jaws. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2006 Nov;102(5):639-50.

6. Dorfman H. Malignant transformation of benign bone lesions. Proc Natl Cancer Conf. 1972;7:901-13.
7. Dorfman H, Weiss S. Borderline osteoblastic tumors: problems in the differential diagnosis of aggressive osteoblastoma and lowgrade osteosarcoma. Semin Diagn Pathol. 1984;1:215-34.
8. Gordon SC, MacIntosh RB, Wesley RK. A review of Osteoblastoma and case report of metachronous osteoblastoma and unicystic ameloblastoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2001 May;91(5):570-5.
9. Lucas D, Unni KK, McLeod R, et al. Osteoblastoma: a clinicopathologic study of 306 cases. Hum Pathol. 1994;25:117-34.
10. Rocca CD, Huvos AG. Osteoblastoma: varied histological presentations with a benign clinical course: an analysis of 55 cases. Am J Surg Pathol. 1996;20:841-50.
11. Nishida K, Doita M, Kawahara N, et al. Total en bloc spondylectomy in the treatment of aggressive osteoblastoma of the thoracic spine. Orthopedics. 2008;31(4):403-6.
12. Christine Harrington. Brent T. Accurso. John R. Kalmar. Obiajulu H. Iwenofu. Amit Agrawal. Carl M. Allen. Marino E. Leon. Aggressive Osteoblastoma of the Maxilla: A Case Report and Review of the Literature. Head and Neck Pathol (2011) 5:165-170.

**Resim 1**



Solda maksiller sinüs lateral yarısını kaplayan ve 5cm uzunluğunda erişen osteoblastoma BT görünümü. Sağda maksillektomi sonrası geçici obturator, viskojel ve FTDG ile rekonstrüksiyon.

## P-226

### Frontal Sinüs Mukoselinde Frontal Kemik Koronal Splitleme Tekniği ile Frontal Sinüsün Modifiye Kranyalizasyonu: Olgu Sunumu

Nuh Evin, Osman Akdağ, Mehtap Karamişe, Zekeriya Tosun

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

**Giriş:** Frontal sinüs drenajının engellenmesi benign ve yavaş genişleyen lezyonlar olan mukosele neden olabilir.<sup>1,2</sup> Frontal sinüs mukoselinin komplikasyonları, en az dirençli bölgeler olan orbital duvar, nazal hava yolu, dış deri veya intrakranyal bölgeye invazyonu nedeniyle gelişmektedir.<sup>3</sup> Bu çalışmada modifiye kranyalizasyon tekniği ile tedavi edilen gecikmiş fronto-orbital mukosel vakasını sunuyoruz.

**Olgu:** 36 yaşında erkek hasta, son 12 aydan beri şiddetli gittikçe artan frontal bölgede ağrı, şişlik ve sağ gözde görme problem ile başvurdu. Öyküsünde ve eski ameliyat notlarında, 9 yıl önce araç içi trafik kazası sonrası frontal kemikte izole ön duvar kırığı gelişmiş ve cerrahi işlemlerle onarılmış. Muayenesinde diplopi, sağ göz distopisi ve pitozu, sağ frontal bölgede şişlik ve asimetri vardı. Radyolojik

bulgular, nazofrontal kanalların tam tıkanıklığını, yuvarlak şekilde yumuşak doku yoğunluğunun sağ frontal sinüsün tamamını doldurduğunu, sinüsün ön ve alt duvarı tahrip ederek sağ orbitaya ulaştığını ve sağ gözü inferolaterale ittiğini gösterdi. Hastaya cerrahi önerildi. Cerrahi teknikte; bikoronal insizyon ile girildi; frontal kemiğin ön yüzünü tahrip ederek cilt altına uzanan kitleye ulaşıldı. Kistik lezyon ve onun orbital uzantısı bu kemik defekt alanından girilerek eksize edildi. Bu aşamada frontal sinüs arka duvarında tahrip olduğu görülüyor. Frontal sinüsün iç yüzeyi, küret ve yüksek hızlı dril kullanılarak mukozadan arındırıldı. Frontal kemiğe sinüs tabanı korunarak sinüs çevresinden titreşimli testere kullanılarak kraniyotomi yapıldı. Kraniyotomi sonrası elde edilen kemik greft, salınımlı testere ile enlemesine(koronal) ikiye bölündü ve iki adet kemik greft elde edildi. (Resim 1) Sağ orbita tavanı ve tüm frontal sinüs zemini kemik greftlerden biri ile rekonstrükte edildi. Nazofrontal kanalda içerecek şekilde eski ve yeni sinüs zemini arasındaki ölü boşluk kemik çipsleri ile dolduruldu. Kraniyotominin kemik defekti, titanyum plaka ve vidalarla sabitlenmiş diğer kemik greftli ve metilmetakrilat ile rekonstrükte edildi. Dren yerleştirilerek insizyonlar kapatıldı. Profilaktik antibiyotik ve analjezik verildi. Cerrahi sonrası 2. günde taburcu edildi. Hasta 12 ay gözlemlendi.

**Bulgular:** Cerrahisonrası komplikasyon gözlenmedi. Ameliyat sonrası vertikal distopi hemen düzeldi. Diplopi ve pitoz ise cerrahi sonrası sırasıyla 2 ve 6 ayda düzeldi. Cerrahi sonrası 12. ay radyolojik görüntülerde, orbita çatısının, frontal sinüs zemini ve ön duvarının sorunsuz iyileştiği görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Frontal sinüs mukosellerinin yönetimi için çeşitli teknikler bildirilmiştir. Mukosel oluşumunun önlenmesine yönelik tedavi yöntemleri arasında gözlem, kranyalizasyon, obliterasyon ve nazofrontal kanalı stentleme yer almaktadır.<sup>1,2</sup> Çalışmamız, mukoselin ön deri altı dokusu ve orbita boşluğuyla uzanması ve frontal kemik koronal splitleme ile kranyalizasyon yapılması nedeniyle özellik kazanmaktadır.

## Referanslar

- 1-Constantinidis J, Steinhart H, Schwerdtfeger K, et al: Therapy of invasive mucocoeles of the frontal sinus. Rhinology 39:33, 2001.
- 2-Fernandes R, Pirgousis P: Longstanding giant frontal sinus mucocoele resulting in extra-axial proptosis orbital displacement and loss of vision. J Oral Maxillofac Surg 68:3051, 2010.
- 3- Tan CSH, Yong VKY, Yip LW, Amrith S (2005) An unusual presentation of a giant frontal sinus mucocoele manifesting with a subcutaneous forehead mass. Ann Acad Med Singapore 34(5).

**Resim 1**



Frontal kemiğin koronal splitlenmesi

**P-227**

**Parmakta Yerleşmiş Arteriovenöz Malformasyon ve Rekonstrüksiyonu**

Mehmet Dadacı, İlker Uyar, Bilsev İnce, Serhat Yarar, Mehmet Cem Yıldırım  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

Giriş: Arteriovenöz malformasyon (AVM)'lar, arter ve venlerin aralarında kapiller bağlantı olmaksızın birbirleri ile direkt ilişkili olduğu lezyonlardır. Genellikle konjenital anomaliler şeklinde olup, travmaya sekonder kaynaklı da olabilir(1). Klinik bulguları, arteriovenöz şantın büyüklüğü, süresi ve lokalizasyonuna göre değişir. Asemptomatik doğum lekesinden, hayatı tehdit eden konjestif kalp yetmezliğine varan geniş semptom yelpazesi ile karşımıza çıkabilir(2). En sık başvuru nedenleri arasında kozmetik problemler ve komşu nörovasküler yapılara ait bası bulguları sayılabilir. Progresif büyüme gösteren veya bası bulgularına yol açan lezyonların embolizasyonu veya cerrahi olarak eksizyonu gereklidir(3). Bu yazıda son 1 yılda tekrarlayan kanama hikayesi olan ve son hadisede durdulamayan aktif kanama şikayeti ile başvuran nadir bir dijital avm olgusu sunuldu.

Olgu: 40 yaşında erkek hasta acil servise sol el 3. parmakta aktif kanama şikayeti ile başvurdu. Lezyonun uzun yıllardır varolduğu, daha önce hiçbir medikal ya da cerrahi tedavi almadığı, son 1 yıl içerisinde kanamalarının travmaya sekonder sızıntı tarzında olup kendiliğinden durduğu ancak son kanamanın durdurulamadığı öyküsünde mevcuttu. Baskılı pansumanın 15. dakikasından sonra kanamanın azalmaması üzerine hastaya acil operasyon önerildi. Hastanın yazılı ve sözlü onamı alınarak hasta acil şartlarda operasyona alındı. Genel anestezi altında turnike eşliğinde yapılan operasyonda sol el 3. parmakta superficial palmar arktan itibaren her iki dijital arterde genişleme ve venöz yapılarla direk bağlantı saptandı. Dijital sinirler ve tendonlar korunarak parmak cilt ve cilt altı dokusu total olarak eksize edildi. Rekonstrüksiyon için aynı seansta kasık flebi planlanıp parmak sol inguinal alanda hazırlanan flep içerisine gömüldü. Yaklaşık 3 hafta sonra flep kasıktan ayrıldı.

Tartışma: Vasküler anomaliler, 1982 yılında Mulliken ve Glowacki tarafından yapılan sınıflamaya göre hemanjiomlar ve vasküler malformasyonlar olarak iki esas gruba ayrılmıştır. Bu sınıflama yaygın kabul görmüş ve daha sonra 1997'de International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA) tarafından güncellenmiştir (4,5). Konjenital AVM'lar embriyonik vasküler sistemin arter ve ven olarak farklılaşması sırasındaki hatalar sonucu ortaya çıkar. Lezyonlar doğuştan itibaren vardır, ancak genellikle vasküler proliferasyonu stimüle eden veya hemorajiye neden olan travmayı takiben fark edilir. Edinsel AVM'lar sıklıkla penetran travmaya sekonder gelişir ve vasküler travma sonrası AVM görülme oranı %2.5-10'dur. Nadiren bazı girişimsel veya cerrahi işlemler sonrasında iyatrojenik olarak AVM gelişimi olabilir (6). Tedavi seçenekleri arasında kompresyon, kriyoterapi, skleroterapi, endovasküler veya cerrahi yöntemler sayılabilir. Embolizasyon AVM tedavisinde tek başına veya cerrahi ile birlikte uygulanabilir ve özellikle küçük lezyonlar için önemli bir seçenektir. Ancak kullanılacak embolizan madde distal embolizasyona veya şanti geçip pulmoner emboliye neden olabilir(1,3). Cerrahi tedavi bu hastalarda kür açısından ön planda düşünülebilir. Ancak kitlenin yerleşimi kimi olgularda cerraha rekonstrüksiyon açısından fazla bir seçenek bırakmayabilir. Bizim olgumuzda olduğu gibi üst ekstremitede dijital

yerleşimli AVM'larda eğer parmak fonksiyonları korunmak isteniyorsa, kasık flebi uygulaması değerli bir rekonstrüksiyon yöntemidir.

**Kaynaklar**

1. Garzon MC, et al. Vascular malformations: Part I. J Am Acad Dermatol. 2007 Mar;56(3):353-70.
2. Toker ME, et al. Combined approach to a peripheral congenital arteriovenous malformation: surgery and embolization. Heart Vessels. 2006; 21:127-30.
3. B.B. Lee. New approaches to the treatment of congenital vascular malformations (CVMs)-A Single centre experience. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2005; 30: 184-97.
4. Mulliken JB, Glowacki J. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: A classification based on endothelial characteristic. Plast Reconstr Surg. 1982;69(3):412-22.

**resim 1**



**P-228**

**Bukkal Lipom**

Mehmet Dadacı, Serhat Yarar, Bilsev İnce, İlker Uyar, Mehmet Cem Yıldırım  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

Lipomlar, etyolojik olarak nedeni tam olarak bilinmeyen fibröz doku tarafından lobüllere ayrılan, adipöz doku kaynaklı, çoğunlukla asemptomatik, benign mezensefmal neoplazmlardır. Etiyolojide ailesel yatkınlık, travma, alkol, radyasyon ve bazı kronik hastalıklar suçlanmaktadır. Erkeklerde kadınlara göre daha fazla saptanmıştır. Tüm vücutta yaygın görülen lipomların %20'si baş-boyun bölgesinde yerleşim göstermektedir. Bukkal bölgede nadir görülürler. Tedavisi intraoral veya eksternal yolla eksizyonudur. Bu çalışmada, bukkal bölgede büyük boyutlara ulaşmış bir lipom vakasının tanı ve tedavisi anlatılmaktadır.

Olgu Sunumu: 15 yaşında kız hasta, küçüklüğünden bu yana olan ve boyutları gittikçe büyüyen sağ yanakta şişlik şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenede lezyon görünüm olarak normal mukozaya ile çevrili sınırlı bukkal bölgede ve ciltaltında hissedilebilen ağrısız, yumuşak kıvamlı, fluktuasyon vermeyen hareketli ve düzgün sınırlı

kitle tespit edildi. Çekilen MR'da sağ maksiller sinüs inferolateral kesimde, cilt altı yerleşimli, keskin sınırlı yaklaşık 65x41 mm boyutlarında lipomla uyumlu kitle izlendi. Genel anestezi altında intraoral yaklaşımla kitle total olarak eksize edildi. Histopatolojik inceleme sonucu, lipom olarak gelen hastanın, postoperatif 6. ayında nüks görülmedi.

**Tartışma ve Sonuç:** Lipomlar, kapsüller adipöz dokunun benign neoplazmaları olup, genellikle subkutanöz dokularda oluşabildiği gibi derin dokularda da lokalize olabilir. Maksillofasial bölgede az görülen lipomlar, bu bölgede en sık parotis glandda, ikinci sıklıkta bukkal bölgede görülür. Bukkal bölgedeki lipomlar parotis bezi duktusuna, pterigoid bölgeye, zigomatik ark altında temporal kas üzerine ve pterigomaksiller fissüre doğru genişleyebilir. Ayrıca tanıda, fibroepitelyal polip, anjioma, dermoid kist, fibroma ve liposarkom düşünülmelidir. Histolojik açıdan lipomların normal yağ dokusundan farkı, lipoprotein lipaz aktivitesinin yüksekliğidir. Kapsüllü olan lipomlar çevre dokudan keskin sınırla ayrılırlar. Lipomlar kas dokusuna yayılıp, infiltratif bir özellik gösterebilirler. Temel tedavi şekli cerrahi eksizyon olan lipomlar, fonksiyonel veya kozmetik nedenlerle eksize edilebilirler ve total rezeksiyonu takiben genellikle rekürrens göstermezler. Cerrahi yaklaşım şekillerinden intraoral yaklaşımda insizyon bukkal sulkusun üzerinden yapılır ve lipom eksize edilir. Diğer bir yaklaşım şekli ise, preaurikular insizyonla kitlenin eksize edilmesidir. Bu yaklaşım derin yerleşimli ve geniş rezeksiyon gerektiren vakalarda uygulanmalıdır. Derin yerleşimli lipom vakalarında lezyonun hepsini çıkartmak mümkün olmayabilir. Biz, bukkal bölgedeki dev lipomu intraoral yolla total olarak eksize ettik.

**Sonuç:** Sonuç olarak, lipom benign bir tümör olup tüm vücutta yaygın görülmekle beraber yanakta nispeten nadir görülür. Kesin tanı ve tedavisi için cerrahi eksizyon uygundur. Bukkal bölgedeki lipomlar intraoral yolla güvenli bir şekilde total olarak eksize edilebilir.

#### Kaynaklar

1. Furlong MA, Fanburg-Smith JC, Childers EL. Lipoms of the oral and maxillofacial region: Site and subclassification of 125 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2004;98:441-50.
2. Salvatore C, et al. Giant infiltrating lipoma of the face: CT and MR imaging findings. AJNR Am J Neuroradiol. 2003;24:283-6.
3. de Wijn RS, van der Heijden EP, Kon M. On lipoma of the buccal fat pad: report of two cases and review of the literature. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2009;62:28-35.

resim 1



#### P-230

### İnsan Issırığına Bağlı Parsiyel Kulak Amputasyonu ve Kulak Rekonstrüksiyonu: Olgu Sunumu

Bora Özel

Memorial Hastanesi Şişli

**Giriş:** İnsan ısırığı sonrası kulağın total ve parsiyel amputasyonları çok sık görülmemektedir. Bu olgularda ilk seçenek tedavi mikrocerrahi teknikle replantasyon olmalıdır. Bu olgu sunumunda parsiyel amputasyon sonucu dış merkezde kompozit greft olarak dikilen ama total nekroz gelişen olguda ki rekonstrüktif yaklaşımımız sunulmaktadır.

**Olgu Sunumu:** 21 yaşında erkek hastanın kulağı kavga sırasında saldırgan tarafından ısırılarak koparılması sonucu ampute olmuş ve dış merkezde parça kompozit greft olarak dikilmiş. 1 hafta sonra kliniğimizde değerlendirilen hastanın kopan parçada total nekroz görülmesi sonucu 2 aşamalı rekonstrüksiyon önerildi. Hastanın uyumlu olması ile lokal anestezi altında nekrotik doku dezipitelize edilerek kartilaj doku retroauriküler oluşturulan cebe yerleştirilip antibiyotik tedavisi başlandı. 1 aylık takip sonrası posteriordan kesilerek kulak kaldırıldı. Kırkdak posteriorunda kalan kısma üzerine süperfisiyal temporal arter tabanlı fasya flebi yerleştirilip tam kat deri grefti konuldu. Kulağın arkasında kalan alana ise yine kasıktan alınan tam kat deri grefti yerleştirildi. Ameliyattan hemen sonra kırkdak üzerinde kalan ve sadece anteriordan yeniden vaskülerize olan damarlarda beslenen kısımda venöz yetmezlik meydana geldi. Nitroderm patch tedavisi başlandı ve 3 gün devam edildi. Venöz yetmezlik geriledi ve herhangi bir sorun yaşanmadı. 1 hafta sonra deri greftleri pansumanları açılarak hasta taburcu edildi.

**Sonuç:** Kulak amputasyonlarında ideal yaklaşım mevcut yaranın imkan verdiği ölçüde ampute segmentin mikrovasküler replantasyonudur. En eski ve çoğu zaman da başarısızlıkla sonuçlanan yöntem ise kompozit greft şeklinde orjinal yerine yerleştirilme yöntemidir. 1971'de, Mladick ve arkadaşları non-mikrocerrahi kulak rekonstrüksiyonu tekniği olan retroauriküler cep tekniğini tanımladılar. Bu method, ampute segmentin dezipitelizasyonu ve retroauriküler bir cep içine gömülmesini içerir. Mikrovasküler anastomoz olmaksızın gerçekleşen bu başarılı sonuç, crush olup replantasyon açısından akut müdahale şansı tanınmayan veya kompozit greft olarak şan verilmiş ama cilt nekrozu ile sonuçlanmış olgularda kulak amputasyonları için önem taşımaktadır.

#### pre op intra op ve post op görünüm



pre op intra op ve post op görünüm

**P-232****Mental Sinir ile İlişkili İntraoral Lipom;  
Olgu Sunumu**

Ersin Akşam<sup>1</sup>, Mehmet Alkan<sup>1</sup>, Çağla Çiçek<sup>2</sup>,  
Rehber Marsil<sup>1</sup>, Alper Derviş<sup>1</sup>, Süleyman Köken<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Plastik Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir  
<sup>2</sup>Yozgat Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik  
Cerrahi Kliniği, Yozgat

**Amaç:** Lipomlar genellikle asemptomatik olmalarına rağmen büyük boyutlu, sınırlayıcı fasya yerleşimli, nörovasküler yapılarla yakın ilişkili olanlar semptomatik olabilirler. Lipomların %15-20'si baş boyun yerleşimli olmaktadır. Bunların %1-4'ü oral kavite içinde görülmektedir (1). Bu olgu sunumunda ender yerleşim yeri ve mental sinirle yakın ilişki gösteren lipomu olan bir hasta sunulacaktır.

**Olgu:** Kırk beş yaşındaki erkek hasta, sol çenede şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Alınan hikâyesinde 3 senedir sol çenesinde giderek büyüyen kitle şikâyeti mevcuttu. Fizik muayenede sol parasimfisiz bölgesinde palpable, ağrısız, düzgün sınırlı cilt altı mobil kitle mevcuttu. Yapılan manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) 2. premolar diş hizasında, mental foramen ve mental sinir ile yakın ilişkili, T1A'da hiperintens, yağ baskılı T2A'da hipointens lipom ile uyumlu görünümü olan kitle izlendi. Genel anestezi altında sol mandibular gingivobukkal insizyon ile mukozaya ve kaslar kesilerek mandibulaya ulaşıldı. Periost elevatörü ile kaslar kemikten diseksiyonla kitleye ulaşıldı. Kitlenin mental sinirde elongasyona sebep olduğu görüldü. Mental sinir kitleden diseksiyonla kitlenin dışına çıkarıldı. Histopatolojik inceleme sonucu lipom olarak rapor edildi. Hastanın postoperatif takiplerinde erken veya geç dönem komplikasyona rastlanmadı.

**Tartışma:** Lipomlar en sık görülen mezenkimal tümörler olup en sık gövde ve ekstremitelerde proksimalinde yerleşim gösterirler (2). Oral kavite içinde yerleşim nadir olmakla beraber mobil, ağrısız, sarımtırak röfle veren, yavaş büyüme, invazyon göstermeme, ülserleşmeme gibi özellikleri mevcuttur. Yerleşim yerine bağlı olarak çiğneme ve konuşma bozukluklarına neden olabilir (3). 40 yaş üstü erkeklerde daha sık görülmektedir (4). Ayırıcı tanıda oral dermoid kist, ranula pleomorfik adenomu, oral lenfoepitelial kist akıldan bulundurulmalıdır (2). Bu olguda, lipomun mental bölgede yer almasının yanı sıra mental sinirle olan yakın ilişkisinden dolayı diseksiyonun dikkatli bir şekilde yapılmasına dikkat edilmiştir. Mental siniri iterek sinirde elongasyona sebep olmasına rağmen ameliyat sonrası dönemde hipoestezi görülmemiştir.

**Sonuç:** Oral kavitede lipomlar nadir görülür. Komşu oldukları yapılarda kitlesel etki ile deformasyona sebep olabilirler. Özenli yapılacak diseksiyon ile sinir, damar gibi fonksiyonel önemi olan yapıların korunması sağlanabilir.

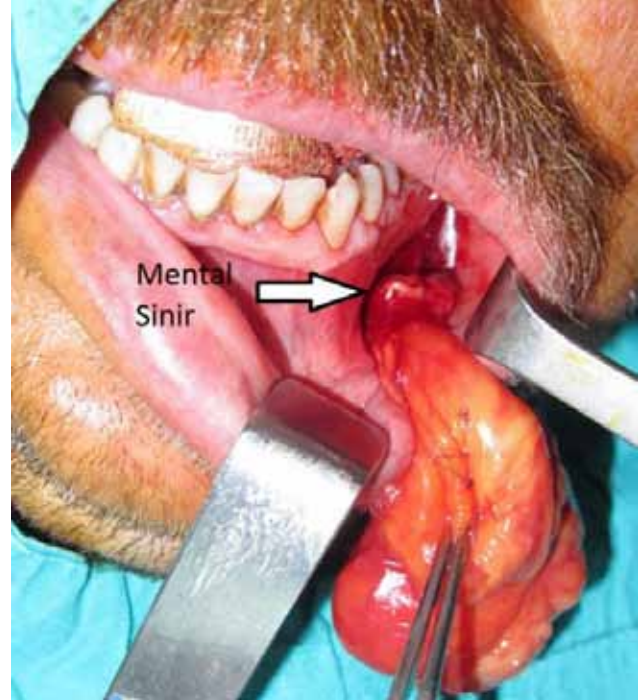
**Referanslar:** 1-Greer OR, Richardson JF. The nature of lipomas and their significance in the oral cavity: A review and report of cases. Oral Surg Oral Med Oral Path 1973;4:551-57

2-Fregnani ER, Pires FR, Falzoni R, Lopes MR, Vargas PA. Lipomas of the oral cavity: Clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases. Int J Oral Maxillofac Surg 2003;32:49-53

3-Del Castillo Pardo de Vera JL, Cebrian Carretero JL, Gomez Garcia E. Chronic lingual ulceration caused by lipoma of the oral cavity: Case report. Med Oral 2004;2:166-67

4-Epivantonos A, Markopoulos AK, Papanayotou P. Benign tumors of adipose tissue of the oral cavity: A

clinicopathologic study of 13 cases. J Oral Maxillofac Surg 2000;58(10):1113.

**Figür 1**

Kitlenin mental sinir ile olan ilişkisi

**P-233****Pediyatrik El Cerrahisi Acillerinde 10 Yıllık  
Deneyimlerimiz**

Kamuran Zeynep Sevim, Mevd Atıf Cezairlioğlu,  
Fatih Irmak, Ali Can Günenç, Hikmet İhsan Eren  
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
İstanbul

**Amaç:** Pediyatrik yaş grubu travmaları tüm travma gruplarında olduğu gibi temelde önlenebilen nedenlerle meydana gelmektedir. Bu çalışmamızda pediyatrik el yaralanmalarını oluş şekli, yaş, cinsiyet gibi etmenlere göre dağılımını değerlendirerek konunun öneminin kavranması amaçlanmaktadır.

**Gereç Yöntem:** 2006-2017 yılları arasında SEAH acil plastik cerrahi polikliniğine başvuran yada acil servis tarafından tarafımıza konsülte edilmiş 14 yaş altı el yaralanmaları yaş, cinsiyet, etyoloji, yaralanma tipi olarak retrospektif incelenmiştir.

**Bulgular:** Acil servisimize belirtilen zaman aralığında 14 yaş altı 1932 çocuk hasta başvurdu. Bunların %71'i erkek (n=1372) %29 kız (n=560), ortalama yaş 7,72 dir. Etiyolojik değerlendirme cam teması %39 (n=753) ezilme %52 (n=1005) delici kesici alet %9 (n=174) En çok görülen yaralanma şekli Crush (ezilme) yaralanmaları (1) kendi içinde sınıflandırıldığında kapıya sıkışma %49 (n=492) okul oyun alanı %32 (n=321) ev içi diğer %14 (n=141) iş %5 (n=51)

**Tartışma:** Üst ekstremitenin en aktif, aynı zamanda korunması en az ve en sık yaralanan bölümüdür (2). Pediyatrik yaş grubu görerek öğrendikleri şeyleri dokuanarak ve elleri ile uygulayarak deneyimlerler. Bu nedenden dolayı

el travmaya karşı en hassas organ olmakla beraber distalde en fazla olmak üzere proksimale doğru etkilenmektedir. Ezilme tarzı yaralanmalar sıklıkla fraktürden amputasyona yaralanmalara neden olmakla beraber dkey ve cam teması tendon, vasküler yapılar, sinir ve bunların hepsinin beraber olduğu kombine kesilere neden olmaktadır. Cam temasının içinde enderde olsa cama yumrukların bulunması ve bunların çok küçük yaşta görünmesi çocuk psikolojisi ve aile rol model sorgulamarına neden olmaktadır. Yüzdelik dilim olarak düşük olsada çocuk iş kazalarının varlığı çocuk istismarının acı bir örneğidir

Sonuç: Pediatrik el travmaları çocuk acilinde önemli bir yer tutmaktadır(3) Ebeveynlerin ve çocukların yetersiz eğitimi, yetersiz önlem alınması, uyarı eksiklikleri çocuk yaşta el travmalarını en önemli sebebi. Travmalarda erken tanı ve zamanında müdahale çocuğun gelişimi ve okul başarısında önemli organlardan biri olan el tedavi edilerek morbiditenin önüne geçilmeye çalışılmalı. Günümüzün en önemli kitlesel erişim yolu sosyal medya ile çocuk ve aile eğitimi sağlanarak bu büyük problemin çözümü için yarar olacağı düşüncesindeyiz

1 Pediatric hand injuries: essentials you need to know Emergency Radiology April 2014, Volume 21, Issue 2, pp 197-206 Alexander P. Sivit Elena P. DuPont Carlos J. Sivit 2 2 Acil El Yaralanmalarında Deneyimlerimiz: 5 Yıllık Verilerin Epidemiyolojik Değerlendirmesi [Experience in Acute Hand Injuries: Epidemiological Data from 5 Years Perio Ahmet Aslan1 İlkey Aslan2 Ahmet Özmeriç3 Tolga Atay4, Ali Çaloğlu5 Mehmet Nuri Konya1 3 Hand injuries in children presenting to a pediatric emergency department Annals of Emergency Medicine Volume 22, Issue 10, October 1993, Pages 1519-1523

## P-234

### Arteriovenöz Malformasyon Nedeniyle Embolizasyon Yapılan Hastanın Sağlam Dudağında Gelişen Nekroza Bağlı Defekt Onarımı

Bora Özel

Memorial Hastanesi Şişli, İstanbul

Giriş: Özellikle baş-boyun bölgesinin arteriovenöz malformasyonlarının operasyonları plastik cerrahi beyin cerrahisi ve girişimsel radyoloji açısından çok büyük zorluklara sahiptir. Bu olguda üst dudak av malformasyon nedeniyle selektif embolizasyon yapılması hedeflenen hastanın sağlam olan alt dudağının etkilenmesi ile gelişen nekroza bağlı defektin onarımının gerçekleştirildiği bir olgu sunulmuştur.

Olgu sunumu: Dış merkezde üst dudakta av malformasyon nedeniyle kasıktan arteriyel girişimle üst dudak embolizasyonu yapılan 39 yaşında erkek hastanın alt dudakta gelişen nekroz sonucu 1. Hafta sonunda kliniğimize başvurdu. Yapılan inceleme sonunda alt dudakta tam kat nekroz geliştiği fark edilerek yara bakımı ile takip edildi. Bir süre sonra nekrotik kabuk kaldırıldı ve hastanın alt dudağında doku kaybına bağlı defekt net olarak gözlemlendi. Hasta konuşurken "p" "b" gibi ünsüz harfleri söyleyemediğinden şikayetliydi. Hastanın alt dudağında %15'lik defekt wedge eksizyonla rekonstrükte edilmiş ve eksizyonda verilen embolizan alt dudak tükümüne yayılmış madde tespit edilmiştir. Alt dudakta çöküntü yapmaması nedeniyle embolizan madde eksize edilmemiştir. Girişimsel radyolojiyle yapılan konsültasyon sonucu bu maddenin onyx isimli ömür boyu vücutta erimeden kalan bir embolizan olduğu öğrenilmiştir.

Sonuç: Büyük av malformasyonlar ciddi şekil bozuklukları, hızlı büyüme riski ve yaşamı tehdit edici kanamalardan dolayı hastalar için birçok zorluklar gösterir. Ameliyat riskleri nedeniyle plastik cerrahlar son zamanlarda uygun hastaları girişimsel radyolojiye selektif embolizasyon amacıyla yönlendirmektedir. Embolizasyon sırasında malformasyonu besleyen damardan kaçaklar ya da embolizasyonun tam selektif yapılamaması nedeniyle sağlam bölgelerin etkilenip çeşitli sorunlara sebep olması nedeniyle tedavi planlanmasında algortime dikkat edilmeli ve gerekli konsültasyonlar önceden yapıp hastalara tüm komplikasyonlar anlatılmalıdır.

1



embolizasyon sonrası alt dudakta gelişen nekroz debridmanı ve çevreden onyx isimli embolizan kalıntıları

## P-235

### Makroglossi

Ebubekir Karakaş, Safa Manav, Kemal Fındıkçıoğlu  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Makroglossi; dilin anterior ve lateral sınırlarının dinlenme anında dental arkı geçmesidir. Ağız açılma bozukluklarına, maloklüzyona, ağız sulanmasına ve prognatizme neden olabilir. Bu durum çeşitli sendromlara eşlik edebilir. Makroglossinin görüldüğü en sık konjenital sendrom Beckwith-Wiedemann Sendromudur. Diğer durumlar amiloidoz, hemanjiom, lenfanjiom ve hipotirodi olarak sıralanabilir. Beckwith-Wiedemann Sendromu (BWS) konjenital aşırı büyüme bozukluklarıyla karakterize makroglossi, ön karın defektleri, organomegaliler, neonatal hipoglisemi gibi durumlarla seyreden bir hastalıktır.

Olgu Sunumu : BWS'lu 7 yaş kız hasta kliniğimize makroglossi şikayetiyle başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde makroglossiye ağız açılma bozukluğu, prognatizm, ağız sulanması, konuşma bozukluğu ve dişlerin diziliminde bozulmalar eşlik etmekteydi. Nazoendotrakeal entübasyonu takiben anterior w-wedge eksizyon yapıldı. Hasta 3 gün pediatri yoğun bakımda takip edildi. Ardından servisimizde 4 gün takip edildikten sonra komplikasyonsuz taburcu edildi. Takiplerinde herhangi bir sorunla karşılaşılmadı.

**Tartışma-Sonuç:** Hastanın yaşının ileri olması, dilin ön-arka uzunluğu ve lateral sınırlarındaki büyüklüğü göz önüne alarak cerrahi planlama gerçekleştirilmelidir. Literatürde makroglossi redüksiyonu için anterior w-wedge rezeksiyon, keyhole rezeksiyon, stellate rezeksiyon gibi cerrahi tasarımın farklı olduğu teknikler belirtilmiştir. Anteriordan w-wedge eksizyon yapılan olguda dilin ön-arka aksında ve lateral sınırlarında yeterli küçülme sağlanmıştır. Farklı yaşlarda ve farklı büyüklüklerdeki makroglossi vakalarında diğer eksizyon yöntemleri de göz ardı edilmemeli uygun vakada uygun teknik seçimine dikkat edilmelidir.

## P-236

### İntermusküler planda dev lipom olgusu

**Recep Okan Üstün, Şakir Ünal, Ali Cem Oktay, Alper Sarı, Yavuz Demir**  
*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin*

**Giriş:** Lipomlar, normal yağa benzeyen, olgunlaşmış beyaz adipositlerden oluşan iyi huylu tümörlerdir. En yaygın mezenkimal ve yumuşak doku tümörüdür. Genellikle gövde, sırt, omuz, boyun, proksimal ekstremitelerde görülür. İnce lifli kapsül ve trabeküller ile birlikte parlak sarı ve homojendirler. Uygun planda diseksiyon yapıldığında diğer dokulardan kolayca ayrılabilirler. Vasküler yapılarla ilişkilerine pek rastlanmaz. Yerleşimine göre subkutan, intermusküler ve intramusküler olarak sınıflandırılırlar. Bu bildiride dev intermusküler lipom vakası sunulmuştur.

**Materyal-Metod:** 47 yaşında erkek hasta; sağ koltuk altından göğüs yan duvarına uzanan yaklaşık 8 yıldır var olan ağrısız dev kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu.

**Bulgular:** Sağ aksiller bölge inferiorundan, lateral torakal bölgeye uzanan yaklaşık 15\*25 cm boyutlarında, yumuşak kıvamlı, sınırları net seçilemeyen kitle mevcuttu. Hastanın bilgisayarlı tomografisi aksiller bölgeden lateral torakal bölgeye uzanan derin yerleşimli, sınırları düzenli kitle şeklinde raporlandı. Operasyonda sağ aksiler bölge inferiorunda pektoral kas lateral sınırına paralel yapılan bir insizyon ile kitleye ulaşıldı. Kitlenin pektoral kas ve latismus dorsi kası fasyaları arasında olduğu görüldü. İntermusküler planda diseksiyon yapılarak kitle eksize edildi. Patoloji sonucu lipom ile uyumlu olarak rapor edildi.

**Sonuç ve Tartışma:** Lipomlar sıklıkla subkutan planda görülseler de intermusküler veya intramusküler planda da görülebilecekleri unutulmamalıdır. Derin yerleşimli ve büyük boyutlu kitlelerin ayırıcı tanısında lipomlar da göz önünde bulundurulmalıdır. Lipomlar ince kapsüllü ve diğer dokulardan diseksiyonu kolay olan kitleler olarak bilinseler de damarsal yapılar ve kaslar ile ilişkileri olabileceği hatırlanmalı, vakalara yaklaşımda bu olasılıklar akılda tutulmalıdır.

## intermusküler lipom



## P-237

### Kaposi Sarkomu Hastalarının Tanı, Tedavi Ve Takip Süreci

**Özay Özkaya Mutlu, Selman Taşkın, Tuğçe Yasak**  
*Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İstanbul*

**Giriş:** Kaposi Sarkomu endotelial hücrelerden kaynaklanan işsi hücreli, düşük grade vasküler bir tümör olup, Kaposi Sarcoma herpesvirus/human herpesvirus 8 (KSHV/HHV8) enfeksiyonu ile ilişkilidir. Klinik olarak basit mukokutanöz hastalıktan yaygın organ tutulumunun olduğu ağır hastalık durumuna kadar değişkenlik görülebilir. Hastalık primer olarak 4 gruba ayrılır. Epidemik grup (AIDS ilişkili), Immünkomprize grup, Klasik grup (sporadik veya mediterrian), Endemik grup (Afrikan). En sık görülen tip epidemik olan gruptur ve diğer grupların aksine agresif bir klinik ile seyredir. Kaposi Sarkomunda lezyonlar cilt, oral mukoza, lenf nodları ve visseral organlarda görülebilir. Hastaların çoğu kutanöz lezyonlarla presente olur; bu lezyonlar tipik olarak alt ekstremitelerde ve baş-boyun bölgesinde görülür. Lezyonlar maküler, papüler, nodüler veya plak benzeri görünümde olabilir, genellikle palpabl ve nonpruritik olurlar. Lezyonların boyutları birkaç mm'den birkaç cm'ye kadar değişkenlik gösterebilir. Kahverengi, pembe, kırmızı veya mor-menekşe gibi çeşitli renkte lezyonlar görülebilir. Tanıda punch biyopsi veya lezyonların lokalizasyonuna göre; bronkoskopi, gastroduodenoskopi ve kolonoskopi kullanılır. Endemik tipte antiretroviral tedavi ile HIV enfeksiyonunun optimal tedavisi büyük önem taşır. Lezyonların lokal tedavisinde; RT, Kriyoterapi, Laser ile tedavi, cerrahi eksizyon, intralezyonel vinka alkaloidleri ve topikal retinoidlerin kullanımı tanımlanmıştır.

**Hastalar-metot:** Çalışmaya, Mart 2013 ile Mart 2017 yılları arasında opere edilen 7 hasta dahil edildi. Hastaların hepsine preoperatif HIV tetkikleri yapıldı, iç organ yerleşimli Kaposi Sarkomu olguları açısından hastaların tümü araştırıldı.

**Sonuçlar:** Hastaların ortalama yaşları 61 idi, 7 hastadan 1'i kadın 6'sı erkek idi. Hastaların lezyonları sıklık sırası ile el, önkol, ayak, bacak, baş- boyun yerleşimliydi. Hastalarda HIV pozitifliği saptanmadı. Patolojik incelemede 6 lezyonda HHV-8 pozitifliği mevcut idi. Hastaların üçünde lezyonlar multipl anatomik bölgelerde (el palmar yüz, göz, kapağı, burun alar kanat) lokalize idi. Bir hasta; aynı zamanda Gastrointestinal sistemde mevcut lezyonları nedeniyle KT alıp birçok kere cilt lezyonları için opere edildi. Hastaların cilt lezyonları için; 2 hastada eksizyon sonrası primer

onarım yapılırken geri kalanlarda cilt grefti ile onarım yapıldı. Hastaların birinde postop takiplerde gelişen çeşitli lezyonlar nedeniyle birden fazla operasyon ihtiyacı oldu. Kaposi Sarkomu; makül, papül, nodül, plak gibi çok çeşitli şekillerde görülebileceğinden cilt lezyonlarının ayırıcı tanılarına girmesi unutulmamalıdır. Kaposi Sarkomu'nun agresif seyirli olabileceği akıldan çıkarılmamalı, hastanın takipleri düzenli olarak yapılmalıdır.

## P-238

### Elde yerleşimli lipomatöz lezyonlar: olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi

Mert Seçer, Abdullah Çalık, Hootan Zolfagharpour, Ayşe Aydan Köse

*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir*

Lipomlar vücudun en sık görülen tümörleridir ve genelde 50-70 yaş aralığında gelişirler. Yapı olarak yumuşak, kapsülle çevrili, sarı-turuncu renkte lobuler lezyonlardır. Mezenşimal kökenli preadipositlerden gelişirler ve histolojik olarak yağ dokusundan ayrımı çok zordur. Mezenşimal gelişmeleri nedeniyle diğer mezenşimal dokularıda içeren benign mezenkimal tümörler olarak görülebirlirler. Bunlar: fibrolipomlar, fibröz doku ile birlikte; anjiyolipomlar, vasküler kanallar ile birlikte; kondrolipomlar, kıkırdak doku ile birlikte; miyelolipomlar, hematopoetik dokularla; ossifiye lipomlar, kemik doku ile birlikte görürlür. Lipomların etyolojisi net olarak tanımlanamamıştır, yapılan çalışmalarda travmatik, genetik ve metabolik sebepler araştırılmış ve multifaktöryel olarak geliştikleri düşünülmüştür. El lipomları genelde asemptomatik, soliter kitle olarak görürlür, hızlı büyüme sonrasında uzun süreli latent olarak kalırlar. Genelde subkütan fasya altında yerleşim gösterirler. Olguların çoğu asemptomatik olduğundan hastalar genelde kozmetik nedenlerle hastaneye başvururlar. Semptomatik olgularda başlıca bulgular ağrı, hassasiyet ve sinir kompresyonuna bağlı parestezidir. Tanıda hikaye ve fizik muayene geniş yer tutar. Fizik muayenede yumuşak, mobil ağrısız kitleler olarak görürlür. Ayırıcı tanıda ganglion kistlerinden ayrımı gerekir. Bunun için bir ışık yardımıyla transiluminasyondan faydalanılabilir, ganglion kistleri ışığın geçişine izin verirler. Derin dokulara yerleşmiş kitlelerin tanısında ultrasonografi(USG), bilgisayarlı tomografi(BT) ve manyetik rezonans inceleme(MRI) önerilir. MRI incelemenin duyarlılık ve özgüllüğü yüksek olduğundan ilk tercih olan USG sonrası ayırıcı tanıların dışlanması açısından tercih edilmesi önerilmektedir. Tedavide cerrahi olarak eksizyon yapılmaktadır. Cerrahi alternatif olarak liposuction kullanılabilir. Hematom, enfeksiyon, nörovasküler yaralanmalar cerrahinin komplikasyonları olarak görülebilir. Lipomatöz lezyonlar ile malign lezyonların ayırıcı tanısında vücudun sık görülen malign yumuşak doku tümörü liposarkomlar ön plandadır. Bu lezyonlar elde oldukça nadir görürlür. Tanıda MRI kullanılır ve tedavi cerrahi eksizyon sonrası patolojik evresine göre neoadjuvan radyoterapi ve/veya kemoterapidir. Benign lipomatöz lezyonların malign transformasyonu literatürde çok nadir olarak görürlür. Bu sunumda kliniğimize başvuran elde lipomatöz lezyonları bulunan 2 hastamızı literatür eşliğinde değerlendirdik. 54 yaşında erkek hastamızın sol el avuç içinde yaklaşık 7-8 yıldır varolan, yumuşak kıvamlı, kısmi olarak mobil, distal krizden tenar bölgeye uzanan yaklaşık 5x3 cm çaplı kitle lezyon bulunmakta. 2. Ve 3. Parmaklarında uyuşukluk şikayeti ve kozmetik amaçlarla hasta kliniğimize başvurdu. Yapılan ultrasonografik görüntülemelerde ve manyetik rezonans incelemede lipomatöz bir lezyon olduğu doğrulandı. Hasta operasyona alındı ve intraoperatif median siniri saran lipomatöz lezyon sinirden diseke edilerek eksize edildi. Patoloji sonucu lipom olarak

yorumlandı. Hastanın uyuşukluk şikayeti 2 hafta sonra normale döndü. Rutin kontrollerinde ek sıkıntısı olmadı. Lipomatöz lezyonlar vücutta sık görülmelerine rağmen elde daha nadir görülmektedirler, tanıda fizik muayene ve USG, derin yerleşimli lezyonlarda MRI tercih edilir. Tedavide cerrahi olarak eksizyon yapılır. Elde yerleşimli lipomatöz lezyonlarda cerrahi sırasında nörovasküler odakların korunması önem arzeder.

## P-239

### Nazal Glial Heterotopi: Olgu sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Mert Seçer, Ayşe Aydan Köse

*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir*

Nazal glial heterotopiler (daha önceden nazal gliom olarak bilinen) konjenital orta hat tümörleri arasında nadir görülen, benign seyirli kitlelerdir.1 Literatürde tüm dünyada şimdiye kadar 250 kadar vaka raporlanmıştır.2 Nazal glial heterotopiler (NGH) daha çok burun bölgesinde görürlür ve olguların %30'unda intranazal, %60'ında ektranazal, %10'unda kombine yerleşimlidirler.1 Ektranazal olarak en sık glabella ve nazomaksiller sutureda yerleşim gösterirler. Klinik olarak kırmızı, mavimsi renklerde üzerinde telenjektazilerin bulunduğu kitleler şeklinde görürlür. Bu halleriyle hemanjiyomatöz lezyonları andırırlar. Bu malformasyonların yaklaşık %85 inin santral sinir sistemiyle bağlantısı yoktur, bu sayede ensefalosellerden ayırt edilebilirler, ayrıca ağlamakla kitlede büyüme görülmemesi ve yaş arttıkça bedenle orantılı olarak kitlenin büyümesi ensefaloselden ayırıcı tanıda önemlidir.1-3Ayrıca vasküler lezyonlardan ayırım amacıyla Doppler ultrasonografi yapılması ayırıcı tanıda yararlıdır. Bilgisayarlı tomografide (BT) yumuşak doku dansitesinde, beyin dokusuyla izodens olarak görürlür, genelde kontrast tutulumu azdır. Manyetik rezonans görüntülemelerde(MRG) nöral yapıların çeşitliliği nedeniyle sinyal şiddetinde farklılıklar görülebilir. Tedavide lezyonun eksizyonu ve bölgenin uygun şekilde rekonstrüksiyonunun yapılması yeterlidir. 2 Bu sunumda, nazofrontal kitle nedeniyle opere ettiğimiz olgumuzu literatür eşliğinde değerlendirdik.

31 yaşındaki annenin 5. gebeliğinden 3. yaşıyan olarak 1120gr doğan, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edilen kız bebek, 4,5 aylıkken doğumdan beri var olan burun kökünde kitle ile tarafımıza danışıldı. Yapılan fizik muayenede glabellar bölge sol tarafta yerleşimli tabanda 5cm çaplı, yüksekliğinin 3cm olduğu, geniş bir pedikülle cilde bağlı kırmızı, mavimsi renkli kitle lezyon gözlemlendi. Doppler ultrasonografide hemanjiyom lehine bulgu saptanmadı. Manyetik rezonans görüntülemelerde T1 ve T2 görüntülerde heterojen hipointens olarak izlenen, kontrastlı incelemede hafif düzeyli kontrastlanması izlenen, orbita ve intrakranyal bağlantısı olmayan kitle lezyon görüldü. Çekilen bilgisayarlı tomografide kalvaryal kemik yapılar ile yakın komşuluğu bulunan 3cm çaplı yumuşak doku dansitesinde kitle lezyon görüldü. ) Operasyon günü planlanıp, genel anestezi altında kitle total eksize edildi ve bölgeye uyluktan alınan kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım yapıldı. İntraoperatif ek patoloji saptanmadı. Kitlenin patoloji sonucu GFAP pozitif glial heterotopi uyumlu olarak yorumlandı. Takiplerinde ek sorunu olmayan hasta önerilerle taburcu edildi.

Nazal glial heterotopiler çocukluk çaının nadir görülen, tedavi edilmesi gereken benign kitlelerindendir. Bilgisayarlı tomografi ve MRG ile ensefaloselden ayrımı önem arzeder. Tedavisinde kitlenin tamamının eksizyonu önerilir.

**P-240**

**Kemik İnvazyonu Yaparak Patolojik Blow Out Fraktürüne Neden Olan Nüks Bazal Hücreli Karsinom Olgusu**

Duran Çekiç, Şakir Ünal, Yavuz Demir, Alper Sarı,  
Göktekin Tenekeci  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve  
Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin

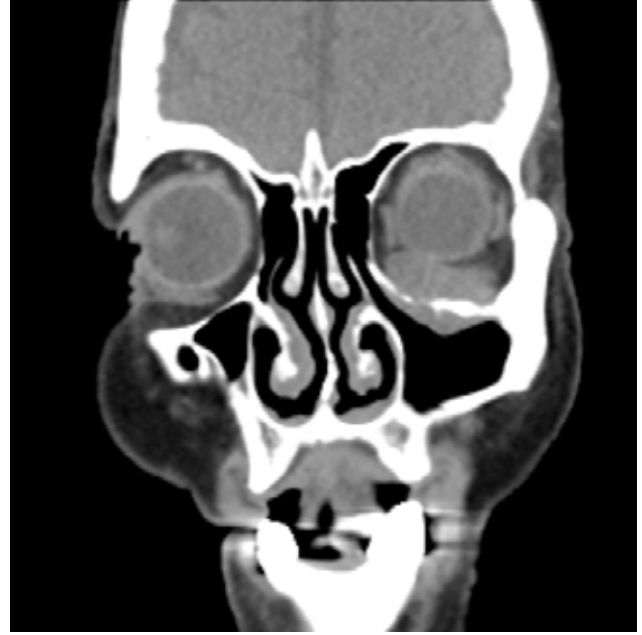
**Giriş-Amaç:** Spontan blow out fraktürlerinde tümöre bağlı patolojik fraktürlerin olabileceği ve cilt kanserlerinin yaklaşık %75'inden sorumlu bazal hücreli karsinomun kemik invazyonu yapıp patolojik fraktüre sebep olabileceğini göstermeyi amaçladık.

**Materyal-Metod:** Çalışmamızda, kemik ve orbita invazyonu yapan bazal hücreli karsinom'lu 71 yaşında kadın hasta olgusu sunulmuştur.

**Bulgular:** Hasta, dış merkezden blow out fraktürü şüphesi nedeni ile tarafımıza yönlendirildi. Son zamanlarda çift görme şikayeti mevcut olan hastanın, sol orbita alt rim üzerinde yaklaşık 2 cm'lik skar alanı, süperiora bakışta diplopi ve bakış kısıtlılığı mevcut idi. Hasta'nın sol orbita alt rimde skar dışında herhangi bir lezyona rastlanmadı. Hasta daha önce tümör nedeni ile opere olduğunu tarafımıza bildirmedi. Çekilen bilgisayarlı tomografide, sol orbita alt rimden orbita tabanına uzanan ve blow out'a neden olan fraktür görülmesi üzerine hasta operasyona alındı. Sol alt göz kapağı rim seviyesinde bulunan eski insizyon skarından girildi. Ancak yumuşak doku ve kemik yapılar da anormal doku görülmesi üzerine frozen çalışıldı, sonucu malign yuvarlak hücreli tümör olarak raporlandı. Doku biyopsi sonucu bazal hücreli karsinom olarak raporlandı. Hastanın ameliyat sonrası anamnezinde 5 yıl önce sol orbita alt rim seviyesinde bazal hücreli karsinom nedeni ile opere olduğu, cerrahi sınır devamlılığı olması nedeni ile yeniden doku eksizyonu yapıldığı öğrenildi. Hasta onkoloji konseyinde sunuldu. Konseyde (plastik cerrahi, göz hastalıkları, kbb, tıbbi onkoloji) enükleasyon kararı alındı. Hastanın enükleasyonu kabul etmemesinden dolayı palyatif amaçlı tümör eksizyonu ve rekonstrüksiyonu yapıldı. Hasta kemoterapi almak üzere onkoloji departmanına yönlendirildi.

**Sonuç ve Tartışma:** Bazal hücreli karsinom insanlarda en sık görülen karsinom olup, kemik invazyonu yaparak patolojik fraktürlere sebep olabilmektedir. Nitekim hastamızda spontan fraktür oluşmuş olup etyolojisinde malignite çıkmıştır. Buradan çıkaracağımız sonuçlar bazal hücreli karsinomda cerrahi sınırların negatif olduğuna dikkat etmeli ve kendiliğinden oluşan fraktürlerin zemininde malignite şüphesi akılda tutulmalıdır.

**patolojik blow out fraktürü**



patolojik blow out fraktürü

**P-241**

**Epilepsi Nöbeti Geçiren Hastada Elde Sirküler 3. Derece Yanık**

Mehmet Dadacı, Serhat Yazar, Bilsev İnce,  
İlker Uyar, Mehmet Cem Yıldırım  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı,  
Konya

Derinin yakıcı bir etken ile yaralanması sonucu fonksiyonlarını yitirmesinin yanı sıra, yanığın derinliği oranında hayatı ve fonksiyonu tehdit eden bir tablo ortaya çıkabilmektedir. Yakıcı etken sıcak su veya diğer sıcak sıvılar olabilmektedir. Doku hasarının derecesi, ısının yüksekliğine ve temas süresine bağlıdır. Tedavide ilk amaç zarar vermeden şok ve acil cerrahi işlem döremesini atlatmaktır. İkincisi, hastanın ileride ihtiyaç duyulabilecek rekonstrüktif ve rehabilitasyon girişimlerini önceden hesap ederek ona göre hareket etmektir. Üçüncü ve son amaç da hastanın mümkün olduğunca estetik olarak kabul edilebilir bir görünümde sosyal hayatına geri dönmelerini sağlamaktır. Epilepsi nöbeti nedeni ile süt yanığı geçiren hastanın tedavisi paylaşılabilecektir.

**Olgu Sunumu:** 52 yaşında kadın hasta, süt pişirme esnasında epilepsi nöbeti esnasında bilinç kaybı esnasında kolunu süt tenceresine daldırma sonrasında haşlanmış tarzında yanık olması nedeniyle. İkincisi, hastanın 2. Günü tarafımıza başvurdu. Ön kol ortasından parmak uçlarına kadar sirküler tarzda, tam kat yanık alanları mevcuttu. Palpasyonda hassasiyet saptandı. Elin norolojik ve vasküler muayenesinde, radial arter unlar arterde nabız hissedilmedi, Parmak kapiller geri dolumun zayıf olduğu ve his kaybının olduğu görüldü. Mevcut eskarlardan dolayı kompartman sendromu bulguları olan hastaya fasyotomi ve bir miktar eskarektomi yapılarak dolaşım rahatlatıldı. Hastaya yapılan seri debridman ve aşamalı cilt grefti ile rekonstrüksiyon yapıldı. 2. Ve 4. distal falanksları, 5. Parmak orta ve distal falanksı total sirküler nekroz nedeni ile ampute edildi. Sirküler tarzda olduğu için tırnak ve tırnak yatakları nekroz nedeni ile debride

edildi. operasyonlar sonra hasta fizik tedavi kliniğine yönlendirilerek hareketlerin geri kazanılması sağlandı.

**Tartışma:** Yanık hastalarını ciddi bir travma hastası olarak değerlendirip tedavi etmek gerekmektedir. Yanık şekilleri, özellikle alev ve haşlanma yanıkları değişik yaşlarda farklılık göstermektedirler. Haşlanmaya bağlı yanıkların büyük çoğunluğu sıcak suya, sıcak yemeğe, ve kızgın yağa bağlı olmakla birlikte daha çok kırsal kesimde sıcak süte bağlı yanıklarda görülmektedir. Haşlanma yanıklarında en yüksek mortalite sıcak süt ile yanan hastalarda görülmektedir. Haşlanmayanığına bağlı gelişmesi olası komplikasyonlar; yara enfeksiyonu, şok, kompartman sendromu, sepsis ve çoklu organ yetersizliğidir. Hastalara, yara pansumanı dışında yapılan cerrahi girişimler fasyotomi, eskarotomiden amputastona kadar gidebilmektedir.

**Sonuç:** Haşlanma tarzında yanık sonrası nadir görülmesine karşın, kompartman ve amputasyon gibi çok ciddi durumlarla sonuçlanabilen bir travmadır. Kompartman ile başvuran tam kat yanıklı hastada acil fasyotomi ve eskarektomi uzun kurtarılmasını sağlayan yegane işlemdir.

**Kaynaklar:**

1-Demling RH. Fluid replacement in burned patients. Surg Clin North Am 1987;67:15-30.

2. O'Keefe GE, Hunt JL, Purdue GF. An evaluation of risk factors for mortality after burn trauma and the identification of gender-dependent differences in outcomes. J Am Coll Surg 2001;192:153-60.

3-Hinder F, Traber D. Pathophysiology of the systemic inflammatory response syndrome. Chapter 19. Total Burn Care. In: Hemdon DN, editor. London: W.B. Saunders Company; 1996. p. 207-13.

**resim 1**



**P-243**

**Nadir Görülen İzole Lower Lateral Kartilaj Yokluğunun Rinoplasti Esnasında Rekonstrüksyonu**

**Muhammet Ömür Ersin Altun**, Hasbi Mert Meral, Gökhan Efe, Murat Livaoğlu  
*Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon*

**Giriş:** Alar kartilaj anatomik olarak medial crus, middle crus ve lateral crus olmak üzere 3 alt üniteden oluşmaktadır. Alar kartilajlar burun tipinin estetik görünümde ve eksternal nazal valvin fonksiyonelliğini sağlamada kritik öneme sahiptirler. Ayrıca boyutlarının, elastikiyetlerinin, şekillerinin ve burnun diğer anatomik yapıları ile olan ilişkilerinin varyasyonları, bireye burun yapısının oluşmasında önem arz etmektedir. Morfolojisi çok değişken olan bu yapıya ait anomaliler nadir olarak görülmektedir. Bu makalede primer rinoplasti için başvuran bir hastada görülen rudimenter alar kartilaj yapısına yönelik yapılan cerrahi işlem sunulmuştur. **Olgu:** 30 yaş erkek hasta burunda şekil bozukluğu ve nefes almakta güçlük şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastaya yapılan fizik muayenede dorsal hump belirginliği mevcuttu, septumun sağ deviye olduğu görüldü, sağ tarafta cottle testi pozitif idi ayrıca belirgin tip asimetrisi mevcuttu. hastanın tip projeksiyonu yetersizdi. Bu nedenlerle hastay açık septorinoplasti işlemi planlanarak ameliyat randevusu verildi. Preoperatif fotoğraf çekimlerini takiben 4.11.2016 tarihinde hasta opere edildi. Genel anestezi altında, lokal anestezi infiltrasyonunu takiben 10 dakika beklenerek vakaya başlandı. Transkolumellar ters V insizyon ve marjinal insizyonlar yapıldı. Nazal septal kartilaj görünür hale getirildi. Diseksiyonlar ile upper ve lower kartilajların görünür hale getirilmesi planlandı. Alar kartilaja ait alt ünitelerin tamamı burun sol kısmında mevcut durumdaydı. Burun sağ kısmında ise medial krus tamamıyla mevcut iken, middle crusun lobular ve domal parçaları az gelişmiş olarak mevcut durumdaydı. Burun sağ taraftaki lateral kartilaj ise hiç gelişmediği için herhangi bir kartilaj dokusu gözlenemedi. Sonrasında diseksiyonlar ilerletilerek upper kartilajlar ve nazal kemiğin dorsal kısmı görünür hale getirildi. Upper lateral kartilajlardan septum üst kısımlarından subtotal eksizyon yapıldı. Sonrasında osteotom kullanılarak humpektomi işlemi gerçekleştirildi. Septoplasti işlemi gerçekleştirilmesini takiben septumdan kartilaj greftleri elde edildi. Septoplasti işlemi takiben alınan greftlerden spreader greft olarak kullanılmak üzere 2 adet, lower kartilajı rekonstrükte etmek için 2 adet, burun tipini yeniden oluşturmak için 3 adet olmak üzere toplamda 7 adet kartilaj greft hazırlandı. Spreader greftler yerleştirilerek internal nazal valv açısı artırıldı. Medial ve low-to-high lateral osteotomilerin yapılmasının ardından alar kartilajın rekonstrüksyonu işlemine geçildi. Bu amaçla 7X3X2mm boyutundaki greft ile middle crus, 12\*7x2mm boyutundaki greft ile lower lateral kartilaj oluşturuldu. Tipin yeniden oluşturulması amacıyla da 1 adet kolumellar strut greft, 1 adet shield greft ve 1 adet de onlay greft kullanıldı. Her bir bölgenin greftleme işlemi öncesi ve sonrasında intraoperative fotoğraflama işlemi gerçekleştirildi. Cilt sütürasyonu yapıldı. İntranazal tamponlar ve eksternal nazal splint yerleştirildi. İntranazal tamponlar postop 3. günde, nazal splint ise 1. hafta da alındı. Postoperatif 1 ay boyunca 4\*1 burun için serum fizyolojik ile yıkama ve antibiyotikli krem ile pansuman önerildi. Postoperatif 1. ay kontrolünde fotoğraflama işlemi yapıldı.

**Sonuç ve Tartışma:** Burun tipinin yeniden şekillendirilmesi işlemi rinoplastinin en zorlayıcı aşamalarında birisidir. Özellikle travmatik burunlarda ve sekonder rinoplastilerde

çoğu zaman konkal veya kostal kartilajlara ihtiyaç duyulabilmektedir. Fakat nadiren de olsa konjenital olarak alar kartilajlarda gelişimsel bozukluklar veya eksiklikler görülebilmektedir. Bu durum, eğer önceden tespit edilmediyse, rinoplasti işlemi esnasında plan değişikliği gerektiren zorlayıcı bir hal almaktadır. Bu nedenle her bir rinoplasti öncesi hastaların tespit edilen deformitelerinin nedenleri dikkatlice incelenip cerrahi planlama yapılması ayrıca hastalara gerekli görüldüğü durumlarda konkal veya kostal greft alınabileceği aktarılması önem arz etmektedir.

**Resim 1**

*İzole Lower Lateral Kartilaj yokluğu olan hastanın intraoperatif görüntüsü*

**P-244**

### **İntraorbital Metal Yabancı Cisim Çıkarılmasında Mıknatıs Kullanımı: Olgu Sunumu**

Emrah Kağan Yaşar, Ceyhun Uzun,  
Murat Şahin Alagöz

*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli*

**Giriş:** Orbita yaralanma şüphesi olan hastalarda tanışal amaçlı ilk başvurulacak görüntüleme yöntemi olarak bilgisayarlı tomografi(BT) kullanılmaktadır.<sup>1</sup> BT ile orbita duvarları ve glob değerlendirilirken radyopak yabancı cisimler kolaylıkla değerlendirilir. Farklı kesitlerde alınan görüntülerle yabancı cismin lokalizasyonu net olarak tespit edilebilir ve BT ile yabancı cismin türü belirlenebilir.<sup>2</sup> Yabancı cismin tanısı sonrası intraorbital alandan çıkarılması hususunda dikkatli davranmak gerekir. Zira yapılacak diseksiyonun çevre anatomik yapılara zarar vermesi söz konusu olabilir. Asgari zarar ile metalik bir yabancı cismin çıkarılmasında mıknatıs kullanımı yararlı olabilir.<sup>3</sup>

**Amaç:** Orbita yaralanması ile acil servisten kliniğimize danışılan metal sanayisinde metal kesimiyle ilgili bir iş kolunda çalışan hastamız, sağ superomedial periorbital bölgeden orbita boşluğuna giren yabancı cismin çıkarılmasında mıknatıs kullanımını anlatmayı amaçladık.

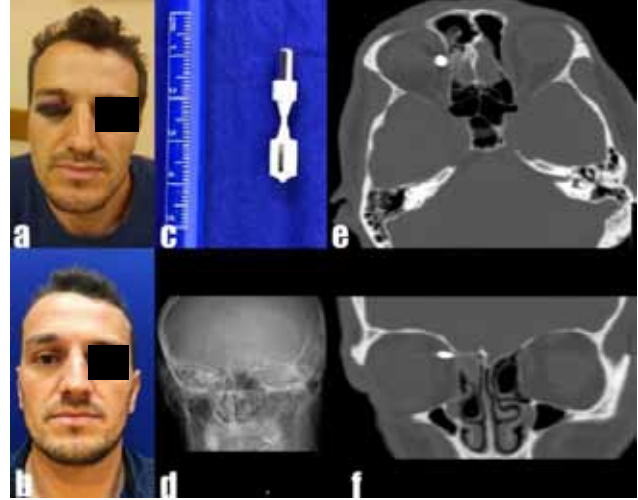
**Olgu:** 31 yaşında erkek hasta orbitada travma şüphesi ile acil serviste tarafımıza danışıldı. Hastanın çekilen maksillofasial tomografisinde fraktür izlenmedi, globda ve diğer intraorbital yapılarda herhangi bir patoloji görüntü izlenmedi. Göz hastalıkları tarafından da değerlendirilen hastada patolojik bir fizik muayene bulgusu görülmediği bildirildi. Hastada geç dönem enfeksiyon, fibrozis ve

diplopi gibi tehditler nedeniyle yabancı cismin genel anestezi altında çıkarılması planlandı. Operasyonda sağ orbita süperomedialinde var olan 1cm'lik kesi 2cm'ye tamamlandı. Plastik cerrahide, portu üzerinde olan ekspanderları şişirmede kullanılan steril mıknatıs yardımıyla yabancı cisme ulaşıldı ve sınırlı diseksiyon yapılarak yabancı cisim orbital boşluktan çıkarıldı.

**Sonuç:** Orbitadan metal yabancı cisim çıkarılması planlandığı hastalarda cismin yerinin tespitinde ve çıkarılmasında operasyon sırasında mıknatıs kullanılabilir. Mıknatıs kullanımı basit bir işlem olup özel ekip ve ekipman gerektirmemektedir, hastaya herhangi bir zararlı etkisi olmamaktadır.<sup>4</sup> Bu teknik ile operasyon süresi kısılması, insizyonun büyütülmeden yabancı cismin bulunup daha kolay bir şekilde çıkarılması mümkün olabilmektedir.

**Kaynaklar:**

1. Gonullu ME, Filinte GE, Cardak NG, Kucuk S, Aköz T. The Surgical Strategy for the Intraorbital Foreign Bodies. J Craniofac Surg. 2016 Oct;27(7):1785-1788.
2. Zhou L1, Li SY1, Cui JP1, Zhang ZY1, Guan LN. Analysis of missed diagnosis of orbital foreign bodies. Exp Ther Med. 2017 Apr;13(4):1275-1278
3. Yıldırım N, Sayin B, Durakoglugil T, et al. Maksillofasial Travmalarda İntraorbital Yabancı Cisimler. Turk J Emerg Med 2010;10:71-76
4. Çakır B, Akan M, Yıldırım S, Aköz T. Localization and removal of ferromagnetic foreign bodies by magnet. Ann Plast Surg 2002;49:541-544

**Hasta, mıknatıs görüntüsü ve radyolojik incelemeler**

*a,b) Hastanın ameliyat önce ve 3 ay sonrası görüntüsü c) Kullanılan mıknatıs materyali d,e,f) Hastanın direkt grafisi ve tomografi görüntüleri*

**P-245****Skalpte Subdural İnvazyonlu, Rekürren Skuamöz Hücreli Karsinom Tanılı Bir Hastada Skalp Defektinin Serbest Radyal Ön Kol Flebi İle Onarımı, Olgu Sunumu**

Murat Kara, Hakan Uzun

Hacettepe Üniversitesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Kemik doku defekti içeren geniş skalp defektleri, lokal flepler veya deri greftleri ile onarılamayacağından, serbest flepler ile onarım gibi kompleks onarımlara ihtiyaç duyarlar. Çalışmamızın amacı, serbest radyal ön kol flebi ile onarım yapılmış, subdural invazyonlu, skalpte rekürren skuamöz hücreli karsinom rezeksiyonu sonrası geniş defekti olan hastanın sonuçlarının sunulmasıdır.

Olgu Sunumu: 74 yaşında erkek hasta, sol frontoparietal skalpte rekürren invaziv skuamöz hücreli karsinom (scc) nedeni ile kliniğimize yönlendirilmiştir.

Hastanın benign prostat hipertrofisi tanısı mevcut olup Tamsulosin tablet kullanmaktadır. Ayrıca Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı tanısı olup, Formeterol kapsül kullanmaktadır. Hastanın 50 paket / yıl sigara kullanma öyküsü mevcuttur.

Hasta iki yıl önce sağ frontoparietal bölgede krutlu büyüyen yara şikayeti ile bir sağlık merkezine başvurmuştur. Burada yapılan biyopsisi scc olarak raporlanan hastaya geniş rezeksiyon, kraniyektomi ve lokal skalp flebi ile onarım yapılmıştır. Takiben hasta radyoterapi programına alınmıştır. Hastanın yaklaşık 1.5 yıl önce aynı bölgede benzer lezyonu tekrar görülmesi sonrası aynı sağlık merkezine başvurmuş, hasta tetkikleri ile birlikte kliniğimize yönlendirilmiştir. Hasta anestezi bölümü tarafından değerlendirildikten sonra, KOAH nedeni ile Göğüs hastalıkları Bölümüne değerlendirilmiştir. Hastanın diğ merkez MR görüntüsü Beyin Cerrahi ekibi tarafından değerlendirilmiş, şüpheli dura ve serebral doku invazyonu düşünülmüş, ancak bu tanının intraoperatif muayeneye kesinleşebileceği belirtilmiştir. Ameliyat günü sabahı, göğüs hastalıkları önerisi ile intravenöz 40 mg prednol ve ameliyattan önceki gün 2x1 inhale steroid uygulaması yapılmıştır. Ciltten 2 cm sınır ile tümör rezeksiyonu sonrası, frontal ve parietal bölgelerde, kraniyektomi hattında kemik tutulumu olduğu görülmüş, beyin cerrahi ekibi tarafından da değerlendirme yapılmış, dura invazyonu olduğu görülmüştür. Takiben dura kraniyektomi genişletilmesi ve dura eksizyonu yapılmış, klinik değerlendirme ve buradan gönderilen frozen spesmenleri sonucunda subdural invazyon olduğu görülmüştür. Dura eksizyonu ile oluşan yaklaşık 6x6 cm'lik defekt, sol tensör fasiya lata grefti ile rekonsrükte edilmiştir. Sonrasında, sol serbest radyal ön kol flebi kaldırılarak, sol süperfisiyal temporal arter ve vene anastomoz yapılarak doku defekti onarılmıştır. Ameliyat sonrası 24 saat anestezi sonrası yoğun bakım ünitesinde takip edilen hasta 24 saat sonra plastik cerrahi servisine devralınarak 10 gün yatışlı takibi yapılmıştır. Takipleri stabil olan hasta, taburculuk sonrası medikal ve radyasyon onkolojisinde takipleri başlamış ve radyoterapi programına alınmıştır.

Tartışma: Skalp defektleri, defektin anatomik yapısı, defektin genişliği, derinliği ve hastanın genel durumuna göre, rekonstrüksiyon basamaklarından biri ve kombinasyonları ile onarılabilirler. Onarım yöntemleri primer kapama, deri grefti ile onarım, lokal skalp flepleri olabileceği gibi, geniş defektlerde, özellikle kemik defektinin eşlik ettiği durumlarda serbest flepler ile onarım gerekli olabilmektedir. Literatür incelendiğinde, fasiyokutanöz fleplerin kemik defekti olan veya olmayan skalp defektlerinde oldukça başarılı onarımlar sağladığı,

anatomik ölü boşlukların belirgin olduğu kraniyal kemik defektinin eşlik ettiği skalp defektlerinde ise serbest kas-deri fleplerinin faydalı olduğu görülmektedir. Tercih edilen serbest flepler arasında en sık tercih edilenler; Latissimus Dorsi Flebi (LAD), Anterolateral Tight Flep (fasiyokutanöz / muskulokutanöz) (ALT), Radyal Ön Kol Flebi (RÖF), Derin İnfierior Epigastrik Arter Perforatör Flebi (DİEP), Rektus Abdominus Kas Deri Flebi (RAM)'dir. Bu flepler ile defekt sahasında sağladıkları sağlam doku örtüsü sayesinde, onkolojik cerrahi sonrası uygulanacak radyoterapi maruziyetine karşı güçlü bir direnç sağlamakta birlikte, donör saha morbiditeleri minimal olmaktadır. Serbest LAD, ALT ve RAM flepleri, kraniyal defektlerde genel kabul görmüş serbest flep ile onarım yöntemleridir. 2000'li yıllardan önce, skalp defektlerinin serbest flepler ile onarımlarında sıklıkla LAD ve RÖF tercih edilirken, 2000 yılından sonra ALT sayısında artma gözlenmektedir. Kliniğimizde, minimal donör saha morbiditesi ve geniş kas dokusu sağlama nedeniyle ile LAD sık tercih edilen bir cerrahi seçenektir.

Sonuç: Serbest radyal ön kol flebi, anatomik boşluğun belirgin olmadığı, kraniyal kemik defektli veya kemik defeksiz skalp defektlerinde, gerek minimal donör saha morbiditesi, gerek flep kaldırılmasının teknik açıdan kolay olması açısından ve kabul edilebilir estetik sonuç nedeni ile uygun bir seçenektir.

**Kraniyal defektin flep inseti öncesi ve sonrası görünümü**

Skalp rezeksiyonu sonrası, kraniyektomi genişletilmesi ve dura eksizyonu yapılan hasta

**P-247****İnfant Dönemde Atipik Yerleşimli Leiomyom**

Kamil Manav, Dilek Şenen Demirez, Fevzi Kunter Erten, Mehmet Ali Korkmaz, Abdullah Sürücü, Emine Handan Şimşek, Altan Tekin, Atalay Şahin  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

Leiomyomlar düz kastan köken alan benign yumuşak doku tümörleridir. Leiomyomlar düz kasların olduğu herhangi bir yerde gelişebilir ve malign transformasyon genelde görülmez. Genellikle uterus, mesane, özefagus gibi düz kasın yoğun bulunduğu bölgelerde ortaya çıkan bu tümörler, nadiren de olsa damar duvarı, akciğer ve diğer dokularda görülebilmektedir. Kutanöz leiomyom olan hastalarda Reed sendromu araştırılmalıdır. Leiomyomlar çocuklara göre erişkinlerde daha sık görülmektedir. Neonatal dönemde de görüldüğünü rapor eden çalışmalar mevcuttur. Ağrılı da olabilen bu lezyonların tedavisi cerrahi eksizyondur. Tek ve cerrahi olarak iyi çıkarılan bir lezyonun için prognoz mükemmeldir, fakat multipl ve sendromla ilişkili tiplerinde ise lezyon sayısı, boyutu ve eşlik eden hastalıklarla prognoz değişmektedir. Olgumuz 6 aylık kadın hasta sol el 3. parmakta

kitle şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde 3. parmak distali ulnar yüzde yaklaşık 1,5 x 1 cm boyutlarında nodüler kitle mevcuttu. Hastanın kitlesi genel anestezi altında eksize edildi. Oluşan defekt primer olarak sütüre edildi.

Kitle patolojisi SMA +, Vimentin +, Desmin +, damarlar çevresinde CD 34 +, Ki-67 si yaklaşık %1, P 53 – Kutanöz leiomyomla uyumlu olarak raporlandı.

Sonuç olarak bu yaş grubunda en sık görülen yumuşak doku tümörü hemanjiyom olmasına ve leiomyom daha sık erişkin yaşta görüşmesine rağmen, sayılı pediatrik vakalarda leiomyom da görülebilmektedir ve gözden kaçırılmamalıdır.

el



#### P-248

##### Merkel Hücreli Karsinom-Keystone Flep

Erman Menekşe, Atilla Çoruh, Ahmet Aydın, Hakan Özocak, Osman Serdar Berk, Emre Özenalp  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

Amaç: Merkel hücreli karsinom derinin primer nöroendokrin tümörüdür. Genellikle yaşlı hastalarda ve baş-boyun bölgesinde görülmektedir. Yüksek oranda lokal ve bölgesel lenf nodu yinleme ve sık hematogen uzak metastazlar ile seyreden, nadir görülen bir tümördür. Bu bildiride cerrahi eksizyon sonrası patolojik olarak Merkel hücreli karsinom tanısı alan bir hastanın re-eksizyonu ve «keystone fleple» rekonstrüksiyonu olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 77 yaşında kadın hasta kurumumuz dışında bir sağlık kuruluşuna başvurmuş. Burada, bir plastik cerrah tarafından tümörü eksize edilen hastanın, patolojik tanısı Mavi Hücreli tümör olarak gelmesi üzerine hasta doktoru tarafından kurumumuza yönlendirilmiş. Hasta hazır preparatları Erciyes Üniversitesi Tıp fakültesi patoloji bölümü tarafından yapılan yeniden değerlendirilmesi sonucu Merkel hücreli karsinom olarak rapor edilmiştir. Hastanın yapılan tüm vücut muayenesinde sağ uyluk medialinde yaklaşık 8 cmlik oblik uzanımlı insizyon skarı mevcuttur. Skar dokusu altında ele gelen bir kitle yoktu. Popliteal ve inguinal klinik palpabl lenf nodu mevcut değildir. Hastanın yapılan ultrasonografik incelemesinde inguinal ve popliteal bölgede patolojik lenf nodu saptanmamıştır. Plastik cerrahi servisine yatırılan hastanın skar, dokusu 2 cm cerrahi sınırla, uyluk fasyası üzerinden re-eksize edildi ve oluşan defekt keystone fleple onarıldı. Cerrahi sınırın 2 cm. ile dar tutulması, skar dokusunun yerleştiği anatomik bölgenin diz eklemine yakın olması, daha önce hangi boyutta ve

ne kadar salim cerrahi sınırdaki tümörün çıkarıldığına dair bilginin olmaması nedeniyledir. Eksize edilen kitlenin patoloji raporunda, skar dokusu içinde ve çevre yumuşak dokularda tümör izlenmedi. Hastanın kliniğimiz, medikal onkoloji ve radyasyon onkolojisi takibinde olup, radyoterapi planlanmaktadır.

Tartışma: Merkel hücreli karsinom derinin primer nöroendokrin karsinomudur. Parlak bir yüzeye ve telanjiektazilere sahip, küçük, kırmızı-morumsu renkli, ağrısız, sert, soliter dermal nodül olarak görülür. Olguların yalnızca % 5'inden azında 50 yaş altında ortaya çıkmakta olup, ortalama başlangıç yaşı 69 olarak gösterilmektedir. Yerleşim sıklıkla baş ve boyun bölgesinde %50, ekstremitelerde %40, gövdede ise %10'dur. Deri dışında oral mukoza, larinks, özefagus, serviks ve vulvada yerleştiği bildirilen olgular da mevcuttur. Tedavi modellerini karşılaştıracak randomize çalışmaların yokluğu nedeniyle yaklaşım konusunda ortak görüş birliği yoktur. Klinik yaklaşım melanomla benzerdir. Melanomda olduğu gibi primer tedavi geniş cerrahi eksizyondur. Eksizyon sonrası defektin onarımında keystone flep kullandık. Keystone flep, kompleks defekt onarım tekniklerinin hastanın sağlık problemleri nedeniyle uygulanmadığı durumlarda kullanılan, kolay uygulanan, ameliyat süresi kısa ve defektlere adaptasyonu oldukça iyi olan bir fleptir. Deri altı perfarozomları oluşturan perforator damarlar ile beslenmesi nedeniyle de güvenilir bir fleptir. Ayrıca döner saha morbiditesinin düşük olması ve çok fazla flep tecrübesi gerektirmemesi de diğer avantajlarıdır.

#### preop-intraop-postop dönem fotoğraflar



#### P-249

##### Skalpin Küçük Fakat Komplike Defektlerinde Rekonstrüksiyon Seçeneği Olarak Serbest Flepler

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

Giriş: Skalp rekonstrüksiyonu gereksinimi akut travma, tümör eksizyonu, radyasyon nekrozu ya da skar ve alopesik alanların kozmetik amaçlarla çıkarılmaları sonrası olur. Skalp rekonstrüksiyonu için kullanılan seçenekler tamamen klasik rekonstrüksiyon basamağındakilerle aynıdır. Geniş, kalvarial defekti beraberinde getiren, dural bütünlüğü tehdit eden defektlerde; skalpin benzersiz anatomik özellikleri,

altında santral sinir sistemini ve bunu korumakla görevli bir iskelet yapısını barındırması, B planına gerek kalmadan kesin çözümler bulmak için rekonstrüksiyon merdiveninin en üst basamağını tercih etmemize neden olur. Özellikle tümör ekzisyonu sonrası cerrahi sınırların salim olabilmesi amacıyla meydana getirilen geniş skalp ve kalvarial kemik defektleri rekonstrüksiyonda basit yöntemlerin kullanımını zorlaştırmaktadır. Yine travmalar sonrası meydana gelen kalvarial defektler ve bunların kapatılmasında kullanılan alloplastik materyaller skalpin rekonstrüksiyon rutinlerini değiştirmektedir. Gerek materyalleri başarılı şekilde kapatmak gerekse enfeksiyöz komplikasyonların önüne geçmek için sadece skalp katmanlarını içeren flepler yerine daha kütleli ve kas içerikli fleplerin kullanımı gerekebilmektedir. Bu çalışmada 8 olgu üzerinden; çeşitli nedenlerle meydana gelmiş kompleks skalp defektlerinin serbest fleplerle onarımının avantajları üzerinde durulmuştur.

**Gereç ve Method:** 2012 ile 2017 yılları arasında kliniğimize çeşitli skalp patolojileri ile başvuran 8 hasta çalışmaya dahil edildi. Bunların 4 ünde etiyoloji kafa travması, kalan 4 ünde ise maligniteydi. Kafa travması hastalarının tek başına yumuşak doku defektleri (2) ya da yumuşak doku defektlerine ek olarak alloplastik materyal ile onarılmış ve alloplastik materyalin enfeksiyonu ve ekspozisyonu ile seyreden kalvarial defektleri mevcuttu (2). Hastaların hepsine serbest doku transferi ile onarım yapıldı. 2 hastaya serbest kimerik anterior lateral uyluk flebi, 2 hastaya anterolateral uyluk flebi, 1 hastaya serbest radial ön kol flebi, 1 hastaya serbest paraskapular flep, 1 hastaya serbest latis kas deri flebi, 1 hastaya da serbest tensor fasya lata flebi yapıldı. 6 hastada alıcı arter yüzeyel temporal arterdi, 1 hastada fasial arter ve 1 hastada da external karotid arterdi. 4 hastada alıcı ven yüzeyel temporal ven, 2 hastada external juguler ven, 1 hastada postauriküler ven, 1 hastada fasial vendi. 1 hastada venöz anastomoz sırasında ven grefti kullanıldı.

**Bulgular:** Hastaların 7 si erkek, 1'i kadındı. Ortalama yaşları 59 idi. (29-84) Ortalama takip süresi 3.56 yıldır. 1 hastada serbest flepte kısmi kayıp yaşandı, bu hastada arteriyel anastomoz yüzeyel temporal artere yapılmıştı ve venöz anastomoz için ven grefti kullanılmıştı. 2 hastada alloplastik materyal enfeksiyonu ve ekspozisyonu nedeniyle operasyon yapıldı. Beyin cerrahisi tarafından bu materyaller çıkarıldı. Serbest fleple onarım sağlandı. Postoperatif erken dönemde ve geç dönemde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Malignite nedeniyle opere edilen 4 hastamız da serbest flep yaşayabilirliği tamdı. 1 hastada postoperatif 1 yıl boyunca serbest flep marjinde akıntılı ülserle lezyonlar oluştu. Bu hastamız malignite ekzisyonu sonrası geniş bir kalvarial defekti olan ve metilmetakrilat ile onarım yapılan bir hastaydı. Bu akıntılı ülserlerin 1'i hariç diğerleri zaman içinde kaybolurken, sebat eden ülserle ekzisyon ve primer sütürasyon işlemi yapılarak iyileşme sağlandı. Ülserden histolojik ve patolojik örnekleme yapıldı. Hem akut hem de kronik enflamasyondan sorumlu hücrelerden zengin olduğu gösterildi. 1 hastada cerrahi sınır pozitifliği mevcuttu. Hasta yeniden opere olmayı kabul etmediğinden işlem yapılmadı.

**Tartışma:** Kazanılmış skalp defektlerinin rekonstrüksiyonu için birçok yöntem tanımlanmıştır. Hangisinin kullanılacağını belirlerken defekt genişliği, derinliği, kranial kemik defektinin eşlik edip etmediği, defekte komşu skalp dokusunun kalitesi gibi faktörler önemli olmaktadır. Bizim hastalarımızda malignite nedeniyle geniş ve kalvariumu da içeren defektler mevcuttu. Travma grubu hastalarımızda ise alloplastik materyal ekspozisyonu sonrası rekonstrüksiyon ihtiyacı gelişmişti. Hastalarımızda seçilen kranioplasti materyalleri; titanyum meş ve metilmetakrilattı. Özellikle metilmetakrilatin enfeksiyona az dirençli bir kranioplasti materyali olduğu bilinmektedir. (2) Geç dönemde ekspozisyon olasılığı da

vardır. Metilmetakrilat kullandığımız hastamızda gelişen ülserden yapılan histopatolojik inceleme geç dönemde enfeksiyon riski olasılığını doğrulamıştır. Kas içerikli bir serbest flep kullanarak hem enfeksiyon riskini hem de flebin kütle etkisinden faydalanarak ekspozisyonu azaltmayı amaçladık. Kranioplasti materyali ekspozite olup çıkarılan ve enfeksiyonsuz bir zemin elde edene kadar kranioplastisi ertelenen hastalarda yine flebin kütle etkisinden faydalanarak dura ve beyin korunmasını amaçladık. Malignite hastalarımızda defekt genişliği ve derinliği fazla olduğundan serbest flepler tercih edilmiştir. Serbest flepler geniş skalp defektlerinin rekonstrüksiyonunda; iyi vaskülarizasyonları, çok çeşitli flep seçenekleri, defekte uygun büyüklükte planlanabilmeleri ve rahatça pozisyon verilebilmeleri nedeniyle en iyi seçeneği oluşturmaktadır. Serbest flepler skalpte yüksek yaşayabilirlik oranına sahiptir. Özellikle radyoterapi almış, alloplastik materyal kullanılmış, enfeksiyonu olan ve daha önce çok sayıda cerrahi geçirmiş hastalarda kullanımı önerilmektedir.(3)

#### Refereanslar

1. Jason E. Leedy, M.D., Jeffrey E. Janis, M.D., and Rod J. Rohrich, M.D., Reconstruction of Acquired Scalp Defects: An Algorithmic Approach. Plastic and Reconstructive Surgery, Vol. 116, No. 4, 2005
2. Marchac D, Greensmith A. Long-term experience with methylmethacrylate cranioplasty in craniofacial surgery. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2008; 61:744-753
3. Juan Larrañaga, MD, Alfredo Rios, MD, Edgardo Franciosi, MD, Eduardo Mazzaro, MD, and Marcelo Figari, Free Flap Reconstruction for Complex Scalp and Forehead Defects with Associated Full-Thickness Calvarial Bone Resections, Craniomaxillofac Trauma Reconstr. 2012 Dec; 5(4): 205-212.

#### P-250

#### Şüpheli Skar Zemininde Akut Gelişen Yasse Hücreli Karsinom Olgusu

Şahin Atakan Bayır, Yasemin Aydın, Melihcan Sezgiç, Zeki Can

Ankara Üniversite Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Yassı hücreli karsinom (YHK) dünyada ikinci en sık görülen cilt kanseridir. YHK patogeneğinde, ultraviyole-A ve B ışınlarının direkt etkisi olur. YHK gelişiminde rol oynayan diğer çevresel risk faktörleri arasında radyasyon hikayesi, kronik inflamasyon (marjolin ülserinde olduğu gibi), arsenik ve hidrokarbon maruziyeti sayılabilir. Skar oluşumuna sebebiyet veren yaralanmadan karsinom gelişimine kadar geçen süre ortalama 35 yıldır. Burada skar zemini olarak 2. derece yanığı takiben estetik amaçlı yapılan dermabrazyonlar sonrası kısa sürede gelişen ve ayrımı güç bir YHK olgusu sunulmuştur.

Ağustos 2014 tarihinde kızgın yağ ile yanma sonrasında her iki el ve yüzde 2. derece yanık meydana gelen, dış merkezde pansuman ile takip edilip iyileşen ve yanık alanlarında hiperpigmente lezyonların olması şikayeti ile kliniğimize başvuran 44 yaşında kadın hastaya şikayetlerinin gerilemesi için Aralık 2014 - Kasım 2016 tarihleri arasındaki 23 aylık süreçte toplamda 4 defa dermabrazyon ve 1 defa otoplasti yağ enjeksiyonu uygulandı. Kasım 2016 tarihindeki son dermabrazyonda, sağ el dorsumu 1. webspace 1 cm proksimalinde bulunan ciltten hafif eleve, 0.2x0.2cm boyutunda ve belli belirsiz görülen lezyonu da hastanın bu görüntüden şikayetçi olması nedeniyle eksize edildi. Çıkarılan parça patolojiye gönderildi. Histopatolojik değerlendirmede "iyi differansiye

YHK, cerrahi sınırlar negatif” olarak raporlandı. Bunun üzerine hastanın geçmiş fotoğrafları da incelendi. Fakat en son MART 2015’te çekilen fotoğrafları da dahil bu bölgede şüpheli bir lezyona rastlanmadı.

Bu olguda inflamasyon zemininde çok kısa sürede geliştiği düşünülen bir YHK, neredeyse gözle görülür bir lezyon dahi olmadan karşımıza çıkmıştır. Ayrıca akut marjolin ülserinde daha çok bazal hücreli karsinom gelişmesine rağmen burada YHK gelişmiştir.

Şüpheli anamnezi olan hastalarda malignite her zaman göz önünde bulundurulmalıdır ve hastadan alınan parçalar hangi amaçla alınmış olursa olsun patolojik değerlendirmesi yapılmalıdır. Ayrıca bu vakada YHK oluşumuna sebep olan durumun hastanın geçirilmiş yanık öyküsü mü yoksa yapılan dermabrazyonlar mı olduğu bilinmemektedir. Fakat literatürde dermabrazyon zemininde gelişen karsinom olgusuna rastlanmamıştır. Bu sebeple bu olgu dermabrazyonların yarattığı inflamasyonun da karsinoma sebep olabileceği veya yanık skarlarına yapılan dermabrazyon işleminin karsinom gelişme riskini artırıp süreci hızlandırabileceği ihtimalini aklara getirmesi ile değerlidir. Bu gibi vakaların bildirilmesi halinde daha geniş vaka serileri ile sonuçları daha anlamlı çalışmalar yapılabilir.

#### Son dermabrazyon öncesi ellerin ve lezyonun görüntüsü



#### P-251

#### İnguinal Dermatofibrosarkoma Protuberans Olgusunun Geniş Abdominal Flep ile Onarımı

Fatih Alp Öztürk, Cenk Demirdöver, Selin Güler, Alper Geyik, Hüseyin Emre Ulukaya  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP) oldukça nadir izlenen ve dermisten köken alan bir kutanoz yumuşak doku sarkomudur.(1) Görülme sıklığı 0.8-5/1000000 olarak saptanmakla birlikte kutanoz sarkomların en sık görülen

türüdür. DFSP yüksek rekürrens gösteren lokal agresif bir tümördür ve tedavide geniş eksizeyonu önerilmektedir. (2) Bildirilen metastaz oranları %1-4 arasındadır ve tüm metastatik olgular lokal rekürrens ve kötü prognozla ilişkili olarak görülmüş, metastatik olgularda sağ kalım 2 yıl olarak izlenmiştir.(3)

Olgu: Elli altı yaşında kadın hasta ilk olarak 2012 yılında sol inguinal bölgesinde farketttiği kitle nedeniyle dış merkez başvuru ardından, dış merkezde kitlenin eksizeyonu uygulanmış. 2014 yılında rekürrens nedeniyle dış merkezde yeniden opere edilen hastanın tarafımıza beyan edilen patoloji ve operasyon notları mevcut olmaması nedeniyle kitlenin patolojik tanısı ve cerrahi sınır genişliği ile ilgili bilgilere ulaşamadı. Hasta ikinci rekürrens ardından tarafımıza başvurdu. Sol inguinal bölgede yaygın ve tipik dermatofibrosarkoma protuberans görünümü izlenen kitleye yönelik yapılan görüntülemelerinde kitlenin vasküler yapılarak yakın olduğu ve eksternal iliak lenf nodları ve paraaortik lenf nodlarında tutulumu olması şüphesi nedeniyle hastaya preoperatif olarak radyoterapi verilmesi açısından radyasyon onkolojisi görüşü alındı. Radyasyon onkolojisinin yapılabilecek maksimal eksizeyonun ardından hastanın radyoterapi açısından değerlendirileceği kararı vermesi üzerine hastaya tarafımızca geniş eksizeyon ve defekt onarımı planlandı.

Hastanın sol inguinal bölgedeki mevcut SIAStan sol labium majusa çekilen hat boyunca yerleşim gösteren, en büyüğü 3x3 cm olan yaklaşık 7 adet multipl egzofitik tipik DFSP görünümlü kitleleri 4 cm sağlam sınırla eksize edildi. Eksizeyon sırasında tümörün tabanda femoral kılıfa yakın olduğu, yer yer makroskopik invazyon gösterdiği görüldü. Dikkatli diseksiyonla tümör femoral kılıf üzerinden sıyrılarak eksize edildi. Eksizeyon ardından yaklaşık 30X15 cm boyutlarında sol inguinal bölgenin hemen tamamı ile birlikte mons pubisin büyük kısmını ve sol labium majusu içeren defekt alanı ortaya çıktı. Oluşan defektin onarımı amacı ile abdominoplasti tekniğine uygun olarak bilateral SIAS arasında yapılan insizyon ardından, umbilikus korunarak karın ön duvarından ksifoid process hizasına dek fasyokutan flep eleve edildi. Bu flep inferolaterale transpoze ve rotate edildi. Defekt inferolateralinde kalan uyluk anteriorundan da fasyokutan flep eleve edilerek defekte doğru ilerletildi ve defektin kapanması sağlandı. Karın ön duvarı ve uyluk posteriorunda kaldırılan fasyokutan fleplerle tümörün eksizeyonu sonrasında oluşan geniş doku defektinin tamiri sağlandı. Abdominal bölgeye ve flep altına 2 adet hemovak diren yerleştirilerek sütüre edildi.

Postoperatif dönemde abdominal binder korse uygulandı. Yaklaşık 5 gün immobil ve semi-fowler pozisyonunda ve düşük molekül ağırlıklı heparin eşliğinde günlük pansumanlarla takip edildi. Hastanın patolojisi “İşçi hücreli mezenkimal tümör ve fibroepitelyal polip; mevcut tümör fibrosarkomatöz dermatofibrosarkoma protuberans ile uyumludur, tüm cerrahi sınırlar negatiftir” olarak raporlandı. Hastanın taburculuk sonrası izlemlerinde sutur hattı inferiorunda özellikle katlantı bölgelerinde minimal masere ve membranlı izlenen alanlarına kapalı pansuman önerildi. Takiplerde post-operatif 10. Günde sütür hatlarının sorunsuz iyileştiği ve epitelize oluşu izlendi. Post-operatif 1. Ayında radyasyon onkolojisine danışılarda hasta ile ilgili, radyasyon onkolojisi hastanın ek radyoterapi ihtiyacı olmadığını ifade etti.

Tartışma: Belirtilen olguda DFSP eksizeyonuna sekonder oluşan geniş inguinal doku defekti klasik abdominoplastidekine benzer geniş fasyokutan cilt fleplerinin defekte transpoze edilmesiyle onarılmıştır. Yöntem aynı bölgede kullanılabilecek VRAM gibi fleplere nazaran daha az donör alan morbiditesine neden olmakla birlikte seçilmiş abdominal cilt fazlalığının yeterli olduğu olgularda defekt onarımı ile birlikte estetik kazançlar da sağlanabilir. Özellikle DFSP gibi geniş eksizeyonu gereken

olgularda, kullanışlı bir teknik olabilir.

Dikkat çekilmesi gereken bir diğer konu ise DFSP hastalarında tanı gecikmesi ve yetersiz tümör çıkarımı nedeni ile artan operasyon sayıları ve morbiditedir. Mevcut hasta birçok DFSP hastasında olduğu gibi çok sayıda operasyon geçirmiş ve her seferinde artan bir morbiditeyle karşılaşmıştır.

Sonuç: Mevcut yöntem estetik cerrahi uygulamaların yanısıra hasta bağımlı olarak değişen genişliklerde defekt onarımında kullanılabilecek boyutlarda fasyokutan flepler sağlamaktadır. Yine de flebin distal kısmının defekt onarımında kullanılması nedeniyle dolaşım takibi açısından hassas olunmalıdır. Yine vakada da görüldüğü üzere DFSP'nin erken tanısı ve ehil ellerde uygun cerrahisi ile benzer rekürren olguların ve cerrahi işlemlerin önüne geçilmesi sağlanacaktır.

#### Kaynaklar

- 1-Lemm D, Mugge LO, Mentzel T, Hoffken K. Current treatment options in dermatofibrosarcoma protuberans. J Cancer Res Clin Oncol. 2009 May. 135(5):653-65.
- 2-Dimitropoulos VA. Dermatofibrosarcoma protuberans. Dermatol Ther. 2008 Nov-Dec. 21(6):428-32.
- 3-Simon MP, Pedeutour F, Sirvent N, et al. Deregulation of the platelet-derived growth factor B-chain gene via fusion with collagen gene COL1A1 in dermatofibrosarcoma protuberans and giant-cell fibroblastoma. Nat Genet. 1997 Jan. 15(1):95-8.

#### Resim-1



#### P-254

##### Kolay Uygulanabilir Mikroölçek Yapımı

Musa Kemal Keleş, Hatice Gözde Muratoğlu,  
Feridun Elmas, Sebat Karamürsel  
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Plastik REkonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Ankara

Mikrodamarları ve lenfatik damarları ölçmek için mikro ölçeklere ihtiyaç duyulmaktadır. Mikroölçek deneysel çalışmalar ve akademik amaçlar için de kullanılabilir. Yeni mikrocerrahi aletler, mikrogereçler ve mikromakinelerin imal edilmesi ve seri üretimi için yeni teknolojilerin ortaya çıkmasıyla üretilebilir [1]. Mikro ölçekler çok çeşitli tasarımlarda üretilebilir [1].

Bununla birlikte, seri üretim ve araştırma ve geliştirme stratejileri kullanıcılar yüksek maliyet getirmektedir. Üstelik bu yüksek teknoloji üreticileri tüm ülkelerde bulunamamakta ve bu aletlerin temini acilen gerekli olduğu durumunda kullanıcılara sorun oluşturabilmektedir.

Maliyet ve temin problemlerini çözmek için 0,1 mm hassasiyetle damar çapını ölçebilen mikroölçek tasarladık. Bu mikroölçeği oluşturmak için Microsoft Office programını kullandık. Önce boş bir sayfaya bir çizgi eklenir. Ardından, farenin sağ butonuna tıklayarak çizginin kalınlığı 0,1 mm'ye ayarlanır. 0,2 mm kalınlıktaki ikinci satır birinci satırın altına yerleştirilir. Bu şekilde 2 cm uzunluğunda 10 çizgi 0,1 mm kalınlık artışı ile alt alta koyulur. Bu işlemten sonra çizgiler yaklaştırılır ve baskı yapılır. Çalışma kağıdına % 200 büyütülme uygulanması kolay çalışma imkanı sağlar. Sonrasında, ıslanmasını önlemek için kağıt şeffaf yapışkan bantla kaplanır veya asetat kağıdına baskı yapılabilir. Sonunda çizgilerin inceliği bir kumpas ile doğrulanabilir.

#### Kaynaklar:

1. Chang, W.C. and D.W. Sretavan, Microtechnology in medicine: the emergence of surgical microdevices. Clin Neurosurg, 2007. 54: p. 137-47.

#### şekil 1



#### P-256

##### Temporoparietal Fasya Flebi ile defekt onarımında flebin alternatif kanlanma yolunun gözlenmesi

Murat Tüzüner, Alper Derviş, Rehber Marşil,  
Süleyman Köken  
Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi  
Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Temporoparietal fasyal flep (TPF) frontal saha, supersilier bölge, göz kapağı ve kulak rekonstrüksiyonunda kullanılabilir. Ayrıca yeterli yumuşak doku desteğinin olmadığı kemik grefti alanlarında beslenme için vasküler yatak sağlayabilir. Temporoparietal fasya üstten galeanın, alttan superfisiyal muskuloaponevrotik sistemin uzantısı niteliğindedir. Temporal superfisiyal arter ve ven tarafından vaskularize olan bir fasyadır. Temporal kas fasyası temporopariyeta lfasyanın derininde bulunur ve temporal kası örter. TPF'nin kanlanması temporal arter ve venden olur. Süperfişiyel temporal arter kulağın önünde palpe edilir ve asendan uzanım gösterirken birçok dal verir. Maksiller sinirin aurikulo-temporal dalı arterin posteriorundan geçer ve flebin elevasyonunda genelde hasarlanır. Skalp lateralinde hipoesteziye neden olur. Cerrahi prosedür; cilt insizyonuna preauriküler krizden başlanır ve superiora doğru fasyanın genişçe ortaya konması için 'Y' şeklinde ayrılır. Cilt flepleri dermisin hemen altından kıl folikülleri görülecek şekilde eleve edilir. Ven arterden daha yüzeyde bulunduğundan hasarlanmaması için dikkat edilmelidir. Skalp ve TPF arasında sıkı bağ dokusu bulunduğundan keskin diseksiyon ile ayrılabilir. Cilt flepleri yeterince eleve edildikten sonra fasya flebi kenarları insize edilir. Ve altındaki bağ dokudan kolayca diseke edilip kaldırılır.

Olgu Sunumu: 25 yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası sonrası bilinci kapalı bir şekilde acil servise getirildi. Maksillofasyal travma nedeniyle tarafımıza konsülte edilen hastanın sağ temporo-frontal bölgede 5X6cm'lik

kemiğin ekspoze olduğu doku defekti bulunmaktaydı. Epidural kanaması olan hasta önce yoğun bakım ünitesinde sonra beyin cerrahi servisinde takip edildi. İzlem ile genel durumunda düzelme olan hasta tarafımızca defekt onarımı amaçlı devir alındı. Hastanın sağ temporo-parietal bölgede 3X4 cm boyutlarında tabanda kemiğin ekspoze olduğu doku defekti mevcut idi. Defekt onarımı için TPF planlandı. Flep elevasyonu literatürde tarif edildiği şekilde yapıldı. Süperfişiyaltemporal arter görüldü ancak arterin zigomatik ark komşuluğunda tıkanık olduğu tespit edildi. Flepte normal kan akımı gözlenmesi üzerine flep pedikülü loup büyütme ile muayene edildi. Pedikülün aurikula komşuluğunda kulak arkasından gelen damarlarla olan ağı görüldü ve palpe edildi. Flep kanlanmasının iyi olduğu görülerek defekte adapte edildi. Flep üzeri kısmi kalınlıkta deri grefti ile örtüldü. Postoperatif beşinci günde greft pansumanı açıldı. Flebin canlı olduğu, greftinise tama yakın tutmuş olduğu görüldü.

Sonuç: Tamamen rastlantısal olarak görülen bu durum bize süperfişiyaltemporal arter ile kulak arkasındaki arterler arasında kuvvetli anastomozlar olabileceğini göstermiştir. Flep için alternatif kanlanma yolu olarak görüldü de bu vakada süperfişiyaltemporal arterin tıkanması sonucu oluşan kronik iskemi sürecinde kulak bölgesindeki anastomozların kuvvetlenmesi ile açıklanabilir. Süperfişiyaltemporal arterin açık olduğu durumda bu anastomozlar (anterioraurikuler arter ve posterioraurikuler arter) bu denli kuvvetli olmayabilir. Bu vaka bize süperfişiyaltemporal arterin tıkanık olduğu durumlarda temporo-parietal fasya flebinin kulak bölgesinden alternatif kanlanma yolu olabileceğini göstermiştir.

#### temporopariyetal fasya flebi



flebin preoperatif ve postoperatif 2. hafta fotoğrafları

#### P-257

#### Sfenofrontal Sütür Sinostozu: Nadir Görülen Anterior Plagiosefali Sebebi

Gaye Taylan Filinte<sup>1</sup>, Tufan Hiçdönmez<sup>2</sup>,  
Serdar Onur Aydın<sup>2</sup>

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

2 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, İstanbul

Anterior plagiosefali koronal (frontoparietal) sütürün tek tarafı tutulumu sonucu oluşan ve sık görülen bir kraniosinostoz şeklidir. Bu olgularda oluşan erken sütür kapanmasının sadece koronal sütürde kalmayıp, aynı zamanda koronal halkayı (coronal ring) oluşturan sfenozigomatik, sfenofrontal ve sfenoetmoid sütürlerde de gelişebildiği bilinmektedir. Sfenofrontal sütürün erken kapanması ile seyreden anterior plagiosefali olguları görece nadir görülen basit bir kraniosinostoz şekli olup anterior plagiosefaliye benzediği için ayırıcı tanı önemlidir. Sfenofrontal plagiosefalide klinik olarak burun ucu patolojik tarafa doğru deviasyon gösterir. Oysaki tek tarafı koronal sinostozla bağlı gelişen anterior plagiosefalide burun ucu normal tarafı gösterir. Üç boyutlu bilgisayarlı tomografi (3B-BT) görüntüleri incelendiğinde her iki koronal sütür açık ve normal görünümde olduğu, pterion alanında sfenofrontal sütürün diğer taraftakinden farklı ve kapanmış olduğu görülmelidir. Yapılan cerrahi girişim şekli tüm plagiosefalilere yapıldığı gibidir. Kliniğimizde bu nadir görülen sfenofrontal sütür sinostozuna bağlı anterior plagiosefali tanısıyla iki olguya cerrahi girişim uygulanmış olup bu çalışmada her iki olgunun klinik ve 3B-BT özelliklerinin sunumu amaçlanmıştır.

#### P-259

#### Nadir Görülen Yara Yeri Enfeksiyonu: Achromobacter Denitrificans

Muhammed Beşir Öztürk, Cengiz Ertekin,  
Mehmet Gürler, Mustafa Tezcan  
T.C. Medeniyet Üniversitesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Achromobacter denitrificans, aerobik, gram negatif, katalaz ve oksidaz pozitif, su kaynaklarında ve toprakta bulunabilen, fırsatçı enfeksiyonlara neden olabilen bir bakteri türüdür. Bakteri bazı insanlarda kulakta, gastrointestinal sistemde, solunum yollarında normal floranın bir parçası olarak bulunabilir. Uzun süreli hastane tedavileri, uzun periferik kateter uygulamaları, immünsupresyon ve kistik fibroz achromobacter enfeksiyonu için başlıca risk faktörlerini oluşturur. Nadirde olsa yara yeri kültürlerinde patojenle karşılaşılabilir. Literatürde çoğunlukla Achromobacter xylosoxidans alt tipini neden olduğu enfeksiyonlar raporlanmıştır. Bu olgu sunumunda immünsupresyon, yanık gibi bakterinin sık karşılaştığı durumları ve risk faktörlerini barındırmayan genç hastanın travma sonrası oluşan alt ekstremitte açık yarasında Achromobacter denitrificans üretmesi sonrası tedavi yaklaşımımızı ve tedaviye alınan cevabı raporladık.

**P-262**

**Pigmente Villonodüler Sinovit Tümörün Cerrahi Tedavisi**

Ahmet Demir, Emrah Kağan Yaşar, Mehdi Asadov  
*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli*

Pigmente villonodüler sinovit (PVNS) olarak da bilinen tendon kılıfının dev hücreli elde görülen kitlelerin 2. En sık nedenidir. Genellikle 4-6. Dekatlarda görülür ve sıklıkla radyal taraftaki üç parmakta görülür. Etiyolojisinde gelişiminin travmaya karşı reaksiyon sonucu olduğu öne sürülmektedir. Sıklıkla gangliyon kisti ile karıştırılsa da dev hücreli tümör gangliyon kistinden farklı olarak derin yapılara fiksedir ve kemik yapıları erode etme eğilimi gösterebilirler. Histopatolojik olarak değerlendirildiklerinde bu kitelerin sarı-kahverengi olan makroskopik görüntüsünün yanında mikroskopik olarak fibröz ksantomalar, iğsi hücreler ve küçük hücreleri görülmektedir. Cerrahi öncesi ultrason görüntülemeye dayanarak değerlendirilebilir. Manyetik rezonans ile görüntüleme ile daha ayrıntılı bilgilere ulaşılsa da daha pahalı bir tetkik ve zaman alan bir tetkik olmasından ötürü cerrahi öncesi çok tercih edilmeyebilir. Tedavisi marjinal eksizyon olan bu kitlelerde uydu lezyonlardan ve tam olmayan eksizyondan ötürü %5-50 arasında nüks görülmektedir. Nüks olan vakalarda artrodez ihtiyacının doğduğu reeksizyonlar yapılabilir. Nadir vakalarda total eksizyonun yapılamadığı durumlarda ya da rekürren olan vakalarda postoperatif radyoterapinin de yeri vardır. Nadiren de olsa amputasyon son liman olarak başvurulacak bir tedavi yöntemi değildir. Bu kitleler ile ilgili akılda tutulması gereken noktalardan biri de eklem hareket açıklığına olan olumsuz etkisinin yanında dijital sinir üzerine olan baskı ve sinirin gerilmesi kaynaklı parestezi ve uyuşukluktur. Kliniğimize parmakta hareket kısıtlılığı ve uyuşukluk nedeni ile başvurmuş olan 67 yaşındaki kadın hastanın ameliyatı sonrasında kitlenin patolojisi dev hücreli tendon kılıfı olarak rapor edilmiştir. Operasyon sonrası hastanın şikayetlerinde gerileme olmuştur. Hastaya eklem hareket açıklığının iyileştirilmesi açısından fizyoterapi verildi.

**Cerrahi Olarak Kitlenin Ortaya Konması**



*Çevresel Dokuları Sarmalamış Olan Sarı-Kahverengi Pigmente Nodüler Kitle*

**P-263**

**Serbest Flep Pedikül Tünelizasyon Yöntemleri**

Gökçe Yıldırım, Cemil Işık, Osman Akdağ,  
Mehtap Karamiş, Zekeriya Tosun  
*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya*

**Giriş:** Çok dikkatle yapılması gereken pek çok basamağı olmakla birlikte, serbest flep cerrahisi esnasında dikkat sarf edilmesi gereken özel bir basamak pedikülün subkutan tünelden geçirilmesidir. Baş ve boyun bölgesinde açılacak geniş tünel postoperatif hematomlarla sonuçlanmakta, bu nedenle küçük ve dar tünellerden pedikülün geçirilmesi önem kazanmaktadır. Serbest flep cerrahileri esnasında kullandığımız güvenli pedikül tünelizasyon yöntemlerinin sunulması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 2012-2016 yılları arasında baş ve boyun bölgesindeki defektlerin rekonstrüksiyonları için yapılan serbest fleplerin pedikül tünelizasyon yöntemleri retrospektif olarak ameliyat fotoğraflarından taranarak incelenmiştir.

**Bulgular:** Arşivimizde 4 farklı tünelizasyon yöntemi bulunmuştur. Bunlardan ilki ve en çok kullanılanı, pedikülün distal ucuna konulan bir adet mikrosütürün bir pens yardımı ile tutularak, pedikülün tünelden geçirilmesidir. Diğerleri ise: Pedikülün silikon bir tüp içinden, bir penroz dren içerisinden ve bir liposakşın hortumu içerisinden geçirilmesi. Bu yöntemler esnasında steril bir jel ya da izotonik solüsyon, hortum ya da tüpün içerisinden verilir, tünelin kayganlaştırılmasını ve pedikülün kolay iletimini sağlar. Önemli noktalardan biri, kayganlaştırma esnasında jel kullanılıyor ise, pedikülün irrigasyonunun yeniden yapılması gerektiğidir.

**Tartışma:** Pedikül geçişi için oluşturulacak tünel için sınırlı dokunun olduğu baş ve boyun bölgesi gibi alanlarda bu pedikül tünelizasyon yöntemleri güvenli seçeneklerdir.

**P-264**

**Bir Suisit Girişim Olgusunun Rekonstrüksiyon Serüveni**

Gökhan Akkök, Tekin Şimşek, Yusuf Kenan Yılmaz  
*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun*

Suisit girişimler, neden oldukları morbidite ve mortalite yanında sosyal yaşamın bazı zorluklarının hekimlerin karşısına çıkardığı, uğraşılması en zor rekonstrüktif problemlerin başında gelmektedir. Ateşli silah ile suisit girişimi sonucu oluşan yaralanmanın şiddeti ateşli silahın ve merminin türüne, hangi mesafeden yaralanmanın gerçekleştiği gibi birçok faktöre bağlı olmakla birlikte geniş kemik ve yumuşak doku defektine neden olabilmektedir. Bu geniş doku defektleri estetik görünüm ile birlikte birçok fonksiyon kaybına da neden olmaktadır. Bu olgularda amaç öncelikle hastanın hayatını kurtarmak olmakla birlikte kaybolan kozmetik görünüm ve fonksiyonların geri kazandırılması, hastanın yaşam kalitesini artırmak olmalıdır. Hastalara fonksiyonel geri kazanım için kemik yapı rijit fiksasyon plakları, lokal flep uygulamaları, bu fleplerin yeterli olmadığı geniş doku defektleri için serbest doku transferleri ve implantlar gibi birçok seçenek mevcuttur. Uygulanacak yöntem hastanın tüm faktörleri göz önünde bulundurularak titizlikle seçilmelidir. Bu

olguda ise ateşli silah ile suisit girişimi sonrası nazal rekonstrüksiyon amacıyla hastaya uygulanan rektus abdominus kas deri flebi, mukoza flepleri, alın flepleri, doku genişletme yöntemi, anterolateral uyluk flebi, radial ön kol flebi, polietilen implant kullanımı, otojen kostal ve auriküler kartilaj greftler, dermofat greftler gibi bir çok rekonstrüksiyon yönteminin uygulandığı bir dizi operasyon sürecini, bu süreçte yaşadığımız implant ekspozisyonu komplikasyonunu anlattık. Bu çalışma ile nazal rekonstrüksiyonda polietilen allopaltik implant kullanımı ve otojen dokular ile rekonstrüksiyon seçeneklerinin hangi durumlarda tercih edilmesi gerektiğini, allopaltik implant kullanımı sırasında karşılaşılabilecek komplikasyonları tartışmak istedik.

tespit edilmesini sağlaması açısından önemlidir. Manyetik Rözönans erken teşhiste en etkili görüntüleme yöntemidir. (2-3)

Referanslar:

1. Jawalkar H, Maryada VR, Brahmajoshiyula V, et al. Subungual glomus tumors of the hand: Treated by transungual excision. Indian J Orthop. 2015;49(4):403-7.
2. Kim DH. Glomus tumor of the finger tip and MRI appearance. Iowa Orthop J. 1999;19:136-8.
3. Singh D, Garg RS, Vikas, et al. Glomus Tumor - A Rarity; M.R.I- A big help in early Diagnosis. J Orthop Case Rep. 2016;6(3):38-9.

**Olgu Acil Servise Başvuru Fotoğrafı**



**Resim 1**



Resim 1. Kitlenin eksizyon sonrası görünümü.

**P-265**

**Kolda Nedeni Bilinmeyen Ağrı İle Kendini Gösteren Glomus Tümörü**

Merdan Serin<sup>1</sup>, Sevgi Kurt Yazar<sup>1</sup>, Cem Leblebici<sup>2</sup>, Ebru Şen<sup>1</sup>, Dinçer Altınel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Glomus tümörleri nadir görülen yumuşak doku tümörlerindendir. En sık olarak el bölgesinde görülürler. Ağrı, soğuk hassasiyeti ve yanma hissi gibi bulgulara sebep olabilirler. (1)

Olgu sunumu: 30 yaşında erkek hasta sağ kolda 6 aydır mevcut dokunma ile tetiklenen şiddetli ağrı ve hassasiyet şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın hikayesinden 1 yıl önce kola künt travma öyküsü mevcut olduğu öğrenildi. Hasta nöroma şüphesi ile tarafımıza yönlendirildi. Hastanın muayenesinde sağ kolda belirili bir alanda palpasyonla şiddetli ağrı olduğu tespit edildi. Palpasyon ile herhangi bir kitle lezyon tespit edilemedi. Ultrason incelemesinde cilt altında solid kitle lezyon tespit edildi. Kitle cerrahi olarak total olarak eksize edildi (Resim 1). Kitlenin histopatolojik incelemesi glomus tümörü ile uyumlu olarak geldi.

Tartışma: Glomus tümörlerine tanı konulması noktasında zorluklar mevcuttur. Tek başına fizik muayene teşhis için yetersiz kalabilmektedir. Radyolojik olarak ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme teşhis kullanılabilir. Ultrason bulguları non-spesifik olmakla birlikte kitlenin



## Kurultay Cepte



IOS için



Adroid için

## TPRECD 2017

Organizasyon Sekreteryası



Turan Güneş Bul. Galip Erdem Cad.  
576. Sok. No: 28 06550 Oran / Ankara  
Tel : 0312. 491 88 88  
Faks : 0312. 491 99 89  
valor@valor.com.tr